

Dieser Band dokumentiert Vorträge und Poster des fünften Dreiländerkongresses „Pflege in der Psychiatrie“ vom Oktober 2008 in Bern.

Das thematische Motto des Kongresses war ‚Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery‘.

Damit standen – neben freien Beiträgen zu anderen aktuellen Themen – nicht Störungen und Krankheiten im Mittelpunkt, sondern Gesundheit, Wohlbefinden, Selbsthilfe- und Selbstheilungspotentiale.

Die Themenwahl knüpft an eine starke Wurzel der pflegerischen Arbeit an: Die Sorge für eine gesundheitsförderliche Umgebung, die Beachtung von gesunden Anteilen und Ressourcen, das Aufrechterhalten von Hoffnung, die Fokussierung auf größtmögliches Wohlbefinden und größtmögliche Unabhängigkeit trotz Krankheit gehören zu den traditionellen Anliegen gerade der Pflege in der Psychiatrie.

Recovery kann mit Genesung oder Wiedererlangen der Gesundheit übersetzt werden. Recovery ist in den letzten Jahren zu einem wesentlichen Konzept der psychiatrischen Arbeit geworden. Seine Entdeckung verdanken wir Erfahrungen engagierter Betroffener. Die Beschäftigung mit Recovery bedeutet deshalb auch, von Psychiatrieerfahrenen zu lernen, und sie eröffnet neue Formen der Zusammenarbeit von Profis (Experten durch Ausbildung) und Psychiatrieerfahrenen (Experten durch Erfahrung).

ISBN 978-3-98108-737-6



IBICURA
Der Verlag für die Pflege
Primelweg 6
D-86869 Unterostendorf
Tel. +49 (0)83 44 99 15 97
Fax +49 (0)83 44 99 15 98
E-Mail: info@ibi-institut.com
www.ibicura.de

Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery
Herausgeber: Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan

Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery

Vorträge und Posterpräsentationen
5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern



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



Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery

Vorträge und Posterpräsentationen
5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern

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



Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery
Hrsg.: Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz,
Susanne Schoppmann, Harald Stefan
IBICURA, Unterostendorf 2008
ISBN 978-3-9810873-7-6

IBICURA ©

Umschlaggestaltung: Stilus Grafik, Mönchengladbach
Druck und Verarbeitung: Schnitzer Druck, Marktoberdorf

Dieses Buch ist dem Andenken an unsere Kollegin Diana Grywa, Pflegewissenschaftlerin und Pflegeexpertin aus Zürich, gewidmet, die kurz vor dem Dreiländerkongress 2007 gestorben ist.

Vorwort der Veranstalter:

Der 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie

*Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz,
Susanne Schoppmann, Harald Stefan*

Dieser Band dokumentiert Vorträge und Poster des fünften Dreiländerkongresses „*Pflege in der Psychiatrie*“ vom Oktober 2008 in Bern.

Das thematische Motto des Kongresses war 'Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery'.

Damit standen – neben freien Beiträgen zu andern aktuellen Themen – nicht Störungen und Krankheiten im Mittelpunkt, sondern Gesundheit, Wohlbefinden, Selbsthilfe- und Selbstheilungspotentiale.

Die Themenwahl knüpft an eine starke Wurzel der pflegerischen Arbeit an: Die Sorge für eine gesundheitsförderliche Umgebung, die Beachtung von gesunden Anteilen und Ressourcen, das Aufrechterhalten von Hoffnung, die Fokussierung auf größtmögliches Wohlbefinden und größtmögliche Unabhängigkeit trotz Krankheit gehören zu den traditionellen Anliegen gerade der Pflege in der Psychiatrie.

Die Beiträge in diesem Band zeigen einerseits, dass es offensichtlich eine beträchtliche Zahl von Ansätzen und Praxisprojekten gibt, Gesundheitsförderung auf ganz unterschiedliche Art und Weise und auch *explizit* in die Pflegepraxis zu integrieren. Auf der anderen Seite ist es so, dass die meisten dieser Projekte im stationären Rahmen angesiedelt sind und in vielen Fällen Teil eines Krankheits-Behandlungsprogramms sind. Es scheint, dass das Potential pflegerischer Beiträge zur Gesundheitsförderung im ambulanten Bereich und im Bereich der Primärprävention bisher noch zu wenig genutzt wird. Wir hoffen, dass der diesjährige Kongress dazu anspornt, die gesundheitsfördernden Aktivitäten entsprechend auszubauen.

Recovery kann mit Genesung oder Wiedererlangen der Gesundheit übersetzt werden. Recovery ist in den letzten Jahren zu einem wesentlichen Konzept der psychiatrischen Arbeit geworden. Seine Entdeckung verdanken wir Erfahrungen engagierter Betroffener. Die Beschäftigung mit Recovery bedeutet des-

halb auch, von Psychiatrieerfahrenen zu lernen, und sie eröffnet neue Formen der Zusammenarbeit von Professionellen (Experten durch Ausbildung) und Psychiatrieerfahrenen (Experten durch Erfahrung).

Wir freuen uns, dass am Dreiländerkongress 2008 noch mehr als in den vergangenen Kongressen Betroffene selbst zu Wort kommen. Dadurch kann der Gefahr begegnet werden, dass das Thema „Recovery“ von den Betroffenen-erfahrungen losgelöst wird und dass Recovery als von Profis dominierte, neue modische Therapieform angeboten wird. Aus verschiedenen Beiträgen in diesem Band geht klar hervor, dass das Recovery-orientierte Fachwissen im Wesentlichen aus Erfahrungen psychiatrieerfahrener Menschen besteht. Wissen zu Recovery können wir nur im Austausch mit Betroffenen erwerben. Diese Tatsache weist auf den Spannungsbogen hin, der die Dreiländerkongresse seit dem ersten Kongress in Bielefeld begleitet und dort unter der Bezeichnung „Barker-Guerney-Disput“ in die Geschichte eingegangen ist: In welchem Ausmaß soll oder muss die Pflege in der Psychiatrie *evidenzbasiert* (in konventionellem Sinn) sein, in welchem Ausmaß soll oder muss sie *wertebasiert* sein. Sollen Randomisierte Studien oder Erfahrungswissen und persönliche Erfahrungen der individuellen KlientInnen für die Wahl von Interventionen ausschlaggebend sein? Die Diskussionen an den bisherigen Dreiländerkongressen machen deutlich, dass gute Pflege aus einer sorgfältigen Balance dieser zwei Ansätze besteht, und dass auch die wissenschaftliche Entwicklung der psychiatrischen Pflege beidem Rechnung tragen muss. Die noch vermehrte Integration der KlientInnenperspektive und ein Ausbau der Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen sind Bereiche, so hoffen wir, die durch den diesjährigen Kongress kräftige Impulse erhalten werden. Ein solcher Impuls könnte die vermehrte Zusammenarbeit mit Betroffenen bei der Gestaltung und Durchführung pflegerischer Programme und Angebote sein, oder die Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen in Form von gemeinsam geplanten und durchgeführten Forschungsprojekten. Die in diesem Band implizit und explizit erwähnten Erfahrungen Betroffener mit Recovery machen deutlich, dass die bestehende psychiatrische und pflegerische Versorgung den Bedürfnissen der Betroffenen oft nicht genügend entspricht. In diesem Sinn ruft uns der diesjährige Kongress dazu auf, uns auch gesundheitspolitisch vermehrt für bedürfnisgerechte Versorgungsstrukturen und Angebote zu engagieren.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Organisationen und Einzelpersonen aus Deutschland, aus Österreich und aus der Schweiz, welche diesen Kongress unterstützt haben, und bei den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern für die Gastfreundschaft. Wir danken den AutorInnen für ihre Beiträge zu diesem Kongressband, und, last but not least, Inge Bauer und dem Ibicura-Verlag dafür, dass sie auch diesen fünften Tagungsband verlegen.

Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Veranstalter: Der 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie <i>Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan</i>	6
Psychische Gesundheit, Public Health und die Rolle der Pflege <i>Marianne Brieskorn-Zinke</i>	15
Recovery, Psychiatry and Nursing (Recovery, Psychiatrie und Pflege) <i>Julie Repper</i>	23
Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie? <i>Andreas Knuf, Sabina Bridler</i>	24
Recovery ohne Psychiatrie: Alternativprojekte von Psychiatrieerfahrenen <i>Peter Lehmann</i>	33
Gibt es im Hinblick auf berufliche Gratifikationskrisen und Burnout Unterschiede zwischen Pflegenden in der Psychiatrie und der Somatik <i>Michael Löhr, Michael Schulz, Lutz Wehlitz, Christian Heins, Katja Wingefeld</i>	38
Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) aufgrund von Aggressionseignissen bei Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen <i>Christoph Abderhalden, Ian Needham, Dirk Richter</i>	41
Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffene MitarbeiterInnen: Ein Leitfaden <i>Harald Stefan, Wolfgang Schrenk, Wolfgang Egger</i>	47
Kooperation in der interprofessionellen Behandlung <i>Konrad Koller, Fritz Frauenelder</i>	53
Psychiatrisches Case Management der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) <i>Klaus Raupp, Martin Brömmer, Thomas Langenegger</i>	63
Primary Nursing in Zeiten der Kostendämpfung: Chance oder Übel? <i>Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle</i>	67
Wohlbefinden fördern: Pflegerische Handlungsmöglichkeiten <i>Dorothea Sauter</i>	70

Kalifornische Massage als eine Möglichkeit des Kontaktes und als ein Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Patienten und Mitarbeiter: Ergebnisse einer Befragung von 300 Patienten und 50 Mitarbeitern <i>Uwe Braamt</i>	74
Gesünder leben, leicht gemacht (GLLG). Gesundheitsförderung in einer psychiatrischen Tagesklinik <i>Radegundis Hofer</i>	81
Motivations- und Entzugsarbeit bei Alkohol- und Suchkranken am Psychiatriezentrum Rheinau <i>Marcel Binder, Stefan Wermelinger</i>	85
Recovery und seine Bedeutung für die psychiatrische Pflege <i>Anna Eisold, Michael Schulz, Doris Bredthauer</i>	94
„Ich hatte damals ein Durcheinander, wo ich heute Ordnung habe“ Eine qualitative, inhaltsanalytische Untersuchung bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit <i>Regine Steinauer</i>	105
Selbstpflegekompetenzentwicklung bei älteren Personen im Setting am Modellprojekt „MENSANA“-Gesundheits- und Sozialsprengel Hall i.T. <i>Rita Mair</i>	113
Psychosomatik und Gerontopsychiatrie, Erfolgreiche Arbeit durch die psychiatrische Gesundheits und Krankenpflege <i>Arnold Scheuch</i>	119
Herausforderndes Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen aus der Perspektive von Pflegenden- Erleben und Strategien-- Eine deskriptive, analytische Studie <i>Elisabeth Höwler</i>	125
Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien während einer tagesklinischen Behandlung <i>Gamal Abedi, Markus Schwarz, Rita Schwahn, Maike Pellarin, Jochen Germann</i>	134
„Heimspiele“: Hausbesuch und Elternhospitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Alexandra Schöfer, Bernhard Prankel, Thomas Lange, Bärbel Durmann, Ursula Hamann</i>	138

Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit in der stationären Adoleszentenpsychiatrie <i>Christoph Abderhalden, Manuela Grieser, Gianni Zarotti, Philipp Lehmann</i>	140
Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege: Eine Meta-Synthese <i>Dirk Richter, Sabine Hahn</i>	150
Zwanzig Jahre Psychosozialer Pflegedienst - Von einer Idee zur flächendeckenden extramuralen Versorgung <i>Harald Kaplenig, Christine Gruber</i>	158
Unterstützung einer spontan gebildeten Selbsthilfegruppe mittels Supervision durch Pflegenden einer Psychotherapieklinik <i>Rolf Brunner, Momo Christen</i>	165
Pflege psychisch kranker Menschen: Ansichten von innen <i>Susanne Schoppmann</i>	172
Passen Recovery und psychiatrische Pflege zusammen <i>Ian Needham, Fritz Frauenfelder, Franziska Rabenschlag, Christoph Abderhalden</i>	175
Pflege als menschliche Zuwendung <i>Sabine Weißflog, Jürgen Rave, Willi Kazmaier</i>	185
Selbstbefähigung in der ambulanten psychiatrischen Pflege fördern - Stolpersteine in der Zuweisung der Verantwortung <i>Udo Finklenburg, Cécile Geisseler</i>	195
Multiprofessionalität in der allgemeinpsychiatrischen Mutter-Kind- Behandlung <i>Bernd Abendschein, Nadia Hadji, Simone Stuhlmüller, Claudia Klock</i>	196
Recovery und Selbsthilfe bei Borderline <i>Christiane Tilly</i>	202
Experienced Involvement - Erfahrung für Veränderung nutzen: Psychiatrie - Erfahrene bewegen Professionelle <i>Uwe Bening, Claus Rätke</i>	213
Recovery als Prinzip stationärer psychiatrischer Versorgung in Nottingham (UK) - ein Umsetzungsbeispiel <i>Martin Fischer, Julie Repper</i>	224
Ressourcenorientierung in der Langzeitpsychiatrie - Einführung und Umsetzung von Ansätzen des Tidal-Modells, von Recovery und Empowerment auf einer Station <i>Guntram Fehr, Bernadette Arpagaus</i>	225

Kongruente Beziehungspflege am Fallbeispiel einer "schwierigen" Patientin: eine Fallstudie <i>Markus Berner</i>	232
Advanced Practice Nursing (APN) in der Psychiatrie: Von der Idee zur Umsetzung <i>Peter Ullmann, Joergen Mattenklotz</i>	240
Einführung von Pflegediagnosen am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost <i>Cornelia Gianni</i>	241
Strukturierte Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen: Erste Erfahrungen aus einem Praxisentwicklungsprojekt <i>Bernd Kozel, Konrad Michel, Christoph Abderhalden</i>	245
Medikamententrainingsprogramm (MTP) <i>Uwe Schirmer, Tilman Steinert, Tanja Jörg</i>	252
Phytotherapie in der Psychiatrie – Entwicklung und Umsetzung eines Klinikstandards <i>Jürg Dinkel, Rea Heierli</i>	258
Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus: Ein Präventionskonzept mit Fokus auf die Berufsgruppe der Pflegenden <i>Markus Weber, Iris DeBertolis, Sonja Feige, Jens Glatthaar, Katharina Theiss, Barbara Tönges</i>	264
Krisen bewältigen-Stabilität erhalten-Veränderung ermöglichen oder: Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht <i>Doris Rolke, Marie Boden</i>	273
„Praktische Erfahrungen mit Peerarbeit im ProMenteSana-Recovery- Projekt“ <i>Maria Giesinger, Ruth Meier</i>	287
Evaluation der Bezugspersonenpflege in der stationären Psychiatrie <i>Urs Ellenberger, Bernd Kozel, Peter Rieder</i>	295
Ermittlung des Umsetzungsgrades von PN in der stationären Psychiatrie mittels IzEP® <i>Rosemarie Welscher, Michael Schulz, Sebastian Dorgerloh</i>	300
Behandlung von forensischen Patienten auf einer allgemeinpsychiatrischen Station aus multiprofessioneller Sicht anhand eines Fallbeispiels <i>Christian Frank, Rainer-Uwe Burdinski, Michael Schulz</i>	302

Resilienz und Salutogenese als Möglichkeiten in der Sozio- Milieuthherapie von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik	
<i>Frank Voss</i>	317
Die Anerkennung des psychisch kranken pflegebedürftigen Menschen als empirisches Phänomen	
<i>Harald Haynert</i>	328
"Fremdheit zulassen - Welten erfahren" – das WEGweiser Projekt	
<i>Stefan Jünger, Thomas Hax-Schoppenhorst</i>	330
"Image heben - Pflege pflegen!"	
<i>Thomas Hax-Schoppenhorst, Stefan Jünger</i>	341
Pflegefachpersonen Psychiatrie und ihr Einfluss auf die Politik ihres Landes	
<i>Regula Lüthi</i>	348
Phänomenologie des Psychiatrischen - Einladung zu einem Dialog zwischen Pflegewissenschaft - Philosophie - Psychiatrie	
<i>Harald Haynert</i>	349
Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht	
<i>Dirk Richter</i>	351
Medikamententraining im Rahmen psychiatrischer Pflege (Poster)	
<i>Florim Asani, Ingo Eissmann</i>	363
Befreiungstechniken im Aggressionsmanagement (Poster)	
<i>Robert Thein, Peter Ullmann</i>	365
Der Pflegeprozess in der Praxis: Umsetzung des Pflegeprozess in der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium Kilchberg (Poster)	
<i>Gianfranco Zuaboni</i>	367
Autorinnen und Autoren	371

Psychische Gesundheit, Public Health und die Rolle der Pflege

Marianne Brieskorn-Zinke

Einführung

Das Modell der Salutogenese gilt bis heute als eines der wichtigsten interdisziplinären Gesundheitskonzepte mit großer Integrationskraft für die unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen. In der Diskussion um Gesundheitsförderung wird heute weniger vom Grundlagenkonzept der Salutogenese gesprochen als vielmehr von der salutogenetischen Perspektive, die eine Erklärungsgrundlage für die Bedeutung personaler Ressourcen bei der Entstehung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit liefert.

So geht es auch in diesem Beitrag um gesundheitsförderliche und ressourcenorientierte Sichtweisen, die die Pflege betreffen und natürlich geht es dabei auch um Wege der Umsetzung solcher Ansätze in den psychiatrischen Alltag. Für die Pflege als Profession ist diese salutogenetische Perspektive zentral geworden.

Die Anforderungen an die Pflegeberufe sowie das berufliche Selbstverständnis in der Pflege haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm gewandelt. Die Pflege in den deutschsprachigen Ländern ist dabei, sich von einem Heil – Hilfsberuf zu einem eigenständigen Gesundheitsfachberuf zu entwickeln – sehr langsam zwar, dafür aber -auch nachhaltig. Diese Entwicklung hängt einerseits mit dem veränderten Krankheitsspektrum zusammen und mit neuen Ansätzen zur Versorgungsgestaltung, zum anderen auch mit der Internationalisierung oder der Europäisierung. Über 6 Millionen Pflegende und Hebammen in Europa werden heute als eine große Ressource für mehr Gesundheit in allen Ländern der EU betrachtet. WHO-Empfehlungen und EU-Aufrufe zur stärkeren Einbindung der Pflegeberufe in Public Health relevante Aufgaben machen Druck, sowohl auf die Politik als auch auf die Pflegeverbände und die Ausbildungsträger.

Der Generaldirektor der WHO prognostizierte bereits 1985 für den Pflegebereich wichtige Veränderungen:

„Die Rolle der Krankenschwestern wird sich ändern, mehr von ihnen werden aus den Krankenhäusern in das Alltagsleben gehen, wo sie dringend gebraucht werden. Sie werden mehr zu Hilfsquellen für die Menschen als für die Ärzte, indem sie sich aktiver um die Gesundheitserziehung der Bevölkerung kümmern. Leitende Krankenschwestern werden zunehmend innovativ wirken und an der Planung und Auswertung von Programmen beteiligt sein. Wenn Millionen von Krankenschwestern an tausend verschiedenen Orten die gleichen Ideen verkünden und sich zu einer gemeinsamen Kraft zusammenschließen, dann könnten sie wie ein Kraftwerk auf Veränderungen hinwirken. Ich glaube, dass eine solche Veränderung kommt. Es ist heute offensichtlich, dass der Krankenpflegeberuf mehr bereit ist für Veränderungen als andere Berufsgruppen“ (Mahler 1985, zit. nach Weeks 1989, S.67).

Herr Mahler hatte Recht. Heute heißen die Krankenpfleger und Krankenschwestern auch in Deutschland Gesundheitspfleger und Gesundheitsschwestern. Das ist mehr als Rhetorik. Das gehört zu einem Programm, welches mittels Veränderungen die Perspektiven in der Pflege verändert. Weg von der Defizit- und Risikoorientierung hin zu einer Arbeitsperspektive, die auf die Potentialen oder das „Vermögen“ von Patienten und Angehörigen zielt und möglicherweise auch weg von der ausschließlichen Behandlung oder Arbeit mit Patienten und Patientinnen in den Krankheitsinstitutionen, hin zu vermehrten Tätigkeiten an den Orten, wo Krankheiten entstehen. Pflegende können hier ihre Erfahrungen aus dem Umgang mit Krankheit und Kranksein für die Prävention und damit für den Erhalt der Bevölkerungsgesundheit nutzbar machen. In diesem Sinne bekäme *„Public Health Nursing“* auch in den deutschsprachigen Ländern Gestalt.

Was ist Gesundheit?

Ernst Bloch hat in seiner Abhandlung über den „Kampf um Gesundheit“ folgende Kurzcharakterisierung gegeben:

„Gesundheit ist ein schwankender Begriff, wenn nicht unmittelbar medizinisch, so sozial. Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Gesundheit wiederherstellen, heißt in Wahrheit den Kranken zu jener Art von Gesundheit bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst

gebildet wurde.... Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft Erwerbsfähigkeit, unter Griechen war sie Genussfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit“ (Bloch 1959, S. 539).

Eine solche eher kritisch soziologische Betrachtungsweise ist zwar interessant, bringt uns im Pflegealltag allerdings nicht weiter.

Man kann von zwei unterschiedlichen Kategorien des Gesundheitsbegriffs ausgehen, die für unseren Arbeitszusammenhang sinnvoll sind, es handelt sich um einen eher theoretischen und einen eher praktischen Zugang. Die Arbeit am theoretischen Gesundheitsbegriff produziert zwangsläufig Idealitäten. So definiert Becker z.B. aus seinen Forschungsergebnisse zur seelischen Gesundheit, die ja in der Psychiatrie im Vordergrund steht, seelische Gesundheit als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mit Hilfe externer und interner Ressourcen. Externe und interne Ressourcen umfassen nach Becker soziale und berufliche Kompetenzen, ein hohes Selbstwertgefühl, selbst- und fremdbezogene Wertschätzung sowie Flexibilität und Tenazität (Beharrlichkeit, Zähigkeit) und die Fähigkeit zur Bedürfnisbefriedigung (vergl. Becker 2005).

Die WHO definiert „Gesundheit“ wie folgt: *„Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“*. Im Alltag können wir mit solchen Gesundheitsbegriffen allerdings nur bedingt arbeiten. Häufig deprimieren diese Idealvorstellungen.

Andere Studien und Arbeiten zum Thema Gesundheitsförderung in der Pflege werden vielmehr von einem funktionalen Gesundheitsbegriff bestimmt. Dieser zielt auf die Aussage: Gesundheit ist höchstmögliche Autonomie, auch unter den Bedingungen von Krankheit, funktionalen Einschränkungen, manchmal auch unter Schmerz und Leid. Diese Verwendung des Autonomiebegriffs im Sinne von Gesundheit darf keinesfalls missverstanden werden als Unabhängigkeit als vorausgesetzter gesellschaftlicher Wert, im Sinne *„jeder kann alles alleine“*! Autonomie ist hier vielmehr zu verstehen als selbstbestimmtes Leben. Das ist eine Gesundheitsvorstellung, die abweicht von Gesundheit als Zustand des Rundumwohlfühls oder von Gesundheit als Fitness. Es ist ein eher bescheidener Gesundheitsbegriff, der eine professionelle Haltung impli-

ziert, die auf das „So Sein“ und auf die Selbstverantwortung und die Selbstbeteiligung des Gegenübers zielt.

Krankheit wird all zu oft als Gegenspieler zur Gesundheit gesehen, was aber nur in gewisser Weise stimmt. Da „krank“ in der Psychiatrie meist nicht „körperkrank“ bedeutet, sprechen wir hier vielfach von Kränkung oder wie Klaus Dörner es ausdrückt vom vielseitig verwendbaren Begriff „Störung“: *„Man kann sagen: Jemand hat eine Störung, wird gestört, stört sich selbst, stört andere, kann eine Betriebsstörung sein; auch Beziehungen und Entwicklungen können gestört sein“* (Dörner et al, S 19).

Diese Störung als allgemein-menschliche Ausdrucksmöglichkeit für bestimmte Gefühlslagen oder Problemsituationen aufzufassen, beinhaltet ebenfalls eine Haltung, die nicht defizitorientiert ist, sondern dem So-Sein eines Patienten gerecht werden kann. Vorübergehend kann er oder sie in seinem / ihrem Gestörtsein auch ein Stück Autonomie (im Sinne der Selbstbestimmung) verlieren, auf welcher Ebene auch immer.

Gesundheit wird in dem hier vorgestellten Ansatz also nicht der Krankheit gegenüber gestellt, sondern im Sinne der Autonomie interpretiert. Ziel des gesundheitsorientierten Handelns in der Pflege wäre dann, dass Patienten so selbständig und selbstverantwortlich wie möglich mit den momentanen körperlichen, psychischen und sozialen Anforderungen ihres Lebens zurecht kommen. Gemäß dieser Zielsetzung geht es in der pflegerischen Arbeit dann darum, Patienten dabei zu unterstützen alltägliche Handlungsfähigkeit zurück zugewinnen oder wieder neu zu gewinnen. Wichtig ist, dass Patienten diese alltägliche Handlungsfähigkeit erleben können, um auf dieser Grundlage auch sich selbst wieder als wirksam zu spüren. **Das Erleben eines gelungenen Alltags ist also eine wesentliche Bezugsgröße der pflegerischen Gesundheitsdefinition und der Rückgewinnung von Autonomie.** Der pflegerische Blick muss bei einer solchen Zielsetzung vermehrt auf die verbliebenen Ressourcen und Potentiale des Patienten oder auf das Vermögen gerichtet sein. Eine solche Beschreibung des professionellen Arbeitsgebietes der Pflege bezieht sich eben nicht auf die Krankheit oder die diagnostizierten Befunde sondern auf das **Kranksein** und das verbliebene **Gesundsein** der Patienten. Das sind die zwei wichtigen Dimensionen des Sich-Befindens oder des Sich-Erlebens, die für

pflegerische Interventionen zentral sind und die die Balance oder die Disbalance schaffen zwischen Abhängigkeit und Autonomie.

Was heißt Salutogenese

Es geht um ein Konzept zur Erklärung der Ursprünge von Gesundheit. Während sich die Medizin in den letzten 200 Jahren intensiv mit der Pathogenese befasst hat – also den Ursprüngen der Krankheiten – ist eigentlich erst in den letzten zwanzig Jahren die wissenschaftliche Frage nach den Ursprüngen und Bedingungen für Gesundheit gestellt worden. Der Medizinsoziologe Aron Antonovsky hat dazu in den 80er Jahren sein salutogenetisches Modell entworfen, welches heute zu den einflussreichsten Ansätzen in den Gesundheitswissenschaften zählt. Antonovsky bezog sein Modell zwar ursprünglich primär auf körperliche Gesundheit, die zu Grunde gelegte Methodik ist aber auch auf seelische Gesundheit übertragbar – wenn wir denn überhaupt von einer prinzipiellen Unterscheidung von körperlicher und seelischer Gesundheit ausgehen wollen.

Nach dem Konzept der Salutogenese sind Individuen oder Gruppen gesund, wenn sie:

- Anforderungen und Zumutungen einigermaßen vorhersehen, verstehen und einordnen können (ein Gefühl von Verstehbarkeit in sich tragen)
- Die Möglichkeiten sehen zu reagieren, einzugreifen und Einfluss zu nehmen (ein grundsätzliches Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit haben)
- Die Motivation verspüren, dass Problemlösungen sich für sie lohnen (Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit)

Antonovsky hat mit seinem Modell viele Anstöße gegeben zur weiteren Beforschung der Fragen: Was ist Gesundheit? Was bedingt Gesundheit? Wie kann man Gesundheit definieren? Wie kann man Gesundheit diagnostizieren? Wie kann man Gesundheit fördern? Das führte z.B. zu den Unterscheidungen zwischen aktueller Gesundheit und habitueller Gesundheit, zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit, zwischen optimaler und bedingter Gesundheit, zwischen objektiv gemessener Gesundheit und subjektiv wahrgenommener Gesundheit? So ist die Gesundheitsforschung entstanden und das, was wir heute ganz allgemein unter salutogenetische Perspektive fassen. Daraus sind

zumindest drei zentrale überprofessionelle Leitlinien für das Arbeitsfeld Gesundheitsförderung entwickelt worden:

- ein biopsychosoziales Grundverständnis der Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit
- die Einsicht, dass zur Bestimmung von Gesundheit und Krankheit subjektive Angaben zur Befindlichkeit und zur Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit gleichwertig neben den objektiven Befunden der Professionellen stehen.
- der Einsatz von Empowerment-Strategien mit einer bewussten Orientierung an den Stärken und Ressourcen von Klienten/Patienten.

Unter diesem Dach arbeiten heute die verschiedensten Professionen am Thema Gesundheit, von den Psychologen und Medizinern bis zu den Sportlehrern und Erzieherinnen.

Wie können nun diese Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung für die pflegerische Gesundheitsförderung in der Psychiatrie nutzbar gemacht werden?

Grundsätzlich gibt es zwei Einsatzfelder:

- innerhalb der psychiatrischer Institutionen zur Sekundär- und Tertiärprävention und
- außerhalb psychiatrischer Institutionen zur Primärprävention psychischer Erkrankungen.

Die pflegerische Gesundheitsförderung innerhalb psychiatrischer Institutionen befasst sich mit Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, die oft existenzielle Brüche in ihrer Biographie erleben oder auch den Verlust der Kontrolle über wesentliche Handlungsbereiche in ihrem Leben. Im Sinne des Konzepts der Salutogenese, ist dann das Kohärenzgefühl erschüttert und der Mensch bewegt sich auf dem Krankheits- Gesundheitskontinuum akut mehr in Richtung Krankheit als Gesundheit. Es geht also in der pflegerischen Gesundheitsförderung innerhalb der psychiatrischen Institutionen nicht darum Gesundheit zu lehren, sondern darum Patienten im Sinne des Krankheits- Gesundheitskontinuums dabei zu unterstützen in Zukunft mehr gesund und weniger krank zu sein und dieses Verhältnis so autonom wie möglich zu gestalten.

Wie kann das im Sinne der Salutogenese ganz praktisch geschehen? Wie kann das erschütterte Kohärenzgefühl wieder stabilisiert werden?

Durch aktives Zuhören – Das fördert und unterstützt beim Patienten das Gefühl der Verstehbarkeit. Er soll mit Hilfe von aktiven Reflexionsanstößen auf der kognitiven Ebene sein Kranksein und sein Gesundsein verstehen und einordnen lernen – also Stück für Stück den komplexen, schwer in Worte zu fassenden Sinn ausmachen, den die jeweilige Störung als riskante Problemlösungsmethode hat – im Rahmen der Biographie, im Rahmen der familiären Bedingungen, der Arbeitsbedingungen oder auch im Rahmen der aktuellen Situation. Dörner spricht hier von der „Landschaftsgestaltung in Sprachbildern“, in denen Gesundheitserfahrungen und Krankheitserfahrungen gemeinsam benannt und ausgetauscht werden. Von zentraler Bedeutung für die Erstellung des Pflegeplan sind also die Erzählungen der Patienten als Ausdruck der selbsteingeschätzten Bedürfnisse und Lebenserfahrungen

Durch das Ermöglichen von Kompetenzerfahrungen – also das Machbarkeitsgefühl stärken. Der Patient soll das Ausmaß seiner Grenzen aber auch seiner Möglichkeiten wieder neu austesten und wahrnehmen lernen. Pflegende helfen Fertigkeiten für den Alltag zu entwickeln also die bereits beschriebene alltägliche Handlungsfähigkeit zu entwickeln. So werden wieder Selbstwirksamkeitserfahrungen möglich. Häufig geht das nur über sehr individuelle abgestimmte kleinste Zielsetzungen, die auf der Beobachtung und Erfassung von verbliebenen Gesundheitspotentialen aufbauen. Dafür besteht allerdings großer Schulungsbedarf. Aber auch die Hinführung zu geeigneten Unterstützungssystemen außerhalb des eigenen Selbst, verstärken das Machbarkeitsgefühl – wie z.B. Beziehungen, Kontakte, professionelle Anlaufstellen, Selbsthilfegruppen usw. Das Ermöglichen von Kompetenzerfahrungen ist Kreativitätsarbeit mit Zu-Mutungen, ist Beziehungsarbeit im Jetzt, ist der Versuch neue Erfahrungen anzulegen.

Durch Haltgeben Bedeutsamkeit vermitteln. Der Patient soll Motivation für sein Leben oder für das Wiedererlangen eines gesünderen Lebens entwickeln. Das ist sicherlich der heikelste Punkt des Kohärenzerlebens in psychischen Krisen. Antonovsky spricht hier von der motivationalen Komponente, die er als die Wichtigste im Kohärenzgefühl beschreibt. Wenn aber Patienten sich im Extremfalle selbst nicht mehr aushalten, dann ist die Vermittlung von Bedeut-

samkeit extrem schwierig und vielleicht nur herstellbar über die Versicherung „Ich halte Dich aus“ und über die gleichzeitige Versicherung, dass man als Pflegefachkraft aus der Erfahrung weiß, dass es wieder besser wird.

Die Arbeit am Kohärenzgefühl, also am Gefühl für Zusammenhänge, kann nur als konzeptionelle Richtschnur gelten für eine sinnvolle Zusammenführung gesundheitsförderlicher Ansätze, die es ja auch jetzt schon in verschiedenen Formen gibt und natürlich darüber hinaus auch für eine sinnvolle Kooperation aller Berufsgruppen, die in der Psychiatrie ebenfalls schon seit Langem praktiziert und immer wieder neu diskutiert wird.

Die Pflegeberufe haben allerdings durch ihr spezifisches Aufgabengebiet und durch ihren einzigartigen Bezugsrahmen zum Patienten, der durch besondere Nähe geprägt ist, sehr gute Möglichkeiten vermehrt gesundheitsorientiert zu arbeiten. Die Pflege ist von daher wirklich als ein wichtiger salutogener Faktor in der Psychiatrie zu betrachten. Zum einen verbringen Pflegende im Vergleich zu anderen Berufsgruppen den größten Zeitanteil mit dem Patienten. Sie gestalten zusammen mit dem Patienten den klinischen Alltag. Zum zweiten bezieht sich die Nähe auch auf die Körperlichkeit – gleichgültig ob es sich um die Unterstützung zur Aufrechterhaltung körperlicher Funktionen, das Erkennen und Eingehen auf körperliche Symptome (z.B. durch Nebenwirkungen) oder um den körperlichen Ausdruck von Empfindungen wie Verletzungen oder Angst handelt. So geht es in der Pflege immer auch um leiborientierte Wahrnehmung und Beratung, die einen Zugang schafft auch für eher körperliche Gesundheitserfahrungen beim Essen, Ausscheiden, Bewegen, Schlafen usw.

Gesundheitsorientiertes Denken und Handeln führt Körper und Seele zusammen genauso wie Kranksein und Gesundsein, was ein Zitat von Thomas Mann verdeutlicht:

„Das Leben ist nicht zimperlich, und man mag wohl sagen, dass schöpferische, geniesprudelnde Krankheit, Krankheit, die hoch zu Ross die Hindernisse nimmt, in kühnem Rausch von Fels zu Felsen springt, ihm tausendmal lieber ist als die zu Fuß latschende Gesundheit“ (Mann 1955).

Literatur

bei der Verfasserin

Recovery, Psychiatry and Nursing (Recovery, Psychiatrie und Pflege)

Julie Repper

Abstract

Das Konzept des 'Recovery' ist im Bereich der psychischen Gesundheit in kurzer Zeit fast allgegenwärtig geworden, und dies weltweit. Unzählige Angebote, Ausbildungskurse, professionelle Gruppen, Strategien und Leitbilder beziehen sich heute auf Recovery. Das Problem damit ist, dass die Bedeutung des Begriffs inzwischen fast beliebig geworden ist. Recovery ist ein Wort geworden, das immer zu dem passt, was wir tun möchten, statt dass es eine Bezeichnung ist für einen klar definierten Ansatz für die Arbeit mit Menschen, die psychische Probleme haben, nach deren eigenen Bedingungen, um ihnen zu helfen das Leben zu leben, das sie selbst leben wollen.

Im Beitrag, der sich auf Literatur, Forschungsergebnisse und Beispiele von recovery-orientierten Angeboten stützt, wird folgendes besprochen:

- Was bedeutet Recovery für Menschen, die Dienste in Anspruch nehmen?
- Wie können Einrichtungen Recovery ermöglichen und unterstützen?
- Wie können wir wissen, ob wir wirklich Recovery praktizieren?

Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie?

Andreas Knuf, Sabina Bridler

Durch welche Haltung und Methodik zeichnet sich eine Arbeitsweise aus, die sich an Recovery und Empowerment orientiert? Welche Veränderungen braucht es auf der strukturellen Ebene des psychiatrischen Hilffsystems? Und welche ganz konkreten Schritte braucht es, um eine Atmosphäre zu schaffen, in der Genesung leichter möglich wird?

„Empowerment“ und „Recovery“ sind zwei Schlagworte, die sich in der aktuellen sozialpsychiatrischen Konzeptdebatte immer wieder finden. „Empowerment“ meint die Selbstbefähigung psychiatrischer Klienten, mit älteren Begriffen könnte man auch vom Zurückgewinnen von Stolz, Würde und Mut sprechen. Wie können psychiatrieerfahrene Menschen wieder über ihr Leben bestimmen, wie wird Selbsthilfe möglich, wie wird im psychiatrischen Kontext ein möglichst hoher Grad an Selbstbestimmung möglich? Der Begriff „Recovery“ könnte mit Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt werden, ein wirklich treffender deutschsprachiger Begriff ist noch nicht gefunden. Die ersten Vertreter des Recovery-Ansatzes waren Betroffene, die von professioneller Seite als „chronisch psychisch krank“, als „austherapiert“ bezeichnet wurden, die sich mit dieser negativen Prognose aber nicht abfanden und wieder Erwarten gesundeten. Sie schlossen sich zusammen um auf den ihrer Meinung nach demoralisierenden Pessimismus aufmerksam zu machen, den die Psychiatrie verbreitet und nach Bedingungen zu suchen, die darüber entscheiden, ob es einem langzeitkranken Menschen gelingt, wieder ein zufriedenes Leben zu führen. Dieser Betroffenenbewegung schlossen sich rasch reformorientierte Fachleute an. In Ländern wie Neuseeland, England, Canada oder einzelnen Staaten der USA ist die Recovery-Idee zu *dem* zentralen Anliegen reformorientierter Fachpersonen sowie von Betroffenenvertretern geworden. Dabei handelt es sich nicht um ein einheitliches Konzept, sondern eher um eine Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis.

Im Recovery-Ansatz wird sehr radikal die Genesung in den Mittelpunkt der psychiatrischen Arbeit gerückt, und zwar auch und gerade bei jenen Menschen, die von der Psychiatrie klassischerweise als Klienten zweiter Klasse abgeschrieben wurden, bei den „chronischen Fällen“, den „Austherapierten“. Genesung wird hier aber nicht als Symptommfreiheit verstanden. Recovery ist vielmehr ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er trotz seiner möglicherweise fortbestehenden Symptome ein zufriedenes und hoffnungsvolles Leben führen kann und am gesellschaftlichen Leben aktiv teilnimmt, wie jeder andere Mensch auch.

In zahlreichen sozialpsychiatrischen Institutionen wird bereits Recovery- und Empowerment-orientiert gearbeitet. Vieles ist in den letzten Jahren erreicht worden, doch manche Umsetzung kommt nur langsam voran, gerade auf der strukturellen Ebene. Recovery lässt sich auf vielfältige Weise fördern. Wir möchten hier jedoch keinen allgemeinen Überblick geben, sondern anhand einiger ausgewählter Themenbereiche aufzeigen, wie eine auf die Genesung ausgerichtete Arbeitsweise im Alltag einer psychiatrischen Institution umgesetzt werden kann.

Recovery als Einführung des weiblichen Prinzips in die Psychiatrie?

Die konventionelle Psychiatrie ist bis in die Gegenwart mehrheitlich von einem patriarchalen, herrschaftsorientierten Denken durchzogen. Sie betont einen Machtanspruch gegenüber ihren KlientInnen, fordert beispielsweise „Compliance“ von ihnen und droht für den Fall der Verweigerung Zwang und Gewalt an. Sie beurteilt das Verhalten ihrer KlientInnen in Form von Diagnosen. Diese dienten bis in die jüngste Zeit hinein in erster Linie der Zuordnung und nicht der Indikation für bestimmte Therapieverfahren, da verschiedene Diagnosen oft in derselben Therapie mündeten. Die konventionelle Psychiatrie ist zudem von einer Gesprächsarmut geprägt. Wie viele Gespräche mit KlientInnen in Kliniken beschränken sich lediglich auf Informationen zu Medikamenten, wie selten wird auch heute noch über die Bewältigung von Symptomen, der Krankheitserfahrung oder den Erlebnissen während der Krise gesprochen. Die Beziehung wird in der konventionellen Psychiatrie ebenfalls weiterhin eher gering bewertet. Eine Recovery-orientierte Haltung beinhaltet viele Elemente, die gemeinhin eher dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben werden, wes-

halb wir die Recovery-Orientierung vereinfacht als die Einführung des weiblichen Prinzips in die Psychiatrie bezeichnen möchte. Für die Förderung des Genesungsprozesses erachtet der Recovery-Ansatz eine Haltung professionell Tätiger als hilfreich, die neben weiteren Elementen folgendermaßen beschrieben werden kann:

- Aufrechterhalten der Hoffnung auf Gesundung („*Holder of Hope*“) selbst in schwierigsten oder scheinbar unveränderlichen Situationen; Zuversicht und Vertrauen in die in einem jeden Menschen innewohnenden Gesundungskräfte;
- Geduld, genügend Zeit für die Entwicklung zu lassen;
- eine nicht bewertende, nicht pathologisierende oder stigmatisierende Haltung, so dass sich die KlientInnen in ihrem Anderssein gleichwertig und angenommen fühlen;
- das subjektive Erleben der Betroffenen und ihrer ganz persönlichen Erklärungsmodelle wertzuschätzen, ihnen nicht die Sicht der Fachperson überstülpen zu wollen;
- Wahlfreiheit (im Bezug auf therapeutische Möglichkeiten, Lebensformen etc.) ermöglichen, dadurch Zusammenarbeit fördern; mehr miteinander statt Ausübung von Macht;
- Erleben und Verhalten der Betroffenen als sinnhaft zu verstehen;
- sich auf wirkliche Beziehungen zu den KlientInnen einzulassen, sich nicht hinter Professionalität verstecken, sondern für die KlientInnen als Mensch spürbar zu sein.

Die hier aufgeführten Punkte scheinen allgemeine Grundlagen für Wachstums- und Reifungsprozesse zu sein. Jedenfalls versuchen Eltern zumeist, diese Fähigkeiten im Umgang mit ihren Kindern zu verwirklichen. Für Wachstumsprozesse bei Erwachsenen - und ganz besonders bei Menschen in Krisensituationen – sind sie ebenso unerlässlich.

Hoffnung und Zuversicht vermitteln

Durch die Recovery-Forschung verstehen wir heute wie wichtig es ist, dass die Betroffenen Zuversicht haben und überhaupt an die Möglichkeit einer Genesung glauben. „*Ohne Hoffnung geht es nicht!*“, heißt es in einer Zusammen-

stellung von Grundsätzen für die Recovery-Arbeit, und auch Michaela Amering betont in ihrem Slogan *„Hoffnung Macht Sinn“* (2008) die Bedeutung der Hoffnung als einer von drei zentralen Pfeilern für Recovery-Förderung. Für Fachpersonen stellt sich die Herausforderung, betroffenen Menschen zu helfen, ihre Hoffnung aufrechtzuerhalten und selber die Hoffnung bei ihren KlientInnen nicht aufzugeben. Wie aber kann das im Alltag gelingen? Nach unserer Erfahrung ist die Übersetzung „Hoffnung“ für das englische Wort „hope“ zwar korrekt, stösst aber bei vielen nicht das an, was im Recovery-Ansatz gemeint ist. Der Begriff „Hoffnung“ wird sehr unterschiedlich empfunden. Für manche ist er nicht kraftvoll, sondern eben „das letzte Fünkchen Hoffnung“. Gemeint ist jedoch ein ganz starkes Zutrauen, dass es dem Betroffenen wieder besser gehen könnte. Von Milton Erickson, dem bekannten und erfolgreichen amerikanischen Psychotherapeuten wird berichtet, dass er einen unverbrüchlichen Optimismus in die Veränderungsmöglichkeiten von Menschen gehabt habe und sich bei jedem Klienten und jeder Klientin habe vorstellen können, wie er oder sie weniger leidvoll leben könnte. Auch deshalb scheinen seine Therapien von einem beeindruckenden Erfolg gekennzeichnet gewesen zu sein. Ein solcher unverbrüchlicher Optimismus ist gemeint, wenn es im Recovery-Ansatz um „hope“ geht. Der Begriff „Zuversicht“ oder auch „Vertrauen“ ist unserer Erfahrung nach fast besser geeignet, um dessen Inhalt zu beschreiben.

Wie also kann es gelingen, sich als Fachperson Zuversicht, Vertrauen und unverbrüchlichen Optimismus zu erhalten und den KlientInnen zu vermitteln? Es gibt verschiedene Fähigkeiten, die uns dabei helfen. Zentral sind z.B. Geduld, die Würdigung kleiner Schritte und die Fähigkeit, Krisen nicht als Katastrophen zu verstehen (dann verliere ich bei einer erneuten Krise nämlich alle Hoffnung). Hoffnung zu vermitteln ist nicht in erster Linie eine Frage der Worte. Es geht um mehr als darum, den KlientInnen immer wieder zu sagen: *„Ich glaube, dass Sie das schaffen werden“*. Das mag zwar sinnvoll sein, Zuversicht zu vermitteln ist jedoch in erster Linie eine Frage der Handlungen. *„Mein Therapeut ist einfach zu mir gestanden, er hat mich auch beim dritten Reha-Anlauf noch unterstützt. Da hab ich gemerkt: Der glaubt wirklich, dass ich es schaffen kann!“* - so beschreibt eine Betroffene, wie ihr Zuversicht vermittelt wurde. Zuversicht aufrechtzuerhalten ist recht einfach bei KlientInnen, die sichtbare Entwicklungsschritte machen. Schwieriger ist es bei denjenigen, die schon

länger auf der Stelle treten und besonders schwierig bei Menschen, denen es zunehmend schlechter geht. Hoffnung ist ansteckend und ebenso ist es Hoffnungslosigkeit. Fachpersonen müssen sensibel dafür bleiben, wenn sie sich von der Hoffnungslosigkeit des Umfeldes oder oft auch des oder der Betroffenen selber anstecken lassen.

Ganz konkret: Was ist hilfreich für eine Zuversicht vermittelnde Haltung?

- *Informationen über Gesundungsverläufe sammeln, sowohl durch Studien wie auch durch die Befragung ehemaliger KlientInnen, denen es heute wieder besser geht und zu denen möglicherweise kein Kontakt mehr besteht.*
- *KlientInnen und Mitarbeitenden diese Informationen zur Verfügung stellen (so zum Beispiel die Recovery-DVD von Pro Mente Sana), oder ehemalige genesene KlientInnen über „Gesundheit ist ansteckend“-Gruppen in die Einrichtung einladen.*
- *„Alarmsystem“ installieren, wenn Mitarbeitende die Hoffnung verlieren und z.B. in einen Burn-Out-Zustand geraten.*
- *Nie vergessen: Ohne Zuversicht ist keine gute Arbeit möglich! Besondere Vorsicht ist angebracht, wenn alle Mitarbeitenden bei einem Klienten oder einer Klientin die Zuversicht verlieren!*

Neue Rollenidentität der professionell Tätigen

Im Recovery-Ansatz rücken KlientInnen und professionelle Helfende näher zusammen. Die klassische Unterscheidung von gesund (HelferIn) und krank (KlientIn) existiert so nicht mehr, sondern jeder Mensch hat in gewissem Umfang gesunde Seiten und auch professionell Tätige sind von psychischen Krisen nicht verschont. Der Recovery-Ansatz zeigt uns, dass professionell Tätige dann besonders hilfreich sind, wenn sie als Personen spürbar sind, nötigenfalls auch zu unkonventionellem Verhalten bereit sind und sich nicht hinter einer professionellen Maske verstecken.

Ein wichtiges Element der Recovery-Förderung ist die Peer-Arbeit, also die Mitarbeit von selbst betroffenen Menschen in verschiedensten Bereichen der psychiatrischen Arbeit. Studien zeigen uns, dass die Hilfe, die Betroffene von diesen Peers erfahren, nicht weniger unterstützend ist als die von klassischen

professionell Tätigen, manche Studien zeigen sogar eine bessere Wirksamkeit der Peer-Arbeit. Die Schlussfolgerung dieser Studien ist einerseits, dass wir Peer-Mitarbeit einführen sollten. Andererseits finden wir aber auch, dass professionell Tätige sich ihre eigenen „Peer-Fähigkeiten“ besser bewusst machen und sie nutzen sollten. Denn wir alle haben psychische Krisen und eine Reflektion dieser Krisen fördert das Einfühlungsvermögen und schafft Nähe zu unseren KlientInnen. Wie kann es sein, dass professionell Tätige ihre eigenen Krisen sowohl ihren KollegInnen wie auch ihren KlientInnen gegenüber oftmals verheimlichen oder sich dafür schämen?

Ganz konkret: Was ist hilfreich für eine neue Rollenidentität?

- *Reflektieren der eigenen psychischen Beeinträchtigungen und der Ähnlichkeiten mit KlientInnen;*
- *als Person spürbar zu sein, sich nicht hinter einer pseudoprofessionellen Abstinenz zu verstecken, sich mit eigenen Erfahrungen einzubringen, wenn das hilfreich erscheint;*
- *wirkliche mitfühlende Begegnung mit den KlientInnen zuzulassen,*
- *sich in die KlientInnen hineinversetzen: Wie würde es mir gehen, wenn ich in seiner oder ihrer Situation wäre?*
- *sich nicht nur für die Symptome oder Krisen der KlientInnen zu interessieren, sondern für ihr Leben;*
- *in den Teams eine Kultur zu etablieren, in der psychische Krisen von Mitarbeitenden nicht versteckt werden müssen.*

Annehmen eigener Verletzbarkeit fördern und positive Identität gewinnen

Die eigene Krisenerfahrung zu bewältigen und anzunehmen ist eine der größten Herausforderungen, denen sich psychiatrieerfahrene Menschen auf ihrem Gesundungsweg stellen müssen. Die Erschütterung des eigenen Selbstverständnisses, der Verlust des Gefühls, Herr / Frau des eigenen Innenlebens, der eigenen Gedanken und Gefühle zu sein, bedeutet eine existenzielle Bedrohung, die es auszuhalten und zu überwinden gilt. Neben der Bewältigung der Symptome geht es deshalb darum, die Krankheitserfahrung („*Ich bin schizophran*“, „*Ich habe eine Borderline-Erkrankung*“) zu bewältigen und überdies auch die Behandlung der Erkrankung, von der wir heute wissen, dass sie für viele

Menschen traumatisierend wirkt. *„Psychisch Kranke habe ich immer mit grosser Distanz betrachtet. Sie schienen mir nichts mit mir gemein zu haben. Dass ich plötzlich selbst psychotisch wurde, ‚geisteskrank‘, hat mich in den Grundfesten meines Selbstverständnisses erschüttert und mir vollständig das Vertrauen in mich geraubt. Darüber hinwegzukommen, war die Hauptaufgabe meiner Gesundung“*, berichtet eine Betroffene. So ist die Überwindung der Selbststigmatisierung, der Scham- und Versagensgefühle, genauso wichtig wie die Überwindung der Stigmatisierung durch die Umgebung (*„Die anderen wollen mit mir nichts mehr zu tun haben“*). Schmerzlich kommt die Erfahrung der erlittenen Verluste (Arbeitsplatzverlust, Trennung von LebenspartnerInnen usw.) und die Bewältigung des ungelebten Lebens. Unter ungelebtem Leben verstehen wir all das, was jemand aufgrund seiner Erkrankung nicht leben konnte, etwa die Gründung einer Familie mit Kindern oder der Aufbau einer beruflichen Karriere usw. Wir können hier nur andeuten, welche unglaubliche Herausforderung sich darin verbirgt, diese Grenzen anzunehmen, nicht zu hadern, zerbrochene Lebensentwürfe loszulassen und andere Lebensperspektiven zu entwickeln. Dazu ist Trauerarbeit über die erlittenen Verluste notwendig. Recovery-Förderung bedeutet auch Unterstützung bei diesem Bewältigungsprozess zu leisten und den Trauerprozess zu begleiten bzw. KlientInnen darin zu unterstützen, die Trauer überhaupt zuzulassen. Im Alltag ist aber oft zu beobachten, dass Trauersymptome wie aufkommende Emotionen, inneres Chaos, Ärger usw. im psychiatrischen Kontext eher pathologisiert werden. Wenn Trauer nicht gelingt, scheitert die Genesung. Betroffene bleiben dann oft an eine Vergangenheit gebunden (*„Alles soll wieder so sein wie früher“*), können die erlittenen Erfahrungen nicht annehmen und sich nicht für Neues öffnen.

Ganz konkret: Wie lässt sich das Annehmen der eigenen Verletzlichkeit fördern?

- *Psychoedukative Programme, die oft nur auf die Bewältigung von Symptomen und auf Krisenprophylaxe ausgerichtet sind, ergänzen um Elemente wie die Bewältigung von Selbst- und Fremdstigmatisierung, Umgang mit Verlusterfahrungen und ungelebtem Leben usw.;*

- *Trauerprozesse, die Gefühle des Schmerzes, der Wut, des Trotzes usw. beinhalten können, bei psychiatrieerfahrenen Menschen erkennen und mittragen;*
- *Stigmatisierung durch Fachpersonen reflektieren und reduzieren.*

Strukturelle Ebene: Partizipation der Betroffenen

Eines der zentralen Elemente des Recovery-Ansatzes auf einer strukturellen Ebene ist der vermehrte Einbezug von gegenwärtig oder ehemals betroffenen Menschen in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Behandlungsstrukturen. Dabei kann es um die vermehrte Mitarbeit in Gremien, die Beteiligung an Forschung, Fortbildung und im Beschwerdewesen gehen, aber ebenso um den Aufbau von Hilfsangeboten, die von Betroffenen betrieben und kontrolliert werden (so genannt „User-Run“). Ganz besondere Bedeutung wird der Unterstützung von Betroffenen durch andere Betroffene beigemessen, der so genannten Peer-to-Peer-Arbeit. In verschiedenen Ländern arbeiten mittlerweile Tausende von Peer-Specialists in verschiedensten sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern. Diese Forderungen nach Veränderungen auf struktureller Ebene gibt es schon sehr lange. Sie sind identisch mit den Forderungen, welche die Empowerment-Bewegung seit Beginn der 1990er-Jahre stellt. Bisher sind sie jedoch nur ansatzweise umgesetzt worden. Wir haben die Zuversicht, dass durch das gegenwärtige Interesse am Recovery-Konzept diese Anliegen eine neue Attraktivität bekommen und als unverzichtbar verstanden werden. Für Institutionen und Fachmitarbeitende stellt sich die Herausforderung, ihre Macht mit den KlientInnen zu teilen, was Selbstbewusstsein, Mut und Vertrauen in die KlientInnen erfordert.

Ganz konkret: Was ist hilfreich für eine Partizipation der Betroffenen?

- *Einführung von Behandlungsvereinbarungen, Krisenpässen, usw.;*
- *Gremien für Partizipation wie Klinikbeirat, Heimbeirat, usw. zu schaffen;*
- *Peers anzustellen und sie angemessen zu entlohnen;*
- *NutzerInnen in die Erarbeitung von Leitbild, Konzept und Programm einer Institution zu integrieren;*
- *trialogisch oder dialogisch geführte Beschwerdestellen einzuführen;*

- *Betroffene bei der Auswahl der Bezugsperson, bei Vorstellungsgesprächen für neue Mitarbeitende usw. einzubeziehen.*

Weitere Schritte auf dem Genesungsweg fördern

Wir haben hier nur für einige wenige Themenbereiche aufzeigen können, wie eine recovery-orientierte Arbeitsweise im sozialpsychiatrischen Alltag umgesetzt werden kann. Weitere spannende Themen wären u.a., wie KlientInnen unterstützt werden können, ihre Selbststigmatisierung als eines der grossen Recovery-Hindernisse zu reduzieren, wie Fachpersonen die Selbstverantwortung ihrer KlientInnen als unverzichtbaren Schritt auf dem Genesungsweg fördern können oder wie eine alltagsnahe Antistigmaarbeit aussieht, die für psychiatrische KlientInnen tatsächlich etwas bewirkt und eine zunehmende gesellschaftliche Integration ermöglicht.

Recovery ist weit mehr als ein Schlagwort oder eine Modewelle. Zusammen mit Empowerment ist es in unseren Augen das Konzept einer betroffenenorientierten Psychiatrie unserer Zeit. Es kann jedoch nur dann seine Wirkung entfalten, wenn es tatsächlich eine veränderte professionelle Haltung und Handlungsweise bewirkt. Das wird in Zukunft sicher noch mehr geschehen und darauf freuen wir uns schon!

Recovery ohne Psychiatrie: Alternativprojekte von Psychiatrie-erfahrenen

Peter Lehmann

Zum Recovery Begriff

Recovery ist ein relativ neuer Begriff im psychosozialen Bereich, den sowohl psychiatriekritische als auch psychiatrische Kreise breit einsetzen. „Recovery“ kann man übersetzen mit Bergung, Besserung, Erholung, Genesung, Gesundung, Rettung oder Wiederfindung. Die positive Konnotation der Hoffnung ist allen Verwendungstypen gemeinsam, kann aber in völlig unterschiedliche Richtungen zielen. Manche meinen mit Recovery die Erholung von einer psychischen Krankheit, das Nachlassen der Symptome oder die Gesundung. Andere denken dabei an die Erholung von unerwünschten Wirkungen der verabreichten Psychopharmaka nach dem Absetzen, die Wiedergewinnung der Freiheit nach Verlassen des psychiatrischen Systems oder die *„Rettung aus dem psychiatrischen Sumpf“*. Schreiben psychiatrisch Tätige über Recovery, so blenden sie in aller Regel psychiatriekritische Erfahrungen von Leuten aus, die sich wieder erholt haben, indem sie der Psychiatrie den Rücken kehrten. Dafür passen sie den eigentlich von Psychiatriebetroffenen entwickelten Begriff in ihre Ideologie ein. Recovery wird dann möglich durch die allerneuesten Psychopharmaka, speziell durch atypische Neuroleptika – trotz ihrer Toxizität.

Weltweit gibt es eine von kritischen Professionellen, Angehörigen und FreundInnen unterstützte Bewegung von Psychiatriebetroffenen, unter anderem das Internationale Netzwerk für Alternativen und Recovery (INTAR – www.intar.org). Die AktivistInnen sind von Widerspruchsgeist und der grundlegenden Erkenntnis erfüllt, dass (1) die Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann, (2) ihre Gewaltbereitschaft und -anwendung eine Bedrohung darstellt und (3) ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen verstellt. Dem entgegen steht das Engagement für (1) den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfe für Menschen in psychosozialer Not, (2)

ihre rechtliche Gleichstellung mit normalen Kranken, (3) ihre Organisierung und die Zusammenarbeit mit anderen Menschenrechts- oder Selbsthilfegruppen, (4) die Verwendung alternativer psychotroper (die Psyche beeinflussender) und weniger giftiger Substanzen und das Verbot des Elektroschocks, (5) neue – mehr oder weniger institutionsabhängige – Formen des Lebens mit Verrücktheit und Andersartigkeit sowie (6) Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens.

Individuelle Alternativen und organisierte Selbsthilfe

Was Angehörige oft als Katastrophe empfinden und Psychiater als krank und behandlungsbedürftig abwerten, sind für die Betroffenen völlig unterschiedlich bewertete Krisenzustände: euphorische, schmerzliche, leidvolle, blanker Terror, andererseits auch notwendige Episoden, um aus hemmenden und unglücklich machenden Lebenssituationen herauszuwachsen. Die individuellen Wege, Verrücktheitszustände zu bewältigen, ohne im Behandlungszimmer des Psychiaters zu landen, sind ausgesprochen vielfältig. Menschen überwinden Krisen und eine drohende Psychiatisierung durch Rückzug in die Stille und an sichere Orte, durch beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, durch Zugehen auf hilfsbereite Menschen oder expressive künstlerische Tätigkeit; durch Reflexion in Selbsthilfe, Therapie oder Schreiben, durch Auseinandersetzung mit Diagnosen, durch psychiatriepolitisches Engagement oder selbstkritische Betrachtung. Und sie vermeiden neue Krisen (zum Beispiel nach dem Absetzen von Psychopharmaka) durch eine bewusste und balancierte Lebensführung – angefangen bei der Ernährung, körperlicher Betätigung wie zum Beispiel Joggen oder Yoga und ausreichend Schlaf über die Auswahl von potentiellen Unterstützern in Notfällen bis hin zu künstlerischer Betätigung und zum Verlassen gefährlicher Orte oder der gedanklichen Vorwegnahme und Entschärfung von Krisen durch Vorausverfügungen. Dass es keine Patentrezepte gibt, sollte sich von selbst verstehen – dies betrifft auch Selbsthilfe in organisierter Form.

Modelle professioneller Unterstützung

Vom Soteria-Ansatz über das schwedische Hotel Magnus Stenbock, die Krisenherberge in Ithaca (im Bundesstaat New York) und das Windhorse-Projekt bis hin zum Weglaufhaus Berlin und dem „Offenen Dialog“ im finnischen West-

lappland gibt es eine Vielzahl funktionierender Alternativen zur Psychiatrie. Auf zwei Ansätze soll kurz näher eingegangen sein: den Offenen Dialog und Soteria.

Der Psychiater Loren Mosher, Vater der Soteria-Bewegung, hatte zeitlebens eine tiefe Skepsis gegenüber Theoriebildungen zur „Schizophrenie“ – vorwiegend deshalb, weil sie einen unverstellten phänomenologischen Zugang behindern. Er sah das normalerweise als „Psychose“ bezeichnete Phänomen als Bewältigungsmechanismus und Antwort auf Jahre traumatischer Ereignisse, welche die Betroffenen veranlasst haben, sich aus der konventionellen Realität zurückzuziehen. Die Erfahrungen und Verhaltensweisen von „Psychosen“ begriff er als Extreme grundlegender menschlicher Qualitäten. Sein Setting war bestimmt durch eine kleine, und in die Nachbarschaft integrierte Einheit und die Mitarbeit Ehrenamtlicher, die eher aufgrund persönlicher statt formaler Qualifikationen ausgewählt wurden und keine psychiatrischen Diagnosen gebrauchten. Neuroleptika wurden wegen ihrer negativen Wirkung auf die langfristige Rehabilitation als problematisch betrachtet und kamen deshalb selten zum Einsatz. Speziell in den ersten sechs Wochen wurden sie nur bei Gefahr für das Leben des oder der Betroffenen oder den Fortbestand des Projekts verabreicht:

„Wir verwenden Medikamente selten, und wenn sie verordnet werden, bleiben sie in erster Linie unter Kontrolle des jeweiligen Bewohners. Das bedeutet, dass er aufgefordert ist, seine Reaktionen auf das Medikament an uns sorgfältig rückzumelden, so dass wir die Dosis anpassen können. Nach einer Probezeit von zwei Wochen entscheidet er, ob die Medikation fortgesetzt wird oder nicht“ [2, S. 17].

Kein Wunder, dass der Soteria-Ansatz bei Betroffenen in aller Welt nach wie vor hohes Ansehen hat. Dies gilt auch für die von Yrjö Alanen entwickelte sogenannte Bedürfnisangepasste Behandlung, die dem „Offenen Dialog“ zugrunde liegt [3]. Jaakko Seikkula und Birgitta Alakare, Psychologe und Psychiaterin, nennen in ihrem Bericht in „Statt Psychiatrie 2“ als notwendige Voraussetzungen für diesen Ansatz der Krisenintervention das sofortige Reagieren, die Einbeziehung des sozialen Netzes, die flexible Anpassung an spezifische und veränderliche Bedürfnisse, die Übernahme von Verantwortung, die garantierte psychologische Kontinuität, die Toleranz von Ungewissheit und die Dia-

logförderung [3]. Ergebnis ist denn auch die wesentliche Reduzierung von Zwang und Psychopharmaka.

Strukturelle Alternativen

Um Alternativen zur Psychiatrie und humane Bedingungen in den derzeitigen Angeboten durchzusetzen, sind strukturelle Maßnahmen vonnöten. Hier sollen einige stichpunktartig genannt sein: Beschwerdeeinrichtungen und Ombudsmänner und -frauen, Schadenersatzklagen (wie sie zum Beispiel von PSY-CHEX durchgesetzt wurden), juristisch wirksame Vorausverfügungen, internationale Kooperationen (die wesentlichen Einfluss auf die UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung nahmen), betroffenenkontrollierter Forschung, Schulung von Psychiatriebetroffene, weltweiter Erfahrungsaustausch von Selbsthilfeorganisationen und Alternativprojekten.

Fazit

Die Forderung nach humanen Behandlungsbedingungen und nach Alternativen ist keine Spezialität von Psychiatriebetroffenen. Dies zeigte sich zum Beispiel schon 1992 beim Kongress „Stationäre Alternativen“, veranstaltet von der Psychiatriestiftung Pro Mente Sana in Nottwil. In der Arbeitsgruppe „Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene“ stellten sich Psychiater, Sozialarbeiter und Pflegekräfte beiderlei Geschlechts ihre Praxis plastisch und realitätskonform vor und nannten eine Vielzahl von Gründen, die für ein Weglaufen und für Alternativen sprechen, sollten sie ihre psychiatrische Praxis am eigenen Leib kennenlernen müssen: unter anderem Zwang, Rechtlosigkeit, Neuroleptika als Hauptbehandlung und das Reduziertwerden auf Diagnosen. Für den Fall der eigenen Psychiatrisierung wollten sie statt dessen Rechtsschutz, Hilfe beim Entzug von Psychopharmaka, Hilfe bei der Aufarbeitung der Verrücktheit, soziale und psychische Unterstützung bei Alltags- und Zukunftsfragen, ein offenes, nicht verwirrendes, ruhiges Gegenüber im Gespräch, Freiwilligkeit und Abwesenheit von Machtstrukturen, Spaziergänge, Bewegung, freie Wahl der Bezugspersonen, Verständnis für allfällige Ursachen psychischer Krisen, Intuition, Austausch mit anderen, Rückzugsmöglichkeiten, kritische Auseinandersetzung mit MitarbeiterInnen u.v.m. [1].

Grundlegende Reformen und praktikable Alternativen könnten ein System der Hilfeleistung hervorbringen, das seinem Namen gerecht wird. In einer solchen alternativen Kultur fänden jetzt noch als psychisch krank diagnostizierte Menschen ihre Würde wieder. Wo vorher Isolation war, wären Orte, an denen psychisches Leid gemeinsam überwunden und die phantastischen Visionen gefährlich begabter Geister reflektiert werden könnten, egal ob es sich dabei um Stimmen handelt, um Bilder oder ungewöhnliche Überzeugungen.

Literatur

1. Kempker K, Lehmann P (1993) 'Nichts soll so sein wie in der Psychiatrie!': Vom Weglaufhaus Berlin zum Weglaufhaus Zürich? Pro mente sana aktuell, Nr. 1/1993:37-38
2. Loren Mosher L/ Joyce Hendrix V (1994) Dabeisein. Bonn: Psychiatrie-Verlag
3. Seikkula J, Alakare B (2007) Offene Dialoge. In: Lehmann P, Stastny P (Hrsg) Statt Psychiatrie 2. Berlin, Eugene, Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S 234-243

Literaturempfehlung

- Lehmann, Peter (Hrsg.): „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 3., aktual. u. erweit. Aufl. 2008
- Lehmann, Peter / Stastny, Peter (Hrsg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007

Gibt es im Hinblick auf berufliche Gratifikationskrisen und Burnout Unterschiede zwischen Pflegenden in der Psychiatrie und der Somatik

Michael Löhr, Michael Schulz, Lutz Wehlitz, Christian Heins, Katja Wingenfeld

Ziel

Ziel dieser Studie war die Untersuchung, ob Krankenpflegekräfte in Somatik und Psychiatrie sich in der Beziehung zwischen "gefühlter" Verausgabung in Verbindung mit „gefühlter“ Belohnung sowie dem Verausgabungs-, Belohnungsungleichgewicht (*Effort – Reward Imbalance*, ERI) und Burnout, unterscheiden. Des Weiteren wurde die Hypothese untersucht ob es einen Unterschied zwischen examiniertem und in Ausbildung befindlichem Pflegepersonal gibt. Ergänzend wurde untersucht, ob ein erhöhtes ERI im Zusammenhang mit Burnout steht.

Hintergrund

Der Beruf der Krankenpflege ist assoziiert mit hoher emotionaler und körperlicher Belastung. Ein Ergebnis der NEXT - Studie (2002-2005) war, dass die Verbindung zwischen hohem ERI Verhältnis und Burnout ein Grund dafür ist warum Pflegende aus ihrem Beruf aussteigen. In den letzten zehn Jahren, haben sich die Arbeitsbedingungen der Krankenpflege in Deutschland geändert, jedoch verliefen die Entwicklungen in somatischen und psychiatrischen Abteilungen unterschiedlich.

Methoden

Die Studie wurde von September bis Dezember 2007 in vier verschiedenen deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Insgesamt nahmen 389 Pflegekräfte an der Studie teil, darunter waren 50 Auszubildende. Von diesen 389 Probanden arbeiteten 147 in einem psychiatrischen Kontext und 236 in den somatischen Bereichen. Als Messinstrumente wurden der *Effort – Reward Imbalance* Fragebogen mit der Kurzversion des *Overcommitment* Fragebogens und der *Maslach Burnout Inventory* eingesetzt.

Ergebnisse

Krankenpflegekräfte in somatischen Abteilungen hatten höhere Burnout und ERI Werte als die in psychiatrischen Abteilungen. Die Werte von Auszubildenden waren im Bereich Burnout mit denen der examinierten Pflegekräften vergleichbar. Multiple lineare Regressionsanalysen wurden separat, für die MBI- und ERI-Werte als abhängige Variable mit den Burnoutprädiktoren Alter, Geschlecht, Berufsjahren, Arbeitsfeld und Ausbildungsstatus durchgeführt. Emotionale Erschöpfung konnte durch alle ERI - Skalen, die in das Modell eingehen (Verausgabung, Belohnung und intrinsische Verausgabung), vorhergesagt werden. Bei Einbeziehung der soziodemographischen Daten, wie z.B. Geschlecht, konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede gemessen werden.

Diskussion

Die Ergebnisse der Stichprobe von männlichen und weiblichen Pflegekräften aus somatischen und psychiatrischen Abteilungen zeigen, dass ein ERI-Ungleichgewicht und Burnout deutlich mehr in somatischen Abteilungen auftreten. Wir haben festgestellt, dass Krankenpflegepersonal in somatischen Abteilungen einen relativ hohen Grad an Burnout aufweisen. Darüber hinaus fanden wir heraus, dass, basierend auf den Ergebnissen des ERI-Fragebogens, 20.7% der Stichprobe zu einer zu einer so genannten „Effort – Reward - Ungleichgewichts-Risiko-Gruppe“ gehören. Die Hypothese, dass examiniertes Krankenpflegepersonal höhere Burnoutwerte hat, als Krankenpflegepersonal in der Ausbildung, konnte nicht bestätigt werden. Es gab zwischen diesen beiden Subgruppen keinen signifikanten Unterschied.

Schlussfolgerungen aus unseren Daten sollten mit äußerster Vorsicht gezogen werden. Es gibt einige Einschränkungen, die der Anerkennung bedürfen.

Schlussfolgerung

Pflegekräfte in somatischen Abteilungen haben eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychosozialen Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen. Da es einen Zusammenhang zwischen erhöhten ERI und Burnout gibt, sind Pflegekräfte in somatischen Abteilungen stärker gefährdet, als ihre Kollegen in psychiatrischen Abteilungen. Für

die Prävention von stressbedingten Erkrankungen lassen sich aus dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen verschiedene Interventionen ableiten. Durch das theoriegeleitete Modell lassen sich weitere Maßnahmen ableiten wie, die extrinsische Belohnung durch angemessene Gratifikationen, Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs und Schaffung von Arbeitsplatzsicherheit. Bei der Planung und Einführungen von möglichen Maßnahmen sollte die Heterogenität der Krankenhäuser beachtet werden.

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) aufgrund von Aggressionseignissen bei Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen

Christoph Abderhalden, Ian Needham, Dirk Richter

Hintergrund

Patientenübergriffe in psychiatrischen Einrichtungen können für die betroffenen Pflegenden schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen haben. Neben körperlichen Verletzungen werden verschiedene psychophysiologische, kognitive, emotionale und soziale Folgen berichtet (Needham et al). Für Studien über solche nicht-körperlichen Konsequenzen von Aggressionseignissen bei psychiatrisch Pflegenden wurde bisher meist ein eher phänomenologischer Ansatz gewählt. Standardisierte und validierte Erhebungsinstrumente wurden nur in wenigen Untersuchungen eingesetzt. Dies betrifft auch Studien über das Vorkommen von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) bei Pflegenden in der Psychiatrie. In der ersten uns bekannten Studie zum Thema untersuchte Caldwell [1] das Vorkommen von PTSD in einer privaten und einer staatlichen psychiatrischen Einrichtung in den USA. Der verwendete Fragebogen enthielt PTSD-Symptome gemäß DSM-III-R. Befragt wurde klinisch tätiges Personal und andere MitarbeiterInnen, die Rücklaufquote betrug 55% (n = 300). 62% der klinisch tätigen MitarbeiterInnen hatten ein potentiell traumatisierendes Erlebnis gehabt, 28% in den vergangenen 6 Monaten. 61% der Befragten berichteten über PTSD-Symptome und 10% erfüllten die Kriterien für die Diagnose (7% beim nicht klinisch tätigen Personal) [1].

Wykes und Whittington verfolgten den Verlauf von PTSD als Folge von Angriffen in einer Längsschnittstudie [2]. Sie Interviewten 39 psychiatrisch Pflegende in den ersten 10 Tagen nach em Angriff und nach einem Monat. Zwei (5%) der befragten Pflegenden erfüllten zu beiden Erhebungszeitpunkten die PTSD-Kriterien. In einer Befragung von Opfern von Patientenübergriffen in mehreren psychiatrischen Kliniken in Nordrhein-Westfalen antworteten 58 Personen (50% der Angefragten) [11]. 14% der Befragten hatten Symptome in zwei der drei PTSD-Subskalen und damit ein subsyndromales PTSD; ein voll ausgepräg-

tes PTSD lag in keinem Fall vor. Robinson et al [3] befragten alle 1015 registrierten psychiatrischen Pflegekräfte in Manitoba über verschiedene Aspekte von Arbeitsbelastung. Die Rücklaufrate betrug 28% (n = 286). 31% hatten ein oder mehrere PTSD-Symptome. 6% der Pflegenden erfüllten die Kriterien für das PTSD-Symptomcluster Vermeidungsverhalten, 21% für Wiedererleben, und 30% für erhöhtes Erregungsniveau. In 3 Fällen (1%) lag ein durch ein direktes Trauma verursachtes PTSD vor.

Bei Pflegenden aus Akutkrankenhäusern fanden Mealer et al [4] einen Anteil von 24% der Befragten mit PTSD-Symptomen auf Intensivstationen und 14% auf allgemeinen Stationen. Aufgrund einer Übersicht über Studien zur Häufigkeit von PTSD-Symptomen bei Mitarbeitern von Ambulanzdiensten schließen Sterud et al [5] auf eine Prävalenzrate von rund 20%. In beiden Studien bleibt allerdings unklar, ob und wie viele der Befragten ein voll ausgebildetes PTSD hatten.

Anliegen

Vor diesem Hintergrund war unser Anliegen, verlässliche Daten über die Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen in der deutschsprachigen Schweiz zu gewinnen.

Methode und Material

In einer Querschnittstudie haben wir mittels Fragebögen eine Gelegenheitsstichprobe von 400 psychiatrisch Pflegenden von 24 Akut-Aufnahmestationen aus 12 psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz untersucht (alle Pflegenden auf dem Dienstplan eines Stichmonats). Wir fragten nach dem schlimmsten bei der Arbeit erlebten Aggressionseignis. Zur Erfassung der Folgen dieses Ereignisses verwendeten wir einen Fragebogen mit den Fragen des auf DSM-III-R-Kriterien beruhenden PTSD-Interviews [6]. Dieses Instrument ergibt einen Gesamtscore von 17 bis maximal 119 Punkten. Es erfasst die PTSD-Kriterien bzw. Symptomcluster Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und erhöhtes Erregungsniveau. Sind alle drei Kriterien erfüllt, liegt eine PTSD vor, zwei Kriterien entsprechen einer subsyndromalen (partiellen) PTSD. Wir erhoben zusätzlich demografische Daten und Angaben über den Gesundheitszustand (SF-12 mit den Subskalen körperliche und psychische Gesundheit [7],

Zerssen-Index für die psychovegetativen Belastung [8]) sowie über Auswirkungen des Übergriffs (IMPACS [9]). IMPACS umfasst 3 Subskalen: Beeinträchtigung der Beziehung zu PatientInnen; adverse Emotionen; negative Gefühle gegen Umwelt. Den Schweregrad der Aggressionsereignisse bestimmten wir anhand der Modified Overt Aggression Scale MOAS (0 - 20 Punkte) [10].

Ergebnisse

Die Rücklaufquote lag mit 285 Fällen bei 71%. 88% der Befragten waren examinierte Pflegende, 13% Hilfspersonen oder Lernende. Das mittlere Alter war 40 Jahre (19 – 63; sd 9.4), der Männeranteil betrug 38%. Die mittlere Berufserfahrung in der Psychiatrie betrug 12 Jahre (0.2 – 35 Jahre, sd 8.4).

Der mittlere PTSD score lag bei 26.8 Punkten (sd 10.1), mit einer Streuung von 17 bis 78 Punkten (Median = 24). 79 (28%) der erinnerten Übergriffe lagen weniger als 21 Monate zurück, 47% mehr als 12 Monate, in 24% fehlte diese Angabe. 98 (34.4%) hatten mindestens ein PTSD-Symptom.

4.2% der Pflegenden erfüllten die Bedingungen für das PTSD-Kriterium Vermeidungsverhalten, 22.5% für Wiedererleben, und 4.2% für erhöhtes Erregungsniveau. Fünf der Befragten (1.8) haben eine voll ausgeprägte PTSD, 10 (3.5%) eine teilweise PTSD und 270 (94.7%) keine PTSD (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: PTSD-Prävalenz

	Männer		Frauen		Total	
	n	% 95%-VI	n	% 95%-VI	n	% 95%-VI
Keine PTSD	88	81.5	129	72.9	217	76.1
1 Kriterium	16	14.8	37	20.9	53	18.6
Partielle PTSD	4	3.7 1.0-9.5	6	3.4 1.2-7.4	10	3.5 1.9-6.3
PTSD			5	2.8 0.9-6.6	5	1.8 0.8-4.0
Total	108		177		285	

Der PTSD-Gesamtscore korrelierte signifikant negativ mit der SF-12-Subskala Psychische Gesundheit und mit dem Zerssen-Index, das heißt, dass mehr PTSD-Symptome mit höherer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit

bzw. mit psychosomatischen Symptomen assoziiert sind. Der PTSD-Gesamtscore korrelierte signifikant mit allen IMPACS-Subskalen, welche Beeinträchtigungen bei der pflegerischen Arbeit anzeigen.

Ein partielles oder voll ausgebildetes PTSD war nicht assoziiert mit einer körperlichen Verletzung durch das Ereignis und der PTSD-Gesamtscore korrelierte nicht mit dem Schweregrad der Aggressionsereignisse. In einem der fünf PTSD-Fälle war die betroffene Pflegende nur am Rande selbst betroffen, aber Zeugin eines schwerwiegenden Vorfalls: *„Psychotischer Patient greift vor meinen Augen mein Teammitglied mit Fußtritten und Fäusten an. Dieser befindet sich in kleinem Raum, hat keinen Ausweg“.*

Diskussion

Unsere Studie ist die unseres Wissens größte Untersuchung im deutschsprachigen Raum zu diesem Thema und eine der wenigen, die sich speziell mit der Hoch-Risikogruppe der Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen bezieht. Wir fanden, dass rund eine von 20 in Deutschschweizer Akutstationen beschäftigten Pflegekräfte eine mit Patientenübergriffen in Verbindung gebrachte partielle oder volle Posttraumatische Belastungsstörung hat. Diese Störungen sind mit generellen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und mit negativen Folgen für Arbeit (Beziehung zu den PatientInnen, Emotionen, Verhältnis zur Arbeitsumwelt) assoziiert. Die Studie ergab, in Übereinstimmung mit einer großen Zahl anderer Untersuchungen, eine höhere Gefährdung für Frauen.

Die von uns gefundene Prävalenz von voll ausgebildeten PTSD ist geringer als in der US-amerikanischen Untersuchung von Caldwell [1] und vergleichbar mit den Ergebnissen der UK-Studie von Wykes und Whittington [2]. Sie ist etwas höher als in der kanadischen Studie von Robinson et al. [3], bezüglich partieller PTSD tiefer und bezüglich voller PTSD höher als in der deutschen Studie von Richter und Berger [11]. In beiden vorgenannten Studien könnte die Prävalenz allerdings durch eine relativ geringe Antwortquote unterschätzt sein. Die von uns gefundene Prävalenz ist etwas höher als die für die Gesamtpopulation in Europäischen Studien gefundenen Raten von 1 - 1.3%.

Der fehlende Zusammenhang von PTSD mit körperlichen Verletzungen und dem Schweregrad der Ereignisse zeigt, dass sich die Betreuung von Opfern von

Aggression nicht auf Vorfälle mit offensichtlichen Verletzungen konzentrieren darf.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen verschiedene Limitationen der Studie berücksichtigt werden. Obwohl unser Rücklauf wesentlich höher war als in anderen Studien zu diesem Thema, hat knapp ein Drittel der angesprochenen Pflegenden den Fragebogen nicht ausgefüllt. Wir wissen nicht, ob sich in dieser Gruppe KollegInnen befinden, bei denen die Nicht-Beantwortung mit dem Vermeiden belastender Erinnerungen zu tun hat. In unserer Studie fragten wir nach Aggressionseignissen, nicht aber nach anderen potentiell traumatisierenden Vorfällen wie etwa Suizidversuche oder Suizide. Eine unbekannte Größe sind Pflegende, welche aufgrund traumatisierender Erfahrungen nicht mehr auf Akutstationen arbeiten oder den Beruf verlassen haben. Wir wissen ebenfalls nicht, wie viele der Befragten mit traumatisierenden Erfahrungen professionelle Hilfe zur Verarbeitung der Erlebnisse erhalten haben. Diese Überlegungen legen nahe, dass die Belastung durch traumatische Erlebnisse in unserer Studie möglicherweise unterschätzt wurde.

Literatur

4. Caldwell M (1992). Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hosp Community Psychiatry* 43: 838-839
5. Wykes T, Whittington R (1998). Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *J Forensic Psychiatry* 9:643-658
6. Robinson J, Clements K, Land C (2003) Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 41(4):32-41
7. Mealer M, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M (2007) Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses *Am J Respir Crit Care Med* 175(7):693-697
8. Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E (2006) Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 6:82
9. Watson C, Juba M, Manifold V, Kucala T, Anderson P (1991) The PTSD Interview: Rationale, Description, Reliability, and Concurrent Validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology* 47:179-188
10. Ware J, Kosinski M, Keller S (1995) A 12-item short-form health survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Mec Care* 34:220-233
11. Zerssen D von (1976) Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S). Weinheim: Beltz

12. Needham I, Abderhalden C, Halfens R, Dassen T, Haug HJ, Fischer J (2005) The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing. *Scand J Caring Sci* 19:296-300
13. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM (1988) Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis* 176:539-546
14. Richter D, Berger K (2000). Physische und psychische Folgen nach einem Patientenübergriff: Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 35:357-362

Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffene MitarbeiterInnen: Ein Leitfaden

Harald Stefan, Wolfgang Schrenk, Wolfgang Egger

Einleitung

Die MitarbeiterInnen im Krankenhaus arbeiten in Bereichen, wo große Verantwortung in den täglichen Arbeitsprozessen eingefordert wird. Die Arbeitsabläufe in den Gesundheitseinrichtungen bringen es mit sich, dass Situationen entstehen, in denen die eigene Belastbarkeit strapaziert und manchmal in Mitleidenschaft gezogen wird z.B. bei der Behandlung von Menschen in psychischen Ausnahmezuständen (z.B. Suizidversuche), bei existentiellen Krisen (z.B. Sterbebegleitung), bei der Behandlung und Betreuung in der Akutversorgung aber auch als Opfer in Gewaltsituationen. Nach dem Stress eines traumatischen Ereignisses [7] kann es bei bis zu 20 Prozent der Betroffenen zu einer mangelhaften Verarbeitung des Erlebten kommen.

Krisen, Belastungen, wahrgenommene Aggressionsphänomene kommen vor und werden

- oftmals nicht bewusst wahrgenommen,
- durch Überaktivität scheinbar vergessen gemacht und/oder
- verdrängt.

Unser Gehirn speichert diese Erfahrungen ab und es reichen ähnliche Reize aus, um Jahre zurückliegende Traumata in sogenannten Flash-Backs wieder aufleben zu lassen. Unter "Flash-Back" wird das Wieder-Erleben der Vorfälle in physischer und psychischer Form verstanden. Psychosomatische Beschwerden wie Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schweißausbrüche und andere physische Probleme können spät nach dem nicht verarbeiteten ursächlichen Ereignis wieder auftauchen. Aus unserer Sicht als Führungspersonen ist Soforthilfe nach derartigen Ereignissen unabdingbar, da beim Nichterkennen von hilfsbedürftigen MitarbeiterInnen langfristig Depressionen, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Angstzustände und Panikattacken in einer Stärke auftreten können, die das Leben zur Qual machen, ins Burn Out und/oder zum Ausstieg aus dem Beruf führen [3].

Jeder fünfte Betroffene [1] kann traumatische Ereignisse nicht aus eigener Kraft verarbeiten und benötigt Unterstützung und Hilfe durch die Umgebung, wie z. B. Familie, Freunde, KollegInnen am Arbeitsplatz und/oder professionelle Hilfe. Führungspersonen haben einen wichtigen Anteil daran, ob und wie Hilfe für die traumatisierte Person bereitgestellt wird.

Der Leitfaden „Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffene MitarbeiterInnen“ soll als Werkzeug und Hilfe für Führungspersonen und MitarbeiterInnen dienen, die Betroffenen bestmöglich zu identifizieren um ihnen optimale Hilfe anbieten zu können.

Den Führungspersonen muss es ein großes Anliegen sein, schwierige Situationen so zu bewältigen, dass die MitarbeiterInnen dabei bestmöglich gesund bleiben.

Die gemeinsame Bewältigung von belastenden Situationen kann das Gefühl der Gemeinschaft fördern und die Qualität der Arbeit erhöhen.

Damit im Ernstfall die notwendigen Maßnahmen zur Vorbeugung länger anhaltender psychischer Beeinträchtigungen wirksam durchgeführt werden können, wurde im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe Wien, der Leitfaden „*Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffenen MitarbeiterInnen*“ erstellt.

Der Leitfaden beinhaltet:

- Checkliste Krisenbewältigung
- Erläuterungen zum Bereich traumatisierende Ereignisse
- Empfehlung und Vorgehensweisen für den Umgang mit von traumatisierenden Ereignissen betroffenen Mitarbeitern
- Anmeldeformular Supervision
- Broschüren der Psychologische Servicestelle des Wiener Krankenanstaltenverbundes
- Broschüre Unfallverband der Unfallkassen e.V. (Deutschland)
- Broschüre Selbsthilfe und Nachbetreuung bei traumatisierenden Ereignissen „Über den Berg“ (Schweiz)

Problemanalyse, Ausgangspunkt des Projekts

Ein Trauma ist ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen kann. Der Betroffene wird emotional verletzt (das griechische „trauma“ bedeutet Wunde), was sich in folgenden Symptomen [3] äußert:

- Wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen und Alpträume
- Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, um die dazugehörigen Gefühle nicht wiedererleben zu müssen
- Allgemein erhöhtes Erregungsniveau u.a. mit Schlafstörungen, Reizbarkeit, innerer Unruhe

Ein Trauma ist nach Fischer und Riedesser [2] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.

Traumatische Ereignisse im Berufsalltag sind u.a.: Gewaltdelikte, Suizide, Verkehrsunfälle und Sterben besonders von Kindern. Nicht nur die Opfer, sondern auch die "Beinah-Opfer" und andere Mitbeteiligten (z.B. MitarbeiterInnen die zur Assistenzleistung gerufen werden) können traumatisiert werden.

Bestimmte Berufsgruppen haben ein erhöhtes Risiko, mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert zu werden z.B. Polizisten, Feuerwehrleute, Zugführer und Rettungssanitäter. Aber auch Ärzte, in der Pflege Tätige und andere Gesundheitsberufe [5,6,8] gehören nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen dieser Risikogruppe an. Ereignisse, die sich auf der Schwelle zwischen Leben und Tod abspielen sind häufig ganz normale Aspekte ihrer beruflichen Realität, daraus wird häufig fälschlicherweise abgeleitet, dass Menschen in Gesundheitsberufen "immun" gegen psychische Belastungen sind. Aussagen wie „das muss man aushalten wenn man hier arbeitet“, „das gehört zum Beruf“ haben destruktiven Charakter und lösen bei den Betroffenen Hilflosigkeit und Zweifel an der eigenen Kompetenz aus.

Diesen Prozessen kann und muss entgegengewirkt werden. Durch sensiblen Umgang, durch rechtzeitiges, unmittelbares und gezieltes Reagieren können

MitarbeiterInnen bei der Bewältigung unterstützt werden. Eine besondere Rolle fällt dabei den Führungspersonen zu und wird von ihnen erwartet.

Konzeptidee

Erstellung und Implementierung eines Leitfadens für Führungspersonen um systematische Schritte einleiten zu können, die dem Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung präventiv entgegenwirken und in weiterer Folge Belastungen minimieren können.

Bisher wurde mit dieser Thematik intuitiv und individuell sehr unterschiedlich umgegangen. Eine strukturierte transparente Vorgehensweise war nicht zu erkennen und die Folgen waren in manchen Fällen Schuldzuweisungen, berufliche Unzufriedenheit, verringerte Belastbarkeit, Fehlzeiten, Stationswechsel bis hin zu Berufsausstieg.

Auslöser

Im Krankenhausbereich erlebten die MitarbeiterInnen in der jüngeren Vergangenheit Bedrohungen und Gewalt durch PatientInnen, erschütternde Suizid(versuch)e sowie Selbstschädigungen mit weitreichenden Folgen (Verbrennungen dritten Grades etc.) wo die MitarbeiterInnen der verschiedenen Gesundheitsberufe in hohem Maße gefordert und überfordert wurden und alle Formen des posttraumatischen Stresssyndroms bei den MitarbeiterInnen zu beobachten waren.

Die große Betroffenheit der MitarbeiterInnen und der Stationsleitung und die Schwierigkeit, in solchen Situationen konstruktiv und geordnet vorzugehen haben die Grenzen intuitiven Handelns aufgezeigt und waren Anlass, diesen Leitfaden zu erstellen.

Praktische Umsetzbarkeit, Erfahrungen, Auswirkungen

Die Führungspersonen aller Gesundheitsberufe der fünften psychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe erhielten den Leitfaden mit möglichen Vorgehensweisen, Informationen und Adressenmaterial. Die Führungspersonen wurden mit der Broschüre vertraut gemacht, kennen nun die erforderlichen Schritte die nach traumatischen Ereignissen gesetzt werden können und begleiten die Betroffenen strukturiert und zielgerichtet nach einem Leitfaden.

Die MitarbeiterInnen erleben die von den Führungspersonen gesetzten Impulse als hilfreich im Sinne von „*Wir sehen, dass es nicht nur unser Problem ist*“, „*Es macht auch die Führung betroffen*“, „*Wir fühlen uns nicht alleine gelassen*“ und „*Es darf darüber gesprochen werden*“.

Der Umstand, dass sich die Führungspersonen aktiv mit der Thematik auseinandersetzen, wird von den MitarbeiterInnen in der Praxis wohlwollend als wertschätzend wahrgenommen.

Strukturelle und finanzielle Auswirkungen, Übertragbarkeit

Ziel ist es:

- Burn out Risiko zu vermindern
- posttraumatischen Reaktionen entgegenwirken
- Flash back Situationen zu vermeiden
- Gezielte Auszeit anstatt Berufsausstieg anzubieten
- krankheitsbedingte lange Fehlzeiten aufgrund der Traumatisierung zu verringern

Der Leitfaden und die Empfehlungen können einfach, kostengünstig und problemlos in andere Bereiche adaptiert und übertragen werden. Die Autoren sehen diese Empfehlung „Umgang mit von traumatisierenden Ereignissen betroffenen Mitarbeitern“ als „Open source Verfahren“ (Weiterentwicklungen sind wünschenswert) und beharren nicht auf Copyright.

Literatur

1. Buijsen H. Über den Berg: Selbsthilfe und Nachbetreuung bei traumatischen Ereignissen. Anleitung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Betreuer. Ut-recht: Hooft Bosch & Keuning
2. Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie, München:UTB für Wissenschaft
3. Flieder M (2005) Aufgeben oder durchhalten? Zum Mythos von Fluktuation und Verbleib im Pflegeberuf. Berlin: Fachhochschule Berlin (<http://www.asfh-berlin.de/index.php?id=784>)
4. Frommberger U (2004) Akute und chronische posttraumatische Belastungsstörungen, Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 72:411-424
5. ICN International Council of Nurses (2006) Abuse and Violence Against Nursing Personnel, ICN, Genf (<http://www.icn.ch/policy.htm>)

6. McKenna B, Poole S, Smith N, Coverdale J, Gale C (2003) A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 12:56-63
7. Yehuda R. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder. Washington DC:American Psychiatric Press
8. Violence at work: findings from the 2003/04 and 2004/05 British Crime Survey. A full report on levels and trends in violence at work in England and Wales
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr0404supp.pdf>

Kooperation in der interprofessionellen Behandlung

Konrad Koller, Fritz Frauenelder

Einleitung

Teamarbeit / Interprofessionelle Zusammenarbeit

Behandlungen von Patienten, speziell im stationären Bereich, finden in der Regel in irgendeiner Form interprofessioneller Zusammenarbeit statt. Nach Urbanik bildet die Teamarbeit das Fundament der stationären Behandlung, auf dem die gesamte Arbeit aufbaut [7]. Ein besonderes Augenmerk fällt dabei auf die Kooperation zwischen den Professionen in der Teamarbeit. Teamarbeit kann als „die Zusammenarbeit mehrerer Personen zur Lösung einer gemeinsamen Aufgabe“ gesehen werden [6, 244]. Die wesentlichen Elemente von Teamarbeit sind: Kommunikationskultur, Kommunikationswege, Informationspflichten, Besprechungsstrukturen sowie geklärte Verantwortlichkeiten und Kompetenzen.

Ein optimales Gleichgewicht zwischen der Autonomie des Einzelnen und der Kooperation in der Gruppe scheint eine große Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu sein. Die Klarheit des Auftrags sowie die Eindeutigkeit der Zielsetzung bilden wesentliche Elemente in Bezug auf die Ausführung von Aufgaben und auf die erzielten Ergebnisse.

Das gemeinsame Verständnis des Auftrags sowie die Eindeutigkeit der Zielsetzung bilden wesentliche Elemente der Ausführungsqualität und der Effizienz in der interprofessionellen Zielerreichung.

Bezugspflege und interprofessioneller Behandlungsprozess

Der pflegerischen Bezugsperson kommt in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit eine Schlüsselrolle zu. Gemäß Needham und Abderhalden [4]

- ist sie für die Koordination der Pflege im interprofessionellen Team verantwortlich
- nimmt sie an den intra- und interdisziplinären Fallbesprechungen teil
- koordiniert sie Termine zwischen verschiedenen an der Behandlung beteiligten Personen

Um diesen hohen Ansprüchen gerecht werden zu können, sind geeignete Strukturen und Gefäße zu schaffen, welche interprofessionell verankert und akzeptiert sind.

Der Behandlungsprozess am Beispiel der Klinik für forensische Psychiatrie, Rheinau

Die Klinik umfasst neben drei Sicherheitsstationen für Akutbehandlungen respektive Maßnahmevorbereitungen mit je neun Betten, drei geschlossene und eine offene Maßnahmestationen mit je 12-14 Betten. Die Pflege in der Klinik für Forensische Psychiatrie richtet sich an rechtskräftig verurteilte psychisch kranke Menschen, deren Strafe infolge ihrer Erkrankung in eine Maßnahme umgewandelt wurde. Der allgemeine Behandlungsauftrag umfasst Schwerpunkte wie Krankheitseinsicht verbunden mit der Wahrnehmung des entsprechenden Gefahrenpotentials, Symptommanagement und Zuverlässigkeit sowie allgemeine, soziale und gesellschaftliche Fertigkeiten [5].

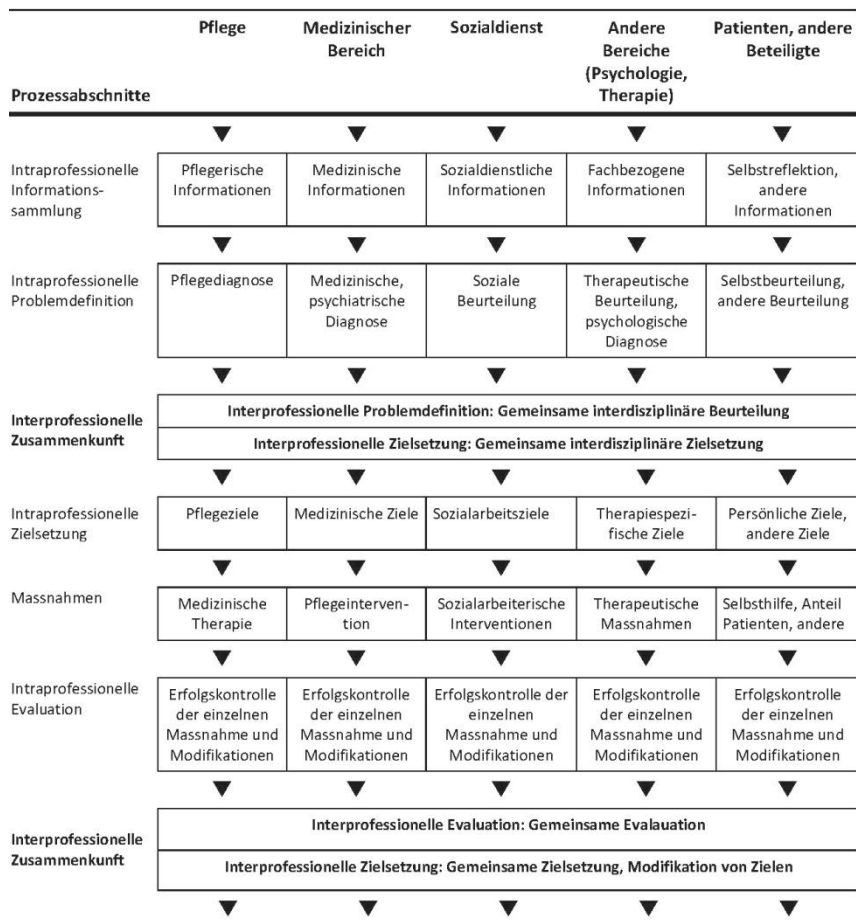
Interprofessioneller Behandlungsprozess

Die effiziente und effektive Erfüllung des Behandlungsauftrags bedingt eine enge Zusammenarbeit der einzelnen Professionen. Nur mit einem Konsens in Bezug auf übergeordnete Zielsetzungen und die Ausrichtung der allgemeinen Vorgehensweisen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen, können erfolgreiche Therapie- und Pflegeverläufe gewährleistet werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit orientiert sich an den Grundlagen des interdisziplinären Primärprozesses [1], der für die Praxis auf den Maßnahmestationen konkretisiert und umgesetzt wurde [3].

In einer interprofessionellen Arbeitsgruppe einigte man sich auf folgende Grundsätze der interprofessionellen Zusammenarbeit (Abbildung 1):

- Die Behandlung erfolgt in interprofessionellen Behandlungsteams
- Die Behandlungsplanung und Überprüfung wird in Kernteams vorgenommen
- Das Kernteam bildet sich aus der individuellen Aufgabenstellung und Zielsetzung am einzelnen Patientenfall
- Die Berufsgruppen agieren im Rahmen ihrer Kompetenzen selbständig und eigenverantwortlich.

Abbildung 1: Interdisziplinärer Primärprozess



Als Ausgangspunkt für die interprofessionelle Zusammenarbeit steht das so genannte Kernteam, das sich in jedem Patientenfall durch die direkt zuständigen Personen aus den beteiligten Professionen zusammensetzt. Je nach Behandlung, Zielsetzung und Therapien können Vertretende aus verschiedenen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Arbeitstherapie oder Sozialdienst in das Kernteam involviert sein.

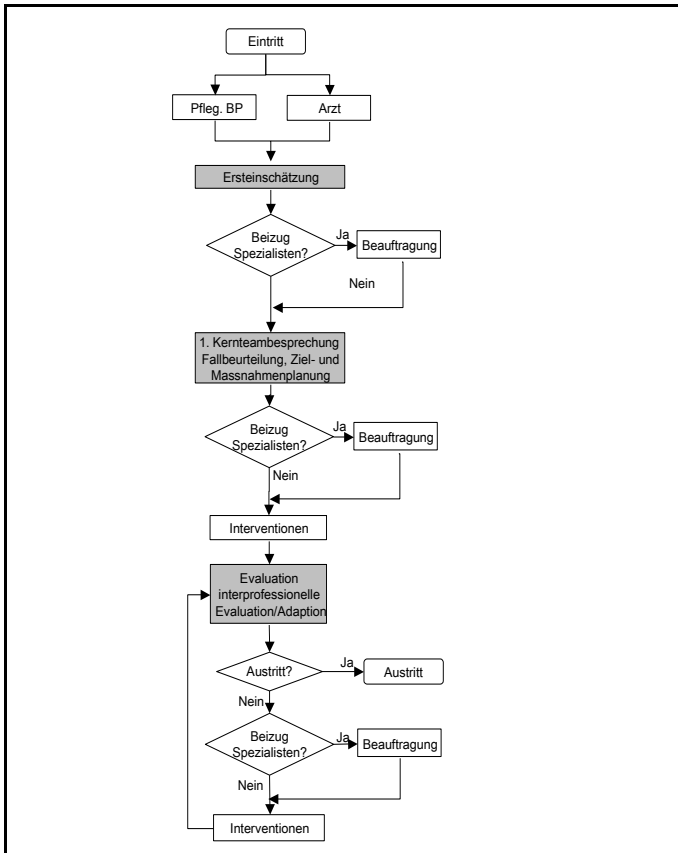
Das Kernteam ist für die Planung und den übergeordneten Behandlungsverlauf beim einzelnen Patientenfall verantwortlich.

Der Interprofessionelle Behandlungsprozess stellt im Rahmen von Diskussionen und Absprachen zwischen den unterschiedlichen involvierten Professionen übergeordnete Zielvereinbarungen mit den entsprechenden Aufträgen fest. Diese bilden eine Grundlage für die Tagesgeschäfte und die daraus entspringenden Reaktionen. Mit der Definition von interprofessionellen Zielsetzungen und deren regelmäßiger Evaluation und gegebenenfalls Anpassungen wird der Verlauf des individuellen Patientenfalls transparenter und entsprechend besser steuerbar.

Die Arbeit am Interprofessionelle Behandlungsprozess im Laufe eines Patientenaufenthaltes profitiert von verschiedenen Gefäßen, in denen das jeweilige Kernteam zusammen kommt. Das erste Treffen findet innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Patienten statt (siehe Abbildung 2). Diese Ersteinschätzung dient der gemeinsamen Risikoeinschätzung des Patienten und der Festlegung der ersten Interventionsschritte. Rund zwei Wochen später erfolgt die so genannte Interprofessionelle Fallvorstellung. Es liegen neben den vertieften Erkenntnissen über den Patienten und dessen Situation auch Erfahrungen aus der Eingewöhnungszeit in den Stationsalltag und den bis jetzt erfolgten therapeutischen Interventionen vor. Anhand dieser Informationen wird der eigentliche Interprofessionelle Behandlungsprozess mit seinen Zielsetzungen und Aufgaben festgelegt.

Zu diesem Zweck besteht ein eigenes Dokumentationstool (DiB-Tool, Dokumentation des interprofessionellen Behandlungsprozesses [3]), das ausdrücklich nicht dem Tagesgeschäft gewidmet ist, sondern die übergeordneten, längerfristigen Aspekte des Interprofessionellen Behandlungsprozesses fokussiert. Die nachfolgenden Zusammenkünfte im Rahmen des Interprofessionellen Behandlungsprozess finden in der Klinik für Forensische Psychiatrie im Abstand von rund 3 Monaten, statt, wobei diese Intervalle bei Bedarf auch verringert werden können, so zum Beispiel wenn sich die Patientensituation labil gestaltet. Im Rahmen dieser genannten Standortbestimmungen wird der momentane Patientenzustand erhoben, die Zielerreichung diskutiert und die Vorgehensweise reflektiert.

Abbildung.2: Ablauf Interprofessioneller Behandlungsprozess



Konzeptevaluation

Das oben beschriebene Konzept wurde ab dem Herbst 2002 auf allen Maßnahmestationen der Klinik für Forensische Psychiatrie umgesetzt. Nach einer Konsolidierungsphase von gut zwei Jahren wurde von der Leitung eine Evaluation mit folgenden Fragestellungen angesetzt:

- Wie wird die Umsetzung des Konzepts „Interprofessioneller Behandlungsprozess“ in der Praxis aus der Sicht der Mitarbeitenden beurteilt?

- Wie gestaltet sich die Praxis der Fallbesprechungen im Rahmen des Interprofessionellen Behandlungsprozesses?
- Wie ist der Interprofessionelle Behandlungsprozess im Dokumentationssystem DiB-Tool abgebildet?

Methodik

Allgemeine Vorgehensweise

Zur Gewährleistung einer möglichst großen Akzeptanz erfolgte die Ausarbeitung der Untersuchungsanlage und der Erhebungsinstrumente gemeinsam durch die Abteilung für Entwicklung und Qualitätsmanagement in enger Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen aus der Klinik für Forensische Psychiatrie.

Erhebungselemente

Dokumentenanalyse

Anhand eines Fragebogens wurden die Dokumentationsunterlagen im Zeitraum von 2 Arbeitswochen überprüft. Dabei wurden die DiB-Tools von sämtlichen zur Verfügung stehenden Patienten erfasst und auf ihren Inhalt, insbesondere Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.

Analyse der Fallbesprechungen

Die Analyse der Fallvorstellungen und Standortbestimmungen erfolgte anhand eines definierten Kriterienkatalogs durch zwei Personen mit psychologischem Ausbildungshintergrund, welche jedoch in ihrer Tätigkeit nicht direkt in den Interprofessionellen Behandlungsprozess involviert sind.

Befragung der Mitarbeitenden

Durch die Erfassung der subjektiven Wahrnehmung der einzelnen Mitarbeitenden wurde versucht, ein Bild des Interprofessionellen Behandlungsprozesses zu zeichnen. Sämtlichen Mitarbeitenden, welche in der Klinik für Forensische Psychiatrie in den Behandlungsprozess involviert sind, wurde ein Fragebogen mit mehrheitlich geschlossenen Fragestellungen zur individuellen Beantwortung zugestellt.

Ergebnisse

Dokumentenanalyse

Im vorgegebenen Erhebungszeitraum wurden 43 interprofessionelle Patientendokumentationen (DiB-Tool) durch die Raterpersonen begutachtet. In mehr als 90% aller Dokumentationen waren die professionsabhängigen Aufträge mit Zielformulierung und Terminierung vollständig festgehalten. In rund 88% der Unterlagen fanden sich Aussagen zu interprofessionellen Zielsetzungen und in gut 77% war die Rubrik „übergeordneter Behandlungsauftrag“ vollständig ausgefüllt. Die Plausibilität wurde dahingehend untersucht, ob zwischen den verschiedenen Elementen ein fachlich begründbarer Zusammenhang ersichtlich ist, was in 81% aller Dokumentationen der Fall zutraf. Ein häufiger Mangel war das Fehlen einer Zeitdimension zur Zielerreichung

Analyse der Fallbesprechungen

Kernteams setzten sich in jedem Patientenfall aus der pflegerischen Bezugsperson und dem zuständigen Stationsarzt zusammen. Je nach Aktualität sind Vertreter aus dem therapeutischen Bereich, und weiterer Fachdienste integriert. Durchschnittlich umfasst ein Kernteam 6 Vertreter aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Schwächen wurden zum Teil beobachtet hinsichtlich:

- Unklarer Besprechungsleitung
- Störungen während den Besprechungen
- Inkonsequente Evaluation gesteckter Zielsetzungen.
- Befragung der Mitarbeitenden

Von den ursprünglich 72 versandten Fragebogen wurden 49 (68%) retourniert. Davon stammten 61% von Pflegenden, 8% aus dem ärztlichen und 31% aus dem therapeutischen Bereich. Die meisten antwortenden Mitarbeitenden (75%) arbeiten länger als ein Jahr mit dem Interprofessionellen Behandlungsprozess in der Institution.

Aus Sicht der Antwortenden konnten die in Tabelle 1 dargestellten konzeptbedingten Verbesserungen erreicht werden.

Tabelle 1: Einschätzung der Verbesserungen

Fragen	auf jeden Fall	teilweise	selten	absolut nicht
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB zu einer besseren Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit beiträgt?	57,1%	32,7%	8,2%	2,0%
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass die Planung im einzelnen Patientenfall Ziel gerichtet erfolgt?	53,2%	46,8%	-	-
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass im einzelnen Patientenfall Ziel gerichtet gearbeitet wird?	42,6%	55,3%	2,1%	-
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass die gesamte Behandlung für den Patienten transparenter dargestellt werden kann?	63,8%	29,8%	2,1%	4,3%
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass der Patient systematischer und konsequenter in die Behandlung miteinbezogen werden kann?	46,8%	40,4%	8,5%	4,3%
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB den Einbezug aller am Patientenfall beteiligten Berufsgruppen fördert?	66,0%	29,8%	4,2%	-
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB bezüglich Aufwand und Ertrag ausgeglichen ist?	63,8%	29,8%	2,1%	4,3%

Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Erhebungen zeigt sich eine große Akzeptanz und Wirksamkeit des Interprofessionellen Behandlungsprozesses. So stellen fast 90% aller an der Pflege bzw. Behandlung von Patienten beteiligten Mitarbeitenden eine Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit fest. Sämtliche Reaktionen zeigen eine positive Auswirkung des Interprofessionellen Behandlungsprozesses auf die zielgerichtete Planung und Umsetzung von Pflege- bzw. Behandlungsstrategien im einzelnen Patientenfall. Auch für den Patienten sind - wohlgermerkt aus der Sicht der Mitarbeitenden - vorwiegend positive Folgen zu erwarten. So weist der größte Teil der Rückmeldungen im Vergleich

zurzeit vor der Einsetzung des Interprofessionellen Behandlungsprozesses eine erhöhte Transparenz der Behandlung für den Patienten und deren verstärkte Einbindung auf. Neben einem verstärkten Einbezug aller am Patientenfall beteiligten Berufsgruppen wurde von einer überwältigenden Mehrheit die Meinung vertreten, dass sich Aufwand und Ertrag die Balance halten, was die Effizienz der Vorgehensweise weiter unterstreicht.

Ein Bedarf nach Verbesserung zeigt sich aufgrund der Untersuchung vor allem in den Bereichen der Dokumentenführung (DiB-Tool) und strukturellen Gegebenheiten. Für die Evaluation durchgeführter Maßnahmen sind zeitliche Vorgaben unabdingbar. Es muss klar sein, zu welchem Zeitpunkt die Patientensituation überprüft und die nachfolgende Planung allenfalls revidiert wird.

Weitere Schwerpunkte, in denen ein Handlungsbedarf ersichtlich ist, stehen in direktem Zusammenhang mit den Sitzungen. So muss zum Beispiel ein verstärktes Augenmerk auf Störungen und Störungsquellen geworfen werden. Es braucht eine Sensibilisierung der Gesprächsteilnehmer, damit ein kommunikativer Austausch möglichst störungsfrei erfolgen kann.

Schlussfolgerungen

Die fachlichen und kommunikativen Anforderungen an die einzelnen Kernteammitglieder sind gestiegen. Die Berufsgruppenangehörigen sind in Ihrer Rolle als Kernteammitglied exponierter.

Das Konzept „Interprofessioneller Behandlungsprozess“ verlangt nach einer konstruktiven Diskussionskultur, verbunden mit einer gegenseitigen Wertschätzung aller Beteiligten.

Der Planungs- und Koordinationsbedarf ist beträchtlich. Dem jeweiligen Stationssetting angepasste Strukturen sind wichtig.

Die Einführung des Konzepts ist ohne Strukturanpassungen nicht möglich. In der Einhaltung der Strukturen entscheidet sich letztendlich ob es sich bei der interprofessionellen Zusammenarbeit um ein wirkliches Bekenntnis oder nur um ein Lippenbekenntnis handelt.

Literatur

1. Abderhalden C (1999). Pflegeprozess, Pflegediagnosen und der Auftrag der Pflege in der interdisziplinären Zusammenarbeit. In Sauter, D. Richter, D. (Hrsg.). Experten für den Alltag: Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Bonn: Psychiatrie-Verlag
2. Koller K (2006). Modell des „dynamischen Behandlungsteams“. In Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege (2. Auflage). Bern: Huber
3. Koller K (2002). Dokumentation des interprofessionellen Behandlungsprozesses auf den Massnahmestationen. Rheinau: Psychiatriezentrum Rheinau
4. Needham I, Abderhalden C (2000) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege in der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen.
5. Psychiatriezentrum Rheinau [PZR] (2007). Pflegerisches Stationskonzepte. Rheinau: PZR.
6. Sauter D, Abderhalden C, Neeham I, Wolff S (Hrsg) (2006). Lehrbuch Psychiatrische Pflege (2. Auflage). Bern: Huber
7. Urbaniok F (2000) Teamorientierte Stationäre Behandlung in der Psychiatrie. Stuttgart: Theime

Psychiatrisches Case Management der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw)

Klaus Raupp, Martin Brömmner, Thomas Langenegger

Ausgangslage und Ausrichtung

Das Integrierte Versorgungsmodell der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) basiert auf den Grundsätzen des Zürcher Psychiatriekonzepts von 1995. Diese lauten:

- Patientenorientierung (statt Einrichtungsorientierung)
- Gemeindenähe
- Betreuungskontinuität
- Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem
- Das zentrale Prinzip lautet: Ambulant vor stationär.
Ambulant vor stationär meint den Ausbau ambulanter Versorgungsformen sowie Minimierung und Spezialisierung stationärer Angebote.

Eine ipw-interne Statistik von 2003 zeigte, dass ca. 15% der Patienten ca. 50% des stationären Angebots der Erwachsenenpsychiatrie in Anspruch nahmen. Für diese Patientengruppe wurde der Begriff „*Stark in Anspruch Nehmende*“ – oder kurz: SI-Patienten – kreiert, um den Begriff „*Heavy User*“ und dessen stigmatisierende Implikationen vermeiden zu können.

Eine ipw-interne Analyse von 50 aufeinander folgenden Eintritten in der Akutpsychiatrie in 2004 ergab die folgenden auslösenden Faktoren bei Akutsituationen:

- Störungen im Bereich der sozialen Beziehungen
- Störungen im Bereich Wohnen
- Störungen der therapeutischen Compliance

Immer jedoch sind die individuellen Problemlagen der SI-Patienten komplex, das heißt: mehrere Lebensbereiche betreffend.

Bei ca. 20% der analysierten Eintritte sahen die behandelnden Ärzte alternative Interventionsmöglichkeiten zur Klinikeinweisung an, so z.B. eine Behand-

lung durch die Akuttagesklinik oder durch das psychiatrische Case Management.

Die Situation von SI-Patienten ist oftmals gekennzeichnet durch Antriebslosigkeit, sozialen und institutionsbezogenen Ängsten und Schamgefühlen sowie mangelndem Krankheitsbewusstsein. Diese Merkmale machen es den Betroffenen häufig unmöglich, sich aktiv um Hilfe zu bemühen. Zudem halten sich die Betroffenen vom Hilfesystem fern aus Enttäuschung oder Traumatisierung durch ineffektive oder stigmatisierende „Hilfe“. Dies zeigt sich durch Ablehnung von Behandlungsangeboten sowie in Behandlungsabbrüchen, trotz ausgewiesener Behandlungsbedürftigkeit.

Eine Optimierung der Psychiatrischen Versorgung dieser Patientengruppe tut not. Es gilt, komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen umfassend zu betrachten und zu bearbeiten. Dazu bietet sich die Methode Case Management an. Mit dieser Methode ist es möglich, kontinuierliche, flexible, individuelle und synchronisierte Hilfestellungen zu bieten. Durch die Einbindung von unterschiedlichen professionellen und nichtprofessionellen Helfern und Akteuren in einen gemeinsamen kommunikativen und interaktiven Prozess kann einer Fragmentierung in der Behandlungskette entgegen gewirkt werden. Dieser Prozess ist ressourcen- und ergebnisorientiert.

Case Management ist somit einerseits Klärungshilfe, Beratung und Anleitung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen sowie andererseits Koordination und Organisation der erforderlichen Dienstleistungen mit einem bereits bestehenden oder noch aufzubauenden Helfernetz.

Zielsetzung

Das psychiatrische Case Management ist darauf ausgerichtet, dem psychisch erkrankten Menschen das Leben in seiner gewohnten Umgebung zu erhalten oder die Umgebung so anzupassen, dass der Betroffene trotz seiner Eigensinnigkeit, in einem sozialen Rahmen eingebettet bleibt und sich wohl fühlt. Die Vermeidung einer Chronifizierung oder trotz einer chronifizierten Erkrankung ein hohes Maß an Lebensqualität zu erreichen oder zu behalten, mittels Stärkung von sozialen Fertigkeiten und Funktionen, sind weitere Ziele in unserer Zusammenarbeit. Eine Verkürzung oder Verhinderung von Klinikaufenthalten

sind meist damit verbunden und von daher zielwirksam im psychiatrischen Case Management.

Es wird eine Verbesserung der Lebensqualität hinsichtlich folgender Lebensbereiche angestrebt:

- Wohnen
- Arbeit/Beschäftigung (Tagesstruktur)
- Freizeit
- soziale Beziehungen (Familie, Kollegen/Freunde)
- Teilnahme in der Gesellschaft
- Gesundheit (körperlich, psychisch)
- Sinn/Werte
- Selbstsorge (Haushalt, Ernährung, Körperpflege, Finanzen/Administration)

Eine weitere Zielsetzung ist die soziale und berufliche Integration, den Klienten also Teilnahme und Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen und Systemen (wieder) zu ermöglichen.

Wirksamkeit und Evaluation

Bei der Arbeit im psychiatrischen Case Management ist es von großer Wichtigkeit, die Wirksamkeit unseres Angebotes regelmäßig zu untersuchen.

Evaluiert wird sowohl im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie, deren Ergebnisse Ende 2009 vorliegen werden, als auch in unserer direkten Arbeit mit der Klientin, dem Klienten.

In Bezug auf die wissenschaftliche Studie gibt es sogenannte Prä-Post Messungen sowie Verlaufsmessungen. Hierbei kommen Selbst- und Fremdratings zur Anwendung. Gemessen werden beispielsweise Lebensqualität, Symptombelastung und soziales Funktionsniveau.

In unserer Arbeit mit der Klientin, dem Klienten führen wir in regelmäßigen Abständen eine Evaluation durch, um die Wirksamkeit zu überprüfen. Sie dient als Indikator für weitere Schritte, beispielsweise ein Re-Assessment oder aber auch einen Behandlungsabschluss. Hierbei kommen die von uns entwickelten Evaluationsbögen (Selbst- und Fremdrating) zur Anwendung. Sie orientieren sich prozessspezifisch an den individuell in der Zielvereinbarung festge-

legten Behandlungszielen. Die Einschätzung wird von der Klientin, dem Klienten selbst, von der zuständigen Mitarbeiterin, dem zuständigen Mitarbeiter im Case Management und von den Personen im Helfernetz vorgenommen.

In der Zeit von 2002 bis 2004 wurden 45 Betroffene (11 Männer und 34 Frauen) durch 2 Mitarbeiter des CM begleitet. In einem internen Pilotbericht aus diesem Zeitraum wird die Wirksamkeit als hoch eingeschätzt. Tendenziell gab es eine Verringerung von Klinikaufenthalten oder von deren Dauer. Erhöht haben sich nach den Aussagen die psychische Stabilität und die Lebensqualität der Betroffenen.

Durch unsere Arbeit lassen sich Klinikeintritte nicht in jedem Fall verhindern, tendenziell lässt sich allerdings feststellen:

- dass sich die Dauer des Klinikaufenthaltes verkürzt.
- die Schnittstellen der unterstützenden Angebote effektiver genutzt werden.
- Doppelspurigkeiten vermieden werden.
- eine Kontinuität gewährleistet wird, die einer Fragmentierung der Behandlung entgegenwirkt.
- eine wirksame Reintegration in den Alltag und das gewohnte Umfeld ermöglicht.

Schon aus diesen Tendenzen zeigt sich, dass das Angebot des Psychiatrischen Case Managements einer wirksamen, gemeindenahen Versorgung gerecht wird und den Leitsatz des Psychiatriekonzeptes des Kantons ZH „ambulant vor stationär“ klientenorientiert umsetzt.

Primary Nursing in Zeiten der Kostendämpfung: Chance oder Übel?

Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle

Hintergrund / Einleitung

Die Pflege in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld ist angelehnt an das System des Primary Nursing in der Definition nach Manthey. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Primary Nurse sind qualitativ anhand eines Behandlungspfades (Clinical Pathway) konkretisiert. Sie werden mit Hilfe von Pflegediagnosen und einer sich daraus ergebenden Pflegeplanung umgesetzt. Eine entsprechende Pflegedokumentation ermöglicht den Nachweis der Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Die Verantwortung für die Pflege obliegt der Primary Nurse als autonom entscheidender Person innerhalb eines multiprofessionellen Teams. Hierbei stellen Primary Nurse, Sozialarbeit und Arzt bzw. Psychologe gleichberechtigte Partner eines „Primary Teams“ mit komplementären Kompetenzen dar. Eine verlässlichere Aufgaben- bzw. Verantwortlichkeitsverteilung wurde hierdurch erreicht. Der Schritt von einer gemeinsamen Verantwortung des Pflegeteams zu einer personalisierten Verantwortung der einzelnen Primary Nurse ermöglichte insgesamt eine qualitative Verbesserung des Behandlungsprozesses.

Im Rahmen fortlaufender Kostendämpfung ist jedoch der Abbau von Pflegestellen Alltag, die PsychPV wird vielerorts auf 80% und weniger gesenkt. Primary Nurse wird dabei nicht mehr als qualitatives Element genutzt, sondern als Argument zur Reduktion der Fachquote (Anteil examiniertes Pflegepersonal).

Ziel / Fragestellung

Ist bei einer PsychPV-Besetzung von 80% und einer Fachquote von 70% im qualitativen Sinne Primary Nursing überhaupt bzw. in welchem Ausmaß durchführbar?

Methoden

Anhand der festgelegten speziellen Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Primary Nurse im Behandlungsprozeß wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, der die quantitative Erfassung dieser pflegerischen Maßnahmen ermöglicht. Dieser Bogen wurde von mehreren als Primary Nurse tätigen Mitarbeitern jeweils für fünf Schichten innerhalb eines Monats geführt. Neben der quantitativen Dokumentation wurde qualitativ die Umsetzung des Primary Nursing anhand der vorhandenen Pflegediagnosen, Pflegeplanung und Pflegedokumentation erfasst. Insgesamt sollte hierdurch sowohl qualitativ wie quantitativ die Tätigkeit der Primary Nurse als auch deren Dokumentation erfasst werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden im Einzelnen und im Vergleich zueinander sowie in der statistischen Auswertung dargestellt.

Diskussion

Primary Nursing stellt eine Weiterentwicklung der bisherigen pflegerischen Tätigkeit in unserer Klinik dar. Die damit einhergehende Spezialisierung innerhalb der Berufsgruppe Pflege bewirkte auch Veränderungen für alle anderen Berufsgruppen mit der Notwendigkeit einer intensivierten Kommunikation und kollegialen Zusammenarbeit zwischen der Primary Nurse, Sozialarbeiter und Arzt. Neben einer Beschreibung des Behandlungsprozesses im Sinne eines Behandlungspfades, erscheint uns die strukturierte Anwendung von speziell angepassten Instrumenten wie Pflegediagnosen, Pflegeplanung und Pflegedokumentation notwendig, ebenso wie multiprofessionelle Kollegialität und sehr strukturierte Arbeitsabläufe.

Die einzelne Primary Nurse mit ihrer personalisierten Verantwortung sichert eine qualitative Verbesserung des Behandlungsprozesses. Dies gelingt in Grenzen auch im Rahmen von Kostendämpfung und Stellenabbau. Die zunehmende Arbeitsverdichtung bedingt eine hohe Anforderung und Qualifikation. Eine entsprechende Anerkennung, formale Verankerung oder gar Honorierung, wie in den „Mutterländern“ des Primary Nursing, ist jedoch nicht erkennbar.

Schlussfolgerungen:

Primary Nursing

- bedeutet für uns eine Chance zur qualitativen Verbesserung des Behandlungsprozesses,
- ist in Grenzen auch in Zeiten von Kostendämpfung und Stellenabbau qualitativ umsetzbar,
- benötigt stärker strukturierter Arbeitsabläufe und intensive, multiprofessionelle, kollegiale Zusammenarbeit.

Wohlbefinden fördern: Pflegerische Handlungsmöglichkeiten

Dorothea Sauter

Wohlbefinden – Begriff und Merkmale

Wohlbefinden ist ein sehr weiter Begriff, der teilweise mit Gesundheit gleichgesetzt wird. Die WHO definierte Gesundheit „*als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden*“. Für die Pflege schlagen wir vor, den Begriff Wohlbefinden unabhängig vom Gesundheitsbegriff zu verstehen: Wohlbefinden soll im Besonderen angesichts (vielleicht bleibender) Gesundheitsbeeinträchtigung möglich bzw. besserbar sein.

Wohlbefinden wird weiterhin oft mit (gesundheitsbezogener) Lebensqualität gleichgesetzt, die Konzepte ähneln sich. Wohlbefinden und Lebensqualität sind beide schwer zu definieren, noch schwerer zu operationalisieren und zu erforschen. Wohlbefinden bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität gelten als mehrdimensionale Konzepte. Taylor et al. [1] schlagen die vier Dimensionen körperliches, seelisches, soziokulturelles und spirituelles Wohlbefinden vor.

Das zweite allgemein anerkannte wichtige Merkmal von Wohlbefinden und Lebensqualität ist die Subjektivität – was für eine Person Wohlbefinden oder Lebensqualität ausmacht, kann nur sie selbst definieren. Wohlbefinden hat kognitive (Zufriedenheit) und emotionale (Freude/Glück) Aspekte. Kognitive Bewertungen können Zufriedenheit generieren und Wohlbefinden unterstützen; Persönliche Ziele und Zielerreichung können für die persönliche Lebenszufriedenheit zentral wichtig sein.

Neben der Subjektivität und der Mehrdimensionalität sind weitere Merkmale von Wohlbefinden die Dynamik und die Kontextabhängigkeit. Was heute bei einer Person Wohlbefinden fördert, kann bei einer anderen Person oder zu einer anderen Zeit oder in einem anderen Kontext zu Missbehagen führen. Subjektive Belastungen beeinträchtigen Wohlbefinden, machen es aber nicht grundsätzlich unmöglich. Wohlbefinden ist nie zu 100% erreichbar; Belastungen verschieben „lediglich“ den Wert auf der Wohlbefindensskala.

Der unpräzise Begriff des Wohlbefindens kann nach Becker [2] über die Einteilung in aktuelles und habituelles Wohlbefinden konkretisiert werden.

Aktuelles Wohlbefinden meint die aktuelle Befindlichkeit. Das momentane Erleben umfasst positiv erlebte Gefühle (z.B. Glück, Freude, Kompetenzgefühl), Stimmungen (z.B. Wohlbehagen, Entspannung, Gelassenheit) und körperliche Empfindungen (z.B. Vitalität, angenehme Müdigkeit) sowie die Abwesenheit von Beschwerden.

Habituelles Wohlbefinden ist das für eine Person typische Wohlbefinden und kommt durch kognitive Prozesse zustande (Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen). Es umfasst Zeiträume von mehreren Wochen, Monaten oder Jahren. Es hängt von relativ stabilen Personen- und relativ stabilen Umfeldbedingungen ab.

Wohlbefinden als Pflegeziel

Viele bekannte Pflegedefinitionen (z.B. Robert-Bosch-Stiftung) und Pflegeklassifikationen (insbesondere NIC und NOC) betonen den Pflegeauftrag Wohlbefinden zu fördern. Die Förderung des Wohlbefindens ist sicher in nahezu allen Pflegesituationen ein implizites Pflegeziel; in der palliativen Pflege und teilweise in der Demenzzpflege ist Wohlbefinden oft das wichtigste Ziel.

In den genannten Situationen steht das aktuelle Wohlbefinden im Vordergrund, d.h. die Minderung von Beschwerden (z.B. Schmerzen, Ängste) und die Vermittlung positiver Erfahrungen (z.B. Wünsche erfüllen, angenehme sensorische Reize).

Psychisch krank zu sein bedeutet oft jahrelang mit erheblichen Einschränkungen, Benachteiligungen und Beschwerden zu leben; diese können sich auf die subjektive Lebensqualität bedeutsam auswirken. Hier ist es sinnvoll, neben dem aktuellen auch das habituelle Wohlbefinden (in allen Dimensionen) „mitzudenken“. Viele Betroffene können Teilziele, die sich auf das habituelle Wohlbefinden beziehen, formulieren (z.B. *„ich würde gerne genießen können“*, *„ich wäre gerne selbstsicherer“*). Andere brauchen Hilfe herauszufinden, was sie zufrieden oder unzufrieden macht und wie sie für sich stabileres Wohlbefinden erreichen können.

Assessment

Das Assessment umfasst für alle Dimensionen des Wohlbefindens die Frage, was mögliche Beeinträchtigungen oder förderliche Faktoren sein könnten (bzw. in der Vergangenheit waren); sowie die Frage, welche Beeinflussbarkeit jeweils gegeben ist und welche Bedeutung die jeweilige Dimension des Wohlbefindens für den Patienten hat.

Mit dem Betroffenen gemeinsam herauszuarbeiten, welche Aspekte des Wohlbefindens ihm wichtig sind, kann oft schon klärend sein. Da Wohlbefinden individuell, mehrdimensional, dynamisch und kontextabhängig ist, machen standardisierte Assessments wenig Sinn. Zuerst sollten die für den Betroffenen wichtigen Themen/Lebensbereiche und deren jeweilige Wichtigkeit/Priorität erfasst werden. Erst im zweiten Schritt erfolgt eine Analyse jedes genannten Bereiches, inwieweit Wohlbefinden gegeben bzw. Einschränkungen aufgezeigt werden und inwiefern diese beeinflussbar sind.

Ist dieses Vorgehen nicht möglich oder steht das aktuelle Wohlbefinden im Vordergrund, können Checklisten sinnvoll sein. Wenn Wohlbefinden nicht mehr verbal geäußert werden kann (z.B. aufgrund von Demenz) kann es laut Kitwood (Begründer des Dementia Care Mapping) durch Empathie und Intuition erfasst werden. Die Voraussetzung ist, dass man sich in die Situation der Betroffenen sorgsam einfühlt und somit „Affektansteckung“ ermöglicht [3].

Interventionen

Es gibt einen bunten Strauß pflegerischer Einflussmöglichkeiten auf das Wohlbefinden.

Maßnahmen zur Steigerung des aktuellen Wohlbefindens sind

1. das Vermitteln von Erfahrungen, die in sich positiv, belohnend oder lustvoll sind (dazu zählen angenehme sensorische Reize, erfolgreiches Handeln, soziale Zuwendung und Nähe, Phantasietätigkeit u.a.m.)
2. die Beseitigung oder Reduktion negativ erlebter Zustände (z.B. Schmerz, Müdigkeit, Angst, Hilflosigkeit).

Maßnahmen zur Steigerung des habituellen Wohlbefindens sind

1. Bezogen auf die Person: die Unterstützung von Selbstwirksamkeitserleben und Alltagskompetenz sowie die Förderung hilfreicher Kognitionen (z.B.

bezüglich sozialer Vergleiche, nicht befriedigbarer Bedürfnisse und Ansprüche oder Zielaspiration)

2. Bezogen auf die Umfeldbedingungen: die Förderung tragfähiger sozialer Beziehungen - diese gelten als bedeutsamster Umfeldfaktor.

Für das habituelle Wohlbefinden gilt, dass alleine die Erfassung der relevanten Themen sowie die gemeinsame Priorisierung und Zieldefinition für den Klienten oft schon klärend ist und zu neuen Bewertungen führt. Außerdem können förderliche/hinderliche Kognitionen identifiziert und rückgemeldet werden. Damit sind das gemeinsame Assessment und die Zieldefinition manchmal die bedeutungsvollste Intervention.

Literatur

1. Taylor EJ, Jones P, Burns M (2002) Lebensqualität. In: Lubkin IM (Hrsg.) Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern: Huber, S 325-355
2. Becker P (1991) Theoretische Grundlagen. In: Abele A, Becker P (Hrsg) Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim: Juventa, S 13-49
3. Müller-Hergl C (2004) Wohlbefinden und Methode: Dementia Care Mapping. Zur Analytik zentraler Begriffe. In: Bartholomeyczik S, Halek M (Hrsg) Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover, Schlütersche

Kalifornische Massage als eine Möglichkeit des Kontaktes und als ein Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Patienten und Mitarbeiter: Ergebnisse einer Befragung von 300 Patienten und 50 Mitarbeitern

Uwe Braamt

Kalifornische Massage / Grundsätzliches

Im Pflegeberuf spielt das Thema „Körper“ schon sehr früh eine Rolle. Gerade in den ersten Ausbildungsmonaten bekommen viele Pflegende schnell den Eindruck, dass der Körper des Menschen der zentrale Punkt ist, an dem sie ihre ersten Erfahrungen im Kontakt mit dem Patienten sammeln können. Dies wird mit den grundpflegerischen Aufgaben, die häufig in den ersten Monaten durchgeführt werden, wie z.B. die Ganzkörperwäsche und ähnliches, deutlich. Körperlichkeit und Kontakt sind somit im Bereich der Pflege ein frühes und ständiges Thema. Im Bereich der Psychiatrie nimmt die Möglichkeit, außer im Bereich der Gerontopsychiatrie, über den Körper einen Kontakt zu dem Patienten herzustellen, ab. Der Arbeitsalltag für die Pflegenden ist hier geprägt von berechtigten Themen der Patienten, wie z.B. Übergriffigkeit oder Missbrauchserfahrung, die es von den Pflegenden erfordern, hier ein hohes Maß an Achtsamkeit zu haben. Bei der beruflichen Entwicklung von Pflegenden in der Psychiatrie gibt es im Laufe der Zeit eine Distanzierung vom Thema Körperlichkeit. Damit gibt es auch eine Einschränkung in der Kontaktmöglichkeit. Gleichzeitig machen Pflegende in der Psychiatrie im Laufe der Zeit die Erfahrung, dass nicht alles besprechbar ist und es manchmal wünschenswert wäre, den Kontakt zu dem Patienten über den Körper herstellen zu können.

Die Methode der kalifornischen Massage bietet eine gute Möglichkeit, mit Menschen in Kontakt zu kommen. Es ist eine behutsame, insbesondere geschwindigkeitsreduzierte Massagetechnik, die sich eben dadurch von einer klassischen Massage unterscheidet. Bei dieser Massage steht weniger die Technik der Durchführung im Vordergrund, sondern der Kontakt zu dem Menschen. Durch einen Selbsterfahrungsprozess des Autors (U.B.) mit der Methode und dem Wissen um die Möglichkeit des Kontaktes, konnte sich die Be-

triebsleitung der LWL-Klinik Herten auf ein Projekt einlassen, welches unter dem Aspekt gestaltet worden ist, betriebliches Gesundheitsmanagement und eine Leistungsangebotserweiterung für unsere Patienten, in Einklang zu bringen. Beide Bereiche werden im Folgenden noch genauer beschrieben.

Kalifornische Massage / Ein Konzept der Selbstfürsorge

Bei dieser Methode ist es wichtig zu verstehen, dass man sich diese beispielsweise nicht aus einem Lehrbuch anlesen kann. Die Grundvoraussetzung für das Erlernen der kalifornischen Massage ist die Selbsterfahrung. Die Aussage soll nicht verängstigen sondern deutlich machen, dass ich als Anwender der kalifornischen Massage etwas weitergebe, was ich selbst erfahren habe. Das heißt insbesondere die im Vorfeld beispielhaft genannten Aspekte wie Achtsamkeit und Reduzierung von Geschwindigkeit, sind für einen Empfänger der kalifornischen Massage nur erlebbar, wenn der Anwender es selbst erlebt hat. Fragen wie: „*Wie achtsam gehe ich mit mir um?*“ „*Wo überschreite ich meine Grenzen?*“ „*Wo und wie nehme ich meinen Körper wahr und welche Handlungen leite ich davon ab?*“ sind in dem Lernprozess der kalifornischen Massage von zentraler Bedeutung. Das heißt, je mehr ein Lernender im Bereich der kalifornischen Massage in der Lage ist sich selbst gut zu behandeln, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch so mit anderen Menschen umgegangen wird.

Im Ausbildungskonzept der kalifornischen Massage stehen auf der Theorieebene zwei grundsätzliche Dinge im Vordergrund, die zur Entwicklung der Selbstfürsorge beitragen:

1. Die Massagetechnik mit dem Schwerpunkt Langsamkeit in den Vordergrund zu stellen
2. Die Gestalttherapie als Methode, die im Hier und Jetzt arbeitet und damit immer wieder die Frage des Kontaktes zu sich und zu anderen Menschen berücksichtigt. Es ist zum Beispiel nicht möglich, einen Mitarbeiter zu einer solchen Fortbildung zu verpflichten, dies kann nur auf freiwilliger Ebene geschehen, mit einer freien und inneren Bereitschaft.

Zielsetzung der Betriebsleitung bei der Implementierung der Methode

Die Betriebsleitung hat im Bereich einer Mitarbeiterbefragung die Feststellung

machen können, dass sich die Mitarbeiter im Bezug auf Burnout-Symptome ungünstig entwickeln. Diese Feststellung hat eine große Betroffenheit bei allen Betriebsleitungsmitgliedern ausgelöst und zu der Frage geführt: Was können wir tun, damit unsere Mitarbeiter nicht weiter ausbrennen? Es entwickelte sich die AG-Gesundheit mit einem großen Angebotskanon.

Für die Betriebsleitung war es wichtig, den Mitarbeitern etwas geben zu können, was die Mitarbeiter selbst befähigt, selbstfürsorgend mit sich umzugehen. Dabei haben wir zunächst einen Grundkurs durch das Institut „IN•PULS“ [1] in Aachen angeboten, welcher nur einen Kontakt mit dieser Methode erlauben sollte und ausschließlich für die Mitarbeiter gedacht war. Von Seiten der Betriebsleitung galt an dieser Stelle nicht der Anspruch, dass die Mitarbeiter nach der Absolvierung des Grundkurses die kalifornische Massage bei den Patienten anwenden sollten. Dieser Kurs war ausschließlich für die Mitarbeiter gedacht, um sich etwas Gutes zu tun. Das Angebot fand eine große Resonanz und es entstand bei den meisten Mitarbeitern der Wunsch, diese Ausbildungssituation weiter zu entwickeln. In der Betriebsleitung konnten wir einer Weiterentwicklung und Förderung zustimmen. Jedoch nur mit dem Hinweis, dass eine Förderung von Seiten des Hauses nur dann erfolgen kann, wenn sich die Mitarbeiter im Fortgeschrittenenkurs bereit erklären, diese Methode auch bei Patienten anzuwenden. Somit konnten wir im Jahr 2005 18 Mitarbeiter zählen, die einen Grundkurs absolvierten, im Jahr 2006 waren es 36 Mitarbeiter im Grundkurs und 24 Mitarbeiter im Aufbaukurs. Im Jahr 2007 besuchten 6 Mitarbeiter den Oberkurs. Die Finanzierung der Kurse erfolgt immer mit einer Teilfinanzierung durch die Mitarbeiter selbst. Damit konnte das Ziel der Betriebsleitung 1. ein Angebot zur Selbstfürsorge für die Mitarbeiter und 2. ein neues Leistungsangebot für unsere Patienten zu schaffen, erreicht werden. Wobei uns natürlich klar ist, dass mit der kalifornischen Massage der Entwicklung des Burnout-Syndroms nicht ausschließlich begegnet werden kann. Aber es ist ein Mosaikstein im Bereich der Möglichkeiten, hier etwas zu tun, was dem Burnout-Syndrom etwas entgegen setzt.

Evaluation der ersten Patientendaten

Hier werden 300 Evaluationsbögen von Patienten ausgewertet und dargestellt. Dabei ist davon auszugehen, dass höchstwahrscheinlich schon mehr

Patienten massiert worden sind, der Hinweis an die Mitarbeiter mit den Bögen zu arbeiten, jedoch erst in den Konzeptgesprächen (04.2007) erfolgt ist. Von den evaluierten 300 Massagen betrafen 80% Frauen und 20% Männer. 103 Patienten der Gesamtgruppe erhielten eine Folgemassage in den Intervallen zwei oder maximal vier Massagen. Hierbei ergab sich sehr früh schon der Hinweis das es wünschenswert wäre, die Methode bei einer entsprechenden Refinanzierung auch für den ambulanten Bereich, insbesondere unter dem Aspekt der kurzen Verweildauer, anwenden zu können.

Bei den 15 am häufigsten genannten Diagnosen fällt auf, dass die am meisten genannten Diagnosen etwas mit der Thematik Depression zu tun haben. Ebenso lässt sich erkennen, dass eine Gruppe von Patienten mit der Diagnose Sucht und psychische Verhaltensstörungen im Wochenbett am häufigsten vorkommt. Dies hat einerseits damit zu tun, dass in diesem Bereich viele Mitarbeiter tätig sind, die in der Anwendung der Methode ausgebildet sind und zum anderen vermuten wir, dass diese Gruppe der Patienten für die Thematik besonders offen ist.

Patientenbefragung

87% der Befragten erlebten die Mitarbeiter freundlich (Abbildung 1). Ein wesentliches Element dieser Methode ist die Langsamkeit, dem konnten 63% der Befragten zustimmen. 81% der Befragten erlebten die Anwender als sehr sorgfältig. 75% gaben an, diese Methode als unterstützend zu erleben. 82% der Patienten empfanden die Methode als entspannend. 72% gaben an, die Kalifornische Massage sei interessant. 85% der Befragten erlebten die Mitarbeiter als kompetent. 89% der Patienten fühlten sich in ihrer Privatsphäre geschützt. Phänomene wie Anspannung 54%, Unruhe 32%, oder Verspannungen 25% erlebten die Patienten vor der Massage (Abbildung 2). Phänomene die nach der Massage von Patienten empfunden wurden und eine Entsprechung zu den Empfindungen vor der Massage darstellen, waren zu 69% entspannter, zu 33% erlebten sie ein Wohlgefühl und 26% spürten eine Entlastung des Körpers.

Mitarbeiterbefragung

Hier konnten Ergebnisse von 50 Befragten gewonnen werden. 88% der Mitarbeiter, die eine Kalifornische Massage in Anspruch genommen haben, waren Frauen und 22% Männer. In einem Prozess hat ein Mitarbeiter vier Massagen

Abbildung 1: Einschätzung der Massage durch Patienten

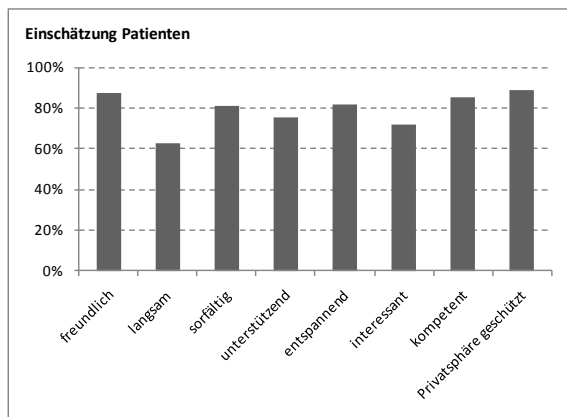
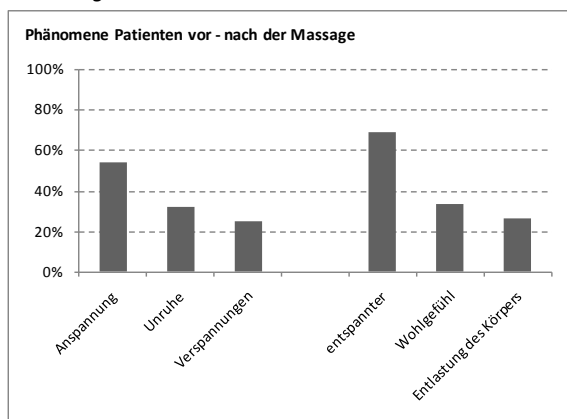


Abbildung 2: Phänomene bei Patienten vor - nach der Massage



als Maximum erhalten. Fünf Mitarbeiter haben eine Massage mehr als einmal, jedoch nicht häufiger als dreimal, in Anspruch genommen. Der größte Teil der Mitarbeiter hat die Kalifornische Massage einmal in Anspruch genommen, das ergibt 90%.

88% der Mitarbeiter haben die Massage als einladend empfunden (Abbildung 3). 94% erlebten die Anwender als freundlich. 74% der Befragten gaben an, die Methode als langsam zu empfinden. 92% erlebten die Anwender als sorgfältig. 84% fühlten sich entspannt. 86% der Mitarbeiter fanden die Methode interes-

sant. 88% gaben an, die Kollegen als kompetent zu erleben. 96% fühlten sich in ihrer Privatsphäre geschützt.

Abbildung 3: Einschätzung der Mitarbeiter/-innen

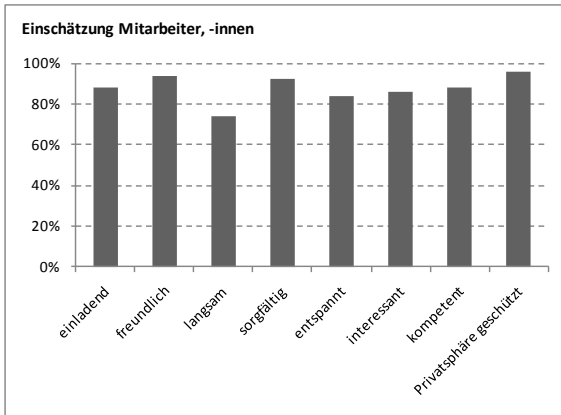
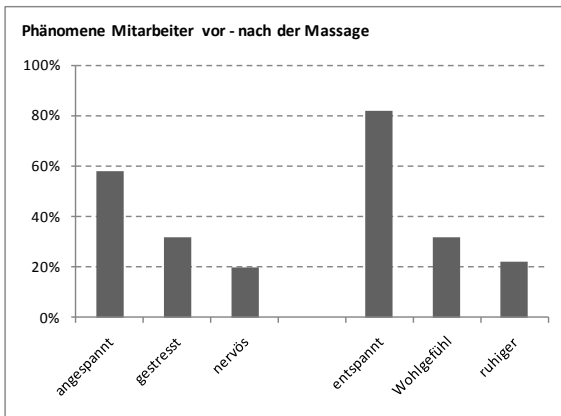


Abbildung 4: Phänomene bei Mitarbeiter/-innen vor - nach der Massage



Zur Befindlichkeit vorher gaben 58% angespannt, 32% gestresst und 20% nervös an (Abbildung 4).

Zum Befinden nachher gaben die Mitarbeiter beispielhaft die drei folgenden Phänomene an: 82% entspannt, 32% Wohlfühl und 22% ruhiger.

Soweit zu den Mitarbeiterergebnissen. Bleibt die Frage, warum die Mitarbeiter das Angebot der Kalifornischen Massage nicht häufiger in Anspruch nehmen.

Zusammenfassung

Der Einstieg in das neue Thema kalifornische Massage in unserem Haus scheint gelungen zu sein. Die Mitarbeiter sollen in diesem Prozess die Erfahrung machen, dass ihr Wohlbefinden und der Zugang zu sich selbst im Mittelpunkt stehen. Wenn diese Erfahrung gelingt, scheint es auch Erfolg zu haben, diese Erfahrung an die uns anvertrauten Patienten weiter zu geben. Bei der Befindlichkeitsbefragung vor der Massage wird das Phänomen der Anspannung, nach der Massage das Phänomen Entspannung deutlich. Patienten erleben in diesem Prozess, dass ihre Privatsphäre deutlich geachtet wird. Im Bereich der Diagnosen imponieren bisher stark die Diagnosen mit depressiven Anteilen. Es wird in Zukunft darum gehen, noch mehr Daten zu erheben, damit noch validere Aussagen getroffen werden können. Ähnlich wie der Fragebogen für die Patienten, sollte ein Fragebogen für die Anwender der kalifornischen Massage entwickelt werden, um hier immer wieder den Bezugspunkt zu haben: wie wirkt die Massage auch auf die Mitarbeiter, welche diese Methode anwenden? Wichtig in dem Prozess scheint die mehrfache Anwendung der kalifornischen Massage zu sein, sodass hier ein Verlauf für Anwender und Patienten/Mitarbeiter entstehen könnte. Dies stellt uns vor die Schwierigkeit, hier wie schon erwähnt, eine kurze Verweildauer der Patienten zu haben und die unklare Situation der Finanzierung, wenn sich z.B. im ambulanten Bereich eine weitere Behandlung mit der Methode kalifornische Massage als sinnvoll erachten ließe.

Im Wesentlichen geht es bei der kalifornischen Massage um den Kontakt, dabei steht die Technik der kalifornischen Massage eher im Hintergrund. Zu vermuten ist, dass mit dem Kontakt frühe, tiefe Bedürfnisse geweckt werden, die bei Patienten in allen Bereichen der Psychiatrie bedeutsam sind. Mitarbeiter erlebten diese Methode als Entlastung, nehmen sie jedoch überwiegend erst wenig und noch nicht prozesshaft in Anspruch.

Literatur

1. IN•PULS, Praxis und Lehrinstitut für Somatherapie, Triebelsstrasse 1, D-52066 Aachen, info@kalifornischemassage.de, Tel.: +49 241 9039344

Gesünder leben, leicht gemacht (GLLG). Gesundheitsförderung in einer psychiatrischen Tagesklinik

Radegundis Hofer

Hintergrund / Problemstellung

Wir – das Team der Psychiatrischen Tagesklinik für affektive Erkrankungen – haben uns entschlossen, ein gesundheitsförderndes Programm (Titel: „GESÜNDER LEBEN, leicht gemacht“) in regelmäßigen Intervallen in unser Behandlungskonzept zu integrieren.

Die Gründe dafür sind, dass Menschen mit affektiven Erkrankungen

1. laut neurobiologischen und epidemiologischen Studien im Schnitt eher zu Adipositas neigen als psychisch Gesunde,
2. im Zusammenhang mit ihrem Stimmungs- und Aktivitätswechsel ein zu meist stark verändertes Bewegungs- und Essverhalten an den Tag legen und
3. dauerhaft Medikamente z.B. bestimmte Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Antipsychotika einnehmen müssen, die bekanntermaßen den Appetit beeinflussen können [1, 2].

Setting und Patienten

Unsere multiprofessionell (d.h. durch 2 Pflegepersonen, 3 Ärzte und je 1 Psycho-, Ergo- und Physiotherapeutin) getragene psychiatrisch-psychoedukative, psycho- und soziotherapeutische Behandlung findet in einem gruppentherapeutischen Setting mit 14 PatientInnen statt. Das Programm „GLLG“ wird für den Zeitraum von 4 Wochen in alle Module unseres regulären Wochenprogramms eingebaut.

Methoden

Grundlage unseres vierwöchigen gesundheitsfördernden Programms ist das von der Firma Eli Lilly herausgegebene Ernährungs- und Bewegungsprogramm „GESÜNDER LEBEN, leicht gemacht“ [3, 4].

Dieses Programm wurde uns von der firmenbeauftragten Diätologin vorges-

tellt und in gemeinsamer Arbeit an unser Behandlungskonzept angepasst.

In der ersten Woche werden die PatientInnen nach einführenden Informationen beauftragt, ein Ernährungstagebuch zu führen, das anschließend von der Diätologin ausgewertet wird und ein wichtiges Instrument in einer von ihr zusätzlich gestalteten Gruppe darstellt. Im Rahmen dieser Gruppe behandelt sie auf Wunsch der PatientInnen auch spezielle ernährungsmedizinische Themen, die im Programm nicht berücksichtigt sind (z.B. Cholesterinarme Kost, Essen und Trinken bei Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Malabsorptionen ...). Noch in der ersten Woche fokussiert die Psychotherapeutin in der „Wahrnehmungsgruppe“ unseres Wochenplans auf wichtige, im Alltag oft vernachlässigte Voraussetzungen für eine dauerhafte „psychische Gesundheit“.

Während der folgenden 3 Wochen übernehmen Pflegepersonen und Ärzte gemeinsam in einer der beiden wöchentlich stattfindenden Psychoedukationsgruppen die Aufgabe, den PatientInnen das Gesundheits- und Bewegungsprogramm näher zubringen.

Die Pflege ist darüber hinaus für die praktische Anwendung des neuen Wissens in den wöchentlich zwei Kochgruppen und der Außenaktivität zuständig. Der lustvollen Umsetzung dienen ihre (in der 2. und 3. Woche durchgeführten) „Genussgruppen“ mit den Themenschwerpunkten „Sinneswahrnehmung: Schmecken“ und „Esskultur mit allen Sinnen“.

Die Ergotherapeutin wählt in der Gruppenergotherapie ein auf die Körperwahrnehmung und/ oder auf psychische und körperliche Gesundheit bezogenes Thema und lässt dazu eine gestalterische Umsetzung erarbeiten (Bsp. selbstangelegte Kräuterkästen).

Die Physiotherapeutin leitet die PatientInnen im Rahmen ihrer beiden regulären Wochengruppen durch spezielle Übungen (beispielsweise mittels Therabändern) zur richtigen Bewegung an und gestaltet zusätzlich gemeinsam mit der Ergotherapeutin eine außertourliche Gruppe in der die Körperwahrnehmung und das Körpergefühl im Mittelpunkt der Gruppe stehen und gestalterisch umgesetzt wird.

Nach Ablauf der vier gesundheitsfördernden Wochen haben wir eine (einmal stattfindende) sogenannte „Follow-up“-Gruppe eingeführt, in der das Programm „GESÜNDER LEBEN, leicht gemacht“ gemeinsam mit den PatientInnen

reflektiert wird und evtl. eingetretene Veränderungen des Körpergewichts bzw. der Ess- und Bewegungsgewohnheiten festgehalten werden.

Der Inhalt des Programms wird in 2 Bereiche aufgegliedert:

Ernährung:

1. Was ist ausgewogene Ernährung?
2. Die Ernährungspyramide
3. Der Alltag – Tipps zum täglichen Speiseplan
4. „Das liebe Geld“
5. Essen und Gefühle

Bewegung:

1. Die wichtigsten Grundlagen für Bewegung
2. Die Bewegungspyramide
3. Wie kann man Bewegung in den Alltag integrieren?
4. Das Bewegungsplakat – einfache Übungen für den Alltag

In beiden Bereichen werden viele praktische Beispiele und Übungen durchgeführt.

Die Evaluation findet anhand von Gewichtskontrollen, Blutuntersuchungen und längerfristigen Beobachtungsprotokollen zu den Ess- und Bewegungsgewohnheiten statt.

Schlussfolgerungen

Aufgrund der positiven Rückmeldungen der Patienten zu unseren "Gesundheitswochen" werden wir auch zukünftig einen entsprechenden Programmzyklus in unserer Tagesklinik beibehalten.

Literatur:

1. Weber-Hamann B, Werner M, Hentschel F, Bindeballe N, Lederbogen F, Deuschle M, Heuser I (2006) Metabolic changes in elderly patients with major depression: evidence for increased accumulation of visceral fat at follow-up. *Psychoneuroendocrinology* 31(3):347-54
2. Fagioli A, Frank E, Houck PR, Mallinger AG, Swartz HA, Buysse DJ, Ombao H, Kupfer DJ (2002) Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 63(6):528-33

3. Arbeitsunterlagen aus dem Programm GESÜNDER LEBEN leicht gemacht:
GESÜNDER LEBEN leicht gemacht – Broschüre: Ein einfacher Leitfaden zur Ernährung und Bewegung im Alltag. Wien: Eli Lilly Ges.m.b.H., Jänner 2007
4. GESÜNDER LEBEN leicht gemacht – Schulungsunterlagen: Flipchart, Handbuch, Arbeitsblätter. Wien: Eli Lilly Ges.m.b.H., Jänner 2007

Motivations- und Entzugsarbeit bei Alkohol- und Suchkranken am Psychiatriezentrum Rheinau

Marcel Binder, Stefan Wermelinger

Einleitung

In der Schweiz trinken rund eine Million Frauen und Männer (oder 18%) chronisch und/oder episodisch zu viel Alkohol [1]. Hochgerechnet auf den Kanton Zürich mit einer Population von rund 1,2 Millionen EinwohnerInnen dürfte es in diesem Versorgungsgebiet knapp über 166'000 Frauen und Männer mit problematischem Trinkverhalten geben. In einer von der Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme durchgeführten Medikamentenstudie wird der Anteil der Medikamentenabhängigen in der erwachsenen Wohnbevölkerung der Schweiz auf rund 1% (oder 60000 Personen) geschätzt [2]. Rund 9600 dieser medikamentenabhängigen Personen sind im Kanton Zürich zu erwarten.

Im Kanton Zürich ist die Behandlungskette für Personen mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit weitgehend erschlossen, es fehlte jedoch eine spezielle Einrichtung für PatientInnen mit geringer oder sogar fehlender Motivation zur Behandlung ihrer Suchtproblematik. Betrachten wir zunächst ein Fallbeispiel eines Alkoholkranken, der durch die Versorgungslücke fallen könnte.

Ignaz T. geboren 1949, ist von Beruf Karosseriespengler und leidet seit seinem 28. Lebensjahr an übermäßigem Alkoholkonsum. 1979 unterzog er sich zum ersten Mal einer Entzugsbehandlung, hatte aber nach rund 2 Jahren einen Rückfall und begann, am Arbeitsplatz heimlich zu trinken. Eine bislang stabile Beziehung zu seiner damaligen Freundin ging 1981 in die Brüche. Zwischen 1982 und 1996 folgten vier weitere Behandlungen in psychiatrischen Facheinrichtungen, doch die Phasen, in denen er einigermaßen kontrolliert trank, wurden immer kürzer. 1999 – als er gerade 50 Jahre alt wurde - war er während 7 Monate zum Entzug und zur anschließenden psychotherapeutischen Behandlung in einer Spezialeinrichtung für Alkoholranke und schloss sich nach der Entlassung der lokalen Gruppe der Anonymen Alkoholikern an. Zwischen 2000

und 2007 erlebte Ignaz T. einen zunehmenden Sozialabstieg: Er wechselte häufig die Stelle, verkehrte nur noch mit Kumpels von der Kneipe, verlor vollständig Kontakt zu Frauen, aß unregelmäßig, hatte zunehmend Schwierigkeiten seine Miete zu bezahlen, litt zunehmend an den Folgen massiven Alkoholkonsums wie Konzentrationsstörungen und Gedächtnislücken. Im Herbst erfolgte der große Absturz: Seine Wohnung und seine Arbeit wurden ihm gekündigt und er begab sich ins Wohnheim einer Wohltätigkeitsorganisation. Bald überforderte er wegen seiner zunehmenden Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit das Personal im Wohnheim und wurde in die Psychiatrie zwangseingewiesen, wo ein Delirium tremens noch knapp abgewendet werden konnte. Er bemühte sich um eine erneute Behandlung in der Spezial Einrichtung für Alkohol kranke. Er wurde jedoch abgelehnt, da seine Motivation und seine Psychotherapiefähigkeit als zu gering eingeschätzt wurden.

Ignaz T. erfüllt einige Kriterien [3] für eine Aufnahme auf die Entzugs- und Motivationsstation 70A:

- Ein ambulantes Therapieangebot kommt für ihn nicht in Frage.
- Es wurden mehrfach erfolglose Entzugsbehandlungen vorgenommen.
- Er befindet sich in einer aktuellen Lebenskrise (Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit).
- Er hat Anzeichen von alkoholbedingten somatischen Störungen (kognitive Beeinträchtigungen in Form von Konzentrationsstörungen, Gedächtnislücken).
- Soziale und körperliche Verwahrlosung (Arbeitsplatzverlust, Wohnungsverlust, unregelmäßiges Essen)

Die Lebenssituation von Ignaz T. kann insgesamt als prekär und instabil (oder stabil schlecht) beurteilt werden.

Setting

Die Station 70A wurde 2002 eröffnet und bietet 16 Behandlungsplätze und eine Betreuung rund um die Uhr durch Pflegefachpersonen an. Die Aufenthaltsdauer der 370 im 2007 hospitalisierten PatientInnen betrug im Schnitt 21 Tagen. Während des Tages sind 5 und während der Nacht 2 pflegerische

Dienste besetzt. Die Pflegefachleute arbeiten konsequent mit Bezugspflege und Behandlungsprozess. Auf der Station arbeiten ein Oberarzt und zwei AssistenzärztInnen. Zum Therapieangebot der Station gehören ferner Ergotherapie, psychologische und sozialarbeiterische Betreuung, Bewegungstherapie und Ernährungsberatung. In pflegetherapeutischen Gruppen bieten die Pflegenden darüber hinaus Spezialgruppen über Alkohol, Medikamente, Schlafhygiene und Akupunktur an. Im Regelfall ist eine Behandlung von 3 bis 4 Wochen vorgesehen.

Beschreibung der Praxis

Bei Eintritt besteht bei vielen Patienten eine Hemmschwelle im Zusammenhang mit Ängsten vor dem Einsperrtsein oder vor der Psychiatrie schlechthin. Verleugnen, Bagatellisieren und ein schlechtes Gewissen stehen oft in Verbindung mit einem verminderten Selbstwertgefühl. Die Inanspruchnahme einer stationären Therapie erfolgt meist spät, bei einem bereits fortgeschrittenen Schädigungsspektrum. Obwohl Eintritte fast ausschließlich freiwillig erfolgen, werden sie meistens durch Personen aus dem Umfeld der Betroffenen, hausärztlich oder durch ambulante Einrichtungen innerhalb des Kantons Zürich eingeleitet.

Mit dem Wegfall des Suchtmittels fällt es den PatientInnen oft schwer, ihre Zeit zu gestalten und sich selber auszuhalten. Vielfach machen PatientInnen körperliche Beschwerden, schlechte Stimmung oder das Umfeld dafür verantwortlich. Dabei fehlt den Betroffenen oft eine Krankheitseinsicht oder eine realistische Reflektion.

Das Behandlungsangebot der Station beruht hauptsächlich auf den folgenden drei Säulen:

1. **Körperlicher Entzug und Überwachung:** Zur Vermeidung gefährlicher oder lebensbedrohlicher Komplikationen werden PatientInnen in der Entzugsphase engmaschig (halbstündlich / stündlich), ggf. mit einer 1:1 Betreuung überwacht und begleitet.
2. **Umgang mit der Suchtproblematik:** Pflegende bieten zur Unterstützung der Abstinenzbemühungen der PatientInnen reflektierende Gespräche an. Ferner finden regelmäßig pflegetherapeutische Gruppen statt (Gedächtnistraining, Info-Gruppe Medikamente und Info-Gruppe Alkohol). Die Be-

reitschaft zu langfristigen und tragfähigen Lösungen wird durch Wissensvermittlung und Motivation sowie durch Konfrontationen gefördert.

3. **Austrittsplanung:** Die Pflege bietet den PatientInnen vielfältige Informationen und Beratungen für eine geeignete Nachbehandlung an und begleitet sie im Austrittsprozess. Die Station arbeitet eng zusammen mit externen Partnern, vornehmlich mit den Anonymen Alkoholikern und nachbetreuenden Spezialeinrichtungen, die zur besseren Entscheidungsfindung der PatientInnen Informationsanlässe auf der Station durchführen.

Behandlungsziele

PatientInnen mit kürzer oder länger dauernder Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit, die sich in einer schwierigen dekompensierenden biopsychosozialen Situation befinden, werden vom Suchtmittel entwöhnt und zur weiteren Behandlung motiviert.

- **Vermitteln von Sicherheit:** Im Rahmen des Alkohol- und/oder Medikamentenentzuges besteht für die PatientInnen, sowohl in subjektiver als auch objektiver Hinsicht, keine Gefahr.
- **Abstinenz:** Die PatientInnen halten die Abstinenz aufrecht und konsumieren während der Hospitalisation, sowohl im regulären Stationsalltag wie auch in der Freizeit, insbesondere im Urlaub, kein Alkohol bzw. nicht verordnete Medikamente. (Überprüfung durch Alkohol-Blas-Tests und Drogenurin)
- **Information:** Die PatientInnen sind über ihre Situation, ihre Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit informiert und wissen Bescheid über Symptome, Spätfolgen und deren Konsequenzen.
- **Motivation:** Die PatientInnen sind nach der Behandlung motiviert, weiter an ihrer Suchtproblematik zu arbeiten.

Zur Zielerreichung verfolgen die Pflegenden die folgenden Strategien: Die PatientInnen werden in ihrer Individualität, Selbständigkeit und Eigenverantwortung wahrgenommen. Die pflegerische Bezugsperson oder deren Stellvertretung hält während der gesamten Aufenthaltsdauer den Kontakt zu den PatientInnen aufrecht mit Einzelkontakten an jedem Arbeitstag oder zahlreiche Einzelgespräche. Die Einschätzungen der Situation der PatientInnen erfolgen aufgrund von direkten Kontakten mit den PatientInnen, deren Angehörige und

etwaige Drittpersonen, pflegerischer Beobachtungen und Beobachtungen oder Befunden anderer StationsmitarbeiterInnen wie etwa ÄrztInnen oder TherapeutInnen. Zur bestmöglichen Einschätzung der Situation der PatientInnen werden die Prinzipien der interdisziplinären Behandlung [4] angewandt. Ferner werden Gewohnheiten, Bedürfnisse und das Erleben der PatientInnen ebenso erfasst, wie deren Sorgen und Risiken, damit entsprechende Maßnahmen einleitet werden können. Die Bezugspersonen evaluieren in Zusammenarbeit mit den PatientInnen ihre Arbeit regelmäßig gemäß dem pflegerischen Behandlungsprozess. Ein hohes Maß an Wertschätzung und Einfühlungsvermögen steht beim Behandlungsteam an oberster Stelle.

Dank der systematischen Anwendung eines pflegerischen Assessments werden problematische Verhaltensmuster der PatientInnen ermittelt. Es handelt sich dabei vornehmlich um Beeinträchtigungen in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Bewegung, Ruhe/Schlaf und kognitive Einschränkungen. Nach dem Assessment werden die pflegerischen Probleme definiert und interdisziplinär abgestimmt.

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist der Wochenplan (Abbildung 1), der den PatientInnen eine Struktur bietet.

Erfahrungsgemäß berichten die PatientInnen schon nach einigen Tagen, dass sich ihre körperlichen (etwa Appetit oder Bewegung) und psychischen Funktionen (etwa Konzentration) verbessern und erfahren dadurch einen Motivationsschub und eine Steigerung des Selbstwertgefühls. Die Erfahrungen der PatientInnen werden regelmäßig in den „Morgenrunden“ ausgetauscht und reflektiert. Unlängst erzählte eine Patientin, dass sie zum ersten Mal seit vielen Jahren richtig – das heißt nicht nur eine „nasse Mahlzeit“ mit Weißwein – gefrühstückt hat und dabei ein Genusserlebnis hatte, das sie in Zukunft beibehalten möchte.

Ergebnisse und Erfahrungen

Von den insgesamt 370 hospitalisierten PatientInnen (vgl. Abbildung 2) wurden 178 (48.1%) in eine ambulante Betreuung und 5 (1.4%) in eine Tagesklinik, 2 Personen (0.5%) in eine Justizanstalt und eine kleine Minderheit von 27 Personen (7.3%) ohne Nachbehandlung entlassen. In spezielle Fachklinikentraten 51 Personen (13.8%) über, 7 Personen (1.9%) fanden einen Platz in einer

Psychiatrie mit Wohneinrichtung und 8 Personen (2.2%) wurden nach der Entlassung von einer somatischen Einrichtung oder vom Spitexdienst nachbetreut. Zweiundneunzig PatientInnen (24.9%) wurden klinikintern verlegt. Diese Zahl hängt mitunter mit dem Umstand zusammen, dass nach der Entzugsphase bestimmte psychiatrische Grunderkrankungen (etwa Depression oder Persönlichkeitsstörungen) zum Vorschein kamen.

Abbildung 1: Wochenplan

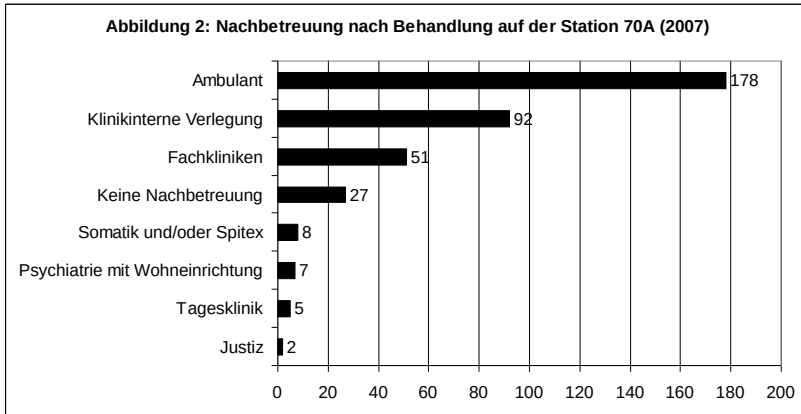
Wochenplan der Entzugs- und Motivationsstation 70A							
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07.00							
07.30	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf		
08.00	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück		
08.30	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde		
09.00	ab 09.00 Visite mit Assistenzärzten, Pflege	ab 09.00 Visite mit Oberarzt, Assistenzärzten, Pflege	ab 09.00 Visite mit Assistenzärzten, Pflege	ab 09.00 Visite für Neueintritte	ab 09.00 Visite mit Assistenzärzten, Pflege	ab 09.30 Brunch	ab 09.30 Brunch
09.30				08.13 - 10.00 Bewegungstherapie			
10.00							
10.30							
11.00	10.15 - 11.45 Infogruppe Alkohol		10.15 - 11.45 Infogruppe Alkohol	10.30 - 11.45 Infogruppe Alkohol	10.30 - ca. 11.45 Stationsversammlung		
11.30							10.30 Gottesdienst (siehe Aushang)
12.00						Freie Gestaltung	Freie Gestaltung
12.00	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen		
12.30							
13.00			ab 13.00 Einzeltermine Sozialdienst		13.00 - 15.00 Ergo-therapie Gruppe 1		
13.30	13.30 Schwimmen	13.30 - 15.00 Ernährungsberatung	14.00 - 15.30 Gedächtnistraining	14.00 - 14.45 Entspannungstherapie Turnhalle	13.00 - 15.00 Ergo-therapie Gruppe 2		
14.00							
14.30							
15.00					15.15 - 16.15 Folgekrankheiten		
15.30		15.15 - 16.45 Infogruppe Medikamente / Schlafhygiene			16.00 kath. Gottesdienst (siehe Aushang)		
16.00	16.00 - 17.00 Bewegungstherapie Turnhalle		16.00 Kontakt-möglichkeit Seelsorge				
16.30							
17.00	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	ca. 17.00 Kochen	Akupunktur (Zeit nach Absprache)
17.30							
18.00	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen
18.30							
19.00				ab 19.00 Klinikabend (Konzert, Film, Tanz etc. nach Programm, ca. alle 2 Wochen)		Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)
19.30							
20.00							
20.30							
21.00							
21.30							

= obligatorische Aktivitäten

09.07.2008

Viele PatientInnen – mitunter Personen wie Ignaz T. oder solche, die vor der Behandlung unter äußerst schwierigen biopsychosozialen Bedingungen gelebt hatten – berichten im Austrittsgespräch, dass sie Hoffnung geschöpft und die Wertschätzung des Personals während des Aufenthaltes geschätzt hätten. Eine systematische Auswertung der Erfahrungen der PatientInnen steht erst bevor.

Abbildung 2: Nachbetreuung



Diskussion

Die übergeordnete Zielsetzung der Station 70A ist, PatientInnen nach Abschluss der Entzugsphase zur weiteren Beschäftigung mit ihrer Suchtproblematik zu motivieren. Die Zahlen aus 2007 weisen daraufhin, dass die meisten PatientInnen nach dem Austritt eine Anschlussbehandlung antreten. Dies kann als Indikator einer erfolgreichen Motivation vermutet werden.

Von spezieller Bedeutung ist die hohe Anzahl der PatientInnen ($n = 92$), die klinikintern verlegt werden. Dies kann dadurch erklärt werden, dass bei zahlreichen PatientInnen nach dem Entzug Spätwirkungen wie etwa Polyneuropathien, das Korsakow-Syndrom oder schwer wiegende kognitive Beeinträchtigungen, aber auch andere Krankheiten – vornehmlich Persönlichkeitsstörungen, Psychosen oder affektive Störungen – zum Vorschein kommen. Dieser Befund ist keine Überraschung, da die mit Substanzabusus verbundene Komorbidität hinreichend bekannt ist [vgl. etwa 5]

Wenngleich die Station 70A nicht in Hinblick auf das Recovery-Konzept konzipiert wurde, haben wir den Eindruck, dass wir davon einige Elemente bereits umsetzten. Recovery ist „eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit

auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt“ [6]. Nach Knuf ist Recovery „ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er auch mit bestehenden psychischen Problemen in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“ [7, S. 8]. Unsere Tätigkeiten bei den folgenden Kernelementen des Recovery-Konzeptes [8] lassen sich folgendermaßen skizzieren:

- **Vermitteln von Wissen zu psychischer Gesundheit und Krankheit, Einrichtungen und Organisationen:** Dies erfolgt in den Spezialgruppen (Info-Gruppen Alkohol, Medikamente und Schlafhygiene) und in den strukturierten Informationsveranstaltungen zu Nachbehandlungsangeboten.
- **Empowerment der Betroffenen zur Übernahme von Verantwortung für ihre Behandlung und für eigene Entscheidungen:** Der Wissens- und Erkenntniszuwachs wird in den Bezugspersonengesprächen thematisiert und nutzbar gemacht.
- **Mithilfe zur Steigerung der Zufriedenheit mit der Lebensqualität:** Hierzu zählen auch körperbezogene Tätigkeiten wie etwa der Morgenlauf oder Bewegungstherapie.
- **Mithilfe zur Entwicklung von Hoffnung und Optimismus für die Zukunft:** Die allmähliche Steigerung der körperlichen und psychischen Funktionen trägt sicherlich zum Optimismus der PatientInnen bei.

Seit der Inbetriebnahme der Station 2002 wurden zahlreiche Anpassungen vorgenommen. Aufgrund von Rückmeldungen (Patientenzufriedenheitsbefragung 2004/2007) der PatientInnen wurde zum Beispiel das Gesprächsangebot erhöht oder die Kontinuität des Wochenprogramms verbessert. Zur gezielten Betreuung der PatientInnen hat sich das Pflegepersonal sukzessive Spezialkenntnisse angeeignet. Hierzu zählen etwa Wissen und Fertigkeiten zur Leitung spezialisierter Gruppen (Schlafhygiene, Medikamente, Alkohol, Gedächtnistraining, Walking, NADA-Akupunktur). Ferner wurden somatische Kenntnisse (Infusionstherapie, Notfallmaßnahmen und Reanimation) aufgefrischt und vertieft. Diese Erweiterung der pflegerischen Aufgaben und Kompetenzen wird vom Pflgeteam und von den anderen Berufsgruppen als eine Bereicherung erlebt.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die bisherigen Behandlungserfolge und der kontinuierliche Zustrom der PatientInnen auf die Station deuten eindeutig darauf hin, dass eine Entzugs- und Motivationsstation für alkohol- und medikamentenabhängige PatientInnen ein notwendiges Element in der Behandlungskette ist. Die Entzugs- und Motivationsstation findet mittlerweile einen guten Anklang bei den zuweisenden Instanzen (andere psychiatrische Krankenhäuser oder Hausärzte) und wird von manchen Krankenkassen ausdrücklich empfohlen.

Zur Überprüfung der Auswirkungen der Pflege und Behandlung empfehlen wir systematische Auswertungen (etwa PatientInnenzufriedenheit, Auswirkungen der Motivation über die Hospitalisation hinaus, Abstinenz). Insbesondere empfehlen wir eine Untersuchung über die Rolle der Motivation und Hoffnung als Element im Recovery-Konzept.

Literatur

1. SFA (a), Alkoholkonsum in der Schweiz. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Ohne Jahresangabe. Lausanne, Schweiz.
2. SFA (b), Medikamente: Folgen des Medikamentengebrauchs. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Ohne Jahresangabe. Lausanne, Schweiz.
3. Binder M, Frauenfelder F (2006) Pflegerisches Stationskonzept der Station 70A. Rheinau: Klinik für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatriezentrum Rheinau, Schweiz
4. Frauenfelder F, Koller K (2008) Evaluation des Interdisziplinären Behandlungsprozesses in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rheinau. PrInternet, 2008(4):207-213
5. Quello S., Brady K, Sonne S (2005) Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. Sci Pract Perspect 3(1):13-21
6. Rabenschlag F, Needham I (in Vorbereitung) Recovery. In: Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber
7. Knuf A (2008) Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. Kerbe, 2008(1): 8-11
8. Resnick S, et al. (2005) An empirical conceptualization of the recovery orientation. Schizophr Res 75(1):119-128

Recovery und seine Bedeutung für die psychiatrische Pflege

Anna Eisold, Michael Schulz, Doris Bredthauer

Die vorliegende Studie beschäftigt sich, ausgehend von dem Konzept Recovery mit dem Phänomen der Hoffnung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hoffnung wird dabei als eine Voraussetzung von Recovery gesehen.

Die vorliegende Untersuchung basiert zum einen auf einer systematischen Literaturrecherche über die Bedeutung von Hoffnung für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen. Innerhalb der systematischen Literaturrecherche (PubMed, CINAHL und EBM-R) sind Studien zur individuellen Bedeutung von Hoffnung und zu hoffnungsfördernden pflegerischen Interventionen recherchiert worden.

Zum anderen basiert die vorliegende Untersuchung auf einer eigens durchgeführten Gruppendiskussion (Fokusgruppe) mit einer Selbsthilfegruppe für Psychiatrie-Erfarene. Anhand der Diskussion sollte die Bedeutung von Hoffnung für diese Zielgruppe identifiziert werden. Die zehn Teilnehmer der Fokusgruppendifkussion, die sich in der Vergangenheit aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung befanden, sind zu deren persönlichen Bedeutung von Hoffnung, sowie zu deren eigenen Erfahrungen von hoffnungsfördernden und -hemmenden Interventionen befragt worden. Darüber hinaus sind positive und negative Einflussfaktoren von Hoffnung diskutiert worden. Die Auswertung der per Tonband aufgezeichneten Daten wurde in Anlehnung an die qualitative zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt.

Die Ergebnisse der eigenen Forschung zeigen, dass Hoffnung von den Diskussionsteilnehmern als ein elementarer, emotionaler Faktor für die Genesung angesehen wird, den es professionell zu fördern gelte. Aus den Aussagen der Fokusgruppenteilnehmern wurden Empfehlungen für praktische pflegerische Interventionen abgeleitet. Interventionsansätze sind die Aufklärungs- und Informationsarbeit gegenüber Betroffenen, ihren Angehörigen, Bezugspersonen und der Gesellschaft, sowie ein menschlicher, nicht bevormundender Umgang zwischen Professionellen und Betroffenen. Diese und weitere Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion werden exemplarisch mit zwei bestehenden

pflegerischen Theorien in Beziehung gesetzt und diskutiert. Zum Abschluss der Arbeit werden Konsequenzen für die pflegerische Praxis aufgezeigt, sowie in wie weit weiterer Forschungsbedarf besteht.

Literaturüberblick

In den letzten Jahren gewinnt das aus den USA stammende Recovery-Konzept in Europa an Bedeutung. Der Begriff Recovery, der ursprünglich aus dem Bereich der somatischen Medizin stammt, wird zunehmend im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen verwendet. Hoffnung wird innerhalb des Recovery-Konzeptes und von Vertretern der Recovery-Bewegung als zentraler interner Faktor für den Beginn des Genesungs- bzw. Recovery-Prozesses angesehen [1; 2; 3].

Patricia Deegan, die selbst psychiatrielerfahren ist, betont zudem die Bedeutung von Hoffnung für die Praxis der Professionellen. Ein übergroßes Maß an Fremdbestimmtheit wirke sich kontraproduktiv auf die Hoffnung und die Genesung der Betroffenen aus. Sie betont, dass sich Professionelle der Bedeutung von Hoffnung bewusst sein und danach handeln müssen [4].

Hoffnung

Es ist zunächst festzustellen, dass Hoffnung im deutschen Sprachraum mit Zuversicht, Zutrauen, Vertrauen und Optimismus in Verbindung gebracht wird [5]. Hoffnung kann darüber hinaus als reiner Akt, als ein Affekt mit lustbesetzter Erwartung oder als ein erhofftes Ziel verstanden werden.

Der International Council of Nurses ordnet das Phänomen Hoffnung innerhalb seiner Klassifikation dem *Fokus der pflegerischen Praxis* zu [6]. Hoffnung als emotionaler Grund für ein bestimmtes Handeln von Menschen befindet sich demnach innerhalb der ICNP im Fokus der Pflege.

Pflegerische Konzepte von Hoffnung betonen die optimistische Zukunftsorientierung, sowie die Unterscheidung zwischen dem objektbezogenen Hoffen, das mit einem konkreten, realistischen Ziel verbunden ist und einem unspezifischen, positiven Hoffungsgefühl [7; 8; 9]. Hoffnung wird als multidimensional, individuell und als ein Prozess beschrieben. Gerade diese Vielfältigkeit von Hoffnung mache es schwer, sie zu definieren [10]. Hoffnung würde zusätzlich durch Erfahrungen und Spiritualität geprägt [8].

Pflegende sind aufgrund ihrer einzigartigen Position, in der sie mit Patienten und Familienangehörigen interagieren, prädestiniert dafür, Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit einzuschätzen und den individuellen Hoffnungsprozess durch Interventionen zu unterstützen [11]. Hoffnung wird daher in der Pflegewissenschaft als essentielles Konzept für Pflegende gesehen und die Notwendigkeit weiterer Hoffnungsstudien mit Hilfe verschiedener Forschungsansätzen betont. Für die Praxis ist es wichtig, hoffnungsfördernde Interventionen zu liefern. Bisher fokussieren nur wenige empirische Arbeiten Hoffnung als pflegerisches Konzept, sowie den Zusammenhang von Hoffnung und der Erkrankung der Schizophrenie [11; 12].

Hoffnung bei psychischen Erkrankungen

Hoffnung wird grundsätzlich als ein positiver Faktor im Leben von Menschen mit einer Schizophrenie angesehen [12]. Ebenso im Leben der Bezugspersonen und der Professionellen. Die Multidimensionalität von Hoffnung ermöglicht Pflegenden auf vielfältige Weise, Hoffnung zu fördern [10; 12]. Der Präsenz von Hoffnung in den hoffnungsinspirierenden Subjekten (z.B. den Pflegenden) wird dabei eine hohe Bedeutung beigemessen [13; 14]. Die Unterscheidung von objektbezogener und genereller Hoffnung zu kennen ist für die praktische Pflege als ebenso wichtig angesehen, um Interventionen danach ausrichten zu können [8; 10]. In den recherchierten empirischen Studien zum Thema Hoffnung bei psychischen Erkrankungen aus der Sicht der Betroffenen wird deutlich, dass das Erkennen der Sinnhaftigkeit, Bedeutung und Verstehen von psychischen Erkrankungen Hoffnung geben kann [15; 16; 17].

Ein weiterer Schwerpunkt, der sich in den gesichteten Studien findet, ist der Aufbau, aber auch das Aufrecht erhalten von Beziehungen, damit verbunden die soziale Integration und der Stellenwert innerhalb einer Gemeinschaft (zum Beispiel durch Berufstätigkeit). Innerhalb dieses Aspektes spielt die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen eine große Rolle, da sie als Barriere der sozialen Integration gelten kann und von vielen Betroffenen auch als solche erkannt und benannt wird. Die genannte Stigmatisierung gilt gleichzeitig als große Barriere von Hoffnung [16].

Erfolgsenerlebnisse zu erfahren und dadurch Selbstvertrauen entwickeln zu können ist ein weiterer Schwerpunkt in der Hoffnungsförderung aus Sicht Betrof-

ferner Hierbei ist es wichtig, individuelle, realistische Ziele zu stecken und den Betroffenen Verantwortung für sich selbst und für eigene Entscheidungen zu übertragen [15; 18].

Methodik

Für die eigene Forschung im Rahmen dieser Arbeit ist ein qualitativer Forschungsansatz gewählt worden, da die Ermittlung und Bewertung der subjektiven Erfahrungen von Menschen im Vordergrund stehen. Auf der Grundlage individueller Erfahrungen sollten hoffnungsfördernde und hoffnungshemmende Faktoren und Situationen, sowie die individuelle Bedeutung von Hoffnung während eines stationären Aufenthaltes identifiziert werden. Zur Erhebung der Daten ist die Methode der Fokusgruppendifkussion gewählt worden. Sie gilt als eine Methode der qualitativen Forschung, die anhand einer Gruppeninteraktion zu einem vom Forscher vorgegebenem Thema Daten gewinnt.

Zur Strukturierung und Nachvollziehbarkeit der Diskussion wurde im Vorfeld ein Diskussionsleitfaden erstellt, dem die Forschungsfragen dieser Arbeit, sowie die vorangegangene Literatursichtung zugrunde gelegt wurden.

Die Stichprobe

Für die Teilnahme an der Diskussionsrunde wurden zwei Ausschlusskriterien festgelegt: Das erste Kriterium für den Ausschluss war die zeitgleiche stationäre Behandlung. Eine akute Erkrankung hätte den ethischen Grundsätzen dieser Forschung widersprochen. Das zweite Ausschlusskriterium war die Minderjährigkeit eines Teilnehmers, da in diesem Fall eine qualifizierte Einverständnis zur Diskussion rechtlich nicht möglich gewesen wäre.

10 Personen einer Selbsthilfegruppe für Psychiatrie-Erfahrene in Großraum Frankfurt/Main nahmen im März 2008 an der Diskussion teil. Vor der eigentlichen Diskussion wurden die Teilnehmer über die Inhalte und Absichten der Diskussion aufgeklärt um ein informiertes Einverständnis zur Teilnahme geben zu können.

Das einstündige Gespräch wurde mittels eines digitalen Audioaufnahmegeätes aufgezeichnet. Die so gewonnenen Daten konnten transkribiert und in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden. Die Analysemethode wurde gewählt, da inhaltlich thematische

Gesichtspunkte der Diskussion im Vordergrund standen.

Ergebnisse

Oberkategorie 1: Bedeutung von Hoffnung

Hoffnung wird von den Diskussionsteilnehmern als elementar, als ein Grundantrieb und als ein wesentlicher Teil der Behandlung beschrieben. Dies bestätigt Aussagen der theoretischen Literatur innerhalb derer Hoffnung als essenziell für jeden Menschen, besonders aber bei der Genesung von psychischen Erkrankungen bezeichnet wird [4, 10].

„Ah ja natürlich ohne Hoffnung funktioniert ja gar nichts mehr. Wenn wir die Hoffnung nicht hätten, dass wir noch ein lebenswertes Leben hätten dann würden wir nicht hier sitzen, dann wären wir noch (,) in der Klinik.“ (*Teilnehmer 5, Aussage Nr. 1*)

Die Multidimensionalität von Hoffnung wird ebenfalls anhand der Diskussionsergebnisse deutlich. Hoffnung ist den Diskussionsteilnehmern zufolge ein subjektives Empfinden, weshalb sie schwer greifbar und definierbar sei. Neben den Eigenschaften und der Multidimensionalität von Hoffnung und ihrer positiven Konnotation wurde von den Diskussionsteilnehmern bemerkt, dass Hoffnung ein Prozess sei, der oftmals unbewusst ablaufe. Hier findet sich eine Parallele zur Beschreibung der unbewussten Hoffnung nach Fromm [19]. Zusätzlich wurde innerhalb der Diskussion die Differenzierung zwischen spezifischer und genereller Hoffnung deutlich [8; 9; 20].

Oberkategorie 2: Einflussfaktoren von Hoffnung

Die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion verdeutlichen die Vielfältigkeit der Einflussfaktoren von Hoffnung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hier finden sich deutliche Parallelen zu den gesichteten englischsprachigen Studien. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hoffnungsbeeinflussende Faktoren durch pflegerische Interventionen unterstützt bzw. vermieden werden können. Als wichtigste Interventionen dabei können die Aufklärung und Information von Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen, die Förderung von Erfolgserlebnissen, sowie dem Selbstvertrauen der Betroffenen, die Stärkung von Beziehungen und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen angesehen werden.

„Also meine Eltern haben es kapiert, nachdem ich ihnen quasi so ein Buch aufgezwungen habe (...) ich glaube, die waren dann auch ein bisschen erleichtert, dass das Ganze, ja, einen Namen hat, eine Schublade, wo man sagen kann: „Das ist es jetzt!“ Weil sie vorher völlig hilflos waren ...“ (Teilnehmer 9; Aussage Nr. 167)

Oberkategorie 3: Hoffnungsfördernde Interventionen

Anhand der Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer lassen sich direkte pflegerische Interventionen ableiten. Sie basieren auf praktischen Erfahrungen der Diskussionsteilnehmer oder wurden als direkter Wunsch an Professionelle formuliert. Hoffnung wurde in der Diskussion als ein Teil der stationären Behandlung geschildert. Hoffnung auf eine Genesung zu geben spielt dabei eine vorderrangige Rolle. Um diese Hoffnung und Perspektiven geben zu können, ist es notwendig, dass Pflegende sich selbst bewusst sind, dass die Genesung von der Erkrankung möglich ist.

„Also jetzt nicht nur irgendwelche Symptome zu bekämpfen, sondern einfach über das Stichwort Hoffnung aus dieser Perspektivlosigkeit wieder raus zu kommen. Sprich: Hoffnung wieder erfahrbar zu machen. Das es eben auch anders geht oder das es wieder besser geht. Das erfordert viel Energie vom Pflege- und Betreuungspersonal“ (Teilnehmer 2; Aussage Nr. 3)

Sie müssen Hoffnung in sich tragen um diese stellvertretend für Betroffene, aber auch für Angehörige und Freunde übernehmen zu können [21; 22; 23].

Als hoffnungsfördernd wurde ein menschlicher, ehrlicher Umgang von Professionellen mit Betroffenen beschrieben, auch über die Grenzen der stationären Behandlung hinaus.

Begleitende Pflege-theorien

Das psychodynamische Pflegemodell nach Peplau [24], sowie das Gezeitenmodell von Barker und Buchanan-Barker [25; 26] wurden herangezogen, um die Ergebnisse der eigenen Forschung mit bereits bestehenden Pflege-theorien zu vergleichen. Beide Theorien kommen aus dem Fachbereich der psychiatrischen Pflege. Sie beschäftigen sich mit der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten.

Peplau beschreibt die therapeutische Beziehung als einen Prozess, der in vier,

sich überschneidenden Phasen, abläuft: *Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung*. Betroffenen soll innerhalb der einzelnen Phasen die Möglichkeit gegeben werden, sich selbst kennen zu lernen und ihr Leben durch die Ausnutzung eigener Fähigkeiten optimal zu gestalten. Beide Seiten, Professionelle und Betroffene, entwickelten sich innerhalb dieses Prozesses weiter und könnten an der Begegnung wachsen. Dies entspricht einem der Hauptmerkmale des Recovery Konzeptes: Die Neudefinition der Identität innerhalb des Genesungsprozesses bzw. das Wachsen an der Erkrankung [3; 27]

Das Gezeitenmodell basiert auf der Annahme, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Form der Hilfe benötigen, die die individuelle Entwicklung, das reflektierte Bewusstsein und eine differenzierte „Erziehung“ beinhaltet. Gleichzeitig wird ebenfalls davon ausgegangen, dass Pflegende, die nicht selbst eine bestimmte Entwicklungsebene erreicht haben, auch nicht in der Lage sind andere Menschen auf ihrem Weg zu unterstützen [25]. Die philosophischen Schlüsselannahmen des Gezeitenmodells beinhalten 10 „Tidal-Verpflichtungen“ und die damit verbundenen 20 „Tidal-Befähigungen“. Sie verbinden das Modell mit der direkten pflegerischen Praxis und geben Handlungsanweisungen (Verpflichtungen) für Pflegende. Die 10 Tidal-Verpflichtungen und Befähigungen beinhalten viele Aspekte, Handlungsanweisungen und pflegerische Kompetenzen, die innerhalb der Fokusgruppendiskussion als hoffnungsfördernd angesehen wurden.

Peplau und Barker bieten für Pflegende verständliche und praktikable Theorien. So soll die Beziehung innerhalb der psychiatrischen Pflege im Mittelpunkt stehen. Das psychodynamische Pflegemodell und das Gezeitenmodell dienen als Anleitung des Prozesses einer professionellen Beziehung zwischen Pflegenden und Betroffenen, gleichzeitig tragen sie dazu bei, Hoffnung zu fördern.

Diskussion der Ergebnisse

Der innerhalb der Recovery-Bewegung so häufig geforderte Paradigmenwechsel besteht in einer veränderten Einstellung und Haltung zur möglichen Genesung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Recovery scheint mehr von menschlichen Werten und einem Glauben als von wissenschaftlicher Forschung beeinflusst zu sein [26] Die direkte Beseitigung der Perspektivlosigkeit von psychischen Erkrankungen, ein menschlicher Umgang zwischen Betroffene-

nen und Professionellen, sowie die Einbeziehung der Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen spielen bei Recovery eine übergeordnete Rolle. Diese Aspekte wurden von den Fokusgruppenteilnehmern wiederum als hoffnungsfördernd beschrieben. Professionelle müssen sich ebenso wie Betroffene selbst mit der Möglichkeit und der Perspektive auseinandersetzen, dass Betroffene nicht ihr Leben lang krank sein werden und unter Umständen an einem „normalen“ Leben in der Gesellschaft teilnehmen können. Demnach ist nicht nur bei Professionellen, Betroffenen, ihren Angehörigen und Bezugspersonen ein Umdenken nötig, sondern in der gesamten Gesellschaft. Die Psychiatrie-Enquete aus den 1970er Jahren, die der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegenwirken sollte, konnte für die Gruppe der Betroffenen sicherlich etwas bewirken, das Problem der Ausgrenzung jedoch nicht lösen. Dies hat vermutlich auch etwas mit der auch innerhalb der Fokusgruppendifkussion betonten fehlenden Aufklärung der Gesellschaft zu tun. Hier müssen Professionelle mit gutem Beispiel voran gehen und sich Fragen und Ängsten stellen. Dies beginnt im näheren Bekannten- und Freundeskreis und endet im direkten Kontakt mit den zu betreuenden Patienten und ihren Nächsten [28].

Kelly & Gamble [3] merken an, dass noch große Differenzen zwischen den (Behandlungs-) Zielen der Professionellen und denen der Betroffenen bestehen. Betroffene forderten Entscheidungsfreiheit, Zugangsmöglichkeiten, anwaltliche Vertretung, Berufstätigkeit und Selbsthilfe, Professionelle und Behandlungsinstitutionen hielten hingegen häufig noch an traditionellen Ansätzen fest, in denen die medikamentöse Behandlung, die Überwachung und Strukturierung der Betroffenen im Vordergrund stünde. Um diesen Differenzen entgegenzuwirken, muss von Pflegenden eine verstärkte Kommunikation mit Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen angestrebt werden. Diese kann in Form des Trialogs geschehen.

Pflegende sollten sich mit den Ängsten und Fragen der Betroffenen, gerade innerhalb der Akutphase einer psychischen Erkrankung auseinander setzen. Für diese Auseinandersetzung bietet sich die Aufstellung einer Behandlungsvereinbarung an [29].

Fazit und Ausblick

Die Forderung nach Perspektivenbildung, Entstigmatisierung und nach aktiver

Einbeziehung der Betroffenen in ihre Behandlung macht deutlich, dass es nicht damit getan ist, bestimmte hoffnungsfördernde Techniken anzuwenden. Es ist viel mehr nötig eine hoffnungsvolle Grundeinstellung bereits während der Ausbildung bei Pflegenden zu fördern. Die Konzepte von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit müssen in Ausbildungscurricula, aber auch in der Gesundheitspolitik verankert werden [30].

Innerhalb der pflegerischen Grundausbildung mangelt es an der umfassenden Wissensvermittlung über psychische Erkrankungen. Gerade in Zeiten, in denen immer wieder die demographischen Entwicklung und eine zunehmende Inzidenz psychischer Erkrankungen diskutiert werden, sollte innerhalb der Ausbildungscurricula ein Schwerpunkt auf die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beschwerden gelegt werden. Dies könnte fachübergreifend anhand der Vermittlung verschiedener (Pflege-) Phänomene wie Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, Angst, Einsamkeit etc. geschehen.

Bedeutung für zukünftige Forschungen

Die Bedeutung von Hoffnung wurde in den englischsprachigen Ländern bereits erkannt und bewiesen [10; 14; 30]. In Deutschland ist es nun notwendig, vorhandene Forschungsergebnisse aufzugreifen und für Betroffene, Bezugspersonen und Pflegenden in Deutschland zu adaptieren. Ein möglicher Schritt in diese Richtung sind deutschsprachige Publikationen über die Bedeutung des Hoffnungs- und Recovery-Konzeptes. In einem weiteren Schritt müssen hoffnungsfördernde und recovery-orientierte Interventionen entwickelt und getestet werden. Es mangelt bisher an publizierten Forschungsergebnissen über Hoffnungsinterventionen, die für praktisch Pflegenden zugreifbar und verständlich sind.

Interessant wäre es im Zusammenhang mit den exemplarisch beschriebenen Pflege-theorien von Peplau und Barker, diese und weitere bestehende Pflege-theorien auf ihre hoffnungsfördernde Wirkung hin zu untersuchen. Anhand von Hoffnungsmessinstrumenten (z.B. Herth Hope Index oder Miller Hope Scale) könnte Hoffnung bei Betroffenen zu Beginn und zum Ende einer Behandlung auf der Grundlage von Pflege-theorien eingeschätzt werden. Auf diese Weise könnten ebenso einzelne pflegerische Interventionen auf ihre

hoffnungsfördernde Wirkung hin getestet und beforscht werden: Hieraus würde eine Evidenzbasierung hoffnungsfördernder Interventionen resultieren.

Literatur

1. Bonney S, Stickley T (2008) Recovery and Mental Health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15:140-153
2. Glover H (2005) Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 4(3):www.auseinet.com/journal/vol4iss3/glovereditorial.pdf (Stand: 07.03.2008)
3. Kelly M, Gamble C (2005) Exploring the Concept of Recovery in Schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:245-251
4. Deegan P (2001) Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19(3):91-98
5. DUDEN, Band 8 (1997) Die sinn- und sachverwandten Wörter. Mannheim:Duden-verlag
6. International Council of Nurses (2003) ICNP - Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Huber
7. Benzein E, Savemann BI (1998) One Step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 35:322-329
8. Farran J, Herth K, Popovich J (1999) Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Konzepte für Pflegeforschung und Praxis. München: Urban & Fischer
9. Stephenson C (1991) The Concept of Hope revisited for Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 16:1456-1461.
10. Miller F (2007) Hope: A Construct Central to Nursing. *Nursing Forum* 42(1):12-19
11. Cutcliffe J, Herth K (2002a) The Concept of Hope in Nursing 1: its Origins, Background and Nature. *British Journal of Nursing* 11(12):832-838
12. Kylmä J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M (2006) Hope and Schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 13:651-664
13. Cutcliffe J, Koehn C (2007a) Hope and interpersonal psychiatric/ mental health nursing: a systematic review of the literature - part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:134-140
14. Cutcliffe J, Koehn C (2007b) Hope and interpersonal psychiatric/ mental health nursing: a systematic review of the literature - part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:141-147
15. Kirkpatrick H, Landeen J, Woodside H, Byrne C (2001) How People with Schizophrenia build their Hope. *Journal of Psychosocial Nursing* 39(1):46-53
16. Mc Cann T (2002) Uncovering Hope with Clients who have Psychotic Illness. *Journal of Holistic Nursing* 20:81-99

17. Perry B, Taylor D, Shaw S (2007) "You've got to have a positive state of mind": An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. *Journal of Mental Health* 16(6):781-793
18. O'Toole M et al. (2004) Treating first episode psychosis – the service users' perspective: a focus group evaluation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11: 319–326
19. Fromm E (1981) *Die Revolution der Hoffnung. Für eine Humanisierung der Technik*. Hamburg: Klett Cott & Ullstein Taschenbuch
20. Dufault K, Martocchio B (1985) Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America* 20(2):379-391
21. Cutcliffe J (2004) The inspiration of hope in bereavement counselling. *Issues in Mental Health Nursing* 25:165-190.
22. Cutcliffe J (2006 a) The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study - part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:598-603.
23. Cutcliffe J (2006 b) The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study - part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:604-610.
24. Peplau H (1995) *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel, Ebertswalde: RECOM
25. Barker P (2003) Das Gezeitenmodell. Entwicklung eines personenzentrierten und bevollmächtigenden Ansatzes psychiatrischer Pflege. *Psychiatrische Pflege Heute* 9:160-167
26. Barker P, Buchanan-Barker P (2008) Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery: Die 10 Tidal Verpflichtungen. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit* 2(1):12-22
27. Amering M, Schmolke M (2007) *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag
28. Hoffmann S(2005) Schizophrenie und Stigma. *Psychiatrische Pflege Heute* 11:212-219
29. Pleininger-Hoffmann M (2007) Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung. In: Schulz M, Abderhalden C. et al.(Hrsg) *Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld Bethel*. Unterostendorf: Ibicura
30. Cutcliffe J, Herth K (2002b) The Concept of Hope in Nursing 2: Hope and Mental Health Nursing. *British Journal of Nursing* 11(13):885-893

„Ich hatte damals ein Durcheinander, wo ich heute Ordnung habe“ Eine qualitative, inhaltsanalytische Untersuchung bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit

Regine Steinauer

Einleitung

Die Abteilung U1 ist eine offene Abteilung des Abhängigkeitsbereichs der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK). Sie bietet neben einem stationären Aufenthalt (dreizehn Betten) auch sechs Tagesplätze und ambulante Nachsorgegruppen an. Im multidisziplinären Team arbeitet seit Anfang 2007 jeweils einen halben Tag pro Woche eine angehende Pflegewissenschaftlerin, welche vom Team oder von Patienten formulierte Fragestellungen bearbeitet. So interessierte das Pfllegeteam der Abteilung U1 die Frage, wie die ehemaligen Patienten ihren Alltag ausserhalb der Klinik gestalten und wie sie mit ihrer Abhängigkeit umgehen. Zwar werden während des Aufenthaltes die teilweise jahrelangen Erfahrungen mit der Abhängigkeit thematisiert, jedoch nicht einheitlich erfasst und dokumentiert. Von vielen Patienten und Patientinnen erfährt man nach dem Austritt nichts über ihre weitere Lebensgestaltung.

Aus zahlreichen Studien [1,2,3] kennt man die Faktoren, welche den Verlauf einer Abhängigkeitsstörung beeinflussen können, das persönliche Erleben sowie die individuellen Erklärungsmuster der Patienten und Patientinnen sind aber kaum untersucht [4]. Diese wurden im Rahmen dieses Projektes in einem Gespräch erfragt und anschliessend inhaltlich ausgewertet. Fokussiert wurden die Fragen: Wie erklären sich Betroffene/Ehemalige ihren (positiven?) Verlauf der Abhängigkeitsstörung? Welche Form der professionellen Unterstützung wird als fördernd empfunden?

Methode

168 ehemalige Patienten und Patientinnen der offenen Abteilung U1 des Abhängigkeitsbereiches der UPK Basel wurden im Sommer 07 schriftlich angefragt, an einem ca. einstündigen Gespräch teilzunehmen. Das anhand eines Leitfadens geführte Gespräch bestand aus offenen Fragen und liess den Teil-

nehmenden somit Freiraum für eigene Themen. 12 Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, 10 direkt nach dem Gespräch niedergeschrieben. Eine Auswertung fand mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring [5] statt und folgte dem nicht theoriegeleiteten, induktiven Ansatz. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, eine schriftliche Einverständniserklärung wurde von allen Patienten und Patientinnen unterschrieben. Die Daten wurden streng vertraulich behandelt, die Aufnahmen nach der Auswertung gelöscht.

Ergebnisse

39 ehemalige Patienten und Patientinnen meldeten sich nach Erhalt des Briefes, 22 Gespräche wurden geführt. Die meisten der 10 Frauen und 12 Männer, welche zwischen 38 und 67 Jahre alt waren, hatten bereits mehrere Klinikaufenthalte hinter sich. Die Hälfte lebt seit dem letzten Aufenthalt, der wenige Wochen bis mehrere Jahre zurückliegt, abstinente. 9 berichteten von einer vorliegenden psychiatrischen Komorbidität, welche den Umgang mit dem Alkohol beeinflusst.

Erklärungen für den Verlauf

Die Antworten auf die Frage „wie erklären sich Betroffene/Ehemalige ihren (positiven) Verlauf der Abhängigkeitsstörung“ bildeten 12 Kategorien (Tabelle 1).

Tabelle 1: Wie erklären sich Betroffene/Ehemalige ihren (positiven?) Verlauf der Abhängigkeitsstörung?

Kategorien FF1	Anzahl Nennungen	Anzahl Personen	Gender (10w/12m)
Lernprozess	63	18	9 w/ 9m
Wunsch/Ziel	37	16	7w/ 9m
Familie/Freunde	34	16	8w/ 8m
Selbstvertrauen	35	15	6w/ 9m
Arbeit/Beschäftigung	25	15	7w/ 8m
Gesundheit	18	15	8w/ 7m
Leidensdruck	19	10	4w/ 6m
Bewegung	9	8	3w / 5m
Verträglichkeit	9	8	6w/ 2m
Medikamente	8	7	3w/ 4m
Wissen	8	7	1w / 6m
Schuldgefühle	6	6	5w/ 1m

1. Lernprozess, Zeit:

18 der 22 Befragten erwähnen mehrmals, dass die Abhängigkeit sich im Verlaufe der Zeit wandle, dass sich Verhaltensweisen, Einstellungen und Gefühle verändern: *„es ist ein Reifungsprozess. Von Aufenthalt zu Aufenthalt wird es anders.“* oder *„es ist ein Umdenken, ich funktioniere nicht mit Alkohol, es kommt nicht gut raus“*.

Diese Veränderungen finden schrittweise statt. Positive und negative Erlebnisse bieten die Möglichkeit, sich weiter zu entwickeln, zu lernen. *„Ich hatte damals ein Durcheinander, wo ich heute Ordnung habe“*. Mehrere erwähnen dabei, dass noch weitere Erfahrungen nötig sind, um eine bleibende Veränderung im Umgang mit der Abhängigkeit zu erreichen.

2. Wunsch- und Zielformulierung

mehr als 2/3 der ehemaligen Patienten und Patientinnen erklären sich den positiven Verlauf ihrer Abhängigkeitsstörung mit dem klaren Formulieren von Wünschen, einem expliziten Erwähnen des Willens bzw. der Ratio. *„ich will einfach nicht mehr so leben“* oder *„ich möchte einfach nicht mehr soweit kommen, dass ich in die Klinik muss“*. Auch eine bewusste Entscheidung, ein *„Ja zum Leben“* (und somit gegen das Sterben) hat bei einigen den Prozess beeinflusst.

3. Familie/Freunde

Ebenfalls mehr als 2/3 der Befragten nennen als wichtigen Faktor zur Stabilisierung zwischenmenschliche Beziehungen. Dabei spielt die Funktion der Menschen (ob Familie, Freunde oder Nachbarn) nur eine unbedeutende Rolle. *„ich kenne viele Leute im Quartier und habe auch im Haus viel Unterstützung“*. In dieser Kategorie nicht berücksichtigt werden dabei die Beziehungen zu professionellen Helfern.

4. Selbstvertrauen

15 Ehemalige betonen, dass die Einstellung gegenüber der eigenen Person sowie die persönliche Selbstsicherheit entscheidend sind im Umgang mit der Abhängigkeit. Ohne eine innere Sicherheit, ein Selbstvertrauen sind Veränderungen kaum möglich. Dieses Selbstvertrauen beruht meist auf positiven Erfahrungen, erreichten Zielen im Umgang mit der Abhängigkeit. *„ich bin zufriede-*

den, nicht wirklich glücklich, aber zufrieden“ oder „Ich weiss jetzt, dass ich es schaffe“

5. Arbeit/Beschäftigung

Deutlich mehr als die Hälfte der ehemaligen Patienten und Patientinnen nennen eine planmässige Beschäftigung, eine geregelte Tagesstruktur oder eine bezahlte Arbeit als hilfreich. Aussagen wie *„action bringt satisfaction“* oder *„ich habe zum Glück wieder eine Arbeitsstelle gefunden“* spiegeln dies wieder.

6. Gesundheit

15 Personen erwähnen den körperlichen Zustand, exakte medizinische Befunde sowie die subjektive Körperwahrnehmung als wichtige Faktoren im Prozess aus der Abhängigkeit. *„ich habe vor zwei Wochen ein Bier getrunken, aber es hat mir weh gemacht, obwohl meine Werte gut sind“*. Dabei werden hauptsächlich die Leberwerte angesprochen, welche für viele konkret mit Zahlen benannt werden können. Auch psychische Befindlichkeiten im Zusammenhang mit der Abhängigkeit werden mehrfach angeführt.

Professionelle Unterstützung

Die Antworten auf die Frage „welche Form der professionellen Unterstützung haben sie als fördernd empfunden?“ liefert 7 Kategorien (Tabelle 2):

Tabelle 2: Welche Form der professionellen Unterstützung wird als fördernd empfunden?

Kategorien FF1	Anzahl Nennungen	Anzahl Personen	Gender (10w/12m)
Externe Betreuung	17	10	5w/ 5m
Abteilungsstruktur	11	9	3w/ 6m
Gespräche mit Fachpersonal	11	9	3w/ 6m
Haltung	11	8	2w/ 6m
Interne Nachbetreuung	8	7	4w/ 3m
Druck	7	7	4w/ 3m
Zeit, Ruhe	4	3	3w/ 0m

1. Externe Betreuung

Knapp die Hälfte der Befragten erwähnt die Wichtigkeit einer weiterführenden Therapie auch nach einem stationären Aufenthalt. Therapie ist dabei aber im

weiteren Sinne zu verstehen, so fällt der regelmäßige Austausch in einer Selbsthilfegruppe, Gruppensitzungen wie auch Einzelgespräche bei einem Psychotherapeuten in diese Kategorie. *„ich war auch bei den AA in den Gruppen, das ist wie eine Familie“*

2. Abteilungsstruktur

9 Ehemalige berichten von der positiven Wirkung der geregelten Abteilungsstruktur, dem Behandlungs- und Therapieangebot in den UPK. *„der Aufbau der Abteilungsstruktur mit morgens aufstehen, Morgenrunde, Therapie, Kochen etc., das hat mir geholfen“*

3. Gespräche mit Fachpersonal

Knapp die Hälfte berichten, dass sie Gespräche mit Fachpersonal auf der Abteilung als hilfreich empfunden haben. *„rückblickend bin ich schon froh um die intensive Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit“*. Dabei sind aber nicht nur die Antworten, sondern auch das Zuhören des Fachpersonals mehrmals positiv erwähnt.

4. Haltung des Fachpersonals

Als Wesentlich für eine Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit wird die Haltung des Fachpersonals angesehen. Akzeptanz, Verständnis, Geduld und wohlwollende Haltung wird seitens der Ehemaligen gewünscht. *„vor allem die Haltung der Pflegenden hat mir gefallen“* oder *„dann wurde einem seitens des Personals mit Respekt und Würde begegnet.“*

5. Interne Nachbetreuung UPK

Die interne Nachbetreuung in Form der Ambulanten Trainingsgruppe oder auch in Einzelgesprächen mit ehemaligen Bezugspersonen wird geschätzt. *„und jetzt komme ich jeden Montag zum Gespräch hierher. Das würde ich empfehlen“*

6. Druck

Berichtet wird von einer negativen Einstellung gegenüber Druck und Zwang. Es wird keine subjektive, pos. Veränderung unter Anwendung von Druck erlebt. *„es ist für mich immer so, wenn ich es nicht muss, dann geht es besser. Wenn ich etwas kann,...nicht muss“*. Allerdings wird von einzelnen auch die gegenteilige Meinung vertreten *„etwas mehr Druck... weil wenn sie dann in der Ergo sind, dann macht es ihnen ja schon Spaß.“*

7. Zeit, Ruhe

3 Ehemalige berichten von der positiven Wirkung der Ruhe auf der Abteilung und der freien Zeit ohne Alltagsverpflichtungen. *„ich konnte mal loslassen, zur Ruhe kommen“*

Diskussion

Fast alle der Befragten bezeichnen ihre Abhängigkeitsstörung und den Umgang damit als Lernprozess. Dass dabei Familie und Freunde, eine realistische, individuelle Zielformulierung und ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten eine wichtige Rolle spielen, erstaunt nicht. So finden auch Orford et al. [6] in ihrer qualitativen Untersuchung die Kategorien „thinking differently“ – entspricht in etwa den hier vorliegenden Kategorien Ziel/Wunsch und auch Selbstvertrauen - , „acting differently“ – vergleichbar mit der Kategorie Lernprozess - und „family and friends support“ – hier Freunde, Familie - als wichtige Elemente im Veränderungsmodell bei Alkoholkranken Menschen. Diese Aspekte erinnern an die Auseinandersetzung mit einer chronischen Krankheit. Nun wird aber die Abhängigkeit im klinischen Alltag nach wie vor oft wie eine akute Erkrankung behandelt. Im Vordergrund steht der körperliche Entzug, gefolgt von einer kurzen Rehabilitation. Eine langjährige ambulante Anbindung an eine Klinik gibt es kaum. Vergleicht man mit anderen typischen chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes und Asthma, stellt man fest, dass sich die Zahlen ein Jahr nach einer Behandlung kaum unterscheiden [7]: So müssen bei allen der erwähnten chronischen Krankheiten zwischen 30 bis 70% der Betroffenen infolge mangelnder Adherence nach einem Jahr wieder zusätzliche medizinische Betreuung aufsuchen, um die Symptome zu lindern.

Was heisst nun diese Erkenntnis für den Alltag auf einer Abteilung, welche mit Abhängigen arbeitet?

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management von Vincenzi & Spirig [8] zeigt, wie Gesundheitsüberzeugungen, Bedürfnisse der Patienten, Unterstützung durch dritte und weitere Faktoren miteinander verknüpft sind. Es hilft, ein vertieftes Verständnis darüber zu erhalten, wie Patienten ihre chronische Krankheit erleben. Nur Pflegeinterventionen, welche auf die individuelle Situation und das Umfeld ausgerichtet sind, machen Sinn. Die Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt der Behandlung. Dies hat

auch das vorliegende Projekt deutlich gezeigt. Das Annehmen der Abhängigkeit als chronische Krankheit stellt dabei ein wichtiges Therapieziel dar. Der individuelle Lernprozess kann nur zu einem Teil in stationärer Therapie abgeschlossen werden. So messen mehr als die Hälfte der Befragten den externen Therapien große Bedeutung zu. Über die Rolle der Haltung der Professionellen sowie der förderlichen Abteilungsstrukturen kann vorerst nur spekuliert werden, eine längere ambulante Anbindung (z.B. vergleichbar mit einer Diabetes Sprechstunde) wäre aber durchaus auch für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu empfehlen.

Im vorliegenden Projekt hat sich zudem gezeigt, dass die Implementierung von PflegewissenschaftlerInnen in die Praxis systematisch gefördert werden sollte. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der vorliegenden Fragestellung und auch anderen offenen Fragen ist im Pflegealltag einer Abteilung kaum möglich. Viele interessante Aspekte bleiben unberücksichtigt. Eine Reservierung von 10 oder 20% im Stellenplan einer Abteilung bietet Möglichkeiten, den oben erwähnten Fragestellungen weiter nach zu forschen.

Literatur

1. Zywiak W, Stout R, Longabaugh R, Dyck I, Connors G, Maisto S (2006) Relapse-onset factors in Project MATCH: the relapse questionnaire. *Journal of substance abuse treatment* 31:341-345
2. Walter M, Gerhard U, Duersteler-McFarland K, Weijers H, Boening J, Wiesbeck G (2006). Social factors but not stress coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology* 54:100-106
3. Weisner C, Ray T, Mertens J, Satre D, Moore C (2003) Short term alcohol and drug treatment outcomes predict long term outcome. *Drug and alcohol dependence*. 71:281-294
4. Wetterling T, Krömer-Obrisch T, Löw R, Schneider U (2001) Befragung von Alkoholkranken zum Thema Sucht. *Psychiatr Praxis* 28:388–392
5. Mayring P (2000) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8 Aufl). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
6. Orford J, Hodgson R, Copello A, John B, Smith M, Black R, Fryer K, Handforth L, Alwyn T, Kerr C, Thistlewaite G, Slegg G (2006) The clients perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow up interviews in the UK Alcohol treatment Trial. *Addiction* 101:60-68
7. McLellan AT, Lewis D, oBrien C, Kleber H (2000) Drug Dependence, a chronic medical illness *JAMA* 13:1689-1696

8. Vincenzi Ch, Spirig R (2006) Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt.
Managed care 8:12-14

Selbstpflegekompetenzentwicklung bei älteren Personen im Setting am Modellprojekt „MENSANA“-Gesundheits- und Sozialsprengel Hall i.T.

Rita Mair

Problemstellung

Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel die Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt über die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Ansatzpunkte sind einzelne Personen oder Gruppen, die befähigt werden sollen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen oder die sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen zu verbessern [6].

Gesundheitspflege beinhaltet Selbstpflege, d.h., dass die Maximen des Handelns mit dem Patienten bzw. Klienten stets auch auf die Pflegeperson selbst zu beziehen sind. Frank Weidner betont diesen Zusammenhang als Ergebnis einer empirischen Studie zu diesem Thema: Der gesellschaftliche Anspruch an die Pflegeberufe, Patienten stärker zu gesundheitsförderndem Verhalten zu veranlassen, muss mit der Förderung der Gesundheit der Pflegepraktiker in Übereinstimmung gebracht werden [13]. Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG § 14 [1], wird die Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, aus Sicht der Autorin, im Pflegeprozess noch unzureichend im Pflegealltag umgesetzt [5]. Die Gesundheitsberatung in der Pflege kann derzeit von den Pflegepersonen noch nicht angemessen im Sinne von „gleichwertigen Handlungsfeldern“ in der Gesundheits- und Krankenpflege betrachtet werden.

In der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson entstehen immer wieder neue Lernfelder. Die Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberatung in der Pflege konnten im Modellprojekt „mensana“ gemeinsam mit den Teilnehmern im Unterricht praxisnahe bearbeitet werden. Schüler haben die Möglichkeit mit älteren Personen in Beziehung zu treten und die Lehr- und Lerninhalte in Gesundheitserziehung und Gesund-

heitsförderung im Rahmen der Pflege gemeinsam zu bearbeiten. Sowohl die Unterrichts- und Lernmethoden im Alter als auch der Austausch von Erfahrungswissen wirken sich auf die Kompetenzentwicklung der Lernenden aus. In der theoretischen und praktischen Ausbildung werden die Pflegediagnosen nach NANDA-Taxonomie II vermittelt und angewandt [2, 16].

Ziele

Gesundheitsförderung ist eine praxisorientierte Strategie und sollte dort ansetzen, wo Menschen leben, arbeiten, lernen, spielen und Gesundheitsversorgung erhalten. Aus diesem Anlass hat die WHO die Arbeit immer mehr auf diesen Setting-Ansatz hin ausgerichtet [11]. In der Entwicklung von handlungsrelevanten und gesellschaftlichen Prozessen ist die Gesundheitsförderung noch eine junge Disziplin. Sich ergänzende Methoden zur Befähigung zu lebenslangem Lernen, gesundheitsgerechter Gestaltung von politischen Entscheidungen, gesundheitsbezogener Bildung sowie die Aneignung sozialer Kompetenzen sind dabei wichtige Bestandteile. Die Grundlagen zur Ausrichtung finden sich in der „Ottawa Charta“, die verschiedene Ebenen beschreibt [14]. Die Möglichkeiten für die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Empowerment und Partizipation im Alltag umzusetzen sind sehr vielfältig. Gemeinsam mit dem Patienten, mit der Familie oder im Setting in der Kommune oder im Betrieb werden Ziele formuliert, mögliche Pflegemaßnahmen (ggf. in Form von Information, Anleitung und Beratung) sowie Gesundheitsressourcen definiert und im Pflege- oder Gesundheitsprozess umgesetzt sowie evaluiert. Sowohl die Projektteilnehmer als auch die Schüler konnten im individuellen Lernprozess unterschiedliche Ziele verfolgen.

Methode

In der vorliegenden Arbeit wurde als Methode ein Querschnittsdesign gewählt, um den Ist-Stand der Selbsteinschätzung zur Selbstpflegekompetenz zu erheben und die Ergebnisse zu vergleichen [15]. Hierzu wurde die ASA-Skala nach Evers et al. mit 24 Items verwendet, um die „Selbstpflegekompetenz“ zu messen [3]. Die schriftliche Befragung (am 25.10.2006) war für alle Personen freiwillig und setzte das selbständige Ausfüllen des Fragebogens voraus. Es wurden 45 Minuten eingeplant und für eventuelle Fragen zum Verständnis der

Items bzw. für zwei offene Fragen (zum Projekt und zu Gesundheitsförderung) stand eine Person (Schüler) pro Teilnehmer zur Verfügung.

Die Berechnung der Daten wurden mit dem Statistikprogramm 12.0 (SPSS Inc.) durchgeführt. In die statistische Auswertung konnten 49 Fragebögen mit einbezogen werden, davon 19 von der „mensana“ Gruppe, 15 von der Sonderausbildung Psychiatrie und 15 von der speziellen Grundausbildung Psychiatrie. Anregungen zur Gesundheitsförderung und zum Projekt wurden in der Projektplanung berücksichtigt.

Im Projektmanagement werden die Prinzipien von Jendrosch „Projektmanagement Prozessbegleitung in der Pflege“ von den Schülern berücksichtigt [8]. Projektmanagement und -dokumentation wurde von einer Mitarbeiterin, in Absprache mit den Projektpartnern, im Gesundheits- und Sozialsprengel durchgeführt.

Die Themen zur Gesundheitsförderung im Alltag werden nach der Erhebung zu den zehn Hauptkomponenten (nach D. Orem) erfasst und je nach Anzahl der Nennungen (Häufigkeit) gereiht und in Absprache mit der Projektleitung geplant [3, 13]. Die Unterrichtsvorbereitung beinhaltet Themenschwerpunkte, Ziele, Methoden und Materialien. Ebenso sind in der Planungsübersicht die Wissensvermittlung, Haltung und Einstellungen sowie praktische Fertigkeiten und die Reflexion in der Gruppe berücksichtigt.

Die Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung von Arnold und Lermen aus „eLearning-Didaktik“ dienen als wichtige Impulse, um Menschen in der Kompetenzentwicklung im Sinne eines nachhaltigen und signifikanten Lernens zu begleiten. Reinmann spricht von den exemplarischen Phänomenen wie Neugier, Flow und Vertrauen, welche bei der Gestaltung von E-Learning berücksichtigt werden [1]. Wie kann der Lehrende E-Learning „emotional gestalten“? Diese Ansätze kommen auch im „mensana“ Raum zur Anwendung.

Ergebnisse

Selbstpflegekompetenz ist ein komplexer und somit umfassender Begriff. Orem unterscheidet zehn Komponenten der Selbstpflegekompetenz: Aufmerksamkeit und Wachsamkeit, Wissenserwerb und Argumentation, Motivation und Entscheidungs-fähigkeit, ein Repertoire von Fähigkeiten im Hinblick auf Selbstpflege, das Setzen von Prioritäten, die Integration der Selbstpflege in

das tägliche persönliche und soziale Leben [3, 13]. Diese zehn Komponenten sind spezifische Fähigkeiten, die Selbstpflegebeurteilungen, -entscheidungen und -ausführungen betreffen. Die Angemessenheit der Selbstpflegekompetenz ist ein Qualitätsurteil. Es stellt sich die Frage: Inwieweit ist die vorhandene Kompetenz ausreichend für eine Selbstpflege, die beiträgt zum Überleben, zur Erhaltung der Gesundheit, zur Genesung, zur Rehabilitation, zum Wohlbefinden sowie zum normalen Wachstum und zur normalen Entwicklung [3].

Im Vergleich des ASA-A Gesamtsummenscores zwischen den drei Untersuchungsgruppen ist aus den Box-Plots zu erkennen, dass die Gesamtsummenscores die 75%-Perzentile bei „mensana“, Sonderausbildung und Schüler sich nur geringfügig unterscheiden. Bei einer möglichen Punktevergabe der ASA-A-Skala (Minimum 24, Maximum 120) liegt die Selbstbeurteilung der allgemeinen Selbstpflege im Vergleich der Mediane um den Punktwert 100,00. Die Referenzwerte der ASA-Ergebnisse bei unterschiedlichen Populationen zur Selbstpflegekompetenz bei einer gesunden Population wurden bei Frauen (n=168) (45 bis 54 Jahren) in der Stadt Breda (Niederlande) der Mittelwert mit 91,00 und Minimum-Maximum mit 64-119 angegeben. Bei Fachhochschulstudenten (n=228) wurde der Mittelwert mit 88,97 und Minimum-Maximum 59-115 angegeben. Flämische Universitätsstudenten (n=120) wurden mit einem Mittelwert von 94,84 sowie einem Minimum-Maximum mit 71-114 beschrieben [3]. In den Recherchen konnte keine vergleichbare Studie zur vorliegenden Arbeit gesichtet werden.

Die „mensana“ Projektteilnehmer sind im Umgang mit den modernen Medien und Patienteninformation Online bestens vorbereitet, um ihre persönlichen Interessen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention zu nutzen. Dieses Projekt wurde um ein Jahr verlängert und wird auch in Zukunft vom Sozial und Gesundheits-sprengel weitergeführt.

Schlussfolgerungen

Aufgrund der demografischen Entwicklung der Altersstruktur kommt in den nächsten Jahren eine höhere Belastung im Bereich der Pflege und Betreuung auf die Bevölkerung zu. Auch veränderte Familienstrukturen und die Wohnverhältnisse älterer Personen erschweren die häusliche Pflege. Der möglichst langen Selbständigkeit und einem besonderen Gesundheitsbewusstsein im

Alter wird hohe Bedeutung beigemessen werden. In der Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen und zukünftigen Pflege und Betreuungsaufgabe an älteren Personen und deren Angehörigen ist das Gesundheitswesen in Österreich und Europa gefordert. Wenn Personen älter werden, so beschreibt einschlägige Fachliteratur, ist von einem rapiden Ansteigen von Demenzerkrankungen und somit einer großen Herausforderung für die Pflege auszugehen [9,10].

Die Autorin verweist in diesem Zusammenhang auch auf Primary Health Care (PHC) in der Alma Ata Deklaration: *„Die Primäre Gesundheitspflege, gegründet auf praktischen, wissenschaftlich soliden und sozial annehmbaren Methoden und Techniken, ist wesentliche Gesundheitspflege, allgemein zugänglich für Individuen und Familien der Gemeinschaft durch ihre Teilhabe und zu Kosten, die das Gemeinwesen und das Land auf Dauer und zu jeglichem Stadium seiner Entwicklung im Geiste von Selbstvertrauen und Selbstbestimmung zu tragen im Stand ist. Primäre Gesundheitspflege ist integraler Bestandteil des Gesundheitssystems des Landes. Es bildet dessen Schwerpunkt, ist aber auch Bestandteil der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung“* [7:1212].

Beratung und Schulung, vor allem in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, werden aus Sicht der Autorin von den verantwortlichen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen noch unzureichend wahrgenommen. Besonders die Angehörigen von chronisch kranken Menschen sollten Gesundheits- und Pflegeberatung in Anspruch nehmen können, von den Pflegefachkräften geschult, sowie professionell begleitet werden.

Literatur

1. Arnold R, Lermen M (2006) eLearning-Didaktik Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung. Hohengehren: Schneider Verlag
2. Brobst R, Coughlin A, Cunningham D, Feldman J, Hess R, Mason J, Fenner McBride L, Perkins R, Romano C, Warren J, Wright W. (2007) Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber
3. Evers G (2002) Professionelle Selbstpflege. Bern: Huber
4. Fonds Gesundes Österreich (2007) 9. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz. Wien: EvOTION
5. GuKG, 1997: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.
www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf (10.05.2007)

6. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2004) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber
7. Hurrelmann K, Laaser U, Razum O. (2006) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weilheim: Juventa Verlag
8. Jendrosch T (1998) Projektmanagement, Prozessbegleitung in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical
9. Kitwood T (2005) Demenz. Bern: Huber
10. Kostrzewa S (2008) Palliativpflege von Menschen mit Demenz. Bern: Huber
11. Lobnig H, Pelikan J (1996) Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Wien: Facultas-Universitätsverlag
12. Nubeam D, Harris E (2001) Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung, Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung: Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
13. Orem D (1997) Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Wiesbaden: Ullstein Mosby
14. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.
www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
(20.04.2007)
15. Polit D, Beck C, Hungler B (2004) Lehrbuch Pflegeforschung Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern: Huber
16. Stefan H, Allmer F, Eberl J (2003) Praxis der Pflegediagnosen. Wien: Springer
17. Weidner F (1994) Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse

Psychosomatik und Gerontopsychiatrie, Erfolgreiche Arbeit durch die psychiatrische Gesundheits und Krankenpflege

Arnold Scheuch

Einleitung

Nachdem die Psychosomatik in Wien traditionell nicht in der Psychiatrie angesiedelt ist wurde dieser Paradigmenwechsel im Rahmen eines Projektes 2006 im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe eingeleitet.

Im Rahmen einer Neukonzeption wurde das Pilotprojekt „*Psychosomatik und Gerontopsychiatrie*“ auf einer Station, gestartet und ach Ablauf der Konzeptphase wurde es implementiert und ist nun seit eineinhalb Jahren erfolgreich in Anwendung. Das Projekt wird hier aus der Sicht der pflegerischen Stationsleitung in dieser Präsentation erläutert.

Die Entscheidung einen Teil der Station zur psychosomatischen Behandlung zu nutzen wurde von der Abteilungsleitung getroffen. Die Rahmenbedingungen sahen vor, zunächst mit einer Ausbaustufe von 6 PatientInnen in zwei Zimmern zu beginnen, erste Erfahrungen zu sammeln und im Laufe eines Jahres auf 10 PatientInnen aus dem Bereich der Psychosomatik zu steigern.

Erste Schritte

- Literaturrecherche über „Pflege und Psychosomatik“.
- Erstellung eines therapeutisches Konzeptes für PsychosomatikpatientInnen mit allen Berufsgruppen
- Erarbeiten von eigenverantwortlichen gesundheits- und krankenpflegerischen Inhalten, gestützt durch psychiatrische Fachpflegende
- Umsetzung des neuen Konzeptes
- Evaluierung des Projektes mittels MitarbeiterInnenbefragung

Die ersten Schritte in diese Richtung stellten das multiprofessionelle Team vor die Aufgabe, an der Station Bereiche zum Rückzug zu schaffen die zukünftig nur von der PatientInnengruppe Psychosomatik verwendet werden. Weiters wurden Räume adaptiert, wo gezielt für beide Gruppen (Psychosomatik und Gerontopsychiatrie) ein miteinander in der Interaktion und Kommunikation

möglich wurde. Im Zusammenspiel aller an der Station tätigen Berufsgruppen und mit Hilfe der technischen Direktion und Ihrer Fachwerkstätten gelang dies zufriedenstellend.

Ein wichtiger Meilenstein in der Umsetzung war die Motivation der Pflegenden, den Schritt in ein völlig neues Betreuungskonzept zu wagen. Zu Beginn übernahm die Pflege primär die Aufgabe der Grundversorgung in den Aktivitäten des täglichen Lebens, der Beobachtung und der situationsbedingten Entlastungsgespräche. Nach der Implementierung, Evaluierung und Weiterentwicklung des Konzeptes bieten die Pflegenden zum derzeitigen Zeitpunkt fünf eigenverantwortliche Gruppentherapieangebote in der psychosomatischen Betreuung an, welche für die PatientInnen verpflichtend einzuhaltende Inhalte des Wochenplans darstellen. Weiters wird in der Betreuung durch und von der Pflege während des gesamten Psychosomatikturnus (über acht Wochen) das Konzept „Marte Meo“ unter Verwendung von Videotechnik angewendet.

Im Bereich Psychosomatik arbeiten die PatientInnen in diesen acht Wochen dauernden Turnus nach einem strukturierten Wochenplan. Dabei werden von allen Berufsgruppen von Montag bis Freitag 22 Therapiestunden angeboten. Davon werden neun Stunden (beinahe die Hälfte) von der Pflege eigenverantwortlich, als therapeutische Gruppentherapie, durchgeführt.

Diese Gruppentherapieangebote der Pflege setzen sich wie folgt zusammen:

- Themenzentrierte Pflegerunde 1X wöchentlich 60 Minuten
- Wege zum Wohlbefinden 1x wöchentlich 90 Minuten
- Marte Meo Beratung wöchentlich 120 Minuten
- Humor als Bewältigungsform 1x wöchentlich 90 Minuten
- Morgengymnastik 3x wöchentlich je 30 Minuten
- Nordic Walking 2x wöchentlich je 45 Minuten.

Themenzentrierte Pflegerunde

Ziel:

Den PatientInnen alternativ Möglichkeiten aufzeigen mit Ihrer Erkrankung umzugehen.

Durchführung:

Die MitarbeiterInnen sind in vielen Bereichen Experten. Einzelne MitarbeiterInnen des Teams verfügen über spezielle Zusatzausbildungen, wie z.B. Aromapflege, Klangschalen-therapie, Massagelokurse etc. Diese individuellen Ressourcen der MitarbeiterInnen werden für Gruppenaktivitäten genutzt. Jede MitarbeiterIn hat ein Konzept zur Gestaltung einer Aktivitätseinheit erstellt, welches in der themenzentrierten Pflegerunde authentisch zum Einsatz kommt. Im Rahmen eines Psychosomatikturnus lernen die PatientInnen verschiedene Möglichkeiten kennen mit Krankheit und Gesundheit umzugehen.

Wege zum Wohlbefinden

Ziel:

Erlebnisintensivierung durch Gestaltung gemeinsamer Themen zur Gesundheit. Fit werden für den Alltag.

Durchführung:

Hier erleben die PatientInnen Diskussionsrunden incl. Anregungen für die Zeit nach der Entlassung. Sie können sich (wieder) lebenspraktische Fähigkeiten aneignen (z.B. durch gemeinsames Kochen). Den PatientInnen werden gesundheitsbewusste Lebensweisen näher gebracht. Z. B. durch anbieten und organisieren diverser Lektüren. Die Patientinnen lernen Techniken zur Entspannung, zum Stressabbau, zum Sorglos sein kennen und anwenden. Dies wird durch sportliche Aktivitäten begleitet. Die PatientInnen lernen eigene Ressourcen zu erfassen, initiativ zu werden und erleben Begeisterung

Marte Meo

Marte Meo ist eine in Holland entwickelte Therapieform mittels Interaktionsanalyse

Ziel:

Veränderte Selbstwahrnehmung und mangelhafte Kommunikationsfähigkeiten ist zentrales Thema psychosomatischer Erkrankungen. In der Arbeit mit Marte Meo konzentriert sich der Schwerpunkt auf Selbstwahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit. In den Videoaufnahmen wird deutlich, dass PatientInnen sehr gut unterstützt werden können, Ihre Gesprächspartner und sich selbst besser wahrnehmen zu können. Der therapeutische Effekt liegt darin, den PatientInnen positive Selbst- und/oder Fremdwahrnehmung deutlich zu

machen.

Durchführung:

Erstfilm kurz nach der Aufnahme; Rasche Analyse des Films mit den PatientInnen; Folgefilm und Analyse gegen Ende des Psychosomatikturnus. Diese Vorgehensweise erlaubt es auch, gleichzeitig dem PatientInnen und dem therapeutischen Team therapeutische Fortschritte deutlich zu machen.

Humor als Bewältigungsform

Lachen ist Gymnastik für den Verstand, Muskulatur und Atmung. Lachen trägt zu längerem, gesünderem Leben bei. Lachen fördert den Zusammenhalt in der Gruppe und fördert die Kommunikation. Lachen gehört zum täglichen Therapieprogramm in der Psychosomatik.

Ziel:

Unbeschwertheit, Abwechslung von Schmerz, Leid und negativen Gedanken durch Humor.

Durchführung :

Gesellschaftsspiele, Lektüre zum Schmunzeln, Spielerische Aktivität im Freien, Spontan inszeniertes Theater, gemeinsames Singen, Tanzen und Blödeln, Filme, CD etc. werden als Gruppe erlebt.

Nordic Walking

Ziel:

Nordic Walking als ganzheitlicher Ansatz erlaubt es neben der Hebung der allgemeinen Fitness auch die Koordination zu fördern und zu trainieren. In dieser Sportart kommt man sehr rasch zu Erfolgen. Dies hebt in weiterer Folge das Selbstwertgefühl. Im Gegensatz zum Laufen kann diese Sportart auch von sehr ungeübten Personen ausgeführt werden. Durch den Wegfall der lauftypischen Sprünge und durch den Einsatz der Stöcke wird die Belastung der Gelenke spürbar reduziert

Durchführung:

2x wöchentlich trainieren die PatientInnen die Technik des Nordic Walking und unternehmen gemeinsam Ausgänge in die Natur.

Morgengymnastik

Ziel:

Sportliche Betätigung am Morgen fördert die Kreislagsituation, die Konzentration und das allgemeine Wohlbefinden.

Durchföhrung:

Das Trainingsprogramm wird unter Rücksichtnahme der persönlichen Leistungsfähigkeit der Patienten abgestimmt. Mit Musikbegleitung werden einfache Übungen mittels Turnmatte, Therapiebändern, Bällen etc. in der Gruppe durchgeführt.

Erfahrungen und Evaluationsergebnisse

Die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen in Zusammenhang mit dem Veränderungsprozess hin zur Betreuung von PsychosomatikpatientInnen wurde mittels Fragebogen erhoben. Tabelle 1 zeigt einige Ergebnisse.

Tabelle 1: Evaluation

	Ja	eher ja	teil- weise	eher nein	nein
Hatten Sie positive Erwartungen in die Veränderungen?	50%	20%	30%	0%	0%
Sind diese eingetroffen?	60%	20%	0%	20%	0%
	Mehr	eher mehr	gleich	eher weniger	weniger
Wie hat sich der Arbeitsaufwand gegenüber früher verändert?	20%	50%	20%	10%	0%
Wie hat sich der Arbeitszufriedenheit gegenüber früher verändert?	40%	40%	10%	0%	10%
	Ja	eher ja	teil- weise	eher nein	nein
Hatte die Veränderung positive Auswirkungen für die Patienten?	40%	30%	20%	10%	0%
Würden Sie eine Rückkehr in Richtung früherer Struktur begrüßen?	0%	0%	10%	0%	90%

Insgesamt zeigt die bisherige Erfahrung in der Arbeit mit PsychosomatikpatientInnen, dass an der Station in diesem interessanten Betätigungsfeld wich-

tige Kompetenzen, sowohl auf Seiten der Patientinnen als auch MitarbeiterInnen entwickelt werden konnten. Alle MitarbeiterInnen der Pflege sind mit großer Motivation an der Implementierung und Aufrechterhaltung des Konzeptes beteiligt. Im Geiste von „learning by doing“ sind die beteiligten Professionen dabei, sich weiter zu entwickeln, wobei der Schwerpunkt auf Fallbesprechungen, Fortbildung und Supervision liegt. Durch die interessante Arbeit und die damit verbundene Patientenzufriedenheit steigt auch die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen.

Herausforderndes Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen aus der Perspektive von Pflegenden- Erleben und Strategien-- Eine deskriptive, analytische Studie

Elisabeth Höwler

Einführung und theoretischer Hintergrund

Die Forschungsarbeit befasst sich mit dem Phänomen des „Herausforderndem Verhalten“ bei Personen mit demenziellen Veränderungen auf der interaktiven Ebene. Den Pflegeberufen kommt bei der Versorgung dieser Personen eine zentrale Rolle zu, weil sie in der Regel über einen längeren Zeitraum eine hohe Interaktionsintensität zu den Betroffenen haben. Beruflich Pflegende fühlen sich oftmals durch das psychisch stark belastende und schwer zu beeinflussende Verhalten der Patienten hilflos und überfordert [1].

Die taxonomische und inhaltliche Bestimmung der Qualität der Pflege von Personen mit demenziellen Veränderungen ist zwischenzeitlich einem pflege- und bezugswissenschaftlichen Konsensusverfahren unterzogen worden und der Stand der Wissenschaft und guten Pflegepraxis in der „Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten“ [1] bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ repräsentativ bestätigt [1]. Die in der Guideline einbezogenen Studien zeigen keine wesentlichen Effekte auf, dass das Phänomen durch Pflegeinterventionen, z.B. durch eine validierende Gesprächsführung, Erinnerungspflege, Bewegungsförderung etc. reduziert bzw. erst gar nicht in Erscheinung tritt. Somit sollte das Phänomen auf der persönlichen Ebene, die primär bei den Pflegenden ansetzen sollte untersucht werden.

Literaturrecherche

Eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, PubMed, Clinahl, Gerolit, Social Services Abstracts, Psyn dex, Solis, Carelit sowie Google-Suchmaschine im Oktober 2007 hat ergeben, dass das Thema auf subjektiver Ebene einem hypotrophen Entwicklungsstand unterliegt. Die Reichweite der

Aussagen der gesichteten quantitativen Studien liegen bei Wahrnehmungen, Attributions-Dimensionen und Einstellungen Pflegender gegenüber Personen mit demenziellen Veränderungen, die sich herausfordernd verhalten sowie Erfahrungen von Pflegenden mit Überforderungssituationen und ihre Reaktionen bei der Pflege von Patienten im fortgeschrittenen Stadium. Die Ergebnisse sind mit Hilfe standardisierter Fragebögen oder Assessments erfasst worden, wodurch jeweils nur bestimmte Ausschnitte fokussiert werden. Keine der zitierten Studien ergibt dezidierte Erkenntnisse zum Erleben Pflegender und ihrer Strategien.

Die Rolle der Pflege und die Beteiligung der zu Pflegenden am untersuchten Phänomen werden zwar betont, es werden keine Antworten gegeben, „wie“ ein demenziell veränderter Patient, der sich herausfordernd verhält, verständigungsorientiert erreicht werden kann.

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen kann das subjektive Erleben Pflegender und die damit verbundenen Strategien nur als individuelles und prozesshaftes Geschehen verstanden werden, was mit den Mitteln standardisierter Verfahren nicht ausreichend beschrieben werden kann.

Erklärungs- und Entstehungszusammenhänge

Herausfordernde Verhaltensweisen resultieren aus einem komplexen Bedingungsgefüge, bestehend aus internalen und externalen Ursachen und können nicht nur als ursächliche Folge eines demenziellen Prozesses angesehen werden. Das Phänomen steht in einem engen Zusammenhang mit emotionalen, sozialen oder körperlichen Problemlagen der Betroffenen, die sie nicht mehr autonom bewältigen, bzw. nicht einmal kommunizieren können, ferner mit Umgebungseinflüssen zur Durchsetzung von Pflegeerfolgen sowie unzureichenden Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung.

Besonders dem Phänomen „Aggressivität“, als eine typische Abwehrreaktion von Emotionen des Ausgeliefertseins und der Angst, im Rahmen der kognitiven Überforderung, liegen oft mangelnde interaktive Fähigkeiten der Pflegenden zugrunde [5, 6, 7, 8] . Um das Phänomen zu minimieren bzw. nicht erst entstehen zu lassen, ist eine frühzeitige Problemerkennung sowie ein verständigungsorientierter Umgang mit den Betroffenen eminent.

Forschungsfragen und -ziele

Um subjektive Erfahrungen Pflegender, im Kontext von herausforderndem Verhalten, bei Personen mit demenziellen Veränderungen analysieren zu können, stehen folgende Forschungsfragen, mit explorativem Charakter, im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses:

- Wie erleben Pflegende in stationären Pflegeinstitutionen herausforderndes Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen?
- Welche Strategien wenden sie an, um mit herausforderndem Verhalten umzugehen?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Erleben und den Strategien, die Pflegende auswählen?

Um die Forschungsfragen umfassend beantworten zu können, ist aufgrund der noch geringen Informationslage ein offenes Herangehen unabdingbar. Es ermöglicht auf einem induktiven Weg, die Perspektive der Pflegenden, ihre Wirklichkeit mit dem Phänomen herauszufinden, nachzuvollziehen und zu verstehen [9].

Methodik

Die Daten für die qualitative Untersuchung werden mit dem problemzentrierten Interview nach Witzel (1985) erhoben. Diese Form des Interviews zeichnet sich durch eine Kombination von Induktion und Deduktion aus, mit der Chance zur Modifikation theoretischer Konzepte.

Mit dem Kurzfragebogen wurde die soziale Situation (z.B. Berufserfahrung, (geronto-)psychiatrische Weiterbildung, Geschlecht) der Befragten erfasst. Dadurch wird umgangen, dass durch exmanente Fragen ein Frage-Antwort-Schema aufgebaut wird, das die Problementwicklung aus der Sicht des Befragten stört [2]. Durch die Aufnahme, z.B. der Frage *„Wie oft hatten Sie in den vergangenen Wochen Kontakt zu Heimbewohnern/Patienten die herausforderndes Verhalten zeigen?“* wird ein günstiger Gesprächseinstieg ermöglicht. Die Frage fördert eine erste Beschäftigung mit dem Thema, bestimmte Gedächtnisinhalte werden dabei aktiviert und erfahren eine Zentrierung auf das zu untersuchende Problemgebiet. Des Weiteren sollen die Teilnehmer darüber befragt werden, ob sie fachliche Kenntnisse über das Phänomen in der Aus-

und Fachweiterbildung erworben haben. Die Frage „*Welche Strategien/Lösungen haben Sie, wenn Sie mit dem Verhalten konfrontiert werden?*“ schließt sich an.

Die Daten werden benötigt, um das Sample zu beschreiben und zu gewährleisten, dass die zu befragten Pflegenden über Erfahrungen zum Phänomen verfügen, die das Datenmaterial auffüllen sollen.

Stichprobe

Es wurden die Bereiche Heimpflege, Psychiatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie und geriatrische Rehabilitation gewählt, da in diesen Tätigkeitsbereichen lange intensive Pflegebeziehungen bestehen und die Pflegenden Kontakt mit demenziell veränderten Patienten bzw. Heimbewohner haben. Bei den 12 interviewten männlichen und weiblichen Pflegenden handelt es sich um Experten, die Erfahrungswissen im Verlauf ihres Berufes erworben haben und andererseits auf spezifische Kompetenzen durch eine (geronto-)psychiatrische Weiterbildung mit einem 720 Stundenumfang zurückgreifen können.

Ergebnisse

Auch wenn Pflegende in der (Geronto-)psychiatrie mehr von herausforderndem Verhalten verstehen als Pflegende in anderen Bereichen, weisen sie dennoch deutliche Wissensdefizite auf. 50% der Befragten haben in ihrer Grundausbildung nichts zu diesem Thema erfahren. Auch Kenntnisse über die Demenz, z.B. Zeichen und Symptome eines demenziellen Prozesses erwiesen sich als unzureichend. In der Weiterbildung sind es 25% der Pflegenden, die das Thema ausreichend bearbeitet haben. Der überwiegende Teil, 67% der Befragten, kann auf mittleres Wissen zum Phänomen zurückgreifen, hat aber noch erhebliche Defizite. Kein bzw. geringfügiges Wissen haben 8% der Befragten.

Auswertung der problemzentrierten Interviews

Die aufgezeichneten Interviews wurden nach den Transkriptionsregeln von Kallmeyer und Schütze [10] und der Erfassung der paralinguistischer Bestandteile der Kommunikation transkribiert. Alle im Forschungsprozess entstandenen zusätzlichen Daten, wie z.B. Tagebuchaufzeichnungen, Postskriptum, flossen mit in die Datenanalyse ein. 120 Seiten Transkriptionstext sind mit der

Methode der qualitativen Inhaltsanalyse, mit der Typisierenden Strukturierung ausgewertet worden [3].

Ergebnisse

Erleben der Pflegenden Pflegeexperten mit langjähriger Berufserfahrung können ihre Professionalität in einem spezifischen Fachbereich sichtbar machen, indem sie ihr Erleben zum belastenden Phänomen „herausforderndes Verhalten“ beschreiben und zum Teil mit Begriffen belegen. Der tatsächliche Ausdruck von Gefühlen, Aussagen, Gedanken, Einschätzungen und Interpretationen erlaubt ein sehr authentisches Bild, wie es sich derzeit aus der psychiatrischen Altenpflege zeigt. Pflegende beider Geschlechter aus allen fünf Settings reagieren emotional, wenn sie mit physischen (Schlagen) und verbalen Aggressionen (lautes Schreien und Rufen), Ablehnungen von Pflegemaßnahmen sowie mit verzweifelte Adaptationen an eine unverständliche Heim- bzw. Klinikumwelt (z.B. Stuhl- und Urinausscheidung am ungeeigneten Ort) von chronisch verwirrten Menschen konfrontiert werden.

Der emotionale Stress, den Pflegende erleben, ist gekennzeichnet von Hilflosigkeit, Überforderung, Ärger, Unzufriedenheit, weniger von Neutralität und wird als psychische und physische Bedrohung empfunden. Pflegende erleben das Phänomen des Weiteren als „Bedürfniskonflikt“.

Emotionsfokussierte Strategien

Time-out, Personenwechsel, Austausch im Team, Ablenkung und beschützende Machtmethode kommen vorwiegend zur Anwendung, wenn Pflegende bereits an ihre persönlichen Grenzen gestoßen sind. Diese Strategieformen ändern nur kurzfristig das Problemverhalten der Patienten oder modifizieren es. Beschützende Machtmethode wenden die Hälfte der interviewten Pflegenden an, weil ihnen keine Möglichkeiten zur Verfügung stehen, demenziell veränderte Patienten interaktiv zu erreichen, die herausfordernden Verhaltensweisen bereits chronifiziert sind oder wenn von vorn herein richterliche Beschlüsse der Handlung, z.B. der Fixierung, ein Legitimationsrecht einräumen.

Problemfokussierte Strategien

Pflegende mit personenzentrierter Haltung haben internalisiert, herausfordernde Verhaltensweisen, z.B. Beschimpfungen von Patienten nicht persönlich zu nehmen und gelassen darauf zu reagieren. Sie vermeiden intellektuelle oder vernünftig erscheinende Auseinandersetzungen mit dem Patienten, weil sie aus Erfahrung wissen, dass diese Umgangsweise zu weiteren Eskalationen führen kann.

Jeder Vierte der interviewten Pflegenden geht es darum, eine suchende Haltung einzunehmen, um das Bedürfnis, welches hinter dem auffälligen Verhalten liegen könnte, herauszufinden und andererseits zu verstehen, was der betreffende Mensch durch sein Verhalten über sich mitteilen möchte. Der notwendige Blick in die Biografie hilft den Pflegenden herauszufinden, welche Möglichkeiten der herausfordernde Patient hat, welche Kompetenzen schon mal da waren, verschüttet gegangen sind und jetzt wieder genutzt werden könnten. Diese Sichtweise erleichtert zu verstehen, warum sich der Betroffene in bestimmten Situationen herausfordernd verhält. Verstehen können und sich verstanden fühlen ermöglichen, eine personenzentrierte Umgangsweise zu entwickeln, die für alle Beteiligten zufrieden stellend ist und das Problemverhalten minimiert bzw. im Sinne des operanten Konditionieren sogar löscht.

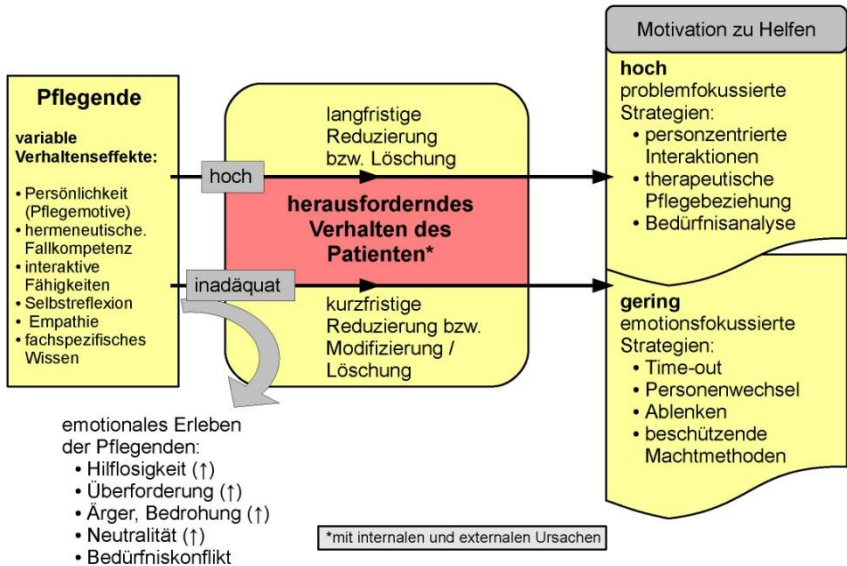
Relation zwischen Erleben und Strategien

Aus dem Zusammenspiel von Emotionen und den Strategien der 12 interviewten Pflegenden sowie dem theoretischen Bezugsrahmen der Emotionstheorie von Weiner (1986), lässt sich ein Modell zur Vorhersage des interaktiven Verhaltens von Pflegenden zum reaktiven Umgang mit dem Phänomen generieren (Abbildung 1).

Haben Pflegende über das Verhalten eines demenziell veränderten Patienten keine Kontrolle, so erleben sie das Verhalten als emotionalen Stress, der gekennzeichnet ist von Hilflosigkeit, Überforderung, Ärger, Unzufriedenheit, Bedrohung, Neutralität und zeigt sich als Bedürfniskonflikt. Je größer der emotionale Stress empfunden wird, desto geringer ist die Motivation zu helfen. Wird eine problematische Situation durch psychosoziale Kompetenzen, wie z.B. Empathie, Selbstreflexionsfähigkeit, in Verbindung mit hermeneutischer Fallkompetenz, in der Kontrolle gehalten, kann davon ausgegangen werden,

dass eine hohe Motivation Pflegende in die Lage versetzen, in problematischen Situationen ad-hoc dem alten Menschen, mit personenzentrierten Interaktionen, therapeutische Pflegebeziehung und Bedürfnisanalyse zu helfen.

Abbildung 1: Modell des Interaktiven Verhaltens Pflegenden



Diskussion

Die interviewten Pflegenden der vorliegenden Studie sind nicht wirklich hilflos, sie wissen sich auch in herausfordernden Situationen zu helfen, um ihre Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Pflegende kennen beschützende Machtmethode und die Hälfte aller interviewten Pflegenden setzen diese strategisch bei herausfordernden Patienten ein. Durch die empirische Untersuchung, aus der Perspektive von Pflegenden konnte aufgezeigt werden, dass Pflegende ihre Macht teilweise als solche bewusst erkennen, ihre Machtausübung aber weitgehend eine unbewusste ist. Die Ursache für diese „subjektlose Strategie“ liegt in dem emotionalen Stress selbst: Macht ist in der Pflege ideologisch negativ besetzt und die Strukturen der Pflege können zum Teil nur deshalb aufrecht erhalten werden, weil Macht für die Pflege ausgeblendet bzw. durch richterliche Beschlüsse [11] legitimiert wird.

Die interviewten Pflegeexperten äußern sich nicht explizit darüber, dass jede Verhaltensweise des herausfordernden Patienten fremdgefährdetes Potenzial beinhaltet und die Gesundheit und Sicherheit von Pflegenden und Mitpatienten beeinträchtigen. Sie stellen nachdrücklich heraus, dass bedrohliches, aggressives Verhalten der Patienten aus inadäquaten Interaktionen von Pflegenden, z.B. logisches Argumentieren, Reorientieren, Anwendung beschützender Machtmethoden (besonders Fixierung, Detraktionen) oder das Hineinbringen von problematischen Persönlichkeitsmerkmalen in die Pflegebeziehung, verursacht werden und Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten auslösen kann. Die Analyse des Datenmaterials lässt eine Beziehung zwischen der Bildung der Pflegenden und dem Auftreten von herausforderndem Verhalten vermuten.

Schlussfolgerungen

Als ein differenziertes Risikoprofil ist es unerlässlich, die interaktive Ebene in die Identifikation von Mängeln bei der Entstehung des Phänomens mit einzu beziehen. Die an der Untersuchung beteiligten Pflegenden bestätigen, dass der Umgang mit einem herausforderndem Patienten personenzentriert gestaltet und vorwiegend nonverbale Elemente (Zeichen) für eine Verständigungsorientierung beinhalten sollte. Aufgrund der Ergebnisse lassen sich Anforderungen an die Pflegebildung ableiten. Eine Sensibilisierung mit dem Phänomen sollte in der Erstausbildung erfolgen. Als weitere Maßnahme ist eine verpflichtende Weiterbildung in (geronto)psychiatrischer Pflege zum adäquaten Umgang mit demenziell veränderten Personen obligatorisch. Innerhalb der Weiterbildung sollte themenzentral die Kompetenzbildung von Pflegenden auf der Wissens-, Wahrnehmungs- und Verhaltensebene Beachtung finden.

Literatur

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C et al (2006) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen in der stationären Altenhilfe. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit
2. Witzel A (1985) Das problemzentrierte Interview, In: Jüttemann G (Hrsg) Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim: Beltz, S 227-255
3. Mayring P (2003) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim: Beltz

4. Höwler E (2007) Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz und Konsequenzen für Interventionskonzepte, unveröffentlichte Hausarbeit im Masterstudiengang "Pflegerwissenschaft" (MSc.) an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
5. Pillemer K, Suitor J (1992) Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Gerontol Soc Sci* 47(4):165-172
6. Mühl H (2000) Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik, Stuttgart: Kohlhammer
7. Theunissen G (2001) Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen, Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhard
8. Höwler E (2007) Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
9. Flick U (1996) Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, Reinbek: Rowohlt
10. Kallmeyer W, Schütze F (1976) Konversationsanalyse, *Studium Linguistik* 1, Weinheim: Beltz
11. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2007) Rechtliche Betreuung, § 1896ff, München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien während einer tagesklinischen Behandlung

Gamal Abedi, Markus Schwarz, Rita Schwahn, Maike Pellarin, Jochen Germann

Philosophie von Hausbesuchen

Die Praxis von Hausbesuchen innerhalb der psychiatrischen Versorgung lässt sich früh belegen. So wurde sie 1884 im rasch expandierenden, industrialisierten Berlin des 19. Jahrhunderts als Familienpflege etabliert. Quasi als Vorläufer der heutigen sozialpsychiatrischen Arbeit wurde nach dem 1. Weltkrieg die sog. `offene Irrenfürsorge` als aufsuchende psychiatrische Hilfe konzipiert. Gustav Kolb (1870 bis 1938) führte dann die psychiatrische Familienpflege ein und baute in Erlangen ein System der offenen, gemeindenahen psychiatrischen `Fürsorge` auf [3]. Dazu gehörte die berufliche und soziale Wiedereingliederung der aus den Anstalten entlassenen Patienten mittels aufsuchender Hilfen. Kolb formulierte als Anforderung an einen psychiatrischen Hausbesuch u.a., dass (1.) sichergestellt sein sollte, dass sie nicht dem Ruf und Zustand des Patienten schaden, (2.) der „Hausbesucher“ bereit sein sollte, in kleinen Schritten behutsam vorzugehen und (3.) er als Arzt und Berater, nicht aber als Beamter bzw. Kontrolleur, auftreten sollte. Dies illustriert das Spannungsfeld zwischen wertschätzend-fördernder Arbeit im Lebensumfeld der Betroffenen und kustodialelem Schutz, zeigt aber auch den Interventionsbedarf bei einer Gefährdung des Wohls der Klienten. Auch in der Marlborough-Familien-Tagesklinik in London, die als ein bedeutsames Modell für weitere ambulante und teilstationäre Entwicklungen dient, werden die Familien eng durch Hospitationen und eben auch Hausbesuche in die Behandlung einbezogen [1]. Die Kinder und Jugendlichen sollten so in ihrem sozialen Umfeld integriert bleiben. Eine aufsuchende, multisystemische Therapie hat sich insbesondere für die Behandlung von Familien mit kumulierten psychosozialen Risiken als effektiv, wenn auch ressourcenaufwendig erwiesen [6]. In einem `continuum of care`, d.h. mit ambulanten, teil- und vollstationären Behandlungsangeboten, können Hausbesuche ferner die poststationäre Behandlung effektiv unterstützen,

stationäre Wiederaufnahmen bzw. stationäre Kriseninterventionen vermeiden und dadurch möglichen regressiven bzw. Hospitalisierungstendenzen entgegenwirken [2, 9]. Aufsuchende Hilfen beziehen sich dabei auf den Lebensschwerpunkt des Kindes bzw. Jugendlichen, d.h. auf die Familie (ggf. auch unter Einbeziehung des Haushalts eines getrennt lebenden Elternteils) bzw. eine teil- oder vollstationäre Jugendhilfeeinrichtung [8]. Im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich sind regelmäßige Hausbesuche etabliert, so im Bereich von Praxen, sozialpädiatrischen Zentren, Fachtherapiepraxen, sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungs- (auch Suchtberatungs)stellen und Institutsambulanzen. Im teil- oder vollstationären Bereich sind sie aber eher noch die Ausnahme als die Regel. In (Familien-)Tageskliniken sind sie hingegen meist etabliert.

Bindung, Ressourcen, Verantwortung

Hausbesuche sind in jedem Fall eine Herausforderung. Auf den Schutz, die Orientierung und auch eindeutige Rollenzuweisung der (Tages)klinik zu verzichten, bedeutet gerade auch für noch wenig Praxis erfahrene MitarbeiterInnen eine nicht zu unterschätzende Entwicklungsaufgabe, zumal der Ablauf von Hausbesuchen oft schwer plan- bzw. vorhersehbar ist. Bereits in der Ambulanz thematisiert der Casemanager inhaltlich den Hausbesuch mit der Familie. Als Grundhaltung gilt, dass die Familie die Bezugsperson einlädt. *Die Familie ist der Gastgeber und die Bezugsperson der Gast.* Der Hausbesuch ist selbstverständlich freiwillig. Er findet in der Regel innerhalb der ersten drei Behandlungswochen statt, da er ein wichtiges Instrument für die weitere Behandlungsplanung darstellt. Die Hausbesuche finden in der Regel nachmittags statt. Beide Elternteile und möglichst auch die Geschwister sind anwesend. Der Bezugsbetreuer fährt in der Regel am späten Nachmittag mit dem Kind bzw. Jugendlichen nach Hause. Die Bezugsperson erhebt dann anhand von Fragechecklisten und eigenen individuellen Beobachtungen während des Hausbesuchs eine Erziehungsanamnese. Dies erfolgt ressourcenorientiert zu den Themen: Beschäftigung, Sprechen, Kontaktgestaltung, Integration in die Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, Eigenmotivation, Wissen, Neugierde, Lerntechniken, Hausaufgaben, Freizeitinteressen, psychosexuelle Entwicklung, Rollen als Junge oder Mädchen, Atmung, Schlafen, Sauberkeitsentwicklung,

Bewegung. Die Bezugsperson lernt darüber hinaus die Wohnverhältnisse und das konkrete Lebensumfeld des Kindes bzw. Jugendlichen kennen. Der Hausbesuch dauert in der Regel anderthalb bis zwei Stunden. In der folgenden Intervention in der Tagesklinik wird der Hausbesuch ausgewertet, die persönlichen Eindrücke besprochen und mögliche Konsequenzen für die Behandlungsplanung bzw. -ziele gemeinsam im therapeutischen Team gezogen [4, 5].

Bindung, Ressourcen und Verantwortung sind die Grundprinzipien des entwicklungsorientierten Rotenburger Behandlungskonzept von *Bernhard Prankel* [7]. *Bindung* ist eine wesentliche Grundlage auch der tagesklinischen Behandlung. Hausbesuche innerhalb der Tagesklinik fördern die Entwicklung sicherer Bindungen und bieten zahlreiche Entwicklungschancen sowohl für das therapeutische Team als auch für die Familie. Das therapeutische Team erlebt die Familie authentischer und gewinnt so rascher Verständnis für die Lebens- und Wohnsituation der Familie und Einblicke in die Familiendynamik. Die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes erleben die Eltern häufig wesentlich unbefangener und im Kontakt offener als auf der Station. Umgekehrt würden die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes die Familie authentisch erleben („wir sehen vieles, was sonst nur berichtet wird“), die Symptomatik `live` erleben („wir wissen dann, worüber berichtet wird“) und auch Symptomatiken erfassen, die primär innerhalb der Familie, weniger oder nicht innerhalb der Tagesklinik erkennbar seien („wir lernen Neues“). Dadurch verstärken sich wiederum therapeutische Bindungen und es wächst ein unmittelbares Verständnis für die *Ressourcen*, aber auch Herausforderungen innerhalb der Familie. Kind, Jugendlicher bzw. Eltern und TherapeutenInnen übernehmen so aktiv *Verantwortung* für den Behandlungserfolg und engagieren sich gemeinsam in der Behandlung.

Fazit für die Praxis

In unserer Praxis der letzten drei Jahre sind nur in wenigen Einzelfällen Hausbesuche *nicht* zu Stande gekommen. Unsere Erfahrungen mit Hausbesuchen sind insgesamt durchweg positiv: sie lassen uns über den `Tellerrand` des Lebensumfeldes der Tagesklinik schauen und eröffnen häufig ungeahnte diagnostische und therapeutische Perspektiven. Die therapeutischen Chancen von Hausbesuchen wiegen den nicht unerheblichen personellen und zeitlich-

logistischen Aufwand nach unserer einhelligen Ansicht bei weitem auf. Hausbesuche könnten sich daher zu einem Goldstandard einer familienorientierten tagesklinischen Arbeit entwickeln.

Literatur

1. Asen E (1992) Die Familien-Tagesklinik: Systemische Therapie mit Multi-Problem-Familien. Mitglieder-Rundbrief II/1992 des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland e.V. 42-60.
2. Bickmann L, Foster M, Lambert W (1996) Who gets hospitalized in a continuum of care? Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 35, 74-80.
3. Böcker F (1985) Psychiatrische Familienpflege und offene Irrenfürsorge: Sozialpsychiatrische Konzepte bei Gustav Kolb und heute. In: Lengershausen E, Baer R (Hrsg) Psychiatrie in Erlangen, Erlangen: Perimed
4. Gehrman J, Boida E, Fies U, Wolf J, Pellarin M (2007) Tagesklinische Behandlung nach dem Rotenburger Entwicklungsmodell: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen, Kongressband XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Aachen, S 232
5. Gehrman J, Abedi G, Schwarz M, Wolf JW, Boida E, Rellum T, Fies U, Schwahn R, Pellarin M (2008) Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 18(1):60-77
6. Henggeler S, Rowland M, Randal J, Ward D, Pickrel S, Cunningham P, Miller S, Edwards J, Zealberg J, Hand L, Santos A (1999) Homebased multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 38:1331-1339
7. Prankel B (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. Familiendynamik 30:145-183
8. Swenson C, Henggeler S (2005) Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. Familiendynamik 30(2):128 – 144
9. Winsberg B, Bialer I, Kupietz S., Botti E, Balka E (1980) Home vs. hospital care of children with behaviour disorders. Archives General Psychiatry 37:413-418.

„Heimspiele“: Hausbesuch und Elternhospitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Alexandra Schäfer, Bernhard Prankel, Thomas Lange, Bärbel Durmann, Ursula Hamann

Abstract

Einleitung: Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Diakoniekrankenhauses Rotenburg (Wümme) arbeitet nach einem entwicklungsorientierten Behandlungskonzept: (a) Bildung und der Ausbau strukturierter Ressourcen, (b) Förderung einer sicheren Bindungsfähigkeit, (c) Unterstützung bei der Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung. Im Rahmen des Rotenburger Entwicklungsmodells werden (1) Die Entwicklungsrisiken gezielt aus der Anamnese erhoben, (2) Die Ressourcen systematisch beobachtet sowie (3) eine Reifungsdynamik mit entsprechenden Therapiezielen abgeleitet.

Problemstellung und Ziel: Der Behandlungserfolg ist abhängig von (a) der Abstimmung der Ressourcen (Erziehungsfähigkeit der Angehörigen, pädagogische und therapeutische Intervention der professionellen Helfer), (b) einer produktiven Konsensbildung über die Behandlungsziele und -mittel (pädagogisch-therapeutische Bindung) sowie einer Aufteilung der Aufgaben nach Verantwortlichkeit. Es ist daher hilfreich, wenn die Professionellen das familiäre System besser kennen lernen.

Methoden und Material: Wird ein Kind stationär aufgenommen, dann sollen sich die Eltern in der Klinik als Experten für ihr Kind wahrgenommen fühlen und sich nicht nur als Gäste empfinden. Mit Hausbesuchen und dem Angebot an die Eltern, die Klinik zu einem Hospitationstag zu besuchen, leisten die BezugsbetreuerInnen und TherapeutInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes hierzu einen wichtigen Beitrag. Hausbesuche wie auch Hospitationen werden gemeinsam mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten vorbereitet. Während des *Hausbesuches* wird gemeinsam mit der Familie und mit respektvollem Blick auf die schon vorhandenen Ressourcen eine vorstrukturierte Pflege- und Erziehungsanamnese über den häuslichen Alltag und das familiäre Zusammen-

leben erarbeitet. Zur *Hospitation* kommen Eltern zunächst meist nur einen Tag lang, bei Bedarf aber auch häufiger und länger (z.B. über Nacht). Auch hier werden zu Beginn die Ziele (z.B. auch Anleitung in der Interaktion mit dem Kind) sowie die Ausgestaltung des Elternbesuchs (Woran beteiligen wir uns als Eltern? Wann können wir Auszeiten für Pausen oder Rücksprachen nehmen?) erarbeitet. Abschließend wird die Hospitation ausführlich reflektiert.

Ergebnisse: Hausbesuch und Hospitation fördern zwischen Eltern und Bezugsbetreuern die *Bindung* durch einen offenen Informationsaustausch und die gegenseitige Vermittlung von Handlungskompetenzen. Die *Ressourcen* des Kindes und der Familie werden gemeinsam erarbeitet, so dass auch die Einigung über die Erziehungs- und Therapieziele auf der Hand liegt. Durch diese gemeinsame Wegstrecke werden auch die jeweiligen *Verantwortlichkeiten* gestärkt – schließlich soll ja auch das (poststationäre) Heimspiel gewonnen werden!

Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit in der stationären Adoleszentenpsychiatrie

Christoph Abderhalden, Manuela Grieser, Gianni Zarotti, Philipp Lehmann

Hintergrund

Das hier vorgestellte Projekt hat zwei Ausgangspunkte. Die therapeutischen und sozialpädagogisch-pflegerischen MitarbeiterInnen der Adoleszentenstationen der Universitätsklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie Bern haben das Bedürfnis, systematische Informationen über das Behandlungserleben ihrer stationären PatientInnen zu erhalten. Daneben hat die Direktion der Klinik den Wunsch, ein Instrument für eine zukünftige institutionalisierte Evaluation der Zufriedenheit von jugendlichen Patienten und Eltern zu testen. Das Anliegen der pädagogisch-pflegerischen und der ärztlich-therapeutischen Leitung ist dabei, möglichst vielfältige Aspekte des Behandlungserlebens und der Zufriedenheit zu erfassen. Sie möchte auch institutionsspezifische therapeutische und pädagogisch-pflegerische Angebote beurteilen lassen und neben der Patientenmeinung auch das Elternurteil in Erfahrung bringen.

Die Erfassung und die Berücksichtigung der Nutzerperspektive im Gesundheitswesen haben in den letzten Jahrzehnten stark an Bedeutung gewonnen. Sie bezieht sich inzwischen nicht mehr nur auf den Einbezug von PatientInnen in Entscheidungen über ihre individuelle Therapie und Pflege, sondern auch auf die Evaluation, und zunehmend auch auf die Versorgungsplanung, Curriculumsentwicklung, Forschung etc..

Es gibt verschiedene Faktoren und unterschiedliche Interessen, die zu dieser Entwicklung beitragen. Die professionelle und inzwischen auch gesetzliche Forderung nach systematischem Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ist aber derzeit wohl der stärkste Faktor, der das Interesse an der Nutzerperspektive fördert. In allen modernen Qualitätssicherungskonzepten spielt die Nutzerperspektive eine zentrale Rolle (z.B. EFQM, ISO, etc.). Für bestimmte Aspekte der Versorgungsqualität wird den PatientInnen die ultimative Definitionshoheit zugesprochen (z.B. von Donabedian [5,6], die unabhängig von oder im Widerspruch zu den Kriterien der professionellen Akteure sein kann.

Gemäss der DIN ISO-Norm 9004 für Dienstleistungen ist „die Beurteilung durch den Kunden (...) das endgültige Mass für die Qualität einer Dienstleistung“ [1].

Vor diesem Hintergrund werden auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vermehrt evaluative und/oder auf die Optimierung der Behandlungsqualität abzielende Untersuchungen durchgeführt. Dazu gehören auch Patientenbefragungen.

Eine im Hinblick auf diese Studie durchgeführte ausführliche Literatursuche ergab, dass es international gesehen zwar einige evaluative kinder- und jugendpsychiatrische Studien gibt, in denen die Nutzerperspektive mit erfasst wird. In den meisten dieser Studien werden allerdings lediglich Einzelaspekte erhoben, zum Beispiel die Zielerreichung, die globale Zufriedenheit, oder es wird nur die Perspektive der jugendlichen Patienten oder nur die Perspektive der Eltern berücksichtigt. Es werden viele verschiedene Instrumente eingesetzt. Es gibt nur wenige Instrumente zur Erhebung des Behandlungserlebens, die gut getestet und/oder mehrmals eingesetzt wurden. Dieser Befund trifft ausgeprägt auch auf den deutschen Sprachraum zu [10].

Viel versprechend erschien uns der aus der Zusammenarbeit mehrerer kinder- und jugendpsychiatrischer Zentren in Deutschland entstandene „BesT-KJ: Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ [7-11]¹. Er wurde in enger Zusammenarbeit mit Praktikern entwickelt, und es gibt Parallelversionen für Kinder, Jugendliche und Eltern (BesT-KJ-J [Jugendliche], BesT-KJ-E [Eltern], BesT-KJ [Kinder]). Er deckt verschiedene Aspekte der Behandlungszufriedenheit ab, die in faktorenanalytisch ermittelten Subskalen zusammengefasst sind.

Bei der Beurteilung dieses neuen Instruments muss allerdings folgendes beachtet werden:

- Das Instrument ist bisher in der Schweiz nicht eingesetzt worden und es stellt sich die Frage nach der Anwendbarkeit in der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Die Auswahl der Qualitätsaspekte erfolgte durch ExpertInnen. Bisher wurde nicht systematisch erhoben, inwieweit diese Aspekte das umfassen,

¹ Das Instrument hieß ursprünglich *"Fragebogen zur Patientenzufriedenheit und Angehörigenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie FP-KJ"*

was für Jugendliche und ihre Eltern beim Behandlungserleben und bei der Beurteilung der Behandlungsqualität im Vordergrund steht.

- In bisherigen Erhebungen wurde das Instrument zum Entlassungszeitpunkt eingesetzt. Es ist bisher nicht bekannt, ob die zum Entlassungszeitpunkt erhobene Zufriedenheit stabil ist oder inwiefern sie sich mit einiger zeitlicher Distanz verändert.
- Das Instrument wurde bisher als schriftlicher Fragebogen eingesetzt. Es gibt bisher keine Erfahrungen, ob sich die Antworten unterscheiden, wenn es im Rahmen eines Interviews eingesetzt wird.
- Eine Durchsicht des Instruments im Hinblick auf eine Anwendung in den UPD Bern ergab, dass einige in dieser Institution als wichtig angesehene Aspekte zu wenig oder zu wenig differenziert abgedeckt sind, zum Beispiel die Zusammenarbeit mit der sozialpädagogisch-pflegerischen Bezugsperson, Elternabende, die Lagerwoche etc.

Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige Studien, die das Erfassen des subjektiven Erlebens kinder- und jugendpsychiatrischer PatientInnen zum Ziel haben und auch qualitative Forschungsansätze anwenden [4-6], um die Aspekte der PatientenInnenzufriedenheit, Behandlungserleben/-erfolg und Stigmatisierungserleben zu beleuchten.

Anliegen

Das Hauptanliegen unserer Studie war das Ermitteln der Zufriedenheit der jugendlichen PatientInnen und ihrer Eltern mit ihrer stationären psychiatrischen Behandlung sowie ihrer Einschätzung des Behandlungserfolgs. Dazu wird primär der *„BesT-KJ: Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“* (Versionen für Jugendliche und Eltern²) eingesetzt, ergänzt mit institutionsspezifischen Fragen.

Gleichzeitig wollten wir mit dieser Untersuchung allgemeine Fragen zur Patientenzufriedenheit, Fragen zum Instrument und erhebungsmethodische Fragen untersuchen: Veränderungen der Patientenzufriedenheit nach der Entlassung?, Unterschiede in der Zufriedenheit nach Merkmalen der Befragten?, Unterschiede, wenn die Befragung im Rahmen eines Interviews der schriftlich durchgeführt wird?. Wir wollten außerdem in Erfahrung bringen, ob

² In diesem Artikel berichten wir lediglich über die Befragung der Jugendlichen

die Fragen diejenigen Aspekte abdecken, die von den PatientInnen in einem Interview mit offenen Fragen als wichtig genannt werden.

Bei unserer Studie handelt es sich um die erste Anwendung des BesT-KJ in der Schweiz, und die erste Untersuchung des BesT-KJ mit zwei Erhebungszeitpunkten.

Methode

Bei der Studie handelt es sich um eine prospektive Kohortenstudie (Follow-up Studie) mit zwei Befragungszeitpunkten.

Die für die Beteiligung an der Studie angefragte Stichprobe besteht aus 6 konsekutiv entlassenen PatientInnen der Adoleszentenstationen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Bern, welche die folgenden Einschlusskriterien erfüllen: Alter 12 - 19 Jahre; stationäre Behandlung ≥ 5 Tage; beherrschen der deutschen Sprache, informierte Zustimmung zur Teilnahme. Die austretenden Patienten haben wir in der Reihenfolge ihres Austritts zufällig einer von zwei Gruppen (A oder B) zugeteilt.

Datensammlung, Instrumente

Die Datensammlung erfolgt bei den zwei Gruppen A und B in unterschiedlicher Form, bei Gruppe A in zwei teilstrukturierten Interviews, zunächst mit offenen Fragen nach einem Interviewleitfaden, anschließend strukturiert mit einem Fragebogen, bei Gruppe B mit zwei schriftlichen Befragungen.

Die erste Befragung erfolgt in den letzten drei Tagen der Hospitalisation in der Klinik (T1), die zweite Befragung 6 Wochen nach der Entlassung (T2) an einem mit den PatientInnen vereinbarten Treffpunkt, bzw. auf dem Postweg. Die Befragung wurde von zwei nicht in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik beschäftigten psychiatrischen Pflegefachpersonen durchgeführt.

Instrumente

Demographische und klinische Daten entnahmen wir der Patientendokumentation. Für die Interviews verwendeten wir einen Leitfaden mit offenen Fragen (Eingangsfrage: *Du warst ja nun längere Zeit hier auf Station, wenn Du so an die Zeit zurückdenkst, wie war das für Dich?*)

Das Behandlungserleben bzw. die Behandlungszufriedenheit haben wir mit dem in Deutschland entwickelten Instrument „*Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie BesT-KJ-J*“ (Jugendliche) [12] erhoben, den wir mit Fragen zu spezifischen Elementen der Behandlung in den Studienstationen und zum Behandlungserfolg ergänzt haben. Der BesT-KJ-J besteht aus 32 likert-skalierten Items, welche die Beurteilung von 5 Dimensionen der stationären Behandlung repräsentieren: Individualisierte Behandlung (ib), Globale Zufriedenheit (gz), Hotel/Wohlfühle (hw), Distanz von zuhause (d, Akzeptanz als Individuum (ai). In ergänzenden 22 Items zum BesT-KJ-J haben wir die Beurteilung verschiedener Elemente des spezifischen Angebots der Stationen erfragt: Sozialpädagogische/pflegerische Bezugspersonen, Angebote, Stationsleben (Kochen; Tagesablauf; Freizeitgestaltung; Einführung auf der Station; Stationsregeln), Schule, Zwang.

Auswertung

Zur Erleichterung der Interpretation haben wir die Zufriedenheitswerte aufgrund ihrer Verteilung in unserer Studie nach Quartilen in vier Kategorien eingeteilt. Die Kategorien drücken aus, zu welcher relativen Gruppe der entsprechende Wert gehört: $\leq$ erstes (unterstes) Quartil: *geringe Zufriedenheit*; $> 1.$ und $<$ Median: *eher geringe Zufriedenheit*; $>$ Median und $< 3.$ Quartil: *eher hohe Zufriedenheit*; $\geq 3.$ (höchstes) Quartil: *hohe Zufriedenheit*.

In explorativem Sinn haben wir einige Zusammenhänge der Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg und mit PatientInnenmerkmalen (Geschlecht, Diagnosen, etc.) untersucht.

Die Antworten auf die offenen Fragen wurden kategorisiert und mit den Fragebogenthemen in Beziehung gesetzt.

Ergebnisse

Von den 177 im Untersuchungszeitraum ausgetretenen Jugendlichen erfüllten 103 die Einschlusskriterien und waren grundsätzlich für die Studie rekrutierbar. Von diesen gaben 35 Jugendliche (34%) ihre explizite Zustimmung zur Teilnahme. Mindestens eine Befragung konnten wir bei 27 Jugendlichen (26%) realisieren. 15 Jugendliche konnten wir zu beiden Zeitpunkten befragen.

Die Jugendlichen in der Studienstichprobe sind im Vergleich zu den Nicht-Befragten etwas älter, viel häufiger weiblich, die Dauer ihrer Hospitalisation ist länger und sie haben deutlich seltener eine F9-Diagnose (Verhaltens-, emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend).

Zufriedenheit mit der Behandlung

Bei den Jugendlichen liegt die Zufriedenheit auf der 5-Punkte-Einschätzung in den BesT- und UPD-Subskalen rund um drei Punkte, was einer mittleren Zufriedenheit entspricht. Eine Ausnahme mit einem hohen Zufriedenheitswert von 4 Punkten bildet die UPD-Subskala „Schule“.

Tabelle 1 zeigt in einer thematischen Gliederung die Items mit eher hoher (Werte ≥ Median) und eher geringer (Werte < Median) Zufriedenheit.

Abbildung 1: Items mit hoher/eher hoher Zufriedenheit

Items mit vergleichsweise hoher / eher hoher Zufriedenheit (≥ Median)	Items mit vergleichsweise eher geringer oder geringer Zufriedenheit (< Median)
Schule	
12 Ernst genommen werden durch Lehrer	
20 Schulangebot	
32 Wohl fühlen in Klinikschule	
52 Werkunterricht	
54 Unterrichtsstoff	
Einrichtung	
17 Sanitären Anlagen auf Station	
19 Einrichtung Station	
Stationsleben	
26 Klima unter den Jugendlichen	15 Ausgangsregelung
44 Freizeitgestaltung mit Betreuern	16 Wochenendbeurlaubung
45 Lagerwoche	18 Rückzugsmöglichkeit mit Besuch
47 Tagesabläufe	28 Möglichkeiten, allein sein zu können
48 Selber Kochen auf Station	30 Motivation zur Mitarbeit auf Station
	46 Elternabende
	49 Die Einführung auf Station
	50 Stationsregeln
Therapeuten und Therapien	
51 Angebotspalette an Therapieformen	06 Wirksamkeit Einzelgespräche TherapeutIn
04 Ernstgenommen werden TherapeutIn	08 Wirksamkeit der Familiengespräche
05 Wohl fühlen Einzelgespräche TherapeutIn	07 Wohl fühlen in Familiengesprächen
23 Anzahl Einzeltherapien	53 Wirksamkeit der Gruppentherapien
24 Anzahl Familiengespräche	
Zusammenarbeit	
42 Zusammenarbeit BP/TherapeutIn	43 Einheitliche Informationen BP/TherapeutIn

Globale Zufriedenheit	
01 Insgesamt zufrieden	31 Angst vor weiterer Hospitalisation
29 Aufenthalt auf Station hat geholfen	34 Erfüllung der Erwartungen
	35 Würde wieder hier in die Klinik kommen
Privatsphäre	
13 Umgang mit vertraulichen Dingen	27 Einhalten der Privatsphäre
Zwang	
	14 Anzahl Zwangsmassnahmen
Eltern	
11 Abstand von zu Hause	09 Mehr auf meine als auf Bedürfnisse der Eltern eingehen
Items mit vergleichsweise hoher / eher hoher Zufriedenheit ($\geq$ Median)	Items mit vergleichsweise eher geringer oder geringer Zufriedenheit ($<$ Median)
Bezugsperson	
41 Kritik durch Bezugsperson	10 Ernst genommen werden durch Betreuer
	37 Bezugsperson hat Zeit für mich
	38 Verständnis der BP für meine Situation
	39 Unterstützung bei Problemlösung durch BP
	40 Ernst genommen werden durch BP
Aufklärung und Mitsprache	
02 Aufklärung über Krankheit/Probleme	21 Mitspracherecht Entlassungstermin
03 Aufklärung über Medikamente	22 Mitspracherecht bei Auswahl d. Therapien
25 Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten nach Austritt	33 Absprache der Ziele mit mir

Behandlungserfolg und Dauer der Behandlung

Die mittlere Zustimmung zur Frage nach der Besserung des Problems, weswegen die Jugendlichen in die Psychiatrie gekommen waren, betrug beim Austritt 3.4 (maximale Zustimmung = 5), was einer eher hohen Zufriedenheit entspricht; 54% stimmten eher oder vollkommen zu, für 19% hatte sich das Problem eher nicht oder gar nicht gebessert. Die Dauer des Klinikaufenthalts war für 63% gerade richtig, für 30% zu lang und für 7% zu kurz. Die Antworten auf die Frage unterschieden sich zwischen T1 und T2 nicht signifikant.

Befragungszeitpunkt

Die Zufriedenheitswerte kurz vor der Entlassung und 6 Wochen nach der Entlassung unterscheiden sich nicht signifikant. Einzig der Bereich „UPD-Angebote“ ist nach der Entlassung knapp signifikant tiefer (2,8 vs. 3,4).

Den Behandlungserfolg schätzen die Jugendlichen 6 Wochen nach der Entlassung mit MW = 3,3 etwas geringer ein als beim zum Entlassungszeitpunkt (MW 3,8) ($p = 0,047$).

Schriftliche versus mündliche Befragung

Insgesamt unterscheiden sich die Ergebnisse nicht nach Befragungsart (schriftlich oder im Rahmen eines Interviews). Die Beurteilung war in der Tendenz aber durchwegs kritischer, wenn der Fragebogen, nach einleitenden offenen Fragen, im Gespräch ausgefüllt wurde.

Zufriedenheit und Behandlungserfolg

Die Jugendlichen, welche den Behandlungserfolg positiv einschätzen, sind signifikant zufriedener als diejenigen, deren Problem sich gar nicht, eher nicht oder nur teil-teils verbessert hat.

Gruppenvergleiche

Die weiblichen Jugendlichen sind im Vergleich zu männlichen Jugendlichen bezüglich der meisten erfassten Aspekte tendenziell weniger zufrieden; mit der Schule sind die weiblichen Jugendlichen hingegen signifikant zufriedener als die männlichen (MW 4,2 vs. 3,5; $p = 0,048$).

Die Zufriedenheit Jugendlicher unterscheidet sich nach den diagnostischen Gruppen nicht signifikant. Allerdings ist der höchste Wert bei 6 von 10 Subskalen in der Kategorie F2 (Schizophrenie und wahnhaftige Störungen), bei 7 von 10 Subskalen ist der tiefte Wert (also die geringste Zufriedenheit) in der Gruppe F4/6 (Neurotische bzw. Persönlichkeitsstörungen).

Antworten auf offene Fragen und Fragebogenthemen

Die Antworten auf die offenen Fragen konnten den Fragebogenthemen grundsätzlich gut zugeordnet werden. In den Items sind aber einige in den Interviews wichtigen Themen schlecht repräsentiert, zum Beispiel das Zusammenleben der Jugendlichen in der Stationsgruppe, Veränderungen in der Beziehung zu den Eltern, Mitsprache im Stationsalltag, Lernerfahrungen z.B. im Bereich Kommunikation.

Diskussion

Die Jugendlichen gaben in dieser Befragung differenzierte und nicht pauschale Rückmeldungen, die wichtige Hinweise für die Angebots- und Qualitätsentwicklung geben.

Es war sinnvoll, den standardisierten Bogen mit den institutionsspezifischen Fragen zu ergänzen (Sozialpädagogische/pflegerische Bezugspersonen, Angebote, Stationsleben, Schule, Zwang). Diese Aspekte werden u.E. in der BesT-KJ zu wenig berücksichtigt.

Einige in den Interviews als wichtig erwähnte Aspekte sind in den Fragebögen zu wenig repräsentiert, entsprechende Items sollten ergänzt werden.

Der Einsatz des Fragebogens im Rahmen eines Interviews mit einleitenden offenen Fragen scheint die Reflexion zu fördern und führt zu einer etwas kritischeren Bewertung.

Die Zufriedenheit scheint sich in den 6 Wochen nach der Entlassung wenig zu verändern, eine Befragung kurz vor der Entlassung führt offenbar zu verlässlichen Ergebnissen.

Eine Limitation der Studie ist der geringe Rücklauf. Dieser könnte zum Teil durch die studienbedingt hohen Anforderungen bedingt sein (Schriftliche Information, schriftlicher Informed Consent).

Literatur

1. Deutsches Institut für Normung (1992) DIN ISO 9004 Teil 2: Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems - Leitfaden für Dienstleistungen. Beuth-Verlag, Berlin
2. Dippold I, Wiethoff K, Rothärmel S, Wolfslast G, Konopka L, Naumann A, Fegert JM (2003) "Das ich verbessert werde mit Therapie". In: Lehmkuhl U (ed) Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 105-122
3. Dippold I, Wiethoff K, Rothärmel S, Wolfslast G, Konopka L, Naumann A, Keller F, Fegert JM (2002) "Dass ich verbessert werde mit Therapie" - Kenntnisse und Unkenntnisse minderjähriger Patienten bei Behandlungsbeginn. Poster auf dem VII. Kongress der DGKJPP, Berlin, April 2002. http://www.uni-ulm.de/klinik/kjp/poster/be_dippold.pdf (27.08.2004)
4. Distler S (2002) Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung - ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Pra Kinderpsychol Kinderpsychiat* 51:711-720
5. Donabedian A (1979) The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J Fam Pract* 9:277-284
6. Donabedian A (1990) The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 114:1115-1118
7. Keller F, Konopka L, Fegert JM, Naumann A (2002) Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung. Poster auf dem VII.

Kongress der DGKJPP, Berlin, April 2002. http://www.uni-ulm.de/klinik/kjp/poster/be_keller.pdf (06.09.2004)

8. Keller F, Schäfer S, Konopka L, Naumann A, Fegert J (2004) Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationärpsychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens. *Krankenhauspsychiatrie* 15:3-8
9. Konopka L (2003) Patienten und Angehörigenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Entwicklung eines Fragebogens. Dissertation. Medizinische Fakultät; Universität Ulm, Ulm
10. Konopka L, Keller F, Löble M, Felbel D, Neumann A (2001) Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in deutschland erfasst? *Krankenhauspsychiatrie* 12:152-156
11. Naumann A, Konopka L., Keller F. (2001) Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Satzinger W., A. K-M, Trojan A (Hrsg) *Patientenbefragung i Krankenhäusern*. Asgard-Verlag, Sankt Augustin, S 249-258

Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege: Eine Meta-Synthese

Dirk Richter, Sabine Hahn

Aufgrund der Zunahme der Versorgung durch die ambulante psychiatrische Pflege [1] steigt der Qualifizierungsbedarf für ambulante Pflegekräfte. In den deutschsprachigen Ländern existiert – anders als etwa in Großbritannien – keine spezifische Aus- oder Weiterbildung für die extramurale Pflege psychisch erkrankter Patienten. Dies hat zur Folge, dass ambulant Pflegende in der Regel nur über unzureichende psychiatrische Expertisen verfügen [2]. In der Konsequenz ergeben sich im ambulanten Sektor schon heute erhebliche psychiatrische Problemstellungen, bei denen sich viele Pflegende zum einen überfordert fühlen und zum anderen das Ausmaß der Problematik nicht adäquat einschätzen können [2-4].

Die Professionalisierung des Arbeitsfelds der ambulanten psychiatrischen Pflege steckt noch in den Anfängen, genauso wie die bisher kaum vorhandene Forschung in der deutschsprachigen Region zu dieser Thematik. Die deutsche ‚Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege‘ (BAPP) hat auf ihren Webseiten einen Tätigkeitskatalog veröffentlicht, der jedoch keinen empirischen Forschungs-Hintergrund hat [5]. Um empirische Ansatzpunkte für eine Professionalisierungs- und Qualifizierungsstrategie zu schaffen, wird daher in der vorliegenden Arbeit eine Meta-Synthese veröffentlichter qualitativer Forschungsarbeiten unternommen. Die Fragestellung lautet: welche Arbeitsinhalte und –aufgaben beschreiben ambulante Pflegekräfte für die Pflege psychisch kranker Menschen zu Hause?

Methode

Bei der Meta-Synthese handelt es sich um eine relativ junge Methodik zur Zusammenfassung von Studien mit einem qualitativen Studiendesign. Die Methodik der Meta-Synthese geht zurück auf die sog. Meta-Ethnographie von Noblit und Hare [6]. Im Detail werden bei Meta-Synthesen die publizierten Studien in ähnlicher Weise wie Äußerungen von Studienteilnehmern in qualitativen Originalarbeiten genutzt. Das heißt, die Resultate der Studien, genauer

gesagt, die Interpretation durch die Autoren, werden als Grundlage für weitere und synthetisierende Interpretationen der Autoren der Übersichtsarbeit genommen. Ebenso wie bei Originalarbeiten geht es um das ‚Herausziehen‘ von Themenkomplexen, Gemeinsamkeiten zwischen Studien, aber auch um das Auffinden von Unterschieden und Widersprüchen. Im Anschluss an Noblit und Hare werden auch in dieser Arbeit reziproke Übersetzungen („reciprocal translations“) und Widerspruchs-Synthesen („refutational synthesis“) herausgearbeitet. Am Ende geht es um die Erschließung einer Argumentationslinie, die übergreifende Schlussfolgerungen nach sich zieht („lines-of-argument synthesis“) [6: 62ff.].

Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PsychInfo, Google Scholar und Scopus. Folgende Suchbegriffe wurden – je nach Datenbankspezifikation – verwendet: ‚community‘, ‚home care‘, ‚mental health‘, ‚psychiatry‘, ‚nursing‘, ‚role‘, ‚qualification‘, ‚qualitative‘, ‚narrative‘, ‚focus group‘. Darüber hinaus wurde eine umfangreiche Handsuche in den Literaturverzeichnissen relevanter Übersichtsartikel und theoretischer Arbeiten unternommen. Einschlusskriterien für die Meta-Synthese waren Originalarbeiten mit qualitativen Studiendesigns mit Pflegenden als Studienteilnehmerinnen und –teilnehmern, die über ihre Arbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege berichteten.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche ergab insgesamt 12 Arbeiten, die den Einschlusskriterien entsprachen [7-18]. Fünf Publikationen stammen aus Großbritannien, vier aus Australien, zwei aus Kanada und eine aus Schweden. Die Studiensettings waren überwiegend ambulante Dienste in der allgemeinen psychiatrischen Pflege, zwei Studien wurden mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus gerontopsychiatrischen Diensten durchgeführt, eine weitere mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit Patienten mit Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht) arbeiteten. Die tabellarische Darstellung der Studiendetails und der qualitativen Einzelergebnisse muss aus Platzgründen leider entfallen.

Formelle Tätigkeiten in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Folgende formelle Tätigkeiten wurden in den Originalarbeiten im Sinne der reziproken Übersetzungen von Themen identifiziert:

- Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit der Patienten,
- Assessment und Monitoring der Medikation (Wirkungen und Nebenwirkungen) und der Compliance,
- Medikations-Management (Vergabe),
- Prävention von Krankheitsepisoden und Hospitalisierung,
- Anwendung psychotherapeutischer Techniken,
- Patientenedukation und Gesundheitsförderung,
- Einbeziehung von Angehörigen,
- Case-Management und Kooperation mit anderen Professionen und Diensten,
- Management akuter psychischer Krisen (z.B. Angst- und Stresssituationen),
- Management somatischer Begleiterkrankungen
- quasi-vormundschaftliche Betreuungsarbeit.

Merkmale der pflegerisch-therapeutischen Beziehung

Naturgemäß ist die Beschreibung der Merkmale der pflegerisch-therapeutischen Beziehung diffuser und weniger klar umrissen als die formellen Tätigkeiten. Folgende Aspekte wurden – wiederum im Sinne der reziproken Übersetzungen der Themen – gefunden:

- Aufbau von Vertrauen,
- Dasein, Anwesenheit („being there“),
- Fürsorge („being concerned“),
- Förderung der persönlichen Entwicklung des Patienten,
- pflegerische Beziehung beruht auf Erfahrung, Intuition, Pragmatismus und Kommunikation,
- akzeptierende, respektvolle, schützende, individuelle, ehrliche und offene Grundhaltung in der Beziehung zum Patienten,
- Sicherheit, Kontrolle, Verantwortung und Kooperation müssen mit den Patienten geteilt und immer wieder neu ausgehandelt werden.

Widersprüche und Problemstellungen

Zwei Arbeiten befassten sich explizit mit Problemstellungen in der ambulanten psychiatrischen Pflege, nämlich mit der Medikations-Problematik [8] und mit der Arbeit mit Patienten mit Doppeldiagnosen [14]. In diesen beiden Arbeiten, aber auch weniger explizit in anderen Studien, tauchen diverse Widersprüche und weitere Problemstellungen auf, die im Sinne der ‚Widerspruchs-Synthese‘ nach Noblit und Hare zu interpretieren sind:

- die Beziehung zum Patienten besteht nicht nur in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit, sondern ist durchsetzt von aktiver und quasi-vormundschaftlicher Fürsorge und Kontrollaspekten (im Englischen: ‚surveillance‘),
- die positive und wertschätzende Beziehung zum Patienten wird nicht selten durch die geringe Motivation und Compliance des Patienten in Frage gestellt,
- die wertschätzende Haltung gegenüber den Patienten durch die Pflege wird oftmals durch das negative und stigmatisierende Ansehen psychiatrischer Patienten bei kooperierenden Diensten und Professionen konterkariert,
- Patientenedukation, Assessments und Verlaufskontrollen sind wichtige Bestandteile der ambulanten psychiatrischen Pflege, allerdings stehen sowohl für die Patientenedukation als auch für das Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit und der Medikation bislang keine adäquaten Edukationsinterventionen und Instrumente zur Verfügung,
- die Aufgabe ist oftmals derart anspruchsvoll, dass es tiefer gehendes Spezialistenwissen bedarf; dieses jedoch steht den meisten ambulant Pflegenden nicht zur Verfügung,
- die psychiatrische Pflege verfügt über einen teils expliziten, teils impliziten Aufgabenkatalog der für die Tätigkeit spezifisch ist, allerdings ist sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der kooperierenden Diensten oftmals nicht deutlich, welche die spezifischen Aufgaben der psychiatrischen Pflege sind (etwa in Abgrenzung zu Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern),

- viele Patienten haben nicht nur psychische, sondern auch körperliche Krankheiten und Defizite, der Stellenwert dieses Bereichs für die Psychiatrie-Pflegenden ist jedoch nicht eindeutig geklärt,
- die Tätigkeit setzt eine sehr große Eigenständigkeit und Verantwortungsbewusstsein voraus, allerdings besteht das Risiko, sich mit der Eigenständigkeit über traditionelle Professionsgrenzen und sogar rechtliche Limits hinweg zu setzen,
- das zentrale Ziel der ambulanten psychiatrischen Pflege ist die Förderung der Selbstständigkeit der Klienten; die Selbstständigkeit der Klienten kann aber Entscheidungen zur Folge haben, die nicht gesundheitsförderlich sind (Absetzen der Medikamente etc.).

Meta-Synthese der Argumentation („line-of-argument synthesis“)

Nach Noblit und Hare [6: 62ff.] besteht dieser Analyseschritt in einer Analogie zu klinischen Schlussfolgerungen, indem aus verschiedenen Symptomen eine Diagnose abgeleitet wird. Was lässt sich somit aus den beschriebenen Gemeinsamkeiten und Widersprüchen in den hier eingeschlossenen Studien an weitergehenden Schlussfolgerungen für die ambulante psychiatrische Pflege ziehen? Grundsätzlich entsteht das Bild der ambulanten häuslichen Pflege als eine der komplexesten Aufgaben im Gesundheitswesen, das mit vielen Widersprüchen behaftet ist. Bestandteile dieses Berufsbildes sind Tätigkeiten, die neben der Pflege weit in medizinische, sozialarbeiterische, psychotherapeutische Kompetenzen hineinreichen [11, 15]. Darüber hinaus sind rein mitmenschliche Merkmale von erheblicher Relevanz. Auffällig ist vor allem die Ambivalenz zwischen Mitmenschlichkeit („Dasein“) [12] und therapeutisch-überwachenden Aufgaben [13]. Einerseits ist eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, andererseits hat die pflegerische Tätigkeit Implikationen, die weit in die rechtliche Dimensionen hineinreichen können, wenn es etwa um die Frage von Zwangseinweisungen oder anderen juristischen Konsequenzen wie die gesetzliche Betreuung geht. Diesem ‚Grundwiderspruch‘ lassen sich weitere Ambivalenzen unterordnen, beispielsweise das Management der Medikation einerseits und die Überwachung der Compliance des Patienten andererseits.

Angesichts der hier deutlich gewordenen Komplexität ist es nicht verwunder-

lich, dass bei vielen Pflegenden Überforderungserleben entsteht bzw. das Gefühl, den einzelnen Problemstellungen nicht gerecht werden zu können [14]. Die Aufgaben sind zum Teil klar umrissen (s. oben), aber es mangelt an spezifischer Ausbildung, Instrumenten und Strategien [15]. Die Pflegenden sind gezwungen, pragmatisch zu handeln, ihre pflegerischen und therapeutischen Werkzeuge sind nach unserer Analyse gewissermaßen eklektizistisch aus diversen beruflichen und theoretischen Hintergründen zusammengesucht, und es besteht durchaus der Eindruck, dass eine übergreifende theoretische Basis positiv sein könnte. Weiterhin wird angesichts der formulierten Wissens- und Kompetenzdefizite der Bedarf an spezifischer Aus- und Weiterbildung deutlich, und daraus abzuleiten ist – so unsere Interpretation – der Bedarf an gutem und fürsorglichem Management der Pflegenden sowie der Supervisionsbedarf.

Diskussion

Anlass für die Meta-Synthese von Rollen- und Aufgabenprofilen der ambulanten psychiatrischen Pflege war die Notwendigkeit, Inhalte für die Aus- und Weiterbildung von Pflegenden in diesem Arbeitsbereich zu erheben. Im Abgleich zwischen dem bisher einzigen deutschsprachigen Tätigkeitskatalog der ‚Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege‘ (BAPP) [5] und den von uns oben aufgezeigten Merkmalen aus den qualitativen Studien zeigt sich hinsichtlich der formalen Tätigkeiten eine weitgehende Übereinstimmung der Aktivitäten. Die Liste der Tätigkeiten reicht vom Assessment und Monitoring des psychischen Status des Patienten über sämtliche Aspekte der Medikation und der Compliance bis hin zur Einbeziehung von Angehörigen und der Kooperation mit anderen sozialen und medizinischen Diensten. Im Übrigen entsprechen diese Kataloge im Großen und Ganzen auch bekannten Ausbildungsinhalten für die ambulante psychiatrische Pflege aus dem angelsächsischen Raum [19, 20].

Über die formalen Tätigkeiten hinaus hat die Meta-Synthese unseres Erachtens jedoch herausarbeiten können, welche Besonderheiten und Problemlagen der eher informelle Bereich der Beziehungsgestaltung zu den Patienten aufweist (beispielsweise der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung oder die akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung gegenüber Patienten oder Klienten, deren Verhalten nicht selten den Intentionen der Pflegenden

zuwider läuft) . Als zentrale Ambivalenz dieses Arbeitsfeldes wurde die Spannung zwischen (mit-)menschlichem Handeln und Professionalität beschrieben. Für den Aufbau der pflegerisch-therapeutischen Beziehung ist es offenbar in vielen Fällen notwendig, gerade die professionellen Aspekte der Arbeit weniger stark zu bewerten, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Anschließend jedoch muss aus der mitmenschlichen Interaktion eine professionelle Beziehung werden. Dieser Schritt kann unter Umständen dann zum Problem werden, wenn die Patienten eben primär eine menschliche Beziehung suchen, wie aus empirischen Befragungen von Klienten ambulanter psychiatrischer Pflege deutlich wird [siehe etwa 21].

Für unsere Ausgangsfragestellung der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden für das Arbeitsfeld der extramuralen Psychiatrie ist aus der Meta-Synthese klar geworden, dass die curricularen Inhalten nicht allein die formal hinreichend zu definierenden Tätigkeiten beinhalten dürfen. Genauso wichtig wie diese Arbeitsbereiche sind die Schwierigkeiten und Problemfelder, die hier aufgezeigt worden sind. Damit diese notwendigen Lerninhalte nicht primär durch ‚Learning-by-doing‘ bzw. ‚Learning-by-making-experiences‘ erfolgen, bedarf es innovativer didaktischer Konzepte.

Literatur

1. Hasslinger V (2007) Zur Situation der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der BRD. Psych. Pflege heute 13:159-161
2. Abderhalden C, Lüthi R, Mazzola R, Wolff S (2003) Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St.Gallen: Abschlussbericht. Aarau: Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe
3. Abderhalden C, Lüthi R (2004) Psychiatrische Probleme bei SpitexklientInnen. Managed Care 2004(5):29
4. Secker J, Pidd F, Parham A (1999) Mental health training needs of primary health care nurses. Journal of Clinical Nursing 8:643-652.
5. BAPP (2003) Tätigkeitsinhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege. www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf (12.01.2008)
6. Noblit G, Hare D (1988) Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. Newbury Park: Sage
7. Elsom S, Happell B, Manias E (2007) Exploring the expanded practice role of community mental health nurses. Issues in Mental Health Nursing 28:413-429

8. Jordan S, Hardy B, Coleman M (1999) Medication management: An exploratory study into the role of community mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 29:1068-1081
9. Smith S (2002) CMHNs: How do they see themselves? *Mental Health Nursing*. 22:13-17
10. O'Brien L (2000) Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 9:184-194
11. Ryan R, Garlick R, Happell B (2006) Exploring the role of the mental health nurse in community mental health care for the aged. *Issues in Mental Health Nursing* 27:91-106
12. Kirsh B, Tate E (2006) Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative Health Research* 16:1054-1074
13. Wallace T, O'Connell S, Frisch S (2005) What do nurses do when they take it to the streets? An analysis of psychiatric and mental health nursing interventions in the community. *Community Mental Health Journal* 41:481-496
14. Coombes L, Wratten A (2007) The lived experience of community mental health nurses working with people who have a dual diagnosis: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:382-392
15. Cunningham G, Slevin E (2005) Community psychiatric nursing: focus on effectiveness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:14-22
16. Barratt E (1989) Community psychiatric nurses: their self-perceived roles. *Journal of Advanced Nursing* 14:42-48
17. Magnusson A, et al (2004) Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of persons with long-term illness. *Nursing and Health Sciences* 6:9-27
18. Gibb, H (2003) Rural community mental health nursing: A grounded theory account of sole practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 12:243-250
19. Gauntlett A (2005) Evaluation of a postgraduate training programme for community mental health practitioners. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:223-230.
20. Couldwell A, Stickley T (2007) The Thorn Course: Rhetoric and reality. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:625-634
21. Shattell M, Starr S, Thomas S (2007) 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* 16: 274-284

Zwanzig Jahre Psychosozialer Pflegedienst - Von einer Idee zur flächendeckenden extramuralen Versorgung

Harald Kaplenig, Christine Gruber

Bei mehreren Besuchen des Dreiländerkongresses ist uns aufgefallen, dass das Thema der extramuralen Versorgung bisher weniger Beachtung als der stationäre Bereich gefunden hat.

In Tirol ist es uns in den letzten 20 Jahren gelungen ein Versorgungssystem zu installieren, welches Menschen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet in den verschiedenen Einrichtungen eine Rehabilitationsmöglichkeiten bietet.

Auf Privatinitiative wurde 1986 die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach stationären Aufenthalten ins Leben gerufen. Die Überlegungen gingen in Richtung ambulanter Nachbetreuung statt stationärer Aufenthalte, soziale (Re-) Integration statt Isolation, berufliche Rehabilitation statt krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit.

1988 folgte die Gründung des gemeinnützigen Vereins „*Psychosozialer Pflegedienst Tirol*“ mit Sitz in Innsbruck. Mit der Vereinsgründung wurde das Betreuungsangebot erweitert. Als 1990 das neue Unterbringungsgesetz verabschiedet und in Folge der Psychiatrieplan für das Land Tirol verfasst wurde, ergab sich die Notwendigkeit des Auf- bzw. Ausbaues sozialpsychiatrischer Einrichtungen. Dieser Anforderung folgend hat der PSP Tirol Regionalisierungen vorgenommen und verschiedene Bereichsstellen im Land verteilt eingerichtet.

Wir sind eine Non-Profit-Organisation im Sozial- und Gesundheitswesen, politisch unabhängig und orientieren uns nach dem zentralen Anliegen der Sozialpsychiatrie, Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen ein möglichst eigenständiges Leben innerhalb der Gesellschaft zu ermöglichen.

Die Tätigkeit des Vereines PSP Tirol erfolgt in enger und kontinuierlicher Zusammenarbeit mit den Fachärzten der stationären psychiatrischen Einrichtungen, den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie sowie den sozialpsychiatrischen Vereinen und den Psychosozialen Zentren.

Die gesetzliche Grundlage der Arbeit des PSP liegt in der Sozialgesetzgebung des Bundes und des Landes sowie in den gesetzlichen Rahmenbedingungen der einzelnen im PSP vertretenen Berufsgruppen.

Zielgruppe

Die Klientel des PSP Tirol besteht zu ca. 75% aus Menschen mit schizophrenen oder affektiven Störungen. Zusätzlich leiden viele von ihnen unter komorbiden Störungen durch Alkohol und andere Substanzen. Vor allem unter den Langzeitbetreuten kommen in den letzten Jahren geriatrische und gerontopsychiatrische Störungen hinzu. Die meisten Klienten haben mehrfache stationäre Aufenthalte hinter sich, viele von ihnen sind besachwaltet.

Die restlichen ca. 25% der Klienten verteilen sich diagnostisch auf hirnnorgisch bedingte kognitive Störungen, Suchterkrankungen, schwere neurotische und Persönlichkeitsstörungen.

Finanzierung

Das jährliche Gesamtbudget beträgt rund 6 Mio. Euro. Abbildung 1 zeigt die Kostenträger, die finanzireten Dienste und die jeweilige Abrechnungsgrundlage.

Abbildung 1: Finanzierung

Kostenträger	Dienst	Abrechnungsgrundlage
Amt der Tiroler Landesregierung (Abt. für Soziales)	Aufsuchender Dienst	Stundensätze
	Beschäftigungsinitiative / Arbeitsinitiative	Halbtagesätze
	Wohngemeinschaften / Wohnheime	Tagessätze
Bundessozialamt	Arbeitstraining	Subvention
Bundesministerium für Justiz (Forensik)	Aufsuchender Dienst	Stundensätze
	Beschäftigungsinitiative / Arbeitsinitiative	Halbtagesätze
	Wohngemeinschaften / Wohnheime	Tagessätze
Selbstzahler und Selbstbehalte der Klientinnen		
Gesamtbudget jährlich		ca. € 6.000.000,-

Vereinsstruktur

Der Psychosoziale Pflegedienst ist ein gemeinnütziger Verein.

Die erfolgreiche Umsetzung der Idee begründet sicherlich darauf, dass der Vorstand des Vereines aus Menschen besteht, welche mittlerweile seit Jahrzehnten in den verschiedenen Bereichen der Psychiatrie tätig sind. Der Vor-

stand besteht aus vier Dipl. Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, einer Fachärztin für Psychiatrie sowie einer Verwaltungsangestellten.

Mitarbeiterqualifikation

Wir arbeiten berufsgruppenübergreifend, orientiert am aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und auf Grundlage bestehender Gesetze, die das Gesundheits- und Sozialwesen regeln.

Unsere Mitarbeiter sind in psychosozialer Rehabilitation qualifiziert durch:

- Ausbildung im Gesundheits- und Sozialbereich
- Interne Schulung aller neuen Mitarbeiter
- Interne und externe Fortbildungen
- Supervision

Unser Team setzt sich zusammen aus:

- Dipl. Psych. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- Dipl. Allg. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- Dipl. SozialarbeiterInnen
- Dipl. ErgotherapeutInnen
- Dipl. PsychologInnen
- Dipl. PsychotherapeutInnen
- FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie
- Fachkräfte im Beschäftigungs- und Arbeitsrehabilitationsbereich z. B. Diätologinnen, Tischler, Gastgewerbepersonal
- Sozial-/PädagogInnen
- Verwaltungskräfte

Mitarbeiterstand

105 angestellte Mitarbeiter unterschiedlichen Beschäftigungsausmaßes
ca. 440 Honorarkräfte

Qualitätsmanagement

- nach dem EFQM Modell

- Jährliches Mitarbeitertreffen mit Vorstellung der Jahresziele und Evaluation der bearbeiteten Ziel
- Arbeit nach dem Regelkreis auf Klienten - , Team - und Organisationsebene
- Beschriebene Prozesse
- Klientinnenbefragungen
- MitarbeiterInnenbefragungen
- Pflegevisiten
- Evaluierungsgespräche durch BK
- Fortbildungen (für neue MA)
- Updates
- Klientinnenbesprechungsgruppen
- Supervision in allen Bereichen
- Mitarbeiterinformationsblatt

Leistungen

Die verschiedenen Leistungen werden annähernd flächendeckend über Tirol angeboten und in 5 dezentralen Bereichsstellen organisiert.

Es werden im Laufe des Jahres ca. zw. 1000-1200 Klienten betreut (919 Stich-tag 31.12.07)

Leistungsfelder

1. Psychosozialer Dienst

Aufsuchender Dienst/Einzelbetreuung:

Kontinuierliche Begleitung in schwierigen Lebenssituationen oder Krisen

Es stehen max. 5 Stunden dafür zur Verfügung (in besonders schweren Fällen auch mehr), das Angebot ist nicht zeitlich begrenzt. Durchschnittliche Betreuungszeit pro Klient ca. 2-3 Stunden /Wo, durchschnittliche Betreuungsdauer ca. 3,5 Jahre.

Grundvoraussetzung für eine Betreuung ist eine psychiatrische Diagnose (fachärztliche Zuweisung) sowie die Rehaillierbarkeit und die Rehaillierbarkeit des Be-

troffenen. Diese wird von Seiten des PSP von einem der Bereichskoordinatoren abgeklärt, von Seiten der Behörden von Amtsärzten und Gutachtern.

Leistungen sind formuliert in Anlehnung an die ‚Tätigkeitsinhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege‘ BAPP (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege)

- Beziehungsgestaltung
- Feststellen, beobachten und dokumentieren des Hilfsbedarfes und dessen Entwicklung (Pflegeprozess)
- Wahrnehmen und beobachten von Krankheitszustand und –entwicklung
- Anregung / Abstimmung therapeutischer, pflegerischer und ergänzender Maßnahmen
- Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt
- Hilfe bei der Medikamenteneinnahme
- Vorsorge bei Eigen- oder Fremdgefährdung und Selbstverletzung
- Kriseninterventionen
- Aktivierung zu elementaren Verpflichtungen, Training von Alltagsfähigkeiten
- Entlastung im Alltag
- Kognitives Training
- Hilfe im Umgang mit beeinträchtigten Gefühlen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen
- Hilfe bei der Tages- und Wochenstrukturierung
- Zusammenarbeit mit Familienangehörigen / Partnern
- Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen Diensten, Fachpersonal und Institutionen im klinischen und außerstationären Bereich

Beratung und Sozialarbeit

Anonym und kostenlos für betreute und nicht betreute Klienten

Beratungsstellen in schwer zu versorgenden Regionen

2. Tagesstruktur

Beschäftigungsinitiativen

Alltagstraining und Einüben lebenspraktischer Fähigkeiten, Ergotherapie, Tagesstruktur

Arbeitsinitiativen/Arbeitstherapie

Höhereschwelliges Angebot ,Geschenksartikelproduktion, Versand, Auftragsarbeiten, Anlagenpflege

Kräuterfeld

Hier handelt sich es um ein spezielles Angebot mit dem Hintergrund des ganzheitlichen Ansatzes

Arbeiten von der Pflanzung über Pflege und Ernte, Verarbeitung bis hin zur Verpackung sowie Verkauf werden von Klienten durchgeführt. Produziert werden dort hauptsächlich Tee's, welche selber gemischt werden, aber auch Kräuterbäder, Kräutersalze ect.

Mit Unterstützung der Betreuungspersonen und einer Psychotherapeutin sollen die Klienten die Möglichkeit haben Zusammenhänge zu erkennen und die eigene Lebensgeschichte/ - situation auf diesem Hintergrund zu betrachten um wieder Zukunftsperspektiven zu entwickeln

3. Betreutes Wohnen

Individuell gestufte Hilfs- und Rehangebote im geschützten Rahmen.

9 Wohngemeinschaften und 2 Wohnheime überregional

4. Arbeit

Arbeitstraining Transform: Training von Arbeitsgrundfähigkeiten

Parkcafe: Kombiniertes Arbeitstraining – Werksküche im Transform, dort erlernte Fähigkeiten werden im Cafehausbetrieb (PKH Hall) in einem begleitem Praktikum erprobt

5 Spezielle Angebote

Projekt Return (Forensik): (AD, BI, AI, Betreutes Wohnen, Arbeitstraining)

Betreut werden geistig abnorme Rechtsbrecher die bedingt entlassen werden und gerichtliche Auflagen zu erfüllen haben (derzeit ca. 40 Klienten)

Alkohol:

Betreut werden abstinenzorientierte Alkoholabhängige Personen in allen Einrichtungen

All diese Angebote sind für jeden Klienten zugänglich selbstverständlich finden auch intensive interne Vernetzungen statt.

Der Verein PSP Tirol hat sich aufgrund seiner qualitativ hochwertigen Arbeit und dem breit gefächerten Angebot etabliert und ist zweitgrößter Rehaanbieter des Landes Tirol.

Der Aufsuchende Dienst ist durch die jahrelange Erfahrung eine große Stärke des Vereins. Das Angebot kommt dem Selbsthilfeprinzip und der Normalität am nächsten und ist von der Größe und Intensität einzigartig in Österreich.

Die Lebensqualität der betreuten Klienten und deren Angehörigen kann durch die Maßnahmen deutlich verbessert werden, v.a. auch wegen der Verringerung von stationären Aufnahmen.

Durch die ständige Öffentlichkeitsarbeit (es werden z.B. kostenlose Vorträge in ganz Tirol in Zusammenarbeit mit den Sozialsprengeln organisiert - Depression, Salutogenese, Angst und Panik, Schulvorträge etc.) und die starke Präsenz gibt es auch eine Steigerung der Akzeptanz und des Verständnisses in der Gesellschaft.

Der Stellenwert der extramuralen Einrichtungen im Vergleich zu den stationären ist immer noch ein geringerer, die Wichtigkeit einer flächendeckenden ambulanten Versorgung wird aber in Zukunft immer größer werden.

Unterstützung einer spontan gebildeten Selbsthilfegruppe mittels Supervision durch Pflegende einer Psychotherapietagesklinik

Rolf Brunner, Momo Christen

Einleitung

Der Begriff „Recovery“ bedeutet soviel wie: Wiederherstellung der Gesundheit, Erholung oder Genesung [1]. Im Zusammenhang mit psychischen Störungen und Suchtkrankheiten handelt es sich beim Recovery-Ansatz nicht um ein Behandlungskonzept zur Symptomreduktion, sondern um ein Modell, das Erfahrungen aus der Selbsthilfe und aus Erfahrungen mit Peer-Support zusammenfasst und nutzbar macht. Recovery orientiert sich an den persönlichen Werten und Zielen von Betroffenen [2]. Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung können Betroffene ihre oft negative Wahrnehmung verändern und neue Perspektiven entwickeln, die ihnen ein zufriedenes und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Die Erfahrungen Betroffener zeigen, dass ein „gutes Leben“ keine Symptommfreiheit voraussetzt.

„Recovery“ ist ein individueller und sehr persönlicher Prozess, der von den Betroffenen unterschiedlich erlebt und umgesetzt wird. Einige der wichtigsten Kernelemente wie Hoffnung, unterstützende Beziehungen oder Selbstbestimmung, werden jedoch in zahlreichen Erfahrungsberichten genannt [3]. Ein wichtiges Element der individuellen Recovery ist in vielen Fällen auch das Engagement für andere und das Austauschen und Weitergeben von Erfahrungen, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen oder Peer-Support-Projekten [4].

Ein Beispiel dafür ist die im Folgenden beschriebene, spontan gegründete und von einer ehemaligen Patientin der Psychotherapie-Tagesklinik (Frau C.) geleitete Selbsthilfegruppe für Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung.

Die Psychotherapie-Tagesklinik (PTK)

Die Psychotherapie-Tagesklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (PTK) bietet flexible psychotherapeutische Behandlungsbausteine für erwachsene Menschen mit meist langjährigen Angst- und Zwangserkrankungen, Ess-

störungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen an. Das Angebot der PTK richtet sich aber auch an Menschen in besonders schwierigen und belastenden Lebensumständen, in denen eine Weiterentwicklung nachhaltig blockiert scheint.

Die Therapie findet in einem teilstationären Rahmen statt (Montag bis Freitag, jeweils von 08.30 bis ca. 17.00 Uhr) und dauert in der Regel 3 bis 4 Monate. In ihrer therapeutischen Arbeit orientiert sich die PTK an einem multimodalen Behandlungskonzept. Dies bedeutet, dass in Einzel- und Gruppentherapien verschiedene psychotherapeutische Ansätze und Methoden integrativ miteinander kombiniert werden. Im Rahmen dieses Therapieangebotes wird ein „Skills-Training“ zur besseren Bewältigung schwer kontrollierbarer Verhaltensweisen, Gefühlen oder Impulsen angeboten, welches auch modifizierte Elemente der Dialektisch Behavioralen Therapie DBT umfasst [5]. Diese sogenannten „Emotionsregulationsgruppen“ (EmoReg) werden einmal wöchentlich während 90 Minuten durchgeführt und können nach dem Abschluss der tagesklinischen Behandlung auch ambulant (= externe EmoReg) besucht werden.

Frau C

Die heute 38 jährige Frau C wuchs in einer Familie auf, in der Gewalt, Alkoholismus und sexueller Missbrauch alltäglich war.

Schon sehr früh dämpfte sie ihre schlechten Gefühle so, wie sie es bei ihren Vorbildern sah: mit Alkohol, Drogen und Medikamenten.

1991 folgte dann die erste Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Diesem Aufenthalt folgten immer weitere Einweisungen in Drogentherapien, Spitäler und Kliniken. Nichts half gegen ihre Spannungen und den Wunsch, zu sterben. Immer häufiger verletzte sie sich selber durch Zufügen von Verbrennungen, sich Schneiden bis zur chirurgischen Wundversorgung, oder mit geschlossenen Augen über die Strasse gehen.

2004 wechselte sie zu einem Psychiater, welcher ihr das Medikament Leponex verschrieb. Zum ersten Mal seit Jahren konnte sie wieder schlafen. Die Spannungszustände aber blieben und sie dachte, dass die Selbstverletzungen einfach zu ihr gehörten. Diagnosen: Depressionen, Politoxikomanie, Borderline Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen

und dissoziative Störungen (Lähmungen der Beine).

Ende 2005 hörte sie von der PTK. Nach ca. 30 Klinikaufenthalten und täglichen Selbstverletzungen glaubte sie selber nicht mehr an eine Genesung. Die Wende kam für sie dann ganz unerwartet während des Therapieaufenthaltes auf der PTK Anfangs 2006. Dort besuchte sie auch die interne EmoReg-Gruppe, begann sich selber und ihr Verhalten besser zu verstehen und lernte mit verschiedenen Strategien und Fertigkeiten, ihre inneren Spannungen und Gefühle besser zu regulieren.

Ein Jahr später machte sie erneut eine Therapie in der PTK, um zu vertiefen, was sie ein Jahr zuvor gelernt hatte und auch um den extremen Cannnabis Konsum zu stoppen. Auch in dieser Zeit besuchte sie wieder die EmoReg-Gruppe und machte erstaunliche Fortschritte, welche sie auf diese Gruppe zurückführt.

Mit Hilfe der später beschriebenen vier Module hatte sie gelernt, ihre Gefühle besser wahrzunehmen, ihre Stresstoleranz zu erhöhen und sich bei Spannungszuständen nicht mehr selber zu verletzen.

Ihr Zustand ist seit 2006 stabil, es folgten keine weiteren Einweisungen in psychiatrische Kliniken.

Die eigene Emo-Reg-Gruppe

Ab Sommer 2007 konnte die PTK aus Kapazitätsgründen keine externe Emo-Reg-Gruppe mehr anbieten. Frau C. beschloss spontan, diese Lücke zu füllen und selber eine ambulante Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation zu gründen; einerseits für sich selbst, aber auch, um als verantwortliche Leiterin einer solchen Gruppe andern etwas von ihren Erfahrungen und Kenntnissen weiterzugeben. Sie fühlte sich zu diesem Entscheid ermutigt durch die eigenen Erfahrungen. Als Betroffene hat sie selber viele positive Erfahrungen mit dieser Gruppe machen können und psychologische Fragen hatten sie schon immer interessiert. Sie hatte bemerkt, dass ihr der Aufenthalt in der PTK zwar etwas brachte, dass die Stimmungsschwankungen und auch der damit aufkommende Drang zu selbstverletzendem Verhalten jedoch weiterhin ein Thema blieben. Mit den vier Modulen der Emotionsregulations-Gruppe hatte sie jedoch für sich selbst etwas „Konkretes“ erhalten, um auf Dauer mit ihren immer wiederkehrenden hohen Spannungen bewusster umgehen zu können.

Die 4 als besonders hilfreich erlebten Module sind Folgende: 1. Innere Achtsamkeit, 2. Stresstoleranz, 3. Umgang mit zwischenmenschlichen Fertigkeiten, 4. Bewusster Umgang mit den eigenen Gefühlen [5].

Frau C. besprach ihr Vorhaben mit ihrer ehemaligen Therapeutin und mit MitarbeiterInnen aus dem Pflorgeteam der PTK, mit ihrem Ehepartner und weiteren Personen. Sie erhielt von allen Gesprächspartnern positive Feedbacks. Die breite Unterstützung war für Frau C. sehr motivierend und unterstützte sie in ihrem Prozess des Rollenwechsels von der Patientenrolle zur selbständigen Leiterin einer Selbsthilfegruppe. Die erste Sitzung der Gruppe fand im August 2007 statt. Durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit als Köchin in der „Prärie“ (Gasküche einer Kirche) konnte sie unentgeltlich einen Raum für die Sitzungen benutzen. Der Vertrag ist jeweils auf ein Jahr befristet und die Treffen müssen unentgeltlich angeboten werden.

Die von Frau C. geleitete „Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation“ richtet sich an Personen mit einer Borderline-Erkrankung, posttraumatischer Belastungsstörung oder an andere Interessierte. Die Sitzungen à 90 Minuten finden wöchentlich statt und sind unentgeltlich. In einem Vorgespräch mit der Kursleiterin, Frau C., werden die Interessierten über die Ziele und Teilnahmebedingungen der Gruppe informiert. Zusätzlich hat Frau C. einen Flyer kreiert, in dem die Gruppe beschrieben ist.

Die Emo-Reg-Selbsthilfegruppe versteht sich in erster Linie als Übungsgruppe, in welcher die TeilnehmerInnen lernen, mit hohen Spannungen umzugehen.

Durch die Teilnahme an den Treffen sollen folgende Fertigkeiten gefördert werden:

- Befriedigende Beziehungen aufrechterhalten
- Stimmungsschwankungen regulieren
- Spannungen und Frustrationen aushalten
- Achtsam mit sich selbst und anderen umgehen

Verringert werden sollen:

- Chaotische Beziehungen
- Starke Gefühls- und Stimmungsschwankungen
- Übermäßige Impulsivität

- Identitätsunsicherheit und Denkstörungen

Die TeilnehmerInnen sollen neue Fertigkeiten erlernen, mit deren Hilfe sie Verhaltens- Gefühls und Denkmuster verändern können. Dadurch sind sie in der Lage besser mit psychischen Belastungen und Schwierigkeiten im Alltag umzugehen. Zu den Teilnahmebedingungen gehört unter anderem die Bereitschaft, weiterhin eine ambulante Therapie bei einem Psychiater durchzuführen und den Vertrag der EmoReg-Gruppe einzuhalten. Dieser verbietet den Konsum von Alkohol und Drogen während den Sitzungen. Diese Regelungen sollen sicherstellen, dass die Teilnehmenden neben der Selbsthilfegruppe auch eine professionelle therapeutische Betreuung haben. Dadurch soll verhindert werden, dass Frau C. in die Rolle einer verantwortlichen Einzeltherapeutin gerät. TeilnehmerInnen, welche der Gruppe 3 Mal unentschuldigt fernbleiben, verlieren ihren Anspruch auf einen Platz. Zudem müssen sich alle TeilnehmerInnen verpflichten, vertrauliche Informationen nicht an Dritte weiterzugeben. Betroffene, die sich in einer akuten Krise befinden, dürfen nicht an den Sitzungen teilnehmen.

Zurzeit kommen etwa 7 Personen regelmässig zu den Sitzungen. Die Zahl blieb seit dem Start im Sommer 2007 etwa konstant. Es gab im letzten Jahr zwei Austritte wegen Zeitmangels der TeilnehmerInnen durch Prüfungsvorbereitungen und zwei Neueintritte. Die Treffen finden immer noch in der Prärie statt, doch der Vertrag ist bis Ende August 2008 befristet. Beim Selbsthilfezentrum wurde Frau C. jetzt aber auch ein Raum zur Benutzung angeboten. Pro Abend müsste sie 20.- Franken bezahlen, inklusive Benutzung der Küche. Sie hat sich jedoch noch nicht definitiv entschieden.

Unterstützung durch das PTK-Team

Die MitarbeiterInnen der PTK standen diesem Vorhaben von Anfang an sehr positiv gegenüber und ermunterten die Betroffene, diesen Schritt zu wagen. Sie boten ihrerseits Unterstützung in Form von Supervision an und offerierten Starthilfe bei der Planung der Sitzungen und der Klärung von Fragen oder Anfangsschwierigkeiten. Für das Team der PTK war es wichtig, diese Supervisionen durchzuführen, um dem gesamten Prozess auch weiterfolgen zu können. Zwei dieser Sitzungen wurden dann bereits vor dem Projektstart durchgeführt. Dort wurden vor allem der Ablauf und die Planung der Sitzungen besprochen.

Wie kann man zum Beispiel starten, wo könnten Schwierigkeiten auftreten, welche Module sollten wann vermittelt werden etc. Frau C. hat anschliessend den Ablauf und die einzelnen Module zu Hause mit ihrem Partner geübt und so ihre Fertigkeiten verbessert. Zudem konnte Frau C. zu diesem Zeitpunkt (August 2007) aus der Behandlung der PTK austreten. Sie hatte das Ziel zur „Selbstbefähigung“ von Seiten des Teams erreicht.

Eine weitere Supervision wurde kurz nach Startbeginn der EmoReg-Gruppe und die zwei Letzten nach ca. einem halben Jahr durchgeführt. Die Gruppendynamik verlief von Anfang an sehr positiv und Frau C. konnte ihr enormes Fach- und Erfahrungswissen einbringen. Sie selber bezeichnet die Supervisionen als eine Art Weiterbildung. Irgendwann habe es diese aber nicht mehr gebraucht, weil keine Fragen mehr im Raum standen. Falls jedoch später einmal Unklarheiten auftauchen würden, könnte sie sich jederzeit an das Selbsthilfezentrum wenden.

Erfahrungen der Betroffenen und des Teams

Sowohl von Seiten der PTK als auch von Frau C. fällt das Fazit dieses Projektes durchwegs positiv aus. Ganz im Sinne des Recovery-Konzeptes wurde die Betroffene dazu ermuntert, ihre eigenen Wünsche und Ideen zu verwirklichen und das Team der PTK hat sie darin unterstützt. Frau C. kann als Betroffene für andere, die in ihrem Recovery-Prozess auf ähnliche Schwierigkeiten stossen, von grosser Bedeutung sein [3]. In ihrer Rolle als Leiterin der Selbsthilfegruppe sieht sich Frau C. als Profi. Zuhause sei sie jedoch wie alle anderen und erlebe auch den gleichen Frust. Sie lebe hier zwei verschiedene Rollen aus.

Frau C. hat sich mit sehr viel Herzblut für diese Gruppe engagiert. Neben den persönlichen Erfahrungen als Betroffene kann sie inzwischen auch viel Fachwissen einbringen. Sie bildet sich weiter, indem sie Vorträge und Weiterbildungen besucht, Bücher liest und sich nach wie vor stark für diese Themen interessiert.

Fazit

Das Zustandekommen dieser Gruppe war durch eine glückliche Konstellation von Umständen möglich und kann nicht einfach zum Regelfall gemacht wer-

den. Das Beispiel zeigt aber das grosse Potential, das im Bereich der Selbsthilfe und des Peer-Supports vorhanden ist und oft brachliegt.

Das Erkennen, Anregen und Fördern von solchen oder ähnlichen Selbsthilfe- und Peer-Support-Initiativen sollte viel bewusster in den Pflegealltag eingebaut werden. Die Unterstützung entsprechender Initiativen durch Pflegende mittels Coaching oder Supervision der Betroffenen ist eine sinnvolle Form der Unterstützung von Recovery und eine bereichernde Erweiterung der pflegerischen Arbeit in den Institutionen.

Literatur

1. Wikipedia. Recovery-Modell. <http://de.wikipedia.org/wiki/Recovery-Modell> (07.07.2008)
2. Amering M, Schmolke M (2006) Hoffnung-Macht-Sinn: Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. *Managed Care* 1/2006:20-22.
3. Knuf A (o Jg)., Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus - Eine Annäherung an das Recovery Konzept, www.beratung-und-fortbildung.de (07.07.2008)
4. Knuf A (2008) Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus: Genesung auch bei langzeiterkrankten Menschen. *Kerbe* 1/2008:8-11
5. Linehan, M (1996) Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien

Pflege psychisch kranker Menschen: Ansichten von innen

Susanne Schoppmann

Abstract

Hintergrund/Problemstellung

Im deutschen Sprachraum wird derzeit diskutiert, welche Anpassungen die psychiatrische Pflege vornehmen muss, um ein zukunftsfähiges Berufsprofil zu entwickeln und wie sie sich bei einer möglichen Umverteilung von Aufgaben in der psychiatrischen Versorgung darstellen und positionieren kann. Dazu ist es notwendig zu beschreiben welches die jetzigen Aufgaben der psychiatrisch Pflegenden sind.

Zielsetzung

Mit der Beschreibung der Aufgaben und Tätigkeiten der psychiatrisch Pflegenden wird die Zielsetzung verfolgt das Wissen und Können der Berufsgruppe zu explizieren und damit für die Diskussion sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch im interdisziplinären Diskurs zugänglich zu machen.

Methode und Material

Zur Datenerhebung wurde die teilnehmende Beobachtung eingesetzt. Sie erfolgte über einen Zeitraum von 11 Monaten auf 14 psychiatrischen Stationen in drei unterschiedlichen Behandlungsbereichen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Die Beobachtungsinhalte wurden in Form von Feldprotokollen aufgezeichnet und mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Zur Validierung der sich abzeichnenden Ergebnisse wurden Gruppendiskussionen mit den Pflegenden der Klinik geführt.

Ergebnisse

Die Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegenden in der psychiatrischen Klinik Münsterlingen lassen sich anhand von Situationsbeschreibungen in 12 Kategorien zusammenfassen:

- Milieugestaltung

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Medizinische Betreuung
- Pflegesituationen gestalten
- Geplante Pflegeinterventionen
- Zusammenarbeit mit anderen Stationen und Einrichtungen
- Dokumentation und Information
- Das Ganze im Blick haben
- Lehren und lernen
- Beziehungsgestaltung
- Reflektion
- Humor

Diskussion

Viele der in den jeweiligen Kategorien beschriebenen Aufgaben und Tätigkeiten finden sich in der Fachliteratur zur psychiatrischen Pflege wieder. Die Kategorie „*Das Ganze im Blick haben*“ bildet hiervon eine Ausnahme. In dieser Kategorie spiegeln sich die Aufgaben und Tätigkeiten, die in den anderen Kategorien beschrieben sind, wie in einem Brennglas wider. Dabei kann die permanente Vigilanz und Handlungsbereitschaft der Pflegenden als zentrales Element dieser Kategorie gelten, allerdings ohne von den Pflegenden selbst als eigenständige Arbeitsanforderung wahrgenommen zu werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der in der Kategorie „*Pflegesituationen gestalten*“ beschriebenen Aufgaben unterscheiden sich in den einzelnen psychiatrischen Behandlungsbereichen. Trotz dieser Unterschiede zeigt sich in der Beschreibung der Gestaltung der jeweiligen Pflegesituationen, dass diese dazu dienen die Patientinnen und Patienten im Schutz und im Erhalt ihrer Identität zu unterstützen.

Schlussfolgerung

Dass sich der überwiegende Teil der dargestellten Kategorien in der psychiatrischen Pflegefachliteratur wiederfindet, deutet darauf hin, dass sich damit eine Art „Grundgerüst“ psychiatrischer Pflege beschreiben lässt. Darüber hinaus zeigen die Situationsbeschreibungen wie breit gefächert und ans-

pruchsvoll das Aufgabenfeld der psychiatrischen Pflegenden ist und welches ihr alltäglicher Beitrag zu Recovery ist.

Passen Recovery und psychiatrische Pflege zusammen

*Ian Needham, Fritz Frauenfelder, Franziska Rabenschlag,
Christoph Abderhalden*

Zusammenfassung

Das Recovery-Konzept findet auch im deutschsprachigen Raum zunehmende Verbreitung. Recovery kann dargestellt werden als „eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt“. In der psychiatrischen Pflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind uns keine konkreten Recovery-orientierten Projekte bekannt. Es werden deshalb drei Projekte aus dem Ausland dargestellt. Die zahlreiche Ähnlichkeiten und Schnittstellen zwischen dem Recovery-Konzept und der psychiatrischen Pflege lassen erwarten, dass die Recovery-Förderung Einzug in die psychiatrische Pflege halten wird, vorausgesetzt, es gelingt den Psychiatriepflegerinnen, gewisse Hindernisse anzugehen.

Psychiatrische Pflege

Das heutige Verständnis von psychiatrischer Pflege lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: *„Pflege ist eine Praxiswissenschaft, die sich mit menschlichen Erfahrungen, Bedürfnissen und Reaktionen in Zusammenhang mit Lebensprozessen, Lebensereignissen und aktuellen oder potentiellen Gesundheitsproblemen befasst. Als Wissenschaft generiert und überprüft sie Fachwissen über pflegerelevante gesundheitliche Phänomene und über entsprechende Interventionen. Als Praxis unterstützt sie Individuen und Gruppen im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags und beim Streben nach Wohlbefinden, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existentiellen Erfahrungen“* [1:37]. Pflege in der Psychiatrie umfasst ferner [2]:

- Die Beeinflussung psychischer Krankheiten durch Maßnahmen im Bereich des konkreten Alltagslebens der Patientinnen und Patienten.
- Hilfe für psychisch Kranke, Krankheitsfolgen und krankheitsbedingte Schwierigkeiten im Alltagsleben auszuhalten, zu mildern oder zu bewältigen.
- Unterstützung für psychisch Kranke, ihren Alltag auf eine Art und Weise zu gestalten, welche zu einem größtmöglichen Maß an seelischer Gesundheit und Wohlbefinden beiträgt und ihnen und ihrer Umwelt gerecht wird.
- Hilfe für Angehörige und andere Personen im Umfeld der Patientinnen und Patienten bei der Gestaltung des Zusammenlebens und der Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten.

Recovery

Die Ursprünge der Recovery-Bewegung liegen in den 30 Jahren des vergangenen Jahrhunderts und stammen aus den USA. Der englische Begriff Recovery bedeutet „sich erholen“ oder „genesen“ und ist ein wichtiges Konzept der Selbsthilfebewegung für Menschen mit psychischen Störungen oder Beeinträchtigungen. Das Recovery-Konzept widerspiegelt das Bestreben psychisch Kranker, trotz psychischen Beeinträchtigungen ein sinnerfülltes, von Hoffnung getragenes Leben zu führen. Im Weiteren bestand eine Unzufriedenheit mit der herkömmlichen Auffassung der Psychiatrie, wonach Merkmale wie Medikamenteneinnahme, Symptomreduktion oder gar -freiheit als „klassische“ Indikatoren für eine Genesung von psychischer Krankheit galten.

Beim Recovery handelt es sich nicht um ein einheitliches, scharf umrissenes Konzept. Dies hängt mit dem Umstand zusammen, dass psychische Krankheiten und deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen ein sehr breites Feld darstellen, wobei die Wege zur Genesung sehr individuell sein können. Stellvertretend für die vielen Recovery-Auffassungen seien hier zwei Beschreibungen erwähnt:

- Recovery-Konzepte beschreiben *„die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben. Es handelt sich dabei meist um individuell fortlaufende Prozes-*

se, die sich an für die einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen orientieren“ [3:97].

- *„Recovery ist ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führe, dass er auch mit bestehenden psychischen Problemen in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“ [4:8].*

In Ermangelung einer allseits akzeptierten Recovery-Definition bieten wir die folgende Beschreibung an:

„Recovery ist eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt“ [5].

Recovery-Projekte in der psychiatrischen Pflege

Die Recovery-Bestrebungen in der psychiatrischen Pflege in den deutschsprachigen Ländern stecken nach unserem Wissensstand noch in den Anfängen. Deshalb seien die folgenden Projekte aus dem Ausland erwähnt.

Der Recovery-Prozess

Die kanadischen Pflegeforscherinnen Sylvie Noiseux und Nicole Ricard untersuchten die Dynamik des Recovery-Prozesses bei Personen, die an Schizophrenie leiden, mit dem Ansatz der gegenstandsbezogenen Theoriebildung. Sie stellten dabei das Wissen und die Erfahrungen der Betroffenen an den Ausgangspunkt ihrer Forschungsarbeit. Zur Erkundung der Vielfältigkeit des Recovery-Prozesses berücksichtigten die Forscherinnen im Sinne der theoretischen Stichprobenbildung Betroffene, die sich sowohl in der stationären Psychiatrie wie auch im außerklinischen Bereich leben, Ferner beteiligten sich Angehörige der Betroffenen sowie professionelle HelferInnen an der Untersuchung. Nach der Analyse umfangreichen Interviewmaterials ermittelten die Forscherinnen gewisse Muster im Recovery-Prozess, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen [6]:

1. Abstieg in die Hölle: Die Krankheit Schizophrenie erzeugt enormes Leiden und führt zum Zusammenbruch von Hoffnungen und Träumen. Oft werden die Betroffenen durch Freunden und Familie ausgegrenzt. Die Über-

wältigung durch Krankheitssymptome erweckt den Überlebenswillen, das unbewusste Hinnehmen der Krankheit wandelt sich zur bewussten Verweigerung der Krankheit.

2. Ein Hoffnungsfunke entsteht: Die Vorherrschaft der Symptome reibt sich mit dem Lebenswillen. Ein Funke der Hoffnung entzündet sich, der anfänglich noch zart und instabil ist. Er spielt jedoch eine zentrale Rolle beim Aufstieg aus der Hölle.
3. Einsicht gewinnen: Wie von selbst und mühelos beginnen die Betroffenen in sich zu schauen. Sie denken über ihr früheres Leben (privat und beruflich) nach und orten Halt bietende Bezugspunkte. Betroffene entdecken ferner Motivationsquellen, die den Lebenswillen speisen.
4. Zurück kämpfen: Der Hoffnungsfunke hilft den Betroffenen aus einer von Symptomen beherrschten Existenz auszubrechen. Betroffene setzen ihre persönlichen Charakterstärken ein und entwickeln einen Kampfgeist.
5. Schlüssel zum Wohlbefinden entdecken: Die Betroffene suchen nach „Schlüssel“ zum besseren Wohlbefinden. Das Finden der richtigen „Schlüssel“ ist ein langwieriger und ständiger Prozess. Einmal gefunden, werden die „Schlüssel“ im Recovery-Kampf eingesetzt.
6. Balance zwischen inneren und äußeren Kräften finden: Manchmal herrscht ein Chaos zwischen dem Innenleben der Betroffenen (unklare psychische Vorgänge, Symptome) und dem Umfeld (Ausgrenzung, Überbehütung durch Familie und Freunde). Die „Schlüssel“ zum Wohlbefinden werden eingesetzt und die Betroffenen verfeinern ihre Strategien im Umgang mit dem dynamischen Zusammenspiel zwischen den internen Stärken und den starken und oft überwältigenden externen Kräften. In dieser Phase nutzen Betroffene Möglichkeiten und Gelegenheiten zur Kontaktnahme mit der „Außenwelt“ und zur Nutzbarmachung von externen Einflüssen. Eine Brücke zwischen der „Innen-“ und „Außenwelt“ entsteht.
7. Lichtblick am Ende des Tunnels: Die Betroffenen bemerken – verstandesoder/und gefühlsmäßig – körperliche, psychische oder soziale Hinweise auf eine Besserung. Das Umfeld der Betroffenen nimmt die Anzeichen der Besserung wahr. Ein Betroffener berichtet: *„...sozial bin ich zugänglicher und andere Leute können mir näher kommen, das gibt den Leuten, die mich unterstützen, ein Gefühl der Sicherheit“* [6:1156].

Es wird darauf hingewiesen, dass sich der Recovery-Prozess nicht notwendigerweise an die obige, beschriebene Abfolge halten muss, denn Recovery ist ein kreativer und höchst individueller Vorgang. Die Autorinnen dieser Studie halten fest, dass Recovery eine lange persönliche Reise ist, die viel Unterstüt-

zung und eine unerschöpfliche Geduld erfordert. Recovery ist ferner ein Prozess der kleinen Schritte, in dem, man trotz Krisen, Rückschläge und Symptomen sein Leben lebt [6:1157].

Das Gezeiten-Modell und Recovery

Während eines Projektes zur Notwendigkeit der Pflege an der Universität von Newcastle entwickelte der schottische Professor für psychiatrische Pflege, Phil Barker sein Gezeiten-Modell (englisch Tidal Model). Das Gezeiten-Modell wurde von der Chaos-Theorie und von den Arbeiten Peplaus zur interpersonellen Pflege inspiriert. Der Begriff Gezeiten bezieht sich auf metaphorische Ähnlichkeiten zwischen der menschlichen Erfahrung und die Eigenschaften des Wassers wie etwa Ebbe und Flut, Fluidität, ständiger Wandel und Unvorhersagbarkeit [7:235]. Wegen der Fluidität der menschlichen Erfahrung erfordert das Modell flexible und individualisierte Reaktionen auf Menschen [7:236]. Interessant ist der Umstand, dass Barker Begriffe wie PatientInnen, KlientInnen oder Kranke vermeidet und von Personen spricht. Zentral in Barkers Modell ist das Verstehen von Personen. Barker unterscheidet drei Dimensionen der Person im Gezeiten-Modell:

- Die Welt-Dimension: als die Validation oder Wertschätzung der Erfahrung (etwa Verzweiflung, Bedrängnis oder Krankheit) der Person durch andere.
- Die Selbst-Dimension: Das Bedürfnis nach emotionaler und physischer Sicherheit.
- Die Anderen-Dimension: Die Betonung der notwendigen Unterstützung und die Inanspruchnahme von Leistungen.

Die „Geschichte“ der Person steht im Zentrum des Modells, denn über die „Geschichte“ tritt man erst in Kontakt mit der Lebenswelt der Person. Barker legt großen Wert darauf, dass die Bedürfnisse und Probleme der Person in deren Sprache festgehalten und nicht in ein psychiatrisches Jargon übersetzt werden, das die Aufmerksamkeit von der gelebten Erfahrung der Person weglenkt [7, p. 237]. Betroffene Personen und Pflegende machen sich auf eine gemeinsame Entdeckungsreise und suchen nach Problemlösungen. Das Gezeiten-Modell orientiert sich nicht an der „evidenzbasierten Praxis“, die sich laut Barker für Populationen aber nicht für Individuen eignet. Barker spricht in diesem Zusammenhang von der „persönlichen Wissenschaft der Person“ und anderswo von der „praxisbasierten Evidenz“. Im Vorwort zum Barkers Buch

über das Gezeiten-Modell schreibt die Psychiatrieerfahrene Sally Clay: *„Das Gezeiten-Model macht eine authentische Kommunikation und das Erzählen unserer Geschichten zum Kernstück der Therapie. Damit wird die Behandlung psychischer Krankheiten zu einem persönlichen und humanen Bemühen im Gegensatz zu der Unpersönlichkeit und Objektivität der Behandlung im konventionellen Psychiatriesystem. Es fühlt sich an wie mit Freunden und Kollegen zusammen zu arbeiten eher als mit einer Art ‚höhergestellten‘ Versorgern. Man knüpft Verbindungen mit sich selbst und mit anderen anstatt in einer eigenen funktionsgestörten Welt isoliert zu sein“* [8].

Die Recovery-Bündnis-Theorie

Die in der Republik Irland tätigen Psychiatriepflegefachleute Maureen Jubb-Shanley und Eamon Shanley haben einen Recovery-Ansatz [9] entwickelt, bei dem das Bündnis zwischen Betroffenen und Pflegenden im Vordergrund steht. Dieser Ansatz betont die Beteiligung der Betroffenen und rückt das klassische kurative Modell der Medizin in den Hintergrund. Wichtige Grundpfeiler Ansatzes sind die Anerkennung der Betroffenenensicht, der Verzicht auf eine „Fremddiagnostik“ zur Minimierung der Machtgefälle zwischen Betroffenen und Pflegenden und die partnerschaftliche Beziehungsgestaltung. Ausgehend von der Problemsicht der Betroffenen werden im Arbeitsbündnis konstruktive Problemlösungen angestrebt. Pflegende helfen den Betroffenen zu erkennen, wie sie eigene Kräfte, Ressourcen und Strategien entwickeln und für Problemlösungen nutzbar machen können. Dies erfordert von Seiten der Betroffenen ein hohes Mass an Eigenverantwortung für ihr Wohlergehen und die Bereitschaft, Kontrolle darüber auszuüben. In dieser Theorie nehmen die Betroffenen eine Expertenrolle ein mit Blick auf ihre Erfahrung und Wahrnehmung. Die Pflegenden sehen ihre Expertise in der Unterstützung in kognitiven und emotionalen Veränderungsprozessen.

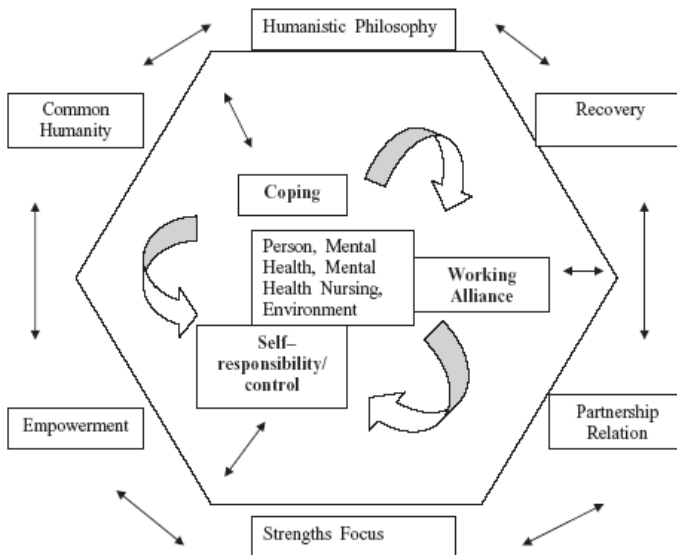
Grafisch lässt sich die Recovery-Bündnis-Theorie von Shanley und Jubb-Shanley folgendermaßen darstellen (Abbildung 1):

Vergleich zwischen Recovery und psychiatrischer Pflege

Andreas Knuf, psychologischer Psychotherapeut und Mitarbeiter des psychologischen Teams der Schweizerischen Stiftung Pro mente sana, ist ein grosser

Kenner der Recovery-Szene erarbeitete eine Gegenüberstellung zwischen dem Recovery-Ansatz und der Orientierung der konventionellen Psychiatrie [4, S. 9]. Die Gegenüberstellung – obwohl ein wenig „idealtypisch“ und vielleicht etwas „karikiert“ – zeigt wichtige Unterschiede zwischen den Orientierungen auf. In der folgenden Tabelle 1 erscheint zum Vergleich eine Beschreibung der psychiatrischen Pflege nach demselben Raster.

Abbildung 1: Recovery-Bündnis-Theorie



Aus der Tabelle geht hervor, dass viele Gemeinsamkeiten und Schnittstellen zwischen dem Recovery-Ansatz und der derzeitigen Auffassung psychiatrischer Pflege existieren. Dieser Vergleich darf nicht zum naiven oder zum über-enthusiastischen Schluss führen, dass wir in der psychiatrischen Pflege nach dem Recovery-Konzept arbeiten würden. Im Gegenteil: Wahrscheinlich können wir Psychiatriepflege-Profis gar nicht nach dem Recovery-Konzept arbeiten. Hierzu Andreas Knuf: „Die Rolle der Professionellen im Recovery-Prozess“ verhält sich ähnlich wie bei Empowerment: Beides können nur die Betroffenen selbst vollbringen, wir können nur fördern, ermutigen, begleiten, anregen.

Tabelle 1: Gegenüberstellung Recovery - konventionelle Psychiatrie - Pflege

	Recovery-Ansatz [4]	Konventionelle Psychiatrie*	Psychiatrische Pflege [10]
Ziele	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; gesellschaftliche Integration (inclusion), Gesundheit	Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, berufliche Wiedereingliederung	Bewältigung des Alltags, Erhaltung, Anpassung, Wiederherstellung physischer, psychischer und sozialer Funktionen.
Per-spektive	Zufriedenes Leben ist für alle Betroffenen möglich. Manchmal gelingt auch eine völlige Gesundung von der Erkrankung und deren Folgen.	Keine „falschen Hoffnungen“ machen; „vita minima“ muss hingenommen werden; wer keine Symptome hat, kann froh sein	Größtmögliches Mass an seelischer Gesundheit und Wohlbefinden im konkreten Alltag.
Hilfen	Alle Hilfen, die da Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung fördert; Peer-Support erhält hohe Bedeutung	Klassisches psychiatrisches Angebot; Fokus auf Medikation	Strategien in partnerschaftlicher Beziehung mit den Betroffenen entwickeln (Pflegekonzepte wie Coping, Selbstpflege, Realitätsbezug, Wohlbefinden)
Hoffnung	Wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für professionelle Arbeit.	Bezieht sich lediglich auf die Wirkung der Medikamente und der übrigen Behandlung, ansonsten keine besondere Bedeutung	Hoffnung wird als Konzept in der (psychiatrischen) Pflege verwendet (etwa NIC Hoffnung vermitteln oder die Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit)
Selbsthilfe	Selbsthilfe ist zentral für den Recovery-Prozess. Ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbsthilfeförderung ist selbstverständliches Element jedes Behandlungsangebots.	Selbsthilfe trägt zur Symptomreduktion wenig bei und wird von professioneller Seite kaum gefördert	Selbstpflege (nicht nur im Sinne von Orem) nimmt eine zentrale Stellung ein.
Selbstverantwortung	Die Übernahme von Selbstverantwortung ist ein wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeutet auch den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen	Hilfe erfolgt durch Medikation und Behandlung; Selbstverantwortung kann die Compliance reduzieren und die Behandlung erschweren und wird daher nicht gefördert, sondern durch einseitige biologische Erklärungsmodelle eher behindert	Selbstverantwortung wird gefördert, PatientInnen werden in den Pflegeprozess einbezogen, die PatientInnen werden motiviert, Selbstverantwortung für den Einsatz ihrer Ressourcen zu übernehmen

Daher wäre es ja besser, wenn wir Fachleute von Recovery-Förderung sprechen würden.“ Selbst auf dem Weg hin zu einer Recovery-Orientierung muss viel Arbeit geleistet und viele Hindernisse überwunden werden. Hierzu einige Hinweise:

- Besonders im Umgang mit LangzeitpatientInnen (oder „chronischen“ PatientInnen) müssen wir unsere eigene pessimistische Haltung überwinden, die wohl zur sekundären, „nosokomialen“ Stigmatisierung der PatientInnen beiträgt.
- Wir müssen uns vermehrt an Ressourcen und weniger an Defiziten orientieren.
- Wir müssen aktiv am Rollenwechsel von ExpertInnen zu Begleitenden und Unterstützenden in einer gleichwertigen Partnerschaft [11] arbeiten.
- Wir müssen den Machtverlust, und die Abgabe der Verantwortung [11] wagen und verkraften.
- Wir müssen einsehen und zugestehen, dass wir als Pflegende zunächst einmal viel zu lernen haben von den Betroffenen selber, dass wir unser Profi-Fachwissen durch jenes Wissen aus der persönlichen Erfahrung der Betroffenen ergänzen und zum Teil wohl auch korrigieren müssen [12].
- Recovery-orientiertes Arbeiten bedingt verstärkt individuelle, kreative und offene Ansätze als das, was wir heute im Rahmen von Programmen und standardisierten Abläufen in der institutionellen Psychiatrie in der Regel tun [12].
- Wir müssen Einfluss auf unsere Arbeitsumgebung dahingehend geltend machen, dass eine Recovery-Förderung möglich ist. Sowers [13] hat einen Katalog von Indikatoren entwickelt, der anzeigt inwiefern eine Institution recovery-orientiert arbeitet. Hierzu gehören Merkmale wie etwa die aktive Beteiligung der NutzerInnen an strategischen Planungsprozessen der Organisation oder die Anstellung von Psychiatrieerfahrenen und solche mit Behinderungen als MentorInnen und BeraterInnen.

Dieser Aufsatz zeigt, dass es offensichtliche Gemeinsamkeiten zwischen dem Recovery-Konzept und der psychiatrischen Pflege gibt. Deshalb wagen wir die Prognose, dass man in Zukunft vermehrt mit Recovery-orientierten Aktivitäten in der Psychiatriepflege zu rechnen hat.

Literatur

1. Sauter D, et al (2006) Lehrbuch Psychiatrische Pflege, Bern: Huber.
2. Abderhalden C, Needham I (2008) Psychiatrische Pflege und psychische Gesundheit - Pflegeverständnis, Pflegeprozesse, Pflegeorganisation, Arbeitsfelder und aktuelle Herausforderungen. In: Oggier W (Hrsg) Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch. Basel:Schwabe
3. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
4. Knuf A (2008) Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. Kerbe, 2008(1): 8-11
5. Rabenschlag F, Needham I (in Vorbereitung) Recovery. In: Sauter D, et al (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber
6. Noiseux S, Ricard N (2008) Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. Int J Nurs Stud 45(8): 1148-1162
7. Barker P (2001) The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 8(3): 233-240
8. Clay S (2005) A view from the USA. In: P. Barker P, and P. Buchanan-Barker P (Hrsg) The Tidal Model: A guide for mental health professionals. London: Brunner-Routledge
9. Shanley E, Jubb-Shanley M (2007) The recovery alliance theory of mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 14(8):734-743
10. Sauter D, et al (2005) Lehrbuch Psychiatrische Pflege (2 Aufl). Bern: Huber
11. Jubb-Shanley M, Shanley E (2007) Trialling of the Partnership in Coping System. J Psychiatr Ment Health Nurs 14(3)226-232
12. Needham I, et al (2008) Recovery und psychiatrische Pflege: Arbeit im Bündnis mit den Betroffenen. Pro mente sana aktuell (im Druck)
13. Sowers W (2005) Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. Community Ment Health J 41(6): 757-74

Pflege als menschliche Zuwendung

Sabine Weißflog, Jürgen Rave, Willi Kazmaier

Einleitung

Warum sprechen wir zu Beginn des 21. Jahrhunderts über Pflege in menschlicher Zuwendung? Setzt man nicht voraus, dass diese menschliche Zuwendung zum Erkrankten natürlich ist? Was ist menschliche Zuwendung und wie zeigt sich diese Zuwendung in der Pflegepraxis? - Viele Fragen, deren Beantwortung dieser Vortrag folgen möchte.

Hintergrund

Betrachten wir die demografische und epidemiologische Entwicklung der Bevölkerung zeigt sich, wie auch die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflege bereits aussagt, ein gesundheitsfördernder Auftrag. Das heißt, die Ressourcen und Potentiale des Menschen gemeinsam zu erkennen, zu stärken und zu fördern.

Folglich müssen in stationärer Behandlung wie auch im tatsächlichen Alltag psychisch Erkrankter Ansätze entwickelt werden, die diesem Auftrag entsprechen.

In einer Zeit zunehmender menschlicher Distanzierung fangen Pflegende an, sich ihrer eigentlichen Bestimmung – einer zwischenmenschlichen Zuwendung – zu besinnen, mit dem Wunsch nach einer tatsächlichen Bedürfnisorientierung am Anderen.

Schauen wir uns im Krankenhaus um und sprechen mit Pflegenden³, so fühlen sich diese zunehmender Technologisierung und Bürokratisierung ausgesetzt.

So verfügen wir über Kommunikationsmittel, die es ermöglichen, eine Pflegeplanung per Knopfdruck zu erstellen. Bereits hinterlegte Textbausteine vereinfachen die Formulierungsphase von Problemen und Ressourcen des Patienten.

³ Hinsichtlich der Nennungen Pflegende, Patienten, Betroffene und Erkrankte findet zur besseren Lesbarkeit die männliche Form Anwendung.

Wir können einen Katalog durchschauen und uns passende Textbausteine heraussuchen [1].

Auf dem Hintergrund teils stundenlanger Arbeit am PC empfinden psychiatrisch Pflegende eine zunehmend Distanz zu ihren Patienten und den Wunsch nach Nähe.

Es ist gut, dass sich die Pflege inhaltlich weiter entwickelt hat und Erkrankte qualitativ hochwertige Pflege erhalten, nur scheint alles seinen Preis zu haben.

Menschliche Zuwendung

Nun setzt man voraus, dass eine menschliche Zuwendung zum Erkrankten wohl keiner Diskussion bedarf und natürlich eigentlich gegeben ist. Doch will man sich tatsächlich jemanden zuwenden und sich an dessen Bedürfnissen orientieren, bedarf es einem „... *reflektierten Pflegehandeln und den von Pflegenden und Erkrankten gemeinsam erlebten Reaktionen des Betroffenen auf Gesundheit und Krankheit* ...“ [1:25]. So verstehen Barker et al. [2] unter menschlicher Zuwendung unter anderem: „*Die Geschichte der Person stellt Anfang und Endpunkt einer helfenden Begegnung dar. ... Diese Geschichte wird von einer Stimme der Erfahrung erzählt und sollte nicht durch eine Stimme der Autorität interpretiert werden*“ [2:46]. Im Weiteren führen sie aus: „*Im Prozess des Geschichte-Schreibens, kann der Stift der Pflegeperson nur allzu oft eine Waffe werden. ... [wenn wir aber] Assessments und Pflegepläne gemeinsam mit der Person anfertigen, wird die Art der Zusammenarbeit noch deutlicher nachvollziehbar*“ [2:48].

Sprechen wir von menschlicher Zuwendung, so geht dieser Ansatz über bloße Gefühlswallungen Pflegender hinaus. Er sollte zu einem professionellen Pflegehandeln unter Anerkennung der Autonomie des psychisch erkrankten Menschen führen.

Menschliche Zuwendung in der Pflegepraxis

Begeben wir uns nun in die Pflegepraxis und beleuchten ein Beispiel gelebter Grundhaltung menschlicher Zuwendung aus den Fachbereichen der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II (AP II) von der stationären bis ambulanten Versorgung und dem Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienst des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden (PZN).

Beginnen wir innerhalb der Klinik AP II und stellen uns folgende Situation auf einer allgemeinpsychiatrischen Behandlungsstation vor:

Es ist Montagvormittag. Die Oberarztvisite steht an, das Team der Station ist mit der Übergabe und der Aufarbeitung von Problemen des Wochenendes beschäftigt und gleichzeitig drängen zwei Patienten auf Entlassung. Der Hol- und Bringdienst wartet geduldig, um Patienten zum EKG zu begleiten und Blutproben müssen in das Labor gebracht werden. Also ein ganz normaler Montagvormittag.

Fast unbemerkt läuft Frau A. den Stationsgang auf und ab. Als ihre Schrittfrequenz zunimmt und sie auf Kontaktangebote ihrer Mitpatienten nicht eingeht, fällt dieses Verhalten einigen Teammitgliedern auf. Die Interpretation der Pflege zu diesem Zeitpunkt lautete: *„Frau A. ist gespannt. Vielleicht hört sie wieder Stimmen?“*. Diese Interpretation geht in die anschließende Übergabe an den nachfolgenden Dienst ein.

Betrachten wir dieses Beispiel, verdeutlicht sich eine sofortige Verschränkung der beobachteten Phänomene mit der eigenen Interpretation von Seiten der Pflegenden.

So halten Rahm et al. [3] innerhalb ihrer Einführung in die Integrative Therapie fest: *„Unsere Wahrnehmung von Phänomenen ist immer mit Vorurteilen und ungeprüften Interpretationen verschränkt“* [3:29].

Unter dem Ansatz einer menschlichen Zuwendung mit dem Ziel, den Sinn der beobachteten Phänomene zu verstehen, gestaltete sich der weitere Kontakt zu Frau A. wie folgend.

Mit der Beobachtung und eingeschlossener Interpretation, sowie der Frage: *„Sie laufen recht zügig den Stationsgang auf und ab. Ihre Mitpatienten haben sie angesprochen ohne dass sie eine Reaktion zeigten. Ich habe den Eindruck, sie sind sehr angespannt“* ging man auf Frau A. zu. Diese schaute auf und antwortete: *„Ach, sehe ich so aus? Das ist mir selbst nicht aufgefallen. Ich mache mir Gedanken um meine Familie. Sie wollten mich heute besuchen kommen und im Wetterbericht haben sie Glatteis angesagt“*.

Über weitere Gespräche am Mittag äußerte Frau A: *„Wir wohnen im Odenwald. Sehr viele Straßen haben keinen Winterdienst. Ehe meiner Familie etwas*

passiert, möchte ich lieber keinen Besuch. Aber ich vermisse die Umarmung meiner Tochter so sehr“.

Mit dieser Gesprächssequenz zeigt sich, dass ohne eine Rückfrage an die Patientin das Team, wie auch Frau A. den Sinn der Phänomene nicht wirklich hätten erfassen können. Die Sorge um die Familie, verbunden mit den Bedürfnissen nach Sicherheit und Zuwendung, wäre wohl nicht so deutlich geworden.

Das heißt, wenn Pflegekräfte den Wunsch haben, ihre Patienten tatsächlich zu verstehen um sich an deren Bedürfnissen zu orientieren, bedarf es eines Prozesses, der die Erschließung des Sinns der beobachteten Phänomene zum Ziel hat.

Verbunden mit einer Neugier am Betroffenen, in Akzeptanz seiner Lebensgeschichte.

Projekt

So begann im November 2005 ein Projekt mit dem Thema: *„Einführung einer wertfreien Beschreibung der Patientenbeobachtung mit Pflegehypothese und Rückfrage“*, das zum 31.10.2006 termingerecht abgeschlossen werden konnte. Die Zielsetzung lautete: *„Der Pflegebericht beinhaltet wert- und interpretationsfreie Beobachtungen, eine Pflegehypothese, eine Fragestellung an den Patienten und die Antwort des Patienten auf die Frage“*.

Hinsichtlich des inhaltlich methodischen Ansatzes fand die Integrative Therapie (IT) nach Hilarion Petzold [3] Anwendung. Die der IT immanente phänomenologische Analyse nach Schmitz verfolgt das Ziel der Durchdringung der Wirklichkeit über Stadien des Wahrnehmens, Erfassens und des Abschälens des beobachteten Phänomens von der eigenen Interpretation [4].

Psychiatrisches Pflegehandeln ist geprägt vom Alltagshandeln. Der Kontext des Alltags auf einer Station, Tagesklinik oder innerhalb der Ambulanz ist wiederum geprägt von Lebens- und Krankheitsgeschichten, die psychisch Erkrankte erzählen und erschließen möchten. Der Pflege begegnet täglich eine Kette von beobachteten Phänomenen, deren Erkennen es zu erschließen gilt, will man sie verstehen [1:58].

Somit bot sich dieser methodische Ansatz, der bewussten Trennung der Wahrnehmung von Phänomenen und der eigenen Interpretation, als Einstieg in eine menschlich gelebte Zuwendung mit dem Ziel einer Bodenbereitung für entstehendes Wachstum an.

Diese „Trennung“ fand ihren Ausdruck im direkten Patientenkontakt und über den Pflegebericht innerhalb der Pflegedokumentation.

Ergebnis

Mit dem Erreichen des Projektziels gaben die Pflegenden folgende Rückmeldungen:

„Es hat sich einiges bewegt ...“

„... Dokumentationsstil hat sich trotz anfänglicher Unsicherheit und Ängsten zum positiven verbessert ...“

„... ein Umdenken hat eingesetzt ...“

„... das Projekt fand positiven Anklang und wurde mit viel Arbeit der Kollegen versucht umzusetzen ...“

„... da die Patienten in die Dokumentation mit einbezogen werden, wurde auch der Kontakt und das Vertrauensverhältnis vertieft. Dies führte zu einer positiven Rückmeldung von Seiten der Patienten an das Pflegepersonal. Sie haben das Gefühl, das nichts mehr heimlich über sie dokumentiert wird und sie miteinbezogen werden. ... auch das Multiprofessionelle Team ist der Meinung, dass die Dokumentation nachvollziehbarer ist und man Situationen und das Befinden der Patienten besser verstehen kann“.

„Weiterhin traten Effekte auf, die nicht geplant waren. So dokumentierten Gesundheits- und Krankenpflegeschüler die Krankenbeobachtung wertfrei und andere Berufsgruppen interessierten sich für den Prozess der Sinnfindung“ [1:57].

Fazit

Mit diesen Rückmeldungen wird eine neue Pflegerolle über die Unterstützung Betroffener deutlich.

„Dass Pflegende der Orientierung an den Bedürfnissen psychisch Kranker näher gekommen sind, zeigen die Rückmeldungen zur Vertiefung des Vertrauensver-

hältnisses zwischen Patienten und Pflegenden. Wenn Betroffene ein Gefühl äußern, dass nichts mehr heimlich über sie dokumentiert wird und sie in die Behandlung miteinbezogen werden, spricht dies für eine empfundene Wertschätzung. Das heißt, einer Haltung in Anerkennung des Anderen, seiner Person mit seiner Stimme. Oder wortlos, über Mimik, Gestik und Körperhaltung“ [1:59].

Handlungsfeld Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)

Inhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege sind:

- Erstgespräch und gemeinsamer Entwurf für eine Hilfeplanung
- Beziehungsgestaltung, laufende Beobachtung und Dokumentation
- Koordination mit anderen Dienstleistern, Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Hilfen bei der Strukturierung von Zeit sowie konkret anfallender Aufgaben

Der APP ist die Antwort auf die schon lange geforderte Aussage: „Ambulant vor Stationär“. Diese Losung ist zwar keineswegs neu – allerdings ist die Pflege dem bisher nur sehr zögerlich gefolgt. Die Versorgung wird in aller Regel den Ärzten und Sozialarbeitern überlassen. Den Patienten fehlt jedoch nach wie vor die Begleitung im Alltag, eine Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten. Diese Lücke suchen wir zu füllen, in Kooperation mit Ärzten und Sozialarbeitern.

Der Facharzt stellt die Verordnungen aus und sichert die Gesamtbehandlung. Als sinnvolle Ergänzung der sozialpsychiatrischen Dienste ist es uns möglich die Patienten mehrmals täglich aufzusuchen. Über diese Besuche erlangen wir auch meist die bessere Übersicht über die Lage. Mit dem stationären Bereich kooperieren wir, weil die Bemühungen der Kollegen dort natürlich auf bestelltes Land fallen sollen.

Wenn wir ein Erstgespräch führen, steht für den APP nicht im Vordergrund möglichst viele Daten zu erfassen, diese in unsere Systeme einzubringen und den Vorschriften Genüge zu tun. Vielmehr ist hier auf die Selbsthilfepotenziale des Betroffenen zu achten und vor allem zunächst Vertrauen aufzubauen.

Fallbeispiel

Die Klinik, der Sozialdienst der Station 04 ruft an und berichtet, es ginge um einen 33jährigen Patienten Walter E. Dieser sei seit 4 Monaten in Behandlung erst auf der Akutstation und zuletzt auf der Förderstation wegen einer schizophrenen Psychose behandelt worden. Die Kommunikation mit dem Patienten sei nicht einfach. So habe dieser immer wieder eigene Vorstellungen entwickeln, die im Rahmen der Erkrankung als völlig unrealistisch angesehen wurden. Auch neige er zu Verwahrlosung und Chaos in seiner Wohnumgebung. Bei der Körperpflege würde es noch einigermaßen ordentlich zugehen aber insgesamt sei Herr E. ein schwieriger Kandidat – wir könnten es ja mal probieren.

Aufbau eines Vertrauensverhältnisses:

Erstkontakt bei einer Vorstellung in den Büroräumen des APP (innerhalb der Klinik). Herr E. wirkt abwartend und lässt sich erst einmal die Grundidee des 2maligen Kurzkontaktes durch unseren Dienst darlegen. Von Seiten des APP sind zwei Mitarbeiter anwesend. Wir glauben bereits, dass nun viele Wenn und Aber eingeworfen werden und ein Widerstand gegen uns eingenommen wird. Wir sind also überrascht, dass Herr E. unkompliziert unseren Vorschlägen folgt und nun 2 x täglich (um 8.15 h und um 19.50 h) aufgesucht wird. Später wird er sagen: „Die Klinik war nicht mehr schön, da konnte ich doch was anderes ausprobieren.“ Wir sind höflich und charmant miteinander und gehen mit besten Hoffnungen auseinander.

Der erste Besuch 3 Tage später ist eine riesige Enttäuschung. Herr E. ist einfach nicht zu Hause. Wir hatten den Abend geplant, da morgens ja die Entlassung aus der Klinik war. Folglich versuchten wir es am anderen Morgen noch einmal, um wenn Herr E. nun wieder nicht anwesend war dies dann der Klinik mitzuteilen (was ja nichts geändert hätte). Aber siehe da. Herr E. ist zu Hause und knurrt: „Dann kommen Sie mal rein“. Er hatte sich am Nachmittag des Vortages gleich ein Rezept bei seinem niedergelassenen Psychiater besorgt und die Medikamente auch in der Apotheke abgeholt. Da war ich doch schon wieder überrascht. Meine Freude wurde allerdings durch den Zustand der Wohnung etwas getrübt. Es lagen jede Menge Papierschnipsel und leergegessene Joghurtbecher am Boden, so dass man im Wohnzimmer kaum gehen

konnte. Die ganze Wohnung wirkte etwas klebrig und ich schwebte elfengleich durch die Räume weil ich mich doch ein wenig ekelte. Herr E. bemerkte dies durchaus und grinste mich auffordert an. „Na ja“, bemerkte ich etwas betreten, „für mich ist das schon ein wenig unangenehm. „Ach machen Sie sich nichts draus, man kann sich an alles gewöhnen“, war seine Replik. Das habe ich dann auch tatsächlich erst mal versucht, denn ich hatte jetzt auch weder Lust noch Zeit, die Wohnung zu säubern und dass hätte sich Herr E. wahrscheinlich auch verboten. Vielmehr sprachen wir nun darüber, dass der Bundesligafußballclub TSG Hoffenheim jetzt ja in der Bundesliga spiele und wenn die so weiter machen, demnächst sogar in der 1. Liga.

Erarbeitung von Akzeptanz und gegenseitiger Wertschätzung:

Aber wir sind dann noch dazu gekommen, die Wochendosette mit den Medikamenten zu richten. Herr E. nahm umständlich (aus meiner Sicht) die tageszeitlich orientierte Dosierung vor – also für jede Tageszeit die komplette Dosierung und dann die Nächste. Ich hätte ja z. B. erst mal für jeden Morgen die Akineton retard eingegeben usw. Es blieb mir wohl nichts anderes übrig, als mich auf die langwierige Prozedur einzulassen – sonst hätten wir gleich Streit bekommen. Nach dieser ersten Versorgung trennten wir uns mit einem guten Gefühl. Es kommen ja noch so viele Besuche.

Rituale entstehen

Ja und diese vielen Besuche dauern bis heute an. Wir haben viel über Fußball geredet – dass kann man immer. Aber wir haben auch kleine Ziele verabredet (die Medikamente alleine richten und wir schauen noch mal nach), und mal über größere Ziele geredet (eine Wohnung im Grünen wäre als Alternative mitten in der Kleinstadt natürlich toll). Wir haben gemeinsam über Übertreibungen gelacht (Warum finanziert ALG II eigentlich die Versorgung nicht auf den Kanarischen Inseln – da kann man doch billiger leben). Letztendlich entstand so etwas wie ein vertrauliches Ritual. Natürlich sah und sieht dies bei jedem Kollegen etwas anders aus. Unsere Damen sprechen leider nicht so gern über Fußball – aber sie haben ein anderes Thema gefunden. Für das Entstehen solcher Rituale, die dann für den Patienten ein fester Baustein in seinem Tagesablauf sind, benötigen wir im Wesentlichen aktives Zuhören, die

Akzeptanz dessen, was ich gehört habe und die Akzeptanz das hinzunehmen, was ich antreffe.

Dass ich über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten berate, automatisch auf die tatsächliche Einnahme achte, den Umgang mit diesen Arzneimitteln anleite und mit dem Wissen des Patienten Rückmeldung an den Arzt gebe – das geschieht eher nebenbei. Obwohl es natürlich wichtig ist und sorgfältig gehandhabt werden muss.

Das Schwierigste ist immer das Normale:

Nämlich die Frage, die wir auch von einem Buchtitel aus der Transaktionsanalyse kennen: „*Was sage ich, nachdem ich Guten Tag gesagt habe*“ [5] oder anders ausgedrückt. Jeder, der ambulante Psychiatrische Pflege betreiben will, muss üben ein wenig Small Talk halten zu können ohne die Situation und die Beziehung und den Patienten erklären zu wollen. Für die Pflegenden entsteht häufig der Effekt, dass viele Umstände und Sachverhalte auszuhalten sind (z. B. Schmutz, Gerüche, eigenartige Verhaltensweisen). Die verrückten Umstände sind für die Mitarbeiter des APP Überlebensstrategien der Patienten.

Schlussbetrachtung

Diese Beispiele zeigen Ansätze menschlicher Zuwendung, die sich in der Folge an den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen orientieren und die Ressourcen der Menschen erkennen und stärken. Wo die Erfahrungen und Erlebnisse des Anderen immer Inhalte seiner eigenen Lebensgeschichte bleiben. Wir als Professionelle lernen müssen, zuzuhören und nicht sofort das Wort des Betroffenen interpretieren dürfen. In Akzeptanz des Menschen in seiner Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit sollte der Erkrankte selbst der „Motor“ seiner Veränderung bleiben.

Literatur

1. Weißflog S (2008) Enthospitalisierung psychiatrischer Versorgung – Die Rolle der Pflege im Kontext von Lebenswelt und sozialer Inklusion psychisch Erkrankter. Diplomarbeit. Mannheim: Hamburger-Fern-Fachhochschule.
2. Barker P, Buchanan-Barker P. (2007): Das Gezeitenmodell: Genesung durch Wiedergewinnung der Menschlichkeit. In: Schulz M, Abderhalden C, Needham I, Schoppmann S, Stefan H (Hrsg): Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentation. 4. Dreiländerkongress in Bielefeld–Bethel. Unterostendorf: ibicura, S 45-55

3. Rahm D, Otte H, Bosse S, Ruhe-Hollenbach H (1995): Einführung in die Integrative Therapie Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann
4. Schmitz H (1989) Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann
5. Berne E (1972) „Was sagen Sie, nachdem Sie >Guten Tag< gesagt haben?“ München, Kindler

Selbstbefähigung in der ambulanten psychiatrischen Pflege fördern - Stolpersteine in der Zuweisung der Verantwortung

Udo Finklenburg, Cécile Geisseler

Abstract

Am Workshop werden folgende Themen besprochen:

Die ambulante psychiatrische Pflege beinhaltet ein permanentes Dilemma:

- In welchen Situationen schütze ich den Klienten, in dem ich die Verantwortung von ihm übernehme, wo nehme ich ihn in seiner Selbstkompetenz ernst und lasse die Verantwortung bei ihm?
- Grenze ich mich ab, wo es mir zu nahe kommt oder empfinde ich meine eigene Betroffenheit als Herausforderung?
- Muss jede Gelegenheit zur Selbstbefähigung genutzt werden oder macht punktuell Bremsen Sinn?
- Wo verlasse ich mich auf meine Erfahrung / Intuition, wo orientiere ich mich an der Theorie?
- Welche Erfahrung machen Sie mit diesem Dilemma?

Multiprofessionalität in der allgemeinspsychiatrischen Mutter-Kind-Behandlung

Bernd Abendschein, Nadia Hadji, Simone Stuhlmüller, Claudia Klock

Schätzungsweise 600.000 Kinder wachsen im deutschsprachigen Raum mit einem psychisch kranken Elternteil auf. In der Fachliteratur werden diese auch die „vergessenen Kinder“ genannt. Vergessen deshalb, weil sie erst dann, wenn sie auffällig werden, Unterstützung bekommen.

Seit 1999 werden auf der Station 39 Eltern-Kind-Behandlungen durchgeführt, bei der neben der psychiatrischen Behandlung der Mutter oder des Vaters, auch der Blick auf das Wohl der Kinder gerichtet ist.

Inzwischen ist dieses therapeutische Angebot deutschlandweit bekannt und es besteht eine große Nachfrage, so dass die dafür vorgesehenen fünf Plätze meistens belegt sind.

Das heißt, es sind zeitweise fünf bis sieben Kinder, im Alter von wenigen Tagen bis 7 Jahren, mit auf der Station, in Ausnahmefällen auch schulpflichtige Kinder.

Wir stellen der Mutter ein Einzelzimmer mit der altersentsprechenden Ausstattung für ihr Kind, wie z.B. ein Wickeltisch und Kinderbettchen zu Verfügung. Auf Station sind auch ein großes Spielzimmer und ein abgeschlossener Garten mit Spielgeräten integriert.

Die Kinder haben einen Gaststatus, das bedeutet für die Mutter, dass sie für die Versorgung ihres Kindes hauptverantwortlich zuständig ist. Dennoch hat das „Dabei sein“ der Kinder Auswirkungen auf die pflegerische und therapeutische Arbeit, die Stationsatmosphäre und den Stationsalltag.

Aufgenommen werden Mütter mit Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, affektive Störungen, posttraumatische Belastungsreaktionen, psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Ziel einer Mutter-Kind-Behandlung ist immer die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und individuelle Förderung der Erziehungskompetenzen. Dabei vertreten wir einen ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz. Unser Be-

handlungskonzept ist in steter Weiterentwicklung und wird immer wieder den notwendigen Erfordernissen angepasst.

Zurzeit sind folgende Bausteine fest in das Stationskonzept integriert: Bezugspflege, geregelte Betreuungszeiten für die Kinder, Mütterforum, Mutter- Kind-Aktivität in der Gruppe, Mutter- Kind- Oberarztvisite, Teilnahme am Talk im Team.

Daneben steht jeder Mutter auch das breitgefächerte klinikinterne Co- Therapeutische Angebot, wie Sport-, Tanz-, Musik- und Ergotherapie zur Verfügung, sowie die Teilnahme an den von Pflegepersonal durchgeführten Gruppen wie Gesprächsgruppe und Entspannungsgruppe. So ist es uns möglich, einen individuellen Behandlungsplan für jede Mutter zusammen zu stellen.

Regelmäßige psychotherapeutische Einzelgespräche und bei Bedarf unter Miteinbezug der Familie und des Helfernetzes (wie Familienpflege und Jugendamt) sind selbstverständlich.

Im Folgenden erläutern wir die speziellen Mutter- Kind- Behandlungsangebote, die für jede Mutter verbindlich sind.

Kindergruppe

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich die Kinder recht schnell einleben und sich im Klinikalltag wohlfühlen. Um ihnen das Eingewöhnen zu erleichtern, findet jeden Vormittag zu festen Zeiten eine Kindergruppe statt. Dazu stehen das große Spielzimmer, ein abgeschlossener Garten mit Spielgeräten und das parkähnliche kinderfreundliche Klinikgelände mit Streichelzoo und Sinnespark zur Verfügung. Durchgeführt wird die Kindergruppe von einer speziell weitergebildeten Ergotherapeutin, unterstützt von Kranken- und Gesundheitspflegeschüler im Pädiatrieeinsatz.

Die kinderfreie Zeit ermöglicht der Mutter die regelmäßige Teilnahme an den Therapien und dient ihr zur Entlastung. Die Zeiten sind fest in den Stationsablauf integriert, so dass das Kind mit den gemeinsamen Essenszeiten und dem individuellen Nachmittagsprogramm eine kindgerechte Tagesstruktur hat.

Da die Kindergruppe immer von der gleichen Person durchgeführt wird, kann es eine vertrauensvolle Beziehung zu dieser aufbauen, und hat neben der Mutter eine weitere wichtige Bezugsperson während des stationären Auf-

enthaltet. Dies vermittelt dem Kind Sicherheit und Geborgenheit in einer für ihn schwierigen Lebenssituation, in einer Zeit, in der ihm die Mutter aufgrund ihrer Erkrankung nicht ausreichend zur Verfügung stehen kann.

Neben dem „einfach Kind sein dürfen“ – und dem Wahrgenommen werden als Kind mit seinen Bedürfnissen, nutzen auch viele Kinder je nach Alter die Kindergruppe dazu, im Rollenspiel ihre momentane Situation zu verarbeiten.

Werden Auffälligkeiten in der motorischen, sensorischen, sprachlichen oder kognitiven Entwicklung beobachtet, fließen fördernde therapeutische und pädagogische Spielangebote und Interventionen mit ein, ebenso bei Auffälligkeiten im Spiel-, Kontakt- und Sozialverhalten. Bei bedenklichen Entwicklungsauffälligkeiten wird die Mutter darüber aufgeklärt und beraten, sowie eine ambulante Therapie bei einem Fachtherapeuten empfohlen.

Mütterforum

(1 x die Woche unter Leitung der Ergotherapeutin)

ist eine Gesprächsrunde der Mütter, in der v.a. organisatorische Fragen geklärt werden wie z. B. z.B. Spielzimmer aufräumen, allgemeingültige Stationsregeln. Außerdem wird ein Wochenplan über die gemeinsamen Aktivitäten erstellt und bei Bedarf Termine für Einzelgespräche festgelegt.

Die Mütter erhalten dadurch Mitspracherecht und Verantwortung, sie können damit das therapeutische Angebot mitgestalten.

Mutter- Kind- Aktivitäten in der Gruppe

(3 x die Woche unter Leitung der Ergotherapeutin)

Dies können lebenspraktische Aktivitäten sein wie: gemeinsames Frühstück, Kochen, Backen, Einkaufen, Picknick oder auch kindgerechte Freizeitgestaltung wie kleine Ausflüge, Spielplatzbesuch, Basteln, Kennen lernen verschiedener Kinderspiele, etc. sein.

Ziel der gemeinsamen Aktivitäten ist die Beziehung zum Kind positiv zu stärken, sowie Kompetenzen und Schwierigkeiten im Umgang mit ihm zu erkennen und zu bearbeiten.

Dabei können das Verhalten anderer Mütter und das der Therapeutin Orientierung bieten (Lernen am Modell). Bei Bedarf wird im Einzel- oder Gruppengespräch über aktuelle Erziehungsprobleme diskutiert und gemeinsam indivi-

duelle handlungsorientierte Lösungsmöglichkeiten besprochen. Diese können zeitnah im Stationsalltag umgesetzt und erprobt werden.

Der Erfahrungsaustausch mit den anderen Müttern wird meist als hilfreich und entlastend erlebt. Oftmals genügt es den Raum und die Zeit zur Verfügung zu stellen, sowie das Thema mit einleitenden Worten vorzustrukturieren. Dann kann die Gruppe alleine „laufen“.

Mutter- Kind- Oberarztvisite

Diese findet mindestens einmal im Behandlungsverlauf statt, unter Beisein von Behandler, Ergotherapeutin und Pflegepersonal.

Talk im Team

Der Talk im Team findet mindestens einmal im Behandlungsverlauf statt, unter Beisein des gesamten multiprofessionellen Team. Die Patienten nehmen an ihrer eigenen Teambesprechung teil und haben die Möglichkeit durch den offenen Austausch zu hören, was das gesamte Team sagt, positives wie negatives, welche Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden, wie der Behandlungsverlauf geplant wird. Die Patientin nimmt als „stiller“ Zuhörer teil und sitzt etwas Abseits. Nach Abschluss der Besprechung kann sie sich zu dem Gesagten äußern

Bezugspflege

In gemeinsamen, regelmäßigen Gesprächen mit der Bezugspflegeperson werden die Bedürfnisse und Informationen der Mütter und der Kinder erfasst und die Pflegemaßnahmen danach geplant. Es wird sich hierbei an ihren Fähigkeiten und bestehend Problemen orientiert und gemeinsam ein Pflegeplan erstellt.

Aus pflegerischer Sicht bedeutet die Mitaufnahme eines Kindes, das die Kinder im Stationsalltag, im Rahmen der Bezugspflege und in den Pflegeplanungen berücksichtigt werden müssen. Es bedeutet Beziehung und Vertrauen zur Mutter und dem Kind aufzubauen. Bei allen Maßnahmen werden die Kinder mit eingeplant, da die Kinder oft auch an therapeutischen Gesprächen, Visiten, Ergotherapie, physikalische Therapien , Außenaktivitäten u.v.m. teilnehmen.

Auch benötigt das Personal ein Basiswissen über die Pflege, Entwicklung,

Interaktion und Erziehung eines Kindes, um die Mütter bei der Versorgung ihres Kindes unterstützen zu können. Das Pflegepersonal übernimmt eine beratende und auch eine überwachende Funktion. Die Mütter werden hinsichtlich Gesundheit, Ernährung, Hygiene und im Umgang mit ihren Kindern angeleitet. Bei den älteren Kindern treten oft Fragen der Kindererziehung, Gestaltung des Tages bzw. Schwierigkeiten der Mütter mit ihren Kindern in Vordergrund. Sie erhält bei Bedarf, Hilfestellung in der Beziehungsarbeit zwischen Mutter und Kind (gemeinsame Spiele o. Aktivitäten) außerhalb der angebotenen Gruppen. Individuell ist es auch mal nötig, die Sensibilität und Wichtigkeit der elterliche Fürsorge zu wecken und zu fördern, z.B. ein kleines Kind nicht unbeaufsichtigt im Hochstuhl sitzen lassen, bei Erkrankung des Kindes einen Arzt aufzusuchen, Vorsorgeuntersuchungen einzuhalten.

Für die Mutter besteht außerdem die Möglichkeit, ihr Kind dem Pflegepersonal anzuvertrauen, bei z.B. krankheitsbedingten Krisenzeiten, Überforderung, Schlafdefizit, Therapiezeiten, Arztgesprächen.

Das Pflegepersonal nimmt regelmäßig an Erste-Hilfe Kurse teil, auch wurden Fortbildungen wie z.B. Babymassage oder Ernährung bei Kindern besucht.

Vorteile einer Mutter- Kind- Aufnahme sind auch, das Trennungstraumen vermieden werden, notwendige Behandlungen werden nicht hinausgezögert, die Versorgung des Kindes ist gewährleistet. Kinder kommen nicht in fremde Obhut, dies gilt vor allem bei Alleinerziehenden. Bindungsstörungen/ problematische Interaktion zwischen Mutter und Kind können erkannt und gezielt in die Behandlung miteinbezogen werden. Überforderung der Mutter und das daraus entstehende Fehlverhalten werden aufgefangen und bearbeitet. Ehemänner und Angehörige werden in die Behandlung miteinbezogen und haben auch die Möglichkeit auf Station zu übernachten, um u.a. den Kontakt zur Familie aufrecht zu erhalten und die Mutter zu unterstützen.

Die Mutter-Kind-Behandlung ist auf einer offen geführten, psychotherapeutisch ausgerichteten, allgemeinpsychiatrischen Station mit 21 Betten integriert. Die Erfahrung zeigt, dass das nicht problematisch ist, im Gegenteil, das „Mit dabei sein der Kinder“ wirkt sich positiv auf die gesamte Stationsatmosphäre aus.

Denn es gibt mehr Lachen, mehr Weinen, mehr Streiten, mehr Miteinander –

kurzum mehr Lebendigkeit.

Die Kinder nehmen meist recht unbefangenen Kontakt mit den anderen Patienten auf und es ist zu beobachten, dass auch zurückgezogene, eher ängstliche Patienten herausgefordert werden „mehr am Leben“ teilzunehmen, sei es in dem sie das Lächeln eines Kindes erwidern oder sich in Mitverantwortung und Rücksicht üben. Sicherlich werden bei manchen Patienten durch das Erleben und Beobachten der Kinder intensivere Erinnerungen an die eigene Kindheit geweckt, die therapeutisch genutzt werden können. Durch die kinderfreundliche Atmosphäre und die vorhandenen Spielmöglichkeiten ist die Hemmschwelle Besuch von Kindern auf Station zu empfangen geringer. So kann auch während des stationären Aufenthaltes der Kontakt zu wichtigen Bezugsperson erhalten bleiben.

Für das Stationsteam ist es eine abwechslungsreiche und interessante Herausforderung. Zufrieden mit unserer Arbeit sind wir dann, wenn wie Mutter und Kind mit dem Wissen entlassen können, dass das Kind gut versorgt wird, weil die Mutter dieser Aufgabe gewachsen ist oder bereit ist entsprechende ambulante Unterstützung anzunehmen.

Recovery und Selbsthilfe bei Borderline

Christiane Tilly

DEN ROTEN FADEN SUCHEN

Den roten Faden meines Lebens suchen.

Leben portionieren.

*Stückchenweise verabreichen –
oder genießen?*

*Meine eigene Geschichte auf eine
erträgliche Größe reduzieren,
um sie erinnern zu können, ohne zu verzweifeln.*

Auch mit Stolz zurückblicken?

*Teile verschweigen, um endlich als normal zu gelten,
um geliebt zu werden – trotz dieser Geschichte!*

*Sie erzählen, um gehört zu werden, aber auch,
um mal frei zu haben von der eigenen Geschichte.*

*Sie einfach ins Bücherregal zu stellen –
vielleicht bis zur nächsten Lesung.*

*Immer in der Hoffnung,
dass meine Geschichte eine unendliche Geschichte wird.*

*Immer mit dem Wissen,
dass auch eine Krankengeschichte eine
unendliche werden kann.*

Jeden Tag

Angst vor dem dramatischen Ende meiner Geschichte.

Jeden Tag

Hoffnung auf ein Happy End.

(aus: [1])

Als ich dieses Gedicht geschrieben habe, war ich 27 Jahre alt. Das ist über zehn Jahre her. Damals versuchte ich gerade eine Ausbildung zur Arzthelferin durchzuhalten und ich begann zu verstehen, dass es auf den Blickwinkel ankommt, aus dem wir entscheiden, ob ein Mensch viel oder wenig vorzuweisen hat.

Was meine berufliche Laufbahn betraf war das wenig: Ein mittelmäßiger Real-schulabschluss, ein paar Praktika, die ich jedoch meist vor Ende der vereinbar-

ten Zeiten abgebrochen hatte. Eineinhalb Jahre lang Karteikarten in einer Arztpraxis alphabetisch sortieren, Krankenscheine stempeln und sich verfärbende Streifen in Urinproben halten, das war meine Berufserfahrung. „Normal“ war für 27jährige etwas anderes, da war ich mir sicher. Normalität war dann auch das Thema, mit dem ich mich tagein, tagaus beschäftigte, denn ich hatte eine „verrückte“ Zeit hinter mir und wünschte mir nichts mehr als ein „ganz normales“ Leben zu leben.

Was mir beruflich an Erfahrung fehlte, hatte ich an Erfahrungen mit mir selbst in ausreichendem Maße. Achtzehn Monate Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lagen hinter mir. Mehrere Jahre, mit Unterbrechungen, hatte ich verschiedene Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie kennen gelernt. Ich hatte versucht meine Grenzen auszuloten und mich dabei nicht selten in lebensgefährliche Situationen gebracht – die Fachleute bezeichneten mich als „Borderlinerin“.

Vorzuweisen hatte ich mit 27 Jahren: einen Aktenordner mit Zwangseinweisungen (Unterbringungen nach PsychKG), einen Stapel Arztberichte, dutzende randvoll geschriebene Tagebücher, unzählige Narben am Körper, einen Schwerbehindertenausweis und die Fähigkeit, in Kontakten mit professionell Tätigen verschiedener Berufsgruppen, die Anerkennung von Leid einzufordern, die für mich so wichtig war, um mein Leben bewältigen zu können. Ganz nebenbei hatte ich umfassendes Fachwissen über meine Diagnose gesammelt, ich kannte so ziemlich alle Bücher, die zum Thema Borderline auf dem Markt waren.

Brauchen konnte ich das alles in meiner Ausbildung zur Arzthelferin nicht. Wichtig war es mir aber trotzdem und so waren meine Psychiatrieerfahrungen mein „Freizeitthema“ Nummer eins und eigentlich auch mein einziges. Zum Glück gab es Gleichgesinnte. Meine Freundin – die ich aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie kannte – teilte mit mir die Überlegungen über „Normalität und Verrücktheit“, und wir tauschten Bücher aus, die uns im Hinblick auf diese Fragen interessant erschienen. Eines Tages brachte sie mir ein Buch mit, in dem Jugendliche über ihre Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichteten. Wir waren mit dem Inhalt nur teilweise einverstanden, weil unserer Meinung nach nur die „netten“ Seiten der Psychiatrie beschrieben waren, und schrieben einen Leserbrief an die Herausgeberin. Sie lud uns daraufhin

ein, an einem Folgeband des Buches mitzuschreiben, in dem Jugendliche aus der „Distanz der Ehemaligen“ (ebd.) über ihre Erfahrungen nach der Psychiatrie berichten würden.

Damals fiel der Begriff Recovery nicht, weil er zu diesem Zeitpunkt im deutschsprachigen Raum nicht genutzt wurde. Im Buch wurden aber Recovery-Prozesse beschrieben und mit dem Buch machten wir als Autorinnen wiederum weitere Erfahrungen, auf Lesungen und mit Öffentlichkeitsarbeit, die – so kann ich es jedenfalls für meinen biographischen Prozess sagen – eine Recovery-Funktion hatten.

Ich möchte an dieser Stelle den Begriff Recovery aus dem Blickwinkel der Erfahrungsperspektive betrachten. Mein elektronisches Wörterbuch bietet dazu verschiedene Definitionen an. Dabei ist Genesung/Erholung nur eine Definition. Übersetzt wird Recovery auch als Wiederfinden, Wiedergewinnen, Wiedererlangen und Zurückbekommen. Das finde ich gelungen, denn im Rahmen meines Recoveryprozesses habe ich Eigenschaften wiedergefunden, die meine Individualität ausmachen, wie beispielsweise meinen Sinn für Humor. Neben der Übersetzung des Wortes wird mir im Wörterbuch noch angeboten *past recovery* was so viel bedeutet wie nicht mehr zu retten. Auch das war Teil meines Recoveryprozesses, die Erfahrung zu machen, dass doch noch etwas zu retten ist, wenn nichts mehr zu retten scheint. *Be on the road to recovery*, auf dem Wege der Besserung sein ist ein Satz den ich lange Zeit gar nicht hätte hören wollen, war mir doch die Anerkennung von Leid so wichtig, und die verschwindet natürlich, wenn man sich auf dem Wege der Besserung befindet. Wirklich gut hat mir gefallen, dass es auch die Bezeichnung *recovery service* gibt, was soviel bedeutet wie Abschleppdienst, also sozusagen eine Art „Huckepack-Unterstützung“ wenn nichts mehr geht. Ich bin mir sicher, wenn ich nicht hin und wieder in den Genuss des *recovery service* der professionell Helfenden und meiner Angehörigen gekommen wäre, dann wäre mein Weg der Besserung wahrscheinlich sehr viel schwieriger geworden, vielleicht auch unmöglich gewesen. Aber jeder weiß natürlich, dass sich abschleppen lassen teuer ist (abgeschleppt zu werden sowieso) und auch für Borderline-Betroffene ist der *recovery service* mit hohen Kosten verbunden, wenn auch nicht ausschließlich in einem finanziellen Sinne. Denn jedes Stück Weg, das Betroffene nicht selbstständig gegangen sind, müssen sie früher oder später

doch gehen. Recovery-Prozesse sind mühselig, weil der Weg der Besserung meist nicht eine schöne, breite, asphaltierte Straße ist, sondern durch unebenes Gelände führt und eher mit einem „Trampelpfad“ zu vergleichen ist. Ich will versuchen zu beschreiben, was ich, aus meiner subjektiven Erfahrungsperspektive heraus, mit dem Begriff Recovery, im Sinne von Gesundung, verbinde.

Recovery bedeutet für mich...

... die Identifikation mit einem Krankheitsbegriff mit allen Vor- und Nachteilen und der Gefahr der Stigmatisierung.

Ich denke, es ist gut sich Gedanken über Gesundungsprozesse zu machen. Ich glaube aber auch, dass es wichtig ist sich klarzumachen, dass das Nachdenken über das Gesunden von einer Erkrankung automatisch beinhaltet, diese anzuerkennen. Darüberhinaus es bedeutet auch, sie zum Blickwinkel der Betrachtung zu machen. Die Diagnosekriterien sind dann möglicherweise der Blickwinkel, aus dem wir darauf schauen, in welchem Maße die Gesundung vorangeschritten ist. Ich denke, es ist wichtig sich klar zu machen, dass ein Recoveryprozess mehr ist als das Gesunden von der reinen Erkrankung. Borderline hat zwar auch als Erkrankung Folgen, nicht zuletzt durch Selbstschädigungen, die nicht ungeschehen gemacht werden können. Aber in gleichem Maße hat auch der Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung Folgen für den Alltag der Betroffenen. Ich würde heute sagen, dass etwa 50% meines Recoveryprozesses darin bestanden hat (und bis heute besteht) die Folgen der Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken zu verarbeiten. Thomas Weniger schreibt, dass eine klinische Diagnose *„neue innere und äußere Wirklichkeiten mit einem unvorhersehbaren Effekt auf die weitere Lebensgestaltung der Betroffenen (schafft)“* [8]. Wir tun also gut daran, Recoveryprozesse nicht als Gesundungswege von einem bestimmten Störungsbild zu betrachten, sondern sie als Wiedergewinnung der Möglichkeit von Teilhabe – im Sinne eines wieder Teilnehmens – zu verstehen.

... die Aneignung biographischer Erfahrungen durch rückblickende Vergleiche – damals und heute.

Neulich bin ich vom Einkaufen zurückgekommen. Ich hatte einen Rucksack auf dem Rücken und merkte plötzlich, dass mein rechter Arm ziemlich wehtat. Bei

genauerem Hinsehen, entdeckte ich eine Schramme, die ich mir beim Aufsetzen des Rucksacks zugezogen haben musste. Sehr oberflächlich, ein kleiner Kratzer, nicht weiter schlimm. Es hat gebrannt wie Feuer, und ich habe mir ziemlich leid getan. Und in dem Augenblick habe ich mich gefragt, wie ich eigentlich den Schmerz der Selbstverletzungen damals ausgehalten habe. Darüber war ich dann einigermaßen verblüfft. Das war so ein Moment, in dem ich gemerkt habe, es hat sich etwas verändert. Über so eine Schramme hätte ich früher allenfalls gelacht, Schmerz hatte damals eine andere Bedeutung für mich. Zum Recovery-Prozess gehört für mich also die Aneignung biographischer Erfahrungen aus neuen Perspektiven, beispielsweise aus einem größeren zeitlichen Abstand heraus.

... eine über Jahre andauernde, große Anstrengung.

Einen Alltag mit Borderlineerfahrungen und allen Folgen, die daran hängen, durchzuhalten, bedeutet eine große Anstrengung. Es ist ein Balanceakt. Durch meine Selbstverletzungen habe ich beispielsweise Narben an den Armen. Um als „normal“ zu gelten, ist es wichtig, diese Narben nicht zu zeigen. Das heißt ich muss meine Arme unter langen Ärmeln verstecken. Nicht nur weil ich mich dafür schäme, sondern weil mir die Erfahrung zeigt, dass mir viele Leute, die die Narben sehen Fragen nach der Herkunft dieser „Lebensspuren“ stellen. Es ist anstrengend, das jedes Mal erklären zu müssen. So laufe ich also auch bei 30°C im Schatten mit langen Ärmeln herum und lasse mich lieber als Frostkötter verspotten, damit ich nicht als „anders“ enttarnt werde und einer befürchteten Stigmatisierung entgehe. Mir ist jederzeit gegenwärtig, dass ich nicht so herumlaufen kann wie ich möchte. Ich glaube aber, es ist gerade auch eine Kompetenz, dass ich mir überlege, wem ich mich ausliefere und welchen Menschen ich mich dem „dunklen“ Teil meiner Geschichte zumuten und/oder anvertrauen kann. Diese „Lebensspuren“ sind ein sichtbarer Teil meines Erfahrungswissens, das ich aber nicht in allen Kontexten zum Thema machen muss.

... mit Vergangenheitsbewahrern über Veränderungen zu staunen.

Ich habe lange Zeit die Unterstützung des Krisendienstes in Anspruch genommen. Es gab dort einen Mitarbeiter, der zu der Zeit in der Klinik arbeitete, als ich auf der geschlossenen Station war. Er kannte mich also aus meinen „ganz heißen Phasen“ in der Psychiatrie. Er war Zeuge von Fixierungen und anderen

Erfahrungen gewesen, die ich in der Klinik machte. Immer wenn ich ihn nun im Krisendienst traf, sagte er: *„Also wenn ich mich noch daran erinnere, wie es Ihnen damals ging!“*. Dieser Satz war unglaublich wichtig für mich und selbst heute freue ich mich noch darüber. Ich habe immer wieder das Gespräch mit ihm gesucht, weil er erlauben konnte, wie unendlich weit der Weg für mich in einen selbstständigen Alltag war. Mit ihm war es möglich, über die Erfahrungen in der Psychiatrie zu reden, weil er das Wissen um die Gegebenheiten und die Personen teilen konnte. Eine Betroffene spricht im Zusammenhang mit Menschen wie diesem Mitarbeiter von „Vergangenheitsbewahrern“. Sie schreibt: *„Für mich sind ‚Vergangenheitsbewahrer‘ sehr wichtig. Das sind Menschen, die meine Entwicklung miterlebt haben, wenigstens über eine längere Strecke. Leute, die dabei waren, als ich ängstlich war und verzweifelt, und die mit mir staunen konnten, wenn mir etwas gelang“* [2].

... um die eigenen Fähigkeiten zu wissen und diese anerkennen und nutzen zu können.

Menschen mit Borderline tendieren dazu, immer nur zu sehen, was sie nicht können. Viele erleben sich meist nicht nur als Schlusslicht, sondern als diejenigen, die den Anschluss verpasst haben. Die meisten entwickeln aber auch während der Zeit ihrer Erkrankung eine Menge Fähigkeiten. Recovery bedeutet, den Blickwinkel auf die eigenen Fähigkeiten zu lenken. Ich habe beispielsweise mit meinen Mitpatientinnen auf der geschlossenen Station nächtelang im Raucherzimmer tiefgehende Gespräche geführt. Dabei habe ich gelernt, anderen zuzuhören, eine Fähigkeit, die ich heute anerkennen kann und die mir überdies auch noch im Alltag nutzt. Ich habe auch gelernt Situationen zu überstehen (und manchmal zu überleben), in denen alles unbestimmt schien. Ich wusste lange Zeit nicht, in welcher Weise ich es schaffen könnte, eine Berufsausbildung zu machen, lange auch nicht einmal welche. Ich weiß heute, dass ich mit Situationen von Unbestimmtheit umgehen kann. Eine Fähigkeit, die mir im Berufsalltag inzwischen sehr nützlich ist, weil ich in einem Bereich arbeite, in dem nicht alles vorhersehbar ist.

... die Übernahme von (Eigen-)Verantwortung.

Nur eigenverantwortliches Handeln macht Recovery-Prozesse möglich. Gesundungsprozesse sind aktiv. Es gilt, in Verantwortung hineinzuwachsen.

Wenn es geschafft ist die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen – dazu gibt es sowohl therapeutische Anregungen als auch Selbsthilfeideen – kann es in nächsten Schritten dann beispielsweise um die Versorgung eines Haustieres gehen, oder sich wieder stundenweise mit dem eigenen Kind zu beschäftigen, das vielleicht eine Zeitlang von einer Pflegefamilie (einer Art recovery-service) mitgetragen wird.

Ich habe mich sehr gegen die Übernahme von Verantwortung gesträubt. Und ich habe sie stufenweise gelernt (inzwischen würde ich sie mir nicht mehr nehmen lassen). Rückblickend war dafür besonders das Buchprojekt der Kinder- und Jugendpsychiatrie hilfreich. Die Lesungen forderten von uns Betroffenen, dass wir pünktlich an einem bestimmten Ort erschienen, dass wir die Texte, die gelesen wurden, gemeinsam auswählten, und dass wir uns umeinander kümmerten, indem wir uns gegenseitig ermutigten. Später ging es darum, Lesungen selbständig zu organisieren, Honorarhandlungen zu führen und das Gelingen von Veranstaltungen eigenverantwortlich zu tragen. Es ist gelungen, zunächst mit recovery-service (den Herausgeberinnen), später selbstständig. Und was nicht ausblieb war natürlich der Stolz auf die eigene Leistung. Ein ziemlicher Beschleuniger von Recovery-Prozessen.

(Eigen-)Verantwortung zu übernehmen bedeutet auch, bereit zu sein, Selbsthilfemöglichkeiten tatsächlich zu nutzen. Ich kann einen Notfallkoffer (einen Koffer mit Gegenständen und Anregungen, für den Umgang mit Krisensituationen) in der Ecke stehen haben und ihn einfach nicht beachten. Ebenso kann ich natürlich alle anderen Selbsthilfemöglichkeiten „in den Wind schießen“. Ich kann mich aber genauso gut entscheiden mein Selbsthilfepotential zu nutzen. Recovery heißt nicht, dass Selbsthilfe das einzige Mittel in jeder Situation ist. Es heißt nicht einmal, dass es nur konstruktive Selbsthilfemöglichkeiten sein müssen. Auch eine Selbstverletzung kann ein – wenn auch hilfloser – Selbsthilfeversuch sein, wenn sie beispielsweise etwas Schlimmeres wie einen Suizidversuch verhindert. Im Rahmen eines Recovery-Prozesses werden sich die Selbsthilfemöglichkeiten verändern und konstruktiv werden, hilflose Selbsthilfeversuche sind nur ein Teil des Gesamtprozesses.

Für meinen Recovery-Prozess war auch die Fähigkeit wichtig, um Hilfe bitten zu können. Ich habe die Tendenz, oft alles alleine durchkämpfen zu wollen, jetzt, wo doch alle denken, dass ich „normal“ bin. Als ich in meine Wohnung

eingezogen bin, hat mein zukünftiger Nachbar freundlich seine Hilfe angeboten, als ich meine Sachen in den dritten Stock schleppte. Ich habe abgelehnt und hätte mich ohrfeigen können. Vor einiger Zeit hat er mir wieder einmal angeboten, etwas nach oben zu tragen. Ich habe ihn, wenn auch mit schlechtem Gewissen, schleppen lassen. Neulich habe ich ihn dann gefragt, ob er mir helfen würde mein Fahrrad aus dem Auto auszuladen. Später hat er mir erzählt, dass er es gerne getan habe. Er tut ebenso gerne etwas für andere wie ich, das hat er mir verraten und ich fand es eigentlich ganz logisch. Es war mir nur bisher immer unangenehm, etwas ohne eine prompte Gegenleistung anzunehmen. Aber inzwischen kann ich das ganz vor mir verantworten.

... trialogische Auseinandersetzung über Borderline.

In meinem Recovery-Prozess war und ist mir ein gleichberechtigter Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten wichtig. Ich finde es gut, sich Borderline von allen Seiten anzuschauen. Mir ist es wichtig von Fachleuten und Angehörigen zu erfahren, welche Schwierigkeiten für sie im Kontakt mit Borderline-Betroffenen entstehen und was für sie interessant oder auch schön ist. Und ich freue mich, wenn Fachleute oder Angehörige mich nach meinem Erfahrungswissen fragen.

... die eigene Sprache zu hinterfragen.

Vor längerer Zeit bin ich nach einem Vortrag, bei dem ich von meinen Erfahrungen mit Borderline erzählt habe, darauf hingewiesen worden, dass ich sehr viele Fachwörter verwende. Ich tue dies in der Tat, und ich habe mir Gedanken darüber gemacht, warum das so ist.

Ich glaube, dass Sprache ein guter Indikator für gemachte Erfahrungen ist. Viele Fachbegriffe, die ich mit großem Selbstverständnis verwende, habe ich in meiner Zeit als Patientin gelernt, weil sie in der Klinik selbstverständlicher Teil der Kommunikation zwischen Fachleuten und Behandelten waren. Ich denke, dass es wichtig ist, sich bewusst zu machen, dass die eigene Sprache auch ein Ergebnis gelebter Erfahrungen ist, die es anzuerkennen gilt. Ich habe überlegt, ob es mir überhaupt noch gelingen würde, eine Sprache zu sprechen, in der ich ohne Fachbegriffe auskomme. Vielleicht ginge es. Aber ob diese Sprache dann authentischer wäre wage ich zu bezweifeln. Eine solche Sprache zu sprechen würde für mich bedeuten, dass ich wiederum Erfahrungen ausklammern

müsste, nur damit ich betroffen genug klinge, um aus der Betroffenenperspektive sprechen zu „dürfen“. Ich glaube, das wäre eine unbefriedigende Lösung, es würde nicht mehr passen. Für mich besteht die Konsequenz der Beobachtung – dass meine Sprache viele Fachbegriffe enthält – eher darin, mir klar zu machen, dass meine Rolle sich verändert hat. Heute habe ich neben meinen Erfahrungen mit Borderline auch Erfahrungen mit einem Hochschulstudium und im Berufsalltag. Ich spreche nicht mehr nur als „die Betroffene“, sondern als Person mit „Doppelqualifikation“, die aus verschiedenen Perspektiven berichten kann. Ein Recoveryprozess bedeutet für mich auch, in neue Rollen hineinzuwachsen, sich damit auseinanderzusetzen und in anderer Weise zu Wort zu kommen. Als Fachperson muss ich heute am Arbeitsplatz natürlich die Fachsprache beherrschen. Im Kontakt mit Betroffenen außerhalb der Klinik, kann ich mich auf der Peer-Ebene aber auch prima über „Schnippeln“ statt über „Selbstverletzung“ unterhalten, aber das gehört dann nicht in mein Berufsvokabular. Recovery erfordert also auch, die eigene Rolle immer wieder zu reflektieren und Bereiche trennen zu können.

Recovery bedeutet für mich auch, das eigene Selbsthilfepotential zu nutzen. Ich gehe ich davon aus, dass jeder Mensch Möglichkeiten zur Selbsthilfe, und damit auch der Einflussnahme auf Recovery-Prozesse, besitzt. Es muss nur gelingen, dass den Betroffenen diese Möglichkeiten selbst bewusst werden. Und ich glaube, dass es da nicht den einen Weg gibt, sondern, dass alle ihren eigenen Weg finden müssen. Im Sinne der Idee „*ansteckender Gesundheit*“ [5] bin ich mir aber sicher, dass es dabei gut möglich ist von anderen zu lernen, die Selbsthilfeideen anderer zu nutzen, die sich in ähnlichen Situationen befinden wie man selbst. Ich möchte an dieser Stelle nicht auf einzelne Selbsthilfeideen für Menschen mit Borderline eingehen. Eine ausführliche Beschreibung dazu findet sich in unserem Selbsthilfebuch [4].

Ich habe mich in meinem Studium mit Biographieforschung beschäftigt. Dabei habe ich mich mit einer Studie von Gerhard Riemann befasst. Er setzt sich mit dem „*Fremdwerden der eigenen Biographie*“ [7] psychiatrischer Patienten auseinander. Ich glaube, dass Recoverygeschichten davon erzählen, wie die eigene Biographie wieder vertraut wird und wie das Vertrauen wächst, die eigene Biographie wieder aktiv mitzugestalten. Oder wie es eine Betroffene in der Beschreibung ihres Gesundungsprozesses darstellt: „*Ich kann mir wieder*

selbst helfen. Ich bin wieder Kapitän auf meinem Schiff. Ich bin meinen ‚Zuständen‘ nicht mehr hilflos ausgeliefert. Ich bin nichts und niemandem ausgeliefert. Ich habe angefangen, mich zu wehren, wenn es sein muss. Was meine Seele auch ausspuckt, ich gehe damit um. Und wenn mir das mal nicht gelingt, werde ich aufgefangen“ [3].

In diesem Sinne würde ich Recovery bei Menschen mit Borderline, weniger als Wiederlangung von Gesundheit, im Sinne von Heilung, sondern vielmehr als Wiedererlangung von Handlungsfähigkeit unter Nutzung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Selbst- und Fremdhilfe beschreiben.

Bleibt die Frage: Bin ich nun „recovered“?

Im Sinne der bedeutender Elemente von Recovery [6] trifft das sicher zu. Die „Hoffnung auf ein Happy End“ bestimmt heute meinen Alltag mehr als die „Angst vor dem dramatischen Ende meiner Geschichte“. Ich habe inzwischen Ideen dazu wer ich bin, was ich kann und was ich will. Ich habe einen sicheren Platz im Leben als noch vor wenigen Jahren. Ich habe einen lieben Partner und zuverlässige Freundinnen, Freunde und Angehörige. Es gibt Vergangenheitsbewahrerinnen mit denen ich über „verlorene Zeit“ und die Unnachholbarkeit bestimmter Erfahrungen trauern kann und Unterstützer, die mir etwas zutrauen. Alleine wohnen zu können ist für mich heute eine Selbstverständlichkeit und es gelingt mir auch für mich zu sorgen. Ich bin finanziell endlich nicht mehr abhängig. Ich kann wieder teilhaben am ganz „normalen“ Alltag.

Für mich kann ich heute sagen, dass ich den roten Faden in meinem Leben (wieder-) gefunden habe und ich glaube, darauf kommt es letztlich für jeden Menschen an.

Literatur

1. Knopp M, Heubach B (Hrsg) (1999: Irrwege, eigene Wege. Junge Menschen erzählen von ihrem Leben nach der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie
2. Knuf A (Hrsg) (2008) Gesundung ist möglich! Borderline-Betroffene berichten. Bonn: Balance
3. Knuf A (Hrsg) (2002) Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. Bonn: Psychiatrie
4. Knuf A, Tilly C (2007): Borderline: Das Selbsthilfebuch. Bonn: Balance.
5. Kröger C, Unckel C (2006) Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe

6. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie
7. Riemann, G (1987) Das Fremdwerden der eigenen Biographie. München: Wilhelm Fink
8. Weniger T (2004): Zwischen hilfreicher Diagnose und Stigma. Deutsches Ärzteblatt 101(39):2597-2598

Experienced Involvement - Erfahrung für Veränderung nutzen: Psychiatrie - Erfahrene bewegen Professionelle

Uwe Bening, Claus Rätke

Die Erfahrung psychischer Erschütterung erzeugt bei den meisten Menschen tiefe Angst und erzeugt große Hilflosigkeit. Diese Hilflosigkeit spiegelt sich auch in den unterschiedlichsten Behandlungsbemühungen der letzten gut 100 Jahre wider. Mit Dauerbädern und kalten Güssen, mit Insulin – Schock und Elektrokrampf Behandlung, um nur einiges zu nennen, versuchte man, oft sehr hilflos und mit zum Teil massiver Gewalttätigkeit, dieser Eskalation der Psyche beizukommen. Diese Radikalität der Behandlung hat wesentlich dazu beigetragen, dass dieses Erleben bis heute von Angst und Scham verhüllt ist. Kaum ein anderes Erleben wirkt sich so stigmatisierend für den betroffenen Menschen aus. Und die bis heute wirksame Konsequenz ist die Tabuisierung dieses Erlebens. Über die Erschütterung und Entgleisung des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns offen zu sprechen, erfordert nicht nur großen Mut, genau so herausfordernd ist es, ein Gegenüber zu finden, dem sich dieser Mensch anvertrauen kann. Im Rahmen des SUSI (subjektiver Sinn von Psychosen) Forschungsprojektes des UKE Hamburg äußerten sich betroffene Menschen im Interview immer wieder dahingehend, dass sie sehr schnell lernen, ihren Behandlern nicht ihr bedrückendes Erleben zu berichten, um die Konsequenz, in der Regel eine Dosiserhöhung in der Medikation, zu vermeiden.

Es zeigt sich, viele Psychiatrie erfahrene Menschen fühlen sich gerade von den Institutionen, die ihnen helfen sollten, unverstanden und falsch behandelt. „Ich hab doch keine Psychose bekommen, um Medikamente zu nehmen,“ beklagte sich ein Teilnehmer des Kongresses „Die subjektive Seite der Psychiatrie“ in Hamburg. Trotz Psychiatriereformen und vielen neuen Behandlungsbemühungen sind Psychopharmaka heute das erste Mittel der Wahl.

Psychiatrie erfahrene Menschen formulieren seit langem Kritik, die von traditionellen psychiatrischen Angeboten nicht beantwortet wird. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass viele Betroffene unzufrieden mit den professionellen Behandlungsangeboten sind und sie nicht nur als unangemessen, sondern

oft sogar als hinderlich auf dem Weg der Genesung empfinden [3]. Um hilfreiche Unterstützung anzubieten, bedarf es einer Neuorientierung der Psychiatrie. Zunächst einmal gilt es der Erfahrung psychischer Erschütterung in Gelassenheit und mit Wertschätzung zu begegnen. Eine Zuwendung, die sich mit dem Sinn psychischer Krisen beschäftigt und die betroffene Menschen dabei unterstützt, neues Vertrauen und innere Stabilität jenseits psychiatrischer Diagnosen wieder zu gewinnen. Es ist an der Zeit anzuerkennen, „dass Nutzer psychiatrischer Dienste mehr als jeder andere darüber wissen, was in der Planung, Entwicklung und Organisation von Versorgung notwendig ist“ [2]. Hierbei ist das Expertenwissen, das durch die Erfahrung mit Krisen und deren Bewältigung erworben wurde von zentraler Bedeutung. Die notwendige Verbesserung psychiatrischer Versorgung zu nicht-stigmatisierenden und zufriedenstellenden, hilfreichen Angeboten ist ohne ExpertInnen durch Erfahrung nicht möglich.

Die bisher gewählten Beteiligungsformen wie Nutzerräte, Gremienarbeit und Nutzerbefragungen sind dabei wichtige Ansätze. Zu einer Neubestimmung der Psychiatrie ist es jedoch wichtig, Psychiatrie erfahrene Menschen direkt an der Praxis und der theoretischen Weiterentwicklung zu beteiligen. Für die Betroffenen ist dies darüber hinaus auch ein wichtiges Symbol der Hoffnung: *„Die Möglichkeit, die Unterstützung von psychiatrie-erfahrenen Mitarbeitern in Anspruch nehmen zu können, vermittelt den Nutzern psychiatrischer Dienste die wichtige Botschaft, dass es Licht am Ende des Tunnels gibt, das Genesung möglich sein kann und zudem dass sie selbst anderen etwas Wertvolles bieten können“* [1].

Inspiziert durch die Client-partnership in Birmingham wurde in Bremen die Experten-Partnerschaft (eine Vereinigung von Experten durch Erfahrung und professionellen Experten zur Stärkung der Nutzerperspektive in der Ausbildung) ins Leben gerufen. Es wurde schnell deutlich, dass das Wissen und der Hintergrund der Experten durch Erfahrung eine Ressource ist, die psychiatrische Versorgungsangebote und die Ausbildung von Fachkräften entscheidend verändern kann.

Bei der Suche nach weiteren Projekten und Initiativen, die sich für die Wahrnehmung des Erfahrenenwissens einsetzen, wurde deutlich, dass es viele Bildungseinrichtungen und psychiatrische Dienste in Europa gibt, die von Psy-

chirurgie erfahrenen Menschen geleitet werden oder an denen sie beteiligt sind. Die meisten Projekte haben jedoch mit zwei Problemen zu kämpfen: die fehlende Vernetzung zwischen innovativen Projekten und die fehlende offizielle Anerkennung von Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie. So entstand die Idee, ein Europäisches Projekt zu beantragen, das die Möglichkeit bietet, die Erfahrungen in Europa auszutauschen und eine Ausbildung für Experten durch Erfahrung zu entwickeln, die eine Grundlage zur offiziellen Anerkennung bietet.

Erfahrungskompetenz nutzen – das Projekt EX-IN

Ausgangspunkt des Projektes EX-IN (Experienced Involvement / Beteiligung Psychiatrie erfahrener Menschen) war die Überzeugung, dass Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, über einen reichen Schatz an Erfahrungswissen verfügen, das zu einem erweiterten Verständnis psychischer Erschütterungen, zu neuem Wissen über genesungsfördernde Faktoren und zu innovativen, nutzerorientierten Angeboten in der Psychiatrie beitragen kann.

Die Ausbildung soll Psychiatrie erfahrenen Menschen die Gelegenheit bieten, die eigene Erfahrung zu reflektieren und sich Methoden- und Hintergrundwissen anzueignen, um als Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten oder als Ausbilder zu arbeiten.

Experten aus innovativen betroffenenorientierten Projekten in Norwegen, Schweden, England, den Niederlanden, Slowenien und Deutschland haben zwei Jahre zusammen gearbeitet, um Erfahrungen auszutauschen, Konzepte und Forschungsergebnisse zu vergleichen und eine Ausbildung zu entwickeln, die auf den Erfahrungen der Psychiatrie erfahrenen Menschen basiert.

Im Mittelpunkt der EX-IN Ausbildung steht die Entwicklung von Erfahrungswissen. Hierzu ist es wichtig, dass jeder einzelne seine Erfahrungen reflektiert und strukturiert, so dass aus Erfahrung Wissen wird, ICH-Wissen. Das bedeutet, dass die Teilnehmer Bewusstsein darüber entwickeln, wie sie sich ihre seelische Erschütterung erklären, wie sie diese Erfahrung in ihre Lebensgeschichte einordnen, welchen Sinn sie darin erkennen und welche Bedingungen und Strategien dabei helfen, Anforderungen und Krisen zu bewältigen. Erfahrungswissen ist zunächst etwas Persönliches, aber durch kritische Reflektion mit anderen kann es in etwas verwandelt werden, das nicht nur der Betroffene

ne weiß, sondern das mit anderen geteilt werden kann. Wenn wir davon ausgehen, dass es wichtig ist, einen gemeinsamen Standpunkt und eine gemeinsame Perspektive davon zu entwickeln, was hilfreiche Haltungen und Strukturen für Menschen in psychischen Krisen sind, ist es erforderlich, dass eine Ausbildung den Teilnehmern die Möglichkeit bietet, ihre Erfahrungen auszutauschen, um "WIR-Wissen" zu entwickeln.

Daneben wird in der EX-IN Ausbildung die Anwendung von Methoden und die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert, die nicht automatisch ein Bestandteil des Erfahrungswissens sind. Daher sind Empowerment, Trialog, Recovery, Betroffenen-Fürsprache, Bestandsaufnahme und Zielplanung, Beraten und Begleiten, Krisenintervention und Lernen und Lehren Themen des Kurses. Die Auseinandersetzung mit Theorien und Methoden soll dazu beitragen, dass die Teilnehmer in der Lage sind, für Beratung, Unterstützung und Fortbildung eine Praxis zu entwickeln, die sowohl professionell als auch erfahrungsorientiert ist.

Erfahrungsbericht über die Ex-In-Ausbildung

Mein Name ist Claus Räthke, ich bin 40 Jahre jung und habe in der Zeit von März 2006 bis Juni 2007 an der Ex-In Ausbildung in Bremen teilgenommen und sie mit Zertifikat bestanden. Im Juni 2008 bin ich aufgrund dieser Ausbildung als Genesungsbegleiter mit 28 Wochenstunden sozialversicherungspflichtig bei einem Bremer Betreuungsverein eingestellt worden.

Ich lege im Folgenden mein Hauptaugenmerk auf meine persönlichen (Lebens-)Erfahrungen vor, während und nach der Ex-In Ausbildung und stelle ihnen kurz meine jetzige Berufsausübung vor. Ich möchte sie insbesondere mit meiner persönlichen ExIn-Philosophie und meinem Verständnis von Recovery vertraut machen.

Die Ex-In – Philosophie geht davon aus, dass wir Betroffene bereits Experten (durch Erfahrung) sind und dass uns diese Ausbildung sozusagen den nötigen Feinschliff und das notwendige Selbstbewusstsein, unsere Erfahrungen wirklich als ein spezielles Expertenwissen anzusehen, gibt. Eine Ausbildung von ca. 300 Stunden mag kurz erscheinen. Ex-In ist etwas ganz neues und lässt sich nicht mit dem klassischen Ausbildungssystem vergleichen. Ausgebildet sind wir TeilnehmerInnen bereits durch unser Leben, durch jahrelange, ja sogar

jahrzehntelange Erfahrungen mit unseren psychischen Erkrankungen und dem psychiatrischen System. So gesehen könnte man Ex-In als Weiterbildung ansehen. Unsere eigentlichen Ausbildungen nennen sich Psychose, Borderline, Sucht, Schizophrenie, Depression usw.. Das sind die eigentlichen Lehrmeister und in ihnen befindet sich das Potential, um als DozentIn und/oder GeneungsbegleiterIn beruflich tätig zu sein. Ex-In fördert dieses Potential zu Tage und sagt ganz deutlich, dass wir Erfahrenen am besten wissen, was uns hilft und was nicht – und was daher auch anderen Betroffenen helfen kann. Ex-In sehe ich als eine gute Ergänzung zu professionellem Wissen, das die Universitäten lehren und über das die nichtbetroffenen Profis verfügen.

Ich selbst bin Sucht- Psychose- und Depressionserfahren. Ich habe das nie als Kompetenz angesehen, sondern als Einschränkung, Handicap, Unbrauchbarkeit und vor der Gesellschaft besser geheim zu halten. Diese Einstellung hat zusätzlich zu meinen Leiderfahrungen, die aus den Erkrankungen resultieren, zu noch mehr Leid geführt, sprich zu einem Mangel an Selbstwertgefühl, zu Scham, dem Gefühl von Nutzlosigkeit und der Gesellschaft eine Belastung zu sein. Solch eine Art des Denkens und Fühlens ist nicht gesundheitsfördernd, sondern der beste Weg in die Depression. Niemand im Außen hat mich gelehrt oder mir nahe gebracht, dass das Erfahren von psychischen Erkrankungen zu einer speziellen Kompetenz führen kann, ja eine Kompetenz ist, die im Bereich der Gesundheitsfürsorge der Gesellschaft zu Gute kommen kann und das auch sollte.

Mein Leben sah so aus, dass ich planlos viele Jahre an der Universität Bremen studierte, ohne meinen Berufswunsch zu entdecken, ohne wirklich zu wissen, was ich beruflich wirklich will. Das Depressive blieb mein Begleiter und um mit diesen Gefühlen zurecht zu kommen habe ich immer mehr Alkohol konsumiert und wurde zum Alkoholiker. Zu guter letzt wurde ich psychotisch und anschließend so depressiv wie ich es noch nie in dem Ausmaße erlebt habe. Ich wurde richtig krank. Die Lebensweise, die ich mir angeeignet hatte, wie z.B. nicht über Gefühle und Befindlichkeiten zu sprechen, Frust zu schlucken, Konflikte zu meiden, fremdbestimmt statt selbstbestimmt zu handeln, es anderen statt mir selbst recht machen zu wollen, mich selbst zurück zu nehmen, Wut keinen Ausdruck zu verleihen, hat mich verrückt gemacht.

Heute sage ich: zum Glück. Besonders durch die Psychoseerfahrung ist mir bewusst geworden, dass ich mein Leben von Grund auf ändern muss und kann. Sie war der Hinweis meiner Seele, dass es so wie bisher nicht weitergehen sollte, denn so führt es unweigerlich in das Ertrinken durch Alkohol und eben in die Verrücktheit und Selbstaufgabe. Die Psychose dauerte vier Monate, ich lies sie nicht behandeln. Die anschließende Depression nahm kein Ende, so dass ich sie und gleichzeitig auch meinen Alkoholismus in einer Privatklinik im Schwarzwald (Oberberg) behandeln lies und mich aus meinem Studium des Lehramtes exmatrikulierte. Die Psychose gehört der Vergangenheit an, ebenso das Trinken, geblieben ist die Depression, die immer mal wieder an meine Tür klopft.

Ich möchte mit ihnen gerne ein Bild teilen, dass ich mit Ex-In in Verbindung bringe und das mir sehr viel Mut macht und zeigt, wie stark und heilend Betroffene, die es geschafft haben, auf ihre Leidensgenossen wirken können: Ich besuchte ein Jahr regelmäßig die Meetings der Anonymen Alkoholiker. Dort war ein Mann, ich schätze ihn auf 65 Jahre, der sich lebhaft und hilfreich in meinen Erinnerungen befindet. Dieser Mann strahlte immer Herzlichkeit, Hilfsbereitschaft, Wärme und ein freundliches, mitfühlendes Wesen aus. Er war durch und durch zufrieden mit sich und der Welt. Seine Geschichte zeigt, welche enorme Kraft in der Betroffenenbewegung, in diesem Fall die der Anonymen Alkoholiker, liegt. Er hat jahrelang ganz unten als Obdachloser, als so genannter Penner gelebt, ohne Heim, ohne Perspektive. Er war verwahrlost und ohne Lebenswillen. Durch die AA ging es mit ihm dann eines Tages aufwärts, er bekam eine eigene Wohnung und befreite sich vollkommen von der Geißel Alkohol. Dieses Wunder, so möchte man sagen, geschah einzig durch die Meetings, durch die Hilfe von Betroffenen, also anderen Alkoholikern, die es geschafft hatten, sich vom Alkohol zu befreien (und, so sagen die AA's, durch die höhere Macht, die in der AA Philosophie eine zentrale Rolle spielt).

Bevor ich von Ex-In Kenntnis bekam, stand ich vor einem Scherbenhaufen. Ich hatte keine berufliche Perspektive und litt die meiste Zeit an Depressionen. Ich sah in Ex-In sofort eine Chance. Bis dato war ich in meinem Umfeld, in meinem Freundeskreis der einzige Betroffene und orientierte mich stark an den anderen, die gesund waren, Vollzeit beschäftigt und familiär eingebunden, Kinder groß zogen und ihr Leben meisterten. Ich wollte dazu gehören und tat es doch

nicht, denn ich fühlte mich ja rundherum als Versager. Bei Ex-In war ich plötzlich unter Gleichgesinnten, die sich nicht aufgeben, die was aus sich machen wollen, die ihre Erfahrungen nicht brach liegen lassen, sondern nutzen wollen, die aus eigener Erfahrung heraus sagen: „ja, das kenne ich auch und ich will wie du mein Erfahrungswissen für mich und andere nutzen“.

Die Idee, Betroffene, also die, die es wirklich betrifft, beruflich als Experten durch Erfahrung in das psychiatrische Netz mit einzubeziehen, sehe ich als eine große Chance zu positiver gesellschaftlicher und damit auch politischer Veränderung. Psychiatrische Erkrankungen nehmen rapide zu. Offensichtlich produziert unsere Gesellschaftsform mehr und mehr Leid. Nun kommen die „Verrückten“ mit ihrem Slogan des gleichnamigen Films über Ex-In (von Jürgen Köster) „Wer, wenn nicht wir - Psychiatrieerfahrene verändern die Psychiatrie!“. Bisher waren wir ausschließlich NutzerInnen dieses Systems, das letztendlich keine Heilung bewirkt hat, was die Statistiken über den rasanten Anstieg von psychischen Erkrankungen deutlich belegen. Jetzt wollen wir mit ÄrztInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen kooperieren, auf gleicher Augenhöhe an der Verbesserung der Gesundheitsfürsorge unserer Leidgenossen mitwirken. Wir nennen das in unserem Fachjargon „Empowerment“. Vor der Ausbildung war nicht klar, ob es anschließend auch Arbeitsmöglichkeiten für uns geben wird. Es gibt sie immer mehr. Viele sind freiberuflich als DozentIn tätig, eine Mitstreiterin hat eine 30 Stunden Stelle in einem ambulant psychiatrischen Dienst, ein Ex-Inler steht kurz davor, als Betreuer auf 400 Euro Basis eingestellt zu werden und ich habe seit Juni 2008 eine 28 Stunden Stelle als Genesungsbegleiter.

Der wichtigste Grundpfeiler der Ex-In Philosophie ist für mich gelebtes, angewandtes Recovery. Recovery bedeutet übersetzt ungefähr Genesung, Wiedererlangung der Gesundheit. Es ist ein zentraler Ansatz der Ausbildung und steht der klassischen Psychiatrie, die den Schwerpunkt der Behandlung zumeist auf Medikation und Symptomminderung legt, fortschrittlich gegenüber. Recovery zielt auf ein zufriedenes, erfülltes Leben mit vollständiger gesellschaftlicher Integration ab. Ein zufriedenes Leben ist für alle Betroffene möglich, manchmal sogar völlige Genesung. Hoffnung wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden und gefördert. Alle Hilfen, die das Wohlbefinden und die individuelle Bewältigung der Erkrankung fördern,

kommen zum Einsatz, Selbsthilfe und Selbstverantwortung sind zentral für den Recovery Prozess. Recovery macht Mut und Hoffnung, denn es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch das Potential zur Genesung in sich trägt. Da Genesung ein individueller Prozess ist, zielt Recovery auf ein vielfältiges Angebot ab, in dem Recovery wachsen kann. Es wird auch davon ausgegangen, dass jede/r weiss, was hilfreich für ihn/sie ist oder dies zumindest für sich herausfinden kann. Gefördert werden die Übernahme von Verantwortung, die Entscheidung, dass es besser werden soll, allgemein eine optimistischere Haltung und Hoffnung für die Zukunft. Es geht um die Erlangung einer positiven Identität, das sich lösen von psychiatrischen Zuschreibungen, um Symptombeeinflussung und ganz besonders darum, Sinn und Bedeutung im Leben zu gewinnen. Statt den Fokus auf Symptome zu richten, zielt Recovery darauf ab, Selbstachtung und Identität zu entwickeln und eine wichtige Rolle in der Gesellschaft zu finden. Es geht darum, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die befähigen mit psychiatrischen Erlebnissen umzugehen und diese Erfahrung für andere nutzbar zu machen.

Ich nutze meine Erfahrungen und Ex-In jetzt beruflich. Ich bin angestellt bei der „Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.“ (Bremen), die in erster Linie Betreuung für Menschen mit psychischer, geistiger und/oder Suchterkrankung anbietet, in dem Arbeitsbereich Irrturm. Der Irrturm ist ein außerklinisches, professionell begleitetes Forum für Kommunikation und Information, das Menschen mit psychischer Erkrankung die Möglichkeit gibt, ihre individuellen Erfahrungen und Anliegen auszutauschen und in einem selbst erstellten Buch zu publizieren. Außerdem organisiert und besucht der Irrturm öffentliche Veranstaltungen, gibt Lesungen und bietet in verschiedenen Teilprojekten Beschäftigungsmöglichkeiten für Betroffene. Mit unserer Arbeit schaffen und stärken wir die Lobby für NutzerInnen des psychiatrischen Versorgungssystems zur öffentlichen Auseinandersetzung. Dabei sollen Anstöße zu einer lebendigen Diskussion über Psychiatrie und psychische Erkrankung gegeben werden.

Unser Team besteht aus einer Sozialpädagogin, die den Irrturm koordiniert und begleitet, einer Injobberin und mir als Genesungsbegleiter. Ich leite die Redaktionsgruppe und bin hauptsächlich für unsere Öffentlichkeitsarbeit zuständig, d.h.: ich organisiere Lesungen und führe diese durch, betreibe Aufklä-

rungs- und antistigmatisierende Arbeit an Schulen und beziehe unsere NutzerInnen hierbei ein, bin für unsere Werbestände zuständig, begleite und unterstütze Betroffene in unseren Teilprojekten (wie z.B. der Erstellung unseres Hörbuchs und der Durchführung von Interviews) und pflege den Kontakt zu ihnen, nehme an Fortbildungen teil, schreibe Artikel und Rezensionen und leite unseren Gesprächskreis Suizid, der Profis und Betroffenen offen steht, um sich über dieses Thema auszutauschen.

Voraussetzung für meine Einstellung beim Irrturm war die Ex-In Ausbildung. Die Arbeit fördert meine Persönlichkeitsentwicklung, hat eine heilende Wirkung indem sie meine Selbstheilungskräfte unterstützt, gibt mir Sinn und Struktur, fordert mich aber auch sehr heraus, d.h. ich überwinde immer wieder Grenzen und tauche in Bereiche ein, die anfangs Angst und Unsicherheit in mir auslösen.

Ich erlebe, dass ich durch meine eigene Betroffenheit einen empathischen Zugang zu unseren RedakteurInnen habe und demonstriere Recovery, in dem ich stark in die Selbstverantwortung gehe, individuelle Wege finde, mit meinen Erkrankungen umzugehen, alternative Heilweisen ausprobiere, mich durch Ängste nicht von meinem Weg abbringen lasse, voller Hoffnung bin, in meinen Erschütterungen nach positivem Potential suche und es finde wie z.B. neue Zielvorstellungen und Prioritäten für mein Leben, mehr Toleranz und Mitgefühl, neue Werte.

Aufgrund meiner Erkrankungen habe ich einen Beruf bekommen, der Berufung ist!

EX-IN und dann?

Jedes an dem EU-Projekt beteiligte Land hat Teile der Ausbildung oder das gesamte Curriculum erprobt. In Deutschland wird die EX-IN Ausbildung durch die Universitätsklinik Hamburg Eppendorf und die Initiative zur sozialen Rehabilitation mit ihrem Fortbildungsträger F.O.K.U.S. in Bremen jeweils bereits zum dritten Mal durchgeführt. In Berlin hat gerade ein Kurs begonnen, in Stuttgart ist ein weiterer geplant. Die Nachfrage im deutschsprachigen Raum ist sehr groß. Da der Bedarf nicht mehr von den an dem EU-Projekt beteiligten Akteuren gedeckt werden kann, wird ab Herbst ein überregionaler Kurs zur Ausbildung von Ausbildern angeboten.

Mittlerweile haben ca. 50 Personen den EX-IN Kurs abgeschlossen. Über 50% haben eine bezahlte regelmäßige Beschäftigung gefunden, hierzu gehören sozialversicherungspflichtige Anstellungen, aber auch so genannte Geringverdiener-Jobs. Die Tätigkeitsbereiche sind Mitarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege, Entlassungsberatung im Krankenhaus, Betreutes Wohnen, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement. Darüber hinaus sind viele EX-IN Kursabsolventen auf Honorarbasis als Dozenten und mit Gruppenangeboten tätig.

Manche Kursteilnehmer möchten sich nach der Ausbildung Zeit lassen, sich langsam auf das neue Betätigungsfeld einzulassen, manche wollen auch nur einen Nebenjob, um ihre Erwerbsunfähigkeitsrente zu erhalten. Daher ist die Beschäftigungsquote der Experten durch Erfahrung durchaus zufrieden stellend.

Sicherlich ist noch eine Menge Arbeit zu leisten, insbesondere in Hinblick auf die Überzeugung von psychiatrischen Diensten und Kostenträgern. EX-IN (er)fordert ein Umdenken in der Psychiatrie.

Status, Autonomie, Ressourcen, Einfluss, Entscheidungsmacht und Bezahlung, die vergleichbar mit den Bedingungen von nicht-erfahrenen Mitarbeitern sind, sind kritische Faktoren für die Realisierung positiver Veränderungen. EX-IN, die direkte Beteiligung ist ein Ansatz, von dem die Experten durch Erfahrung, die Professionellen und die Klienten gleichermaßen profitieren können, er hat das Potential, ein neues Selbstverständnis in der Psychiatrie zu etablieren in dem die Bedarfe der Nutzer im Mittelpunkt stehen.

Kontakt: Jörg Utschakowski

utschakowski@fokus-fortbildung.de www.ex-in.info

Literatur

1. Hardiman E, Matthew T, Hodges J (2005) Evidence-based Practice in Mental Health: Implications and Challenges for Consumer-Run Programs. *Best Practices in Mental Health* 1(1):105-122
2. Lloyd C, King R (2003) Consumer and carer participation in mental health. *Australian Psychiatry* 11(2):180-184

3. Tooth B, Kalyanansundaram V, Glover H (1997) Recovery From Schizophrenia: A Consumer Perspective. Final Report to Health and Human Services Research and Development Grants Program (RADGAC), December 1997, www.auseinet.com/files/recovery/btooth06.pdf (24.08.2008)

Recovery als Prinzip stationärer psychiatrischer Versorgung in Nottingham (UK) - ein Umsetzungsbeispiel

Martin Fischer, Julie Repper

Abstract

Stationäre psychiatrische Versorgung an einem Konzept wie Recovery auszurichten, ist eine große Herausforderung. Traditionell bestimmen ein Fokus auf Diagnostik und Behandlung der Erkrankung den stationären Alltag, eine zuweilen hohe Intensität therapeutischer Maßnahmen verstellt den Blick auf das Individuum mit seinen Ressourcen, Potenzialen und Lebensentwürfen. Genau diese Elemente sowie die Eigenmächtigkeit und die Suche nach Lebenssinn der „PatientInnen“ stehen aber im Zentrum eines Recovery-Ansatzes.

Wie können diese scheinbar konträren Positionen zusammengebracht werden? Wie kann in der stationären Versorgung der Fokus auf Krankheitsbilder zugunsten einer Orientierung an den Bedürfnissen und Vorstellungen von Betroffenen verändert werden?

Dieser Frage widmet sich seit Anfang 2008 ein Projekt des NHS⁴ Nottingham (UK), in dessen Rahmen die stationäre psychiatrische Versorgung der Region auf das Konzept Recovery ausgerichtet wird. Dies erfolgt durch Maßnahmen wie Schulungen der MitarbeiterInnen oder eine Überarbeitung der Dokumentationen auf den Stationen durch Pflegefachkräfte. Der Prozess wird von einer internen Evaluation begleitet. In die Planung und Durchführung des Projekts sind Menschen mit Psychiatrieerfahrung in verschiedenen Rollen einbezogen.

Im Vortrag, der auf einem sechsmonatigen Forschungsaufenthalt als Psychologe in Nottingham basiert, werden das Projekt sowie die begleitende Evaluation vorgestellt und kritisch reflektiert. Dabei werden die Möglichkeiten und Grenzen einer Umsetzung des Recovery-Ansatzes in der stationären Versorgung sowie die Rolle von Psychiatrie-Erfahrenen in diesem Prozess diskutiert.

⁴ National Health Service; Staatliches Nationales Gesundheitswesen im Vereinigten Königreich.

Ressourcenorientierung in der Langzeitpsychiatrie - Einführung und Umsetzung von Ansätzen des Tidal-Modells, von Recovery und Empowerment auf einer Station

Guntram Fehr, Bernadette Arpagaus

Problemstellung

Die Station 0 in einer öffentlich rechtlichen psychiatrischen Klinik in der Ostschweiz hat 12 Betten und betreut psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen, welche in der Regel von der Akut- oder Rehabilitationsstation verlegt werden. Der Verlegungsgrund ist meist, dass keine kurz- oder mittelfristigen Perspektiven erkenn- und planbar sind. Die Patientinnen und Patienten haben, in der professionellen Beurteilung, häufig nur eine geringe Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit im angebotenen Therapieprogramm. Eine schlechte Compliance wurde oft von den Mitarbeitenden der Vorstation wahrgenommen. Die Minussymptomatik ist meist sehr ausgeprägt, einige Patientinnen und Patienten haben eine andere Realitätswahrnehmung als das professionelle Behandlungsteam und setzen Copingstrategien ein, die als eher ungeeignet eingestuft werden.

Die Station 0 hatte ein niedriges Prestige in der Klinik, was sich nicht zuletzt auch in der für die Patientinnen und Patienten eher unspezifischen therapeutischen Versorgung niederschlägt. Im Stellenplan des Pflegedienstes sind, im Vergleich zu den anderen Stationen, am meisten Teilzeitpflegende mit weniger als 50% und Pflegehilfen angestellt, nur 3 Diplomierte arbeiten über 80%.

Betreutes Wohnen für psychisch Kranke wird in der Region zwar angeboten, doch sind die Anforderungen dieser Institutionen an die Fähigkeiten der Bewohner vorwiegend so hoch, dass ein Übertritt der Patientinnen und Patienten kaum möglich ist. Das Risiko von Hospitalismus ist bei den Patienten und Patientinnen extrem hoch durch diese systemimmanente Situation.

Die also kaum in die zunehmend spezialisierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angebote der Klinik integrierbaren Patientinnen und Patienten werden in einem Bezugspflegesystem begleitet; Pflegediagnosen im Pflegeprozess sind das zentrale Planungsinstrument der Pflegenden.

Für Pflegende auf der Station 0 ist die fehlende Perspektive bei vielen Patientinnen und Patienten schwer auszuhalten. Sie sind im Dilemma zwischen dem - vermeintlichen? – fachlich begründeten Wissen, was für die Patientinnen und Patienten "gut" wäre und der fehlenden Compliance sowie den als ungeeignet beurteilten Copingstrategien gefangen und haben wenig Handhabe mit den klassisch-problemorientierten Ansätzen, eine systematische und zielorientierte Patientenarbeit umzusetzen.

Die verschiedenen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen sind gut geschult im erkennen von Problemen und im zielgerichteten Arbeiten mit den Patientinnen und Patienten. Da dieser Ansatz zu wenig Erfolg für die Patienten führte und Burnout für die Pflegenden drohte, wurde ein radikal anderer Ansatz gesucht und ein Projekt initiiert.

Projektziel und Organisation

Ziel: Eine ressourcenorientierte Haltung ist die Grundlage der pflegerischen Arbeit und ist in der Begleitung der Patientinnen und Patienten umfassend umgesetzt.

Das Projekt wurde von der Abteilungsleiterin mit dem Pflegeexperten lanciert, die Idee dazu entstand aus einer vom Pflegeexperten moderierten Fortbildung für die Station mit dem Thema „Ressourcenorientierung“.

Die Projektverantwortung liegt bei der Abteilungsleiterin, die fachliche Begleitung geschieht durch den Pflegeexperten. Auf der Station wird das Projekt federführend von der Ressortleiterin *Entwicklung und Qualität* voran getrieben.

Der zeitliche Rahmen des Projektes ist von Dezember 2007 bis Oktober 2008 festgelegt. Eine Begleitung durch den Pflegeexperten ist auch für die Zeit nach dem Projekt gesichert.

Monatlich wurde im Projektzeitraum eine Sitzung über 1 ½ bis 2 Stunden mit allen Pflegenden, der Abteilungsleitung und dem Pflegeexperten (Moderation und Protokollierung) durchgeführt, die inhaltliche Vorbereitung geschah in Absprache vom Pflegeexperten mit der Abteilungsleitung und/oder der Ressortverantwortlichen Entwicklung und Qualität.

Als zentrales Material standen Veröffentlichungen von Buchanan-Barker & Barker [3] und Barker & Buchanan-Barker [2], von Knuf [5], und Amering & Schmolke [1] zur Verfügung, die Recovery-DVD von Pro Mente Sana (PMS) [6] wurde eingesetzt, sowie der Kongressband der letztjährigen 4. Dreiländertagung in Bielefeld [7] und Fachartikel aus Zeitschriften.

Andreas Knuf kam für einen Tag für ein Workshop und den Austausch zum Projekt auf die Station 0 und führte im Juli 2008 eine 2 tägige Fortbildung zu Empowerment durch, woran alle diplomierten Pflegenden der Station 0 und die Abteilungsleiterin teilnahmen.

Als Anstoß zum Projektansatz war für den Pflegeexperten der Vortrag von Phil Parker beim letztjährigen Dreiländerkongress in Bielefeld [3] wesentlich; nach ausgiebigen Literaturrecherchen wurde entschieden, Aspekte folgender methodischer Ansätze im Projekt zu anzuwenden:

- TIDAL Model [2, 3]
- Recovery [1, 6]
- Empowerment [5]
- Ressourcendiagnosen aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis ICNP [4] (in der Klinik wird seit 2001 mit den Pflegephänomenen der Beta Version von ICNP gearbeitet).

Das interdisziplinäre Team wurde über das Projekt informiert, ist jedoch nicht direkt involviert; das Projekt hat natürlich Konsequenzen für alle Behandlungspersonen, welche über die Abteilungsleiterin kommuniziert werden.

Projektverlauf und -ergebnisse

Das Projekt verlief in etwa wie im TIDAL Model das menschliche Leben beschrieben ist: es gab Wellenkämme und -täler, Ebbe und Flut; der Antrieb und der Glaube an das Projekt war nicht kontinuierlich gut oder schlecht, sondern wechselte. Hier zeigte sich die Wichtigkeit, dass das Projekt von Aussen begleitet wurde.

Es muss hier nicht unbedingt der chaostheoretische Schmetterling bemüht werden, doch ein Rattenschwanz an Anpassungen in der Organisation, bei Arbeitsinstrumenten, dem Bedarf nach Methoden, das Überdenken von Ab-

läufen, Umstellen der Strukturen usw. ist fortlaufend zu bewältigen, lustvoll, bisher.

Ein Informationsflyer wurde für Patientinnen und Patienten erstellt, welcher die Grundzüge des Projekts aufzeigt.

Aus dem TIDAL Model wurden besonders die **Befähigungen der Pflegenden** reflexiv im Team erörtert und das **Ganzheitliche Assessment** [2] im Projekt umzusetzen versucht. Die Auseinandersetzung mit den **Befähigungen von Pflegenden** [2] fördert die Reflexion der Pflegenden: *Was ist mir selbstverständlich, wo habe ich Defizite, Ressourcen? Wie gehen die Kollegen mit dem Anspruch um? Was ist mir nicht klar? Wo habe ich Befürchtungen?*

Das **Ganzheitliche Assessment** wurde übersetzt und kommt bei neu auf die Station aufgenommenen Patientinnen und Patienten zur Anwendung. Das Ziel ist hier, dass in den Worten der Betroffenen das Assessment erfasst wird; wenn möglich füllen die Betroffenen das Assessment selbst aus mit mehr oder weniger Unterstützung der Bezugspflegenden.

Im **Ganzheitlichen Assessment** werden die Pflegeperson wie auch die Patientinnen und Patienten mit einfachen Worten geleitet in einer rechten Spalte des Blattes.

Neben Fragen nach der Entstehung und Funktion des Problems, früheren Emotionen, Veränderungen und Beziehungen geht das Assessment auf die heutige Situation ein: Emotionen, Bedeutung, Kontext, Bedürfnisse und Erwartungen werden aufgeschrieben.

Anschließend wird eine Liste mit Hauptproblemen erstellt und bewertet. Diese Bewertung fließt in eine Evaluations- und Beurteilungsskala ein, welche den Verlauf darstellt.

Persönliche Ressourcen werden umfassend erhoben von den Patientinnen und Patienten: *Wer und Was ist wichtig in meinem Leben? Was sind meine Überzeugungen, Haltungen?*

Im Lösungsansatz wird gefragt, wodurch die Betroffenen wissen, dass die Probleme gelöst oder die Bedürfnisse befriedigt sind. *Was für Änderungen braucht es, dass das geschieht?* – ist eine weitere Frage an Patientinnen und Patienten.

Das **Recovery** wurde in den Grundlagen vermittelt und mit der von ProMente-Sana herausgebrachten DVD über Patienten und Patientinnen dem Pflege team und den Patientinnen verdeutlicht. Die Betroffenen der DVD - Peers - welche über ihre Genesung berichten, machen Recovery begreifbar. Ehemalige Patientinnen und Patienten wurden aktiv auf die Station eingeladen; dieser Ansatz ist konzeptualisiert für die Zukunft. Der Glauben daran und das Wissen darum, dass die meisten psychisch kranken Menschen ganz oder teilweise genesen, ist ein wesentliches Element, ressourcenorientiert pflegen zu können.

Der **Empowermentansatz** wurde versucht, in der Moderation des Projektes selbst und in der Zusammenarbeit der verschiedenen Qualifikationen im Pflege team umzusetzen. Ohne Empowermentserfahrung in der Organisation kann keine Empowermenthaltung umgesetzt werden! Patientensituationen wurden reflektiert, geeignete, das Empowerment unterstützende Arbeitsmittel und -methoden wurden eingeführt. Einen Input erhielt das Projekt durch ein Meeting im Projekt, zu dem Herr Knuf vor Ort war, welcher auch eine 2 tägige Fortbildung zu Empowerment in der Psychiatrie durchführte.

Die der Klassifikation **ICNP** implizite Möglichkeit, jedes der über 600 Phänomene als „Chancediagnose“ anzuwenden, wurde systematisch vertieft, Grundlagen wurden erarbeitet. Hier möchten wir anmerken, dass sich Klassifikationssysteme im Prinzip mit den 3 anderen Konzepten reiben; doch zeigt die Erfahrung, dass diese Quadratur des Kreises doch möglich ist in einem sehr phänomenologisch ausgerichteten Pflegediagnoseverständnis.

Weitere im Zuge des Projektes umgesetzte **Neuerungen** (aus den Protokollen der Meetings und einem „Tagebuch“, worin alle Pflegenden Einträge machen können) in der Arbeit auf der Station 0 sind:

- ein ehemals Bonus/Malus orientiertes *Token-System* wurde durch ein reines Bonussystem abgelöst; es gibt keine negativen Konsequenzen für das Fernbleiben bei Therapien, Sitzungen usw.
- Die „*Morgenrunde*“ ist attraktiv gestaltet, sodass Patienten und Patientinnen einen Grund haben, daran teil zu nehmen

- Neu ist eine Stationsversammlung, welche themenzentriert aufgebaut ist und *interessant* gestaltet wird; zumindest nehmen alle Patientinnen und Patienten teil – ohne Druck
- Zur Förderung der Gesprächskompetenz Pflegender wurden Broschüren erstellt
- Ein Standard zur Stationsversammlung wurde eingeführt, welcher auch eine methodische Vielfalt fördert
- Die autonomen Freiräume der Pflege werden bewusster wahrgenommen, dadurch kann Autonomie den Patienten übertragen werden
- Die Patienten sind selbstverantwortlicher geworden
- Jede Patientin und jeder Patient hat eine Patin / einen Paten, in der Regel ist dies die Mitpatientin, der Mitpatient des Zimmers

Und es gäbe noch weitere mehr oder weniger kleine Details, Aussagen, Reaktionen ...

Zum Zeitpunkt der Drucklegung des vorliegenden Artikels im Juni 2008 ist das Projekt im sechsten von den zehn geplanten Monaten. Im Vortrag werden also weitere Ergebnis und Erkenntnisse vorgestellt werden, welche hier noch nicht einfließen konnten. Verweisen möchten wir auf die anderen Beiträge dieses Kongressbandes, in welchen die verwendeten Grundlagen umfassender beschrieben sind.

Ausblick

Eine ressourcenorientierte Haltung in ein Team zu integrieren dauert länger als die 10 Monate des Projektes; viele Erfolge in der Patientenarbeit und die gesicherte fachliche Begleitung über den Projektzeitraum hinaus stimmen optimistisch, dass obige Ziele engagiert weiter verfolgt werden. Eine gewisse Virulenz hat das Projekt schon in der Klinik, wir hoffen, dass die Ressourcenorientierung *noch* ansteckender wird!

Literatur

1. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit (2 Aufl). Bonn, Psychiatrie-Verlag
2. Barker P, Buchanan-Barker P (2005) The Tidal Model: A guide for mental health professionals. London: Brunner-Routledge

3. Buchanan-Barker P, Barker PJ (2008) Eine Klärung der grundlegenden Werte der Genesung: die 10 TIDAL Verpflichtungen. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit 2(1):12-22
4. ICNP Beta (2001) unter www.icn.ch/icnpupdate.htm
5. Knuf A (2006) Empowerment in der psychiatrischen Pflege. Bonn, Psychiatrie-Verlag
6. ProMenteSana (Hrsg) (2007), Gränicher D: Recovery, wie die Seele gesundet. Zürich: Pro Mente Sana (www.promentesana.ch)
7. Schulz M, Abderhalden C, Needham I, Schoppmann S, Stefan H (Hrsg) (2007) Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld Bethel. Unterostendorf: Ibicura

Kongruente Beziehungspflege am Fallbeispiel einer "schwierigen" Patientin: eine Fallstudie

Markus Berner

Hintergrund

Als "schwierige" Patientinnen werden in der Psychiatrieversorgung Frauen bezeichnet, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Nach DSM-IV [5] wird Borderline-Persönlichkeitsstörung als *"tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und den Affekten sowie deutlicher Impulsivität"* definiert.

Im Rahmen der Bezugspersonenpflege ist die Pflegefachperson für die Planung und Durchführung der Pflege zuständig. Unter Bezugspflege verstehen wir eine organisierte Arbeitsweise, die den Auftrag der Pflegefachperson als Bezugsperson der Patientin definiert. Gehen wir der Frage nach, was die Bezugsperson dann wirklich tut, stellen wir fest, dass ein Hauptaspekt ihrer Pflege in der Beziehungspflege liegt.

Das hier dargestellte Fallbeispiel bzw. die pflegerische Haltung und Pflege richtet sich nach dem Konzept der Kongruenten Beziehungspflege[2].

Kongruente Beziehungspflege ist ein Konzept, dass die bewusste Wahrnehmung und die professionelle Bearbeitung und Klärung der interpersonellen und interdependenten Aspekte einer Pflegenden-Patienten-Beziehung beschreibt [2]. Als Basis werden drei Wissenschaftliche Grundlagen beschrieben.

Die Psychodynamik von Beziehungen von Jean Watson [7], die davon ausgeht, dass die eigene Geschichte in jedem Moment des Lebens mitwirkt und bewusst oder unbewusst unser Verhalten, Denken, Handeln und Fühlen ja sogar unsere Motivation beeinflusst. Watsons Theorie stellt die Pflege in den ganzheitlichen Rahmen der menschlichen Zuwendung, bei der ein Mensch zu einem anderen, bedürftigeren, eine alle Ebenen der Person umfassende Beziehung aufnimmt.

Die Autoren Maturana & Varela [4] gehen der Frage nach, wie menschliches Erkennen eigentlich funktioniert. Sie kommen bei ihrer Auseinandersetzung mit den neurobiologischen Grundlagen menschlicher Wahrnehmung zum

Schluss, dass die Menschen sich in einer Welt bewegen, die sie selbst immer wieder neu hervorbringen. Dies gelingt uns nur in der Koexistenz mit Anderen. Wollen wir mit der anderen Person koexistieren, müssen wir sehen, dass ihre Gewissheit - so wenig wünschenswert sie uns auch erscheinen mag - genauso legitim und gültig ist wie unsere. Wie unsere Gewissheit ist auch die Gewissheit des Anderen der Ausdruck dafür, dass er sich in seinem Existenzbereich - so wenig verlockend uns dieser Bereich auch erscheinen mag - bewahren will, weil er daran gekoppelt ist.

Jürgen Bauer [1] weist in einem Vortrag auf fünf Elemente hin, die gute Beziehung und deren Gestaltung fördern:

Menschen wollen gesehen werden, als Person wahrgenommen werden. Nichtbeachtung ist ein Beziehungs- und Motivationskiller und Ausgangspunkt für aggressive Impulse.

Die Ingredienz für Beziehung ist die gemeinsame Aufmerksamkeit. Sich dem Anderen zuwenden ist die einfachste Form der Anteilnahme und hat ein erhebliches Potential, Verbindung herzustellen.

Emotionale Resonanz, als die Fähigkeit zu einem gewissen Grad auf die Stimmung des Anderen einzuschwingen oder Andere mit der eigenen Stimmung anzustecken.

Beziehungsgestaltung im gemeinsamen Handeln. Etwas konkret miteinander tun wird als in hohem Masse Beziehungstiftender Aspekt gesehen.

Fünftes der Beziehungselemente ist das Verstehen von Motiven und Absichten. Verstehen erfordert ein immer wieder neues Nachdenken. Zu den verständlichen, aber nachteiligen Sparmaßnahmen unseres Gehirns gehört, dass es sich das immer wieder neue Verstehen erspart und stattdessen anderen Menschen Motive und Absichten nach einem Schema unterstellt, das auf früheren, typischen Erfahrungen beruht. Das Ergebnis im Hinblick auf die aktuelle Beziehung im Hier und Jetzt ist dann nicht selten verheerend. Riesige Motivationspotentiale werden oft nur deshalb nicht ausgeschöpft, weil Einschätzungen anderer Menschen vorgenommen wurden, ohne sie zu verstehen. Motive, Absichten, Vorlieben oder Abneigungen richtig zu erkennen und anzusprechen, ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, bei anderen Potentiale zu entfalten

Die Kongruente Beziehungspflege nimmt diese Elemente auf. In der Beziehungspflegeplanung werden Phänomene unter denen die Patientin leidet aufgenommen und Umgedeutet. So wird der Patientin die z.B. unter Geringschätzung, Einsamkeit und Ablehnung leidet, durch die Pflege Wertschätzung, Geborgenheit und das Gefühl von verstanden werden gegeben. Die Umdeutung ist wichtig, weil sonst keine Qualität der Bedeutung erkennbar wird. Wir können nur schwer erkennen was "hoch" ist wenn wir nicht einen Begriff von "tief" haben [6]. Im Weiteren werden in der Beziehungspflegeplanung durch die Pflege positive Reize gesetzt die aus der Biographie der Patientin erhoben werden. Dadurch werden Vertrauen und Motivation sowie auch positive Nervenzellnetzwerke gefördert und aktiviert.

Problem

Pflegende erleben in der Praxis die Pflege-Beziehungsgestaltung zu sogenannten "Borderlinepatientin" als schwierig, kommen oft an ihre Grenzen. Der Versuch, mit Strukturplänen und straffen Regeln dem Tun der Patientinnen entgegen zu wirken, schlägt oft fehl. Der Pflegeberuf wird dann als hoffnungslos und frustrierend erlebt, die Patientinnen fühlen sich einmal mehr nicht verstanden, abgelehnt und stigmatisiert.

Setting

Die Patientin kommt als Notfalleintritt auf die offen geführte Akutabteilung. Sie berichtet, dass sie am frühen Morgen eine Phase gehabt habe, in der sie nicht mehr gewusst habe, was sie getan habe. Dissoziative Zustände erlebe sie öfter, könne sie mit Skills, Medikamenten oder Selbstverletzung in der Regel selber beenden. Aktuell habe sie jedoch Angst davor, in einem solchen Zustand Andere zu Verletzen. Sie will auch keine Medikamente mehr nehmen, weil sie vermutet, unter Valium die Kontrolle über sich verloren zu haben. Zur Suizidalität äußert sich die Patientin in Angst, dass sie in dissoziativen Zuständen etwas passieren könnte. Die Patientin empfindet Scham über ihren Zustand. Sie hat bereits mehrere Aufenthalte in der Klinik verbracht. Oft fühlte sich die Patientin in den Aufenthalten nicht verstanden und erlebte Ablehnung. Genau so gehe es ihr auch draußen- die Angehörigen hätten zwar viel Verständnis und gäben Unterstützung. Trotzdem fühle sie sich oft nicht ver-

standen und richtig angenommen. Sie sei halt impulsiv und für die anderen oft eine Belastung.

In der Krankengeschichte werden die Aufenthaltsverläufe als äusserst schwierig geschildert, die Patientin hatte oft dissoziative Zustände, führte sich häufig und teils schwere Selbstverletzungen zu, war bekannt als "Teamspalterin". Mit diesen Vorinformationen hat sich das Pflege team auf die Beetreueung der Patientin vorbereiten. Es wurde bald klar, dass der Patientin ein erneuter, schwieriger Aufenthalt bevorsteht. In einer Fallbesprechung hat sich das Team geeinigt, neue Wege einzuschlagen und nach dem Konzept der Kongruenten Beziehungspflege die Patientin in diesem Aufenthalt zu begleiten.

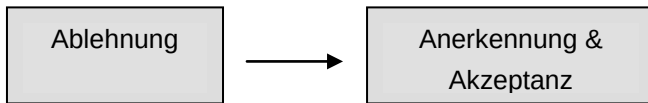
Vorgehen

Im Subteam bestehend aus der Bezugsperson, dem Primärtherapeuten wurde, gemeinsam mit der Patientin, ein Behandlungsvertrag erstellt. Als Ziel der Behandlung wurde der Entzug von Valium, bei Eintritt 80 mg, und die psychosoziale Stabilisierung festgelegt. Die Medikamente wurden nach Schema alle zwei Tage reduziert mit dem Ziel, den Abbau innert drei Wochen durchzuführen. Die Patientin verpflichtete sich, Probleme und Schwierigkeiten nur mit dem Behandlungsteam zu besprechen. Weiter umfasste der Vertrag, dass in regelmäßigen Abständen Urintests auf Drogen- und Medikamentengebrauch durchgeführt werden. Bei selbstverletzendem Verhalten soll ein Gespräch mit dem Primärtherapeuten stattfinden um weiteres Vorgehen zu klären und in erster Linie unterstützende Maßnahmen zu finden um das Behandlungsziel zu erreichen. Die Abteilung wird weiterhin offen geführt, die Patientin darf die Abteilung die ersten drei Wochen jedoch nur in Begleitung von Pflegepersonal verlassen gemeinsam mit der Patientin wurde der Aufenthalt auf vier Wochen beschränkt.

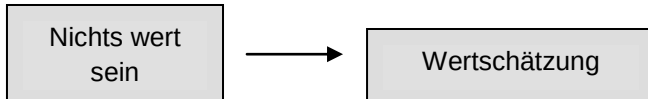
Die Aufgaben der Pflegefachpersonen wurden definiert, insbesondere die Aufgaben der Bezugsperson. Primäre Ansprechperson für die Patientin ist die Bezugsperson, bei deren Abwesenheit die Vertretung. Die Bezugsperson hat täglich um 13 Uhr ein Gespräch mit der Patientin, dort können strukturelle und organisatorische Fragen geklärt werden. Das Pflege team verweist die Patientin bei strukturellen/ organisatorischen Fragen an die Bezugsperson. Fragen zur Medikation werden nur mit dem Primärtherapeuten besprochen.

Während der Therapiezeiten steht der Patientin das Abteilungsatelier zur Verfügung. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Nacht verbringt die Patientin im Zimmer, auch wenn sie nicht schlafen kann. Zum Rauchen darf die Patientin in den Raucherraum gehen.

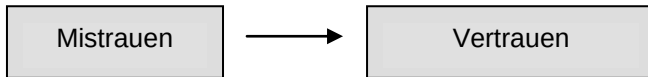
Im Pflorgeteam wurde auf Grund einer Fallbesprechung eine Beziehungspflegeplanung in Ansätzen erstellt. Folgende Bedeutungen hat das Pflorgeteam herausgearbeitet:



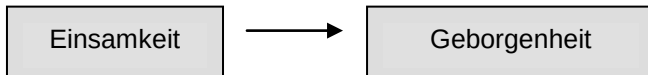
Ziel: gewinnt Selbstvertrauen und fühlt sich akzeptiert.



Ziel: Bewusstsein über Selbstwert und >Motivation, eigene Ziele zu erreichen.



Ziel: Vertrauen in sich und Andere aufbauen.



Ziel: Geborgenheit als Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden erleben.

Pflegeinterventionen richteten auf das Wohlbefinden der Patientin. Sie soll sich akzeptiert und angenommen fühlen, Verständnis und ehrliche Zuwendung erhalten. Die Patientin soll sich verstanden fühlen, Lob erhalten und Verlässlichkeit erleben. Ziel ist es, eine therapeutisch wirksame Beziehung auf zu bauen durch Empathie und Wertschätzung. In Krisen- oder schwierigen Situationen sind Pflegenden einfach da und begleiten die Patientin. Ablehnende Haltung seitens der Pflegenden und das "in Frage stellen" der Patientin sollen vermieden werden.

Da die Bezugsperson verpflichtet ist, Pflegediagnosen zu formulieren, wurden die zwei Pflegediagnosen [3] *Angst* und *Selbstverletzungsgefahr* gestellt.

Auch hier wird der Aufbau einer therapeutischen Beziehung durch Empathie und Wertschätzung ins Zentrum gestellt. Im Weiteren soll die Patientin angeleitet werden, auslösende Faktoren zu erkennen, sowie Methoden kennen zu lernen, um lähmende und behindernde Gefühle zu bewältigen.

Bei Angstattacken und Spannungszuständen sollen die Pflegenden bei der Patientin verweilen, eine ruhige sichere und schutzbietende Haltung einnehmen. In kurzen und klaren Sätzen sprechen und bei unangemessenem Verhalten Grenzen setzen.

Das ganze Pflgeteam, inkl. der Nachtwachen, wurde angehalten, diese Maßnahmen verbindlich umzusetzen.

Verlauf

Die Patientin fühlt sich durch die vereinbarten Regelungen erst eingeengt, verspürt dann doch Sicherheit in den klaren Abmachungen. Im Empfinden und in der Stimmung ist die Patientin schwankend- die Gefühle reichen von euphorisiert bis zu schweren Tiefs und Dissoziation. Auslösende Faktoren waren negative Erinnerungen, die Angst vor der Zukunft oder das Gefühl für ihre Angehörigen eine Belastung zu sein. Um sich vor zu vielen Einflüssen zu schützen, hat sich die Patientin oft in ihr Zimmer zurückgezogen. Im Aufenthalt hat die Patientin gelernt, dass sie Spannungszustände mit der Anwendung von Cold-Pack überwinden kann. Gut geholfen haben zudem Spaziergänge mit Pflegenden, die Patientin empfindet "das in der Natur sein" und die Bewegung als sehr heilsam. Schwerere Krisen wie dissoziieren haben die Pflegenden mit der Patientin in Form von, zum Teil längeren, 1:1 Betreuung überwunden. In den vier Wochen ist es zu keinem selbstverletzenden Verhalten gekommen noch wurde das Team "gespalten".

Ergebnisse

Der Behandlung ist für alle Beteiligten äußerst zufriedenstellend verlaufen. Dies zeigen die Resultate aus der Befragung der Bezugsperson, den Teammitgliedern, der Abteilungsleitung und nicht zuletzt auch der Patientin.

Die Pflegenden erlebten es als sehr hilfreich, dass sie im Team eine klare Haltung und Verbindlichkeiten zum Umgang mit der Patientin erarbeitet hatten. Dies nimmt Angst in der Begleitung der Patientin und gibt ein Grundvertrauen "das Richtige zu Tun", so die Aussage der Pflegenden. Aussagen wie *"ich wurde Dünnhäutig und spürte wenn sich etwas anbahnte"* oder *"ich konnte einfach da sein und zulassen, ohne das Gefühl zu haben, eine aktive Intervention durchführen zu müssen, war erleichternd"*, sind selbstredend. Zuwendung zu geben, im einfachen da sein, erforderte zum einen viel Aufmerksamkeit, nahm zum anderen jedoch auch den Druck vermeintlich wirksamere Interventionen zu finden. Gleichzeitig erlebten Pflegende Erleichterung darin, dass sie die Patientin so annehmen konnten *"wie sie ist"*. Die Patientin hat dadurch all das bedrohliche verloren.

Die Abteilungsleitung erachtet es rückblickend als besonders wichtig, frühzeitig, also kurz nach Eintritt Behandlungsvereinbarung und Fallbesprechung organisiert werden. Weiter musste sie dafür sorgen, dass alle Pflegenden sich nach der Vereinbarung, der Pflegerischen Haltung und der Interventionen richten. Sie hat dafür Sorge getragen, dass alle an der Behandlung beteiligten an diesem Teppich von Fürsorge weben.

Die ersten Tage währen für die Patientin schwierig gewesen. Sie hat mit Erschrecken die Regeln entgegen genommen und sich gefragt, warum man mit ihr so streng umgehe. Zunehmend habe sie jedoch gespürt, dass die Pflegenden sie akzeptieren würden und sich sehr gut um sie kümmern würden. Sie habe dann Vertrauen gefunden, was ihr auch in schwierigen Situationen geholfen habe. Die Patientin bezeichnet sich im Gespräch selber als nicht einfach, und sie habe es sehr geschätzt, dass sie trotzdem soviel Verständnis und Zuwendung erhalten habe.

Die Aussage der Patientin: *"Es war immer jemand für mich da, auch dann, wenn ich mich nicht mehr selber melden konnte - die hatten einfach so etwas wie Fühler für mich"* bringt den Erfolg der Pflegenden auf den Punkt.

Schlussfolgerung

Kongruente Beziehungspflege ist wirksam, dies zeigt unsere Erfahrung. Wir haben uns in diesem Fall nicht konsequent an die Beziehungspflegeplanung gehalten, sondern vielmehr die Philosophie des Konzepts umgesetzt. Nämlich

den Fokus der Pflege auf eine positive, wertschätzende Beziehungsgestaltung zur Patientin gelegt. Kongruente Beziehungspflege erfordert ein Umdenken der Pflege, weg vom Problemorientierten hin zur Aktivierung von Motivation und positiven Beziehungserlebnissen.

Für die Praxis stellt sich die Frage, ob wir in Zukunft weiter die Patientinnen problemfokussiert begleiten oder uns auf Grund der neurobiologischen Erkenntnissen nicht vielmehr der Beziehungspflege und der positiven Interventionen widmen sollten.

Unumgänglich ist es, dass die pflegerische Beziehung nicht mehr "nur aus dem Bauch", sonder professionell geplant, umgesetzt und dokumentiert wird. Dadurch auch wahrgenommen und zum Beispiel für Kostenträger transparent und als Leistung anerkannt werden kann. Für die Zukunft ist es wichtig, dass die Wirksamkeit der Beziehungspflege auch durch Forschung belegt wird.

Literatur

1. Bauer J (2007) Sozial und resonanzfähig – Warum der Mensch auf Kooperation geeicht ist. SWR 2 Baden-Baden, www.swr.de/swr2/programm/sendungen/wissen
2. Bauer R (2002) Beziehungspflege: Professionelle Beziehungsarbeit für Gesundheitsberufe. Unterostendorf: Ibicura
3. Doenges M, et. al (2002) Pflegediagnosen und Massnahmen. Bern: Huber
4. Maturana H, et. Al (1990) Der Baum der Erkenntnis. München: Goldmann
5. Sass H, et al (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe
6. Scherm P (2007) Beziehungspflege in der Forensik. Unterostendorf: Ibicura
7. Watson J (1996) Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Huber

Advanced Practice Nursing (APN) in der Psychiatrie: Von der Idee zur Umsetzung

Peter Ullmann, Joergen Mattenklotz

Abstract

Die aktuelle Diskussion, um die Einführung von Advanced Practice Nursing bzw. Advanced Nursing Practice hat mittlerweile den deutschsprachigen Raum erreicht. Über die Begrifflichkeit herrscht sowohl im englischsprachigen (USA, Australien, UK) als auch im europäischen Raum Unklarheit.

Der ICN versteht: *“Eine Pflegespezialistin (NP/APN) ist eine Gesundheits- und Krankenpfleger/in, die über Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfindungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Praxis verfügt. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem sie für die Praxis zugelassen ist. Als Qualifikation wird ein Master-Grad empfohlen”* [1].

Die Tätigkeiten im Rahmen von Advanced Nursing Practice lassen sich unter fünf zentralen Rollen (oder Elementen der ANP-Rolle) zusammen fassen [2]: Direkte Pflege, Beratung, Bildung, Forschung, Management/Clinical Leadership. Die Verteilung der Tätigkeiten auf diese Bereiche ist je nach Arbeitssetting unterschiedlich.

Anhand eines praktischen Beispiels aus Deutschland, einem Psychoedukationsprojekt, wird die Frage diskutiert, wie APN / ANP in der Psychiatrie aussehen könnte.

Literatur

1. ICN (2003) Definition and Characteristics of the Role. International Council of Nurses. www.icn-apnetwork.org
2. Lincoln P (2000):Comparing CNS and NP role activities: a replication. Clinical nurse specialist CNS 14 (6):269-277

Einführung von Pflegediagnosen am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost

Cornelia Gianni

Am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost wurde 1996 in Form eines Projektes damit begonnen, den Pflegeprozess in die tägliche Arbeit der Pflege auf allen Stationen zu integrieren. Die Motivation zur Implementierung des Pflegeprozesses und damit auf weite Sicht der Pflegediagnosen, war unter anderem der Wunsch, ein Instrument für die Pflege zu finden, das hilft, Pflege abzubilden und transparent zu machen.

Grundsätzliche Leitgedanken gingen der Planung voraus:

- die Entwicklung eines einheitlichen pflegerischen Selbstverständnisses
- theoriegeleitetes Arbeiten
- die Beziehungsorientierung in der Pflege
- das ganzheitliche Denken
- geplante, effiziente Pflege
- eine Pflegedokumentation, die den Anforderungen gerecht wird.

Die Implementierung des Pflegeprozesses im Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost war mit einigen Schwierigkeiten verbunden, die nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Akzeptanz durch die Mitarbeiter in der Pflege entstanden sind. Hier wurde die Komplexität des Systems, bei dem eine Änderung viele Änderungen nach sich zieht, unterschätzt.

Das Klinikum München-Ost ist Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Neurologie und seit 1978 akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilian-Universität München.

Das Krankenhaus wurde 1905 als „Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München“ eröffnet. Es stehen der medizinischen und pflegerischen Versorgung 1280 Betten zur Verfügung. Mit ca. 2200 Mitarbeitern leistet das Klinikum München-Ost die psychiatrische Vollversorgung für die Stadt München sowie für die Landkreise München, Fürstenfeldbruck und Dachau. Das

Klinikum umfasst 12 Fachbereiche, die verschiedenen Sektoren von München zugeteilt sind.

Das Klinikum München-Ost ist seit 2004 nach DIN EN ISO 9001:2000 in allen Bereichen zertifiziert. (DIN = Deutsche Industrie Norm, EN = Europäische Norm, ISO = International Organization for Standardization). Damit wird die Qualität der Leistungen des Klinikum München-Ost regelmäßig in einem europäischen Maßstab überprüft.

Im Zuge der Umstellung der Pflegedokumentation auf ein EDV-System wurde von der Pflegedienstleitung des Klinikum München-Ost die Entscheidung getroffen, damit zu beginnen, Pflegediagnosen in die tägliche Arbeit der Pflege zu übernehmen. Voraus ging hier der Wunsch Pflegenden, aus der Praxis, mit Pflegediagnosen zu arbeiten. Die einzelnen Schritte bis hin zur tatsächlichen praktischen Arbeit mit Pflegediagnosen auf Pilotstationen benötigten ca. zwei Jahre. Um Pflegediagnosen flächendeckend auf 60 Stationen des Hauses einzuführen, wird voraussichtlich noch einmal die gleiche Zeit vergehen.

Nach der Entscheidung der Pflegedirektion und der Bereichspflegedienstleiter, Pflegediagnosen einzuführen, war eine der Hürden, die es zu bewältigen gab, die Vermittlung an die Berufsgruppe der Ärzte. Bisher oblag es den Ärzten, Diagnosen zu stellen, die Vorstellung, dass Pflege ebenso Diagnosen stellt, wurde im ersten Moment als Bedrohung und Anmaßung gesehen. Differenzierte Erklärungen und die fundierte Definition der Pflegediagnosen ihrer Sinnhaftigkeit und der Unterscheidung zu medizinischen Diagnosen waren nötig, um in der Berufsgruppe der Ärzte Verständnis für den Schritt der Pflege zu erhalten. Das Gelingen der Einführung von Pflegediagnosen ist nicht zuletzt auch von der Akzeptanz der Ärzte abhängig, da die multiprofessionelle Zusammenarbeit ein wichtiges Element in der Behandlung psychisch kranker Menschen ist.

Nach der umfassenden Information der Chefarzte und der betriebswirtschaftlichen Leitung des Klinikums München-Ost ergab sich die Frage nach einem geeigneten Klassifikationssystem. Die Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft (PEW) hatte den Auftrag, unterschiedliche Systeme zu vergleichen. Nach intensiver Recherche kam sie zu dem Schluss, dass Pflegediagnosen in Anlehnung an NANDA für das Klinikum München-Ost geeignet

wären. Dies begründet sich zu einem Teil in deren Aufbau, aber auch damit, dass es eine gute Übersetzung in die deutsche Sprache durch Stefan et al gibt, und der Bekanntheits- und Verbreitungsgrad hoch ist.

In einem zweiten Schritt wurden die Stationen informiert, gängige Pflegeprobleme zu sammeln und zu dokumentieren. Diesen immerhin über 900 niedergeschriebenen Pflegeproblemen wurden nun durch die PEW mögliche Pflegediagnosen zugeteilt. Es konnten insgesamt ca. 6000 Pflegediagnosen erstellt werden. Hierbei kristallisierten sich 22 Pflegediagnosen heraus, die mit Abstand sehr häufig angewandt werden konnten. Erstaunlich war, dass sich die Pflegediagnosenhäufigkeiten in allen Fachbereichen glichen. Also waren die Häufungen sowohl in der Forensischen Psychiatrie, als auch in der Gerontopsychiatrie und in der Akutpsychiatrie gleich. Ergänzt wurden die häufigsten Pflegediagnosen noch durch einige Hochrisikodiagnosen wie z. B. „Suizid, hohes Risiko“.

Parallel zu diesen Vorarbeiten war eine Gruppe von Mitarbeitern mit der Ausarbeitung des Stationsarbeitsplatzes für die Pflege in Zusammenarbeit mit der dafür ausgewählten Firma beschäftigt. Hier mussten von Anfang an Begrifflichkeiten geklärt und Möglichkeiten ausgelotet werden. Um eine Vorstellung zu haben, wie der Stationsarbeitsplatz aussehen könnte, wurden Institutionen besucht, die die EDV schon eingeführt haben, und praktische Erfahrung gesammelt haben. Trotz dieser Informationen im Vorfeld war und ist es harte Arbeit, den Stationsarbeitsplatz so zu gestalten, dass die Mitarbeiter aus einer verständlichen Logik heraus damit arbeiten können, und der praktische Nutzen sichtbar wird und so die Akzeptanz fördert.

In einem weiteren Schritt wurde ein Qualitätszirkel gegründet, dessen Teilnehmer alle von Herrn Harry Stefan in die Arbeit mit Pflegediagnosen eingeführt wurden. Zudem gab es zu dieser Zeit schon zwei Fortbildungen im haus-eigenen Bildungszentrum von Harry Stefan, die zur freien Auswahl ausgeschrieben waren. Zur Vorbereitung auf das Einpflegen in den Stationsarbeitsplatz wurden nun die Pflegediagnosen (in Anlehnung an NANDA) bearbeitet, indem die Nummer, der Titel und die Definition der einzelnen Pflegediagnose nicht verändert wurden, Ziele und Maßnahmen jedoch wurden individuell ergänzt. Individuell bedeutet dabei, dass die einzelnen Fachbereiche Ziele und Maßnahmen gesammelt haben. Die Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pfl-

gewissenschaft hat diese zusammengefasst und gekürzt, sodass ein fachbereichsübergreifender Katalog im EDV-System entstand. Ziele und Maßnahmen, die sehr speziell sind, werden in kleinen, stationseigenen Katalogen hinterlegt.

Es hat sich herausgestellt, dass das größte Hemmnis zur Einführung der Pflegediagnosen die parallele Implementierung des EDV-Stationsarbeitsplatzes ist. Eine Herausforderung ist, die Arbeit mit Pflegediagnosen mit den technischen und logistischen Gegebenheiten zu vereinbaren. So ist zum Beispiel die Planung einer allgemein gültigen Pflegeanamnese (Pflegeassessment), in der schon eine Auswahl an Pflegediagnosen getroffen werden kann, durch Grenzen im System eingeschränkt. Das heißt, es sind immer wieder Anpassungen notwendig, Begrifflichkeiten mit der Firma zu klären. Es müssen teils Möglichkeiten geschaffen werden, die den Anforderungen entsprechen, z.B. in Form von Verknüpfungen. Die flächendeckende Ausstattung der Stationen mit EDV-Arbeitsplätzen hat ebenso Einfluss auf die Arbeit der Pflegenden mit Pflegediagnosen und den reibungslosen Ablauf der täglichen Routine wie Schulungen der leitenden pflegerischen Mitarbeiter. Durch lange Entwicklungszeiten einzelner EDV-Schritte wird die Einführung von Pflegediagnosen gebremst, da ohne entsprechende technische Ausstattung ein effizientes Arbeiten nicht möglich ist. Dies birgt die Gefahr, das anfänglich positive Energien und Arbeitseifer verpuffen.

Unter Nutzung aller Ressourcen und einer Menge an Optimismus wird das Ziel Pflegediagnosen flächendeckend auf allen Stationen des Isar- Amper- Klinikum, Klinikum München Ost einzuführen in einigen Jahren erreicht sein, und damit ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege getan sein.

Strukturierte Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen: Erste Erfahrungen aus einem Praxisentwicklungsprojekt

Bernd Kozel, Konrad Michel, Christoph Abderhalden

Einleitung

Die Risikobeurteilung der Suizidgefährdung stellt eine wichtige und herausfordernde Aufgabe für alle Pflegenden in der Psychiatrie dar [1]. Einige Experten [3, 4, 5, 6] empfehlen die Verwendung von Einschätzungsinstrumenten, um dieser anspruchsvollen Aufgabe durch eine professionelle Vorgehensweise gerecht zu werden. Eine systematische Einschätzung der Suizidgefährdung mit geeigneten Instrumenten ist besonders hilfreich, um jene PatientInnen frühzeitig zu identifizieren (Screening), die eine Häufung an Risikofaktoren für Suizid aufweisen [2]. Die Schwierigkeit dabei ist, dass der klinische Gesamtkontext bei einem Risikoscreening mit Einschätzungsinstrumenten nicht berücksichtigt wird [7]. Beispielsweise sind PatientInnen die eine Häufung von Risikofaktoren für Suizid aufweisen nicht per se „akut suizidal“. Daher eignet sich zur Einschätzung der akuten Suizidalität eher ein Verfahren, das stärker auf die „Innenwelt“ der PatientInnen rekurriert. Ein Instrument, das dieser Anforderung gerecht wird, ist die Suicide Status Form II (SSF-II) [8]. Die Suicide Status Form II (SSF-II) ermöglicht ein gemeinschaftliches, phänomenologisches Assessment der (akuten) Suizidalität durch Professionelle und PatientInnen [9]. Die PatientInnen werden zum „Experten“ ihrer eigenen Suizidalität, die Professionellen werden zum „Begleiter“ des Einschätzungs- und Behandlungsprozesses.

Die Suicide Status Form II (SSF-II) [8] wird im Rahmen eines Praxisentwicklungsprojektes an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) zur strukturierten Einschätzung der akuten Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen verwendet.

Ziel

Dieser Kongressbeitrag hat das Ziel, anhand eines Fallbeispiels über erste Er-

fahrungen der strukturierten Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit PatientInnen zu berichten.

Praxisentwicklungsprojekt

Das interdisziplinäre Praxisentwicklungsprojekt „systematisierte Einschätzung der Suizidalität“ [1] wurde auf zwei allgemeinspsychiatrischen Stationen der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) eingeführt.

Bei allen eintretenden PatientInnen wird die „Basissuizidalität“ mit der Nurses' Global Assessment of Suicide Risk – Scale (NGASR-Scale) [3] erfasst. Dabei wird auf einer dichotomen Skala beurteilt, ob evidenzbasierte Risikofaktoren für Suizid, beispielsweise „Frühere Suizidversuche“ oder „Depression“ vorliegen oder nicht. Durch die Summe der erfassten Punktwerte ergibt sich eine der vier Risikostufen: 1=kleines, 2=mäßiges, 3=hohes oder 4=sehr hohes Risiko (Risikogefährdung aufgrund vorhandener Risikofaktoren). Anschließend erfolgt anhand der vier Risikostufen (kleines, mäßiges, hohes oder sehr hohes Risiko) eine subjektive, gefühlsmäßige Einschätzung. Auf der Basis dieser beiden Einschätzungen (NGASR-Skala + subjektive Einschätzung) wird eine Annahme über die derzeitige „Basissuizidalität“ getroffen und eine Risikostufe festgelegt (kleines, mäßiges, hohes oder sehr hohes Risiko).

Die drei beschriebenen Schritte (1. Erfassung Risikofaktoren, 2. subjektive Einschätzung 3. Festlegung der tatsächlichen Risikostufe) erfolgen in der Regel während beziehungsweise unmittelbar nach dem Aufnahmegespräch durch die Bezugspflegeperson und den aufnehmenden Arzt. Das Hauptziel des Einschätzungsprozesses liegt dabei im Screening von Risikopopulationen für Suizid.

Die akute Suizidalität wird in einem vierten Schritt vertieft überprüft, wenn die Risikostufe 3=hohes Risiko oder 4=sehr hohes Risiko vom aufnehmenden Pflege-Arzt-Team festgelegt wurde. Die Einschätzung der akuten Suizidalität wird mit der Suicide Status Form II [8]⁵ gemeinsam mit den PatientInnen vorgenommen (siehe Abb. 1).

Die Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] besteht aus einem Selbst- und einem

⁵ Deutsche Übersetzung W. Gekle / K. Michel April 2003. Copyright David A. Jobes, Ph.D. All Rights Reserved.

Fremdbeurteilungsteil. Der Selbstbeurteilungsteil (Teil A, siehe Abbildung 1) wird durch die PatientInnen gemeinsam mit der professionellen Bezugsperson ausgefüllt. Dabei erfordert die gemeinschaftliche Herangehensweise, dass die professionelle Bezugsperson unbedingt direkt neben den PatientInnen sitzt [10]. Die professionelle Bezugsperson versucht das momentane Erleben der PatientInnen zu verstehen und baut dadurch gleichzeitig eine „therapeutische Beziehung“ auf [11].

Die inhaltlichen Bestandteile der Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] beruhen auf verschiedenen psychologischen Modellen. Eine der Grundannahmen kann darin zusammengefasst werden, dass Suizid eine Handlung [11] ist, bei dem das „Ich“ einem unerträglichen Zustand psychischen Schmerzes [12] zu entfliehen versucht [13]. Die Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] versucht somit abzubilden, was suizidale Menschen erleben.

Die PatientInnen haben die Möglichkeit, auf einer 5-Punkte Likert-Skala (1=geringste Ausprägung, 5=höchste Ausprägung) ihr inneres Erleben auszurücken (siehe Abb. 1). Die Selbstbeurteilung bezieht sich auf psychischen Schmerz, aktuellen inneren Stresszustand, Spannung und Erregung, Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung und einer allgemeine Selbsteinschätzung der Suizidgefährdung. Ein weiterer Bestandteil des Instrumentes ist die Verwendung von Linehans „Reasons for Life“ Konzept [14]. Die PatientInnen werden aufgefordert, nach Gründen für das Leben oder für den Tod zu suchen und eine Rangfolge zu erstellen, welche der Gründe für sie am Wichtigsten sind.

Die Anwendung der Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] in der klinischen Praxis ermöglicht:

1. ein Verständnis des Erlebens der PatientInnen und somit einer differenzierten Beurteilung der (akuten) Suizidalität.
2. den Aufbau einer „therapeutischen Beziehung“ durch die professionelle Bezugsperson (durch zuhören, ernst nehmen und gemeinsames Bearbeiten der Suizidalität)
3. eine Behandlungsplanung durch die Verwendung der erhobenen Daten (Beispielsweise durch Notfallpläne oder Skills-Trainings).

Abb. 1: Suicide Status Form II German Version (Übersetzung W. Gekle / K. Michel. Copyright David A. Jobes, Ph.D. All Rights Reserved) [8]

Die Suicide Status Form-II (SSF-II) German Version											
Teil A: Patientin und Untersucher gemeinsam!											
Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühl der Verletzung, des Leids, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlichen Schmerz):											
niedriger psychischer Schmerz		1	2	3	4	5	hoher psychischer Schmerz				
Ich finde psychisch am schmerzhaftesten:.....											
Beurteilen Sie das Ausmass des aktuellen inneren Stresszustandes (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein u.ä.):											
niedriger innerer Stresszustand		1	2	3	4	5	hoher innerer Stresszustand				
Für mich ist am meisten mit Stress verbunden:											
Beurteilen Sie innere Spannung und Erregung (bedrängende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun; nicht jedoch Verärgerung, nicht „Verleider“):											
niedrige Erregung		1	2	3	4	5	hohe Erregung				
Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungszustand ein Ende zu setzen, wenn:											
Beurteilen Sie die Hoffnungslosigkeit (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden):											
wenig Hoffnungslosigkeit		1	2	3	4	5	viel Hoffnungslosigkeit				
Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf:											
Beurteilen Sie die Selbstentwertung , den Selbsthass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):											
wenig Selbstentwertung		1	2	3	4	5	viel Selbstentwertung				
Was ich an mir am meisten ablehne, ist:											
Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung :											
extrem niedrig (werde mich nicht umbringen)		1	2	3	4	5	extrem hoch (werde mich umbringen)				
Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken über sich selbst?											
Überhaupt nicht		1	2	3	4	5	völlig				
Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber?											
Überhaupt nicht		1	2	3	4	5	völlig				
Rang	Gründe/Motive, die für das Leben sprechen					Rang	Gründe/Motive, die für den Tod sprechen				
Mein Wunsch zu leben, ist:											
Überhaupt nicht vorhanden		1	2	3	4	5	6	7	8	ganz besonders stark	
Mein Wunsch zu sterben, ist:											
Überhaupt nicht vorhanden		1	2	3	4	5	6	7	8	ganz besonders stark	

Fallbeispiel

1) Risikoscreening:

Beim Aufnahmegespräch wurde bei einer Patientin aufgrund des Vorliegens der Risikofaktoren Hoffnungslosigkeit, mit Stress verbundene Lebensereignisse, Stimmen hören, Depression, Äußerung von Suizidabsichten, Verlust einer nahe stehenden Person und psychotische Störung eine hohe Basissuizidalität ermittelt (Risikostufe 3). Die subjektive Einschätzung durch die Bezugspflegeperson ergab ebenfalls ein hohes Risiko (Stufe 3). Die Bezugspflegeperson und drei Assistenzärzte legten schließlich einstimmig die Risikostufe 3 = hohes

Risiko fest. Das gesamte Risikoscreening dauerte etwa 15 Minuten. Der Patientin wurde mitgeteilt, dass man bei ihr momentan von einem hohen Suizidrisiko ausgehe. Mit dem Einverständnis der Patientin wurde daraufhin zunächst die Stationstüre geschlossen. Die Patientin gab an, dass „*sie sehr erleichtert sei*“, da das Thema „Suizid“ so klar angesprochen wurde.

2) Strukturierte Einschätzung der (akuten) Suizidalität mit der Patientin:

Die Bezugspflegeperson führte in einem 45 Minuten dauernden Gespräch gemeinsam mit der Patientin die vertiefte Einschätzung der akuten Suizidalität mit der deutschen Version der Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] durch. Die Patientin gab an, dass psychischer Schmerz, innerer Stress, Spannung / Erregung und Hoffnungslosigkeit in hoher Ausprägung bei ihr vorhanden seien. Dabei merkte sie jedoch, dass diese Kriterien vor allem mit dem „Hören von Stimmen“ in Verbindung standen. Am meisten überrascht war die Patientin darüber, dass sie eigentlich viel mehr Gründe hatte zu leben (5) als zu sterben (einen: Stimmen hören). Die Patientin äußerte in diesem Zusammenhang weiterhin: „*dass sie die Gründe die für das Leben sprechen aufschreiben und in ihrem Zimmer aufhängen könnte, um sie immer wieder zu lesen*“. Die allgemeine Suizidgefährdung wurde von der Patientin dann als „extrem niedrig“ angegeben. Die gemeinsame Einschätzung mit der Bezugspflegeperson wurde von der Patientin als „*klärend*“ erlebt. Sie berichtete, dass sie „*besser beurteilen konnte wie es ihr geht*“ und ihr dieses Verständnis beim Umgang mit ihrer Suizidalität geholfen habe. Die Bezugspflegeperson hatte nach dem Gespräch den Eindruck, eine „gute“ Beziehung zur Patientin aufgebaut zu haben. Sie relativierte die Einschätzung „hohes Risiko“ auf „mäßiges Risiko“ und veranlasste das Öffnen der Stationstüre.

3) Konsequenzen aus der gemeinsamen Einschätzung:

- positiver Beziehungsaufbau
- Stationstüre wurde wieder geöffnet
- eine akute Suizidalität wurde ausgeschlossen
- medikamentöse Behandlung der psychotischen Störung
- die Patientin konnte ihre Situation „klarer sehen“
- das Erkennen von „Gründen die für das Leben sprechen“ hatte für die Patientin einen positiv motivierenden Effekt

- die Patientin entwickelte selbstständig eine Coping-Strategie (Gründe die für das Leben sprechen aufschreiben und lesen), die man für den weiteren Behandlungsprozeß verwenden konnte

Schlussfolgerung

1. Ein strukturiertes phänomenologisches Assessment eignet sich besonders für eine differenzierte Einschätzung der akuten Suizidalität.
2. Die Fokussierung auf das Erleben der PatientInnen durch eine gemeinsame Einschätzung der (akuten) Suizidalität kann zu positiven Effekten für alle Beteiligte führen.
3. Ein strukturiertes phänomenologisches Assessment kann den (therapeutischen) Beziehungsaufbau zwischen PatientInnen und professionellen Bezugspersonen fördern.

Literatur

1. Abderhalden C, Grieser M, Kozel 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. Kozel 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 1(2):17-26
3. Cutcliffe J, Barker P (2005) The Nurses` Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11:393-400
4. Ebner G, Lehle B (2005) Suizidalität – Erkennen, Vorgehensweise, rechtliche Situation. Psychiatrie 4/2005:9-18
5. Finzen A (1997) Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention – Behandlung – Bewältigung. Bonn: Psychiatrie-Verlag
6. Lyons C, Price P, Embling S, Smith C (2000) Suicide Risk Assessment: a review of procedures. Accident and Emergency Nursing 8:178-186
7. Michel K (2002) Der Arzt und der suizidale Patient. Teil 1: Grundsätzliche Aspekte. Schweizerisches Medizin-Forum 29/30:704-707
8. Jobes D, Jacoby A, Cimbalic P, Hustead L (1997) Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. Journal of counseling psychology 44:368-377
9. Michel K, Jobes D, Leenaars A, Maltersberger J, Dey P, Valach L, Young R (2002) Meeting the suicidal person. Problems in clinical practice. www.aeschiconference.unibe.ch/pdf/aeschiconference.pdf (03.07.2008)

10. Jobes D (2006) Managing Suicidal Risk. A Collaborative Approach. New York: Guilford Press
11. Michel K (2004) Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung. Existenzanalyse 21: 58-62
12. Shneidman E (1993) Suicide as a psychache. Journal of Nervous and Disease 181:145-147
13. Baumeister R (1990) Suicide as escape from self. Psychological Review 97:90-113
14. Linehan M Goodstein J, Nielsen S, Chiles J (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51: 276-286

Medikamententrainingsprogramm (MTP)

Uwe Schirmer, Tilman Steinert, Tanja Jörg

Die Mehrzahl der stationären psychiatrischen Patienten erhält zwei und mehr Medikamente, die dann auch nach der Entlassung einzunehmen sind. Die Medikation mit Psychopharmaka stellt einen zentralen Faktor der Schizophreniebehandlung dar. Laut der Behandlungsleitlinie für Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [2] bilden „Pharmakotherapeutische Interventionen den Schwerpunkt der Akutbehandlung über Wochen bis Monate“. Wissenschaftliche Arbeiten [9] belegen, dass die Rezidivrate von Patienten mit chronischen Erkrankungen, darunter auch schizophrenen Erkrankungen [7], innerhalb von einem Jahr global bei 50% liegt. Die Nichteinnahme der Medikamente wird als wesentlicher Mitgrund für eine stationäre akutpsychiatrische Aufnahme bei 35% der Fälle genannt [1]. Die medikamentöse Therapie gilt als eine effektive Rezidivprophylaxe, für die eine hohe Adhärenz von entscheidender Bedeutung ist. Empirisch wird schon seit den 1970er Jahren die Adhärenz, also Therapietreue untersucht. In jüngeren Arbeiten wird zunehmend die Perspektive des Patienten eingenommen, so von Schaeffer [12] und Haslbeck [6], die dabei auch auf das Erlernen der Bewältigung des Medikamentenregimes unter Alltagsbedingungen und die Notwendigkeit der Entwicklung von Routinen hinweisen.

Bei der medikamentösen Therapie im stationären Kontext der bundesdeutschen Psychiatrie kommt es in der Regel zwischen Ärzten und Pflegenden zu einer Aufgabenteilung. Ärzten obliegt im Rahmen der Therapie die Medikamentenverordnung, hierzu gehören die Medikamentenaufklärung des Patienten und die Anordnung von Präparat, Applikationsform und Dosierung sowie die Psychoedukation. Demgegenüber ist die Aufgabe der Pflege die Medikamentenverabreichung, wozu das Richten der Medikamente, die Verteilung, die Überwachung der Einnahme und das Beobachten auf Nebenwirkungen gehören. Zunehmend wird eine Pflege gefordert, die neben der Beteiligung an der Therapie (Medikamentenverabreichung) auch „eigenverantwortlich durchzuführende pflegerische Aufgaben“ [5] übernimmt, wie etwa die Schulung und Beratung von Patienten. Im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der

Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege [3:54] wird Schulung als eine „*Vermittlung von Kompetenzen zur Bewältigung der veränderten Versorgungs- und Pflegeeigenschaften nach der Entlassung*“ beschrieben, also eine Pflege, die auch die Zeit nach der stationären Phase im Blickwinkel hat. Damit sind die pflegerischen Aufgaben bei der Medikamentenverabreichung in einem erweiterten Sinne zu sehen: aus dem passiven Verabreichen soll ein aktives Anleiten beim Medikamentenregime bereits während des stationären Aufenthalts werden. Unter Medikamentenregime verstehen wir alle Maßnahmen, die zu einer korrekten Medikamenteneinnahme erforderlich sind. Diese sind:

- Medikamentenbeschaffung: einen Hausarztbesuch zur Rezeptierung der Medikamente absolvieren, zum Hausarzt gelangen (ggf. Terminierung, Fahrt), Geld zur Verfügung haben (Praxisgebühr, Zuzahlung Medikament), Krankenkassenkarte, bei zur Neige gehenden Medikamenten sich rechtzeitig neue Medikamente zu besorgen
- Medikamente richten und einnehmen: Medikamente sinnvoll zu lagern, diese mittels einer korrekten Dokumentation (Verordnung) der einzunehmenden Medikamente zu richten und schließlich das richtige Präparat in der richtigen Dosierung zum richtigen Zeitpunkt einzunehmen. Das Ganze unter Umständen ohne Aufforderung, Anleitung und Kontrolle von unterstützenden Personen
- Integration der Medikation in den Lebensalltag, d. h. Routinen bilden und an die individuelle Lebensgestaltung anpassen.

Die Diskrepanz zwischen der Vorgehensweise des „Medikamente Verteilens“ im Klinikalltag und den gegensätzlichen Anforderungen eines Medikamentenregime zu Hause, können zum Problem für den Patienten werden. Er kann mit der praktizierten Vorgehensweise auf Station Entlastung aber auch Abhängigkeit erleben, in jedem Fall wird diese Vorgehensweise nicht seine Eigenaktivität und Selbstständigkeit fördern. Daraus kann geschlossen werden, dass die hier dargestellten Probleme und Herausforderungen sowohl im klinisch-stationären wie auch im ambulant-häuslichen Kontext ein Pflegeproblem darstellen und professionelle Interventionen benötigen.

Hinweise zur pflegerischen Diagnostik bei der Problematik des Medikamentenregimes finden sich in den NANDA International Pflegediagnosen bei den Klassifikationen von 2005-2006 als „*Unwirksames Therapiemanagement*“ [4:S.204] und in 2007-2008 als „*Ineffektives Management eines Therapieprogramms*“ [13:148].

Zur pflegerischen Intervention wurde ein Medikamententrainingsprogramm entwickelt, um das Adhärenzverhalten der Patienten, wie in der Pflegeergebnisklassifikation NOC [8:602] vorgeschlagen, zu verbessern.

Ziele des Medikamententrainingsprogramms

a) Für den Patienten

Der Patient soll im Rahmen des stationären Aufenthaltes Fertigkeiten (skills) erlernen um auf das Medikamentenregime zu Hause vorbereitet zu sein. Das Medikamentenregime soll vom Selbstverständnis des Patienten, sowohl beim stationären Aufenthalt, wie auch zu Hause, zu seinen Aufgaben gehören und als solche auch anerkannt werden.

Der Patient kann entsprechend seinen individuellen Fähigkeiten eigenverantwortlich und selbstständig seine verordneten Medikamente korrekt richten sowie einnehmen und zeigt eine gute Kooperationsbereitschaft. Dadurch erhöht sich die Selbstpflegekompetenz des Patienten bei der Medikation. Das bedeutet für den Patienten im Einzelnen:

- Er kennt und fördert seine Ressourcen beim Medikamentenregime.
- Er wendet eine geeignete Vorgehensweise an um Medikamente zu richten und korrekt einzunehmen und entwickelt hierbei Routine.
- Für ihn ist die selbsttätige Medikamenteneinnahme selbstverständlich und wird zur Gewohnheit.
- Er kennt Möglichkeiten um den Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme an die Bedingungen seines Alltagslebens anzupassen.
- Für ihn wird das Gespräch über Medikation, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen, Ängste und Sorgen, seine Wünsche und Erfahrungen zunehmend selbstverständlicher und Bestandteil des Dialoges mit dem therapeutischen Team.
- Er beteiligt sich aktiv und selbstständig beim Medikamentenregime.

- Er kennt Möglichkeiten für das Vorgehen beim Medikamentenregime zu Hause sowie mit möglichen Problemen umzugehen.

b) Für die Pflegenden

Die Pflegenden sollen das Medikamententraining qualifiziert durchführen können, so dass der Patient seine Selbstpflegekompetenz bei der Medikation erhöhen kann.

Eine qualifizierte Vorgehensweise der Pflegenden berücksichtigt die aktuelle Verfassung des Patienten und beachtet im Einzelnen:

- den Patienten mit seinen Gefühlen und Bedürfnissen wahrnehmen und diese anerkennen
- seine Haltungen, Erfahrungen und Ambivalenzen die zu Widerständen bei der Medikation führen, ernst nehmen und thematisieren
- seine Ressourcen erkennen, integrieren, Entwicklung fördern und Lernerfolge deutlich machen
- sein Vorgehen beim Medikamententraining beobachten, ggf. korrigieren und mit dem Patienten reflektieren
- seine Entlassung und damit die einhergehende notwendige Selbständigkeit zu Hause als zentrale Aufgabe verstehen

Zum Umgang mit der Medikation erbringen unterschiedliche Berufsgruppen sich ergänzende Leistungen. Eine Vorbereitung des Patienten auf zu Hause besteht nach unserem Verständnis aus (Teilen der) Psychoedukation und dem Medikamententraining. Die genannten Ziele sind nur durch eine Zusammenarbeit des therapeutischen Teams möglich. Ärztliche Tätigkeiten, zum Beispiel die Psychoedukation, korrespondieren mit den pflegerischen Tätigkeiten des **MTP** und ergänzen sich gegenseitig. Entsprechend wichtig ist der Dialog zwischen den Professionen um die jeweils angemessene Intervention zu wählen und Schnittstellen bewusst zu gestalten.

Die Einführung eines Medikamententrainingsprogramms am Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried geht auf eine Initiative des heutigen Pflegedirektors H.-P. Elsässer-Gaißmaier in der Mitte der 1990er Jahre zurück. Es wurde auf diversen Stationen im ZFP Bad Schussenried eingeführt und orientierte sich an dem von Kistner 1992 beschriebenen Reha-Programm [10:167]. Zur Quali-

tätssicherung wurde 2007 mit den Beteiligten der Stationen ein Pflegestandard in unserer Arbeitsgruppe entwickelt. Dieser Pflegestandard ist Bestandteil des neu entwickelten Handbuches MTP in dem neben dem Pflegestandard Grundlagenwissen sowie Checklisten zu verschiedenen zu führenden Gesprächen beinhaltet sind. Das Handbuch soll den Mitarbeitern/-innen der Pflege die notwendigen Informationen und Handlungsanweisungen bieten um das Medikamententraining als eine pflegerische Intervention bei der Behandlung von schizophren erkrankten Menschen im klinisch-stationären Kontext durchzuführen. Für die Stationen der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten die das Medikamententrainingsprogramm (MTP) neu einführen wurde eine eintägige Schulung auf Grundlage des Handbuches entwickelt.

Das Medikamententrainingsprogramm zielt auf eine erhöhte Kompetenz im praktischen Umgang beim Medikamentenregime und wird anhand einer praktischen Anleitung durchgeführt, bei der der Patient entsprechend seiner aktuellen Fähigkeiten selbst aktiv wird. Hierfür gibt es einen Pflegestandard mit einem Stufenplan, in dem die zu erfüllenden Aufgaben des Patienten sowie die Kriterien für eine Höher- bzw. Rückstufung für die Eigenaktivitäten festgelegt sind. Das MTP wird in einer 1:1 Situation durchgeführt. Es ist in kleine Einzelschritte gegliedert und reicht von einer demonstrierend unterstützenden bis hin zu einer eigenständigen strukturierten Vorgehensweise. Dabei werden die Schritte stets zeitnah einzeln reflektiert, um Fehlverhalten umgehend zu korrigieren und kleine Erfolge für den Patienten sichtbar zu machen. Wir folgen damit dem Grundsatz, dass eine positive Verstärkung, die unmittelbar auf eine Handlung folgt, die Wahrscheinlichkeit erhöhen kann, dass diese wiederholt wird [11:101].

Neben diesen handlungsorientierten Schritten soll eine Haltung der Offenheit der Pflegenden über Widerstände im Zusammenhang mit der Medikation zu sprechen, deutlich werden.

Das **Medikamententrainingsprogramm (MTP)** wird in einem Praxisforschungsprojekt an den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie erprobt werden. Dabei werden Patienten, die stationär an den Standorten der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie in Weissenau und Zwiefalten sowie der Klinik pp.rt - Reutlingen behandelt werden, einbezogen. Mit einer rando-

misierten, kontrollierten Interventionsstudie (RCT) an 176 Patienten, soll unter der Leitung von Prof. Dr. T. Steinert und Mitarbeitern, die Wirksamkeit des Trainings in den Jahren 2008 und 2009 im Vergleich zu einer Kontrollgruppe im Hinblick auf die Medikamentenadhärenz untersucht werden. Die Outcomevariablen sind die korrekte Medikamenteneinnahme zum Zeitpunkt der Nachbefragungen (1 Monat und 3 Monate nach Entlassung) mittels Tablettenzählung, Patientenbefragung und Blutserumspiegeluntersuchung.

Literatur

1. Abas M, Vanderpyl J, Le Prou T, et al (2003) Psychiatric hospitalization: reasons for admission and alternatives to admission in South Auckland, New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 37:620-625
 2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg) (2006) S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Bd 1, Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff
 3. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg) (2004). Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück
 4. Georg S (Hrsg.) (2005) NANDA International. NANDA- Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Bern: Huber
 5. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003. Bundesrepublik Deutschland. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, 1443
 6. Haslbeck J (2007) Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht chronisch Kranker. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPV)
 7. Haynes R, Yao X, Degani A, et al (2008) Interventions for enhancing medication adherence (Review). The Cochrane Library 2008(1)
 8. Johnson M, Maas M, Moorhead S (Hrsg) (2005): Nursing Outcome Classification (NOC): Pflegeergebnisklassifikation. Bern:Huber
 9. Kissling W (1994) Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavia 89(suppl 382):16-24
 10. Kistner W (1992) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Stuttgart: Fischer
 11. Klug-Redman B (1996) Patientenschulung und –beratung. Wiesbaden: Ullstein Mosby
 12. Schaeffer D, Müller-Mundt G, Haslbeck J (2007) Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht der Gesundheitsprofessionen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld:IPW
- Berger S, Mosebach H, Wietek P (Hrsg) (2008) NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikation 2007-2008. Oberhof: RECOM

Phytotherapie in der Psychiatrie – Entwicklung und Umsetzung eines Klinikstandards

Jürg Dinkel, Rea Heierli

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Viele Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden bzw. psychiatrischen Erkrankungen haben den Wunsch, sich mit komplementärmedizinischen Methoden behandeln zu lassen [1,2]. Die Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) zählt zu den naturheilkundlichen Behandlungsmethoden.

Die Pflege in der Schweiz wendet traditionellerweise verschiedene phytotherapeutische Methoden wie Tee, Wickel und Aromapflege an. Einige Kliniken ergänzen das schulmedizinische Angebot mit einzelnen Phytopräparaten. Der systematische Einsatz der Phytotherapie mit interdisziplinärer Beteiligung fehlte bisher in der klinischen Psychiatrie [3].

Seitens einer psychiatrischen Klinik gibt es mehrere Vorteile Phytotherapie einzusetzen. Einerseits ist ihre Wirksamkeit in vielen Studien nachgewiesen worden [4,5]. Andererseits ist sie nebenwirkungsarm, das heisst unerwünschte Wirkungen treten im Vergleich zu konventionellen Psychopharmaka deutlich seltener auf. Diese Elemente, Wirksamkeit bei wenigen Nebenwirkungen und hohe Akzeptanz von Seiten der PatientInnen her, führen zu einer guten Compliance. Gleichzeitig können die Lebensqualität unterstützt, das Wohlbefinden sowie die Selbsthilfe- und die Selbstheilungspotentiale gesteigert werden.

1.2 Setting

Die Klinik Schlössli hat 210 Betten. Im Jahr 2006 wurden über 1'700 Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen. Die Klinik ist für die Grundversorgung der Region Zürcher Oberland mit ihren 260'000 Einwohnern zuständig. Die Grundversorgung umfasst die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. Daneben führt die Klinik Privat- und Schwerpunktstationen.

2 Entwicklung und Umsetzung in einer Klinik

2.1 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen eines Projektes hat die Klinik Schössli 2005 die Phytotherapie auf einer Station im alterspsychiatrischen Bereich sowie auf vier Schwerpunktstationen der Erwachsenenpsychiatrie eingeführt.

In einem ersten Schritt wurde durch eine Arbeitsgruppe von pflegerischen und ärztlichen Praxisexpertinnen und -experten und der Leitung Apotheke ein phytotherapeutisches Sortiment für die Bedürfnisse der Klinik entwickelt und evaluiert. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit einem renommierten Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin und Professor Dr. med. R. Saller, Inhaber des Lehrstuhls für Naturheilkunde an der Universität Zürich. Das Sortiment beinhaltet Fertigpräparate, Urtinkturen, Tees und ätherische Öle. Es deckt sowohl psychische wie somatische Indikationen ab. Das Sortiment ist in einem Vademecum [6] aufgeführt und wird regelmäßig überarbeitet und ergänzt. Das Vademecum macht neben den Präparatenamen Angaben zu Inhalten, Indikationen, Dosierung und Verordnungskompetenzen zwischen pflegerischen und ärztlichen Behandlungspersonen.

Im Anschluss an die Sortimentserstellung entwickelte die Projektleitung mit dem Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin ein siebentägiges, interdisziplinäres Schulungsprogramm. Die Schulungstage verteilten sich über den Zeitraum September bis Dezember 2005 und wurden von einem Grossteil der pflegerischen und oberärztlichen Behandlungsteams der beteiligten Stationen sowie den Apothekenmitarbeitenden besucht. Insgesamt waren dies fast vierzig Personen. Die Dozentinnen und Dozenten wurden durch das Ausbildungszentrum zur Verfügung gestellt, daneben unterrichtete Professor Saller verschiedene Schulungseinheiten. Die Teilnehmenden erhielten umfangreiches Schulungsmaterial.

Nach einer allgemeinen Einführung ins Thema der Heilpflanzenkunde wurden als Inhalte verschiedene Zubereitungsformen, phytotherapeutische Anwendungen für verschiedene Organsysteme sowie Interaktionspotentiale und unerwünschte Wirkungen u.a.m. vermittelt.

Die Schulung hatte neben den theoretischen Inhalten einen hohen Praxisbezug. Die Teilnehmenden übten sich beispielsweise in der Herstellung verschie-

dener Teezubereitungsformen, degustierten Urtinkturen und stellten aufgrund des Geschmacks einen Wirkungszusammenhang her oder leiteten mit Hilfe von Pflanzensignaturen mögliche Indikationen der entsprechenden Präparate ab.

Die bereits erwähnte Arbeitsgruppe befasste sich gleichzeitig mit den notwendigen Vorbereitungsarbeiten für die konkrete Einführung der Phytotherapie auf den Stationen. Fragen zu Verordnungs- und Bestellungsabläufen mussten geklärt werden, das Sortiment bestellt, die Dokumentation der Abgabe und das konkrete Vorgehen bei der Einführung bearbeitet werden. Die Abläufe und Kompetenzen wurden in einem Interdisziplinären Standard Phytotherapie [7] festgelegt. Die pflegerische Patientendokumentation wurde mit einem Blatt Komplementäre Behandlung [8] erweitert. Für alle Stationen wurde eine Auswahl an phytotherapeutischer Fachliteratur zur Verfügung gestellt. Der große Bedarf an Informationsweitergabe zwischen der Projektleitung und allen am Projekt Beteiligten konnte durch einen regelmäßig verteilten Newsletter Phytotherapie bewältigt werden.

Der offizielle Start der Einführung auf den Stationen wurde auf den 15. Dezember 2005 festgelegt. Seit diesem Zeitpunkt kommen Heilkräuteranwendungen mit Fertigarzneimitteln, Tees, Tinkturen, Aromapflege und Bädern gezielt zum Einsatz. Die Pflegenden können im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans alle Anwendungen außer den Fertigarzneimitteln in eigener Kompetenz verordnen und verabreichen.

Der Bedarf an regelmäßiger Unterstützung bei Verordnungsfragen durch Fachexperten im klinischen Alltag wird durch regelmäßige Supervisionen auf den Stationen abgedeckt. Eine Helpline für dringende Fragen im klinischen Alltag steht für alle Behandlungspersonen zur Verfügung. Beide Angebote deckt das Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin ab.

Im Rahmen einer Veranstaltung im April 2006 wurde das Projekt abgeschlossen. Dazu konnten unter anderem die Resultate einer Evaluation aller Beteiligten präsentiert werden. Insgesamt ergab sich eine hohe Zufriedenheit unter den Behandlungspersonen, insbesondere der Pflegenden. Die Mehrheit von ihnen, sowohl aus der ärztlichen wie aus der pflegerischen Berufsgruppe, hatte durch die Schulungen einen großen Zuwachs ihrer phytotherapeutischen

Kompetenzen erfahren. Eine wichtige Unterstützung erfuhren sie in der klinischen Anwendung durch die Supervisionen, durch das Fachwissen von erfahrenen Kolleginnen sowie durch die schriftlichen Unterlagen und Fachbücher. Weniger gebraucht wurden die Helpline, bei Nutzung wurde sie aber als sehr hilfreich erlebt.

Die Evaluation diente gleichzeitig der Erfassung von Schwächen des Projektes und Bedarf für zukünftige Angebote und Maßnahmen. Als Nachteil bei der praktischen Umsetzung erwies sich der Entscheid, die Assistenzärztinnen nicht zu schulen. Ihre Rolle bei der Behandlungsplanung und Verordnung wurde unterschätzt. Der weitere Bedarf an externer Unterstützung (Supervisionen, Helpline) kam erwartungsgemäß klar hervor. Weiterführende Schulungsangebote wurden gewünscht, um häufig eingesetzte Präparate vertieft sowie um neue Präparate vor der Einführung kennen zu lernen.

Gewünscht wurden ein Erfahrungsaustausch zwischen den Stationen sowie die Möglichkeit, einzelne hausinterne Phyto-Expertinnen auszubilden.

Der Zeitraum 2006 bis heute diente der Umsetzung verschiedener dieser Maßnahmen. Zweimonatliche Supervisionen werden weiterhin, eine jährliche, halbtägige Vertiefungsweiterbildung für alle geschulten Personen neu durchgeführt. Im November 06 fand ein verkürztes interdisziplinäres Schulungsprogramm zur Einführung von noch nicht geschulten Behandlungspersonen der ausgewählten Stationen in die Phytotherapie statt. Für die Pflegenden sah das Programm vier ganze Tage vor, die Assistenzärzte kamen für zwei Halbtage dazu. Das verkürzte Schulungsprogramm konnte durch das angewandte Lernen auf den Stationen kompensiert werden. Gleichzeitig wurde das Phytotherapieangebot auf einer weiteren Station im Altersbereich eingeführt.

Einzelne Stationen führten einen inter- bzw. disziplinären Phytorapport ein. Eine Station bietet eine regelmäßige Aroma-/Phytotherapiestationsgruppe für Patientinnen und Patienten durch die Pflege an.

2.2 Praxisauswirkungen/Ergebnisse

Das Angebot der Phytotherapie findet bei den meisten Patientinnen und Patienten als Ergänzung zu den schulmedizinischen Behandlungen hohen Zuspuch und wird sehr geschätzt. Sie erleben sich durch den Miteinbezug in die

individuelle Behandlungsplanung als selbstbestimmend und (mit-)entscheidend.

Zur Weiterentwicklung der Kompetenz aller Behandelnden sind regelmäßige disziplinäre und interdisziplinäre Weiterbildungen und Fallsupervisionen sehr wichtig. Einzelne Pflegefachpersonen und ärztliche Mitarbeitende sind in Aus- oder Weiterbildung zu Phyto-FachexpertInnen. Die Klinik bietet dem Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin eine regelmäßige Praktikumsstelle für ihre Naturheilpraktikerinnen in Ausbildung an. Das Wissen dieser klinik-internen wie –externen Expertinnen und Experten trägt zur komplementärmedizinischen Professionalisierung aller Stationsteams bei.

3 Ausblick

Geplant ist die Schulung weiterer Stationen im Herbst 2008, sodass mittelfristig alle Stationen der Klinik Phytotherapie anbieten können.

Momentan läuft eine wissenschaftliche Auswertung über die Anwendung der Phytotherapie in der Klinik.

Das stationsübergreifende komplementärmedizinische Angebot soll weiter ausgebaut bzw. das Bestehende etabliert werden. Neben der Phytotherapie betrifft dies ausgewählte Methoden der Traditionell Chinesischen Medizin TCM (Ganzkörperakupunktur und das NADA-Protokoll für Ohrakupunktur).

Literatur

1. Crivelli L, Ferrari D (2004) Inanspruchnahme von 5 Therapien der Komplementärmedizin in der Schweiz. Statistische Auswertung auf der Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 und 2002. Manno: Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana, Dipartimento scienze aziendali e sociali Palazzo E
2. Busato A, Dönges A, Herren S et al (2006) Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland - an observational study. *Fam Pract* 23:116-124
3. Zurbuchen N (2006) Passionsblume und Pfefferminzöl. *Tages Anzeiger*. http://www.svk.ch/uploads/media/20060506_TagesAnzeiger_Passionsblume_und_Pfefferminzoel.pdf (18.06.2008)
4. Melchart D, Mitscherlich F., Amiet M, et al (2005) Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG

5. Narteya L, Huwiler-Müntenera K, Shanga A et al (2007) Matched-pair study showed higher quality of placebo-controlled trials in Western phytotherapy than conventional medicine. *Journal of Clinical Epidemiology* 60: 787-794
6. Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed (2008) *Vademecum Phytotherapie* (3. Aufl). Unveröffentlichte Broschüre*. Oetwil & Baar: Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed.
7. Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed (2005) *Interdisziplinärer Standard Phytotherapie*. Unveröffentlichtes Dokument*. Oetwil: Schlössli Privatklinik für Psychiatrie
8. Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed (2005) *Komplementäre Behandlung. Patientendokumentation*. Unveröffentlichtes Dokument*. Oetwil: Schlössli Privatklinik für Psychiatrie

(* kann bei den AutorInnen bezogen werden)

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus: Ein Präventionskonzept mit Fokus auf die Berufsgruppe der Pflegenden

Markus Weber, Iris DeBertolis, Sonja Feige, Jens Glatthaar, Katharina Theiss, Barbara Tönges

1 Ziele des Konzeptes und Eingrenzung der Zielgruppe

Das vorgestellte Konzept stellt ein Praxisleitfaden zur betrieblichen Suchtprävention im Krankenhaus dar. Entwickelt durch eine Literaturanalyse soll durch theoretisches Wissen, praxistaugliche Ratschläge und Handlungsempfehlungen eine Sensibilisierung des Problemfeldes der Abhängigkeitserkrankungen im Krankenhaus angeregt werden.

Aufgrund einer bisher geringen Anzahl von betrieblichen Suchtpräventionsprojekten im Betrieb Krankenhaus bleibt es offen, ob berufsgruppenübergreifende oder eher berufsgruppenspezifische Ansätze erfolgsversprechender sind. Für einen berufsgruppenübergreifenden Ansatz sprechen mehrere Aspekte, wie die Herausbildung einer gemeinsamen Organisationskultur, die Schaffung eines einheitlichen Führungsverständnisses oder die Förderung einer berufsgruppenübergreifenden Kommunikation und des Verständnisses füreinander [12].

Gründe weshalb der Fokus bei diesem Konzept auf die Berufsgruppe der Pflegenden gerichtet ist, sind:

- Bei einem Konzept speziell für Pflegende können Schwerpunkte und Themen berührt werden, die andere Bereiche als bedrohlich ansehen.
- Andere Berufsgruppen sind noch nicht bereit, das Thema der betrieblichen Suchtprävention aufzugreifen.
- Die Berufsgruppe der Pflegenden kann möglicherweise besser erreicht werden als andere Berufsgruppen

(erweitert nach Rummel u.a. [12:213-214])

2 Bedeutung und Ursachen der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Pflegenden im Krankenhaus

Das Thema „Substanzmittelmissbrauch und -abhängigkeit“ wurde in den Krankenhäusern mit rund zehnjähriger Verspätung gegenüber anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes aufgegriffen und dies eher vereinzelt und zögerlich. Insgesamt ist das Datenmaterial über Abhängigkeitserkrankungen in Pflegeberufen in Deutschland mangelhaft. Die besondere Problematik der Abhängigkeitserkrankungen bei helfenden und medizinischen Berufen ist seit langem bekannt. Meistens handelt es sich dabei um Alkohol, überdurchschnittlich häufig um Medikamente. In der Studie von Herschbach (1991) über psychische Belastungen von Pflegenden und Ärzten in 54 deutschen Krankenhäusern gaben 16,1% der Ärzte und 6,6% der Pflegenden an, dass sie *„regelmäßig mehr Alkohol trinken als ihnen gut tut“* [4:392-395]. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Verfügbarkeit der Substanzen, der Unauffälligkeit des Medikamentengebrauchs und des geringen Problembewusstseins eine Medikamentenabhängigkeit bei Pflegenden sehr spät, wenn überhaupt auffällt [9].

In der Literatur wird zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen auf die so genannten Trias der Suchtursachen verwiesen. Eine betriebliche Organisation ist ein Teil der Umwelt und kann an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit beteiligt sein. Vor allem dem Arbeitsklima wird eine große Bedeutung für die Ursachen von Abhängigkeit zugesprochen [2]. Bei einer Abhängigkeit ist die Verfügbarkeit von Substanzmitteln ein zentraler Aspekt. Die Alkoholabhängigkeit steht wegen der generellen leichten Verfügbarkeit von Alkohol an erster Stelle. Beschäftigte des Gesundheitswesens sind gegenüber ihrer eigenen Gesundheit häufig unsensibel [9]. Arbeitsbedingungen stellen einen möglichen Einfluss zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung dar. Für ein Krankenhaus können vier Belastungsfaktorengruppen gebildet werden:

- Arbeitsorganisation
- Organisations- und Interaktionsstrukturen
- Beziehung zu Patienten und Angehörigen
- berufliches Selbstverständnis und Persönlichkeitsstruktur
- Abhängigkeitsprobleme werden nicht thematisiert.

Die Tendenz vieler Pflegenden, sich in eine fürsorgende, konfliktscheue Grundhaltung zurückzuziehen, die durch gegenseitiges Mitleid, Verständnis und Geduld gekennzeichnet ist, verschärft diese Problematik noch [4].

3 Prävention

Für die Prävention besteht eine Vielzahl von Definitionen, exemplarisch wird eine definitorische Klärung vorgestellt: „*Prävention bezeichnet alle Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen und Störungen und Krankheiten richten*“ [7, 395].

Einteilung der Prävention nach Interventionszeitpunkt

Je nach Stadium des Gesundheitszustandes wird die Prävention traditionell in vier Interventionsschritte gegliedert, die aufeinander aufbauen. Die vier Interventionszeitpunkte sind: primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention [6].

Die primordiale Prävention setzt bei Menschen mit einem guten gesundheitlichen Zustand an und hat das Ziel, die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Zielgruppe positiv zu beeinflussen [6]. Unter Sekundärprävention werden „*Interventionen, die sich auf Entdeckung und Behandlung von Patienten mit Krankheitsfrühstadien (...) richten*“ [7:297] verstanden. Ziel ist die Entdeckung symptomloser Krankheitsfrühstadien und deren erfolgreiche Frühtherapie [15].

Einteilung der Prävention in Interventionsebenen

Die Unterteilung der Prävention nach Interventionsebenen kann in Verhaltens- und Verhältnisprävention erfolgen. Klassische Methoden der Verhaltensprävention sind Gesundheitsaufklärung, -beratung, -erziehung, -bildung, und -selbsthilfe [14]. Verhältnisprävention zielt auf Veränderungen der sozialen, ökologischen, ökonomischen oder kulturellen Umwelt der Menschen ab.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) hat die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeitenden zum Ziel. Daher bezeichnet BGM die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen

und Prozesse die der Vorbeugung von arbeitsbedingten Erkrankungen und vor allem der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit dienen [1, 11]. BGM ist ein modernes Konzept der Organisationsentwicklung und ist im Sinne der Fürsorgepflicht als eine originäre Führungsaufgabe zu verstehen [11]. Zentrale Bestandteile des BGM werden nachfolgend aufgeführt:

- Arbeitskreis Gesundheit
- Gesundheitsbericht
- Betriebliche Gesundheitszirkel
- Beauftragte bzw. Beauftragter für Betriebliches Gesundheitsmanagement

4 Methoden und Verfahren des Präventionskonzeptes

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Damit ein Konzept der betrieblichen Suchtprävention erfolgreich sein kann, muss dieses in einer präventiven Gesamtstrategie eingebunden sein [3]. In dieser wird dann ein Gesamtkonzept „Gesundheit und Suchtprävention“ erarbeitet, welches langfristig wirkende Strukturen und Verfahren zum Umgang mit Abhängigkeitsproblemen einführt [5]. Ein mögliches Gesamtkonzept „Gesundheit und Suchtprävention“ hat folgende Grundgedanken:

- Regelung innerbetrieblicher Strukturen
- Etablierung eines Gesundheitszirkels „Gesundheit und Suchtprävention“
- Schaffung eines innerbetrieblichen Beratungsangebots (z.B. Betriebsärztin oder -arzt, Beauftragte oder Beauftragter für BGM, Suchtkrankenhelferin oder Suchtkrankenhelfer)
- Qualifizierung betrieblicher Multiplikatoren und Führungskräfte
- Information aller Mitarbeitenden
- Wiedereingliederung von Mitarbeitenden
- Unterstützung durch externe Beratung
- Vertiefende Qualifizierung spezieller Personen (z.B. Führungskräfte, Beauftragte oder Beauftragter für BGM, Suchtkrankenhelferin oder Suchtkrankenhelfer)

Werden diese Grundgedanken weiter ausdifferenziert, ergeben sich für den Arbeitskreis Gesundheit folgende Aufgaben:

- Bestandsaufnahme (z.B. Bisheriger Umgang mit Alkohol- und Medikamentenproblemen einzelner Mitarbeitenden)
- Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Hilfe für Betroffene
- Schaffung einer Infrastruktur zur Umsetzung von Präventionsaufgaben
- Hilfemaßnahmen bei Abhängigkeitsgefährdung und -erkrankung
- Kontaktaufnahme und -pflege mit externen Suchthilfe-Organisationen
- Entwicklung einer Betriebsvereinbarung

(erweitert nach Heinze u.a [5:95-97])

Methoden und Verfahren der primären Verhaltensprävention

Informationsverbreitung und -weitergabe

Kernelemente der vorbeugenden Aktivitäten in der betrieblichen Suchtprävention sind gegenwärtig die Information der Mitarbeitenden. Diese Informationen beinhalten vorwiegend die Aufklärung über Gebrauch und Wirkung von Substanzmittel, Grenzen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Substanzmitteln, gesundheitliche und soziale Risiken eines regelmäßigen oder missbräuchlichen Konsums und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten bei Abhängigkeitserkrankungen [16].

Fortbildungsangebote

Durch Fortbildungen kann eine verstärkte Sensibilisierung von Alkohol- bzw. Medikamentenproblemen im Krankenhaus stattfinden. Dadurch soll das eigene Verhalten im Umgang mit Substanzmittel hinterfragt und thematisiert werden. Weiter ist es wichtig, den Mitarbeitenden die wichtigsten Informationen über Entstehungsbedingungen, Verlauf und Folgen, Behandlung und gesellschaftliche Relevanz der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit nahe zu bringen. Führungskräfte benötigen eine Förderung zum Ausbau der Konflikt- und Kommunikationsfähigkeiten, dies kann geschehen durch Trainingseminare oder Coaching-Angebote [3].

Copingstrategie

Im Zusammenhang mit Prävention und Stressabbau der Mitarbeitenden können in Krankenhäuser verschiedene Angebote aufgegriffen werden. Für Krankenhäuser besteht die Möglichkeit, mit Fitness-Studios Verträge abzuschließen, die den Mitarbeitenden vergünstigte Konditionen in den Studios anbieten. . Außerdem können Kurse angeboten werden, wie z.B. Yoga, Pilates. Dies kann beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie stattfinden, die in diesem Zusammenhang auch einen Betriebssport durchführen kann.

Methoden und Verfahren der primären Verhältnisprävention

Qualifizierung der Führungskräfte

Ein Ziel der betrieblichen Suchtprävention ist, dass Führungskräfte durch konstruktives Führungsverhalten abhängigkeitsgefährdeten oder auffälligen Mitarbeitenden eine sinnvolle Hilfestellung und Unterstützung anbieten sowie in Stufengesprächen auch die Konsequenzen ihres Verhaltens aufzeigen. Führungskräfte benötigen hierzu Schlüsselkompetenzen [17]. Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte im Rahmen eines Suchtpräventionskonzeptes sind ein unverzichtbarer Baustein im Sinne der Personalentwicklung [16].

Arbeitsbedingungen

Um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen tragen mehrere Faktoren bzw. Maßnahmen dazu bei, diese werden nachfolgend genannt:

- Flache Hierarchien
- Dezentrale Strukturen
- Regelmäßige Befragungen der Mitarbeitenden
- Regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche
- Partizipative Arbeitsformen
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Strategieunterstützende Personalentwicklung
- Organisationsleitbild
- Umfassende betriebliche Kommunikation über Organisationsstrategie und -ziele
- Kooperative und konstruktive Konfliktbewältigung
- Soziale Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzte

Methoden und Verfahren der Sekundärprävention

Früherkennung

Die Früherkennung von Abhängigkeitsproblemen in Organisationen und die Reaktion darauf ist in erster Linie Führungsaufgabe [13]. Es ist Hilfe und entspricht der Fürsorge, wenn die Führungskräfte in Organisationen ihre Mitarbeitende bei Alkohol- oder Medikamentenproblemen ansprechen. Bei Alkoholproblemen können Mitarbeitende in drei Bereichen auffällig werden: Arbeitsverhalten, Sozialverhalten und äußeres Erscheinungsbild. Bei einer Medikamentenabhängigkeit können hingegen Veränderungen beim Leistungsverhalten, Sozialverhalten und Gesundheitsbild auftreten. Auffälligkeiten bei der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit können mithilfe von Checklisten erhoben werden. Jedoch müssen diese mit einer gewissen Vorsicht eingesetzt werden. Eher sollte die Wahrnehmung von Veränderungen frühzeitig Anlass für ein Gespräch zwischen Führungskraft und der Betroffenen bzw. des Betroffenen sein [10].

Interventionsleitfaden für Führungskräfte

Neben allgemeinen Verhaltensregeln gibt es verschiedene Gesprächsarten, die Führungskräften helfen können strukturiert einen Lösungsweg zu finden. Des Weiteren haben sich so genannte Stufengespräche als Handlungskonzepte als sinnvoll erwiesen.

Methoden und Verfahren der Tertiärprävention

Wiedereingliederung und Rückkehrgespräch

Die Wiedereingliederung erfolgt nach der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und der dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Nach der Rückkehr des Mitarbeitenden führt die Führungskraft ein Rückkehrgespräch durch. Diese Maßnahme fördert den Aufbau und die Stärkung des Vertrauensverhältnisses und führt zu einer mitarbeiterorientierten Führungskultur [8]. Ziel dieses Gesprächs ist, den aus der Abwesenheit zurückkehrenden Mitarbeitenden die Arbeitsaufnahme zu erleichtern.

Literatur

1. Badura B, Hehlmann T (2003) Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer
2. Blum C (2002) Drogenprävention im Betrieb. In: Arnold H, Schille H-J (Hrsg) Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention: Handlungsfelder-Handlungskonzepte-Praxisschritte. Weinheim: Juventa, S 337-345
3. Fuchs R, Rainer L, Rummel M (1998) Alkoholprobleme bei Mitarbeitern: Entscheiden und handeln von Führungskräften im organisationalen Kontext. In: Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Hrsg) Betriebliche Suchtprävention. Göttingen Hogrefe, S 219-246
4. Hasse U, Reins A (1996) Alkohol am Arbeitsplatz: Das Krankenhaus ist ein Entwicklungsland. Pflegezeitschrift 6:392-395
5. Heinze G, Reuß M (2004) Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb: Arbeitsschutz-Arbeitsrecht-Prävention-Rehabilitation (2 Aufl) Berlin: Erich Schmidt
6. Hurrelmann K, Laaser U (2006) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften (4 Aufl) Weinheim: Juventa, S 749-780
7. Laaser U, Hurrelmann K (2003) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften (3 Aufl) Weinheim: Juventa, S 395-421
8. Muschiol T (2001) Step by Step zurück ins Erwerbsleben. Häusliche Pflege 2001(5):37-39
9. Nette A (1995) Industriegewerkschaft Metall (Hrsg). Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt: Ein Handbuch für die betriebliche Praxis. Frankfurt a.M.: Union-Druckerei,
10. Pegel-Rimpl U, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg) (2006) Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz: Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. Hamm: DHS
11. Rudow B (2004) Das gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. München: Oldenbourg
12. Rummel M, Bellabarba J (1998) Suchtprävention im Krankenhaus: Forschungsergebnisse und Erfahrungen. In: Fuchs R, Ludwig R, Rummel M (Hrsg) Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S 201-240
13. Sting S, Blum C (2003) Soziale Arbeit in der Suchtprävention. München: Ernst Reinhardt
14. Waller H (2002) Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health (3 Aufl). Stuttgart: Kohlhammer
15. Walter U, Schwartz F (2003) Prävention. In: Schwartz F, Badura B, Busse R (Hrsg) Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen (2 Aufl). München: Urban&Fischer, S 189-214

16. Wienemann E, Schumann G, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) (2006) Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Hamm: DHS
17. Wilcken S (2002) Entwicklung, Durchführung und erste Evaluation eines modularen Führungstrainings zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement: Ein Schulungskonzept für Vorgesetzte zum betrieblichen Umgang mit auffälligen Mitarbeitern. Dissertation Doktor der Philosophie, Universität Hamburg

Krisen bewältigen-Stabilität erhalten-Veränderung ermöglichen oder: Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht

Doris Rolke, Marie Boden

Hintergrund

Im akutenpsychiatrischen Klinikalltag fehlt es für psychoseerkrankte Menschen an speziellen therapeutischen Angeboten zur Stabilisierung, die sich mit ihren Interventionen genau an deren Bedürfnissen orientieren: das heißt, die jeweiligen Interventionen müssen flexibel und am jeweilig individuellen Bedarf angepasst sein. Außerdem dürfen keine zu hohen Anforderungen an Patienten gestellt werden, da die Patienten sich im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes i.d.R. in Gesundheitskrisen befinden. Im Rahmen unserer Arbeit als Pflegendende und Sozialarbeiterin in einer psychiatrischen Klinik haben wir ein entsprechendes Gruppenangebot entwickelt. Ziel war es, eine Intervention zur Verfügung zu stellen, welche es Menschen ermöglicht, zu ihren persönlichen Bedürfnissen zurückzufinden. Dabei gehen wir davon aus, dass Krisen als Reifungsprozess genutzt werden können. So ist es möglich, Selbstvertrauen zu stärken und Selbstheilungskräfte zu mobilisieren.

Die Ergebnisse unserer Arbeit haben wir in einem Buch zusammengestellt. Somit kann die Fachöffentlichkeit von unseren Erkenntnissen profitieren. Im Folgenden soll Inhalt und Konzept genauer vorgestellt werden.

An wen richtet sich das Programm?

Das Gruppenkonzept zur Stabilisierung bei seelischen Krisen richtet sich an das multiprofessionelle Behandlungsteam in psychiatrischen Institutionen. Die **Stabilisierungsgruppe** ist ein besonderes Angebot für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (Psychosen aus d. schizophrenen Formenkreis, schizoaffektive Störungen). Die Diagnosen stehen allerdings in der Gruppe nicht im Vordergrund, es geht um (Lebens-)Krisen oder instabile Lebensphasen.

Es kann in Heimen, Wohngruppen und in ambulant betreutem Wohnen eingesetzt werden. Es eignet sich zur Vermittlung von Stabilisierungstechniken und Krisenbewältigung für Gruppen im Rahmen der stationären / teilstationä-

ren und ambulanten Behandlung. Es ist eine Arbeitsgrundlage aus der Praxis für die Praxis. Des Weiteren richtet es sich das Handbuch auch ganz allgemein an Menschen in Krisen, für die ein eigenständiges Erarbeiten und Anwenden möglich ist.

Es empfiehlt sich für niedergelassene Einzeltherapeuten um für relevante Themenkomplexe entsprechendes Material einsetzen zu können.

Zudem kann es auch für Mitarbeiter, die sich ausgebrannt fühlen, eine Möglichkeit und Anleitung zur Krisenbewältigung sein.

In der Stabilisierungsgruppe ist speziell zu beachten, dass bei psychoseerkrankten 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, so dass stationäre Patienten ihre persönlichen Hilfsstrategien bereits während des Klinikaufenthaltes anwenden, ambulante Teilnehmer, wie die sechsjährige Praxis gezeigt hat, sind durch die Teilnahme weniger, kürzer oder gar nicht in stationärer Behandlung. Außerdem ist der Focus auf die vorhandenen Ressourcen gerichtet. Individuelle Fähigkeiten des Einzelnen werden gefördert, und damit der Glaube an sich selbst. Und noch etwas ist ganz wichtig: für diese Prozesse steht den Teilnehmern genügend Zeit zur Verfügung, die es braucht den Dreiklang, *Erkennen-Akzeptieren-Verändern*, der bei allen Themen im Focus steht, und auf den nachfolgend noch ausführlicher eingegangen wird, zu verinnerlichen.

Das Arbeiten mit dem Buch ermöglicht eine besondere Auseinandersetzung mit schwierigen Lebensthemen und führt kleinschrittig und behutsam an sie heran.

Wie ist die Gruppe entstanden?

Die praxisrelevanten Inhalte des Buches sind in der sog. Stabilisierungsgruppe entwickelt worden, die als Teil des therapeutischen Angebots im klinischen Kontext verankert ist. Sie füllt eine Lücke im Therapieangebot der allgemein psychiatrischen Behandlung, die sich schwerpunktmäßig mit Diagnosen, Krankheit, Frühwarnzeichen und dem Abklingen der psychotischen Symptome befasst. Aus unserer Beobachtung heraus, wird zu selten ausführlich über die innere Not, Sinn- und Hoffnungslosigkeit und die Instabilität im gesamten Lebensgefüge gesprochen.

Zunächst war angedacht, eine DBT-Fertigkeitengruppe für Menschen mit Psychosen anzubieten. DBT steht für Dialektisch-behaviorale Therapie (entwickelt von Marsha Linehan), die sich im Ursprung mit ihrem Fertigkeiten-Training an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung richtet:

Achtsamkeit, Stresstoleranz, Gefühlsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten, verhaltenstherapeutischen Grundlagen und eine hilfreiche dialektischen Sichtweise sind die Schwerpunkte, die nun auch Menschen mit Psychosen und affektiven Störungen zu Gute kommen sollten.

In der Praxis erwiesen sich diese Themenkomplexe in ihrer ursprünglichen Aufbereitung für diese Patienten zwar als richtig, waren aber in seiner Form nicht 1:1 übertragbar. Das Training war zu komplex, von der Gruppengröße her wären nur sehr wenige Patienten erfasst worden, und die Art der Themenvermittlung zeigte sich nicht kommunikativ und motivierend genug.

Also musste modifiziert und erweitert werden:

Die Inhalte wurden vereinfacht, als kommunikatives Mittel führten wir die Verschriftlichung der Übungen ein, Arbeitsblätter wurden neu entwickelt. Sie wurden kurzer, einfacher und mit einer konkreten Aufgabenstellungen versehen. Wir sprachen nicht mehr von Krankheit, sondern Krise.

Dazu fanden sich weitere Grundlagen zur Vorgehensweise:

Das Prinzip der kleinen Schritte, Berücksichtigung der Jahreszeiten, Elemente des Genusses, Imagination, Spiritualität, psychotherapeutisches Vorgehen u.a.m.

Das bereits erwähnte Arbeitsprinzip des Dreiklangs- Erkennen-Akzeptieren-Verändern- ermöglicht die eigenen Schwierigkeiten zu erkennen, Akzeptanz der Realität zu erlangen stellt den Ausgangspunkt für neue Handlungsmöglichkeiten dar, um somit Veränderung erwirken zu können. Veränderung auch, als einzige wirkliche Konstante im Leben.

Und dabei sollte ein Gegengewicht geschaffen werden, welches wohl tut: Schwere benötigt Entlastung, Mangel die Fülle und zur Sorge muss sich die Freude gesellen. Für die „Durststrecken“ sollte es Trost, für harte Arbeit Belohnung geben.

Theoretische Grundlagen

Die theoretischen Grundlagen der Stabilisierungsgruppe basieren auf einem ressourcenorientierten Ansatz der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) nach Marsha Linehan [1] mit Integration von Imaginationstechniken nach Luise Reddemann [2], euthymer Therapie nach Rainer Lutz und Eva Koppenhöfer [3], spirituellen Elementen, verschiedenen Entspannungs- und Atemübungen und poesitherapeutischer Begegnung mit Literatur.

Das Manual enthält kurze Darstellungen der theoretischen Grundlagen, führt die Themenblöcke ein, enthält Anleitung für die einzelnen Gruppenstunden und entsprechende Arbeitsblätter und Übungen.

Auch wenn das Handbuch multiple eingesetzt werden kann, so liegt seine Besonderheit in der Modifikation der Dialektisch-Behavioralen Therapie in seiner entsprechenden Anwendbarkeit für Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Im Folgenden soll auf die theoretischen Grundlagen näher eingegangen werden:

Dialektisch- Behaviorale-Therapie

Die Dialektisch-behaviorale Therapie wurde in den 1990er Jahren von Marsha Linehan entwickelt. Sie war gedacht als störungsspezifische, ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Mittlerweile gibt es verschiedenste Adaptionen für stationäre und teilstationäre Behandlungskonzepte, z.B. für forensische Kliniken, für adolleszente, drogenabhängige, essgestörte und depressive Patienten. Aber auch für Borderline Patienten und Stalking-Täter. In der DBT finden sich Elemente der Verhaltenstherapie, aber auch tiefenpsychologische und systemische Behandlungsansätze. Einen wichtigen und großen Anteil hat die Achtsamkeit, basierend auf buddhistischen Grundlagen. Achtsamkeit bezeichnet die Fähigkeit, das Hier und Jetzt wertfrei wahrzunehmen. Sie kann sich auf inneres Geschehen wie Gedanken, Gefühle und innere Körperprozesse beziehen, aber auch auf äußere Geschehnisse, die sich mit den fünf Sinnen wahrnehmen lassen.

Die DBT vermittelt nach einer gründlichen Diagnostik aufeinander abgestimmte Behandlungselemente von Einzeltherapie und Fertigkeitentraining.

Entwickelt werden Fertigkeiten (Skills) in folgenden Bereichen: Spannungsregulation, Modulation von Emotion, interpersonelle Fähigkeiten, Methoden der Aufmerksamkeit (Achtsamkeit).

Die Therapeutischen Strategien der DBT sind *Validierung*, *Dialektik* und *Verhaltenstherapie*.

- Im Mittelpunkt der Validierungsstrategien stehen die Akzeptanz und das Ernstnehmen des Patienten durch den Therapeuten.
- Die dialektischen Strategien streben eine Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, Fürsorge versus Forderung, Flexibilität versus Stabilität an. Die Möglichkeit von Veränderung, mittels dieser Sinnggebung geschieht über die Einbeziehung von Grundannahmen.
- Verhaltenstherapeutisch können Fertigkeiten erlernt und verbessert werden, mit deren Hilfe Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster verändert werden können (4).

Imagination

Luise Reddemann hat Imaginationsübungen für traumatisierte Patienten entwickelt, die auch für Betroffene von anderen psychischen Störungen zur Stabilisierung und Verbesserung der inneren Balance hilfreich sind. Imaginäre Techniken dienen der Stärkung und dem Aufbau der Ich-Funktion. Mit ihrer Hilfe können Gegenbilder oder Gegengedanken zu Schreckensbildern oder –gedanken geschaffen werden. Wichtig dabei ist, stimmige eigene Bilder zu finden, die emotional positiv erlebt werden. Luise Reddemann empfiehlt, die Schale des Glücks so aufzufüllen, dass sie ein Gleichgewicht zur Schale des Unglücks bildet, so dass die innere Vorstellungskraft eine Erschaffung der inneren Welten des Trostes, der Hilfe und Stärke ermöglicht

Euthyme Therapie

Das Wort „euthym“ ist griechischen Ursprungs und bedeutet so viel wie: „was der Seele gut tut“. Die euthyme Therapie ist nicht als ausschließliches Behandlungskonzept zu verstehen, aber als ein fundamentaler Bestandteil im Theoriegebilde. Sie ist ressourcenorientiert, und symptomunabhängig und ermöglicht die

- Sensibilisierung der Sinne, Vermittlung eines spezifischen Umgangs mit potenziellem Genussvollem,

- Bewusstmachen angenehmer Vorerfahrungen und die Stärkung der entsprechenden Eigenverantwortung.

„Die Seele nährt sich von dem, woran sie sich freut“ (Augustinus)

1. Konzept / Moderation / Anwendbarkeit und Vorgehensweise

Gruppenkonzept

Mit dem Dreiklang: **Erkennen**- der eigenen Schwierigkeiten, **Akzeptieren**- als Voraussetzung zur Veränderung, und **Veränderung** als nächsten Schritt der gegangen werden kann lässt sich eine Krise bewältigen. Die Gruppe dient den Teilnehmern als Lern- und Übungsfeld.

Es geht um Vermittlung von Fertigkeiten, Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstheilungskräfte. Das Gruppenkonzept hält ein großes Repertoire von Anregungen, Gedanken, Übungen bereit, derer sich Profis und Betroffene bedienen können. Die therapeutischen Wirkfaktoren in einer therapeutischen Gemeinschaft empfehle ich bei Interesse das Buch von D. Yalom [8; speziell die Kapitel 1-4].

Gruppenmoderation

Voraussetzung ist die Vertrautheit mit dem Handbuch, einen persönlichen Zugang zu den theoretischen Grundlagen, Flexibilität im Umgang mit den Themen und den Bedürfnisse der Teilnehmer.

Es ist aus Sicht der Autorinnen natürlich wichtig, ich mit Grundlagen der theoretischen Herangehensweise (besonders der DBT) auszukennen. Elementarer erscheint aber, sich hinter die dialektisch-behaviorale Sichtweise stellen zu können, und eine entsprechende eigene Haltung einnehmen zu können.

Die euthyme Therapie, die Imagination, aber auch die von uns weiter integrierten „besonderen Elemente des Vorgehens“, auf die später noch einzugehen ist, sollten der eigenen Überzeugung entsprechen. Warmherzigkeit und Wertschätzung sollten von den Moderatoren ausgehen und sich auf die Gruppenteilnehmer entsprechend auswirken.

Anwendbarkeit und Vorgehensweise

Jede Gruppenstunde braucht kleine Vorbereitungen, auch um eine gute (Arbeits-) Atmosphäre zu schaffen. Grundlagen der Themen werden von den Moderatoren in der Gruppe eingeführt, anschließend geht es um die gemein-

same Bearbeitung der Inhalte, um deren Begleitung und den Abschluss jeder Gruppenstunde nach dem Prinzip von Trost und Belohnung (s.u.).

Jeder neue Teilnehmer erhält möglichst noch vor der ersten Teilnahme in der Gruppe ein sog. Handout, in dem er alle wichtigen Informationen zur Gruppe nachlesen kann. Ansonsten gestaltet sich Gruppenstunde nach einem festen Stundenaufbau und Zeitplan, teilweise ritualisiert, der den Teilnehmern und Moderatoren viel Sicherheit gibt: Einführung neuer Teilnehmer; Achtsamkeitsübung; Arbeitsblätter zum jeweiligen Thema; Griff in die „Schatzkiste“; Trostkarten.

Was ist die „Schatzkiste“? Dahinter verbirgt sich eine Sammlung von Gedichten, Kurzgeschichten und Übungen, die zum Ausklang der Gruppenstunden besonders geeignet sind und diesen besonders anspruchsvollen Teil einer Stunde wesentlich erleichtern.

Was sind Trostkarten? Es sind künstlerisch gestaltete Karten, die jeweils einen Begriff enthalten, wie z. Bsp. Liebe, Dankbarkeit, Mut, Güte... Alle Teilnehmer ziehen zum Ende der Stunde eine solche Karte, um den Begriff imaginär und zur inneren Unterstützung mit in die Woche zu nehmen.

Das Tempo und die Themenschwerpunkte richten sich auch nach den Bedürfnissen der Teilnehmer. Wiederholungen oder Vertiefungen im Thema sind immer möglich.

Das Schreiben / Verschriftlichen der Übungen aktiviert die Teilnehmer in der Gruppenstunde und kann ein hilfreiches Medium sein Erfahrungen zu verarbeiten, Wahrnehmungen fassbar zu machen und Gedanken zu ordnen.

Lesen (Vorlesen) von kleinen Texten kann Belohnung, Geschenk und Achtsamkeit bedeuten, aber auch innere Zuflucht und Identifikationsmöglichkeit bieten.

2. Themenschwerpunkte

Die Themenschwerpunkte sind hier nachfolgend kurz im Überblick skizziert. Das Handbuch enthält detaillierte Einführungen und Anwendungshinweise zum entsprechenden Umgang. Alle Arbeitsblätter können in Originalgröße kopiert oder über die beiliegende CD ausgedruckt werden.

Ebenso findet der Anwender ein Kapitel „Schatzkiste“, in dem sich wie bereits erwähnt eine große Sammlung von Gedichten, Übungen und Kurzgeschichten befindet.

Goldener Mittelweg

Der goldene Mittelweg bedeutet die Balance, für sich selbst zu sorgen und die Andersartigkeit seiner Mitmenschen zu respektieren. Der goldene Mittelweg impliziert Verständnis, Toleranz und Echtheit, das heißt eine validierende Haltung einnehmen. Begegnet man sich selbst und anderen validierend, lassen sich Empathie, Mitgefühl und Verständnis zum Ausdruck bringen. Validierung lässt sich selbst und den anderen bestehen, auch wenn man nicht unbedingt zufrieden oder einverstanden mit sich oder anderen ist. Und ohne dialektisches Denken lässt sich der persönliche goldene Mittelweg nicht finden. Dialektik meint hier nicht die große philosophische Arbeits- oder Denkweise, sondern Gegensätzlichkeiten, die nebeneinander stehen können und sich nicht ausschließen: alles hat zwei Seiten, es gibt immer mehrere Möglichkeiten, nichts ist starr und unveränderbar, es gibt nicht die eine Wahrheit. Wie jeder Mensch an sein eigenes Leben herangeht, wie er sich und andere Menschen bewertet, welche Möglichkeiten er sich einräumt und wie zufrieden er sich und anderen begegnet, hängt im Wesentlichen davon ab, wie er sich gedanklich positioniert. Auch in sehr schlimmen Lebenssituationen, ist es ab einem bestimmten Zeitpunkt überaus wichtig wieder Verantwortung für die eigenen Gedanken zu übernehmen. Es geht darum, sich die Möglichkeit von Veränderung offen zu halten und Andersartigkeit zu tolerieren. Vielleicht ist es manchmal wichtig, sich eine andere Bewertung der Dinge regelrecht vorzunehmen.

Eine in diesem Sinne dialektische Sichtweise und Haltung einzunehmen ist lohnenswert, da sie zu einer ausgewogenen und globaleren Lebenseinstellung verhilft.

Wichtig ist, das Leben möglichst nicht vorschnell zu beurteilen und zu bewerten, vor allem aber nicht in einer *falschen Einseitigkeit*:

Verständnis-Echtzeit-Toleranz

- Sich die eigene Haltung bewusst machen

- Andere/Anderes tolerieren, auch wenn man selbst anders ist / anders denkt
- - Anderen keine Veränderungen aufzwingen wollen, sondern als Möglichkeit aufzeigen
- Gestik, Mimik, Körpersprache überprüfen
- Verständnis entgegen bringen heißt nicht unbedingt damit einverstanden zu sein

Jede Medaille hat zwei Seiten

- Es gibt mehr als eine Art, die Dinge zu sehen und Konflikte zu lösen
- Menschen haben ihre Einzigartigkeit,- niemand kann die absolute Wahrheit für sich in Anspruch nehmen
- Kein schwarz-weiß-Denken; kein „alles oder nichts“ Denken,
- Sondern ein „Sowohl als auch“ Denken
- Das Leben ist nicht starr, sicher ist nur die Veränderung
- Eigene Anliegen müssen klar formuliert werden, niemand kann Gedanken lesen

Es soll sensibilisiert werden für einen Prozess- vom “Entweder-oder-Denken” zum „sowohl- als-auch- Denken“!

Achtsamkeit

Das Schönste sei vorangestellt: Achtsamkeit erhöht die Lebensfreude!

Sich mit Achtsamkeit zu beschäftigen, kann aus unterschiedlichen Gründen wichtig sein. Achtsamkeit ist eine innere Haltung, die es ermöglicht, das eigene Befinden zu erspüren, seine Gedanken zu ordnen, aufmerksam zu sein, zu entspannen und eine Balance zwischen Gefühl und Verstand herzustellen. Achtsamkeit, sofern der Umgang damit erprobt ist, bewährt sich besonders in Krise und Krankheit, gerade wenn es möglicherweise um Veränderung, Neubeginn und das Zulassen von anderen Möglichkeiten als den gewohnten geht.

Achtsamkeit basiert auf fernöstlichen Elementen besonders aus dem Zen. Die Zen-Methode ist konkret und praktisch, wesentliche Elemente sind die Meditation und das Sitzen, und sie lässt sich gut in den Alltag hinein nehmen. Achtsamkeit hat geradezu seine Quelle im Alltag, oder anders gesagt, sie muss ihren Platz im Alltag finden, um Bestand zu haben (Sendera) (6).

Sie kann jederzeit und an jedem Ort angewendet und geübt werden, es ist nicht notwendig, einen „Tempel der Achtsamkeit“ zu errichten.

Achtsamkeit ist ein Prozess, der Ausdauer braucht. Man kann sie nicht theoretisch oder intellektuell vermitteln oder erlernen. Für Achtsamkeit muss eine persönliche Entscheidung getroffen werden und sie erfordert Übung, Training und immer wiederkehrende Bewusstwerdung.

Achtsamkeit bedeutet, im Hier und Jetzt zu leben und beginnt zunächst mit einer erhöhten Aufmerksamkeit, die zu mehr Wachheit und Wachsamkeit führt. Die Wahrnehmung wird allmählich geschärft und verfeinert, so dass sich neue Blickwinkel eröffnen, Vergessenes erinnert wird, Schönheit und Sinnlichkeit wahrgenommen und vielleicht sogar neue Welten zum Vorschein kommen. Es werden die 5 Sinne geschult, so dass sich angenehme Dinge schneller in den Mittelpunkt rücken lassen. Der Zuwachs an Wahrnehmung belebt häufig auch die Kommunikation mit anderen und schafft eine neue Verbundenheit mit sich selbst und seiner Umgebung.

Achtsamkeit fördert die Konzentration und die Besinnung auf *eine* Sache.

Diese Besinnung brauchen nicht nur Menschen in Krise und Krankheit, leben wir doch in einer Gesellschaft in der fast immer mehreres gleichzeitig geschieht und viele unterschiedliche Eindrücke parallel auf uns einströmen. Es gilt als besonders leistungsstark mehrere Dinge gleichzeitig zu können (Multi-Tasking). Dabei kann es passieren, dass Leichtigkeit und Gelassenheit auf der Strecke bleiben. Manchmal wäre Innehalten, Stille und im Hier und Jetzt sein eine gute Auszeit.

Unachtsamkeit bestimmt unseren Alltag mehr als die Achtsamkeit.

Also sollten wir lernen, uns die eigenen Unachtsamkeit bewusst zu machen

Es gibt die Äußere Achtsamkeit: Konzentration auf Gegenstände, Umfeld; und die Innere Achtsamkeit, z. Bsp. achtsames Atmen.

Und noch etwas: Jeder Mensch trägt einen „inneren Beobachter in sich, der intuitives Wissen und die persönliche innere Weisheit hervorbringen kann.

Intuitives Wissen und Verstehen (innere Weisheit) ist die Schnittmenge von Gefühl und Verstand

Es ist das Vertrauen darauf, *zur richtigen Zeit das Richtige und mir mögliche zu machen.*

Genießen

Unter Genießen verstehen wir sinnliches Verhalten und lustvolles, positives Erleben. Dennoch trägt das Genießen häufig einen ambivalenten Beigeschmack. So scheint auf den ersten Blick der Genuss ohne Nutzen zu sein, stattdessen impliziert er die Befürchtung: wer genießt ist unsozial im Sinne von egoistisch und rücksichtslos; Er wird süchtig und abhängig. Gleichwohl kennt jeder die Sehnsucht nach Genuss, Lust und Freude. Niemand würde ernsthaft widersprechen, dass sinnliches Vergnügen das Leben lebenswerter macht und die Lebensqualität erhöht.

Genuss, heute besonders assoziiert mit dem Begriff „Wellness“, scheint eindeutig zum idealen Lebensstil zu gehören. Eine Erklärung dafür ist sicher, neben der alltäglichen Leistungsorientiertheit und Hetze einen Ausgleich zu suchen.

Das im Handbuch vermittelte Gefühl für Genuss hat kaum etwas mit „Wellness“ gemein. Die populäre Bedeutung von „Wellness“ zeigt jedoch, dass es auf breiter Ebene eine Sehnsucht nach „Genießen“ gibt. Trotz dieser Suche sind oftmals unsere sinnlichen Kompetenzen aus verschiedensten Gründen verkümmert, vergraben oder vergessen. Ursache dafür können u.a. Krisen sowie körperliche und seelische Erkrankungen sein, vielleicht aber auch ein all zu strenges Lebenskonzept, da Genießen häufig mit Verlust von Disziplin und Kontrolle verwechselt wird.

Wiederbelebung und Integration von Genuss im Alltag bedeutet, die Lebensqualität verbessern. Eine optimierte Lebensqualität erleichtert uns den Weg aus den kleinen und großen Krisen, fördert die Widerstandskräfte, ist aber auch ein wesentlicher Aspekt für Gesundheit und Lebenserhaltung. Die Genussregeln, die den Autorinnen von besonderer Bedeutung erscheinen, werden im genannten Handbuch detailliert genannt und erläutert.

Krise

Krisen sind Teil des Lebens, sie gehören zu jeder persönlichen Entwicklung und Reifung. Krisen sind insofern nicht aus dem Leben wegzudenken, sie sind traurig, anstrengend und bringen Menschen aus dem Gleichgewicht. Wesentlich ist, einen adäquaten Umgang mit den Lebenskrisen zu finden sowie die kleinen und großen Krisen für die persönliche Weiterentwicklung zu nutzen.

Krisen sind immer ein Aufruf zur Veränderung, Bestehendes muss losgelassen und Neues entdeckt bzw. ausprobiert werden.

Es geht um die individuelle Definition einer Krise und wie Krisenzeichen erkannt werden können. Was hilft in einer Krise? Welchen Umgang habe ich mit Krisen und wie bewerte ich sie?

Stress

Stress gehört zum täglichen Leben. Stress, einmal anders betrachtet, kann auch positiv sein. Er verschafft uns ein *reiz-* volles Leben, fordert heraus, kann in gewisser Weise wie ein Motor zum Antrieb verhelfen. Ein Leben, ohne einen gewissen Stress, wäre wahrscheinlich zu langweilig. Stress kann aber auch mit starker Anstrengung und übermäßige Leistung einhergehen und zu großem Leidensdruck führen. Stress ist dann eine Reaktion auf (zu) viele Reize und Belastungen, auf Überforderung, bis hin zu innerem Schmerz und notvollen Krisen. Stress kann krank machen. Krankheit und Krise bringen wiederum immer ein enormes Stresspotential mit sich.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder in seelischer Not sind empfindsamer und durchlässiger gegenüber Stress und haben eine dünnere Haut. Sie leben mit der Gefahr, dass zu viel Stress erneut Symptome oder inneren Schmerz auslösen. Ob es zu Stress kommt und in welchem Maße, kann in vielen Situationen beeinflusst werden, sofern man sich mit seiner persönlichen Stressanfälligkeit auskennt.

Und mancher Stress, wie z.B. leidvolle Erlebnisse ist unveränderbar und unterliegt nicht unserem persönlichen Einfluss. Hier ist es besonders notwendig, einen entlastenden Umgang damit zu entwickeln. Es gilt Wege zu finden, unangenehme Ereignisse und Gefühle zu (er-)tragen, bis allmählich eine Form der Bewältigung und des Stressabbaus gefunden werden kann. Stressbewältigung dient der seelischen und körperlichen Gesundheit. Stressbewältigung erfordert Veränderung: im Verhalten, im Lebensstil, in der inneren Haltung.

Es geht darum den eigenen Stress wahrnehmen und beschreiben zu können und zu erarbeiten, was zur Stressreduktion dienlich sein kann.

Radikale Akzeptanz

Die Beschäftigung mit *Radikaler Akzeptanz* bedeutet, sich mit der eigenen inneren Haltung auseinander zu setzen. Radikale Akzeptanz klingt zunächst

befremdlich und erzeugt wohlmöglich innere Abwehr.

Radikale Akzeptanz der Realität heißt aber eigentlich *nur*, die *Tatsachen* anzuerkennen, um dann mit möglichst effektivem Einsatz seiner Kräfte in schwierigen und unerträglichen Lebensphasen Verbesserung, Bewegung und Veränderung herbeizuführen. Häufig wird extrem viel Energie dafür aufgebracht sich über Tatsachen zu ärgern, frei nach dem Motto „es kann nicht sein, was nicht sein darf“. Es entsteht ein gedankliches Kreisen, ohne Vorwärtsskommen, in dem ungemein viel Kraft gebunden wird, die ins Leere geht, der sog. Kampf gegen Windmühlen.

Radikale Akzeptanz erweist sich als wichtige Voraussetzung für die persönliche Lebensbewältigung, ganz besonders in Zeiten von Leid und Not. Ein Nachdenken und Umdenken ist ungewohnt und schwierig, seine Haltung dahingehend zu verändern eine Leistung, die als Prozess zu verstehen ist. Es geht darum, sich von inneren hinderlichen Glaubenssätzen zu befreien, zu erkennen, was hinnehmbar, was veränderbar ist.

Radikale Akzeptanz heißt nicht, etwas gut heißen, sondern vollständiges Annehmen und sich für einen neuen Weg entscheiden. Eine solche innere Bereitschaft verhindert Unbeweglichkeit und schafft neue Gewohnheiten.

Alles braucht seine Zeit, oder: Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht.

Atempausen

Die sog. Atempausen haben etwas gemein mit der bereits erwähnten Schatzkiste. Es geht um „Beschenktwerden“ bzw. „Belohnung“. Hinter den Atempausen verbergen sich Sonderstunden, die sich an abgeschlossene Themenkomplexe, anschließen, oder einfach zwischendurch eingeschoben werden. Sinn ist es, das die Gruppe nach getaner Arbeit, pausieren kann, innehalten, Atem schöpfen kann. Es kann aber auch bedeuten, Themen zu wiederholen, zu vertiefen, - sich Zeit nehmen.

Unter Atempausen findet man: Genussstunden, Segensstunde, diverse Übungsstunden und Stunden zu den Jahreszeiten und deren Ereignisse (Weihnachtsstunde, Herbstunde u.ä.).

Fazit

Das Handbuch: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen, hält Möglichkeiten zur besseren Krisenbewältigung und zur Entwicklung einer Stabilisierung vor, die für (aber nicht nur) schwerste seelische Grunderkrankungen wie Psychosen und affektive Störungen nutzbar sind.

Es kann in unterschiedlichsten Bezügen angewendet werden und sollte für alle, die sich mit Krisen beschäftigen, einen immensen und erprobten Erfahrungsschatz bieten und dem eigenen (therapeutischen) Handlungsspielraum Erweiterung verschaffen (7).

Die „Zauberformel“ aber heißt: Wertschätzung und Warmherzigkeit für sich und andere, denn so entsteht Trost, Hoffnung und Sinnhaftigkeit- und ein feiner, zunächst fast nicht sichtbarer Hauch von Lebensfreude!

Literatur

1. Linehan M (1996) Trainingsmanual zur Dialektischen-Behaviorale Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. München:
2. Reddemann L (2006) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren (12 Aufl). Stuttgart: .
3. Koppenhöfer E (2004) Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns. Lengerich:
4. Lutz R (Hrsg) (1983) Genuss und Genießen. Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns. Weinheim:
5. Lutz R (Hrsg) (1999) Beiträge zur Euthymen Therapie. Freiburg i Br:
6. Ketelse R (2008) Theoretische Grundlagen. In: Boden M, Rolke (Hrsg) Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen- Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe. Bonn:
7. Sendera A, Sendera M (2005) Skillstraining bei Borderline- und posttraumatischer Belastungsstörung. Wien:
8. Yalom I (2007) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch (9 Aufl). Stuttgart:
9. Lindner M (2008) Rezension zum Handbuch für den Psychiatrie-Verlag Bonn

„Praktische Erfahrungen mit Peerarbeit im ProMenteSana-Recovery-Projekt“

Maria Giesinger, Ruth Meier

Das Recovery-Projekt

Im Jahr 2003 initiierte Pro Mente Sana das Recovery-Projekt in der Schweiz. Durch einen Aufruf in den Medien, wurden Menschen gesucht, die von einer psychischen Erkrankung genesen waren. Ihre persönlichen Geschichten und Erfahrungen über Krankheit und Gesundung sollten im Mittelpunkt des Pro Mente Sana-Aktuell-Heftes stehen. *„Wieder gesund werden“*, so lautet der Titel des grünen Heftes. Grün wie die Hoffnung, welche dieses Heft versprüht. Die Geschichten bringen den Leser ins Staunen. Scheinbar „hoffnungslose“ Fälle wurden wider alle Erwartung wieder gesund und führen heute ein zufriedenes Leben. Dieses Heft war der Startschuss des Recovery-Projektes. Das Projekt beinhaltet eine Recovery-DVD mit acht Portraits von gesunden Menschen, Fachvorträge zum Thema Recovery, die in verschiedenen Institutionen gehalten werden und das Peer-Projekt.

Was sind Peers?

Peer kann auf Deutsch als Gleichgestellter oder Ebenbürtiger übersetzt werden. Im Kontext von psychischen Erkrankungen ist ein Peer eine Person, die aktuell psychisch erkrankt ist oder in der Vergangenheit an einer psychischen Krankheit gelitten hat. Peer Support meint die Unterstützung durch Gleichgesinnte, Menschen, die ähnliche Erfahrungen mit psychischer Krankheit gemacht haben. Die Wirkung von Peer Support kann dadurch erklärt werden, dass Menschen, die Ähnliches erlebt haben, einander ein tiefes Verständnis entgegenbringen können. Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, können sich besser einfühlen und können einander dadurch authentische Empathie und Bestätigung bieten [].(MacNeil & Mead, 2004).

„It would have greatly helped to have had someone come and talk to me about surviving mental illness - as well as the possibility of recovering, of healing, and of building a new life for myself. It would have been good to have role models - people I could look up to who had experienced what I was going through -

people who had found a good job, or who were in love, or who had an apartment or a house on their own, or who were making a valuable contribution to society” [].(Deegan, 1993).

Patricia Deegan beschreibt hier, dass es ihr sehr geholfen hätte, wenn jemand zu ihr gekommen wäre, der eine psychische Erkrankung überlebt hat. Wenn sie Vorbilder gehabt hätte, Menschen, die schwere Zeiten durchgemacht haben und heute ein erfülltes Leben führen. Und genau das möchten wir in den Peer-to-Peer-Gruppen vermitteln. Wir erzählen von unseren Krankheits- und Gesundungserfahrungen, um anderen Mut zu machen und zu zeigen, dass es möglich ist, von einer psychischen Erkrankung zu genesen.

Springen wir ins kalte Wasser?

Heute findet meine erste Peer-to-Peer-Veranstaltung statt. Meine Kollegin und ich wurden in ein Psychose-Seminar eingeladen. Meine Nervosität ist nicht zu überbieten. Ich konnte mich schon den ganzen Tag auf nichts anderes konzentrieren. Nun sitzen wir im Zug, bepackt mit CD-Player und Material, das wir für diesen Abend brauchen. Wir besprechen nochmals kurz den Ablauf und ich versuche, mich ein bisschen zu beruhigen. Doch das ist gar nicht so einfach. Die Organisatorin begrüßt uns herzlich und wir haben noch kurz Zeit, uns einzurichten. Nach und nach treffen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein. Ist das nicht ein bekanntes Gesicht? Ich gehe auf die Person zu und begrüße sie: *„Wir kennen uns doch!“* Mein Gegenüber mustert mich verdutzt und scheint angestrengt nachzudenken. Ich helfe ein wenig nach: *„Wir kennen uns aus meiner Zeit in der Klinik, du hast damals auf der Aufnahmestation gearbeitet“.* Ich nenne noch meinen Namen, darauf erhellt sich sein Gesicht und alles ist klar.

Die Organisatorin bedankt sich für unser Kommen und übergibt uns das Wort. Wir beginnen damit, verschiedene Definitionen von Gesundheit vorzustellen. Hierbei betonen wir, dass Gesundheit im Sinne von Recovery nicht heißen muss, überhaupt keine Symptome zu haben. Gesundheit kann auch bedeuten, möglichst gut mit außergewöhnlichen Gefühlen und Symptomen umzugehen und ein zufriedenes, erfülltes Leben zu führen. Das kann z.B. auch heißen, dass jemand, der Medikamente nimmt und eine IV-Rente bezieht, sich als gesund bezeichnet. Gesundheit ist also etwas sehr Persönliches.

Gesundung als Prozess

Danach stelle ich eine qualitative Studie der amerikanischen Forscherin Ruth Ralph vor [] (Ralph, 1999, zit. nach Amering & Schmolke, 2007). In dieser Studie wurden Gesundungswege von verschiedenen Menschen untersucht. Ralph zeigt auf, dass Gesundungswege über verschiedene Stationen verlaufen können. Von der Angst und Verzweiflung über das Bewusstwerden - das auch als Erwachen bezeichnet werden kann - zur Erkenntnis, dass Gesundung möglich ist, weiter zur Planung, dem entschiedenen Engagement für die eigene Gesundung und schließlich zum Wohlbefinden. Ich erzähle nun von meinem Gesundungsweg, beschreibe die verschiedenen Stationen auf diesem Weg, von der Verzweiflung, als ich überhaupt keine Zuversicht mehr hatte, dass es noch einmal besser wird, bis zum Wohlbefinden. Anhand einer Kordel, die ich auf den Boden lege, versuche ich die Höhen und Tiefen dieses Weges zu verdeutlichen. Was hat mir geholfen, was hat mich gehindert zu gesunden? Mein Erwachen betone ich besonders, denn es ist ein wichtiger Punkt auf meinem Gesundungsweg. An diesem Punkt merkte ich, dass ich selbst etwas tun muss, um gesund zu werden. Wenn ich nicht selbst Entscheidungen treffe, tun es andere für mich. Ich realisierte, dass ich die Verantwortung für mein Leben trage und das Zepter in die eigene Hand nehmen muss. Das war ein wichtiger Wendepunkt in meinem Leben. Erst diese Erkenntnis ermöglichte es mir, aus der Drehtürpsychiatrie „auszusteigen“.

Danach erzählt meine Kollegin von ihrem Erwachen und fordert die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf, sich zu überlegen, ob ihnen etwas zum Stichwort Erwachen oder einer anderen Station des Gesundungsweges einfällt. Wer möchte, kann sich etwas dazu aufschreiben. Wir spielen sanfte Musik ab und die Teilnehmer notieren fleißig. Danach äußern sich einige Teilnehmer zu ihrem Erwachen. Die Aussage des Teilnehmers, den ich aus der Klinik kenne, der mich betreute auf der Aufnahmestation, beeindruckt mich tief. Erst einmal macht es mich sehr betroffen, als er erzählt, dass er Fachperson und Erfahrener sei und an einer Depression leide. Danach sagt er, dass er glaube, heute sein Erwachen gehabt zu haben. Er glaube jetzt, dass Gesundung möglich sei. Wir seien sehr authentisch rübergekommen und hätten ihm Mut gemacht. Es war eine sehr erfolgreiche erste Veranstaltung. Auf dem Heimweg scherze ich

mit meiner Kollegin, ob das wohl Anfängerglück gewesen sei. Es war wohl mehr als das, wie ich dann später erfahren durfte.

Psychiatrie-Erfahrung als Qualifikation

Begonnen hat alles mit der Ausschreibung für dieses Peer-to-Peer-Projekt der Pro Mente Sana. Wie gebannt las ich den Text. Hier wurden Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung gesucht. Das heißt, ich kam nicht trotz meiner Psychiatrie-Erfahrung in Frage, sondern gerade weil ich diese mitbrachte. Mit anderen Worten war das eine Art Qualifikation! Das ist ja doch eher ungewöhnlich. Ich war sofort Feuer und Flamme. Da musste ich einfach mitmachen! Gleichentags schrieb ich noch eine E-Mail, um mein Interesse zu bekunden.

Im Peer-Training lernte ich wundervolle Menschen kennen. Ich war das erste Mal in einer Gruppe gesunder Menschen, die alle Psychiatrie-Erfahrung hatten. Das war und ist heute immer noch ein großes Geschenk für mich. Zu diesem Training trafen wir uns regelmäßig während eines halben Jahres. Wir wurden mit dem theoretischen Hintergrund von Recovery bekannt gemacht, reflektierten über unseren eigenen Gesundungsweg und lernten, wie wir Peer-to-Peer-Gruppen gestalten können. Dabei entstanden immer lebhaftes Diskussionen und es wurde oft und laut gelacht. In dieser Gruppe wurde ich einfach verstanden. Ich musste mich nicht verstellen, nicht verstecken, musste nicht lange erklären, wie sich etwas anfühlte.

Die Krankheit, die Psychiatrie-Erfahrung haben wir gemeinsam, sie verbindet uns, obwohl wir eigentlich sehr verschiedene Persönlichkeiten sind mit verschiedenen Lebensgeschichten und verschiedenen Erfahrungen von psychischer Krankheit und Gesundung. Ich denke, dieses Verständnis unter Gleichgesinnten ist der Schlüssel zum Erfolg in den Peer-to-Peer-Gruppen. Als Peers, als Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung, gehen wir in verschiedene Institutionen, in Wohnheime, Tageszentren, Selbsthilfegruppen oder psychiatrische Kliniken und treffen dort auf andere Psychiatrie-Erfahrene, um ihnen von unseren Erfahrungen auf dem Gesundungsweg zu berichten. Wir haben kein Rezept, das wir abgeben können, auch keine Zehn-Punkte-Liste, die die Teilnehmer durchgehen und abhaken können, denn es gibt so viele verschiedene Gesundungswege, wie es Menschen gibt. Wir können aber Beispiele von Ge-

sundungswegen aufzeigen und betonen, dass jeder Mensch seinen eigenen Weg finden kann.

Hoffnungsträger sein

Wir wollen Hoffnung in diese Gruppen bringen. Hoffnung, dass es möglich ist, auch von schwersten, langjährigen psychischen Erkrankungen zu genesen. Denn ohne Hoffnung geht es nicht. Als ich in der Klinik war, war ich umgeben von Krankheit und Verzweiflung. Die Menschen, die es geschafft haben, die gesund geworden sind, kamen nicht zurück in die Klinik, um uns zu erzählen: „Hey, ich habe es geschafft!“ Der einzige Mensch, der mir in der Klinik Hoffnung auf Genesung geben konnte, war ein Arzt, der mir überraschenderweise von seiner psychischen Erkrankung berichtete und davon, dass er danach Medizin studiert hatte. Das hat mir imponiert und enorm Mut und Hoffnung gemacht. Ich habe mir gedacht, wenn der das geschafft hat, bin ich vielleicht auch nicht verloren. Und obwohl er Arzt war und ich Patientin, hatten wir etwas Gemeinsames, die Psychiatrie-Erfahrung. Er schaffte es, an mich heranzukommen, wie es in dieser Zeit sonst niemandem gelang.

Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Ende einer Veranstaltung sind jeweils überwältigend. Ich erinnere mich sehr gerne an eine Gruppe, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Schlussrunde der Reihe nach berichteten, wie wir ihnen Hoffnung und Mut geben konnten. Sie waren so dankbar, dass wir uns die Zeit genommen hatten, sie zu besuchen, um ihnen von unserem Gesundungsweg zu berichten. Diese Rückmeldungen bestätigten mir immer wieder, wie wichtig unsere Arbeit ist.

Bilanz nach eineinhalb Jahren

Seit meiner ersten Veranstaltung sind nun rund eineinhalb Jahre vergangen. In dieser Zeit habe ich bei ungefähr 20 Peer-to-Peer-Veranstaltungen mitgewirkt. Ich habe viel gelernt in diesen eineinhalb Jahren und auch viele Menschen kennen gelernt. Ich habe gelernt, offen auf Menschen zuzugehen, vor Leute zu treten, meine Geschichte zu erzählen, was nicht immer einfach war und was zum Teil auch schmerzhaftes Erinnerungen in mir wachrief. Ich fühle mich aber immer gut aufgehoben in meiner Peer-Gruppe. Wir erleben eine intensive Zeit zusammen und geben uns gegenseitig Halt. Wenn mir einmal etwas sehr nahe

geht, kann ich jederzeit Einzelsupervision bei einer Psychologin von Pro Mente Sana in Anspruch nehmen. Auch wenn es manchmal sehr schmerzhaft ist, immer wieder an schlimme Zeiten erinnert zu werden, geben mir diese Veranstaltungen Kraft. Ich bin immer sehr energiegeladen nach einem solchen Workshop. Wir erzählen von uns, geben viel von unserem Leben preis, es kommt jedoch auch viel von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zurück. Durch die Erkenntnis, dass ich auch vor eine größere Anzahl Menschen treten kann - bei einer Veranstaltung waren es ca. 50 Leute, die uns zuhörten - habe ich an Selbstbewusstsein gewonnen. Ich schaffe etwas, was ich mir vor zwei Jahren niemals zugetraut hätte.

Zukunftsvisionen

In anderen Ländern hat Peerarbeit eine langjährige Tradition. Peer Support ist aus einer Bürger- und Menschenrechtsbewegung in den USA entstanden, der Menschen angehörten, die negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht hatten, z.B. mit Zwang, hoch dosierter Medikation oder Rechtsverletzungen. Mit anderen Worten war die gemeinsame Erfahrung, die der schlechten Behandlung in der Psychiatrie und nicht primär die Erfahrung einer psychischen Erkrankung [] (MacNeil & Mead, 2004). In den USA arbeiten ausgebildete Peers z.B. in psychiatrischen Kliniken, in sozialpsychiatrischen Einrichtungen oder sie leiten Tageszentren oder Selbsthilfegruppen [] (Clay, 2005). Ob diese Welle auch bei uns ankommen wird, ist hoffentlich nur eine Frage der Zeit. Peerarbeit könnte ein wichtiger Baustein in der psychiatrischen Versorgung werden. Sie soll nicht als Konkurrenz zum bisherigen psychiatrischen System gesehen werden, sondern als sinnvolle Ergänzung dienen, indem z.B. ausgebildete Peers in psychiatrischen Institutionen mitarbeiten und so psychisch erkrankten Menschen ein offenes Ohr anbieten und Verständnis entgegenbringen und davon erzählen, wie sie gesundet sind. Nur wenn es möglich wird, eine gute Zusammenarbeit zwischen Peers und psychiatrischen Fachpersonen entstehen zu lassen, kann das Ziel einer menschlicheren Psychiatrie, in der sich alle Beteiligten mit gegenseitigem Respekt begegnen, verwirklicht werden. Meine Hoffnung ist, dass die psychiatrischen Fachpersonen von uns lernen, indem sie sich anhören, wie wir behandelt werden möchten und sich immer wieder fragen, wie sie beispielsweise ein Familienmitglied

behandeln würden oder wie sie in einer Krise selbst behandelt werden wollen. Sie sollten sich auch fragen, ob sie sich vorstellen könnten, in der Klinik, in der sie arbeiten, behandelt zu werden und ob dies auch für die geschlossene Aufnahmestation zutrifft. Wie würde es sich als Patient anfühlen, wenn auf der Aufnahmestation Peers arbeiten würden, Personen, die Ähnliches erlebt haben und jetzt wieder gesund sind?

Ich hatte vor kurzem die Gelegenheit, mit einer Peer-Frau zu sprechen, die in einer psychiatrischen Klinik in Schottland arbeitet. Sie sprach mit einer enormen Begeisterung von ihrer Arbeit. Die Arbeit als Peer hat ihr Leben radikal zum Positiven verändert. Sie strahlt eine enorme Lebensenergie aus und ich bin mir sicher, dass sie eine große Bereicherung für die Klinik ist. Ich denke, dass es auch für das Personal einer Klinik sehr ermutigend und motivierend sein kann, Kontakt zu einer gesunden Person zu haben und mit ihr zusammenzuarbeiten. Wenn hier ein offener Austausch stattfindet, können beide Seiten voneinander lernen. Auch eine Peer aus unserem Ausbildungskurs hat ihre Fühler ausgestreckt und Kontakt mit der Klinik aufgenommen, in der sie in der Vergangenheit selbst behandelt wurde. Sie nimmt nun regelmäßig an Gruppengesprächen einer Station teil und erzählt von ihrem Gesundheitsweg, was sehr gut ankommt. Das ist ein weiterer Schritt in eine gute Richtung und ich hoffe sehr, dass viele weitere Schritte folgen werden.

In der Schweiz ist Peerarbeit noch ein kleines, zartes Pflänzchen, das gehegt und gepflegt werden muss, damit es erstarken und zu einem mächtigen Baum mit fest verankerten Wurzeln heranwachsen kann. Ein Baum der Schutz und Unterschlupf bietet für Menschen in und nach einer Krise. Dafür setzen wir uns ein.

Literatur

1. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
2. Clay S (Ed), Corrigan P, Ralph R, Schell B (2005) On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press
3. Deegan P (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. Journal of psychosocial nursing, 31, 7-11.
4. MacNeil C & Mead S (2004) Peer Support: What makes it unique? [On-line]. Available: <http://www.mentalhealthpeers.com/booksarticles.html> [10.08.2008]

5. Ralph, R. O. & The Recovery Advisory Group (1999). Recovery advisory group recovery model, a work in progress. Presentation at the National Mental Health Statistics Conference, June 1999, Washington. [On-line]. Available:
6. <http://www.mhsip.org/recovery> [11.08.2008].

Evaluation der Bezugspersonenpflege in der stationären Psychiatrie

Urs Ellenberger, Bernd Kozel, Peter Rieder

Einleitung

Die in den 70er Jahren in den USA entwickelte Pflegeorganisationsform „Bezugspersonenpflege“ gewährleistet eine kontinuierliche und umfassende pflegerische Versorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung [1]. Bei jedem eintretenden Patienten wird die Verantwortung und Koordination für den interdisziplinären Behandlungsprozeß von einer zugeordnet Bezugspflegerperson übernommen. Im Jahr 2003 wurde an den Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) die Bezugspersonenpflege eingeführt. Dabei wurde auf der Grundlage der Empfehlungen einer Delphi-Studie aus der deutschsprachigen Schweiz [2,3] der übergeordnete Bezugspersonenpflegestandard für die UPD erstellt [4], anhand dem die Bezugspersonenpflege in die Praxis implementiert wurde. Die Implementierung und eine formative Evaluation der Bezugspersonenpflege sind mittlerweile abgeschlossen. Für die formelle summative Evaluation [5] der Bezugspersonenpflege wurde von der Fachgruppe „Pflegerpersonen mit höherer Fachausbildung“ (Höfa1-Fachgruppe) und dem zuständigen Pflegeexperten ein Qualitätsmessinstrument erarbeitet. Die erste Anwendung des Qualitätsmessinstruments wurde im Mai 2008 während einer Pilotphase unter anderem auf der Station Freiburghaus der UPD durchgeführt.

Ziel

In diesem Kongressbeitrag wird das Qualitätsmessinstrument „Bezugspersonenpflege“ vorgestellt. Weiterhin wird über erste Erfahrungen aus der Pilotphase der formellen summativen Evaluation mit dem Qualitätsmessinstrument berichtet.

Setting

Die Station Freiburghaus der UPD ist eine offen geführte, allgemeinspsychiatrische Akutstation mit 18 Behandlungsplätzen.

Praxisprojekt

In Anlehnung an das BAGE-Modell® [6] zur Sicherung und Förderung von Qualitätsprozessen wurde das Qualitätsmessinstrument Bezugspersonenpflege (siehe Abbildung 1) von der Höfa1-Fachgruppe unter Leitung des zuständigen Pflegeexperten entwickelt. Mit dem Qualitätsmessinstrument werden einzelne Struktur- und Prozesskriterien [5] des übergeordneten Bezugspersonenpflegestandards der UPD auf einer dichotomen Skala überprüft. Den einzelnen Antwortkategorien („vorhanden“ „nicht-vorhanden“) sind Punktwerte zugeteilt, die zur Berechnung des Qualitätsniveaus dienen [6]. Das Qualitätsniveau wird für jeden Patienten / jede Patientin in Prozent angegeben (erreichte Punktzahl / maximal mögliche Punktzahl x 100%). Ziel ist es, eine quantitative Aussage über die umgesetzte Qualität der Bezugspersonenpflege machen zu können.

Die Messung wurde von einer Höfa1-Pflegefachperson vorgenommen, die nicht auf der Station „Freiburghaus“ tätig ist. Dazu fand eine direkte Befragung der Stationsleitung, der Patienten, der Bezugspflegepersonen, der Pflegefachpersonen aus den Subteams und den Ärzten statt. Außerdem wurden das stationsspezifische Bezugspersonenpflegekonzept und die einzelnen Pflegedokumentationen analysiert.

Die Stichprobe umfasste alle 21 PatientInnen mit den zuständigen Fachpersonen (Bezugspflegeperson, Subteams, Ärzte, Stationsleitung), die sich an einem „Stichtag“ auf der Station Freiburghaus befanden (Zustand der Patienten und die Einwilligung zur Befragung wurden berücksichtigt). Die Datensammlung durch die Höfa1-Pflegefachperson dauerte zwei ganze Arbeitstage.

Die Datenanalyse wurde durch den zuständigen Pflegeexperten mit einem im Programm Excel erstellten Auswertungstool vorgenommen. Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Qualitätsmessung mit der Abteilungsleitung, der Stationsleitung, der Höfa1-Fachperson und dem Pflegeexperten der Station Freiburghaus besprochen. Im Vorfeld wurde festgelegt, dass bei jedem Patienten / jeder Patientin ein Qualitätsniveau von 80% bis 100% angestrebt wird. Qualitätsentwicklungsmaßnahmen wurden dann als notwendig erachtet, wenn das Qualitätsniveau bei mindestens einem Patienten / einer Patientin unter 80% lag.

Abbildung 1: Auszug aus dem Qualitätsmessinstrument „Bezugspersonenpflege“

Fragen an die Patienten	
S 0.2	<i>Ist für ihre Pflege und Betreuung eine bestimmte Pflegefachperson für sie besonders zuständig?</i>
S 0.2.1	Wenn unter S 0.2 mit ja geantwortet wurde: Können sie den Namen dieser Pflegefachperson nennen? Name: (in der Pflegedokumentation überprüfen, ob der angegebene Name mit dem Namen der ausgewiesenen Bezugsperson übereinstimmt)
P 1.1	<i>Stellte sich die von ihnen angegebene Pflegefachperson bei ihnen namentlich als ihre Bezugsperson vor?</i>
P. 1.2	<i>Werden sie von ihrer Bezugsperson darüber informiert: Wann Aktivitäten stattfinden? In welcher Form diese stattfinden? Wie sie selbst mit ihrer Bezugsperson Kontakt aufnehmen können?</i>
P 1.4	<i>Klärte sie ihre Bezugsperson beim Eintritt auf die Station über folgende Punkte auf: a) Wurde ihnen ihr Zimmer gezeigt? b) Wurden ihnen MitpatientInnen vorgestellt? c) Wurden ihnen die Räumlichkeiten der Station gezeigt? d) Wurden sie über den Tagesablauf informiert? e) Wurden sie über den Wochenplan informiert? f) Wurden sie über die Stationsordnung informiert? g) Wurden ihnen die anwesenden Fachpersonen vorgestellt? h) Wurde ihnen mitgeteilt, welche anderen Berufsgruppen für ihre Behandlung zuständig sind?</i>
Pflegedokumentation überprüfen	
S 1.3.1	<i>Enthält die Pflegedokumentation ein dokumentiertes Pflegeassessment?</i>
Fragen an die Stationsleitung	
P 5.4	<i>Informiert an den Fallbesprechungen jeweils die Bezugsperson über die aktuelle Situation der ihr zugeteilten PatientInnen?</i>
Fragen an den Arzt	
S 5.2.1	<i>Bespricht die Bezugsperson mit ihnen regelmäßig die aktuelle Situation der PatientInnen, für die sie als Arzt zuständig sind?</i>

Ergebnisse

Bei der Evaluation der Bezugspersonenpflege wurden 21 PatientInnen mit den zuständigen Fachpersonen (Ärzte, Stationsleitung, Bezugspflegeperson, Subteams) befragt (siehe Tabelle 1). Bei zehn PatientInnen wurde ein Qualitätsniveau über 80% festgestellt. Bei elf PatientInnen ein Qualitätsniveau unter 80%.

Der Mittelwert aller 21 erreichten Qualitätsniveaus lag bei 77.3%, die Standardabweichung betrug 8.6% und der Median lag bei 78%.

Tabelle 1: Ergebnisse der Evaluation Station Freiburghaus

	n	Qualitätsniveau in %
Stichprobe	21	
Stichprobe >80%	10	
Stichprobe <80%	11	
Mittelwert		77.26
Standardabweichung		8.57
Median		78.00

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Evaluationsergebnisse auf der Station Freiburghaus ergaben ein gutes Qualitätsniveau (Mittelwert 77.26%, Median 78.00%) für die Qualität der umgesetzten Bezugspersonenpflege. Da bei elf PatientInnen das erreichte Qualitätsniveau unter 80% lag, musste überprüft werden, wodurch dies zustande kam. Bei der im Anschluss durchgeführten Analyse der Ergebnisse durch die Bereichsleitung, die Stationsleitung, die Höfa1-Fachperson und den Pflegeexperten konnten entsprechende Qualitätsverbesserungsmaßnahmen festgelegt werden.

Das in der Höfa1-Fachgruppe entwickelte Qualitätsmessinstrument „Bezugspersonenpflege“ eignet sich zur Evaluation der Qualität der umgesetzten Bezugspersonenpflege an den UPD. Die Anwendung des Instrumentes erfordert ausreichend Zeit (mindestens 2 Arbeitstage), außerdem muss die Befragung der einzelnen Akteure gezielt organisiert werden. Um zu unabhängigen Ergebnissen zu kommen, sollte die Datenerhebung von einer Pflegeperson durchgeführt werden, die nicht auf der gleichen Station arbeitet. Da das Qualitätsmessinstrument lediglich eine quantitative Aussage macht, müssen die Ergebnisse im Anschluss kritisch interpretiert und diskutiert werden.

Literatur

1. Manthey M (2002) Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber
2. Abderhalden C, Needham I (1999) Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer

Delphi-Studie (Master's Thesis). Universität Maastricht, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft

3. Needham I, Abderhalden C (2002) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych Pflege 8:189-193
4. Direktion Pflege und Pädagogik (2003) Bezugspflegestandard der Erwachsenenpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD). Unveröffentlichtes internes Dokument. Bern: UPD
5. Abderhalden C (2007) Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien von Primary Nursing: Effektivität messen. CNE Fortbildung und Wissen für die Pflege 1(1): 10-15
6. Baartmans P, Geng V (2000) Qualität nach MassEntwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Bern: Huber

Ermittlung des Umsetzungsgrades von PN in der stationären Psychiatrie mittels IzEP[®]

Rosemarie Welscher, Michael Schulz, Sebastian Dorgerloh

Abstract

Im Juni 2003 wurde im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Umsetzung von Primary Nursing begonnen. Ausgangslage war seinerzeit eine Unzufriedenheit in der Umsetzung der damals praktizierten Form der Bezugspflege [1]. Bezugspflege wurde im Sinne von Beziehungspflege verstanden und wies nicht die organisatorische Ausrichtung eines Pflegesystems auf - um diesen Teil sollte die vorhandene gute Beziehungsarbeit über die Einführung von Primary Nursing ergänzt werden.

Im Zusammenhang mit der Einführung wurde in Anlehnung an den Bezugspflegestandard nach Abderhalden und Needham [2] eine Arbeitsgrundlage erstellt, die auch einen Teil zur Evaluation beinhaltete. Da es zur Evaluation aber kaum geprüfte und allgemein einsetzbare Instrumente gab, begann die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe PN Evaluation, aus der heraus sich später die AG IzEP[®] entwickelte.

Die Arbeitsgruppe setzte sich zum Ziel, dass das zu entwickelnde Instrument praktische wie wissenschaftliche Anwendungen ermöglichen sollte. Es sollte in verschiedenen Settings einsetzbar sein, modularisiert und veränderungsempfindlich (sensitiv) sowie wissenschaftlichen Gütekriterien genügen.

Das Instrument liegt nun seit Januar 2008 einschließlich eines Manuals und der Auswertungssoftware vor und wurde bereits in verschiedenen Settings im Hinblick auf Praxistauglichkeit, Plausibilität, Validität und Reliabilität getestet [3].

Mit IzEP[®] kann das auf einer Abteilung oder in einer Institution gelebte Pflegesystem erfasst werden.

Es werden 5 Merkmale von Pflegesystemen erfasst:

1. Pflegekonzeption
2. Arbeitsorganisation

3. Pflegeprozess
4. Kommunikation
5. Rollenverständnis

Als zusätzliche Informationen werden Merkmale der Station und des Personals erhoben, die möglicherweise einen Einfluss auf die Wahl und die Umsetzung des Pflegesystems haben. Die von diesem Instrument berücksichtigten Dimensionen nehmen Bezug zu den Konzepten von PN.

Vorgestellt wird das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen sowie der Vergleich verschiedener Stationen einer psychiatrischen Klinik. Ausgangslage ist einerseits die Experteneinschätzung zum praktizierten Pflegesystem des jeweiligen Bereichs und andererseits die Erhebung mittels IzEP[®] sowie die Überprüfung, ob über IzEP[®] die Einschätzung der Experten bestätigt werden kann.

Literatur

1. Schulz M, Krause P (2003) Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing - auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. Psych Pflege 8:242-248
2. Needham I, Abderhalden C (2002) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych Pflege 8:189-193
3. Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen AG IzEP[®], Abderhalden C, Boeckler U, Dobrin Schippers A, Feuchtinger J, Krassnig M, Milachowski S, Schaepe C, Schori E, Welscher R (2008) Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP[®]: Handbuch. Bern, Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik UPD Bern

Behandlung von forensischen Patienten auf einer allgemeinspsychiatrischen Station aus multiprofessioneller Sicht anhand eines Fallbeispiels

Christian Frank, Rainer-Uwe Burdinski, Michael Schulz

1. Hintergrund

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel des Evangelischen Krankenhauses in Bielefeld sieht im Rahmen des Regionalversorgungsauftrages eine ihrer Aufgaben in dem Resozialisierungsauftrag von Menschen, die nach den §§ 63 oder 64 StGB in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht sind. Die Behandlung dieser Menschen in einer allgemeinspsychiatrischen Klinik stellt eine besondere Herausforderung an das Behandlungsteam dar: Der Aufenthalt dieser Patienten geht oft über Jahre und erfordert eine langfristige, individuelle Behandlungsplankonzeption unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben. Dieser Behandlungsplan ist multiprofessionell angelegt. Außerdem muss man sich im Alltag immer wieder der Herausforderung stellen, wie das "Wohnen" und die längerfristige Behandlung dieser Patienten auf einer allgemeinspsychiatrischen Station einerseits und die Akutbehandlung von nicht-forensischen Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen andererseits nebeneinander stehen können. Im Blick auf die Integration in eine betreute Wohnform oder ein eigenständiges Wohnen außerhalb der stationären Einrichtung erfährt das multiprofessionelle Behandlungsteam eine Erweiterung dahingehend, dass bereits weit im Vorfeld einer Langzeitbeurlaubung bzw. einer bedingten Entlassung mit der übernehmenden Einrichtung eine enge Kooperation und Kommunikation stattfinden muss.

2. Fragestellung

Das Ziel der Behandlung lässt sich wie folgt definieren: Menschen, die unterschiedlich lange in forensischen Einrichtungen gelebt haben, weiterführend zu behandeln und schrittweise, sowie sorgfältig geplant, wieder in das soziale Umfeld zu integrieren. Das bedeutet, dass für sie und mit ihnen eine Arbeits- und eine Wohnform gefunden werden muss, in denen sie ihr Leben zuneh-

mend eigenverantwortlich gestalten können. Wir reden hier von einer auf mehrere Jahre angelegten Behandlung. In kleinen Schritten wird durch Lockerung, durch Arbeit und die Erweiterung des Bewegungsraumes die zunehmende Selbstständigkeit erprobt, überprüft und ausgewertet. Am Ende steht die ambulante Weiterbehandlung in unserer Forensischen Fachambulanz.

Beschreibung der forensischen Pflege auf einer Akutstation

Um diesem komplexen Versorgungsauftrag gerecht werden zu können bedarf es auch seitens der Pflege konzeptioneller Entwicklungsarbeit. Anhand eines Fallbeispiels soll dargestellt werden, welche Anforderungen an eine professionelle Beziehungsgestaltung bei diesen Patienten existieren, und wo sich der Beziehungsprozess zu anderen Patienten, ohne forensische Unterbringung, unterscheidet. Beziehungsfelder existieren dabei nicht nur zwischen Patient und Pflegenden, sondern auch zu Patienten und anderen Berufsgruppen, sowie zu Patient und Mitpatienten. Gleichzeitig gilt es, mit dem Ziel der (Wieder-)Eingliederung in die Gesellschaft, die Frage nach dem Umgang mit dem Delikt zu bearbeiten. In diesem Zusammenhang stellt das Spannungsfeld zwischen "Wärter und Therapeut" eine zusätzliche Herausforderung im langen Beziehungsprozess zwischen Behandlungsteam und Betroffenen dar. Die Aufgaben der Pflege in dieser komplexen Pflegesituation sind vielfältig: So gilt es z.B., die Motivation des Patienten für eine weitere Zusammenarbeit aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten. Pflegeplanung und Behandlungsplanung unterliegen wesentlich langfristigeren Rhythmen als bei anderen Patienten. Im Hinblick auf forensische Fragestellungen kommt der pflegerischen Einschätzung eine hohe Bedeutung zu.

3. Fallvorstellung

3.1 Einrichtung

Die v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel sind eine gemeinnützige kirchliche Stiftung privaten Rechts. Sie wurden 1867 auf Initiative des rheinisch-westfälischen Provinzialausschuss der Inneren Mission und mit Unterstützung von Bielefelder Kaufleuten in Bielefeld gegründet. 1872 übernahm Pastor Friedrich von Bodelschwingh die Leitung. Heute hat Bethel Einrichtungen und Dienste in sechs Bundesländern; insgesamt engagieren sich 13 600 Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeiter für die vielfältige Arbeit in Europas größtem diakonischem Unternehmen. Es stehen rund 20.000 Plätze zur Verfügung für kranke, behinderte oder sozial benachteiligte Menschen; eingeschlossen sind Ausbildungsstätten und Fachschulen, vor allem für Pflegeberufe und medizinische Berufe. Die Gesamterträge Bethels liegen bei rund 700 Millionen Euro.

Neben vielen anderen Aufgaben betreiben die Bodelschwinghschen Anstalten ein Krankenhaus, das Evangelische Krankenhaus Bielefeld (EvKB). Das EvKB ist in einzelne Kliniken unterteilt, die an unterschiedlichen Standorten innerhalb der Ortschaft Bethel liegen. Die größte Einzelklinik mit 274 vollstationären Betten und 92 teilstationären Behandlungsplätzen und ist die psychiatrische Klinik (Klinik für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin).

Die Klinik ist in die vier Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie I, für Allgemeine Psychiatrie II, für Abhängigkeitserkrankungen und für Gerontopsychiatrie gegliedert.

In der Abteilung I für Allgemeine Psychiatrie werden in der Regel Patienten mit psychotischen Störungen behandelt. Die einzelnen Stationen der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie II haben Schwerpunkte für die Behandlung einzelner Krankheitsbilder eingerichtet. Dies sind Depression, Borderline Persönlichkeitsstörung, Angststörungen, Zwangserkrankungen und psychosomatische Beschwerdekompexe (einschließlich somatoformer Störungen und psychischer Probleme bei körperlichen Erkrankungen).

Alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten werden in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Die verbundene Tagesklinik sowie die Drogen- und Suchtambulanz stellen dabei die teilstationäre und ambulante Versorgung sicher.

Die Abteilung für Gerontopsychiatrie umfasst drei Stationen. Hier werden Seniorinnen und Senioren mit psychischen Erkrankungen oder dem Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit behandelt.

Die Abteilung I der Allgemeinen Psychiatrie hat den regionalen Pflichtversorgungsauftrag für Menschen mit psychischen Störungen in Bielefeld. Im Rahmen dieser Pflichtversorgung ist das Stadtgebiet Bielefeld in drei Sektoren aufgeteilt. Den jeweiligen Sektoren ist eine allgemeinpsychiatrische Station zugeordnet. Die Station A5 der Abteilung I der Allgemeinen Psychiatrie ist eine

Station mit 28 Betten und zuständig für Menschen, die im südlichen Stadtgebiet Bielefelds leben.

In der Klinik werden aktuell drei Patienten nach dem § 64 Strafgesetzbuch (StGB) und neun Patienten nach dem § 63 StGB eingestreut in die Stationen der Allgemeinen Psychiatrie I und der Suchtstationen behandelt. Darüber hinaus befinden sich vier Patienten im Status der Beurlaubung aus der Maßregel und werden im längerfristigen Bereich behandelt.

3.2. Fallvorstellung (Biographie)

Biographie

Herr X. ist 54 Jahre alt und im Ruhrgebiet aufgewachsen. Er ist das 6. Kind einer neunköpfigen Geschwisterreihe. Der Vater, litt an einer Alkoholabhängigkeit und ist mit 58 Jahren an einem Schlaganfall verstorben. Die Mutter verstarb 79jährig. 1967 erfolgte der Entzug des Sorgerechts für alle Kinder, aufgrund der schwierigen häuslichen Situation. Hr. X. verfügt über keinen Schulabschluss. Er brach die Sonderschule nach dem 4/ 5. Schuljahr im Alter von 14 Jahren ab. Er absolvierte keine Berufsausbildung. Hr. X. kam in ein Kinderheim und befindet sich seit seinem 18. Lebensjahr mit kurzen Unterbrechungen in der forensischen Unterbringung.

Aufenthalte

Nach mehrfachen Entweichungen aus dem Kinderheim folgte noch im selben Jahr eine stationäre Beobachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm. Weitere Aufenthalte stellen sich wie folgt dar:

- Überweisung zur jugendpsychiatrischen Behandlung in Niedermarsberg St. Johannisstift
- Unterbringung in der Heilanstalt Rottland des Westfälischen LKH Eickelborn
- Zentrum für Psychiatrie in Bochum
- Psychiatrie Lippstadt
- Westfälisches LKH Eickelborn
- Westfälische Klinik Schloß Haldem
- Klinik für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin (KPPM)
- Mittelfristiger Bereich
- Teilweise kurze Aufenthalte (Wochen - Monate), teils lange (mehrere Jahre)

- Zeitweise Lücken (nicht in stationären Einrichtungen - Zuhause?)
- Häufige Entweichungen, Beurlaubungen, Entlassungen, Aussetzung zur Bewährung.
- Meist innerhalb kürzester Zeit Widerruf von einer Bewährungsaussetzung oder Unterbringung nach BGB.)
- Zuletzt wurde er 1990 wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern zur Unterbringung gemäß Paragraph 63 in einem psychiatrischen Krankenhaus verurteilt.

Delikte

Unter Alkoholeinfluss kam es bereits in seiner Jugend wiederholt zu verschiedenen Straftaten: Diebstahl unter Gewaltandrohung; sexuelle Beleidigung gegen Kinder; sexuelle Nötigung und sexueller Missbrauch von Kindern; schwerer Raub; Diebstahl in 18 schweren Fällen; Fahren ohne Fahrerlaubnis; Sachbeschädigung; Einbrüche.

Diagnosen

Herr X. hat in seinem Leben mehrere Diagnosen aus dem psychiatrischen Bereich erhalten. Aus den Krankenakten lässt sich im Hinblick auf die Entwicklung seiner Einschränkungen folgende Entwicklung nachvollziehen:

1990: *frühkindliche Hirnschädigung mit Schwachsinn ersten Grades im Sinne einer Debilität; wenig differenzierte Persönlichkeitsstruktur mit mangelnder Kontrolle von Impulsen, Affekten und Trieben und eine stark eingeschränkte Frustrationstoleranz*

1995: *intellektuelle Minderbegabung mittelschweren Grades mit pädophilen Neigungen sowie Neigung zu chronischem Alkoholabusus*

1995: *frühkindliche Hirnschädigung mit Debilität, soziopathisches und asoziales Verhalten einhergehend mit pädophiler Neigung und chronischer Alkoholabusus.*

1998: *Organisches Psychosyndrom sowie sekundäre Alkoholabhängigkeit*

2001: *Alkoholabhängigkeit, Intelligenzminderung und dissoziale Persönlichkeit*

2002: *Alkoholabhängigkeit. Intelligenzminderung und selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung.*

3.3. Ausgewählte Aspekt des Pflegeprozesses

Die geschilderte Biographie macht deutlich, dass sich es bei diesem Patienten um einen Menschen mit einem komplexen Krankheitsbild handelt, der in den unterschiedlichen Bereichen des Lebens schwere bis schwerste Störungen hat. Dies bestätigte sich auch durch sein Verhalten auf unserer Station. Es ist nicht möglich, auf alle diese Störungen im Einzelnen einzugehen. Daher fokussiert dieser Bericht auf einen ausgewählten Aspekt des Pflegeprozesses, nämlich die Beziehungsgestaltung. Dies erscheint sinnvoll, da der Aspekt der professionellen Beziehungsgestaltung ein zentrales Element der professionellen psychiatrischen Pflege darstellt.

Im Vordergrund steht die Frage, welche Aspekte der Beziehungsgestaltung sich aus der Besonderheit der forensischen Unterbringung auf einer Station der Akutpsychiatrie herausarbeiten lassen. Neben den offensichtlichen Einschränkungen des Patienten im Hinblick auf adäquate Beziehungsgestaltung kommt der Frage, inwieweit das begangene Delikt bzw. die aus der Vorgeschichte bekannten Delikte die Beziehungsgestaltung beeinflussen. Darüber hinaus ist es für die professionelle Beziehungsgestaltung seitens der Pflege von großer Bedeutung, dass die Aufenthaltsdauer und Behandlungsmodalitäten in hohem Maße nicht von Verantwortungsträgern in der Klinik, sondern vielmehr von übergeordneten Institutionen verantwortet werden. Gleichzeitig sind Aufenthaltsdauern von mehreren Jahren nicht unüblich und das weitere Vorgehen wird durch jährliche Begutachtungen neu entschieden.

Im Folgenden soll exemplarisch auf wesentliche Aspekte des Beziehungsprozesses eingegangen werden.

- Beziehungsgestaltung seitens PN/Team zu Herrn X.
- Beziehungsgestaltung seitens Herrn X. zu PN/Team
- Beziehungsgestaltung von Herrn X. innerhalb der Station/Gruppe

Beziehungsgestaltung seitens PN/Team zu Herrn X.

Im Vorfeld der Aufnahme wurde das Stationsteam über die Biographie sowie über die begangenen Delikte von Herrn X. informiert.

So ist z.B. aus einem Bericht des Bezugsmitarbeiters in aus der vorherigen behandelnden forensischen Klinik zu erfahren:

Hr. P. erwarte eine zu schnelle "Freisetzung" in Bielefeld. Sie plädiere für sehr vorsichtige Schritte, da Hr. P. sich in der Welt „draußen“ nach der jahrzehntelange Unterbringung nicht mehr auskenne. Auch das Geld müsse eingeteilt werden. Der Alkohol sei ein großes Problem für Hr. P. Er lebe ständig mit falschen Erwartungen, erzähle viele Lügengeschichten. Wenn er dann auf die Realität hingewiesen werde, komme es häufig zu Wutausbrüchen.

Aufgrund der ausgeprägten Fantasie und wohl einer großen Selbstunsicherheit erzähle er viele Dinge, sowohl den Mitpatienten als auch den Mitarbeitern, die nicht stimmten, an die er aber im Endeffekt selber glaube. Er habe dringend feste Ansprechpartner nötig.

Diese Informationen wurden bei der Auswahl des Mitarbeiters, der zukünftig die Rolle des Bezugsmitarbeiters (Primary Nurse) innehaben soll, berücksichtigt. Wir hielten es für wichtig, dass die Primary Nurse männlich ist und dass sie über eine gewisse Berufserfahrung sowie entsprechende fachliche Kenntnisse verfügen sollte.

Diese Informationen prägten auch die Kontaktaufnahme in den ersten Tagen, möglicherweise auch Wochen.

Zu Beginn der Behandlung auf der Station war die Gestaltung der Beziehung durch den Bezugsmitarbeiter und die anderen Teammitglieder zu Herrn X. freundlich und empathisch, gleichzeitig aber auch abwartend und beobachtend und orientierend. Schnell entwickelte sich aber so etwas wie ein Vertrauensverhältnis zu Herrn X. Alltägliche Dinge mit ihm zu besprechen und zu planen war unproblematisch. Herr X. hat das, was man ihm vorgeschlagen hat, angenommen, manchmal eigene Ideen hineingebracht und dann auch umgesetzt.

Mit zunehmender Zeit seiner Eingewöhnung wurden aber auch seine Defizite wie z.B. Intelligenzminderung oder auch seine Selbstunsicherheit, die schon in der Biografie erwähnt wurden, deutlich. Diese Defizite erschwerten die Beziehungsgestaltung.

Wir stellten fest, dass Herr X., so wie er den Alltag lebte und die mit ihm besprochenen Schritte umsetzte, uns in den Reflektionen mit ihm nicht immer die Wahrheit sagte.

Hierauf angesprochen reagierte er mit bagatellisieren und ungehaltenen Reaktionen einerseits, andererseits aber auch mit anzunehmender Einsicht

Dies führte dazu, dass wir unsere Aufmerksamkeit noch mehr in Richtung Beobachtung lenkten. Wir stellten fest, dass, wenn es Herrn X. schlechter zu gehen schien, dies in seinem Verhalten zu bemerken war. Er war zum Beispiel nicht mehr in der Lage bei Gesprächen den Augenkontakt aufrecht zu halten oder versuchte uns aus dem Weg zu gehen. In den Gesprächen war er kurz angebunden und einsilbig. Zu diesem Zeitpunkt hörten wir dann auch z.B. von der Arbeitstherapie, dass Herr X., sonst eher einer der leistungsstarken, in seiner Leistung und Konzentration nachließ. Dies, so wurde uns in Reflektionen klar, ist als Vorbote von Rückfällen zu sehen.

Mit dieser nun gewonnen Erkenntnis konnten wir in diesen Situationen durch Gespräche und einen enger gestalteten Rahmen die Rückfälle nicht immer verhindern, aber deutlich minimieren.

Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Aspekt in der Beziehungsgestaltung sind die eigentlichen Straftaten von Herrn X., die im Rahmen seiner Biografie dargestellt sind.

Das Wissen um die Straftaten und hier im Besonderen die des sexuellen Missbrauches von Kindern hat im Team zunächst einmal sehr viele Emotionen freigesetzt und Unsicherheiten bezüglich des Umganges mit Herrn X. hervorgerufen und hat die professionelle Beziehungsgestaltung beeinflusst. Im Laufe der Behandlung ist das aber in den Hintergrund getreten, da wir Herrn X. zunehmend besser kennen gelernt und einschätzen gelernt haben und mit ihm regelmäßige Gespräche geführt haben.

Aber immer dann, wenn Herr X. nach einer Entweichung zurückgekehrt war, stellten wir uns die Frage:

„Ist etwas passiert?“ oder „Hoffentlich ist nichts passiert!“

Dann traten die Emotionen, die durch das Wissen um die Straftaten, insbesondere die des sexuellen Missbrauches an Kindern freigesetzt wurden, wieder in den Vordergrund.

Diese Emotionen dürfen unsere Beziehungsgestaltung nicht beeinflussen. Wir haben nur die Fakten zu bewerten. Das bedeutet, wenn wir nicht von irgendeiner Stelle hören das es zu einer Straftat gekommen ist, müssen wir das

auch so akzeptieren und dürfen nicht spekulieren. Bis heute ist es unserem Wissen nach nicht zu Straftaten gekommen.

Die ausgelösten Emotionen aber sind nicht zu vernachlässigen und beeinflussen natürlich die Beziehungsgestaltung. Hier braucht es regelmäßige Reflexionsgespräche bzw. Supervisionen, die genau dieses Thema zum Inhalt haben. Im Rückblick ist hier kritisch anzumerken, dass es diese Gespräche zu wenig gegeben hat. Hier gibt es einen erhöhten Bedarf an professionell begleiteter Reflexion, der auch zum Schutz der Mitarbeiter eingefordert werden muss. Gleichzeitig muss das Team gemeinsame Kompetenzen entwickeln, damit diese Erweiterung des Behandlungsprofils nachhaltig gestützt werden kann.

Mittlerweile ist es so, dass es für die Mitarbeiter der Suchtstationen regelmäßige Supervisionen gibt. Dies ist auch für die Mitarbeiter der allgemeinen Psychiatrie geplant, jedoch ist es bisher nicht gelungen, einen geeigneten Supervisor zu finden.

Beziehungsgestaltung seitens Herrn X. zu PN/Team

Die Beziehungsgestaltung seitens Herrn X. zur Bezugspflegerin (Primary Nurse) und zum Team war zunächst durch vorsichtiges Abwarten geprägt. Er musste sich in dem für ihn ungewohnten, neuen und offenen Rahmen orientieren. Dieser neue und offene Rahmen war für ihn auch verunsichernd. Es war für Herrn X. aus nachvollziehbaren Gründen beispielsweise schwierig zu verstehen, dass er nun zwar auf einer offenen Station untergebracht ist, für ihn aber nach wie vor die Bedingungen der Unterbringung nach § 63 StGB. Gültigkeit haben und es damit für ihn gegenüber den anderen Patienten zunächst doch erhebliche Einschränkungen z.B. in der Ausgangsregelung gab.

Er reagierte darauf zunächst mit seinen schon beschriebenen Verhaltensmustern wie z.B. Vermeidung von Kontakt, einsilbiges Reden, konnte aber zunehmend besser mit diesem Ausnahmestatus umgehen.

Er erlebte es als hilfreich, einen festen Ansprechpartner zu haben. Insgesamt fiel auf, dass es Herrn X. deutlich leichter fällt mit männlichem Personal in Kontakt zu treten.

Auch sind die Reflexionsgespräche, an denen ausschließlich männliches Personal beteiligt ist, für Herrn X. deutlich besser auszuhalten.

Beziehungsgestaltung von Herrn X. innerhalb der Patientengruppe

Herr X. musste sich auf der Station zunächst einmal orientieren. In der Kontaktaufnahme zu den anderen Patienten war er sehr zurückhaltend. Zumeist hielt er sich im Raucherraum oder in seinem Zimmer auf. Insgesamt muss man sagen, dass Herr X. bis zum heutigen Tage eher ein „Einzelgänger“ geblieben ist. Die Kontakte zu den Mitpatienten belaufen sich eher auf das Zusammenreffen im Raucherraum oder im Speisesaal. Eine weitere, nicht unerhebliche Einschränkung sind seine intellektuellen Fähigkeiten. Gesprächen bzw. deren Inhalten kann er nur selten folgen. Trotzdem versucht er sich an der Konversation zu beteiligen, manchmal dann auch mit Geschichten, die nicht der Wahrheit entsprechen. Den Mitpatienten ist das irgendwann aufgefallen, sie haben mit Rückzug reagiert oder uns das mitgeteilt. Das macht eine Beziehungsgestaltung schwierig. Wir haben das mit Herrn X. in den regelmäßigen Reflexionsgesprächen thematisiert und ihm Hilfe angeboten. Er zeigte sich dann einsichtig.

Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Faktor ist das schnell wechselnde Patientenkontingent auf einer allgemeinspsychiatrischen Station, während der Aufenthalt von Herrn X. doch eher ein längerfristiger ist. So musste sich Herr X. immer wieder auf neue Patienten einstellen, was für eine Integration in den Stationsalltag nicht förderlich ist.

Auch muss man sehen, dass die forensisch untergebrachten Menschen gegenüber den anderen Patienten einige Vergünstigungen haben. So dürfen sie sich z.B. ihre Zimmer nach ihren Wünschen einrichten und haben einen eigenen Fernseher auf dem Zimmer.

Diese in einigen Punkten ungleiche Behandlung für immer wieder zu Spannungen, die von Seiten des Teams aufgefangen, thematisiert und geklärt werden.

Aus dem längerfristigen Wohnbereich in dem Herr X. zwischenzeitlich lebte und in den er auch wieder zurückziehen soll, wurde ebenfalls berichtet, dass Herr X. sich meistens auf seinem Zimmer aufhält und auch dort wenig Kontakt zu seinen Mitbewohnern hat.

Erwähnenswert ist, dass es ihm trotz seiner Einschränkungen gelungen ist, über eine Kontaktanzeige in Kontakt mit einer Dame aus Bayern zu treten.

Dieser Kontakt geschieht mittels Brief, Telefonaten und SMS und hat bis heute bestand.

Pflegeprozess, Pflegeplanung, Dokumentation

Im Hinblick auf die Planung stehen die folgenden Fragen im Vordergrund :

Wie plant man die Pflege für eine auf Jahre hinaus ausgerichteten Behandlung? Bei dieser Frage kommt erschwerend hinzu, dass keine Seite das tatsächliche Datum des Behandlungsendes kennen.

Wie kann die langfristig geplante Pflege für Herrn X. gewinnbringend sein?

Sind die Therapiemöglichkeiten einer akutstationären Einrichtung auch für eine längerfristige Behandlung ausgerichtet?

Am Anfang der Behandlung und der Planung stand die Erhebung der biographischen Daten. Im Wesentlichen nutzten wir die Daten die uns mit den uns zugeleiteten Unterlagen zur Verfügung gestellt wurden. Es wurde aber deutlich, dass die Anamnese so wie wir sie in unserer Klinik verwenden, für Patienten wie Herrn X. mit seinem Krankheitsbild und seinem längerfristig geplanten Aufenthalt nicht zielführend war. Dennoch musste ja der Aufenthalt, die Behandlung geplant werden. Für uns war es wichtig, dass Herr X. in seinem Alltag eine klare und für ihn nachvollziehbare Struktur hat.

Ein weiteres, im multiprofessionellen Team festgelegtes therapeutisches Ziel ist die Abstinenz von Alkohol, da er seine Straftaten unter Alkoholeinfluss begangen hat.

Nachdem wir die Ziele formuliert hatten überlegten wir uns, was für ein Programm zu Erreichung der Ziele notwendig ist. Zur Orientierung diente das Programm, was Herr X. in seiner forensischen Einrichtung gehabt hat. Schon innerhalb der ersten Woche hat Herr X. bei uns angefangen, zunächst zeitlich eingeschränkt, nach einer Einarbeitungszeit dann über die gesamte Zeit an der Arbeitstherapie teilzunehmen. Auch hat er sich an den Stationsgruppen beteiligt. Dies hat Herr X. auch zuverlässig erledigt. Es wurde dann daran gearbeitet, seine Ausgänge schrittweise zu erweitern. Auch wurde sein Arbeitsplatz in die Praxis für Ergotherapie verlegt. Parallel dazu wurde ein Expositionstraining bezüglich seines Alkoholkonsums begonnen. Das Expositionstraining verläuft in mehreren Stufen und wird gesteigert. Das geht vom anschauen einer Flasche mit einem alkoholischen Getränk über eine Geruchprobe bis hin zu einem

Gang in eine Gaststätte. Herr X. wurde bei diesen einzelnen Schritten immer begleitet, seine sichtbare Reaktion wurde dokumentiert. Auch wurde er gefragt, was er während des Trainings gefühlt hat, wie hoch sein Suchtdruck war. Dies wurde ebenfalls dokumentiert. Das Expositionstraining wurde von Ärzten oder Psychologen begleitet.

Dennoch kam es zu einem Rückfall, so dass die bis dahin erreichten Lockerungen für eine gewisse Zeit zurückgenommen werden mussten. Schrittweise wurde der Ausgang für Herrn X. wieder erweitert und es gelang, ihn wieder an die Praxis für Ergotherapie anzubinden und ihn schließlich in eine Werkstatt für Behinderte (WfB) zu integrieren.

Auch gelang es, ihn in einen Wohnbereich außerhalb der Klinik zu verlegen, wobei die Behandlungshoheit in der Klinik blieb. Vor dem Hintergrund der eher skizzenhaften Schilderung des Verlaufes von Herrn X. gilt es zu berücksichtigen, dass zwischen den einzelnen Lockerungsschritten Wochen bis Monate liegen.

Im Wohnbereich und in der WfB ist es im Sommer 2006 zu einer Krise gekommen. Wir merkten in den Kontakten, dass Herr X. unruhiger wurde. Aus dem Wohnbereich wurde gemeldet, dass er zunehmend mit Mitbewohnern in Konflikte geriet. Aus der WfB wurde dies ebenfalls berichtet. Außerdem haben seine Arbeitsleistungen nachgelassen.

Darauf angesprochen reagierte Herr X. abweisend und bagatellisierend. Eine Äußerung von ihm: *„Ihr wollt mich doch nur wegschließen und kaputtmachen“*. Das hat uns schließlich dazu veranlasst, Herrn X. zurück in den offenen stationären Rahmen der Station zu nehmen und das Setting wieder enger zu gestalten.

Nach einem Visitengespräch ist es ihm gelungen, die Station unbemerkt zu verlassen und bis nach Bayern zu seiner „Freundin“ zu fahren. Im Rahmen der eingeleiteten Fahndung wurde er dort von der Polizei aufgegriffen und in eine forensische Klinik nach Regensburg verbracht

Von dort haben wir ihn abgeholt. Seit dem befindet er sich weiter auf der Station. Auf dieses Geschehen angesprochen zeigte sich Herr X. Einsicht dahingehend, dass dies ein schweres Vergehen im Rahmen seiner Unterbringung darstellt. Alle bis dahin erreichten Lockerungen wurden zurückgenommen In

kleinen Schritten und unter sorgfältiger Beobachtung und Reflexion wurden die Bedingungen gelockert. Herr X. hat sich unter diesen Bedingungen wieder stabilisiert, so dass als nächster großer Schritt eine erneute Verlegung in den längerfristigen Wohnbereich angestrebt werden konnte.

Situation heute

Nachdem Herr X. sich nach seiner Entweichung nach Bayern auf unserer Station wieder stabilisiert hat und die Lockerungen nicht zur Destabilisierung geführt haben, wurde er im Mai 2007 in den längerfristigen Wohnbereich zurückverlegt. Dort lebt er bis jetzt und ist stabil. Zunächst musste er sich noch täglich auf unserer Station melden. Auch die Arbeitstherapie, sowie die Einnahme der Medizin fanden auf unserer Station statt. Nach einer erneuten Begutachtung im Jahre 2007 ist Herr X. aus dem § 63 StGB beurlaubt. Er kommt nur noch am Wochenende auf die Station. Er arbeitet in einer WfB innerhalb Bethels.

Das Therapieprogramm für diese Patientenklientel ist bisher störungs- und deliktspezifisch und daher sehr individuell. Für den Herbst 2008 ist die Einführung einer Gruppentherapie für die nach § 63 untergebrachten Menschen geplant. Gleiches gilt auch für die nach § 64 untergebrachten Menschen, hier gibt es aber noch keinen Termin.

Dokumentation

Die in unserer Klinik verwendeten Formulare sind für Menschen mit einem solchen komplexen Krankheitsbild und auf eine längerfristig ausgelegte Behandlung nicht zu verwenden.

In der Behandlung von psychotischen Menschen erstellen wir anhand der Anamnese Pflegediagnosen, planen eine Behandlung und führen sie durch, legen Überprüfungszeiträume fest und dokumentieren täglich jeweils einmal pro Schicht.

So machen wir es im Moment auch bei Herrn X.

Es zeichnet sich allerdings ab, dass diese Form der Dokumentation bei einer längerfristigen Behandlung wie in diesem Falle nicht optimal ist. Hier erscheint es eher sinnvoll, die wichtigsten Punkte herauszugreifen und diese in einem z.B. 3 – monatigen Zeitraum zu überprüfen.

Auch wäre eine wöchentliche Dokumentation, d.h. eine Zusammenfassung der Woche in einem Kurzbericht der langfristigen Planung und Entwicklung eher angemessen und würde die Aussagekraft vermutlich sogar steigern. Sollte ein aktuelles Ereignis eintreten, so wären die Dokumentationszeiträume entsprechend zu verkürzen.

Diskussion

Ziel der vorangegangenen Ausführungen war es, anhand zentraler Aspekte die Komplexität der professionellen pflegerischen Beziehungsgestaltung bei forensischen Patienten auf Akutstationen darzustellen. Wenngleich die Behandlung forensischer Patienten in der Akutpsychiatrie ein wichtiges Behandlungselement in der Forensik darstellen, so wird doch anhand des vorgestellten Falls deutlich, wo die Herausforderungen sowohl auf Seiten der Institution als auch auf Seiten des Betroffenen liegen.

So bringen es z.B. die gesetzlichen Vorgaben mit sich, dass über einen längeren Zeitraum kein Ausgang stattfinden kann und dies nur nach Anordnung des Chefarztes oder seines Vertreters in kleinsten Schritten gelockert werden kann. Wenn aber kein geschlossener Hof zur Verfügung steht, dann kann es sein, dass Menschen über einen längeren Zeitraum nicht an die frische Luft kommen. Eine weitere Herausforderung für Team und Patient ist darüber hinaus der Umstand, dass innerhalb einer Akutklinik jemand über einen längeren Zeitraum, evtl. über Jahre leben soll. Bei dem Versuch, auf einer fakultativ geschlossenen Akutstation in der Psychiatrie eine wohnliche Atmosphäre für eine einzelne Person zu schaffen, muss Milieuthérapie an die Grenzen des machbaren stoßen. Gleiches gilt für das Therapieprogramm und die Abläufe einer Klinik, die eine durchschnittliche Verweildauer von ca. 20 Tagen hat.

Diese Rahmenbedingungen erfordern sowohl vom Team als auch von der betroffenen Person ein hohes Maß an Motivation, damit am Ende sowohl Patient als auch Gesellschaft von der Behandlung profitieren. Für die Konzeptentwicklung zukünftiger Behandlungsprogramme für forensische Patienten in psychiatrischen Kliniken gilt es sorgfältig abzuwägen, ob eine dezentrale Versorgung über mehrere Stationen oder aber eine zentrale Versorgung auf einer Spezialstation zu bevorzugen ist. Für das zentrale Modell spräche, dass eine fokussierte Personalentwicklung möglich wäre, wovon auch der pflegerische

Bereich profitieren würde. Pflegende könnten entscheiden, ob sie dieses Arbeitsfeld für sich wählen möchten oder nicht. Darüber hinaus könnten die Kollegen mit speziellen Fort- und Weiterbildungselementen auf dieses komplexe Arbeitsfeld im Team besser vorbereitet werden.

Literatur

1. Leitfaden forensische Psychiatrie; Klinik für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in Bielefeld - Bethel

Resilienz und Salutogenese als Möglichkeiten in der Sozio-Milieuthherapie von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik

Frank Voss

Begriffe wie Salutogenese, Empowerment und Resilienz werden aktuell in sehr vielen Bereichen der psychiatrischen Pflege diskutiert und berücksichtigt. In der Sprache und im Selbstverständnis der Pflegenden in den forensischen Kliniken, sind diese Begriffe bisher noch nicht sehr oft in der Praxis anzutreffen. Ein Umstand der bei näherer Betrachtung unweigerlich zur näheren Reflexion einlädt.

Patienten die in die forensische Psychiatrie eingewiesen werden sind auch Straftäter. Besonders im Bereich der persönlichkeitsgestörten Patienten, haben diese zum Teil erhebliche und zunächst kaum zu verstehende Delikte begangen.

Hierdurch lasten ein nicht unerheblicher Druck und eine hohe Verantwortung auf den Behandlungsteams. Diese Teams befinden sich zusätzlich in dem Dilemma, die Patienten auf der einen Seite zu sichern, aber auf der anderen Seite auch zu behandeln, mit dem Ziel der Besserung und (möglichen) Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

All diese Faktoren tragen dazu bei, dass sich ganz wesentliche Hindernisse ergeben können, die den Aufbau einer pflegerischen Beziehung negativ beeinflussen können.

Fast alle Patienten bringen erhebliche Sozialisationsdefizite und eine ausgeprägte Beziehungsstörung „mit“ in die Behandlung. Die Therapie ist eine „angeordnete“ Maßnahme eines Gerichts und kann somit nicht ohne weiteres vom Patienten oder Behandlungsteam beendet werden, wenn sie als nicht hilfreich empfunden oder als nicht wirksam erachtet wird.

Bei vielen Patienten ist mangelnde Behandlungsbereitschaft und eine resignierte Grundhaltung zu beobachten. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Zum einen beeinflusst das individuelle Störungsbild die Compliance, es können

aber auch institutionelle und teamdynamische Faktoren eine Rolle spielen. Beide Positionen sollten gleichberechtigt analysiert werden.

Bei Patienten mit Gewalt- und Sexualdelikten ist nach derzeitigem Stand keine wirkliche "Heilung" möglich. Hier hat sich der grundsätzliche Ansatz "No cure, but control" in den therapeutischen Settings der Kliniken etabliert.

Eine wesentliche Aufgabe von Pflege in der Forensik ist die Sozio- und Milieugestaltung, in der es vor allem darum geht, den Patienten dabei zu unterstützen, vorhandene Ressourcen bei sich zu erkennen und sie sich im Alltag nutzbar zu machen. Damit unterstützt die Pflege den gesamttherapeutischen Prozess von Patienten.

Wesentliche Behandlungsziele bei dieser Patientengruppe sind u. a. den Patienten in die Lage zu versetzen, bei persönlichen Krisen nicht auf „bewährte“ störungsspezifische Copingstrategien zurück zu greifen, sowie deliktnahe Verhalten bei sich zu erkennen und Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen. Dies ist vor allem deshalb so wichtig, weil mehrere Autoren und Untersuchungen darauf hinweisen, dass eine erhöhte psychische Widerstandskraft (Resilienz) sich ganz entscheidend auf die Rückfallgefahr und somit auch auf die Prognose der Patienten auswirken. Daraus ergeben sich für die pflegerische Arbeit in der Forensik einige Fragestellungen die im Pflegeprozess Berücksichtigung finden sollten und auch in diesem Rahmen bearbeitet werden sollten. Ausgehend von den Begriffen Salutogenese und Resilienz zeigt der Autor mögliche Ansätze in der pflegerischen Sozio- und Milieugestaltung auf.

Resilienz und Salutogenese als mögliche Ansätze in der forensischen Pflege: Worum geht es in dem Beitrag überhaupt?

Themen wie Recovery und Resilienz sind in der aktuellen Diskussion in der psychiatrischen Fachwelt und psychiatrischen Pflege zu Recht präsent und es gibt inzwischen auch eine ganze Reihe von Veröffentlichungen zu diesem Thema. Das Buch „Recovery - Das Ende der Unheilbarkeit“ von M. Amering und M. Schmolke [2] hat den Autor nachhaltig auf diese Themen aufmerksam gemacht. In diesem Beitrag wird versucht diese Ansätze und Erkenntnisse aus dem Blickwinkel der pflegerischen Betreuung von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik zu reflektieren und Möglichkeiten zur Integration

von Ansätzen zur Förderung und Entwicklung von Resilienz im Rahmen der Sozio- Milieugestaltung vorzuschlagen.

Begriffsdefinition

„Unter Resilienz (lat. resilire = „zurückspringen, abprallen“, dt. etwa Widerstandsfähigkeit) wird die Fähigkeit verstanden, auf die Anforderungen wechselnder Situationen flexibel zu reagieren und auch stressreiche, frustrierende oder schwierige Lebenssituationen zu meistern“ [1].

Amering und Schmolke haben weitere Definitionen zur Resilienz zusammengefasst:

- *„psychische Widerstandskraft oder als Anpassungsprozess angesichts einer Belastung, Tragödie oder eines hohen Stressniveaus (Rutter 1995)*
- *elastische Widerstandskraft (Bender und Lösel 1998)*
- *motivationale Kraft (Richardson 2002)*
- *der Prozess, bei dem Kinder, Jugendliche und Erwachsene den Quellen von Herausforderungen widerstehen, und als Muster, wieder auf die Beine zu kommen (bouncing back) oder sich von solchen Bedingungen wieder zu erholen (Coatsworth u. Duncan 2003)*
- *die Fähigkeit aus den widrigsten Lebensumständen gestärkt und mit größeren Ressourcen ausgestattet herauszukommen, als dies ohne diese schwierigen Lebensumstände der Fall gewesen wäre (Walsh 1998)“ [2:112].*

Die Anlagen zur Entwicklung der Resilienz werden entscheidend in der Kindheit angelegt und werden maßgeblich von konstanten Beziehungsstrukturen beeinflusst. Die Psychologin Emmy Werner hat in ihrer Kauai-Langzeitstudie über 40 Jahre hinweg Kinder aus Hochrisikofamilien auf Hawaii untersucht. Deren Entwicklung durch äußerst belastende und negative Einflüsse wie Vernachlässigung, Misshandlung oder Scheidung geprägt wurde. Zusammenfassend fand sie heraus, dass sich ein Drittel der untersuchten Kinder erstaunlich positiv entwickelten und sich bei keinem dieser Kinder über den gesamten Verlauf der Studie, irgendwelche Auffälligkeiten nachweisen ließen.

Diese „widerstandsfähige“ Gruppe hatte, im Gegensatz zu den anderen untersuchten Kindern, im ersten Lebensjahr eine feste Bezugsperson und musste keine längere Trennung von Bezugspersonen verkraften, bzw. gelang es ihnen, im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung eine feste Bindung zu einer anderen Bezugsperson aufzubauen, quasi als Ersatz für die fehlende Elternbindung.

Werner beschreibt, dass resiliente Kinder über protektive Faktoren verfügen, welche die Auswirkungen von negativen Faktoren in ihrer Umgebung mildern können [vgl. 2:117] und ihr Anpassungsverhalten an schwierige Situationen im späteren Leben offensichtlich wesentlich ausgeprägter sind.

Entscheidend für die Nutzung der Erkenntnisse aus der Resilienzforschung zur Anwendung im psychiatrisch–pflegerischen Kontext ist, dass es sich bei Entwicklung der Resilienz nicht um eine fest angelegte, nicht mehr zu beeinflussende psychische Ressource handelt. Sie ist dynamisch und kann auch in späteren Phasen des Lebens weiterentwickelt und durch gezielte Interventionen gestärkt werden. Somit ergibt hier der Ansatz für die pflegerische Tätigkeit.

Salutogenese

„Die Salutogenese (...) bedeutet soviel wie ‚Gesundheitsentstehung‘ oder ‚Ursprung von Gesundheit‘ und wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) in den 1970er Jahren als Gegenbegriff zur Pathogenese entwickelt. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit kein Zustand, sondern muss als Prozess verstanden werden“ [3].

Antonovsky hat sich im Wesentlichen mit der Frage beschäftigt wie es ehemalige KZ – Häftlinge gelungen ist, trotz ihrer traumatischen Erlebnisse ihre körperliche und psychische Gesundheit zu bewahren. Auch er ging davon aus, dass Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein dynamisches Gebilde, ein aktiver und sich selbst regulierender Prozess ist [4:161]. Hier ist wiederum ein Ansatzpunkt für die pflegerische Tätigkeit. Er prägte auch den Begriff Kohärenzgefühl. *„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ [5: 36].*

Die Institution Forensik

Um die Unterschiede und Besonderheiten zur Betreuung von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik zu verstehen, muss man die Situation der

Patienten, die Situation der Pflegenden und die Wirkung der Institution etwas näher erläutern.

Goffmann hat in den 70-er Jahren den Begriff der totalen Institution geprägt [6]. Er hat völlig unterschiedlicher Einrichtungen wie Haftanstalten, Klöster oder psychiatrische Krankenhäuser untersucht und die Wirkung dieser Institutionen auf die dort lebenden Menschen. Als Kennzeichen der totalen Institution nannte er u. a. die strikte Trennung von Personal und Patienten, großer sozialer Abstand und negative Vorurteile, Wegnahme von persönlichem Besitz und eine spezielle Insassen, bzw. Patienten-Subkultur.

Er stellte fest, dass grundsätzlich jede Institution die Tendenz zur totalen Institution hat. Institutionen neigen dazu, nicht zu differenzieren, sie individualisieren nicht, sind nicht situativ und stellen Kollektives über Persönliches.

Seit dieser Zeit hat sich die Psychiatrie natürlich stark verändert und entwickelt. Es ist anzunehmen, dass eine forensische Klinik in der heutigen Zeit wohl am ehesten der Gefahr ausgesetzt ist, Symptome einer totalen Institution zu entwickeln. Es gibt eine ganze Reihe von starren formalen Rahmenbedingungen, die Unterbringung ist oft zeitlich nicht begrenzt und die MitarbeiterInnen haben weitreichende formale Befugnisse, auf die persönliche Selbstbestimmung der Patienten Einfluss zu nehmen. Alle MitarbeiterInnen sollten sich der Auswirkungen dieser Gefahr bewusst sein. Denn sie tragen eine hohe Verantwortung, mit dieser machtvollen Position professionell und selbstkritisch umzugehen.

Zum besseren Verständnis einige Beispiele für Verhaltensweisen die sich sehr negativ auf die Beziehung zu Patienten und auf das Milieu einer forensischen Station auswirken können:

- bestimmte Formen von Machtdemonstration gegenüber Patienten
- mangelnde Fähigkeit sich an Vereinbarungen und Absprachen mit Patienten zu halten
- plötzliches installieren von neuen Regeln (evtl. aus Unsicherheit heraus) die dem Patienten nicht erklärt werden
- mangelnde Bereitschaft zur Konfliktgestaltung mit Patienten
- mangelnde Transparenz von Entscheidungsprozessen, die Patienten betreffen
- es wird viel über, aber wenig mit Patienten gesprochen

- Mangelnde Bereitschaft zur Selbstkritik in der Auseinandersetzung mit Patienten
- Und damit verbunden ein Klima, in dem offensichtliche Versäumnisse des Teams oder Teammitgliedern nicht als solche benannt werden und somit auch nicht auf eine unspektakuläre und erwachsene Art mit Patienten kommuniziert werden, um eine angespannte Situation mit dem Patienten zu entzerren; nach dem Motto: *„Wir machen keine Fehler, sondern nur die Patienten.“*

Die Situation der Patienten in der Institution

Persönlichkeitsgestörte Straftäter sind...

- isoliert, Einzelgänger, introvertiert, haben ausgeprägte Beziehungsstörungen,
- haben kaum (konstruktive) Erfahrungen in Gruppen / sozialen Gefügen
- verfügen über behandlungsbedürftige Symptome, die gleichzeitig aus Sicht der Betroffenen unverzichtbare stabilisierende Faktoren ihrer Persönlichkeit (Copingstrategien) sind
- haben nicht gelernt zu teilen, wobei Dissozialität sowohl Symptom als auch Ausdruck für persönliche Abgrenzung sein kann.
- wehren sich gegen das „Kollektiv“ weil es destabilisierend wirkt

Was erwartet die Institution Forensik von den Patienten....

- Anpassung an Gegebenheiten (z. B. überbelegte Stationen, gemischte Diagnosen auf den Stationen, Mehrbettzimmer, Regeln),
- Öffnung und weitgehende Transparenz seitens des Patienten
- völlige Abkehr von „gestörten“, aber für den Patienten wichtigen, psychodynamisch stabilisierenden Elementen in ihrer Person
- Sich – Einlassen des Patienten auf die Therapie, ohne dass dieser einen subjektiven Leidensdruck verspürt oder sich selbst als behandlungsbedürftig erlebt.

Wie kann die Institution Forensik auf persönlichkeitsgestörte Patienten wirken?

Durch die starke Betonung des Kollektivs suchen die betroffenen Patienten häufig Stabilisierung durch den Rückzug auf sich, z.B. im Festhalten an „bewährten“ Verhaltens- und Kommunikationsmustern, oder in starker Externalisierung störungsspezifischer Anteile durch Umkehr der empfundenen Ohnmacht. Dies kann sich äußern durch ausgeprägtes Agierverhalten, Regelverstöße, offene Anfeindungen gegenüber Team und Mitpatienten, impulsives

Verhalten, und ist verbunden mit Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit.

Ansätze der Resilienz und Salutogenese in der Sozio- Milieuthherapie

Sauter et al [7:506], haben zur Recht darauf hingewiesen das es sich bei dem Salutogenesekonzept um ein zu wenig beforschtes Gebiet handelt, bei dem noch viele Fragen offen sind. Gleichzeitig haben Sie konkrete Vorschläge gemacht, wie Pflegende Patienten dabei unterstützen können ihre psychische Gesundheit und ihr Kohärenzgefühl zu stärken, die hier kurz zusammengefasst dargestellt werden:

Handhabbarkeit und Bewältigung fördern

Die Förderung der Handhabbarkeit und Bewältigung ist eine ganz wichtige Voraussetzung den Patienten zu unterstützen die Kontrolle über ihre psychische Störung zu erhalten und ihre individuellen Ressourcen zu stärken. Dies gilt auch für forensische Patienten.

Verstehbarkeit fördern

Die Förderung der Verstehbarkeit meint, Patienten gezielt über ihre Erkrankung und damit verbunden Auswirkungen zu informieren. Hierzu gehört natürlich u. a. die Psychoedukation die in vielfältiger Weise von Pflegenden in der Psychiatrie durchgeführt wird (z. B. mit Psychosepatienten). Bei der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Sexualstraftätern geht es bei diesem Punkt darum, den Patienten im Alltag gezielte Rückmeldungen zur Wirkung und Auswirkung seines Verhaltens zu geben, vor allem in Bezug auf störungsspezifische Verhaltensweisen oder auch kognitive Verzerrungen. Sehr oft hat man es im Alltag mit einer gestörten Eigen- und Fremdwahrnehmung zu tun, die besonders in Konfliktsituationen oder in Krisen zu beobachten ist. Die Patienten haben nur sehr wenig Bezug zu ihren Gefühlen und Affekten, haben Schwierigkeiten ihr eigenes Handeln kritisch zu hinterfragen und reagieren zum Teil gekränkt, impulsiv oder mit persönlichem Rückzug auf negative Rückmeldungen und notwendig werdende Interventionen. Hinzu kommt, dass viele Symptome, die von der Umwelt als „gestört“ oder pathologisch wahrgenommen werden, für den Patienten die einzig zur Verfügung stehenden Copingstrategien darstellen, die er zur Verfügung hat, um sich selbst zu regulieren.

Aufgabe der Pflege ist es, den Patienten durch gezielte Rückmeldungen, professionelle Beziehungsarbeit und im Rahmen von gezielten Pflegeinterventionen dabei zu unterstützen, sein persönliches „Script“ in Alltagssituationen zu verstehen. Damit ist gemeint, dem Patienten dabei zu helfen, sich selbst und sein Verhalten kennen und verstehen zu lernen. Denn erst dann wird es möglich Alternativen und Verhaltensänderungen gemeinsam zu bearbeiten.

Sinnhaftigkeit fördern

Hier beschreiben Sauter et al, dass Patienten lernen, ihre Erkrankung im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte zu sehen. Die meisten persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik weisen keine „unauffällige“ Biographie auf. Im Gegenteil! Viele Patienten kommen aus zerrütteten Familienverhältnissen, haben Gewalt oder ein hohes Maß an Ignoranz und wenig persönliche Nähe oder konstante Beziehungen in ihrem unmittelbaren Umfeld erfahren. Eine Heimsozialisation, frühe psychiatrische Auffälligkeiten und Jugendkriminalität können weitere Faktoren sein, die nicht selten in den Lebensläufen von forensischen Patienten zu finden sind. Deswegen stellt dieser Punkt einen ganz wesentlichen Inhalt eines therapeutischen Prozesses in der Forensik dar. Pflege kann hierzu ihren Beitrag leisten, in dem sie dem Patienten ein individuelles, auf seine Ressourcen und Defizite ausgerichtetes, aber vor allem zuverlässiges Beziehungsangebot bietet. Im Rahmen der kontinuierlichen und reflektierten Beziehungsarbeit kann der Patient die Möglichkeit erhalten, neue und positive Erfahrungen mit anderen Menschen zu machen und unterschiedliche Rollen in einer Bezugsperson kennen zu lernen (positive wie negative), ohne einzelne Anteile abzuspalten zu müssen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die regelmäßige und zeitnahe Reflexion von Situationen, die eine Belastung für den Patienten darstellen. Hierzu zählen nicht nur die Situationen in denen der Patient durch seine „gestörten“ Verhaltensweisen auffällt, sondern auch Konflikte die durch strukturelle Probleme oder mangelnde Transparenz im Team entstehen.

Transfer in den pflegerischen Alltag

Aufgabe der MitarbeiterInnen im Soziumilieu des MRV ist es, Lösungen für das Dilemma aus dem Paradox von Behandlung (Entwicklung) und Sicherung (Kontrolle und Stilllegung) herzustellen.

Es muss darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer zu starken Betonung des Institutionellen kommt. Dann kann es zu den schon beschriebenen negativen Reaktionen bei den Patienten kommen. Die Möglichkeiten zur Entwicklung im Alltag durch individuelle Variationen und soziale Integration durch die Pflegenden muss bewahrt bleiben. Auch dann wenn das Ziel der Behandlung aufgrund einer zu hohen Rückfallgefahr eines Patienten nicht mehr die Resozialisierung ist, sondern das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität im Rahmen einer gesicherten Unterbringung.

In Bezug auf die Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der pflegerischen Betreuung von Patienten in der Forensik, könnten folgende Fragestellungen und Maßnahmen nützlich sein:

Welche konstruktiven Faktoren sind durch die Resilienz beim Patienten vorhanden, bzw. erhalten geblieben, wie können diese Faktoren evaluiert werden und mit welchen konkreten psychiatrischen – pflegerischen Maßnahmen an diese Faktoren angeknüpft werden?

Diese Frage lässt sich sehr gut im Rahmen des Pflegeprozessmodells bearbeiten. Ausgangspunkt für jeden Pflegeprozess, ist ein ausführliches Assessment. Bei dem die Ressourcen des Patienten besonders in den Vordergrund treten. Aufgrund der langen Unterbringungszeiträume gibt es in der forensischen Pflege nicht den Zeitdruck, wie es ihn in vielen anderen Bereichen der Pflege gibt. Man sollte diese Zeit konstruktiv nutzen, um den Patienten intensiv kennen zu lernen, mit ihm gemeinsam eine ausführliche Pflegeanamnese aufzunehmen und in diesem Prozess bereits die Grundlagen für eine Beziehung zum Patienten zu gestalten. Hierbei können wichtige Daten erhoben werden die sich später bei der Planung von Pflegemaßnahmen als sehr nützlich erweisen können. Z. B. womit hat sich der Patient vor seiner Unterbringung beschäftigt, welche stabilisierenden Faktoren gab es in seinem Umfeld, was hat ihm bei Problemen geholfen, was nicht.

Welche resilienzfördernden Beziehungen oder Erfahrungen hat der Patient bisher in seinem Leben gemacht, welche waren positiv für ihn?

Bei der Anamneseerhebung systematisch die Beziehungserfahrungen und prägende Bezugspersonen mit dem Patienten erheben. Die erhobenen Erkenntnisse sollten möglichst bei der Beziehungsgestaltung zum Patienten

berücksichtigt werden. Von beziehungsgestörte Patienten zu erwarten, dass sie von Anfang an eine vertrauensvolle Beziehung zu allen Teammitgliedern aufbauen, damit es allen beteiligten im Umgang besser geht und sich jeder „sicherer“ fühlen kann, ist unrealistisch. Es sollten eine überschaubare, fest zugeordnete Anzahl von Bezugspflegerinnen benannt werden. Mit offensichtlichen „Unverträglichkeiten“ sollte offen und professionell umgegangen werden. Es sollte kein Kollege zunächst in den Beziehungsaufbau eingebunden werden, der einem evtl. negativen Rollenvorbild des Patienten entspricht (z.B. dominanter Vater). Das würde den Patienten daran hindern eine konstruktive Beziehung zu dem Mitarbeiter aufzubauen. Wobei es zu einem späteren Zeitpunkt der Pflegeplanung, nach erfolgter Stabilisierung, durchaus Sinn machen kann, den „dominanten“ Kollegen in die Betreuung mit einzubinden.

Authentische Beziehungsgestaltung hängt maßgeblich vom Interesse und vom Willen sich immer wieder einzulassen, von Betrachtung eigener Normen und Werte als persönlich, dem Zulassen und Interesse an anderen Haltungen und Werten und der Wertschätzung (auch fremder) individueller Schwerpunkte ab.

Wie lassen sich resilienzfördernde Faktoren in die Milieuthérapie integrieren und in Maßnahmen übersetzen?

Neben dem beschriebenen Beziehungsprozess gehören hierzu gezielte und geplante Interaktionen wie z. B. Gruppen, Freizeitgestaltung. Milieuthérapie in der Forensik kann nur die „Rekonstruktion“ eines künstlichen Alltags innerhalb einer gesicherten und unfreiwilligen Unterbringung sein. Die Beziehungen müssen sich im milieuthérapeutischen Setting abbilden und entwickeln, resilienzfördernde Maßnahmen sollten in Beziehungsangeboten und Maßnahmen berücksichtigt und übersetzt werden. Die Milieuthérapie übernimmt in diesem Fall eine Stellvertreterfunktion von gesellschaftlichen und sozialen Kontexten. Das bedeutet zu differenzieren, zu individualisieren, situativ zu handeln und die Partizipation der Patienten an Entscheidungsprozessen zu unterstützen. Ziel ist ein gesundheitsförderliches Milieu, das aber auch den individuellen Sicherheitsbedürfnissen der Gesellschaft und dem gesetzlichen Rahmenbedingungen entspricht.

Anforderungsprofil an Pflegendе

Die Voraussetzungen für die Pflegenden sind:

- Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme
- Bereitschaft zur ständigen Reflektion von Werten und Normen
- Bereitschaft, ständig zu differenzieren
- Handlungsorientierung (am Alltag)
- Reflexion eigener Wirkung und Gegenübertragungen
- Reflexion von Nähe und Distanz, Echtheit und Professionalität
- prozesshaftes Vorgehen im Sinne der Entwicklung
- Rollendifferenzierung im Team
- fachliche Qualifikation: Gesprächsführung, Grundkenntnisse in Gruppenpädagogik und Gruppendynamik, Kenntnisse über Krankheitsbilder
- Bewusstsein und Sensibilität für das eigene Machtpotential und die Verführung dadurch

Literatur:

1. Artikel Resilienz, Wikipedia, <http://de.wikipedia.org/wiki/Resilienz>
2. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie Verlag
3. Artikel Salutogenese, Wikipedia, <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese>
4. Hahn G (2007) Rückfallfreie Sexualstraftäter. Bonn: Psychiatrie Verlag
5. Antonovsky A (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche. Gesellschaft für Verhaltenstherapie
6. Goffmann E (1973) Asyle, über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp
7. Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (2006) Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber

Die Anerkennung des psychisch kranken pflegebedürftigen Menschen als empirisches Phänomen

Harald Haynert

Abstract

Im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit zum Master of Science in Nursing wurde die Anerkennung des psychisch kranken pflegebedürftigen Menschen durch Pflegende als empirisches Phänomen erforscht.

Ziel war es, das Konzept Anerkennung auf der Grundlage empirischer Daten für die Station x des Krankenhauses y zu generieren, da der Begriff zwar in der pflegewissenschaftlichen Literatur Erwähnung findet, aber unklar ist, was Anerkennung ist und wie sie realisiert wird.

Anerkennung ist eine soziale Ordnungskraft moderner Prägung, die unter den Bedingungen von Freiheit und Gleichheit zum Tragen kommen soll und die durch Inklusion und Exklusion wirkt. Als ethische Aufgabe und Leistung verstanden, wird sie zur Herausforderung, wenn zwischen sozialen Akteuren kein gemeinsamer unfraglicher Kontext vorausgesetzt werden kann. Die Pflege des psychisch kranken Menschen in der Psychiatrie stellt eine solche Herausforderung dar, da dort Normalität und Andersheit als Problemfälle allgegenwärtig sind. Ausgehend von der Erkenntnisleitenden Frage, wie dem nicht konzeptualisierten Wissen Pflegender eine Stimme gegeben werden kann, wurde basierend auf Bourdieus Theorie der Praxis ein offenes, phänomengeleitetes Design in Anlehnung an die Ethnografie gewählt.

Eine an der Theorie der Praxis angelehnte Methodologie erlaubt es nicht nur zu erforschen, wie Pflegende den psychisch kranken Menschen sehen und pflegen; eine am praktischen Sinn der Pflegenden orientierte Theoriebildung zielt darüber hinaus darauf ab, die die Anerkennung bedingenden Strukturen auf Station x aufzudecken, zu analysieren und zu rekonstruieren. Deshalb folgte die Datenerhebung einer dreistufigen Strategie: Zunächst wurden alle Bedingungen, die das Feld strukturieren (von Dokumenten bis hin zur Architektur), gesichtet und analysiert. Daran anschließend wurden 10 der 15 Pflegenden mittels eines narrativen bzw. episodischen Interviews befragt. Zudem

wurde über einen Zeitraum von 47 Tagen eine teilnehmende, teilstrukturierte Beobachtung der Akteure im Feld durchgeführt. Die Befragung und fokussierte Beobachtung aller Pflegenden konnte nicht beendet werden, da im Rahmen, und nicht durch die Forschung!, zwei Patienten ums Leben kamen.

Die an die Datenorganisation anschließende Computergestützte Kreative Datenanalyse (CDA) erfolgte mit den Programmen MAX QDA2007® und NVivo2007® bzw. XSight2007®. Alle Memos, Protokolle und Interviewtranskripte wurden zunächst offen codiert. Die Interviewsequenzen, die ein vertiefendes Verständnis des zu untersuchenden Phänomens beinhalteten, wurden zusätzlich nach der Thematischen Inhalts- und Feldanalyse nach Fischer-Rosenthal & Rosenthal codiert.

Die wichtigsten objektiv-strukturierenden Bedingungen waren der Personalschlüssel, die Teamzusammensetzung sowie der Raum, der für die Menschen in der Psychiatrie stets ein begrenzter ist. Die Begrenzung bewirkt die Entstehung von Alltagsroutine und die Ausbildung von Habitualisierungen, die wiederum jede interpersonale Begegnung und damit auch jede Anerkennung beeinflussen.

Anerkennung auf Station x realisiert sich wie folgt:

1. Das Miteinander von Anders- und Gleichbehandlung
2. Nichtnormalität sein lassen
3. Ein Geschehen in Grenzen und Räumen strenger Anordnung
4. Ein Geschehen unter problematischen Bedingungen, die die Anders- und Gleichbehandlung konterkarieren und in Verkennung und inhumane Pflege umschlagen

"Fremdheit zulassen - Welten erfahren" – das WEGweiser Projekt

Stefan Jünger, Thomas Hax-Schoppenhorst

Beschreibung des Krankenhauses

Einführungsort des WEGweiser-Projektes sind die Rheinischen Kliniken Düren; sie sind eine von neun weiteren psychiatrischen Kliniken in der Trägerschaft des Landschaftsverbands Rheinland. Die Klinik verfügt über 700 Betten und insgesamt 1020 Mitarbeiter.

Mit dem Projekt Wegweiser widmen wir uns einer durchaus heiklen Thematik, die alle Beteiligten vor Neue Fragen und Herausforderungen stellt. Menschen aus den verschiedensten Kulturkreisen gelangen nicht selten unter dramatischen Rahmenbedingungen in psychiatrische Behandlung, diese Bedingungen haben Auswirkungen auf den Betroffenen sowie auf die Strukturen in der die Behandlung stattfindet. Hier werden immer wieder verschiedene Fragestellungen aufgeworfen. Wie erleben die Betroffenen diese für sie sicherlich völlig fremde Ausnahmesituation? Mit welchen Gedanken, Gefühlen und Bildern ist für die professionell Handelnden zum Beispiel die Akutaufnahme einer Migrantin oder eines Migranten verbunden? Gibt es Alternativen bzw. Möglichkeiten einer kultursensiblen Überwindung der massiv auftretenden, vielschichtigen Probleme und wie können wir unsere Ressourcen unter einem stärker werdenden wirtschaftlichen Druck verbessern bzw. anpassen?

Der derzeitige Migrantenanteil in unserer Klinik beläuft sich auf 12 %, hier zeichnet sich der Trend ab, dass dieser in den nächsten Jahren deutlich ansteigen wird. Hier insbesondere in den Bereichen der Suchtabteilung und in der Gerontopsychiatrie. Dies ist der Grund, weshalb wir der Meinung sind, dass man nur mit veränderten personellen Voraussetzungen sowie strukturellen Änderungen dieser neuen Bedürfnislage gerecht werden kann. Wie allgemein auch im gesellschaftlichen Leben spürbar, haben wir die Möglichkeit, neue Versorgungsangebote auch für Migranten zu schaffen oder abzuwarten, bis uns die künftige Wirklichkeit einholt. Diese Angebote müssen in das normale Behandlungsangebot integriert werden. Unsere Konzeption baut auf zwei

wesentlichen Grundsätzen auf; dies sind soziale Faktoren sowie ökonomische Faktoren. Beide stehen in einem engen Zusammenhang und bilden die Grundlage, ein solches Projekt, das hohe soziale Anteile enthält, auch in der Zukunft zu sichern.

Deshalb möchten wir, die Projektinitiatoren, an dieser Stelle wichtige Informationen zu den Begriffen der Transkulturellen Pflege/ Behandlung geben.

Im Mittelpunkt dieses Projektes steht der Begriff der Transkulturellen Pflege. Transkulturell bedeutet, die Einseitigkeit anderer Kulturkonzepte zu überwinden. Man geht davon aus, dass sich unterschiedliche Kulturen beeinflussen bzw. vermischen und langfristig neue gemeinsame Anteile bilden. Beispiele hierfür sind die Sprachkultur oder die Esskultur in unserer Gesellschaft. Da sich auch die Rheinischen Kliniken Düren in einem solchen gesellschaftlichen Veränderungsprozess befinden, möchten wir unseren Behandlungsauftrag entsprechend anpassen.

Um die seelische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in unserem Versorgungsgebiet sicherzustellen, müssen Zugang und Behandlung für diese Personengruppe vereinfacht werden. Hierzu gehört Bedingungen in der Institution zu schaffen, die dies zu lassen. Das bedeutet die Situation der Betroffenen in das Bewusstsein der psychiatrisch Tätigen zu heben.

Die aktuelle Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund, besonders im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung, lässt derzeit noch viel zu wünschen übrig. Häufig wird das Problem ignoriert und es herrscht der Tenor, dass man mit den bisherigen Angeboten auskommen kann. Es ist zu beobachten, dass dieses Patienten Klientel häufig unter Umständen des Zwangs behandelt wird.

Die derzeitigen Aufnahmen von Patienten mit einem Migrationshintergrund finden vorwiegend in den geschlossenen Aufnahmebereichen statt. Dies lässt die Annahme zu, dass sich Migranten in psychischen Krisensituationen zu spät oder gar nicht hilfesuchend an eine psychiatrische Institution wenden, so wie es einheimische Patienten tun.

Wir wissen, dass die Krisenaufnahme ein negativer Behandlungseinstieg für den Patienten sowie für die Institution ist. Nur selten kommt es zu einer zügigen Verlegung auf offene therapeutisch weiterführende Stationen. Diese

Problematik stellt uns vor soziale aber auch ökonomische Probleme. Das individuelle Krankheitskonzept der Betroffenen zu entschlüsseln, um adäquate wirksame Therapien anzuwenden, stellt sich oft als problematisch dar. Häufig errahnen wir nur den Behandlungseinstieg, hieraus resultieren ungenaue diagnostische Einschätzungen. Aus diesen Umständen resultieren für die Klinik auch große finanzielle Anstrengungen bezüglich bereitzustellender personeller Ressourcen sowie hohe Kosten für die Exploration, um später feststellen zu müssen, dass man die angewendeten Therapieverfahren einer völlig veränderten Wirklichkeit anpassen muss.

Für die verschiedenen Berufsgruppen stellt die soziale Integration der Migranten, die häufig aus völlig anderen und uns fremd erscheinen Kulturen stammen, ein Problem in der alltäglichen Betreuung / Behandlung dar. Die Hauptprobleme dieser soziokulturellen Unterschiede basieren auf dem Nicht-Verstehen, was zur falschen Einschätzung der Lebenssituationen und der Krankheitskonzepte von Patienten mit Migrationshintergrund führt.

Dies hat Auswirkungen auf alle Behandlungsbereiche und vor allem auf die Patienten in der psychiatrischen Betreuung. Basierend auf diesen Kommunikationsproblemen verstehen die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen die Anliegen, Umgangs- und Ausdrucksformen von Patienten und Patientinnen nicht ausreichend. Das eigene Erleben und das beobachtete Verhalten sind anders, als wir es aus unserem Alltag kennen; die Erwartungen der Patienten an Hilfe und Unterstützung weisen häufig große Differenzen auf. Jeder Einzelne der psychiatrisch Tätigen steht vor der Aufgabe, die soziale Distanz zu überbrücken und mehr Verständnis für die unterschiedlichen Lebensweisen / Wertvorstellungen sowie das Gesundheitsverhalten zu entwickeln

Ursachen

Ein Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Erkrankungen konnte nie eindeutig bewiesen werden. Migration macht nicht automatisch krank, aber sie erhöht die Disposition der Betroffenen für Erkrankungen aus dem somatischen sowie psychiatrischen (vgl. Abbildung 1). Im Folgenden werden wesentliche migrationsassoziierte Faktoren beschrieben die eine potentielle Auswirkung auf die Entstehung und Verlauf psychischer Störungen besprechen.

Abbildung 1: Risikofaktoren

Hoch- Risiko- Personen	psychische Vorerkrankung, schwere seelische Traumatisierung mangelnde Sprachkenntnisse, höheres Lebensalter
Hoch-Risiko- Perioden	bestimmte Phasen des Migrationsprozesses (Euphoriephase, Ernüchterungsphase, Einbindungsphase), migrationsunabhängige kritische Lebensereignisse, unzureichende Beschäftigung, fehlende Sozialbeziehungen, Verlust vertrauter Wertorientierungen
Hoch- Risiko- Milieus	Mangel an sozialer Unterstützung, Fehlen identitätsstützender zwischenmenschlicher Bindungen, soziale Isolation, unstrukturierter Tagesablauf, Verunsicherungs- und Bedrohungserfahrungen

Diese Faktoren stellen richtungsweisende Informationen im Anamneseprozess dar. Sie helfen uns pathogene Faktoren zu erkennen, um den Patienten in seiner aktuellen Lebenssituation zu verstehen, aber auch die entsprechenden Behandlungsübergänge zu allen an der Behandlung beteiligten so effizient wie möglich zu gestalten. Diese Faktoren sind gleichermaßen für die Pflege sowie für die therapeutischen Berufsgruppen von großer Bedeutung

Formen der seelischen Störungen

Wenn auch allgemein gültige Aussagen nur schwer zu treffen sind, so lässt sich festhalten, dass in den psychiatrischen Kliniken der Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund vergleichsweise hoch ist.

Die Zahl ist besonders auf dem Hintergrund bemerkenswert, dass vielen psychisch Auffälligen bzw. offenkundig unter seelischen Störungen Leidenden der Gang in eine psychotherapeutische Behandlung oder gar in eine psychiatrische Klinik schier unmöglich erschien bzw. erscheint, da auftretende Symptome „somatisiert“ und seelische Konflikte negiert wurden und werden – ein anderes Verhalten „erlaubt(e)“ das aus der Heimat „mitgebrachte“ Rollenverständnis nicht.

Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund die in den Rheinischen Kliniken Düren behandelt werden zeigen häufig Symptome von a) Traumatisie-

rungen, b) Angst- und Panikzuständen, c) Depressionen, d) Suchterkrankungen, und e) psychosomatischen Erkrankungen.

Psychische Probleme bei diesem Personenkreis werden wegen der oben skizzierten Barrieren oft zu spät erkannt; häufig geht der korrekten psychiatrischen Diagnose der Gang zu diversen Haus- und Fachärzten voraus, um das

Gesundheitliche Probleme / psychiatrische Behandlung

Bei der pflegerisch / therapeutischen Arbeit mit Migranten im Sinne der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Behandlung, können wir in vier Bereichen Ursachen benennen, an denen ein gleichwertiges Behandlungsangebot scheitert. Es bezieht sich gleichermaßen auf den stationären sowie ambulanten Versorgungsbereich unserer Klinik. Dies sind:

- sprachliche und kulturelle Verständigung
- Berücksichtigung familiärer Strukturen (Subsysteme)
- religiöse Vorstellungen
- ethnische Zugehörigkeit

Die Projektleiter qualifizierten sich an der Uniklinik Nürnberg in einer drei monatigen Ausbildung zur Migration im Gesundheitswesen, um den Anforderungen gewachsen zu sein. Im Rahmen der neu geschaffenen Funktion der Integrationsbeauftragten steuern und vertreten wir die Interessen der Rheinischen Kliniken Düren zu interkulturellen Themen.

Die Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken Düren sollen umfassend für die spezifischen Bedürfnisse ausländischer PatientInnen sensibilisiert werden. Eine kultursensible Behandlung soll im Rahmen der Einführung zu einem selbstverständlichen Bestandteil des professionellen Handelns werden. Diesbezüglich existierende Defizite im Bereich der pflegerischen und therapeutischen Versorgung sollen behoben und die bereits vorhandenen Ansätze unter den MitarbeiterInnen, welche häufig auf Eigeninitiative basieren, auf ein breites Fundament gestellt werden.

Es soll ein Behandlungsklima geschaffen werden, das einerseits aufkommende Ohnmachtsgefühle auf Seiten der Mitarbeiter durch Kompetenz- und Strategievermittlung reduzieren hilft und das andererseits die am Pflegeprozess Beteiligten empathiefähig(er) macht. Um dieses Ziel zu erreichen, haben wir

mit einer Bildungsinitiative im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung für alle Mitarbeiter in der Klinik begonnen. Dieses Behandlungsklima sichert eine enge Verknüpfung der einzelnen Berufsgruppen untereinander, garantiert eine effiziente Zusammenarbeit in den Schnittstellen der Klinik. Dies beginnt während der Aufnahme und setzt sich auch in die Bereiche der Verwaltung und der Küche fort.

- Erweiterung der fachlichen und sozialen Handlungskompetenz; Gewährleistung einer patientenorientierten Pflege.
- Erleichterung der Arbeitsabläufe – Fach- und Handlungskompetenzen reduzieren ein unnötiges Maß an Irritationen, Aufregungen, Missverständnissen und Fehleinschätzungen und gewährleisten ein strukturiertes, zielorientiertes Vorgehen.
- Wahrnehmung von Vermittler- und Multiplikatorenfunktion – das erworbene Wissen soll an andere Kolleginnen und Kollegen weitergeleitet werden.
- Horizonterweiterung – Vorurteile und Stereotypen gegenüber „Fremden“ werden abgebaut; positive Neugierde und Offenheit gegenüber Migrantinnen und Migranten werden gefördert.

Maßnahmen

1. Öffentlichkeitsarbeit / Netzwerke

Die Netzwerkarbeit nimmt einen zentralen Stellenwert im Konzept ein. Hier sind vor allem klinikübergreifende Initiativen zu nennen, wo Erfahrungen und Hilfen zwischen den einzelnen am Netzwerk beteiligten Institutionen ausgetauscht werden. Die beiden Integrationsbeauftragten sind im Begriff, das Netzwerk Migration sukzessive auszubauen; auch eine Vernetzung mit den Krankenkassen ist geplant. Derzeit bestehen Anbindungen an Stadt und Kreis Düren, an den Träger, an die katholische sowie evangelische Kirche, an das Diakonische Werk sowie an den Paritätischen Wohlfahrtsverband

1.1 Arbeitskreis Migration des Kreises Düren

Ziel des Arbeitskreises Migration ist die Erstellung und Umsetzung eines Integrationskonzeptes auf kommunaler Ebene. Hieran sind alle sozialen Einrichtungen des Kreises Düren sowie auch die Rheinischen Kliniken Düren beteiligt.

Bestandteile des Integrationskonzeptes gilt es in den Bereichen „Gesundheit“, „Jugendhilfe“, „Schule u. Bildung“, „Sprachförderung“ und „Arbeitsmarkt“ zu unterstützen bzw. zu fördern. Hier konnte bereits ein Integrationskonzept wie oben beschrieben erstellt werden.

1.2 Arbeitskreis Migration in der Psychiatrie

Der Arbeitskreis ist eine Plattform zum Erfahrungsaustausch für die einzelnen Rheinischen Kliniken. Derzeitiger Schwerpunkt ist ein einheitlicher Internetauftritt des LANSCHAFTSVERBANDS RHEINLAND zum Thema Migration. Der Arbeitskreis unterstützt die Bedürfnisse der einzelnen Kliniken, Kontakte zu den politischen Gremien des Landes herzustellen. Zudem werden in diesem systematisch Materialien gesammelt und bearbeitet, die zur Behandlung von Migrantinnen und Migranten in den Kliniken von Bedeutung sind (z.B. Übersetzungen von psychologischen Tests). Hier konnten für die Kliniken Patienteninformationen erstellt werden, die in vier verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen. Diese erklären dem Erkrankten und seinen Angehörigen die Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten seiner Krankheit.

2. Befragung der Mitarbeiter

Die Umfrage richtet sich an alle Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken Düren, sie dient der Ist-Analyse und Bedarfserhebung. Mit ihr soll festgestellt werden, welchen Bedarf und welche Probleme die einzelnen Abteilungen hinsichtlich der Betreuung von Migrantinnen und Migranten haben.

2.1 Interviews mit den Stationsleitungen / Experteninterviews

Mit den Interviews sollen spezifische Defizitfelder erschlossen werden, die mit einer reinen Patientenbefragung nicht zu erheben sind. Die Mitarbeiter sind Teil der Institution und verfügen über umfassendere Kenntnisse der institutionellen Zusammenhänge und der betrieblichen Organisation unseres Hauses. Mit dieser Befragung werden nicht nur subjektive Aussagen erhoben, sondern auch relevante Hinweise auf strukturelle Aspekte der Versorgungssituation gewonnen. Aus diesen Aussagen können anschließend bedarfsgerechte Veränderungsmaßnahmen abgeleitet werden. Die Interviews dienen somit zur Informationsermittlung der aktuellen psychiatrischen Versorgung in den Rheinischen Kliniken Düren.

2.2 Befragung der Patienten

Mit der Befragung soll die pflegerische / psychotherapeutische Versorgung der Patienten mit einem Migrationshintergrund analysiert werden. Es sollen Aussagen zu einer ganzheitlichen Betreuung und Behandlung von Migrantinnen und Migranten getroffen werden, um Problembereiche während des Aufenthaltes in unserer Klinik zu identifizieren. Aus den Ergebnissen soll die ambulante sowie die stationäre Versorgung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt optimiert werden.

Die Anregungen der Patienten dienen der direkten Anpassung durch geeignete Maßnahmen im Rahmen der Möglichkeit der Klinik. Hiermit soll vor allem die Verpflichtung der Rheinischen Kliniken Düren zur Verbesserung und kritischen Reflexion der bisherigen Maßnahmen gegeben sein.

3. Mitarbeiter qualifizieren

Ein Baustein des WEGweiser-Projektes sind die Inhouse-Schulung und Weiterbildungen. Diese Bildungsinitiativen richten sich an alle Mitarbeiter und sollen mit ihrer Konzeption zur Kultursensibilisierung im Umgang mit ausländischen PatientInnen beitragen.

Dieser Bereich stellt eine wichtige Säule in der Umsetzung des Projektes dar. Die Innerbetriebliche Fortbildung ist ein entscheidendes Instrument der Personalentwicklung.

4. Kommunikation

In der psychiatrischen Behandlung stellt die Kommunikation einen wesentlichen Aspekt hinsichtlich des Behandlungserfolges dar. Deshalb ist leicht zu verstehen, dass Menschen, die schlechte bis keine deutschen Sprachkenntnisse haben, mangelhaft bis kaum in unserer Klinik behandelt werden können.

4.1 Dolmetscherdienst / Sprach- Kulturmittler (Keyperson)

Die Rheinischen Kliniken Düren werden eine weitere Kooperation mit der Organisation SpraKuM der Diakonie Wuppertal anstreben. Diese Organisation nutzt die spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten in Deutschland lebender Flüchtlinge und Asylbewerber und bildet sie zu Sprach- und Kulturmittlern im Bereich Gesundheit und Soziales aus. Hier werden die Sprach- und Kulturmittler als Honorarkräfte zum Einsatz kommen, wenn zwischen psychiatrischem

Fachpersonal und Migranten nicht lösbare Verständigungsprobleme und Informationsdefizite in soziokulturellen Fragen aufkommen.

4.2 hausinterner Dolmetscherdienst

Es besteht eine interne Liste, auf der Mitarbeiter der Klinik registriert sind die eine oder mehrere Fremdsprachen sprechen. Diese wird aktualisiert und in elektronischer Form ist Intranet gestellt um bei einem Übersetzungsbedarf schnelle Hilfe zu gewährleisten.

4.3 Informationsmaterialien

Ein Informationsflyer zu Geschichte, Struktur und Behandlungsangebot der Klinik wird im Jahre 2007 in deutscher, englischer, französischer, russischer, polnischer und türkischer Sprache vorliegen. Er soll vor allem Angehörigen die Möglichkeit geben, sich in relativer Kürze mit dem (doch so fremden) Ort vertraut zu machen, an dem Mitglieder ihrer Familie behandelt werden.

4.4 Piktogramme

In unserem Arbeitsalltag hat sich gezeigt, dass man mit Übersetzungen Kommunikationsprobleme beheben kann; dies betrifft allerdings nicht Patientinnen und Patienten die, weder schreiben noch lesen können. Für diese Personengruppen, die vermehrt in der Gerontopsychiatrie behandelt werden, stellt die Arbeitsgruppe Piktogramme zu den wesentlichen Alltagssituationen im Gesundheitswesen her.

4.5 Wort- und Satz-“schätze“

Diese dienen der schnellen Lösung von Verständigungsproblemen hinsichtlich alltagsbezogener pflegerischer und medizinischer Handlungen. Dies kann beispielsweise die Blutentnahme, die Unterstützung bei der Körperpflege oder die Versorgung bei der Ernährung sein. Hier handelt es sich um übersetzte Kurztexte, die zur Verständigung helfen sollen

5. Sprechstunden

Fragestellungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten anderer Kulturen ergeben sich häufig unvermittelt; oft entsteht im Laufe des gemeinsamen Alltags ein ganzes Bündel von Unklarheiten und Problemlagen.

Die beiden Integrationsbeauftragten bieten in Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus der Türkei, aus Russland und aus Polen (fakultativ) eine

regelmäßige Sprechstunde an, zu der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen bzw. aller Stationen kommen können, um gemeinsam über konkrete „Fälle“ zu sprechen.

6. Intranet

Mit Jahresbeginn wurde eine Intranetseite initiiert, die regelmäßige Informationen zu den Ländern bietet, aus denen der Großteil der Migrantinnen und Migranten in den Rheinischen Kliniken Düren stammen.

7. Anpassung des Speise- und Getränkeangebots an Geschmack und Essgewohnheiten der Patienten

In diesem Bereich wird es ein Speiseangebot geben, was den Bedürfnissen der verschiedenen Esskulturen von Migranten gerecht wird. Als Beispiel ist hier die Verbesserung der „Moha-Kost“ zu nennen.

8. Dokumentation

8.1 Pflegedokumentation

Bezüglich der Erhebung einer biografieorientierten Anamnese muss der Schwerpunkt der Daten auf das spezifische Krankheitsverständnis ausgerichtet sein. Sie ist entscheidend für die Gültigkeit der Diagnose und die Tragfähigkeit und Effektivität der darauf aufbauenden Behandlung. Hierfür setzen wir am Klinikum Nürnberg erprobte transkulturell orientierte Anamneseleitfäden für Migranten ein.

8.2 Ärztliche Dokumentation / Sozialdienst / Psychologen

Im Bereich der therapeutischen Berufsgruppen (insbesondere der Ärzte/ Psychologen) werden noch in diesem Jahr Assessments zur Verfügung gestellt, sowie die Übersetzung psychologischer Testverfahren, um eine gezielte Erstellung von medizinischen Diagnosen zu ermöglichen. Derzeit gibt es beispielsweise Schwierigkeiten bei der Exploration von demenziellen Erkrankungen, aber auch in weiteren Bereichen der Diagnosestellung, die richtige Art der Psychose zu diagnostizieren, wenn kulturelle Differenzen und sprachliche Schwierigkeiten vorherrschen.

Ergebnis

Diese zuvor geschilderten Situationsbeschreibungen machen deutlich, dass hier wesentliche Anstrengungen unternommen werden die aktuelle Behand-

lungssituation von Migranten auf das Niveau der einheimischen Patienten anzuheben. Alle Maßnahmen in Ihrer Komplexität garantieren ein Ineinandergreifen der unterschiedlichsten Schnittstellen in unserer Klinik und helfen so wesentliche Belastungen der einzelnen Berufsgruppen zu reduzieren. Hier- von versprechen wir uns neben einer höheren Patientenbehandlungszahl auch eine größere Mitarbeiterzufriedenheit. Wir wollen mit dieser Initiative ein weiteres Behandlungsangebot schaffen um am Gesundheitsmarkt weiter zu wachsen und in Zukunft zu bestehen.

"Image heben - Pflege pflegen!"

Thomas Hax-Schoppenhorst, Stefan Jünger

Trotz gemachter Fortschritte ist es im Vergleich zur somatischen Pflege noch immer schlecht um das Image der psychiatrisch Pflegenden bestellt. Ihrer Arbeit haftet etwas Diffuses an, zu dem sich so recht niemand äußern kann oder will. Im Gegensatz zu leichter erklärbaren körperlichen Erkrankungen bleiben seelische Erkrankungen von ihrem Wesen, ihrer Symptomatik und ihren Verlauf her schwer vermittelbar. Die Ursache hierfür sind unter Umständen in der Tabuisierung psychischer Krankheiten, im Selbstbild der in diesem Arbeitsfeld Tätigen sowie in ihrer Selbstdarstellung zu finden.

Montag, 7.10 Uhr auf einer chirurgischen Station eines Krankenhauses im Großraum Aachen. Die stellvertretende Stationsleiterin erklärt einer Schülerin des Mittelkurses der Schule für Pflegeberufe, die an die größte psychiatrische Klinik der Region angeschlossen ist, das Prinzip einer Blutdruckmessung, als habe diese so ein Gerät noch nie in ihrem Leben gesehen. Höfliche Hinweise der irritierten Schülerin zeigen keine Wirkung – die langjährig erfahrene examinierte Schwester bleibt beharrlich und führt den Ablauf der Messung geradezu selbstverliebt und mit stoischer Ruhe vor. Die anschließend durchzuführenden Messungen beobachtet sie mit erkennbarer Skepsis. Die Schülerin, durch ihre vielfachen Praxiseinsätze durchaus schon erfahren und von den meisten Praxisanleitungen mit Bestnoten beglückt, muss sich alle Mühe geben, um nicht aus der Haut zu fahren.

Zwei Stunden später ...

Die gleiche vorgesetzte Schwester geht mit gezieltem Schritt und äußerst angespanntem Blick auf die Schülerin zu. Ihre Botschaft ist knapp: *„Auf Zimmer 27 ist Frau S. fix und fertig. Sie muss noch einmal operiert werden und glaubt nun, dass der Weltuntergang naht. Ich kann mir das heute nicht mehr antun. Sie heult in einer Tour. Geh’ du da mal hin – das ist wohl eher psychisch, ... da seid ihr doch Spezialisten!“*

Die Schülerin ist konsterniert; bevor sie noch großartig darüber grübeln kann, wie nun das „da seid ihr doch Spezialisten“ betont war (also vielleicht im Sinne eines süffisant-indirekten Vorwurfs, in allen anderen Fragen sei sie Mittelmaß oder gar fehl am Platze ...), folgt sie der Aufforderung und begibt sich zu der verzweifelten Patientin.

Ein Einzelfall? Mag sein, wenn Klagen über eine tief verwurzelte Skepsis gegenüber Schülerinnen und Schülern, die ihre Ausbildung an einer psychiatrischen Klinik absolvieren, nicht gerade selten sind.

Gleicher Fächerkanon, gleiche Prüfungsordnung, gleiche Lehrbücher ...

Wo könnte die Ursache für diese Blockade liegen?

„Wir können machen, was wir wollen – uns geht immer ein gewisser Ruf voraus. Über uns wird getuschelt, nicht aber offen mit uns gesprochen. Es heißt immer, wir machten ein ‚Light-Examen‘. Das ist auf Dauer nicht aufbauend, wenn wir auch nicht so recht wissen, wie wir es ändern sollen.“ Die Stimme eines Oberkursschülers der oben erwähnten Schule bringt es auf den Punkt.

Manche Kolleginnen und Kollegen trauen der Psychiatrie nicht so recht über den Weg. Das ist für sie eine andere Welt – die Welt der schlurfenden Patienten auf muffigen Gängen, der endlosen Kaffee- und damit Laberrunden, der prüfenden Blicke, der Gefühlsduseleien und der Zwangsoffenbarungen in Teams, die bis zur Erschöpfung mit der Selbstreflexion beschäftigt sind und dabei die Arbeit (so es überhaupt welche gibt) gänzlich vergessen. Die eigentliche Arbeit in der Pflege, so ihre verdeckte innere Haltung, findet doch da statt, wo getragen, geschleppt, verbunden, gebettet, gerannt und gehetzt wird, ... wo es um Leben und Tod geht und damit jede Minute zählt.

Es steht also mitunter schlecht um das Image der psychiatrischen Pflege. Hierbei mögen sich die Gepflogenheiten von Ort zu Ort, von Klinik zu Klinik unterscheiden; in der Summe aber lässt sich festhalten: Es gibt Handlungsbedarf, es gibt Defizite!

Wenn nun schon in der eigenen „Zunft“ sozusagen Standesunterschiede bestehen – wie mag es dann erst um das Image der psychiatrischen Pflege in der Öffentlichkeit bestellt sein?

An den Rheinischen Kliniken in Düren wollte man es im Mai 2008 genau wissen. Der rührige und hoch motivierte Mittelkurs der zur Klinik gehörenden

Schule für Pflegeberufe entwickelte unter meiner Begleitung einen Fragebogen, mit dem sich die Klasse in das Zentrum der Stadt begeben wollte, um Bürgerinnen und Bürgern auf den Zahn zu fühlen.

An einem Nachmittag begaben sich die Schülerinnen und Schüler dann an fünf öffentliche und demzufolge stark frequentierte Plätze in der City und stellten immerhin exakt 300 Frauen und Männern aller Altersgruppen ihre Fragen.

Teilnehmer von Befragungsaktionen kennen das mit ihrem Auftrag verbundene Schicksal: Abgesehen davon, dass man sich zu der Unverfrorenheit überwinden muss, den Strom der stets hektischen Passanten beherzt zu unterbrechen, entscheidet der Gesprächseinstieg über Wohl und Wehe des weiteren Hergangs. Nun hatte diese spezielle Gruppe der Fragenden ein doppeltes oder gar dreifaches Problem: Nicht nur, dass sie in Bruchteilen von Sekunden klar machen musste, dass sie weder Handy-Verträge noch Beitrittserklärungen für ein Fitness-Center, weder Befreiungsgesuche für einen irgendwo in der Welt Inhaftierten noch die vierte Auflage eines Totalräumungsverkaufs eines Matratzengeschäfts zu unglaublich, wieder einmal um 40% gesenkten Preisen anzubieten hatten – nein: Mit einem gewinnenden Lächeln (jedoch keinesfalls überzogenen, denn das hätte Verdacht wecken können!) mussten sie bekennen, Mitarbeitende in der Psychiatrie, zudem sehr neugierig, auf der anderen Seite noch nicht vollständig ausgebildet, dafür aber sehr an Fragen ihres Images interessiert zu sein!

Wer da verhindern konnte, ein mürrisches „keine Zeit“ hören zu müssen, der war schon fast am Ziel!

Kommen wir nun zu einigen Eindrücken, die im Zuge dieser Beratung gewonnen werden konnten.

Hierbei möchte ich mich auf einige wesentliche Punkte konzentrieren, da die vollständige Darstellung der Auswertung zu viel Raum bzw. Zeit einnehmen würde.

Ohne nun diese Befragung als den Kriterien eines professionell arbeitenden Instituts entsprechend darstellen zu können oder zu wollen, sei vorausgeschickt, dass sie dennoch höchst interessante Schlussfolgerungen nahe legt, die eine vertiefende Betrachtung verdient haben.

Tendenzen sind in der Vorstellung einiger Ergebnisse in diesem Fall bedeutender als irgendwelche Prozentzahlen. Image lässt sich zwar auch in Zahlen fassen, im Kern geht es jedoch um atmosphärische Aspekte. Diese seien ohne den Anspruch, bundesdeutsche Wirklichkeit im Kern und dann noch exakt erfasst zu haben, hier in Form einiger kurzer Thesen vorgestellt:

a) Die Rheinischen Kliniken Düren blicken auf eine über 130-jährige Geschichte. Der Name der „Anstalt“ wechselte im Laufe der Jahrzehnte mehrfach. Trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit und einer guten Einbindung der Klinik in das kommunale Geschehen konnte der seit über fünfzehn Jahre bestehende offizielle Name nicht etablieren. Längst und aus guten Gründen ausrangierte Titel wie „Landeskrankenhaus“, „13 Morgen“ (bezogen auf die Fläche des Klinikgeländes am Nordrand der Stadt) oder gar „Jeckes“ sind noch immer in den Köpfen der Menschen. In diesem speziellen Fall – so wurde auf Rückfragen bestätigt – verbinden viele mit der Vokabel „Klinik“ eher das „übliche“, „normale“, also somatisch orientierte Krankenhaus.

b) Die große Mehrheit der Befragten ist ziemlich überfordert, wenn es Fragen nach Art, Güte und Länge der Ausbildung geht. Die Tatsache, dass das staatliche Examen an einer Schule für Pflegeberufe sehr wohl die Türen in beide Richtungen (also Psychiatrie oder Somatik) öffnet, ist kaum bekannt. Vielmehr äußerten die meisten diesbezüglich Unklarheiten, glaubten aber andererseits zu wissen, dass eine Ausbildung zu einer pflegenden Tätigkeit in der Psychiatrie „irgendwie länger“ dauere; genauere Angaben konnten nicht gemacht werden.

c) Lenkt man das Augenmerk auf die Kriterien „Belastung“ und „Vergütung“, so könnte man geneigt sein, im ersten Augenschein von den Befragungsergebnissen nur frohe Kunde abzuleiten, denn: Die Mehrheit gab an, die Arbeit in der Psychiatrie sei alles in allem belastender als in einem „normalen“ Krankenhaus, außerdem konnte man sich in Düren durchaus vorstellen, Pflegekräfte in der Psychiatrie höher zu entlohnen – niemand wollte ihnen zumindest weniger gönnen!

Diese „Großzügigkeit“ lässt zwar den generellen Schluss zu, dass die Arbeit „irgendwie“ wertgeschätzt wird, sie relativiert sich jedoch in einem bedeutenden Maße, wenn man konkret in Erfahrung bringen will, was überhaupt in

einer psychiatrischen Klinik behandelt wird. Hier fallen eher Wortfetzen – kaum (wenn auch Alltagssprachlich gefärbt, so doch halbwegs schlüssige) Erklärungen: „was mit den Nerven“, von „durchdrehen“ ist die Rede, dass es Süchte gibt, ist bekannt, ... das Wort „Depression“ ist in fast aller Munde (mit einem verschämten Grinsen ausgesprochen und mit dem Hinweis, dass „*heutzutage ja schnell mal einer behauptet, darunter zu leiden ...*“).

d) Ausgesprochen aufschlussreich wird es, fragt man spontan nach den wesentlichen Fähigkeiten, über die eine Pflegekraft in der Psychiatrie verfügen sollte. Hier ist der Trend so eindeutig, dass ein Hinterfragen zunächst nicht erforderlich scheint: Von 300 Befragten, um jetzt doch mal eine Zahl ins Spiel zu bringen, antworten 260 wie aus der Pistole geschossen mit „starke Nerven“, „Geduld“ und „Ruhe“ bzw. „Gelassenheit“; ein nachdenklich stimmend kleiner Teil sieht nicht solche generellen Wesensmerkmale oder Lebenseinstellungen im Vordergrund und bezieht sich auf das, wir als Kompetenzen bezeichnen – Begriffe wie „Kommunikationsfähigkeit“, „Gesprächsführung“ und „Umgang mit Konflikten“ fallen. Nun mag man geneigt sein, mit der Nennung „starke Nerven“ uneingeschränkten Respekt vor dem Beruf zu verbinden – dies mag in den meisten Fällen auch im Hintergrund eine Rolle spielen! Und dennoch: Es macht einen erheblichen Unterschied, ob sich ein positives Image von der vage geschätzten – ich darf überspitzen – „Mentalität einer Brummfliege“, von dem häufig zitierten „Bärenfell“ ableitet, oder ob hart erarbeitete, gelernte Kompetenzen den Anlass hierfür geben.

Um es auf einen Punkt zu bringen:

Wertschätzung der psychiatrischen Pflegetätigkeit, weil – lassen Sie mich auch hier etwas überzeichnen „irgendwie Menschen in eher unbekannter Weise und dazu noch lange (das Stichwort Rückfall will ich jetzt erst gar nicht in den Mund nehmen ...) behandelt werden und es auch noch Frauen und Männer gibt, die dies ebenso irgendwie aushalten“, hat allenfalls etwas Gönnendes. Ein „Also das wäre nichts für mich!“ ist nett gemeint, aber auch nur nett.

Worin liegen die Ursachen dieser Schräglage?

Der Trend der ungebrochenen Tabuisierung seelischer Erkrankungen lässt sich in Zeiten des weltweiten Anstiegs psychischer Krankheiten nicht final durchbrechen. Seelisches Leid gilt unverändert als Makel, als Anfang vom Ende, als

Problem, das es angesichts grassierender Ellenbogenmentalität und „Hire and fire“-Gebaren in der Arbeitgeberwelt unter dem Teppich zu halten gilt. Aufklärungsarbeit in diesem Metier ist immer auch ein Spiel mit der Angst, denn wer hört es schön gern, dass unser emotionales Erleben keinem Fahrplan folgt, durch keinen „Navi“ zu erschließen ist und fürchterlich entgleisen kann?

Auf dem Hintergrund dieser Umstände ist das Image der psychiatrischen Pflege unberechtigterweise primär von Mitleid gefärbt – hier arbeiten die Guten mit den armen Kreaturen, die ihren Platz in der Gesellschaft verloren haben oder die sich zumindest heftige Sorgen machen müssen, aus der Einbahnstraße nicht mehr herauszukommen.

Von daher kann die psychiatrische Pflege auch nur diesem Dilemma entfliehen, wenn sie unversöhnlich, ohne Rücksicht auf Tabus und unter permanenter Infragestellung der vielfältigen Blockaden an die Öffentlichkeit geht, die Bannmeilen überwindet und sich da einbringt, wo es sich anbietet. Bei genauerer Überprüfung der jeweiligen Möglichkeiten wird sich eine Fülle von Aktionsfeldern offenbaren.

An den Rheinischen Kliniken in Düren wurde in Zusammenarbeit zwischen dort tätigen Pädagogen und der Pflege das Öffentlichkeitsarbeitskonzept „Is ja jeck!“ entwickelt, das seinen Handlungsschwerpunkt in der Zusammenarbeit mit Schulen und Vereinen sieht. Mit unkonventionellen Mitteln zum Ziel unter Wahrung eines größtmöglichen Maßes in fachgerechter Information. Nach Jahren der Zurückhaltung hat sich dieses Konzept etabliert. Wäre die oben beschriebene Befragung ausschließlich an den Schulen abgehalten worden, wären die Ergebnisse sicherlich positiver ausgefallen!

Die psychiatrische Pflege muss Gesicht zeigen, professionelles Arbeiten darstellen und erklären – sie darf sich nicht verstecken und ihre Kronprinzenrolle mit beleidigter Mine hinnehmen. Auf diese Weise würden die Akteure zwar sicherlich anecken, aufwühlen und provozieren, sie täten jedoch Beachtliches für ihren Selbstwert und damit für ihr eigenes seelisches Wohlergehen; Pflege würde gepflegt! Und das wiederum würde sich positiv auf den Umgang miteinander und mit unseren Patientinnen und Patienten auswirken.

Und damit wäre der Weg geebnet: Vom „Ach Gott!“-Image zu einem Image, das dem entspricht, was in unseren Kliniken längst und zum Glück Selbstver-

ständigkeit geworden ist: Effektives, der Störung angemessenes, multiprofessionelles Arbeiten mit wissenschaftlichem Hintergrund, guten Perspektiven – und dennoch neben dem Verstand mit HERZ!

Pflegefachpersonen Psychiatrie und ihr Einfluss auf die Politik ihres Landes

Regula Lüthi

Abstract

Soziale Gerechtigkeit in der Gesellschaft, Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens für alle psychisch kranken Menschen, gesunde Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen - alle diese Faktoren haben eine ebenso grosse Auswirkung auf die psychiatrische Pflege wie alle Konzepte zu Recovery, Empowerment, Gesundheitsförderung etc.

Bis jetzt ist die Schweiz von allzu grossen Ungerechtigkeiten in der Versorgung oder Kürzungen der Personalressourcen verschont geblieben. Es zeichnet sich aber an diversen Orten ab, dass sich dies auch bei uns ändern könnte. Ein Beispiel ist die Verunglimpfung von psychisch kranken IV-BezügerInnen⁶, denen Faulheit vorgeworfen wird. Ein anderes Beispiel ist der geplante Abbau von Betten, ohne dass im ambulanten Setting Behandlungsangebote geschaffen werden. Ein weiteres Beispiel sind die Berechnungen, wie viel Lohn sich sparen ließe, wenn Diplomierte durch Fachangestellte Gesundheit ersetzt werden würden.

Für einmal sollen nicht direkte Pflege, Bildung oder Forschung im Vordergrund eines Referats stehen, sondern die notwendige Aufgabe der Pflegefachpersonen, sich vermehrt in die politische Debatte um die Gesundheitsversorgung des eigenen Landes einzumischen.

Es werden Szenarien aufgezeigt, wie diese Einmischung konkret aussehen könnte.

⁶ IV = Invalidenversicherung; Bezüger einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit

Phänomenologie des Psychiatrischen - Einladung zu einem Dialog zwischen Pflegewissenschaft - Philosophie - Psychiatrie

Harald Haynert

Abstract

Philosophie und Psychiatrie teilen viele zentrale Fragen miteinander. Ursprünglich einheitlich gedacht, haben sie sich aber im Laufe der Kulturgeschichte zu eigenständigen Disziplinen entwickelt. Ausgehend von der These, das Psychiatrische Pflege nicht nur anhand von erlerntem und anzuwendendem Fachwissen weiterentwickelt werden darf, sondern auch auf Grundlage philosophischer Erkenntnisse – bereits gedachter und verschriftlichter Reflexionen –, die ebenso die Grundlage des Handelns bilden sollten, lädt der Vortrag zu einem Dialog zwischen Pflegewissenschaft, Philosophie und Psychiatrie ein.

Ausgangspunkt ist eine Phänomenologie des Psychiatrischen, in der zentrale Phänomene der Psychiatrie mit dem Ziel entfaltet werden, das Psychiatrische Feld aus philosophischer Sicht zu skizzieren. Die Grundthemen bilden zugleich die Eckpfeiler einer, auch mit Mitteln der empirischen Sozialforschung zu entwickelnden Philosophie der Psychiatrie.

Der Begriff Psychiatrie ist ein Wort, eine Institution und eine wissenschaftliche Disziplin.

(a) Als Wort bezeichnet die Psychiatrie eine soziale Ordnungskraft moderner Prägung, die unter den Bedingungen von Freiheit, Gleichheit und Vernunft bedeuten soll und die durch Klassifikationen, Interventionen, legitimierte Gewalt sowie den Ort an sich wirkt. Modern ist sie deswegen, weil sie nicht wie in der Antike im Kosmos oder wie in der Neuzeit nur auf einem gültigen Vertrag gründet, sondern als und durch Anerkennung vermittelt ist. Anerkennung ist der Modus, durch den sich Sozialität, d.h. soziale Beziehungen und Felder ausbilden, und der durch Inklusion und Exklusion wirkt. Die ethisch bedeutsame Funktion der Anerkennung besteht darin, dass sie festlegt, als wer oder was ein psychisch kranker Mensch gesehen und wie an ihm und mit ihm gehandelt werden soll.

(b) Als Institution ist die Psychiatrie ko-evolutionär mit der bürgerlichen Gesellschaft entstanden. Meditationen über die Fundamente der Vernunft und die Gründung der ersten Psychiatrien können als Parallelaktion verstanden werden: Die Definition der Vernunft markiert zugleich die Unvernunft, welche von nun an aus der Vernunft ausgelagert wird und als neues Heim die Irrenanstalt erhält. Das in den Räumen der Psychiatrie wirkende Milieu spiegelt gleichsam die Aufgabe der Institution wieder. Während die gesellschaftliche Funktion zunächst darin lag, Menschen mit pathologischer Abweichung auszugrenzen, später dann sie zu integrieren, versteht sich die moderne Sozialpsychiatrie als gesellschaftliches Projekt, das den von einer psychischen Krankheit Betroffenen ein gelungenes Leben ermöglichen soll.

(c) Und als wissenschaftliche Disziplin ist die Psychiatrie ein Ort gesellschaftlicher relevanter Forschung und Lehre. Als solche ist sie eine Praxisdisziplin und ein gemischter Diskurs zugleich. Im Mittelpunkt der Praxisdisziplin stehen neben der interpersonellen Beziehung auch ihr Umfeld und die sie strukturierenden Bedingungen.

Als gemischter Diskurs wird die Psychiatrie aus drei Wissensquellen gespeist: Den Natur-, den Sozial- sowie den Geisteswissenschaften. Erst in Dialog zwischen allen drei Wissensquellen ermöglicht, die Psychiatrische Pflege weiter zu entwickeln.

Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht

Dirk Richter

Einleitung

Seit den 1970er-Jahren sind zahlreiche epidemiologische Feldstudien unternommen worden (insbesondere die US-amerikanischen Studien Epidemiological Catchment Area Study, ECA, und National Comorbidity Survey, NCS), die eine Datenbasis liefern sollten, auf deren Grundlage verlässliche Aussagen über die Punktprävalenz bis hin zur Lebenszeitprävalenz verschiedener Lebensalter möglich war. Bei den genannten Feldstudien handelte es sich um Querschnittsdesigns mit ausreichend großen Samples, die eine Unterteilung in hinreichend umfassende Geburtskohorten zuließen. In mehreren, auch international vergleichenden Untersuchungen, war mit diesem Vorgehen eine deutlich höhere Rate psychischer Störungen und vor allem depressiver Störungen in jüngeren Geburtskohorten gefunden worden [1], weshalb im Anschluss an diese Resultate verschiedentlich das ‚Zeitalter der Depression‘ prognostiziert wurde [2, 3].

Diese Querschnittsuntersuchungen, welche die Flaggschiffe der seinerzeitigen psychiatrischen Epidemiologie waren, litten jedoch von Beginn an unter erheblichen methodischen Problemen. In einer Re-Analyse der Daten konnte gezeigt werden, dass die geringen Prävalenzraten der älteren Studienteilnehmer vermutlich durch Erinnerungsprobleme zustande kamen [4, 5]. Die nachfolgende systematische Übersicht untersucht die Thematik mit einer Methodik, die auf diese Fragestellung noch nicht angewendet wurde. Der Ansatzpunkt geht über einzelne Störungsbilder hinaus. Er zielt auf sämtliche psychischen Störungen mit Ausnahme der Demenz, deren demografisch bedingte Zunahme evident ist [6, 7].

Methode

Die Suche nach einschlägigen epidemiologischen Studien erfolgte primär in den Datenbanken PubMed, PsychLit, Google Scholar und Scopus (sowie in Literaturlisten entsprechender wissenschaftlicher Artikel). Die Suchworte

„time trend“, „secular change“, „period effect“ wurden kombiniert mit Begriffen, die psychische Störungen insgesamt oder einzelne Störungsbilder wiedergeben („mental“, „psychiatr“, „depress“, „neuroti“ etc.). Weiterhin wurde nach den Störungsbildern in Verbindung mit Jahreszahlen im Titel der Publikation gesucht, beispielsweise in PubMed mit folgender Strategie: (194* [ti] OR 195* [ti] OR 196* [ti] OR 197* [ti] OR 198* [ti] etc.) AND (prevalence OR incidence) AND (mental OR psychiatr* OR depress* etc.).

Für die Berücksichtigung in der systematischen Übersicht wurden folgende Einschlusskriterien aufgestellt: Das Studiendesign der inkludierten Originalarbeit musste aus unabhängigen Populationen bestehen, die zu mindestens zwei Zeitpunkten mit einem identischen oder aber vergleichbaren Instrument untersucht wurden. Die befragten Personen durften nicht über Kliniken und andere medizinische Dienste rekrutiert werden, sondern mussten die Allgemeinbevölkerung repräsentieren. Ausgeschlossen waren somit alle Querschnittsuntersuchungen, alle auf einem Sample basierenden Längsschnittstudien sowie Studien mit Inanspruchnahmepopulationen. Es wurde keine Altersbeschränkung angewendet. Neben Studien, welche die Prävalenz oder Inzidenz im Zeitvergleich untersuchten, wurden auch Publikationen eingeschlossen, die Veränderungen in relevanten psychopathologischen Skalen berichteten. Als zu berücksichtigende Regionen wurden West-Europa, Nord-Amerika und Australien/Ozeanien ausgewählt.

Ergebnisse

Es wurden 41 Publikationen identifiziert, die den oben beschriebenen Einschlusskriterien entsprechen [8-48]. 13 Arbeiten stammen aus den Vereinigten Staaten, drei weitere Kanada, drei aus Australien und die restlichen aus West-europa (darunter fünf aus Deutschland und jeweils vier aus den Niederlanden und Großbritannien). 15 Publikationen sind bei Stichproben von Kindern und Jugendlichen durchgeführt worden. Mit wenigen Ausnahmen (Depression, Bulimie) haben diese Studien allgemeine emotionale und Verhaltensprobleme untersucht. Die Studien aus dem Erwachsenenbereich haben sich auf depressive Störungen, Angst- und Panikstörungen sowie auf allgemeine psychische Belastungen konzentriert. Auffallend wenige Untersuchungen liegen zu Abhängigkeitserkrankungen vor.

Studien mit Kinder- und Jugendlichenpopulationen

Im Gegensatz zu den unten referierten Studien aus dem Erwachsenenbereich finden sich hier überwiegend Untersuchungen, die spezifische Instrumente zur Fremdeinschätzung allgemeiner emotionaler und Verhaltensstörungen eingesetzt haben. In der Gesamtschau dieser Studien ist keine eindeutige Tendenz zu erkennen. Neben Arbeiten, die einen Anstieg psychischer Probleme verzeichnen, finden sich auch solche, die einen Rückgang berichten und solche, die keine (statistisch signifikanten) Unterschiede zu den jeweiligen Messzeitpunkten festgestellt haben.

Studien bei Erwachsenen über psychische Störungen

Neben allgemeinen Störungen sind hier auch spezifische Untersuchungen zu depressiven Störungen, Angst- und Panikstörungen und sonstigen neurotischen Erkrankungen enthalten. Ein klarer Trend ist nicht zu erkennen, wiederum finden sich Studien, die einen Anstieg feststellten neben anderen, die keine Veränderungen registrierten oder gar einen Rückgang. Auffällig ist jedoch, dass mehrere Untersuchungen über Fluktuationen in dem jeweils zugrundeliegenden Untersuchungszeitraum berichten. So hat es den beiden Langzeitstudien aus Kanada und Schweden zufolge möglicherweise einen Anstieg der psychischen Belastung von den 1940er/1950er Jahren bis zu den 1970er Jahren gegeben [35, 36], während die Belastung in den jüngeren Dekaden auf einem Plateau stagnierte. In zwei Studien wurden auch psychotische Störungen untersucht [12, 39]. Allerdings konnten auch in diesem Fall keine gravierenden Tendenzen entdeckt werden.

Studien bei Erwachsenen über Suchterkrankungen und Essstörungen

Insgesamt konnten nur 6 Arbeiten aus diesen Bereichen identifiziert werden. Auch hier ist kein eindeutiger Trend in eine bestimmte Richtung zu erkennen.

Diskussion

Diese systematische Übersicht hat 41 Arbeiten zusammengestellt, die mit identischem Instrumentarium zwei oder mehr Stichproben im Abstand mehrerer Jahre untersucht hat. Anhand dieses Vorgehens konnte kein eindeutiger Trend erkannt werden, der darauf schließen lässt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung westlicher Länder in den Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg anhaltend zugenommen hat. Möglicherweise war ein Ans-

stieg der Prävalenz und Inzidenz in den ersten Dekaden des Beobachtungszeitraums vorhanden, dieser mögliche Trend hat sich jedoch offenbar nicht weiter fortgesetzt. Festzuhalten bleibt, dass zu den Stärken des vorliegenden Ergebnisses zählt, dass der Befund nicht durch Erinnerungsfehler der befragten Studienteilnehmer verzerrt sein kann. Das Ergebnis unterstützt damit die wenigen Publikationen, die sich skeptisch hinsichtlich des vermuteten Anstiegs psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung gezeigt haben [49, 50]. Das Resultat für die Kinder und Jugendlichen deckt sich mit Einschätzungen aus entsprechenden deutschen und internationalen epidemiologischen Übersichten in diesem Bereich [51, 52]. Und auch die zu beobachtende Zunahme von Demenzerkrankungen ist vermutlich rein demografisch bedingt, da es Hinweise gibt, dass die kognitiven Einschränkungen älterer Menschen eher abgenommen haben [53].

Vergleiche mit anderen Datenquellen

Die systematische Übersicht hat sich auf die direkte Messung der Häufigkeiten bzw. der Intensität psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung konzentriert. Aus der Literatur sind weitere, eher indirekte Indikatoren zu entnehmen, die zumindest ansatzweise über ähnliche Sachverhalte informieren: Suizidraten, Alkohol-pro-Kopf-Konsum und Lebensqualität.

Bekanntlich sind psychische Krankheiten und insbesondere depressive Störungen der wichtigste Risikofaktor für einen Suizid. [54]. Daher ist postuliert worden, dass der Trend der Suizidraten den Tendenzen affektiver Störungen zumindest nicht widersprechen dürfe [55]. Wenngleich die amtliche Suizidstatistik mit gewissen Fehlerquellen behaftet ist [56], so kann dennoch von einem systematischen Fehler ausgegangen werden, der die Tendenzen nicht vollkommen verzerrt. Eine zusammenfassende Analyse der Entwicklung der Suizidraten von 25 westlichen Staaten hat ergeben, dass die Suizidraten in einer Mehrzahl der Staaten von 1950 bis 1980 in der Zunahme begriffen waren, dieses Verhältnis sich aber von 1980 bis 2000 umgekehrt hat [57]. In den letzten beiden Dekaden des 20. Jahrhunderts zeigte sich für 19 der 25 Staaten eine lineare Abnahme der Suizidraten. Dieser Trend ist für Deutschland bis in die allerjüngste Zeit (2006) im Rahmen der amtlichen Statistik bestätigt worden [58].

Alkohol-pro-Kopf-Konsum ist ein weiterer gängiger Indikator zum Monitoring psychischer Gesundheit in der Bevölkerung. Selbstverständlich ist das Ausmaß des Konsum nicht allein durch die Nachfrage bedingt, sondern wird durch viele weitere Faktoren wie die Besteuerung oder den Lebensstil beeinflusst. Ein quasi ehernes epidemiologisches Gesetz besagte, dass der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum in der Bevölkerung und die Rate der Vieltrinker (und implizit der alkoholabhängigen Personen) sehr stark assoziiert ist [59]. Dieser Zusammenhang wird gegenwärtig etwas differenzierter bewertet, insofern neben dem Konsum auch das Trinkmuster bzw. die Trinkkultur eine gewisse Rolle für das Ausmaß von alkoholbedingten Schäden spielt [60, 61]. Gleichwohl ist etwa der Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Konsum und der Leberzirrhose-Mortalität in der Bevölkerung sehr hoch [61]. Der Trend des Alkoholkonsums in Europa zeigt eine überraschende Parallelität zur Suizidrate. Insgesamt stieg der Konsum bis Anfang der 1980er-Jahre deutlich an, und fällt seit dieser Zeit kontinuierlich oder aber bildet in einzelnen Ländern ein Plateau [62, 63].

Die Lebensqualität der Bevölkerung wird über verschiedene Sozialforschungsindekatoren gemessen, entsprechende Untersuchungen fragen nach ‚Glück‘, ‚Subjektivem Wohlbefinden (subjective well-being)‘ oder nach der ‚Zufriedenheit‘ direkt [64-66]. Der generelle Trend verschiedener Survey-Indikatoren in Nordamerika und West-Europa zeigt eine relativ gleichbleibend hohe Lebenszufriedenheit bzw. eine leichte Zunahme der Zufriedenheit seit dem Ende des Zweiten Weltkrieg [64, 67]. In der ökonomischen Forschung wird darüber gerätselt, wieso die Zufriedenheit angesichts steigender Wohlfahrt nicht weiter steigt. Dies hängt jedoch offenbar mit verschiedenen psychologischen und methodischen Problemen zusammen [68, 69].

Insgesamt widersprechen die internationalen Befunde über die Indikatoren Suizidrate, Alkoholkonsum und Lebensqualität nicht dem Ergebnis, dass kein eindeutig anhaltender Trend in Richtung auf ein Ansteigen psychischer Störungen in der Nachkriegszeit zu erkennen ist. Auffallend sind jedoch die Hinweise auf ein Ansteigen der Suizidrate und des Alkoholkonsums in den ersten Dekaden der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Dies deckt sich mit den wenigen oben referierten Befunden hinsichtlich des Anstiegs psychischer Probleme in den 1950er- bis 1970er- Jahren. Möglicherweise sind psychische Probleme und ihre Konsequenzen in der genannten Zeit, deren Datenlage eher

unbefriedigend ist, tatsächlich angestiegen, in den forschungsintensiveren Jahrzehnten darauf aber nicht.

Schlussfolgerungen

Weder die hier zusammengefassten epidemiologischen Studien noch die Befunde zu den indirekten Indikatoren stützen die Hypothese eine Zunahme psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Sie böten sogar die Möglichkeit, über eine Abnahme eben dieser zu spekulieren. Dieser Befund steht in krassem Widerspruch zu der von der Öffentlichkeit erlebten zunehmenden Belastung durch psychische Probleme oder Störungen. Wie ist dieser Widerspruch zu erklären?

Die Wahrnehmung und Funktion psychischer Belastungen haben sich offenbar in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. In diesem Zusammenhang ist die These vertreten worden, vormals als ‚normale‘ Befindlichkeitsprobleme erlebte Emotionen würden neuerdings als psychiatrische Symptome klassifiziert werden [70, 71]. Anhaltspunkt hierfür ist die Psychiatrisierung von Belastungsreaktionen nach kritischen Lebensereignissen wie partnerschaftlichen Trennungen oder Arbeitsplatzverlusten.

Diese Verbreiterung dieses breiten Konzepts psychischer Störungen spiegelt sich auch in der öffentlichen Wahrnehmung wider [72]. Augenscheinlich ist es zu einer größeren Entstigmatisierung einzelner psychischer Störungsbilder gekommen, v.a. der Depression [73]. Dieser Trend trägt vielleicht auch zu einer größeren Bereitschaft bei, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen [74]. Dass mit diesen Tendenzen jedoch keine Änderung der Prävalenz verbunden ist, zeigt beispielhaft die methodisch vorbildlich durchgeführte Replikationsstudie des National Comorbidity Survey in den Vereinigten Staaten. Während sich die Behandlungsprävalenz innerhalb eines elfjährigen Zeitraums um knapp 50 Prozent steigerte, war keine Veränderung der Krankheitsprävalenz zu erheben [27].

Während bei körperlichen Entwicklungen die kausalen Ketten zwischen sozialem Wandel und physischen Veränderungen gut untersucht sind [75], ist der Zusammenhang bei psychischen Störungen weitaus weniger deutlich. Die üblicherweise angeführten sozialen Mechanismen Wohlstandsanhebung, Individualisierung und Globalisierung können theoretisch sowohl mit einem

Anstieg als auch mit einer Abnahme psychischer Belastungen in Verbindung gebracht werden [76]. Das Resultat hier weist dagegen darauf hin, dass – zumindest auf der Bevölkerungsebene – diese ätiologischen Zusammenhänge nicht so klar sind, wie man vermutet hat. Die ‚gefühlte‘ Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab, als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen. Der interessanten Frage nach zu gehen, was sich hinter diesem Gefühl verbirgt, ist eine lohnende sozialwissenschaftliche Fragestellung, für welche die Methodik der psychiatrische Epidemiologie allein nicht ausreichen wird.

Literatur

1. Cross-National Collaborative Group (1992) The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association*; 268:3098-3105
2. Blazer DG (2005) *The Age of Melancholy: "Major Depression" and its social origins*. New York/London: Routledge
3. Klerman GL (1988) The current age of youthful melancholia: Evidence for increase in depression among adolescents and young adults. *British Journal of Psychiatry* 152:4-14
4. Simon GE, Von Korff M (1992) Reevaluation of secular trends in depression rates. *American Journal of Epidemiology* 135:1411-1422
5. Simon GE, Von Korff M (1995) Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: Implications for epidemiological research. *Epidemiologic Reviews* 17:221-227
6. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, for Alzheimer's Disease International (2005) Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet* 366:2112-2117
7. Wancata J, Musalek M, Alexandrowicz R, Krautgartner M (2003) Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry* 18:306-313
8. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A (2008) Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS One* 3:e1541
9. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, Taylor AW, Hawthorne G (2007) Have education and publicity about depression made a difference: Comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41:38-53
10. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla L (2002) Is American student behavior getting worse? Teacher ratings over an 18-year period. *School Psychology Review* 31:428-442

11. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla L (2003) Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31:1-11
12. Bogren M, Mattisson C, Horstmann V, Bhugra D, Munk-Jørgensen P, Nettelblad P (2007) Lundby revisited: First incidence of mental disorders 1947-1997. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41:178-186
13. Caetano R, Cunradi C (2002) Alcohol dependence: A public health perspective. *Addiction* 97:633-645
14. Chakrabarti S, Fombonne E (2005) Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry* 162:1133-1141
15. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A (2004) Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:1350-1362
16. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF (2006) Changes in the prevalence of Major Depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry* 163:2141-2147
17. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS (2004) Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry* 291:2114-2121
18. Costello EJ, Erkanli A, Angold A (2006) Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:1263-1271
19. de Jong PF (1997) Short-term trends in Dutch children's attention problems. *European Child and Adolescent Psychiatry* 6:73-80
20. Fichter MM, Quadflieg N, Georgopoulou E, Xepapadakis F, Fthenakis WE (2005) Time trend in eating disturbances in young greek migrants. *International Journal of Eating Disorders* 38:310-322
21. Fichter MM, Xepapadakis F, Quadflieg N, Georgopoulou E, Fthenakis WE (2004) A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and Greece in 1980 and 1998 - 18 years apart. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 254:27-35
22. Goodwin RD (2003) The prevalence of panic attacks in the United States: 1980 to 1995. *Journal of Clinical Epidemiology* 56:914-916
23. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Dufour MC, Compton WM, Pickering RP, Kaplan K (2004) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 61:807-816
24. Hintikka J, Kontula O, Niskanen L, Koskela K, Viinimäki H (2000) Increase in the prevalence of common mental disorders during an upswing in the national economy. *Scandinavian Journal of Public Health* 28:79-80

25. Jorm AF, Butterworth P (2006) Changes in psychological distress in Australia over an 8-year period: Evidence for worsening in young men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40:47-50
26. Keel PK, Heatherton T, F., Dorer DJ, Joiner TE, Zalta AK (2006) Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychological Medicine* 36:119-227
27. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM (2005) Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine* 352:2515-2523
28. Madianos MG, Stefanis CN (1992) Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27:211-219
29. Marchand A, Durand P, Demers A (2005) Work and mental health: The experience of the Quebec workforce between 1987 and 1998. *Work* 25:135-142
30. Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jørgensen P, Bhugra D (2005) First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947-1972 to 1972-1997. *Journal of Affective Disorders* 87:151-160
31. McArdle P, Prosser J, Dickinson H, Kolvin I (2003) Secular trends in the mental health of primary school children. *Irish Journal of Psychological Medicine* 20:56-58
32. Meertens V, Scheepers P, Tax B (2003) Depressive symptoms in the Netherlands 1975-1996: A theoretical framework and an empirical analysis of socio-demographic characteristics, gender differences and changes over time. *Sociology of Health and Illness* 25:208-231
33. Midanik LT, Greenfield TK (2000) Trends in the consequences and dependence symptoms in the United States: The National Alcohol Surveys, 1984-1995. *American Journal of Public Health* 90:53-56
34. Murphy JM, Horton NJ, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH (2004) Anxiety and depression: A 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109:355-375
35. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH (2000) Incidence of depression in the Stirling County Study: Historical and comparative perspectives. *Psychological Medicine* 30:505-514
36. Nilsson E, Bogren M, Mattisson C, Nettelbladt P (2007) Point prevalence of neurosis in the Lundby Study 1947-1997. *Nordic Journal of Psychiatry* 61:33-39
37. Pyle RL, Halvorson PA, Neuman PA, Mitchell JE (1986) The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders* 5:631-647
38. Simpson GA, Bloom B, Cohen R, A., Blumberg S, Bourdon KH (2005) U.S. children with emotional and behavioral difficulties: Data from the 2001, 2002, and 2003 National Health Interview Surveys. *Advance Data from Vital and Health Statistics* 360:1-16

39. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H (2003) Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry* 15:65-73
40. Tick NT, van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC (2007) 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* 46:1333-1340
41. Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC (2007) Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116:473-482
42. Twenge JM (2000) The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology* 79:1007-1021
43. Wångby M, Magnusson D, Stattin H (2005) Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: A 26-year comparison. *Scandinavian Journal of Psychology* 46:145-156
44. West P, Sweeting H (2003) Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:399-411
45. Westenhöfer J (2001) Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders* 29:477-481
46. Kraus L, Pfeiffer-Gerschel T, Pabst A (2008) Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys*. *Sucht* 54:S16-S25
47. Pabst A, Kraus L (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. *Sucht* 54:S36-S46
48. Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikäheimo K, Helenius H (2004) Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* 43:1134-1145
49. Becker T, Sartorius N (1999) Ökologie und Psychiatrie. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart 1: Grundlagen der Psychiatrie*: 4 Edition. Berlin: Springer, S 473-506
50. Paykel ES (2000) Not an age of depression after all? Incidence rates may be stable over time. *Psychological Medicine* 30:489-490
51. Barkmann C, Schulte-Markwort M (2004) Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis* 31:278-287
52. Maughan B, Iervolino AC, Collishaw S (2005) Time trends in child and adolescent mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 18:381-385
53. Langa KM, Larson EB, Karwalish JH, Cutler DM, Kabeto MU, Kim SY, Rosen AB (2008) Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the Uni-

ted States: Is there evidence of a compression of cognitive morbidity? Alzheimer's and Dementia, online publication 27.02.2008

54. Joiner TE, Brown JS, Wingate LR (2005) The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology* 56:287-314
55. Fombonne E (1999) Time trends in affective disorders. In: Cohen P, Slomkowski C, Robins LN (Hrsg) *Historical and Geographical Influences on Psychopathology*. Nahwah, NJ: Erlbaum, S 115-139
56. Vennemann M, Berger K, Richter D, Baune BB (2006) Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in den Gesundheitsämtern. *Deutsches Ärzteblatt* 103:A1222-A1226
57. Bieri O (2005) Suizid und sozialer Wandel in der westlichen Gesellschaft: Determinanten und Zusammenhänge im Zeitraum von 1950 bis 2000. Zürich: Editions à la Carte
58. Rübenach S (2007) Todesursache Suizid. *Wirtschaft und Gesellschaft* 2007:960-971
59. Rose G (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press
60. Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, Frick U (2003) The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 9:147-155
61. Norström T, Ramstedt M (2005) Mortality and population drinking: A review of the literature. *Drug and Alcohol Review* 24:537-547
62. Corrao G, Ferrari P, Zambon A, Torchio P, Arico S, Decarli A (1997) Trends of liver cirrhosis mortality in Europe, 1970-1989: Age-period-cohort analysis and changing alcohol consumption. *International Journal of Epidemiology* 26:100-109
63. Smith DE, Stubbe Solgaard H, Beckmann SC (1999) Changes and trends in alcohol consumption patterns in Europe. *Journal of Consumer Studies and Home Economics* 23:247-260
64. Layard R (2005) *Happiness: Lessons from a New Science*. New York: Penguin,
65. Huppert FA, Baylis N, Keverne B (2005) *The Science of Well-Being*. Oxford: Oxford University Press
66. Diener E, Suh E (2000) Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. In: Diener E, Suh E (Hrsg) *Culture and Subjective Well-Being*. Cambridge, Mass.: MIT Press, S 3-12
67. Veenhoven R, Hagerty M (2006) Rising happiness in nations 1946-2004: A reply to Easterlin. *Social Indicators Research* 79:421-436
68. Veenhoven R (2005) Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist* 10:330-343
69. Easterlin RA (2003) Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2003 100:11176-11183
70. Horwitz AV, Wakefield JC (2007) *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press

71. Kutchins H, Kirk SA (1997) Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders. New York: Free Press
72. Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescosolido BA (2000) Public conception of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior* 41:188-207
73. Angermeyer MC, Matschinger H (2003) Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38:526-534
74. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC (2005) Mental disorders - who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:167-174
75. Fogel RW (2004) The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100. Europe, America, and the Third World. Cambridge: Cambridge University Press
76. Richter D (2003) Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Medikamententraining im Rahmen psychiatrischer Pflege (Poster)

Florim Asani, Ingo Eissmann

Hintergrund/ Problemstellung

Trotz der Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie werden die Medikamente von vielen der Betroffenen nicht , nicht wie verordnet oder nicht lange genug eingenommen mit der Folge, das Rückfälle eintreten und oftmals eine erneute stationäre Behandlung erforderlich ist. Somit ist Non-Compliance eine wesentliche Ursache für die sog. „Drehtürpsychiatrie“. Neben den wirtschaftlichen Folgen vermeidbarer Klinikaufenthalte, hat dies regelmäßig Auswirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen.

Ziel

Jeder Patient wird befähigt zum sachgemäßen und sicheren Umgang mit den Medikamenten Er ist in der Lage, eigenverantwortlich und zuverlässig die verordneten Medikamente über einen längeren Zeitraum in der richtigen Dosierung und zur richtigen Tageszeit einzunehmen.

Beschreibung der Praxis

Das Medikamententraining wird zwei Wochen vor Entlassung mit jedem Patienten durchgeführt. Jeder Patient richtet unter Anleitung und Kontrolle die Medikamente selbstständig. Es werden die Kenntnisse über und die Erfahrungen mit Medikamenten nachgefragt. Den Patienten wird die Optiplan-Kurve, Packungen der Medikamente und der Medikamentendispenser vorgelegt. Zur Vermittlung von Kenntnissen wird das Modul 5 „Medikamente-Wirkungen und Nebenwirkungen“ des „Alliance Psychoedukative Programm“ gemeinsam bearbeitet.

Erfahrungen

Die Reaktionen der Betroffenen auf die Maßnahme sind in Abhängigkeit von Krankheitszustand und Interesse unterschiedlich. Während die meisten sehr

gern das Angebot annehmen, benötigt eine geringere Anzahl von Patienten etwas mehr Motivation. Zur Motivation des Betroffenen sind die gute Mitarbeit und Leistung positiv hervorzuheben, aber auch mögliches Desinteresse anzusprechen um die Ursache dafür zu erkennen.

In den meisten Fällen zeigen sich im Verlauf des Medikamententrainings deutliche Fortschritte. Zudem bietet die Maßnahme eine weitere Gelegenheit mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen. Durch die Beobachtung während des Trainings kann man zu einer Einschätzung über den Zustand des Patienten gelangen und ihn gezielt daraufhin ansprechen.

Befreiungstechniken im Aggressionsmanagement (Poster)

Robert Thein, Peter Ullmann

Bildmaterial

Das dargestellte Bildmaterial veranschaulicht Befreiungstechniken (Umklammerungsbefreiungen, Würgebefreiungen und Handgelenksbefreiung) des „Aggressionsmanagements“. Sie bieten Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeiten, sich in schwierigen Situationen mit aggressivem Patientenkontext sicher und gezielt begegnen zu können.

Bilddarstellungen werden seit 2007 gezielt für das interne Weiterbildungsprogramm im Psychiatrie-Zentrum Hard verwendet, speziell in den von Herrn Thein konzipierten Kurzfortbildungen im Aggressionsmanagement.

Vorteile der Bildkommunikation

- 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

(Schierl, 2001)

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 Schwarzweißabzug und ein Schwarzweißfoto besser als eine stilisierte Illustration.

Je "lebendiger" (Vividness) die erzeugten inneren Bilder sind, um so leichter und dauerhafter werden sie behalten (Carpenter und Just 1983).

Kurzfortbildung

Bei Kurzfortbildungen im „Aggressionsmanagement“ geht es darum, dass diese Schulungen direkt und ohne größeren Aufwand auf der Station durchge-

führt werden können. Sie dienen allein zur Vertiefung und Festigung von Einzelelementen des Aggressionsmanagement. Hierbei übernimmt der Trainer keine direkte Leitungsfunktion wie in einem Basis-Kurs „Aggressionsmanagement“. Vielmehr ist hier die Beratungs- und Supervisions-Funktion gefragt. Da die Gruppengröße während der Schulung bei maximal drei bis fünf Personen liegen soll, kann ein individueller Lernfortschritt jedes einzelnen Teilnehmers gut festgehalten und dokumentiert werden.

Der Pflegeprozess in der Praxis: Umsetzung des Pflegeprozess in der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium Kilchberg (Poster)

Gianfranco Zuaboni

Einleitung

Das Sanatorium Kilchberg ist eine traditionsreiche Psychiatrische Privatklinik. Die Klinik wurde vor 140 Jahren gegründet und ist somit eine der ältesten psychiatrischen Institutionen der Schweiz. Die Klinik verfügt über 168 Akutbetten auf 9 Stationen, zwei Ambulatorien und einer Tagesklinik. Neben der regionalen, psychiatrischen Grundversorgung, betreibt die Klinik auch ein überregionales Behandlungszentrum für Essstörungen.

Beim Pflegeprozess handelt es sich um ein geplantes, schrittweises Vorgehen, das der Identifikation und Lösung von Problemen in der Patientenbetreuung dient. Die Struktur des Pflegprozesses basiert auf einem 5-Schritte-Modell, das in folgende Phasen eingeteilt werden kann: Einschätzen (Pflegeassessment), diagnostizieren (Pflegediagnosen), planen (Ziele und Maßnahmen), durchführen (Pflegeintervention), bewerten (Pflegeevaluation) [11].

Gemäß Brobst [3] ermöglicht die Pflegeprozess orientierte Pflege einerseits eine neue, frische Sicht auf die Pflege zu entwickeln, die Zusammenarbeit mit Patienten und Kollegen erfolgreicher zu gestalten und andererseits die Dokumentation der Behandlung zu verbessern. Nicht zuletzt stärkt sie auch die berufliche Identität.

Der Pflegeprozess im Sanatorium Kilchberg

Im Pflegedienst des Sanatorium Kilchberg wurden die Chancen und Möglichkeiten des Pflegeprozesses schon seit langem erkannt. Nach der Einführung wurde der Pflegeprozess kontinuierlich ausgebaut und angepasst. Die Verantwortung über die Gestaltung und über die Umsetzung bei den einzelnen Patienten obliegt den Bezugspersonen. Wann immer möglich begleiten die Bezugspersonen ihre Patienten durch den ganzen Aufenthalt und somit auch durch den ganzen Pflegeprozess.

Der Prozess beginnt bereits vor der ersten Begegnung, wenn Informationen über den bevorstehenden Eintritt bearbeitet werden. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Eintritt wird eine Anamnese erstellt. Zur gleichen Zeit erfolgt eine systematische Suizid- und Gewaltrisikoeinschätzung. Ein Teil der Suizidrisikoeinschätzung, die Einschätzung der Basissuizidalität, wird mit der Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR, [4]) erfasst. Die Gewaltrisikoeinschätzung wird mit der Brøset Violence Checklist [1] durchgeführt.

Die Pflegeprobleme werden anhand der Anamnese und mittels der NANDA - Liste benannt. Die gesamte Pflegeplanung, mit Zielen und Massnahmen wird mit dem Patienten besprochen und seinen Erwartungen angepasst. Die Evaluation der Massnahmen und die Zielerreichung werden schliesslich regelmässig von den Bezugspersonen überprüft.

Qualitätssicherung und –verbesserung mit AWiSanK und IzEP®

Für eine zielorientierte, niveauvolle und effektive Pflege braucht es Qualitätssicherung. Der Pflegedienst des Sanatorium Kilchberg stützt sich dabei auf folgende zwei Instrumente: AwiSanK (Angepasste Wiler Kriterien zur Beurteilung von Pflegeplänen für das Sanatorium Kilchberg 2006) und IzEP® (Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen [2]).

Der Name AwiSanK bezieht sich auf das Instrument WiKriPP (Wiler Kriterien zur Beurteilung von Pflegeplänen [10]), das die Vollständigkeit der erstellten Pflegeplanung prüft. Das AwiSanK ist insofern eine Weiterentwicklung von WiKriPP, als dass es die Überprüfung der Anamnese mit einschließt und die Pflegeprobleme gemäß der Taxonomie II der NANDA kategorisiert. Die Auswertungsmethode im Sanatorium Kilchberg wurde ferner mit einer erweiterten Punkteskala ergänzt. Die Stationen und Mitarbeiter nutzen das AwiSanK auch zur Selbsteinschätzung. Die Mitglieder der HöFa⁷-Gruppe kontrollieren einmal pro Jahr die Pflegeplanungen auf allen Stationen.

Für die Gestaltung und Durchführung des Pflegeprozesses sind die einzelnen Bezugspersonen verantwortlich, wobei die Vorgaben der Bezugspersonenarbeit durch den Qualitätsstandard „Bezugspflege“ festgelegt sind. Das zweite

⁷ HöFa: Höhere Fachausbildung in Pflege

Qualitätssicherungsinstrument IzEP[®] misst das umgesetzte Pflegesystem und setzt es in Beziehung zur Pflegeorganisationsform Bezugspflege.

Die Ergebnismessungen ermöglichen die Überprüfung und Darstellung der erbrachten Leistung und können dazu genutzt werden, die Pflegeleistungen gezielt zu verbessern.

Schulung und Beratung

Der Pflegeprozess ist auch Gegenstand des Schulungsprogramms im Sanatorium Kilchberg. Die Klinik bietet den Mitarbeitern einmal pro Jahr eine Grundschulung zum Thema Pflegeprozess an. Darin wird theoretisches Wissen vermittelt. Ferner finden in regelmäßigen Abständen Workshops zu spezifische Fragestellungen statt.

Zum festen Bestandteil des Wochenprogramms auf den Stationen gehören auch Sitzungen, in denen einzelne Patientensituationen aus der pflegerischen Perspektive besprochen werden. Zudem verfügen alle Stationen über eine Schlüsselperson Pflegediagnostik. Diese Fachperson hat den Auftrag neue Mitarbeiter in den Pflegeprozess einzuführen, Mitarbeiter zu beraten und die Umsetzung der Richtlinien auf den Stationen zu überprüfen.

Ausblick

Zu den bereits gute etablierten NANDA – Pflegediagnosen plant das Sanatorium Kilchberg in naher Zukunft die Klassifikationssysteme für Pflegeinterventionen (NIC) und für Pflegeergebnisse (NOC) einzuführen [8] und so die Pflegeprozess orientierte Pflege weiter auszubauen.

Literatur

1. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer J (2006) Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. BMC Psychiatry 25(6):17
2. Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen AG IzEP[®], Abderhalden C, Boeckler U, Dobrin Schippers A, Feuchtinger J, Krassnig M, Milachowski S, Schaepe C, Schori E, Welscher R (2008) Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP[®]: Handbuch. Bern, Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik UPD Bern
3. Brobst R, et al (2007) Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber.
4. Cutcliffe J, Barker P (2004) The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice J Psychiatr Ment Health Nurs 11:393-400

5. Doenges M, Moorhouse M, Geissler-Murr A (2003) Pflegediagnosen und Massnahmen. Bern: Huber
6. Giebing H, Fancois-Kettner H, Roes M, Marr H (1999) Pflegerische Qualitätssicherung. Bern: Huber
7. Gordon M, Bartolomeyczik S (2001) Pflegediagnosen: Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer
8. Johnson M, Bulechek G, Maas M, Moorhead S, Swanson E, Butcher H (2006) NANDA, NOC and NIC Linkages. St. Louis: Mosby
9. Lunney M (2007) Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Bern: Huber
10. Needham I (2003) Kriterien zur Überprüfung von Pflegeplänen. Krankenpflege - Soins Infirmiers 6/2003:28
11. Sauter D, Aderhalden C, Needham I, Wolff S (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber
12. Stockwell F (2002) Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege. Bern: Huber

Autorinnen und Autoren

*Erstautoren von Beiträgen sind mit * gekennzeichnet.*

***Christoph Abderhalden**, Dr., Pflegewissenschaftler MNSc, Psychiatriepflegefachmann, leitet die Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege & Pädagogik an den Universitären Psychiatrischen Diensten UPD Bern. Er ist Mitglied der Interessengemeinschaft Psychoseminar Bern und Mitautor des "Lehrbuchs Psychiatrische Pflege" (Huber, Bern).

Kontakt: abderhalden@puk.unibe.ch

***Gamal Abedi** ist Erzieher und pädagogischer Leiter einer Jugendlichenstation in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: gamal.abedi@st-annastiftskrankenhaus.de

***Bernd Abendschein**, Diplompsychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Klinik für Allgemeinpsychiatrie II, Station 39, Wiesloch.

Kontakt: bernd.abendschein@pzn-wiesloch.de

Bernadette Arpagaus ist Psychiatriepflegerin mit HöFa I. Sie betreut in der Klinik St. Pirminsberg auf der Station A7 das Ressort Entwicklung und Qualität und ist zuständig für die Schülerbegleitung auf der Station.

Kontakt: bernadette.arpagaus@psych.ch

***Florim Asani**, Krankenpfleger, Stationsleitung, Klinikum Rechts der Isar, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München D.

Kontakt: info.station92@lrz.tu-muenchen.de

***Uwe Bening**, Diplompsychologe in Oldenburg, war als Dozent im EU geförderten EX-IN Projekt in Bremen und Hamburg tätig. Gegenführt führt er gemeinsam mit Jörg Utschowski die Module des EX-IN Curriculums in Bremen und Berlin durch.

Kontakt: uwe.bening@t-online.de

***Markus Berner**, Dipl. Pflegefachmann HöFa I, Dipl. Pflegeexperte HöFa II, als Pflegeexperte in der Privatklinik Wyss AG in Münchenbuchsee CH tätig. Als Ausbilder in Kongruenter Beziehungspflege beschäftigt er sich mit der Umsetzung von Kongruenter Beziehungspflege in der psychiatrischen Pflegepraxis. Arbeitsschwerpunkte sind die Bezugspflege, Pflegediagnosen, Umsetzung des Pflegeprozesses. Internetseite: www.privatklinik-wyss.ch.

Kontakt: m.berner@privatklinik-wyss.ch, markus.berner@ggs.ch

***Marcel Binder** ist Psychiatriepflegefachmann und Stationsleiter der Station 70A der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation am Psychiatriezentrum Rheinau.

Kontakt: marcel.binder@pzh.ch

Marie Boden, ist Erzieherin, Dipl. Designerin Fotografie, frei schaffende Künstlerin. Sie arbeitet in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld Bethel und ist - zusammen mit Doris Rolke - Autorin des „Buchs Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen: Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe“ (Psychiatrie Verlag, Bonn).

Kontakt: Marie.Boden @evkb.de

***Uwe Braamt**, Supervisor (DGSv), Gestalttherapeut, Krankenpfleger, ist Pflegedirektor der LWL-Klinik Herten Psychiatrie-Psychotherapie-Psychosomatik (Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL).

Kontakt: u.braamt@wkl-lwl.org

Doris Bredthauer, promovierte Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, abgeschlossene WB in psychoanalytischer Psychosentherapie und psychoanalytischer Paar-, Familien- und Sozialtherapie. Beruflicher Schwerpunkt: Gerontopsychiatrie. Seit 2006 Professorin an der Fachhochschule Frankfurt/Main im Fachbereich Gesundheit und Soziale Arbeit, verantwortlich für den Masterstudiengang Case Management für Barrierefreies Leben M.Sc. im interdisziplinären Studiengang Barrierefreie Systeme M.Sc (www.fh-basys.de). Forschungsschwerpunkt: Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei älteren Menschen (www.redufix.de).

Kontakt: dbredt@fb4.fh-frankfurt.de

Sabina Bridler, Dr.phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ist Mitarbeiterin im psychosozialen Team von Pro Mente Sana, Zürich.

Kontakt: www.promentesana.ch

***Marianne Brieskorn-Zinke**, Prof. Dr.phil., M.A. Soziologie, Professorin für Gesundheitswissenschaft, Fachbereich Pflege und Gesundheitswissenschaft, Ev. Fachhochschule Darmstadt.

Kontakt: Brieskorn-Zinke@efh-darmstadt.de

Martin Brömmer, Dipl. Pflegefachmann HF, Mitarbeiter im Case Management der ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur).

Kontakt: Martin.Broemmer@ipwin.ch

***Rolf Brunner**, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie HöFa I, Psychotherapie Tagesklinik (PTK), Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern, Bern CH

Kontakt: rolf.brunner@gef.be.ch

Rainer Uwe Burdinski, Dr.med., ist stellvertretender Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel und Leiter der Abteilung I der Allgemeinen Psychiatrie.
Kontakt: Rainer.Burdinski@evkb.de

Momo Christen, leitet in Bern eine „Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation“.
Kontakt: momo_christen@bluewin.ch

Iris DeBertolis, Esslingen

***Jürg Dinkel** ist diplomierter Psychiatriepfleger SRK, Erwachsenenbildner AEB und Pflegeexperte HöFa II. Er ist ausgebildeter Trainer für Deeskalationsmanagement. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Clenia Schlössli in Oetwil am See arbeitet er in der Stabstelle Pflegeexperte des Bereichs Erwachsenenpsychiatrie.
Kontakt: juerg.dinkel@schloessli.ch

Sebastian Dorgerloh, Diplom Pflegewirt (FH), Stabstelle im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld im Netzwerk Pflegeforschung und Entwicklung.
Kontakt: sebastian.dorgerloh@evkb.de

Bärbel Durmann Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme)
Kontakt: st62a1@diako-online.de

Wolfgang Egger, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien.
Kontakt: wolfgang.egger@wienkav.at

***Anna Eisold**, Krankenschwester, Diplom Pflegewirtin (FH), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden.
Kontakt: aeisold@yahoo.de

Ingo Eißmann, Klinikum Rechts der Isar, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München.
Kontakt: info.station92@lrz.tu-muenchen.de

***Urs Ellenberger**, Dipl. Pflegefachmann HöFaI, Stationsleiter, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern.
Kontakt: urs.ellenberger@gef.be.ch

***Guntram Fehr** ist Psychiatriepfleger mit HöFa II. In der Klinik St.Pirminsberg hat er eine Stabstelle für Pflegeentwicklung, -qualität und Fort- Weiterbildung. Arbeitsschwerpunkte sind Pflegediagnostik und Projektbegleitung.
Kontakt: guntram.fehr@psych.ch

Sonja Feige, Esslingen

***Udo Finklenburg**, Psychiatriepfleger, NLP-Practitioner, freiberuflich in der ambulanten psychiatrischen Pflege tätig (www.just-do-it.ch). Präsident des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP (www.vapp.ch).

Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch

***Martin Fischer**, Mag. Psychologe, pro mente Wien.

Kontakt: martin.fischer@uta1002.at

***Christian Frank** ist Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und stellvertr. Stationsleitung auf der Station A5 der Allgemeinen Psychiatrie Abteilung I in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel.

Kontakt: a5stltg@evkb.de

Fritz Frauenfelder, Pflegewissenschaftler MNS, Pflegefachmann, Mitarbeiter der Abteilung Bildung, Beratung und Entwicklung am Psychiatriezentrum Rheinau. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Pflegeklassifikationen, Pflegeprozess, Leistungserfassungen und interprofessioneller Behandlungsprozess.

Kontakt: fritz.frauenfelder@pzs.zh.ch

Cécile Geisseler, dipl. Pflegefachfrau DN II, freiberuflich in der ambulanten psychiatrischen Pflege tätig (www.just-do-it.ch). Vorstandsmitglied des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP (www.vapp.ch).

Kontakt: c.geisseler@just-do-it.ch

Jochen Gehrmann, Dr. med., ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am St. Annastiftskrankenhaus in Ludwigshafen am Rhein. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind tagesklinische Behandlungskonzepte, multisystemische (Gruppen)therapien, frühe Interventionen bei Müttern mit kumulierten psychosozialen Risiken sowie tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismusspektrum).

Kontakt: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de

***Cornelia Gianni** hat eine Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Neurologie sowie akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilian-Universität München. Sie ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie und hat im Juli 2007 an der Universität Cardiff/ Wales den *Master of Science in Nursing Studies* abgelegt. Schwerpunkte Ihrer derzeitigen Tätigkeit sind die Entwicklung von Pflegestandards und –leitlinien sowie die Implementierung von Pflegediagnosen auf Basis des EDV-Stationsarbeitsplatzes. Zudem sind ihre Aufgaben Beratung, Information und Schulung der Pflegenden in der Praxis zu pflegetheoretischen Inhalten.

Kontakt: cornelia.gianni@iak-kmo.de

***Maria Giesinger** engagiert sich seit 2007 im Recovery-Projekt der Pro Mente Sana. Als Peer leitet sie regelmäßige Workshops für Psychiatrie-Erfahrene. Außerdem hält sie Referate vor interessiertem Fachpublikum zu den Themen Recovery und Peerarbeit. Im Alter von 18 Jahren ist sie zum ersten Mal psychisch erkrankt. Nach jahrelanger Krankheit und mehreren Klinikaufenthalten schaffte sie den „Ausstieg“ und studiert heute Psychologie an der Universität Zürich.

Kontakt: m.giesinger@gmx.ch

Jens Glatthaar, Tübingen

Manuela Grieser, MA, Pflegewirtin FH, Krankenschwester, arbeitet als Fortbildungsverantwortliche und Pflegeexpertin an den Universitären Psychiatrischen Diensten UPD in Bern.

Kontakt: manuela.grieser@gef.be.ch

Christine Gruber, Psychosozialer Pflegedienst, Telfs (Tirol).

Kontakt: christine.gruber@psptirol.org

Nadia Hadji, Kinderkrankenschwester, seit September 2000 im PZN Wiesloch, Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, Station 39 mit Eltern- Kind Behandlung.

Kontakt: Nadia.Hadji@PZN-Wiesloch.de

Sabine Hahn ist Pflegefachfrau und Pflegewissenschaftlerin (MNSc). Sie leitet die angewandte Forschung und Entwicklung Pflege am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule und promoviert an der Universität Maastricht/Niederlande. Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind psychiatrische Pflegeforschung und Aggressionsforschung.

Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch

Ursula Hamann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme),

Kontakt: st62a1@diako-online.de

***Thomas Hax-Schoppenhorst**, Studium an der Universität in Bochum; seit 1988 pädagogischer Mitarbeiter und Referent für Öffentlichkeitsarbeit an den Rheinischen Kliniken in Düren; Autor mehrerer Sach- und Fachbücher.

Kontakt: Thomas.Hax@lvr.de

***Harald Haynert**, Pflegewissenschaftler MScN, stud. MPMHE, Institut für Pflegewissenschaft & Institut für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke, Witten.

Kontakt: harald.haynert@uni-wh.de

Rea Heierli ist diplomierte Pflegefachfrau HF Schwerpunkt Psychiatrie und berufsbeleitend in Ausbildung zur dipl. Naturheilpraktikerin HF TEN (traditionelle europäische Naturheilkunde). In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Clenia Schlössli in Oetwil am See arbeitet sie als dipl. Pflegefachfrau auf der Privatstation 60 plus des Bereichs Alterspsychiatrie.

Kontakt: rea.heierli@schloessli.ch

Christian Heins, Klinikum Region Hannover GmbH

***Radegundis Hofer**, DPGuKS, Stationsleitung, Psychiatrische Tagesklinik, Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck. Kontakt: radegundis.hofer@uki.at

***Elisabeth Höwler**, Dipl.-Pflegepäd., Master of Science in nursing, freiberuflich tätig, Dresden.

Kontakt: ElisabethHoewler@yahoo.de

Tanja Jörg, ist Diplom Pflegepädagogin (FH). In den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten ist sie Mitglied der Arbeitsgruppe Pflegeforschung des Geschäftsbereiches Forschung und Lehre im Bereich Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind die Adhärenzforschung sowie die Fortbildung; Internetseite: www.forschung-bew.de/VersFPfelge/Frame_VersFPfelge.html.

Kontakt: tanja.joerg@zfp-zentrum.de

***Stefan Jünger**, Fachwirt für Alten- und Krankenpflege, Assistent der Pflegedirektion der Rheinischen Kliniken Düren.

Kontakt: Stefan.Juenger@lvr.de

***Harald Kaplenig**, Dipl. Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Bereichs-koordinator, Psychosozialer Pflegedienst, Hall im Tirol.

Kontakt: harald.kaplenig@psptirol.org

Willi Kazmaier, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch.

Kontakt: wilhelm.kazmaier@pzn-wiesloch.de

Claudia Klock, Ergotherapeutin, seit 1991 am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden PZN Wiesloch tätig, seit 2001 Schwerpunkt Mutter-Kind-Behandlung.

Kontakt: Claudia.Klock@PZN-Wiesloch.de

***Andreas Knuf**, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, tätig als niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz, arbeitet daneben für die Schweizer Stiftung Pro Mente Sana sowie in der Fort- und Weiterbildung, zahlreiche Veröffentlichungen mit den Schwerpunkten Empowerment, Recovery und Borderline. Zuletzt sind erschienen „Selbstbefähigung fördern“ (Psychiatrie-Verlag) und „Gesundung ist möglich!“

(Balance-Verlag). Internet: www.gesundungswege.de.

Kontakt: andreas.knuf@gesundungswege.de

***Konrad Koller**, Diplomierter Psychiatriepfleger, Pflegeexperte Höhere Fachausbildung in Pflege Stufe II, ist Leiter der Abteilung Bildung, Beratung und Entwicklung im Psychiatriezentrum Rheinau (CH).

Kontakt: konrad.koller@pzs.zh.ch

***Bernd Kozel**, exam. Krankenpfleger, Diplom-Pflegewirt (FH), arbeitet als Pflegeexperte an den Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern. Seine Arbeitsschwerpunkte sind der Pflegeprozess, Klassifikationssysteme und Suizidalität.

Kontakt: bernd.kozel@gef.be.ch

Thomas Lange, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme)

Kontakt: st62a1@diako-online.de

Thomas Langenegger, Psychiatrie Pflegefachmann HF und Sozialarbeiter HF, Mitarbeiter im Case Management der ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur).

Kontakt: Thomas.Langenegger@ipwin.ch

***Peter Lehmann**. Inhaber des Antipsychiatrieverlags in Berlin. Gründungs- und Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen und von PSYCHEx, Mitbegründer des Berliner Weglaufhauses, Mitglied im Internationalen Netzwerk für Alternativen und Recovery. Diverse Buchpublikationen, u.a. „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ (1986), „Schöne neue Psychiatrie“, Band 1: „Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken“, Band 2: „Wie Psychopharmaka den Körper verändern“ (1996). Mehr siehe www.peter-lehmann.de.

Kontakt: mail@peter-lehmann.de

Philipp Lehmann, Sozialarbeiter und Sozialpädagoge HFS, Erziehungsleiter Adoleszenten Abteilung, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern.

Kontakt: philipp.lehmann@gef.be.ch

***Michael Löhr**, Krankenpfleger, cand. Diplom-Kaufmann (FH), Assistent der Pflegedirektorin, LWL – Klinik Gütersloh.

Kontakt: m.loehr@wpl-lwl.org

***Regula Lüthi**, MPH, Pflegeexpertin, Pflegefachfrau Psychiatrie, ist Pflegedirektorin der Psychiatrischen Diensten Thurgau, Münsterlingen.

Kontakt: regula.luethi@stgag.ch

***Rita Mair**, Mag., Schuldirektorin, Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe, Hall in Tirol.

Kontakt: rita.mair@azw.ac.at

Joergen Mattenklotz, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, Tagesklinik Soest, LWL Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lippstadt. Autor zahlreicher Fachbeiträge zur Psychiatrie, insbesondere zur Psychoedukation, sowie Beschäftigung mit dem Themenkomplex "Psychiatrie und Nationalsozialismus".

Kontakt: jmattenklotz@aol.com

Ruth Meier führte ein beruflich erfolgreiches Leben bis sie im Alter von ungefähr 30 Jahren in eine psychische Krise geriet, die sie beinahe das Leben kostete. Fragen rund um psychische Gesundheit sind dadurch für sie zu einem zentralen Thema geworden. Heute lebt sie gerne und gibt ihre Erfahrungen, wie ein gutes Leben als hochsensibler Mensch gelingen kann, unter anderem an Peer-to-Peer-Veranstaltungen weiter.

Kontakt: meier.55@hispeed.ch

Konrad Michel, Prof. Dr.med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitet als Oberarzt die Allgemeine Sprechstunde an der Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste UPD Bern.

Kontakt: konrad.michel@spk.unibe.ch

***Ian Needham**, Dr., Pflegewissenschaftler MNSc Psychiatriepflegefachmann, arbeitet als Pflegeexperte am Psychiatriezentrum Rheinau, Schweiz in der Abteilung für Bildung, Beratung und Entwicklung. Seine derzeitigen Schwerpunkte sind Aggression in der Pflege, Pflegediagnostik, Recovery und Stürze. Er ist Erstautor mehrerer Artikel über Aggression in der Psychiatrie und Mitautor vom "Lehrbuch Psychiatrische Pflege".

Kontakt: ian.needham@pzh.zh.ch

***Wolfgang Pohlmann**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Stationsleitung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Abt. Allgemeinspsychiatrie, Ev. Krankenhaus Bielefeld. Kontakt: A2StLtg@evkb.de

Maike Pellarin, Dr., Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: maike.pellarin@st-annastifts Krankenhaus.de

Bernhard Prankel, Dr.med. Dipl.Psych., Kinder- und Jugendpsychiater und Pädiater, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakonienkrankenhaus Rotenburg (Wümme).

Kontakt: prankel@diako-online.de

Franziska Rabenschlag, Master in Public Health, Psychiatriepflegefachfrau arbeitet als Dozentin an der Berner Fachhochschule im Fachbereich Gesundheit. Zu ihren Schwerpunkten gehören Recovery, Psychische Gesundheit und Public Health Fragen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Kontakt: franziska.rabenschlag@bfh.ch

Claus Räthke ist Absolvent des ersten EX-IN Kurses in Bremen und arbeitet jetzt für die psychiatrische Zeitschrift Irrtu(r)m. Irrtu(r)m ist ein seit 1988 bestehendes professionell begleitetes Forum für Menschen mit psychischer Erkrankung. Außerhalb eines institutionellen Rahmens ermöglicht der Irrtu(r)m den Betroffenen ihre Erfahrungen schriftlich und künstlerisch darzustellen. Die Texte und Bilder werden in einem Buch, das selbst erstellt und vertrieben wird, veröffentlicht. Internet: www.initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de/irrturm.

Kontakt: irrturm@initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de

***Klaus Raupp**, Sozialpädagoge und Leiter Case Management der ipw, (Integrierte Psychiatrie Winterthur).

Kontakt: Klaus.Raupp@ipwin.ch

Jürgen Rave, Pflegedienstleiter Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst (APP).

Kontakt: juergen.rave@pzn-wiesloch.de

***Julie Repper**, PhD, RGN, RMN, Reader and Associate Professor of Mental Health Nursing and Social Care, School of Nursing, Faculty of Medicine & Health Sciences, University of Nottingham UK. Sie ist Autorin zahlreicher Publikationen über psychiatrische Pflege in der Gemeinde, über Recovery und über die Zusammenarbeit mit psychiatrienerfahrenen Menschen in Ausbildung, Forschung und Praxis. Internet: www.nottingham.ac.uk/nursing/staff-lookup/academic-staff.php.

Kontakt: Julie.Repper@nottingham.ac.uk

***Dirk Richter**, Dr.phil., ist Krankenpfleger und habilitierter Soziologe. Er ist Lehrbeauftragter am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule, Qualitätsbeauftragter und wissenschaftlicher Mitarbeiter der LWL-Klinik Münster sowie Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Münster. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind psychiatrische Pflegeforschung, psychiatrische Soziologie und Epidemiologie sowie Aggressionsforschung.

Kontakt: dirk.richter@bfh.ch

Peter Rieder, Pflegewissenschaftler MNSc, Pflegeexperte, Pflegefachmann Psychiatrie, arbeitet als Pflegeexperte und pflegerischer Bereichsleiter Gerontopsychiatrie in den

Universitären psychiatrischen Diensten UPD Bern.

Kontakt: peter.rieder@gef.be.ch

***Doris Rolke** ist Sozial- und Milieupädagogin, Dipl. Sozialpädagogin, und arbeitet in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld Bethel. Sie ist - zusammen mit Marie Boden - Autorin des „Buchs Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen: Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe“ (Psychiatrie Verlag, Bonn).

Kontakt: Doris.Rolke@evkb.de

***Dorothea Sauter**, ist Krankenschwester und Fachbuchautorin, u.a. Mitautorin des "Lehrbuchs Psychiatrische Pflege" (Huber, Bern). Sie arbeitet als Pflegedienstleiterin im LWL-Pflegezentrum in Münster.

Kontakt: d.sauter@wkp-lwl.org

***Alexandra Schäfer**. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)

Kontakt: st62a1@diako-online.de

***Arnold Scheuch** ist Diplomkrankenschwester, Stationsleitung. und Marte Meo Therapeut. im Otto Wagnerspital in Wien. Er ist im Bereich Gerontopsychiatrie und Psychosomatik an der Station 20/2 tätig. Internetseite: www.wienkav.at/kav/ows/ZeigeAnsprech.asp?ID=4781.

Kontakt: arnold.scheuch@wienkav.at

***Uwe Schirmer** ist Diplom Pflegepädagoge. In den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten vertritt er die Arbeitsgruppe Pflegeforschung des Geschäftsbereiches Forschung und Lehre im Bereich Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind die Adhärenzforschung sowie die Fortbildung. Internetseite www.forschung-bw.de/VersFPflege/Frame_VersFPflege.html.

Kontakt: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de

***Susanne Schoppmann**, Dr.rer. medic., Dipl.Pflegewirtin(FH), Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege, Lehrbeauftragte an der privaten Universität Witten/Herdecke.

Kontakt: s.schoppmann@web.de

Wolfgang Schrenk, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer Aggressionsmanagement stellvertretender Stationspfleger einer psychiatrischen Akutstation, Allgemeinpsychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien.

Kontakt: wolfgang.schrenk@wienkav.at

***Michael Schulz**, Dr. rer.med., ist Psychiatriepfleger und promovierter Pflegewissenschaftler. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel vertritt er den Bereich psychiatrische Pflegeforschung. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind die Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege sowie Adhärenzforschung. Internetseite: www.psychiatrie-forschung-bethel.de/mitarbeiter/schulzdt.html.

Kontakt: Michael.Schulz@evkb.de

Rita Schwahn, Pflegedienstleitung, St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: rita.schwahn@st-annastifts Krankenhaus.de

Markus Schwarz, Stationsleitung, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: markus.schwarz@st-annastifts Krankenhaus.de

***Harald Stefan**, MNSc, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer für Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement, Allgemeinpsychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien. Er ist Erstautor der Lehrbücher „Praxishandbuch Pflegeprozess“ und „Praxis der Pflegediagnosen (Springer).

Kontakt: harald.stefan@wienkav.at

***Regine Steinauer** ist Psychiatrie-Pflegefachfrau und derzeit im letzten Jahr des Masterstudienganges am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Sie arbeitet in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) einerseits als Pflegefachfrau im ambulanten Dienst Sucht und führt andererseits in der Funktion als Pflegewissenschaftlerin Projekte auf einer offenen Abteilung des Abhängigkeitsbereiches durch.

Kontakt: regine.steinauer@upkbs.ch

Tilman Steinert, Prof. Dr. med., Leiter der Abteilung Versorgungsforschung, Chefarzt Abteilung Allgemeinpsychiatrie/Bodenseekreis, Stellvertretender Ärztlicher Direktor am Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Ravensburg.

Kontakt: tilman.steinert@zfp-weissenau.de

Simone Stuhlmüller, Pflegedienst, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch.

Kontakt: Simone.Stuhlmüller@PZN-Wiesloch.de

***Robert Thein**, Diplomierter Pflegefachmann HF (in Weiterbildung HöFa I NDS), Trainer für Aggressionsmanagement, Psychiatrie-Zentrum Hard, Leitung von überbetrieblichen Kursen (ÜK) für Fachangestellte Gesundheit (FAGE) zum Thema: „Gewalt- und Aggressionsmanagement im beruflichen Alltag“.

Kontakt: robert.thein@pflegewissenschaften.eu

Katharina Theiss, Esslingen

***Christiane Tilly** ist Erziehungswissenschaftlerin und Ergotherapeutin und hat eigene Erfahrungen mit Borderline. Sie ist Mitautorin von „Borderline: Das Selbsthilfebuch“ und Mitbegründerin der bundesweiten Borderline-Trialog-veranstaltungen. Seit 2001 hält sie Vorträge, führt (dialogische) Fortbildungen durch und ist an unterschiedlichen Projekten für Menschen mit Borderline bzw. deren Angehörige beteiligt. Derzeit arbeitet sie in einer psychiatrischen Klinik.

Kontakt: christiane.tilly@t-online.de

Barbara Tönges, Esslingen

***Peter Ullmann**, Diplom Pflegewirt FH, Diplom Pflegefachmann HF, examinierter Krankenpfleger, arbeitet am Psychiatriezentrum Hard in Embrach CH. Seine Spezialgebiete sind Advanced Nursing Practice, Beratung und Patientenedukation. Internet: www.pflegewissenschaften.eu.

Kontakt: peter.ullmann@pflegewissenschaften.eu

***Frank Voss**, Krankenpfleger, sozialtherapeutische Fachkraft, ist Pflegepädagogischer Mitarbeiter / Dozent für psychiatrische und forensische Pflege sowie Sozio- und Milieuthherapie an der Rhein-Mosel-Akademie in Andernach, und Stationsleiter in der Klinik Nette-Gut, Andernach.

Kontakt: F.Voss@Rhein-Mosel-Akademie.de

***Markus Weber**, BA (Pflege/Pflegemanagement, Krankenpfleger, ist Qualitätsbeauftragter und stv. Leitende Pflegekraft der Wohn- und Pflegeheime am Zentrum für Psychiatrie, Münsterklinik, Zwiefalten D.

Kontakt: webmar17@web.de

Lutz Wehlitz, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: Lutz.Wehlitz@evkb.de

Lars Weigle, Dr. med., Facharzt für Nervenheilkunde, Neurologie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Abt. Allgemeinpsychiatrie, Ev. Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: Lars.Weigle@evkb.de

***Sabine Weißflog**, Krankenschwester, stv. Pflegedienstleiterin, Studium Pflegemanagement (Abschluss 08), Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, Wiesloch.

Kontakt: c/o_juergen.rave@pzn-wiesloch.de

***Rosemarie Welscher** ist Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Referentin für Frauenfragen mit dem Schwerpunkt Pädagogische Beratung. Sie absolviert derzeit ein

Studium zur Diplompflegewirtin und ist Mitglied in der AG IzEP®. Tätig ist Rosemarie Welscher im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als Pflegerische Abteilungsleitung der Abteilung Allgemeine Psychiatrie II. Ein Tätigkeitsschwerpunkt ist die Umsetzung von Primary Nursing.

Kontakt: Rosemarie.Welscher@evkb.de

Stefan Wermelinger ist Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberarzt der Station 70A der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation am Psychiatriezentrum Rheinau.

Kontakt: stefan.wermelinger@pzs.zh.ch

Katja Wingenfeld, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Kontakt: k.wingenfeld@uke.uni-hamburg.de

Gianni Zarotti, Dr. med., Leitender Oberarzt Adoleszentenpsychiatrie, Direktion Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: gianni.zarotti@gef.be.ch

***Gianfranco Zuaboni**, Pflegeexperte HöFa II, dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, Sanatorium Kilchberg Psychiatrische Privatklinik, Kilchberg CH.

Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery

Vorträge und Posterpräsentationen
5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern

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



Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery
Hrsg.: Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz,
Susanne Schoppmann, Harald Stefan
IBICURA, Unterostendorf 2008
ISBN 978-3-9810873-7-6

IBICURA ©

Umschlaggestaltung: Stilus Grafik, Mönchengladbach
Druck und Verarbeitung: Schnitzer Druck, Marktoberdorf

Dieses Buch ist dem Andenken an unsere Kollegin Diana Grywa, Pflegewissenschaftlerin und Pflegeexpertin aus Zürich, gewidmet, die kurz vor dem Dreiländerkongress 2007 gestorben ist.

Vorwort der Veranstalter:

Der 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie

*Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz,
Susanne Schoppmann, Harald Stefan*

Dieser Band dokumentiert Vorträge und Poster des fünften Dreiländerkongresses „*Pflege in der Psychiatrie*“ vom Oktober 2008 in Bern.

Das thematische Motto des Kongresses war 'Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery'.

Damit standen – neben freien Beiträgen zu andern aktuellen Themen – nicht Störungen und Krankheiten im Mittelpunkt, sondern Gesundheit, Wohlbefinden, Selbsthilfe- und Selbstheilungspotentiale.

Die Themenwahl knüpft an eine starke Wurzel der pflegerischen Arbeit an: Die Sorge für eine gesundheitsförderliche Umgebung, die Beachtung von gesunden Anteilen und Ressourcen, das Aufrechterhalten von Hoffnung, die Fokussierung auf größtmögliches Wohlbefinden und größtmögliche Unabhängigkeit trotz Krankheit gehören zu den traditionellen Anliegen gerade der Pflege in der Psychiatrie.

Die Beiträge in diesem Band zeigen einerseits, dass es offensichtlich eine beträchtliche Zahl von Ansätzen und Praxisprojekten gibt, Gesundheitsförderung auf ganz unterschiedliche Art und Weise und auch *explizit* in die Pflegepraxis zu integrieren. Auf der anderen Seite ist es so, dass die meisten dieser Projekte im stationären Rahmen angesiedelt sind und in vielen Fällen Teil eines Krankheits-Behandlungsprogramms sind. Es scheint, dass das Potential pflegerischer Beiträge zur Gesundheitsförderung im ambulanten Bereich und im Bereich der Primärprävention bisher noch zu wenig genutzt wird. Wir hoffen, dass der diesjährige Kongress dazu anspornt, die gesundheitsfördernden Aktivitäten entsprechend auszubauen.

Recovery kann mit Genesung oder Wiedererlangen der Gesundheit übersetzt werden. Recovery ist in den letzten Jahren zu einem wesentlichen Konzept der psychiatrischen Arbeit geworden. Seine Entdeckung verdanken wir Erfahrungen engagierter Betroffener. Die Beschäftigung mit Recovery bedeutet des-

halb auch, von Psychiatrieerfahrenen zu lernen, und sie eröffnet neue Formen der Zusammenarbeit von Professionellen (Experten durch Ausbildung) und Psychiatrieerfahrenen (Experten durch Erfahrung).

Wir freuen uns, dass am Dreiländerkongress 2008 noch mehr als in den vergangenen Kongressen Betroffene selbst zu Wort kommen. Dadurch kann der Gefahr begegnet werden, dass das Thema „Recovery“ von den Betroffenen-erfahrungen losgelöst wird und dass Recovery als von Profis dominierte, neue modische Therapieform angeboten wird. Aus verschiedenen Beiträgen in diesem Band geht klar hervor, dass das Recovery-orientierte Fachwissen im Wesentlichen aus Erfahrungen psychiatrieerfahrener Menschen besteht. Wissen zu Recovery können wir nur im Austausch mit Betroffenen erwerben. Diese Tatsache weist auf den Spannungsbogen hin, der die Dreiländerkongresse seit dem ersten Kongress in Bielefeld begleitet und dort unter der Bezeichnung „Barker-Guerney-Disput“ in die Geschichte eingegangen ist: In welchem Ausmaß soll oder muss die Pflege in der Psychiatrie *evidenzbasiert* (in konventionellem Sinn) sein, in welchem Ausmaß soll oder muss sie *wertebasiert* sein. Sollen Randomisierte Studien oder Erfahrungswissen und persönliche Erfahrungen der individuellen KlientInnen für die Wahl von Interventionen ausschlaggebend sein? Die Diskussionen an den bisherigen Dreiländerkongressen machen deutlich, dass gute Pflege aus einer sorgfältigen Balance dieser zwei Ansätze besteht, und dass auch die wissenschaftliche Entwicklung der psychiatrischen Pflege beidem Rechnung tragen muss. Die noch vermehrte Integration der KlientInnenperspektive und ein Ausbau der Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen sind Bereiche, so hoffen wir, die durch den diesjährigen Kongress kräftige Impulse erhalten werden. Ein solcher Impuls könnte die vermehrte Zusammenarbeit mit Betroffenen bei der Gestaltung und Durchführung pflegerischer Programme und Angebote sein, oder die Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen in Form von gemeinsam geplanten und durchgeführten Forschungsprojekten. Die in diesem Band implizit und explizit erwähnten Erfahrungen Betroffener mit Recovery machen deutlich, dass die bestehende psychiatrische und pflegerische Versorgung den Bedürfnissen der Betroffenen oft nicht genügend entspricht. In diesem Sinn ruft uns der diesjährige Kongress dazu auf, uns auch gesundheitspolitisch vermehrt für bedürfnisgerechte Versorgungsstrukturen und Angebote zu engagieren.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Organisationen und Einzelpersonen aus Deutschland, aus Österreich und aus der Schweiz, welche diesen Kongress unterstützt haben, und bei den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern für die Gastfreundschaft. Wir danken den AutorInnen für ihre Beiträge zu diesem Kongressband, und, last but not least, Inge Bauer und dem Ibicura-Verlag dafür, dass sie auch diesen fünften Tagungsband verlegen.

Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Veranstalter: Der 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie <i>Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan</i>	6
Psychische Gesundheit, Public Health und die Rolle der Pflege <i>Marianne Brieskorn-Zinke</i>	15
Recovery, Psychiatry and Nursing (Recovery, Psychiatrie und Pflege) <i>Julie Repper</i>	23
Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie? <i>Andreas Knuf, Sabina Bridler</i>	24
Recovery ohne Psychiatrie: Alternativprojekte von Psychiatrieerfahrenen <i>Peter Lehmann</i>	33
Gibt es im Hinblick auf berufliche Gratifikationskrisen und Burnout Unterschiede zwischen Pflegenden in der Psychiatrie und der Somatik <i>Michael Löhr, Michael Schulz, Lutz Wehlitz, Christian Heins, Katja Wingefeld</i>	38
Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) aufgrund von Aggressionseignissen bei Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen <i>Christoph Abderhalden, Ian Needham, Dirk Richter</i>	41
Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffene MitarbeiterInnen: Ein Leitfaden <i>Harald Stefan, Wolfgang Schrenk, Wolfgang Egger</i>	47
Kooperation in der interprofessionellen Behandlung <i>Konrad Koller, Fritz Frauenelder</i>	53
Psychiatrisches Case Management der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) <i>Klaus Raupp, Martin Brömmer, Thomas Langenegger</i>	63
Primary Nursing in Zeiten der Kostendämpfung: Chance oder Übel? <i>Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle</i>	67
Wohlbefinden fördern: Pflegerische Handlungsmöglichkeiten <i>Dorothea Sauter</i>	70

Kalifornische Massage als eine Möglichkeit des Kontaktes und als ein Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Patienten und Mitarbeiter: Ergebnisse einer Befragung von 300 Patienten und 50 Mitarbeitern <i>Uwe Braamt</i>	74
Gesünder leben, leicht gemacht (GLLG). Gesundheitsförderung in einer psychiatrischen Tagesklinik <i>Radegundis Hofer</i>	81
Motivations- und Entzugsarbeit bei Alkohol- und Suchkranken am Psychiatriezentrum Rheinau <i>Marcel Binder, Stefan Wermelinger</i>	85
Recovery und seine Bedeutung für die psychiatrische Pflege <i>Anna Eisold, Michael Schulz, Doris Bredthauer</i>	94
„Ich hatte damals ein Durcheinander, wo ich heute Ordnung habe“ Eine qualitative, inhaltsanalytische Untersuchung bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit <i>Regine Steinauer</i>	105
Selbstpflegekompetenzentwicklung bei älteren Personen im Setting am Modellprojekt „MENSANA“-Gesundheits- und Sozialsprengel Hall i.T. <i>Rita Mair</i>	113
Psychosomatik und Gerontopsychiatrie, Erfolgreiche Arbeit durch die psychiatrische Gesundheits und Krankenpflege <i>Arnold Scheuch</i>	119
Herausforderndes Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen aus der Perspektive von Pflegenden- Erleben und Strategien-- Eine deskriptive, analytische Studie <i>Elisabeth Höwler</i>	125
Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien während einer tagesklinischen Behandlung <i>Gamal Abedi, Markus Schwarz, Rita Schwahn, Maike Pellarin, Jochen Germann</i>	134
„Heimspiele“: Hausbesuch und Elternhospitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Alexandra Schäfer, Bernhard Prankel, Thomas Lange, Bärbel Durmann, Ursula Hamann</i>	138

Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit in der stationären Adoleszentenpsychiatrie <i>Christoph Abderhalden, Manuela Grieser, Gianni Zarotti, Philipp Lehmann</i>	140
Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege: Eine Meta-Synthese <i>Dirk Richter, Sabine Hahn</i>	150
Zwanzig Jahre Psychosozialer Pflegedienst - Von einer Idee zur flächendeckenden extramuralen Versorgung <i>Harald Kaplenig, Christine Gruber</i>	158
Unterstützung einer spontan gebildeten Selbsthilfegruppe mittels Supervision durch Pflegenden einer Psychotherapieklinik <i>Rolf Brunner, Momo Christen</i>	165
Pflege psychisch kranker Menschen: Ansichten von innen <i>Susanne Schoppmann</i>	172
Passen Recovery und psychiatrische Pflege zusammen <i>Ian Needham, Fritz Frauenfelder, Franziska Rabenschlag, Christoph Abderhalden</i>	175
Pflege als menschliche Zuwendung <i>Sabine Weißflog, Jürgen Rave, Willi Kazmaier</i>	185
Selbstbefähigung in der ambulanten psychiatrischen Pflege fördern - Stolpersteine in der Zuweisung der Verantwortung <i>Udo Finklenburg, Cécile Geisseler</i>	195
Multiprofessionalität in der allgemeinpsychiatrischen Mutter-Kind- Behandlung <i>Bernd Abendschein, Nadia Hadji, Simone Stuhlmüller, Claudia Klock</i>	196
Recovery und Selbsthilfe bei Borderline <i>Christiane Tilly</i>	202
Experienced Involvement - Erfahrung für Veränderung nutzen: Psychiatrie - Erfahrene bewegen Professionelle <i>Uwe Bening, Claus Rätke</i>	213
Recovery als Prinzip stationärer psychiatrischer Versorgung in Nottingham (UK) - ein Umsetzungsbeispiel <i>Martin Fischer, Julie Repper</i>	224
Ressourcenorientierung in der Langzeitpsychiatrie - Einführung und Umsetzung von Ansätzen des Tidal-Modells, von Recovery und Empowerment auf einer Station <i>Guntram Fehr, Bernadette Arpagaus</i>	225

Kongruente Beziehungspflege am Fallbeispiel einer "schwierigen" Patientin: eine Fallstudie <i>Markus Berner</i>	232
Advanced Practice Nursing (APN) in der Psychiatrie: Von der Idee zur Umsetzung <i>Peter Ullmann, Joergen Mattenklotz</i>	240
Einführung von Pflegediagnosen am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost <i>Cornelia Gianni</i>	241
Strukturierte Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen: Erste Erfahrungen aus einem Praxisentwicklungsprojekt <i>Bernd Kozel, Konrad Michel, Christoph Abderhalden</i>	245
Medikamententrainingsprogramm (MTP) <i>Uwe Schirmer, Tilman Steinert, Tanja Jörg</i>	252
Phytotherapie in der Psychiatrie – Entwicklung und Umsetzung eines Klinikstandards <i>Jürg Dinkel, Rea Heierli</i>	258
Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus: Ein Präventionskonzept mit Fokus auf die Berufsgruppe der Pflegenden <i>Markus Weber, Iris DeBertolis, Sonja Feige, Jens Glatthaar, Katharina Theiss, Barbara Tönges</i>	264
Krisen bewältigen-Stabilität erhalten-Veränderung ermöglichen oder: Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht <i>Doris Rolke, Marie Boden</i>	273
„Praktische Erfahrungen mit Peerarbeit im ProMenteSana-Recovery- Projekt“ <i>Maria Giesinger, Ruth Meier</i>	287
Evaluation der Bezugspersonenpflege in der stationären Psychiatrie <i>Urs Ellenberger, Bernd Kozel, Peter Rieder</i>	295
Ermittlung des Umsetzungsgrades von PN in der stationären Psychiatrie mittels IzEP® <i>Rosemarie Welscher, Michael Schulz, Sebastian Dorgerloh</i>	300
Behandlung von forensischen Patienten auf einer allgemeinpsychiatrischen Station aus multiprofessioneller Sicht anhand eines Fallbeispiels <i>Christian Frank, Rainer-Uwe Burdinski, Michael Schulz</i>	302

Resilienz und Salutogenese als Möglichkeiten in der Sozio- Milieuthherapie von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik <i>Frank Voss</i>	317
Die Anerkennung des psychisch kranken pflegebedürftigen Menschen als empirisches Phänomen <i>Harald Haynert</i>	328
"Fremdheit zulassen - Welten erfahren" – das WEGweiser Projekt <i>Stefan Jünger, Thomas Hax-Schoppenhorst</i>	330
"Image heben - Pflege pflegen!" <i>Thomas Hax-Schoppenhorst, Stefan Jünger</i>	341
Pflegefachpersonen Psychiatrie und ihr Einfluss auf die Politik ihres Landes <i>Regula Lüthi</i>	348
Phänomenologie des Psychiatrischen - Einladung zu einem Dialog zwischen Pflegewissenschaft - Philosophie - Psychiatrie <i>Harald Haynert</i>	349
Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht <i>Dirk Richter</i>	351
Medikamententraining im Rahmen psychiatrischer Pflege (Poster) <i>Florim Asani, Ingo Eissmann</i>	363
Befreiungstechniken im Aggressionsmanagement (Poster) <i>Robert Thein, Peter Ullmann</i>	365
Der Pflegeprozess in der Praxis: Umsetzung des Pflegeprozess in der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium Kilchberg (Poster) <i>Gianfranco Zuaboni</i>	367
Autorinnen und Autoren	371

Psychische Gesundheit, Public Health und die Rolle der Pflege

Marianne Brieskorn-Zinke

Einführung

Das Modell der Salutogenese gilt bis heute als eines der wichtigsten interdisziplinären Gesundheitskonzepte mit großer Integrationskraft für die unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen. In der Diskussion um Gesundheitsförderung wird heute weniger vom Grundlagenkonzept der Salutogenese gesprochen als vielmehr von der salutogenetischen Perspektive, die eine Erklärungsgrundlage für die Bedeutung personaler Ressourcen bei der Entstehung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit liefert.

So geht es auch in diesem Beitrag um gesundheitsförderliche und ressourcenorientierte Sichtweisen, die die Pflege betreffen und natürlich geht es dabei auch um Wege der Umsetzung solcher Ansätze in den psychiatrischen Alltag. Für die Pflege als Profession ist diese salutogenetische Perspektive zentral geworden.

Die Anforderungen an die Pflegeberufe sowie das berufliche Selbstverständnis in der Pflege haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm gewandelt. Die Pflege in den deutschsprachigen Ländern ist dabei, sich von einem Heil – Hilfsberuf zu einem eigenständigen Gesundheitsfachberuf zu entwickeln – sehr langsam zwar, dafür aber -auch nachhaltig. Diese Entwicklung hängt einerseits mit dem veränderten Krankheitsspektrum zusammen und mit neuen Ansätzen zur Versorgungsgestaltung, zum anderen auch mit der Internationalisierung oder der Europäisierung. Über 6 Millionen Pflegende und Hebammen in Europa werden heute als eine große Ressource für mehr Gesundheit in allen Ländern der EU betrachtet. WHO-Empfehlungen und EU-Aufrufe zur stärkeren Einbindung der Pflegeberufe in Public Health relevante Aufgaben machen Druck, sowohl auf die Politik als auch auf die Pflegeverbände und die Ausbildungsträger.

Der Generaldirektor der WHO prognostizierte bereits 1985 für den Pflegebereich wichtige Veränderungen:

„Die Rolle der Krankenschwestern wird sich ändern, mehr von ihnen werden aus den Krankenhäusern in das Alltagsleben gehen, wo sie dringend gebraucht werden. Sie werden mehr zu Hilfsquellen für die Menschen als für die Ärzte, indem sie sich aktiver um die Gesundheitserziehung der Bevölkerung kümmern. Leitende Krankenschwestern werden zunehmend innovativ wirken und an der Planung und Auswertung von Programmen beteiligt sein. Wenn Millionen von Krankenschwestern an tausend verschiedenen Orten die gleichen Ideen verkünden und sich zu einer gemeinsamen Kraft zusammenschließen, dann könnten sie wie ein Kraftwerk auf Veränderungen hinwirken. Ich glaube, dass eine solche Veränderung kommt. Es ist heute offensichtlich, dass der Krankenpflegeberuf mehr bereit ist für Veränderungen als andere Berufsgruppen“ (Mahler 1985, zit. nach Weeks 1989, S.67).

Herr Mahler hatte Recht. Heute heißen die Krankenpfleger und Krankenschwestern auch in Deutschland Gesundheitspfleger und Gesundheitsschwestern. Das ist mehr als Rhetorik. Das gehört zu einem Programm, welches mittels Veränderungen die Perspektiven in der Pflege verändert. Weg von der Defizit- und Risikoorientierung hin zu einer Arbeitsperspektive, die auf die Potentialen oder das „Vermögen“ von Patienten und Angehörigen zielt und möglicherweise auch weg von der ausschließlichen Behandlung oder Arbeit mit Patienten und Patientinnen in den Krankheitsinstitutionen, hin zu vermehrten Tätigkeiten an den Orten, wo Krankheiten entstehen. Pflegende können hier ihre Erfahrungen aus dem Umgang mit Krankheit und Kranksein für die Prävention und damit für den Erhalt der Bevölkerungsgesundheit nutzbar machen. In diesem Sinne bekäme *„Public Health Nursing“* auch in den deutschsprachigen Ländern Gestalt.

Was ist Gesundheit?

Ernst Bloch hat in seiner Abhandlung über den „Kampf um Gesundheit“ folgende Kurzcharakterisierung gegeben:

„Gesundheit ist ein schwankender Begriff, wenn nicht unmittelbar medizinisch, so sozial. Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Gesundheit wiederherstellen, heißt in Wahrheit den Kranken zu jener Art von Gesundheit bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst

gebildet wurde.... Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft Erwerbsfähigkeit, unter Griechen war sie Genussfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit“ (Bloch 1959, S. 539).

Eine solche eher kritisch soziologische Betrachtungsweise ist zwar interessant, bringt uns im Pflegealltag allerdings nicht weiter.

Man kann von zwei unterschiedlichen Kategorien des Gesundheitsbegriffs ausgehen, die für unseren Arbeitszusammenhang sinnvoll sind, es handelt sich um einen eher theoretischen und einen eher praktischen Zugang. Die Arbeit am theoretischen Gesundheitsbegriff produziert zwangsläufig Idealitäten. So definiert Becker z.B. aus seinen Forschungsergebnisse zur seelischen Gesundheit, die ja in der Psychiatrie im Vordergrund steht, seelische Gesundheit als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mit Hilfe externer und interner Ressourcen. Externe und interne Ressourcen umfassen nach Becker soziale und berufliche Kompetenzen, ein hohes Selbstwertgefühl, selbst- und fremdbezogene Wertschätzung sowie Flexibilität und Tenazität (Beharrlichkeit, Zähigkeit) und die Fähigkeit zur Bedürfnisbefriedigung (vergl. Becker 2005).

Die WHO definiert „Gesundheit“ wie folgt: *„Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“*. Im Alltag können wir mit solchen Gesundheitsbegriffen allerdings nur bedingt arbeiten. Häufig deprimieren diese Idealvorstellungen.

Andere Studien und Arbeiten zum Thema Gesundheitsförderung in der Pflege werden vielmehr von einem funktionalen Gesundheitsbegriff bestimmt. Dieser zielt auf die Aussage: Gesundheit ist höchstmögliche Autonomie, auch unter den Bedingungen von Krankheit, funktionalen Einschränkungen, manchmal auch unter Schmerz und Leid. Diese Verwendung des Autonomiebegriffs im Sinne von Gesundheit darf keinesfalls missverstanden werden als Unabhängigkeit als vorausgesetzter gesellschaftlicher Wert, im Sinne *„jeder kann alles alleine“*! Autonomie ist hier vielmehr zu verstehen als selbstbestimmtes Leben. Das ist eine Gesundheitsvorstellung, die abweicht von Gesundheit als Zustand des Rundumwohlfühls oder von Gesundheit als Fitness. Es ist ein eher bescheidener Gesundheitsbegriff, der eine professionelle Haltung impli-

ziert, die auf das „So Sein“ und auf die Selbstverantwortung und die Selbstbeteiligung des Gegenübers zielt.

Krankheit wird all zu oft als Gegenspieler zur Gesundheit gesehen, was aber nur in gewisser Weise stimmt. Da „krank“ in der Psychiatrie meist nicht „körperkrank“ bedeutet, sprechen wir hier vielfach von Kränkung oder wie Klaus Dörner es ausdrückt vom vielseitig verwendbaren Begriff „Störung“: *„Man kann sagen: Jemand hat eine Störung, wird gestört, stört sich selbst, stört andere, kann eine Betriebsstörung sein; auch Beziehungen und Entwicklungen können gestört sein“* (Dörner et al, S 19).

Diese Störung als allgemein-menschliche Ausdrucksmöglichkeit für bestimmte Gefühlslagen oder Problemsituationen aufzufassen, beinhaltet ebenfalls eine Haltung, die nicht defizitorientiert ist, sondern dem So-Sein eines Patienten gerecht werden kann. Vorübergehend kann er oder sie in seinem / ihrem Gestörtsein auch ein Stück Autonomie (im Sinne der Selbstbestimmung) verlieren, auf welcher Ebene auch immer.

Gesundheit wird in dem hier vorgestellten Ansatz also nicht der Krankheit gegenüber gestellt, sondern im Sinne der Autonomie interpretiert. Ziel des gesundheitsorientierten Handelns in der Pflege wäre dann, dass Patienten so selbständig und selbstverantwortlich wie möglich mit den momentanen körperlichen, psychischen und sozialen Anforderungen ihres Lebens zurecht kommen. Gemäß dieser Zielsetzung geht es in der pflegerischen Arbeit dann darum, Patienten dabei zu unterstützen alltägliche Handlungsfähigkeit zurück zugewinnen oder wieder neu zu gewinnen. Wichtig ist, dass Patienten diese alltägliche Handlungsfähigkeit erleben können, um auf dieser Grundlage auch sich selbst wieder als wirksam zu spüren. **Das Erleben eines gelungenen Alltags ist also eine wesentliche Bezugsgröße der pflegerischen Gesundheitsdefinition und der Rückgewinnung von Autonomie.** Der pflegerische Blick muss bei einer solchen Zielsetzung vermehrt auf die verbliebenen Ressourcen und Potentiale des Patienten oder auf das Vermögen gerichtet sein. Eine solche Beschreibung des professionellen Arbeitsgebietes der Pflege bezieht sich eben nicht auf die Krankheit oder die diagnostizierten Befunde sondern auf das **Kranksein** und das verbliebene **Gesundsein** der Patienten. Das sind die zwei wichtigen Dimensionen des Sich-Befindens oder des Sich-Erlebens, die für

pflegerische Interventionen zentral sind und die die Balance oder die Disbalance schaffen zwischen Abhängigkeit und Autonomie.

Was heißt Salutogenese

Es geht um ein Konzept zur Erklärung der Ursprünge von Gesundheit. Während sich die Medizin in den letzten 200 Jahren intensiv mit der Pathogenese befasst hat – also den Ursprüngen der Krankheiten – ist eigentlich erst in den letzten zwanzig Jahren die wissenschaftliche Frage nach den Ursprüngen und Bedingungen für Gesundheit gestellt worden. Der Medizinsoziologe Aron Antonovsky hat dazu in den 80er Jahren sein salutogenetisches Modell entworfen, welches heute zu den einflussreichsten Ansätzen in den Gesundheitswissenschaften zählt. Antonovsky bezog sein Modell zwar ursprünglich primär auf körperliche Gesundheit, die zu Grunde gelegte Methodik ist aber auch auf seelische Gesundheit übertragbar – wenn wir denn überhaupt von einer prinzipiellen Unterscheidung von körperlicher und seelischer Gesundheit ausgehen wollen.

Nach dem Konzept der Salutogenese sind Individuen oder Gruppen gesund, wenn sie:

- Anforderungen und Zumutungen einigermaßen vorhersehen, verstehen und einordnen können (ein Gefühl von Verstehbarkeit in sich tragen)
- Die Möglichkeiten sehen zu reagieren, einzugreifen und Einfluss zu nehmen (ein grundsätzliches Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit haben)
- Die Motivation verspüren, dass Problemlösungen sich für sie lohnen (Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit)

Antonovsky hat mit seinem Modell viele Anstöße gegeben zur weiteren Beforschung der Fragen: Was ist Gesundheit? Was bedingt Gesundheit? Wie kann man Gesundheit definieren? Wie kann man Gesundheit diagnostizieren? Wie kann man Gesundheit fördern? Das führte z.B. zu den Unterscheidungen zwischen aktueller Gesundheit und habitueller Gesundheit, zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit, zwischen optimaler und bedingter Gesundheit, zwischen objektiv gemessener Gesundheit und subjektiv wahrgenommener Gesundheit? So ist die Gesundheitsforschung entstanden und das, was wir heute ganz allgemein unter salutogenetische Perspektive fassen. Daraus sind

zumindest drei zentrale überprofessionelle Leitlinien für das Arbeitsfeld Gesundheitsförderung entwickelt worden:

- ein biopsychosoziales Grundverständnis der Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit
- die Einsicht, dass zur Bestimmung von Gesundheit und Krankheit subjektive Angaben zur Befindlichkeit und zur Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit gleichwertig neben den objektiven Befunden der Professionellen stehen.
- der Einsatz von Empowerment-Strategien mit einer bewussten Orientierung an den Stärken und Ressourcen von Klienten/Patienten.

Unter diesem Dach arbeiten heute die verschiedensten Professionen am Thema Gesundheit, von den Psychologen und Medizinern bis zu den Sportlehrern und Erzieherinnen.

Wie können nun diese Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung für die pflegerische Gesundheitsförderung in der Psychiatrie nutzbar gemacht werden?

Grundsätzlich gibt es zwei Einsatzfelder:

- innerhalb der psychiatrischer Institutionen zur Sekundär- und Tertiärprävention und
- außerhalb psychiatrischer Institutionen zur Primärprävention psychischer Erkrankungen.

Die pflegerische Gesundheitsförderung innerhalb psychiatrischer Institutionen befasst sich mit Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, die oft existenzielle Brüche in ihrer Biographie erleben oder auch den Verlust der Kontrolle über wesentliche Handlungsbereiche in ihrem Leben. Im Sinne des Konzepts der Salutogenese, ist dann das Kohärenzgefühl erschüttert und der Mensch bewegt sich auf dem Krankheits- Gesundheitskontinuum akut mehr in Richtung Krankheit als Gesundheit. Es geht also in der pflegerischen Gesundheitsförderung innerhalb der psychiatrischen Institutionen nicht darum Gesundheit zu lehren, sondern darum Patienten im Sinne des Krankheits- Gesundheitskontinuums dabei zu unterstützen in Zukunft mehr gesund und weniger krank zu sein und dieses Verhältnis so autonom wie möglich zu gestalten.

Wie kann das im Sinne der Salutogenese ganz praktisch geschehen? Wie kann das erschütterte Kohärenzgefühl wieder stabilisiert werden?

Durch aktives Zuhören – Das fördert und unterstützt beim Patienten das Gefühl der Verstehbarkeit. Er soll mit Hilfe von aktiven Reflexionsanstößen auf der kognitiven Ebene sein Kranksein und sein Gesundsein verstehen und einordnen lernen – also Stück für Stück den komplexen, schwer in Worte zu fassenden Sinn ausmachen, den die jeweilige Störung als riskante Problemlösungsmethode hat – im Rahmen der Biographie, im Rahmen der familiären Bedingungen, der Arbeitsbedingungen oder auch im Rahmen der aktuellen Situation. Dörner spricht hier von der „Landschaftsgestaltung in Sprachbildern“, in denen Gesundheitserfahrungen und Krankheitserfahrungen gemeinsam benannt und ausgetauscht werden. Von zentraler Bedeutung für die Erstellung des Pflegeplan sind also die Erzählungen der Patienten als Ausdruck der selbsteingeschätzten Bedürfnisse und Lebenserfahrungen

Durch das Ermöglichen von Kompetenzerfahrungen – also das Machbarkeitsgefühl stärken. Der Patient soll das Ausmaß seiner Grenzen aber auch seiner Möglichkeiten wieder neu austesten und wahrnehmen lernen. Pflegende helfen Fertigkeiten für den Alltag zu entwickeln also die bereits beschriebene alltägliche Handlungsfähigkeit zu entwickeln. So werden wieder Selbstwirksamkeitserfahrungen möglich. Häufig geht das nur über sehr individuelle abgestimmte kleinste Zielsetzungen, die auf der Beobachtung und Erfassung von verbliebenen Gesundheitspotentialen aufbauen. Dafür besteht allerdings großer Schulungsbedarf. Aber auch die Hinführung zu geeigneten Unterstützungssystemen außerhalb des eigenen Selbst, verstärken das Machbarkeitsgefühl – wie z.B. Beziehungen, Kontakte, professionelle Anlaufstellen, Selbsthilfegruppen usw. Das Ermöglichen von Kompetenzerfahrungen ist Kreativitätsarbeit mit Zu-Mutungen, ist Beziehungsarbeit im Jetzt, ist der Versuch neue Erfahrungen anzulegen.

Durch Haltgeben Bedeutsamkeit vermitteln. Der Patient soll Motivation für sein Leben oder für das Wiedererlangen eines gesünderen Lebens entwickeln. Das ist sicherlich der heikelste Punkt des Kohärenzerlebens in psychischen Krisen. Antonovsky spricht hier von der motivationalen Komponente, die er als die Wichtigste im Kohärenzgefühl beschreibt. Wenn aber Patienten sich im Extremfalle selbst nicht mehr aushalten, dann ist die Vermittlung von Bedeut-

samkeit extrem schwierig und vielleicht nur herstellbar über die Versicherung „Ich halte Dich aus“ und über die gleichzeitige Versicherung, dass man als Pflegefachkraft aus der Erfahrung weiß, dass es wieder besser wird.

Die Arbeit am Kohärenzgefühl, also am Gefühl für Zusammenhänge, kann nur als konzeptionelle Richtschnur gelten für eine sinnvolle Zusammenführung gesundheitsförderlicher Ansätze, die es ja auch jetzt schon in verschiedenen Formen gibt und natürlich darüber hinaus auch für eine sinnvolle Kooperation aller Berufsgruppen, die in der Psychiatrie ebenfalls schon seit Langem praktiziert und immer wieder neu diskutiert wird.

Die Pflegeberufe haben allerdings durch ihr spezifisches Aufgabengebiet und durch ihren einzigartigen Bezugsrahmen zum Patienten, der durch besondere Nähe geprägt ist, sehr gute Möglichkeiten vermehrt gesundheitsorientiert zu arbeiten. Die Pflege ist von daher wirklich als ein wichtiger salutogener Faktor in der Psychiatrie zu betrachten. Zum einen verbringen Pflegende im Vergleich zu anderen Berufsgruppen den größten Zeitanteil mit dem Patienten. Sie gestalten zusammen mit dem Patienten den klinischen Alltag. Zum zweiten bezieht sich die Nähe auch auf die Körperlichkeit – gleichgültig ob es sich um die Unterstützung zur Aufrechterhaltung körperlicher Funktionen, das Erkennen und Eingehen auf körperliche Symptome (z.B. durch Nebenwirkungen) oder um den körperlichen Ausdruck von Empfindungen wie Verletzungen oder Angst handelt. So geht es in der Pflege immer auch um leiborientierte Wahrnehmung und Beratung, die einen Zugang schafft auch für eher körperliche Gesundheitserfahrungen beim Essen, Ausscheiden, Bewegen, Schlafen usw.

Gesundheitsorientiertes Denken und Handeln führt Körper und Seele zusammen genauso wie Kranksein und Gesundsein, was ein Zitat von Thomas Mann verdeutlicht:

„Das Leben ist nicht zimperlich, und man mag wohl sagen, dass schöpferische, geniesprudelnde Krankheit, Krankheit, die hoch zu Ross die Hindernisse nimmt, in kühnem Rausch von Fels zu Felsen springt, ihm tausendmal lieber ist als die zu Fuß latschende Gesundheit“ (Mann 1955).

Literatur

bei der Verfasserin

Recovery, Psychiatry and Nursing (Recovery, Psychiatrie und Pflege)

Julie Repper

Abstract

Das Konzept des 'Recovery' ist im Bereich der psychischen Gesundheit in kurzer Zeit fast allgegenwärtig geworden, und dies weltweit. Unzählige Angebote, Ausbildungskurse, professionelle Gruppen, Strategien und Leitbilder beziehen sich heute auf Recovery. Das Problem damit ist, dass die Bedeutung des Begriffs inzwischen fast beliebig geworden ist. Recovery ist ein Wort geworden, das immer zu dem passt, was wir tun möchten, statt dass es eine Bezeichnung ist für einen klar definierten Ansatz für die Arbeit mit Menschen, die psychische Probleme haben, nach deren eigenen Bedingungen, um ihnen zu helfen das Leben zu leben, das sie selbst leben wollen.

Im Beitrag, der sich auf Literatur, Forschungsergebnisse und Beispiele von recovery-orientierten Angeboten stützt, wird folgendes besprochen:

- Was bedeutet Recovery für Menschen, die Dienste in Anspruch nehmen?
- Wie können Einrichtungen Recovery ermöglichen und unterstützen?
- Wie können wir wissen, ob wir wirklich Recovery praktizieren?

Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie?

Andreas Knuf, Sabina Bridler

Durch welche Haltung und Methodik zeichnet sich eine Arbeitsweise aus, die sich an Recovery und Empowerment orientiert? Welche Veränderungen braucht es auf der strukturellen Ebene des psychiatrischen Hilffsystems? Und welche ganz konkreten Schritte braucht es, um eine Atmosphäre zu schaffen, in der Genesung leichter möglich wird?

„Empowerment“ und „Recovery“ sind zwei Schlagworte, die sich in der aktuellen sozialpsychiatrischen Konzeptdebatte immer wieder finden. „Empowerment“ meint die Selbstbefähigung psychiatrischer Klienten, mit älteren Begriffen könnte man auch vom Zurückgewinnen von Stolz, Würde und Mut sprechen. Wie können psychiatrieerfahrene Menschen wieder über ihr Leben bestimmen, wie wird Selbsthilfe möglich, wie wird im psychiatrischen Kontext ein möglichst hoher Grad an Selbstbestimmung möglich? Der Begriff „Recovery“ könnte mit Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt werden, ein wirklich treffender deutschsprachiger Begriff ist noch nicht gefunden. Die ersten Vertreter des Recovery-Ansatzes waren Betroffene, die von professioneller Seite als „chronisch psychisch krank“, als „austherapiert“ bezeichnet wurden, die sich mit dieser negativen Prognose aber nicht abfanden und wieder Erwarten gesundeten. Sie schlossen sich zusammen um auf den ihrer Meinung nach demoralisierenden Pessimismus aufmerksam zu machen, den die Psychiatrie verbreitet und nach Bedingungen zu suchen, die darüber entscheiden, ob es einem langzeitkranken Menschen gelingt, wieder ein zufriedenes Leben zu führen. Dieser Betroffenenbewegung schlossen sich rasch reformorientierte Fachleute an. In Ländern wie Neuseeland, England, Canada oder einzelnen Staaten der USA ist die Recovery-Idee zu *dem* zentralen Anliegen reformorientierter Fachpersonen sowie von Betroffenenvertretern geworden. Dabei handelt es sich nicht um ein einheitliches Konzept, sondern eher um eine Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis.

Im Recovery-Ansatz wird sehr radikal die Genesung in den Mittelpunkt der psychiatrischen Arbeit gerückt, und zwar auch und gerade bei jenen Menschen, die von der Psychiatrie klassischerweise als Klienten zweiter Klasse abgeschrieben wurden, bei den „chronischen Fällen“, den „Austherapierten“. Genesung wird hier aber nicht als Symptommfreiheit verstanden. Recovery ist vielmehr ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er trotz seiner möglicherweise fortbestehenden Symptome ein zufriedenes und hoffnungsvolles Leben führen kann und am gesellschaftlichen Leben aktiv teilnimmt, wie jeder andere Mensch auch.

In zahlreichen sozialpsychiatrischen Institutionen wird bereits Recovery- und Empowerment-orientiert gearbeitet. Vieles ist in den letzten Jahren erreicht worden, doch manche Umsetzung kommt nur langsam voran, gerade auf der strukturellen Ebene. Recovery lässt sich auf vielfältige Weise fördern. Wir möchten hier jedoch keinen allgemeinen Überblick geben, sondern anhand einiger ausgewählter Themenbereiche aufzeigen, wie eine auf die Genesung ausgerichtete Arbeitsweise im Alltag einer psychiatrischen Institution umgesetzt werden kann.

Recovery als Einführung des weiblichen Prinzips in die Psychiatrie?

Die konventionelle Psychiatrie ist bis in die Gegenwart mehrheitlich von einem patriarchalen, herrschaftsorientierten Denken durchzogen. Sie betont einen Machtanspruch gegenüber ihren KlientInnen, fordert beispielsweise „Compliance“ von ihnen und droht für den Fall der Verweigerung Zwang und Gewalt an. Sie beurteilt das Verhalten ihrer KlientInnen in Form von Diagnosen. Diese dienten bis in die jüngste Zeit hinein in erster Linie der Zuordnung und nicht der Indikation für bestimmte Therapieverfahren, da verschiedene Diagnosen oft in derselben Therapie mündeten. Die konventionelle Psychiatrie ist zudem von einer Gesprächsarmut geprägt. Wie viele Gespräche mit KlientInnen in Kliniken beschränken sich lediglich auf Informationen zu Medikamenten, wie selten wird auch heute noch über die Bewältigung von Symptomen, der Krankheitserfahrung oder den Erlebnissen während der Krise gesprochen. Die Beziehung wird in der konventionellen Psychiatrie ebenfalls weiterhin eher gering bewertet. Eine Recovery-orientierte Haltung beinhaltet viele Elemente, die gemeinhin eher dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben werden, wes-

halb wir die Recovery-Orientierung vereinfacht als die Einführung des weiblichen Prinzips in die Psychiatrie bezeichnen möchte. Für die Förderung des Genesungsprozesses erachtet der Recovery-Ansatz eine Haltung professionell Tätiger als hilfreich, die neben weiteren Elementen folgendermaßen beschrieben werden kann:

- Aufrechterhalten der Hoffnung auf Gesundung („*Holder of Hope*“) selbst in schwierigsten oder scheinbar unveränderlichen Situationen; Zuversicht und Vertrauen in die in einem jeden Menschen innewohnenden Gesundungskräfte;
- Geduld, genügend Zeit für die Entwicklung zu lassen;
- eine nicht bewertende, nicht pathologisierende oder stigmatisierende Haltung, so dass sich die KlientInnen in ihrem Anderssein gleichwertig und angenommen fühlen;
- das subjektive Erleben der Betroffenen und ihrer ganz persönlichen Erklärungsmodelle wertzuschätzen, ihnen nicht die Sicht der Fachperson überstülpen zu wollen;
- Wahlfreiheit (im Bezug auf therapeutische Möglichkeiten, Lebensformen etc.) ermöglichen, dadurch Zusammenarbeit fördern; mehr miteinander statt Ausübung von Macht;
- Erleben und Verhalten der Betroffenen als sinnhaft zu verstehen;
- sich auf wirkliche Beziehungen zu den KlientInnen einzulassen, sich nicht hinter Professionalität verstecken, sondern für die KlientInnen als Mensch spürbar zu sein.

Die hier aufgeführten Punkte scheinen allgemeine Grundlagen für Wachstums- und Reifungsprozesse zu sein. Jedenfalls versuchen Eltern zumeist, diese Fähigkeiten im Umgang mit ihren Kindern zu verwirklichen. Für Wachstumsprozesse bei Erwachsenen - und ganz besonders bei Menschen in Krisensituationen – sind sie ebenso unerlässlich.

Hoffnung und Zuversicht vermitteln

Durch die Recovery-Forschung verstehen wir heute wie wichtig es ist, dass die Betroffenen Zuversicht haben und überhaupt an die Möglichkeit einer Genesung glauben. „*Ohne Hoffnung geht es nicht!*“, heißt es in einer Zusammen-

stellung von Grundsätzen für die Recovery-Arbeit, und auch Michaela Amering betont in ihrem Slogan *„Hoffnung Macht Sinn“* (2008) die Bedeutung der Hoffnung als einer von drei zentralen Pfeilern für Recovery-Förderung. Für Fachpersonen stellt sich die Herausforderung, betroffenen Menschen zu helfen, ihre Hoffnung aufrechtzuerhalten und selber die Hoffnung bei ihren KlientInnen nicht aufzugeben. Wie aber kann das im Alltag gelingen? Nach unserer Erfahrung ist die Übersetzung „Hoffnung“ für das englische Wort „hope“ zwar korrekt, stösst aber bei vielen nicht das an, was im Recovery-Ansatz gemeint ist. Der Begriff „Hoffnung“ wird sehr unterschiedlich empfunden. Für manche ist er nicht kraftvoll, sondern eben „das letzte Fünkchen Hoffnung“. Gemeint ist jedoch ein ganz starkes Zutrauen, dass es dem Betroffenen wieder besser gehen könnte. Von Milton Erickson, dem bekannten und erfolgreichen amerikanischen Psychotherapeuten wird berichtet, dass er einen unverbrüchlichen Optimismus in die Veränderungsmöglichkeiten von Menschen gehabt habe und sich bei jedem Klienten und jeder Klientin habe vorstellen können, wie er oder sie weniger leidvoll leben könnte. Auch deshalb scheinen seine Therapien von einem beeindruckenden Erfolg gekennzeichnet gewesen zu sein. Ein solcher unverbrüchlicher Optimismus ist gemeint, wenn es im Recovery-Ansatz um „hope“ geht. Der Begriff „Zuversicht“ oder auch „Vertrauen“ ist unserer Erfahrung nach fast besser geeignet, um dessen Inhalt zu beschreiben.

Wie also kann es gelingen, sich als Fachperson Zuversicht, Vertrauen und unverbrüchlichen Optimismus zu erhalten und den KlientInnen zu vermitteln? Es gibt verschiedene Fähigkeiten, die uns dabei helfen. Zentral sind z.B. Geduld, die Würdigung kleiner Schritte und die Fähigkeit, Krisen nicht als Katastrophen zu verstehen (dann verliere ich bei einer erneuten Krise nämlich alle Hoffnung). Hoffnung zu vermitteln ist nicht in erster Linie eine Frage der Worte. Es geht um mehr als darum, den KlientInnen immer wieder zu sagen: *„Ich glaube, dass Sie das schaffen werden“*. Das mag zwar sinnvoll sein, Zuversicht zu vermitteln ist jedoch in erster Linie eine Frage der Handlungen. *„Mein Therapeut ist einfach zu mir gestanden, er hat mich auch beim dritten Reha-Anlauf noch unterstützt. Da hab ich gemerkt: Der glaubt wirklich, dass ich es schaffen kann!“* - so beschreibt eine Betroffene, wie ihr Zuversicht vermittelt wurde. Zuversicht aufrechtzuerhalten ist recht einfach bei KlientInnen, die sichtbare Entwicklungsschritte machen. Schwieriger ist es bei denjenigen, die schon

länger auf der Stelle treten und besonders schwierig bei Menschen, denen es zunehmend schlechter geht. Hoffnung ist ansteckend und ebenso ist es Hoffnungslosigkeit. Fachpersonen müssen sensibel dafür bleiben, wenn sie sich von der Hoffnungslosigkeit des Umfeldes oder oft auch des oder der Betroffenen selber anstecken lassen.

Ganz konkret: Was ist hilfreich für eine Zuversicht vermittelnde Haltung?

- *Informationen über Gesundungsverläufe sammeln, sowohl durch Studien wie auch durch die Befragung ehemaliger KlientInnen, denen es heute wieder besser geht und zu denen möglicherweise kein Kontakt mehr besteht.*
- *KlientInnen und Mitarbeitenden diese Informationen zur Verfügung stellen (so zum Beispiel die Recovery-DVD von Pro Mente Sana), oder ehemalige genesene KlientInnen über „Gesundheit ist ansteckend“-Gruppen in die Einrichtung einladen.*
- *„Alarmsystem“ installieren, wenn Mitarbeitende die Hoffnung verlieren und z.B. in einen Burn-Out-Zustand geraten.*
- *Nie vergessen: Ohne Zuversicht ist keine gute Arbeit möglich! Besondere Vorsicht ist angebracht, wenn alle Mitarbeitenden bei einem Klienten oder einer Klientin die Zuversicht verlieren!*

Neue Rollenidentität der professionell Tätigen

Im Recovery-Ansatz rücken KlientInnen und professionelle Helfende näher zusammen. Die klassische Unterscheidung von gesund (HelferIn) und krank (KlientIn) existiert so nicht mehr, sondern jeder Mensch hat in gewissem Umfang gesunde Seiten und auch professionell Tätige sind von psychischen Krisen nicht verschont. Der Recovery-Ansatz zeigt uns, dass professionell Tätige dann besonders hilfreich sind, wenn sie als Personen spürbar sind, nötigenfalls auch zu unkonventionellem Verhalten bereit sind und sich nicht hinter einer professionellen Maske verstecken.

Ein wichtiges Element der Recovery-Förderung ist die Peer-Arbeit, also die Mitarbeit von selbst betroffenen Menschen in verschiedensten Bereichen der psychiatrischen Arbeit. Studien zeigen uns, dass die Hilfe, die Betroffene von diesen Peers erfahren, nicht weniger unterstützend ist als die von klassischen

professionell Tätigen, manche Studien zeigen sogar eine bessere Wirksamkeit der Peer-Arbeit. Die Schlussfolgerung dieser Studien ist einerseits, dass wir Peer-Mitarbeit einführen sollten. Andererseits finden wir aber auch, dass professionell Tätige sich ihre eigenen „Peer-Fähigkeiten“ besser bewusst machen und sie nutzen sollten. Denn wir alle haben psychische Krisen und eine Reflektion dieser Krisen fördert das Einfühlungsvermögen und schafft Nähe zu unseren KlientInnen. Wie kann es sein, dass professionell Tätige ihre eigenen Krisen sowohl ihren KollegInnen wie auch ihren KlientInnen gegenüber oftmals verheimlichen oder sich dafür schämen?

Ganz konkret: Was ist hilfreich für eine neue Rollenidentität?

- *Reflektieren der eigenen psychischen Beeinträchtigungen und der Ähnlichkeiten mit KlientInnen;*
- *als Person spürbar zu sein, sich nicht hinter einer pseudoprofessionellen Abstinenz zu verstecken, sich mit eigenen Erfahrungen einzubringen, wenn das hilfreich erscheint;*
- *wirkliche mitfühlende Begegnung mit den KlientInnen zuzulassen,*
- *sich in die KlientInnen hineinversetzen: Wie würde es mir gehen, wenn ich in seiner oder ihrer Situation wäre?*
- *sich nicht nur für die Symptome oder Krisen der KlientInnen zu interessieren, sondern für ihr Leben;*
- *in den Teams eine Kultur zu etablieren, in der psychische Krisen von Mitarbeitenden nicht versteckt werden müssen.*

Annehmen eigener Verletzbarkeit fördern und positive Identität gewinnen

Die eigene Krisenerfahrung zu bewältigen und anzunehmen ist eine der größten Herausforderungen, denen sich psychiatrieerfahrene Menschen auf ihrem Gesundungsweg stellen müssen. Die Erschütterung des eigenen Selbstverständnisses, der Verlust des Gefühls, Herr / Frau des eigenen Innenlebens, der eigenen Gedanken und Gefühle zu sein, bedeutet eine existenzielle Bedrohung, die es auszuhalten und zu überwinden gilt. Neben der Bewältigung der Symptome geht es deshalb darum, die Krankheitserfahrung („*Ich bin schizophran*“, „*Ich habe eine Borderline-Erkrankung*“) zu bewältigen und überdies auch die Behandlung der Erkrankung, von der wir heute wissen, dass sie für viele

Menschen traumatisierend wirkt. *„Psychisch Kranke habe ich immer mit grosser Distanz betrachtet. Sie schienen mir nichts mit mir gemein zu haben. Dass ich plötzlich selbst psychotisch wurde, ‚geisteskrank‘, hat mich in den Grundfesten meines Selbstverständnisses erschüttert und mir vollständig das Vertrauen in mich geraubt. Darüber hinwegzukommen, war die Hauptaufgabe meiner Gesundung“*, berichtet eine Betroffene. So ist die Überwindung der Selbststigmatisierung, der Scham- und Versagensgefühle, genauso wichtig wie die Überwindung der Stigmatisierung durch die Umgebung (*„Die anderen wollen mit mir nichts mehr zu tun haben“*). Schmerzlich kommt die Erfahrung der erlittenen Verluste (Arbeitsplatzverlust, Trennung von LebenspartnerInnen usw.) und die Bewältigung des ungelebten Lebens. Unter ungelebtem Leben verstehen wir all das, was jemand aufgrund seiner Erkrankung nicht leben konnte, etwa die Gründung einer Familie mit Kindern oder der Aufbau einer beruflichen Karriere usw. Wir können hier nur andeuten, welche unglaubliche Herausforderung sich darin verbirgt, diese Grenzen anzunehmen, nicht zu hadern, zerbrochene Lebensentwürfe loszulassen und andere Lebensperspektiven zu entwickeln. Dazu ist Trauerarbeit über die erlittenen Verluste notwendig. Recovery-Förderung bedeutet auch Unterstützung bei diesem Bewältigungsprozess zu leisten und den Trauerprozess zu begleiten bzw. KlientInnen darin zu unterstützen, die Trauer überhaupt zuzulassen. Im Alltag ist aber oft zu beobachten, dass Trauersymptome wie aufkommende Emotionen, inneres Chaos, Ärger usw. im psychiatrischen Kontext eher pathologisiert werden. Wenn Trauer nicht gelingt, scheitert die Genesung. Betroffene bleiben dann oft an eine Vergangenheit gebunden (*„Alles soll wieder so sein wie früher“*), können die erlittenen Erfahrungen nicht annehmen und sich nicht für Neues öffnen.

Ganz konkret: Wie lässt sich das Annehmen der eigenen Verletzlichkeit fördern?

- *Psychoedukative Programme, die oft nur auf die Bewältigung von Symptomen und auf Krisenprophylaxe ausgerichtet sind, ergänzen um Elemente wie die Bewältigung von Selbst- und Fremdstigmatisierung, Umgang mit Verlusterfahrungen und ungelebtem Leben usw.;*

- *Trauerprozesse, die Gefühle des Schmerzes, der Wut, des Trotzes usw. beinhalten können, bei psychiatriee erfahrenen Menschen erkennen und mittragen;*
- *Stigmatisierung durch Fachpersonen reflektieren und reduzieren.*

Strukturelle Ebene: Partizipation der Betroffenen

Eines der zentralen Elemente des Recovery-Ansatzes auf einer strukturellen Ebene ist der vermehrte Einbezug von gegenwärtig oder ehemals betroffenen Menschen in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Behandlungsstrukturen. Dabei kann es um die vermehrte Mitarbeit in Gremien, die Beteiligung an Forschung, Fortbildung und im Beschwerdewesen gehen, aber ebenso um den Aufbau von Hilfsangeboten, die von Betroffenen betrieben und kontrolliert werden (so genannt „User-Run“). Ganz besondere Bedeutung wird der Unterstützung von Betroffenen durch andere Betroffene beigemessen, der so genannten Peer-to-Peer-Arbeit. In verschiedenen Ländern arbeiten mittlerweile Tausende von Peer-Specialists in verschiedensten sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern. Diese Forderungen nach Veränderungen auf struktureller Ebene gibt es schon sehr lange. Sie sind identisch mit den Forderungen, welche die Empowerment-Bewegung seit Beginn der 1990er-Jahre stellt. Bisher sind sie jedoch nur ansatzweise umgesetzt worden. Wir haben die Zuversicht, dass durch das gegenwärtige Interesse am Recovery-Konzept diese Anliegen eine neue Attraktivität bekommen und als unverzichtbar verstanden werden. Für Institutionen und Fachmitarbeitende stellt sich die Herausforderung, ihre Macht mit den KlientInnen zu teilen, was Selbstbewusstsein, Mut und Vertrauen in die KlientInnen erfordert.

Ganz konkret: Was ist hilfreich für eine Partizipation der Betroffenen?

- *Einführung von Behandlungsvereinbarungen, Krisenpässen, usw.;*
- *Gremien für Partizipation wie Klinikbeirat, Heimbeirat, usw. zu schaffen;*
- *Peers anzustellen und sie angemessen zu entlohnen;*
- *NutzerInnen in die Erarbeitung von Leitbild, Konzept und Programm einer Institution zu integrieren;*
- *trialogisch oder dialogisch geführte Beschwerdestellen einzuführen;*

- *Betroffene bei der Auswahl der Bezugsperson, bei Vorstellungsgesprächen für neue Mitarbeitende usw. einzubeziehen.*

Weitere Schritte auf dem Genesungsweg fördern

Wir haben hier nur für einige wenige Themenbereiche aufzeigen können, wie eine recovery-orientierte Arbeitsweise im sozialpsychiatrischen Alltag umgesetzt werden kann. Weitere spannende Themen wären u.a., wie KlientInnen unterstützt werden können, ihre Selbststigmatisierung als eines der grossen Recovery-Hindernisse zu reduzieren, wie Fachpersonen die Selbstverantwortung ihrer KlientInnen als unverzichtbaren Schritt auf dem Genesungsweg fördern können oder wie eine alltagsnahe Antistigmaarbeit aussieht, die für psychiatrische KlientInnen tatsächlich etwas bewirkt und eine zunehmende gesellschaftliche Integration ermöglicht.

Recovery ist weit mehr als ein Schlagwort oder eine Modewelle. Zusammen mit Empowerment ist es in unseren Augen das Konzept einer betroffenenenorientierten Psychiatrie unserer Zeit. Es kann jedoch nur dann seine Wirkung entfalten, wenn es tatsächlich eine veränderte professionelle Haltung und Handlungsweise bewirkt. Das wird in Zukunft sicher noch mehr geschehen und darauf freuen wir uns schon!

Recovery ohne Psychiatrie: Alternativprojekte von Psychiatrie-erfahrenen

Peter Lehmann

Zum Recovery Begriff

Recovery ist ein relativ neuer Begriff im psychosozialen Bereich, den sowohl psychiatriekritische als auch psychiatrische Kreise breit einsetzen. „Recovery“ kann man übersetzen mit Bergung, Besserung, Erholung, Genesung, Gesundung, Rettung oder Wiederfindung. Die positive Konnotation der Hoffnung ist allen Verwendungstypen gemeinsam, kann aber in völlig unterschiedliche Richtungen zielen. Manche meinen mit Recovery die Erholung von einer psychischen Krankheit, das Nachlassen der Symptome oder die Gesundung. Andere denken dabei an die Erholung von unerwünschten Wirkungen der verabreichten Psychopharmaka nach dem Absetzen, die Wiedergewinnung der Freiheit nach Verlassen des psychiatrischen Systems oder die *„Rettung aus dem psychiatrischen Sumpf“*. Schreiben psychiatrisch Tätige über Recovery, so blenden sie in aller Regel psychiatriekritische Erfahrungen von Leuten aus, die sich wieder erholt haben, indem sie der Psychiatrie den Rücken kehrten. Dafür passen sie den eigentlich von Psychiatriebetroffenen entwickelten Begriff in ihre Ideologie ein. Recovery wird dann möglich durch die allerneuesten Psychopharmaka, speziell durch atypische Neuroleptika – trotz ihrer Toxizität.

Weltweit gibt es eine von kritischen Professionellen, Angehörigen und FreundInnen unterstützte Bewegung von Psychiatriebetroffenen, unter anderem das Internationale Netzwerk für Alternativen und Recovery (INTAR – www.intar.org). Die AktivistInnen sind von Widerspruchsgeist und der grundlegenden Erkenntnis erfüllt, dass (1) die Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann, (2) ihre Gewaltbereitschaft und -anwendung eine Bedrohung darstellt und (3) ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen verstellt. Dem entgegen steht das Engagement für (1) den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfe für Menschen in psychosozialer Not, (2)

ihre rechtliche Gleichstellung mit normalen Kranken, (3) ihre Organisierung und die Zusammenarbeit mit anderen Menschenrechts- oder Selbsthilfegruppen, (4) die Verwendung alternativer psychotroper (die Psyche beeinflussender) und weniger giftiger Substanzen und das Verbot des Elektroschocks, (5) neue – mehr oder weniger institutionsabhängige – Formen des Lebens mit Verrücktheit und Andersartigkeit sowie (6) Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens.

Individuelle Alternativen und organisierte Selbsthilfe

Was Angehörige oft als Katastrophe empfinden und Psychiater als krank und behandlungsbedürftig abwerten, sind für die Betroffenen völlig unterschiedlich bewertete Krisenzustände: euphorische, schmerzliche, leidvolle, blanker Terror, andererseits auch notwendige Episoden, um aus hemmenden und unglücklich machenden Lebenssituationen herauszuwachsen. Die individuellen Wege, Verrücktheitszustände zu bewältigen, ohne im Behandlungszimmer des Psychiaters zu landen, sind ausgesprochen vielfältig. Menschen überwinden Krisen und eine drohende Psychiatisierung durch Rückzug in die Stille und an sichere Orte, durch beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, durch Zugehen auf hilfsbereite Menschen oder expressive künstlerische Tätigkeit; durch Reflexion in Selbsthilfe, Therapie oder Schreiben, durch Auseinandersetzung mit Diagnosen, durch psychiatriepolitisches Engagement oder selbstkritische Betrachtung. Und sie vermeiden neue Krisen (zum Beispiel nach dem Absetzen von Psychopharmaka) durch eine bewusste und balancierte Lebensführung – angefangen bei der Ernährung, körperlicher Betätigung wie zum Beispiel Joggen oder Yoga und ausreichend Schlaf über die Auswahl von potentiellen Unterstützern in Notfällen bis hin zu künstlerischer Betätigung und zum Verlassen gefährlicher Orte oder der gedanklichen Vorwegnahme und Entschärfung von Krisen durch Vorausverfügungen. Dass es keine Patentrezepte gibt, sollte sich von selbst verstehen – dies betrifft auch Selbsthilfe in organisierter Form.

Modelle professioneller Unterstützung

Vom Soteria-Ansatz über das schwedische Hotel Magnus Stenbock, die Krisenherberge in Ithaca (im Bundesstaat New York) und das Windhorse-Projekt bis hin zum Weglaufhaus Berlin und dem „Offenen Dialog“ im finnischen West-

lappland gibt es eine Vielzahl funktionierender Alternativen zur Psychiatrie. Auf zwei Ansätze soll kurz näher eingegangen sein: den Offenen Dialog und Soteria.

Der Psychiater Loren Mosher, Vater der Soteria-Bewegung, hatte zeitlebens eine tiefe Skepsis gegenüber Theoriebildungen zur „Schizophrenie“ – vorwiegend deshalb, weil sie einen unverstellten phänomenologischen Zugang behindern. Er sah das normalerweise als „Psychose“ bezeichnete Phänomen als Bewältigungsmechanismus und Antwort auf Jahre traumatischer Ereignisse, welche die Betroffenen veranlasst haben, sich aus der konventionellen Realität zurückzuziehen. Die Erfahrungen und Verhaltensweisen von „Psychosen“ begriff er als Extreme grundlegender menschlicher Qualitäten. Sein Setting war bestimmt durch eine kleine, und in die Nachbarschaft integrierte Einheit und die Mitarbeit Ehrenamtlicher, die eher aufgrund persönlicher statt formaler Qualifikationen ausgewählt wurden und keine psychiatrischen Diagnosen gebrauchten. Neuroleptika wurden wegen ihrer negativen Wirkung auf die langfristige Rehabilitation als problematisch betrachtet und kamen deshalb selten zum Einsatz. Speziell in den ersten sechs Wochen wurden sie nur bei Gefahr für das Leben des oder der Betroffenen oder den Fortbestand des Projekts verabreicht:

„Wir verwenden Medikamente selten, und wenn sie verordnet werden, bleiben sie in erster Linie unter Kontrolle des jeweiligen Bewohners. Das bedeutet, dass er aufgefordert ist, seine Reaktionen auf das Medikament an uns sorgfältig rückzumelden, so dass wir die Dosis anpassen können. Nach einer Probezeit von zwei Wochen entscheidet er, ob die Medikation fortgesetzt wird oder nicht“ [2, S. 17].

Kein Wunder, dass der Soteria-Ansatz bei Betroffenen in aller Welt nach wie vor hohes Ansehen hat. Dies gilt auch für die von Yrjö Alanen entwickelte sogenannte Bedürfnisangepasste Behandlung, die dem „Offenen Dialog“ zugrunde liegt [3]. Jaakko Seikkula und Birgitta Alakare, Psychologe und Psychiaterin, nennen in ihrem Bericht in „Statt Psychiatrie 2“ als notwendige Voraussetzungen für diesen Ansatz der Krisenintervention das sofortige Reagieren, die Einbeziehung des sozialen Netzes, die flexible Anpassung an spezifische und veränderliche Bedürfnisse, die Übernahme von Verantwortung, die garantierte psychologische Kontinuität, die Toleranz von Ungewissheit und die Dia-

logförderung [3]. Ergebnis ist denn auch die wesentliche Reduzierung von Zwang und Psychopharmaka.

Strukturelle Alternativen

Um Alternativen zur Psychiatrie und humane Bedingungen in den derzeitigen Angeboten durchzusetzen, sind strukturelle Maßnahmen vonnöten. Hier sollen einige stichpunktartig genannt sein: Beschwerdeeinrichtungen und Ombudsmänner und -frauen, Schadenersatzklagen (wie sie zum Beispiel von PSY-CHEX durchgesetzt wurden), juristisch wirksame Vorausverfügungen, internationale Kooperationen (die wesentlichen Einfluss auf die UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung nahmen), betroffenenkontrollierter Forschung, Schulung von Psychiatriebetroffene, weltweiter Erfahrungsaustausch von Selbsthilfeorganisationen und Alternativprojekten.

Fazit

Die Forderung nach humanen Behandlungsbedingungen und nach Alternativen ist keine Spezialität von Psychiatriebetroffenen. Dies zeigte sich zum Beispiel schon 1992 beim Kongress „Stationäre Alternativen“, veranstaltet von der Psychiatriestiftung Pro Mente Sana in Nottwil. In der Arbeitsgruppe „Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene“ stellten sich Psychiater, Sozialarbeiter und Pflegekräfte beiderlei Geschlechts ihre Praxis plastisch und realitätskonform vor und nannten eine Vielzahl von Gründen, die für ein Weglaufen und für Alternativen sprechen, sollten sie ihre psychiatrische Praxis am eigenen Leib kennenlernen müssen: unter anderem Zwang, Rechtlosigkeit, Neuroleptika als Hauptbehandlung und das Reduziertwerden auf Diagnosen. Für den Fall der eigenen Psychiatrisierung wollten sie statt dessen Rechtsschutz, Hilfe beim Entzug von Psychopharmaka, Hilfe bei der Aufarbeitung der Verrücktheit, soziale und psychische Unterstützung bei Alltags- und Zukunftsfragen, ein offenes, nicht verwirrendes, ruhiges Gegenüber im Gespräch, Freiwilligkeit und Abwesenheit von Machtstrukturen, Spaziergänge, Bewegung, freie Wahl der Bezugspersonen, Verständnis für allfällige Ursachen psychischer Krisen, Intuition, Austausch mit anderen, Rückzugsmöglichkeiten, kritische Auseinandersetzung mit MitarbeiterInnen u.v.m. [1].

Grundlegende Reformen und praktikable Alternativen könnten ein System der Hilfeleistung hervorbringen, das seinem Namen gerecht wird. In einer solchen alternativen Kultur fänden jetzt noch als psychisch krank diagnostizierte Menschen ihre Würde wieder. Wo vorher Isolation war, wären Orte, an denen psychisches Leid gemeinsam überwunden und die phantastischen Visionen gefährlich begabter Geister reflektiert werden könnten, egal ob es sich dabei um Stimmen handelt, um Bilder oder ungewöhnliche Überzeugungen.

Literatur

1. Kempker K, Lehmann P (1993) 'Nichts soll so sein wie in der Psychiatrie!': Vom Weglaufhaus Berlin zum Weglaufhaus Zürich? Pro mente sana aktuell, Nr. 1/1993:37-38
2. Loren Mosher L/ Joyce Hendrix V (1994) Dabeisein. Bonn: Psychiatrie-Verlag
3. Seikkula J, Alakare B (2007) Offene Dialoge. In: Lehmann P, Stastny P (Hrsg) Statt Psychiatrie 2. Berlin, Eugene, Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S 234-243

Literaturempfehlung

- Lehmann, Peter (Hrsg.): „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 3., aktual. u. erweit. Aufl. 2008
- Lehmann, Peter / Stastny, Peter (Hrsg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007

Gibt es im Hinblick auf berufliche Gratifikationskrisen und Burnout Unterschiede zwischen Pflegenden in der Psychiatrie und der Somatik

Michael Löhr, Michael Schulz, Lutz Wehlitz, Christian Heins, Katja Wingenfeld

Ziel

Ziel dieser Studie war die Untersuchung, ob Krankenpflegekräfte in Somatik und Psychiatrie sich in der Beziehung zwischen "gefühlter" Verausgabung in Verbindung mit „gefühlter“ Belohnung sowie dem Verausgabungs-, Belohnungsungleichgewicht (*Effort – Reward Imbalance*, ERI) und Burnout, unterscheiden. Des Weiteren wurde die Hypothese untersucht ob es einen Unterschied zwischen examiniertem und in Ausbildung befindlichem Pflegepersonal gibt. Ergänzend wurde untersucht, ob ein erhöhtes ERI im Zusammenhang mit Burnout steht.

Hintergrund

Der Beruf der Krankenpflege ist assoziiert mit hoher emotionaler und körperlicher Belastung. Ein Ergebnis der NEXT - Studie (2002-2005) war, dass die Verbindung zwischen hohem ERI Verhältnis und Burnout ein Grund dafür ist warum Pflegende aus ihrem Beruf aussteigen. In den letzten zehn Jahren, haben sich die Arbeitsbedingungen der Krankenpflege in Deutschland geändert, jedoch verliefen die Entwicklungen in somatischen und psychiatrischen Abteilungen unterschiedlich.

Methoden

Die Studie wurde von September bis Dezember 2007 in vier verschiedenen deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Insgesamt nahmen 389 Pflegekräfte an der Studie teil, darunter waren 50 Auszubildende. Von diesen 389 Probanden arbeiteten 147 in einem psychiatrischen Kontext und 236 in den somatischen Bereichen. Als Messinstrumente wurden der *Effort – Reward Imbalance* Fragebogen mit der Kurzversion des *Overcommitment* Fragebogens und der *Maslach Burnout Inventory* eingesetzt.

Ergebnisse

Krankenpflegekräfte in somatischen Abteilungen hatten höhere Burnout und ERI Werte als die in psychiatrischen Abteilungen. Die Werte von Auszubildenden waren im Bereich Burnout mit denen der examinierten Pflegekräften vergleichbar. Multiple lineare Regressionsanalysen wurden separat, für die MBI- und ERI-Werte als abhängige Variable mit den Burnoutprädiktoren Alter, Geschlecht, Berufsjahren, Arbeitsfeld und Ausbildungsstatus durchgeführt. Emotionale Erschöpfung konnte durch alle ERI - Skalen, die in das Modell eingehen (Verausgabung, Belohnung und intrinsische Verausgabung), vorhergesagt werden. Bei Einbeziehung der soziodemographischen Daten, wie z.B. Geschlecht, konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede gemessen werden.

Diskussion

Die Ergebnisse der Stichprobe von männlichen und weiblichen Pflegekräften aus somatischen und psychiatrischen Abteilungen zeigen, dass ein ERI-Ungleichgewicht und Burnout deutlich mehr in somatischen Abteilungen auftreten. Wir haben festgestellt, dass Krankenpflegepersonal in somatischen Abteilungen einen relativ hohen Grad an Burnout aufweisen. Darüber hinaus fanden wir heraus, dass, basierend auf den Ergebnissen des ERI-Fragebogens, 20.7% der Stichprobe zu einer zu einer so genannten „Effort – Reward - Ungleichgewichts-Risiko-Gruppe“ gehören. Die Hypothese, dass examiniertes Krankenpflegepersonal höhere Burnoutwerte hat, als Krankenpflegepersonal in der Ausbildung, konnte nicht bestätigt werden. Es gab zwischen diesen beiden Subgruppen keinen signifikanten Unterschied.

Schlussfolgerungen aus unseren Daten sollten mit äußerster Vorsicht gezogen werden. Es gibt einige Einschränkungen, die der Anerkennung bedürfen.

Schlussfolgerung

Pflegekräfte in somatischen Abteilungen haben eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychosozialen Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen. Da es einen Zusammenhang zwischen erhöhten ERI und Burnout gibt, sind Pflegekräfte in somatischen Abteilungen stärker gefährdet, als ihre Kollegen in psychiatrischen Abteilungen. Für

die Prävention von stressbedingten Erkrankungen lassen sich aus dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen verschiedene Interventionen ableiten. Durch das theoriegeleitete Modell lassen sich weitere Maßnahmen ableiten wie, die extrinsische Belohnung durch angemessene Gratifikationen, Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs und Schaffung von Arbeitsplatzsicherheit. Bei der Planung und Einführungen von möglichen Maßnahmen sollte die Heterogenität der Krankenhäuser beachtet werden.

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) aufgrund von Aggressionseignissen bei Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen

Christoph Abderhalden, Ian Needham, Dirk Richter

Hintergrund

Patientenübergriffe in psychiatrischen Einrichtungen können für die betroffenen Pflegenden schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen haben. Neben körperlichen Verletzungen werden verschiedene psychophysiologische, kognitive, emotionale und soziale Folgen berichtet (Needham et al). Für Studien über solche nicht-körperlichen Konsequenzen von Aggressionseignissen bei psychiatrisch Pflegenden wurde bisher meist ein eher phänomenologischer Ansatz gewählt. Standardisierte und validierte Erhebungsinstrumente wurden nur in wenigen Untersuchungen eingesetzt. Dies betrifft auch Studien über das Vorkommen von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) bei Pflegenden in der Psychiatrie. In der ersten uns bekannten Studie zum Thema untersuchte Caldwell [1] das Vorkommen von PTSD in einer privaten und einer staatlichen psychiatrischen Einrichtung in den USA. Der verwendete Fragebogen enthielt PTSD-Symptome gemäß DSM-III-R. Befragt wurde klinisch tätiges Personal und andere MitarbeiterInnen, die Rücklaufquote betrug 55% (n = 300). 62% der klinisch tätigen MitarbeiterInnen hatten ein potentiell traumatisierendes Erlebnis gehabt, 28% in den vergangenen 6 Monaten. 61% der Befragten berichteten über PTSD-Symptome und 10% erfüllten die Kriterien für die Diagnose (7% beim nicht klinisch tätigen Personal) [1].

Wykes und Whittington verfolgten den Verlauf von PTSD als Folge von Angriffen in einer Längsschnittstudie [2]. Sie Interviewten 39 psychiatrisch Pflegende in den ersten 10 Tagen nach em Angriff und nach einem Monat. Zwei (5%) der befragten Pflegenden erfüllten zu beiden Erhebungszeitpunkten die PTSD-Kriterien. In einer Befragung von Opfern von Patientenübergriffen in mehreren psychiatrischen Kliniken in Nordrhein-Westfalen antworteten 58 Personen (50% der Angefragten) [11]. 14% der Befragten hatten Symptome in zwei der drei PTSD-Subskalen und damit ein subsyndromales PTSD; ein voll ausgepräg-

tes PTSD lag in keinem Fall vor. Robinson et al [3] befragten alle 1015 registrierten psychiatrischen Pflegekräfte in Manitoba über verschiedene Aspekte von Arbeitsbelastung. Die Rücklaufrate betrug 28% (n = 286). 31% hatten ein oder mehrere PTSD-Symptome. 6% der Pflegenden erfüllten die Kriterien für das PTSD-Symptomcluster Vermeidungsverhalten, 21% für Wiedererleben, und 30% für erhöhtes Erregungsniveau. In 3 Fällen (1%) lag ein durch ein direktes Trauma verursachtes PTSD vor.

Bei Pflegenden aus Akutkrankenhäusern fanden Mealer et al [4] einen Anteil von 24% der Befragten mit PTSD-Symptomen auf Intensivstationen und 14% auf allgemeinen Stationen. Aufgrund einer Übersicht über Studien zur Häufigkeit von PTSD-Symptomen bei Mitarbeitern von Ambulanzdiensten schließen Sterud et al [5] auf eine Prävalenzrate von rund 20%. In beiden Studien bleibt allerdings unklar, ob und wie viele der Befragten ein voll ausgebildetes PTSD hatten.

Anliegen

Vor diesem Hintergrund war unser Anliegen, verlässliche Daten über die Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen in der deutschsprachigen Schweiz zu gewinnen.

Methode und Material

In einer Querschnittstudie haben wir mittels Fragebögen eine Gelegenheitsstichprobe von 400 psychiatrisch Pflegenden von 24 Akut-Aufnahmestationen aus 12 psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz untersucht (alle Pflegenden auf dem Dienstplan eines Stichmonats). Wir fragten nach dem schlimmsten bei der Arbeit erlebten Aggressionseignis. Zur Erfassung der Folgen dieses Ereignisses verwendeten wir einen Fragebogen mit den Fragen des auf DSM-III-R-Kriterien beruhenden PTSD-Interviews [6]. Dieses Instrument ergibt einen Gesamtscore von 17 bis maximal 119 Punkten. Es erfasst die PTSD-Kriterien bzw. Symptomcluster Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und erhöhtes Erregungsniveau. Sind alle drei Kriterien erfüllt, liegt eine PTSD vor, zwei Kriterien entsprechen einer subsyndromalen (partiellen) PTSD. Wir erhoben zusätzlich demografische Daten und Angaben über den Gesundheitszustand (SF-12 mit den Subskalen körperliche und psychische Gesundheit [7],

Zerssen-Index für die psychovegetativen Belastung [8]) sowie über Auswirkungen des Übergriffs (IMPACS [9]). IMPACS umfasst 3 Subskalen: Beeinträchtigung der Beziehung zu PatientInnen; adverse Emotionen; negative Gefühle gegen Umwelt. Den Schweregrad der Aggressionsereignisse bestimmten wir anhand der Modified Overt Aggression Scale MOAS (0 - 20 Punkte) [10].

Ergebnisse

Die Rücklaufquote lag mit 285 Fällen bei 71%. 88% der Befragten waren examinierte Pflegende, 13% Hilfspersonen oder Lernende. Das mittlere Alter war 40 Jahre (19 – 63; sd 9.4), der Männeranteil betrug 38%. Die mittlere Berufserfahrung in der Psychiatrie betrug 12 Jahre (0.2 – 35 Jahre, sd 8.4).

Der mittlere PTSD score lag bei 26.8 Punkten (sd 10.1), mit einer Streuung von 17 bis 78 Punkten (Median = 24). 79 (28%) der erinnerten Übergriffe lagen weniger als 21 Monate zurück, 47% mehr als 12 Monate, in 24% fehlte diese Angabe. 98 (34.4%) hatten mindestens ein PTSD-Symptom.

4.2% der Pflegenden erfüllten die Bedingungen für das PTSD-Kriterium Vermeidungsverhalten, 22.5% für Wiedererleben, und 4.2% für erhöhtes Erregungsniveau. Fünf der Befragten (1.8) haben eine voll ausgeprägte PTSD, 10 (3.5%) eine teilweise PTSD und 270 (94.7%) keine PTSD (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: PTSD-Prävalenz

	Männer		Frauen		Total	
	n	% 95%-VI	n	% 95%-VI	n	% 95%-VI
Keine PTSD	88	81.5	129	72.9	217	76.1
1 Kriterium	16	14.8	37	20.9	53	18.6
Partielle PTSD	4	3.7 1.0-9.5	6	3.4 1.2-7.4	10	3.5 1.9-6.3
PTSD			5	2.8 0.9-6.6	5	1.8 0.8-4.0
Total	108		177		285	

Der PTSD-Gesamtscore korrelierte signifikant negativ mit der SF-12-Subskala Psychische Gesundheit und mit dem Zerssen-Index, das heißt, dass mehr PTSD-Symptome mit höherer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit

bzw. mit psychosomatischen Symptomen assoziiert sind. Der PTSD-Gesamtscore korrelierte signifikant mit allen IMPACS-Subskalen, welche Beeinträchtigungen bei der pflegerischen Arbeit anzeigen.

Ein partielles oder voll ausgebildetes PTSD war nicht assoziiert mit einer körperlichen Verletzung durch das Ereignis und der PTSD-Gesamtscore korrelierte nicht mit dem Schweregrad der Aggressionsereignisse. In einem der fünf PTSD-Fälle war die betroffene Pflegende nur am Rande selbst betroffen, aber Zeugin eines schwerwiegenden Vorfalls: *„Psychotischer Patient greift vor meinen Augen mein Teammitglied mit Fußtritten und Fäusten an. Dieser befindet sich in kleinem Raum, hat keinen Ausweg“.*

Diskussion

Unsere Studie ist die unseres Wissens größte Untersuchung im deutschsprachigen Raum zu diesem Thema und eine der wenigen, die sich speziell mit der Hoch-Risikogruppe der Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen bezieht. Wir fanden, dass rund eine von 20 in Deutschschweizer Akutstationen beschäftigten Pflegekräfte eine mit Patientenübergriffen in Verbindung gebrachte partielle oder volle Posttraumatische Belastungsstörung hat. Diese Störungen sind mit generellen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und mit negativen Folgen für Arbeit (Beziehung zu den PatientInnen, Emotionen, Verhältnis zur Arbeitsumwelt) assoziiert. Die Studie ergab, in Übereinstimmung mit einer großen Zahl anderer Untersuchungen, eine höhere Gefährdung für Frauen.

Die von uns gefundene Prävalenz von voll ausgebildeten PTSD ist geringer als in der US-amerikanischen Untersuchung von Caldwell [1] und vergleichbar mit den Ergebnissen der UK-Studie von Wykes und Whittington [2]. Sie ist etwas höher als in der kanadischen Studie von Robinson et al. [3], bezüglich partieller PTSD tiefer und bezüglich voller PTSD höher als in der deutschen Studie von Richter und Berger [11]. In beiden vorgenannten Studien könnte die Prävalenz allerdings durch eine relativ geringe Antwortquote unterschätzt sein. Die von uns gefundene Prävalenz ist etwas höher als die für die Gesamtpopulation in Europäischen Studien gefundenen Raten von 1 - 1.3%.

Der fehlende Zusammenhang von PTSD mit körperlichen Verletzungen und dem Schweregrad der Ereignisse zeigt, dass sich die Betreuung von Opfern von

Aggression nicht auf Vorfälle mit offensichtlichen Verletzungen konzentrieren darf.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen verschiedene Limitationen der Studie berücksichtigt werden. Obwohl unser Rücklauf wesentlich höher war als in anderen Studien zu diesem Thema, hat knapp ein Drittel der angesprochenen Pflegenden den Fragebogen nicht ausgefüllt. Wir wissen nicht, ob sich in dieser Gruppe KollegInnen befinden, bei denen die Nicht-Beantwortung mit dem Vermeiden belastender Erinnerungen zu tun hat. In unserer Studie fragten wir nach Aggressionseignissen, nicht aber nach anderen potentiell traumatisierenden Vorfällen wie etwa Suizidversuche oder Suizide. Eine unbekannte Größe sind Pflegende, welche aufgrund traumatisierender Erfahrungen nicht mehr auf Akutstationen arbeiten oder den Beruf verlassen haben. Wir wissen ebenfalls nicht, wie viele der Befragten mit traumatisierenden Erfahrungen professionelle Hilfe zur Verarbeitung der Erlebnisse erhalten haben. Diese Überlegungen legen nahe, dass die Belastung durch traumatische Erlebnisse in unserer Studie möglicherweise unterschätzt wurde.

Literatur

4. Caldwell M (1992). Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hosp Community Psychiatry* 43: 838-839
5. Wykes T, Whittington R (1998). Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *J Forensic Psychiatry* 9:643-658
6. Robinson J, Clements K, Land C (2003) Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 41(4):32-41
7. Mealer M, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M (2007) Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses *Am J Respir Crit Care Med* 175(7):693-697
8. Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E (2006) Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 6:82
9. Watson C, Juba M, Manifold V, Kucala T, Anderson P (1991) The PTSD Interview: Rationale, Description, Reliability, and Concurrent Validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology* 47:179-188
10. Ware J, Kosinski M, Keller S (1995) A 12-item short-form health survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Mec Care* 34:220-233
11. Zerssen D von (1976) Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S). Weinheim: Beltz

12. Needham I, Abderhalden C, Halfens R, Dassen T, Haug HJ, Fischer J (2005) The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing. *Scand J Caring Sci* 19:296-300
13. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM (1988) Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis* 176:539-546
14. Richter D, Berger K (2000). Physische und psychische Folgen nach einem Patientenübergriff: Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 35:357-362

Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffene MitarbeiterInnen: Ein Leitfaden

Harald Stefan, Wolfgang Schrenk, Wolfgang Egger

Einleitung

Die MitarbeiterInnen im Krankenhaus arbeiten in Bereichen, wo große Verantwortung in den täglichen Arbeitsprozessen eingefordert wird. Die Arbeitsabläufe in den Gesundheitseinrichtungen bringen es mit sich, dass Situationen entstehen, in denen die eigene Belastbarkeit strapaziert und manchmal in Mitleidenschaft gezogen wird z.B. bei der Behandlung von Menschen in psychischen Ausnahmezuständen (z.B. Suizidversuche), bei existentiellen Krisen (z.B. Sterbebegleitung), bei der Behandlung und Betreuung in der Akutversorgung aber auch als Opfer in Gewaltsituationen. Nach dem Stress eines traumatischen Ereignisses [7] kann es bei bis zu 20 Prozent der Betroffenen zu einer mangelhaften Verarbeitung des Erlebten kommen.

Krisen, Belastungen, wahrgenommene Aggressionsphänomene kommen vor und werden

- oftmals nicht bewusst wahrgenommen,
- durch Überaktivität scheinbar vergessen gemacht und/oder
- verdrängt.

Unser Gehirn speichert diese Erfahrungen ab und es reichen ähnliche Reize aus, um Jahre zurückliegende Traumata in sogenannten Flash-Backs wieder aufleben zu lassen. Unter "Flash-Back" wird das Wieder-Erleben der Vorfälle in physischer und psychischer Form verstanden. Psychosomatische Beschwerden wie Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schweißausbrüche und andere physische Probleme können spät nach dem nicht verarbeiteten ursächlichen Ereignis wieder auftauchen. Aus unserer Sicht als Führungspersonen ist Soforthilfe nach derartigen Ereignissen unabdingbar, da beim Nichterkennen von hilfsbedürftigen MitarbeiterInnen langfristig Depressionen, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Angstzustände und Panikattacken in einer Stärke auftreten können, die das Leben zur Qual machen, ins Burn Out und/oder zum Ausstieg aus dem Beruf führen [3].

Jeder fünfte Betroffene [1] kann traumatische Ereignisse nicht aus eigener Kraft verarbeiten und benötigt Unterstützung und Hilfe durch die Umgebung, wie z. B. Familie, Freunde, KollegInnen am Arbeitsplatz und/oder professionelle Hilfe. Führungspersonen haben einen wichtigen Anteil daran, ob und wie Hilfe für die traumatisierte Person bereitgestellt wird.

Der Leitfaden „Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffene MitarbeiterInnen“ soll als Werkzeug und Hilfe für Führungspersonen und MitarbeiterInnen dienen, die Betroffenen bestmöglich zu identifizieren um ihnen optimale Hilfe anbieten zu können.

Den Führungspersonen muss es ein großes Anliegen sein, schwierige Situationen so zu bewältigen, dass die MitarbeiterInnen dabei bestmöglich gesund bleiben.

Die gemeinsame Bewältigung von belastenden Situationen kann das Gefühl der Gemeinschaft fördern und die Qualität der Arbeit erhöhen.

Damit im Ernstfall die notwendigen Maßnahmen zur Vorbeugung länger anhaltender psychischer Beeinträchtigungen wirksam durchgeführt werden können, wurde im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe Wien, der Leitfaden „*Traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz — Hilfe für betroffenen MitarbeiterInnen*“ erstellt.

Der Leitfaden beinhaltet:

- Checkliste Krisenbewältigung
- Erläuterungen zum Bereich traumatisierende Ereignisse
- Empfehlung und Vorgehensweisen für den Umgang mit von traumatisierenden Ereignissen betroffenen Mitarbeitern
- Anmeldeformular Supervision
- Broschüren der Psychologische Servicestelle des Wiener Krankenanstaltenverbundes
- Broschüre Unfallverband der Unfallkassen e.V. (Deutschland)
- Broschüre Selbsthilfe und Nachbetreuung bei traumatisierenden Ereignissen „Über den Berg“ (Schweiz)

Problemanalyse, Ausgangspunkt des Projekts

Ein Trauma ist ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen kann. Der Betroffene wird emotional verletzt (das griechische „trauma“ bedeutet Wunde), was sich in folgenden Symptomen [3] äußert:

- Wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen und Alpträume
- Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, um die dazugehörigen Gefühle nicht wiedererleben zu müssen
- Allgemein erhöhtes Erregungsniveau u.a. mit Schlafstörungen, Reizbarkeit, innerer Unruhe

Ein Trauma ist nach Fischer und Riedesser [2] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.

Traumatische Ereignisse im Berufsalltag sind u.a.: Gewaltdelikte, Suizide, Verkehrsunfälle und Sterben besonders von Kindern. Nicht nur die Opfer, sondern auch die "Beinah-Opfer" und andere Mitbeteiligten (z.B. MitarbeiterInnen die zur Assistenzleistung gerufen werden) können traumatisiert werden.

Bestimmte Berufsgruppen haben ein erhöhtes Risiko, mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert zu werden z.B. Polizisten, Feuerwehrleute, Zugführer und Rettungssanitäter. Aber auch Ärzte, in der Pflege Tätige und andere Gesundheitsberufe [5,6,8] gehören nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen dieser Risikogruppe an. Ereignisse, die sich auf der Schwelle zwischen Leben und Tod abspielen sind häufig ganz normale Aspekte ihrer beruflichen Realität, daraus wird häufig fälschlicherweise abgeleitet, dass Menschen in Gesundheitsberufen "immun" gegen psychische Belastungen sind. Aussagen wie „das muss man aushalten wenn man hier arbeitet“, „das gehört zum Beruf“ haben destruktiven Charakter und lösen bei den Betroffenen Hilflosigkeit und Zweifel an der eigenen Kompetenz aus.

Diesen Prozessen kann und muss entgegengewirkt werden. Durch sensiblen Umgang, durch rechtzeitiges, unmittelbares und gezieltes Reagieren können

MitarbeiterInnen bei der Bewältigung unterstützt werden. Eine besondere Rolle fällt dabei den Führungspersonen zu und wird von ihnen erwartet.

Konzeptidee

Erstellung und Implementierung eines Leitfadens für Führungspersonen um systematische Schritte einleiten zu können, die dem Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung präventiv entgegenwirken und in weiterer Folge Belastungen minimieren können.

Bisher wurde mit dieser Thematik intuitiv und individuell sehr unterschiedlich umgegangen. Eine strukturierte transparente Vorgehensweise war nicht zu erkennen und die Folgen waren in manchen Fällen Schuldzuweisungen, berufliche Unzufriedenheit, verringerte Belastbarkeit, Fehlzeiten, Stationswechsel bis hin zu Berufsausstieg.

Auslöser

Im Krankenhausbereich erlebten die MitarbeiterInnen in der jüngeren Vergangenheit Bedrohungen und Gewalt durch PatientInnen, erschütternde Suizid(versuch)e sowie Selbstschädigungen mit weitreichenden Folgen (Verbrennungen dritten Grades etc.) wo die MitarbeiterInnen der verschiedenen Gesundheitsberufe in hohem Maße gefordert und überfordert wurden und alle Formen des posttraumatischen Stresssyndroms bei den MitarbeiterInnen zu beobachten waren.

Die große Betroffenheit der MitarbeiterInnen und der Stationsleitung und die Schwierigkeit, in solchen Situationen konstruktiv und geordnet vorzugehen haben die Grenzen intuitiven Handelns aufgezeigt und waren Anlass, diesen Leitfaden zu erstellen.

Praktische Umsetzbarkeit, Erfahrungen, Auswirkungen

Die Führungspersonen aller Gesundheitsberufe der fünften psychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe erhielten den Leitfaden mit möglichen Vorgehensweisen, Informationen und Adressenmaterial. Die Führungspersonen wurden mit der Broschüre vertraut gemacht, kennen nun die erforderlichen Schritte die nach traumatischen Ereignissen gesetzt werden können und begleiten die Betroffenen strukturiert und zielgerichtet nach einem Leitfaden.

Die MitarbeiterInnen erleben die von den Führungspersonen gesetzten Impulse als hilfreich im Sinne von „*Wir sehen, dass es nicht nur unser Problem ist*“, „*Es macht auch die Führung betroffen*“, „*Wir fühlen uns nicht alleine gelassen*“ und „*Es darf darüber gesprochen werden*“.

Der Umstand, dass sich die Führungspersonen aktiv mit der Thematik auseinandersetzen, wird von den MitarbeiterInnen in der Praxis wohlwollend als wertschätzend wahrgenommen.

Strukturelle und finanzielle Auswirkungen, Übertragbarkeit

Ziel ist es:

- Burn out Risiko zu vermindern
- posttraumatischen Reaktionen entgegenwirken
- Flash back Situationen zu vermeiden
- Gezielte Auszeit anstatt Berufsausstieg anzubieten
- krankensandsbedingte lange Fehlzeiten aufgrund der Traumatisierung zu verringern

Der Leitfaden und die Empfehlungen können einfach, kostengünstig und problemlos in andere Bereiche adaptiert und übertragen werden. Die Autoren sehen diese Empfehlung „Umgang mit von traumatisierenden Ereignissen betroffenen Mitarbeitern“ als „Open source Verfahren“ (Weiterentwicklungen sind wünschenswert) und beharren nicht auf Copyright.

Literatur

1. Buijsen H. Über den Berg: Selbsthilfe und Nachbetreuung bei traumatischen Ereignissen. Anleitung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Betreuer. Ut-recht: Hoomte Bosch & Keuning
2. Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie, München:UTB für Wissenschaft
3. Flieder M (2005) Aufgeben oder durchhalten? Zum Mythos von Fluktuation und Verbleib im Pflegeberuf. Berlin: Fachhochschule Berlin (<http://www.asfh-berlin.de/index.php?id=784>)
4. Frommberger U (2004) Akute und chronische posttraumatische Belastungsstörungen, Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 72:411-424
5. ICN International Council of Nurses (2006) Abuse and Violence Against Nursing Personnel, ICN, Genf (<http://www.icn.ch/policy.htm>)

6. McKenna B, Poole S, Smith N, Coverdale J, Gale C (2003) A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 12:56-63
7. Yehuda R. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder. Washington DC:American Psychiatric Press
8. Violence at work: findings from the 2003/04 and 2004/05 British Crime Survey. A full report on levels and trends in violence at work in England and Wales
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr0404supp.pdf>

Kooperation in der interprofessionellen Behandlung

Konrad Koller, Fritz Frauenelder

Einleitung

Teamarbeit / Interprofessionelle Zusammenarbeit

Behandlungen von Patienten, speziell im stationären Bereich, finden in der Regel in irgendeiner Form interprofessioneller Zusammenarbeit statt. Nach Urbanik bildet die Teamarbeit das Fundament der stationären Behandlung, auf dem die gesamte Arbeit aufbaut [7]. Ein besonderes Augenmerk fällt dabei auf die Kooperation zwischen den Professionen in der Teamarbeit. Teamarbeit kann als „die Zusammenarbeit mehrerer Personen zur Lösung einer gemeinsamen Aufgabe“ gesehen werden [6, 244]. Die wesentlichen Elemente von Teamarbeit sind: Kommunikationskultur, Kommunikationswege, Informationspflichten, Besprechungsstrukturen sowie geklärte Verantwortlichkeiten und Kompetenzen.

Ein optimales Gleichgewicht zwischen der Autonomie des Einzelnen und der Kooperation in der Gruppe scheint eine große Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu sein. Die Klarheit des Auftrags sowie die Eindeutigkeit der Zielsetzung bilden wesentliche Elemente in Bezug auf die Ausführung von Aufgaben und auf die erzielten Ergebnisse.

Das gemeinsame Verständnis des Auftrags sowie die Eindeutigkeit der Zielsetzung bilden wesentliche Elemente der Ausführungsqualität und der Effizienz in der interprofessionellen Zielerreichung.

Bezugspflege und interprofessioneller Behandlungsprozess

Der pflegerischen Bezugsperson kommt in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit eine Schlüsselrolle zu. Gemäß Needham und Abderhalden [4]

- ist sie für die Koordination der Pflege im interprofessionellen Team verantwortlich
- nimmt sie an den intra- und interdisziplinären Fallbesprechungen teil
- koordiniert sie Termine zwischen verschiedenen an der Behandlung beteiligten Personen

Um diesen hohen Ansprüchen gerecht werden zu können, sind geeignete Strukturen und Gefäße zu schaffen, welche interprofessionell verankert und akzeptiert sind.

Der Behandlungsprozess am Beispiel der Klinik für forensische Psychiatrie, Rheinau

Die Klinik umfasst neben drei Sicherheitsstationen für Akutbehandlungen respektive Maßnahmevorbereitungen mit je neun Betten, drei geschlossene und eine offene Maßnahmestationen mit je 12-14 Betten. Die Pflege in der Klinik für Forensische Psychiatrie richtet sich an rechtskräftig verurteilte psychisch kranke Menschen, deren Strafe infolge ihrer Erkrankung in eine Maßnahme umgewandelt wurde. Der allgemeine Behandlungsauftrag umfasst Schwerpunkte wie Krankheitseinsicht verbunden mit der Wahrnehmung des entsprechenden Gefahrenpotentials, Symptommanagement und Zuverlässigkeit sowie allgemeine, soziale und gesellschaftliche Fertigkeiten [5].

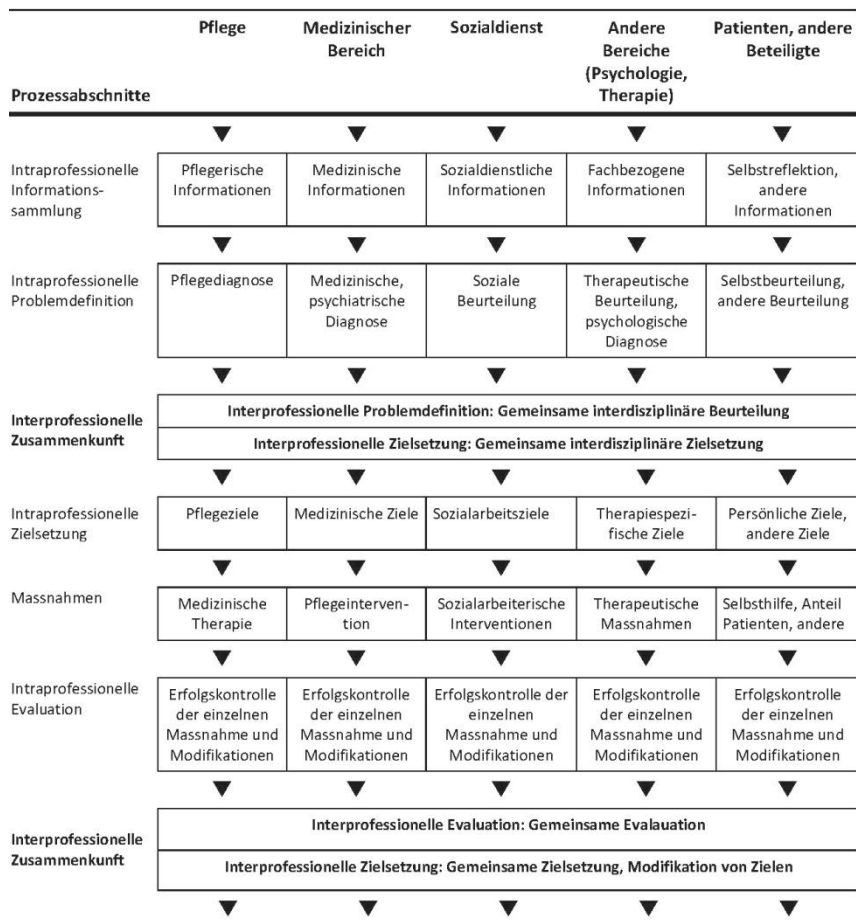
Interprofessioneller Behandlungsprozess

Die effiziente und effektive Erfüllung des Behandlungsauftrags bedingt eine enge Zusammenarbeit der einzelnen Professionen. Nur mit einem Konsens in Bezug auf übergeordnete Zielsetzungen und die Ausrichtung der allgemeinen Vorgehensweisen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen, können erfolgreiche Therapie- und Pflegeverläufe gewährleistet werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit orientiert sich an den Grundlagen des interdisziplinären Primärprozesses [1], der für die Praxis auf den Maßnahmestationen konkretisiert und umgesetzt wurde [3].

In einer interprofessionellen Arbeitsgruppe einigte man sich auf folgende Grundsätze der interprofessionellen Zusammenarbeit (Abbildung 1):

- Die Behandlung erfolgt in interprofessionellen Behandlungsteams
- Die Behandlungsplanung und Überprüfung wird in Kernteams vorgenommen
- Das Kernteam bildet sich aus der individuellen Aufgabenstellung und Zielsetzung am einzelnen Patientenfall
- Die Berufsgruppen agieren im Rahmen ihrer Kompetenzen selbständig und eigenverantwortlich.

Abbildung 1: Interdisziplinärer Primärprozess



Als Ausgangspunkt für die interprofessionelle Zusammenarbeit steht das so genannte Kernteam, das sich in jedem Patientenfall durch die direkt zuständigen Personen aus den beteiligten Professionen zusammensetzt. Je nach Behandlung, Zielsetzung und Therapien können Vertretende aus verschiedenen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Arbeitstherapie oder Sozialdienst in das Kernteam involviert sein.

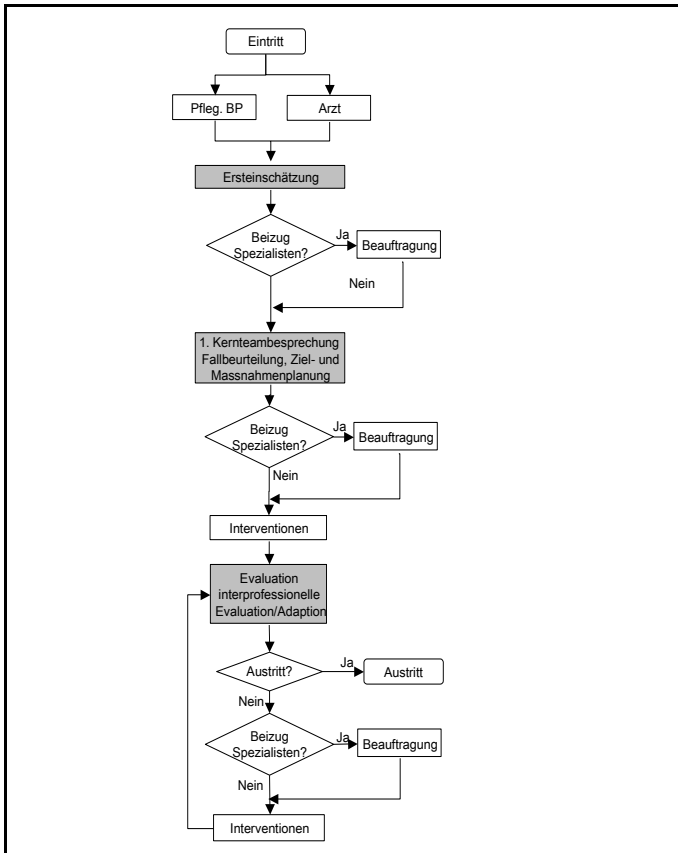
Das Kernteam ist für die Planung und den übergeordneten Behandlungsverlauf beim einzelnen Patientenfall verantwortlich.

Der Interprofessionelle Behandlungsprozess stellt im Rahmen von Diskussionen und Absprachen zwischen den unterschiedlichen involvierten Professionen übergeordnete Zielvereinbarungen mit den entsprechenden Aufträgen fest. Diese bilden eine Grundlage für die Tagesgeschäfte und die daraus entspringenden Reaktionen. Mit der Definition von interprofessionellen Zielsetzungen und deren regelmäßiger Evaluation und gegebenenfalls Anpassungen wird der Verlauf des individuellen Patientenfalls transparenter und entsprechend besser steuerbar.

Die Arbeit am Interprofessionelle Behandlungsprozess im Laufe eines Patientenaufenthaltes profitiert von verschiedenen Gefäßen, in denen das jeweilige Kernteam zusammen kommt. Das erste Treffen findet innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Patienten statt (siehe Abbildung 2). Diese Ersteinschätzung dient der gemeinsamen Risikoeinschätzung des Patienten und der Festlegung der ersten Interventionsschritte. Rund zwei Wochen später erfolgt die so genannte Interprofessionelle Fallvorstellung. Es liegen neben den vertieften Erkenntnissen über den Patienten und dessen Situation auch Erfahrungen aus der Eingewöhnungszeit in den Stationsalltag und den bis jetzt erfolgten therapeutischen Interventionen vor. Anhand dieser Informationen wird der eigentliche Interprofessionelle Behandlungsprozess mit seinen Zielsetzungen und Aufgaben festgelegt.

Zu diesem Zweck besteht ein eigenes Dokumentationstool (DiB-Tool, Dokumentation des interprofessionellen Behandlungsprozesses [3]), das ausdrücklich nicht dem Tagesgeschäft gewidmet ist, sondern die übergeordneten, längerfristigen Aspekte des Interprofessionellen Behandlungsprozesses fokussiert. Die nachfolgenden Zusammenkünfte im Rahmen des Interprofessionellen Behandlungsprozess finden in der Klinik für Forensische Psychiatrie im Abstand von rund 3 Monaten, statt, wobei diese Intervalle bei Bedarf auch verringert werden können, so zum Beispiel wenn sich die Patientensituation labil gestaltet. Im Rahmen dieser genannten Standortbestimmungen wird der momentane Patientenzustand erhoben, die Zielerreichung diskutiert und die Vorgehensweise reflektiert.

Abbildung.2: Ablauf Interprofessioneller Behandlungsprozess



Konzeptevaluation

Das oben beschriebene Konzept wurde ab dem Herbst 2002 auf allen Maßnahmestationen der Klinik für Forensische Psychiatrie umgesetzt. Nach einer Konsolidierungsphase von gut zwei Jahren wurde von der Leitung eine Evaluation mit folgenden Fragestellungen angesetzt:

- Wie wird die Umsetzung des Konzepts „Interprofessioneller Behandlungsprozess“ in der Praxis aus der Sicht der Mitarbeitenden beurteilt?

- Wie gestaltet sich die Praxis der Fallbesprechungen im Rahmen des Interprofessionellen Behandlungsprozesses?
- Wie ist der Interprofessionelle Behandlungsprozess im Dokumentationssystem DiB-Tool abgebildet?

Methodik

Allgemeine Vorgehensweise

Zur Gewährleistung einer möglichst großen Akzeptanz erfolgte die Ausarbeitung der Untersuchungsanlage und der Erhebungsinstrumente gemeinsam durch die Abteilung für Entwicklung und Qualitätsmanagement in enger Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen aus der Klinik für Forensische Psychiatrie.

Erhebungselemente

Dokumentenanalyse

Anhand eines Fragebogens wurden die Dokumentationsunterlagen im Zeitraum von 2 Arbeitswochen überprüft. Dabei wurden die DiB-Tools von sämtlichen zur Verfügung stehenden Patienten erfasst und auf ihren Inhalt, insbesondere Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.

Analyse der Fallbesprechungen

Die Analyse der Fallvorstellungen und Standortbestimmungen erfolgte anhand eines definierten Kriterienkatalogs durch zwei Personen mit psychologischem Ausbildungshintergrund, welche jedoch in ihrer Tätigkeit nicht direkt in den Interprofessionellen Behandlungsprozess involviert sind.

Befragung der Mitarbeitenden

Durch die Erfassung der subjektiven Wahrnehmung der einzelnen Mitarbeitenden wurde versucht, ein Bild des Interprofessionellen Behandlungsprozesses zu zeichnen. Sämtlichen Mitarbeitenden, welche in der Klinik für Forensische Psychiatrie in den Behandlungsprozess involviert sind, wurde ein Fragebogen mit mehrheitlich geschlossenen Fragestellungen zur individuellen Beantwortung zugestellt.

Ergebnisse

Dokumentenanalyse

Im vorgegebenen Erhebungszeitraum wurden 43 interprofessionelle Patientendokumentationen (DiB-Tool) durch die Raterpersonen begutachtet. In mehr als 90% aller Dokumentationen waren die professionsabhängigen Aufträge mit Zielformulierung und Terminierung vollständig festgehalten. In rund 88% der Unterlagen fanden sich Aussagen zu interprofessionellen Zielsetzungen und in gut 77% war die Rubrik „übergeordneter Behandlungsauftrag“ vollständig ausgefüllt. Die Plausibilität wurde dahingehend untersucht, ob zwischen den verschiedenen Elementen ein fachlich begründbarer Zusammenhang ersichtlich ist, was in 81% aller Dokumentationen der Fall zutraf. Ein häufiger Mangel war das Fehlen einer Zeitdimension zur Zielerreichung

Analyse der Fallbesprechungen

Kernteams setzten sich in jedem Patientenfall aus der pflegerischen Bezugsperson und dem zuständigen Stationsarzt zusammen. Je nach Aktualität sind Vertreter aus dem therapeutischen Bereich, und weiterer Fachdienste integriert. Durchschnittlich umfasst ein Kernteam 6 Vertreter aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Schwächen wurden zum Teil beobachtet hinsichtlich:

- Unklarer Besprechungsleitung
- Störungen während den Besprechungen
- Inkonsequente Evaluation gesteckter Zielsetzungen.
- Befragung der Mitarbeitenden

Von den ursprünglich 72 versandten Fragebogen wurden 49 (68%) retourniert. Davon stammten 61% von Pflegenden, 8% aus dem ärztlichen und 31% aus dem therapeutischen Bereich. Die meisten antwortenden Mitarbeitenden (75%) arbeiten länger als ein Jahr mit dem Interprofessionellen Behandlungsprozess in der Institution.

Aus Sicht der Antwortenden konnten die in Tabelle 1 dargestellten konzeptbedingten Verbesserungen erreicht werden.

Tabelle 1: Einschätzung der Verbesserungen

Fragen	auf jeden Fall	teilweise	selten	absolut nicht
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB zu einer besseren Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit beiträgt?	57,1%	32,7%	8,2%	2,0%
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass die Planung im einzelnen Patientenfall Ziel gerichtet erfolgt?	53,2%	46,8%	-	-
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass im einzelnen Patientenfall Ziel gerichtet gearbeitet wird?	42,6%	55,3%	2,1%	-
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass die gesamte Behandlung für den Patienten transparenter dargestellt werden kann?	63,8%	29,8%	2,1%	4,3%
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB dazu führt, dass der Patient systematischer und konsequenter in die Behandlung miteinbezogen werden kann?	46,8%	40,4%	8,5%	4,3%
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB den Einbezug aller am Patientenfall beteiligten Berufsgruppen fördert?	66,0%	29,8%	4,2%	-
Sind Sie der Meinung, dass das Konzept des IPB bezüglich Aufwand und Ertrag ausgeglichen ist?	63,8%	29,8%	2,1%	4,3%

Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Erhebungen zeigt sich eine große Akzeptanz und Wirksamkeit des Interprofessionellen Behandlungsprozesses. So stellen fast 90% aller an der Pflege bzw. Behandlung von Patienten beteiligten Mitarbeitenden eine Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit fest. Sämtliche Reaktionen zeigen eine positive Auswirkung des Interprofessionellen Behandlungsprozesses auf die zielgerichtete Planung und Umsetzung von Pflege- bzw. Behandlungsstrategien im einzelnen Patientenfall. Auch für den Patienten sind - wohlgermerkt aus der Sicht der Mitarbeitenden - vorwiegend positive Folgen zu erwarten. So weist der größte Teil der Rückmeldungen im Vergleich

zurzeit vor der Einsetzung des Interprofessionellen Behandlungsprozesses eine erhöhte Transparenz der Behandlung für den Patienten und deren verstärkte Einbindung auf. Neben einem verstärkten Einbezug aller am Patientenfall beteiligten Berufsgruppen wurde von einer überwältigenden Mehrheit die Meinung vertreten, dass sich Aufwand und Ertrag die Balance halten, was die Effizienz der Vorgehensweise weiter unterstreicht.

Ein Bedarf nach Verbesserung zeigt sich aufgrund der Untersuchung vor allem in den Bereichen der Dokumentenführung (DiB-Tool) und strukturellen Gegebenheiten. Für die Evaluation durchgeführter Maßnahmen sind zeitliche Vorgaben unabdingbar. Es muss klar sein, zu welchem Zeitpunkt die Patientensituation überprüft und die nachfolgende Planung allenfalls revidiert wird.

Weitere Schwerpunkte, in denen ein Handlungsbedarf ersichtlich ist, stehen in direktem Zusammenhang mit den Sitzungen. So muss zum Beispiel ein verstärktes Augenmerk auf Störungen und Störungsquellen geworfen werden. Es braucht eine Sensibilisierung der Gesprächsteilnehmer, damit ein kommunikativer Austausch möglichst störungsfrei erfolgen kann.

Schlussfolgerungen

Die fachlichen und kommunikativen Anforderungen an die einzelnen Kernteammitglieder sind gestiegen. Die Berufsgruppenangehörigen sind in Ihrer Rolle als Kernteammitglied exponierter.

Das Konzept „Interprofessioneller Behandlungsprozess“ verlangt nach einer konstruktiven Diskussionskultur, verbunden mit einer gegenseitigen Wertschätzung aller Beteiligten.

Der Planungs- und Koordinationsbedarf ist beträchtlich. Dem jeweiligen Stationssetting angepasste Strukturen sind wichtig.

Die Einführung des Konzepts ist ohne Strukturanpassungen nicht möglich. In der Einhaltung der Strukturen entscheidet sich letztendlich ob es sich bei der interprofessionellen Zusammenarbeit um ein wirkliches Bekenntnis oder nur um ein Lippenbekenntnis handelt.

Literatur

1. Abderhalden C (1999). Pflegeprozess, Pflegediagnosen und der Auftrag der Pflege in der interdisziplinären Zusammenarbeit. In Sauter, D. Richter, D. (Hrsg.). Experten für den Alltag: Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Bonn: Psychiatrie-Verlag
2. Koller K (2006). Modell des „dynamischen Behandlungsteams“. In Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege (2. Auflage). Bern: Huber
3. Koller K (2002). Dokumentation des interprofessionellen Behandlungsprozesses auf den Massnahmestationen. Rheinau: Psychiatriezentrum Rheinau
4. Needham I, Abderhalden C (2000) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege in der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen.
5. Psychiatriezentrum Rheinau [PZR] (2007). Pflegerisches Stationskonzepte. Rheinau: PZR.
6. Sauter D, Abderhalden C, Neeham I, Wolff S (Hrsg) (2006). Lehrbuch Psychiatrische Pflege (2. Auflage). Bern: Huber
7. Urbaniok F (2000) Teamorientierte Stationäre Behandlung in der Psychiatrie. Stuttgart: Theime

Psychiatrisches Case Management der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw)

Klaus Raupp, Martin Brömmer, Thomas Langenegger

Ausgangslage und Ausrichtung

Das Integrierte Versorgungsmodell der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) basiert auf den Grundsätzen des Zürcher Psychiatriekonzepts von 1995. Diese lauten:

- Patientenorientierung (statt Einrichtungsorientierung)
- Gemeindenähe
- Betreuungskontinuität
- Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem
- Das zentrale Prinzip lautet: Ambulant vor stationär.
Ambulant vor stationär meint den Ausbau ambulanter Versorgungsformen sowie Minimierung und Spezialisierung stationärer Angebote.

Eine ipw-interne Statistik von 2003 zeigte, dass ca. 15% der Patienten ca. 50% des stationären Angebots der Erwachsenenpsychiatrie in Anspruch nahmen. Für diese Patientengruppe wurde der Begriff „*Stark in Anspruch Nehmende*“ – oder kurz: SI-Patienten – kreiert, um den Begriff „*Heavy User*“ und dessen stigmatisierende Implikationen vermeiden zu können.

Eine ipw-interne Analyse von 50 aufeinander folgenden Eintritten in der Akutpsychiatrie in 2004 ergab die folgenden auslösenden Faktoren bei Akutsituationen:

- Störungen im Bereich der sozialen Beziehungen
- Störungen im Bereich Wohnen
- Störungen der therapeutischen Compliance

Immer jedoch sind die individuellen Problemlagen der SI-Patienten komplex, das heißt: mehrere Lebensbereiche betreffend.

Bei ca. 20% der analysierten Eintritte sahen die behandelnden Ärzte alternative Interventionsmöglichkeiten zur Klinikeinweisung an, so z.B. eine Behand-

lung durch die Aktuttagesklinik oder durch das psychiatrische Case Management.

Die Situation von SI-Patienten ist oftmals gekennzeichnet durch Antriebslosigkeit, sozialen und institutionsbezogenen Ängsten und Schamgefühlen sowie mangelndem Krankheitsbewusstsein. Diese Merkmale machen es den Betroffenen häufig unmöglich, sich aktiv um Hilfe zu bemühen. Zudem halten sich die Betroffenen vom Hilfesystem fern aus Enttäuschung oder Traumatisierung durch ineffektive oder stigmatisierende „Hilfe“. Dies zeigt sich durch Ablehnung von Behandlungsangeboten sowie in Behandlungsabbrüchen, trotz ausgewiesener Behandlungsbedürftigkeit.

Eine Optimierung der Psychiatrischen Versorgung dieser Patientengruppe tut not. Es gilt, komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen umfassend zu betrachten und zu bearbeiten. Dazu bietet sich die Methode Case Management an. Mit dieser Methode ist es möglich, kontinuierliche, flexible, individuelle und synchronisierte Hilfestellungen zu bieten. Durch die Einbindung von unterschiedlichen professionellen und nichtprofessionellen Helfern und Akteuren in einen gemeinsamen kommunikativen und interaktiven Prozess kann einer Fragmentierung in der Behandlungskette entgegen gewirkt werden. Dieser Prozess ist ressourcen- und ergebnisorientiert.

Case Management ist somit einerseits Klärungshilfe, Beratung und Anleitung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen sowie andererseits Koordination und Organisation der erforderlichen Dienstleistungen mit einem bereits bestehenden oder noch aufzubauenden Helfernetz.

Zielsetzung

Das psychiatrische Case Management ist darauf ausgerichtet, dem psychisch erkrankten Menschen das Leben in seiner gewohnten Umgebung zu erhalten oder die Umgebung so anzupassen, dass der Betroffene trotz seiner Eigensinnigkeit, in einem sozialen Rahmen eingebettet bleibt und sich wohl fühlt. Die Vermeidung einer Chronifizierung oder trotz einer chronifizierten Erkrankung ein hohes Maß an Lebensqualität zu erreichen oder zu behalten, mittels Stärkung von sozialen Fertigkeiten und Funktionen, sind weitere Ziele in unserer Zusammenarbeit. Eine Verkürzung oder Verhinderung von Klinikaufenthalten

sind meist damit verbunden und von daher zielwirksam im psychiatrischen Case Management.

Es wird eine Verbesserung der Lebensqualität hinsichtlich folgender Lebensbereiche angestrebt:

- Wohnen
- Arbeit/Beschäftigung (Tagesstruktur)
- Freizeit
- soziale Beziehungen (Familie, Kollegen/Freunde)
- Teilnahme in der Gesellschaft
- Gesundheit (körperlich, psychisch)
- Sinn/Werte
- Selbstsorge (Haushalt, Ernährung, Körperpflege, Finanzen/Administration)

Eine weitere Zielsetzung ist die soziale und berufliche Integration, den Klienten also Teilnahme und Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen und Systemen (wieder) zu ermöglichen.

Wirksamkeit und Evaluation

Bei der Arbeit im psychiatrischen Case Management ist es von großer Wichtigkeit, die Wirksamkeit unseres Angebotes regelmäßig zu untersuchen.

Evaluiert wird sowohl im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie, deren Ergebnisse Ende 2009 vorliegen werden, als auch in unserer direkten Arbeit mit der Klientin, dem Klienten.

In Bezug auf die wissenschaftliche Studie gibt es sogenannte Prä-Post Messungen sowie Verlaufsmessungen. Hierbei kommen Selbst- und Fremdratings zur Anwendung. Gemessen werden beispielsweise Lebensqualität, Symptombelastung und soziales Funktionsniveau.

In unserer Arbeit mit der Klientin, dem Klienten führen wir in regelmäßigen Abständen eine Evaluation durch, um die Wirksamkeit zu überprüfen. Sie dient als Indikator für weitere Schritte, beispielsweise ein Re-Assessment oder aber auch einen Behandlungsabschluss. Hierbei kommen die von uns entwickelten Evaluationsbögen (Selbst- und Fremdrating) zur Anwendung. Sie orientieren sich prozessspezifisch an den individuell in der Zielvereinbarung festge-

legten Behandlungszielen. Die Einschätzung wird von der Klientin, dem Klienten selbst, von der zuständigen Mitarbeiterin, dem zuständigen Mitarbeiter im Case Management und von den Personen im Helfernetz vorgenommen.

In der Zeit von 2002 bis 2004 wurden 45 Betroffene (11 Männer und 34 Frauen) durch 2 Mitarbeiter des CM begleitet. In einem internen Pilotbericht aus diesem Zeitraum wird die Wirksamkeit als hoch eingeschätzt. Tendenziell gab es eine Verringerung von Klinikaufenthalten oder von deren Dauer. Erhöht haben sich nach den Aussagen die psychische Stabilität und die Lebensqualität der Betroffenen.

Durch unsere Arbeit lassen sich Klinikeintritte nicht in jedem Fall verhindern, tendenziell lässt sich allerdings feststellen:

- dass sich die Dauer des Klinikaufenthaltes verkürzt.
- die Schnittstellen der unterstützenden Angebote effektiver genutzt werden.
- Doppelspurigkeiten vermieden werden.
- eine Kontinuität gewährleistet wird, die einer Fragmentierung der Behandlung entgegenwirkt.
- eine wirksame Reintegration in den Alltag und das gewohnte Umfeld ermöglicht.

Schon aus diesen Tendenzen zeigt sich, dass das Angebot des Psychiatrischen Case Managements einer wirksamen, gemeindenahen Versorgung gerecht wird und den Leitsatz des Psychiatriekonzeptes des Kantons ZH „ambulant vor stationär“ klientenorientiert umsetzt.

Primary Nursing in Zeiten der Kostendämpfung: Chance oder Übel?

Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle

Hintergrund / Einleitung

Die Pflege in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld ist angelehnt an das System des Primary Nursing in der Definition nach Manthey. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Primary Nurse sind qualitativ anhand eines Behandlungspfades (Clinical Pathway) konkretisiert. Sie werden mit Hilfe von Pflegediagnosen und einer sich daraus ergebenden Pflegeplanung umgesetzt. Eine entsprechende Pflegedokumentation ermöglicht den Nachweis der Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Die Verantwortung für die Pflege obliegt der Primary Nurse als autonom entscheidender Person innerhalb eines multiprofessionellen Teams. Hierbei stellen Primary Nurse, Sozialarbeit und Arzt bzw. Psychologe gleichberechtigte Partner eines „Primary Teams“ mit komplementären Kompetenzen dar. Eine verlässlichere Aufgaben- bzw. Verantwortlichkeitsverteilung wurde hierdurch erreicht. Der Schritt von einer gemeinsamen Verantwortung des Pflegeteams zu einer personalisierten Verantwortung der einzelnen Primary Nurse ermöglichte insgesamt eine qualitative Verbesserung des Behandlungsprozesses.

Im Rahmen fortlaufender Kostendämpfung ist jedoch der Abbau von Pflegestellen Alltag, die PsychPV wird vielerorts auf 80% und weniger gesenkt. Primary Nurse wird dabei nicht mehr als qualitatives Element genutzt, sondern als Argument zur Reduktion der Fachquote (Anteil examiniertes Pflegepersonal).

Ziel / Fragestellung

Ist bei einer PsychPV-Besetzung von 80% und einer Fachquote von 70% im qualitativen Sinne Primary Nursing überhaupt bzw. in welchem Ausmaß durchführbar?

Methoden

Anhand der festgelegten speziellen Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Primary Nurse im Behandlungsprozeß wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, der die quantitative Erfassung dieser pflegerischen Maßnahmen ermöglicht. Dieser Bogen wurde von mehreren als Primary Nurse tätigen Mitarbeitern jeweils für fünf Schichten innerhalb eines Monats geführt. Neben der quantitativen Dokumentation wurde qualitativ die Umsetzung des Primary Nursing anhand der vorhandenen Pflegediagnosen, Pflegeplanung und Pflegedokumentation erfasst. Insgesamt sollte hierdurch sowohl qualitativ wie quantitativ die Tätigkeit der Primary Nurse als auch deren Dokumentation erfasst werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden im Einzelnen und im Vergleich zueinander sowie in der statistischen Auswertung dargestellt.

Diskussion

Primary Nursing stellt eine Weiterentwicklung der bisherigen pflegerischen Tätigkeit in unserer Klinik dar. Die damit einhergehende Spezialisierung innerhalb der Berufsgruppe Pflege bewirkte auch Veränderungen für alle anderen Berufsgruppen mit der Notwendigkeit einer intensivierten Kommunikation und kollegialen Zusammenarbeit zwischen der Primary Nurse, Sozialarbeiter und Arzt. Neben einer Beschreibung des Behandlungsprozesses im Sinne eines Behandlungspfades, erscheint uns die strukturierte Anwendung von speziell angepassten Instrumenten wie Pflegediagnosen, Pflegeplanung und Pflegedokumentation notwendig, ebenso wie multiprofessionelle Kollegialität und sehr strukturierte Arbeitsabläufe.

Die einzelne Primary Nurse mit ihrer personalisierten Verantwortung sichert eine qualitative Verbesserung des Behandlungsprozesses. Dies gelingt in Grenzen auch im Rahmen von Kostendämpfung und Stellenabbau. Die zunehmende Arbeitsverdichtung bedingt eine hohe Anforderung und Qualifikation. Eine entsprechende Anerkennung, formale Verankerung oder gar Honorierung, wie in den „Mutterländern“ des Primary Nursing, ist jedoch nicht erkennbar.

Schlussfolgerungen:

Primary Nursing

- bedeutet für uns eine Chance zur qualitativen Verbesserung des Behandlungsprozesses,
- ist in Grenzen auch in Zeiten von Kostendämpfung und Stellenabbau qualitativ umsetzbar,
- benötigt stärker strukturierter Arbeitsabläufe und intensive, multiprofessionelle, kollegiale Zusammenarbeit.

Wohlbefinden fördern: Pflegerische Handlungsmöglichkeiten

Dorothea Sauter

Wohlbefinden – Begriff und Merkmale

Wohlbefinden ist ein sehr weiter Begriff, der teilweise mit Gesundheit gleichgesetzt wird. Die WHO definierte Gesundheit „*als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden*“. Für die Pflege schlagen wir vor, den Begriff Wohlbefinden unabhängig vom Gesundheitsbegriff zu verstehen: Wohlbefinden soll im Besonderen angesichts (vielleicht bleibender) Gesundheitsbeeinträchtigung möglich bzw. besserbar sein.

Wohlbefinden wird weiterhin oft mit (gesundheitsbezogener) Lebensqualität gleichgesetzt, die Konzepte ähneln sich. Wohlbefinden und Lebensqualität sind beide schwer zu definieren, noch schwerer zu operationalisieren und zu erforschen. Wohlbefinden bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität gelten als mehrdimensionale Konzepte. Taylor et al. [1] schlagen die vier Dimensionen körperliches, seelisches, soziokulturelles und spirituelles Wohlbefinden vor.

Das zweite allgemein anerkannte wichtige Merkmal von Wohlbefinden und Lebensqualität ist die Subjektivität – was für eine Person Wohlbefinden oder Lebensqualität ausmacht, kann nur sie selbst definieren. Wohlbefinden hat kognitive (Zufriedenheit) und emotionale (Freude/Glück) Aspekte. Kognitive Bewertungen können Zufriedenheit generieren und Wohlbefinden unterstützen; Persönliche Ziele und Zielerreichung können für die persönliche Lebenszufriedenheit zentral wichtig sein.

Neben der Subjektivität und der Mehrdimensionalität sind weitere Merkmale von Wohlbefinden die Dynamik und die Kontextabhängigkeit. Was heute bei einer Person Wohlbefinden fördert, kann bei einer anderen Person oder zu einer anderen Zeit oder in einem anderen Kontext zu Missbehagen führen. Subjektive Belastungen beeinträchtigen Wohlbefinden, machen es aber nicht grundsätzlich unmöglich. Wohlbefinden ist nie zu 100% erreichbar; Belastungen verschieben „lediglich“ den Wert auf der Wohlbefindensskala.

Der unpräzise Begriff des Wohlbefindens kann nach Becker [2] über die Einteilung in aktuelles und habituelles Wohlbefinden konkretisiert werden.

Aktuelles Wohlbefinden meint die aktuelle Befindlichkeit. Das momentane Erleben umfasst positiv erlebte Gefühle (z.B. Glück, Freude, Kompetenzgefühl), Stimmungen (z.B. Wohlbehagen, Entspannung, Gelassenheit) und körperliche Empfindungen (z.B. Vitalität, angenehme Müdigkeit) sowie die Abwesenheit von Beschwerden.

Habituelles Wohlbefinden ist das für eine Person typische Wohlbefinden und kommt durch kognitive Prozesse zustande (Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen). Es umfasst Zeiträume von mehreren Wochen, Monaten oder Jahren. Es hängt von relativ stabilen Personen- und relativ stabilen Umfeldbedingungen ab.

Wohlbefinden als Pflegeziel

Viele bekannte Pflegedefinitionen (z.B. Robert-Bosch-Stiftung) und Pflegeklassifikationen (insbesondere NIC und NOC) betonen den Pflegeauftrag Wohlbefinden zu fördern. Die Förderung des Wohlbefindens ist sicher in nahezu allen Pflegesituationen ein implizites Pflegeziel; in der palliativen Pflege und teilweise in der Demenzzpflege ist Wohlbefinden oft das wichtigste Ziel.

In den genannten Situationen steht das aktuelle Wohlbefinden im Vordergrund, d.h. die Minderung von Beschwerden (z.B. Schmerzen, Ängste) und die Vermittlung positiver Erfahrungen (z.B. Wünsche erfüllen, angenehme sensorische Reize).

Psychisch krank zu sein bedeutet oft jahrelang mit erheblichen Einschränkungen, Benachteiligungen und Beschwerden zu leben; diese können sich auf die subjektive Lebensqualität bedeutsam auswirken. Hier ist es sinnvoll, neben dem aktuellen auch das habituelle Wohlbefinden (in allen Dimensionen) „mitzudenken“. Viele Betroffene können Teilziele, die sich auf das habituelle Wohlbefinden beziehen, formulieren (z.B. *„ich würde gerne genießen können“*, *„ich wäre gerne selbstsicherer“*). Andere brauchen Hilfe herauszufinden, was sie zufrieden oder unzufrieden macht und wie sie für sich stabileres Wohlbefinden erreichen können.

Assessment

Das Assessment umfasst für alle Dimensionen des Wohlbefindens die Frage, was mögliche Beeinträchtigungen oder förderliche Faktoren sein könnten (bzw. in der Vergangenheit waren); sowie die Frage, welche Beeinflussbarkeit jeweils gegeben ist und welche Bedeutung die jeweilige Dimension des Wohlbefindens für den Patienten hat.

Mit dem Betroffenen gemeinsam herauszuarbeiten, welche Aspekte des Wohlbefindens ihm wichtig sind, kann oft schon klärend sein. Da Wohlbefinden individuell, mehrdimensional, dynamisch und kontextabhängig ist, machen standardisierte Assessments wenig Sinn. Zuerst sollten die für den Betroffenen wichtigen Themen/Lebensbereiche und deren jeweilige Wichtigkeit/Priorität erfasst werden. Erst im zweiten Schritt erfolgt eine Analyse jedes genannten Bereiches, inwieweit Wohlbefinden gegeben bzw. Einschränkungen aufgezeigt werden und inwiefern diese beeinflussbar sind.

Ist dieses Vorgehen nicht möglich oder steht das aktuelle Wohlbefinden im Vordergrund, können Checklisten sinnvoll sein. Wenn Wohlbefinden nicht mehr verbal geäußert werden kann (z.B. aufgrund von Demenz) kann es laut Kitwood (Begründer des Dementia Care Mapping) durch Empathie und Intuition erfasst werden. Die Voraussetzung ist, dass man sich in die Situation der Betroffenen sorgsam einfühlt und somit „Affektansteckung“ ermöglicht [3].

Interventionen

Es gibt einen bunten Strauß pflegerischer Einflussmöglichkeiten auf das Wohlbefinden.

Maßnahmen zur Steigerung des aktuellen Wohlbefindens sind

1. das Vermitteln von Erfahrungen, die in sich positiv, belohnend oder lustvoll sind (dazu zählen angenehme sensorische Reize, erfolgreiches Handeln, soziale Zuwendung und Nähe, Phantasietätigkeit u.a.m.)
2. die Beseitigung oder Reduktion negativ erlebter Zustände (z.B. Schmerz, Müdigkeit, Angst, Hilflosigkeit).

Maßnahmen zur Steigerung des habituellen Wohlbefindens sind

1. Bezogen auf die Person: die Unterstützung von Selbstwirksamkeitserleben und Alltagskompetenz sowie die Förderung hilfreicher Kognitionen (z.B.

bezüglich sozialer Vergleiche, nicht befriedigbarer Bedürfnisse und Ansprüche oder Zielaspiration)

2. Bezogen auf die Umfeldbedingungen: die Förderung tragfähiger sozialer Beziehungen - diese gelten als bedeutsamster Umfeldfaktor.

Für das habituelle Wohlbefinden gilt, dass alleine die Erfassung der relevanten Themen sowie die gemeinsame Priorisierung und Zieldefinition für den Klienten oft schon klärend ist und zu neuen Bewertungen führt. Außerdem können förderliche/hinderliche Kognitionen identifiziert und rückgemeldet werden. Damit sind das gemeinsame Assessment und die Zieldefinition manchmal die bedeutungsvollste Intervention.

Literatur

1. Taylor EJ, Jones P, Burns M (2002) Lebensqualität. In: Lubkin IM (Hrsg.) Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern: Huber, S 325-355
2. Becker P (1991) Theoretische Grundlagen. In: Abele A, Becker P (Hrsg) Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim: Juventa, S 13-49
3. Müller-Hergl C (2004) Wohlbefinden und Methode: Dementia Care Mapping. Zur Analytik zentraler Begriffe. In: Bartholomeycik S, Halek M (Hrsg) Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover, Schlütersche

Kalifornische Massage als eine Möglichkeit des Kontaktes und als ein Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Patienten und Mitarbeiter: Ergebnisse einer Befragung von 300 Patienten und 50 Mitarbeitern

Uwe Braamt

Kalifornische Massage / Grundsätzliches

Im Pflegeberuf spielt das Thema „Körper“ schon sehr früh eine Rolle. Gerade in den ersten Ausbildungsmonaten bekommen viele Pflegende schnell den Eindruck, dass der Körper des Menschen der zentrale Punkt ist, an dem sie ihre ersten Erfahrungen im Kontakt mit dem Patienten sammeln können. Dies wird mit den grundpflegerischen Aufgaben, die häufig in den ersten Monaten durchgeführt werden, wie z.B. die Ganzkörperwäsche und ähnliches, deutlich. Körperlichkeit und Kontakt sind somit im Bereich der Pflege ein frühes und ständiges Thema. Im Bereich der Psychiatrie nimmt die Möglichkeit, außer im Bereich der Gerontopsychiatrie, über den Körper einen Kontakt zu dem Patienten herzustellen, ab. Der Arbeitsalltag für die Pflegenden ist hier geprägt von berechtigten Themen der Patienten, wie z.B. Übergriffigkeit oder Missbrauchserfahrung, die es von den Pflegenden erfordern, hier ein hohes Maß an Achtsamkeit zu haben. Bei der beruflichen Entwicklung von Pflegenden in der Psychiatrie gibt es im Laufe der Zeit eine Distanzierung vom Thema Körperlichkeit. Damit gibt es auch eine Einschränkung in der Kontaktmöglichkeit. Gleichzeitig machen Pflegende in der Psychiatrie im Laufe der Zeit die Erfahrung, dass nicht alles besprechbar ist und es manchmal wünschenswert wäre, den Kontakt zu dem Patienten über den Körper herstellen zu können.

Die Methode der kalifornischen Massage bietet eine gute Möglichkeit, mit Menschen in Kontakt zu kommen. Es ist eine behutsame, insbesondere geschwindigkeitsreduzierte Massagetechnik, die sich eben dadurch von einer klassischen Massage unterscheidet. Bei dieser Massage steht weniger die Technik der Durchführung im Vordergrund, sondern der Kontakt zu dem Menschen. Durch einen Selbsterfahrungsprozess des Autors (U.B.) mit der Methode und dem Wissen um die Möglichkeit des Kontaktes, konnte sich die Be-

triebsleitung der LWL-Klinik Herten auf ein Projekt einlassen, welches unter dem Aspekt gestaltet worden ist, betriebliches Gesundheitsmanagement und eine Leistungsangebotserweiterung für unsere Patienten, in Einklang zu bringen. Beide Bereiche werden im Folgenden noch genauer beschrieben.

Kalifornische Massage / Ein Konzept der Selbstfürsorge

Bei dieser Methode ist es wichtig zu verstehen, dass man sich diese beispielsweise nicht aus einem Lehrbuch anlesen kann. Die Grundvoraussetzung für das Erlernen der kalifornischen Massage ist die Selbsterfahrung. Die Aussage soll nicht verängstigen sondern deutlich machen, dass ich als Anwender der kalifornischen Massage etwas weitergebe, was ich selbst erfahren habe. Das heißt insbesondere die im Vorfeld beispielhaft genannten Aspekte wie Achtsamkeit und Reduzierung von Geschwindigkeit, sind für einen Empfänger der kalifornischen Massage nur erlebbar, wenn der Anwender es selbst erlebt hat. Fragen wie: *„Wie achtsam gehe ich mit mir um?“* *„Wo überschreite ich meine Grenzen?“* *„Wo und wie nehme ich meinen Körper wahr und welche Handlungen leite ich davon ab?“* sind in dem Lernprozess der kalifornischen Massage von zentraler Bedeutung. Das heißt, je mehr ein Lernender im Bereich der kalifornischen Massage in der Lage ist sich selbst gut zu behandeln, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch so mit anderen Menschen umgegangen wird.

Im Ausbildungskonzept der kalifornischen Massage stehen auf der Theorieebene zwei grundsätzliche Dinge im Vordergrund, die zur Entwicklung der Selbstfürsorge beitragen:

1. Die Massagetechnik mit dem Schwerpunkt Langsamkeit in den Vordergrund zu stellen
2. Die Gestalttherapie als Methode, die im Hier und Jetzt arbeitet und damit immer wieder die Frage des Kontaktes zu sich und zu anderen Menschen berücksichtigt. Es ist zum Beispiel nicht möglich, einen Mitarbeiter zu einer solchen Fortbildung zu verpflichten, dies kann nur auf freiwilliger Ebene geschehen, mit einer freien und inneren Bereitschaft.

Zielsetzung der Betriebsleitung bei der Implementierung der Methode

Die Betriebsleitung hat im Bereich einer Mitarbeiterbefragung die Feststellung

machen können, dass sich die Mitarbeiter im Bezug auf Burnout-Symptome ungünstig entwickeln. Diese Feststellung hat eine große Betroffenheit bei allen Betriebsleitungsmitgliedern ausgelöst und zu der Frage geführt: Was können wir tun, damit unsere Mitarbeiter nicht weiter ausbrennen? Es entwickelte sich die AG-Gesundheit mit einem großen Angebotskanon.

Für die Betriebsleitung war es wichtig, den Mitarbeitern etwas geben zu können, was die Mitarbeiter selbst befähigt, selbstfürsorgend mit sich umzugehen. Dabei haben wir zunächst einen Grundkurs durch das Institut „IN•PULS“ [1] in Aachen angeboten, welcher nur einen Kontakt mit dieser Methode erlauben sollte und ausschließlich für die Mitarbeiter gedacht war. Von Seiten der Betriebsleitung galt an dieser Stelle nicht der Anspruch, dass die Mitarbeiter nach der Absolvierung des Grundkurses die kalifornische Massage bei den Patienten anwenden sollten. Dieser Kurs war ausschließlich für die Mitarbeiter gedacht, um sich etwas Gutes zu tun. Das Angebot fand eine große Resonanz und es entstand bei den meisten Mitarbeitern der Wunsch, diese Ausbildungssituation weiter zu entwickeln. In der Betriebsleitung konnten wir einer Weiterentwicklung und Förderung zustimmen. Jedoch nur mit dem Hinweis, dass eine Förderung von Seiten des Hauses nur dann erfolgen kann, wenn sich die Mitarbeiter im Fortgeschrittenenkurs bereit erklären, diese Methode auch bei Patienten anzuwenden. Somit konnten wir im Jahr 2005 18 Mitarbeiter zählen, die einen Grundkurs absolvierten, im Jahr 2006 waren es 36 Mitarbeiter im Grundkurs und 24 Mitarbeiter im Aufbaukurs. Im Jahr 2007 besuchten 6 Mitarbeiter den Oberkurs. Die Finanzierung der Kurse erfolgt immer mit einer Teilfinanzierung durch die Mitarbeiter selbst. Damit konnte das Ziel der Betriebsleitung 1. ein Angebot zur Selbstfürsorge für die Mitarbeiter und 2. ein neues Leistungsangebot für unsere Patienten zu schaffen, erreicht werden. Wobei uns natürlich klar ist, dass mit der kalifornischen Massage der Entwicklung des Burnout-Syndroms nicht ausschließlich begegnet werden kann. Aber es ist ein Mosaikstein im Bereich der Möglichkeiten, hier etwas zu tun, was dem Burnout-Syndrom etwas entgegen setzt.

Evaluation der ersten Patientendaten

Hier werden 300 Evaluationsbögen von Patienten ausgewertet und dargestellt. Dabei ist davon auszugehen, dass höchstwahrscheinlich schon mehr

Patienten massiert worden sind, der Hinweis an die Mitarbeiter mit den Bögen zu arbeiten, jedoch erst in den Konzeptgesprächen (04.2007) erfolgt ist. Von den evaluierten 300 Massagen betrafen 80% Frauen und 20% Männer. 103 Patienten der Gesamtgruppe erhielten eine Folgemassage in den Intervallen zwei oder maximal vier Massagen. Hierbei ergab sich sehr früh schon der Hinweis das es wünschenswert wäre, die Methode bei einer entsprechenden Refinanzierung auch für den ambulanten Bereich, insbesondere unter dem Aspekt der kurzen Verweildauer, anwenden zu können.

Bei den 15 am häufigsten genannten Diagnosen fällt auf, dass die am meisten genannten Diagnosen etwas mit der Thematik Depression zu tun haben. Ebenso lässt sich erkennen, dass eine Gruppe von Patienten mit der Diagnose Sucht und psychische Verhaltensstörungen im Wochenbett am häufigsten vorkommt. Dies hat einerseits damit zu tun, dass in diesem Bereich viele Mitarbeiter tätig sind, die in der Anwendung der Methode ausgebildet sind und zum anderen vermuten wir, dass diese Gruppe der Patienten für die Thematik besonders offen ist.

Patientenbefragung

87% der Befragten erlebten die Mitarbeiter freundlich (Abbildung 1). Ein wesentliches Element dieser Methode ist die Langsamkeit, dem konnten 63% der Befragten zustimmen. 81% der Befragten erlebten die Anwender als sehr sorgfältig. 75% gaben an, diese Methode als unterstützend zu erleben. 82% der Patienten empfanden die Methode als entspannend. 72% gaben an, die Kalifornische Massage sei interessant. 85% der Befragten erlebten die Mitarbeiter als kompetent. 89% der Patienten fühlten sich in ihrer Privatsphäre geschützt. Phänomene wie Anspannung 54%, Unruhe 32%, oder Verspannungen 25% erlebten die Patienten vor der Massage (Abbildung 2). Phänomene die nach der Massage von Patienten empfunden wurden und eine Entsprechung zu den Empfindungen vor der Massage darstellen, waren zu 69% entspannter, zu 33% erlebten sie ein Wohlfühl und 26% spürten eine Entlastung des Körpers.

Mitarbeiterbefragung

Hier konnten Ergebnisse von 50 Befragten gewonnen werden. 88% der Mitarbeiter, die eine Kalifornische Massage in Anspruch genommen haben, waren Frauen und 22% Männer. In einem Prozess hat ein Mitarbeiter vier Massagen

Abbildung 1: Einschätzung der Massage durch Patienten

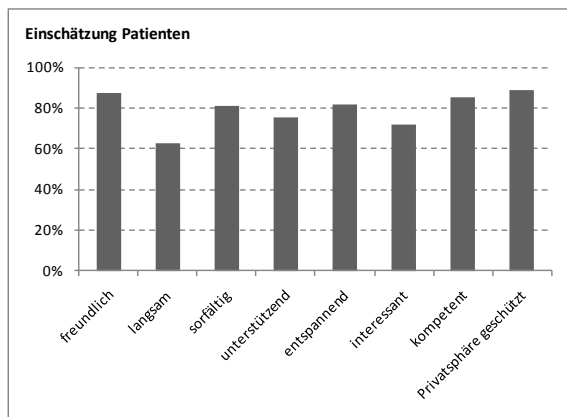
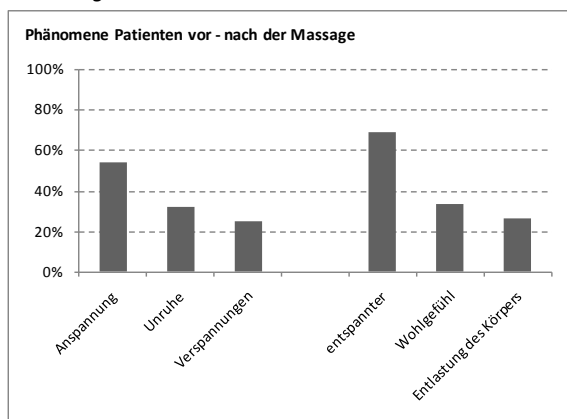


Abbildung 2: Phänomene bei Patienten vor - nach der Massage



als Maximum erhalten. Fünf Mitarbeiter haben eine Massage mehr als einmal, jedoch nicht häufiger als dreimal, in Anspruch genommen. Der größte Teil der Mitarbeiter hat die Kalifornische Massage einmal in Anspruch genommen, das ergibt 90%.

88% der Mitarbeiter haben die Massage als einladend empfunden (Abbildung 3). 94% erlebten die Anwender als freundlich. 74% der Befragten gaben an, die Methode als langsam zu empfinden. 92% erlebten die Anwender als sorgfältig. 84% fühlten sich entspannt. 86% der Mitarbeiter fanden die Methode interes-

sant. 88% gaben an, die Kollegen als kompetent zu erleben. 96% fühlten sich in ihrer Privatsphäre geschützt.

Abbildung 3: Einschätzung der Mitarbeiter/-innen

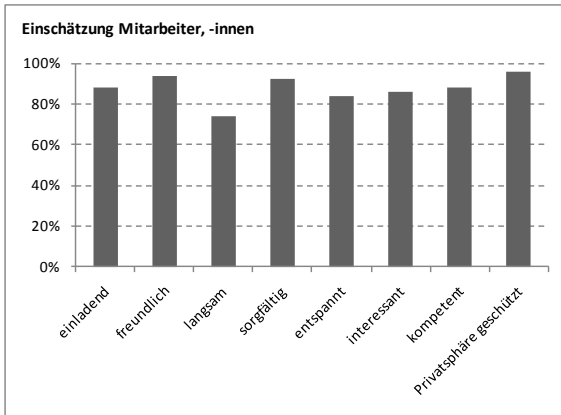
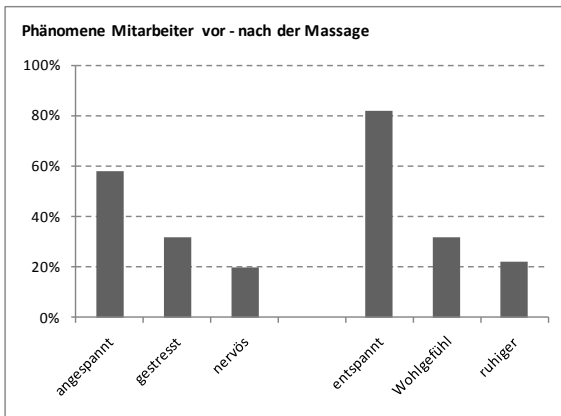


Abbildung 4: Phänomene bei Mitarbeiter/-innen vor - nach der Massage



Zur Befindlichkeit vorher gaben 58% angespannt, 32% gestresst und 20% nervös an (Abbildung 4).

Zum Befinden nachher gaben die Mitarbeiter beispielhaft die drei folgenden Phänomene an: 82% entspannt, 32% Wohlfühl und 22% ruhiger.

Soweit zu den Mitarbeiterergebnissen. Bleibt die Frage, warum die Mitarbeiter das Angebot der Kalifornischen Massage nicht häufiger in Anspruch nehmen.

Zusammenfassung

Der Einstieg in das neue Thema kalifornische Massage in unserem Haus scheint gelungen zu sein. Die Mitarbeiter sollen in diesem Prozess die Erfahrung machen, dass ihr Wohlbefinden und der Zugang zu sich selbst im Mittelpunkt stehen. Wenn diese Erfahrung gelingt, scheint es auch Erfolg zu haben, diese Erfahrung an die uns anvertrauten Patienten weiter zu geben. Bei der Befindlichkeitsbefragung vor der Massage wird das Phänomen der Anspannung, nach der Massage das Phänomen Entspannung deutlich. Patienten erleben in diesem Prozess, dass ihre Privatsphäre deutlich geachtet wird. Im Bereich der Diagnosen imponieren bisher stark die Diagnosen mit depressiven Anteilen. Es wird in Zukunft darum gehen, noch mehr Daten zu erheben, damit noch validere Aussagen getroffen werden können. Ähnlich wie der Fragebogen für die Patienten, sollte ein Fragebogen für die Anwender der kalifornischen Massage entwickelt werden, um hier immer wieder den Bezugspunkt zu haben: wie wirkt die Massage auch auf die Mitarbeiter, welche diese Methode anwenden? Wichtig in dem Prozess scheint die mehrfache Anwendung der kalifornischen Massage zu sein, sodass hier ein Verlauf für Anwender und Patienten/Mitarbeiter entstehen könnte. Dies stellt uns vor die Schwierigkeit, hier wie schon erwähnt, eine kurze Verweildauer der Patienten zu haben und die unklare Situation der Finanzierung, wenn sich z.B. im ambulanten Bereich eine weitere Behandlung mit der Methode kalifornische Massage als sinnvoll erachten ließe.

Im Wesentlichen geht es bei der kalifornischen Massage um den Kontakt, dabei steht die Technik der kalifornischen Massage eher im Hintergrund. Zu vermuten ist, dass mit dem Kontakt frühe, tiefe Bedürfnisse geweckt werden, die bei Patienten in allen Bereichen der Psychiatrie bedeutsam sind. Mitarbeiter erlebten diese Methode als Entlastung, nehmen sie jedoch überwiegend erst wenig und noch nicht prozesshaft in Anspruch.

Literatur

1. IN•PULS, Praxis und Lehrinstitut für Somatherapie, Triebelsstrasse 1, D-52066 Aachen, info@kalifornischemassage.de, Tel.: +49 241 9039344

Gesünder leben, leicht gemacht (GLLG). Gesundheitsförderung in einer psychiatrischen Tagesklinik

Radegundis Hofer

Hintergrund / Problemstellung

Wir – das Team der Psychiatrischen Tagesklinik für affektive Erkrankungen – haben uns entschlossen, ein gesundheitsförderndes Programm (Titel: „GESÜNDER LEBEN, leicht gemacht“) in regelmäßigen Intervallen in unser Behandlungskonzept zu integrieren.

Die Gründe dafür sind, dass Menschen mit affektiven Erkrankungen

1. laut neurobiologischen und epidemiologischen Studien im Schnitt eher zu Adipositas neigen als psychisch Gesunde,
2. im Zusammenhang mit ihrem Stimmungs- und Aktivitätswechsel ein zu meist stark verändertes Bewegungs- und Essverhalten an den Tag legen und
3. dauerhaft Medikamente z.B. bestimmte Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Antipsychotika einnehmen müssen, die bekanntermaßen den Appetit beeinflussen können [1, 2].

Setting und Patienten

Unsere multiprofessionell (d.h. durch 2 Pflegepersonen, 3 Ärzte und je 1 Psycho-, Ergo- und Physiotherapeutin) getragene psychiatrisch-psychoedukative, psycho- und soziotherapeutische Behandlung findet in einem gruppentherapeutischen Setting mit 14 PatientInnen statt. Das Programm „GLLG“ wird für den Zeitraum von 4 Wochen in alle Module unseres regulären Wochenprogramms eingebaut.

Methoden

Grundlage unseres vierwöchigen gesundheitsfördernden Programms ist das von der Firma Eli Lilly herausgegebene Ernährungs- und Bewegungsprogramm „GESÜNDER LEBEN, leicht gemacht“ [3, 4].

Dieses Programm wurde uns von der firmenbeauftragten Diätologin vorges-

tellt und in gemeinsamer Arbeit an unser Behandlungskonzept angepasst.

In der ersten Woche werden die PatientInnen nach einführenden Informationen beauftragt, ein Ernährungstagebuch zu führen, das anschließend von der Diätologin ausgewertet wird und ein wichtiges Instrument in einer von ihr zusätzlich gestalteten Gruppe darstellt. Im Rahmen dieser Gruppe behandelt sie auf Wunsch der PatientInnen auch spezielle ernährungsmedizinische Themen, die im Programm nicht berücksichtigt sind (z.B. Cholesterinarme Kost, Essen und Trinken bei Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Malabsorptionen ...). Noch in der ersten Woche fokussiert die Psychotherapeutin in der „Wahrnehmungsgruppe“ unseres Wochenplans auf wichtige, im Alltag oft vernachlässigte Voraussetzungen für eine dauerhafte „psychische Gesundheit“.

Während der folgenden 3 Wochen übernehmen Pflegepersonen und Ärzte gemeinsam in einer der beiden wöchentlich stattfindenden Psychoedukationsgruppen die Aufgabe, den PatientInnen das Gesundheits- und Bewegungsprogramm näher zubringen.

Die Pflege ist darüber hinaus für die praktische Anwendung des neuen Wissens in den wöchentlich zwei Kochgruppen und der Außenaktivität zuständig. Der lustvollen Umsetzung dienen ihre (in der 2. und 3. Woche durchgeführten) „Genussgruppen“ mit den Themenschwerpunkten „Sinneswahrnehmung: Schmecken“ und „Esskultur mit allen Sinnen“.

Die Ergotherapeutin wählt in der Gruppenergotherapie ein auf die Körperwahrnehmung und/ oder auf psychische und körperliche Gesundheit bezogenes Thema und lässt dazu eine gestalterische Umsetzung erarbeiten (Bsp. selbstangelegte Kräuterkästen).

Die Physiotherapeutin leitet die PatientInnen im Rahmen ihrer beiden regulären Wochengruppen durch spezielle Übungen (beispielsweise mittels Therabändern) zur richtigen Bewegung an und gestaltet zusätzlich gemeinsam mit der Ergotherapeutin eine außertourliche Gruppe in der die Körperwahrnehmung und das Körpergefühl im Mittelpunkt der Gruppe stehen und gestalterisch umgesetzt wird.

Nach Ablauf der vier gesundheitsfördernden Wochen haben wir eine (einmal stattfindende) sogenannte „Follow-up“-Gruppe eingeführt, in der das Programm „GESÜNDER LEBEN, leicht gemacht“ gemeinsam mit den PatientInnen

reflektiert wird und evtl. eingetretene Veränderungen des Körpergewichts bzw. der Ess- und Bewegungsgewohnheiten festgehalten werden.

Der Inhalt des Programms wird in 2 Bereiche aufgegliedert:

Ernährung:

1. Was ist ausgewogene Ernährung?
2. Die Ernährungspyramide
3. Der Alltag – Tipps zum täglichen Speiseplan
4. „Das liebe Geld“
5. Essen und Gefühle

Bewegung:

1. Die wichtigsten Grundlagen für Bewegung
2. Die Bewegungspyramide
3. Wie kann man Bewegung in den Alltag integrieren?
4. Das Bewegungsplakat – einfache Übungen für den Alltag

In beiden Bereichen werden viele praktische Beispiele und Übungen durchgeführt.

Die Evaluation findet anhand von Gewichtskontrollen, Blutuntersuchungen und längerfristigen Beobachtungsprotokollen zu den Ess- und Bewegungsgewohnheiten statt.

Schlussfolgerungen

Aufgrund der positiven Rückmeldungen der Patienten zu unseren "Gesundheitswochen" werden wir auch zukünftig einen entsprechenden Programmzyklus in unserer Tagesklinik beibehalten.

Literatur:

1. Weber-Hamann B, Werner M, Hentschel F, Bindeballe N, Lederbogen F, Deuschle M, Heuser I (2006) Metabolic changes in elderly patients with major depression: evidence for increased accumulation of visceral fat at follow-up. *Psychoneuroendocrinology* 31(3):347-54
2. Fagioli A, Frank E, Houck PR, Mallinger AG, Swartz HA, Buysse DJ, Ombao H, Kupfer DJ (2002) Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 63(6):528-33

3. Arbeitsunterlagen aus dem Programm GESÜNDER LEBEN leicht gemacht:
GESÜNDER LEBEN leicht gemacht – Broschüre: Ein einfacher Leitfaden zur Ernährung und Bewegung im Alltag. Wien: Eli Lilly Ges.m.b.H., Jänner 2007
4. GESÜNDER LEBEN leicht gemacht – Schulungsunterlagen: Flipchart, Handbuch, Arbeitsblätter. Wien: Eli Lilly Ges.m.b.H., Jänner 2007

Motivations- und Entzugsarbeit bei Alkohol- und Suchkranken am Psychiatriezentrum Rheinau

Marcel Binder, Stefan Wermelinger

Einleitung

In der Schweiz trinken rund eine Million Frauen und Männer (oder 18%) chronisch und/oder episodisch zu viel Alkohol [1]. Hochgerechnet auf den Kanton Zürich mit einer Population von rund 1,2 Millionen EinwohnerInnen dürfte es in diesem Versorgungsgebiet knapp über 166'000 Frauen und Männer mit problematischem Trinkverhalten geben. In einer von der Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme durchgeführten Medikamentenstudie wird der Anteil der Medikamentenabhängigen in der erwachsenen Wohnbevölkerung der Schweiz auf rund 1% (oder 60000 Personen) geschätzt [2]. Rund 9600 dieser medikamentenabhängigen Personen sind im Kanton Zürich zu erwarten.

Im Kanton Zürich ist die Behandlungskette für Personen mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit weitgehend erschlossen, es fehlte jedoch eine spezielle Einrichtung für PatientInnen mit geringer oder sogar fehlender Motivation zur Behandlung ihrer Suchtproblematik. Betrachten wir zunächst ein Fallbeispiel eines Alkoholkranken, der durch die Versorgungslücke fallen könnte.

Ignaz T. geboren 1949, ist von Beruf Karosseriespengler und leidet seit seinem 28. Lebensjahr an übermäßigem Alkoholkonsum. 1979 unterzog er sich zum ersten Mal einer Entzugsbehandlung, hatte aber nach rund 2 Jahren einen Rückfall und begann, am Arbeitsplatz heimlich zu trinken. Eine bislang stabile Beziehung zu seiner damaligen Freundin ging 1981 in die Brüche. Zwischen 1982 und 1996 folgten vier weitere Behandlungen in psychiatrischen Facheinrichtungen, doch die Phasen, in denen er einigermaßen kontrolliert trank, wurden immer kürzer. 1999 – als er gerade 50 Jahre alt wurde - war er während 7 Monate zum Entzug und zur anschließenden psychotherapeutischen Behandlung in einer Spezialeinrichtung für Alkoholranke und schloss sich nach der Entlassung der lokalen Gruppe der Anonymen Alkoholikern an. Zwischen 2000

und 2007 erlebte Ignaz T. einen zunehmenden Sozialabstieg: Er wechselte häufig die Stelle, verkehrte nur noch mit Kumpels von der Kneipe, verlor vollständig Kontakt zu Frauen, aß unregelmäßig, hatte zunehmend Schwierigkeiten seine Miete zu bezahlen, litt zunehmend an den Folgen massiven Alkoholkonsums wie Konzentrationsstörungen und Gedächtnislücken. Im Herbst erfolgte der große Absturz: Seine Wohnung und seine Arbeit wurden ihm gekündigt und er begab sich ins Wohnheim einer Wohltätigkeitsorganisation. Bald überforderte er wegen seiner zunehmenden Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit das Personal im Wohnheim und wurde in die Psychiatrie zwangseingewiesen, wo ein Delirium tremens noch knapp abgewendet werden konnte. Er bemühte sich um eine erneute Behandlung in der Spezial Einrichtung für Alkohol kranke. Er wurde jedoch abgelehnt, da seine Motivation und seine Psychotherapiefähigkeit als zu gering eingeschätzt wurden.

Ignaz T. erfüllt einige Kriterien [3] für eine Aufnahme auf die Entzugs- und Motivationsstation 70A:

- Ein ambulantes Therapieangebot kommt für ihn nicht in Frage.
- Es wurden mehrfach erfolglose Entzugsbehandlungen vorgenommen.
- Er befindet sich in einer aktuellen Lebenskrise (Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit).
- Er hat Anzeichen von alkoholbedingten somatischen Störungen (kognitive Beeinträchtigungen in Form von Konzentrationsstörungen, Gedächtnislücken).
- Soziale und körperliche Verwahrlosung (Arbeitsplatzverlust, Wohnungsverlust, unregelmäßiges Essen)

Die Lebenssituation von Ignaz T. kann insgesamt als prekär und instabil (oder stabil schlecht) beurteilt werden.

Setting

Die Station 70A wurde 2002 eröffnet und bietet 16 Behandlungsplätze und eine Betreuung rund um die Uhr durch Pflegefachpersonen an. Die Aufenthaltsdauer der 370 im 2007 hospitalisierten PatientInnen betrug im Schnitt 21 Tagen. Während des Tages sind 5 und während der Nacht 2 pflegerische

Dienste besetzt. Die Pflegefachleute arbeiten konsequent mit Bezugspflege und Behandlungsprozess. Auf der Station arbeiten ein Oberarzt und zwei AssistenzärztInnen. Zum Therapieangebot der Station gehören ferner Ergotherapie, psychologische und sozialarbeiterische Betreuung, Bewegungstherapie und Ernährungsberatung. In pflegetherapeutischen Gruppen bieten die Pflegenden darüber hinaus Spezialgruppen über Alkohol, Medikamente, Schlafhygiene und Akupunktur an. Im Regelfall ist eine Behandlung von 3 bis 4 Wochen vorgesehen.

Beschreibung der Praxis

Bei Eintritt besteht bei vielen Patienten eine Hemmschwelle im Zusammenhang mit Ängsten vor dem Einsperrtsein oder vor der Psychiatrie schlechthin. Verleugnen, Bagatellisieren und ein schlechtes Gewissen stehen oft in Verbindung mit einem verminderten Selbstwertgefühl. Die Inanspruchnahme einer stationären Therapie erfolgt meist spät, bei einem bereits fortgeschrittenen Schädigungsspektrum. Obwohl Eintritte fast ausschließlich freiwillig erfolgen, werden sie meistens durch Personen aus dem Umfeld der Betroffenen, hausärztlich oder durch ambulante Einrichtungen innerhalb des Kantons Zürich eingeleitet.

Mit dem Wegfall des Suchtmittels fällt es den PatientInnen oft schwer, ihre Zeit zu gestalten und sich selber auszuhalten. Vielfach machen PatientInnen körperliche Beschwerden, schlechte Stimmung oder das Umfeld dafür verantwortlich. Dabei fehlt den Betroffenen oft eine Krankheitseinsicht oder eine realistische Reflektion.

Das Behandlungsangebot der Station beruht hauptsächlich auf den folgenden drei Säulen:

1. **Körperlicher Entzug und Überwachung:** Zur Vermeidung gefährlicher oder lebensbedrohlicher Komplikationen werden PatientInnen in der Entzugsphase engmaschig (halbstündlich / stündlich), ggf. mit einer 1:1 Betreuung überwacht und begleitet.
2. **Umgang mit der Suchtproblematik:** Pflegende bieten zur Unterstützung der Abstinenzbemühungen der PatientInnen reflektierende Gespräche an. Ferner finden regelmäßig pflegetherapeutische Gruppen statt (Gedächtnistraining, Info-Gruppe Medikamente und Info-Gruppe Alkohol). Die Be-

reitschaft zu langfristigen und tragfähigen Lösungen wird durch Wissensvermittlung und Motivation sowie durch Konfrontationen gefördert.

3. **Austrittsplanung:** Die Pflege bietet den PatientInnen vielfältige Informationen und Beratungen für eine geeignete Nachbehandlung an und begleitet sie im Austrittsprozess. Die Station arbeitet eng zusammen mit externen Partnern, vornehmlich mit den Anonymen Alkoholikern und nachbetreuenden Spezialeinrichtungen, die zur besseren Entscheidungsfindung der PatientInnen Informationsanlässe auf der Station durchführen.

Behandlungsziele

PatientInnen mit kürzer oder länger dauernder Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit, die sich in einer schwierigen dekompensierenden biopsychosozialen Situation befinden, werden vom Suchtmittel entwöhnt und zur weiteren Behandlung motiviert.

- **Vermitteln von Sicherheit:** Im Rahmen des Alkohol- und/oder Medikamentenentzuges besteht für die PatientInnen, sowohl in subjektiver als auch objektiver Hinsicht, keine Gefahr.
- **Abstinenz:** Die PatientInnen halten die Abstinenz aufrecht und konsumieren während der Hospitalisation, sowohl im regulären Stationsalltag wie auch in der Freizeit, insbesondere im Urlaub, kein Alkohol bzw. nicht verordnete Medikamente. (Überprüfung durch Alkohol-Blas-Tests und Drogenurin)
- **Information:** Die PatientInnen sind über ihre Situation, ihre Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit informiert und wissen Bescheid über Symptome, Spätfolgen und deren Konsequenzen.
- **Motivation:** Die PatientInnen sind nach der Behandlung motiviert, weiter an ihrer Suchtproblematik zu arbeiten.

Zur Zielerreichung verfolgen die Pflegenden die folgenden Strategien: Die PatientInnen werden in ihrer Individualität, Selbständigkeit und Eigenverantwortung wahrgenommen. Die pflegerische Bezugsperson oder deren Stellvertretung hält während der gesamten Aufenthaltsdauer den Kontakt zu den PatientInnen aufrecht mit Einzelkontakten an jedem Arbeitstag oder zahlreiche Einzelgespräche. Die Einschätzungen der Situation der PatientInnen erfolgen aufgrund von direkten Kontakten mit den PatientInnen, deren Angehörige und

etwaige Drittpersonen, pflegerischer Beobachtungen und Beobachtungen oder Befunden anderer StationsmitarbeiterInnen wie etwa ÄrztInnen oder TherapeutInnen. Zur bestmöglichen Einschätzung der Situation der PatientInnen werden die Prinzipien der interdisziplinären Behandlung [4] angewandt. Ferner werden Gewohnheiten, Bedürfnisse und das Erleben der PatientInnen ebenso erfasst, wie deren Sorgen und Risiken, damit entsprechende Maßnahmen einleitet werden können. Die Bezugspersonen evaluieren in Zusammenarbeit mit den PatientInnen ihre Arbeit regelmäßig gemäß dem pflegerischen Behandlungsprozess. Ein hohes Maß an Wertschätzung und Einfühlungsvermögen steht beim Behandlungsteam an oberster Stelle.

Dank der systematischen Anwendung eines pflegerischen Assessments werden problematische Verhaltensmuster der PatientInnen ermittelt. Es handelt sich dabei vornehmlich um Beeinträchtigungen in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Bewegung, Ruhe/Schlaf und kognitive Einschränkungen. Nach dem Assessment werden die pflegerischen Probleme definiert und interdisziplinär abgestimmt.

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist der Wochenplan (Abbildung 1), der den PatientInnen eine Struktur bietet.

Erfahrungsgemäß berichten die PatientInnen schon nach einigen Tagen, dass sich ihre körperlichen (etwa Appetit oder Bewegung) und psychischen Funktionen (etwa Konzentration) verbessern und erfahren dadurch einen Motivationsschub und eine Steigerung des Selbstwertgefühls. Die Erfahrungen der PatientInnen werden regelmäßig in den „Morgenrunden“ ausgetauscht und reflektiert. Unlängst erzählte eine Patientin, dass sie zum ersten Mal seit vielen Jahren richtig – das heißt nicht nur eine „nasse Mahlzeit“ mit Weißwein – gefrühstückt hat und dabei ein Genusserlebnis hatte, das sie in Zukunft beibehalten möchte.

Ergebnisse und Erfahrungen

Von den insgesamt 370 hospitalisierten PatientInnen (vgl. Abbildung 2) wurden 178 (48.1%) in eine ambulante Betreuung und 5 (1.4%) in eine Tagesklinik, 2 Personen (0.5%) in eine Justizanstalt und eine kleine Minderheit von 27 Personen (7.3%) ohne Nachbehandlung entlassen. In spezielle Fachklinikentraten 51 Personen (13.8%) über, 7 Personen (1.9%) fanden einen Platz in einer

Psychiatrie mit Wohneinrichtung und 8 Personen (2.2%) wurden nach der Entlassung von einer somatischen Einrichtung oder vom Spitexdienst nachbetreut. Zweiundneunzig PatientInnen (24.9%) wurden klinikintern verlegt. Diese Zahl hängt mitunter mit dem Umstand zusammen, dass nach der Entzugsphase bestimmte psychiatrische Grunderkrankungen (etwa Depression oder Persönlichkeitsstörungen) zum Vorschein kamen.

Abbildung 1: Wochenplan

Wochenplan der Entzugs- und Motivationsstation 70A

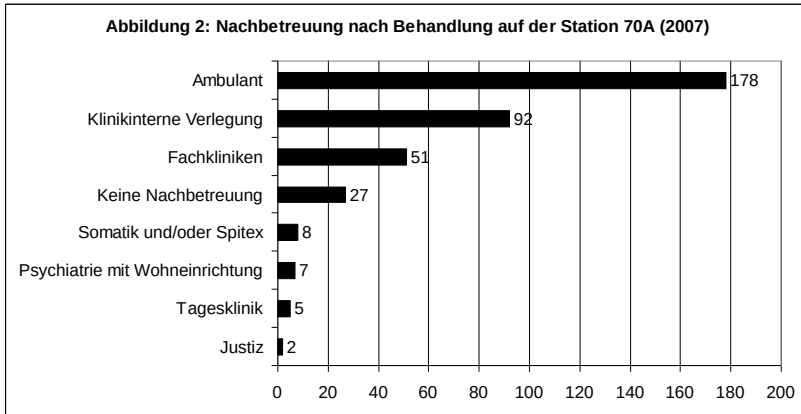
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07.00							
07.30	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf	07.15 Morgenlauf		
08.00	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück	ab 07.45 Frühstück		
08.30	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde	08.30 Morgenrunde		
09.00	ab 09.00 Visite mit Assistenzärzten, Pflege	ab 09.00 Visite mit Oberarzt, Assistenzärzten, Pflege	ab 09.00 Visite mit Assistenzärzten, Pflege	ab 09.00 Visite für Neueintritte 08.15 - 10.00 Beessensstherapie	ab 09.00 Visite mit Assistenzärzten, Pflege	ab 09.30 Brunch	ab 09.30 Brunch
10.00							
10.30	10.15 - 11.45 Infogruppe Alkohol		10.15 - 11.45 Infogruppe Alkohol	10.30 - 11.45 Infogruppe Alkohol	10.30 - ca. 11.45 Stationsversammlung		
11.00							10.30 Gottesdienst (siehe Aushang)
11.30							
12.00	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen	12.00 Mittagessen		
12.30							
13.00			ab 13.00 Einzeltermine Sozialdienst		13.00 - 15.00 Ergo- therapie Gruppe 1	Freie Gestaltung	Freie Gestaltung
13.30	13.30 Schwimmen	13.30 - 15.00 Ernährungsberatung	14.00 - 15.30 Gedächtnistraining	14.00 - 14.45 Entspannungstherapie Turnhalle	13.00 - 15.00 Ergo- therapie Gruppe 2		
14.00							
14.30							
15.00							
15.30		15.15 - 16.45 Infogruppe Medikamente / Schlafhygiene			15.15 - 16.15 Folgekrankheiten		
16.00	16.00 - 17.00 Bewegungstherapie Turnhalle		16.00 Kontakt- möglichkeit Seelsorge		16.00 kath. Gottesdienst (siehe Aushang)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)
17.00	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)	ca. 17.00 Kochen	
17.30							
18.00	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen
18.30							
19.00						Akupunktur (Zeit nach Absprache)	Akupunktur (Zeit nach Absprache)
19.30				ab 19.00 Klinikabend (Konzert, Film, Tanz etc. nach Programm, ca. alle 2 Wochen)			
20.00							
20.30							
21.00							
21.30							

= obligatorische Aktivitäten

09.07.2008

Viele PatientInnen – mitunter Personen wie Ignaz T. oder solche, die vor der Behandlung unter äußerst schwierigen biopsychosozialen Bedingungen gelebt hatten – berichten im Austrittsgespräch, dass sie Hoffnung geschöpft und die Wertschätzung des Personals während des Aufenthaltes geschätzt hätten. Eine systematische Auswertung der Erfahrungen der PatientInnen steht erst bevor.

Abbildung 2: Nachbetreuung



Diskussion

Die übergeordnete Zielsetzung der Station 70A ist, PatientInnen nach Abschluss der Entzugsphase zur weiteren Beschäftigung mit ihrer Suchtproblematik zu motivieren. Die Zahlen aus 2007 weisen daraufhin, dass die meisten PatientInnen nach dem Austritt eine Anschlussbehandlung antreten. Dies kann als Indikator einer erfolgreichen Motivation vermutet werden.

Von spezieller Bedeutung ist die hohe Anzahl der PatientInnen ($n = 92$), die klinikintern verlegt werden. Dies kann dadurch erklärt werden, dass bei zahlreichen PatientInnen nach dem Entzug Spätwirkungen wie etwa Polyneuropathien, das Korsakow-Syndrom oder schwer wiegende kognitive Beeinträchtigungen, aber auch andere Krankheiten – vornehmlich Persönlichkeitsstörungen, Psychosen oder affektive Störungen – zum Vorschein kommen. Dieser Befund ist keine Überraschung, da die mit Substanzabusus verbundene Komorbidität hinreichend bekannt ist [vgl. etwa 5]

Wenngleich die Station 70A nicht in Hinblick auf das Recovery-Konzept konzipiert wurde, haben wir den Eindruck, dass wir davon einige Elemente bereits umsetzen. Recovery ist „eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit

auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt“ [6]. Nach Knuf ist Recovery „ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er auch mit bestehenden psychischen Problemen in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“ [7, S. 8]. Unsere Tätigkeiten bei den folgenden Kernelementen des Recovery-Konzeptes [8] lassen sich folgendermaßen skizzieren:

- **Vermitteln von Wissen zu psychischer Gesundheit und Krankheit, Einrichtungen und Organisationen:** Dies erfolgt in den Spezialgruppen (Info-Gruppen Alkohol, Medikamente und Schlafhygiene) und in den strukturierten Informationsveranstaltungen zu Nachbehandlungsangeboten.
- **Empowerment der Betroffenen zur Übernahme von Verantwortung für ihre Behandlung und für eigene Entscheidungen:** Der Wissens- und Erkenntniszuwachs wird in den Bezugspersonengesprächen thematisiert und nutzbar gemacht.
- **Mithilfe zur Steigerung der Zufriedenheit mit der Lebensqualität:** Hierzu zählen auch körperbezogene Tätigkeiten wie etwa der Morgenlauf oder Bewegungstherapie.
- **Mithilfe zur Entwicklung von Hoffnung und Optimismus für die Zukunft:** Die allmähliche Steigerung der körperlichen und psychischen Funktionen trägt sicherlich zum Optimismus der PatientInnen bei.

Seit der Inbetriebnahme der Station 2002 wurden zahlreiche Anpassungen vorgenommen. Aufgrund von Rückmeldungen (Patientenzufriedenheitsbefragung 2004/2007) der PatientInnen wurde zum Beispiel das Gesprächsangebot erhöht oder die Kontinuität des Wochenprogramms verbessert. Zur gezielten Betreuung der PatientInnen hat sich das Pflegepersonal sukzessive Spezialkenntnisse angeeignet. Hierzu zählen etwa Wissen und Fertigkeiten zur Leitung spezialisierter Gruppen (Schlafhygiene, Medikamente, Alkohol, Gedächtnistraining, Walking, NADA-Akupunktur). Ferner wurden somatische Kenntnisse (Infusionstherapie, Notfallmaßnahmen und Reanimation) aufgefrischt und vertieft. Diese Erweiterung der pflegerischen Aufgaben und Kompetenzen wird vom Pflgeteam und von den anderen Berufsgruppen als eine Bereicherung erlebt.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die bisherigen Behandlungserfolge und der kontinuierliche Zustrom der PatientInnen auf die Station deuten eindeutig darauf hin, dass eine Entzugs- und Motivationsstation für alkohol- und medikamentenabhängige PatientInnen ein notwendiges Element in der Behandlungskette ist. Die Entzugs- und Motivationsstation findet mittlerweile einen guten Anklang bei den zuweisenden Instanzen (andere psychiatrische Krankenhäuser oder Hausärzte) und wird von manchen Krankenkassen ausdrücklich empfohlen.

Zur Überprüfung der Auswirkungen der Pflege und Behandlung empfehlen wir systematische Auswertungen (etwa PatientInnenzufriedenheit, Auswirkungen der Motivation über die Hospitalisation hinaus, Abstinenz). Insbesondere empfehlen wir eine Untersuchung über die Rolle der Motivation und Hoffnung als Element im Recovery-Konzept.

Literatur

1. SFA (a), Alkoholkonsum in der Schweiz. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Ohne Jahresangabe. Lausanne, Schweiz.
2. SFA (b), Medikamente: Folgen des Medikamentengebrauchs. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Ohne Jahresangabe. Lausanne, Schweiz.
3. Binder M, Frauenfelder F (2006) Pflegerisches Stationskonzept der Station 70A. Rheinau: Klinik für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatriezentrum Rheinau, Schweiz
4. Frauenfelder F, Koller K (2008) Evaluation des Interdisziplinären Behandlungsprozesses in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rheinau. PrInternet, 2008(4):207-213
5. Quello S., Brady K, Sonne S (2005) Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. Sci Pract Perspect 3(1):13-21
6. Rabenschlag F, Needham I (in Vorbereitung) Recovery. In: Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber
7. Knuf A (2008) Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. Kerbe, 2008(1): 8-11
8. Resnick S, et al. (2005) An empirical conceptualization of the recovery orientation. Schizophr Res 75(1):119-128

Recovery und seine Bedeutung für die psychiatrische Pflege

Anna Eisold, Michael Schulz, Doris Bredthauer

Die vorliegende Studie beschäftigt sich, ausgehend von dem Konzept Recovery mit dem Phänomen der Hoffnung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hoffnung wird dabei als eine Voraussetzung von Recovery gesehen.

Die vorliegende Untersuchung basiert zum einen auf einer systematischen Literaturrecherche über die Bedeutung von Hoffnung für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen. Innerhalb der systematischen Literaturrecherche (PubMed, CINAHL und EBM-R) sind Studien zur individuellen Bedeutung von Hoffnung und zu hoffnungsfördernden pflegerischen Interventionen recherchiert worden.

Zum anderen basiert die vorliegende Untersuchung auf einer eigens durchgeführten Gruppendiskussion (Fokusgruppe) mit einer Selbsthilfegruppe für Psychiatrie-Erfarene. Anhand der Diskussion sollte die Bedeutung von Hoffnung für diese Zielgruppe identifiziert werden. Die zehn Teilnehmer der Fokusgruppendifkussion, die sich in der Vergangenheit aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung befanden, sind zu deren persönlichen Bedeutung von Hoffnung, sowie zu deren eigenen Erfahrungen von hoffnungsfördernden und -hemmenden Interventionen befragt worden. Darüber hinaus sind positive und negative Einflussfaktoren von Hoffnung diskutiert worden. Die Auswertung der per Tonband aufgezeichneten Daten wurde in Anlehnung an die qualitative zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt.

Die Ergebnisse der eigenen Forschung zeigen, dass Hoffnung von den Diskussionsteilnehmern als ein elementarer, emotionaler Faktor für die Genesung angesehen wird, den es professionell zu fördern gelte. Aus den Aussagen der Fokusgruppenteilnehmern wurden Empfehlungen für praktische pflegerische Interventionen abgeleitet. Interventionsansätze sind die Aufklärungs- und Informationsarbeit gegenüber Betroffenen, ihren Angehörigen, Bezugspersonen und der Gesellschaft, sowie ein menschlicher, nicht bevormundender Umgang zwischen Professionellen und Betroffenen. Diese und weitere Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion werden exemplarisch mit zwei bestehenden

pflegerischen Theorien in Beziehung gesetzt und diskutiert. Zum Abschluss der Arbeit werden Konsequenzen für die pflegerische Praxis aufgezeigt, sowie in wie weit weiterer Forschungsbedarf besteht.

Literaturüberblick

In den letzten Jahren gewinnt das aus den USA stammende Recovery-Konzept in Europa an Bedeutung. Der Begriff Recovery, der ursprünglich aus dem Bereich der somatischen Medizin stammt, wird zunehmend im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen verwendet. Hoffnung wird innerhalb des Recovery-Konzeptes und von Vertretern der Recovery-Bewegung als zentraler interner Faktor für den Beginn des Genesungs- bzw. Recovery-Prozesses angesehen [1; 2; 3].

Patricia Deegan, die selbst psychiatrieerfahren ist, betont zudem die Bedeutung von Hoffnung für die Praxis der Professionellen. Ein übergroßes Maß an Fremdbestimmtheit wirke sich kontraproduktiv auf die Hoffnung und die Genesung der Betroffenen aus. Sie betont, dass sich Professionelle der Bedeutung von Hoffnung bewusst sein und danach handeln müssen [4].

Hoffnung

Es ist zunächst festzustellen, dass Hoffnung im deutschen Sprachraum mit Zuversicht, Zutrauen, Vertrauen und Optimismus in Verbindung gebracht wird [5]. Hoffnung kann darüber hinaus als reiner Akt, als ein Affekt mit lustbesetzter Erwartung oder als ein erhofftes Ziel verstanden werden.

Der International Council of Nurses ordnet das Phänomen Hoffnung innerhalb seiner Klassifikation dem *Fokus der pflegerischen Praxis* zu [6]. Hoffnung als emotionaler Grund für ein bestimmtes Handeln von Menschen befindet sich demnach innerhalb der ICNP im Fokus der Pflege.

Pflegerische Konzepte von Hoffnung betonen die optimistische Zukunftsorientierung, sowie die Unterscheidung zwischen dem objektbezogenen Hoffen, das mit einem konkreten, realistischen Ziel verbunden ist und einem unspezifischen, positiven Hoffungsgefühl [7; 8; 9]. Hoffnung wird als multidimensional, individuell und als ein Prozess beschrieben. Gerade diese Vielfältigkeit von Hoffnung mache es schwer, sie zu definieren [10]. Hoffnung würde zusätzlich durch Erfahrungen und Spiritualität geprägt [8].

Pflegende sind aufgrund ihrer einzigartigen Position, in der sie mit Patienten und Familienangehörigen interagieren, prädestiniert dafür, Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit einzuschätzen und den individuellen Hoffnungsprozess durch Interventionen zu unterstützen [11]. Hoffnung wird daher in der Pflegewissenschaft als essentielles Konzept für Pflegende gesehen und die Notwendigkeit weiterer Hoffnungsstudien mit Hilfe verschiedener Forschungsansätzen betont. Für die Praxis ist es wichtig, hoffnungsfördernde Interventionen zu liefern. Bisher fokussieren nur wenige empirische Arbeiten Hoffnung als pflegerisches Konzept, sowie den Zusammenhang von Hoffnung und der Erkrankung der Schizophrenie [11; 12].

Hoffnung bei psychischen Erkrankungen

Hoffnung wird grundsätzlich als ein positiver Faktor im Leben von Menschen mit einer Schizophrenie angesehen [12]. Ebenso im Leben der Bezugspersonen und der Professionellen. Die Multidimensionalität von Hoffnung ermöglicht Pflegenden auf vielfältige Weise, Hoffnung zu fördern [10; 12]. Der Präsenz von Hoffnung in den hoffnungsinspirierenden Subjekten (z.B. den Pflegenden) wird dabei eine hohe Bedeutung beigemessen [13; 14]. Die Unterscheidung von objektbezogener und genereller Hoffnung zu kennen ist für die praktische Pflege als ebenso wichtig angesehen, um Interventionen danach ausrichten zu können [8; 10]. In den recherchierten empirischen Studien zum Thema Hoffnung bei psychischen Erkrankungen aus der Sicht der Betroffenen wird deutlich, dass das Erkennen der Sinnhaftigkeit, Bedeutung und Verstehen von psychischen Erkrankungen Hoffnung geben kann [15; 16; 17].

Ein weiterer Schwerpunkt, der sich in den gesichteten Studien findet, ist der Aufbau, aber auch das Aufrecht erhalten von Beziehungen, damit verbunden die soziale Integration und der Stellenwert innerhalb einer Gemeinschaft (zum Beispiel durch Berufstätigkeit). Innerhalb dieses Aspektes spielt die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen eine große Rolle, da sie als Barriere der sozialen Integration gelten kann und von vielen Betroffenen auch als solche erkannt und benannt wird. Die genannte Stigmatisierung gilt gleichzeitig als große Barriere von Hoffnung [16].

Erfolgsenerlebnisse zu erfahren und dadurch Selbstvertrauen entwickeln zu können ist ein weiterer Schwerpunkt in der Hoffnungsförderung aus Sicht Betrof-

ferner Hierbei ist es wichtig, individuelle, realistische Ziele zu stecken und den Betroffenen Verantwortung für sich selbst und für eigene Entscheidungen zu übertragen [15; 18].

Methodik

Für die eigene Forschung im Rahmen dieser Arbeit ist ein qualitativer Forschungsansatz gewählt worden, da die Ermittlung und Bewertung der subjektiven Erfahrungen von Menschen im Vordergrund stehen. Auf der Grundlage individueller Erfahrungen sollten hoffnungsfördernde und hoffnungshemmende Faktoren und Situationen, sowie die individuelle Bedeutung von Hoffnung während eines stationären Aufenthaltes identifiziert werden. Zur Erhebung der Daten ist die Methode der Fokusgruppendifkussion gewählt worden. Sie gilt als eine Methode der qualitativen Forschung, die anhand einer Gruppeninteraktion zu einem vom Forscher vorgegebenem Thema Daten gewinnt.

Zur Strukturierung und Nachvollziehbarkeit der Diskussion wurde im Vorfeld ein Diskussionsleitfaden erstellt, dem die Forschungsfragen dieser Arbeit, sowie die vorangegangene Literatursichtung zugrunde gelegt wurden.

Die Stichprobe

Für die Teilnahme an der Diskussionsrunde wurden zwei Ausschlusskriterien festgelegt: Das erste Kriterium für den Ausschluss war die zeitgleiche stationäre Behandlung. Eine akute Erkrankung hätte den ethischen Grundsätzen dieser Forschung widersprochen. Das zweite Ausschlusskriterium war die Minderjährigkeit eines Teilnehmers, da in diesem Fall eine qualifizierte Einverständnis zur Diskussion rechtlich nicht möglich gewesen wäre.

10 Personen einer Selbsthilfegruppe für Psychiatrie-Erfahrene in Großraum Frankfurt/Main nahmen im März 2008 an der Diskussion teil. Vor der eigentlichen Diskussion wurden die Teilnehmer über die Inhalte und Absichten der Diskussion aufgeklärt um ein informiertes Einverständnis zur Teilnahme geben zu können.

Das einstündige Gespräch wurde mittels eines digitalen Audioaufnahmegerätes aufgezeichnet. Die so gewonnenen Daten konnten transkribiert und in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden. Die Analysemethode wurde gewählt, da inhaltlich thematische

Gesichtspunkte der Diskussion im Vordergrund standen.

Ergebnisse

Oberkategorie 1: Bedeutung von Hoffnung

Hoffnung wird von den Diskussionsteilnehmern als elementar, als ein Grundantrieb und als ein wesentlicher Teil der Behandlung beschrieben. Dies bestätigt Aussagen der theoretischen Literatur innerhalb derer Hoffnung als essenziell für jeden Menschen, besonders aber bei der Genesung von psychischen Erkrankungen bezeichnet wird [4, 10].

„Ah ja natürlich ohne Hoffnung funktioniert ja gar nichts mehr. Wenn wir die Hoffnung nicht hätten, dass wir noch ein lebenswertes Leben hätten dann würden wir nicht hier sitzen, dann wären wir noch (,) in der Klinik.“ (*Teilnehmer 5, Aussage Nr. 1*)

Die Multidimensionalität von Hoffnung wird ebenfalls anhand der Diskussionsergebnisse deutlich. Hoffnung ist den Diskussionsteilnehmern zufolge ein subjektives Empfinden, weshalb sie schwer greifbar und definierbar sei. Neben den Eigenschaften und der Multidimensionalität von Hoffnung und ihrer positiven Konnotation wurde von den Diskussionsteilnehmern bemerkt, dass Hoffnung ein Prozess sei, der oftmals unbewusst ablaufe. Hier findet sich eine Parallele zur Beschreibung der unbewussten Hoffnung nach Fromm [19]. Zusätzlich wurde innerhalb der Diskussion die Differenzierung zwischen spezifischer und genereller Hoffnung deutlich [8; 9; 20].

Oberkategorie 2: Einflussfaktoren von Hoffnung

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion verdeutlichen die Vielfältigkeit der Einflussfaktoren von Hoffnung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hier finden sich deutliche Parallelen zu den gesichteten englischsprachigen Studien. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hoffnungsbeeinflussende Faktoren durch pflegerische Interventionen unterstützt bzw. vermieden werden können. Als wichtigste Interventionen dabei können die Aufklärung und Information von Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen, die Förderung von Erfolgserlebnissen, sowie dem Selbstvertrauen der Betroffenen, die Stärkung von Beziehungen und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen angesehen werden.

„Also meine Eltern haben es kapiert, nachdem ich ihnen quasi so ein Buch aufgezwungen habe (...) ich glaube, die waren dann auch ein bisschen erleichtert, dass das Ganze, ja, einen Namen hat, eine Schublade, wo man sagen kann: „Das ist es jetzt!“ Weil sie vorher völlig hilflos waren ...“ (Teilnehmer 9; Aussage Nr. 167)

Oberkategorie 3: Hoffnungsfördernde Interventionen

Anhand der Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer lassen sich direkte pflegerische Interventionen ableiten. Sie basieren auf praktischen Erfahrungen der Diskussionsteilnehmer oder wurden als direkter Wunsch an Professionelle formuliert. Hoffnung wurde in der Diskussion als ein Teil der stationären Behandlung geschildert. Hoffnung auf eine Genesung zu geben spielt dabei eine vorderrangige Rolle. Um diese Hoffnung und Perspektiven geben zu können, ist es notwendig, dass Pflegende sich selbst bewusst sind, dass die Genesung von der Erkrankung möglich ist.

„Also jetzt nicht nur irgendwelche Symptome zu bekämpfen, sondern einfach über das Stichwort Hoffnung aus dieser Perspektivlosigkeit wieder raus zu kommen. Sprich: Hoffnung wieder erfahrbar zu machen. Das es eben auch anders geht oder das es wieder besser geht. Das erfordert viel Energie vom Pflege- und Betreuungspersonal“ (Teilnehmer 2; Aussage Nr. 3)

Sie müssen Hoffnung in sich tragen um diese stellvertretend für Betroffene, aber auch für Angehörige und Freunde übernehmen zu können [21; 22; 23].

Als hoffnungsfördernd wurde ein menschlicher, ehrlicher Umgang von Professionellen mit Betroffenen beschrieben, auch über die Grenzen der stationären Behandlung hinaus.

Begleitende Pflege-theorien

Das psychodynamische Pflegemodell nach Peplau [24], sowie das Gezeitenmodell von Barker und Buchanan-Barker [25; 26] wurden herangezogen, um die Ergebnisse der eigenen Forschung mit bereits bestehenden Pflege-theorien zu vergleichen. Beide Theorien kommen aus dem Fachbereich der psychiatrischen Pflege. Sie beschäftigen sich mit der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten.

Peplau beschreibt die therapeutische Beziehung als einen Prozess, der in vier,

sich überschneidenden Phasen, abläuft: *Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung*. Betroffenen soll innerhalb der einzelnen Phasen die Möglichkeit gegeben werden, sich selbst kennen zu lernen und ihr Leben durch die Ausnutzung eigener Fähigkeiten optimal zu gestalten. Beide Seiten, Professionelle und Betroffene, entwickelten sich innerhalb dieses Prozesses weiter und könnten an der Begegnung wachsen. Dies entspricht einem der Hauptmerkmale des Recovery Konzeptes: Die Neudefinition der Identität innerhalb des Genesungsprozesses bzw. das Wachsen an der Erkrankung [3; 27]

Das Gezeitenmodell basiert auf der Annahme, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Form der Hilfe benötigen, die die individuelle Entwicklung, das reflektierte Bewusstsein und eine differenzierte „Erziehung“ beinhaltet. Gleichzeitig wird ebenfalls davon ausgegangen, dass Pflegende, die nicht selbst eine bestimmte Entwicklungsebene erreicht haben, auch nicht in der Lage sind andere Menschen auf ihrem Weg zu unterstützen [25]. Die philosophischen Schlüsselannahmen des Gezeitenmodells beinhalten 10 „Tidal-Verpflichtungen“ und die damit verbundenen 20 „Tidal-Befähigungen“. Sie verbinden das Modell mit der direkten pflegerischen Praxis und geben Handlungsanweisungen (Verpflichtungen) für Pflegende. Die 10 Tidal-Verpflichtungen und Befähigungen beinhalten viele Aspekte, Handlungsanweisungen und pflegerische Kompetenzen, die innerhalb der Fokusgruppendiskussion als hoffnungsfördernd angesehen wurden.

Peplau und Barker bieten für Pflegende verständliche und praktikable Theorien. So soll die Beziehung innerhalb der psychiatrischen Pflege im Mittelpunkt stehen. Das psychodynamische Pflegemodell und das Gezeitenmodell dienen als Anleitung des Prozesses einer professionellen Beziehung zwischen Pflegenden und Betroffenen, gleichzeitig tragen sie dazu bei, Hoffnung zu fördern.

Diskussion der Ergebnisse

Der innerhalb der Recovery-Bewegung so häufig geforderte Paradigmenwechsel besteht in einer veränderten Einstellung und Haltung zur möglichen Genesung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Recovery scheint mehr von menschlichen Werten und einem Glauben als von wissenschaftlicher Forschung beeinflusst zu sein [26] Die direkte Beseitigung der Perspektivlosigkeit von psychischen Erkrankungen, ein menschlicher Umgang zwischen Betroffe-

nen und Professionellen, sowie die Einbeziehung der Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen spielen bei Recovery eine übergeordnete Rolle. Diese Aspekte wurden von den Fokusgruppenteilnehmern wiederum als hoffnungsfördernd beschrieben. Professionelle müssen sich ebenso wie Betroffene selbst mit der Möglichkeit und der Perspektive auseinandersetzen, dass Betroffene nicht ihr Leben lang krank sein werden und unter Umständen an einem „normalen“ Leben in der Gesellschaft teilnehmen können. Demnach ist nicht nur bei Professionellen, Betroffenen, ihren Angehörigen und Bezugspersonen ein Umdenken nötig, sondern in der gesamten Gesellschaft. Die Psychiatrie-Enquete aus den 1970er Jahren, die der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegenwirken sollte, konnte für die Gruppe der Betroffenen sicherlich etwas bewirken, das Problem der Ausgrenzung jedoch nicht lösen. Dies hat vermutlich auch etwas mit der auch innerhalb der Fokusgruppendifkussion betonten fehlenden Aufklärung der Gesellschaft zu tun. Hier müssen Professionelle mit gutem Beispiel voran gehen und sich Fragen und Ängsten stellen. Dies beginnt im näheren Bekannten- und Freundeskreis und endet im direkten Kontakt mit den zu betreuenden Patienten und ihren Nächsten [28].

Kelly & Gamble [3] merken an, dass noch große Differenzen zwischen den (Behandlungs-) Zielen der Professionellen und denen der Betroffenen bestehen. Betroffene forderten Entscheidungsfreiheit, Zugangsmöglichkeiten, anwaltliche Vertretung, Berufstätigkeit und Selbsthilfe, Professionelle und Behandlungsinstitutionen hielten hingegen häufig noch an traditionellen Ansätzen fest, in denen die medikamentöse Behandlung, die Überwachung und Strukturierung der Betroffenen im Vordergrund stünde. Um diesen Differenzen entgegenzuwirken, muss von Pflegenden eine verstärkte Kommunikation mit Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen angestrebt werden. Diese kann in Form des Trialogs geschehen.

Pflegende sollten sich mit den Ängsten und Fragen der Betroffenen, gerade innerhalb der Akutphase einer psychischen Erkrankung auseinander setzen. Für diese Auseinandersetzung bietet sich die Aufstellung einer Behandlungsvereinbarung an [29].

Fazit und Ausblick

Die Forderung nach Perspektivenbildung, Entstigmatisierung und nach aktiver

Einbeziehung der Betroffenen in ihre Behandlung macht deutlich, dass es nicht damit getan ist, bestimmte hoffnungsfördernde Techniken anzuwenden. Es ist viel mehr nötig eine hoffnungsvolle Grundeinstellung bereits während der Ausbildung bei Pflegenden zu fördern. Die Konzepte von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit müssen in Ausbildungscurricula, aber auch in der Gesundheitspolitik verankert werden [30].

Innerhalb der pflegerischen Grundausbildung mangelt es an der umfassenden Wissensvermittlung über psychische Erkrankungen. Gerade in Zeiten, in denen immer wieder die demographischen Entwicklung und eine zunehmende Inzidenz psychischer Erkrankungen diskutiert werden, sollte innerhalb der Ausbildungscurricula ein Schwerpunkt auf die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beschwerden gelegt werden. Dies könnte fachübergreifend anhand der Vermittlung verschiedener (Pflege-) Phänomene wie Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, Angst, Einsamkeit etc. geschehen.

Bedeutung für zukünftige Forschungen

Die Bedeutung von Hoffnung wurde in den englischsprachigen Ländern bereits erkannt und bewiesen [10; 14; 30]. In Deutschland ist es nun notwendig, vorhandene Forschungsergebnisse aufzugreifen und für Betroffene, Bezugspersonen und Pflegenden in Deutschland zu adaptieren. Ein möglicher Schritt in diese Richtung sind deutschsprachige Publikationen über die Bedeutung des Hoffnungs- und Recovery-Konzeptes. In einem weiteren Schritt müssen hoffnungsfördernde und recovery-orientierte Interventionen entwickelt und getestet werden. Es mangelt bisher an publizierten Forschungsergebnissen über Hoffnungsinterventionen, die für praktisch Pflegenden zugreifbar und verständlich sind.

Interessant wäre es im Zusammenhang mit den exemplarisch beschriebenen Pflege-theorien von Peplau und Barker, diese und weitere bestehende Pflege-theorien auf ihre hoffnungsfördernde Wirkung hin zu untersuchen. Anhand von Hoffnungsmessinstrumenten (z.B. Herth Hope Index oder Miller Hope Scale) könnte Hoffnung bei Betroffenen zu Beginn und zum Ende einer Behandlung auf der Grundlage von Pflege-theorien eingeschätzt werden. Auf diese Weise könnten ebenso einzelne pflegerische Interventionen auf ihre

hoffnungsfördernde Wirkung hin getestet und beforscht werden: Hieraus würde eine Evidenzbasierung hoffnungsfördernder Interventionen resultieren.

Literatur

1. Bonney S, Stickley T (2008) Recovery and Mental Health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15:140-153
2. Glover H (2005) Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 4(3):www.auseinet.com/journal/vol4iss3/glovereditorial.pdf (Stand: 07.03.2008)
3. Kelly M, Gamble C (2005) Exploring the Concept of Recovery in Schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:245-251
4. Deegan P (2001) Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19(3):91-98
5. DUDEN, Band 8 (1997) Die sinn- und sachverwandten Wörter. Mannheim:Duden-verlag
6. International Council of Nurses (2003) ICNP - Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Huber
7. Benzein E, Savemann BI (1998) One Step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 35:322-329
8. Farran J, Herth K, Popovich J (1999) Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Konzepte für Pflegeforschung und Praxis. München: Urban & Fischer
9. Stephenson C (1991) The Concept of Hope revisited for Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 16:1456-1461.
10. Miller F (2007) Hope: A Construct Central to Nursing. *Nursing Forum* 42(1):12-19
11. Cutcliffe J, Herth K (2002a) The Concept of Hope in Nursing 1: its Origins, Background and Nature. *British Journal of Nursing* 11(12):832-838
12. Kylmä J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M (2006) Hope and Schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 13:651-664
13. Cutcliffe J, Koehn C (2007a) Hope and interpersonal psychiatric/ mental health nursing: a systematic review of the literature - part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:134-140
14. Cutcliffe J, Koehn C (2007b) Hope and interpersonal psychiatric/ mental health nursing: a systematic review of the literature - part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:141-147
15. Kirkpatrick H, Landeen J, Woodside H, Byrne C (2001) How People with Schizophrenia build their Hope. *Journal of Psychosocial Nursing* 39(1):46-53
16. Mc Cann T (2002) Uncovering Hope with Clients who have Psychotic Illness. *Journal of Holistic Nursing* 20:81-99

17. Perry B, Taylor D, Shaw S (2007) "You've got to have a positive state of mind": An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. *Journal of Mental Health* 16(6):781-793
18. O'Toole M et al. (2004) Treating first episode psychosis – the service users' perspective: a focus group evaluation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11: 319–326
19. Fromm E (1981) *Die Revolution der Hoffnung. Für eine Humanisierung der Technik*. Hamburg: Klett Cott & Ullstein Taschenbuch
20. Dufault K, Martocchio B (1985) Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America* 20(2):379-391
21. Cutcliffe J (2004) The inspiration of hope in bereavement counselling. *Issues in Mental Health Nursing* 25:165-190.
22. Cutcliffe J (2006 a) The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study - part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:598-603.
23. Cutcliffe J (2006 b) The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study - part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:604-610.
24. Peplau H (1995) *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel, Ebertswalde: RECOM
25. Barker P (2003) Das Gezeitenmodell. Entwicklung eines personenzentrierten und bevollmächtigenden Ansatzes psychiatrischer Pflege. *Psychiatrische Pflege Heute* 9:160-167
26. Barker P, Buchanan-Barker P (2008) Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery: Die 10 Tidal Verpflichtungen. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit* 2(1):12-22
27. Amering M, Schmolke M (2007) *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag
28. Hoffmann S(2005) Schizophrenie und Stigma. *Psychiatrische Pflege Heute* 11:212-219
29. Pleininger-Hoffmann M (2007) Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung. In: Schulz M, Abderhalden C. et al.(Hrsg) *Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld Bethel*. Unterostendorf: Ibicura
30. Cutcliffe J, Herth K (2002b) The Concept of Hope in Nursing 2: Hope and Mental Health Nursing. *British Journal of Nursing* 11(13):885-893

„Ich hatte damals ein Durcheinander, wo ich heute Ordnung habe“ Eine qualitative, inhaltsanalytische Untersuchung bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit

Regine Steinauer

Einleitung

Die Abteilung U1 ist eine offene Abteilung des Abhängigkeitsbereichs der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK). Sie bietet neben einem stationären Aufenthalt (dreizehn Betten) auch sechs Tagesplätze und ambulante Nachsorgegruppen an. Im multidisziplinären Team arbeitet seit Anfang 2007 jeweils einen halben Tag pro Woche eine angehende Pflegewissenschaftlerin, welche vom Team oder von Patienten formulierte Fragestellungen bearbeitet. So interessierte das Pfllegeteam der Abteilung U1 die Frage, wie die ehemaligen Patienten ihren Alltag ausserhalb der Klinik gestalten und wie sie mit ihrer Abhängigkeit umgehen. Zwar werden während des Aufenthaltes die teilweise jahrelangen Erfahrungen mit der Abhängigkeit thematisiert, jedoch nicht einheitlich erfasst und dokumentiert. Von vielen Patienten und Patientinnen erfährt man nach dem Austritt nichts über ihre weitere Lebensgestaltung.

Aus zahlreichen Studien [1,2,3] kennt man die Faktoren, welche den Verlauf einer Abhängigkeitsstörung beeinflussen können, das persönliche Erleben sowie die individuellen Erklärungsmuster der Patienten und Patientinnen sind aber kaum untersucht [4]. Diese wurden im Rahmen dieses Projektes in einem Gespräch erfragt und anschliessend inhaltlich ausgewertet. Fokussiert wurden die Fragen: Wie erklären sich Betroffene/Ehemalige ihren (positiven?) Verlauf der Abhängigkeitsstörung? Welche Form der professionellen Unterstützung wird als fördernd empfunden?

Methode

168 ehemalige Patienten und Patientinnen der offenen Abteilung U1 des Abhängigkeitsbereiches der UPK Basel wurden im Sommer 07 schriftlich angefragt, an einem ca. einstündigen Gespräch teilzunehmen. Das anhand eines Leitfadens geführte Gespräch bestand aus offenen Fragen und liess den Teil-

nehmenden somit Freiraum für eigene Themen. 12 Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, 10 direkt nach dem Gespräch niedergeschrieben. Eine Auswertung fand mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring [5] statt und folgte dem nicht theoriegeleiteten, induktiven Ansatz. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, eine schriftliche Einverständniserklärung wurde von allen Patienten und Patientinnen unterschrieben. Die Daten wurden streng vertraulich behandelt, die Aufnahmen nach der Auswertung gelöscht.

Ergebnisse

39 ehemalige Patienten und Patientinnen meldeten sich nach Erhalt des Briefes, 22 Gespräche wurden geführt. Die meisten der 10 Frauen und 12 Männer, welche zwischen 38 und 67 Jahre alt waren, hatten bereits mehrere Klinikaufenthalte hinter sich. Die Hälfte lebt seit dem letzten Aufenthalt, der wenige Wochen bis mehrere Jahre zurückliegt, abstinert. 9 berichteten von einer vorliegenden psychiatrischen Komorbidität, welche den Umgang mit dem Alkohol beeinflusst.

Erklärungen für den Verlauf

Die Antworten auf die Frage „wie erklären sich Betroffene/Ehemalige ihren (positiven) Verlauf der Abhängigkeitsstörung“ bildeten 12 Kategorien (Tabelle 1).

Tabelle 1: Wie erklären sich Betroffene/Ehemalige ihren (positiven?) Verlauf der Abhängigkeitsstörung?

Kategorien FF1	Anzahl Nennungen	Anzahl Personen	Gender (10w/12m)
Lernprozess	63	18	9 w/ 9m
Wunsch/Ziel	37	16	7w/ 9m
Familie/Freunde	34	16	8w/ 8m
Selbstvertrauen	35	15	6w/ 9m
Arbeit/Beschäftigung	25	15	7w/ 8m
Gesundheit	18	15	8w/ 7m
Leidensdruck	19	10	4w/ 6m
Bewegung	9	8	3w / 5m
Verträglichkeit	9	8	6w/ 2m
Medikamente	8	7	3w/ 4m
Wissen	8	7	1w / 6m
Schuldgefühle	6	6	5w/ 1m

1. Lernprozess, Zeit:

18 der 22 Befragten erwähnen mehrmals, dass die Abhängigkeit sich im Verlaufe der Zeit wandle, dass sich Verhaltensweisen, Einstellungen und Gefühle verändern: *„es ist ein Reifungsprozess. Von Aufenthalt zu Aufenthalt wird es anders.“* oder *„ es ist ein Umdenken, ich funktioniere nicht mit Alkohol, es kommt nicht gut raus“*.

Diese Veränderungen finden schrittweise statt. Positive und negative Erlebnisse bieten die Möglichkeit, sich weiter zu entwickeln, zu lernen. *„Ich hatte damals ein Durcheinander, wo ich heute Ordnung habe“*. Mehrere erwähnen dabei, dass noch weitere Erfahrungen nötig sind, um eine bleibende Veränderung im Umgang mit der Abhängigkeit zu erreichen.

2. Wunsch- und Zielformulierung

mehr als 2/3 der ehemaligen Patienten und Patientinnen erklären sich den positiven Verlauf ihrer Abhängigkeitsstörung mit dem klaren Formulieren von Wünschen, einem expliziten Erwähnen des Willens bzw. der Ratio. *„ ich will einfach nicht mehr so leben“* oder *„ich möchte einfach nicht mehr soweit kommen, dass ich in die Klinik muss“*.. Auch eine bewusste Entscheidung, ein *„Ja zum Leben“* (und somit gegen das Sterben) hat bei einigen den Prozess beeinflusst.

3. Familie/Freunde

Ebenfalls mehr als 2/3 der Befragten nennen als wichtigen Faktor zur Stabilisierung zwischenmenschliche Beziehungen. Dabei spielt die Funktion der Menschen (ob Familie, Freunde oder Nachbarn) nur eine unbedeutende Rolle. *„ich kenne viele Leute im Quartier und habe auch im Haus viel Unterstützung“* . In dieser Kategorie nicht berücksichtigt werden dabei die Beziehungen zu professionellen Helfern.

4. Selbstvertrauen

15 Ehemalige betonen, dass die Einstellung gegenüber der eigenen Person sowie die persönliche Selbstsicherheit entscheidend sind im Umgang mit der Abhängigkeit. Ohne eine innere Sicherheit, ein Selbstvertrauen sind Veränderungen kaum möglich. Dieses Selbstvertrauen beruht meist auf positiven Erfahrungen, erreichten Zielen im Umgang mit der Abhängigkeit. *“ ich bin zufriede-*

den, nicht wirklich glücklich, aber zufrieden“ oder „Ich weiss jetzt, dass ich es schaffe“

5. Arbeit/Beschäftigung

Deutlich mehr als die Hälfte der ehemaligen Patienten und Patientinnen nennen eine planmässige Beschäftigung, eine geregelte Tagesstruktur oder eine bezahlte Arbeit als hilfreich. Aussagen wie *„action bringt satisfaction“* oder *„ich habe zum Glück wieder eine Arbeitsstelle gefunden“* spiegeln dies wieder.

6. Gesundheit

15 Personen erwähnen den körperlichen Zustand, exakte medizinische Befunde sowie die subjektive Körperwahrnehmung als wichtige Faktoren im Prozess aus der Abhängigkeit. *„ich habe vor zwei Wochen ein Bier getrunken, aber es hat mir weh gemacht, obwohl meine Werte gut sind“*. Dabei werden hauptsächlich die Leberwerte angesprochen, welche für viele konkret mit Zahlen benannt werden können. Auch psychische Befindlichkeiten im Zusammenhang mit der Abhängigkeit werden mehrfach angeführt.

Professionelle Unterstützung

Die Antworten auf die Frage „welche Form der professionellen Unterstützung haben sie als fördernd empfunden?“ liefert 7 Kategorien (Tabelle 2):

Tabelle 2: Welche Form der professionellen Unterstützung wird als fördernd empfunden?

Kategorien FF1	Anzahl Nennungen	Anzahl Personen	Gender (10w/12m)
Externe Betreuung	17	10	5w/ 5m
Abteilungsstruktur	11	9	3w/ 6m
Gespräche mit Fachpersonal	11	9	3w/ 6m
Haltung	11	8	2w/ 6m
Interne Nachbetreuung	8	7	4w/ 3m
Druck	7	7	4w/ 3m
Zeit, Ruhe	4	3	3w/ 0m

1. Externe Betreuung

Knapp die Hälfte der Befragten erwähnt die Wichtigkeit einer weiterführenden Therapie auch nach einem stationären Aufenthalt. Therapie ist dabei aber im

weiteren Sinne zu verstehen, so fällt der regelmäßige Austausch in einer Selbsthilfegruppe, Gruppensitzungen wie auch Einzelgespräche bei einem Psychotherapeuten in diese Kategorie. *„ich war auch bei den AA in den Gruppen, das ist wie eine Familie“*

2. Abteilungsstruktur

9 Ehemalige berichten von der positiven Wirkung der geregelten Abteilungsstruktur, dem Behandlungs- und Therapieangebot in den UPK. *„der Aufbau der Abteilungsstruktur mit morgens aufstehen, Morgenrunde, Therapie, Kochen etc., das hat mir geholfen“*

3. Gespräche mit Fachpersonal

Knapp die Hälfte berichten, dass sie Gespräche mit Fachpersonal auf der Abteilung als hilfreich empfunden haben. *„rückblickend bin ich schon froh um die intensive Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit“*. Dabei sind aber nicht nur die Antworten, sondern auch das Zuhören des Fachpersonals mehrmals positiv erwähnt.

4. Haltung des Fachpersonals

Als Wesentlich für eine Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit wird die Haltung des Fachpersonals angesehen. Akzeptanz, Verständnis, Geduld und wohlwollende Haltung wird seitens der Ehemaligen gewünscht. *„vor allem die Haltung der Pflegenden hat mir gefallen“* oder *„dann wurde einem seitens des Personals mit Respekt und Würde begegnet.“*

5. Interne Nachbetreuung UPK

Die interne Nachbetreuung in Form der Ambulanten Trainingsgruppe oder auch in Einzelgesprächen mit ehemaligen Bezugspersonen wird geschätzt. *„und jetzt komme ich jeden Montag zum Gespräch hierher. Das würde ich empfehlen“*

6. Druck

Berichtet wird von einer negativen Einstellung gegenüber Druck und Zwang. Es wird keine subjektive, pos. Veränderung unter Anwendung von Druck erlebt. *„es ist für mich immer so, wenn ich es nicht muss, dann geht es besser. Wenn ich etwas kann,...nicht muss“*. Allerdings wird von einzelnen auch die gegenteilige Meinung vertreten *„etwas mehr Druck... weil wenn sie dann in der Ergo sind, dann macht es ihnen ja schon Spaß.“*

7. Zeit, Ruhe

3 Ehemalige berichten von der positiven Wirkung der Ruhe auf der Abteilung und der freien Zeit ohne Alltagsverpflichtungen. *„ich konnte mal loslassen, zur Ruhe kommen“*

Diskussion

Fast alle der Befragten bezeichnen ihre Abhängigkeitsstörung und den Umgang damit als Lernprozess. Dass dabei Familie und Freunde, eine realistische, individuelle Zielformulierung und ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten eine wichtige Rolle spielen, erstaunt nicht. So finden auch Orford et al. [6] in ihrer qualitativen Untersuchung die Kategorien „thinking differently“ – entspricht in etwa den hier vorliegenden Kategorien Ziel/Wunsch und auch Selbstvertrauen - , „acting differently“ – vergleichbar mit der Kategorie Lernprozess - und „family and friends support“ – hier Freunde, Familie - als wichtige Elemente im Veränderungsmodell bei Alkoholkranken Menschen. Diese Aspekte erinnern an die Auseinandersetzung mit einer chronischen Krankheit. Nun wird aber die Abhängigkeit im klinischen Alltag nach wie vor oft wie eine akute Erkrankung behandelt. Im Vordergrund steht der körperliche Entzug, gefolgt von einer kurzen Rehabilitation. Eine langjährige ambulante Anbindung an eine Klinik gibt es kaum. Vergleicht man mit anderen typischen chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes und Asthma, stellt man fast, dass sich die Zahlen ein Jahr nach einer Behandlung kaum unterscheiden [7]: So müssen bei allen der erwähnten chronischen Krankheiten zwischen 30 bis 70% der Betroffenen infolge mangelnder Adherence nach einem Jahr wieder zusätzliche medizinische Betreuung aufsuchen, um die Symptome zu lindern.

Was heisst nun diese Erkenntnis für den Alltag auf einer Abteilung, welche mit Abhängigen arbeitet?

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management von Vincenzi & Spirig [8] zeigt, wie Gesundheitsüberzeugungen, Bedürfnisse der Patienten, Unterstützung durch dritte und weitere Faktoren miteinander verknüpft sind. Es hilft, ein vertieftes Verständnis darüber zu erhalten, wie Patienten ihre chronische Krankheit erleben. Nur Pflegeinterventionen, welche auf die individuelle Situation und das Umfeld ausgerichtet sind, machen Sinn. Die Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt der Behandlung. Dies hat

auch das vorliegende Projekt deutlich gezeigt. Das Annehmen der Abhängigkeit als chronische Krankheit stellt dabei ein wichtiges Therapieziel dar. Der individuelle Lernprozess kann nur zu einem Teil in stationärer Therapie abgeschlossen werden. So messen mehr als die Hälfte der Befragten den externen Therapien große Bedeutung zu. Über die Rolle der Haltung der Professionellen sowie der förderlichen Abteilungsstrukturen kann vorerst nur spekuliert werden, eine längere ambulante Anbindung (z.B. vergleichbar mit einer Diabetes Sprechstunde) wäre aber durchaus auch für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu empfehlen.

Im vorliegenden Projekt hat sich zudem gezeigt, dass die Implementierung von PflegewissenschaftlerInnen in die Praxis systematisch gefördert werden sollte. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der vorliegenden Fragestellung und auch anderen offenen Fragen ist im Pflegealltag einer Abteilung kaum möglich. Viele interessante Aspekte bleiben unberücksichtigt. Eine Reservierung von 10 oder 20% im Stellenplan einer Abteilung bietet Möglichkeiten, den oben erwähnten Fragestellungen weiter nach zu forschen.

Literatur

1. Zywiak W, Stout R, Longabaugh R, Dyck I, Conners G, Maisto S (2006) Relapse-onset factors in Project MATCH: the relapse questionnaire. *Journal of substance abuse treatment* 31:341-345
2. Walter M, Gerhard U, Duersteler-McFarland K, Weijers H, Boening J, Wiesbeck G (2006). Social factors but not stress coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology* 54:100-106
3. Weisner C, Ray T, Mertens J, Satre D, Moore C (2003) Short term alcohol and drug treatment outcomes predict long term outcome. *Drug and alcohol dependence*. 71:281-294
4. Wetterling T, Krömer-Obrisch T, Löw R, Schneider U (2001) Befragung von Alkoholkranken zum Thema Sucht. *Psychiat Praxis* 28:388–392
5. Mayring P (2000) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8 Aufl). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
6. Orford J, Hodgson R, Copello A, John B, Smith M, Black R, Fryer K, Handforth L, Alwyn T, Kerr C, Thistlewaite G, Slegg G (2006) The clients perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow up interviews in the UK Alcohol treatment Trial. *Addiction* 101:60-68
7. McLellan AT, Lewis D, oBrien C, Kleber H (2000) Drug Dependence, a chronic medical illness *JAMA* 13:1689-1696

8. Vincenzi Ch, Spirig R (2006) Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt.
Managed care 8:12-14

Selbstpflegekompetenzentwicklung bei älteren Personen im Setting am Modellprojekt „MENSANA“-Gesundheits- und Sozialsprengel Hall i.T.

Rita Mair

Problemstellung

Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel die Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt über die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Ansatzpunkte sind einzelne Personen oder Gruppen, die befähigt werden sollen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen oder die sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen zu verbessern [6].

Gesundheitspflege beinhaltet Selbstpflege, d.h., dass die Maximen des Handelns mit dem Patienten bzw. Klienten stets auch auf die Pflegeperson selbst zu beziehen sind. Frank Weidner betont diesen Zusammenhang als Ergebnis einer empirischen Studie zu diesem Thema: Der gesellschaftliche Anspruch an die Pflegeberufe, Patienten stärker zu gesundheitsförderndem Verhalten zu veranlassen, muss mit der Förderung der Gesundheit der Pflegepraktiker in Übereinstimmung gebracht werden [13]. Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG § 14 [1], wird die Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, aus Sicht der Autorin, im Pflegeprozess noch unzureichend im Pflegealltag umgesetzt [5]. Die Gesundheitsberatung in der Pflege kann derzeit von den Pflegepersonen noch nicht angemessen im Sinne von „gleichwertigen Handlungsfeldern“ in der Gesundheits- und Krankenpflege betrachtet werden.

In der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson entstehen immer wieder neue Lernfelder. Die Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberatung in der Pflege konnten im Modellprojekt „mensana“ gemeinsam mit den Teilnehmern im Unterricht praxisnahe bearbeitet werden. Schüler haben die Möglichkeit mit älteren Personen in Beziehung zu treten und die Lehr- und Lerninhalte in Gesundheitserziehung und Gesund-

heitsförderung im Rahmen der Pflege gemeinsam zu bearbeiten. Sowohl die Unterrichts- und Lernmethoden im Alter als auch der Austausch von Erfahrungswissen wirken sich auf die Kompetenzentwicklung der Lernenden aus. In der theoretischen und praktischen Ausbildung werden die Pflegediagnosen nach NANDA-Taxonomie II vermittelt und angewandt [2, 16].

Ziele

Gesundheitsförderung ist eine praxisorientierte Strategie und sollte dort ansetzen, wo Menschen leben, arbeiten, lernen, spielen und Gesundheitsversorgung erhalten. Aus diesem Anlass hat die WHO die Arbeit immer mehr auf diesen Setting-Ansatz hin ausgerichtet [11]. In der Entwicklung von handlungsrelevanten und gesellschaftlichen Prozessen ist die Gesundheitsförderung noch eine junge Disziplin. Sich ergänzende Methoden zur Befähigung zu lebenslangem Lernen, gesundheitsgerechter Gestaltung von politischen Entscheidungen, gesundheitsbezogener Bildung sowie die Aneignung sozialer Kompetenzen sind dabei wichtige Bestandteile. Die Grundlagen zur Ausrichtung finden sich in der „Ottawa Charta“, die verschiedene Ebenen beschreibt [14]. Die Möglichkeiten für die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Empowerment und Partizipation im Alltag umzusetzen sind sehr vielfältig. Gemeinsam mit dem Patienten, mit der Familie oder im Setting in der Kommune oder im Betrieb werden Ziele formuliert, mögliche Pflegemaßnahmen (ggf. in Form von Information, Anleitung und Beratung) sowie Gesundheitsressourcen definiert und im Pflege- oder Gesundheitsprozess umgesetzt sowie evaluiert. Sowohl die Projektteilnehmer als auch die Schüler konnten im individuellen Lernprozess unterschiedliche Ziele verfolgen.

Methode

In der vorliegenden Arbeit wurde als Methode ein Querschnittsdesign gewählt, um den Ist-Stand der Selbsteinschätzung zur Selbstpflegekompetenz zu erheben und die Ergebnisse zu vergleichen [15]. Hierzu wurde die ASA-Skala nach Evers et al. mit 24 Items verwendet, um die „Selbstpflegekompetenz“ zu messen [3]. Die schriftliche Befragung (am 25.10.2006) war für alle Personen freiwillig und setzte das selbständige Ausfüllen des Fragebogens voraus. Es wurden 45 Minuten eingeplant und für eventuelle Fragen zum Verständnis der

Items bzw. für zwei offene Fragen (zum Projekt und zu Gesundheitsförderung) stand eine Person (Schüler) pro Teilnehmer zur Verfügung.

Die Berechnung der Daten wurden mit dem Statistikprogramm 12.0 (SPSS Inc.) durchgeführt. In die statistische Auswertung konnten 49 Fragebögen mit einbezogen werden, davon 19 von der „mensana“ Gruppe, 15 von der Sonderausbildung Psychiatrie und 15 von der speziellen Grundausbildung Psychiatrie. Anregungen zur Gesundheitsförderung und zum Projekt wurden in der Projektplanung berücksichtigt.

Im Projektmanagement werden die Prinzipien von Jendrosch „Projektmanagement Prozessbegleitung in der Pflege“ von den Schülern berücksichtigt [8]. Projektmanagement und -dokumentation wurde von einer Mitarbeiterin, in Absprache mit den Projektpartnern, im Gesundheits- und Sozialsprengel durchgeführt.

Die Themen zur Gesundheitsförderung im Alltag werden nach der Erhebung zu den zehn Hauptkomponenten (nach D. Orem) erfasst und je nach Anzahl der Nennungen (Häufigkeit) gereiht und in Absprache mit der Projektleitung geplant [3, 13]. Die Unterrichtsvorbereitung beinhaltet Themenschwerpunkte, Ziele, Methoden und Materialien. Ebenso sind in der Planungsübersicht die Wissensvermittlung, Haltung und Einstellungen sowie praktische Fertigkeiten und die Reflexion in der Gruppe berücksichtigt.

Die Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung von Arnold und Lermen aus „eLearning-Didaktik“ dienen als wichtige Impulse, um Menschen in der Kompetenzentwicklung im Sinne eines nachhaltigen und signifikanten Lernens zu begleiten. Reinmann spricht von den exemplarischen Phänomenen wie Neugier, Flow und Vertrauen, welche bei der Gestaltung von E-Learning berücksichtigt werden [1]. Wie kann der Lehrende E-Learning „emotional gestalten“? Diese Ansätze kommen auch im „mensana“ Raum zur Anwendung.

Ergebnisse

Selbstpflegekompetenz ist ein komplexer und somit umfassender Begriff. Orem unterscheidet zehn Komponenten der Selbstpflegekompetenz: Aufmerksamkeit und Wachsamkeit, Wissenserwerb und Argumentation, Motivation und Entscheidungs-fähigkeit, ein Repertoire von Fähigkeiten im Hinblick auf Selbstpflege, das Setzen von Prioritäten, die Integration der Selbstpflege in

das tägliche persönliche und soziale Leben [3, 13]. Diese zehn Komponenten sind spezifische Fähigkeiten, die Selbstpflegebeurteilungen, -entscheidungen und -ausführungen betreffen. Die Angemessenheit der Selbstpflegekompetenz ist ein Qualitätsurteil. Es stellt sich die Frage: Inwieweit ist die vorhandene Kompetenz ausreichend für eine Selbstpflege, die beiträgt zum Überleben, zur Erhaltung der Gesundheit, zur Genesung, zur Rehabilitation, zum Wohlbefinden sowie zum normalen Wachstum und zur normalen Entwicklung [3].

Im Vergleich des ASA-A Gesamtsummenscores zwischen den drei Untersuchungsgruppen ist aus den Box-Plots zu erkennen, dass die Gesamtsummenscores die 75%-Perzentile bei „mensana“, Sonderausbildung und Schüler sich nur geringfügig unterscheiden. Bei einer möglichen Punktevergabe der ASA-A-Skala (Minimum 24, Maximum 120) liegt die Selbstbeurteilung der allgemeinen Selbstpflege im Vergleich der Mediane um den Punktwert 100,00. Die Referenzwerte der ASA-Ergebnisse bei unterschiedlichen Populationen zur Selbstpflegekompetenz bei einer gesunden Population wurden bei Frauen (n=168) (45 bis 54 Jahren) in der Stadt Breda (Niederlande) der Mittelwert mit 91,00 und Minimum-Maximum mit 64-119 angegeben. Bei Fachhochschulstudenten (n=228) wurde der Mittelwert mit 88,97 und Minimum-Maximum 59-115 angegeben. Flämische Universitätsstudenten (n=120) wurden mit einem Mittelwert von 94,84 sowie einem Minimum-Maximum mit 71-114 beschrieben [3]. In den Recherchen konnte keine vergleichbare Studie zur vorliegenden Arbeit gesichtet werden.

Die „mensana“ Projektteilnehmer sind im Umgang mit den modernen Medien und Patienteninformation Online bestens vorbereitet, um ihre persönlichen Interessen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention zu nutzen. Dieses Projekt wurde um ein Jahr verlängert und wird auch in Zukunft vom Sozial und Gesundheits-sprengel weitergeführt.

Schlussfolgerungen

Aufgrund der demografischen Entwicklung der Altersstruktur kommt in den nächsten Jahren eine höhere Belastung im Bereich der Pflege und Betreuung auf die Bevölkerung zu. Auch veränderte Familienstrukturen und die Wohnverhältnisse älterer Personen erschweren die häusliche Pflege. Der möglichst langen Selbständigkeit und einem besonderen Gesundheitsbewusstsein im

Alter wird hohe Bedeutung beigemessen werden. In der Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen und zukünftigen Pflege und Betreuungsaufgabe an älteren Personen und deren Angehörigen ist das Gesundheitswesen in Österreich und Europa gefordert. Wenn Personen älter werden, so beschreibt einschlägige Fachliteratur, ist von einem rapiden Ansteigen von Demenzerkrankungen und somit einer großen Herausforderung für die Pflege auszugehen [9,10].

Die Autorin verweist in diesem Zusammenhang auch auf Primary Health Care (PHC) in der Alma Ata Deklaration: *„Die Primäre Gesundheitspflege, gegründet auf praktischen, wissenschaftlich soliden und sozial annehmbaren Methoden und Techniken, ist wesentliche Gesundheitspflege, allgemein zugänglich für Individuen und Familien der Gemeinschaft durch ihre Teilhabe und zu Kosten, die das Gemeinwesen und das Land auf Dauer und zu jeglichem Stadium seiner Entwicklung im Geiste von Selbstvertrauen und Selbstbestimmung zu tragen im Stand ist. Primäre Gesundheitspflege ist integraler Bestandteil des Gesundheitssystems des Landes. Es bildet dessen Schwerpunkt, ist aber auch Bestandteil der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung“* [7:1212].

Beratung und Schulung, vor allem in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, werden aus Sicht der Autorin von den verantwortlichen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen noch unzureichend wahrgenommen. Besonders die Angehörigen von chronisch kranken Menschen sollten Gesundheits- und Pflegeberatung in Anspruch nehmen können, von den Pflegefachkräften geschult, sowie professionell begleitet werden.

Literatur

1. Arnold R, Lermen M (2006) eLearning-Didaktik Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung. Hohengehren: Schneider Verlag
2. Brobst R, Coughlin A, Cunningham D, Feldman J, Hess R, Mason J, Fenner McBride L, Perkins R, Romano C, Warren J, Wright W. (2007) Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber
3. Evers G (2002) Professionelle Selbstpflege. Bern: Huber
4. Fonds Gesundes Österreich (2007) 9. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz. Wien: EvOTION
5. GuKG, 1997: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.
www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf (10.05.2007)

6. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2004) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber
7. Hurrelmann K, Laaser U, Razum O. (2006) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weilheim: Juventa Verlag
8. Jendrosch T (1998) Projektmanagement, Prozessbegleitung in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical
9. Kitwood T (2005) Demenz. Bern: Huber
10. Kostrzewa S (2008) Palliativpflege von Menschen mit Demenz. Bern: Huber
11. Lobnig H, Pelikan J (1996) Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Wien: Facultas-Universitätsverlag
12. Nubeam D, Harris E (2001) Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung, Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung: Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
13. Orem D (1997) Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Wiesbaden: Ullstein Mosby
14. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.
www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
(20.04.2007)
15. Polit D, Beck C, Hungler B (2004) Lehrbuch Pflegeforschung Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern: Huber
16. Stefan H, Allmer F, Eberl J (2003) Praxis der Pflegediagnosen. Wien: Springer
17. Weidner F (1994) Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse

Psychosomatik und Gerontopsychiatrie, Erfolgreiche Arbeit durch die psychiatrische Gesundheits und Krankenpflege

Arnold Scheuch

Einleitung

Nachdem die Psychosomatik in Wien traditionell nicht in der Psychiatrie angesiedelt ist wurde dieser Paradigmenwechsel im Rahmen eines Projektes 2006 im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe eingeleitet.

Im Rahmen einer Neukonzeption wurde das Pilotprojekt „*Psychosomatik und Gerontopsychiatrie*“ auf einer Station, gestartet und ach Ablauf der Konzeptphase wurde es implementiert und ist nun seit eineinhalb Jahren erfolgreich in Anwendung. Das Projekt wird hier aus der Sicht der pflegerischen Stationsleitung in dieser Präsentation erläutert.

Die Entscheidung einen Teil der Station zur psychosomatischen Behandlung zu nutzen wurde von der Abteilungsleitung getroffen. Die Rahmenbedingungen sahen vor, zunächst mit einer Ausbaustufe von 6 PatientInnen in zwei Zimmern zu beginnen, erste Erfahrungen zu sammeln und im Laufe eines Jahres auf 10 PatientInnen aus dem Bereich der Psychosomatik zu steigern.

Erste Schritte

- Literaturrecherche über „Pflege und Psychosomatik“.
- Erstellung eines therapeutisches Konzeptes für PsychosomatikpatientInnen mit allen Berufsgruppen
- Erarbeiten von eigenverantwortlichen gesundheits- und krankenpflegerischen Inhalten, gestützt durch psychiatrische Fachpflegende
- Umsetzung des neuen Konzeptes
- Evaluierung des Projektes mittels MitarbeiterInnenbefragung

Die ersten Schritte in diese Richtung stellten das multiprofessionelle Team vor die Aufgabe, an der Station Bereiche zum Rückzug zu schaffen die zukünftig nur von der PatientInnengruppe Psychosomatik verwendet werden. Weiters wurden Räume adaptiert, wo gezielt für beide Gruppen (Psychosomatik und Gerontopsychiatrie) ein miteinander in der Interaktion und Kommunikation

möglich wurde. Im Zusammenspiel aller an der Station tätigen Berufsgruppen und mit Hilfe der technischen Direktion und Ihrer Fachwerkstätten gelang dies zufriedenstellend.

Ein wichtiger Meilenstein in der Umsetzung war die Motivation der Pflegenden, den Schritt in ein völlig neues Betreuungskonzept zu wagen. Zu Beginn übernahm die Pflege primär die Aufgabe der Grundversorgung in den Aktivitäten des täglichen Lebens, der Beobachtung und der situationsbedingten Entlastungsgespräche. Nach der Implementierung, Evaluierung und Weiterentwicklung des Konzeptes bieten die Pflegenden zum derzeitigen Zeitpunkt fünf eigenverantwortliche Gruppentherapieangebote in der psychosomatischen Betreuung an, welche für die PatientInnen verpflichtend einzuhaltende Inhalte des Wochenplans darstellen. Weiters wird in der Betreuung durch und von der Pflege während des gesamten Psychosomatikturnus (über acht Wochen) das Konzept „Marte Meo“ unter Verwendung von Videotechnik angewendet.

Im Bereich Psychosomatik arbeiten die PatientInnen in diesen acht Wochen dauernden Turnus nach einem strukturierten Wochenplan. Dabei werden von allen Berufsgruppen von Montag bis Freitag 22 Therapiestunden angeboten. Davon werden neun Stunden (beinahe die Hälfte) von der Pflege eigenverantwortlich, als therapeutische Gruppentherapie, durchgeführt.

Diese Gruppentherapieangebote der Pflege setzen sich wie folgt zusammen:

- Themenzentrierte Pflegerunde 1X wöchentlich 60 Minuten
- Wege zum Wohlbefinden 1x wöchentlich 90 Minuten
- Marte Meo Beratung wöchentlich 120 Minuten
- Humor als Bewältigungsform 1x wöchentlich 90 Minuten
- Morgengymnastik 3x wöchentlich je 30 Minuten
- Nordic Walking 2x wöchentlich je 45 Minuten.

Themenzentrierte Pflegerunde

Ziel:

Den PatientInnen alternativ Möglichkeiten aufzeigen mit Ihrer Erkrankung umzugehen.

Durchführung:

Die MitarbeiterInnen sind in vielen Bereichen Experten. Einzelne MitarbeiterInnen des Teams verfügen über spezielle Zusatzausbildungen, wie z.B. Aromapflege, Klangschalen-therapie, Massagelokurse etc. Diese individuellen Ressourcen der MitarbeiterInnen werden für Gruppenaktivitäten genutzt. Jede MitarbeiterIn hat ein Konzept zur Gestaltung einer Aktivitätseinheit erstellt, welches in der themenzentrierten Pflegerunde authentisch zum Einsatz kommt. Im Rahmen eines Psychosomatikturnus lernen die PatientInnen verschiedene Möglichkeiten kennen mit Krankheit und Gesundheit umzugehen.

Wege zum Wohlbefinden

Ziel:

Erlebnisintensivierung durch Gestaltung gemeinsamer Themen zur Gesundheit. Fit werden für den Alltag.

Durchführung:

Hier erleben die PatientInnen Diskussionsrunden incl. Anregungen für die Zeit nach der Entlassung. Sie können sich (wieder) lebenspraktische Fähigkeiten aneignen (z.B. durch gemeinsames Kochen). Den PatientInnen werden gesundheitsbewusste Lebensweisen näher gebracht. Z. B. durch anbieten und organisieren diverser Lektüren. Die Patientinnen lernen Techniken zur Entspannung, zum Stressabbau, zum Sorglos sein kennen und anwenden. Dies wird durch sportliche Aktivitäten begleitet. Die PatientInnen lernen eigene Ressourcen zu erfassen, initiativ zu werden und erleben Begeisterung

Marte Meo

Marte Meo ist eine in Holland entwickelte Therapieform mittels Interaktionsanalyse

Ziel:

Veränderte Selbstwahrnehmung und mangelhafte Kommunikationsfähigkeiten ist zentrales Thema psychosomatischer Erkrankungen. In der Arbeit mit Marte Meo konzentriert sich der Schwerpunkt auf Selbstwahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit. In den Videoaufnahmen wird deutlich, dass PatientInnen sehr gut unterstützt werden können, Ihre Gesprächspartner und sich selbst besser wahrnehmen zu können. Der therapeutische Effekt liegt darin, den PatientInnen positive Selbst- und/oder Fremdwahrnehmung deutlich zu

machen.

Durchführung:

Erstfilm kurz nach der Aufnahme; Rasche Analyse des Films mit den PatientInnen; Folgefilm und Analyse gegen Ende des Psychosomatikturnus. Diese Vorgehensweise erlaubt es auch, gleichzeitig dem PatientInnen und dem therapeutischen Team therapeutische Fortschritte deutlich zu machen.

Humor als Bewältigungsform

Lachen ist Gymnastik für den Verstand, Muskulatur und Atmung. Lachen trägt zu längerem, gesünderem Leben bei. Lachen fördert den Zusammenhalt in der Gruppe und fördert die Kommunikation. Lachen gehört zum täglichen Therapieprogramm in der Psychosomatik.

Ziel:

Unbeschwertheit, Abwechslung von Schmerz, Leid und negativen Gedanken durch Humor.

Durchführung :

Gesellschaftsspiele, Lektüre zum Schmunzeln, Spielerische Aktivität im Freien, Spontan inszeniertes Theater, gemeinsames Singen, Tanzen und Blödeln, Filme, CD etc. werden als Gruppe erlebt.

Nordic Walking

Ziel:

Nordic Walking als ganzheitlicher Ansatz erlaubt es neben der Hebung der allgemeinen Fitness auch die Koordination zu fördern und zu trainieren. In dieser Sportart kommt man sehr rasch zu Erfolgen. Dies hebt in weiterer Folge das Selbstwertgefühl. Im Gegensatz zum Laufen kann diese Sportart auch von sehr ungeübten Personen ausgeführt werden. Durch den Wegfall der lauftypischen Sprünge und durch den Einsatz der Stöcke wird die Belastung der Gelenke spürbar reduziert

Durchführung:

2x wöchentlich trainieren die PatientInnen die Technik des Nordic Walking und unternehmen gemeinsam Ausgänge in die Natur.

Morgengymnastik

Ziel:

Sportliche Betätigung am Morgen fördert die Kreislagsituation, die Konzentration und das allgemeine Wohlbefinden.

Durchföhrung:

Das Trainingsprogramm wird unter Rücksichtnahme der persönlichen Leistungsfähigkeit der Patienten abgestimmt. Mit Musikbegleitung werden einfache Übungen mittels Turnmatte, Therapiebändern, Bällen etc. in der Gruppe durchgeführt.

Erfahrungen und Evaluationsergebnisse

Die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen in Zusammenhang mit dem Veränderungsprozess hin zur Betreuung von PsychosomatikpatientInnen wurde mittels Fragebogen erhoben. Tabelle 1 zeigt einige Ergebnisse.

Tabelle 1: Evaluation

	Ja	eher ja	teil- weise	eher nein	nein
Hatten Sie positive Erwartungen in die Veränderungen?	50%	20%	30%	0%	0%
Sind diese eingetroffen?	60%	20%	0%	20%	0%
	Mehr	eher mehr	gleich	eher weni- ger	weni- ger
Wie hat sich der Arbeitsaufwand gegenüber früher verändert?	20%	50%	20%	10%	0%
Wie hat sich der Arbeitszufriedenheit gegenüber früher verändert?	40%	40%	10%	0%	10%
	Ja	eher ja	teil- weise	eher nein	nein
Hatte die Veränderung positive Auswirkungen für die Patienten?	40%	30%	20%	10%	0%
Würden Sie eine Rückkehr in Richtung früherer Struktur begrüßen?	0%	0%	10%	0%	90%

Insgesamt zeigt die bisherige Erfahrung in der Arbeit mit PsychosomatikpatientInnen, dass an der Station in diesem interessanten Betätigungsfeld wich-

tige Kompetenzen, sowohl auf Seiten der Patientinnen als auch MitarbeiterInnen entwickelt werden konnten. Alle MitarbeiterInnen der Pflege sind mit großer Motivation an der Implementierung und Aufrechterhaltung des Konzeptes beteiligt. Im Geiste von „learning by doing“ sind die beteiligten Professionen dabei, sich weiter zu entwickeln, wobei der Schwerpunkt auf Fallbesprechungen, Fortbildung und Supervision liegt. Durch die interessante Arbeit und die damit verbundene Patientenzufriedenheit steigt auch die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen.

Herausforderndes Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen aus der Perspektive von Pflegenden- Erleben und Strategien-- Eine deskriptive, analytische Studie

Elisabeth Höwler

Einführung und theoretischer Hintergrund

Die Forschungsarbeit befasst sich mit dem Phänomen des „Herausforderndem Verhalten“ bei Personen mit demenziellen Veränderungen auf der interaktiven Ebene. Den Pflegeberufen kommt bei der Versorgung dieser Personen eine zentrale Rolle zu, weil sie in der Regel über einen längeren Zeitraum eine hohe Interaktionsintensität zu den Betroffenen haben. Beruflich Pflegende fühlen sich oftmals durch das psychisch stark belastende und schwer zu beeinflussende Verhalten der Patienten hilflos und überfordert [1].

Die taxonomische und inhaltliche Bestimmung der Qualität der Pflege von Personen mit demenziellen Veränderungen ist zwischenzeitlich einem pflege- und bezugswissenschaftlichen Konsensusverfahren unterzogen worden und der Stand der Wissenschaft und guten Pflegepraxis in der “Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten“ [1] bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ repräsentativ bestätigt [1]. Die in der Guideline einbezogenen Studien zeigen keine wesentlichen Effekte auf, dass das Phänomen durch Pflegeinterventionen, z.B. durch eine validierende Gesprächsführung, Erinnerungspflege, Bewegungsförderung etc. reduziert bzw. erst gar nicht in Erscheinung tritt. Somit sollte das Phänomen auf der persönlichen Ebene, die primär bei den Pflegenden ansetzen sollte untersucht werden.

Literaturrecherche

Eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, PubMed, Clinahl, Gerolit, Social Services Abstracts, Psynindex, Solis, Carelit sowie Google-Suchmaschine im Oktober 2007 hat ergeben, dass das Thema auf subjektiver Ebene einem hypotrophen Entwicklungsstand unterliegt. Die Reichweite der

Aussagen der gesichteten quantitativen Studien liegen bei Wahrnehmungen, Attributions-Dimensionen und Einstellungen Pflegender gegenüber Personen mit demenziellen Veränderungen, die sich herausfordernd verhalten sowie Erfahrungen von Pflegenden mit Überforderungssituationen und ihre Reaktionen bei der Pflege von Patienten im fortgeschrittenen Stadium. Die Ergebnisse sind mit Hilfe standardisierter Fragebögen oder Assessments erfasst worden, wodurch jeweils nur bestimmte Ausschnitte fokussiert werden. Keine der zitierten Studien ergibt dezidierte Erkenntnisse zum Erleben Pflegender und ihrer Strategien.

Die Rolle der Pflege und die Beteiligung der zu Pflegenden am untersuchten Phänomen werden zwar betont, es werden keine Antworten gegeben, „wie“ ein demenziell veränderter Patient, der sich herausfordernd verhält, verständigungsorientiert erreicht werden kann.

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen kann das subjektive Erleben Pflegender und die damit verbundenen Strategien nur als individuelles und prozesshaftes Geschehen verstanden werden, was mit den Mitteln standardisierter Verfahren nicht ausreichend beschrieben werden kann.

Erklärungs- und Entstehungszusammenhänge

Herausfordernde Verhaltensweisen resultieren aus einem komplexen Bedingungsgefüge, bestehend aus internalen und externalen Ursachen und können nicht nur als ursächliche Folge eines demenziellen Prozesses angesehen werden. Das Phänomen steht in einem engen Zusammenhang mit emotionalen, sozialen oder körperlichen Problemlagen der Betroffenen, die sie nicht mehr autonom bewältigen, bzw. nicht einmal kommunizieren können, ferner mit Umgebungseinflüssen zur Durchsetzung von Pflegeerfolgen sowie unzureichenden Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung.

Besonders dem Phänomen „Aggressivität“, als eine typische Abwehrreaktion von Emotionen des Ausgeliefertseins und der Angst, im Rahmen der kognitiven Überforderung, liegen oft mangelnde interaktive Fähigkeiten der Pflegenden zugrunde [5, 6, 7, 8] . Um das Phänomen zu minimieren bzw. nicht erst entstehen zu lassen, ist eine frühzeitige Problemerkennung sowie ein verständigungsorientierter Umgang mit den Betroffenen eminent.

Forschungsfragen und -ziele

Um subjektive Erfahrungen Pflegender, im Kontext von herausforderndem Verhalten, bei Personen mit demenziellen Veränderungen analysieren zu können, stehen folgende Forschungsfragen, mit explorativem Charakter, im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses:

- Wie erleben Pflegende in stationären Pflegeinstitutionen herausforderndes Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen?
- Welche Strategien wenden sie an, um mit herausforderndem Verhalten umzugehen?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Erleben und den Strategien, die Pflegende auswählen?

Um die Forschungsfragen umfassend beantworten zu können, ist aufgrund der noch geringen Informationslage ein offenes Herangehen unabdingbar. Es ermöglicht auf einem induktiven Weg, die Perspektive der Pflegenden, ihre Wirklichkeit mit dem Phänomen herauszufinden, nachzuvollziehen und zu verstehen [9].

Methodik

Die Daten für die qualitative Untersuchung werden mit dem problemzentrierten Interview nach Witzel (1985) erhoben. Diese Form des Interviews zeichnet sich durch eine Kombination von Induktion und Deduktion aus, mit der Chance zur Modifikation theoretischer Konzepte.

Mit dem Kurzfragebogen wurde die soziale Situation (z.B. Berufserfahrung, (geronto-)psychiatrische Weiterbildung, Geschlecht) der Befragten erfasst. Dadurch wird umgangen, dass durch exmanente Fragen ein Frage-Antwort-Schema aufgebaut wird, das die Problementwicklung aus der Sicht des Befragten stört [2]. Durch die Aufnahme, z.B. der Frage *„Wie oft hatten Sie in den vergangenen Wochen Kontakt zu Heimbewohnern/Patienten die herausforderndes Verhalten zeigen?“* wird ein günstiger Gesprächseinstieg ermöglicht. Die Frage fördert eine erste Beschäftigung mit dem Thema, bestimmte Gedächtnisinhalte werden dabei aktiviert und erfahren eine Zentrierung auf das zu untersuchende Problemgebiet. Des Weiteren sollen die Teilnehmer darüber befragt werden, ob sie fachliche Kenntnisse über das Phänomen in der Aus-

und Fachweiterbildung erworben haben. Die Frage „*Welche Strategien/Lösungen haben Sie, wenn Sie mit dem Verhalten konfrontiert werden?*“ schließt sich an.

Die Daten werden benötigt, um das Sample zu beschreiben und zu gewährleisten, dass die zu befragten Pflegenden über Erfahrungen zum Phänomen verfügen, die das Datenmaterial auffüllen sollen.

Stichprobe

Es wurden die Bereiche Heimpflege, Psychiatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie und geriatrische Rehabilitation gewählt, da in diesen Tätigkeitsbereichen lange intensive Pflegebeziehungen bestehen und die Pflegenden Kontakt mit demenziell veränderten Patienten bzw. Heimbewohner haben. Bei den 12 interviewten männlichen und weiblichen Pflegenden handelt es sich um Experten, die Erfahrungswissen im Verlauf ihres Berufes erworben haben und andererseits auf spezifische Kompetenzen durch eine (geronto-)psychiatrische Weiterbildung mit einem 720 Stundenumfang zurückgreifen können.

Ergebnisse

Auch wenn Pflegende in der (Geronto-)psychiatrie mehr von herausforderndem Verhalten verstehen als Pflegende in anderen Bereichen, weisen sie dennoch deutliche Wissensdefizite auf. 50% der Befragten haben in ihrer Grundausbildung nichts zu diesem Thema erfahren. Auch Kenntnisse über die Demenz, z.B. Zeichen und Symptome eines demenziellen Prozesses erwiesen sich als unzureichend. In der Weiterbildung sind es 25% der Pflegenden, die das Thema ausreichend bearbeitet haben. Der überwiegende Teil, 67% der Befragten, kann auf mittleres Wissen zum Phänomen zurückgreifen, hat aber noch erhebliche Defizite. Kein bzw. geringfügiges Wissen haben 8% der Befragten.

Auswertung der problemzentrierten Interviews

Die aufgezeichneten Interviews wurden nach den Transkriptionsregeln von Kallmeyer und Schütze [10] und der Erfassung der paralinguistischer Bestandteile der Kommunikation transkribiert. Alle im Forschungsprozess entstandenen zusätzlichen Daten, wie z.B. Tagebuchaufzeichnungen, Postskriptum, flossen mit in die Datenanalyse ein. 120 Seiten Transkriptionstext sind mit der

Methode der qualitativen Inhaltsanalyse, mit der Typisierenden Strukturierung ausgewertet worden [3].

Ergebnisse

Erleben der Pflegenden Pflegeexperten mit langjähriger Berufserfahrung können ihre Professionalität in einem spezifischen Fachbereich sichtbar machen, indem sie ihr Erleben zum belastenden Phänomen „herausforderndes Verhalten“ beschreiben und zum Teil mit Begriffen belegen. Der tatsächliche Ausdruck von Gefühlen, Aussagen, Gedanken, Einschätzungen und Interpretationen erlaubt ein sehr authentisches Bild, wie es sich derzeit aus der psychiatrischen Altenpflege zeigt. Pflegende beider Geschlechter aus allen fünf Settings reagieren emotional, wenn sie mit physischen (Schlagen) und verbalen Aggressionen (lautes Schreien und Rufen), Ablehnungen von Pflegemaßnahmen sowie mit verzweifelte Adaptationen an eine unverständliche Heim- bzw. Klinikumwelt (z.B. Stuhl- und Urinausscheidung am ungeeigneten Ort) von chronisch verwirrten Menschen konfrontiert werden.

Der emotionale Stress, den Pflegende erleben, ist gekennzeichnet von Hilflosigkeit, Überforderung, Ärger, Unzufriedenheit, weniger von Neutralität und wird als psychische und physische Bedrohung empfunden. Pflegende erleben das Phänomen des Weiteren als „Bedürfniskonflikt“.

Emotionsfokussierte Strategien

Time-out, Personenwechsel, Austausch im Team, Ablenkung und beschützende Machtmethode kommen vorwiegend zur Anwendung, wenn Pflegende bereits an ihre persönlichen Grenzen gestoßen sind. Diese Strategieformen ändern nur kurzfristig das Problemverhalten der Patienten oder modifizieren es. Beschützende Machtmethode wenden die Hälfte der interviewten Pflegenden an, weil ihnen keine Möglichkeiten zur Verfügung stehen, demenziell veränderte Patienten interaktiv zu erreichen, die herausfordernden Verhaltensweisen bereits chronifiziert sind oder wenn von vorn herein richterliche Beschlüsse der Handlung, z.B. der Fixierung, ein Legitimationsrecht einräumen.

Problemfokussierte Strategien

Pflegende mit personenzentrierter Haltung haben internalisiert, herausfordernde Verhaltensweisen, z.B. Beschimpfungen von Patienten nicht persönlich zu nehmen und gelassen darauf zu reagieren. Sie vermeiden intellektuelle oder vernünftig erscheinende Auseinandersetzungen mit dem Patienten, weil sie aus Erfahrung wissen, dass diese Umgangsweise zu weiteren Eskalationen führen kann.

Jeder Vierte der interviewten Pflegenden geht es darum, eine suchende Haltung einzunehmen, um das Bedürfnis, welches hinter dem auffälligen Verhalten liegen könnte, herauszufinden und andererseits zu verstehen, was der betreffende Mensch durch sein Verhalten über sich mitteilen möchte. Der notwendige Blick in die Biografie hilft den Pflegenden herauszufinden, welche Möglichkeiten der herausfordernde Patient hat, welche Kompetenzen schon mal da waren, verschüttet gegangen sind und jetzt wieder genutzt werden könnten. Diese Sichtweise erleichtert zu verstehen, warum sich der Betroffene in bestimmten Situationen herausfordernd verhält. Verstehen können und sich verstanden fühlen ermöglichen, eine personenzentrierte Umgangsweise zu entwickeln, die für alle Beteiligten zufrieden stellend ist und das Problemverhalten minimiert bzw. im Sinne des operanten Konditionieren sogar löscht.

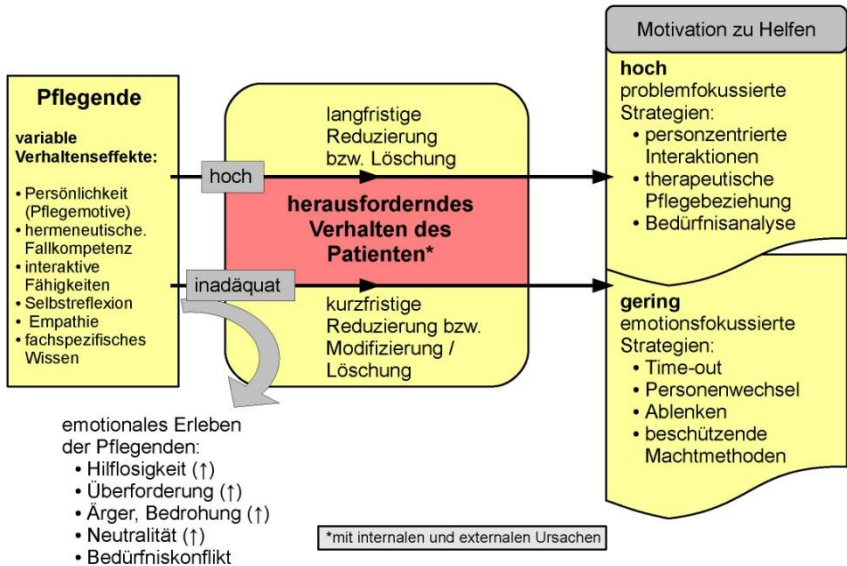
Relation zwischen Erleben und Strategien

Aus dem Zusammenspiel von Emotionen und den Strategien der 12 interviewten Pflegenden sowie dem theoretischen Bezugsrahmen der Emotionstheorie von Weiner (1986), lässt sich ein Modell zur Vorhersage des interaktiven Verhaltens von Pflegenden zum reaktiven Umgang mit dem Phänomen generieren (Abbildung 1).

Haben Pflegende über das Verhalten eines demenziell veränderten Patienten keine Kontrolle, so erleben sie das Verhalten als emotionalen Stress, der gekennzeichnet ist von Hilflosigkeit, Überforderung, Ärger, Unzufriedenheit, Bedrohung, Neutralität und zeigt sich als Bedürfniskonflikt. Je größer der emotionale Stress empfunden wird, desto geringer ist die Motivation zu helfen. Wird eine problematische Situation durch psychosoziale Kompetenzen, wie z.B. Empathie, Selbstreflexionsfähigkeit, in Verbindung mit hermeneutischer Fallkompetenz, in der Kontrolle gehalten, kann davon ausgegangen werden,

dass eine hohe Motivation Pflegende in die Lage versetzen, in problematischen Situationen ad-hoc dem alten Menschen, mit personenzentrierten Interaktionen, therapeutische Pflegebeziehung und Bedürfnisanalyse zu helfen.

Abbildung 1: Modell des Interaktiven Verhaltens Pflegenden



Diskussion

Die interviewten Pflegenden der vorliegenden Studie sind nicht wirklich hilflos, sie wissen sich auch in herausfordernden Situationen zu helfen, um ihre Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Pflegende kennen beschützende Machtmethode und die Hälfte aller interviewten Pflegenden setzen diese strategisch bei herausfordernden Patienten ein. Durch die empirische Untersuchung, aus der Perspektive von Pflegenden konnte aufgezeigt werden, dass Pflegende ihre Macht teilweise als solche bewusst erkennen, ihre Machtausübung aber weitgehend eine unbewusste ist. Die Ursache für diese „subjektlose Strategie“ liegt in dem emotionalen Stress selbst: Macht ist in der Pflege ideologisch negativ besetzt und die Strukturen der Pflege können zum Teil nur deshalb aufrecht erhalten werden, weil Macht für die Pflege ausgeblendet bzw. durch richterliche Beschlüsse [11] legitimiert wird.

Die interviewten Pflegeexperten äußern sich nicht explizit darüber, dass jede Verhaltensweise des herausfordernden Patienten fremdgefährdetes Potenzial beinhaltet und die Gesundheit und Sicherheit von Pflegenden und Mitpatienten beeinträchtigen. Sie stellen nachdrücklich heraus, dass bedrohliches, aggressives Verhalten der Patienten aus inadäquaten Interaktionen von Pflegenden, z.B. logisches Argumentieren, Reorientieren, Anwendung beschützender Machtmethoden (besonders Fixierung, Detraktionen) oder das Hineinbringen von problematischen Persönlichkeitsmerkmalen in die Pflegebeziehung, verursacht werden und Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten auslösen kann. Die Analyse des Datenmaterials lässt eine Beziehung zwischen der Bildung der Pflegenden und dem Auftreten von herausforderndem Verhalten vermuten.

Schlussfolgerungen

Als ein differenziertes Risikoprofil ist es unerlässlich, die interaktive Ebene in die Identifikation von Mängeln bei der Entstehung des Phänomens mit einzu beziehen. Die an der Untersuchung beteiligten Pflegenden bestätigen, dass der Umgang mit einem herausforderndem Patienten personenzentriert gestaltet und vorwiegend nonverbale Elemente (Zeichen) für eine Verständigungsorientierung beinhalten sollte. Aufgrund der Ergebnisse lassen sich Anforderungen an die Pflegebildung ableiten. Eine Sensibilisierung mit dem Phänomen sollte in der Erstausbildung erfolgen. Als weitere Maßnahme ist eine verpflichtende Weiterbildung in (geronto)psychiatrischer Pflege zum adäquaten Umgang mit demenziell veränderten Personen obligatorisch. Innerhalb der Weiterbildung sollte themenzentral die Kompetenzbildung von Pflegenden auf der Wissens-, Wahrnehmungs- und Verhaltensebene Beachtung finden.

Literatur

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C et al (2006) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen in der stationären Altenhilfe. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit
2. Witzel A (1985) Das problemzentrierte Interview, In: Jüttemann G (Hrsg) Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim: Beltz, S 227-255
3. Mayring P (2003) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim: Beltz

4. Höwler E (2007) Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz und Konsequenzen für Interventionskonzepte, unveröffentlichte Hausarbeit im Masterstudiengang "Pflegerwissenschaft" (MSc.) an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
5. Pillemer K, Suitor J (1992) Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Gerontol Soc Sci* 47(4):165-172
6. Mühl H (2000) Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik, Stuttgart: Kohlhammer
7. Theunissen G (2001) Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen, Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhard
8. Höwler E (2007) Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
9. Flick U (1996) Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, Reinbek: Rowohlt
10. Kallmeyer W, Schütze F (1976) Konversationsanalyse, *Studium Linguistik* 1, Weinheim: Beltz
11. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2007) Rechtliche Betreuung, § 1896ff, München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien während einer tagesklinischen Behandlung

Gamal Abedi, Markus Schwarz, Rita Schwahn, Maike Pellarin, Jochen Germann

Philosophie von Hausbesuchen

Die Praxis von Hausbesuchen innerhalb der psychiatrischen Versorgung lässt sich früh belegen. So wurde sie 1884 im rasch expandierenden, industrialisierten Berlin des 19. Jahrhunderts als Familienpflege etabliert. Quasi als Vorläufer der heutigen sozialpsychiatrischen Arbeit wurde nach dem 1. Weltkrieg die sog. `offene Irrenfürsorge` als aufsuchende psychiatrische Hilfe konzipiert. Gustav Kolb (1870 bis 1938) führte dann die psychiatrische Familienpflege ein und baute in Erlangen ein System der offenen, gemeindenahen psychiatrischen `Fürsorge` auf [3]. Dazu gehörte die berufliche und soziale Wiedereingliederung der aus den Anstalten entlassenen Patienten mittels aufsuchender Hilfen. Kolb formulierte als Anforderung an einen psychiatrischen Hausbesuch u.a., dass (1.) sichergestellt sein sollte, dass sie nicht dem Ruf und Zustand des Patienten schaden, (2.) der „Hausbesucher“ bereit sein sollte, in kleinen Schritten behutsam vorzugehen und (3.) er als Arzt und Berater, nicht aber als Beamter bzw. Kontrolleur, auftreten sollte. Dies illustriert das Spannungsfeld zwischen wertschätzend-fördernder Arbeit im Lebensumfeld der Betroffenen und kustodialelem Schutz, zeigt aber auch den Interventionsbedarf bei einer Gefährdung des Wohls der Klienten. Auch in der Marlborough-Familien-Tagesklinik in London, die als ein bedeutsames Modell für weitere ambulante und teilstationäre Entwicklungen dient, werden die Familien eng durch Hospitationen und eben auch Hausbesuche in die Behandlung einbezogen [1]. Die Kinder und Jugendlichen sollten so in ihrem sozialen Umfeld integriert bleiben. Eine aufsuchende, multisystemische Therapie hat sich insbesondere für die Behandlung von Familien mit kumulierten psychosozialen Risiken als effektiv, wenn auch ressourcenaufwendig erwiesen [6]. In einem `continuum of care`, d.h. mit ambulanten, teil- und vollstationären Behandlungsangeboten, können Hausbesuche ferner die poststationäre Behandlung effektiv unterstützen,

stationäre Wiederaufnahmen bzw. stationäre Kriseninterventionen vermeiden und dadurch möglichen regressiven bzw. Hospitalisierungstendenzen entgegenwirken [2, 9]. Aufsuchende Hilfen beziehen sich dabei auf den Lebensschwerpunkt des Kindes bzw. Jugendlichen, d.h. auf die Familie (ggf. auch unter Einbeziehung des Haushalts eines getrennt lebenden Elternteils) bzw. eine teil- oder vollstationäre Jugendhilfeeinrichtung [8]. Im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich sind regelmäßige Hausbesuche etabliert, so im Bereich von Praxen, sozialpädiatrischen Zentren, Fachtherapiepraxen, sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungs- (auch Suchtberatungs)stellen und Institutsambulanzen. Im teil- oder vollstationären Bereich sind sie aber eher noch die Ausnahme als die Regel. In (Familien-)Tageskliniken sind sie hingegen meist etabliert.

Bindung, Ressourcen, Verantwortung

Hausbesuche sind in jedem Fall eine Herausforderung. Auf den Schutz, die Orientierung und auch eindeutige Rollenzuweisung der (Tages)klinik zu verzichten, bedeutet gerade auch für noch wenig Praxis erfahrene MitarbeiterInnen eine nicht zu unterschätzende Entwicklungsaufgabe, zumal der Ablauf von Hausbesuchen oft schwer plan- bzw. vorhersehbar ist. Bereits in der Ambulanz thematisiert der Casemanager inhaltlich den Hausbesuch mit der Familie. Als Grundhaltung gilt, dass die Familie die Bezugsperson einlädt. *Die Familie ist der Gastgeber und die Bezugsperson der Gast.* Der Hausbesuch ist selbstverständlich freiwillig. Er findet in der Regel innerhalb der ersten drei Behandlungswochen statt, da er ein wichtiges Instrument für die weitere Behandlungsplanung darstellt. Die Hausbesuche finden in der Regel nachmittags statt. Beide Elternteile und möglichst auch die Geschwister sind anwesend. Der Bezugsbetreuer fährt in der Regel am späten Nachmittag mit dem Kind bzw. Jugendlichen nach Hause. Die Bezugsperson erhebt dann anhand von Fragechecklisten und eigenen individuellen Beobachtungen während des Hausbesuchs eine Erziehungsanamnese. Dies erfolgt ressourcenorientiert zu den Themen: Beschäftigung, Sprechen, Kontaktgestaltung, Integration in die Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, Eigenmotivation, Wissen, Neugierde, Lerntechniken, Hausaufgaben, Freizeitinteressen, psychosexuelle Entwicklung, Rollen als Junge oder Mädchen, Atmung, Schlafen, Sauberkeitsentwicklung,

Bewegung. Die Bezugsperson lernt darüber hinaus die Wohnverhältnisse und das konkrete Lebensumfeld des Kindes bzw. Jugendlichen kennen. Der Hausbesuch dauert in der Regel anderthalb bis zwei Stunden. In der folgenden Intervention in der Tagesklinik wird der Hausbesuch ausgewertet, die persönlichen Eindrücke besprochen und mögliche Konsequenzen für die Behandlungsplanung bzw. -ziele gemeinsam im therapeutischen Team gezogen [4, 5].

Bindung, Ressourcen und Verantwortung sind die Grundprinzipien des entwicklungsorientierten Rotenburger Behandlungskonzept von *Bernhard Prankel* [7]. *Bindung* ist eine wesentliche Grundlage auch der tagesklinischen Behandlung. Hausbesuche innerhalb der Tagesklinik fördern die Entwicklung sicherer Bindungen und bieten zahlreiche Entwicklungschancen sowohl für das therapeutische Team als auch für die Familie. Das therapeutische Team erlebt die Familie authentischer und gewinnt so rascher Verständnis für die Lebens- und Wohnsituation der Familie und Einblicke in die Familiendynamik. Die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes erleben die Eltern häufig wesentlich unbefangener und im Kontakt offener als auf der Station. Umgekehrt würden die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes die Familie authentisch erleben („wir sehen vieles, was sonst nur berichtet wird“), die Symptomatik `live` erleben („wir wissen dann, worüber berichtet wird“) und auch Symptomatiken erfassen, die primär innerhalb der Familie, weniger oder nicht innerhalb der Tagesklinik erkennbar seien („wir lernen Neues“). Dadurch verstärken sich wiederum therapeutische Bindungen und es wächst ein unmittelbares Verständnis für die *Ressourcen*, aber auch Herausforderungen innerhalb der Familie. Kind, Jugendlicher bzw. Eltern und TherapeutenInnen übernehmen so aktiv *Verantwortung* für den Behandlungserfolg und engagieren sich gemeinsam in der Behandlung.

Fazit für die Praxis

In unserer Praxis der letzten drei Jahre sind nur in wenigen Einzelfällen Hausbesuche *nicht* zu Stande gekommen. Unsere Erfahrungen mit Hausbesuchen sind insgesamt durchweg positiv: sie lassen uns über den `Tellerrand` des Lebensumfeldes der Tagesklinik schauen und eröffnen häufig ungeahnte diagnostische und therapeutische Perspektiven. Die therapeutischen Chancen von Hausbesuchen wiegen den nicht unerheblichen personellen und zeitlich-

logistischen Aufwand nach unserer einhelligen Ansicht bei weitem auf. Hausbesuche könnten sich daher zu einem Goldstandard einer familienorientierten tagesklinischen Arbeit entwickeln.

Literatur

1. Asen E (1992) Die Familien-Tagesklinik: Systemische Therapie mit Multi-Problem-Familien. Mitglieder-Rundbrief II/1992 des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland e.V. 42-60.
2. Bickmann L, Foster M, Lambert W (1996) Who gets hospitalized in a continuum of care? Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 35, 74-80.
3. Böcker F (1985) Psychiatrische Familienpflege und offene Irrenfürsorge: Sozialpsychiatrische Konzepte bei Gustav Kolb und heute. In: Lengershausen E, Baer R (Hrsg) Psychiatrie in Erlangen, Erlangen: Perimed
4. Gehrman J, Boida E, Fies U, Wolf J, Pellarin M (2007) Tagesklinische Behandlung nach dem Rotenburger Entwicklungsmodell: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen, Kongressband XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Aachen, S 232
5. Gehrman J, Abedi G, Schwarz M, Wolf JW, Boida E, Rellum T, Fies U, Schwahn R, Pellarin M (2008) Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 18(1):60-77
6. Henggeler S, Rowland M, Randal J, Ward D, Pickrel S, Cunningham P, Miller S, Edwards J, Zealberg J, Hand L, Santos A (1999) Homebased multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry 38:1331-1339
7. Prankel B (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. Familiendynamik 30:145-183
8. Swenson C, Henggeler S (2005) Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. Familiendynamik 30(2):128 – 144
9. Winsberg B, Bialer I, Kupietz S., Botti E, Balka E (1980) Home vs. hospital care of children with behaviour disorders. Archives General Psychiatry 37:413-418.

„Heimspiele“: Hausbesuch und Elternhospitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Alexandra Schäfer, Bernhard Prankel, Thomas Lange, Bärbel Durmann, Ursula Hamann

Abstract

Einleitung: Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Diakoniekrankenhauses Rotenburg (Wümme) arbeitet nach einem entwicklungsorientierten Behandlungskonzept: (a) Bildung und der Ausbau strukturierter Ressourcen, (b) Förderung einer sicheren Bindungsfähigkeit, (c) Unterstützung bei der Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung. Im Rahmen des Rotenburger Entwicklungsmodells werden (1) Die Entwicklungsrisiken gezielt aus der Anamnese erhoben, (2) Die Ressourcen systematisch beobachtet sowie (3) eine Reifungsdynamik mit entsprechenden Therapiezielen abgeleitet.

Problemstellung und Ziel: Der Behandlungserfolg ist abhängig von (a) der Abstimmung der Ressourcen (Erziehungsfähigkeit der Angehörigen, pädagogische und therapeutische Intervention der professionellen Helfer), (b) einer produktiven Konsensbildung über die Behandlungsziele und -mittel (pädagogisch-therapeutische Bindung) sowie einer Aufteilung der Aufgaben nach Verantwortlichkeit. Es ist daher hilfreich, wenn die Professionellen das familiäre System besser kennen lernen.

Methoden und Material: Wird ein Kind stationär aufgenommen, dann sollen sich die Eltern in der Klinik als Experten für ihr Kind wahrgenommen fühlen und sich nicht nur als Gäste empfinden. Mit Hausbesuchen und dem Angebot an die Eltern, die Klinik zu einem Hospitationstag zu besuchen, leisten die BezugsbetreuerInnen und TherapeutInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes hierzu einen wichtigen Beitrag. Hausbesuche wie auch Hospitationen werden gemeinsam mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten vorbereitet. Während des *Hausbesuches* wird gemeinsam mit der Familie und mit respektvollem Blick auf die schon vorhandenen Ressourcen eine vorstrukturierte Pflege- und Erziehungsanamnese über den häuslichen Alltag und das familiäre Zusammen-

leben erarbeitet. Zur *Hospitation* kommen Eltern zunächst meist nur einen Tag lang, bei Bedarf aber auch häufiger und länger (z.B. über Nacht). Auch hier werden zu Beginn die Ziele (z.B. auch Anleitung in der Interaktion mit dem Kind) sowie die Ausgestaltung des Elternbesuchs (Woran beteiligen wir uns als Eltern? Wann können wir Auszeiten für Pausen oder Rücksprachen nehmen?) erarbeitet. Abschließend wird die Hospitation ausführlich reflektiert.

Ergebnisse: Hausbesuch und Hospitation fördern zwischen Eltern und Bezugsbetreuern die *Bindung* durch einen offenen Informationsaustausch und die gegenseitige Vermittlung von Handlungskompetenzen. Die *Ressourcen* des Kindes und der Familie werden gemeinsam erarbeitet, so dass auch die Einigung über die Erziehungs- und Therapieziele auf der Hand liegt. Durch diese gemeinsame Wegstrecke werden auch die jeweiligen *Verantwortlichkeiten* gestärkt – schließlich soll ja auch das (poststationäre) Heimspiel gewonnen werden!

Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit in der stationären Adoleszentenpsychiatrie

Christoph Abderhalden, Manuela Grieser, Gianni Zarotti, Philipp Lehmann

Hintergrund

Das hier vorgestellte Projekt hat zwei Ausgangspunkte. Die therapeutischen und sozialpädagogisch-pflegerischen MitarbeiterInnen der Adoleszentenstationen der Universitätsklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie Bern haben das Bedürfnis, systematische Informationen über das Behandlungserleben ihrer stationären PatientInnen zu erhalten. Daneben hat die Direktion der Klinik den Wunsch, ein Instrument für eine zukünftige institutionalisierte Evaluation der Zufriedenheit von jugendlichen Patienten und Eltern zu testen. Das Anliegen der pädagogisch-pflegerischen und der ärztlich-therapeutischen Leitung ist dabei, möglichst vielfältige Aspekte des Behandlungserlebens und der Zufriedenheit zu erfassen. Sie möchte auch institutionsspezifische therapeutische und pädagogisch-pflegerische Angebote beurteilen lassen und neben der Patientenmeinung auch das Elternurteil in Erfahrung bringen.

Die Erfassung und die Berücksichtigung der Nutzerperspektive im Gesundheitswesen haben in den letzten Jahrzehnten stark an Bedeutung gewonnen. Sie bezieht sich inzwischen nicht mehr nur auf den Einbezug von PatientInnen in Entscheidungen über ihre individuelle Therapie und Pflege, sondern auch auf die Evaluation, und zunehmend auch auf die Versorgungsplanung, Curriculumsentwicklung, Forschung etc..

Es gibt verschiedene Faktoren und unterschiedliche Interessen, die zu dieser Entwicklung beitragen. Die professionelle und inzwischen auch gesetzliche Forderung nach systematischem Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ist aber derzeit wohl der stärkste Faktor, der das Interesse an der Nutzerperspektive fördert. In allen modernen Qualitätssicherungskonzepten spielt die Nutzerperspektive eine zentrale Rolle (z.B. EFQM, ISO, etc.). Für bestimmte Aspekte der Versorgungsqualität wird den PatientInnen die ultimative Definitionshoheit zugesprochen (z.B. von Donabedian [5,6], die unabhängig von oder im Widerspruch zu den Kriterien der professionellen Akteure sein kann.

Gemäss der DIN ISO-Norm 9004 für Dienstleistungen ist „*die Beurteilung durch den Kunden (...) das endgültige Mass für die Qualität einer Dienstleistung*“ [1].

Vor diesem Hintergrund werden auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vermehrt evaluative und/oder auf die Optimierung der Behandlungsqualität abzielende Untersuchungen durchgeführt. Dazu gehören auch Patientenbefragungen.

Eine im Hinblick auf diese Studie durchgeführte ausführliche Literatursuche ergab, dass es international gesehen zwar einige evaluative kinder- und jugendpsychiatrische Studien gibt, in denen die Nutzerperspektive mit erfasst wird. In den meisten dieser Studien werden allerdings lediglich Einzelaspekte erhoben, zum Beispiel die Zielerreichung, die globale Zufriedenheit, oder es wird nur die Perspektive der jugendlichen Patienten oder nur die Perspektive der Eltern berücksichtigt. Es werden viele verschiedene Instrumente eingesetzt. Es gibt nur wenige Instrumente zur Erhebung des Behandlungserlebens, die gut getestet und/oder mehrmals eingesetzt wurden. Dieser Befund trifft ausgeprägt auch auf den deutschen Sprachraum zu [10].

Viel versprechend erschien uns der aus der Zusammenarbeit mehrerer kinder- und jugendpsychiatrischer Zentren in Deutschland entstandene „BesT-KJ: Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ [7-11]¹. Er wurde in enger Zusammenarbeit mit Praktikern entwickelt, und es gibt Parallelversionen für Kinder, Jugendliche und Eltern (BesT-KJ-J [Jugendliche], BesT-KJ-E [Eltern], BesT-KJ [Kinder]). Er deckt verschiedene Aspekte der Behandlungszufriedenheit ab, die in faktorenanalytisch ermittelten Subskalen zusammengefasst sind.

Bei der Beurteilung dieses neuen Instruments muss allerdings folgendes beachtet werden:

- Das Instrument ist bisher in der Schweiz nicht eingesetzt worden und es stellt sich die Frage nach der Anwendbarkeit in der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Die Auswahl der Qualitätsaspekte erfolgte durch ExpertInnen. Bisher wurde nicht systematisch erhoben, inwieweit diese Aspekte das umfassen,

¹ Das Instrument hieß ursprünglich „*Fragebogen zur Patientenzufriedenheit und Angehörigenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie FP-KJ*“

was für Jugendliche und ihre Eltern beim Behandlungserleben und bei der Beurteilung der Behandlungsqualität im Vordergrund steht.

- In bisherigen Erhebungen wurde das Instrument zum Entlassungszeitpunkt eingesetzt. Es ist bisher nicht bekannt, ob die zum Entlassungszeitpunkt erhobene Zufriedenheit stabil ist oder inwiefern sie sich mit einiger zeitlicher Distanz verändert.
- Das Instrument wurde bisher als schriftlicher Fragebogen eingesetzt. Es gibt bisher keine Erfahrungen, ob sich die Antworten unterscheiden, wenn es im Rahmen eines Interviews eingesetzt wird.
- Eine Durchsicht des Instruments im Hinblick auf eine Anwendung in den UPD Bern ergab, dass einige in dieser Institution als wichtig angesehene Aspekte zu wenig oder zu wenig differenziert abgedeckt sind, zum Beispiel die Zusammenarbeit mit der sozialpädagogisch-pflegerischen Bezugsperson, Elternabende, die Lagerwoche etc.

Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige Studien, die das Erfassen des subjektiven Erlebens kinder- und jugendpsychiatrischer PatientInnen zum Ziel haben und auch qualitative Forschungsansätze anwenden [4-6], um die Aspekte der PatientenInnenzufriedenheit, Behandlungserleben/-erfolg und Stigmatisierungserleben zu beleuchten.

Anliegen

Das Hauptanliegen unserer Studie war das Ermitteln der Zufriedenheit der jugendlichen PatientInnen und ihrer Eltern mit ihrer stationären psychiatrischen Behandlung sowie ihrer Einschätzung des Behandlungserfolgs. Dazu wird primär der *„BesT-KJ: Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“* (Versionen für Jugendliche und Eltern²) eingesetzt, ergänzt mit institutionsspezifischen Fragen.

Gleichzeitig wollten wir mit dieser Untersuchung allgemeine Fragen zur Patientenzufriedenheit, Fragen zum Instrument und erhebungsmethodische Fragen untersuchen: Veränderungen der Patientenzufriedenheit nach der Entlassung?, Unterschiede in der Zufriedenheit nach Merkmalen der Befragten?, Unterschiede, wenn die Befragung im Rahmen eines Interviews der schriftlich durchgeführt wird?. Wir wollten außerdem in Erfahrung bringen, ob

² In diesem Artikel berichten wir lediglich über die Befragung der Jugendlichen

die Fragen diejenigen Aspekte abdecken, die von den PatientInnen in einem Interview mit offenen Fragen als wichtig genannt werden.

Bei unserer Studie handelt es sich um die erste Anwendung des BesT-KJ in der Schweiz, und die erste Untersuchung des BesT-KJ mit zwei Erhebungszeitpunkten.

Methode

Bei der Studie handelt es sich um eine prospektive Kohortenstudie (Follow-up Studie) mit zwei Befragungszeitpunkten.

Die für die Beteiligung an der Studie angefragte Stichprobe besteht aus 6 konsekutiv entlassenen PatientInnen der Adoleszentenstationen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Bern, welche die folgenden Einschlusskriterien erfüllen: Alter 12 - 19 Jahre; stationäre Behandlung ≥ 5 Tage; beherrschen der deutschen Sprache, informierte Zustimmung zur Teilnahme. Die austretenden Patienten haben wir in der Reihenfolge ihres Austritts zufällig einer von zwei Gruppen (A oder B) zugeteilt.

Datensammlung, Instrumente

Die Datensammlung erfolgt bei den zwei Gruppen A und B in unterschiedlicher Form, bei Gruppe A in zwei teilstrukturierten Interviews, zunächst mit offenen Fragen nach einem Interviewleitfaden, anschließend strukturiert mit einem Fragebogen, bei Gruppe B mit zwei schriftlichen Befragungen.

Die erste Befragung erfolgt in den letzten drei Tagen der Hospitalisation in der Klinik (T1), die zweite Befragung 6 Wochen nach der Entlassung (T2) an einem mit den PatientInnen vereinbarten Treffpunkt, bzw. auf dem Postweg. Die Befragung wurde von zwei nicht in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik beschäftigten psychiatrischen Pflegefachpersonen durchgeführt.

Instrumente

Demographische und klinische Daten entnahmen wir der Patientendokumentation. Für die Interviews verwendeten wir einen Leitfaden mit offenen Fragen (Eingangsfrage: *Du warst ja nun längere Zeit hier auf Station, wenn Du so an die Zeit zurückdenkst, wie war das für Dich?*)

Das Behandlungserleben bzw. die Behandlungszufriedenheit haben wir mit dem in Deutschland entwickelten Instrument „*Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie BesT-KJ-J*“ (Jugendliche) [12] erhoben, den wir mit Fragen zu spezifischen Elementen der Behandlung in den Studienstationen und zum Behandlungserfolg ergänzt haben. Der BesT-KJ-J besteht aus 32 likert-skalierten Items, welche die Beurteilung von 5 Dimensionen der stationären Behandlung repräsentieren: Individualisierte Behandlung (ib), Globale Zufriedenheit (gz), Hotel/Wohlfühle (hw), Distanz von zuhause (d, Akzeptanz als Individuum (ai). In ergänzenden 22 Items zum BesT-KJ-J haben wir die Beurteilung verschiedener Elemente des spezifischen Angebots der Stationen erfragt: Sozialpädagogische/pflegerische Bezugspersonen, Angebote, Stationsleben (Kochen; Tagesablauf; Freizeitgestaltung; Einführung auf der Station; Stationsregeln), Schule, Zwang.

Auswertung

Zur Erleichterung der Interpretation haben wir die Zufriedenheitswerte aufgrund ihrer Verteilung in unserer Studie nach Quartilen in vier Kategorien eingeteilt. Die Kategorien drücken aus, zu welcher relativen Gruppe der entsprechende Wert gehört: $\leq$ erstes (unterstes) Quartil: *geringe Zufriedenheit*; $> 1.$ und $<$ Median: *eher geringe Zufriedenheit*; $>$ Median und $< 3.$ Quartil: *eher hohe Zufriedenheit*; $\geq 3.$ (höchstes) Quartil: *hohe Zufriedenheit*.

In explorativem Sinn haben wir einige Zusammenhänge der Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg und mit PatientInnenmerkmalen (Geschlecht, Diagnosen, etc.) untersucht.

Die Antworten auf die offenen Fragen wurden kategorisiert und mit den Fragebogenthemen in Beziehung gesetzt.

Ergebnisse

Von den 177 im Untersuchungszeitraum ausgetretenen Jugendlichen erfüllten 103 die Einschlusskriterien und waren grundsätzlich für die Studie rekrutierbar. Von diesen gaben 35 Jugendliche (34%) ihre explizite Zustimmung zur Teilnahme. Mindestens eine Befragung konnten wir bei 27 Jugendlichen (26%) realisieren. 15 Jugendliche konnten wir zu beiden Zeitpunkten befragen.

Die Jugendlichen in der Studienstichprobe sind im Vergleich zu den Nicht-Befragten etwas älter, viel häufiger weiblich, die Dauer ihrer Hospitalisation ist länger und sie haben deutlich seltener eine F9-Diagnose (Verhaltens-, emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend).

Zufriedenheit mit der Behandlung

Bei den Jugendlichen liegt die Zufriedenheit auf der 5-Punkte-Einschätzung in den BesT- und UPD-Subskalen rund um drei Punkte, was einer mittleren Zufriedenheit entspricht. Eine Ausnahme mit einem hohen Zufriedenheitswert von 4 Punkten bildet die UPD-Subskala „Schule“.

Tabelle 1 zeigt in einer thematischen Gliederung die Items mit eher hoher (Werte ≥ Median) und eher geringer (Werte < Median) Zufriedenheit.

Abbildung 1: Items mit hoher/eher hoher Zufriedenheit

Items mit vergleichsweise hoher / eher hoher Zufriedenheit (≥ Median)	Items mit vergleichsweise eher geringer oder geringer Zufriedenheit (< Median)
Schule	
12 Ernst genommen werden durch Lehrer	
20 Schulangebot	
32 Wohl fühlen in Klinikschule	
52 Werkunterricht	
54 Unterrichtsstoff	
Einrichtung	
17 Sanitären Anlagen auf Station	
19 Einrichtung Station	
Stationsleben	
26 Klima unter den Jugendlichen	15 Ausgangsregelung
44 Freizeitgestaltung mit Betreuern	16 Wochenendbeurlaubung
45 Lagerwoche	18 Rückzugsmöglichkeit mit Besuch
47 Tagesabläufe	28 Möglichkeiten, allein sein zu können
48 Selber Kochen auf Station	30 Motivation zur Mitarbeit auf Station
	46 Elternabende
	49 Die Einführung auf Station
	50 Stationsregeln
Therapeuten und Therapien	
51 Angebotspalette an Therapieformen	06 Wirksamkeit Einzelgespräche TherapeutIn
04 Ernstgenommen werden TherapeutIn	08 Wirksamkeit der Familiengespräche
05 Wohl fühlen Einzelgespräche TherapeutIn	07 Wohl fühlen in Familiengesprächen
23 Anzahl Einzeltherapien	53 Wirksamkeit der Gruppentherapien
24 Anzahl Familiengespräche	
Zusammenarbeit	
42 Zusammenarbeit BP/TherapeutIn	43 Einheitliche Informationen BP/TherapeutIn

Globale Zufriedenheit	
01 Insgesamt zufrieden	31 Angst vor weiterer Hospitalisation
29 Aufenthalt auf Station hat geholfen	34 Erfüllung der Erwartungen
	35 Würde wieder hier in die Klinik kommen
Privatsphäre	
13 Umgang mit vertraulichen Dingen	27 Einhalten der Privatsphäre
Zwang	
	14 Anzahl Zwangsmassnahmen
Eltern	
11 Abstand von zu Hause	09 Mehr auf meine als auf Bedürfnisse der Eltern eingehen
Items mit vergleichsweise hoher / eher hoher Zufriedenheit ($\geq$ Median)	Items mit vergleichsweise eher geringer oder geringer Zufriedenheit ($<$ Median)
Bezugsperson	
41 Kritik durch Bezugsperson	10 Ernst genommen werden durch Betreuer
	37 Bezugsperson hat Zeit für mich
	38 Verständnis der BP für meine Situation
	39 Unterstützung bei Problemlösung durch BP
	40 Ernst genommen werden durch BP
Aufklärung und Mitsprache	
02 Aufklärung über Krankheit/Probleme	21 Mitspracherecht Entlassungstermin
03 Aufklärung über Medikamente	22 Mitspracherecht bei Auswahl d. Therapien
25 Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten nach Austritt	33 Absprache der Ziele mit mir

Behandlungserfolg und Dauer der Behandlung

Die mittlere Zustimmung zur Frage nach der Besserung des Problems, weswegen die Jugendlichen in die Psychiatrie gekommen waren, betrug beim Austritt 3.4 (maximale Zustimmung = 5), was einer eher hohen Zufriedenheit entspricht; 54% stimmten eher oder vollkommen zu, für 19% hatte sich das Problem eher nicht oder gar nicht gebessert. Die Dauer des Klinikaufenthalts war für 63% gerade richtig, für 30% zu lang und für 7% zu kurz. Die Antworten auf die Frage unterschieden sich zwischen T1 und T2 nicht signifikant.

Befragungszeitpunkt

Die Zufriedenheitswerte kurz vor der Entlassung und 6 Wochen nach der Entlassung unterscheiden sich nicht signifikant. Einzig der Bereich „UPD-Angebote“ ist nach der Entlassung knapp signifikant tiefer (2,8 vs. 3,4).

Den Behandlungserfolg schätzen die Jugendlichen 6 Wochen nach der Entlassung mit MW = 3,3 etwas geringer ein als beim zum Entlassungszeitpunkt (MW 3,8) ($p = 0,047$).

Schriftliche versus mündliche Befragung

Insgesamt unterscheiden sich die Ergebnisse nicht nach Befragungsart (schriftlich oder im Rahmen eines Interviews). Die Beurteilung war in der Tendenz aber durchwegs kritischer, wenn der Fragebogen, nach einleitenden offenen Fragen, im Gespräch ausgefüllt wurde.

Zufriedenheit und Behandlungserfolg

Die Jugendlichen, welche den Behandlungserfolg positiv einschätzen, sind signifikant zufriedener als diejenigen, deren Problem sich gar nicht, eher nicht oder nur teil-teils verbessert hat.

Gruppenvergleiche

Die weiblichen Jugendlichen sind im Vergleich zu männlichen Jugendlichen bezüglich der meisten erfassten Aspekte tendenziell weniger zufrieden; mit der Schule sind die weiblichen Jugendlichen hingegen signifikant zufriedener als die männlichen (MW 4,2 vs. 3,5; $p = 0,048$).

Die Zufriedenheit Jugendlicher unterscheidet sich nach den diagnostischen Gruppen nicht signifikant. Allerdings ist der höchste Wert bei 6 von 10 Subskalen in der Kategorie F2 (Schizophrenie und wahnhaftige Störungen), bei 7 von 10 Subskalen ist der tiefte Wert (also die geringste Zufriedenheit) in der Gruppe F4/6 (Neurotische bzw. Persönlichkeitsstörungen).

Antworten auf offene Fragen und Fragebogenthemen

Die Antworten auf die offenen Fragen konnten den Fragebogenthemen grundsätzlich gut zugeordnet werden. In den Items sind aber einige in den Interviews wichtigen Themen schlecht repräsentiert, zum Beispiel das Zusammenleben der Jugendlichen in der Stationsgruppe, Veränderungen in der Beziehung zu den Eltern, Mitsprache im Stationsalltag, Lernerfahrungen z.B. im Bereich Kommunikation.

Diskussion

Die Jugendlichen gaben in dieser Befragung differenzierte und nicht pauschale Rückmeldungen, die wichtige Hinweise für die Angebots- und Qualitätsentwicklung geben.

Es war sinnvoll, den standardisierten Bogen mit den institutionsspezifischen Fragen zu ergänzen (Sozialpädagogische/pflegerische Bezugspersonen, Angebote, Stationsleben, Schule, Zwang). Diese Aspekte werden u.E. in der BesT-KJ zu wenig berücksichtigt.

Einige in den Interviews als wichtig erwähnte Aspekte sind in den Fragebögen zu wenig repräsentiert, entsprechende Items sollten ergänzt werden.

Der Einsatz des Fragebogens im Rahmen eines Interviews mit einleitenden offenen Fragen scheint die Reflexion zu fördern und führt zu einer etwas kritischeren Bewertung.

Die Zufriedenheit scheint sich in den 6 Wochen nach der Entlassung wenig zu verändern, eine Befragung kurz vor der Entlassung führt offenbar zu verlässlichen Ergebnissen.

Eine Limitation der Studie ist der geringe Rücklauf. Dieser könnte zum Teil durch die studienbedingt hohen Anforderungen bedingt sein (Schriftliche Information, schriftlicher Informed Consent).

Literatur

1. Deutsches Institut für Normung (1992) DIN ISO 9004 Teil 2: Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems - Leitfaden für Dienstleistungen. Beuth-Verlag, Berlin
2. Dippold I, Wiethoff K, Rothärmel S, Wolfslast G, Konopka L, Naumann A, Fegert JM (2003) "Das ich verbessert werde mit Therapie". In: Lehmkuhl U (ed) Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 105-122
3. Dippold I, Wiethoff K, Rothärmel S, Wolfslast G, Konopka L, Naumann A, Keller F, Fegert JM (2002) "Dass ich verbessert werde mit Therapie" - Kenntnisse und Unkenntnisse minderjähriger Patienten bei Behandlungsbeginn. Poster auf dem VII. Kongress der DGKJPP, Berlin, April 2002. http://www.uni-ulm.de/klinik/kjp/poster/be_dippold.pdf (27.08.2004)
4. Distler S (2002) Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung - ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Pra Kinderpsychol Kinderpsychiat* 51:711-720
5. Donabedian A (1979) The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J Fam Pract* 9:277-284
6. Donabedian A (1990) The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 114:1115-1118
7. Keller F, Konopka L, Fegert JM, Naumann A (2002) Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung. Poster auf dem VII.

Kongress der DGKJPP, Berlin, April 2002. http://www.uni-ulm.de/klinik/kjp/poster/be_keller.pdf (06.09.2004)

8. Keller F, Schäfer S, Konopka L, Naumann A, Fegert J (2004) Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationärpsychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens. *Krankenhauspsychiatrie* 15:3-8
9. Konopka L (2003) Patienten und Angehörigenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Entwicklung eines Fragebogens. Dissertation. Medizinische Fakultät; Universität Ulm, Ulm
10. Konopka L, Keller F, Löble M, Felbel D, Neumann A (2001) Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in deutschland erfasst? *Krankenhauspsychiatrie* 12:152-156
11. Naumann A, Konopka L., Keller F. (2001) Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Satzinger W., A. K-M, Trojan A (Hrsg) *Patientenbefragung i Krankenhäusern*. Asgard-Verlag, Sankt Augustin, S 249-258

Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege: Eine Meta-Synthese

Dirk Richter, Sabine Hahn

Aufgrund der Zunahme der Versorgung durch die ambulante psychiatrische Pflege [1] steigt der Qualifizierungsbedarf für ambulante Pflegekräfte. In den deutschsprachigen Ländern existiert – anders als etwa in Großbritannien – keine spezifische Aus- oder Weiterbildung für die extramurale Pflege psychisch erkrankter Patienten. Dies hat zur Folge, dass ambulant Pflegende in der Regel nur über unzureichende psychiatrische Expertisen verfügen [2]. In der Konsequenz ergeben sich im ambulanten Sektor schon heute erhebliche psychiatrische Problemstellungen, bei denen sich viele Pflegende zum einen überfordert fühlen und zum anderen das Ausmaß der Problematik nicht adäquat einschätzen können [2-4].

Die Professionalisierung des Arbeitsfelds der ambulanten psychiatrischen Pflege steckt noch in den Anfängen, genauso wie die bisher kaum vorhandene Forschung in der deutschsprachigen Region zu dieser Thematik. Die deutsche ‚Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege‘ (BAPP) hat auf ihren Webseiten einen Tätigkeitskatalog veröffentlicht, der jedoch keinen empirischen Forschungs-Hintergrund hat [5]. Um empirische Ansatzpunkte für eine Professionalisierungs- und Qualifizierungsstrategie zu schaffen, wird daher in der vorliegenden Arbeit eine Meta-Synthese veröffentlichter qualitativer Forschungsarbeiten unternommen. Die Fragestellung lautet: welche Arbeitsinhalte und –aufgaben beschreiben ambulante Pflegekräfte für die Pflege psychisch kranker Menschen zu Hause?

Methode

Bei der Meta-Synthese handelt es sich um eine relativ junge Methodik zur Zusammenfassung von Studien mit einem qualitativen Studiendesign. Die Methodik der Meta-Synthese geht zurück auf die sog. Meta-Ethnographie von Noblit und Hare [6]. Im Detail werden bei Meta-Synthesen die publizierten Studien in ähnlicher Weise wie Äußerungen von Studienteilnehmern in qualitativen Originalarbeiten genutzt. Das heißt, die Resultate der Studien, genauer

gesagt, die Interpretation durch die Autoren, werden als Grundlage für weitere und synthetisierende Interpretationen der Autoren der Übersichtsarbeit genommen. Ebenso wie bei Originalarbeiten geht es um das ‚Herausziehen‘ von Themenkomplexen, Gemeinsamkeiten zwischen Studien, aber auch um das Auffinden von Unterschieden und Widersprüchen. Im Anschluss an Noblit und Hare werden auch in dieser Arbeit reziproke Übersetzungen („reciprocal translations“) und Widerspruchs-Synthesen („refutational synthesis“) herausgearbeitet. Am Ende geht es um die Erschließung einer Argumentationslinie, die übergreifende Schlussfolgerungen nach sich zieht („lines-of-argument synthesis“) [6: 62ff.].

Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PsychInfo, Google Scholar und Scopus. Folgende Suchbegriffe wurden – je nach Datenbankspezifikation – verwendet: ‚community‘, ‚home care‘, ‚mental health‘, ‚psychiatry‘, ‚nursing‘, ‚role‘, ‚qualification‘, ‚qualitative‘, ‚narrative‘, ‚focus group‘. Darüber hinaus wurde eine umfangreiche Handsuche in den Literaturverzeichnissen relevanter Übersichtsartikel und theoretischer Arbeiten unternommen. Einschlusskriterien für die Meta-Synthese waren Originalarbeiten mit qualitativen Studiendesigns mit Pflegenden als Studienteilnehmerinnen und –teilnehmern, die über ihre Arbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege berichteten.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche ergab insgesamt 12 Arbeiten, die den Einschlusskriterien entsprachen [7-18]. Fünf Publikationen stammen aus Großbritannien, vier aus Australien, zwei aus Kanada und eine aus Schweden. Die Studiensettings waren überwiegend ambulante Dienste in der allgemeinen psychiatrischen Pflege, zwei Studien wurden mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus gerontopsychiatrischen Diensten durchgeführt, eine weitere mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit Patienten mit Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht) arbeiteten. Die tabellarische Darstellung der Studiendetails und der qualitativen Einzelergebnisse muss aus Platzgründen leider entfallen.

Formelle Tätigkeiten in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Folgende formelle Tätigkeiten wurden in den Originalarbeiten im Sinne der reziproken Übersetzungen von Themen identifiziert:

- Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit der Patienten,
- Assessment und Monitoring der Medikation (Wirkungen und Nebenwirkungen) und der Compliance,
- Medikations-Management (Vergabe),
- Prävention von Krankheitsepisoden und Hospitalisierung,
- Anwendung psychotherapeutischer Techniken,
- Patientenedukation und Gesundheitsförderung,
- Einbeziehung von Angehörigen,
- Case-Management und Kooperation mit anderen Professionen und Diensten,
- Management akuter psychischer Krisen (z.B. Angst- und Stresssituationen),
- Management somatischer Begleiterkrankungen
- quasi-vormundschaftliche Betreuungsarbeit.

Merkmale der pflegerisch-therapeutischen Beziehung

Naturgemäß ist die Beschreibung der Merkmale der pflegerisch-therapeutischen Beziehung diffuser und weniger klar umrissen als die formellen Tätigkeiten. Folgende Aspekte wurden – wiederum im Sinne der reziproken Übersetzungen der Themen – gefunden:

- Aufbau von Vertrauen,
- Dasein, Anwesenheit („being there“),
- Fürsorge („being concerned“),
- Förderung der persönlichen Entwicklung des Patienten,
- pflegerische Beziehung beruht auf Erfahrung, Intuition, Pragmatismus und Kommunikation,
- akzeptierende, respektvolle, schützende, individuelle, ehrliche und offene Grundhaltung in der Beziehung zum Patienten,
- Sicherheit, Kontrolle, Verantwortung und Kooperation müssen mit den Patienten geteilt und immer wieder neu ausgehandelt werden.

Widersprüche und Problemstellungen

Zwei Arbeiten befassten sich explizit mit Problemstellungen in der ambulanten psychiatrischen Pflege, nämlich mit der Medikations-Problematik [8] und mit der Arbeit mit Patienten mit Doppeldiagnosen [14]. In diesen beiden Arbeiten, aber auch weniger explizit in anderen Studien, tauchen diverse Widersprüche und weitere Problemstellungen auf, die im Sinne der ‚Widerspruchs-Synthese‘ nach Noblit und Hare zu interpretieren sind:

- die Beziehung zum Patienten besteht nicht nur in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit, sondern ist durchsetzt von aktiver und quasi-vormundschaftlicher Fürsorge und Kontrollaspekten (im Englischen: ‚surveillance‘),
- die positive und wertschätzende Beziehung zum Patienten wird nicht selten durch die geringe Motivation und Compliance des Patienten in Frage gestellt,
- die wertschätzende Haltung gegenüber den Patienten durch die Pflege wird oftmals durch das negative und stigmatisierende Ansehen psychiatrischer Patienten bei kooperierenden Diensten und Professionen konterkariert,
- Patientenedukation, Assessments und Verlaufskontrollen sind wichtige Bestandteile der ambulanten psychiatrischen Pflege, allerdings stehen sowohl für die Patientenedukation als auch für das Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit und der Medikation bislang keine adäquaten Edukationsinterventionen und Instrumente zur Verfügung,
- die Aufgabe ist oftmals derart anspruchsvoll, dass es tiefer gehendes Spezialistenwissen bedarf; dieses jedoch steht den meisten ambulant Pflegenden nicht zur Verfügung,
- die psychiatrische Pflege verfügt über einen teils expliziten, teils impliziten Aufgabenkatalog der für die Tätigkeit spezifisch ist, allerdings ist sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der kooperierenden Diensten oftmals nicht deutlich, welche die spezifischen Aufgaben der psychiatrischen Pflege sind (etwa in Abgrenzung zu Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern),

- viele Patienten haben nicht nur psychische, sondern auch körperliche Krankheiten und Defizite, der Stellenwert dieses Bereichs für die Psychiatrie-Pflegenden ist jedoch nicht eindeutig geklärt,
- die Tätigkeit setzt eine sehr große Eigenständigkeit und Verantwortungsbewusstsein voraus, allerdings besteht das Risiko, sich mit der Eigenständigkeit über traditionelle Professionsgrenzen und sogar rechtliche Limits hinweg zu setzen,
- das zentrale Ziel der ambulanten psychiatrischen Pflege ist die Förderung der Selbstständigkeit der Klienten; die Selbstständigkeit der Klienten kann aber Entscheidungen zur Folge haben, die nicht gesundheitsförderlich sind (Absetzen der Medikamente etc.).

Meta-Synthese der Argumentation („line-of-argument synthesis“)

Nach Noblit und Hare [6: 62ff.] besteht dieser Analyseschritt in einer Analogie zu klinischen Schlussfolgerungen, indem aus verschiedenen Symptomen eine Diagnose abgeleitet wird. Was lässt sich somit aus den beschriebenen Gemeinsamkeiten und Widersprüchen in den hier eingeschlossenen Studien an weitergehenden Schlussfolgerungen für die ambulante psychiatrische Pflege ziehen? Grundsätzlich entsteht das Bild der ambulanten häuslichen Pflege als eine der komplexesten Aufgaben im Gesundheitswesen, das mit vielen Widersprüchen behaftet ist. Bestandteile dieses Berufsbildes sind Tätigkeiten, die neben der Pflege weit in medizinische, sozialarbeiterische, psychotherapeutische Kompetenzen hineinreichen [11, 15]. Darüber hinaus sind rein mitmenschliche Merkmale von erheblicher Relevanz. Auffällig ist vor allem die Ambivalenz zwischen Mitmenschlichkeit („Dasein“) [12] und therapeutisch-überwachenden Aufgaben [13]. Einerseits ist eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, andererseits hat die pflegerische Tätigkeit Implikationen, die weit in die rechtliche Dimensionen hineinreichen können, wenn es etwa um die Frage von Zwangseinweisungen oder anderen juristischen Konsequenzen wie die gesetzliche Betreuung geht. Diesem ‚Grundwiderspruch‘ lassen sich weitere Ambivalenzen unterordnen, beispielsweise das Management der Medikation einerseits und die Überwachung der Compliance des Patienten andererseits.

Angesichts der hier deutlich gewordenen Komplexität ist es nicht verwunder-

lich, dass bei vielen Pflegenden Überforderungserleben entsteht bzw. das Gefühl, den einzelnen Problemstellungen nicht gerecht werden zu können [14]. Die Aufgaben sind zum Teil klar umrissen (s. oben), aber es mangelt an spezifischer Ausbildung, Instrumenten und Strategien [15]. Die Pflegenden sind gezwungen, pragmatisch zu handeln, ihre pflegerischen und therapeutischen Werkzeuge sind nach unserer Analyse gewissermaßen eklektizistisch aus diversen beruflichen und theoretischen Hintergründen zusammengesucht, und es besteht durchaus der Eindruck, dass eine übergreifende theoretische Basis positiv sein könnte. Weiterhin wird angesichts der formulierten Wissens- und Kompetenzdefizite der Bedarf an spezifischer Aus- und Weiterbildung deutlich, und daraus abzuleiten ist – so unsere Interpretation – der Bedarf an gutem und fürsorglichem Management der Pflegenden sowie der Supervisionsbedarf.

Diskussion

Anlass für die Meta-Synthese von Rollen- und Aufgabenprofilen der ambulanten psychiatrischen Pflege war die Notwendigkeit, Inhalte für die Aus- und Weiterbildung von Pflegenden in diesem Arbeitsbereich zu erheben. Im Abgleich zwischen dem bisher einzigen deutschsprachigen Tätigkeitskatalog der ‚Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege‘ (BAPP) [5] und den von uns oben aufgezeigten Merkmalen aus den qualitativen Studien zeigt sich hinsichtlich der formalen Tätigkeiten eine weitgehende Übereinstimmung der Aktivitäten. Die Liste der Tätigkeiten reicht vom Assessment und Monitoring des psychischen Status des Patienten über sämtliche Aspekte der Medikation und der Compliance bis hin zur Einbeziehung von Angehörigen und der Kooperation mit anderen sozialen und medizinischen Diensten. Im Übrigen entsprechen diese Kataloge im Großen und Ganzen auch bekannten Ausbildungsinhalten für die ambulante psychiatrische Pflege aus dem angelsächsischen Raum [19, 20].

Über die formalen Tätigkeiten hinaus hat die Meta-Synthese unseres Erachtens jedoch herausarbeiten können, welche Besonderheiten und Problemlagen der eher informelle Bereich der Beziehungsgestaltung zu den Patienten aufweist (beispielsweise der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung oder die akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung gegenüber Patienten oder Klienten, deren Verhalten nicht selten den Intentionen der Pflegenden

zuwider läuft) . Als zentrale Ambivalenz dieses Arbeitsfeldes wurde die Spannung zwischen (mit-)menschlichem Handeln und Professionalität beschrieben. Für den Aufbau der pflegerisch-therapeutischen Beziehung ist es offenbar in vielen Fällen notwendig, gerade die professionellen Aspekte der Arbeit weniger stark zu bewerten, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Anschließend jedoch muss aus der mitmenschlichen Interaktion eine professionelle Beziehung werden. Dieser Schritt kann unter Umständen dann zum Problem werden, wenn die Patienten eben primär eine menschliche Beziehung suchen, wie aus empirischen Befragungen von Klienten ambulanter psychiatrischer Pflege deutlich wird [siehe etwa 21].

Für unsere Ausgangsfragestellung der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden für das Arbeitsfeld der extramuralen Psychiatrie ist aus der Meta-Synthese klar geworden, dass die curricularen Inhalten nicht allein die formal hinreichend zu definierenden Tätigkeiten beinhalten dürfen. Genauso wichtig wie diese Arbeitsbereiche sind die Schwierigkeiten und Problemfelder, die hier aufgezeigt worden sind. Damit diese notwendigen Lerninhalte nicht primär durch ‚Learning-by-doing‘ bzw. ‚Learning-by-making-experiences‘ erfolgen, bedarf es innovativer didaktischer Konzepte.

Literatur

1. Hasslinger V (2007) Zur Situation der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der BRD. Psych. Pflege heute 13:159-161
2. Abderhalden C, Lüthi R, Mazzola R, Wolff S (2003) Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St.Gallen: Abschlussbericht. Aarau: Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe
3. Abderhalden C, Lüthi R (2004) Psychiatrische Probleme bei SpitexklientInnen. Managed Care 2004(5):29
4. Secker J, Pidd F, Parham A (1999) Mental health training needs of primary health care nurses. Journal of Clinical Nursing 8:643-652.
5. BAPP (2003) Tätigkeitsinhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege. www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf (12.01.2008)
6. Noblit G, Hare D (1988) Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. Newbury Park: Sage
7. Elsom S, Happell B, Manias E (2007) Exploring the expanded practice role of community mental health nurses. Issues in Mental Health Nursing 28:413-429

8. Jordan S, Hardy B, Coleman M (1999) Medication management: An exploratory study into the role of community mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 29:1068-1081
9. Smith S (2002) CMHNS: How do they see themselves? *Mental Health Nursing*. 22:13-17
10. O'Brien L (2000) Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 9:184-194
11. Ryan R, Garlick R, Happell B (2006) Exploring the role of the mental health nurse in community mental health care for the aged. *Issues in Mental Health Nursing* 27:91-106
12. Kirsh B, Tate E (2006) Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative Health Research* 16:1054-1074
13. Wallace T, O'Connell S, Frisch S (2005) What do nurses do when they take it to the streets? An analysis of psychiatric and mental health nursing interventions in the community. *Community Mental Health Journal* 41:481-496
14. Coombes L, Wratten A (2007) The lived experience of community mental health nurses working with people who have a dual diagnosis: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:382-392
15. Cunningham G, Slevin E (2005) Community psychiatric nursing: focus on effectiveness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:14-22
16. Barratt E (1989) Community psychiatric nurses: their self-perceived roles. *Journal of Advanced Nursing* 14:42-48
17. Magnusson A, et al (2004) Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of persons with long-term illness. *Nursing and Health Sciences* 6:9-27
18. Gibb, H (2003) Rural community mental health nursing: A grounded theory account of sole practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 12:243-250
19. Gauntlett A (2005) Evaluation of a postgraduate training programme for community mental health practitioners. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:223-230.
20. Couldwell A, Stickley T (2007) The Thorn Course: Rhetoric and reality. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:625-634
21. Shattell M, Starr S, Thomas S (2007) 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* 16: 274-284

Zwanzig Jahre Psychosozialer Pflegedienst - Von einer Idee zur flächendeckenden extramuralen Versorgung

Harald Kaplenig, Christine Gruber

Bei mehreren Besuchen des Dreiländerkongresses ist uns aufgefallen, dass das Thema der extramuralen Versorgung bisher weniger Beachtung als der stationäre Bereich gefunden hat.

In Tirol ist es uns in den letzten 20 Jahren gelungen ein Versorgungssystem zu installieren, welches Menschen mit psychischen Erkrankungen im Einzugsgebiet in den verschiedenen Einrichtungen eine Rehabilitationsmöglichkeiten bietet.

Auf Privatinitiative wurde 1986 die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach stationären Aufenthalten ins Leben gerufen. Die Überlegungen gingen in Richtung ambulanter Nachbetreuung statt stationärer Aufenthalte, soziale (Re-) Integration statt Isolation, berufliche Rehabilitation statt krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit.

1988 folgte die Gründung des gemeinnützigen Vereins „*Psychosozialer Pflegedienst Tirol*“ mit Sitz in Innsbruck. Mit der Vereinsgründung wurde das Betreuungsangebot erweitert. Als 1990 das neue Unterbringungsgesetz verabschiedet und in Folge der Psychiatrieplan für das Land Tirol verfasst wurde, ergab sich die Notwendigkeit des Auf- bzw. Ausbaues sozialpsychiatrischer Einrichtungen. Dieser Anforderung folgend hat der PSP Tirol Regionalisierungen vorgenommen und verschiedene Bereichsstellen im Land verteilt eingerichtet.

Wir sind eine Non-Profit-Organisation im Sozial- und Gesundheitswesen, politisch unabhängig und orientieren uns nach dem zentralen Anliegen der Sozialpsychiatrie, Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen ein möglichst eigenständiges Leben innerhalb der Gesellschaft zu ermöglichen.

Die Tätigkeit des Vereines PSP Tirol erfolgt in enger und kontinuierlicher Zusammenarbeit mit den Fachärzten der stationären psychiatrischen Einrichtungen, den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie sowie den sozialpsychiatrischen Vereinen und den Psychosozialen Zentren.

Die gesetzliche Grundlage der Arbeit des PSP liegt in der Sozialgesetzgebung des Bundes und des Landes sowie in den gesetzlichen Rahmenbedingungen der einzelnen im PSP vertretenen Berufsgruppen.

Zielgruppe

Die Klientel des PSP Tirol besteht zu ca. 75% aus Menschen mit schizophrenen oder affektiven Störungen. Zusätzlich leiden viele von ihnen unter komorbiden Störungen durch Alkohol und andere Substanzen. Vor allem unter den Langzeitbetreuten kommen in den letzten Jahren geriatrische und gerontopsychiatrische Störungen hinzu. Die meisten Klienten haben mehrfache stationäre Aufenthalte hinter sich, viele von ihnen sind besachwaltet.

Die restlichen ca. 25% der Klienten verteilen sich diagnostisch auf hirnnorga-nisch bedingte kognitive Störungen, Suchterkrankungen, schwere neurotische und Persönlichkeitsstörungen.

Finanzierung

Das jährliche Gesamtbudget beträgt rund 6 Mio. Euro. Abbildung 1 zeigt die Kostenträger, die finanzireten Dienste und die jeweilige Abrechnungsgrundlage.

Abbildung 1: Finanzierung

Kostenträger	Dienst	Abrechnungsgrundlage
Amt der Tiroler Landesregierung (Abt. für Soziales)	Aufsuchender Dienst	Stundensätze
	Beschäftigungsinitiative / Arbeitsinitiative	Halbtagesätze
	Wohngemeinschaften / Wohnheime	Tagessätze
Bundessozialamt	Arbeitstraining	Subvention
Bundesministerium für Justiz (Forensik)	Aufsuchender Dienst	Stundensätze
	Beschäftigungsinitiative / Arbeitsinitiative	Halbtagesätze
	Wohngemeinschaften / Wohnheime	Tagessätze
Selbstzahler und Selbstbehalte der Klientinnen		
Gesamtbudget jährlich		ca. € 6.000.000,-

Vereinsstruktur

Der Psychosoziale Pflegedienst ist ein gemeinnütziger Verein.

Die erfolgreiche Umsetzung der Idee begründet sicherlich darauf, dass der Vorstand des Vereines aus Menschen besteht, welche mittlerweile seit Jahr-zehnten in den verschiedenen Bereichen der Psychiatrie tätig sind. Der Vor-

stand besteht aus vier Dipl. Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, einer Fachärztin für Psychiatrie sowie einer Verwaltungsangestellten.

Mitarbeiterqualifikation

Wir arbeiten berufsgruppenübergreifend, orientiert am aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und auf Grundlage bestehender Gesetze, die das Gesundheits- und Sozialwesen regeln.

Unsere Mitarbeiter sind in psychosozialer Rehabilitation qualifiziert durch:

- Ausbildung im Gesundheits- und Sozialbereich
- Interne Schulung aller neuen Mitarbeiter
- Interne und externe Fortbildungen
- Supervision

Unser Team setzt sich zusammen aus:

- Dipl. Psych. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- Dipl. Allg. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- Dipl. SozialarbeiterInnen
- Dipl. ErgotherapeutInnen
- Dipl. PsychologInnen
- Dipl. PsychotherapeutInnen
- FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie
- Fachkräfte im Beschäftigungs- und Arbeitsrehabilitationsbereich z. B. Diätologinnen, Tischler, Gastgewerbepersonal
- Sozial-/PädagogInnen
- Verwaltungskräfte

Mitarbeiterstand

105 angestellte Mitarbeiter unterschiedlichen Beschäftigungsausmaßes
ca. 440 Honorarkräfte

Qualitätsmanagement

- nach dem EFQM Modell

- Jährliches Mitarbeitertreffen mit Vorstellung der Jahresziele und Evaluation der bearbeiteten Ziel
- Arbeit nach dem Regelkreis auf Klienten - , Team - und Organisationsebene
- Beschriebene Prozesse
- Klientinnenbefragungen
- MitarbeiterInnenbefragungen
- Pflegevisiten
- Evaluierungsgespräche durch BK
- Fortbildungen (für neue MA)
- Updates
- Klientinnenbesprechungsgruppen
- Supervision in allen Bereichen
- Mitarbeiterinformationsblatt

Leistungen

Die verschiedenen Leistungen werden annähernd flächendeckend über Tirol angeboten und in 5 dezentralen Bereichsstellen organisiert.

Es werden im Laufe des Jahres ca. zw. 1000-1200 Klienten betreut (919 Stichtag 31.12.07)

Leistungsfelder

1. Psychosozialer Dienst

Aufsuchender Dienst/Einzelbetreuung:

Kontinuierliche Begleitung in schwierigen Lebenssituationen oder Krisen

Es stehen max. 5 Stunden dafür zur Verfügung (in besonders schweren Fällen auch mehr), das Angebot ist nicht zeitlich begrenzt. Durchschnittliche Betreuungszeit pro Klient ca. 2-3 Stunden /Wo, durchschnittliche Betreuungsdauer ca. 3,5 Jahre.

Grundvoraussetzung für eine Betreuung ist eine psychiatrische Diagnose (fachärztliche Zuweisung) sowie die Rehaillierbarkeit und die Rehaillierbarkeit des Be-

troffenen. Diese wird von Seiten des PSP von einem der Bereichskoordinatoren abgeklärt, von Seiten der Behörden von Amtsärzten und Gutachtern.

Leistungen sind formuliert in Anlehnung an die ‚Tätigkeitsinhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege‘ BAPP (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege)

- Beziehungsgestaltung
- Feststellen, beobachten und dokumentieren des Hilfsbedarfes und dessen Entwicklung (Pflegeprozess)
- Wahrnehmen und beobachten von Krankheitszustand und –entwicklung
- Anregung / Abstimmung therapeutischer, pflegerischer und ergänzender Maßnahmen
- Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt
- Hilfe bei der Medikamenteneinnahme
- Vorsorge bei Eigen- oder Fremdgefährdung und Selbstverletzung
- Kriseninterventionen
- Aktivierung zu elementaren Verpflichtungen, Training von Alltagsfähigkeiten
- Entlastung im Alltag
- Kognitives Training
- Hilfe im Umgang mit beeinträchtigten Gefühlen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen
- Hilfe bei der Tages- und Wochenstrukturierung
- Zusammenarbeit mit Familienangehörigen / Partnern
- Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen Diensten, Fachpersonal und Institutionen im klinischen und außerstationären Bereich

Beratung und Sozialarbeit

Anonym und kostenlos für betreute und nicht betreute Klienten

Beratungsstellen in schwer zu versorgenden Regionen

2. Tagesstruktur

Beschäftigungsinitiativen

Alltagstraining und Einüben lebenspraktischer Fähigkeiten, Ergotherapie, Tagesstruktur

Arbeitsinitiativen/Arbeitstherapie

Höhereschwelliges Angebot ,Geschenksartikelproduktion, Versand, Auftragsarbeiten, Anlagenpflege

Kräuterfeld

Hier handelt sich es um ein spezielles Angebot mit dem Hintergrund des ganzheitlichen Ansatzes

Arbeiten von der Pflanzung über Pflege und Ernte, Verarbeitung bis hin zur Verpackung sowie Verkauf werden von Klienten durchgeführt. Produziert werden dort hauptsächlich Tee's, welche selber gemischt werden, aber auch Kräuterbäder, Kräutersalze ect.

Mit Unterstützung der Betreuungspersonen und einer Psychotherapeutin sollen die Klienten die Möglichkeit haben Zusammenhänge zu erkennen und die eigene Lebensgeschichte/ - situation auf diesem Hintergrund zu betrachten um wieder Zukunftsperspektiven zu entwickeln

3. Betreutes Wohnen

Individuell gestufte Hilfs- und Rehangebote im geschützten Rahmen.

9 Wohngemeinschaften und 2 Wohnheime überregional

4. Arbeit

Arbeitstraining Transform: Training von Arbeitsgrundfähigkeiten

Parkcafe: Kombiniertes Arbeitstraining – Werksküche im Transform, dort erlernte Fähigkeiten werden im Cafehausbetrieb (PKH Hall) in einem begleitem Praktikum erprobt

5 Spezielle Angebote

Projekt Return (Forensik): (AD, BI, AI, Betreutes Wohnen, Arbeitstraining)

Betreut werden geistig abnorme Rechtsbrecher die bedingt entlassen werden und gerichtliche Auflagen zu erfüllen haben (derzeit ca. 40 Klienten)

Alkohol:

Betreut werden abstinenzorientierte Alkoholabhängige Personen in allen Einrichtungen

All diese Angebote sind für jeden Klienten zugänglich selbstverständlich finden auch intensive interne Vernetzungen statt.

Der Verein PSP Tirol hat sich aufgrund seiner qualitativ hochwertigen Arbeit und dem breit gefächerten Angebot etabliert und ist zweitgrößter Rehaanbieter des Landes Tirol.

Der Aufsuchende Dienst ist durch die jahrelange Erfahrung eine große Stärke des Vereins. Das Angebot kommt dem Selbsthilfeprinzip und der Normalität am nächsten und ist von der Größe und Intensität einzigartig in Österreich.

Die Lebensqualität der betreuten Klienten und deren Angehörigen kann durch die Maßnahmen deutlich verbessert werden, v.a. auch wegen der Verringerung von stationären Aufnahmen.

Durch die ständige Öffentlichkeitsarbeit (es werden z.B. kostenlose Vorträge in ganz Tirol in Zusammenarbeit mit den Sozialsprengeln organisiert - Depression, Salutogenese, Angst und Panik, Schulvorträge etc.) und die starke Präsenz gibt es auch eine Steigerung der Akzeptanz und des Verständnisses in der Gesellschaft.

Der Stellenwert der extramuralen Einrichtungen im Vergleich zu den stationären ist immer noch ein geringerer, die Wichtigkeit einer flächendeckenden ambulanten Versorgung wird aber in Zukunft immer größer werden.

Unterstützung einer spontan gebildeten Selbsthilfegruppe mittels Supervision durch Pflegende einer Psychotherapietagesklinik

Rolf Brunner, Momo Christen

Einleitung

Der Begriff „Recovery“ bedeutet soviel wie: Wiederherstellung der Gesundheit, Erholung oder Genesung [1]. Im Zusammenhang mit psychischen Störungen und Suchtkrankheiten handelt es sich beim Recovery-Ansatz nicht um ein Behandlungskonzept zur Symptomreduktion, sondern um ein Modell, das Erfahrungen aus der Selbsthilfe und aus Erfahrungen mit Peer-Support zusammenfasst und nutzbar macht. Recovery orientiert sich an den persönlichen Werten und Zielen von Betroffenen [2]. Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung können Betroffene ihre oft negative Wahrnehmung verändern und neue Perspektiven entwickeln, die ihnen ein zufriedenes und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Die Erfahrungen Betroffener zeigen, dass ein „gutes Leben“ keine Symptommfreiheit voraussetzt.

„Recovery“ ist ein individueller und sehr persönlicher Prozess, der von den Betroffenen unterschiedlich erlebt und umgesetzt wird. Einige der wichtigsten Kernelemente wie Hoffnung, unterstützende Beziehungen oder Selbstbestimmung, werden jedoch in zahlreichen Erfahrungsberichten genannt [3]. Ein wichtiges Element der individuellen Recovery ist in vielen Fällen auch das Engagement für andere und das Austauschen und Weitergeben von Erfahrungen, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen oder Peer-Support-Projekten [4].

Ein Beispiel dafür ist die im Folgenden beschriebene, spontan gegründete und von einer ehemaligen Patientin der Psychotherapie-Tagesklinik (Frau C.) geleitete Selbsthilfegruppe für Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung.

Die Psychotherapie-Tagesklinik (PTK)

Die Psychotherapie-Tagesklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (PTK) bietet flexible psychotherapeutische Behandlungsbausteine für erwachsene Menschen mit meist langjährigen Angst- und Zwangserkrankungen, Ess-

störungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen an. Das Angebot der PTK richtet sich aber auch an Menschen in besonders schwierigen und belastenden Lebensumständen, in denen eine Weiterentwicklung nachhaltig blockiert scheint.

Die Therapie findet in einem teilstationären Rahmen statt (Montag bis Freitag, jeweils von 08.30 bis ca. 17.00 Uhr) und dauert in der Regel 3 bis 4 Monate. In ihrer therapeutischen Arbeit orientiert sich die PTK an einem multimodalen Behandlungskonzept. Dies bedeutet, dass in Einzel- und Gruppentherapien verschiedene psychotherapeutische Ansätze und Methoden integrativ miteinander kombiniert werden. Im Rahmen dieses Therapieangebotes wird ein „Skills-Training“ zur besseren Bewältigung schwer kontrollierbarer Verhaltensweisen, Gefühlen oder Impulsen angeboten, welches auch modifizierte Elemente der Dialektisch Behavioralen Therapie DBT umfasst [5]. Diese sogenannten „Emotionsregulationsgruppen“ (EmoReg) werden einmal wöchentlich während 90 Minuten durchgeführt und können nach dem Abschluss der tagesklinischen Behandlung auch ambulant (= externe EmoReg) besucht werden.

Frau C

Die heute 38 jährige Frau C wuchs in einer Familie auf, in der Gewalt, Alkoholismus und sexueller Missbrauch alltäglich war.

Schon sehr früh dämpfte sie ihre schlechten Gefühle so, wie sie es bei ihren Vorbildern sah: mit Alkohol, Drogen und Medikamenten.

1991 folgte dann die erste Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Diesem Aufenthalt folgten immer weitere Einweisungen in Drogentherapien, Spitäler und Kliniken. Nichts half gegen ihre Spannungen und den Wunsch, zu sterben. Immer häufiger verletzte sie sich selber durch Zufügen von Verbrennungen, sich Schneiden bis zur chirurgischen Wundversorgung, oder mit geschlossenen Augen über die Strasse gehen.

2004 wechselte sie zu einem Psychiater, welcher ihr das Medikament Leponex verschrieb. Zum ersten Mal seit Jahren konnte sie wieder schlafen. Die Spannungszustände aber blieben und sie dachte, dass die Selbstverletzungen einfach zu ihr gehörten. Diagnosen: Depressionen, Politoxikomanie, Borderline Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen

und dissoziative Störungen (Lähmungen der Beine).

Ende 2005 hörte sie von der PTK. Nach ca. 30 Klinikaufenthalten und täglichen Selbstverletzungen glaubte sie selber nicht mehr an eine Genesung. Die Wende kam für sie dann ganz unerwartet während des Therapieaufenthaltes auf der PTK Anfangs 2006. Dort besuchte sie auch die interne EmoReg-Gruppe, begann sich selber und ihr Verhalten besser zu verstehen und lernte mit verschiedenen Strategien und Fertigkeiten, ihre inneren Spannungen und Gefühle besser zu regulieren.

Ein Jahr später machte sie erneut eine Therapie in der PTK, um zu vertiefen, was sie ein Jahr zuvor gelernt hatte und auch um den extremen Cannnabis Konsum zu stoppen. Auch in dieser Zeit besuchte sie wieder die EmoReg-Gruppe und machte erstaunliche Fortschritte, welche sie auf diese Gruppe zurückführt.

Mit Hilfe der später beschriebenen vier Module hatte sie gelernt, ihre Gefühle besser wahrzunehmen, ihre Stresstoleranz zu erhöhen und sich bei Spannungszuständen nicht mehr selber zu verletzen.

Ihr Zustand ist seit 2006 stabil, es folgten keine weiteren Einweisungen in psychiatrische Kliniken.

Die eigene Emo-Reg-Gruppe

Ab Sommer 2007 konnte die PTK aus Kapazitätsgründen keine externe Emo-Reg-Gruppe mehr anbieten. Frau C. beschloss spontan, diese Lücke zu füllen und selber eine ambulante Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation zu gründen; einerseits für sich selbst, aber auch, um als verantwortliche Leiterin einer solchen Gruppe andern etwas von ihren Erfahrungen und Kenntnissen weiterzugeben. Sie fühlte sich zu diesem Entscheid ermutigt durch die eigenen Erfahrungen. Als Betroffene hat sie selber viele positive Erfahrungen mit dieser Gruppe machen können und psychologische Fragen hatten sie schon immer interessiert. Sie hatte bemerkt, dass ihr der Aufenthalt in der PTK zwar etwas brachte, dass die Stimmungsschwankungen und auch der damit aufkommende Drang zu selbstverletzendem Verhalten jedoch weiterhin ein Thema blieben. Mit den vier Modulen der Emotionsregulations-Gruppe hatte sie jedoch für sich selbst etwas „Konkretes“ erhalten, um auf Dauer mit ihren immer wiederkehrenden hohen Spannungen bewusster umgehen zu können.

Die 4 als besonders hilfreich erlebten Module sind Folgende: 1. Innere Achtsamkeit, 2. Stresstoleranz, 3. Umgang mit zwischenmenschlichen Fertigkeiten, 4. Bewusster Umgang mit den eigenen Gefühlen [5].

Frau C. besprach ihr Vorhaben mit ihrer ehemaligen Therapeutin und mit MitarbeiterInnen aus dem Pflorgeteam der PTK, mit ihrem Ehepartner und weiteren Personen. Sie erhielt von allen Gesprächspartnern positive Feedbacks. Die breite Unterstützung war für Frau C. sehr motivierend und unterstützte sie in ihrem Prozess des Rollenwechsels von der Patientenrolle zur selbständigen Leiterin einer Selbsthilfegruppe. Die erste Sitzung der Gruppe fand im August 2007 statt. Durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit als Köchin in der „Prärie“ (Gasküche einer Kirche) konnte sie unentgeltlich einen Raum für die Sitzungen benutzen. Der Vertrag ist jeweils auf ein Jahr befristet und die Treffen müssen unentgeltlich angeboten werden.

Die von Frau C. geleitete „Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation“ richtet sich an Personen mit einer Borderline-Erkrankung, posttraumatischer Belastungsstörung oder an andere Interessierte. Die Sitzungen à 90 Minuten finden wöchentlich statt und sind unentgeltlich. In einem Vorgespräch mit der Kursleiterin, Frau C., werden die Interessierten über die Ziele und Teilnahmebedingungen der Gruppe informiert. Zusätzlich hat Frau C. einen Flyer kreiert, in dem die Gruppe beschrieben ist.

Die Emo-Reg-Selbsthilfegruppe versteht sich in erster Linie als Übungsgruppe, in welcher die TeilnehmerInnen lernen, mit hohen Spannungen umzugehen.

Durch die Teilnahme an den Treffen sollen folgende Fertigkeiten gefördert werden:

- Befriedigende Beziehungen aufrechterhalten
- Stimmungsschwankungen regulieren
- Spannungen und Frustrationen aushalten
- Achtsam mit sich selbst und anderen umgehen

Verringert werden sollen:

- Chaotische Beziehungen
- Starke Gefühls- und Stimmungsschwankungen
- Übermäßige Impulsivität

- Identitätsunsicherheit und Denkstörungen

Die TeilnehmerInnen sollen neue Fertigkeiten erlernen, mit deren Hilfe sie Verhaltens- Gefühls und Denkmuster verändern können. Dadurch sind sie in der Lage besser mit psychischen Belastungen und Schwierigkeiten im Alltag umzugehen. Zu den Teilnahmebedingungen gehört unter anderem die Bereitschaft, weiterhin eine ambulante Therapie bei einem Psychiater durchzuführen und den Vertrag der EmoReg-Gruppe einzuhalten. Dieser verbietet den Konsum von Alkohol und Drogen während den Sitzungen. Diese Regelungen sollen sicherstellen, dass die Teilnehmenden neben der Selbsthilfegruppe auch eine professionelle therapeutische Betreuung haben. Dadurch soll verhindert werden, dass Frau C. in die Rolle einer verantwortlichen Einzeltherapeutin gerät. TeilnehmerInnen, welche der Gruppe 3 Mal unentschuldigt fernbleiben, verlieren ihren Anspruch auf einen Platz. Zudem müssen sich alle TeilnehmerInnen verpflichten, vertrauliche Informationen nicht an Dritte weiterzugeben. Betroffene, die sich in einer akuten Krise befinden, dürfen nicht an den Sitzungen teilnehmen.

Zurzeit kommen etwa 7 Personen regelmässig zu den Sitzungen. Die Zahl blieb seit dem Start im Sommer 2007 etwa konstant. Es gab im letzten Jahr zwei Austritte wegen Zeitmangels der TeilnehmerInnen durch Prüfungsvorbereitungen und zwei Neueintritte. Die Treffen finden immer noch in der Prärie statt, doch der Vertrag ist bis Ende August 2008 befristet. Beim Selbsthilfezentrum wurde Frau C. jetzt aber auch ein Raum zur Benutzung angeboten. Pro Abend müsste sie 20.- Franken bezahlen, inklusive Benutzung der Küche. Sie hat sich jedoch noch nicht definitiv entschieden.

Unterstützung durch das PTK-Team

Die MitarbeiterInnen der PTK standen diesem Vorhaben von Anfang an sehr positiv gegenüber und ermunterten die Betroffene, diesen Schritt zu wagen. Sie boten ihrerseits Unterstützung in Form von Supervision an und offerierten Starthilfe bei der Planung der Sitzungen und der Klärung von Fragen oder Anfangsschwierigkeiten. Für das Team der PTK war es wichtig, diese Supervisionen durchzuführen, um dem gesamten Prozess auch weiterfolgen zu können. Zwei dieser Sitzungen wurden dann bereits vor dem Projektstart durchgeführt. Dort wurden vor allem der Ablauf und die Planung der Sitzungen besprochen.

Wie kann man zum Beispiel starten, wo könnten Schwierigkeiten auftreten, welche Module sollten wann vermittelt werden etc. Frau C. hat anschliessend den Ablauf und die einzelnen Module zu Hause mit ihrem Partner geübt und so ihre Fertigkeiten verbessert. Zudem konnte Frau C. zu diesem Zeitpunkt (August 2007) aus der Behandlung der PTK austreten. Sie hatte das Ziel zur „Selbstbefähigung“ von Seiten des Teams erreicht.

Eine weitere Supervision wurde kurz nach Startbeginn der EmoReg-Gruppe und die zwei Letzten nach ca. einem halben Jahr durchgeführt. Die Gruppendynamik verlief von Anfang an sehr positiv und Frau C. konnte ihr enormes Fach- und Erfahrungswissen einbringen. Sie selber bezeichnet die Supervisionen als eine Art Weiterbildung. Irgendwann habe es diese aber nicht mehr gebraucht, weil keine Fragen mehr im Raum standen. Falls jedoch später einmal Unklarheiten auftauchen würden, könnte sie sich jederzeit an das Selbsthilfezentrum wenden.

Erfahrungen der Betroffenen und des Teams

Sowohl von Seiten der PTK als auch von Frau C. fällt das Fazit dieses Projektes durchwegs positiv aus. Ganz im Sinne des Recovery-Konzeptes wurde die Betroffene dazu ermuntert, ihre eigenen Wünsche und Ideen zu verwirklichen und das Team der PTK hat sie darin unterstützt. Frau C. kann als Betroffene für andere, die in ihrem Recovery-Prozess auf ähnliche Schwierigkeiten stossen, von grosser Bedeutung sein [3]. In ihrer Rolle als Leiterin der Selbsthilfegruppe sieht sich Frau C. als Profi. Zuhause sei sie jedoch wie alle anderen und erlebe auch den gleichen Frust. Sie lebe hier zwei verschiedene Rollen aus.

Frau C. hat sich mit sehr viel Herzblut für diese Gruppe engagiert. Neben den persönlichen Erfahrungen als Betroffene kann sie inzwischen auch viel Fachwissen einbringen. Sie bildet sich weiter, indem sie Vorträge und Weiterbildungen besucht, Bücher liest und sich nach wie vor stark für diese Themen interessiert.

Fazit

Das Zustandekommen dieser Gruppe war durch eine glückliche Konstellation von Umständen möglich und kann nicht einfach zum Regelfall gemacht wer-

den. Das Beispiel zeigt aber das grosse Potential, das im Bereich der Selbsthilfe und des Peer-Supports vorhanden ist und oft brachliegt.

Das Erkennen, Anregen und Fördern von solchen oder ähnlichen Selbsthilfe- und Peer-Support-Initiativen sollte viel bewusster in den Pflegealltag eingebaut werden. Die Unterstützung entsprechender Initiativen durch Pflegende mittels Coaching oder Supervision der Betroffenen ist eine sinnvolle Form der Unterstützung von Recovery und eine bereichernde Erweiterung der pflegerischen Arbeit in den Institutionen.

Literatur

1. Wikipedia. Recovery-Modell. <http://de.wikipedia.org/wiki/Recovery-Modell> (07.07.2008)
2. Amering M, Schmolke M (2006) Hoffnung-Macht-Sinn: Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. *Managed Care* 1/2006:20-22.
3. Knuf A (o Jg)., Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus - Eine Annäherung an das Recovery Konzept, www.beratung-und-fortbildung.de (07.07.2008)
4. Knuf A (2008) Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus: Genesung auch bei langzeiterkrankten Menschen. *Kerbe* 1/2008:8-11
5. Linehan, M (1996) Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien

Pflege psychisch kranker Menschen: Ansichten von innen

Susanne Schoppmann

Abstract

Hintergrund/Problemstellung

Im deutschen Sprachraum wird derzeit diskutiert, welche Anpassungen die psychiatrische Pflege vornehmen muss, um ein zukunftsfähiges Berufsprofil zu entwickeln und wie sie sich bei einer möglichen Umverteilung von Aufgaben in der psychiatrischen Versorgung darstellen und positionieren kann. Dazu ist es notwendig zu beschreiben welches die jetzigen Aufgaben der psychiatrisch Pflegenden sind.

Zielsetzung

Mit der Beschreibung der Aufgaben und Tätigkeiten der psychiatrisch Pflegenden wird die Zielsetzung verfolgt das Wissen und Können der Berufsgruppe zu explizieren und damit für die Diskussion sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch im interdisziplinären Diskurs zugänglich zu machen.

Methode und Material

Zur Datenerhebung wurde die teilnehmende Beobachtung eingesetzt. Sie erfolgte über einen Zeitraum von 11 Monaten auf 14 psychiatrischen Stationen in drei unterschiedlichen Behandlungsbereichen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Die Beobachtungsinhalte wurden in Form von Feldprotokollen aufgezeichnet und mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Zur Validierung der sich abzeichnenden Ergebnisse wurden Gruppendiskussionen mit den Pflegenden der Klinik geführt.

Ergebnisse

Die Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegenden in der psychiatrischen Klinik Münsterlingen lassen sich anhand von Situationsbeschreibungen in 12 Kategorien zusammenfassen:

- Milieugestaltung

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Medizinische Betreuung
- Pflegesituationen gestalten
- Geplante Pflegeinterventionen
- Zusammenarbeit mit anderen Stationen und Einrichtungen
- Dokumentation und Information
- Das Ganze im Blick haben
- Lehren und lernen
- Beziehungsgestaltung
- Reflektion
- Humor

Diskussion

Viele der in den jeweiligen Kategorien beschriebenen Aufgaben und Tätigkeiten finden sich in der Fachliteratur zur psychiatrischen Pflege wieder. Die Kategorie *„Das Ganze im Blick haben“* bildet hiervon eine Ausnahme. In dieser Kategorie spiegeln sich die Aufgaben und Tätigkeiten, die in den anderen Kategorien beschrieben sind, wie in einem Brennglas wider. Dabei kann die permanente Vigilanz und Handlungsbereitschaft der Pflegenden als zentrales Element dieser Kategorie gelten, allerdings ohne von den Pflegenden selbst als eigenständige Arbeitsanforderung wahrgenommen zu werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der in der Kategorie *„Pflegesituationen gestalten“* beschriebenen Aufgaben unterscheiden sich in den einzelnen psychiatrischen Behandlungsbereichen. Trotz dieser Unterschiede zeigt sich in der Beschreibung der Gestaltung der jeweiligen Pflegesituationen, dass diese dazu dienen die Patientinnen und Patienten im Schutz und im Erhalt ihrer Identität zu unterstützen.

Schlussfolgerung

Dass sich der überwiegende Teil der dargestellten Kategorien in der psychiatrischen Pflegefachliteratur wiederfindet, deutet darauf hin, dass sich damit eine Art *„Grundgerüst“* psychiatrischer Pflege beschreiben lässt. Darüber hinaus zeigen die Situationsbeschreibungen wie breit gefächert und ans-

pruchsvoll das Aufgabenfeld der psychiatrischen Pflegenden ist und welches ihr alltäglicher Beitrag zu Recovery ist.

Passen Recovery und psychiatrische Pflege zusammen

*Ian Needham, Fritz Frauenfelder, Franziska Rabenschlag,
Christoph Abderhalden*

Zusammenfassung

Das Recovery-Konzept findet auch im deutschsprachigen Raum zunehmende Verbreitung. Recovery kann dargestellt werden als „eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt“. In der psychiatrischen Pflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind uns keine konkreten Recovery-orientierten Projekte bekannt. Es werden deshalb drei Projekte aus dem Ausland dargestellt. Die zahlreiche Ähnlichkeiten und Schnittstellen zwischen dem Recovery-Konzept und der psychiatrischen Pflege lassen erwarten, dass die Recovery-Förderung Einzug in die psychiatrische Pflege halten wird, vorausgesetzt, es gelingt den Psychiatriepflegerinnen, gewisse Hindernisse anzugehen.

Psychiatrische Pflege

Das heutige Verständnis von psychiatrischer Pflege lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: *„Pflege ist eine Praxiswissenschaft, die sich mit menschlichen Erfahrungen, Bedürfnissen und Reaktionen in Zusammenhang mit Lebensprozessen, Lebensereignissen und aktuellen oder potentiellen Gesundheitsproblemen befasst. Als Wissenschaft generiert und überprüft sie Fachwissen über pflegerelevante gesundheitliche Phänomene und über entsprechende Interventionen. Als Praxis unterstützt sie Individuen und Gruppen im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags und beim Streben nach Wohlbefinden, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existentiellen Erfahrungen“* [1:37]. Pflege in der Psychiatrie umfasst ferner [2]:

- Die Beeinflussung psychischer Krankheiten durch Maßnahmen im Bereich des konkreten Alltagslebens der Patientinnen und Patienten.
- Hilfe für psychisch Kranke, Krankheitsfolgen und krankheitsbedingte Schwierigkeiten im Alltagsleben auszuhalten, zu mildern oder zu bewältigen.
- Unterstützung für psychisch Kranke, ihren Alltag auf eine Art und Weise zu gestalten, welche zu einem größtmöglichen Maß an seelischer Gesundheit und Wohlbefinden beiträgt und ihnen und ihrer Umwelt gerecht wird.
- Hilfe für Angehörige und andere Personen im Umfeld der Patientinnen und Patienten bei der Gestaltung des Zusammenlebens und der Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten.

Recovery

Die Ursprünge der Recovery-Bewegung liegen in den 30 Jahren des vergangenen Jahrhunderts und stammen aus den USA. Der englische Begriff Recovery bedeutet „sich erholen“ oder „genesen“ und ist ein wichtiges Konzept der Selbsthilfebewegung für Menschen mit psychischen Störungen oder Beeinträchtigungen. Das Recovery-Konzept widerspiegelt das Bestreben psychisch Kranker, trotz psychischen Beeinträchtigungen ein sinnerfülltes, von Hoffnung getragenes Leben zu führen. Im Weiteren bestand eine Unzufriedenheit mit der herkömmlichen Auffassung der Psychiatrie, wonach Merkmale wie Medikamenteneinnahme, Symptomreduktion oder gar -freiheit als „klassische“ Indikatoren für eine Genesung von psychischer Krankheit galten.

Beim Recovery handelt es sich nicht um ein einheitliches, scharf umrissenes Konzept. Dies hängt mit dem Umstand zusammen, dass psychische Krankheiten und deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen ein sehr breites Feld darstellen, wobei die Wege zur Genesung sehr individuell sein können. Stellvertretend für die vielen Recovery-Auffassungen seien hier zwei Beschreibungen erwähnt:

- Recovery-Konzepte beschreiben *„die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben. Es handelt sich dabei meist um individuell fortlaufende Prozes-*

se, die sich an für die einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen orientieren“ [3:97].

- *„Recovery ist ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führe, dass er auch mit bestehenden psychischen Problemen in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“ [4:8].*

In Ermangelung einer allseits akzeptierten Recovery-Definition bieten wir die folgende Beschreibung an:

„Recovery ist eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt“ [5].

Recovery-Projekte in der psychiatrischen Pflege

Die Recovery-Bestrebungen in der psychiatrischen Pflege in den deutschsprachigen Ländern stecken nach unserem Wissensstand noch in den Anfängen. Deshalb seien die folgenden Projekte aus dem Ausland erwähnt.

Der Recovery-Prozess

Die kanadischen Pflegeforscherinnen Sylvie Noiseux und Nicole Ricard untersuchten die Dynamik des Recovery-Prozesses bei Personen, die an Schizophrenie leiden, mit dem Ansatz der gegenstandsbezogenen Theoriebildung. Sie stellten dabei das Wissen und die Erfahrungen der Betroffenen an den Ausgangspunkt ihrer Forschungsarbeit. Zur Erkundung der Vielfältigkeit des Recovery-Prozesses berücksichtigten die Forscherinnen im Sinne der theoretischen Stichprobenbildung Betroffene, die sich sowohl in der stationären Psychiatrie wie auch im außerklinischen Bereich leben, Ferner beteiligten sich Angehörige der Betroffenen sowie professionelle HelferInnen an der Untersuchung. Nach der Analyse umfangreichen Interviewmaterials ermittelten die Forscherinnen gewisse Muster im Recovery-Prozess, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen [6]:

1. Abstieg in die Hölle: Die Krankheit Schizophrenie erzeugt enormes Leiden und führt zum Zusammenbruch von Hoffnungen und Träumen. Oft werden die Betroffenen durch Freunden und Familie ausgegrenzt. Die Über-

wältigung durch Krankheitssymptome erweckt den Überlebenswillen, das unbewusste Hinnehmen der Krankheit wandelt sich zur bewussten Verweigerung der Krankheit.

2. Ein Hoffnungsfunke entsteht: Die Vorherrschaft der Symptome reibt sich mit dem Lebenswillen. Ein Funke der Hoffnung entzündet sich, der anfänglich noch zart und instabil ist. Er spielt jedoch eine zentrale Rolle beim Aufstieg aus der Hölle.
3. Einsicht gewinnen: Wie von selbst und mühelos beginnen die Betroffenen in sich zu schauen. Sie denken über ihr früheres Leben (privat und beruflich) nach und orten Halt bietende Bezugspunkte. Betroffene entdecken ferner Motivationsquellen, die den Lebenswillen speisen.
4. Zurück kämpfen: Der Hoffnungsfunke hilft den Betroffenen aus einer von Symptomen beherrschten Existenz auszubrechen. Betroffene setzen ihre persönlichen Charakterstärken ein und entwickeln einen Kampfgeist.
5. Schlüssel zum Wohlbefinden entdecken: Die Betroffene suchen nach „Schlüssel“ zum besseren Wohlbefinden. Das Finden der richtigen „Schlüssel“ ist ein langwieriger und ständiger Prozess. Einmal gefunden, werden die „Schlüssel“ im Recovery-Kampf eingesetzt.
6. Balance zwischen inneren und äußeren Kräften finden: Manchmal herrscht ein Chaos zwischen dem Innenleben der Betroffenen (unklare psychische Vorgänge, Symptome) und dem Umfeld (Ausgrenzung, Überbehütung durch Familie und Freunde). Die „Schlüssel“ zum Wohlbefinden werden eingesetzt und die Betroffenen verfeinern ihre Strategien im Umgang mit dem dynamischen Zusammenspiel zwischen den internen Stärken und den starken und oft überwältigenden externen Kräften. In dieser Phase nutzen Betroffene Möglichkeiten und Gelegenheiten zur Kontaktnahme mit der „Außenwelt“ und zur Nutzbarmachung von externen Einflüssen. Eine Brücke zwischen der „Innen-“ und „Außenwelt“ entsteht.
7. Lichtblick am Ende des Tunnels: Die Betroffenen bemerken – verstandesoder/und gefühlsmäßig – körperliche, psychische oder soziale Hinweise auf eine Besserung. Das Umfeld der Betroffenen nimmt die Anzeichen der Besserung wahr. Ein Betroffener berichtet: *„...sozial bin ich zugänglicher und andere Leute können mir näher kommen, das gibt den Leuten, die mich unterstützen, ein Gefühl der Sicherheit“* [6:1156].

Es wird darauf hingewiesen, dass sich der Recovery-Prozess nicht notwendigerweise an die obige, beschriebene Abfolge halten muss, denn Recovery ist ein kreativer und höchst individueller Vorgang. Die Autorinnen dieser Studie halten fest, dass Recovery eine lange persönliche Reise ist, die viel Unterstüt-

zung und eine unerschöpfliche Geduld erfordert. Recovery ist ferner ein Prozess der kleinen Schritte, in dem, man trotz Krisen, Rückschläge und Symptomen sein Leben lebt [6:1157].

Das Gezeiten-Modell und Recovery

Während eines Projektes zur Notwendigkeit der Pflege an der Universität von Newcastle entwickelte der schottische Professor für psychiatrische Pflege, Phil Barker sein Gezeiten-Modell (englisch Tidal Model). Das Gezeiten-Modell wurde von der Chaos-Theorie und von den Arbeiten Peplaus zur interpersonellen Pflege inspiriert. Der Begriff Gezeiten bezieht sich auf metaphorische Ähnlichkeiten zwischen der menschlichen Erfahrung und die Eigenschaften des Wassers wie etwa Ebbe und Flut, Fluidität, ständiger Wandel und Unvorhersagbarkeit [7:235]. Wegen der Fluidität der menschlichen Erfahrung erfordert das Modell flexible und individualisierte Reaktionen auf Menschen [7:236]. Interessant ist der Umstand, dass Barker Begriffe wie PatientInnen, KlientInnen oder Kranke vermeidet und von Personen spricht. Zentral in Barkers Modell ist das Verstehen von Personen. Barker unterscheidet drei Dimensionen der Person im Gezeiten-Modell:

- Die Welt-Dimension: als die Validation oder Wertschätzung der Erfahrung (etwa Verzweiflung, Bedrängnis oder Krankheit) der Person durch andere.
- Die Selbst-Dimension: Das Bedürfnis nach emotionaler und physischer Sicherheit.
- Die Anderen-Dimension: Die Betonung der notwendigen Unterstützung und die Inanspruchnahme von Leistungen.

Die „Geschichte“ der Person steht im Zentrum des Modells, denn über die „Geschichte“ tritt man erst in Kontakt mit der Lebenswelt der Person. Barker legt großen Wert darauf, dass die Bedürfnisse und Probleme der Person in deren Sprache festgehalten und nicht in ein psychiatrisches Jargon übersetzt werden, das die Aufmerksamkeit von der gelebten Erfahrung der Person weglenkt [7, p. 237]. Betroffene Personen und Pflegende machen sich auf eine gemeinsame Entdeckungsreise und suchen nach Problemlösungen. Das Gezeiten-Modell orientiert sich nicht an der „evidenzbasierten Praxis“, die sich laut Barker für Populationen aber nicht für Individuen eignet. Barker spricht in diesem Zusammenhang von der „persönlichen Wissenschaft der Person“ und anderswo von der „praxisbasierten Evidenz“. Im Vorwort zum Barkers Buch

über das Gezeiten-Modell schreibt die Psychiatrieerfahrene Sally Clay: *„Das Gezeiten-Model macht eine authentische Kommunikation und das Erzählen unserer Geschichten zum Kernstück der Therapie. Damit wird die Behandlung psychischer Krankheiten zu einem persönlichen und humanen Bemühen im Gegensatz zu der Unpersönlichkeit und Objektivität der Behandlung im konventionellen Psychiatriesystem. Es fühlt sich an wie mit Freunden und Kollegen zusammen zu arbeiten eher als mit einer Art ‚höhergestellten‘ Versorgern. Man knüpft Verbindungen mit sich selbst und mit anderen anstatt in einer eigenen funktionsgestörten Welt isoliert zu sein“* [8].

Die Recovery-Bündnis-Theorie

Die in der Republik Irland tätigen Psychiatriepflegefachleute Maureen Jubb-Shanley und Eamon Shanley haben einen Recovery-Ansatz [9] entwickelt, bei dem das Bündnis zwischen Betroffenen und Pflegenden im Vordergrund steht. Dieser Ansatz betont die Beteiligung der Betroffenen und rückt das klassische kurative Modell der Medizin in den Hintergrund. Wichtige Grundpfeiler Ansatzes sind die Anerkennung der Betroffenenensicht, der Verzicht auf eine „Fremddiagnostik“ zur Minimierung der Machtgefälle zwischen Betroffenen und Pflegenden und die partnerschaftliche Beziehungsgestaltung. Ausgehend von der Problemsicht der Betroffenen werden im Arbeitsbündnis konstruktive Problemlösungen angestrebt. Pflegende helfen den Betroffenen zu erkennen, wie sie eigene Kräfte, Ressourcen und Strategien entwickeln und für Problemlösungen nutzbar machen können. Dies erfordert von Seiten der Betroffenen ein hohes Mass an Eigenverantwortung für ihr Wohlergehen und die Bereitschaft, Kontrolle darüber auszuüben. In dieser Theorie nehmen die Betroffenen eine Expertenrolle ein mit Blick auf ihre Erfahrung und Wahrnehmung. Die Pflegenden sehen ihre Expertise in der Unterstützung in kognitiven und emotionalen Veränderungsprozessen.

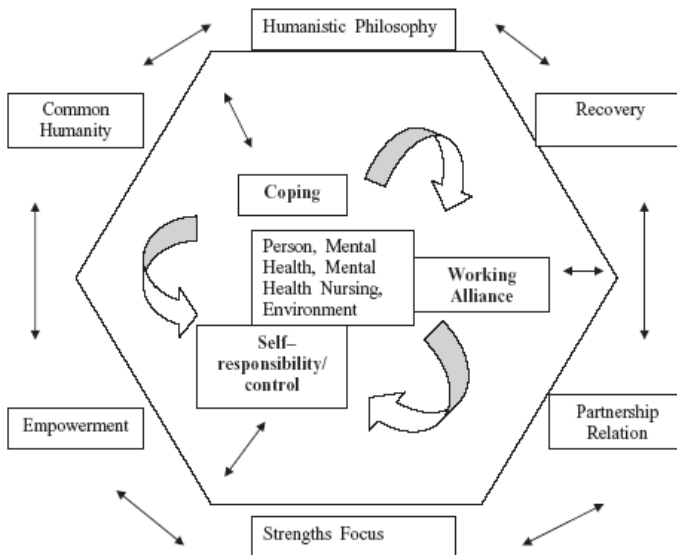
Grafisch lässt sich die Recovery-Bündnis-Theorie von Shanley und Jubb-Shanley folgendermaßen darstellen (Abbildung 1):

Vergleich zwischen Recovery und psychiatrischer Pflege

Andreas Knuf, psychologischer Psychotherapeut und Mitarbeiter des psychologischen Teams der Schweizerischen Stiftung Pro mente sana, ist ein grosser

Kenner der Recovery-Szene erarbeitete eine Gegenüberstellung zwischen dem Recovery-Ansatz und der Orientierung der konventionellen Psychiatrie [4, S. 9]. Die Gegenüberstellung – obwohl ein wenig „idealtypisch“ und vielleicht etwas „karikiert“ – zeigt wichtige Unterschiede zwischen den Orientierungen auf. In der folgenden Tabelle 1 erscheint zum Vergleich eine Beschreibung der psychiatrischen Pflege nach demselben Raster.

Abbildung 1: Recovery-Bündnis-Theorie



Aus der Tabelle geht hervor, dass viele Gemeinsamkeiten und Schnittstellen zwischen dem Recovery-Ansatz und der derzeitigen Auffassung psychiatrischer Pflege existieren. Dieser Vergleich darf nicht zum naiven oder zum über-enthusiastischen Schluss führen, dass wir in der psychiatrischen Pflege nach dem Recovery-Konzept arbeiten würden. Im Gegenteil: Wahrscheinlich können wir Psychiatriepflege-Profis gar nicht nach dem Recovery-Konzept arbeiten. Hierzu Andreas Knuf: „Die Rolle der Professionellen im Recovery-Prozess“ verhält sich ähnlich wie bei Empowerment: Beides können nur die Betroffenen selbst vollbringen, wir können nur fördern, ermutigen, begleiten, anregen.

Tabelle 1: Gegenüberstellung Recovery - konventionelle Psychiatrie - Pflege

	Recovery-Ansatz [4]	Konventionelle Psychiatrie*	Psychiatrische Pflege [10]
Ziele	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; gesellschaftliche Integration (inclusion), Gesundheit	Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, berufliche Wiedereingliederung	Bewältigung des Alltags, Erhaltung, Anpassung, Wiederherstellung physischer, psychischer und sozialer Funktionen.
Per-spektive	Zufriedenes Leben ist für alle Betroffenen möglich. Manchmal gelingt auch eine völlige Gesundung von der Erkrankung und deren Folgen.	Keine „falschen Hoffnungen“ machen; „vita minima“ muss hingenommen werden; wer keine Symptome hat, kann froh sein	Größtmögliches Mass an seelischer Gesundheit und Wohlbefinden im konkreten Alltag.
Hilfen	Alle Hilfen, die da Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung fördert; Peer-Support erhält hohe Bedeutung	Klassisches psychiatrisches Angebot; Fokus auf Medikation	Strategien in partnerschaftlicher Beziehung mit den Betroffenen entwickeln (Pflegekonzepte wie Coping, Selbstpflege, Realitätsbezug, Wohlbefinden)
Hoffnung	Wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für professionelle Arbeit.	Bezieht sich lediglich auf die Wirkung der Medikamente und der übrigen Behandlung, ansonsten keine besondere Bedeutung	Hoffnung wird als Konzept in der (psychiatrischen) Pflege verwendet (etwa NIC Hoffnung vermitteln oder die Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit)
Selbsthilfe	Selbsthilfe ist zentral für den Recovery-Prozess. Ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbsthilfeförderung ist selbstverständliches Element jedes Behandlungsangebots.	Selbsthilfe trägt zur Symptomreduktion wenig bei und wird von professioneller Seite kaum gefördert	Selbstpflege (nicht nur im Sinne von Orem) nimmt eine zentrale Stellung ein.
Selbstverantwortung	Die Übernahme von Selbstverantwortung ist ein wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeutet auch den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen	Hilfe erfolgt durch Medikation und Behandlung; Selbstverantwortung kann die Compliance reduzieren und die Behandlung erschweren und wird daher nicht gefördert, sondern durch einseitige biologische Erklärungsmodelle eher behindert	Selbstverantwortung wird gefördert, PatientInnen werden in den Pflegeprozess einbezogen, die PatientInnen werden motiviert, Selbstverantwortung für den Einsatz ihrer Ressourcen zu übernehmen

Daher wäre es ja besser, wenn wir Fachleute von Recovery-Förderung sprechen würden.“ Selbst auf dem Weg hin zu einer Recovery-Orientierung muss viel Arbeit geleistet und viele Hindernisse überwunden werden. Hierzu einige Hinweise:

- Besonders im Umgang mit LangzeitpatientInnen (oder „chronischen“ PatientInnen) müssen wir unsere eigene pessimistische Haltung überwinden, die wohl zur sekundären, „nosokomialen“ Stigmatisierung der PatientInnen beiträgt.
- Wir müssen uns vermehrt an Ressourcen und weniger an Defiziten orientieren.
- Wir müssen aktiv am Rollenwechsel von ExpertInnen zu Begleitenden und Unterstützenden in einer gleichwertigen Partnerschaft [11] arbeiten.
- Wir müssen den Machtverlust, und die Abgabe der Verantwortung [11] wagen und verkraften.
- Wir müssen einsehen und zugestehen, dass wir als Pflegende zunächst einmal viel zu lernen haben von den Betroffenen selber, dass wir unser Profi-Fachwissen durch jenes Wissen aus der persönlichen Erfahrung der Betroffenen ergänzen und zum Teil wohl auch korrigieren müssen [12].
- Recovery-orientiertes Arbeiten bedingt verstärkt individuelle, kreative und offene Ansätze als das, was wir heute im Rahmen von Programmen und standardisierten Abläufen in der institutionellen Psychiatrie in der Regel tun [12].
- Wir müssen Einfluss auf unsere Arbeitsumgebung dahingehend geltend machen, dass eine Recovery-Förderung möglich ist. Sowers [13] hat einen Katalog von Indikatoren entwickelt, der anzeigt inwiefern eine Institution recovery-orientiert arbeitet. Hierzu gehören Merkmale wie etwa die aktive Beteiligung der NutzerInnen an strategischen Planungsprozessen der Organisation oder die Anstellung von Psychiatrieerfahrenen und solche mit Behinderungen als MentorInnen und BeraterInnen.

Dieser Aufsatz zeigt, dass es offensichtliche Gemeinsamkeiten zwischen dem Recovery-Konzept und der psychiatrischen Pflege gibt. Deshalb wagen wir die Prognose, dass man in Zukunft vermehrt mit Recovery-orientierten Aktivitäten in der Psychiatriepflege zu rechnen hat.

Literatur

1. Sauter D, et al (2006) Lehrbuch Psychiatrische Pflege, Bern: Huber.
2. Abderhalden C, Needham I (2008) Psychiatrische Pflege und psychische Gesundheit - Pflegeverständnis, Pflegeprozesse, Pflegeorganisation, Arbeitsfelder und aktuelle Herausforderungen. In: Oggier W (Hrsg) Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch. Basel:Schwabe
3. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
4. Knuf A (2008) Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. Kerbe, 2008(1): 8-11
5. Rabenschlag F, Needham I (in Vorbereitung) Recovery. In: Sauter D, et al (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber
6. Noiseux S, Ricard N (2008) Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. Int J Nurs Stud 45(8): 1148-1162
7. Barker P (2001) The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 8(3): 233-240
8. Clay S (2005) A view from the USA. In: P. Barker P, and P. Buchanan-Barker P (Hrsg) The Tidal Model: A guide for mental health professionals. London: Brunner-Routledge
9. Shanley E, Jubb-Shanley M (2007) The recovery alliance theory of mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 14(8):734-743
10. Sauter D, et al (2005) Lehrbuch Psychiatrische Pflege (2 Aufl). Bern: Huber
11. Jubb-Shanley M, Shanley E (2007) Trialling of the Partnership in Coping System. J Psychiatr Ment Health Nurs 14(3)226-232
12. Needham I, et al (2008) Recovery und psychiatrische Pflege: Arbeit im Bündnis mit den Betroffenen. Pro mente sana aktuell (im Druck)
13. Sowers W (2005) Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. Community Ment Health J 41(6): 757-74

Pflege als menschliche Zuwendung

Sabine Weißflog, Jürgen Rave, Willi Kazmaier

Einleitung

Warum sprechen wir zu Beginn des 21. Jahrhunderts über Pflege in menschlicher Zuwendung? Setzt man nicht voraus, dass diese menschliche Zuwendung zum Erkrankten natürlich ist? Was ist menschliche Zuwendung und wie zeigt sich diese Zuwendung in der Pflegepraxis? - Viele Fragen, deren Beantwortung dieser Vortrag folgen möchte.

Hintergrund

Betrachten wir die demografische und epidemiologische Entwicklung der Bevölkerung zeigt sich, wie auch die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflege bereits aussagt, ein gesundheitsfördernder Auftrag. Das heißt, die Ressourcen und Potentiale des Menschen gemeinsam zu erkennen, zu stärken und zu fördern.

Folglich müssen in stationärer Behandlung wie auch im tatsächlichen Alltag psychisch Erkrankter Ansätze entwickelt werden, die diesem Auftrag entsprechen.

In einer Zeit zunehmender menschlicher Distanzierung fangen Pflegende an, sich ihrer eigentlichen Bestimmung – einer zwischenmenschlichen Zuwendung – zu besinnen, mit dem Wunsch nach einer tatsächlichen Bedürfnisorientierung am Anderen.

Schauen wir uns im Krankenhaus um und sprechen mit Pflegenden³, so fühlen sich diese zunehmender Technologisierung und Bürokratisierung ausgesetzt.

So verfügen wir über Kommunikationsmittel, die es ermöglichen, eine Pflegeplanung per Knopfdruck zu erstellen. Bereits hinterlegte Textbausteine vereinfachen die Formulierungsphase von Problemen und Ressourcen des Patienten.

³ Hinsichtlich der Nennungen Pflegende, Patienten, Betroffene und Erkrankte findet zur besseren Lesbarkeit die männliche Form Anwendung.

Wir können einen Katalog durchschauen und uns passende Textbausteine herausuchen [1].

Auf dem Hintergrund teils stundenlanger Arbeit am PC empfinden psychiatrisch Pflegende eine zunehmend Distanz zu ihren Patienten und den Wunsch nach Nähe.

Es ist gut, dass sich die Pflege inhaltlich weiter entwickelt hat und Erkrankte qualitativ hochwertige Pflege erhalten, nur scheint alles seinen Preis zu haben.

Menschliche Zuwendung

Nun setzt man voraus, dass eine menschliche Zuwendung zum Erkrankten wohl keiner Diskussion bedarf und natürlich eigentlich gegeben ist. Doch will man sich tatsächlich jemanden zuwenden und sich an dessen Bedürfnissen orientieren, bedarf es einem „... *reflektierten Pflegehandeln und den von Pflegenden und Erkrankten gemeinsam erlebten Reaktionen des Betroffenen auf Gesundheit und Krankheit* ...“ [1:25]. So verstehen Barker et al. [2] unter menschlicher Zuwendung unter anderem: „*Die Geschichte der Person stellt Anfang und Endpunkt einer helfenden Begegnung dar. ... Diese Geschichte wird von einer Stimme der Erfahrung erzählt und sollte nicht durch eine Stimme der Autorität interpretiert werden*“ [2:46]. Im Weiteren führen sie aus: „*Im Prozess des Geschichte-Schreibens, kann der Stift der Pflegeperson nur allzu oft eine Waffe werden. ... [wenn wir aber] Assessments und Pflegepläne gemeinsam mit der Person anfertigen, wird die Art der Zusammenarbeit noch deutlicher nachvollziehbar*“ [2:48].

Sprechen wir von menschlicher Zuwendung, so geht dieser Ansatz über bloße Gefühlswallungen Pflegender hinaus. Er sollte zu einem professionellen Pflegehandeln unter Anerkennung der Autonomie des psychisch erkrankten Menschen führen.

Menschliche Zuwendung in der Pflegepraxis

Begeben wir uns nun in die Pflegepraxis und beleuchten ein Beispiel gelebter Grundhaltung menschlicher Zuwendung aus den Fachbereichen der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II (AP II) von der stationären bis ambulanten Versorgung und dem Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienst des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden (PZN).

Beginnen wir innerhalb der Klinik AP II und stellen uns folgende Situation auf einer allgemeinpsychiatrischen Behandlungsstation vor:

Es ist Montagvormittag. Die Oberarztvisite steht an, das Team der Station ist mit der Übergabe und der Aufarbeitung von Problemen des Wochenendes beschäftigt und gleichzeitig drängen zwei Patienten auf Entlassung. Der Hol- und Bringdienst wartet geduldig, um Patienten zum EKG zu begleiten und Blutproben müssen in das Labor gebracht werden. Also ein ganz normaler Montagvormittag.

Fast unbemerkt läuft Frau A. den Stationsgang auf und ab. Als ihre Schrittfrequenz zunimmt und sie auf Kontaktangebote ihrer Mitpatienten nicht eingeht, fällt dieses Verhalten einigen Teammitgliedern auf. Die Interpretation der Pflege zu diesem Zeitpunkt lautete: *„Frau A. ist gespannt. Vielleicht hört sie wieder Stimmen?“*. Diese Interpretation geht in die anschließende Übergabe an den nachfolgenden Dienst ein.

Betrachten wir dieses Beispiel, verdeutlicht sich eine sofortige Verschränkung der beobachteten Phänomene mit der eigenen Interpretation von Seiten der Pflegenden.

So halten Rahm et al. [3] innerhalb ihrer Einführung in die Integrative Therapie fest: *„Unsere Wahrnehmung von Phänomenen ist immer mit Vorurteilen und ungeprüften Interpretationen verschränkt“* [3:29].

Unter dem Ansatz einer menschlichen Zuwendung mit dem Ziel, den Sinn der beobachteten Phänomene zu verstehen, gestaltete sich der weitere Kontakt zu Frau A. wie folgend.

Mit der Beobachtung und eingeschlossener Interpretation, sowie der Frage: *„Sie laufen recht zügig den Stationsgang auf und ab. Ihre Mitpatienten haben sie angesprochen ohne dass sie eine Reaktion zeigten. Ich habe den Eindruck, sie sind sehr angespannt“* ging man auf Frau A. zu. Diese schaute auf und antwortete: *„Ach, sehe ich so aus? Das ist mir selbst nicht aufgefallen. Ich mache mir Gedanken um meine Familie. Sie wollten mich heute besuchen kommen und im Wetterbericht haben sie Glatteis angesagt“*.

Über weitere Gespräche am Mittag äußerte Frau A: *„Wir wohnen im Odenwald. Sehr viele Straßen haben keinen Winterdienst. Ehe meiner Familie etwas*

passiert, möchte ich lieber keinen Besuch. Aber ich vermisse die Umarmung meiner Tochter so sehr“.

Mit dieser Gesprächssequenz zeigt sich, dass ohne eine Rückfrage an die Patientin das Team, wie auch Frau A. den Sinn der Phänomene nicht wirklich hätten erfassen können. Die Sorge um die Familie, verbunden mit den Bedürfnissen nach Sicherheit und Zuwendung, wäre wohl nicht so deutlich geworden.

Das heißt, wenn Pflegekräfte den Wunsch haben, ihre Patienten tatsächlich zu verstehen um sich an deren Bedürfnissen zu orientieren, bedarf es eines Prozesses, der die Erschließung des Sinns der beobachteten Phänomene zum Ziel hat.

Verbunden mit einer Neugier am Betroffenen, in Akzeptanz seiner Lebensgeschichte.

Projekt

So begann im November 2005 ein Projekt mit dem Thema: *„Einführung einer wertfreien Beschreibung der Patientenbeobachtung mit Pflegehypothese und Rückfrage“*, das zum 31.10.2006 termingerecht abgeschlossen werden konnte. Die Zielsetzung lautete: *„Der Pflegebericht beinhaltet wert- und interpretationsfreie Beobachtungen, eine Pflegehypothese, eine Fragestellung an den Patienten und die Antwort des Patienten auf die Frage“*.

Hinsichtlich des inhaltlich methodischen Ansatzes fand die Integrative Therapie (IT) nach Hilarion Petzold [3] Anwendung. Die der IT immanente phänomenologische Analyse nach Schmitz verfolgt das Ziel der Durchdringung der Wirklichkeit über Stadien des Wahrnehmens, Erfassens und des Abschälens des beobachteten Phänomens von der eigenen Interpretation [4].

Psychiatrisches Pflegehandeln ist geprägt vom Alltagshandeln. Der Kontext des Alltags auf einer Station, Tagesklinik oder innerhalb der Ambulanz ist wiederum geprägt von Lebens- und Krankheitsgeschichten, die psychisch Erkrankte erzählen und erschließen möchten. Der Pflege begegnet täglich eine Kette von beobachteten Phänomenen, deren Erkennen es zu erschließen gilt, will man sie verstehen [1:58].

Somit bot sich dieser methodische Ansatz, der bewussten Trennung der Wahrnehmung von Phänomenen und der eigenen Interpretation, als Einstieg in eine menschlich gelebte Zuwendung mit dem Ziel einer Bodenbereitung für entstehendes Wachstum an.

Diese „Trennung“ fand ihren Ausdruck im direkten Patientenkontakt und über den Pflegebericht innerhalb der Pflegedokumentation.

Ergebnis

Mit dem Erreichen des Projektziels gaben die Pflegenden folgende Rückmeldungen:

„Es hat sich einiges bewegt ...“

„... Dokumentationsstil hat sich trotz anfänglicher Unsicherheit und Ängsten zum positiven verbessert ...“

„... ein Umdenken hat eingesetzt ...“

„... das Projekt fand positiven Anklang und wurde mit viel Arbeit der Kollegen versucht umzusetzen ...“

„... da die Patienten in die Dokumentation mit einbezogen werden, wurde auch der Kontakt und das Vertrauensverhältnis vertieft. Dies führte zu einer positiven Rückmeldung von Seiten der Patienten an das Pflegepersonal. Sie haben das Gefühl, das nichts mehr heimlich über sie dokumentiert wird und sie miteinbezogen werden. ... auch das Multiprofessionelle Team ist der Meinung, dass die Dokumentation nachvollziehbarer ist und man Situationen und das Befinden der Patienten besser verstehen kann“.

„Weiterhin traten Effekte auf, die nicht geplant waren. So dokumentierten Gesundheits- und Krankenpflegeschüler die Krankenbeobachtung wertfrei und andere Berufsgruppen interessierten sich für den Prozess der Sinnfindung“ [1:57].

Fazit

Mit diesen Rückmeldungen wird eine neue Pflegerolle über die Unterstützung Betroffener deutlich.

„Dass Pflegende der Orientierung an den Bedürfnissen psychisch Kranker näher gekommen sind, zeigen die Rückmeldungen zur Vertiefung des Vertrauensver-

hältnisses zwischen Patienten und Pflegenden. Wenn Betroffene ein Gefühl äußern, dass nichts mehr heimlich über sie dokumentiert wird und sie in die Behandlung miteinbezogen werden, spricht dies für eine empfundene Wertschätzung. Das heißt, einer Haltung in Anerkennung des Anderen, seiner Person mit seiner Stimme. Oder wortlos, über Mimik, Gestik und Körperhaltung“ [1:59].

Handlungsfeld Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)

Inhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege sind:

- Erstgespräch und gemeinsamer Entwurf für eine Hilfeplanung
- Beziehungsgestaltung, laufende Beobachtung und Dokumentation
- Koordination mit anderen Dienstleistern, Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Hilfen bei der Strukturierung von Zeit sowie konkret anfallender Aufgaben

Der APP ist die Antwort auf die schon lange geforderte Aussage: „Ambulant vor Stationär“. Diese Losung ist zwar keineswegs neu – allerdings ist die Pflege dem bisher nur sehr zögerlich gefolgt. Die Versorgung wird in aller Regel den Ärzten und Sozialarbeitern überlassen. Den Patienten fehlt jedoch nach wie vor die Begleitung im Alltag, eine Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten. Diese Lücke suchen wir zu füllen, in Kooperation mit Ärzten und Sozialarbeitern.

Der Facharzt stellt die Verordnungen aus und sichert die Gesamtbehandlung. Als sinnvolle Ergänzung der sozialpsychiatrischen Dienste ist es uns möglich die Patienten mehrmals täglich aufzusuchen. Über diese Besuche erlangen wir auch meist die bessere Übersicht über die Lage. Mit dem stationären Bereich kooperieren wir, weil die Bemühungen der Kollegen dort natürlich auf bestelltes Land fallen sollen.

Wenn wir ein Erstgespräch führen, steht für den APP nicht im Vordergrund möglichst viele Daten zu erfassen, diese in unsere Systeme einzubringen und den Vorschriften Genüge zu tun. Vielmehr ist hier auf die Selbsthilfepotenziale des Betroffenen zu achten und vor allem zunächst Vertrauen aufzubauen.

Fallbeispiel

Die Klinik, der Sozialdienst der Station 04 ruft an und berichtet, es ginge um einen 33jährigen Patienten Walter E. Dieser sei seit 4 Monaten in Behandlung erst auf der Akutstation und zuletzt auf der Förderstation wegen einer schizophrenen Psychose behandelt worden. Die Kommunikation mit dem Patienten sei nicht einfach. So habe dieser immer wieder eigene Vorstellungen entwickeln, die im Rahmen der Erkrankung als völlig unrealistisch angesehen wurden. Auch neige er zu Verwahrlosung und Chaos in seiner Wohnumgebung. Bei der Körperpflege würde es noch einigermaßen ordentlich zugehen aber insgesamt sei Herr E. ein schwieriger Kandidat – wir könnten es ja mal probieren.

Aufbau eines Vertrauensverhältnisses:

Erstkontakt bei einer Vorstellung in den Büroräumen des APP (innerhalb der Klinik). Herr E. wirkt abwartend und lässt sich erst einmal die Grundidee des 2maligen Kurzkontaktes durch unseren Dienst darlegen. Von Seiten des APP sind zwei Mitarbeiter anwesend. Wir glauben bereits, dass nun viele Wenn und Aber eingeworfen werden und ein Widerstand gegen uns eingenommen wird. Wir sind also überrascht, dass Herr E. unkompliziert unseren Vorschlägen folgt und nun 2 x täglich (um 8.15 h und um 19.50 h) aufgesucht wird. Später wird er sagen: „Die Klinik war nicht mehr schön, da konnte ich doch was anderes ausprobieren.“ Wir sind höflich und charmant miteinander und gehen mit besten Hoffnungen auseinander.

Der erste Besuch 3 Tage später ist eine riesige Enttäuschung. Herr E. ist einfach nicht zu Hause. Wir hatten den Abend geplant, da morgens ja die Entlassung aus der Klinik war. Folglich versuchten wir es am anderen Morgen noch einmal, um wenn Herr E. nun wieder nicht anwesend war dies dann der Klinik mitzuteilen (was ja nichts geändert hätte). Aber siehe da. Herr E. ist zu Hause und knurrt: „Dann kommen Sie mal rein“. Er hatte sich am Nachmittag des Vortages gleich ein Rezept bei seinem niedergelassenen Psychiater besorgt und die Medikamente auch in der Apotheke abgeholt. Da war ich doch schon wieder überrascht. Meine Freude wurde allerdings durch den Zustand der Wohnung etwas getrübt. Es lagen jede Menge Papierschnipsel und leergegessene Joghurtbecher am Boden, so dass man im Wohnzimmer kaum gehen

konnte. Die ganze Wohnung wirkte etwas klebrig und ich schwebte elfengleich durch die Räume weil ich mich doch ein wenig ekelte. Herr E. bemerkte dies durchaus und grinste mich auffordert an. „Na ja“, bemerkte ich etwas betreten, „für mich ist das schon ein wenig unangenehm. „Ach machen Sie sich nichts draus, man kann sich an alles gewöhnen“, war seine Replik. Das habe ich dann auch tatsächlich erst mal versucht, denn ich hatte jetzt auch weder Lust noch Zeit, die Wohnung zu säubern und dass hätte sich Herr E. wahrscheinlich auch verboten. Vielmehr sprachen wir nun darüber, dass der Bundesligafußballclub TSG Hoffenheim jetzt ja in der Bundesliga spiele und wenn die so weiter machen, demnächst sogar in der 1. Liga.

Erarbeitung von Akzeptanz und gegenseitiger Wertschätzung:

Aber wir sind dann noch dazu gekommen, die Wochendosette mit den Medikamenten zu richten. Herr E. nahm umständlich (aus meiner Sicht) die tageszeitlich orientierte Dosierung vor – also für jede Tageszeit die komplette Dosierung und dann die Nächste. Ich hätte ja z. B. erst mal für jeden Morgen die Akineton retard eingegeben usw. Es blieb mir wohl nichts anderes übrig, als mich auf die langwierige Prozedur einzulassen – sonst hätten wir gleich Streit bekommen. Nach dieser ersten Versorgung trennten wir uns mit einem guten Gefühl. Es kommen ja noch so viele Besuche.

Rituale entstehen

Ja und diese vielen Besuche dauern bis heute an. Wir haben viel über Fußball geredet – dass kann man immer. Aber wir haben auch kleine Ziele verabredet (die Medikamente alleine richten und wir schauen noch mal nach), und mal über größere Ziele geredet (eine Wohnung im Grünen wäre als Alternative mitten in der Kleinstadt natürlich toll). Wir haben gemeinsam über Übertreibungen gelacht (Warum finanziert ALG II eigentlich die Versorgung nicht auf den Kanarischen Inseln – da kann man doch billiger leben). Letztendlich entstand so etwas wie ein vertrauliches Ritual. Natürlich sah und sieht dies bei jedem Kollegen etwas anders aus. Unsere Damen sprechen leider nicht so gern über Fußball – aber sie haben ein anderes Thema gefunden. Für das Entstehen solcher Rituale, die dann für den Patienten ein fester Baustein in seinem Tagesablauf sind, benötigen wir im Wesentlichen aktives Zuhören, die

Akzeptanz dessen, was ich gehört habe und die Akzeptanz das hinzunehmen, was ich antreffe.

Dass ich über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten berate, automatisch auf die tatsächliche Einnahme achte, den Umgang mit diesen Arzneimitteln anleite und mit dem Wissen des Patienten Rückmeldung an den Arzt gebe – das geschieht eher nebenbei. Obwohl es natürlich wichtig ist und sorgfältig gehandhabt werden muss.

Das Schwierigste ist immer das Normale:

Nämlich die Frage, die wir auch von einem Buchtitel aus der Transaktionsanalyse kennen: „*Was sage ich, nachdem ich Guten Tag gesagt habe*“ [5] oder anders ausgedrückt. Jeder, der ambulante Psychiatrische Pflege betreiben will, muss üben ein wenig Small Talk halten zu können ohne die Situation und die Beziehung und den Patienten erklären zu wollen. Für die Pflegenden entsteht häufig der Effekt, dass viele Umstände und Sachverhalte auszuhalten sind (z. B. Schmutz, Gerüche, eigenartige Verhaltensweisen). Die verrückten Umstände sind für die Mitarbeiter des APP Überlebensstrategien der Patienten.

Schlussbetrachtung

Diese Beispiele zeigen Ansätze menschlicher Zuwendung, die sich in der Folge an den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen orientieren und die Ressourcen der Menschen erkennen und stärken. Wo die Erfahrungen und Erlebnisse des Anderen immer Inhalte seiner eigenen Lebensgeschichte bleiben. Wir als Professionelle lernen müssen, zuzuhören und nicht sofort das Wort des Betroffenen interpretieren dürfen. In Akzeptanz des Menschen in seiner Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit sollte der Erkrankte selbst der „Motor“ seiner Veränderung bleiben.

Literatur

1. Weißflog S (2008) Enthospitalisierung psychiatrischer Versorgung – Die Rolle der Pflege im Kontext von Lebenswelt und sozialer Inklusion psychisch Erkrankter. Diplomarbeit. Mannheim: Hamburger-Fern-Fachhochschule.
2. Barker P, Buchanan-Barker P. (2007): Das Gezeitenmodell: Genesung durch Wiedergewinnung der Menschlichkeit. In: Schulz M, Abderhalden C, Needham I, Schoppmann S, Stefan H (Hrsg): Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentation. 4. Dreiländerkongress in Bielefeld–Bethel. Unterostendorf: ibicura, S 45-55

3. Rahm D, Otte H, Bosse S, Ruhe-Hollenbach H (1995): Einführung in die Integrative Therapie Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann
4. Schmitz H (1989) Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann
5. Berne E (1972) „Was sagen Sie, nachdem Sie >Guten Tag< gesagt haben?“ München, Kindler

Selbstbefähigung in der ambulanten psychiatrischen Pflege fördern - Stolpersteine in der Zuweisung der Verantwortung

Udo Finklenburg, Cécile Geisseler

Abstract

Am Workshop werden folgende Themen besprochen:

Die ambulante psychiatrische Pflege beinhaltet ein permanentes Dilemma:

- In welchen Situationen schütze ich den Klienten, in dem ich die Verantwortung von ihm übernehme, wo nehme ich ihn in seiner Selbstkompetenz ernst und lasse die Verantwortung bei ihm?
- Grenze ich mich ab, wo es mir zu nahe kommt oder empfinde ich meine eigene Betroffenheit als Herausforderung?
- Muss jede Gelegenheit zur Selbstbefähigung genutzt werden oder macht punktuell Bremsen Sinn?
- Wo verlasse ich mich auf meine Erfahrung / Intuition, wo orientiere ich mich an der Theorie?
- Welche Erfahrung machen Sie mit diesem Dilemma?

Multiprofessionalität in der allgemeinspsychiatrischen Mutter-Kind-Behandlung

Bernd Abendschein, Nadia Hadji, Simone Stuhlmüller, Claudia Klock

Schätzungsweise 600.000 Kinder wachsen im deutschsprachigen Raum mit einem psychisch kranken Elternteil auf. In der Fachliteratur werden diese auch die „vergessenen Kinder“ genannt. Vergessen deshalb, weil sie erst dann, wenn sie auffällig werden, Unterstützung bekommen.

Seit 1999 werden auf der Station 39 Eltern-Kind-Behandlungen durchgeführt, bei der neben der psychiatrischen Behandlung der Mutter oder des Vaters, auch der Blick auf das Wohl der Kinder gerichtet ist.

Inzwischen ist dieses therapeutische Angebot deutschlandweit bekannt und es besteht eine große Nachfrage, so dass die dafür vorgesehenen fünf Plätze meistens belegt sind.

Das heißt, es sind zeitweise fünf bis sieben Kinder, im Alter von wenigen Tagen bis 7 Jahren, mit auf der Station, in Ausnahmefällen auch schulpflichtige Kinder.

Wir stellen der Mutter ein Einzelzimmer mit der altersentsprechenden Ausstattung für ihr Kind, wie z.B. ein Wickeltisch und Kinderbettchen zu Verfügung. Auf Station sind auch ein großes Spielzimmer und ein abgeschlossener Garten mit Spielgeräten integriert.

Die Kinder haben einen Gaststatus, das bedeutet für die Mutter, dass sie für die Versorgung ihres Kindes hauptverantwortlich zuständig ist. Dennoch hat das „Dabei sein“ der Kinder Auswirkungen auf die pflegerische und therapeutische Arbeit, die Stationsatmosphäre und den Stationsalltag.

Aufgenommen werden Mütter mit Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, affektive Störungen, posttraumatische Belastungsreaktionen, psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Ziel einer Mutter-Kind-Behandlung ist immer die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und individuelle Förderung der Erziehungskompetenzen. Dabei vertreten wir einen ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz. Unser Be-

handlungskonzept ist in steter Weiterentwicklung und wird immer wieder den notwendigen Erfordernissen angepasst.

Zurzeit sind folgende Bausteine fest in das Stationskonzept integriert: Bezugspflege, geregelte Betreuungszeiten für die Kinder, Mütterforum, Mutter- Kind-Aktivität in der Gruppe, Mutter- Kind- Oberarztvisite, Teilnahme am Talk im Team.

Daneben steht jeder Mutter auch das breitgefächerte klinikinterne Co- Therapeutische Angebot, wie Sport-, Tanz-, Musik- und Ergotherapie zur Verfügung, sowie die Teilnahme an den von Pflegepersonal durchgeführten Gruppen wie Gesprächsgruppe und Entspannungsgruppe. So ist es uns möglich, einen individuellen Behandlungsplan für jede Mutter zusammen zu stellen.

Regelmäßige psychotherapeutische Einzelgespräche und bei Bedarf unter Miteinbezug der Familie und des Helfernetzes (wie Familienpflege und Jugendamt) sind selbstverständlich.

Im Folgenden erläutern wir die speziellen Mutter- Kind- Behandlungsangebote, die für jede Mutter verbindlich sind.

Kindergruppe

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich die Kinder recht schnell einleben und sich im Klinikalltag wohlfühlen. Um ihnen das Eingewöhnen zu erleichtern, findet jeden Vormittag zu festen Zeiten eine Kindergruppe statt. Dazu stehen das große Spielzimmer, ein abgeschlossener Garten mit Spielgeräten und das parkähnliche kinderfreundliche Klinikgelände mit Streichelzoo und Sinnespark zur Verfügung. Durchgeführt wird die Kindergruppe von einer speziell weitergebildeten Ergotherapeutin, unterstützt von Kranken- und Gesundheitspflegeschüler im Pädiatrieeinsatz.

Die kinderfreie Zeit ermöglicht der Mutter die regelmäßige Teilnahme an den Therapien und dient ihr zur Entlastung. Die Zeiten sind fest in den Stationsablauf integriert, so dass das Kind mit den gemeinsamen Essenszeiten und dem individuellen Nachmittagsprogramm eine kindgerechte Tagesstruktur hat.

Da die Kindergruppe immer von der gleichen Person durchgeführt wird, kann es eine vertrauensvolle Beziehung zu dieser aufbauen, und hat neben der Mutter eine weitere wichtige Bezugsperson während des stationären Auf-

enthaltet. Dies vermittelt dem Kind Sicherheit und Geborgenheit in einer für ihn schwierigen Lebenssituation, in einer Zeit, in der ihm die Mutter aufgrund ihrer Erkrankung nicht ausreichend zur Verfügung stehen kann.

Neben dem „einfach Kind sein dürfen“ – und dem Wahrgenommen werden als Kind mit seinen Bedürfnissen, nutzen auch viele Kinder je nach Alter die Kindergruppe dazu, im Rollenspiel ihre momentane Situation zu verarbeiten.

Werden Auffälligkeiten in der motorischen, sensorischen, sprachlichen oder kognitiven Entwicklung beobachtet, fließen fördernde therapeutische und pädagogische Spielangebote und Interventionen mit ein, ebenso bei Auffälligkeiten im Spiel-, Kontakt- und Sozialverhalten. Bei bedenklichen Entwicklungsauffälligkeiten wird die Mutter darüber aufgeklärt und beraten, sowie eine ambulante Therapie bei einem Fachtherapeuten empfohlen.

Mütterforum

(1 x die Woche unter Leitung der Ergotherapeutin)

ist eine Gesprächsrunde der Mütter, in der v.a. organisatorische Fragen geklärt werden wie z. B. z.B. Spielzimmer aufräumen, allgemeingültige Stationsregeln. Außerdem wird ein Wochenplan über die gemeinsamen Aktivitäten erstellt und bei Bedarf Termine für Einzelgespräche festgelegt.

Die Mütter erhalten dadurch Mitspracherecht und Verantwortung, sie können damit das therapeutische Angebot mitgestalten.

Mutter- Kind- Aktivitäten in der Gruppe

(3 x die Woche unter Leitung der Ergotherapeutin)

Dies können lebenspraktische Aktivitäten sein wie: gemeinsames Frühstück, Kochen, Backen, Einkaufen, Picknick oder auch kindgerechte Freizeitgestaltung wie kleine Ausflüge, Spielplatzbesuch, Basteln, Kennen lernen verschiedener Kinderspiele, etc. sein.

Ziel der gemeinsamen Aktivitäten ist die Beziehung zum Kind positiv zu stärken, sowie Kompetenzen und Schwierigkeiten im Umgang mit ihm zu erkennen und zu bearbeiten.

Dabei können das Verhalten anderer Mütter und das der Therapeutin Orientierung bieten (Lernen am Modell). Bei Bedarf wird im Einzel- oder Gruppengespräch über aktuelle Erziehungsprobleme diskutiert und gemeinsam indivi-

duelle handlungsorientierte Lösungsmöglichkeiten besprochen. Diese können zeitnah im Stationsalltag umgesetzt und erprobt werden.

Der Erfahrungsaustausch mit den anderen Müttern wird meist als hilfreich und entlastend erlebt. Oftmals genügt es den Raum und die Zeit zur Verfügung zu stellen, sowie das Thema mit einleitenden Worten vorzustrukturieren. Dann kann die Gruppe alleine „laufen“.

Mutter- Kind- Oberarztvisite

Diese findet mindestens einmal im Behandlungsverlauf statt, unter Beisein von Behandler, Ergotherapeutin und Pflegepersonal.

Talk im Team

Der Talk im Team findet mindestens einmal im Behandlungsverlauf statt, unter Beisein des gesamten multiprofessionellen Team. Die Patienten nehmen an ihrer eigenen Teambesprechung teil und haben die Möglichkeit durch den offenen Austausch zu hören, was das gesamte Team sagt, positives wie negatives, welche Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden, wie der Behandlungsverlauf geplant wird. Die Patientin nimmt als „stiller“ Zuhörer teil und sitzt etwas Abseits. Nach Abschluss der Besprechung kann sie sich zu dem Gesagten äußern

Bezugspflege

In gemeinsamen, regelmäßigen Gesprächen mit der Bezugspflegeperson werden die Bedürfnisse und Informationen der Mütter und der Kinder erfasst und die Pflegemaßnahmen danach geplant. Es wird sich hierbei an ihren Fähigkeiten und bestehend Problemen orientiert und gemeinsam ein Pflegeplan erstellt.

Aus pflegerischer Sicht bedeutet die Mitaufnahme eines Kindes, das die Kinder im Stationsalltag, im Rahmen der Bezugspflege und in den Pflegeplanungen berücksichtigt werden müssen. Es bedeutet Beziehung und Vertrauen zur Mutter und dem Kind aufzubauen. Bei allen Maßnahmen werden die Kinder mit eingeplant, da die Kinder oft auch an therapeutischen Gesprächen, Visiten, Ergotherapie, physikalische Therapien , Außenaktivitäten u.v.m. teilnehmen.

Auch benötigt das Personal ein Basiswissen über die Pflege, Entwicklung,

Interaktion und Erziehung eines Kindes, um die Mütter bei der Versorgung ihres Kindes unterstützen zu können. Das Pflegepersonal übernimmt eine beratende und auch eine überwachende Funktion. Die Mütter werden hinsichtlich Gesundheit, Ernährung, Hygiene und im Umgang mit ihren Kindern angeleitet. Bei den älteren Kindern treten oft Fragen der Kindererziehung, Gestaltung des Tages bzw. Schwierigkeiten der Mütter mit ihren Kindern in Vordergrund. Sie erhält bei Bedarf, Hilfestellung in der Beziehungsarbeit zwischen Mutter und Kind (gemeinsame Spiele o. Aktivitäten) außerhalb der angebotenen Gruppen. Individuell ist es auch mal nötig, die Sensibilität und Wichtigkeit der elterliche Fürsorge zu wecken und zu fördern, z.B. ein kleines Kind nicht unbeaufsichtigt im Hochstuhl sitzen lassen, bei Erkrankung des Kindes einen Arzt aufzusuchen, Vorsorgeuntersuchungen einzuhalten.

Für die Mutter besteht außerdem die Möglichkeit, ihr Kind dem Pflegepersonal anzuvertrauen, bei z.B. krankheitsbedingten Krisenzeiten, Überforderung, Schlafdefizit, Therapiezeiten, Arztgesprächen.

Das Pflegepersonal nimmt regelmäßig an Erste-Hilfe Kurse teil, auch wurden Fortbildungen wie z.B. Babymassage oder Ernährung bei Kindern besucht.

Vorteile einer Mutter- Kind- Aufnahme sind auch, das Trennungstraumen vermieden werden, notwendige Behandlungen werden nicht hinausgezögert, die Versorgung des Kindes ist gewährleistet. Kinder kommen nicht in fremde Obhut, dies gilt vor allem bei Alleinerziehenden. Bindungsstörungen/ problematische Interaktion zwischen Mutter und Kind können erkannt und gezielt in die Behandlung miteinbezogen werden. Überforderung der Mutter und das daraus entstehende Fehlverhalten werden aufgefangen und bearbeitet. Ehemänner und Angehörige werden in die Behandlung miteinbezogen und haben auch die Möglichkeit auf Station zu übernachten, um u.a. den Kontakt zur Familie aufrecht zu erhalten und die Mutter zu unterstützen.

Die Mutter-Kind-Behandlung ist auf einer offen geführten, psychotherapeutisch ausgerichteten, allgemeinpsychiatrischen Station mit 21 Betten integriert. Die Erfahrung zeigt, dass das nicht problematisch ist, im Gegenteil, das „Mit dabei sein der Kinder“ wirkt sich positiv auf die gesamte Stationsatmosphäre aus.

Denn es gibt mehr Lachen, mehr Weinen, mehr Streiten, mehr Miteinander –

kurzum mehr Lebendigkeit.

Die Kinder nehmen meist recht unbefangenen Kontakt mit den anderen Patienten auf und es ist zu beobachten, dass auch zurückgezogene, eher ängstliche Patienten herausgefordert werden „mehr am Leben“ teilzunehmen, sei es in dem sie das Lächeln eines Kindes erwidern oder sich in Mitverantwortung und Rücksicht üben. Sicherlich werden bei manchen Patienten durch das Erleben und Beobachten der Kinder intensivere Erinnerungen an die eigene Kindheit geweckt, die therapeutisch genutzt werden können. Durch die kinderfreundliche Atmosphäre und die vorhandenen Spielmöglichkeiten ist die Hemmschwelle Besuch von Kindern auf Station zu empfangen geringer. So kann auch während des stationären Aufenthaltes der Kontakt zu wichtigen Bezugsperson erhalten bleiben.

Für das Stationsteam ist es eine abwechslungsreiche und interessante Herausforderung. Zufrieden mit unserer Arbeit sind wir dann, wenn wie Mutter und Kind mit dem Wissen entlassen können, dass das Kind gut versorgt wird, weil die Mutter dieser Aufgabe gewachsen ist oder bereit ist entsprechende ambulante Unterstützung anzunehmen.

Recovery und Selbsthilfe bei Borderline

Christiane Tilly

DEN ROTEN FADEN SUCHEN

Den roten Faden meines Lebens suchen.

Leben portionieren.

*Stückchenweise verabreichen –
oder genießen?*

*Meine eigene Geschichte auf eine
erträgliche Größe reduzieren,
um sie erinnern zu können, ohne zu verzweifeln.*

Auch mit Stolz zurückblicken?

*Teile verschweigen, um endlich als normal zu gelten,
um geliebt zu werden – trotz dieser Geschichte!*

*Sie erzählen, um gehört zu werden, aber auch,
um mal frei zu haben von der eigenen Geschichte.*

*Sie einfach ins Bücherregal zu stellen –
vielleicht bis zur nächsten Lesung.*

*Immer in der Hoffnung,
dass meine Geschichte eine unendliche Geschichte wird.*

*Immer mit dem Wissen,
dass auch eine Krankengeschichte eine
unendliche werden kann.*

Jeden Tag

Angst vor dem dramatischen Ende meiner Geschichte.

Jeden Tag

Hoffnung auf ein Happy End.

(aus: [1])

Als ich dieses Gedicht geschrieben habe, war ich 27 Jahre alt. Das ist über zehn Jahre her. Damals versuchte ich gerade eine Ausbildung zur Arzthelferin durchzuhalten und ich begann zu verstehen, dass es auf den Blickwinkel ankommt, aus dem wir entscheiden, ob ein Mensch viel oder wenig vorzuweisen hat.

Was meine berufliche Laufbahn betraf war das wenig: Ein mittelmäßiger Real-schulabschluss, ein paar Praktika, die ich jedoch meist vor Ende der vereinbar-

ten Zeiten abgebrochen hatte. Eineinhalb Jahre lang Karteikarten in einer Arztpraxis alphabetisch sortieren, Krankenscheine stempeln und sich verfärbende Streifen in Urinproben halten, das war meine Berufserfahrung. „Normal“ war für 27jährige etwas anderes, da war ich mir sicher. Normalität war dann auch das Thema, mit dem ich mich tagein, tagaus beschäftigte, denn ich hatte eine „verrückte“ Zeit hinter mir und wünschte mir nichts mehr als ein „ganz normales“ Leben zu leben.

Was mir beruflich an Erfahrung fehlte, hatte ich an Erfahrungen mit mir selbst in ausreichendem Maße. Achtzehn Monate Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lagen hinter mir. Mehrere Jahre, mit Unterbrechungen, hatte ich verschiedene Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie kennen gelernt. Ich hatte versucht meine Grenzen auszuloten und mich dabei nicht selten in lebensgefährliche Situationen gebracht – die Fachleute bezeichneten mich als „Borderlinerin“.

Vorzuweisen hatte ich mit 27 Jahren: einen Aktenordner mit Zwangseinweisungen (Unterbringungen nach PsychKG), einen Stapel Arztberichte, dutzende randvoll geschriebene Tagebücher, unzählige Narben am Körper, einen Schwerbehindertenausweis und die Fähigkeit, in Kontakten mit professionell Tätigen verschiedener Berufsgruppen, die Anerkennung von Leid einzufordern, die für mich so wichtig war, um mein Leben bewältigen zu können. Ganz nebenbei hatte ich umfassendes Fachwissen über meine Diagnose gesammelt, ich kannte so ziemlich alle Bücher, die zum Thema Borderline auf dem Markt waren.

Brauchen konnte ich das alles in meiner Ausbildung zur Arzthelferin nicht. Wichtig war es mir aber trotzdem und so waren meine Psychiatrieerfahrungen mein „Freizeitthema“ Nummer eins und eigentlich auch mein einziges. Zum Glück gab es Gleichgesinnte. Meine Freundin – die ich aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie kannte – teilte mit mir die Überlegungen über „Normalität und Verrücktheit“, und wir tauschten Bücher aus, die uns im Hinblick auf diese Fragen interessant erschienen. Eines Tages brachte sie mir ein Buch mit, in dem Jugendliche über ihre Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichteten. Wir waren mit dem Inhalt nur teilweise einverstanden, weil unserer Meinung nach nur die „netten“ Seiten der Psychiatrie beschrieben waren, und schrieben einen Leserbrief an die Herausgeberin. Sie lud uns daraufhin

ein, an einem Folgeband des Buches mitzuschreiben, in dem Jugendliche aus der „Distanz der Ehemaligen“ (ebd.) über ihre Erfahrungen nach der Psychiatrie berichten würden.

Damals fiel der Begriff Recovery nicht, weil er zu diesem Zeitpunkt im deutschsprachigen Raum nicht genutzt wurde. Im Buch wurden aber Recovery-Prozesse beschrieben und mit dem Buch machten wir als Autorinnen wiederum weitere Erfahrungen, auf Lesungen und mit Öffentlichkeitsarbeit, die – so kann ich es jedenfalls für meinen biographischen Prozess sagen – eine Recovery-Funktion hatten.

Ich möchte an dieser Stelle den Begriff Recovery aus dem Blickwinkel der Erfahrungsperspektive betrachten. Mein elektronisches Wörterbuch bietet dazu verschiedene Definitionen an. Dabei ist Genesung/Erholung nur eine Definition. Übersetzt wird Recovery auch als Wiederfinden, Wiedergewinnen, Wiedererlangen und Zurückbekommen. Das finde ich gelungen, denn im Rahmen meines Recoveryprozesses habe ich Eigenschaften wiedergefunden, die meine Individualität ausmachen, wie beispielsweise meinen Sinn für Humor. Neben der Übersetzung des Wortes wird mir im Wörterbuch noch angeboten *past recovery* was so viel bedeutet wie nicht mehr zu retten. Auch das war Teil meines Recoveryprozesses, die Erfahrung zu machen, dass doch noch etwas zu retten ist, wenn nichts mehr zu retten scheint. *Be on the road to recovery*, auf dem Wege der Besserung sein ist ein Satz den ich lange Zeit gar nicht hätte hören wollen, war mir doch die Anerkennung von Leid so wichtig, und die verschwindet natürlich, wenn man sich auf dem Wege der Besserung befindet. Wirklich gut hat mir gefallen, dass es auch die Bezeichnung *recovery service* gibt, was soviel bedeutet wie Abschleppdienst, also sozusagen eine Art „Huckepack-Unterstützung“ wenn nichts mehr geht. Ich bin mir sicher, wenn ich nicht hin und wieder in den Genuss des *recovery service* der professionell Helfenden und meiner Angehörigen gekommen wäre, dann wäre mein Weg der Besserung wahrscheinlich sehr viel schwieriger geworden, vielleicht auch unmöglich gewesen. Aber jeder weiß natürlich, dass sich abschleppen lassen teuer ist (abgeschleppt zu werden sowieso) und auch für Borderline-Betroffene ist der *recovery service* mit hohen Kosten verbunden, wenn auch nicht ausschließlich in einem finanziellen Sinne. Denn jedes Stück Weg, das Betroffene nicht selbstständig gegangen sind, müssen sie früher oder später

doch gehen. Recovery-Prozesse sind mühselig, weil der Weg der Besserung meist nicht eine schöne, breite, asphaltierte Straße ist, sondern durch unebenes Gelände führt und eher mit einem „Trampelpfad“ zu vergleichen ist. Ich will versuchen zu beschreiben, was ich, aus meiner subjektiven Erfahrungsperspektive heraus, mit dem Begriff Recovery, im Sinne von Gesundung, verbinde.

Recovery bedeutet für mich...

... die Identifikation mit einem Krankheitsbegriff mit allen Vor- und Nachteilen und der Gefahr der Stigmatisierung.

Ich denke, es ist gut sich Gedanken über Gesundungsprozesse zu machen. Ich glaube aber auch, dass es wichtig ist sich klarzumachen, dass das Nachdenken über das Gesunden von einer Erkrankung automatisch beinhaltet, diese anzuerkennen. Darüberhinaus es bedeutet auch, sie zum Blickwinkel der Betrachtung zu machen. Die Diagnosekriterien sind dann möglicherweise der Blickwinkel, aus dem wir darauf schauen, in welchem Maße die Gesundung vorangeschritten ist. Ich denke, es ist wichtig sich klar zu machen, dass ein Recoveryprozess mehr ist als das Gesunden von der reinen Erkrankung. Borderline hat zwar auch als Erkrankung Folgen, nicht zuletzt durch Selbstschädigungen, die nicht ungeschehen gemacht werden können. Aber in gleichem Maße hat auch der Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung Folgen für den Alltag der Betroffenen. Ich würde heute sagen, dass etwa 50% meines Recoveryprozesses darin bestanden hat (und bis heute besteht) die Folgen der Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken zu verarbeiten. Thomas Weniger schreibt, dass eine klinische Diagnose *„neue innere und äußere Wirklichkeiten mit einem unvorhersehbaren Effekt auf die weitere Lebensgestaltung der Betroffenen (schafft)“* [8]. Wir tun also gut daran, Recoveryprozesse nicht als Gesundungswege von einem bestimmten Störungsbild zu betrachten, sondern sie als Wiedergewinnung der Möglichkeit von Teilhabe – im Sinne eines wieder Teilnehmens – zu verstehen.

... die Aneignung biographischer Erfahrungen durch rückblickende Vergleiche – damals und heute.

Neulich bin ich vom Einkaufen zurückgekommen. Ich hatte einen Rucksack auf dem Rücken und merkte plötzlich, dass mein rechter Arm ziemlich wehtat. Bei

genauerem Hinsehen, entdeckte ich eine Schramme, die ich mir beim Aufsetzen des Rucksacks zugezogen haben musste. Sehr oberflächlich, ein kleiner Kratzer, nicht weiter schlimm. Es hat gebrannt wie Feuer, und ich habe mir ziemlich leid getan. Und in dem Augenblick habe ich mich gefragt, wie ich eigentlich den Schmerz der Selbstverletzungen damals ausgehalten habe. Darüber war ich dann einigermaßen verblüfft. Das war so ein Moment, in dem ich gemerkt habe, es hat sich etwas verändert. Über so eine Schramme hätte ich früher allenfalls gelacht, Schmerz hatte damals eine andere Bedeutung für mich. Zum Recovery-Prozess gehört für mich also die Aneignung biographischer Erfahrungen aus neuen Perspektiven, beispielsweise aus einem größeren zeitlichen Abstand heraus.

... eine über Jahre andauernde, große Anstrengung.

Einen Alltag mit Borderlineerfahrungen und allen Folgen, die daran hängen, durchzuhalten, bedeutet eine große Anstrengung. Es ist ein Balanceakt. Durch meine Selbstverletzungen habe ich beispielsweise Narben an den Armen. Um als „normal“ zu gelten, ist es wichtig, diese Narben nicht zu zeigen. Das heißt ich muss meine Arme unter langen Ärmeln verstecken. Nicht nur weil ich mich dafür schäme, sondern weil mir die Erfahrung zeigt, dass mir viele Leute, die die Narben sehen Fragen nach der Herkunft dieser „Lebensspuren“ stellen. Es ist anstrengend, das jedes Mal erklären zu müssen. So laufe ich also auch bei 30°C im Schatten mit langen Ärmeln herum und lasse mich lieber als Frostkötter verspotten, damit ich nicht als „anders“ enttarnt werde und einer befürchteten Stigmatisierung entgehe. Mir ist jederzeit gegenwärtig, dass ich nicht so herumlaufen kann wie ich möchte. Ich glaube aber, es ist gerade auch eine Kompetenz, dass ich mir überlege, wem ich mich ausliefere und welchen Menschen ich mich dem „dunklen“ Teil meiner Geschichte zumuten und/oder anvertrauen kann. Diese „Lebensspuren“ sind ein sichtbarer Teil meines Erfahrungswissens, das ich aber nicht in allen Kontexten zum Thema machen muss.

... mit Vergangenheitsbewahrern über Veränderungen zu staunen.

Ich habe lange Zeit die Unterstützung des Krisendienstes in Anspruch genommen. Es gab dort einen Mitarbeiter, der zu der Zeit in der Klinik arbeitete, als ich auf der geschlossenen Station war. Er kannte mich also aus meinen „ganz heißen Phasen“ in der Psychiatrie. Er war Zeuge von Fixierungen und anderen

Erfahrungen gewesen, die ich in der Klinik machte. Immer wenn ich ihn nun im Krisendienst traf, sagte er: *„Also wenn ich mich noch daran erinnere, wie es Ihnen damals ging!“*. Dieser Satz war unglaublich wichtig für mich und selbst heute freue ich mich noch darüber. Ich habe immer wieder das Gespräch mit ihm gesucht, weil er erlauben konnte, wie unendlich weit der Weg für mich in einen selbstständigen Alltag war. Mit ihm war es möglich, über die Erfahrungen in der Psychiatrie zu reden, weil er das Wissen um die Gegebenheiten und die Personen teilen konnte. Eine Betroffene spricht im Zusammenhang mit Menschen wie diesem Mitarbeiter von „Vergangenheitsbewahrern“. Sie schreibt: *„Für mich sind ‚Vergangenheitsbewahrer‘ sehr wichtig. Das sind Menschen, die meine Entwicklung miterlebt haben, wenigstens über eine längere Strecke. Leute, die dabei waren, als ich ängstlich war und verzweifelt, und die mit mir staunen konnten, wenn mir etwas gelang“* [2].

... um die eigenen Fähigkeiten zu wissen und diese anerkennen und nutzen zu können.

Menschen mit Borderline tendieren dazu, immer nur zu sehen, was sie nicht können. Viele erleben sich meist nicht nur als Schlusslicht, sondern als diejenigen, die den Anschluss verpasst haben. Die meisten entwickeln aber auch während der Zeit ihrer Erkrankung eine Menge Fähigkeiten. Recovery bedeutet, den Blickwinkel auf die eigenen Fähigkeiten zu lenken. Ich habe beispielsweise mit meinen Mitpatientinnen auf der geschlossenen Station nächtelang im Raucherzimmer tiefgehende Gespräche geführt. Dabei habe ich gelernt, anderen zuzuhören, eine Fähigkeit, die ich heute anerkennen kann und die mir überdies auch noch im Alltag nutzt. Ich habe auch gelernt Situationen zu überstehen (und manchmal zu überleben), in denen alles unbestimmt schien. Ich wusste lange Zeit nicht, in welcher Weise ich es schaffen könnte, eine Berufsausbildung zu machen, lange auch nicht einmal welche. Ich weiß heute, dass ich mit Situationen von Unbestimmtheit umgehen kann. Eine Fähigkeit, die mir im Berufsalltag inzwischen sehr nützlich ist, weil ich in einem Bereich arbeite, in dem nicht alles vorhersehbar ist.

... die Übernahme von (Eigen-)Verantwortung.

Nur eigenverantwortliches Handeln macht Recovery-Prozesse möglich. Gesundungsprozesse sind aktiv. Es gilt, in Verantwortung hineinzuwachsen.

Wenn es geschafft ist die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen – dazu gibt es sowohl therapeutische Anregungen als auch Selbsthilfeideen – kann es in nächsten Schritten dann beispielsweise um die Versorgung eines Haustieres gehen, oder sich wieder stundenweise mit dem eigenen Kind zu beschäftigen, das vielleicht eine Zeitlang von einer Pflegefamilie (einer Art recovery-service) mitgetragen wird.

Ich habe mich sehr gegen die Übernahme von Verantwortung gesträubt. Und ich habe sie stufenweise gelernt (inzwischen würde ich sie mir nicht mehr nehmen lassen). Rückblickend war dafür besonders das Buchprojekt der Kinder- und Jugendpsychiatrie hilfreich. Die Lesungen forderten von uns Betroffenen, dass wir pünktlich an einem bestimmten Ort erschienen, dass wir die Texte, die gelesen wurden, gemeinsam auswählten, und dass wir uns umeinander kümmerten, indem wir uns gegenseitig ermutigten. Später ging es darum, Lesungen selbständig zu organisieren, Honorarhandlungen zu führen und das Gelingen von Veranstaltungen eigenverantwortlich zu tragen. Es ist gelungen, zunächst mit recovery-service (den Herausgeberinnen), später selbstständig. Und was nicht ausblieb war natürlich der Stolz auf die eigene Leistung. Ein ziemlicher Beschleuniger von Recovery-Prozessen.

(Eigen-)Verantwortung zu übernehmen bedeutet auch, bereit zu sein, Selbsthilfemöglichkeiten tatsächlich zu nutzen. Ich kann einen Notfallkoffer (einen Koffer mit Gegenständen und Anregungen, für den Umgang mit Krisensituationen) in der Ecke stehen haben und ihn einfach nicht beachten. Ebenso kann ich natürlich alle anderen Selbsthilfemöglichkeiten „in den Wind schießen“. Ich kann mich aber genauso gut entscheiden mein Selbsthilfepotential zu nutzen. Recovery heißt nicht, dass Selbsthilfe das einzige Mittel in jeder Situation ist. Es heißt nicht einmal, dass es nur konstruktive Selbsthilfemöglichkeiten sein müssen. Auch eine Selbstverletzung kann ein – wenn auch hilfloser – Selbsthilfeversuch sein, wenn sie beispielsweise etwas Schlimmeres wie einen Suizidversuch verhindert. Im Rahmen eines Recovery-Prozesses werden sich die Selbsthilfemöglichkeiten verändern und konstruktiv werden, hilflose Selbsthilfeversuche sind nur ein Teil des Gesamtprozesses.

Für meinen Recovery-Prozess war auch die Fähigkeit wichtig, um Hilfe bitten zu können. Ich habe die Tendenz, oft alles alleine durchkämpfen zu wollen, jetzt, wo doch alle denken, dass ich „normal“ bin. Als ich in meine Wohnung

eingezogen bin, hat mein zukünftiger Nachbar freundlich seine Hilfe angeboten, als ich meine Sachen in den dritten Stock schleppte. Ich habe abgelehnt und hätte mich ohrfeigen können. Vor einiger Zeit hat er mir wieder einmal angeboten, etwas nach oben zu tragen. Ich habe ihn, wenn auch mit schlechtem Gewissen, schleppen lassen. Neulich habe ich ihn dann gefragt, ob er mir helfen würde mein Fahrrad aus dem Auto auszuladen. Später hat er mir erzählt, dass er es gerne getan habe. Er tut ebenso gerne etwas für andere wie ich, das hat er mir verraten und ich fand es eigentlich ganz logisch. Es war mir nur bisher immer unangenehm, etwas ohne eine prompte Gegenleistung anzunehmen. Aber inzwischen kann ich das ganz vor mir verantworten.

... trialogische Auseinandersetzung über Borderline.

In meinem Recovery-Prozess war und ist mir ein gleichberechtigter Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten wichtig. Ich finde es gut, sich Borderline von allen Seiten anzuschauen. Mir ist es wichtig von Fachleuten und Angehörigen zu erfahren, welche Schwierigkeiten für sie im Kontakt mit Borderline-Betroffenen entstehen und was für sie interessant oder auch schön ist. Und ich freue mich, wenn Fachleute oder Angehörige mich nach meinem Erfahrungswissen fragen.

... die eigene Sprache zu hinterfragen.

Vor längerer Zeit bin ich nach einem Vortrag, bei dem ich von meinen Erfahrungen mit Borderline erzählt habe, darauf hingewiesen worden, dass ich sehr viele Fachwörter verwende. Ich tue dies in der Tat, und ich habe mir Gedanken darüber gemacht, warum das so ist.

Ich glaube, dass Sprache ein guter Indikator für gemachte Erfahrungen ist. Viele Fachbegriffe, die ich mit großem Selbstverständnis verwende, habe ich in meiner Zeit als Patientin gelernt, weil sie in der Klinik selbstverständlicher Teil der Kommunikation zwischen Fachleuten und Behandelten waren. Ich denke, dass es wichtig ist, sich bewusst zu machen, dass die eigene Sprache auch ein Ergebnis gelebter Erfahrungen ist, die es anzuerkennen gilt. Ich habe überlegt, ob es mir überhaupt noch gelingen würde, eine Sprache zu sprechen, in der ich ohne Fachbegriffe auskomme. Vielleicht ginge es. Aber ob diese Sprache dann authentischer wäre wage ich zu bezweifeln. Eine solche Sprache zu sprechen würde für mich bedeuten, dass ich wiederum Erfahrungen ausklammern

müsste, nur damit ich betroffen genug klinge, um aus der Betroffenenperspektive sprechen zu „dürfen“. Ich glaube, das wäre eine unbefriedigende Lösung, es würde nicht mehr passen. Für mich besteht die Konsequenz der Beobachtung – dass meine Sprache viele Fachbegriffe enthält – eher darin, mir klar zu machen, dass meine Rolle sich verändert hat. Heute habe ich neben meinen Erfahrungen mit Borderline auch Erfahrungen mit einem Hochschulstudium und im Berufsalltag. Ich spreche nicht mehr nur als „die Betroffene“, sondern als Person mit „Doppelqualifikation“, die aus verschiedenen Perspektiven berichten kann. Ein Recoveryprozess bedeutet für mich auch, in neue Rollen hineinzuwachsen, sich damit auseinanderzusetzen und in anderer Weise zu Wort zu kommen. Als Fachperson muss ich heute am Arbeitsplatz natürlich die Fachsprache beherrschen. Im Kontakt mit Betroffenen außerhalb der Klinik, kann ich mich auf der Peer-Ebene aber auch prima über „Schnippeln“ statt über „Selbstverletzung“ unterhalten, aber das gehört dann nicht in mein Berufsvokabular. Recovery erfordert also auch, die eigene Rolle immer wieder zu reflektieren und Bereiche trennen zu können.

Recovery bedeutet für mich auch, das eigene Selbsthilfepotential zu nutzen. Ich gehe ich davon aus, dass jeder Mensch Möglichkeiten zur Selbsthilfe, und damit auch der Einflussnahme auf Recovery-Prozesse, besitzt. Es muss nur gelingen, dass den Betroffenen diese Möglichkeiten selbst bewusst werden. Und ich glaube, dass es da nicht den einen Weg gibt, sondern, dass alle ihren eigenen Weg finden müssen. Im Sinne der Idee „*ansteckender Gesundheit*“ [5] bin ich mir aber sicher, dass es dabei gut möglich ist von anderen zu lernen, die Selbsthilfeideen anderer zu nutzen, die sich in ähnlichen Situationen befinden wie man selbst. Ich möchte an dieser Stelle nicht auf einzelne Selbsthilfeideen für Menschen mit Borderline eingehen. Eine ausführliche Beschreibung dazu findet sich in unserem Selbsthilfebuch [4].

Ich habe mich in meinem Studium mit Biographieforschung beschäftigt. Dabei habe ich mich mit einer Studie von Gerhard Riemann befasst. Er setzt sich mit dem „*Fremdwerden der eigenen Biographie*“ [7] psychiatrischer Patienten auseinander. Ich glaube, dass Recoverygeschichten davon erzählen, wie die eigene Biographie wieder vertraut wird und wie das Vertrauen wächst, die eigene Biographie wieder aktiv mitzugestalten. Oder wie es eine Betroffene in der Beschreibung ihres Gesundungsprozesses darstellt: „*Ich kann mir wieder*

selbst helfen. Ich bin wieder Kapitän auf meinem Schiff. Ich bin meinen ‚Zuständen‘ nicht mehr hilflos ausgeliefert. Ich bin nichts und niemandem ausgeliefert. Ich habe angefangen, mich zu wehren, wenn es sein muss. Was meine Seele auch ausspuckt, ich gehe damit um. Und wenn mir das mal nicht gelingt, werde ich aufgefangen“ [3].

In diesem Sinne würde ich Recovery bei Menschen mit Borderline, weniger als Wiederlangung von Gesundheit, im Sinne von Heilung, sondern vielmehr als Wiedererlangung von Handlungsfähigkeit unter Nutzung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Selbst- und Fremdhilfe beschreiben.

Bleibt die Frage: Bin ich nun „recovered“?

Im Sinne der bedeutender Elemente von Recovery [6] trifft das sicher zu. Die „Hoffnung auf ein Happy End“ bestimmt heute meinen Alltag mehr als die „Angst vor dem dramatischen Ende meiner Geschichte“. Ich habe inzwischen Ideen dazu wer ich bin, was ich kann und was ich will. Ich habe einen sicheren Platz im Leben als noch vor wenigen Jahren. Ich habe einen lieben Partner und zuverlässige Freundinnen, Freunde und Angehörige. Es gibt Vergangenheitsbewahrerinnen mit denen ich über „verlorene Zeit“ und die Unnachholbarkeit bestimmter Erfahrungen trauern kann und Unterstützer, die mir etwas zutrauen. Alleine wohnen zu können ist für mich heute eine Selbstverständlichkeit und es gelingt mir auch für mich zu sorgen. Ich bin finanziell endlich nicht mehr abhängig. Ich kann wieder teilhaben am ganz „normalen“ Alltag.

Für mich kann ich heute sagen, dass ich den roten Faden in meinem Leben (wieder-) gefunden habe und ich glaube, darauf kommt es letztlich für jeden Menschen an.

Literatur

1. Knopp M, Heubach B (Hrsg) (1999: Irrwege, eigene Wege. Junge Menschen erzählen von ihrem Leben nach der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie
2. Knuf A (Hrsg) (2008) Gesundung ist möglich! Borderline-Betroffene berichten. Bonn: Balance
3. Knuf A (Hrsg) (2002) Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. Bonn: Psychiatrie
4. Knuf A, Tilly C (2007): Borderline: Das Selbsthilfebuch. Bonn: Balance.
5. Kröger C, Unckel C (2006) Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe

6. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie
7. Riemann, G (1987) Das Fremdwerden der eigenen Biographie. München: Wilhelm Fink
8. Weniger T (2004): Zwischen hilfreicher Diagnose und Stigma. Deutsches Ärzteblatt 101(39):2597-2598

Experienced Involvement - Erfahrung für Veränderung nutzen: Psychiatrie - Erfahrene bewegen Professionelle

Uwe Bening, Claus Rätke

Die Erfahrung psychischer Erschütterung erzeugt bei den meisten Menschen tiefe Angst und erzeugt große Hilflosigkeit. Diese Hilflosigkeit spiegelt sich auch in den unterschiedlichsten Behandlungsbemühungen der letzten gut 100 Jahre wider. Mit Dauerbädern und kalten Güssen, mit Insulin – Schock und Elektrokrampf Behandlung, um nur einiges zu nennen, versuchte man, oft sehr hilflos und mit zum Teil massiver Gewalttätigkeit, dieser Eskalation der Psyche beizukommen. Diese Radikalität der Behandlung hat wesentlich dazu beigetragen, dass dieses Erleben bis heute von Angst und Scham verhüllt ist. Kaum ein anderes Erleben wirkt sich so stigmatisierend für den betroffenen Menschen aus. Und die bis heute wirksame Konsequenz ist die Tabuisierung dieses Erlebens. Über die Erschütterung und Entgleisung des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns offen zu sprechen, erfordert nicht nur großen Mut, genau so herausfordernd ist es, ein Gegenüber zu finden, dem sich dieser Mensch anvertrauen kann. Im Rahmen des SUSI (subjektiver Sinn von Psychosen) Forschungsprojektes des UKE Hamburg äußerten sich betroffene Menschen im Interview immer wieder dahingehend, dass sie sehr schnell lernen, ihren Behandlern nicht ihr bedrückendes Erleben zu berichten, um die Konsequenz, in der Regel eine Dosiserhöhung in der Medikation, zu vermeiden.

Es zeigt sich, viele Psychiatrie erfahrene Menschen fühlen sich gerade von den Institutionen, die ihnen helfen sollten, unverstanden und falsch behandelt. „Ich hab doch keine Psychose bekommen, um Medikamente zu nehmen,“ beklagte sich ein Teilnehmer des Kongresses „Die subjektive Seite der Psychiatrie“ in Hamburg. Trotz Psychiatriereformen und vielen neuen Behandlungsbemühungen sind Psychopharmaka heute das erste Mittel der Wahl.

Psychiatrie erfahrene Menschen formulieren seit langem Kritik, die von traditionellen psychiatrischen Angeboten nicht beantwortet wird. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass viele Betroffene unzufrieden mit den professionellen Behandlungsangeboten sind und sie nicht nur als unangemessen, sondern

oft sogar als hinderlich auf dem Weg der Genesung empfinden [3]. Um hilfreiche Unterstützung anzubieten, bedarf es einer Neuorientierung der Psychiatrie. Zunächst einmal gilt es der Erfahrung psychischer Erschütterung in Gelassenheit und mit Wertschätzung zu begegnen. Eine Zuwendung, die sich mit dem Sinn psychischer Krisen beschäftigt und die betroffene Menschen dabei unterstützt, neues Vertrauen und innere Stabilität jenseits psychiatrischer Diagnosen wieder zu gewinnen. Es ist an der Zeit anzuerkennen, „dass Nutzer psychiatrischer Dienste mehr als jeder andere darüber wissen, was in der Planung, Entwicklung und Organisation von Versorgung notwendig ist“ [2]. Hierbei ist das Expertenwissen, das durch die Erfahrung mit Krisen und deren Bewältigung erworben wurde von zentraler Bedeutung. Die notwendige Verbesserung psychiatrischer Versorgung zu nicht-stigmatisierenden und zufriedenstellenden, hilfreichen Angeboten ist ohne ExpertInnen durch Erfahrung nicht möglich.

Die bisher gewählten Beteiligungsformen wie Nutzerräte, Gremienarbeit und Nutzerbefragungen sind dabei wichtige Ansätze. Zu einer Neubestimmung der Psychiatrie ist es jedoch wichtig, Psychiatrie erfahrene Menschen direkt an der Praxis und der theoretischen Weiterentwicklung zu beteiligen. Für die Betroffenen ist dies darüber hinaus auch ein wichtiges Symbol der Hoffnung: *„Die Möglichkeit, die Unterstützung von psychiatrie-erfahrenen Mitarbeitern in Anspruch nehmen zu können, vermittelt den Nutzern psychiatrischer Dienste die wichtige Botschaft, dass es Licht am Ende des Tunnels gibt, das Genesung möglich sein kann und zudem dass sie selbst anderen etwas Wertvolles bieten können“* [1].

Inspiziert durch die Client-partnership in Birmingham wurde in Bremen die Experten-Partnerschaft (eine Vereinigung von Experten durch Erfahrung und professionellen Experten zur Stärkung der Nutzerperspektive in der Ausbildung) ins Leben gerufen. Es wurde schnell deutlich, dass das Wissen und der Hintergrund der Experten durch Erfahrung eine Ressource ist, die psychiatrische Versorgungsangebote und die Ausbildung von Fachkräften entscheidend verändern kann.

Bei der Suche nach weiteren Projekten und Initiativen, die sich für die Wahrnehmung des Erfahrenenwissens einsetzen, wurde deutlich, dass es viele Bildungseinrichtungen und psychiatrische Dienste in Europa gibt, die von Psy-

chirurgie erfahrenen Menschen geleitet werden oder an denen sie beteiligt sind. Die meisten Projekte haben jedoch mit zwei Problemen zu kämpfen: die fehlende Vernetzung zwischen innovativen Projekten und die fehlende offizielle Anerkennung von Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie. So entstand die Idee, ein Europäisches Projekt zu beantragen, das die Möglichkeit bietet, die Erfahrungen in Europa auszutauschen und eine Ausbildung für Experten durch Erfahrung zu entwickeln, die eine Grundlage zur offiziellen Anerkennung bietet.

Erfahrungskompetenz nutzen – das Projekt EX-IN

Ausgangspunkt des Projektes EX-IN (Experienced Involvement / Beteiligung Psychiatrie erfahrener Menschen) war die Überzeugung, dass Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, über einen reichen Schatz an Erfahrungswissen verfügen, das zu einem erweiterten Verständnis psychischer Erschütterungen, zu neuem Wissen über genesungsfördernde Faktoren und zu innovativen, nutzerorientierten Angeboten in der Psychiatrie beitragen kann.

Die Ausbildung soll Psychiatrie erfahrenen Menschen die Gelegenheit bieten, die eigene Erfahrung zu reflektieren und sich Methoden- und Hintergrundwissen anzueignen, um als Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten oder als Ausbilder zu arbeiten.

Experten aus innovativen betroffenenorientierten Projekten in Norwegen, Schweden, England, den Niederlanden, Slowenien und Deutschland haben zwei Jahre zusammen gearbeitet, um Erfahrungen auszutauschen, Konzepte und Forschungsergebnisse zu vergleichen und eine Ausbildung zu entwickeln, die auf den Erfahrungen der Psychiatrie erfahrenen Menschen basiert.

Im Mittelpunkt der EX-IN Ausbildung steht die Entwicklung von Erfahrungswissen. Hierzu ist es wichtig, dass jeder einzelne seine Erfahrungen reflektiert und strukturiert, so dass aus Erfahrung Wissen wird, ICH-Wissen. Das bedeutet, dass die Teilnehmer Bewusstsein darüber entwickeln, wie sie sich ihre seelische Erschütterung erklären, wie sie diese Erfahrung in ihre Lebensgeschichte einordnen, welchen Sinn sie darin erkennen und welche Bedingungen und Strategien dabei helfen, Anforderungen und Krisen zu bewältigen. Erfahrungswissen ist zunächst etwas Persönliches, aber durch kritische Reflektion mit anderen kann es in etwas verwandelt werden, das nicht nur der Betroffene

ne weiß, sondern das mit anderen geteilt werden kann. Wenn wir davon ausgehen, dass es wichtig ist, einen gemeinsamen Standpunkt und eine gemeinsame Perspektive davon zu entwickeln, was hilfreiche Haltungen und Strukturen für Menschen in psychischen Krisen sind, ist es erforderlich, dass eine Ausbildung den Teilnehmern die Möglichkeit bietet, ihre Erfahrungen auszutauschen, um "WIR-Wissen" zu entwickeln.

Daneben wird in der EX-IN Ausbildung die Anwendung von Methoden und die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert, die nicht automatisch ein Bestandteil des Erfahrungswissens sind. Daher sind Empowerment, Trialog, Recovery, Betroffenen-Fürsprache, Bestandsaufnahme und Zielplanung, Beraten und Begleiten, Krisenintervention und Lernen und Lehren Themen des Kurses. Die Auseinandersetzung mit Theorien und Methoden soll dazu beitragen, dass die Teilnehmer in der Lage sind, für Beratung, Unterstützung und Fortbildung eine Praxis zu entwickeln, die sowohl professionell als auch erfahrungsorientiert ist.

Erfahrungsbericht über die Ex-In-Ausbildung

Mein Name ist Claus Räthke, ich bin 40 Jahre jung und habe in der Zeit von März 2006 bis Juni 2007 an der Ex-In Ausbildung in Bremen teilgenommen und sie mit Zertifikat bestanden. Im Juni 2008 bin ich aufgrund dieser Ausbildung als Genesungsbegleiter mit 28 Wochenstunden sozialversicherungspflichtig bei einem Bremer Betreuungsverein eingestellt worden.

Ich lege im Folgenden mein Hauptaugenmerk auf meine persönlichen (Lebens-)Erfahrungen vor, während und nach der Ex-In Ausbildung und stelle ihnen kurz meine jetzige Berufsausübung vor. Ich möchte sie insbesondere mit meiner persönlichen ExIn-Philosophie und meinem Verständnis von Recovery vertraut machen.

Die Ex-In – Philosophie geht davon aus, dass wir Betroffene bereits Experten (durch Erfahrung) sind und dass uns diese Ausbildung sozusagen den nötigen Feinschliff und das notwendige Selbstbewusstsein, unsere Erfahrungen wirklich als ein spezielles Expertenwissen anzusehen, gibt. Eine Ausbildung von ca. 300 Stunden mag kurz erscheinen. Ex-In ist etwas ganz neues und lässt sich nicht mit dem klassischen Ausbildungssystem vergleichen. Ausgebildet sind wir TeilnehmerInnen bereits durch unser Leben, durch jahrelange, ja sogar

jahrzehntelange Erfahrungen mit unseren psychischen Erkrankungen und dem psychiatrischen System. So gesehen könnte man Ex-In als Weiterbildung ansehen. Unsere eigentlichen Ausbildungen nennen sich Psychose, Borderline, Sucht, Schizophrenie, Depression usw.. Das sind die eigentlichen Lehrmeister und in ihnen befindet sich das Potential, um als DozentIn und/oder GeneungsbegleiterIn beruflich tätig zu sein. Ex-In fördert dieses Potential zu Tage und sagt ganz deutlich, dass wir Erfahrenen am besten wissen, was uns hilft und was nicht – und was daher auch anderen Betroffenen helfen kann. Ex-In sehe ich als eine gute Ergänzung zu professionellem Wissen, das die Universitäten lehren und über das die nichtbetroffenen Profis verfügen.

Ich selbst bin Sucht- Psychose- und Depressionserfahren. Ich habe das nie als Kompetenz angesehen, sondern als Einschränkung, Handicap, Unbrauchbarkeit und vor der Gesellschaft besser geheim zu halten. Diese Einstellung hat zusätzlich zu meinen Leiderfahrungen, die aus den Erkrankungen resultieren, zu noch mehr Leid geführt, sprich zu einem Mangel an Selbstwertgefühl, zu Scham, dem Gefühl von Nutzlosigkeit und der Gesellschaft eine Belastung zu sein. Solch eine Art des Denkens und Fühlens ist nicht gesundheitsfördernd, sondern der beste Weg in die Depression. Niemand im Außen hat mich gelehrt oder mir nahe gebracht, dass das Erfahren von psychischen Erkrankungen zu einer speziellen Kompetenz führen kann, ja eine Kompetenz ist, die im Bereich der Gesundheitsfürsorge der Gesellschaft zu Gute kommen kann und das auch sollte.

Mein Leben sah so aus, dass ich planlos viele Jahre an der Universität Bremen studierte, ohne meinen Berufswunsch zu entdecken, ohne wirklich zu wissen, was ich beruflich wirklich will. Das Depressive blieb mein Begleiter und um mit diesen Gefühlen zurecht zu kommen habe ich immer mehr Alkohol konsumiert und wurde zum Alkoholiker. Zu guter letzt wurde ich psychotisch und anschließend so depressiv wie ich es noch nie in dem Ausmaße erlebt habe. Ich wurde richtig krank. Die Lebensweise, die ich mir angeeignet hatte, wie z.B. nicht über Gefühle und Befindlichkeiten zu sprechen, Frust zu schlucken, Konflikte zu meiden, fremdbestimmt statt selbstbestimmt zu handeln, es anderen statt mir selbst recht machen zu wollen, mich selbst zurück zu nehmen, Wut keinen Ausdruck zu verleihen, hat mich verrückt gemacht.

Heute sage ich: zum Glück. Besonders durch die Psychoseerfahrung ist mir bewusst geworden, dass ich mein Leben von Grund auf ändern muss und kann. Sie war der Hinweis meiner Seele, dass es so wie bisher nicht weitergehen sollte, denn so führt es unweigerlich in das Ertrinken durch Alkohol und eben in die Verrücktheit und Selbstaufgabe. Die Psychose dauerte vier Monate, ich lies sie nicht behandeln. Die anschließende Depression nahm kein Ende, so dass ich sie und gleichzeitig auch meinen Alkoholismus in einer Privatklinik im Schwarzwald (Oberberg) behandeln lies und mich aus meinem Studium des Lehramtes exmatrikulierte. Die Psychose gehört der Vergangenheit an, ebenso das Trinken, geblieben ist die Depression, die immer mal wieder an meine Tür klopft.

Ich möchte mit ihnen gerne ein Bild teilen, dass ich mit Ex-In in Verbindung bringe und das mir sehr viel Mut macht und zeigt, wie stark und heilend Betroffene, die es geschafft haben, auf ihre Leidensgenossen wirken können: Ich besuchte ein Jahr regelmäßig die Meetings der Anonymen Alkoholiker. Dort war ein Mann, ich schätze ihn auf 65 Jahre, der sich lebhaft und hilfreich in meinen Erinnerungen befindet. Dieser Mann strahlte immer Herzlichkeit, Hilfsbereitschaft, Wärme und ein freundliches, mitfühlendes Wesen aus. Er war durch und durch zufrieden mit sich und der Welt. Seine Geschichte zeigt, welche enorme Kraft in der Betroffenenbewegung, in diesem Fall die der Anonymen Alkoholiker, liegt. Er hat jahrelang ganz unten als Obdachloser, als so genannter Penner gelebt, ohne Heim, ohne Perspektive. Er war verwahrlost und ohne Lebenswillen. Durch die AA ging es mit ihm dann eines Tages aufwärts, er bekam eine eigene Wohnung und befreite sich vollkommen von der Geißel Alkohol. Dieses Wunder, so möchte man sagen, geschah einzig durch die Meetings, durch die Hilfe von Betroffenen, also anderen Alkoholikern, die es geschafft hatten, sich vom Alkohol zu befreien (und, so sagen die AA's, durch die höhere Macht, die in der AA Philosophie eine zentrale Rolle spielt).

Bevor ich von Ex-In Kenntnis bekam, stand ich vor einem Scherbenhaufen. Ich hatte keine berufliche Perspektive und litt die meiste Zeit an Depressionen. Ich sah in Ex-In sofort eine Chance. Bis dato war ich in meinem Umfeld, in meinem Freundeskreis der einzige Betroffene und orientierte mich stark an den anderen, die gesund waren, Vollzeit beschäftigt und familiär eingebunden, Kinder groß zogen und ihr Leben meisterten. Ich wollte dazu gehören und tat es doch

nicht, denn ich fühlte mich ja rundherum als Versager. Bei Ex-In war ich plötzlich unter Gleichgesinnten, die sich nicht aufgeben, die was aus sich machen wollen, die ihre Erfahrungen nicht brach liegen lassen, sondern nutzen wollen, die aus eigener Erfahrung heraus sagen: „ja, das kenne ich auch und ich will wie du mein Erfahrungswissen für mich und andere nutzen“.

Die Idee, Betroffene, also die, die es wirklich betrifft, beruflich als Experten durch Erfahrung in das psychiatrische Netz mit einzubeziehen, sehe ich als eine große Chance zu positiver gesellschaftlicher und damit auch politischer Veränderung. Psychiatrische Erkrankungen nehmen rapide zu. Offensichtlich produziert unsere Gesellschaftsform mehr und mehr Leid. Nun kommen die „Verrückten“ mit ihrem Slogan des gleichnamigen Films über Ex-In (von Jürgen Köster) „Wer, wenn nicht wir - Psychiatrieerfahrene verändern die Psychiatrie!“. Bisher waren wir ausschließlich NutzerInnen dieses Systems, das letztendlich keine Heilung bewirkt hat, was die Statistiken über den rasanten Anstieg von psychischen Erkrankungen deutlich belegen. Jetzt wollen wir mit ÄrztInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen kooperieren, auf gleicher Augenhöhe an der Verbesserung der Gesundheitsfürsorge unserer Leidgenossen mitwirken. Wir nennen das in unserem Fachjargon „Empowerment“. Vor der Ausbildung war nicht klar, ob es anschließend auch Arbeitsmöglichkeiten für uns geben wird. Es gibt sie immer mehr. Viele sind freiberuflich als DozentIn tätig, eine Mitstreiterin hat eine 30 Stunden Stelle in einem ambulant psychiatrischen Dienst, ein Ex-Inler steht kurz davor, als Betreuer auf 400 Euro Basis eingestellt zu werden und ich habe seit Juni 2008 eine 28 Stunden Stelle als Genesungsbegleiter.

Der wichtigste Grundpfeiler der Ex-In Philosophie ist für mich gelebtes, angewandtes Recovery. Recovery bedeutet übersetzt ungefähr Genesung, Wiedererlangung der Gesundheit. Es ist ein zentraler Ansatz der Ausbildung und steht der klassischen Psychiatrie, die den Schwerpunkt der Behandlung zumeist auf Medikation und Symptomminderung legt, fortschrittlich gegenüber. Recovery zielt auf ein zufriedenes, erfülltes Leben mit vollständiger gesellschaftlicher Integration ab. Ein zufriedenes Leben ist für alle Betroffene möglich, manchmal sogar völlige Genesung. Hoffnung wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden und gefördert. Alle Hilfen, die das Wohlbefinden und die individuelle Bewältigung der Erkrankung fördern,

kommen zum Einsatz, Selbsthilfe und Selbstverantwortung sind zentral für den Recovery Prozess. Recovery macht Mut und Hoffnung, denn es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch das Potential zur Genesung in sich trägt. Da Genesung ein individueller Prozess ist, zielt Recovery auf ein vielfältiges Angebot ab, in dem Recovery wachsen kann. Es wird auch davon ausgegangen, dass jede/r weiss, was hilfreich für ihn/sie ist oder dies zumindest für sich herausfinden kann. Gefördert werden die Übernahme von Verantwortung, die Entscheidung, dass es besser werden soll, allgemein eine optimistischere Haltung und Hoffnung für die Zukunft. Es geht um die Erlangung einer positiven Identität, das sich lösen von psychiatrischen Zuschreibungen, um Symptombeeinflussung und ganz besonders darum, Sinn und Bedeutung im Leben zu gewinnen. Statt den Fokus auf Symptome zu richten, zielt Recovery darauf ab, Selbstachtung und Identität zu entwickeln und eine wichtige Rolle in der Gesellschaft zu finden. Es geht darum, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die befähigen mit psychiatrischen Erlebnissen umzugehen und diese Erfahrung für andere nutzbar zu machen.

Ich nutze meine Erfahrungen und Ex-In jetzt beruflich. Ich bin angestellt bei der „Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.“ (Bremen), die in erster Linie Betreuung für Menschen mit psychischer, geistiger und/oder Suchterkrankung anbietet, in dem Arbeitsbereich Irrturm. Der Irrturm ist ein außerklinisches, professionell begleitetes Forum für Kommunikation und Information, das Menschen mit psychischer Erkrankung die Möglichkeit gibt, ihre individuellen Erfahrungen und Anliegen auszutauschen und in einem selbst erstellten Buch zu publizieren. Außerdem organisiert und besucht der Irrturm öffentliche Veranstaltungen, gibt Lesungen und bietet in verschiedenen Teilprojekten Beschäftigungsmöglichkeiten für Betroffene. Mit unserer Arbeit schaffen und stärken wir die Lobby für NutzerInnen des psychiatrischen Versorgungssystems zur öffentlichen Auseinandersetzung. Dabei sollen Anstöße zu einer lebendigen Diskussion über Psychiatrie und psychische Erkrankung gegeben werden.

Unser Team besteht aus einer Sozialpädagogin, die den Irrturm koordiniert und begleitet, einer Injobberin und mir als Genesungsbegleiter. Ich leite die Redaktionsgruppe und bin hauptsächlich für unsere Öffentlichkeitsarbeit zuständig, d.h.: ich organisiere Lesungen und führe diese durch, betreibe Aufklä-

rungs- und antistigmatisierende Arbeit an Schulen und beziehe unsere NutzerInnen hierbei ein, bin für unsere Werbestände zuständig, begleite und unterstütze Betroffene in unseren Teilprojekten (wie z.B. der Erstellung unseres Hörbuchs und der Durchführung von Interviews) und pflege den Kontakt zu ihnen, nehme an Fortbildungen teil, schreibe Artikel und Rezensionen und leite unseren Gesprächskreis Suizid, der Profis und Betroffenen offen steht, um sich über dieses Thema auszutauschen.

Voraussetzung für meine Einstellung beim Irrturm war die Ex-In Ausbildung. Die Arbeit fördert meine Persönlichkeitsentwicklung, hat eine heilende Wirkung indem sie meine Selbstheilungskräfte unterstützt, gibt mir Sinn und Struktur, fordert mich aber auch sehr heraus, d.h. ich überwinde immer wieder Grenzen und tauche in Bereiche ein, die anfangs Angst und Unsicherheit in mir auslösen.

Ich erlebe, dass ich durch meine eigene Betroffenheit einen empathischen Zugang zu unseren RedakteurInnen habe und demonstriere Recovery, in dem ich stark in die Selbstverantwortung gehe, individuelle Wege finde, mit meinen Erkrankungen umzugehen, alternative Heilweisen ausprobiere, mich durch Ängste nicht von meinem Weg abbringen lasse, voller Hoffnung bin, in meinen Erschütterungen nach positivem Potential suche und es finde wie z.B. neue Zielvorstellungen und Prioritäten für mein Leben, mehr Toleranz und Mitgefühl, neue Werte.

Aufgrund meiner Erkrankungen habe ich einen Beruf bekommen, der Berufung ist!

EX-IN und dann?

Jedes an dem EU-Projekt beteiligte Land hat Teile der Ausbildung oder das gesamte Curriculum erprobt. In Deutschland wird die EX-IN Ausbildung durch die Universitätsklinik Hamburg Eppendorf und die Initiative zur sozialen Rehabilitation mit ihrem Fortbildungsträger F.O.K.U.S. in Bremen jeweils bereits zum dritten Mal durchgeführt. In Berlin hat gerade ein Kurs begonnen, in Stuttgart ist ein weiterer geplant. Die Nachfrage im deutschsprachigen Raum ist sehr groß. Da der Bedarf nicht mehr von den an dem EU-Projekt beteiligten Akteuren gedeckt werden kann, wird ab Herbst ein überregionaler Kurs zur Ausbildung von Ausbildern angeboten.

Mittlerweile haben ca. 50 Personen den EX-IN Kurs abgeschlossen. Über 50% haben eine bezahlte regelmäßige Beschäftigung gefunden, hierzu gehören sozialversicherungspflichtige Anstellungen, aber auch so genannte Geringverdiener-Jobs. Die Tätigkeitsbereiche sind Mitarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege, Entlassungsberatung im Krankenhaus, Betreutes Wohnen, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement. Darüber hinaus sind viele EX-IN Kursabsolventen auf Honorarbasis als Dozenten und mit Gruppenangeboten tätig.

Manche Kursteilnehmer möchten sich nach der Ausbildung Zeit lassen, sich langsam auf das neue Betätigungsfeld einzulassen, manche wollen auch nur einen Nebenjob, um ihre Erwerbsunfähigkeitsrente zu erhalten. Daher ist die Beschäftigungsquote der Experten durch Erfahrung durchaus zufrieden stellend.

Sicherlich ist noch eine Menge Arbeit zu leisten, insbesondere in Hinblick auf die Überzeugung von psychiatrischen Diensten und Kostenträgern. EX-IN (er)fordert ein Umdenken in der Psychiatrie.

Status, Autonomie, Ressourcen, Einfluss, Entscheidungsmacht und Bezahlung, die vergleichbar mit den Bedingungen von nicht-erfahrenen Mitarbeitern sind, sind kritische Faktoren für die Realisierung positiver Veränderungen. EX-IN, die direkte Beteiligung ist ein Ansatz, von dem die Experten durch Erfahrung, die Professionellen und die Klienten gleichermaßen profitieren können, er hat das Potential, ein neues Selbstverständnis in der Psychiatrie zu etablieren in dem die Bedarfe der Nutzer im Mittelpunkt stehen.

Kontakt: Jörg Utschakowski

utschakowski@fokus-fortbildung.de www.ex-in.info

Literatur

1. Hardiman E, Matthew T, Hodges J (2005) Evidence-based Practice in Mental Health: Implications and Challenges for Consumer-Run Programs. *Best Practices in Mental Health* 1(1):105-122
2. Lloyd C, King R (2003) Consumer and carer participation in mental health. *Australian Psychiatry* 11(2):180-184

3. Tooth B, Kalyanansundaram V, Glover H (1997) Recovery From Schizophrenia: A Consumer Perspective. Final Report to Health and Human Services Research and Development Grants Program (RADGAC), December 1997, www.auseinet.com/files/recovery/btooth06.pdf (24.08.2008)

Recovery als Prinzip stationärer psychiatrischer Versorgung in Nottingham (UK) - ein Umsetzungsbeispiel

Martin Fischer, Julie Repper

Abstract

Stationäre psychiatrische Versorgung an einem Konzept wie Recovery auszurichten, ist eine große Herausforderung. Traditionell bestimmen ein Fokus auf Diagnostik und Behandlung der Erkrankung den stationären Alltag, eine zuweilen hohe Intensität therapeutischer Maßnahmen verstellt den Blick auf das Individuum mit seinen Ressourcen, Potenzialen und Lebensentwürfen. Genau diese Elemente sowie die Eigenmächtigkeit und die Suche nach Lebenssinn der „PatientInnen“ stehen aber im Zentrum eines Recovery-Ansatzes.

Wie können diese scheinbar konträren Positionen zusammengebracht werden? Wie kann in der stationären Versorgung der Fokus auf Krankheitsbilder zugunsten einer Orientierung an den Bedürfnissen und Vorstellungen von Betroffenen verändert werden?

Dieser Frage widmet sich seit Anfang 2008 ein Projekt des NHS⁴ Nottingham (UK), in dessen Rahmen die stationäre psychiatrische Versorgung der Region auf das Konzept Recovery ausgerichtet wird. Dies erfolgt durch Maßnahmen wie Schulungen der MitarbeiterInnen oder eine Überarbeitung der Dokumentationen auf den Stationen durch Pflegefachkräfte. Der Prozess wird von einer internen Evaluation begleitet. In die Planung und Durchführung des Projekts sind Menschen mit Psychiatrieerfahrung in verschiedenen Rollen einbezogen.

Im Vortrag, der auf einem sechsmonatigen Forschungsaufenthalt als Psychologe in Nottingham basiert, werden das Projekt sowie die begleitende Evaluation vorgestellt und kritisch reflektiert. Dabei werden die Möglichkeiten und Grenzen einer Umsetzung des Recovery-Ansatzes in der stationären Versorgung sowie die Rolle von Psychiatrie-Erfahrenen in diesem Prozess diskutiert.

⁴ National Health Service; Staatliches Nationales Gesundheitswesen im Vereinigten Königreich.

Ressourcenorientierung in der Langzeitpsychiatrie - Einführung und Umsetzung von Ansätzen des Tidal-Modells, von Recovery und Empowerment auf einer Station

Guntram Fehr, Bernadette Arpagaus

Problemstellung

Die Station 0 in einer öffentlich rechtlichen psychiatrischen Klinik in der Ostschweiz hat 12 Betten und betreut psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen, welche in der Regel von der Akut- oder Rehabilitationsstation verlegt werden. Der Verlegungsgrund ist meist, dass keine kurz- oder mittelfristigen Perspektiven erkenn- und planbar sind. Die Patientinnen und Patienten haben, in der professionellen Beurteilung, häufig nur eine geringe Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit im angebotenen Therapieprogramm. Eine schlechte Compliance wurde oft von den Mitarbeitenden der Vorstation wahrgenommen. Die Minussymptomatik ist meist sehr ausgeprägt, einige Patientinnen und Patienten haben eine andere Realitätswahrnehmung als das professionelle Behandlungsteam und setzen Copingstrategien ein, die als eher ungeeignet eingestuft werden.

Die Station 0 hatte ein niedriges Prestige in der Klinik, was sich nicht zuletzt auch in der für die Patientinnen und Patienten eher unspezifischen therapeutischen Versorgung niederschlägt. Im Stellenplan des Pflegedienstes sind, im Vergleich zu den anderen Stationen, am meisten Teilzeitpflegende mit weniger als 50% und Pflegehilfen angestellt, nur 3 Diplomierte arbeiten über 80%.

Betreutes Wohnen für psychisch Kranke wird in der Region zwar angeboten, doch sind die Anforderungen dieser Institutionen an die Fähigkeiten der Bewohner vorwiegend so hoch, dass ein Übertritt der Patientinnen und Patienten kaum möglich ist. Das Risiko von Hospitalismus ist bei den Patienten und Patientinnen extrem hoch durch diese systemimmanente Situation.

Die also kaum in die zunehmend spezialisierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angebote der Klinik integrierbaren Patientinnen und Patienten werden in einem Bezugspflegesystem begleitet; Pflegediagnosen im Pflegeprozess sind das zentrale Planungsinstrument der Pflegenden.

Für Pflegende auf der Station 0 ist die fehlende Perspektive bei vielen Patientinnen und Patienten schwer auszuhalten. Sie sind im Dilemma zwischen dem - vermeintlichen? – fachlich begründeten Wissen, was für die Patientinnen und Patienten "gut" wäre und der fehlenden Compliance sowie den als ungeeignet beurteilten Copingstrategien gefangen und haben wenig Handhabe mit den klassisch-problemorientierten Ansätzen, eine systematische und zielorientierte Patientenarbeit umzusetzen.

Die verschiedenen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen sind gut geschult im erkennen von Problemen und im zielgerichteten Arbeiten mit den Patientinnen und Patienten. Da dieser Ansatz zu wenig Erfolg für die Patienten führte und Burnout für die Pflegenden drohte, wurde ein radikal anderer Ansatz gesucht und ein Projekt initiiert.

Projektziel und Organisation

Ziel: Eine ressourcenorientierte Haltung ist die Grundlage der pflegerischen Arbeit und ist in der Begleitung der Patientinnen und Patienten umfassend umgesetzt.

Das Projekt wurde von der Abteilungsleiterin mit dem Pflegeexperten lanciert, die Idee dazu entstand aus einer vom Pflegeexperten moderierten Fortbildung für die Station mit dem Thema „Ressourcenorientierung“.

Die Projektverantwortung liegt bei der Abteilungsleiterin, die fachliche Begleitung geschieht durch den Pflegeexperten. Auf der Station wird das Projekt federführend von der Ressortleiterin *Entwicklung und Qualität* voran getrieben.

Der zeitliche Rahmen des Projektes ist von Dezember 2007 bis Oktober 2008 festgelegt. Eine Begleitung durch den Pflegeexperten ist auch für die Zeit nach dem Projekt gesichert.

Monatlich wurde im Projektzeitraum eine Sitzung über 1 ½ bis 2 Stunden mit allen Pflegenden, der Abteilungsleitung und dem Pflegeexperten (Moderation und Protokollierung) durchgeführt, die inhaltliche Vorbereitung geschah in Absprache vom Pflegeexperten mit der Abteilungsleitung und/oder der Ressortverantwortlichen Entwicklung und Qualität.

Als zentrales Material standen Veröffentlichungen von Buchanan-Barker & Barker [3] und Barker & Buchanan-Barker [2], von Knuf [5], und Amering & Schmolke [1] zur Verfügung, die Recovery-DVD von Pro Mente Sana (PMS) [6] wurde eingesetzt, sowie der Kongressband der letztjährigen 4. Dreiländertagung in Bielefeld [7] und Fachartikel aus Zeitschriften.

Andreas Knuf kam für einen Tag für ein Workshop und den Austausch zum Projekt auf die Station 0 und führte im Juli 2008 eine 2 tägige Fortbildung zu Empowerment durch, woran alle diplomierten Pflegenden der Station 0 und die Abteilungsleiterin teilnahmen.

Als Anstoß zum Projektansatz war für den Pflegeexperten der Vortrag von Phil Parker beim letztjährigen Dreiländerkongress in Bielefeld [3] wesentlich; nach ausgiebigen Literaturrecherchen wurde entschieden, Aspekte folgender methodischer Ansätze im Projekt zu anzuwenden:

- TIDAL Model [2, 3]
- Recovery [1, 6]
- Empowerment [5]
- Ressourcendiagnosen aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis ICNP [4] (in der Klinik wird seit 2001 mit den Pflegephänomenen der Beta Version von ICNP gearbeitet).

Das interdisziplinäre Team wurde über das Projekt informiert, ist jedoch nicht direkt involviert; das Projekt hat natürlich Konsequenzen für alle Behandlungsprofessionen, welche über die Abteilungsleiterin kommuniziert werden.

Projektverlauf und -ergebnisse

Das Projekt verlief in etwa wie im TIDAL Model das menschliche Leben beschrieben ist: es gab Wellenkämme und -täler, Ebbe und Flut; der Antrieb und der Glaube an das Projekt war nicht kontinuierlich gut oder schlecht, sondern wechselte. Hier zeigte sich die Wichtigkeit, dass das Projekt von Aussen begleitet wurde.

Es muss hier nicht unbedingt der chaostheoretische Schmetterling bemüht werden, doch ein Rattenschwanz an Anpassungen in der Organisation, bei Arbeitsinstrumenten, dem Bedarf nach Methoden, das Überdenken von Ab-

läufen, Umstellen der Strukturen usw. ist fortlaufend zu bewältigen, lustvoll, bisher.

Ein Informationsflyer wurde für Patientinnen und Patienten erstellt, welcher die Grundzüge des Projekts aufzeigt.

Aus dem TIDAL Model wurden besonders die **Befähigungen der Pflegenden** reflexiv im Team erörtert und das **Ganzheitliche Assessment** [2] im Projekt umzusetzen versucht. Die Auseinandersetzung mit den **Befähigungen von Pflegenden** [2] fördert die Reflexion der Pflegenden: *Was ist mir selbstverständlich, wo habe ich Defizite, Ressourcen? Wie gehen die Kollegen mit dem Anspruch um? Was ist mir nicht klar? Wo habe ich Befürchtungen?*

Das **Ganzheitliche Assessment** wurde übersetzt und kommt bei neu auf die Station aufgenommenen Patientinnen und Patienten zur Anwendung. Das Ziel ist hier, dass in den Worten der Betroffenen das Assessment erfasst wird; wenn möglich füllen die Betroffenen das Assessment selbst aus mit mehr oder weniger Unterstützung der Bezugspflegenden.

Im **Ganzheitlichen Assessment** werden die Pflegeperson wie auch die Patientinnen und Patienten mit einfachen Worten geleitet in einer rechten Spalte des Blattes.

Neben Fragen nach der Entstehung und Funktion des Problems, früheren Emotionen, Veränderungen und Beziehungen geht das Assessment auf die heutige Situation ein: Emotionen, Bedeutung, Kontext, Bedürfnisse und Erwartungen werden aufgeschrieben.

Anschließend wird eine Liste mit Hauptproblemen erstellt und bewertet. Diese Bewertung fließt in eine Evaluations- und Beurteilungsskala ein, welche den Verlauf darstellt.

Persönliche Ressourcen werden umfassend erhoben von den Patientinnen und Patienten: *Wer und Was ist wichtig in meinem Leben? Was sind meine Überzeugungen, Haltungen?*

Im Lösungsansatz wird gefragt, wodurch die Betroffenen wissen, dass die Probleme gelöst oder die Bedürfnisse befriedigt sind. *Was für Änderungen braucht es, dass das geschieht?* – ist eine weitere Frage an Patientinnen und Patienten.

Das **Recovery** wurde in den Grundlagen vermittelt und mit der von ProMente-Sana herausgebrachten DVD über Patienten und Patientinnen dem Pflege team und den Patientinnen verdeutlicht. Die Betroffenen der DVD - Peers - welche über ihre Genesung berichten, machen Recovery begreifbar. Ehemalige Patientinnen und Patienten wurden aktiv auf die Station eingeladen; dieser Ansatz ist konzeptualisiert für die Zukunft. Der Glauben daran und das Wissen darum, dass die meisten psychisch kranken Menschen ganz oder teilweise genesen, ist ein wesentliches Element, ressourcenorientiert pflegen zu können.

Der **Empowermentansatz** wurde versucht, in der Moderation des Projektes selbst und in der Zusammenarbeit der verschiedenen Qualifikationen im Pflege team umzusetzen. Ohne Empowermentserfahrung in der Organisation kann keine Empowermenthaltung umgesetzt werden! Patientensituationen wurden reflektiert, geeignete, das Empowerment unterstützende Arbeitsmittel und -methoden wurden eingeführt. Einen Input erhielt das Projekt durch ein Meeting im Projekt, zu dem Herr Knuf vor Ort war, welcher auch eine 2 tägige Fortbildung zu Empowerment in der Psychiatrie durchführte.

Die der Klassifikation **ICNP** implizite Möglichkeit, jedes der über 600 Phänomene als „Chancediagnose“ anzuwenden, wurde systematisch vertieft, Grundlagen wurden erarbeitet. Hier möchten wir anmerken, dass sich Klassifikationssysteme im Prinzip mit den 3 anderen Konzepten reiben; doch zeigt die Erfahrung, dass diese Quadratur des Kreises doch möglich ist in einem sehr phänomenologisch ausgerichteten Pflegediagnoseverständnis.

Weitere im Zuge des Projektes umgesetzte **Neuerungen** (aus den Protokollen der Meetings und einem „Tagebuch“, worin alle Pflegenden Einträge machen können) in der Arbeit auf der Station 0 sind:

- ein ehemals Bonus/Malus orientiertes *Token-System* wurde durch ein reines Bonussystem abgelöst; es gibt keine negativen Konsequenzen für das Fernbleiben bei Therapien, Sitzungen usw.
- Die „*Morgenrunde*“ ist attraktiv gestaltet, sodass Patienten und Patientinnen einen Grund haben, daran teil zu nehmen

- Neu ist eine Stationsversammlung, welche themenzentriert aufgebaut ist und *interessant* gestaltet wird; zumindest nehmen alle Patientinnen und Patienten teil – ohne Druck
- Zur Förderung der Gesprächskompetenz Pflegender wurden Broschüren erstellt
- Ein Standard zur Stationsversammlung wurde eingeführt, welcher auch eine methodische Vielfalt fördert
- Die autonomen Freiräume der Pflege werden bewusster wahrgenommen, dadurch kann Autonomie den Patienten übertragen werden
- Die Patienten sind selbstverantwortlicher geworden
- Jede Patientin und jeder Patient hat eine Patin / einen Paten, in der Regel ist dies die Mitpatientin, der Mitpatient des Zimmers

Und es gäbe noch weitere mehr oder weniger kleine Details, Aussagen, Reaktionen ...

Zum Zeitpunkt der Drucklegung des vorliegenden Artikels im Juni 2008 ist das Projekt im sechsten von den zehn geplanten Monaten. Im Vortrag werden also weitere Ergebnis und Erkenntnisse vorgestellt werden, welche hier noch nicht einfließen konnten. Verweisen möchten wir auf die anderen Beiträge dieses Kongressbandes, in welchen die verwendeten Grundlagen umfassender beschrieben sind.

Ausblick

Eine ressourcenorientierte Haltung in ein Team zu integrieren dauert länger als die 10 Monate des Projektes; viele Erfolge in der Patientenarbeit und die gesicherte fachliche Begleitung über den Projektzeitraum hinaus stimmen optimistisch, dass obige Ziele engagiert weiter verfolgt werden. Eine gewisse Virulenz hat das Projekt schon in der Klinik, wir hoffen, dass die Ressourcenorientierung *noch* ansteckender wird!

Literatur

1. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit (2 Aufl). Bonn, Psychiatrie-Verlag
2. Barker P, Buchanan-Barker P (2005) The Tidal Model: A guide for mental health professionals. London: Brunner-Routledge

3. Buchanan-Barker P, Barker PJ (2008) Eine Klärung der grundlegenden Werte der Genesung: die 10 TIDAL Verpflichtungen. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit 2(1):12-22
4. ICNP Beta (2001) unter www.icn.ch/icnpupdate.htm
5. Knuf A (2006) Empowerment in der psychiatrischen Pflege. Bonn, Psychiatrie-Verlag
6. ProMenteSana (Hrsg) (2007), Gränicher D: Recovery, wie die Seele gesundet. Zürich: Pro Mente Sana (www.promentesana.ch)
7. Schulz M, Abderhalden C, Needham I, Schoppmann S, Stefan H (Hrsg) (2007) Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld Bethel. Unterostendorf: Ibicura

Kongruente Beziehungspflege am Fallbeispiel einer "schwierigen" Patientin: eine Fallstudie

Markus Berner

Hintergrund

Als "schwierige" Patientinnen werden in der Psychiatrieversorgung Frauen bezeichnet, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Nach DSM-IV [5] wird Borderline-Persönlichkeitsstörung als *"tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und den Affekten sowie deutlicher Impulsivität"* definiert.

Im Rahmen der Bezugspersonenpflege ist die Pflegefachperson für die Planung und Durchführung der Pflege zuständig. Unter Bezugspflege verstehen wir eine organisierte Arbeitsweise, die den Auftrag der Pflegefachperson als Bezugsperson der Patientin definiert. Gehen wir der Frage nach, was die Bezugsperson dann wirklich tut, stellen wir fest, dass ein Hauptaspekt ihrer Pflege in der Beziehungspflege liegt.

Das hier dargestellte Fallbeispiel bzw. die pflegerische Haltung und Pflege richtet sich nach dem Konzept der Kongruenten Beziehungspflege[2].

Kongruente Beziehungspflege ist ein Konzept, dass die bewusste Wahrnehmung und die professionelle Bearbeitung und Klärung der interpersonellen und interdependenten Aspekte einer Pflegenden-Patienten-Beziehung beschreibt [2]. Als Basis werden drei Wissenschaftliche Grundlagen beschrieben.

Die Psychodynamik von Beziehungen von Jean Watson [7], die davon ausgeht, dass die eigene Geschichte in jedem Moment des Lebens mitwirkt und bewusst oder unbewusst unser Verhalten, Denken, Handeln und Fühlen ja sogar unsere Motivation beeinflusst. Watsons Theorie stellt die Pflege in den ganzheitlichen Rahmen der menschlichen Zuwendung, bei der ein Mensch zu einem anderen, bedürftigeren, eine alle Ebenen der Person umfassende Beziehung aufnimmt.

Die Autoren Maturana & Varela [4] gehen der Frage nach, wie menschliches Erkennen eigentlich funktioniert. Sie kommen bei ihrer Auseinandersetzung mit den neurobiologischen Grundlagen menschlicher Wahrnehmung zum

Schluss, dass die Menschen sich in einer Welt bewegen, die sie selbst immer wieder neu hervorbringen. Dies gelingt uns nur in der Koexistenz mit Anderen. Wollen wir mit der anderen Person koexistieren, müssen wir sehen, dass ihre Gewissheit - so wenig wünschenswert sie uns auch erscheinen mag - genauso legitim und gültig ist wie unsere. Wie unsere Gewissheit ist auch die Gewissheit des Anderen der Ausdruck dafür, dass er sich in seinem Existenzbereich - so wenig verlockend uns dieser Bereich auch erscheinen mag - bewahren will, weil er daran gekoppelt ist.

Jürgen Bauer [1] weist in einem Vortrag auf fünf Elemente hin, die gute Beziehung und deren Gestaltung fördern:

Menschen wollen gesehen werden, als Person wahrgenommen werden. Nichtbeachtung ist ein Beziehungs- und Motivationskiller und Ausgangspunkt für aggressive Impulse.

Die Ingredienz für Beziehung ist die gemeinsame Aufmerksamkeit. Sich dem Anderen zuwenden ist die einfachste Form der Anteilnahme und hat ein erhebliches Potential, Verbindung herzustellen.

Emotionale Resonanz, als die Fähigkeit zu einem gewissen Grad auf die Stimmung des Anderen einzuschwingen oder Andere mit der eigenen Stimmung anzustecken.

Beziehungsgestaltung im gemeinsamen Handeln. Etwas konkret miteinander tun wird als in hohem Masse Beziehungsstiftender Aspekt gesehen.

Fünftes der Beziehungselemente ist das Verstehen von Motiven und Absichten. Verstehen erfordert ein immer wieder neues Nachdenken. Zu den verständlichen, aber nachteiligen Sparmaßnahmen unseres Gehirns gehört, dass es sich das immer wieder neue Verstehen erspart und stattdessen anderen Menschen Motive und Absichten nach einem Schema unterstellt, das auf früheren, typischen Erfahrungen beruht. Das Ergebnis im Hinblick auf die aktuelle Beziehung im Hier und Jetzt ist dann nicht selten verheerend. Riesige Motivationspotentiale werden oft nur deshalb nicht ausgeschöpft, weil Einschätzungen anderer Menschen vorgenommen wurden, ohne sie zu verstehen. Motive, Absichten, Vorlieben oder Abneigungen richtig zu erkennen und anzusprechen, ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, bei anderen Potentiale zu entfalten

Die Kongruente Beziehungspflege nimmt diese Elemente auf. In der Beziehungspflegeplanung werden Phänomene unter denen die Patientin leidet aufgenommen und Umgedeutet. So wird der Patientin die z.B. unter Geringschätzung, Einsamkeit und Ablehnung leidet, durch die Pflege Wertschätzung, Geborgenheit und das Gefühl von verstanden werden gegeben. Die Umdeutung ist wichtig, weil sonst keine Qualität der Bedeutung erkennbar wird. Wir können nur schwer erkennen was "hoch" ist wenn wir nicht einen Begriff von "tief" haben [6]. Im Weiteren werden in der Beziehungspflegeplanung durch die Pflege positive Reize gesetzt die aus der Biographie der Patientin erhoben werden. Dadurch werden Vertrauen und Motivation sowie auch positive Nervenzellnetzwerke gefördert und aktiviert.

Problem

Pflegende erleben in der Praxis die Pflege-Beziehungsgestaltung zu sogenannten "Borderlinepatientin" als schwierig, kommen oft an ihre Grenzen. Der Versuch, mit Strukturplänen und straffen Regeln dem Tun der Patientinnen entgegen zu wirken, schlägt oft fehl. Der Pflegeberuf wird dann als hoffnungslos und frustrierend erlebt, die Patientinnen fühlen sich einmal mehr nicht verstanden, abgelehnt und stigmatisiert.

Setting

Die Patientin kommt als Notfalleintritt auf die offen geführte Akutabteilung. Sie berichtet, dass sie am frühen Morgen eine Phase gehabt habe, in der sie nicht mehr gewusst habe, was sie getan habe. Dissoziative Zustände erlebe sie öfter, könne sie mit Skills, Medikamenten oder Selbstverletzung in der Regel selber beenden. Aktuell habe sie jedoch Angst davor, in einem solchen Zustand Andere zu Verletzen. Sie will auch keine Medikamente mehr nehmen, weil sie vermutet, unter Valium die Kontrolle über sich verloren zu haben. Zur Suizidalität äußert sich die Patientin in Angst, dass sie in dissoziativen Zuständen etwas passieren könnte. Die Patientin empfindet Scham über ihren Zustand. Sie hat bereits mehrere Aufenthalte in der Klinik verbracht. Oft fühlte sich die Patientin in den Aufenthalten nicht verstanden und erlebte Ablehnung. Genau so gehe es ihr auch draußen- die Angehörigen hätten zwar viel Verständnis und gäben Unterstützung. Trotzdem fühle sie sich oft nicht ver-

standen und richtig angenommen. Sie sei halt impulsiv und für die anderen oft eine Belastung.

In der Krankengeschichte werden die Aufenthaltsverläufe als äusserst schwierig geschildert, die Patientin hatte oft dissoziative Zustände, führte sich häufig und teils schwere Selbstverletzungen zu, war bekannt als "Teamspalterin". Mit diesen Vorinformationen hat sich das Pflege team auf die Beetreuung der Patientin vorbereiten. Es wurde bald klar, dass der Patientin ein erneuter, schwieriger Aufenthalt bevorsteht. In einer Fallbesprechung hat sich das Team geeinigt, neue Wege einzuschlagen und nach dem Konzept der Kongruenten Beziehungspflege die Patientin in diesem Aufenthalt zu begleiten.

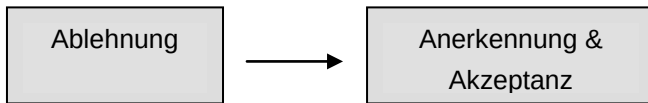
Vorgehen

Im Subteam bestehend aus der Bezugsperson, dem Primärtherapeuten wurde, gemeinsam mit der Patientin, ein Behandlungsvertrag erstellt. Als Ziel der Behandlung wurde der Entzug von Valium, bei Eintritt 80 mg, und die psychosoziale Stabilisierung festgelegt. Die Medikamente wurden nach Schema alle zwei Tage reduziert mit dem Ziel, den Abbau innert drei Wochen durchzuführen. Die Patientin verpflichtete sich, Probleme und Schwierigkeiten nur mit dem Behandlungsteam zu besprechen. Weiter umfasste der Vertrag, dass in regelmäßigen Abständen Urintests auf Drogen- und Medikamentengebrauch durchgeführt werden. Bei selbstverletzendem Verhalten soll ein Gespräch mit dem Primärtherapeuten stattfinden um weiteres Vorgehen zu klären und in erster Linie unterstützende Maßnahmen zu finden um das Behandlungsziel zu erreichen. Die Abteilung wird weiterhin offen geführt, die Patientin darf die Abteilung die ersten drei Wochen jedoch nur in Begleitung von Pflegepersonal verlassen gemeinsam mit der Patientin wurde der Aufenthalt auf vier Wochen beschränkt.

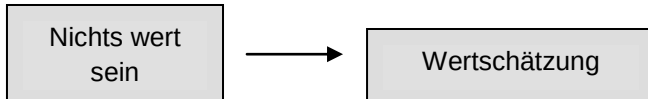
Die Aufgaben der Pflegefachpersonen wurden definiert, insbesondere die Aufgaben der Bezugsperson. Primäre Ansprechperson für die Patientin ist die Bezugsperson, bei deren Abwesenheit die Vertretung. Die Bezugsperson hat täglich um 13 Uhr ein Gespräch mit der Patientin, dort können strukturelle und organisatorische Fragen geklärt werden. Das Pflege team verweist die Patientin bei strukturellen/ organisatorischen Fragen an die Bezugsperson. Fragen zur Medikation werden nur mit dem Primärtherapeuten besprochen.

Während der Therapiezeiten steht der Patientin das Abteilungsatelier zur Verfügung. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Nacht verbringt die Patientin im Zimmer, auch wenn sie nicht schlafen kann. Zum Rauchen darf die Patientin in den Raucherraum gehen.

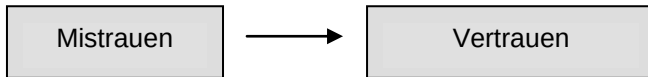
Im Pflorgeteam wurde auf Grund einer Fallbesprechung eine Beziehungspflegeplanung in Ansätzen erstellt. Folgende Bedeutungen hat das Pflorgeteam herausgearbeitet:



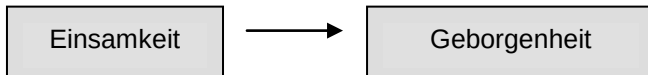
Ziel: gewinnt Selbstvertrauen und fühlt sich akzeptiert.



Ziel: Bewusstsein über Selbstwert und >Motivation, eigene Ziele zu erreichen.



Ziel: Vertrauen in sich und Andere aufbauen.



Ziel: Geborgenheit als Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden erleben.

Pflegeinterventionen richteten auf das Wohlbefinden der Patientin. Sie soll sich akzeptiert und angenommen fühlen, Verständnis und ehrliche Zuwendung erhalten. Die Patientin soll sich verstanden fühlen, Lob erhalten und Verlässlichkeit erleben. Ziel ist es, eine therapeutisch wirksame Beziehung auf zu bauen durch Empathie und Wertschätzung. In Krisen- oder schwierigen Situationen sind Pflegenden einfach da und begleiten die Patientin. Ablehnende Haltung seitens der Pflegenden und das "in Frage stellen" der Patientin sollen vermieden werden.

Da die Bezugsperson verpflichtet ist, Pflegediagnosen zu formulieren, wurden die zwei Pflegediagnosen [3] *Angst* und *Selbstverletzungsgefahr* gestellt.

Auch hier wird der Aufbau einer therapeutischen Beziehung durch Empathie und Wertschätzung ins Zentrum gestellt. Im Weiteren soll die Patientin angeleitet werden, auslösende Faktoren zu erkennen, sowie Methoden kennen zu lernen, um lähmende und behindernde Gefühle zu bewältigen.

Bei Angstattacken und Spannungszuständen sollen die Pflegenden bei der Patientin verweilen, eine ruhige sichere und schutzbietende Haltung einnehmen. In kurzen und klaren Sätzen sprechen und bei unangemessenem Verhalten Grenzen setzen.

Das ganze Pflgeteam, inkl. der Nachtwachen, wurde angehalten, diese Maßnahmen verbindlich umzusetzen.

Verlauf

Die Patientin fühlt sich durch die vereinbarten Regelungen erst eingeengt, verspürt dann doch Sicherheit in den klaren Abmachungen. Im Empfinden und in der Stimmung ist die Patientin schwankend- die Gefühle reichen von euphorisiert bis zu schweren Tiefs und Dissoziation. Auslösende Faktoren waren negative Erinnerungen, die Angst vor der Zukunft oder das Gefühl für ihre Angehörigen eine Belastung zu sein. Um sich vor zu vielen Einflüssen zu schützen, hat sich die Patientin oft in ihr Zimmer zurückgezogen. Im Aufenthalt hat die Patientin gelernt, dass sie Spannungszustände mit der Anwendung von Cold-Pack überwinden kann. Gut geholfen haben zudem Spaziergänge mit Pflegenden, die Patientin empfindet "das in der Natur sein" und die Bewegung als sehr heilsam. Schwerere Krisen wie dissoziieren haben die Pflegenden mit der Patientin in Form von, zum Teil längeren, 1:1 Betreuung überwunden. In den vier Wochen ist es zu keinem selbstverletzenden Verhalten gekommen noch wurde das Team "gespalten".

Ergebnisse

Der Behandlung ist für alle Beteiligten äußerst zufriedenstellend verlaufen. Dies zeigen die Resultate aus der Befragung der Bezugsperson, den Teammitgliedern, der Abteilungsleitung und nicht zuletzt auch der Patientin.

Die Pflegenden erlebten es als sehr hilfreich, dass sie im Team eine klare Haltung und Verbindlichkeiten zum Umgang mit der Patientin erarbeitet hatten. Dies nimmt Angst in der Begleitung der Patientin und gibt ein Grundvertrauen "das Richtige zu Tun", so die Aussage der Pflegenden. Aussagen wie *"ich wurde Dünnhäutig und spürte wenn sich etwas anbahnte"* oder *"ich konnte einfach da sein und zulassen, ohne das Gefühl zu haben, eine aktive Intervention durchführen zu müssen, war erleichternd"*, sind selbstredend. Zuwendung zu geben, im einfachen da sein, erforderte zum einen viel Aufmerksamkeit, nahm zum anderen jedoch auch den Druck vermeintlich wirksamere Interventionen zu finden. Gleichzeitig erlebten Pflegende Erleichterung darin, dass sie die Patientin so annehmen konnten *"wie sie ist"*. Die Patientin hat dadurch all das bedrohliche verloren.

Die Abteilungsleitung erachtet es rückblickend als besonders wichtig, frühzeitig, also kurz nach Eintritt Behandlungsvereinbarung und Fallbesprechung organisiert werden. Weiter musste sie dafür sorgen, dass alle Pflegenden sich nach der Vereinbarung, der Pflegerischen Haltung und der Interventionen richten. Sie hat dafür Sorge getragen, dass alle an der Behandlung beteiligten an diesem Teppich von Fürsorge weben.

Die ersten Tage währen für die Patientin schwierig gewesen. Sie hat mit Erschrecken die Regeln entgegen genommen und sich gefragt, warum man mit ihr so streng umgehe. Zunehmend habe sie jedoch gespürt, dass die Pflegenden sie akzeptieren würden und sich sehr gut um sie kümmern würden. Sie habe dann Vertrauen gefunden, was ihr auch in schwierigen Situationen geholfen habe. Die Patientin bezeichnet sich im Gespräch selber als nicht einfach, und sie habe es sehr geschätzt, dass sie trotzdem soviel Verständnis und Zuwendung erhalten habe.

Die Aussage der Patientin: *"Es war immer jemand für mich da, auch dann, wenn ich mich nicht mehr selber melden konnte - die hatten einfach so etwas wie Fühler für mich"* bringt den Erfolg der Pflegenden auf den Punkt.

Schlussfolgerung

Kongruente Beziehungspflege ist wirksam, dies zeigt unsere Erfahrung. Wir haben uns in diesem Fall nicht konsequent an die Beziehungspflegeplanung gehalten, sondern vielmehr die Philosophie des Konzepts umgesetzt. Nämlich

den Fokus der Pflege auf eine positive, wertschätzende Beziehungsgestaltung zur Patientin gelegt. Kongruente Beziehungspflege erfordert ein Umdenken der Pflege, weg vom Problemorientierten hin zur Aktivierung von Motivation und positiven Beziehungserlebnissen.

Für die Praxis stellt sich die Frage, ob wir in Zukunft weiter die Patientinnen problemfokussiert begleiten oder uns auf Grund der neurobiologischen Erkenntnissen nicht vielmehr der Beziehungspflege und der positiven Interventionen widmen sollten.

Unumgänglich ist es, dass die pflegerische Beziehung nicht mehr "nur aus dem Bauch", sonder professionell geplant, umgesetzt und dokumentiert wird. Dadurch auch wahrgenommen und zum Beispiel für Kostenträger transparent und als Leistung anerkannt werden kann. Für die Zukunft ist es wichtig, dass die Wirksamkeit der Beziehungspflege auch durch Forschung belegt wird.

Literatur

1. Bauer J (2007) Sozial und resonanzfähig – Warum der Mensch auf Kooperation geeicht ist. SWR 2 Baden-Baden, www.swr.de/swr2/programm/sendungen/wissen
2. Bauer R (2002) Beziehungspflege: Professionelle Beziehungsarbeit für Gesundheitsberufe. Unterostendorf: Ibicura
3. Doenges M, et. al (2002) Pflegediagnosen und Massnahmen. Bern: Huber
4. Maturana H, et. Al (1990) Der Baum der Erkenntnis. München: Goldmann
5. Sass H, et al (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe
6. Scherm P (2007) Beziehungspflege in der Forensik. Unterostendorf: Ibicura
7. Watson J (1996) Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Huber

Advanced Practice Nursing (APN) in der Psychiatrie: Von der Idee zur Umsetzung

Peter Ullmann, Joergen Mattenklotz

Abstract

Die aktuelle Diskussion, um die Einführung von Advanced Practice Nursing bzw. Advanced Nursing Practice hat mittlerweile den deutschsprachigen Raum erreicht. Über die Begrifflichkeit herrscht sowohl im englischsprachigen (USA, Australien, UK) als auch im europäischen Raum Unklarheit.

Der ICN versteht: *“Eine Pflegespezialistin (NP/APN) ist eine Gesundheits- und Krankenpfleger/in, die über Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfindungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Praxis verfügt. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem sie für die Praxis zugelassen ist. Als Qualifikation wird ein Master-Grad empfohlen”* [1].

Die Tätigkeiten im Rahmen von Advanced Nursing Practice lassen sich unter fünf zentralen Rollen (oder Elementen der ANP-Rolle) zusammen fassen [2]: Direkte Pflege, Beratung, Bildung, Forschung, Management/Clinical Leadership. Die Verteilung der Tätigkeiten auf diese Bereiche ist je nach Arbeitssetting unterschiedlich.

Anhand eines praktischen Beispiels aus Deutschland, einem Psychoedukationsprojekt, wird die Frage diskutiert, wie APN / ANP in der Psychiatrie aussehen könnte.

Literatur

1. ICN (2003) Definition and Characteristics of the Role. International Council of Nurses. www.icn-apnetwork.org
2. Lincoln P (2000):Comparing CNS and NP role activities: a replication. Clinical nurse specialist CNS 14 (6):269-277

Einführung von Pflegediagnosen am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost

Cornelia Gianni

Am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost wurde 1996 in Form eines Projektes damit begonnen, den Pflegeprozess in die tägliche Arbeit der Pflege auf allen Stationen zu integrieren. Die Motivation zur Implementierung des Pflegeprozesses und damit auf weite Sicht der Pflegediagnosen, war unter anderem der Wunsch, ein Instrument für die Pflege zu finden, das hilft, Pflege abzubilden und transparent zu machen.

Grundsätzliche Leitgedanken gingen der Planung voraus:

- die Entwicklung eines einheitlichen pflegerischen Selbstverständnisses
- theoriegeleitetes Arbeiten
- die Beziehungsorientierung in der Pflege
- das ganzheitliche Denken
- geplante, effiziente Pflege
- eine Pflegedokumentation, die den Anforderungen gerecht wird.

Die Implementierung des Pflegeprozesses im Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost war mit einigen Schwierigkeiten verbunden, die nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Akzeptanz durch die Mitarbeiter in der Pflege entstanden sind. Hier wurde die Komplexität des Systems, bei dem eine Änderung viele Änderungen nach sich zieht, unterschätzt.

Das Klinikum München-Ost ist Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Neurologie und seit 1978 akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilian-Universität München.

Das Krankenhaus wurde 1905 als „Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München“ eröffnet. Es stehen der medizinischen und pflegerischen Versorgung 1280 Betten zur Verfügung. Mit ca. 2200 Mitarbeitern leistet das Klinikum München-Ost die psychiatrische Vollversorgung für die Stadt München sowie für die Landkreise München, Fürstenfeldbruck und Dachau. Das

Klinikum umfasst 12 Fachbereiche, die verschiedenen Sektoren von München zugeteilt sind.

Das Klinikum München-Ost ist seit 2004 nach DIN EN ISO 9001:2000 in allen Bereichen zertifiziert. (DIN = Deutsche Industrie Norm, EN = Europäische Norm, ISO = International Organization for Standardization). Damit wird die Qualität der Leistungen des Klinikum München-Ost regelmäßig in einem europäischen Maßstab überprüft.

Im Zuge der Umstellung der Pflegedokumentation auf ein EDV-System wurde von der Pflegedienstleitung des Klinikum München-Ost die Entscheidung getroffen, damit zu beginnen, Pflegediagnosen in die tägliche Arbeit der Pflege zu übernehmen. Voraus ging hier der Wunsch Pflegenden, aus der Praxis, mit Pflegediagnosen zu arbeiten. Die einzelnen Schritte bis hin zur tatsächlichen praktischen Arbeit mit Pflegediagnosen auf Pilotstationen benötigten ca. zwei Jahre. Um Pflegediagnosen flächendeckend auf 60 Stationen des Hauses einzuführen, wird voraussichtlich noch einmal die gleiche Zeit vergehen.

Nach der Entscheidung der Pflegedirektion und der Bereichspflegedienstleiter, Pflegediagnosen einzuführen, war eine der Hürden, die es zu bewältigen gab, die Vermittlung an die Berufsgruppe der Ärzte. Bisher oblag es den Ärzten, Diagnosen zu stellen, die Vorstellung, dass Pflege ebenso Diagnosen stellt, wurde im ersten Moment als Bedrohung und Anmaßung gesehen. Differenzierte Erklärungen und die fundierte Definition der Pflegediagnosen ihrer Sinnhaftigkeit und der Unterscheidung zu medizinischen Diagnosen waren nötig, um in der Berufsgruppe der Ärzte Verständnis für den Schritt der Pflege zu erhalten. Das Gelingen der Einführung von Pflegediagnosen ist nicht zuletzt auch von der Akzeptanz der Ärzte abhängig, da die multiprofessionelle Zusammenarbeit ein wichtiges Element in der Behandlung psychisch kranker Menschen ist.

Nach der umfassenden Information der Chefarzte und der betriebswirtschaftlichen Leitung des Klinikums München-Ost ergab sich die Frage nach einem geeigneten Klassifikationssystem. Die Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft (PEW) hatte den Auftrag, unterschiedliche Systeme zu vergleichen. Nach intensiver Recherche kam sie zu dem Schluss, dass Pflegediagnosen in Anlehnung an NANDA für das Klinikum München-Ost geeignet

wären. Dies begründet sich zu einem Teil in deren Aufbau, aber auch damit, dass es eine gute Übersetzung in die deutsche Sprache durch Stefan et al gibt, und der Bekanntheits- und Verbreitungsgrad hoch ist.

In einem zweiten Schritt wurden die Stationen informiert, gängige Pflegeprobleme zu sammeln und zu dokumentieren. Diesen immerhin über 900 niedergeschriebenen Pflegeproblemen wurden nun durch die PEW mögliche Pflegediagnosen zugeteilt. Es konnten insgesamt ca. 6000 Pflegediagnosen erstellt werden. Hierbei kristallisierten sich 22 Pflegediagnosen heraus, die mit Abstand sehr häufig angewandt werden konnten. Erstaunlich war, dass sich die Pflegediagnosenhäufigkeiten in allen Fachbereichen glichen. Also waren die Häufungen sowohl in der Forensischen Psychiatrie, als auch in der Gerontopsychiatrie und in der Akutpsychiatrie gleich. Ergänzt wurden die häufigsten Pflegediagnosen noch durch einige Hochrisikodiagnosen wie z. B. „Suizid, hohes Risiko“.

Parallel zu diesen Vorarbeiten war eine Gruppe von Mitarbeitern mit der Ausarbeitung des Stationsarbeitsplatzes für die Pflege in Zusammenarbeit mit der dafür ausgewählten Firma beschäftigt. Hier mussten von Anfang an Begrifflichkeiten geklärt und Möglichkeiten ausgelotet werden. Um eine Vorstellung zu haben, wie der Stationsarbeitsplatz aussehen könnte, wurden Institutionen besucht, die die EDV schon eingeführt haben, und praktische Erfahrung gesammelt haben. Trotz dieser Informationen im Vorfeld war und ist es harte Arbeit, den Stationsarbeitsplatz so zu gestalten, dass die Mitarbeiter aus einer verständlichen Logik heraus damit arbeiten können, und der praktische Nutzen sichtbar wird und so die Akzeptanz fördert.

In einem weiteren Schritt wurde ein Qualitätszirkel gegründet, dessen Teilnehmer alle von Herrn Harry Stefan in die Arbeit mit Pflegediagnosen eingeführt wurden. Zudem gab es zu dieser Zeit schon zwei Fortbildungen im haus-eigenen Bildungszentrum von Harry Stefan, die zur freien Auswahl ausgeschrieben waren. Zur Vorbereitung auf das Einpflegen in den Stationsarbeitsplatz wurden nun die Pflegediagnosen (in Anlehnung an NANDA) bearbeitet, indem die Nummer, der Titel und die Definition der einzelnen Pflegediagnose nicht verändert wurden, Ziele und Maßnahmen jedoch wurden individuell ergänzt. Individuell bedeutet dabei, dass die einzelnen Fachbereiche Ziele und Maßnahmen gesammelt haben. Die Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pfl-

gewissenschaft hat diese zusammengefasst und gekürzt, sodass ein fachbereichsübergreifender Katalog im EDV-System entstand. Ziele und Maßnahmen, die sehr speziell sind, werden in kleinen, stationseigenen Katalogen hinterlegt.

Es hat sich herausgestellt, dass das größte Hemmnis zur Einführung der Pflegediagnosen die parallele Implementierung des EDV-Stationsarbeitsplatzes ist. Eine Herausforderung ist, die Arbeit mit Pflegediagnosen mit den technischen und logistischen Gegebenheiten zu vereinbaren. So ist zum Beispiel die Planung einer allgemein gültigen Pflegeanamnese (Pflegeassessment), in der schon eine Auswahl an Pflegediagnosen getroffen werden kann, durch Grenzen im System eingeschränkt. Das heißt, es sind immer wieder Anpassungen notwendig, Begrifflichkeiten mit der Firma zu klären. Es müssen teils Möglichkeiten geschaffen werden, die den Anforderungen entsprechen, z.B. in Form von Verknüpfungen. Die flächendeckende Ausstattung der Stationen mit EDV-Arbeitsplätzen hat ebenso Einfluss auf die Arbeit der Pflegenden mit Pflegediagnosen und den reibungslosen Ablauf der täglichen Routine wie Schulungen der leitenden pflegerischen Mitarbeiter. Durch lange Entwicklungszeiten einzelner EDV-Schritte wird die Einführung von Pflegediagnosen gebremst, da ohne entsprechende technische Ausstattung ein effizientes Arbeiten nicht möglich ist. Dies birgt die Gefahr, das anfänglich positive Energien und Arbeitseifer verpuffen.

Unter Nutzung aller Ressourcen und einer Menge an Optimismus wird das Ziel Pflegediagnosen flächendeckend auf allen Stationen des Isar- Amper- Klinikum, Klinikum München Ost einzuführen in einigen Jahren erreicht sein, und damit ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege getan sein.

Strukturierte Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen: Erste Erfahrungen aus einem Praxisentwicklungsprojekt

Bernd Kozel, Konrad Michel, Christoph Abderhalden

Einleitung

Die Risikobeurteilung der Suizidgefährdung stellt eine wichtige und herausfordernde Aufgabe für alle Pflegenden in der Psychiatrie dar [1]. Einige Experten [3, 4, 5, 6] empfehlen die Verwendung von Einschätzungsinstrumenten, um dieser anspruchsvollen Aufgabe durch eine professionelle Vorgehensweise gerecht zu werden. Eine systematische Einschätzung der Suizidgefährdung mit geeigneten Instrumenten ist besonders hilfreich, um jene PatientInnen frühzeitig zu identifizieren (Screening), die eine Häufung an Risikofaktoren für Suizid aufweisen [2]. Die Schwierigkeit dabei ist, dass der klinische Gesamtkontext bei einem Risikoscreening mit Einschätzungsinstrumenten nicht berücksichtigt wird [7]. Beispielsweise sind PatientInnen die eine Häufung von Risikofaktoren für Suizid aufweisen nicht per se „akut suizidal“. Daher eignet sich zur Einschätzung der akuten Suizidalität eher ein Verfahren, das stärker auf die „Innenwelt“ der PatientInnen rekurriert. Ein Instrument, das dieser Anforderung gerecht wird, ist die Suicide Status Form II (SSF-II) [8]. Die Suicide Status Form II (SSF-II) ermöglicht ein gemeinschaftliches, phänomenologisches Assessment der (akuten) Suizidalität durch Professionelle und PatientInnen [9]. Die PatientInnen werden zum „Experten“ ihrer eigenen Suizidalität, die Professionellen werden zum „Begleiter“ des Einschätzungs- und Behandlungsprozesses.

Die Suicide Status Form II (SSF-II) [8] wird im Rahmen eines Praxisentwicklungsprojektes an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) zur strukturierten Einschätzung der akuten Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen verwendet.

Ziel

Dieser Kongressbeitrag hat das Ziel, anhand eines Fallbeispiels über erste Er-

fahrungen der strukturierten Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit PatientInnen zu berichten.

Praxisentwicklungsprojekt

Das interdisziplinäre Praxisentwicklungsprojekt „systematisierte Einschätzung der Suizidalität“ [1] wurde auf zwei allgemeinspsychiatrischen Stationen der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) eingeführt.

Bei allen eintretenden PatientInnen wird die „Basissuizidalität“ mit der Nurses' Global Assessment of Suicide Risk – Scale (NGASR-Scale) [3] erfasst. Dabei wird auf einer dichotomen Skala beurteilt, ob evidenzbasierte Risikofaktoren für Suizid, beispielsweise „Frühere Suizidversuche“ oder „Depression“ vorliegen oder nicht. Durch die Summe der erfassten Punktwerte ergibt sich eine der vier Risikostufen: 1=kleines, 2=mäßiges, 3=hohes oder 4=sehr hohes Risiko (Risikogefährdung aufgrund vorhandener Risikofaktoren). Anschließend erfolgt anhand der vier Risikostufen (kleines, mäßiges, hohes oder sehr hohes Risiko) eine subjektive, gefühlsmäßige Einschätzung. Auf der Basis dieser beiden Einschätzungen (NGASR-Skala + subjektive Einschätzung) wird eine Annahme über die derzeitige „Basissuizidalität“ getroffen und eine Risikostufe festgelegt (kleines, mäßiges, hohes oder sehr hohes Risiko).

Die drei beschriebenen Schritte (1. Erfassung Risikofaktoren, 2. subjektive Einschätzung 3. Festlegung der tatsächlichen Risikostufe) erfolgen in der Regel während beziehungsweise unmittelbar nach dem Aufnahmegespräch durch die Bezugspflegeperson und den aufnehmenden Arzt. Das Hauptziel des Einschätzungsprozesses liegt dabei im Screening von Risikopopulationen für Suizid.

Die akute Suizidalität wird in einem vierten Schritt vertieft überprüft, wenn die Risikostufe 3=hohes Risiko oder 4=sehr hohes Risiko vom aufnehmenden Pflege-Arzt-Team festgelegt wurde. Die Einschätzung der akuten Suizidalität wird mit der Suicide Status Form II [8]⁵ gemeinsam mit den PatientInnen vorgenommen (siehe Abb. 1).

Die Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] besteht aus einem Selbst- und einem

⁵ Deutsche Übersetzung W. Gekle / K. Michel April 2003. Copyright David A. Jobes, Ph.D. All Rights Reserved.

Fremdbeurteilungsteil. Der Selbstbeurteilungsteil (Teil A, siehe Abbildung 1) wird durch die PatientInnen gemeinsam mit der professionellen Bezugsperson ausgefüllt. Dabei erfordert die gemeinschaftliche Herangehensweise, dass die professionelle Bezugsperson unbedingt direkt neben den PatientInnen sitzt [10]. Die professionelle Bezugsperson versucht das momentane Erleben der PatientInnen zu verstehen und baut dadurch gleichzeitig eine „therapeutische Beziehung“ auf [11].

Die inhaltlichen Bestandteile der Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] beruhen auf verschiedenen psychologischen Modellen. Eine der Grundannahmen kann darin zusammengefasst werden, dass Suizid eine Handlung [11] ist, bei dem das „Ich“ einem unerträglichen Zustand psychischen Schmerzes [12] zu entfliehen versucht [13]. Die Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] versucht somit abzubilden, was suizidale Menschen erleben.

Die PatientInnen haben die Möglichkeit, auf einer 5-Punkte Likert-Skala (1=geringste Ausprägung, 5=höchste Ausprägung) ihr inneres Erleben auszurücken (siehe Abb. 1). Die Selbstbeurteilung bezieht sich auf psychischen Schmerz, aktuellen inneren Stresszustand, Spannung und Erregung, Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung und einer allgemeine Selbsteinschätzung der Suizidgefährdung. Ein weiterer Bestandteil des Instrumentes ist die Verwendung von Linehans „Reasons for Life“ Konzept [14]. Die PatientInnen werden aufgefordert, nach Gründen für das Leben oder für den Tod zu suchen und eine Rangfolge zu erstellen, welche der Gründe für sie am Wichtigsten sind.

Die Anwendung der Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] in der klinischen Praxis ermöglicht:

1. ein Verständnis des Erlebens der PatientInnen und somit einer differenzierten Beurteilung der (akuten) Suizidalität.
2. den Aufbau einer „therapeutischen Beziehung“ durch die professionelle Bezugsperson (durch zuhören, ernst nehmen und gemeinsames Bearbeiten der Suizidalität)
3. eine Behandlungsplanung durch die Verwendung der erhobenen Daten (Beispielsweise durch Notfallpläne oder Skills-Trainings).

Abb. 1: Suicide Status Form II German Version (Übersetzung W. Gekle / K. Michel. Copyright David A. Jobes, Ph.D. All Rights Reserved) [8]

Die Suicide Status Form-II (SSF-II) German Version											
Teil A: Patientin und Untersucher gemeinsam!											
Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühl der Verletzung, des Leids, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlichen Schmerz):											
niedriger psychischer Schmerz		1	2	3	4	5	hoher psychischer Schmerz				
Ich finde psychisch am schmerzhaftesten:.....											
Beurteilen Sie das Ausmass des aktuellen inneren Stresszustandes (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein u.ä.):											
niedriger innerer Stresszustand		1	2	3	4	5	hoher innerer Stresszustand				
Für mich ist am meisten mit Stress verbunden:											
Beurteilen Sie innere Spannung und Erregung (bedrängende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun; nicht jedoch Verärgerung, nicht „Verleider“):											
niedrige Erregung		1	2	3	4	5	hohe Erregung				
Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungszustand ein Ende zu setzen, wenn:											
Beurteilen Sie die Hoffnungslosigkeit (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden):											
wenig Hoffnungslosigkeit		1	2	3	4	5	viel Hoffnungslosigkeit				
Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf:											
Beurteilen Sie die Selbstentwertung , den Selbsthass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):											
wenig Selbstentwertung		1	2	3	4	5	viel Selbstentwertung				
Was ich an mir am meisten ablehne, ist:											
Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung :											
extrem niedrig (werde mich nicht umbringen)		1	2	3	4	5	extrem hoch (werde mich umbringen)				
Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken über sich selbst?											
Überhaupt nicht		1	2	3	4	5	völlig				
Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber?											
Überhaupt nicht		1	2	3	4	5	völlig				
Rang	Gründe/Motive, die für das Leben sprechen					Rang	Gründe/Motive, die für den Tod sprechen				
Mein Wunsch zu leben, ist:											
Überhaupt nicht vorhanden		1	2	3	4	5	6	7	8	ganz besonders stark	
Mein Wunsch zu sterben, ist:											
Überhaupt nicht vorhanden		1	2	3	4	5	6	7	8	ganz besonders stark	

Fallbeispiel

1) Risikoscreening:

Beim Aufnahmegespräch wurde bei einer Patientin aufgrund des Vorliegens der Risikofaktoren Hoffnungslosigkeit, mit Stress verbundene Lebensereignisse, Stimmen hören, Depression, Äußerung von Suizidabsichten, Verlust einer nahe stehenden Person und psychotische Störung eine hohe Basissuizidalität ermittelt (Risikostufe 3). Die subjektive Einschätzung durch die Bezugspflegeperson ergab ebenfalls ein hohes Risiko (Stufe 3). Die Bezugspflegeperson und drei Assistenzärzte legten schließlich einstimmig die Risikostufe 3 = hohes

Risiko fest. Das gesamte Risikoscreening dauerte etwa 15 Minuten. Der Patientin wurde mitgeteilt, dass man bei ihr momentan von einem hohen Suizidrisiko ausgehe. Mit dem Einverständnis der Patientin wurde daraufhin zunächst die Stationstüre geschlossen. Die Patientin gab an, dass „*sie sehr erleichtert sei*“, da das Thema „Suizid“ so klar angesprochen wurde.

2) Strukturierte Einschätzung der (akuten) Suizidalität mit der Patientin:

Die Bezugspflegeperson führte in einem 45 Minuten dauernden Gespräch gemeinsam mit der Patientin die vertiefte Einschätzung der akuten Suizidalität mit der deutschen Version der Suicide Status Form-II (SSF-II) [8] durch. Die Patientin gab an, dass psychischer Schmerz, innerer Stress, Spannung / Erregung und Hoffnungslosigkeit in hoher Ausprägung bei ihr vorhanden seien. Dabei merkte sie jedoch, dass diese Kriterien vor allem mit dem „Hören von Stimmen“ in Verbindung standen. Am meisten überrascht war die Patientin darüber, dass sie eigentlich viel mehr Gründe hatte zu leben (5) als zu sterben (einen: Stimmen hören). Die Patientin äußerte in diesem Zusammenhang weiterhin: „*dass sie die Gründe die für das Leben sprechen aufschreiben und in ihrem Zimmer aufhängen könnte, um sie immer wieder zu lesen*“. Die allgemeine Suizidgefährdung wurde von der Patientin dann als „extrem niedrig“ angegeben. Die gemeinsame Einschätzung mit der Bezugspflegeperson wurde von der Patientin als „*klärend*“ erlebt. Sie berichtete, dass sie „*besser beurteilen konnte wie es ihr geht*“ und ihr dieses Verständnis beim Umgang mit ihrer Suizidalität geholfen habe. Die Bezugspflegeperson hatte nach dem Gespräch den Eindruck, eine „gute“ Beziehung zur Patientin aufgebaut zu haben. Sie relativierte die Einschätzung „hohes Risiko“ auf „mäßiges Risiko“ und veranlasste das Öffnen der Stationstüre.

3) Konsequenzen aus der gemeinsamen Einschätzung:

- positiver Beziehungsaufbau
- Stationstüre wurde wieder geöffnet
- eine akute Suizidalität wurde ausgeschlossen
- medikamentöse Behandlung der psychotischen Störung
- die Patientin konnte ihre Situation „klarer sehen“
- das Erkennen von „Gründen die für das Leben sprechen“ hatte für die Patientin einen positiv motivierenden Effekt

- die Patientin entwickelte selbstständig eine Coping-Strategie (Gründe die für das Leben sprechen aufschreiben und lesen), die man für den weiteren Behandlungsprozeß verwenden konnte

Schlussfolgerung

1. Ein strukturiertes phänomenologisches Assessment eignet sich besonders für eine differenzierte Einschätzung der akuten Suizidalität.
2. Die Fokussierung auf das Erleben der PatientInnen durch eine gemeinsame Einschätzung der (akuten) Suizidalität kann zu positiven Effekten für alle Beteiligte führen.
3. Ein strukturiertes phänomenologisches Assessment kann den (therapeutischen) Beziehungsaufbau zwischen PatientInnen und professionellen Bezugspersonen fördern.

Literatur

1. Abderhalden C, Grieser M, Kozel 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. Kozel 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 1(2):17-26
3. Cutcliffe J, Barker P (2005) The Nurses` Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11:393-400
4. Ebner G, Lehle B (2005) Suizidalität – Erkennen, Vorgehensweise, rechtliche Situation. Psychiatrie 4/2005:9-18
5. Finzen A (1997) Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention – Behandlung – Bewältigung. Bonn: Psychiatrie-Verlag
6. Lyons C, Price P, Embling S, Smith C (2000) Suicide Risk Assessment: a review of procedures. Accident and Emergency Nursing 8:178-186
7. Michel K (2002) Der Arzt und der suizidale Patient. Teil 1: Grundsätzliche Aspekte. Schweizerisches Medizin-Forum 29/30:704-707
8. Jobes D, Jacoby A, Cimbalic P, Hustead L (1997) Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. Journal of counseling psychology 44:368-377
9. Michel K, Jobes D, Leenaars A, Maltersberger J, Dey P, Valach L, Young R (2002) Meeting the suicidal person. Problems in clinical practice. www.aeschiconference.unibe.ch/pdf/aeschiconference.pdf (03.07.2008)

10. Jobes D (2006) Managing Suicidal Risk. A Collaborative Approach. New York: Guilford Press
11. Michel K (2004) Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung. Existenzanalyse 21: 58-62
12. Shneidman E (1993) Suicide as a psychache. Journal of Nervous and Disease 181:145-147
13. Baumeister R (1990) Suicide as escape from self. Psychological Review 97:90-113
14. Linehan M Goodstein J, Nielsen S, Chiles J (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51: 276-286

Medikamententrainingsprogramm (MTP)

Uwe Schirmer, Tilman Steinert, Tanja Jörg

Die Mehrzahl der stationären psychiatrischen Patienten erhält zwei und mehr Medikamente, die dann auch nach der Entlassung einzunehmen sind. Die Medikation mit Psychopharmaka stellt einen zentralen Faktor der Schizophreniebehandlung dar. Laut der Behandlungsleitlinie für Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [2] bilden „*Pharmakotherapeutische Interventionen den Schwerpunkt der Akutbehandlung über Wochen bis Monate*“. Wissenschaftliche Arbeiten [9] belegen, dass die Rezidivrate von Patienten mit chronischen Erkrankungen, darunter auch schizophrenen Erkrankungen [7], innerhalb von einem Jahr global bei 50% liegt. Die Nichteinnahme der Medikamente wird als wesentlicher Mitgrund für eine stationäre akutpsychiatrische Aufnahme bei 35% der Fälle genannt [1]. Die medikamentöse Therapie gilt als eine effektive Rezidivprophylaxe, für die eine hohe Adhärenz von entscheidender Bedeutung ist. Empirisch wird schon seit den 1970er Jahren die Adhärenz, also Therapietreue untersucht. In jüngeren Arbeiten wird zunehmend die Perspektive des Patienten eingenommen, so von Schaeffer [12] und Haslbeck [6], die dabei auch auf das Erlernen der Bewältigung des Medikamentenregimes unter Alltagsbedingungen und die Notwendigkeit der Entwicklung von Routinen hinweisen.

Bei der medikamentösen Therapie im stationären Kontext der bundesdeutschen Psychiatrie kommt es in der Regel zwischen Ärzten und Pflegenden zu einer Aufgabenteilung. Ärzten obliegt im Rahmen der Therapie die Medikamentenverordnung, hierzu gehören die Medikamentenaufklärung des Patienten und die Anordnung von Präparat, Applikationsform und Dosierung sowie die Psychoedukation. Demgegenüber ist die Aufgabe der Pflege die Medikamentenverabreichung, wozu das Richten der Medikamente, die Verteilung, die Überwachung der Einnahme und das Beobachten auf Nebenwirkungen gehören. Zunehmend wird eine Pflege gefordert, die neben der Beteiligung an der Therapie (Medikamentenverabreichung) auch „*eigenverantwortlich durchzuführende pflegerische Aufgaben*“ [5] übernimmt, wie etwa die Schulung und Beratung von Patienten. Im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der

Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege [3:54] wird Schulung als eine „*Vermittlung von Kompetenzen zur Bewältigung der veränderten Versorgungs- und Pflegeeigenschaften nach der Entlassung*“ beschrieben, also eine Pflege, die auch die Zeit nach der stationären Phase im Blickwinkel hat. Damit sind die pflegerischen Aufgaben bei der Medikamentenverabreichung in einem erweiterten Sinne zu sehen: aus dem passiven Verabreichen soll ein aktives Anleiten beim Medikamentenregime bereits während des stationären Aufenthalts werden. Unter Medikamentenregime verstehen wir alle Maßnahmen, die zu einer korrekten Medikamenteneinnahme erforderlich sind. Diese sind:

- Medikamentenbeschaffung: einen Hausarztbesuch zur Rezeptierung der Medikamente absolvieren, zum Hausarzt gelangen (ggf. Terminierung, Fahrt), Geld zur Verfügung haben (Praxisgebühr, Zuzahlung Medikament), Krankenkassenschein, bei zur Neige gehenden Medikamenten sich rechtzeitig neue Medikamente zu besorgen
- Medikamente richten und einnehmen: Medikamente sinnvoll zu lagern, diese mittels einer korrekten Dokumentation (Verordnung) der einzunehmenden Medikamente zu richten und schließlich das richtige Präparat in der richtigen Dosierung zum richtigen Zeitpunkt einzunehmen. Das Ganze unter Umständen ohne Aufforderung, Anleitung und Kontrolle von unterstützenden Personen
- Integration der Medikation in den Lebensalltag, d. h. Routinen bilden und an die individuelle Lebensgestaltung anpassen.

Die Diskrepanz zwischen der Vorgehensweise des „Medikamente Verteilen“ im Klinikalltag und den gegensätzlichen Anforderungen eines Medikamentenregime zu Hause, können zum Problem für den Patienten werden. Er kann mit der praktizierten Vorgehensweise auf Station Entlastung aber auch Abhängigkeit erleben, in jedem Fall wird diese Vorgehensweise nicht seine Eigenaktivität und Selbstständigkeit fördern. Daraus kann geschlossen werden, dass die hier dargestellten Probleme und Herausforderungen sowohl im klinisch-stationären wie auch im ambulant-häuslichen Kontext ein Pflegeproblem darstellen und professionelle Interventionen benötigen.

Hinweise zur pflegerischen Diagnostik bei der Problematik des Medikamentenregimes finden sich in den NANDA International Pflegediagnosen bei den Klassifikationen von 2005-2006 als „*Unwirksames Therapiemanagement*“ [4:S.204] und in 2007-2008 als „*Ineffektives Management eines Therapieprogramms*“ [13:148].

Zur pflegerischen Intervention wurde ein Medikamententrainingsprogramm entwickelt, um das Adhärenzverhalten der Patienten, wie in der Pflegeergebnisklassifikation NOC [8:602] vorgeschlagen, zu verbessern.

Ziele des Medikamententrainingsprogramms

a) Für den Patienten

Der Patient soll im Rahmen des stationären Aufenthaltes Fertigkeiten (skills) erlernen um auf das Medikamentenregime zu Hause vorbereitet zu sein. Das Medikamentenregime soll vom Selbstverständnis des Patienten, sowohl beim stationären Aufenthalt, wie auch zu Hause, zu seinen Aufgaben gehören und als solche auch anerkannt werden.

Der Patient kann entsprechend seinen individuellen Fähigkeiten eigenverantwortlich und selbstständig seine verordneten Medikamente korrekt richten sowie einnehmen und zeigt eine gute Kooperationsbereitschaft. Dadurch erhöht sich die Selbstpflegekompetenz des Patienten bei der Medikation. Das bedeutet für den Patienten im Einzelnen:

- Er kennt und fördert seine Ressourcen beim Medikamentenregime.
- Er wendet eine geeignete Vorgehensweise an um Medikamente zu richten und korrekt einzunehmen und entwickelt hierbei Routine.
- Für ihn ist die selbsttätige Medikamenteneinnahme selbstverständlich und wird zur Gewohnheit.
- Er kennt Möglichkeiten um den Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme an die Bedingungen seines Alltagslebens anzupassen.
- Für ihn wird das Gespräch über Medikation, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen, Ängste und Sorgen, seine Wünsche und Erfahrungen zunehmend selbstverständlicher und Bestandteil des Dialoges mit dem therapeutischen Team.
- Er beteiligt sich aktiv und selbstständig beim Medikamentenregime.

- Er kennt Möglichkeiten für das Vorgehen beim Medikamentenregime zu Hause sowie mit möglichen Problemen umzugehen.

b) Für die Pflegenden

Die Pflegenden sollen das Medikamententraining qualifiziert durchführen können, so dass der Patient seine Selbstpflegekompetenz bei der Medikation erhöhen kann.

Eine qualifizierte Vorgehensweise der Pflegenden berücksichtigt die aktuelle Verfassung des Patienten und beachtet im Einzelnen:

- den Patienten mit seinen Gefühlen und Bedürfnissen wahrnehmen und diese anerkennen
- seine Haltungen, Erfahrungen und Ambivalenzen die zu Widerständen bei der Medikation führen, ernst nehmen und thematisieren
- seine Ressourcen erkennen, integrieren, Entwicklung fördern und Lernerfolge deutlich machen
- sein Vorgehen beim Medikamententraining beobachten, ggf. korrigieren und mit dem Patienten reflektieren
- seine Entlassung und damit die einhergehende notwendige Selbständigkeit zu Hause als zentrale Aufgabe verstehen

Zum Umgang mit der Medikation erbringen unterschiedliche Berufsgruppen sich ergänzende Leistungen. Eine Vorbereitung des Patienten auf zu Hause besteht nach unserem Verständnis aus (Teilen der) Psychoedukation und dem Medikamententraining. Die genannten Ziele sind nur durch eine Zusammenarbeit des therapeutischen Teams möglich. Ärztliche Tätigkeiten, zum Beispiel die Psychoedukation, korrespondieren mit den pflegerischen Tätigkeiten des **MTP** und ergänzen sich gegenseitig. Entsprechend wichtig ist der Dialog zwischen den Professionen um die jeweils angemessene Intervention zu wählen und Schnittstellen bewusst zu gestalten.

Die Einführung eines Medikamententrainingsprogramms am Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried geht auf eine Initiative des heutigen Pflegedirektors H.-P. Elsässer-Gaißmaier in der Mitte der 1990er Jahre zurück. Es wurde auf diversen Stationen im ZfP Bad Schussenried eingeführt und orientierte sich an dem von Kistner 1992 beschriebenen Reha-Programm [10:167]. Zur Quali-

tätssicherung wurde 2007 mit den Beteiligten der Stationen ein Pflegestandard in unserer Arbeitsgruppe entwickelt. Dieser Pflegestandard ist Bestandteil des neu entwickelten Handbuches MTP in dem neben dem Pflegestandard Grundlagenwissen sowie Checklisten zu verschiedenen zu führenden Gesprächen beinhaltet sind. Das Handbuch soll den Mitarbeitern/-innen der Pflege die notwendigen Informationen und Handlungsanweisungen bieten um das Medikamententraining als eine pflegerische Intervention bei der Behandlung von schizophren erkrankten Menschen im klinisch-stationären Kontext durchzuführen. Für die Stationen der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten die das Medikamententrainingsprogramm (MTP) neu einführen wurde eine eintägige Schulung auf Grundlage des Handbuches entwickelt.

Das Medikamententrainingsprogramm zielt auf eine erhöhte Kompetenz im praktischen Umgang beim Medikamentenregime und wird anhand einer praktischen Anleitung durchgeführt, bei der der Patient entsprechend seiner aktuellen Fähigkeiten selbst aktiv wird. Hierfür gibt es einen Pflegestandard mit einem Stufenplan, in dem die zu erfüllenden Aufgaben des Patienten sowie die Kriterien für eine Höher- bzw. Rückstufung für die Eigenaktivitäten festgelegt sind. Das MTP wird in einer 1:1 Situation durchgeführt. Es ist in kleine Einzelschritte gegliedert und reicht von einer demonstrierend unterstützenden bis hin zu einer eigenständigen strukturierten Vorgehensweise. Dabei werden die Schritte stets zeitnah einzeln reflektiert, um Fehlverhalten umgehend zu korrigieren und kleine Erfolge für den Patienten sichtbar zu machen. Wir folgen damit dem Grundsatz, dass eine positive Verstärkung, die unmittelbar auf eine Handlung folgt, die Wahrscheinlichkeit erhöhen kann, dass diese wiederholt wird [11:101].

Neben diesen handlungsorientierten Schritten soll eine Haltung der Offenheit der Pflegenden über Widerstände im Zusammenhang mit der Medikation zu sprechen, deutlich werden.

Das **Medikamententrainingsprogramm (MTP)** wird in einem Praxisforschungsprojekt an den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie erprobt werden. Dabei werden Patienten, die stationär an den Standorten der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie in Weissenau und Zwiefalten sowie der Klinik pp.rt - Reutlingen behandelt werden, einbezogen. Mit einer rando-

misierten, kontrollierten Interventionsstudie (RCT) an 176 Patienten, soll unter der Leitung von Prof. Dr. T. Steinert und Mitarbeitern, die Wirksamkeit des Trainings in den Jahren 2008 und 2009 im Vergleich zu einer Kontrollgruppe im Hinblick auf die Medikamentenadhärenz untersucht werden. Die Outcomevariablen sind die korrekte Medikamenteneinnahme zum Zeitpunkt der Nachbefragungen (1 Monat und 3 Monate nach Entlassung) mittels Tablettenzählung, Patientenbefragung und Blutserumspiegeluntersuchung.

Literatur

1. Abas M, Vanderpyl J, Le Prou T, et al (2003) Psychiatric hospitalization: reasons for admission and alternatives to admission in South Auckland, New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 37:620-625
 2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg) (2006) S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Bd 1, Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff
 3. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg) (2004). Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück
 4. Georg S (Hrsg.) (2005) NANDA International. NANDA- Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Bern: Huber
 5. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003. Bundesrepublik Deutschland. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, 1443
 6. Haslbeck J (2007) Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht chronisch Kranker. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPV)
 7. Haynes R, Yao X, Degani A, et al (2008) Interventions for enhancing medication adherence (Review). The Cochrane Library 2008(1)
 8. Johnson M, Maas M, Moorhead S (Hrsg) (2005): Nursing Outcome Classification (NOC): Pflegeergebnisklassifikation. Bern:Huber
 9. Kissling W (1994) Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavia 89(suppl 382):16-24
 10. Kistner W (1992) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Stuttgart: Fischer
 11. Klug-Redman B (1996) Patientenschulung und –beratung. Wiesbaden: Ullstein Mosby
 12. Schaeffer D, Müller-Mundt G, Haslbeck J (2007) Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht der Gesundheitsprofessionen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld:IPW
- Berger S, Mosebach H, Wietek P (Hrsg) (2008) NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikation 2007-2008. Oberhof: RECOM

Phytotherapie in der Psychiatrie – Entwicklung und Umsetzung eines Klinikstandards

Jürg Dinkel, Rea Heierli

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Viele Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden bzw. psychiatrischen Erkrankungen haben den Wunsch, sich mit komplementärmedizinischen Methoden behandeln zu lassen [1,2]. Die Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) zählt zu den naturheilkundlichen Behandlungsmethoden.

Die Pflege in der Schweiz wendet traditionellerweise verschiedene phytotherapeutische Methoden wie Tee, Wickel und Aromapflege an. Einige Kliniken ergänzen das schulmedizinische Angebot mit einzelnen Phytopräparaten. Der systematische Einsatz der Phytotherapie mit interdisziplinärer Beteiligung fehlte bisher in der klinischen Psychiatrie [3].

Seitens einer psychiatrischen Klinik gibt es mehrere Vorteile Phytotherapie einzusetzen. Einerseits ist ihre Wirksamkeit in vielen Studien nachgewiesen worden [4,5]. Andererseits ist sie nebenwirkungsarm, das heisst unerwünschte Wirkungen treten im Vergleich zu konventionellen Psychopharmaka deutlich seltener auf. Diese Elemente, Wirksamkeit bei wenigen Nebenwirkungen und hohe Akzeptanz von Seiten der PatientInnen her, führen zu einer guten Compliance. Gleichzeitig können die Lebensqualität unterstützt, das Wohlbefinden sowie die Selbsthilfe- und die Selbstheilungspotentiale gesteigert werden.

1.2 Setting

Die Klinik Schlössli hat 210 Betten. Im Jahr 2006 wurden über 1'700 Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen. Die Klinik ist für die Grundversorgung der Region Zürcher Oberland mit ihren 260'000 Einwohnern zuständig. Die Grundversorgung umfasst die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. Daneben führt die Klinik Privat- und Schwerpunktstationen.

2 Entwicklung und Umsetzung in einer Klinik

2.1 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen eines Projektes hat die Klinik Schölssli 2005 die Phytotherapie auf einer Station im alterspsychiatrischen Bereich sowie auf vier Schwerpunktstationen der Erwachsenenpsychiatrie eingeführt.

In einem ersten Schritt wurde durch eine Arbeitsgruppe von pflegerischen und ärztlichen Praxisexpertinnen und -experten und der Leitung Apotheke ein phytotherapeutisches Sortiment für die Bedürfnisse der Klinik entwickelt und evaluiert. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit einem renommierten Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin und Professor Dr. med. R. Saller, Inhaber des Lehrstuhls für Naturheilkunde an der Universität Zürich. Das Sortiment beinhaltet Fertigpräparate, Urtinkturen, Tees und ätherische Öle. Es deckt sowohl psychische wie somatische Indikationen ab. Das Sortiment ist in einem Vademecum [6] aufgeführt und wird regelmäßig überarbeitet und ergänzt. Das Vademecum macht neben den Präparatenamen Angaben zu Inhalten, Indikationen, Dosierung und Verordnungskompetenzen zwischen pflegerischen und ärztlichen Behandlungspersonen.

Im Anschluss an die Sortimentserstellung entwickelte die Projektleitung mit dem Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin ein siebentägiges, interdisziplinäres Schulungsprogramm. Die Schulungstage verteilten sich über den Zeitraum September bis Dezember 2005 und wurden von einem Grossteil der pflegerischen und oberärztlichen Behandlungsteams der beteiligten Stationen sowie den Apothekenmitarbeitenden besucht. Insgesamt waren dies fast vierzig Personen. Die Dozentinnen und Dozenten wurden durch das Ausbildungszentrum zur Verfügung gestellt, daneben unterrichtete Professor Saller verschiedene Schulungseinheiten. Die Teilnehmenden erhielten umfangreiches Schulungsmaterial.

Nach einer allgemeinen Einführung ins Thema der Heilpflanzenkunde wurden als Inhalte verschiedene Zubereitungsformen, phytotherapeutische Anwendungen für verschiedene Organsysteme sowie Interaktionspotentiale und unerwünschte Wirkungen u.a.m. vermittelt.

Die Schulung hatte neben den theoretischen Inhalten einen hohen Praxisbezug. Die Teilnehmenden übten sich beispielsweise in der Herstellung verschie-

dener Teezubereitungsformen, degustierten Urtinkturen und stellten aufgrund des Geschmacks einen Wirkungszusammenhang her oder leiteten mit Hilfe von Pflanzensignaturen mögliche Indikationen der entsprechenden Präparate ab.

Die bereits erwähnte Arbeitsgruppe befasste sich gleichzeitig mit den notwendigen Vorbereitungsarbeiten für die konkrete Einführung der Phytotherapie auf den Stationen. Fragen zu Verordnungs- und Bestellungsabläufen mussten geklärt werden, das Sortiment bestellt, die Dokumentation der Abgabe und das konkrete Vorgehen bei der Einführung bearbeitet werden. Die Abläufe und Kompetenzen wurden in einem Interdisziplinären Standard Phytotherapie [7] festgelegt. Die pflegerische Patientendokumentation wurde mit einem Blatt Komplementäre Behandlung [8] erweitert. Für alle Stationen wurde eine Auswahl an phytotherapeutischer Fachliteratur zur Verfügung gestellt. Der große Bedarf an Informationsweitergabe zwischen der Projektleitung und allen am Projekt Beteiligten konnte durch einen regelmäßig verteilten Newsletter Phytotherapie bewältigt werden.

Der offizielle Start der Einführung auf den Stationen wurde auf den 15. Dezember 2005 festgelegt. Seit diesem Zeitpunkt kommen Heilkräuteranwendungen mit Fertigarzneimitteln, Tees, Tinkturen, Aromapflege und Bädern gezielt zum Einsatz. Die Pflegenden können im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans alle Anwendungen außer den Fertigarzneimitteln in eigener Kompetenz verordnen und verabreichen.

Der Bedarf an regelmäßiger Unterstützung bei Verordnungsfragen durch Fachexperten im klinischen Alltag wird durch regelmäßige Supervisionen auf den Stationen abgedeckt. Eine Helpline für dringende Fragen im klinischen Alltag steht für alle Behandlungspersonen zur Verfügung. Beide Angebote deckt das Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin ab.

Im Rahmen einer Veranstaltung im April 2006 wurde das Projekt abgeschlossen. Dazu konnten unter anderem die Resultate einer Evaluation aller Beteiligten präsentiert werden. Insgesamt ergab sich eine hohe Zufriedenheit unter den Behandlungspersonen, insbesondere der Pflegenden. Die Mehrheit von ihnen, sowohl aus der ärztlichen wie aus der pflegerischen Berufsgruppe, hatte durch die Schulungen einen großen Zuwachs ihrer phytotherapeutischen

Kompetenzen erfahren. Eine wichtige Unterstützung erfuhren sie in der klinischen Anwendung durch die Supervisionen, durch das Fachwissen von erfahrenen Kolleginnen sowie durch die schriftlichen Unterlagen und Fachbücher. Weniger gebraucht wurden die Helpline, bei Nutzung wurde sie aber als sehr hilfreich erlebt.

Die Evaluation diente gleichzeitig der Erfassung von Schwächen des Projektes und Bedarf für zukünftige Angebote und Maßnahmen. Als Nachteil bei der praktischen Umsetzung erwies sich der Entscheid, die Assistenzärztinnen nicht zu schulen. Ihre Rolle bei der Behandlungsplanung und Verordnung wurde unterschätzt. Der weitere Bedarf an externer Unterstützung (Supervisionen, Helpline) kam erwartungsgemäß klar hervor. Weiterführende Schulungsangebote wurden gewünscht, um häufig eingesetzte Präparate vertieft sowie um neue Präparate vor der Einführung kennen zu lernen.

Gewünscht wurden ein Erfahrungsaustausch zwischen den Stationen sowie die Möglichkeit, einzelne hausinterne Phyto-Expertinnen auszubilden.

Der Zeitraum 2006 bis heute diente der Umsetzung verschiedener dieser Maßnahmen. Zweimonatliche Supervisionen werden weiterhin, eine jährliche, halbtägige Vertiefungsweiterbildung für alle geschulten Personen neu durchgeführt. Im November 06 fand ein verkürztes interdisziplinäres Schulungsprogramm zur Einführung von noch nicht geschulten Behandlungspersonen der ausgewählten Stationen in die Phytotherapie statt. Für die Pflegenden sah das Programm vier ganze Tage vor, die Assistenzärzte kamen für zwei Halbtage dazu. Das verkürzte Schulungsprogramm konnte durch das angewandte Lernen auf den Stationen kompensiert werden. Gleichzeitig wurde das Phytotherapieangebot auf einer weiteren Station im Altersbereich eingeführt.

Einzelne Stationen führten einen inter- bzw. disziplinären Phytorapport ein. Eine Station bietet eine regelmäßige Aroma-/Phytotherapiestationsgruppe für Patientinnen und Patienten durch die Pflege an.

2.2 Praxisauswirkungen/Ergebnisse

Das Angebot der Phytotherapie findet bei den meisten Patientinnen und Patienten als Ergänzung zu den schulmedizinischen Behandlungen hohen Zuspuch und wird sehr geschätzt. Sie erleben sich durch den Miteinbezug in die

individuelle Behandlungsplanung als selbstbestimmend und (mit-)entscheidend.

Zur Weiterentwicklung der Kompetenz aller Behandelnden sind regelmäßige disziplinäre und interdisziplinäre Weiterbildungen und Fallsupervisionen sehr wichtig. Einzelne Pflegefachpersonen und ärztliche Mitarbeitende sind in Aus- oder Weiterbildung zu Phyto-FachexpertInnen. Die Klinik bietet dem Ausbildungszentrum für Komplementärmedizin eine regelmäßige Praktikumsstelle für ihre Naturheilpraktikerinnen in Ausbildung an. Das Wissen dieser klinik-internen wie –externen Expertinnen und Experten trägt zur komplementär-medizinischen Professionalisierung aller Stationsteams bei.

3 Ausblick

Geplant ist die Schulung weiterer Stationen im Herbst 2008, sodass mittelfristig alle Stationen der Klinik Phytotherapie anbieten können.

Momentan läuft eine wissenschaftliche Auswertung über die Anwendung der Phytotherapie in der Klinik.

Das stationsübergreifende komplementärmedizinische Angebot soll weiter ausgebaut bzw. das Bestehende etabliert werden. Neben der Phytotherapie betrifft dies ausgewählte Methoden der Traditionell Chinesischen Medizin TCM (Ganzkörperakupunktur und das NADA-Protokoll für Ohrakupunktur).

Literatur

1. Crivelli L, Ferrari D (2004) Inanspruchnahme von 5 Therapien der Komplementärmedizin in der Schweiz. Statistische Auswertung auf der Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 und 2002. Manno: Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana, Dipartimento scienze aziendali e sociali Palazzo E
2. Busato A, Dönges A, Herren S et al (2006) Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland - an observational study. *Fam Pract* 23:116-124
3. Zurbuchen N (2006) Passionsblume und Pfefferminzöl. *Tages Anzeiger*. http://www.svk.ch/uploads/media/20060506_TagesAnzeiger_Passionsblume_und_Pfefferminzoel.pdf (18.06.2008)
4. Melchart D, Mitscherlich F., Amiet M, et al (2005) Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG

5. Narteya L, Huwiler-Müntenera K, Shanga A et al (2007) Matched-pair study showed higher quality of placebo-controlled trials in Western phytotherapy than conventional medicine. *Journal of Clinical Epidemiology* 60: 787-794
6. Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed (2008) *Vademecum Phytotherapie* (3. Aufl). Unveröffentlichte Broschüre*. Oetwil & Baar: Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed.
7. Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed (2005) *Interdisziplinärer Standard Phytotherapie*. Unveröffentlichtes Dokument*. Oetwil: Schlössli Privatklinik für Psychiatrie
8. Schlössli Privatklinik für Psychiatrie & Paramed (2005) *Komplementäre Behandlung. Patientendokumentation*. Unveröffentlichtes Dokument*. Oetwil: Schlössli Privatklinik für Psychiatrie

(* kann bei den AutorInnen bezogen werden)

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Krankenhaus: Ein Präventionskonzept mit Fokus auf die Berufsgruppe der Pflegenden

Markus Weber, Iris DeBertolis, Sonja Feige, Jens Glatthaar, Katharina Theiss, Barbara Tönges

1 Ziele des Konzeptes und Eingrenzung der Zielgruppe

Das vorgestellte Konzept stellt ein Praxisleitfaden zur betrieblichen Suchtprävention im Krankenhaus dar. Entwickelt durch eine Literaturanalyse soll durch theoretisches Wissen, praxistaugliche Ratschläge und Handlungsempfehlungen eine Sensibilisierung des Problemfeldes der Abhängigkeitserkrankungen im Krankenhaus angeregt werden.

Aufgrund einer bisher geringen Anzahl von betrieblichen Suchtpräventionsprojekten im Betrieb Krankenhaus bleibt es offen, ob berufsgruppenübergreifende oder eher berufsgruppenspezifische Ansätze erfolgsversprechender sind. Für einen berufsgruppenübergreifenden Ansatz sprechen mehrere Aspekte, wie die Herausbildung einer gemeinsamen Organisationskultur, die Schaffung eines einheitlichen Führungsverständnisses oder die Förderung einer berufsgruppenübergreifenden Kommunikation und des Verständnisses füreinander [12].

Gründe weshalb der Fokus bei diesem Konzept auf die Berufsgruppe der Pflegenden gerichtet ist, sind:

- Bei einem Konzept speziell für Pflegende können Schwerpunkte und Themen berührt werden, die andere Bereiche als bedrohlich ansehen.
- Andere Berufsgruppen sind noch nicht bereit, das Thema der betrieblichen Suchtprävention aufzugreifen.
- Die Berufsgruppe der Pflegenden kann möglicherweise besser erreicht werden als andere Berufsgruppen

(erweitert nach Rummel u.a. [12:213-214])

2 Bedeutung und Ursachen der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Pflegenden im Krankenhaus

Das Thema „Substanzmittelmissbrauch und -abhängigkeit“ wurde in den Krankenhäusern mit rund zehnjähriger Verspätung gegenüber anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes aufgegriffen und dies eher vereinzelt und zögerlich. Insgesamt ist das Datenmaterial über Abhängigkeitserkrankungen in Pflegeberufen in Deutschland mangelhaft. Die besondere Problematik der Abhängigkeitserkrankungen bei helfenden und medizinischen Berufen ist seit langem bekannt. Meistens handelt es sich dabei um Alkohol, überdurchschnittlich häufig um Medikamente. In der Studie von Herschbach (1991) über psychische Belastungen von Pflegenden und Ärzten in 54 deutschen Krankenhäusern gaben 16,1% der Ärzte und 6,6% der Pflegenden an, dass sie *„regelmäßig mehr Alkohol trinken als ihnen gut tut“* [4:392-395]. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Verfügbarkeit der Substanzen, der Unauffälligkeit des Medikamentengebrauchs und des geringen Problembewusstseins eine Medikamentenabhängigkeit bei Pflegenden sehr spät, wenn überhaupt auffällt [9].

In der Literatur wird zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen auf die so genannten Trias der Suchtursachen verwiesen. Eine betriebliche Organisation ist ein Teil der Umwelt und kann an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit beteiligt sein. Vor allem dem Arbeitsklima wird eine große Bedeutung für die Ursachen von Abhängigkeit zugesprochen [2]. Bei einer Abhängigkeit ist die Verfügbarkeit von Substanzmitteln ein zentraler Aspekt. Die Alkoholabhängigkeit steht wegen der generellen leichten Verfügbarkeit von Alkohol an erster Stelle. Beschäftigte des Gesundheitswesens sind gegenüber ihrer eigenen Gesundheit häufig unsensibel [9]. Arbeitsbedingungen stellen einen möglichen Einfluss zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung dar. Für ein Krankenhaus können vier Belastungsfaktorengruppen gebildet werden:

- Arbeitsorganisation
- Organisations- und Interaktionsstrukturen
- Beziehung zu Patienten und Angehörigen
- berufliches Selbstverständnis und Persönlichkeitsstruktur
- Abhängigkeitsprobleme werden nicht thematisiert.

Die Tendenz vieler Pflegenden, sich in eine fürsorgende, konfliktscheue Grundhaltung zurückzuziehen, die durch gegenseitiges Mitleid, Verständnis und Geduld gekennzeichnet ist, verschärft diese Problematik noch [4].

3 Prävention

Für die Prävention besteht eine Vielzahl von Definitionen, exemplarisch wird eine definitorische Klärung vorgestellt: *„Prävention bezeichnet alle Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen und Störungen und Krankheiten richten“* [7, 395].

Einteilung der Prävention nach Interventionszeitpunkt

Je nach Stadium des Gesundheitszustandes wird die Prävention traditionell in vier Interventionsschritte gegliedert, die aufeinander aufbauen. Die vier Interventionszeitpunkte sind: primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention [6].

Die primordiale Prävention setzt bei Menschen mit einem guten gesundheitlichen Zustand an und hat das Ziel, die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Zielgruppe positiv zu beeinflussen [6]. Unter Sekundärprävention werden *„Interventionen, die sich auf Entdeckung und Behandlung von Patienten mit Krankheitsfrühstadien (...) richten“* [7:297] verstanden. Ziel ist die Entdeckung symptomloser Krankheitsfrühstadien und deren erfolgreiche Frühtherapie [15].

Einteilung der Prävention in Interventionsebenen

Die Unterteilung der Prävention nach Interventionsebenen kann in Verhaltens- und Verhältnisprävention erfolgen. Klassische Methoden der Verhaltensprävention sind Gesundheitsaufklärung, -beratung, -erziehung, -bildung, und -selbsthilfe [14]. Verhältnisprävention zielt auf Veränderungen der sozialen, ökologischen, ökonomischen oder kulturellen Umwelt der Menschen ab.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) hat die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeitenden zum Ziel. Daher bezeichnet BGM die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen

und Prozesse die der Vorbeugung von arbeitsbedingten Erkrankungen und vor allem der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit dienen [1, 11]. BGM ist ein modernes Konzept der Organisationsentwicklung und ist im Sinne der Fürsorgepflicht als eine originäre Führungsaufgabe zu verstehen [11]. Zentrale Bestandteile des BGM werden nachfolgend aufgeführt:

- Arbeitskreis Gesundheit
- Gesundheitsbericht
- Betriebliche Gesundheitszirkel
- Beauftragte bzw. Beauftragter für Betriebliches Gesundheitsmanagement

4 Methoden und Verfahren des Präventionskonzeptes

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Damit ein Konzept der betrieblichen Suchtprävention erfolgreich sein kann, muss dieses in einer präventiven Gesamtstrategie eingebunden sein [3]. In dieser wird dann ein Gesamtkonzept „Gesundheit und Suchtprävention“ erarbeitet, welches langfristig wirkende Strukturen und Verfahren zum Umgang mit Abhängigkeitsproblemen einführt [5]. Ein mögliches Gesamtkonzept „Gesundheit und Suchtprävention“ hat folgende Grundgedanken:

- Regelung innerbetrieblicher Strukturen
- Etablierung eines Gesundheitszirkels „Gesundheit und Suchtprävention“
- Schaffung eines innerbetrieblichen Beratungsangebots (z.B. Betriebsärztin oder -arzt, Beauftragte oder Beauftragter für BGM, Suchtkrankenhelferin oder Suchtkrankenhelfer)
- Qualifizierung betrieblicher Multiplikatoren und Führungskräfte
- Information aller Mitarbeitenden
- Wiedereingliederung von Mitarbeitenden
- Unterstützung durch externe Beratung
- Vertiefende Qualifizierung spezieller Personen (z.B. Führungskräfte, Beauftragte oder Beauftragter für BGM, Suchtkrankenhelferin oder Suchtkrankenhelfer)

Werden diese Grundgedanken weiter ausdifferenziert, ergeben sich für den Arbeitskreis Gesundheit folgende Aufgaben:

- Bestandsaufnahme (z.B. Bisheriger Umgang mit Alkohol- und Medikamentenproblemen einzelner Mitarbeitenden)
- Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Hilfe für Betroffene
- Schaffung einer Infrastruktur zur Umsetzung von Präventionsaufgaben
- Hilfemaßnahmen bei Abhängigkeitsgefährdung und -erkrankung
- Kontaktaufnahme und -pflege mit externen Suchthilfe-Organisationen
- Entwicklung einer Betriebsvereinbarung

(erweitert nach Heinze u.a [5:95-97])

Methoden und Verfahren der primären Verhaltensprävention

Informationsverbreitung und -weitergabe

Kernelemente der vorbeugenden Aktivitäten in der betrieblichen Suchtprävention sind gegenwärtig die Information der Mitarbeitenden. Diese Informationen beinhalten vorwiegend die Aufklärung über Gebrauch und Wirkung von Substanzmittel, Grenzen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Substanzmitteln, gesundheitliche und soziale Risiken eines regelmäßigen oder missbräuchlichen Konsums und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten bei Abhängigkeitserkrankungen [16].

Fortbildungsangebote

Durch Fortbildungen kann eine verstärkte Sensibilisierung von Alkohol- bzw. Medikamentenproblemen im Krankenhaus stattfinden. Dadurch soll das eigene Verhalten im Umgang mit Substanzmittel hinterfragt und thematisiert werden. Weiter ist es wichtig, den Mitarbeitenden die wichtigsten Informationen über Entstehungsbedingungen, Verlauf und Folgen, Behandlung und gesellschaftliche Relevanz der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit nahe zu bringen. Führungskräfte benötigen eine Förderung zum Ausbau der Konflikt- und Kommunikationsfähigkeiten, dies kann geschehen durch Trainingseminare oder Coaching-Angebote [3].

Copingstrategie

Im Zusammenhang mit Prävention und Stressabbau der Mitarbeitenden können in Krankenhäuser verschiedene Angebote aufgegriffen werden. Für Krankenhäuser besteht die Möglichkeit, mit Fitness-Studios Verträge abzuschließen, die den Mitarbeitenden vergünstigte Konditionen in den Studios anbieten. . Außerdem können Kurse angeboten werden, wie z.B. Yoga, Pilates. Dies kann beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie stattfinden, die in diesem Zusammenhang auch einen Betriebssport durchführen kann.

Methoden und Verfahren der primären Verhältnisprävention

Qualifizierung der Führungskräfte

Ein Ziel der betrieblichen Suchtprävention ist, dass Führungskräfte durch konstruktives Führungsverhalten abhängigkeitsgefährdeten oder auffälligen Mitarbeitenden eine sinnvolle Hilfestellung und Unterstützung anbieten sowie in Stufengesprächen auch die Konsequenzen ihres Verhaltens aufzeigen. Führungskräfte benötigen hierzu Schlüsselkompetenzen [17]. Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte im Rahmen eines Suchtpräventionskonzeptes sind ein unverzichtbarer Baustein im Sinne der Personalentwicklung [16].

Arbeitsbedingungen

Um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen tragen mehrere Faktoren bzw. Maßnahmen dazu bei, diese werden nachfolgend genannt:

- Flache Hierarchien
- Dezentrale Strukturen
- Regelmäßige Befragungen der Mitarbeitenden
- Regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche
- Partizipative Arbeitsformen
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Strategieunterstützende Personalentwicklung
- Organisationsleitbild
- Umfassende betriebliche Kommunikation über Organisationsstrategie und -ziele
- Kooperative und konstruktive Konfliktbewältigung
- Soziale Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzte

Methoden und Verfahren der Sekundärprävention

Früherkennung

Die Früherkennung von Abhängigkeitsproblemen in Organisationen und die Reaktion darauf ist in erster Linie Führungsaufgabe [13]. Es ist Hilfe und entspricht der Fürsorge, wenn die Führungskräfte in Organisationen ihre Mitarbeitende bei Alkohol- oder Medikamentenproblemen ansprechen. Bei Alkoholproblemen können Mitarbeitende in drei Bereichen auffällig werden: Arbeitsverhalten, Sozialverhalten und äußeres Erscheinungsbild. Bei einer Medikamentenabhängigkeit können hingegen Veränderungen beim Leistungsverhalten, Sozialverhalten und Gesundheitsbild auftreten. Auffälligkeiten bei der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit können mithilfe von Checklisten erhoben werden. Jedoch müssen diese mit einer gewissen Vorsicht eingesetzt werden. Eher sollte die Wahrnehmung von Veränderungen frühzeitig Anlass für ein Gespräch zwischen Führungskraft und der Betroffenen bzw. des Betroffenen sein [10].

Interventionsleitfaden für Führungskräfte

Neben allgemeinen Verhaltensregeln gibt es verschiedene Gesprächsarten, die Führungskräften helfen können strukturiert einen Lösungsweg zu finden. Des Weiteren haben sich so genannte Stufengespräche als Handlungskonzepte als sinnvoll erwiesen.

Methoden und Verfahren der Tertiärprävention

Wiedereingliederung und Rückkehrgespräch

Die Wiedereingliederung erfolgt nach der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und der dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Nach der Rückkehr des Mitarbeitenden führt die Führungskraft ein Rückkehrgespräch durch. Diese Maßnahme fördert den Aufbau und die Stärkung des Vertrauensverhältnisses und führt zu einer mitarbeiterorientierten Führungskultur [8]. Ziel dieses Gesprächs ist, den aus der Abwesenheit zurückkehrenden Mitarbeitenden die Arbeitsaufnahme zu erleichtern.

Literatur

1. Badura B, Hehlmann T (2003) Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer
2. Blum C (2002) Drogenprävention im Betrieb. In: Arnold H, Schille H-J (Hrsg) Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention: Handlungsfelder-Handlungskonzepte-Praxisschritte. Weinheim: Juventa, S 337-345
3. Fuchs R, Rainer L, Rummel M (1998) Alkoholprobleme bei Mitarbeitern: Entscheiden und handeln von Führungskräften im organisationalen Kontext. In: Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Hrsg) Betriebliche Suchtprävention. Göttingen Hogrefe, S 219-246
4. Hasse U, Reins A (1996) Alkohol am Arbeitsplatz: Das Krankenhaus ist ein Entwicklungsland. Pflegezeitschrift 6:392–395
5. Heinze G, Reuß M (2004) Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb: Arbeitsschutz-Arbeitsrecht-Prävention-Rehabilitation (2 Aufl) Berlin: Erich Schmidt
6. Hurrelmann K, Laaser U (2006) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften (4 Aufl) Weinheim: Juventa, S 749-780
7. Laaser U, Hurrelmann K (2003) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften (3 Aufl) Weinheim: Juventa, S 395-421
8. Muschiol T (2001) Step by Step zurück ins Erwerbsleben. Häusliche Pflege 2001(5):37-39
9. Nette A (1995) Industriegewerkschaft Metall (Hrsg). Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt: Ein Handbuch für die betriebliche Praxis. Frankfurt a.M.: Union-Druckerei,
10. Pegel-Rimpl U, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg) (2006) Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz: Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. Hamm: DHS
11. Rudow B (2004) Das gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. München: Oldenbourg
12. Rummel M, Bellabarba J (1998) Suchtprävention im Krankenhaus: Forschungsergebnisse und Erfahrungen. In: Fuchs R, Ludwig R, Rummel M (Hrsg) Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S 201-240
13. Sting S, Blum C (2003) Soziale Arbeit in der Suchtprävention. München: Ernst Reinhardt
14. Waller H (2002) Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health (3 Aufl). Stuttgart: Kohlhammer
15. Walter U, Schwartz F (2003) Prävention. In: Schwartz F, Badura B, Busse R (Hrsg) Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen (2 Aufl). München: Urban&Fischer, S 189-214

16. Wienemann E, Schumann G, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) (2006) Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Hamm: DHS
17. Wilcken S (2002) Entwicklung, Durchführung und erste Evaluation eines modularen Führungstrainings zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement: Ein Schulungskonzept für Vorgesetzte zum betrieblichen Umgang mit auffälligen Mitarbeitern. Dissertation Doktor der Philosophie, Universität Hamburg

Krisen bewältigen-Stabilität erhalten-Veränderung ermöglichen oder: Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht

Doris Rolke, Marie Boden

Hintergrund

Im akutenpsychiatrischen Klinikalltag fehlt es für psychoseerkrankte Menschen an speziellen therapeutischen Angeboten zur Stabilisierung, die sich mit ihren Interventionen genau an deren Bedürfnissen orientieren: das heißt, die jeweiligen Interventionen müssen flexibel und am jeweilig individuellen Bedarf angepasst sein. Außerdem dürfen keine zu hohen Anforderungen an Patienten gestellt werden, da die Patienten sich im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes i.d.R. in Gesundheitskrisen befinden. Im Rahmen unserer Arbeit als Pflegendende und Sozialarbeiterin in einer psychiatrischen Klinik haben wir ein entsprechendes Gruppenangebot entwickelt. Ziel war es, eine Intervention zur Verfügung zu stellen, welche es Menschen ermöglicht, zu ihren persönlichen Bedürfnissen zurückzufinden. Dabei gehen wir davon aus, dass Krisen als Reifungsprozess genutzt werden können. So ist es möglich, Selbstvertrauen zu stärken und Selbstheilungskräfte zu mobilisieren.

Die Ergebnisse unserer Arbeit haben wir in einem Buch zusammengestellt. Somit kann die Fachöffentlichkeit von unseren Erkenntnissen profitieren. Im Folgenden soll Inhalt und Konzept genauer vorgestellt werden.

An wen richtet sich das Programm?

Das Gruppenkonzept zur Stabilisierung bei seelischen Krisen richtet sich an das multiprofessionelle Behandlungsteam in psychiatrischen Institutionen. Die **Stabilisierungsgruppe** ist ein besonderes Angebot für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (Psychosen aus d. schizophrenen Formenkreis, schizoaffektive Störungen). Die Diagnosen stehen allerdings in der Gruppe nicht im Vordergrund, es geht um (Lebens-)Krisen oder instabile Lebensphasen.

Es kann in Heimen, Wohngruppen und in ambulant betreutem Wohnen eingesetzt werden. Es eignet sich zur Vermittlung von Stabilisierungstechniken und Krisenbewältigung für Gruppen im Rahmen der stationären / teilstationä-

ren und ambulanten Behandlung. Es ist eine Arbeitsgrundlage aus der Praxis für die Praxis. Des Weiteren richtet es sich das Handbuch auch ganz allgemein an Menschen in Krisen, für die ein eigenständiges Erarbeiten und Anwenden möglich ist.

Es empfiehlt sich für niedergelassene Einzeltherapeuten um für relevante Themenkomplexe entsprechendes Material einsetzen zu können.

Zudem kann es auch für Mitarbeiter, die sich ausgebrannt fühlen, eine Möglichkeit und Anleitung zur Krisenbewältigung sein.

In der Stabilisierungsgruppe ist speziell zu beachten, dass bei psychoseerkrankten 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, so dass stationäre Patienten ihre persönlichen Hilfsstrategien bereits während des Klinikaufenthaltes anwenden, ambulante Teilnehmer, wie die sechsjährige Praxis gezeigt hat, sind durch die Teilnahme weniger, kürzer oder gar nicht in stationärer Behandlung. Außerdem ist der Focus auf die vorhandenen Ressourcen gerichtet. Individuelle Fähigkeiten des Einzelnen werden gefördert, und damit der Glaube an sich selbst. Und noch etwas ist ganz wichtig: für diese Prozesse steht den Teilnehmern genügend Zeit zur Verfügung, die es braucht den Dreiklang, *Erkennen-Akzeptieren-Verändern*, der bei allen Themen im Focus steht, und auf den nachfolgend noch ausführlicher eingegangen wird, zu verinnerlichen.

Das Arbeiten mit dem Buch ermöglicht eine besondere Auseinandersetzung mit schwierigen Lebensthemen und führt kleinschrittig und behutsam an sie heran.

Wie ist die Gruppe entstanden?

Die praxisrelevanten Inhalte des Buches sind in der sog. Stabilisierungsgruppe entwickelt worden, die als Teil des therapeutischen Angebots im klinischen Kontext verankert ist. Sie füllt eine Lücke im Therapieangebot der allgemein psychiatrischen Behandlung, die sich schwerpunktmäßig mit Diagnosen, Krankheit, Frühwarnzeichen und dem Abklingen der psychotischen Symptome befasst. Aus unserer Beobachtung heraus, wird zu selten ausführlich über die innere Not, Sinn- und Hoffnungslosigkeit und die Instabilität im gesamten Lebensgefüge gesprochen.

Zunächst war angedacht, eine DBT-Fertigkeitengruppe für Menschen mit Psychosen anzubieten. DBT steht für Dialektisch-behaviorale Therapie (entwickelt von Marsha Linehan), die sich im Ursprung mit ihrem Fertigkeiten-Training an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung richtet:

Achtsamkeit, Stresstoleranz, Gefühlsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten, verhaltenstherapeutischen Grundlagen und eine hilfreiche dialektischen Sichtweise sind die Schwerpunkte, die nun auch Menschen mit Psychosen und affektiven Störungen zu Gute kommen sollten.

In der Praxis erwiesen sich diese Themenkomplexe in ihrer ursprünglichen Aufbereitung für diese Patienten zwar als richtig, waren aber in seiner Form nicht 1:1 übertragbar. Das Training war zu komplex, von der Gruppengröße her wären nur sehr wenige Patienten erfasst worden, und die Art der Themenvermittlung zeigte sich nicht kommunikativ und motivierend genug.

Also musste modifiziert und erweitert werden:

Die Inhalte wurden vereinfacht, als kommunikatives Mittel führten wir die Verschriftlichung der Übungen ein, Arbeitsblätter wurden neu entwickelt. Sie wurden kurzer, einfacher und mit einer konkreten Aufgabenstellungen versehen. Wir sprachen nicht mehr von Krankheit, sondern Krise.

Dazu fanden sich weitere Grundlagen zur Vorgehensweise:

Das Prinzip der kleinen Schritte, Berücksichtigung der Jahreszeiten, Elemente des Genusses, Imagination, Spiritualität, psychotherapeutisches Vorgehen u.a.m.

Das bereits erwähnte Arbeitsprinzip des Dreiklangs- Erkennen-Akzeptieren-Verändern- ermöglicht die eigenen Schwierigkeiten zu erkennen, Akzeptanz der Realität zu erlangen stellt den Ausgangspunkt für neue Handlungsmöglichkeiten dar, um somit Veränderung erwirken zu können. Veränderung auch, als einzige wirkliche Konstante im Leben.

Und dabei sollte ein Gegengewicht geschaffen werden, welches wohl tut: Schwere benötigt Entlastung, Mangel die Fülle und zur Sorge muss sich die Freude gesellen. Für die „Durststrecken“ sollte es Trost, für harte Arbeit Belohnung geben.

Theoretische Grundlagen

Die theoretischen Grundlagen der Stabilisierungsgruppe basieren auf einem ressourcenorientierten Ansatz der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) nach Marsha Linehan [1] mit Integration von Imaginationstechniken nach Luise Reddemann [2], euthymer Therapie nach Rainer Lutz und Eva Koppenhöfer [3], spirituellen Elementen, verschiedenen Entspannungs- und Atemübungen und poesitherapeutischer Begegnung mit Literatur.

Das Manual enthält kurze Darstellungen der theoretischen Grundlagen, führt die Themenblöcke ein, enthält Anleitung für die einzelnen Gruppenstunden und entsprechende Arbeitsblätter und Übungen.

Auch wenn das Handbuch multiple eingesetzt werden kann, so liegt seine Besonderheit in der Modifikation der Dialektisch-Behavioralen Therapie in seiner entsprechenden Anwendbarkeit für Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Im Folgenden soll auf die theoretischen Grundlagen näher eingegangen werden:

Dialektisch- Behaviorale-Therapie

Die Dialektisch-behaviorale Therapie wurde in den 1990er Jahren von Marsha Linehan entwickelt. Sie war gedacht als störungsspezifische, ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Mittlerweile gibt es verschiedenste Adaptionen für stationäre und teilstationäre Behandlungskonzepte, z.B. für forensische Kliniken, für adolleszente, drogenabhängige, essgestörte und depressive Patienten. Aber auch für Borderline Patienten und Stalking-Täter. In der DBT finden sich Elemente der Verhaltenstherapie, aber auch tiefenpsychologische und systemische Behandlungsansätze. Einen wichtigen und großen Anteil hat die Achtsamkeit, basierend auf buddhistischen Grundlagen. Achtsamkeit bezeichnet die Fähigkeit, das Hier und Jetzt wertfrei wahrzunehmen. Sie kann sich auf inneres Geschehen wie Gedanken, Gefühle und innere Körperprozesse beziehen, aber auch auf äußere Geschehnisse, die sich mit den fünf Sinnen wahrnehmen lassen.

Die DBT vermittelt nach einer gründlichen Diagnostik aufeinander abgestimmte Behandlungselemente von Einzeltherapie und Fertigkeitentraining.

Entwickelt werden Fertigkeiten (Skills) in folgenden Bereichen: Spannungsregulation, Modulation von Emotion, interpersonelle Fähigkeiten, Methoden der Aufmerksamkeit (Achtsamkeit).

Die Therapeutischen Strategien der DBT sind *Validierung*, *Dialektik* und *Verhaltenstherapie*.

- Im Mittelpunkt der Validierungsstrategien stehen die Akzeptanz und das Ernstnehmen des Patienten durch den Therapeuten.
- Die dialektischen Strategien streben eine Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, Fürsorge versus Forderung, Flexibilität versus Stabilität an. Die Möglichkeit von Veränderung, mittels dieser Sinnggebung geschieht über die Einbeziehung von Grundannahmen.
- Verhaltenstherapeutisch können Fertigkeiten erlernt und verbessert werden, mit deren Hilfe Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster verändert werden können (4).

Imagination

Luise Reddemann hat Imaginationsübungen für traumatisierte Patienten entwickelt, die auch für Betroffene von anderen psychischen Störungen zur Stabilisierung und Verbesserung der inneren Balance hilfreich sind. Imaginäre Techniken dienen der Stärkung und dem Aufbau der Ich-Funktion. Mit ihrer Hilfe können Gegenbilder oder Gegengedanken zu Schreckensbildern oder –gedanken geschaffen werden. Wichtig dabei ist, stimmige eigene Bilder zu finden, die emotional positiv erlebt werden. Luise Reddemann empfiehlt, die Schale des Glücks so aufzufüllen, dass sie ein Gleichgewicht zur Schale des Unglücks bildet, so dass die innere Vorstellungskraft eine Erschaffung der inneren Welten des Trostes, der Hilfe und Stärke ermöglicht

Euthyme Therapie

Das Wort „euthym“ ist griechischen Ursprungs und bedeutet so viel wie: „was der Seele gut tut“. Die euthyme Therapie ist nicht als ausschließliches Behandlungskonzept zu verstehen, aber als ein fundamentaler Bestandteil im Theoriegebilde. Sie ist ressourcenorientiert, und symptomunabhängig und ermöglicht die

- Sensibilisierung der Sinne, Vermittlung eines spezifischen Umgangs mit potenziellem Genussvollem,

- Bewusstmachen angenehmer Vorerfahrungen und die Stärkung der entsprechenden Eigenverantwortung.

„Die Seele nährt sich von dem, woran sie sich freut“ (Augustinus)

1. Konzept / Moderation / Anwendbarkeit und Vorgehensweise

Gruppenkonzept

Mit dem Dreiklang: **Erkennen**- der eigenen Schwierigkeiten, **Akzeptieren**- als Voraussetzung zur Veränderung, und **Veränderung** als nächsten Schritt der gegangen werden kann lässt sich eine Krise bewältigen. Die Gruppe dient den Teilnehmern als Lern- und Übungsfeld.

Es geht um Vermittlung von Fertigkeiten, Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstheilungskräfte. Das Gruppenkonzept hält ein großes Repertoire von Anregungen, Gedanken, Übungen bereit, derer sich Profis und Betroffene bedienen können. Die therapeutischen Wirkfaktoren in einer therapeutischen Gemeinschaft empfehle ich bei Interesse das Buch von D. Yalom [8; speziell die Kapitel 1-4].

Gruppenmoderation

Voraussetzung ist die Vertrautheit mit dem Handbuch, einen persönlichen Zugang zu den theoretischen Grundlagen, Flexibilität im Umgang mit den Themen und den Bedürfnisse der Teilnehmer.

Es ist aus Sicht der Autorinnen natürlich wichtig, ich mit Grundlagen der theoretischen Herangehensweise (besonders der DBT) auszukennen. Elementarer erscheint aber, sich hinter die dialektisch-behaviorale Sichtweise stellen zu können, und eine entsprechende eigene Haltung einnehmen zu können.

Die euthyme Therapie, die Imagination, aber auch die von uns weiter integrierten „besonderen Elemente des Vorgehens“, auf die später noch einzugehen ist, sollten der eigenen Überzeugung entsprechen. Warmherzigkeit und Wertschätzung sollten von den Moderatoren ausgehen und sich auf die Gruppenteilnehmer entsprechend auswirken.

Anwendbarkeit und Vorgehensweise

Jede Gruppenstunde braucht kleine Vorbereitungen, auch um eine gute (Arbeits-) Atmosphäre zu schaffen. Grundlagen der Themen werden von den Moderatoren in der Gruppe eingeführt, anschließend geht es um die gemein-

same Bearbeitung der Inhalte, um deren Begleitung und den Abschluss jeder Gruppenstunde nach dem Prinzip von Trost und Belohnung (s.u.).

Jeder neue Teilnehmer erhält möglichst noch vor der ersten Teilnahme in der Gruppe ein sog. Handout, in dem er alle wichtigen Informationen zur Gruppe nachlesen kann. Ansonsten gestaltet sich Gruppenstunde nach einem festen Stundenaufbau und Zeitplan, teilweise ritualisiert, der den Teilnehmern und Moderatoren viel Sicherheit gibt: Einführung neuer Teilnehmer; Achtsamkeitsübung; Arbeitsblätter zum jeweiligen Thema; Griff in die „Schatzkiste“; Trostkarten.

Was ist die „Schatzkiste“? Dahinter verbirgt sich eine Sammlung von Gedichten, Kurzgeschichten und Übungen, die zum Ausklang der Gruppenstunden besonders geeignet sind und diesen besonders anspruchsvollen Teil einer Stunde wesentlich erleichtern.

Was sind Trostkarten? Es sind künstlerisch gestaltete Karten, die jeweils einen Begriff enthalten, wie z. Bsp. Liebe, Dankbarkeit, Mut, Güte... Alle Teilnehmer ziehen zum Ende der Stunde eine solche Karte, um den Begriff imaginär und zur inneren Unterstützung mit in die Woche zu nehmen.

Das Tempo und die Themenschwerpunkte richten sich auch nach den Bedürfnissen der Teilnehmer. Wiederholungen oder Vertiefungen im Thema sind immer möglich.

Das Schreiben / Verschriftlichen der Übungen aktiviert die Teilnehmer in der Gruppenstunde und kann ein hilfreiches Medium sein Erfahrungen zu verarbeiten, Wahrnehmungen fassbar zu machen und Gedanken zu ordnen.

Lesen (Vorlesen) von kleinen Texten kann Belohnung, Geschenk und Achtsamkeit bedeuten, aber auch innere Zuflucht und Identifikationsmöglichkeit bieten.

2. Themenschwerpunkte

Die Themenschwerpunkte sind hier nachfolgend kurz im Überblick skizziert. Das Handbuch enthält detaillierte Einführungen und Anwendungshinweise zum entsprechenden Umgang. Alle Arbeitsblätter können in Originalgröße kopiert oder über die beiliegende CD ausgedruckt werden.

Ebenso findet der Anwender ein Kapitel „Schatzkiste“, in dem sich wie bereits erwähnt eine große Sammlung von Gedichten, Übungen und Kurzgeschichten befindet.

Goldener Mittelweg

Der goldene Mittelweg bedeutet die Balance, für sich selbst zu sorgen und die Andersartigkeit seiner Mitmenschen zu respektieren. Der goldene Mittelweg impliziert Verständnis, Toleranz und Echtheit, das heißt eine validierende Haltung einnehmen. Begegnet man sich selbst und anderen validierend, lassen sich Empathie, Mitgefühl und Verständnis zum Ausdruck bringen. Validierung lässt sich selbst und den anderen bestehen, auch wenn man nicht unbedingt zufrieden oder einverstanden mit sich oder anderen ist. Und ohne dialektisches Denken lässt sich der persönliche goldene Mittelweg nicht finden. Dialektik meint hier nicht die große philosophische Arbeits- oder Denkweise, sondern Gegensätzlichkeiten, die nebeneinander stehen können und sich nicht ausschließen: alles hat zwei Seiten, es gibt immer mehrere Möglichkeiten, nichts ist starr und unveränderbar, es gibt nicht die eine Wahrheit. Wie jeder Mensch an sein eigenes Leben herangeht, wie er sich und andere Menschen bewertet, welche Möglichkeiten er sich einräumt und wie zufrieden er sich und anderen begegnet, hängt im Wesentlichen davon ab, wie er sich gedanklich positioniert. Auch in sehr schlimmen Lebenssituationen, ist es ab einem bestimmten Zeitpunkt überaus wichtig wieder Verantwortung für die eigenen Gedanken zu übernehmen. Es geht darum, sich die Möglichkeit von Veränderung offen zu halten und Andersartigkeit zu tolerieren. Vielleicht ist es manchmal wichtig, sich eine andere Bewertung der Dinge regelrecht vorzunehmen.

Eine in diesem Sinne dialektische Sichtweise und Haltung einzunehmen ist lohnenswert, da sie zu einer ausgewogenen und globaleren Lebenseinstellung verhilft.

Wichtig ist, das Leben möglichst nicht vorschnell zu beurteilen und zu bewerten, vor allem aber nicht in einer *falschen Einseitigkeit*:

Verständnis-Echtzeit-Toleranz

- Sich die eigene Haltung bewusst machen

- Andere/Anderes tolerieren, auch wenn man selbst anders ist / anders denkt
- - Anderen keine Veränderungen aufzwingen wollen, sondern als Möglichkeit aufzeigen
- Gestik, Mimik, Körpersprache überprüfen
- Verständnis entgegen bringen heißt nicht unbedingt damit einverstanden zu sein

Jede Medaille hat zwei Seiten

- Es gibt mehr als eine Art, die Dinge zu sehen und Konflikte zu lösen
- Menschen haben ihre Einzigartigkeit,- niemand kann die absolute Wahrheit für sich in Anspruch nehmen
- Kein schwarz-weiß-Denken; kein „alles oder nichts“ Denken,
- Sondern ein „Sowohl als auch“ Denken
- Das Leben ist nicht starr, sicher ist nur die Veränderung
- Eigene Anliegen müssen klar formuliert werden, niemand kann Gedanken lesen

Es soll sensibilisiert werden für einen Prozess- vom “Entweder-oder-Denken” zum „sowohl- als-auch- Denken“!

Achtsamkeit

Das Schönste sei vorangestellt: Achtsamkeit erhöht die Lebensfreude!

Sich mit Achtsamkeit zu beschäftigen, kann aus unterschiedlichen Gründen wichtig sein. Achtsamkeit ist eine innere Haltung, die es ermöglicht, das eigene Befinden zu erspüren, seine Gedanken zu ordnen, aufmerksam zu sein, zu entspannen und eine Balance zwischen Gefühl und Verstand herzustellen. Achtsamkeit, sofern der Umgang damit erprobt ist, bewährt sich besonders in Krise und Krankheit, gerade wenn es möglicherweise um Veränderung, Neubeginn und das Zulassen von anderen Möglichkeiten als den gewohnten geht.

Achtsamkeit basiert auf fernöstlichen Elementen besonders aus dem Zen. Die Zen-Methode ist konkret und praktisch, wesentliche Elemente sind die Meditation und das Sitzen, und sie lässt sich gut in den Alltag hinein nehmen. Achtsamkeit hat geradezu seine Quelle im Alltag, oder anders gesagt, sie muss ihren Platz im Alltag finden, um Bestand zu haben (Sendera) (6).

Sie kann jederzeit und an jedem Ort angewendet und geübt werden, es ist nicht notwendig, einen „Tempel der Achtsamkeit“ zu errichten.

Achtsamkeit ist ein Prozess, der Ausdauer braucht. Man kann sie nicht theoretisch oder intellektuell vermitteln oder erlernen. Für Achtsamkeit muss eine persönliche Entscheidung getroffen werden und sie erfordert Übung, Training und immer wiederkehrende Bewusstwerdung.

Achtsamkeit bedeutet, im Hier und Jetzt zu leben und beginnt zunächst mit einer erhöhten Aufmerksamkeit, die zu mehr Wachheit und Wachsamkeit führt. Die Wahrnehmung wird allmählich geschärft und verfeinert, so dass sich neue Blickwinkel eröffnen, Vergessenes erinnert wird, Schönheit und Sinnlichkeit wahrgenommen und vielleicht sogar neue Welten zum Vorschein kommen. Es werden die 5 Sinne geschult, so dass sich angenehme Dinge schneller in den Mittelpunkt rücken lassen. Der Zuwachs an Wahrnehmung belebt häufig auch die Kommunikation mit anderen und schafft eine neue Verbundenheit mit sich selbst und seiner Umgebung.

Achtsamkeit fördert die Konzentration und die Besinnung auf *eine* Sache.

Diese Besinnung brauchen nicht nur Menschen in Krise und Krankheit, leben wir doch in einer Gesellschaft in der fast immer mehreres gleichzeitig geschieht und viele unterschiedliche Eindrücke parallel auf uns einströmen. Es gilt als besonders leistungsstark mehrere Dinge gleichzeitig zu können (Multi-Tasking). Dabei kann es passieren, dass Leichtigkeit und Gelassenheit auf der Strecke bleiben. Manchmal wäre Innehalten, Stille und im Hier und Jetzt sein eine gute Auszeit.

Unachtsamkeit bestimmt unseren Alltag mehr als die Achtsamkeit.

Also sollten wir lernen, uns die eigenen Unachtsamkeit bewusst zu machen

Es gibt die Äußere Achtsamkeit: Konzentration auf Gegenstände, Umfeld; und die Innere Achtsamkeit, z. Bsp. achtsames Atmen.

Und noch etwas: Jeder Mensch trägt einen „inneren Beobachter in sich, der intuitives Wissen und die persönliche innere Weisheit hervorbringen kann.

Intuitives Wissen und Verstehen (innere Weisheit) ist die Schnittmenge von Gefühl und Verstand

Es ist das Vertrauen darauf, *zur richtigen Zeit das Richtige und mir mögliche zu machen.*

Genießen

Unter Genießen verstehen wir sinnliches Verhalten und lustvolles, positives Erleben. Dennoch trägt das Genießen häufig einen ambivalenten Beigeschmack. So scheint auf den ersten Blick der Genuss ohne Nutzen zu sein, stattdessen impliziert er die Befürchtung: wer genießt ist unsozial im Sinne von egoistisch und rücksichtslos; Er wird süchtig und abhängig. Gleichwohl kennt jeder die Sehnsucht nach Genuss, Lust und Freude. Niemand würde ernsthaft widersprechen, dass sinnliches Vergnügen das Leben lebenswerter macht und die Lebensqualität erhöht.

Genuss, heute besonders assoziiert mit dem Begriff „Wellness“, scheint eindeutig zum idealen Lebensstil zu gehören. Eine Erklärung dafür ist sicher, neben der alltäglichen Leistungsorientiertheit und Hetze einen Ausgleich zu suchen.

Das im Handbuch vermittelte Gefühl für Genuss hat kaum etwas mit „Wellness“ gemein. Die populäre Bedeutung von „Wellness“ zeigt jedoch, dass es auf breiter Ebene eine Sehnsucht nach „Genießen“ gibt. Trotz dieser Suche sind oftmals unsere sinnlichen Kompetenzen aus verschiedensten Gründen verkümmert, vergraben oder vergessen. Ursache dafür können u.a. Krisen sowie körperliche und seelische Erkrankungen sein, vielleicht aber auch ein all zu strenges Lebenskonzept, da Genießen häufig mit Verlust von Disziplin und Kontrolle verwechselt wird.

Wiederbelebung und Integration von Genuss im Alltag bedeutet, die Lebensqualität verbessern. Eine optimierte Lebensqualität erleichtert uns den Weg aus den kleinen und großen Krisen, fördert die Widerstandskräfte, ist aber auch ein wesentlicher Aspekt für Gesundheit und Lebenserhaltung. Die Genussregeln, die den Autorinnen von besonderer Bedeutung erscheinen, werden im genannten Handbuch detailliert genannt und erläutert.

Krise

Krisen sind Teil des Lebens, sie gehören zu jeder persönlichen Entwicklung und Reifung. Krisen sind insofern nicht aus dem Leben wegzudenken, sie sind traurig, anstrengend und bringen Menschen aus dem Gleichgewicht. Wesentlich ist, einen adäquaten Umgang mit den Lebenskrisen zu finden sowie die kleinen und großen Krisen für die persönliche Weiterentwicklung zu nutzen.

Krisen sind immer ein Aufruf zur Veränderung, Bestehendes muss losgelassen und Neues entdeckt bzw. ausprobiert werden.

Es geht um die individuelle Definition einer Krise und wie Krisenzeichen erkannt werden können. Was hilft in einer Krise? Welchen Umgang habe ich mit Krisen und wie bewerte ich sie?

Stress

Stress gehört zum täglichen Leben. Stress, einmal anders betrachtet, kann auch positiv sein. Er verschafft uns ein *reiz-* volles Leben, fordert heraus, kann in gewisser Weise wie ein Motor zum Antrieb verhelfen. Ein Leben, ohne einen gewissen Stress, wäre wahrscheinlich zu langweilig. Stress kann aber auch mit starker Anstrengung und übermäßige Leistung einhergehen und zu großem Leidensdruck führen. Stress ist dann eine Reaktion auf (zu) viele Reize und Belastungen, auf Überforderung, bis hin zu innerem Schmerz und notvollen Krisen. Stress kann krank machen. Krankheit und Krise bringen wiederum immer ein enormes Stresspotential mit sich.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder in seelischer Not sind empfindsamer und durchlässiger gegenüber Stress und haben eine dünnere Haut. Sie leben mit der Gefahr, dass zu viel Stress erneut Symptome oder inneren Schmerz auslösen. Ob es zu Stress kommt und in welchem Maße, kann in vielen Situationen beeinflusst werden, sofern man sich mit seiner persönlichen Stressanfälligkeit auskennt.

Und mancher Stress, wie z.B. leidvolle Erlebnisse ist unveränderbar und unterliegt nicht unserem persönlichen Einfluss. Hier ist es besonders notwendig, einen entlastenden Umgang damit zu entwickeln. Es gilt Wege zu finden, unangenehme Ereignisse und Gefühle zu (er-)tragen, bis allmählich eine Form der Bewältigung und des Stressabbaus gefunden werden kann. Stressbewältigung dient der seelischen und körperlichen Gesundheit. Stressbewältigung erfordert Veränderung: im Verhalten, im Lebensstil, in der inneren Haltung.

Es geht darum den eigenen Stress wahrnehmen und beschreiben zu können und zu erarbeiten, was zur Stressreduktion dienlich sein kann.

Radikale Akzeptanz

Die Beschäftigung mit *Radikaler Akzeptanz* bedeutet, sich mit der eigenen inneren Haltung auseinander zu setzen. Radikale Akzeptanz klingt zunächst

befremdlich und erzeugt wohlmöglich innere Abwehr.

Radikale Akzeptanz der Realität heißt aber eigentlich *nur*, die *Tatsachen* anzuerkennen, um dann mit möglichst effektivem Einsatz seiner Kräfte in schwierigen und unerträglichen Lebensphasen Verbesserung, Bewegung und Veränderung herbeizuführen. Häufig wird extrem viel Energie dafür aufgebracht sich über Tatsachen zu ärgern, frei nach dem Motto „es kann nicht sein, was nicht sein darf“. Es entsteht ein gedankliches Kreisen, ohne Vorwärtsskommen, in dem ungemein viel Kraft gebunden wird, die ins Leere geht, der sog. Kampf gegen Windmühlen.

Radikale Akzeptanz erweist sich als wichtige Voraussetzung für die persönliche Lebensbewältigung, ganz besonders in Zeiten von Leid und Not. Ein Nachdenken und Umdenken ist ungewohnt und schwierig, seine Haltung dahingehend zu verändern eine Leistung, die als Prozess zu verstehen ist. Es geht darum, sich von inneren hinderlichen Glaubenssätzen zu befreien, zu erkennen, was hinnehmbar, was veränderbar ist.

Radikale Akzeptanz heißt nicht, etwas gut heißen, sondern vollständiges Annehmen und sich für einen neuen Weg entscheiden. Eine solche innere Bereitschaft verhindert Unbeweglichkeit und schafft neue Gewohnheiten.

Alles braucht seine Zeit, oder: Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht.

Atempausen

Die sog. Atempausen haben etwas gemein mit der bereits erwähnten Schatzkiste. Es geht um „Beschenktwerden“ bzw. „Belohnung“. Hinter den Atempausen verbergen sich Sonderstunden, die sich an abgeschlossene Themenkomplexe, anschließen, oder einfach zwischendurch eingeschoben werden. Sinn ist es, das die Gruppe nach getaner Arbeit, pausieren kann, innehalten, Atem schöpfen kann. Es kann aber auch bedeuten, Themen zu wiederholen, zu vertiefen, - sich Zeit nehmen.

Unter Atempausen findet man: Genussstunden, Segensstunde, diverse Übungsstunden und Stunden zu den Jahreszeiten und deren Ereignisse (Weihnachtsstunde, Herbstunde u.ä.).

Fazit

Das Handbuch: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen, hält Möglichkeiten zur besseren Krisenbewältigung und zur Entwicklung einer Stabilisierung vor, die für (aber nicht nur) schwerste seelische Grunderkrankungen wie Psychosen und affektive Störungen nutzbar sind.

Es kann in unterschiedlichsten Bezügen angewendet werden und sollte für alle, die sich mit Krisen beschäftigen, einen immensen und erprobten Erfahrungsschatz bieten und dem eigenen (therapeutischen) Handlungsspielraum Erweiterung verschaffen (7).

Die „Zauberformel“ aber heißt: Wertschätzung und Warmherzigkeit für sich und andere, denn so entsteht Trost, Hoffnung und Sinnhaftigkeit- und ein feiner, zunächst fast nicht sichtbarer Hauch von Lebensfreude!

Literatur

1. Linehan M (1996) Trainingsmanual zur Dialektischen-Behaviorale Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. München:
2. Reddemann L (2006) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren (12 Aufl). Stuttgart: .
3. Koppenhöfer E (2004) Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns. Lengerich:
4. Lutz R (Hrsg) (1983) Genuss und Genießen. Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns. Weinheim:
5. Lutz R (Hrsg) (1999) Beiträge zur Euthymen Therapie. Freiburg i Br:
6. Ketelse R (2008) Theoretische Grundlagen. In: Boden M, Rolke (Hrsg) Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen- Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe. Bonn:
7. Sendera A, Sendera M (2005) Skillstraining bei Borderline- und posttraumatischer Belastungsstörung. Wien:
8. Yalom I (2007) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch (9 Aufl). Stuttgart:
9. Lindner M (2008) Rezension zum Handbuch für den Psychiatrie-Verlag Bonn

„Praktische Erfahrungen mit Peerarbeit im ProMenteSana-Recovery-Projekt“

Maria Giesinger, Ruth Meier

Das Recovery-Projekt

Im Jahr 2003 initiierte Pro Mente Sana das Recovery-Projekt in der Schweiz. Durch einen Aufruf in den Medien, wurden Menschen gesucht, die von einer psychischen Erkrankung genesen waren. Ihre persönlichen Geschichten und Erfahrungen über Krankheit und Gesundung sollten im Mittelpunkt des Pro Mente Sana-Aktuell-Heftes stehen. *„Wieder gesund werden“*, so lautet der Titel des grünen Heftes. Grün wie die Hoffnung, welche dieses Heft versprüht. Die Geschichten bringen den Leser ins Staunen. Scheinbar „hoffnungslose“ Fälle wurden wider alle Erwartung wieder gesund und führen heute ein zufriedenes Leben. Dieses Heft war der Startschuss des Recovery-Projektes. Das Projekt beinhaltet eine Recovery-DVD mit acht Portraits von gesunden Menschen, Fachvorträge zum Thema Recovery, die in verschiedenen Institutionen gehalten werden und das Peer-Projekt.

Was sind Peers?

Peer kann auf Deutsch als Gleichgestellter oder Ebenbürtiger übersetzt werden. Im Kontext von psychischen Erkrankungen ist ein Peer eine Person, die aktuell psychisch erkrankt ist oder in der Vergangenheit an einer psychischen Krankheit gelitten hat. Peer Support meint die Unterstützung durch Gleichgesinnte, Menschen, die ähnliche Erfahrungen mit psychischer Krankheit gemacht haben. Die Wirkung von Peer Support kann dadurch erklärt werden, dass Menschen, die Ähnliches erlebt haben, einander ein tiefes Verständnis entgegenbringen können. Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, können sich besser einfühlen und können einander dadurch authentische Empathie und Bestätigung bieten [].(MacNeil & Mead, 2004).

„It would have greatly helped to have had someone come and talk to me about surviving mental illness - as well as the possibility of recovering, of healing, and of building a new life for myself. It would have been good to have role models - people I could look up to who had experienced what I was going through -

people who had found a good job, or who were in love, or who had an apartment or a house on their own, or who were making a valuable contribution to society” [].(Deegan, 1993).

Patricia Deegan beschreibt hier, dass es ihr sehr geholfen hätte, wenn jemand zu ihr gekommen wäre, der eine psychische Erkrankung überlebt hat. Wenn sie Vorbilder gehabt hätte, Menschen, die schwere Zeiten durchgemacht haben und heute ein erfülltes Leben führen. Und genau das möchten wir in den Peer-to-Peer-Gruppen vermitteln. Wir erzählen von unseren Krankheits- und Gesundungserfahrungen, um anderen Mut zu machen und zu zeigen, dass es möglich ist, von einer psychischen Erkrankung zu genesen.

Springen wir ins kalte Wasser?

Heute findet meine erste Peer-to-Peer-Veranstaltung statt. Meine Kollegin und ich wurden in ein Psychose-Seminar eingeladen. Meine Nervosität ist nicht zu überbieten. Ich konnte mich schon den ganzen Tag auf nichts anderes konzentrieren. Nun sitzen wir im Zug, bepackt mit CD-Player und Material, das wir für diesen Abend brauchen. Wir besprechen nochmals kurz den Ablauf und ich versuche, mich ein bisschen zu beruhigen. Doch das ist gar nicht so einfach. Die Organisatorin begrüßt uns herzlich und wir haben noch kurz Zeit, uns einzurichten. Nach und nach treffen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein. Ist das nicht ein bekanntes Gesicht? Ich gehe auf die Person zu und begrüße sie: *„Wir kennen uns doch!“* Mein Gegenüber mustert mich verdutzt und scheint angestrengt nachzudenken. Ich helfe ein wenig nach: *„Wir kennen uns aus meiner Zeit in der Klinik, du hast damals auf der Aufnahmestation gearbeitet“.* Ich nenne noch meinen Namen, darauf erhellt sich sein Gesicht und alles ist klar.

Die Organisatorin bedankt sich für unser Kommen und übergibt uns das Wort. Wir beginnen damit, verschiedene Definitionen von Gesundheit vorzustellen. Hierbei betonen wir, dass Gesundheit im Sinne von Recovery nicht heißen muss, überhaupt keine Symptome zu haben. Gesundheit kann auch bedeuten, möglichst gut mit außergewöhnlichen Gefühlen und Symptomen umzugehen und ein zufriedenes, erfülltes Leben zu führen. Das kann z.B. auch heißen, dass jemand, der Medikamente nimmt und eine IV-Rente bezieht, sich als gesund bezeichnet. Gesundheit ist also etwas sehr Persönliches.

Gesundung als Prozess

Danach stelle ich eine qualitative Studie der amerikanischen Forscherin Ruth Ralph vor [] (Ralph, 1999, zit. nach Amering & Schmolke, 2007). In dieser Studie wurden Gesundungswege von verschiedenen Menschen untersucht. Ralph zeigt auf, dass Gesundungswege über verschiedene Stationen verlaufen können. Von der Angst und Verzweiflung über das Bewusstwerden - das auch als Erwachen bezeichnet werden kann - zur Erkenntnis, dass Gesundung möglich ist, weiter zur Planung, dem entschiedenen Engagement für die eigene Gesundung und schließlich zum Wohlbefinden. Ich erzähle nun von meinem Gesundungsweg, beschreibe die verschiedenen Stationen auf diesem Weg, von der Verzweiflung, als ich überhaupt keine Zuversicht mehr hatte, dass es noch einmal besser wird, bis zum Wohlbefinden. Anhand einer Kordel, die ich auf den Boden lege, versuche ich die Höhen und Tiefen dieses Weges zu verdeutlichen. Was hat mir geholfen, was hat mich gehindert zu gesunden? Mein Erwachen betone ich besonders, denn es ist ein wichtiger Punkt auf meinem Gesundungsweg. An diesem Punkt merkte ich, dass ich selbst etwas tun muss, um gesund zu werden. Wenn ich nicht selbst Entscheidungen treffe, tun es andere für mich. Ich realisierte, dass ich die Verantwortung für mein Leben trage und das Zepter in die eigene Hand nehmen muss. Das war ein wichtiger Wendepunkt in meinem Leben. Erst diese Erkenntnis ermöglichte es mir, aus der Drehtürpsychiatrie „auszusteigen“.

Danach erzählt meine Kollegin von ihrem Erwachen und fordert die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf, sich zu überlegen, ob ihnen etwas zum Stichwort Erwachen oder einer anderen Station des Gesundungsweges einfällt. Wer möchte, kann sich etwas dazu aufschreiben. Wir spielen sanfte Musik ab und die Teilnehmer notieren fleißig. Danach äußern sich einige Teilnehmer zu ihrem Erwachen. Die Aussage des Teilnehmers, den ich aus der Klinik kenne, der mich betreute auf der Aufnahmestation, beeindruckt mich tief. Erst einmal macht es mich sehr betroffen, als er erzählt, dass er Fachperson und Erfahrener sei und an einer Depression leide. Danach sagt er, dass er glaube, heute sein Erwachen gehabt zu haben. Er glaube jetzt, dass Gesundung möglich sei. Wir seien sehr authentisch rübergekommen und hätten ihm Mut gemacht. Es war eine sehr erfolgreiche erste Veranstaltung. Auf dem Heimweg scherze ich

mit meiner Kollegin, ob das wohl Anfängerglück gewesen sei. Es war wohl mehr als das, wie ich dann später erfahren durfte.

Psychiatrie-Erfahrung als Qualifikation

Begonnen hat alles mit der Ausschreibung für dieses Peer-to-Peer-Projekt der Pro Mente Sana. Wie gebannt las ich den Text. Hier wurden Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung gesucht. Das heißt, ich kam nicht trotz meiner Psychiatrie-Erfahrung in Frage, sondern gerade weil ich diese mitbrachte. Mit anderen Worten war das eine Art Qualifikation! Das ist ja doch eher ungewöhnlich. Ich war sofort Feuer und Flamme. Da musste ich einfach mitmachen! Gleichentags schrieb ich noch eine E-Mail, um mein Interesse zu bekunden.

Im Peer-Training lernte ich wundervolle Menschen kennen. Ich war das erste Mal in einer Gruppe gesunder Menschen, die alle Psychiatrie-Erfahrung hatten. Das war und ist heute immer noch ein großes Geschenk für mich. Zu diesem Training trafen wir uns regelmäßig während eines halben Jahres. Wir wurden mit dem theoretischen Hintergrund von Recovery bekannt gemacht, reflektierten über unseren eigenen Gesundungsweg und lernten, wie wir Peer-to-Peer-Gruppen gestalten können. Dabei entstanden immer lebhaftes Diskussionen und es wurde oft und laut gelacht. In dieser Gruppe wurde ich einfach verstanden. Ich musste mich nicht verstellen, nicht verstecken, musste nicht lange erklären, wie sich etwas anfühlte.

Die Krankheit, die Psychiatrie-Erfahrung haben wir gemeinsam, sie verbindet uns, obwohl wir eigentlich sehr verschiedene Persönlichkeiten sind mit verschiedenen Lebensgeschichten und verschiedenen Erfahrungen von psychischer Krankheit und Gesundung. Ich denke, dieses Verständnis unter Gleichgesinnten ist der Schlüssel zum Erfolg in den Peer-to-Peer-Gruppen. Als Peers, als Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung, gehen wir in verschiedene Institutionen, in Wohnheime, Tageszentren, Selbsthilfegruppen oder psychiatrische Kliniken und treffen dort auf andere Psychiatrie-Erfahrene, um ihnen von unseren Erfahrungen auf dem Gesundungsweg zu berichten. Wir haben kein Rezept, das wir abgeben können, auch keine Zehn-Punkte-Liste, die die Teilnehmer durchgehen und abhaken können, denn es gibt so viele verschiedene Gesundungswege, wie es Menschen gibt. Wir können aber Beispiele von Ge-

sundungswegen aufzeigen und betonen, dass jeder Mensch seinen eigenen Weg finden kann.

Hoffnungsträger sein

Wir wollen Hoffnung in diese Gruppen bringen. Hoffnung, dass es möglich ist, auch von schwersten, langjährigen psychischen Erkrankungen zu genesen. Denn ohne Hoffnung geht es nicht. Als ich in der Klinik war, war ich umgeben von Krankheit und Verzweiflung. Die Menschen, die es geschafft haben, die gesund geworden sind, kamen nicht zurück in die Klinik, um uns zu erzählen: „Hey, ich habe es geschafft!“ Der einzige Mensch, der mir in der Klinik Hoffnung auf Genesung geben konnte, war ein Arzt, der mir überraschenderweise von seiner psychischen Erkrankung berichtete und davon, dass er danach Medizin studiert hatte. Das hat mir imponiert und enorm Mut und Hoffnung gemacht. Ich habe mir gedacht, wenn der das geschafft hat, bin ich vielleicht auch nicht verloren. Und obwohl er Arzt war und ich Patientin, hatten wir etwas Gemeinsames, die Psychiatrie-Erfahrung. Er schaffte es, an mich heranzukommen, wie es in dieser Zeit sonst niemandem gelang.

Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Ende einer Veranstaltung sind jeweils überwältigend. Ich erinnere mich sehr gerne an eine Gruppe, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Schlussrunde der Reihe nach berichteten, wie wir ihnen Hoffnung und Mut geben konnten. Sie waren so dankbar, dass wir uns die Zeit genommen hatten, sie zu besuchen, um ihnen von unserem Gesundheitsweg zu berichten. Diese Rückmeldungen bestätigten mir immer wieder, wie wichtig unsere Arbeit ist.

Bilanz nach eineinhalb Jahren

Seit meiner ersten Veranstaltung sind nun rund eineinhalb Jahre vergangen. In dieser Zeit habe ich bei ungefähr 20 Peer-to-Peer-Veranstaltungen mitgewirkt. Ich habe viel gelernt in diesen eineinhalb Jahren und auch viele Menschen kennen gelernt. Ich habe gelernt, offen auf Menschen zuzugehen, vor Leute zu treten, meine Geschichte zu erzählen, was nicht immer einfach war und was zum Teil auch schmerzhaft Erinnerungen in mir wachrief. Ich fühle mich aber immer gut aufgehoben in meiner Peer-Gruppe. Wir erleben eine intensive Zeit zusammen und geben uns gegenseitig Halt. Wenn mir einmal etwas sehr nahe

geht, kann ich jederzeit Einzelsupervision bei einer Psychologin von Pro Mente Sana in Anspruch nehmen. Auch wenn es manchmal sehr schmerzhaft ist, immer wieder an schlimme Zeiten erinnert zu werden, geben mir diese Veranstaltungen Kraft. Ich bin immer sehr energiegeladen nach einem solchen Workshop. Wir erzählen von uns, geben viel von unserem Leben preis, es kommt jedoch auch viel von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zurück. Durch die Erkenntnis, dass ich auch vor eine größere Anzahl Menschen treten kann - bei einer Veranstaltung waren es ca. 50 Leute, die uns zuhörten - habe ich an Selbstbewusstsein gewonnen. Ich schaffe etwas, was ich mir vor zwei Jahren niemals zugetraut hätte.

Zukunftsvisionen

In anderen Ländern hat Peerarbeit eine langjährige Tradition. Peer Support ist aus einer Bürger- und Menschenrechtsbewegung in den USA entstanden, der Menschen angehörten, die negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht hatten, z.B. mit Zwang, hoch dosierter Medikation oder Rechtsverletzungen. Mit anderen Worten war die gemeinsame Erfahrung, die der schlechten Behandlung in der Psychiatrie und nicht primär die Erfahrung einer psychischen Erkrankung [] (MacNeil & Mead, 2004). In den USA arbeiten ausgebildete Peers z.B. in psychiatrischen Kliniken, in sozialpsychiatrischen Einrichtungen oder sie leiten Tageszentren oder Selbsthilfegruppen [] (Clay, 2005). Ob diese Welle auch bei uns ankommen wird, ist hoffentlich nur eine Frage der Zeit. Peerarbeit könnte ein wichtiger Baustein in der psychiatrischen Versorgung werden. Sie soll nicht als Konkurrenz zum bisherigen psychiatrischen System gesehen werden, sondern als sinnvolle Ergänzung dienen, indem z.B. ausgebildete Peers in psychiatrischen Institutionen mitarbeiten und so psychisch erkrankten Menschen ein offenes Ohr anbieten und Verständnis entgegenbringen und davon erzählen, wie sie gesundet sind. Nur wenn es möglich wird, eine gute Zusammenarbeit zwischen Peers und psychiatrischen Fachpersonen entstehen zu lassen, kann das Ziel einer menschlicheren Psychiatrie, in der sich alle Beteiligten mit gegenseitigem Respekt begegnen, verwirklicht werden. Meine Hoffnung ist, dass die psychiatrischen Fachpersonen von uns lernen, indem sie sich anhören, wie wir behandelt werden möchten und sich immer wieder fragen, wie sie beispielsweise ein Familienmitglied

behandeln würden oder wie sie in einer Krise selbst behandelt werden wollen. Sie sollten sich auch fragen, ob sie sich vorstellen könnten, in der Klinik, in der sie arbeiten, behandelt zu werden und ob dies auch für die geschlossene Aufnahmestation zutrifft. Wie würde es sich als Patient anfühlen, wenn auf der Aufnahmestation Peers arbeiten würden, Personen, die Ähnliches erlebt haben und jetzt wieder gesund sind?

Ich hatte vor kurzem die Gelegenheit, mit einer Peer-Frau zu sprechen, die in einer psychiatrischen Klinik in Schottland arbeitet. Sie sprach mit einer enormen Begeisterung von ihrer Arbeit. Die Arbeit als Peer hat ihr Leben radikal zum Positiven verändert. Sie strahlt eine enorme Lebensenergie aus und ich bin mir sicher, dass sie eine große Bereicherung für die Klinik ist. Ich denke, dass es auch für das Personal einer Klinik sehr ermutigend und motivierend sein kann, Kontakt zu einer gesunden Person zu haben und mit ihr zusammenzuarbeiten. Wenn hier ein offener Austausch stattfindet, können beide Seiten voneinander lernen. Auch eine Peer aus unserem Ausbildungskurs hat ihre Fühler ausgestreckt und Kontakt mit der Klinik aufgenommen, in der sie in der Vergangenheit selbst behandelt wurde. Sie nimmt nun regelmäßig an Gruppengesprächen einer Station teil und erzählt von ihrem Gesundheitsweg, was sehr gut ankommt. Das ist ein weiterer Schritt in eine gute Richtung und ich hoffe sehr, dass viele weitere Schritte folgen werden.

In der Schweiz ist Peerarbeit noch ein kleines, zartes Pflänzchen, das gehegt und gepflegt werden muss, damit es erstarken und zu einem mächtigen Baum mit fest verankerten Wurzeln heranwachsen kann. Ein Baum der Schutz und Unterschlupf bietet für Menschen in und nach einer Krise. Dafür setzen wir uns ein.

Literatur

1. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
2. Clay S (Ed), Corrigan P, Ralph R, Schell B (2005) On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press
3. Deegan P (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. Journal of psychosocial nursing, 31, 7-11.
4. MacNeil C & Mead S (2004) Peer Support: What makes it unique? [On-line]. Available: <http://www.mentalhealthpeers.com/booksarticles.html> [10.08.2008]

5. Ralph, R. O. & The Recovery Advisory Group (1999). Recovery advisory group recovery model, a work in progress. Presentation at the National Mental Health Statistics Conference, June 1999, Washington. [On-line]. Available:
6. <http://www.mhsip.org/recovery> [11.08.2008].

Evaluation der Bezugspersonenpflege in der stationären Psychiatrie

Urs Ellenberger, Bernd Kozel, Peter Rieder

Einleitung

Die in den 70er Jahren in den USA entwickelte Pflegeorganisationsform „Bezugspersonenpflege“ gewährleistet eine kontinuierliche und umfassende pflegerische Versorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung [1]. Bei jedem ein tretenden Patienten wird die Verantwortung und Koordination für den interdisziplinären Behandlungsprozeß von einer zugeordnet Bezugspflegerperson übernommen. Im Jahr 2003 wurde an den Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) die Bezugspersonenpflege eingeführt. Dabei wurde auf der Grundlage der Empfehlungen einer Delphi-Studie aus der deutschsprachigen Schweiz [2,3] der übergeordnete Bezugspersonenpflegestandard für die UPD erstellt [4], anhand dem die Bezugspersonenpflege in die Praxis implementiert wurde. Die Implementierung und eine formative Evaluation der Bezugspersonenpflege sind mittlerweile abgeschlossen. Für die formelle summative Evaluation [5] der Bezugspersonenpflege wurde von der Fachgruppe „Pflegerpersonen mit höherer Fachausbildung“ (Höfa1-Fachgruppe) und dem zuständigen Pflegeexperten ein Qualitätsmessinstrument erarbeitet. Die erste Anwendung des Qualitätsmessinstruments wurde im Mai 2008 während einer Pilotphase unter anderem auf der Station Freiburghaus der UPD durchgeführt.

Ziel

In diesem Kongressbeitrag wird das Qualitätsmessinstrument „Bezugspersonenpflege“ vorgestellt. Weiterhin wird über erste Erfahrungen aus der Pilotphase der formellen summativen Evaluation mit dem Qualitätsmessinstrument berichtet.

Setting

Die Station Freiburghaus der UPD ist eine offen geführte, allgemeinspsychiatrische Akutstation mit 18 Behandlungsplätzen.

Praxisprojekt

In Anlehnung an das BAGE-Modell® [6] zur Sicherung und Förderung von Qualitätsprozessen wurde das Qualitätsmessinstrument Bezugspersonenpflege (siehe Abbildung 1) von der Höfa1-Fachgruppe unter Leitung des zuständigen Pflegeexperten entwickelt. Mit dem Qualitätsmessinstrument werden einzelne Struktur- und Prozesskriterien [5] des übergeordneten Bezugspersonenpflegestandards der UPD auf einer dichotomen Skala überprüft. Den einzelnen Antwortkategorien („vorhanden“ „nicht-vorhanden“) sind Punktwerte zugeteilt, die zur Berechnung des Qualitätsniveaus dienen [6]. Das Qualitätsniveau wird für jeden Patienten / jede Patientin in Prozent angegeben (erreichte Punktzahl / maximal mögliche Punktzahl x 100%). Ziel ist es, eine quantitative Aussage über die umgesetzte Qualität der Bezugspersonenpflege machen zu können.

Die Messung wurde von einer Höfa1-Pflegefachperson vorgenommen, die nicht auf der Station „Freiburghaus“ tätig ist. Dazu fand eine direkte Befragung der Stationsleitung, der Patienten, der Bezugspflegepersonen, der Pflegefachpersonen aus den Subteams und den Ärzten statt. Außerdem wurden das stationsspezifische Bezugspersonenpflegekonzept und die einzelnen Pflegedokumentationen analysiert.

Die Stichprobe umfasste alle 21 PatientInnen mit den zuständigen Fachpersonen (Bezugspflegeperson, Subteams, Ärzte, Stationsleitung), die sich an einem „Stichtag“ auf der Station Freiburghaus befanden (Zustand der Patienten und die Einwilligung zur Befragung wurden berücksichtigt). Die Datensammlung durch die Höfa1-Pflegefachperson dauerte zwei ganze Arbeitstage.

Die Datenanalyse wurde durch den zuständigen Pflegeexperten mit einem im Programm Excel erstellten Auswertungstool vorgenommen. Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Qualitätsmessung mit der Abteilungsleitung, der Stationsleitung, der Höfa1-Fachperson und dem Pflegeexperten der Station Freiburghaus besprochen. Im Vorfeld wurde festgelegt, dass bei jedem Patienten / jeder Patientin ein Qualitätsniveau von 80% bis 100% angestrebt wird. Qualitätsentwicklungsmaßnahmen wurden dann als notwendig erachtet, wenn das Qualitätsniveau bei mindestens einem Patienten / einer Patientin unter 80% lag.

Abbildung 1: Auszug aus dem Qualitätsmessinstrument „Bezugspersonenpflege“

Fragen an die Patienten	
S 0.2	<i>Ist für ihre Pflege und Betreuung eine bestimmte Pflegefachperson für sie besonders zuständig?</i>
S 0.2.1	Wenn unter S 0.2 mit ja geantwortet wurde: Können sie den Namen dieser Pflegefachperson nennen? Name: (in der Pflegedokumentation überprüfen, ob der angegebene Name mit dem Namen der ausgewiesenen Bezugsperson übereinstimmt)
P 1.1	<i>Stellte sich die von ihnen angegebene Pflegefachperson bei ihnen namentlich als ihre Bezugsperson vor?</i>
P. 1.2	<i>Werden sie von ihrer Bezugsperson darüber informiert: Wann Aktivitäten stattfinden? In welcher Form diese stattfinden? Wie sie selbst mit ihrer Bezugsperson Kontakt aufnehmen können?</i>
P 1.4	<i>Klärte sie ihre Bezugsperson beim Eintritt auf die Station über folgende Punkte auf: a) Wurde ihnen ihr Zimmer gezeigt? b) Wurden ihnen MitpatientInnen vorgestellt? c) Wurden ihnen die Räumlichkeiten der Station gezeigt? d) Wurden sie über den Tagesablauf informiert? e) Wurden sie über den Wochenplan informiert? f) Wurden sie über die Stationsordnung informiert? g) Wurden ihnen die anwesenden Fachpersonen vorgestellt? h) Wurde ihnen mitgeteilt, welche anderen Berufsgruppen für ihre Behandlung zuständig sind?</i>
Pflegedokumentation überprüfen	
S 1.3.1	<i>Enthält die Pflegedokumentation ein dokumentiertes Pflegeassessment?</i>
Fragen an die Stationsleitung	
P 5.4	<i>Informiert an den Fallbesprechungen jeweils die Bezugsperson über die aktuelle Situation der ihr zugeteilten PatientInnen?</i>
Fragen an den Arzt	
S 5.2.1	<i>Bespricht die Bezugsperson mit ihnen regelmäßig die aktuelle Situation der PatientInnen, für die sie als Arzt zuständig sind?</i>

Ergebnisse

Bei der Evaluation der Bezugspersonenpflege wurden 21 PatientInnen mit den zuständigen Fachpersonen (Ärzte, Stationsleitung, Bezugspflegeperson, Subteams) befragt (siehe Tabelle 1). Bei zehn PatientInnen wurde ein Qualitätsniveau über 80% festgestellt. Bei elf PatientInnen ein Qualitätsniveau unter 80%.

Der Mittelwert aller 21 erreichten Qualitätsniveaus lag bei 77.3%, die Standardabweichung betrug 8.6% und der Median lag bei 78%.

Tabelle 1: Ergebnisse der Evaluation Station Freiburghaus

	n	Qualitätsniveau in %
Stichprobe	21	
Stichprobe >80%	10	
Stichprobe <80%	11	
Mittelwert		77.26
Standardabweichung		8.57
Median		78.00

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Evaluationsergebnisse auf der Station Freiburghaus ergaben ein gutes Qualitätsniveau (Mittelwert 77.26%, Median 78.00%) für die Qualität der umgesetzten Bezugspersonenpflege. Da bei elf PatientInnen das erreichte Qualitätsniveau unter 80% lag, musste überprüft werden, wodurch dies zustande kam. Bei der im Anschluss durchgeführten Analyse der Ergebnisse durch die Bereichsleitung, die Stationsleitung, die Höfa1-Fachperson und den Pflegeexperten konnten entsprechende Qualitätsverbesserungsmaßnahmen festgelegt werden.

Das in der Höfa1-Fachgruppe entwickelte Qualitätsmessinstrument „Bezugspersonenpflege“ eignet sich zur Evaluation der Qualität der umgesetzten Bezugspersonenpflege an den UPD. Die Anwendung des Instrumentes erfordert ausreichend Zeit (mindestens 2 Arbeitstage), außerdem muss die Befragung der einzelnen Akteure gezielt organisiert werden. Um zu unabhängigen Ergebnissen zu kommen, sollte die Datenerhebung von einer Pflegeperson durchgeführt werden, die nicht auf der gleichen Station arbeitet. Da das Qualitätsmessinstrument lediglich eine quantitative Aussage macht, müssen die Ergebnisse im Anschluss kritisch interpretiert und diskutiert werden.

Literatur

1. Manthey M (2002) Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber
2. Abderhalden C, Needham I (1999) Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer

Delphi-Studie (Master's Thesis). Universität Maastricht, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft

3. Needham I, Abderhalden C (2002) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych Pflege 8:189-193
4. Direktion Pflege und Pädagogik (2003) Bezugspflegestandard der Erwachsenenpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD). Unveröffentlichtes internes Dokument. Bern: UPD
5. Abderhalden C (2007) Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien von Primary Nursing: Effektivität messen. CNE Fortbildung und Wissen für die Pflege 1(1): 10-15
6. Baartmans P, Geng V (2000) Qualität nach MassEntwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Bern: Huber

Ermittlung des Umsetzungsgrades von PN in der stationären Psychiatrie mittels IzEP[®]

Rosemarie Welscher, Michael Schulz, Sebastian Dorgerloh

Abstract

Im Juni 2003 wurde im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Umsetzung von Primary Nursing begonnen. Ausgangslage war seinerzeit eine Unzufriedenheit in der Umsetzung der damals praktizierten Form der Bezugspflege [1]. Bezugspflege wurde im Sinne von Beziehungspflege verstanden und wies nicht die organisatorische Ausrichtung eines Pflegesystems auf - um diesen Teil sollte die vorhandene gute Beziehungsarbeit über die Einführung von Primary Nursing ergänzt werden.

Im Zusammenhang mit der Einführung wurde in Anlehnung an den Bezugspflegestandard nach Abderhalden und Needham [2] eine Arbeitsgrundlage erstellt, die auch einen Teil zur Evaluation beinhaltete. Da es zur Evaluation aber kaum geprüfte und allgemein einsetzbare Instrumente gab, begann die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe PN Evaluation, aus der heraus sich später die AG IzEP[®] entwickelte.

Die Arbeitsgruppe setzte sich zum Ziel, dass das zu entwickelnde Instrument praktische wie wissenschaftliche Anwendungen ermöglichen sollte. Es sollte in verschiedenen Settings einsetzbar sein, modularisiert und veränderungsempfindlich (sensitiv) sowie wissenschaftlichen Gütekriterien genügen.

Das Instrument liegt nun seit Januar 2008 einschließlich eines Manuals und der Auswertungssoftware vor und wurde bereits in verschiedenen Settings im Hinblick auf Praxistauglichkeit, Plausibilität, Validität und Reliabilität getestet [3].

Mit IzEP[®] kann das auf einer Abteilung oder in einer Institution gelebte Pflegesystem erfasst werden.

Es werden 5 Merkmale von Pflegesystemen erfasst:

1. Pflegekonzeption
2. Arbeitsorganisation

3. Pflegeprozess
4. Kommunikation
5. Rollenverständnis

Als zusätzliche Informationen werden Merkmale der Station und des Personals erhoben, die möglicherweise einen Einfluss auf die Wahl und die Umsetzung des Pflegesystems haben. Die von diesem Instrument berücksichtigten Dimensionen nehmen Bezug zu den Konzepten von PN.

Vorgestellt wird das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen sowie der Vergleich verschiedener Stationen einer psychiatrischen Klinik. Ausgangslage ist einerseits die Experteneinschätzung zum praktizierten Pflegesystem des jeweiligen Bereichs und andererseits die Erhebung mittels IzEP[®] sowie die Überprüfung, ob über IzEP[®] die Einschätzung der Experten bestätigt werden kann.

Literatur

1. Schulz M, Krause P (2003) Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing - auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. Psych Pflege 8:242-248
2. Needham I, Abderhalden C (2002) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych Pflege 8:189-193
3. Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen AG IzEP[®], Abderhalden C, Boeckler U, Dobrin Schippers A, Feuchtinger J, Krassnig M, Milachowski S, Schaepe C, Schori E, Welscher R (2008) Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP[®]: Handbuch. Bern, Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik UPD Bern

Behandlung von forensischen Patienten auf einer allgemeinspsychiatrischen Station aus multiprofessioneller Sicht anhand eines Fallbeispiels

Christian Frank, Rainer-Uwe Burdinski, Michael Schulz

1. Hintergrund

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel des Evangelischen Krankenhauses in Bielefeld sieht im Rahmen des Regionalversorgungsauftrages eine ihrer Aufgaben in dem Resozialisierungsauftrag von Menschen, die nach den §§ 63 oder 64 StGB in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht sind. Die Behandlung dieser Menschen in einer allgemeinspsychiatrischen Klinik stellt eine besondere Herausforderung an das Behandlungsteam dar: Der Aufenthalt dieser Patienten geht oft über Jahre und erfordert eine langfristige, individuelle Behandlungsplankonzeption unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben. Dieser Behandlungsplan ist multiprofessionell angelegt. Außerdem muss man sich im Alltag immer wieder der Herausforderung stellen, wie das "Wohnen" und die längerfristige Behandlung dieser Patienten auf einer allgemeinspsychiatrischen Station einerseits und die Akutbehandlung von nicht-forensischen Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen andererseits nebeneinander stehen können. Im Blick auf die Integration in eine betreute Wohnform oder ein eigenständiges Wohnen außerhalb der stationären Einrichtung erfährt das multiprofessionelle Behandlungsteam eine Erweiterung dahingehend, dass bereits weit im Vorfeld einer Langzeitbeurlaubung bzw. einer bedingten Entlassung mit der übernehmenden Einrichtung eine enge Kooperation und Kommunikation stattfinden muss.

2. Fragestellung

Das Ziel der Behandlung lässt sich wie folgt definieren: Menschen, die unterschiedlich lange in forensischen Einrichtungen gelebt haben, weiterführend zu behandeln und schrittweise, sowie sorgfältig geplant, wieder in das soziale Umfeld zu integrieren. Das bedeutet, dass für sie und mit ihnen eine Arbeits- und eine Wohnform gefunden werden muss, in denen sie ihr Leben zuneh-

mend eigenverantwortlich gestalten können. Wir reden hier von einer auf mehrere Jahre angelegten Behandlung. In kleinen Schritten wird durch Lockerung, durch Arbeit und die Erweiterung des Bewegungsraumes die zunehmende Selbstständigkeit erprobt, überprüft und ausgewertet. Am Ende steht die ambulante Weiterbehandlung in unserer Forensischen Fachambulanz.

Beschreibung der forensischen Pflege auf einer Akutstation

Um diesem komplexen Versorgungsauftrag gerecht werden zu können bedarf es auch seitens der Pflege konzeptioneller Entwicklungsarbeit. Anhand eines Fallbeispiels soll dargestellt werden, welche Anforderungen an eine professionelle Beziehungsgestaltung bei diesen Patienten existieren, und wo sich der Beziehungsprozess zu anderen Patienten, ohne forensische Unterbringung, unterscheidet. Beziehungsfelder existieren dabei nicht nur zwischen Patient und Pflegenden, sondern auch zu Patienten und anderen Berufsgruppen, sowie zu Patient und Mitpatienten. Gleichzeitig gilt es, mit dem Ziel der (Wieder-)Eingliederung in die Gesellschaft, die Frage nach dem Umgang mit dem Delikt zu bearbeiten. In diesem Zusammenhang stellt das Spannungsfeld zwischen "Wärter und Therapeut" eine zusätzliche Herausforderung im langen Beziehungsprozess zwischen Behandlungsteam und Betroffenen dar. Die Aufgaben der Pflege in dieser komplexen Pflegesituation sind vielfältig: So gilt es z.B., die Motivation des Patienten für eine weitere Zusammenarbeit aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten. Pflegeplanung und Behandlungsplanung unterliegen wesentlich langfristigeren Rhythmen als bei anderen Patienten. Im Hinblick auf forensische Fragestellungen kommt der pflegerischen Einschätzung eine hohe Bedeutung zu.

3. Fallvorstellung

3.1 Einrichtung

Die v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel sind eine gemeinnützige kirchliche Stiftung privaten Rechts. Sie wurden 1867 auf Initiative des rheinisch-westfälischen Provinzialausschuss der Inneren Mission und mit Unterstützung von Bielefelder Kaufleuten in Bielefeld gegründet. 1872 übernahm Pastor Friedrich von Bodelschwingh die Leitung. Heute hat Bethel Einrichtungen und Dienste in sechs Bundesländern; insgesamt engagieren sich 13 600 Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeiter für die vielfältige Arbeit in Europas größtem diakonischem Unternehmen. Es stehen rund 20.000 Plätze zur Verfügung für kranke, behinderte oder sozial benachteiligte Menschen; eingeschlossen sind Ausbildungsstätten und Fachschulen, vor allem für Pflegeberufe und medizinische Berufe. Die Gesamterträge Bethels liegen bei rund 700 Millionen Euro.

Neben vielen anderen Aufgaben betreiben die Bodelschwinghschen Anstalten ein Krankenhaus, das Evangelische Krankenhaus Bielefeld (EvKB). Das EvKB ist in einzelne Kliniken unterteilt, die an unterschiedlichen Standorten innerhalb der Ortschaft Bethel liegen. Die größte Einzelklinik mit 274 vollstationären Betten und 92 teilstationären Behandlungsplätzen und ist die psychiatrische Klinik (Klinik für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin).

Die Klinik ist in die vier Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie I, für Allgemeine Psychiatrie II, für Abhängigkeitserkrankungen und für Gerontopsychiatrie gegliedert.

In der Abteilung I für Allgemeine Psychiatrie werden in der Regel Patienten mit psychotischen Störungen behandelt. Die einzelnen Stationen der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie II haben Schwerpunkte für die Behandlung einzelner Krankheitsbilder eingerichtet. Dies sind Depression, Borderline Persönlichkeitsstörung, Angststörungen, Zwangserkrankungen und psychosomatische Beschwerdekompexe (einschließlich somatoformer Störungen und psychischer Probleme bei körperlichen Erkrankungen).

Alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten werden in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Die verbundene Tagesklinik sowie die Drogen- und Suchtambulanz stellen dabei die teilstationäre und ambulante Versorgung sicher.

Die Abteilung für Gerontopsychiatrie umfasst drei Stationen. Hier werden Seniorinnen und Senioren mit psychischen Erkrankungen oder dem Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit behandelt.

Die Abteilung I der Allgemeinen Psychiatrie hat den regionalen Pflichtversorgungsauftrag für Menschen mit psychischen Störungen in Bielefeld. Im Rahmen dieser Pflichtversorgung ist das Stadtgebiet Bielefeld in drei Sektoren aufgeteilt. Den jeweiligen Sektoren ist eine allgemeinpsychiatrische Station zugeordnet. Die Station A5 der Abteilung I der Allgemeinen Psychiatrie ist eine

Station mit 28 Betten und zuständig für Menschen, die im südlichen Stadtgebiet Bielefelds leben.

In der Klinik werden aktuell drei Patienten nach dem § 64 Strafgesetzbuch (StGB) und neun Patienten nach dem § 63 StGB eingestreut in die Stationen der Allgemeinen Psychiatrie I und der Suchtstationen behandelt. Darüber hinaus befinden sich vier Patienten im Status der Beurlaubung aus der Maßregel und werden im längerfristigen Bereich behandelt.

3.2. Fallvorstellung (Biographie)

Biographie

Herr X. ist 54 Jahre alt und im Ruhrgebiet aufgewachsen. Er ist das 6. Kind einer neunköpfigen Geschwisterreihe. Der Vater, litt an einer Alkoholabhängigkeit und ist mit 58 Jahren an einem Schlaganfall verstorben. Die Mutter verstarb 79jährig. 1967 erfolgte der Entzug des Sorgerechts für alle Kinder, aufgrund der schwierigen häuslichen Situation. Hr. X. verfügt über keinen Schulabschluss. Er brach die Sonderschule nach dem 4/ 5. Schuljahr im Alter von 14 Jahren ab. Er absolvierte keine Berufsausbildung. Hr. X. kam in ein Kinderheim und befindet sich seit seinem 18. Lebensjahr mit kurzen Unterbrechungen in der forensischen Unterbringung.

Aufenthalte

Nach mehrfachen Entweichungen aus dem Kinderheim folgte noch im selben Jahr eine stationäre Beobachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm. Weitere Aufenthalte stellen sich wie folgt dar:

- Überweisung zur jugendpsychiatrischen Behandlung in Niedermarsberg St. Johannisstift
- Unterbringung in der Heilanstalt Rottland des Westfälischen LKH Eickelborn
- Zentrum für Psychiatrie in Bochum
- Psychiatrie Lippstadt
- Westfälisches LKH Eickelborn
- Westfälische Klinik Schloß Haldem
- Klinik für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin (KPPM)
- Mittelfristiger Bereich
- Teilweise kurze Aufenthalte (Wochen - Monate), teils lange (mehrere Jahre)

- Zeitweise Lücken (nicht in stationären Einrichtungen - Zuhause?)
- Häufige Entweichungen, Beurlaubungen, Entlassungen, Aussetzung zur Bewährung.
- Meist innerhalb kürzester Zeit Widerruf von einer Bewährungsaussetzung oder Unterbringung nach BGB.)
- Zuletzt wurde er 1990 wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern zur Unterbringung gemäß Paragraph 63 in einem psychiatrischen Krankenhaus verurteilt.

Delikte

Unter Alkoholeinfluss kam es bereits in seiner Jugend wiederholt zu verschiedenen Straftaten: Diebstahl unter Gewaltandrohung; sexuelle Beleidigung gegen Kinder; sexuelle Nötigung und sexueller Missbrauch von Kindern; schwerer Raub; Diebstahl in 18 schweren Fällen; Fahren ohne Fahrerlaubnis; Sachbeschädigung; Einbrüche.

Diagnosen

Herr X. hat in seinem Leben mehrere Diagnosen aus dem psychiatrischen Bereich erhalten. Aus den Krankenakten lässt sich im Hinblick auf die Entwicklung seiner Einschränkungen folgende Entwicklung nachvollziehen:

1990: *frühkindliche Hirnschädigung mit Schwachsinn ersten Grades im Sinne einer Debilität; wenig differenzierte Persönlichkeitsstruktur mit mangelnder Kontrolle von Impulsen, Affekten und Trieben und eine stark eingeschränkte Frustrationstoleranz*

1995: *intellektuelle Minderbegabung mittelschweren Grades mit pädophilen Neigungen sowie Neigung zu chronischem Alkoholabusus*

1995: *frühkindliche Hirnschädigung mit Debilität, soziopathisches und asoziales Verhalten einhergehend mit pädophiler Neigung und chronischer Alkoholabusus.*

1998: *Organisches Psychosyndrom sowie sekundäre Alkoholabhängigkeit*

2001: *Alkoholabhängigkeit, Intelligenzminderung und dissoziale Persönlichkeit*

2002: *Alkoholabhängigkeit. Intelligenzminderung und selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung.*

3.3. Ausgewählte Aspekt des Pflegeprozesses

Die geschilderte Biographie macht deutlich, dass sich es bei diesem Patienten um einen Menschen mit einem komplexen Krankheitsbild handelt, der in den unterschiedlichen Bereichen des Lebens schwere bis schwerste Störungen hat. Dies bestätigte sich auch durch sein Verhalten auf unserer Station. Es ist nicht möglich, auf alle diese Störungen im Einzelnen einzugehen. Daher fokussiert dieser Bericht auf einen ausgewählten Aspekt des Pflegeprozesses, nämlich die Beziehungsgestaltung. Dies erscheint sinnvoll, da der Aspekt der professionellen Beziehungsgestaltung ein zentrales Element der professionellen psychiatrischen Pflege darstellt.

Im Vordergrund steht die Frage, welche Aspekte der Beziehungsgestaltung sich aus der Besonderheit der forensischen Unterbringung auf einer Station der Akutpsychiatrie herausarbeiten lassen. Neben den offensichtlichen Einschränkungen des Patienten im Hinblick auf adäquate Beziehungsgestaltung kommt der Frage, inwieweit das begangene Delikt bzw. die aus der Vorgeschichte bekannten Delikte die Beziehungsgestaltung beeinflussen. Darüber hinaus ist es für die professionelle Beziehungsgestaltung seitens der Pflege von großer Bedeutung, dass die Aufenthaltsdauer und Behandlungsmodalitäten in hohem Maße nicht von Verantwortungsträgern in der Klinik, sondern vielmehr von übergeordneten Institutionen verantwortet werden. Gleichzeitig sind Aufenthaltsdauern von mehreren Jahren nicht unüblich und das weitere Vorgehen wird durch jährliche Begutachtungen neu entschieden.

Im Folgenden soll exemplarisch auf wesentliche Aspekte des Beziehungsprozesses eingegangen werden.

- Beziehungsgestaltung seitens PN/Team zu Herrn X.
- Beziehungsgestaltung seitens Herrn X. zu PN/Team
- Beziehungsgestaltung von Herrn X. innerhalb der Station/Gruppe

Beziehungsgestaltung seitens PN/Team zu Herrn X.

Im Vorfeld der Aufnahme wurde das Stationsteam über die Biographie sowie über die begangenen Delikte von Herrn X. informiert.

So ist z.B. aus einem Bericht des Bezugsmitarbeiters in aus der vorherigen behandelnden forensischen Klinik zu erfahren:

Hr. P. erwarte eine zu schnelle "Freisetzung" in Bielefeld. Sie plädiere für sehr vorsichtige Schritte, da Hr. P. sich in der Welt „draußen“ nach der jahrzehntelange Unterbringung nicht mehr auskenne. Auch das Geld müsse eingeteilt werden. Der Alkohol sei ein großes Problem für Hr. P. Er lebe ständig mit falschen Erwartungen, erzähle viele Lügengeschichten. Wenn er dann auf die Realität hingewiesen werde, komme es häufig zu Wutausbrüchen.

Aufgrund der ausgeprägten Fantasie und wohl einer großen Selbstunsicherheit erzähle er viele Dinge, sowohl den Mitpatienten als auch den Mitarbeitern, die nicht stimmten, an die er aber im Endeffekt selber glaube. Er habe dringend feste Ansprechpartner nötig.

Diese Informationen wurden bei der Auswahl des Mitarbeiters, der zukünftig die Rolle des Bezugsmitarbeiters (Primary Nurse) innehaben soll, berücksichtigt. Wir hielten es für wichtig, dass die Primary Nurse männlich ist und dass sie über eine gewisse Berufserfahrung sowie entsprechende fachliche Kenntnisse verfügen sollte.

Diese Informationen prägten auch die Kontaktaufnahme in den ersten Tagen, möglicherweise auch Wochen.

Zu Beginn der Behandlung auf der Station war die Gestaltung der Beziehung durch den Bezugsmitarbeiter und die anderen Teammitglieder zu Herrn X. freundlich und empathisch, gleichzeitig aber auch abwartend und beobachtend und orientierend. Schnell entwickelte sich aber so etwas wie ein Vertrauensverhältnis zu Herrn X. Alltägliche Dinge mit ihm zu besprechen und zu planen war unproblematisch. Herr X. hat das, was man ihm vorgeschlagen hat, angenommen, manchmal eigene Ideen hineingebracht und dann auch umgesetzt.

Mit zunehmender Zeit seiner Eingewöhnung wurden aber auch seine Defizite wie z.B. Intelligenzminderung oder auch seine Selbstunsicherheit, die schon in der Biografie erwähnt wurden, deutlich. Diese Defizite erschwerten die Beziehungsgestaltung.

Wir stellten fest, dass Herr X., so wie er den Alltag lebte und die mit ihm besprochenen Schritte umsetzte, uns in den Reflektionen mit ihm nicht immer die Wahrheit sagte.

Hierauf angesprochen reagierte er mit bagatellisieren und ungehaltenen Reaktionen einerseits, andererseits aber auch mit anzunehmender Einsicht

Dies führte dazu, dass wir unsere Aufmerksamkeit noch mehr in Richtung Beobachtung lenkten. Wir stellten fest, dass, wenn es Herrn X. schlechter zu gehen schien, dies in seinem Verhalten zu bemerken war. Er war zum Beispiel nicht mehr in der Lage bei Gesprächen den Augenkontakt aufrecht zu halten oder versuchte uns aus dem Weg zu gehen. In den Gesprächen war er kurz angebunden und einsilbig. Zu diesem Zeitpunkt hörten wir dann auch z.B. von der Arbeitstherapie, dass Herr X., sonst eher einer der leistungsstarken, in seiner Leistung und Konzentration nachließ. Dies, so wurde uns in Reflektionen klar, ist als Vorbote von Rückfällen zu sehen.

Mit dieser nun gewonnen Erkenntnis konnten wir in diesen Situationen durch Gespräche und einen enger gestalteten Rahmen die Rückfälle nicht immer verhindern, aber deutlich minimieren.

Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Aspekt in der Beziehungsgestaltung sind die eigentlichen Straftaten von Herrn X., die im Rahmen seiner Biografie dargestellt sind.

Das Wissen um die Straftaten und hier im Besonderen die des sexuellen Missbrauches von Kindern hat im Team zunächst einmal sehr viele Emotionen freigesetzt und Unsicherheiten bezüglich des Umganges mit Herrn X. hervorgerufen und hat die professionelle Beziehungsgestaltung beeinflusst. Im Laufe der Behandlung ist das aber in den Hintergrund getreten, da wir Herrn X. zunehmend besser kennen gelernt und einschätzen gelernt haben und mit ihm regelmäßige Gespräche geführt haben.

Aber immer dann, wenn Herr X. nach einer Entweichung zurückgekehrt war, stellten wir uns die Frage:

„Ist etwas passiert?“ oder „Hoffentlich ist nichts passiert!“

Dann traten die Emotionen, die durch das Wissen um die Straftaten, insbesondere die des sexuellen Missbrauches an Kindern freigesetzt wurden, wieder in den Vordergrund.

Diese Emotionen dürfen unsere Beziehungsgestaltung nicht beeinflussen. Wir haben nur die Fakten zu bewerten. Das bedeutet, wenn wir nicht von irgendeiner Stelle hören das es zu einer Straftat gekommen ist, müssen wir das

auch so akzeptieren und dürfen nicht spekulieren. Bis heute ist es unserem Wissen nach nicht zu Straftaten gekommen.

Die ausgelösten Emotionen aber sind nicht zu vernachlässigen und beeinflussen natürlich die Beziehungsgestaltung. Hier braucht es regelmäßige Reflexionsgespräche bzw. Supervisionen, die genau dieses Thema zum Inhalt haben. Im Rückblick ist hier kritisch anzumerken, dass es diese Gespräche zu wenig gegeben hat. Hier gibt es einen erhöhten Bedarf an professionell begleiteter Reflexion, der auch zum Schutz der Mitarbeiter eingefordert werden muss. Gleichzeitig muss das Team gemeinsame Kompetenzen entwickeln, damit diese Erweiterung des Behandlungsprofils nachhaltig gestützt werden kann.

Mittlerweile ist es so, dass es für die Mitarbeiter der Suchtstationen regelmäßige Supervisionen gibt. Dies ist auch für die Mitarbeiter der allgemeinen Psychiatrie geplant, jedoch ist es bisher nicht gelungen, einen geeigneten Supervisor zu finden.

Beziehungsgestaltung seitens Herrn X. zu PN/Team

Die Beziehungsgestaltung seitens Herrn X. zur Bezugspflegerin (Primary Nurse) und zum Team war zunächst durch vorsichtiges Abwarten geprägt. Er musste sich in dem für ihn ungewohnten, neuen und offenen Rahmen orientieren. Dieser neue und offene Rahmen war für ihn auch verunsichernd. Es war für Herrn X. aus nachvollziehbaren Gründen beispielsweise schwierig zu verstehen, dass er nun zwar auf einer offenen Station untergebracht ist, für ihn aber nach wie vor die Bedingungen der Unterbringung nach § 63 StGB. Gültigkeit haben und es damit für ihn gegenüber den anderen Patienten zunächst doch erhebliche Einschränkungen z.B. in der Ausgangsregelung gab.

Er reagierte darauf zunächst mit seinen schon beschriebenen Verhaltensmustern wie z.B. Vermeidung von Kontakt, einsilbiges Reden, konnte aber zunehmend besser mit diesem Ausnahmestatus umgehen.

Er erlebte es als hilfreich, einen festen Ansprechpartner zu haben. Insgesamt fiel auf, dass es Herrn X. deutlich leichter fällt mit männlichem Personal in Kontakt zu treten.

Auch sind die Reflexionsgespräche, an denen ausschließlich männliches Personal beteiligt ist, für Herrn X. deutlich besser auszuhalten.

Beziehungsgestaltung von Herrn X. innerhalb der Patientengruppe

Herr X. musste sich auf der Station zunächst einmal orientieren. In der Kontaktaufnahme zu den anderen Patienten war er sehr zurückhaltend. Zumeist hielt er sich im Raucherraum oder in seinem Zimmer auf. Insgesamt muss man sagen, dass Herr X. bis zum heutigen Tage eher ein „Einzelgänger“ geblieben ist. Die Kontakte zu den Mitpatienten belaufen sich eher auf das Zusammenreffen im Raucherraum oder im Speisesaal. Eine weitere, nicht unerhebliche Einschränkung sind seine intellektuellen Fähigkeiten. Gesprächen bzw. deren Inhalten kann er nur selten folgen. Trotzdem versucht er sich an der Konversation zu beteiligen, manchmal dann auch mit Geschichten, die nicht der Wahrheit entsprechen. Den Mitpatienten ist das irgendwann aufgefallen, sie haben mit Rückzug reagiert oder uns das mitgeteilt. Das macht eine Beziehungsgestaltung schwierig. Wir haben das mit Herrn X. in den regelmäßigen Reflexionsgesprächen thematisiert und ihm Hilfe angeboten. Er zeigte sich dann einsichtig.

Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Faktor ist das schnell wechselnde Patientenkontingent auf einer allgemeinpsychiatrischen Station, während der Aufenthalt von Herrn X. doch eher ein längerfristiger ist. So musste sich Herr X. immer wieder auf neue Patienten einstellen, was für eine Integration in den Stationsalltag nicht förderlich ist.

Auch muss man sehen, dass die forensisch untergebrachten Menschen gegenüber den anderen Patienten einige Vergünstigungen haben. So dürfen sie sich z.B. ihre Zimmer nach ihren Wünschen einrichten und haben einen eigenen Fernseher auf dem Zimmer.

Diese in einigen Punkten ungleiche Behandlung für immer wieder zu Spannungen, die von Seiten des Teams aufgefangen, thematisiert und geklärt werden.

Aus dem längerfristigen Wohnbereich in dem Herr X. zwischenzeitlich lebte und in den er auch wieder zurückziehen soll, wurde ebenfalls berichtet, dass Herr X. sich meistens auf seinem Zimmer aufhält und auch dort wenig Kontakt zu seinen Mitbewohnern hat.

Erwähnenswert ist, dass es ihm trotz seiner Einschränkungen gelungen ist, über eine Kontaktanzeige in Kontakt mit einer Dame aus Bayern zu treten.

Dieser Kontakt geschieht mittels Brief, Telefonaten und SMS und hat bis heute bestand.

Pflegeprozess, Pflegeplanung, Dokumentation

Im Hinblick auf die Planung stehen die folgenden Fragen im Vordergrund :

Wie plant man die Pflege für eine auf Jahre hinaus ausgerichteten Behandlung? Bei dieser Frage kommt erschwerend hinzu, dass keine Seite das tatsächliche Datum des Behandlungsendes kennen.

Wie kann die langfristig geplante Pflege für Herrn X. gewinnbringend sein?

Sind die Therapiemöglichkeiten einer akutstationären Einrichtung auch für eine längerfristige Behandlung ausgerichtet?

Am Anfang der Behandlung und der Planung stand die Erhebung der biographischen Daten. Im Wesentlichen nutzten wir die Daten die uns mit den uns zugeleiteten Unterlagen zur Verfügung gestellt wurden. Es wurde aber deutlich, dass die Anamnese so wie wir sie in unserer Klinik verwenden, für Patienten wie Herrn X. mit seinem Krankheitsbild und seinem längerfristig geplanten Aufenthalt nicht zielführend war. Dennoch musste ja der Aufenthalt, die Behandlung geplant werden. Für uns war es wichtig, dass Herr X. in seinem Alltag eine klare und für ihn nachvollziehbare Struktur hat.

Ein weiteres, im multiprofessionellen Team festgelegtes therapeutisches Ziel ist die Abstinenz von Alkohol, da er seine Straftaten unter Alkoholeinfluss begangen hat.

Nachdem wir die Ziele formuliert hatten überlegten wir uns, was für ein Programm zu Erreichung der Ziele notwendig ist. Zur Orientierung diente das Programm, was Herr X. in seiner forensischen Einrichtung gehabt hat. Schon innerhalb der ersten Woche hat Herr X. bei uns angefangen, zunächst zeitlich eingeschränkt, nach einer Einarbeitungszeit dann über die gesamte Zeit an der Arbeitstherapie teilzunehmen. Auch hat er sich an den Stationsgruppen beteiligt. Dies hat Herr X. auch zuverlässig erledigt. Es wurde dann daran gearbeitet, seine Ausgänge schrittweise zu erweitern. Auch wurde sein Arbeitsplatz in die Praxis für Ergotherapie verlegt. Parallel dazu wurde ein Expositionstraining bezüglich seines Alkoholkonsums begonnen. Das Expositionstraining verläuft in mehreren Stufen und wird gesteigert. Das geht vom anschauen einer Flasche mit einem alkoholischen Getränk über eine Geruchprobe bis hin zu einem

Gang in eine Gaststätte. Herr X. wurde bei diesen einzelnen Schritten immer begleitet, seine sichtbare Reaktion wurde dokumentiert. Auch wurde er gefragt, was er während des Trainings gefühlt hat, wie hoch sein Suchtdruck war. Dies wurde ebenfalls dokumentiert. Das Expositionstraining wurde von Ärzten oder Psychologen begleitet.

Dennoch kam es zu einem Rückfall, so dass die bis dahin erreichten Lockerungen für eine gewisse Zeit zurückgenommen werden mussten. Schrittweise wurde der Ausgang für Herrn X. wieder erweitert und es gelang, ihn wieder an die Praxis für Ergotherapie anzubinden und ihn schließlich in eine Werkstatt für Behinderte (WfB) zu integrieren.

Auch gelang es, ihn in einen Wohnbereich außerhalb der Klinik zu verlegen, wobei die Behandlungshoheit in der Klinik blieb. Vor dem Hintergrund der eher skizzenhaften Schilderung des Verlaufes von Herrn X. gilt es zu berücksichtigen, dass zwischen den einzelnen Lockerungsschritten Wochen bis Monate liegen.

Im Wohnbereich und in der WfB ist es im Sommer 2006 zu einer Krise gekommen. Wir merkten in den Kontakten, dass Herr X. unruhiger wurde. Aus dem Wohnbereich wurde gemeldet, dass er zunehmend mit Mitbewohnern in Konflikte geriet. Aus der WfB wurde dies ebenfalls berichtet. Außerdem haben seine Arbeitsleistungen nachgelassen.

Darauf angesprochen reagierte Herr X. abweisend und bagatellisierend. Eine Äußerung von ihm: *„Ihr wollt mich doch nur wegschließen und kaputtmachen“*. Das hat uns schließlich dazu veranlasst, Herrn X. zurück in den offenen stationären Rahmen der Station zu nehmen und das Setting wieder enger zu gestalten.

Nach einem Visitengespräch ist es ihm gelungen, die Station unbemerkt zu verlassen und bis nach Bayern zu seiner „Freundin“ zu fahren. Im Rahmen der eingeleiteten Fahndung wurde er dort von der Polizei aufgegriffen und in eine forensische Klinik nach Regensburg verbracht

Von dort haben wir ihn abgeholt. Seit dem befindet er sich weiter auf der Station. Auf dieses Geschehen angesprochen zeigte sich Herr X. Einsicht dahingehend, dass dies ein schweres Vergehen im Rahmen seiner Unterbringung darstellt. Alle bis dahin erreichten Lockerungen wurden zurückgenommen In

kleinen Schritten und unter sorgfältiger Beobachtung und Reflexion wurden die Bedingungen gelockert. Herr X. hat sich unter diesen Bedingungen wieder stabilisiert, so dass als nächster großer Schritt eine erneute Verlegung in den längerfristigen Wohnbereich angestrebt werden konnte.

Situation heute

Nachdem Herr X. sich nach seiner Entweichung nach Bayern auf unserer Station wieder stabilisiert hat und die Lockerungen nicht zur Destabilisierung geführt haben, wurde er im Mai 2007 in den längerfristigen Wohnbereich zurückverlegt. Dort lebt er bis jetzt und ist stabil. Zunächst musste er sich noch täglich auf unserer Station melden. Auch die Arbeitstherapie, sowie die Einnahme der Medizin fanden auf unserer Station statt. Nach einer erneuten Begutachtung im Jahre 2007 ist Herr X. aus dem § 63 StGB beurlaubt. Er kommt nur noch am Wochenende auf die Station. Er arbeitet in einer WfB innerhalb Bethels.

Das Therapieprogramm für diese Patientenklientel ist bisher störungs- und deliktspezifisch und daher sehr individuell. Für den Herbst 2008 ist die Einführung einer Gruppentherapie für die nach § 63 untergebrachten Menschen geplant. Gleiches gilt auch für die nach § 64 untergebrachten Menschen, hier gibt es aber noch keinen Termin.

Dokumentation

Die in unserer Klinik verwendeten Formulare sind für Menschen mit einem solchen komplexen Krankheitsbild und auf eine längerfristig ausgelegte Behandlung nicht zu verwenden.

In der Behandlung von psychotischen Menschen erstellen wir anhand der Anamnese Pflegediagnosen, planen eine Behandlung und führen sie durch, legen Überprüfungszeiträume fest und dokumentieren täglich jeweils einmal pro Schicht.

So machen wir es im Moment auch bei Herrn X.

Es zeichnet sich allerdings ab, dass diese Form der Dokumentation bei einer längerfristigen Behandlung wie in diesem Falle nicht optimal ist. Hier erscheint es eher sinnvoll, die wichtigsten Punkte herauszugreifen und diese in einem z.B. 3 – monatigen Zeitraum zu überprüfen.

Auch wäre eine wöchentliche Dokumentation, d.h. eine Zusammenfassung der Woche in einem Kurzbericht der langfristigen Planung und Entwicklung eher angemessen und würde die Aussagekraft vermutlich sogar steigern. Sollte ein aktuelles Ereignis eintreten, so wären die Dokumentationszeiträume entsprechend zu verkürzen.

Diskussion

Ziel der vorangegangenen Ausführungen war es, anhand zentraler Aspekte die Komplexität der professionellen pflegerischen Beziehungsgestaltung bei forensischen Patienten auf Akutstationen darzustellen. Wenngleich die Behandlung forensischer Patienten in der Akutpsychiatrie ein wichtiges Behandlungselement in der Forensik darstellen, so wird doch anhand des vorgestellten Falls deutlich, wo die Herausforderungen sowohl auf Seiten der Institution als auch auf Seiten des Betroffenen liegen.

So bringen es z.B. die gesetzlichen Vorgaben mit sich, dass über einen längeren Zeitraum kein Ausgang stattfinden kann und dies nur nach Anordnung des Chefarztes oder seines Vertreters in kleinsten Schritten gelockert werden kann. Wenn aber kein geschlossener Hof zur Verfügung steht, dann kann es sein, dass Menschen über einen längeren Zeitraum nicht an die frische Luft kommen. Eine weitere Herausforderung für Team und Patient ist darüber hinaus der Umstand, dass innerhalb einer Akutklinik jemand über einen längeren Zeitraum, evtl. über Jahre leben soll. Bei dem Versuch, auf einer fakultativ geschlossenen Akutstation in der Psychiatrie eine wohnliche Atmosphäre für eine einzelne Person zu schaffen, muss Milieuthérapie an die Grenzen des machbaren stoßen. Gleiches gilt für das Therapieprogramm und die Abläufe einer Klinik, die eine durchschnittliche Verweildauer von ca. 20 Tagen hat.

Diese Rahmenbedingungen erfordern sowohl vom Team als auch von der betroffenen Person ein hohes Maß an Motivation, damit am Ende sowohl Patient als auch Gesellschaft von der Behandlung profitieren. Für die Konzeptentwicklung zukünftiger Behandlungsprogramme für forensische Patienten in psychiatrischen Kliniken gilt es sorgfältig abzuwägen, ob eine dezentrale Versorgung über mehrere Stationen oder aber eine zentrale Versorgung auf einer Spezialstation zu bevorzugen ist. Für das zentrale Modell spräche, dass eine fokussierte Personalentwicklung möglich wäre, wovon auch der pflegerische

Bereich profitieren würde. Pflegende könnten entscheiden, ob sie dieses Arbeitsfeld für sich wählen möchten oder nicht. Darüber hinaus könnten die Kollegen mit speziellen Fort- und Weiterbildungselementen auf dieses komplexe Arbeitsfeld im Team besser vorbereitet werden.

Literatur

1. Leitfaden forensische Psychiatrie; Klinik für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in Bielefeld - Bethel

Resilienz und Salutogenese als Möglichkeiten in der Sozio-Milieuthherapie von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik

Frank Voss

Begriffe wie Salutogenese, Empowerment und Resilienz werden aktuell in sehr vielen Bereichen der psychiatrischen Pflege diskutiert und berücksichtigt. In der Sprache und im Selbstverständnis der Pflegenden in den forensischen Kliniken, sind diese Begriffe bisher noch nicht sehr oft in der Praxis anzutreffen. Ein Umstand der bei näherer Betrachtung unweigerlich zur näheren Reflexion einlädt.

Patienten die in die forensische Psychiatrie eingewiesen werden sind auch Straftäter. Besonders im Bereich der persönlichkeitsgestörten Patienten, haben diese zum Teil erhebliche und zunächst kaum zu verstehende Delikte begangen.

Hierdurch lasten ein nicht unerheblicher Druck und eine hohe Verantwortung auf den Behandlungsteams. Diese Teams befinden sich zusätzlich in dem Dilemma, die Patienten auf der einen Seite zu sichern, aber auf der anderen Seite auch zu behandeln, mit dem Ziel der Besserung und (möglichen) Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

All diese Faktoren tragen dazu bei, dass sich ganz wesentliche Hindernisse ergeben können, die den Aufbau einer pflegerischen Beziehung negativ beeinflussen können.

Fast alle Patienten bringen erhebliche Sozialisationsdefizite und eine ausgeprägte Beziehungsstörung „mit“ in die Behandlung. Die Therapie ist eine „angeordnete“ Maßnahme eines Gerichts und kann somit nicht ohne weiteres vom Patienten oder Behandlungsteam beendet werden, wenn sie als nicht hilfreich empfunden oder als nicht wirksam erachtet wird.

Bei vielen Patienten ist mangelnde Behandlungsbereitschaft und eine resignierte Grundhaltung zu beobachten. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Zum einen beeinflusst das individuelle Störungsbild die Compliance, es können

aber auch institutionelle und teamdynamische Faktoren eine Rolle spielen. Beide Positionen sollten gleichberechtigt analysiert werden.

Bei Patienten mit Gewalt- und Sexualdelikten ist nach derzeitigem Stand keine wirkliche "Heilung" möglich. Hier hat sich der grundsätzliche Ansatz "No cure, but control" in den therapeutischen Settings der Kliniken etabliert.

Eine wesentliche Aufgabe von Pflege in der Forensik ist die Sozio- und Milieugestaltung, in der es vor allem darum geht, den Patienten dabei zu unterstützen, vorhandene Ressourcen bei sich zu erkennen und sie sich im Alltag nutzbar zu machen. Damit unterstützt die Pflege den gesamttherapeutischen Prozess von Patienten.

Wesentliche Behandlungsziele bei dieser Patientengruppe sind u. a. den Patienten in die Lage zu versetzen, bei persönlichen Krisen nicht auf „bewährte“ störungsspezifische Copingstrategien zurück zu greifen, sowie deliktnahe Verhalten bei sich zu erkennen und Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen. Dies ist vor allem deshalb so wichtig, weil mehrere Autoren und Untersuchungen darauf hinweisen, dass eine erhöhte psychische Widerstandskraft (Resilienz) sich ganz entscheidend auf die Rückfallgefahr und somit auch auf die Prognose der Patienten auswirken. Daraus ergeben sich für die pflegerische Arbeit in der Forensik einige Fragestellungen die im Pflegeprozess Berücksichtigung finden sollten und auch in diesem Rahmen bearbeitet werden sollten. Ausgehend von den Begriffen Salutogenese und Resilienz zeigt der Autor mögliche Ansätze in der pflegerischen Sozio- und Milieugestaltung auf.

Resilienz und Salutogenese als mögliche Ansätze in der forensischen Pflege: Worum geht es in dem Beitrag überhaupt?

Themen wie Recovery und Resilienz sind in der aktuellen Diskussion in der psychiatrischen Fachwelt und psychiatrischen Pflege zu Recht präsent und es gibt inzwischen auch eine ganze Reihe von Veröffentlichungen zu diesem Thema. Das Buch „Recovery - Das Ende der Unheilbarkeit“ von M. Amering und M. Schmolke [2] hat den Autor nachhaltig auf diese Themen aufmerksam gemacht. In diesem Beitrag wird versucht diese Ansätze und Erkenntnisse aus dem Blickwinkel der pflegerischen Betreuung von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik zu reflektieren und Möglichkeiten zur Integration

von Ansätzen zur Förderung und Entwicklung von Resilienz im Rahmen der Sozio- Milieugestaltung vorzuschlagen.

Begriffsdefinition

„Unter Resilienz (lat. resilire = „zurückspringen, abprallen“, dt. etwa Widerstandsfähigkeit) wird die Fähigkeit verstanden, auf die Anforderungen wechselnder Situationen flexibel zu reagieren und auch stressreiche, frustrierende oder schwierige Lebenssituationen zu meistern“ [1].

Amering und Schmolke haben weitere Definitionen zur Resilienz zusammengefasst:

- *„psychische Widerstandskraft oder als Anpassungsprozess angesichts einer Belastung, Tragödie oder eines hohen Stressniveaus (Rutter 1995)*
- *elastische Widerstandskraft (Bender und Lösel 1998)*
- *motivationale Kraft (Richardson 2002)*
- *der Prozess, bei dem Kinder, Jugendliche und Erwachsene den Quellen von Herausforderungen widerstehen, und als Muster, wieder auf die Beine zu kommen (bouncing back) oder sich von solchen Bedingungen wieder zu erholen (Coatsworth u. Duncan 2003)*
- *die Fähigkeit aus den widrigsten Lebensumständen gestärkt und mit größeren Ressourcen ausgestattet herauszukommen, als dies ohne diese schwierigen Lebensumstände der Fall gewesen wäre (Walsh 1998)“ [2:112].*

Die Anlagen zur Entwicklung der Resilienz werden entscheidend in der Kindheit angelegt und werden maßgeblich von konstanten Beziehungsstrukturen beeinflusst. Die Psychologin Emmy Werner hat in ihrer Kauai-Langzeitstudie über 40 Jahre hinweg Kinder aus Hochrisikofamilien auf Hawaii untersucht. Deren Entwicklung durch äußerst belastende und negative Einflüsse wie Vernachlässigung, Misshandlung oder Scheidung geprägt wurde. Zusammenfassend fand sie heraus, dass sich ein Drittel der untersuchten Kinder erstaunlich positiv entwickelten und sich bei keinem dieser Kinder über den gesamten Verlauf der Studie, irgendwelche Auffälligkeiten nachweisen ließen.

Diese „widerstandsfähige“ Gruppe hatte, im Gegensatz zu den anderen untersuchten Kindern, im ersten Lebensjahr eine feste Bezugsperson und musste keine längere Trennung von Bezugspersonen verkraften, bzw. gelang es ihnen, im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung eine feste Bindung zu einer anderen Bezugsperson aufzubauen, quasi als Ersatz für die fehlende Elternbindung.

Werner beschreibt, dass resiliente Kinder über protektive Faktoren verfügen, welche die Auswirkungen von negativen Faktoren in ihrer Umgebung mildern können [vgl. 2:117] und ihr Anpassungsverhalten an schwierige Situationen im späteren Leben offensichtlich wesentlich ausgeprägter sind.

Entscheidend für die Nutzung der Erkenntnisse aus der Resilienzforschung zur Anwendung im psychiatrisch–pflegerischen Kontext ist, dass es sich bei Entwicklung der Resilienz nicht um eine fest angelegte, nicht mehr zu beeinflussende psychische Ressource handelt. Sie ist dynamisch und kann auch in späteren Phasen des Lebens weiterentwickelt und durch gezielte Interventionen gestärkt werden. Somit ergibt hier der Ansatz für die pflegerische Tätigkeit.

Salutogenese

„Die Salutogenese (...) bedeutet soviel wie ‚Gesundheitsentstehung‘ oder ‚Ursprung von Gesundheit‘ und wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) in den 1970er Jahren als Gegenbegriff zur Pathogenese entwickelt. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit kein Zustand, sondern muss als Prozess verstanden werden“ [3].

Antonovsky hat sich im Wesentlichen mit der Frage beschäftigt wie es ehemalige KZ – Häftlinge gelungen ist, trotz ihrer traumatischen Erlebnisse ihre körperliche und psychische Gesundheit zu bewahren. Auch er ging davon aus, dass Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein dynamisches Gebilde, ein aktiver und sich selbst regulierender Prozess ist [4:161]. Hier ist wiederum ein Ansatzpunkt für die pflegerische Tätigkeit. Er prägte auch den Begriff Kohärenzgefühl. *„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ [5: 36].*

Die Institution Forensik

Um die Unterschiede und Besonderheiten zur Betreuung von persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik zu verstehen, muss man die Situation der

Patienten, die Situation der Pflegenden und die Wirkung der Institution etwas näher erläutern.

Goffmann hat in den 70-er Jahren den Begriff der totalen Institution geprägt [6]. Er hat völlig unterschiedlicher Einrichtungen wie Haftanstalten, Klöster oder psychiatrische Krankenhäuser untersucht und die Wirkung dieser Institutionen auf die dort lebenden Menschen. Als Kennzeichen der totalen Institution nannte er u. a. die strikte Trennung von Personal und Patienten, großer sozialer Abstand und negative Vorurteile, Wegnahme von persönlichem Besitz und eine spezielle Insassen, bzw. Patienten-Subkultur.

Er stellte fest, dass grundsätzlich jede Institution die Tendenz zur totalen Institution hat. Institutionen neigen dazu, nicht zu differenzieren, sie individualisieren nicht, sind nicht situativ und stellen Kollektives über Persönliches.

Seit dieser Zeit hat sich die Psychiatrie natürlich stark verändert und entwickelt. Es ist anzunehmen, dass eine forensische Klinik in der heutigen Zeit wohl am ehesten der Gefahr ausgesetzt ist, Symptome einer totalen Institution zu entwickeln. Es gibt eine ganze Reihe von starren formalen Rahmenbedingungen, die Unterbringung ist oft zeitlich nicht begrenzt und die MitarbeiterInnen haben weitreichende formale Befugnisse, auf die persönliche Selbstbestimmung der Patienten Einfluss zu nehmen. Alle MitarbeiterInnen sollten sich der Auswirkungen dieser Gefahr bewusst sein. Denn sie tragen eine hohe Verantwortung, mit dieser machtvollen Position professionell und selbstkritisch umzugehen.

Zum besseren Verständnis einige Beispiele für Verhaltensweisen die sich sehr negativ auf die Beziehung zu Patienten und auf das Milieu einer forensischen Station auswirken können:

- bestimmte Formen von Machtdemonstration gegenüber Patienten
- mangelnde Fähigkeit sich an Vereinbarungen und Absprachen mit Patienten zu halten
- plötzliches installieren von neuen Regeln (evtl. aus Unsicherheit heraus) die dem Patienten nicht erklärt werden
- mangelnde Bereitschaft zur Konfliktgestaltung mit Patienten
- mangelnde Transparenz von Entscheidungsprozessen, die Patienten betreffen
- es wird viel über, aber wenig mit Patienten gesprochen

- Mangelnde Bereitschaft zur Selbstkritik in der Auseinandersetzung mit Patienten
- Und damit verbunden ein Klima, in dem offensichtliche Versäumnisse des Teams oder Teammitgliedern nicht als solche benannt werden und somit auch nicht auf eine unspektakuläre und erwachsene Art mit Patienten kommuniziert werden, um eine angespannte Situation mit dem Patienten zu entzerren; nach dem Motto: „*Wir machen keine Fehler, sondern nur die Patienten.*“

Die Situation der Patienten in der Institution

Persönlichkeitsgestörte Straftäter sind...

- isoliert, Einzelgänger, introvertiert, haben ausgeprägte Beziehungsstörungen,
- haben kaum (konstruktive) Erfahrungen in Gruppen / sozialen Gefügen
- verfügen über behandlungsbedürftige Symptome, die gleichzeitig aus Sicht der Betroffenen unverzichtbare stabilisierende Faktoren ihrer Persönlichkeit (Copingstrategien) sind
- haben nicht gelernt zu teilen, wobei Dissozialität sowohl Symptom als auch Ausdruck für persönliche Abgrenzung sein kann.
- wehren sich gegen das „Kollektiv“ weil es destabilisierend wirkt

Was erwartet die Institution Forensik von den Patienten....

- Anpassung an Gegebenheiten (z. B. überbelegte Stationen, gemischte Diagnosen auf den Stationen, Mehrbettzimmer, Regeln),
- Öffnung und weitgehende Transparenz seitens des Patienten
- völlige Abkehr von „gestörten“, aber für den Patienten wichtigen, psychodynamisch stabilisierenden Elementen in ihrer Person
- Sich – Einlassen des Patienten auf die Therapie, ohne dass dieser einen subjektiven Leidensdruck verspürt oder sich selbst als behandlungsbedürftig erlebt.

Wie kann die Institution Forensik auf persönlichkeitsgestörte Patienten wirken?

Durch die starke Betonung des Kollektivs suchen die betroffenen Patienten häufig Stabilisierung durch den Rückzug auf sich, z.B. im Festhalten an „bewährten“ Verhaltens- und Kommunikationsmustern, oder in starker Externalisierung störungsspezifischer Anteile durch Umkehr der empfundenen Ohnmacht. Dies kann sich äußern durch ausgeprägtes Agierverhalten, Regelverstöße, offene Anfeindungen gegenüber Team und Mitpatienten, impulsives

Verhalten, und ist verbunden mit Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit.

Ansätze der Resilienz und Salutogenese in der Sozio- Milieuthherapie

Sauter et al [7:506], haben zur Recht darauf hingewiesen das es sich bei dem Salutogenesekonzept um ein zu wenig beforschtes Gebiet handelt, bei dem noch viele Fragen offen sind. Gleichzeitig haben Sie konkrete Vorschläge gemacht, wie Pflegende Patienten dabei unterstützen können ihre psychische Gesundheit und ihr Kohärenzgefühl zu stärken, die hier kurz zusammengefasst dargestellt werden:

Handhabbarkeit und Bewältigung fördern

Die Förderung der Handhabbarkeit und Bewältigung ist eine ganz wichtige Voraussetzung den Patienten zu unterstützen die Kontrolle über ihre psychische Störung zu erhalten und ihre individuellen Ressourcen zu stärken. Dies gilt auch für forensische Patienten.

Verstehbarkeit fördern

Die Förderung der Verstehbarkeit meint, Patienten gezielt über ihre Erkrankung und damit verbunden Auswirkungen zu informieren. Hierzu gehört natürlich u. a. die Psychoedukation die in vielfältiger Weise von Pflegenden in der Psychiatrie durchgeführt wird (z. B. mit Psychosepatienten). Bei der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Sexualstraftätern geht es bei diesem Punkt darum, den Patienten im Alltag gezielte Rückmeldungen zur Wirkung und Auswirkung seines Verhaltens zu geben, vor allem in Bezug auf störungsspezifische Verhaltensweisen oder auch kognitive Verzerrungen. Sehr oft hat man es im Alltag mit einer gestörten Eigen- und Fremdwahrnehmung zu tun, die besonders in Konfliktsituationen oder in Krisen zu beobachten ist. Die Patienten haben nur sehr wenig Bezug zu ihren Gefühlen und Affekten, haben Schwierigkeiten ihr eigenes Handeln kritisch zu hinterfragen und reagieren zum Teil gekränkt, impulsiv oder mit persönlichem Rückzug auf negative Rückmeldungen und notwendig werdende Interventionen. Hinzu kommt, dass viele Symptome, die von der Umwelt als „gestört“ oder pathologisch wahrgenommen werden, für den Patienten die einzig zur Verfügung stehenden Copingstrategien darstellen, die er zur Verfügung hat, um sich selbst zu regulieren.

Aufgabe der Pflege ist es, den Patienten durch gezielte Rückmeldungen, professionelle Beziehungsarbeit und im Rahmen von gezielten Pflegeinterventionen dabei zu unterstützen, sein persönliches „Script“ in Alltagssituationen zu verstehen. Damit ist gemeint, dem Patienten dabei zu helfen, sich selbst und sein Verhalten kennen und verstehen zu lernen. Denn erst dann wird es möglich Alternativen und Verhaltensänderungen gemeinsam zu bearbeiten.

Sinnhaftigkeit fördern

Hier beschreiben Sauter et al, dass Patienten lernen, ihre Erkrankung im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte zu sehen. Die meisten persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik weisen keine „unauffällige“ Biographie auf. Im Gegenteil! Viele Patienten kommen aus zerrütteten Familienverhältnissen, haben Gewalt oder ein hohes Maß an Ignoranz und wenig persönliche Nähe oder konstante Beziehungen in ihrem unmittelbaren Umfeld erfahren. Eine Heimsozialisation, frühe psychiatrische Auffälligkeiten und Jugendkriminalität können weitere Faktoren sein, die nicht selten in den Lebensläufen von forensischen Patienten zu finden sind. Deswegen stellt dieser Punkt einen ganz wesentlichen Inhalt eines therapeutischen Prozesses in der Forensik dar. Pflege kann hierzu ihren Beitrag leisten, in dem sie dem Patienten ein individuelles, auf seine Ressourcen und Defizite ausgerichtetes, aber vor allem zuverlässiges Beziehungsangebot bietet. Im Rahmen der kontinuierlichen und reflektierten Beziehungsarbeit kann der Patient die Möglichkeit erhalten, neue und positive Erfahrungen mit anderen Menschen zu machen und unterschiedliche Rollen in einer Bezugsperson kennen zu lernen (positive wie negative), ohne einzelne Anteile abzuspalten zu müssen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die regelmäßige und zeitnahe Reflexion von Situationen, die eine Belastung für den Patienten darstellen. Hierzu zählen nicht nur die Situationen in denen der Patient durch seine „gestörten“ Verhaltensweisen auffällt, sondern auch Konflikte die durch strukturelle Probleme oder mangelnde Transparenz im Team entstehen.

Transfer in den pflegerischen Alltag

Aufgabe der MitarbeiterInnen im Soziumilieu des MRV ist es, Lösungen für das Dilemma aus dem Paradox von Behandlung (Entwicklung) und Sicherung (Kontrolle und Stilllegung) herzustellen.

Es muss darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer zu starken Betonung des Institutionellen kommt. Dann kann es zu den schon beschriebenen negativen Reaktionen bei den Patienten kommen. Die Möglichkeiten zur Entwicklung im Alltag durch individuelle Variationen und soziale Integration durch die Pflegenden muss bewahrt bleiben. Auch dann wenn das Ziel der Behandlung aufgrund einer zu hohen Rückfallgefahr eines Patienten nicht mehr die Resozialisierung ist, sondern das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität im Rahmen einer gesicherten Unterbringung.

In Bezug auf die Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der pflegerischen Betreuung von Patienten in der Forensik, könnten folgende Fragestellungen und Maßnahmen nützlich sein:

Welche konstruktiven Faktoren sind durch die Resilienz beim Patienten vorhanden, bzw. erhalten geblieben, wie können diese Faktoren evaluiert werden und mit welchen konkreten psychiatrischen – pflegerischen Maßnahmen an diese Faktoren angeknüpft werden?

Diese Frage lässt sich sehr gut im Rahmen des Pflegeprozessmodells bearbeiten. Ausgangspunkt für jeden Pflegeprozess, ist ein ausführliches Assessment. Bei dem die Ressourcen des Patienten besonders in den Vordergrund treten. Aufgrund der langen Unterbringungszeiträume gibt es in der forensischen Pflege nicht den Zeitdruck, wie es ihn in vielen anderen Bereichen der Pflege gibt. Man sollte diese Zeit konstruktiv nutzen, um den Patienten intensiv kennen zu lernen, mit ihm gemeinsam eine ausführliche Pflegeanamnese aufzunehmen und in diesem Prozess bereits die Grundlagen für eine Beziehung zum Patienten zu gestalten. Hierbei können wichtige Daten erhoben werden die sich später bei der Planung von Pflegemaßnahmen als sehr nützlich erweisen können. Z. B. womit hat sich der Patient vor seiner Unterbringung beschäftigt, welche stabilisierenden Faktoren gab es in seinem Umfeld, was hat ihm bei Problemen geholfen, was nicht.

Welche resilienzfördernden Beziehungen oder Erfahrungen hat der Patient bisher in seinem Leben gemacht, welche waren positiv für ihn?

Bei der Anamneseerhebung systematisch die Beziehungserfahrungen und prägende Bezugspersonen mit dem Patienten erheben. Die erhobenen Erkenntnisse sollten möglichst bei der Beziehungsgestaltung zum Patienten

berücksichtigt werden. Von beziehungsgestörte Patienten zu erwarten, dass sie von Anfang an eine vertrauensvolle Beziehung zu allen Teammitgliedern aufbauen, damit es allen beteiligten im Umgang besser geht und sich jeder „sicherer“ fühlen kann, ist unrealistisch. Es sollten eine überschaubare, fest zugeordnete Anzahl von Bezugspflegerinnen benannt werden. Mit offensichtlichen „Unverträglichkeiten“ sollte offen und professionell umgegangen werden. Es sollte kein Kollege zunächst in den Beziehungsaufbau eingebunden werden, der einem evtl. negativen Rollenvorbild des Patienten entspricht (z.B. dominanter Vater). Das würde den Patienten daran hindern eine konstruktive Beziehung zu dem Mitarbeiter aufzubauen. Wobei es zu einem späteren Zeitpunkt der Pflegeplanung, nach erfolgter Stabilisierung, durchaus Sinn machen kann, den „dominanten“ Kollegen in die Betreuung mit einzubinden.

Authentische Beziehungsgestaltung hängt maßgeblich vom Interesse und vom Willen sich immer wieder einzulassen, von Betrachtung eigener Normen und Werte als persönlich, dem Zulassen und Interesse an anderen Haltungen und Werten und der Wertschätzung (auch fremder) individueller Schwerpunkte ab.

Wie lassen sich resilienzfördernde Faktoren in die Milieuthérapie integrieren und in Maßnahmen übersetzen?

Neben dem beschriebenen Beziehungsprozess gehören hierzu gezielte und geplante Interaktionen wie z. B. Gruppen, Freizeitgestaltung. Milieuthérapie in der Forensik kann nur die „Rekonstruktion“ eines künstlichen Alltags innerhalb einer gesicherten und unfreiwilligen Unterbringung sein. Die Beziehungen müssen sich im milieuthérapeutischen Setting abbilden und entwickeln, resilienzfördernde Maßnahmen sollten in Beziehungsangeboten und Maßnahmen berücksichtigt und übersetzt werden. Die Milieuthérapie übernimmt in diesem Fall eine Stellvertreterfunktion von gesellschaftlichen und sozialen Kontexten. Das bedeutet zu differenzieren, zu individualisieren, situativ zu handeln und die Partizipation der Patienten an Entscheidungsprozessen zu unterstützen. Ziel ist ein gesundheitsförderliches Milieu, das aber auch den individuellen Sicherheitsbedürfnissen der Gesellschaft und dem gesetzlichen Rahmenbedingungen entspricht.

Anforderungsprofil an Pflegerinnen

Die Voraussetzungen für die Pflegerinnen sind:

- Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme
- Bereitschaft zur ständigen Reflektion von Werten und Normen
- Bereitschaft, ständig zu differenzieren
- Handlungsorientierung (am Alltag)
- Reflexion eigener Wirkung und Gegenübertragungen
- Reflexion von Nähe und Distanz, Echtheit und Professionalität
- prozesshaftes Vorgehen im Sinne der Entwicklung
- Rollendifferenzierung im Team
- fachliche Qualifikation: Gesprächsführung, Grundkenntnisse in Gruppenpädagogik und Gruppendynamik, Kenntnisse über Krankheitsbilder
- Bewusstsein und Sensibilität für das eigene Machtpotential und die Verführung dadurch

Literatur:

1. Artikel Resilienz, Wikipedia, <http://de.wikipedia.org/wiki/Resilienz>
2. Amering M, Schmolke M (2007) Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie Verlag
3. Artikel Salutogenese, Wikipedia, <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese>
4. Hahn G (2007) Rückfallfreie Sexualstraftäter. Bonn: Psychiatrie Verlag
5. Antonovsky A (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche. Gesellschaft für Verhaltenstherapie
6. Goffmann E (1973) Asyle, über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp
7. Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (2006) Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber

Die Anerkennung des psychisch kranken pflegebedürftigen Menschen als empirisches Phänomen

Harald Haynert

Abstract

Im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit zum Master of Science in Nursing wurde die Anerkennung des psychisch kranken pflegebedürftigen Menschen durch Pflegende als empirisches Phänomen erforscht.

Ziel war es, das Konzept Anerkennung auf der Grundlage empirischer Daten für die Station x des Krankenhauses y zu generieren, da der Begriff zwar in der pflegewissenschaftlichen Literatur Erwähnung findet, aber unklar ist, was Anerkennung ist und wie sie realisiert wird.

Anerkennung ist eine soziale Ordnungskraft moderner Prägung, die unter den Bedingungen von Freiheit und Gleichheit zum Tragen kommen soll und die durch Inklusion und Exklusion wirkt. Als ethische Aufgabe und Leistung verstanden, wird sie zur Herausforderung, wenn zwischen sozialen Akteuren kein gemeinsamer unfraglicher Kontext vorausgesetzt werden kann. Die Pflege des psychisch kranken Menschen in der Psychiatrie stellt eine solche Herausforderung dar, da dort Normalität und Andersheit als Problemfälle allgegenwärtig sind. Ausgehend von der Erkenntnisleitenden Frage, wie dem nicht konzeptualisierten Wissen Pflegender eine Stimme gegeben werden kann, wurde basierend auf Bourdieus Theorie der Praxis ein offenes, phänomengeleitetes Design in Anlehnung an die Ethnografie gewählt.

Eine an der Theorie der Praxis angelehnte Methodologie erlaubt es nicht nur zu erforschen, wie Pflegende den psychisch kranken Menschen sehen und pflegen; eine am praktischen Sinn der Pflegenden orientierte Theoriebildung zielt darüber hinaus darauf ab, die die Anerkennung bedingenden Strukturen auf Station x aufzudecken, zu analysieren und zu rekonstruieren. Deshalb folgte die Datenerhebung einer dreistufigen Strategie: Zunächst wurden alle Bedingungen, die das Feld strukturieren (von Dokumenten bis hin zur Architektur), gesichtet und analysiert. Daran anschließend wurden 10 der 15 Pflegenden mittels eines narrativen bzw. episodischen Interviews befragt. Zudem

wurde über einen Zeitraum von 47 Tagen eine teilnehmende, teilstrukturierte Beobachtung der Akteure im Feld durchgeführt. Die Befragung und fokussierte Beobachtung aller Pflegenden konnte nicht beendet werden, da im Rahmen, und nicht durch die Forschung!, zwei Patienten ums Leben kamen.

Die an die Datenorganisation anschließende Computergestützte Kreative Datenanalyse (CDA) erfolgte mit den Programmen MAX QDA2007® und NVivo2007® bzw. XSight2007®. Alle Memos, Protokolle und Interviewtranskripte wurden zunächst offen codiert. Die Interviewsequenzen, die ein vertiefendes Verständnis des zu untersuchenden Phänomens beinhalteten, wurden zusätzlich nach der Thematischen Inhalts- und Feldanalyse nach Fischer-Rosenthal & Rosenthal codiert.

Die wichtigsten objektiv-strukturierenden Bedingungen waren der Personalschlüssel, die Teamzusammensetzung sowie der Raum, der für die Menschen in der Psychiatrie stets ein begrenzter ist. Die Begrenzung bewirkt die Entstehung von Alltagsroutine und die Ausbildung von Habitualisierungen, die wiederum jede interpersonale Begegnung und damit auch jede Anerkennung beeinflussen.

Anerkennung auf Station x realisiert sich wie folgt:

1. Das Miteinander von Anders- und Gleichbehandlung
2. Nichtnormalität sein lassen
3. Ein Geschehen in Grenzen und Räumen strenger Anordnung
4. Ein Geschehen unter problematischen Bedingungen, die die Anders- und Gleichbehandlung konterkarieren und in Verkennung und inhumane Pflege umschlagen

"Fremdheit zulassen - Welten erfahren" – das WEGweiser Projekt

Stefan Jünger, Thomas Hax-Schoppenhorst

Beschreibung des Krankenhauses

Einführungsort des WEGweiser-Projektes sind die Rheinischen Kliniken Düren; sie sind eine von neun weiteren psychiatrischen Kliniken in der Trägerschaft des Landschaftsverbands Rheinland. Die Klinik verfügt über 700 Betten und insgesamt 1020 Mitarbeiter.

Mit dem Projekt Wegweiser widmen wir uns einer durchaus heiklen Thematik, die alle Beteiligten vor Neue Fragen und Herausforderungen stellt. Menschen aus den verschiedensten Kulturkreisen gelangen nicht selten unter dramatischen Rahmenbedingungen in psychiatrische Behandlung, diese Bedingungen haben Auswirkungen auf den Betroffenen sowie auf die Strukturen in der die Behandlung stattfindet. Hier werden immer wieder verschiedene Fragestellungen aufgeworfen. Wie erleben die Betroffenen diese für sie sicherlich völlig fremde Ausnahmesituation? Mit welchen Gedanken, Gefühlen und Bildern ist für die professionell Handelnden zum Beispiel die Akutaufnahme einer Migrantin oder eines Migranten verbunden? Gibt es Alternativen bzw. Möglichkeiten einer kultursensiblen Überwindung der massiv auftretenden, vielschichtigen Probleme und wie können wir unsere Ressourcen unter einem stärker werdenden wirtschaftlichen Druck verbessern bzw. anpassen?

Der derzeitige Migrantenanteil in unserer Klinik beläuft sich auf 12 %, hier zeichnet sich der Trend ab, dass dieser in den nächsten Jahren deutlich ansteigen wird. Hier insbesondere in den Bereichen der Suchtabteilung und in der Gerontopsychiatrie. Dies ist der Grund, weshalb wir der Meinung sind, dass man nur mit veränderten personellen Voraussetzungen sowie strukturellen Änderungen dieser neuen Bedürfnislage gerecht werden kann. Wie allgemein auch im gesellschaftlichen Leben spürbar, haben wir die Möglichkeit, neue Versorgungsangebote auch für Migranten zu schaffen oder abzuwarten, bis uns die künftige Wirklichkeit einholt. Diese Angebote müssen in das normale Behandlungsangebot integriert werden. Unsere Konzeption baut auf zwei

wesentlichen Grundsätzen auf; dies sind soziale Faktoren sowie ökonomische Faktoren. Beide stehen in einem engen Zusammenhang und bilden die Grundlage, ein solches Projekt, das hohe soziale Anteile enthält, auch in der Zukunft zu sichern.

Deshalb möchten wir, die Projektinitiatoren, an dieser Stelle wichtige Informationen zu den Begriffen der Transkulturellen Pflege/ Behandlung geben.

Im Mittelpunkt dieses Projektes steht der Begriff der Transkulturellen Pflege. Transkulturell bedeutet, die Einseitigkeit anderer Kulturkonzepte zu überwinden. Man geht davon aus, dass sich unterschiedliche Kulturen beeinflussen bzw. vermischen und langfristig neue gemeinsame Anteile bilden. Beispiele hierfür sind die Sprachkultur oder die Esskultur in unserer Gesellschaft. Da sich auch die Rheinischen Kliniken Düren in einem solchen gesellschaftlichen Veränderungsprozess befinden, möchten wir unseren Behandlungsauftrag entsprechend anpassen.

Um die seelische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in unserem Versorgungsgebiet sicherzustellen, müssen Zugang und Behandlung für diese Personengruppe vereinfacht werden. Hierzu gehört Bedingungen in der Institution zu schaffen, die dies zu lassen. Das bedeutet die Situation der Betroffenen in das Bewusstsein der psychiatrisch Tätigen zu heben.

Die aktuelle Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund, besonders im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung, lässt derzeit noch viel zu wünschen übrig. Häufig wird das Problem ignoriert und es herrscht der Tenor, dass man mit den bisherigen Angeboten auskommen kann. Es ist zu beobachten, dass dieses Patienten Klientel häufig unter Umständen des Zwangs behandelt wird.

Die derzeitigen Aufnahmen von Patienten mit einem Migrationshintergrund finden vorwiegend in den geschlossenen Aufnahmebereichen statt. Dies lässt die Annahme zu, dass sich Migranten in psychischen Krisensituationen zu spät oder gar nicht hilfesuchend an eine psychiatrische Institution wenden, so wie es einheimische Patienten tun.

Wir wissen, dass die Krisenaufnahme ein negativer Behandlungseinstieg für den Patienten sowie für die Institution ist. Nur selten kommt es zu einer zügigen Verlegung auf offene therapeutisch weiterführende Stationen. Diese

Problematik stellt uns vor soziale aber auch ökonomische Probleme. Das individuelle Krankheitskonzept der Betroffenen zu entschlüsseln, um adäquate wirksame Therapien anzuwenden, stellt sich oft als problematisch dar. Häufig errahnen wir nur den Behandlungseinstieg, hieraus resultieren ungenaue diagnostische Einschätzungen. Aus diesen Umständen resultieren für die Klinik auch große finanzielle Anstrengungen bezüglich bereitzustellender personeller Ressourcen sowie hohe Kosten für die Exploration, um später feststellen zu müssen, dass man die angewendeten Therapieverfahren einer völlig veränderten Wirklichkeit anpassen muss.

Für die verschiedenen Berufsgruppen stellt die soziale Integration der Migranten, die häufig aus völlig anderen und uns fremd erscheinen Kulturen stammen, ein Problem in der alltäglichen Betreuung / Behandlung dar. Die Hauptprobleme dieser soziokulturellen Unterschiede basieren auf dem Nicht-Verstehen, was zur falschen Einschätzung der Lebenssituationen und der Krankheitskonzepte von Patienten mit Migrationshintergrund führt.

Dies hat Auswirkungen auf alle Behandlungsbereiche und vor allem auf die Patienten in der psychiatrischen Betreuung. Basierend auf diesen Kommunikationsproblemen verstehen die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen die Anliegen, Umgangs- und Ausdrucksformen von Patienten und Patientinnen nicht ausreichend. Das eigene Erleben und das beobachtete Verhalten sind anders, als wir es aus unserem Alltag kennen; die Erwartungen der Patienten an Hilfe und Unterstützung weisen häufig große Differenzen auf. Jeder Einzelne der psychiatrisch Tätigen steht vor der Aufgabe, die soziale Distanz zu überbrücken und mehr Verständnis für die unterschiedlichen Lebensweisen / Wertvorstellungen sowie das Gesundheitsverhalten zu entwickeln

Ursachen

Ein Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Erkrankungen konnte nie eindeutig bewiesen werden. Migration macht nicht automatisch krank, aber sie erhöht die Disposition der Betroffenen für Erkrankungen aus dem somatischen sowie psychiatrischen (vgl. Abbildung 1). Im Folgenden werden wesentliche migrationsassoziierte Faktoren beschrieben die eine potentielle Auswirkung auf die Entstehung und Verlauf psychischer Störungen besprochen.

Abbildung 1: Risikofaktoren

Hoch- Risiko- Personen	psychische Vorerkrankung, schwere seelische Traumatisierung mangelnde Sprachkenntnisse, höheres Lebensalter
Hoch-Risiko- Perioden	bestimmte Phasen des Migrationsprozesses (Euphoriephase, Ernüchterungsphase, Einbindungsphase), migrationsunabhängige kritische Lebensereignisse, unzureichende Beschäftigung, fehlende Sozialbeziehungen, Verlust vertrauter Wertorientierungen
Hoch- Risiko- Milieus	Mangel an sozialer Unterstützung, Fehlen identitätsstützender zwischenmenschlicher Bindungen, soziale Isolation, unstrukturierter Tagesablauf, Verunsicherungs- und Bedrohungserfahrungen

Diese Faktoren stellen richtungsweisende Informationen im Anamneseprozess dar. Sie helfen uns pathogene Faktoren zu erkennen, um den Patienten in seiner aktuellen Lebenssituation zu verstehen, aber auch die entsprechenden Behandlungsübergänge zu allen an der Behandlung beteiligten so effizient wie möglich zu gestalten. Diese Faktoren sind gleichermaßen für die Pflege sowie für die therapeutischen Berufsgruppen von großer Bedeutung

Formen der seelischen Störungen

Wenn auch allgemein gültige Aussagen nur schwer zu treffen sind, so lässt sich festhalten, dass in den psychiatrischen Kliniken der Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund vergleichsweise hoch ist.

Die Zahl ist besonders auf dem Hintergrund bemerkenswert, dass vielen psychisch Auffälligen bzw. offenkundig unter seelischen Störungen Leidenden der Gang in eine psychotherapeutische Behandlung oder gar in eine psychiatrische Klinik schier unmöglich erschien bzw. erscheint, da auftretende Symptome „somatisiert“ und seelische Konflikte negiert wurden und werden – ein anderes Verhalten „erlaubt(e)“ das aus der Heimat „mitgebrachte“ Rollenverständnis nicht.

Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund die in den Rheinischen Kliniken Düren behandelt werden zeigen häufig Symptome von a) Traumatisie-

rungen, b) Angst- und Panikzuständen, c) Depressionen, d) Suchterkrankungen, und e) psychosomatischen Erkrankungen.

Psychische Probleme bei diesem Personenkreis werden wegen der oben skizzierten Barrieren oft zu spät erkannt; häufig geht der korrekten psychiatrischen Diagnose der Gang zu diversen Haus- und Fachärzten voraus, um das

Gesundheitliche Probleme / psychiatrische Behandlung

Bei der pflegerisch / therapeutischen Arbeit mit Migranten im Sinne der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Behandlung, können wir in vier Bereichen Ursachen benennen, an denen ein gleichwertiges Behandlungsangebot scheitert. Es bezieht sich gleichermaßen auf den stationären sowie ambulanten Versorgungsbereich unserer Klinik. Dies sind:

- sprachliche und kulturelle Verständigung
- Berücksichtigung familiärer Strukturen (Subsysteme)
- religiöse Vorstellungen
- ethnische Zugehörigkeit

Die Projektleiter qualifizierten sich an der Uniklinik Nürnberg in einer drei monatigen Ausbildung zur Migration im Gesundheitswesen, um den Anforderungen gewachsen zu sein. Im Rahmen der neu geschaffenen Funktion der Integrationsbeauftragten steuern und vertreten wir die Interessen der Rheinischen Kliniken Düren zu interkulturellen Themen.

Die Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken Düren sollen umfassend für die spezifischen Bedürfnisse ausländischer PatientInnen sensibilisiert werden. Eine kultursensible Behandlung soll im Rahmen der Einführung zu einem selbstverständlichen Bestandteil des professionellen Handelns werden. Diesbezüglich existierende Defizite im Bereich der pflegerischen und therapeutischen Versorgung sollen behoben und die bereits vorhandenen Ansätze unter den MitarbeiterInnen, welche häufig auf Eigeninitiative basieren, auf ein breites Fundament gestellt werden.

Es soll ein Behandlungsklima geschaffen werden, das einerseits aufkommende Ohnmachtsgefühle auf Seiten der Mitarbeiter durch Kompetenz- und Strategievermittlung reduzieren hilft und das andererseits die am Pflegeprozess Beteiligten empathiefähig(er) macht. Um dieses Ziel zu erreichen, haben wir

mit einer Bildungsinitiative im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung für alle Mitarbeiter in der Klinik begonnen. Dieses Behandlungsklima sichert eine enge Verknüpfung der einzelnen Berufsgruppen untereinander, garantiert eine effiziente Zusammenarbeit in den Schnittstellen der Klinik. Dies beginnt während der Aufnahme und setzt sich auch in die Bereiche der Verwaltung und der Küche fort.

- Erweiterung der fachlichen und sozialen Handlungskompetenz; Gewährleistung einer patientenorientierten Pflege.
- Erleichterung der Arbeitsabläufe – Fach- und Handlungskompetenzen reduzieren ein unnötiges Maß an Irritationen, Aufregungen, Missverständnissen und Fehleinschätzungen und gewährleisten ein strukturiertes, zielorientiertes Vorgehen.
- Wahrnehmung von Vermittler- und Multiplikatorenfunktion – das erworbene Wissen soll an andere Kolleginnen und Kollegen weitergeleitet werden.
- Horizonterweiterung – Vorurteile und Stereotypen gegenüber „Fremden“ werden abgebaut; positive Neugierde und Offenheit gegenüber Migrantinnen und Migranten werden gefördert.

Maßnahmen

1. Öffentlichkeitsarbeit / Netzwerke

Die Netzwerkarbeit nimmt einen zentralen Stellenwert im Konzept ein. Hier sind vor allem klinikübergreifende Initiativen zu nennen, wo Erfahrungen und Hilfen zwischen den einzelnen am Netzwerk beteiligten Institutionen ausgetauscht werden. Die beiden Integrationsbeauftragten sind im Begriff, das Netzwerk Migration sukzessive auszubauen; auch eine Vernetzung mit den Krankenkassen ist geplant. Derzeit bestehen Anbindungen an Stadt und Kreis Düren, an den Träger, an die katholische sowie evangelische Kirche, an das Diakonische Werk sowie an den Paritätischen Wohlfahrtsverband

1.1 Arbeitskreis Migration des Kreises Düren

Ziel des Arbeitskreises Migration ist die Erstellung und Umsetzung eines Integrationskonzeptes auf kommunaler Ebene. Hieran sind alle sozialen Einrichtungen des Kreises Düren sowie auch die Rheinischen Kliniken Düren beteiligt.

Bestandteile des Integrationskonzeptes gilt es in den Bereichen „Gesundheit“, „Jugendhilfe“, „Schule u. Bildung“, „Sprachförderung“ und „Arbeitsmarkt“ zu unterstützen bzw. zu fördern. Hier konnte bereits ein Integrationskonzept wie oben beschrieben erstellt werden.

1.2 Arbeitskreis Migration in der Psychiatrie

Der Arbeitskreis ist eine Plattform zum Erfahrungsaustausch für die einzelnen Rheinischen Kliniken. Derzeitiger Schwerpunkt ist ein einheitlicher Internetauftritt des LANSCHAFTSVERBANDS RHEINLAND zum Thema Migration. Der Arbeitskreis unterstützt die Bedürfnisse der einzelnen Kliniken, Kontakte zu den politischen Gremien des Landes herzustellen. Zudem werden in diesem systematisch Materialien gesammelt und bearbeitet, die zur Behandlung von Migrantinnen und Migranten in den Kliniken von Bedeutung sind (z.B. Übersetzungen von psychologischen Tests). Hier konnten für die Kliniken Patienteninformationen erstellt werden, die in vier verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen. Diese erklären dem Erkrankten und seinen Angehörigen die Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten seiner Krankheit.

2. Befragung der Mitarbeiter

Die Umfrage richtet sich an alle Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken Düren, sie dient der Ist-Analyse und Bedarfserhebung. Mit ihr soll festgestellt werden, welchen Bedarf und welche Probleme die einzelnen Abteilungen hinsichtlich der Betreuung von Migrantinnen und Migranten haben.

2.1 Interviews mit den Stationsleitungen / Experteninterviews

Mit den Interviews sollen spezifische Defizitfelder erschlossen werden, die mit einer reinen Patientenbefragung nicht zu erheben sind. Die Mitarbeiter sind Teil der Institution und verfügen über umfassendere Kenntnisse der institutionellen Zusammenhänge und der betrieblichen Organisation unseres Hauses. Mit dieser Befragung werden nicht nur subjektive Aussagen erhoben, sondern auch relevante Hinweise auf strukturelle Aspekte der Versorgungssituation gewonnen. Aus diesen Aussagen können anschließend bedarfsgerechte Veränderungsmaßnahmen abgeleitet werden. Die Interviews dienen somit zur Informationsermittlung der aktuellen psychiatrischen Versorgung in den Rheinischen Kliniken Düren.

2.2 Befragung der Patienten

Mit der Befragung soll die pflegerische / psychotherapeutische Versorgung der Patienten mit einem Migrationshintergrund analysiert werden. Es sollen Aussagen zu einer ganzheitlichen Betreuung und Behandlung von Migrantinnen und Migranten getroffen werden, um Problembereiche während des Aufenthaltes in unserer Klinik zu identifizieren. Aus den Ergebnissen soll die ambulante sowie die stationäre Versorgung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt optimiert werden.

Die Anregungen der Patienten dienen der direkten Anpassung durch geeignete Maßnahmen im Rahmen der Möglichkeit der Klinik. Hiermit soll vor allem die Verpflichtung der Rheinischen Kliniken Düren zur Verbesserung und kritischen Reflexion der bisherigen Maßnahmen gegeben sein.

3. Mitarbeiter qualifizieren

Ein Baustein des WEGweiser-Projektes sind die Inhouse-Schulung und Weiterbildungen. Diese Bildungsinitiativen richten sich an alle Mitarbeiter und sollen mit ihrer Konzeption zur Kultursensibilisierung im Umgang mit ausländischen PatientInnen beitragen.

Dieser Bereich stellt eine wichtige Säule in der Umsetzung des Projektes dar. Die Innerbetriebliche Fortbildung ist ein entscheidendes Instrument der Personalentwicklung.

4. Kommunikation

In der psychiatrischen Behandlung stellt die Kommunikation einen wesentlichen Aspekt hinsichtlich des Behandlungserfolges dar. Deshalb ist leicht zu verstehen, dass Menschen, die schlechte bis keine deutschen Sprachkenntnisse haben, mangelhaft bis kaum in unserer Klinik behandelt werden können.

4.1 Dolmetscherdienst / Sprach- Kulturmittler (Keyperson)

Die Rheinischen Kliniken Düren werden eine weitere Kooperation mit der Organisation SpraKuM der Diakonie Wuppertal anstreben. Diese Organisation nutzt die spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten in Deutschland lebender Flüchtlinge und Asylbewerber und bildet sie zu Sprach- und Kulturmittlern im Bereich Gesundheit und Soziales aus. Hier werden die Sprach- und Kulturmittler als Honorarkräfte zum Einsatz kommen, wenn zwischen psychiatrischem

Fachpersonal und Migranten nicht lösbare Verständigungsprobleme und Informationsdefizite in soziokulturellen Fragen aufkommen.

4.2 hausinterner Dolmetscherdienst

Es besteht eine interne Liste, auf der Mitarbeiter der Klinik registriert sind die eine oder mehrere Fremdsprachen sprechen. Diese wird aktualisiert und in elektronischer Form ist Intranet gestellt um bei einem Übersetzungsbedarf schnelle Hilfe zu gewährleisten.

4.3 Informationsmaterialien

Ein Informationsflyer zu Geschichte, Struktur und Behandlungsangebot der Klinik wird im Jahre 2007 in deutscher, englischer, französischer, russischer, polnischer und türkischer Sprache vorliegen. Er soll vor allem Angehörigen die Möglichkeit geben, sich in relativer Kürze mit dem (doch so fremden) Ort vertraut zu machen, an dem Mitglieder ihrer Familie behandelt werden.

4.4 Piktogramme

In unserem Arbeitsalltag hat sich gezeigt, dass man mit Übersetzungen Kommunikationsprobleme beheben kann; dies betrifft allerdings nicht Patientinnen und Patienten die, weder schreiben noch lesen können. Für diese Personengruppen, die vermehrt in der Gerontopsychiatrie behandelt werden, stellt die Arbeitsgruppe Piktogramme zu den wesentlichen Alltagssituationen im Gesundheitswesen her.

4.5 Wort- und Satz-“schätze“

Diese dienen der schnellen Lösung von Verständigungsproblemen hinsichtlich alltagsbezogener pflegerischer und medizinischer Handlungen. Dies kann beispielsweise die Blutentnahme, die Unterstützung bei der Körperpflege oder die Versorgung bei der Ernährung sein. Hier handelt es sich um übersetzte Kurztexte, die zur Verständigung helfen sollen

5. Sprechstunden

Fragestellungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten anderer Kulturen ergeben sich häufig unvermittelt; oft entsteht im Laufe des gemeinsamen Alltags ein ganzes Bündel von Unklarheiten und Problemlagen.

Die beiden Integrationsbeauftragten bieten in Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus der Türkei, aus Russland und aus Polen (fakultativ) eine

regelmäßige Sprechstunde an, zu der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen bzw. aller Stationen kommen können, um gemeinsam über konkrete „Fälle“ zu sprechen.

6. Intranet

Mit Jahresbeginn wurde eine Intranetseite initiiert, die regelmäßige Informationen zu den Ländern bietet, aus denen der Großteil der Migrantinnen und Migranten in den Rheinischen Kliniken Düren stammen.

7. Anpassung des Speise- und Getränkeangebots an Geschmack und Essgewohnheiten der Patienten

In diesem Bereich wird es ein Speiseangebot geben, was den Bedürfnissen der verschiedenen Esskulturen von Migranten gerecht wird. Als Beispiel ist hier die Verbesserung der „Moha-Kost“ zu nennen.

8. Dokumentation

8.1 Pflegedokumentation

Bezüglich der Erhebung einer biografieorientierten Anamnese muss der Schwerpunkt der Daten auf das spezifische Krankheitsverständnis ausgerichtet sein. Sie ist entscheidend für die Gültigkeit der Diagnose und die Tragfähigkeit und Effektivität der darauf aufbauenden Behandlung. Hierfür setzen wir am Klinikum Nürnberg erprobte transkulturell orientierte Anamneseleitfäden für Migranten ein.

8.2 Ärztliche Dokumentation / Sozialdienst / Psychologen

Im Bereich der therapeutischen Berufsgruppen (insbesondere der Ärzte/ Psychologen) werden noch in diesem Jahr Assessments zur Verfügung gestellt, sowie die Übersetzung psychologischer Testverfahren, um eine gezielte Erstellung von medizinischen Diagnosen zu ermöglichen. Derzeit gibt es beispielsweise Schwierigkeiten bei der Exploration von demenziellen Erkrankungen, aber auch in weiteren Bereichen der Diagnosestellung, die richtige Art der Psychose zu diagnostizieren, wenn kulturelle Differenzen und sprachliche Schwierigkeiten vorherrschen.

Ergebnis

Diese zuvor geschilderten Situationsbeschreibungen machen deutlich, dass hier wesentliche Anstrengungen unternommen werden die aktuelle Behand-

lungssituation von Migranten auf das Niveau der einheimischen Patienten anzuheben. Alle Maßnahmen in Ihrer Komplexität garantieren ein Ineinandergreifen der unterschiedlichsten Schnittstellen in unserer Klinik und helfen so wesentliche Belastungen der einzelnen Berufsgruppen zu reduzieren. Hier- von versprechen wir uns neben einer höheren Patientenbehandlungszahl auch eine größere Mitarbeiterzufriedenheit. Wir wollen mit dieser Initiative ein weiteres Behandlungsangebot schaffen um am Gesundheitsmarkt weiter zu wachsen und in Zukunft zu bestehen.

"Image heben - Pflege pflegen!"

Thomas Hax-Schoppenhorst, Stefan Jünger

Trotz gemachter Fortschritte ist es im Vergleich zur somatischen Pflege noch immer schlecht um das Image der psychiatrisch Pflegenden bestellt. Ihrer Arbeit haftet etwas Diffuses an, zu dem sich so recht niemand äußern kann oder will. Im Gegensatz zu leichter erklärbaren körperlichen Erkrankungen bleiben seelische Erkrankungen von ihrem Wesen, ihrer Symptomatik und ihren Verlauf her schwer vermittelbar. Die Ursache hierfür sind unter Umständen in der Tabuisierung psychischer Krankheiten, im Selbstbild der in diesem Arbeitsfeld Tätigen sowie in ihrer Selbstdarstellung zu finden.

Montag, 7.10 Uhr auf einer chirurgischen Station eines Krankenhauses im Großraum Aachen. Die stellvertretende Stationsleiterin erklärt einer Schülerin des Mittelkurses der Schule für Pflegeberufe, die an die größte psychiatrische Klinik der Region angeschlossen ist, das Prinzip einer Blutdruckmessung, als habe diese so ein Gerät noch nie in ihrem Leben gesehen. Höfliche Hinweise der irritierten Schülerin zeigen keine Wirkung – die langjährig erfahrene examinierte Schwester bleibt beharrlich und führt den Ablauf der Messung geradezu selbstverliebt und mit stoischer Ruhe vor. Die anschließend durchzuführenden Messungen beobachtet sie mit erkennbarer Skepsis. Die Schülerin, durch ihre vielfachen Praxiseinsätze durchaus schon erfahren und von den meisten Praxisanleitungen mit Bestnoten beglückt, muss sich alle Mühe geben, um nicht aus der Haut zu fahren.

Zwei Stunden später ...

Die gleiche vorgesetzte Schwester geht mit gezieltem Schritt und äußerst angespanntem Blick auf die Schülerin zu. Ihre Botschaft ist knapp: *„Auf Zimmer 27 ist Frau S. fix und fertig. Sie muss noch einmal operiert werden und glaubt nun, dass der Weltuntergang naht. Ich kann mir das heute nicht mehr antun. Sie heult in einer Tour. Geh’ du da mal hin – das ist wohl eher psychisch, ... da seid ihr doch Spezialisten!“*

Die Schülerin ist konsterniert; bevor sie noch großartig darüber grübeln kann, wie nun das „da seid ihr doch Spezialisten“ betont war (also vielleicht im Sinne eines süffisant-indirekten Vorwurfs, in allen anderen Fragen sei sie Mittelmaß oder gar fehl am Platze ...), folgt sie der Aufforderung und begibt sich zu der verzweifelten Patientin.

Ein Einzelfall? Mag sein, wenn Klagen über eine tief verwurzelte Skepsis gegenüber Schülerinnen und Schülern, die ihre Ausbildung an einer psychiatrischen Klinik absolvieren, nicht gerade selten sind.

Gleicher Fächerkanon, gleiche Prüfungsordnung, gleiche Lehrbücher ...

Wo könnte die Ursache für diese Blockade liegen?

„Wir können machen, was wir wollen – uns geht immer ein gewisser Ruf voraus. Über uns wird getuschelt, nicht aber offen mit uns gesprochen. Es heißt immer, wir machten ein ‚Light-Examen‘. Das ist auf Dauer nicht aufbauend, wenn wir auch nicht so recht wissen, wie wir es ändern sollen.“ Die Stimme eines Oberkursschülers der oben erwähnten Schule bringt es auf den Punkt.

Manche Kolleginnen und Kollegen trauen der Psychiatrie nicht so recht über den Weg. Das ist für sie eine andere Welt – die Welt der schlurfenden Patienten auf muffigen Gängen, der endlosen Kaffee- und damit Laberrunden, der prüfenden Blicke, der Gefühlsduseleien und der Zwangsoffenbarungen in Teams, die bis zur Erschöpfung mit der Selbstreflexion beschäftigt sind und dabei die Arbeit (so es überhaupt welche gibt) gänzlich vergessen. Die eigentliche Arbeit in der Pflege, so ihre verdeckte innere Haltung, findet doch da statt, wo getragen, geschleppt, verbunden, gebettet, gerannt und gehetzt wird, ... wo es um Leben und Tod geht und damit jede Minute zählt.

Es steht also mitunter schlecht um das Image der psychiatrischen Pflege. Hierbei mögen sich die Gepflogenheiten von Ort zu Ort, von Klinik zu Klinik unterscheiden; in der Summe aber lässt sich festhalten: Es gibt Handlungsbedarf, es gibt Defizite!

Wenn nun schon in der eigenen „Zunft“ sozusagen Standesunterschiede bestehen – wie mag es dann erst um das Image der psychiatrischen Pflege in der Öffentlichkeit bestellt sein?

An den Rheinischen Kliniken in Düren wollte man es im Mai 2008 genau wissen. Der rührige und hoch motivierte Mittelkurs der zur Klinik gehörenden

Schule für Pflegeberufe entwickelte unter meiner Begleitung einen Fragebogen, mit dem sich die Klasse in das Zentrum der Stadt begeben wollte, um Bürgerinnen und Bürgern auf den Zahn zu fühlen.

An einem Nachmittag begaben sich die Schülerinnen und Schüler dann an fünf öffentliche und demzufolge stark frequentierte Plätze in der City und stellten immerhin exakt 300 Frauen und Männern aller Altersgruppen ihre Fragen.

Teilnehmer von Befragungsaktionen kennen das mit ihrem Auftrag verbundene Schicksal: Abgesehen davon, dass man sich zu der Unverfrorenheit überwinden muss, den Strom der stets hektischen Passanten beherzt zu unterbrechen, entscheidet der Gesprächseinstieg über Wohl und Wehe des weiteren Hergangs. Nun hatte diese spezielle Gruppe der Fragenden ein doppeltes oder gar dreifaches Problem: Nicht nur, dass sie in Bruchteilen von Sekunden klar machen musste, dass sie weder Handy-Verträge noch Beitrittserklärungen für ein Fitness-Center, weder Befreiungsgesuche für einen irgendwo in der Welt Inhaftierten noch die vierte Auflage eines Totalräumungsverkaufs eines Matratzengeschäfts zu unglaublich, wieder einmal um 40% gesenkten Preisen anzubieten hatten – nein: Mit einem gewinnenden Lächeln (jedoch keinesfalls überzogenen, denn das hätte Verdacht wecken können!) mussten sie bekennen, Mitarbeitende in der Psychiatrie, zudem sehr neugierig, auf der anderen Seite noch nicht vollständig ausgebildet, dafür aber sehr an Fragen ihres Images interessiert zu sein!

Wer da verhindern konnte, ein mürrisches „keine Zeit“ hören zu müssen, der war schon fast am Ziel!

Kommen wir nun zu einigen Eindrücken, die im Zuge dieser Beratung gewonnen werden konnten.

Hierbei möchte ich mich auf einige wesentliche Punkte konzentrieren, da die vollständige Darstellung der Auswertung zu viel Raum bzw. Zeit einnehmen würde.

Ohne nun diese Befragung als den Kriterien eines professionell arbeitenden Instituts entsprechend darstellen zu können oder zu wollen, sei vorausgeschickt, dass sie dennoch höchst interessante Schlussfolgerungen nahe legt, die eine vertiefende Betrachtung verdient haben.

Tendenzen sind in der Vorstellung einiger Ergebnisse in diesem Fall bedeutender als irgendwelche Prozentzahlen. Image lässt sich zwar auch in Zahlen fassen, im Kern geht es jedoch um atmosphärische Aspekte. Diese seien ohne den Anspruch, bundesdeutsche Wirklichkeit im Kern und dann noch exakt erfasst zu haben, hier in Form einiger kurzer Thesen vorgestellt:

a) Die Rheinischen Kliniken Düren blicken auf eine über 130-jährige Geschichte. Der Name der „Anstalt“ wechselte im Laufe der Jahrzehnte mehrfach. Trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit und einer guten Einbindung der Klinik in das kommunale Geschehen konnte der seit über fünfzehn Jahre bestehende offizielle Name nicht etablieren. Längst und aus guten Gründen ausrangierte Titel wie „Landeskrankenhaus“, „13 Morgen“ (bezogen auf die Fläche des Klinikgeländes am Nordrand der Stadt) oder gar „Jeckes“ sind noch immer in den Köpfen der Menschen. In diesem speziellen Fall – so wurde auf Rückfragen bestätigt – verbinden viele mit der Vokabel „Klinik“ eher das „übliche“, „normale“, also somatisch orientierte Krankenhaus.

b) Die große Mehrheit der Befragten ist ziemlich überfordert, wenn es Fragen nach Art, Güte und Länge der Ausbildung geht. Die Tatsache, dass das staatliche Examen an einer Schule für Pflegeberufe sehr wohl die Türen in beide Richtungen (also Psychiatrie oder Somatik) öffnet, ist kaum bekannt. Vielmehr äußerten die meisten diesbezüglich Unklarheiten, glaubten aber andererseits zu wissen, dass eine Ausbildung zu einer pflegenden Tätigkeit in der Psychiatrie „irgendwie länger“ dauere; genauere Angaben konnten nicht gemacht werden.

c) Lenkt man das Augenmerk auf die Kriterien „Belastung“ und „Vergütung“, so könnte man geneigt sein, im ersten Augenschein von den Befragungsergebnissen nur frohe Kunde abzuleiten, denn: Die Mehrheit gab an, die Arbeit in der Psychiatrie sei alles in allem belastender als in einem „normalen“ Krankenhaus, außerdem konnte man sich in Düren durchaus vorstellen, Pflegekräfte in der Psychiatrie höher zu entlohnen – niemand wollte ihnen zumindest weniger gönnen!

Diese „Großzügigkeit“ lässt zwar den generellen Schluss zu, dass die Arbeit „irgendwie“ wertgeschätzt wird, sie relativiert sich jedoch in einem bedeutenden Maße, wenn man konkret in Erfahrung bringen will, was überhaupt in

einer psychiatrischen Klinik behandelt wird. Hier fallen eher Wortfetzen – kaum (wenn auch Alltagssprachlich gefärbt, so doch halbwegs schlüssige) Erklärungen: „was mit den Nerven“, von „durchdrehen“ ist die Rede, dass es Süchte gibt, ist bekannt, ... das Wort „Depression“ ist in fast aller Munde (mit einem verschämten Grinsen ausgesprochen und mit dem Hinweis, dass „*heutzutage ja schnell mal einer behauptet, darunter zu leiden ...*“).

d) Ausgesprochen aufschlussreich wird es, fragt man spontan nach den wesentlichen Fähigkeiten, über die eine Pflegekraft in der Psychiatrie verfügen sollte. Hier ist der Trend so eindeutig, dass ein Hinterfragen zunächst nicht erforderlich scheint: Von 300 Befragten, um jetzt doch mal eine Zahl ins Spiel zu bringen, antworten 260 wie aus der Pistole geschossen mit „starke Nerven“, „Geduld“ und „Ruhe“ bzw. „Gelassenheit“; ein nachdenklich stimmend kleiner Teil sieht nicht solche generellen Wesensmerkmale oder Lebenseinstellungen im Vordergrund und bezieht sich auf das, wir als Kompetenzen bezeichnen – Begriffe wie „Kommunikationsfähigkeit“, „Gesprächsführung“ und „Umgang mit Konflikten“ fallen. Nun mag man geneigt sein, mit der Nennung „starke Nerven“ uneingeschränkter Respekt vor dem Beruf zu verbinden – dies mag in den meisten Fällen auch im Hintergrund eine Rolle spielen! Und dennoch: Es macht einen erheblichen Unterschied, ob sich ein positives Image von der vage geschätzten – ich darf überspitzen – „Mentalität einer Brummfliege“, von dem häufig zitierten „Bärenfell“ ableitet, oder ob hart erarbeitete, gelernte Kompetenzen den Anlass hierfür geben.

Um es auf einen Punkt zu bringen:

Wertschätzung der psychiatrischen Pflegetätigkeit, weil – lassen Sie mich auch hier etwas überzeichnen „irgendwie Menschen in eher unbekannter Weise und dazu noch lange (das Stichwort Rückfall will ich jetzt erst gar nicht in den Mund nehmen ...) behandelt werden und es auch noch Frauen und Männer gibt, die dies ebenso irgendwie aushalten“, hat allenfalls etwas Gönnerisches. Ein „Also das wäre nichts für mich!“ ist nett gemeint, aber auch nur nett.

Worin liegen die Ursachen dieser Schräglage?

Der Trend der ungebrochenen Tabuisierung seelischer Erkrankungen lässt sich in Zeiten des weltweiten Anstiegs psychischer Krankheiten nicht final durchbrechen. Seelisches Leid gilt unverändert als Makel, als Anfang vom Ende, als

Problem, das es angesichts grassierender Ellenbogenmentalität und „Hire and fire“-Gebaren in der Arbeitgeberwelt unter dem Teppich zu halten gilt. Aufklärungsarbeit in diesem Metier ist immer auch ein Spiel mit der Angst, denn wer hört es schön gern, dass unser emotionales Erleben keinem Fahrplan folgt, durch keinen „Navi“ zu erschließen ist und fürchterlich entgleisen kann?

Auf dem Hintergrund dieser Umstände ist das Image der psychiatrischen Pflege unberechtigterweise primär von Mitleid gefärbt – hier arbeiten die Guten mit den armen Kreaturen, die ihren Platz in der Gesellschaft verloren haben oder die sich zumindest heftige Sorgen machen müssen, aus der Einbahnstraße nicht mehr herauszukommen.

Von daher kann die psychiatrische Pflege auch nur diesem Dilemma entfliehen, wenn sie unversöhnlich, ohne Rücksicht auf Tabus und unter permanenter Infragestellung der vielfältigen Blockaden an die Öffentlichkeit geht, die Bannmeilen überwindet und sich da einbringt, wo es sich anbietet. Bei genauerer Überprüfung der jeweiligen Möglichkeiten wird sich eine Fülle von Aktionsfeldern offenbaren.

An den Rheinischen Kliniken in Düren wurde in Zusammenarbeit zwischen dort tätigen Pädagogen und der Pflege das Öffentlichkeitsarbeitskonzept „Is ja jeck!“ entwickelt, das seinen Handlungsschwerpunkt in der Zusammenarbeit mit Schulen und Vereinen sieht. Mit unkonventionellen Mitteln zum Ziel unter Wahrung eines größtmöglichen Maßes in fachgerechter Information. Nach Jahren der Zurückhaltung hat sich dieses Konzept etabliert. Wäre die oben beschriebene Befragung ausschließlich an den Schulen abgehalten worden, wären die Ergebnisse sicherlich positiver ausgefallen!

Die psychiatrische Pflege muss Gesicht zeigen, professionelles Arbeiten darstellen und erklären – sie darf sich nicht verstecken und ihre Kronprinzenrolle mit beleidigter Mine hinnehmen. Auf diese Weise würden die Akteure zwar sicherlich anecken, aufwühlen und provozieren, sie täten jedoch Beachtliches für ihren Selbstwert und damit für ihr eigenes seelisches Wohlergehen; Pflege würde gepflegt! Und das wiederum würde sich positiv auf den Umgang miteinander und mit unseren Patientinnen und Patienten auswirken.

Und damit wäre der Weg geebnet: Vom „Ach Gott!“-Image zu einem Image, das dem entspricht, was in unseren Kliniken längst und zum Glück Selbstver-

ständigkeit geworden ist: Effektives, der Störung angemessenes, multiprofessionelles Arbeiten mit wissenschaftlichem Hintergrund, guten Perspektiven – und dennoch neben dem Verstand mit HERZ!

Pflegefachpersonen Psychiatrie und ihr Einfluss auf die Politik ihres Landes

Regula Lüthi

Abstract

Soziale Gerechtigkeit in der Gesellschaft, Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens für alle psychisch kranken Menschen, gesunde Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen - alle diese Faktoren haben eine ebenso grosse Auswirkung auf die psychiatrische Pflege wie alle Konzepte zu Recovery, Empowerment, Gesundheitsförderung etc.

Bis jetzt ist die Schweiz von allzu grossen Ungerechtigkeiten in der Versorgung oder Kürzungen der Personalressourcen verschont geblieben. Es zeichnet sich aber an diversen Orten ab, dass sich dies auch bei uns ändern könnte. Ein Beispiel ist die Verunglimpfung von psychisch kranken IV-BezügerInnen⁶, denen Faulheit vorgeworfen wird. Ein anderes Beispiel ist der geplante Abbau von Betten, ohne dass im ambulanten Setting Behandlungsangebote geschaffen werden. Ein weiteres Beispiel sind die Berechnungen, wie viel Lohn sich sparen ließe, wenn Diplomierte durch Fachangestellte Gesundheit ersetzt werden würden.

Für einmal sollen nicht direkte Pflege, Bildung oder Forschung im Vordergrund eines Referats stehen, sondern die notwendige Aufgabe der Pflegefachpersonen, sich vermehrt in die politische Debatte um die Gesundheitsversorgung des eigenen Landes einzumischen.

Es werden Szenarien aufgezeigt, wie diese Einmischung konkret aussehen könnte.

⁶ IV = Invalidenversicherung; Bezüger einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit

Phänomenologie des Psychiatrischen - Einladung zu einem Dialog zwischen Pflegewissenschaft - Philosophie - Psychiatrie

Harald Haynert

Abstract

Philosophie und Psychiatrie teilen viele zentrale Fragen miteinander. Ursprünglich einheitlich gedacht, haben sie sich aber im Laufe der Kulturgeschichte zu eigenständigen Disziplinen entwickelt. Ausgehend von der These, das Psychiatrische Pflege nicht nur anhand von erlerntem und anzuwendendem Fachwissen weiterentwickelt werden darf, sondern auch auf Grundlage philosophischer Erkenntnisse – bereits gedachter und verschriftlichter Reflexionen –, die ebenso die Grundlage des Handelns bilden sollten, lädt der Vortrag zu einem Dialog zwischen Pflegewissenschaft, Philosophie und Psychiatrie ein.

Ausgangspunkt ist eine Phänomenologie des Psychiatrischen, in der zentrale Phänomene der Psychiatrie mit dem Ziel entfaltet werden, das Psychiatrische Feld aus philosophischer Sicht zu skizzieren. Die Grundthemen bilden zugleich die Eckpfeiler einer, auch mit Mitteln der empirischen Sozialforschung zu entwickelnden Philosophie der Psychiatrie.

Der Begriff Psychiatrie ist ein Wort, eine Institution und eine wissenschaftliche Disziplin.

(a) Als Wort bezeichnet die Psychiatrie eine soziale Ordnungskraft moderner Prägung, die unter den Bedingungen von Freiheit, Gleichheit und Vernunft bedeuten soll und die durch Klassifikationen, Interventionen, legitimierte Gewalt sowie den Ort an sich wirkt. Modern ist sie deswegen, weil sie nicht wie in der Antike im Kosmos oder wie in der Neuzeit nur auf einem gültigen Vertrag gründet, sondern als und durch Anerkennung vermittelt ist. Anerkennung ist der Modus, durch den sich Sozialität, d.h. soziale Beziehungen und Felder ausbilden, und der durch Inklusion und Exklusion wirkt. Die ethisch bedeutsame Funktion der Anerkennung besteht darin, dass sie festlegt, als wer oder was ein psychisch kranker Mensch gesehen und wie an ihm und mit ihm gehandelt werden soll.

(b) Als Institution ist die Psychiatrie ko-evolutionär mit der bürgerlichen Gesellschaft entstanden. Meditationen über die Fundamente der Vernunft und die Gründung der ersten Psychiatrien können als Parallelaktion verstanden werden: Die Definition der Vernunft markiert zugleich die Unvernunft, welche von nun an aus der Vernunft ausgelagert wird und als neues Heim die Irrenanstalt erhält. Das in den Räumen der Psychiatrie wirkende Milieu spiegelt gleichsam die Aufgabe der Institution wieder. Während die gesellschaftliche Funktion zunächst darin lag, Menschen mit pathologischer Abweichung auszugrenzen, später dann sie zu integrieren, versteht sich die moderne Sozialpsychiatrie als gesellschaftliches Projekt, das den von einer psychischen Krankheit Betroffenen ein gelungenes Leben ermöglichen soll.

(c) Und als wissenschaftliche Disziplin ist die Psychiatrie ein Ort gesellschaftlicher relevanter Forschung und Lehre. Als solche ist sie eine Praxisdisziplin und ein gemischter Diskurs zugleich. Im Mittelpunkt der Praxisdisziplin stehen neben der interpersonellen Beziehung auch ihr Umfeld und die sie strukturierenden Bedingungen.

Als gemischter Diskurs wird die Psychiatrie aus drei Wissensquellen gespeist: Den Natur-, den Sozial- sowie den Geisteswissenschaften. Erst in Dialog zwischen allen drei Wissensquellen ermöglicht, die Psychiatrische Pflege weiter zu entwickeln.

Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht

Dirk Richter

Einleitung

Seit den 1970er-Jahren sind zahlreiche epidemiologische Feldstudien unternommen worden (insbesondere die US-amerikanischen Studien Epidemiological Catchment Area Study, ECA, und National Comorbidity Survey, NCS), die eine Datenbasis liefern sollten, auf deren Grundlage verlässliche Aussagen über die Punktprävalenz bis hin zur Lebenszeitprävalenz verschiedener Lebensalter möglich war. Bei den genannten Feldstudien handelte es sich um Querschnittsdesigns mit ausreichend großen Samples, die eine Unterteilung in hinreichend umfassende Geburtskohorten zuließen. In mehreren, auch international vergleichenden Untersuchungen, war mit diesem Vorgehen eine deutlich höhere Rate psychischer Störungen und vor allem depressiver Störungen in jüngeren Geburtskohorten gefunden worden [1], weshalb im Anschluss an diese Resultate verschiedentlich das ‚Zeitalter der Depression‘ prognostiziert wurde [2, 3].

Diese Querschnittsuntersuchungen, welche die Flaggschiffe der seinerzeitigen psychiatrischen Epidemiologie waren, litten jedoch von Beginn an unter erheblichen methodischen Problemen. In einer Re-Analyse der Daten konnte gezeigt werden, dass die geringen Prävalenzraten der älteren Studienteilnehmer vermutlich durch Erinnerungsprobleme zustande kamen [4, 5]. Die nachfolgende systematische Übersicht untersucht die Thematik mit einer Methodik, die auf diese Fragestellung noch nicht angewendet wurde. Der Ansatzpunkt geht über einzelne Störungsbilder hinaus. Er zielt auf sämtliche psychischen Störungen mit Ausnahme der Demenz, deren demografisch bedingte Zunahme evident ist [6, 7].

Methode

Die Suche nach einschlägigen epidemiologischen Studien erfolgte primär in den Datenbanken PubMed, PsychLit, Google Scholar und Scopus (sowie in Literaturlisten entsprechender wissenschaftlicher Artikel). Die Suchworte

„time trend“, „secular change“, „period effect“ wurden kombiniert mit Begriffen, die psychische Störungen insgesamt oder einzelne Störungsbilder wiedergeben („mental“, „psychiatr“, „depress“, „neuroti“ etc.). Weiterhin wurde nach den Störungsbildern in Verbindung mit Jahreszahlen im Titel der Publikation gesucht, beispielsweise in PubMed mit folgender Strategie: (194* [ti] OR 195* [ti] OR 196* [ti] OR 197* [ti] OR 198* [ti] etc.) AND (prevalence OR incidence) AND (mental OR psychiatr* OR depress* etc.).

Für die Berücksichtigung in der systematischen Übersicht wurden folgende Einschlusskriterien aufgestellt: Das Studiendesign der inkludierten Originalarbeit musste aus unabhängigen Populationen bestehen, die zu mindestens zwei Zeitpunkten mit einem identischen oder aber vergleichbaren Instrument untersucht wurden. Die befragten Personen durften nicht über Kliniken und andere medizinische Dienste rekrutiert werden, sondern mussten die Allgemeinbevölkerung repräsentieren. Ausgeschlossen waren somit alle Querschnittsuntersuchungen, alle auf einem Sample basierenden Längsschnittstudien sowie Studien mit Inanspruchnahmepopulationen. Es wurde keine Altersbeschränkung angewendet. Neben Studien, welche die Prävalenz oder Inzidenz im Zeitvergleich untersuchten, wurden auch Publikationen eingeschlossen, die Veränderungen in relevanten psychopathologischen Skalen berichteten. Als zu berücksichtigende Regionen wurden West-Europa, Nord-Amerika und Australien/Ozeanien ausgewählt.

Ergebnisse

Es wurden 41 Publikationen identifiziert, die den oben beschriebenen Einschlusskriterien entsprechen [8-48]. 13 Arbeiten stammen aus den Vereinigten Staaten, drei weitere Kanada, drei aus Australien und die restlichen aus West-europa (darunter fünf aus Deutschland und jeweils vier aus den Niederlanden und Großbritannien). 15 Publikationen sind bei Stichproben von Kindern und Jugendlichen durchgeführt worden. Mit wenigen Ausnahmen (Depression, Bulimie) haben diese Studien allgemeine emotionale und Verhaltensprobleme untersucht. Die Studien aus dem Erwachsenenbereich haben sich auf depressive Störungen, Angst- und Panikstörungen sowie auf allgemeine psychische Belastungen konzentriert. Auffallend wenige Untersuchungen liegen zu Abhängigkeitserkrankungen vor.

Studien mit Kinder- und Jugendlichenpopulationen

Im Gegensatz zu den unten referierten Studien aus dem Erwachsenenbereich finden sich hier überwiegend Untersuchungen, die spezifische Instrumente zur Fremdeinschätzung allgemeiner emotionaler und Verhaltensstörungen eingesetzt haben. In der Gesamtschau dieser Studien ist keine eindeutige Tendenz zu erkennen. Neben Arbeiten, die einen Anstieg psychischer Probleme verzeichnen, finden sich auch solche, die einen Rückgang berichten und solche, die keine (statistisch signifikanten) Unterschiede zu den jeweiligen Messzeitpunkten festgestellt haben.

Studien bei Erwachsenen über psychische Störungen

Neben allgemeinen Störungen sind hier auch spezifische Untersuchungen zu depressiven Störungen, Angst- und Panikstörungen und sonstigen neurotischen Erkrankungen enthalten. Ein klarer Trend ist nicht zu erkennen, wiederum finden sich Studien, die einen Anstieg feststellten neben anderen, die keine Veränderungen registrierten oder gar einen Rückgang. Auffällig ist jedoch, dass mehrere Untersuchungen über Fluktuationen in dem jeweils zugrundeliegenden Untersuchungszeitraum berichten. So hat es den beiden Langzeitstudien aus Kanada und Schweden zufolge möglicherweise einen Anstieg der psychischen Belastung von den 1940er/1950er Jahren bis zu den 1970er Jahren gegeben [35, 36], während die Belastung in den jüngeren Dekaden auf einem Plateau stagnierte. In zwei Studien wurden auch psychotische Störungen untersucht [12, 39]. Allerdings konnten auch in diesem Fall keine gravierenden Tendenzen entdeckt werden.

Studien bei Erwachsenen über Suchterkrankungen und Essstörungen

Insgesamt konnten nur 6 Arbeiten aus diesen Bereichen identifiziert werden. Auch hier ist kein eindeutiger Trend in eine bestimmte Richtung zu erkennen.

Diskussion

Diese systematische Übersicht hat 41 Arbeiten zusammengestellt, die mit identischem Instrumentarium zwei oder mehr Stichproben im Abstand mehrerer Jahre untersucht hat. Anhand dieses Vorgehens konnte kein eindeutiger Trend erkannt werden, der darauf schließen lässt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung westlicher Länder in den Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg anhaltend zugenommen hat. Möglicherweise war ein Ans-

stieg der Prävalenz und Inzidenz in den ersten Dekaden des Beobachtungszeitraums vorhanden, dieser mögliche Trend hat sich jedoch offenbar nicht weiter fortgesetzt. Festzuhalten bleibt, dass zu den Stärken des vorliegenden Ergebnisses zählt, dass der Befund nicht durch Erinnerungsfehler der befragten Studienteilnehmer verzerrt sein kann. Das Ergebnis unterstützt damit die wenigen Publikationen, die sich skeptisch hinsichtlich des vermuteten Anstiegs psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung gezeigt haben [49, 50]. Das Resultat für die Kinder und Jugendlichen deckt sich mit Einschätzungen aus entsprechenden deutschen und internationalen epidemiologischen Übersichten in diesem Bereich [51, 52]. Und auch die zu beobachtende Zunahme von Demenzerkrankungen ist vermutlich rein demografisch bedingt, da es Hinweise gibt, dass die kognitiven Einschränkungen älterer Menschen eher abgenommen haben [53].

Vergleiche mit anderen Datenquellen

Die systematische Übersicht hat sich auf die direkte Messung der Häufigkeiten bzw. der Intensität psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung konzentriert. Aus der Literatur sind weitere, eher indirekte Indikatoren zu entnehmen, die zumindest ansatzweise über ähnliche Sachverhalte informieren: Suizidraten, Alkohol-pro-Kopf-Konsum und Lebensqualität.

Bekanntlich sind psychische Krankheiten und insbesondere depressive Störungen der wichtigste Risikofaktor für einen Suizid. [54]. Daher ist postuliert worden, dass der Trend der Suizidraten den Tendenzen affektiver Störungen zumindest nicht widersprechen dürfe [55]. Wenngleich die amtliche Suizidstatistik mit gewissen Fehlerquellen behaftet ist [56], so kann dennoch von einem systematischen Fehler ausgegangen werden, der die Tendenzen nicht vollkommen verzerrt. Eine zusammenfassende Analyse der Entwicklung der Suizidraten von 25 westlichen Staaten hat ergeben, dass die Suizidraten in einer Mehrzahl der Staaten von 1950 bis 1980 in der Zunahme begriffen waren, dieses Verhältnis sich aber von 1980 bis 2000 umgekehrt hat [57]. In den letzten beiden Dekaden des 20. Jahrhunderts zeigte sich für 19 der 25 Staaten eine lineare Abnahme der Suizidraten. Dieser Trend ist für Deutschland bis in die allerjüngste Zeit (2006) im Rahmen der amtlichen Statistik bestätigt worden [58].

Alkohol-pro-Kopf-Konsum ist ein weiterer gängiger Indikator zum Monitoring psychischer Gesundheit in der Bevölkerung. Selbstverständlich ist das Ausmaß des Konsum nicht allein durch die Nachfrage bedingt, sondern wird durch viele weitere Faktoren wie die Besteuerung oder den Lebensstil beeinflusst. Ein quasi ehernes epidemiologisches Gesetz besagte, dass der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum in der Bevölkerung und die Rate der Vieltrinker (und implizit der alkoholabhängigen Personen) sehr stark assoziiert ist [59]. Dieser Zusammenhang wird gegenwärtig etwas differenzierter bewertet, insofern neben dem Konsum auch das Trinkmuster bzw. die Trinkkultur eine gewisse Rolle für das Ausmaß von alkoholbedingten Schäden spielt [60, 61]. Gleichwohl ist etwa der Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Konsum und der Leberzirrhose-Mortalität in der Bevölkerung sehr hoch [61]. Der Trend des Alkoholkonsums in Europa zeigt eine überraschende Parallelität zur Suizidrate. Insgesamt stieg der Konsum bis Anfang der 1980er-Jahre deutlich an, und fällt seit dieser Zeit kontinuierlich oder aber bildet in einzelnen Ländern ein Plateau [62, 63].

Die Lebensqualität der Bevölkerung wird über verschiedene Sozialforschungssindikatoren gemessen, entsprechende Untersuchungen fragen nach ‚Glück‘, ‚Subjektivem Wohlbefinden (subjective well-being)‘ oder nach der ‚Zufriedenheit‘ direkt [64-66]. Der generelle Trend verschiedener Survey-Indikatoren in Nordamerika und West-Europa zeigt eine relativ gleichbleibend hohe Lebenszufriedenheit bzw. eine leichte Zunahme der Zufriedenheit seit dem Ende des Zweiten Weltkrieg [64, 67]. In der ökonomischen Forschung wird darüber gerätselt, wieso die Zufriedenheit angesichts steigender Wohlfahrt nicht weiter steigt. Dies hängt jedoch offenbar mit verschiedenen psychologischen und methodischen Problemen zusammen [68, 69].

Insgesamt widersprechen die internationalen Befunde über die Indikatoren Suizidrate, Alkoholkonsum und Lebensqualität nicht dem Ergebnis, dass kein eindeutig anhaltender Trend in Richtung auf ein Ansteigen psychischer Störungen in der Nachkriegszeit zu erkennen ist. Auffallend sind jedoch die Hinweise auf ein Ansteigen der Suizidrate und des Alkoholkonsums in den ersten Dekaden der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Dies deckt sich mit den wenigen oben referierten Befunden hinsichtlich des Anstiegs psychischer Probleme in den 1950er- bis 1970er- Jahren. Möglicherweise sind psychische Probleme und ihre Konsequenzen in der genannten Zeit, deren Datenlage eher

unbefriedigend ist, tatsächlich angestiegen, in den forschungsintensiveren Jahrzehnten darauf aber nicht.

Schlussfolgerungen

Weder die hier zusammengefassten epidemiologischen Studien noch die Befunde zu den indirekten Indikatoren stützen die Hypothese eine Zunahme psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Sie böten sogar die Möglichkeit, über eine Abnahme eben dieser zu spekulieren. Dieser Befund steht in krassem Widerspruch zu der von der Öffentlichkeit erlebten zunehmenden Belastung durch psychische Probleme oder Störungen. Wie ist dieser Widerspruch zu erklären?

Die Wahrnehmung und Funktion psychischer Belastungen haben sich offenbar in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. In diesem Zusammenhang ist die These vertreten worden, vormals als ‚normale‘ Befindlichkeitsprobleme erlebte Emotionen würden neuerdings als psychiatrische Symptome klassifiziert werden [70, 71]. Anhaltspunkt hierfür ist die Psychiatrisierung von Belastungsreaktionen nach kritischen Lebensereignissen wie partnerschaftlichen Trennungen oder Arbeitsplatzverlusten.

Diese Verbreiterung dieses breiten Konzepts psychischer Störungen spiegelt sich auch in der öffentlichen Wahrnehmung wider [72]. Augenscheinlich ist es zu einer größeren Entstigmatisierung einzelner psychischer Störungsbilder gekommen, v.a. der Depression [73]. Dieser Trend trägt vielleicht auch zu einer größeren Bereitschaft bei, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen [74]. Dass mit diesen Tendenzen jedoch keine Änderung der Prävalenz verbunden ist, zeigt beispielhaft die methodisch vorbildlich durchgeführte Replikationsstudie des National Comorbidity Survey in den Vereinigten Staaten. Während sich die Behandlungsprävalenz innerhalb eines elfjährigen Zeitraums um knapp 50 Prozent steigerte, war keine Veränderung der Krankheitsprävalenz zu erheben [27].

Während bei körperlichen Entwicklungen die kausalen Ketten zwischen sozialem Wandel und physischen Veränderungen gut untersucht sind [75], ist der Zusammenhang bei psychischen Störungen weitaus weniger deutlich. Die üblicherweise angeführten sozialen Mechanismen Wohlstandsanhebung, Individualisierung und Globalisierung können theoretisch sowohl mit einem

Anstieg als auch mit einer Abnahme psychischer Belastungen in Verbindung gebracht werden [76]. Das Resultat hier weist dagegen darauf hin, dass – zumindest auf der Bevölkerungsebene – diese ätiologischen Zusammenhänge nicht so klar sind, wie man vermutet hat. Die ‚gefühlte‘ Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab, als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen. Der interessanten Frage nach zu gehen, was sich hinter diesem Gefühl verbirgt, ist eine lohnende sozialwissenschaftliche Fragestellung, für welche die Methodik der psychiatrische Epidemiologie allein nicht ausreichen wird.

Literatur

1. Cross-National Collaborative Group (1992) The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association*; 268:3098-3105
2. Blazer DG (2005) *The Age of Melancholy: "Major Depression" and its social origins*. New York/London: Routledge
3. Klerman GL (1988) The current age of youthful melancholia: Evidence for increase in depression among adolescents and young adults. *British Journal of Psychiatry* 152:4-14
4. Simon GE, Von Korff M (1992) Reevaluation of secular trends in depression rates. *American Journal of Epidemiology* 135:1411-1422
5. Simon GE, Von Korff M (1995) Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: Implications for epidemiological research. *Epidemiologic Reviews* 17:221-227
6. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, for Alzheimer's Disease International (2005) Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet* 366:2112-2117
7. Wancata J, Musalek M, Alexandrowicz R, Krautgartner M (2003) Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry* 18:306-313
8. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A (2008) Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS One* 3:e1541
9. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, Taylor AW, Hawthorne G (2007) Have education and publicity about depression made a difference: Comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41:38-53
10. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla L (2002) Is American student behavior getting worse? Teacher ratings over an 18-year period. *School Psychology Review* 31:428-442

11. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla L (2003) Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31:1-11
12. Bogren M, Mattisson C, Horstmann V, Bhugra D, Munk-Jørgensen P, Nettelblad P (2007) Lundby revisited: First incidence of mental disorders 1947-1997. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41:178-186
13. Caetano R, Cunradi C (2002) Alcohol dependence: A public health perspective. *Addiction* 97:633-645
14. Chakrabarti S, Fombonne E (2005) Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry* 162:1133-1141
15. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A (2004) Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:1350-1362
16. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF (2006) Changes in the prevalence of Major Depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry* 163:2141-2147
17. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS (2004) Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry* 291:2114-2121
18. Costello EJ, Erkanli A, Angold A (2006) Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:1263-1271
19. de Jong PF (1997) Short-term trends in Dutch children's attention problems. *European Child and Adolescent Psychiatry* 6:73-80
20. Fichter MM, Quadflieg N, Georgopoulou E, Xepapadakis F, Fthenakis WE (2005) Time trend in eating disturbances in young greek migrants. *International Journal of Eating Disorders* 38:310-322
21. Fichter MM, Xepapadakis F, Quadflieg N, Georgopoulou E, Fthenakis WE (2004) A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and Greece in 1980 and 1998 - 18 years apart. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 254:27-35
22. Goodwin RD (2003) The prevalence of panic attacks in the United States: 1980 to 1995. *Journal of Clinical Epidemiology* 56:914-916
23. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Dufour MC, Compton WM, Pickering RP, Kaplan K (2004) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 61:807-816
24. Hintikka J, Kontula O, Niskanen L, Koskela K, Viinimäki H (2000) Increase in the prevalence of common mental disorders during an upswing in the national economy. *Scandinavian Journal of Public Health* 28:79-80

25. Jorm AF, Butterworth P (2006) Changes in psychological distress in Australia over an 8-year period: Evidence for worsening in young men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40:47-50
26. Keel PK, Heatherton T, F., Dorer DJ, Joiner TE, Zalta AK (2006) Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychological Medicine* 36:119-227
27. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olsson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM (2005) Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine* 352:2515-2523
28. Madianos MG, Stefanis CN (1992) Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27:211-219
29. Marchand A, Durand P, Demers A (2005) Work and mental health: The experience of the Quebec workforce between 1987 and 1998. *Work* 25:135-142
30. Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jørgensen P, Bhugra D (2005) First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947-1972 to 1972-1997. *Journal of Affective Disorders* 87:151-160
31. McArdle P, Prosser J, Dickinson H, Kolvin I (2003) Secular trends in the mental health of primary school children. *Irish Journal of Psychological Medicine* 20:56-58
32. Meertens V, Scheepers P, Tax B (2003) Depressive symptoms in the Netherlands 1975-1996: A theoretical framework and an empirical analysis of socio-demographic characteristics, gender differences and changes over time. *Sociology of Health and Illness* 25:208-231
33. Midanik LT, Greenfield TK (2000) Trends in the consequences and dependence symptoms in the United States: The National Alcohol Surveys, 1984-1995. *American Journal of Public Health* 90:53-56
34. Murphy JM, Horton NJ, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH (2004) Anxiety and depression: A 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109:355-375
35. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH (2000) Incidence of depression in the Stirling County Study: Historical and comparative perspectives. *Psychological Medicine* 30:505-514
36. Nilsson E, Bogren M, Mattisson C, Nettelbladt P (2007) Point prevalence of neurosis in the Lundby Study 1947-1997. *Nordic Journal of Psychiatry* 61:33-39
37. Pyle RL, Halvorson PA, Neuman PA, Mitchell JE (1986) The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders* 5:631-647
38. Simpson GA, Bloom B, Cohen R, A., Blumberg S, Bourdon KH (2005) U.S. children with emotional and behavioral difficulties: Data from the 2001, 2002, and 2003 National Health Interview Surveys. *Advance Data from Vital and Health Statistics* 360:1-16

39. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H (2003) Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry* 15:65-73
40. Tick NT, van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC (2007) 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* 46:1333-1340
41. Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC (2007) Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116:473-482
42. Twenge JM (2000) The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology* 79:1007-1021
43. Wångby M, Magnusson D, Stattin H (2005) Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: A 26-year comparison. *Scandinavian Journal of Psychology* 46:145-156
44. West P, Sweeting H (2003) Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:399-411
45. Westenhöfer J (2001) Prevalance of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders* 29:477-481
46. Kraus L, Pfeiffer-Gerschel T, Pabst A (2008) Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys*. *Sucht* 54:S16-S25
47. Pabst A, Kraus L (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. *Sucht* 54:S36-S46
48. Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikäheimo K, Helenius H (2004) Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* 43:1134-1145
49. Becker T, Sartorius N (1999) Ökologie und Psychiatrie. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart 1: Grundlagen der Psychiatrie*: 4 Edition. Berlin: Springer, S 473-506
50. Paykel ES (2000) Not an age of depression after all? Incidence rates may be stable over time. *Psychological Medicine* 30:489-490
51. Barkmann C, Schulte-Markwort M (2004) Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis* 31:278-287
52. Maughan B, Iervolino AC, Collishaw S (2005) Time trends in child and adolescent mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 18:381-385
53. Langa KM, Larson EB, Karwalish JH, Cutler DM, Kabeto MU, Kim SY, Rosen AB (2008) Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the Uni-

ted States: Is there evidence of a compression of cognitive morbidity? Alzheimer's and Dementia, online publication 27.02.2008

54. Joiner TE, Brown JS, Wingate LR (2005) The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology* 56:287-314
55. Fombonne E (1999) Time trends in affective disorders. In: Cohen P, Slomkowski C, Robins LN (Hrsg) *Historical and Geographical Influences on Psychopathology*. Nahwah, NJ: Erlbaum, S 115-139
56. Vennemann M, Berger K, Richter D, Baune BB (2006) Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in den Gesundheitsämtern. *Deutsches Ärzteblatt* 103:A1222-A1226
57. Bieri O (2005) Suizid und sozialer Wandel in der westlichen Gesellschaft: Determinanten und Zusammenhänge im Zeitraum von 1950 bis 2000. Zürich: Editions à la Carte
58. Rübenach S (2007) Todesursache Suizid. *Wirtschaft und Gesellschaft* 2007:960-971
59. Rose G (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press
60. Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, Frick U (2003) The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 9:147-155
61. Norström T, Ramstedt M (2005) Mortality and population drinking: A review of the literature. *Drug and Alcohol Review* 24:537-547
62. Corrao G, Ferrari P, Zambon A, Torchio P, Arico S, Decarli A (1997) Trends of liver cirrhosis mortality in Europe, 1970-1989: Age-period-cohort analysis and changing alcohol consumption. *International Journal of Epidemiology* 26:100-109
63. Smith DE, Stubbe Solgaard H, Beckmann SC (1999) Changes and trends in alcohol consumption patterns in Europe. *Journal of Consumer Studies and Home Economics* 23:247-260
64. Layard R (2005) *Happiness: Lessons from a New Science*. New York: Penguin,
65. Huppert FA, Baylis N, Keverne B (2005) *The Science of Well-Being*. Oxford: Oxford University Press
66. Diener E, Suh E (2000) Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. In: Diener E, Suh E (Hrsg) *Culture and Subjective Well-Being*. Cambridge, Mass.: MIT Press, S 3-12
67. Veenhoven R, Hagerty M (2006) Rising happiness in nations 1946-2004: A reply to Easterlin. *Social Indicators Research* 79:421-436
68. Veenhoven R (2005) Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist* 10:330-343
69. Easterlin RA (2003) Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2003 100:11176-11183
70. Horwitz AV, Wakefield JC (2007) *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press

71. Kutchins H, Kirk SA (1997) Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders. New York: Free Press
72. Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescosolido BA (2000) Public conception of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior* 41:188-207
73. Angermeyer MC, Matschinger H (2003) Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38:526-534
74. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC (2005) Mental disorders - who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:167-174
75. Fogel RW (2004) The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100. Europe, America, and the Third World. Cambridge: Cambridge University Press
76. Richter D (2003) Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Medikamententraining im Rahmen psychiatrischer Pflege (Poster)

Florim Asani, Ingo Eissmann

Hintergrund/ Problemstellung

Trotz der Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie werden die Medikamente von vielen der Betroffenen nicht , nicht wie verordnet oder nicht lange genug eingenommen mit der Folge, das Rückfälle eintreten und oftmals eine erneute stationäre Behandlung erforderlich ist. Somit ist Non-Compliance eine wesentliche Ursache für die sog. „Drehtürpsychiatrie“. Neben den wirtschaftlichen Folgen vermeidbarer Klinikaufenthalte, hat dies regelmäßig Auswirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen.

Ziel

Jeder Patient wird befähigt zum sachgemäßen und sicheren Umgang mit den Medikamenten Er ist in der Lage, eigenverantwortlich und zuverlässig die verordneten Medikamente über einen längeren Zeitraum in der richtigen Dosierung und zur richtigen Tageszeit einzunehmen.

Beschreibung der Praxis

Das Medikamententraining wird zwei Wochen vor Entlassung mit jedem Patienten durchgeführt. Jeder Patient richtet unter Anleitung und Kontrolle die Medikamente selbstständig. Es werden die Kenntnisse über und die Erfahrungen mit Medikamenten nachgefragt. Den Patienten wird die Optiplan-Kurve, Packungen der Medikamente und der Medikamentendispenser vorgelegt. Zur Vermittlung von Kenntnissen wird das Modul 5 „Medikamente-Wirkungen und Nebenwirkungen“ des „Alliance Psychoedukative Programm“ gemeinsam bearbeitet.

Erfahrungen

Die Reaktionen der Betroffenen auf die Maßnahme sind in Abhängigkeit von Krankheitszustand und Interesse unterschiedlich. Während die meisten sehr

gern das Angebot annehmen, benötigt eine geringere Anzahl von Patienten etwas mehr Motivation. Zur Motivation des Betroffenen sind die gute Mitarbeit und Leistung positiv hervorzuheben, aber auch mögliches Desinteresse anzusprechen um die Ursache dafür zu erkennen.

In den meisten Fällen zeigen sich im Verlauf des Medikamententrainings deutliche Fortschritte. Zudem bietet die Maßnahme eine weitere Gelegenheit mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen. Durch die Beobachtung während des Trainings kann man zu einer Einschätzung über den Zustand des Patienten gelangen und ihn gezielt daraufhin ansprechen.

Befreiungstechniken im Aggressionsmanagement (Poster)

Robert Thein, Peter Ullmann

Bildmaterial

Das dargestellte Bildmaterial veranschaulicht Befreiungstechniken (Umklammerungsbefreiungen, Würgebefreiungen und Handgelenksbefreiung) des „Aggressionsmanagements“. Sie bieten Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeiten, sich in schwierigen Situationen mit aggressivem Patientenkontext sicher und gezielt begegnen zu können.

Bilddarstellungen werden seit 2007 gezielt für das interne Weiterbildungsprogramm im Psychiatrie-Zentrum Hard verwendet, speziell in den von Herrn Thein konzipierten Kurzfortbildungen im Aggressionsmanagement.

Vorteile der Bildkommunikation

- 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

(Schierl, 2001)

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 Schwarzweißabzug und ein Schwarzweißfoto besser als eine stilisierte Illustration.

Je "lebendiger" (Vividness) die erzeugten inneren Bilder sind, um so leichter und dauerhafter werden sie behalten (Carpenter und Just 1983).

Kurzfortbildung

Bei Kurzfortbildungen im „Aggressionsmanagement“ geht es darum, dass diese Schulungen direkt und ohne größeren Aufwand auf der Station durchge-

führt werden können. Sie dienen allein zur Vertiefung und Festigung von Einzelelementen des Aggressionsmanagement. Hierbei übernimmt der Trainer keine direkte Leitungsfunktion wie in einem Basis-Kurs „Aggressionsmanagement“. Vielmehr ist hier die Beratungs- und Supervisions-Funktion gefragt. Da die Gruppengröße während der Schulung bei maximal drei bis fünf Personen liegen soll, kann ein individueller Lernfortschritt jedes einzelnen Teilnehmers gut festgehalten und dokumentiert werden.

Der Pflegeprozess in der Praxis: Umsetzung des Pflegeprozess in der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium Kilchberg (Poster)

Gianfranco Zuaboni

Einleitung

Das Sanatorium Kilchberg ist eine traditionsreiche Psychiatrische Privatklinik. Die Klinik wurde vor 140 Jahren gegründet und ist somit eine der ältesten psychiatrischen Institutionen der Schweiz. Die Klinik verfügt über 168 Akutbetten auf 9 Stationen, zwei Ambulatorien und einer Tagesklinik. Neben der regionalen, psychiatrischen Grundversorgung, betreibt die Klinik auch ein überregionales Behandlungszentrum für Essstörungen.

Beim Pflegeprozess handelt es sich um ein geplantes, schrittweises Vorgehen, das der Identifikation und Lösung von Problemen in der Patientenbetreuung dient. Die Struktur des Pflegprozesses basiert auf einem 5-Schritte-Modell, das in folgende Phasen eingeteilt werden kann: Einschätzen (Pflegeassessment), diagnostizieren (Pflegediagnosen), planen (Ziele und Maßnahmen), durchführen (Pflegeintervention), bewerten (Pflegeevaluation) [11].

Gemäß Brobst [3] ermöglicht die Pflegeprozess orientierte Pflege einerseits eine neue, frische Sicht auf die Pflege zu entwickeln, die Zusammenarbeit mit Patienten und Kollegen erfolgreicher zu gestalten und andererseits die Dokumentation der Behandlung zu verbessern. Nicht zuletzt stärkt sie auch die berufliche Identität.

Der Pflegeprozess im Sanatorium Kilchberg

Im Pflegedienst des Sanatorium Kilchberg wurden die Chancen und Möglichkeiten des Pflegeprozesses schon seit langem erkannt. Nach der Einführung wurde der Pflegeprozess kontinuierlich ausgebaut und angepasst. Die Verantwortung über die Gestaltung und über die Umsetzung bei den einzelnen Patienten obliegt den Bezugspersonen. Wann immer möglich begleiten die Bezugspersonen ihre Patienten durch den ganzen Aufenthalt und somit auch durch den ganzen Pflegeprozess.

Der Prozess beginnt bereits vor der ersten Begegnung, wenn Informationen über den bevorstehenden Eintritt bearbeitet werden. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Eintritt wird eine Anamnese erstellt. Zur gleichen Zeit erfolgt eine systematische Suizid- und Gewaltrisikoeinschätzung. Ein Teil der Suizidrisikoeinschätzung, die Einschätzung der Basissuizidalität, wird mit der Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR, [4]) erfasst. Die Gewaltrisikoeinschätzung wird mit der Brøset Violence Checklist [1] durchgeführt.

Die Pflegeprobleme werden anhand der Anamnese und mittels der NANDA - Liste benannt. Die gesamte Pflegeplanung, mit Zielen und Massnahmen wird mit dem Patienten besprochen und seinen Erwartungen angepasst. Die Evaluation der Massnahmen und die Zielerreichung werden schliesslich regelmässig von den Bezugspersonen überprüft.

Qualitätssicherung und –verbesserung mit AWiSanK und IzEP®

Für eine zielorientierte, niveauvolle und effektive Pflege braucht es Qualitätssicherung. Der Pflegedienst des Sanatorium Kilchberg stützt sich dabei auf folgende zwei Instrumente: AwiSanK (Angepasste Wiler Kriterien zur Beurteilung von Pflegeplänen für das Sanatorium Kilchberg 2006) und IzEP® (Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen [2]).

Der Name AwiSanK bezieht sich auf das Instrument WiKriPP (Wiler Kriterien zur Beurteilung von Pflegeplänen [10]), das die Vollständigkeit der erstellten Pflegeplanung prüft. Das AWiSanK ist insofern eine Weiterentwicklung von WiKriPP, als dass es die Überprüfung der Anamnese mit einschließt und die Pflegeprobleme gemäß der Taxonomie II der NANDA kategorisiert. Die Auswertungsmethode im Sanatorium Kilchberg wurde ferner mit einer erweiterten Punkteskala ergänzt. Die Stationen und Mitarbeiter nutzen das AWiSanK auch zur Selbsteinschätzung. Die Mitglieder der HöFa⁷-Gruppe kontrollieren einmal pro Jahr die Pflegeplanungen auf allen Stationen.

Für die Gestaltung und Durchführung des Pflegeprozesses sind die einzelnen Bezugspersonen verantwortlich, wobei die Vorgaben der Bezugspersonenarbeit durch den Qualitätsstandard „Bezugspflege“ festgelegt sind. Das zweite

⁷ HöFa: Höhere Fachausbildung in Pflege

Qualitätssicherungsinstrument IzEP[®] misst das umgesetzte Pflegesystem und setzt es in Beziehung zur Pflegeorganisationsform Bezugspflege.

Die Ergebnismessungen ermöglichen die Überprüfung und Darstellung der erbrachten Leistung und können dazu genutzt werden, die Pflegeleistungen gezielt zu verbessern.

Schulung und Beratung

Der Pflegeprozess ist auch Gegenstand des Schulungsprogramms im Sanatorium Kilchberg. Die Klinik bietet den Mitarbeitern einmal pro Jahr eine Grundschulung zum Thema Pflegeprozess an. Darin wird theoretisches Wissen vermittelt. Ferner finden in regelmäßigen Abständen Workshops zu spezifische Fragestellungen statt.

Zum festen Bestandteil des Wochenprogramms auf den Stationen gehören auch Sitzungen, in denen einzelne Patientensituationen aus der pflegerischen Perspektive besprochen werden. Zudem verfügen alle Stationen über eine Schlüsselperson Pflegediagnostik. Diese Fachperson hat den Auftrag neue Mitarbeiter in den Pflegeprozess einzuführen, Mitarbeiter zu beraten und die Umsetzung der Richtlinien auf den Stationen zu überprüfen.

Ausblick

Zu den bereits gute etablierten NANDA – Pflegediagnosen plant das Sanatorium Kilchberg in naher Zukunft die Klassifikationssysteme für Pflegeinterventionen (NIC) und für Pflegeergebnisse (NOC) einzuführen [8] und so die Pflegeprozess orientierte Pflege weiter auszubauen.

Literatur

1. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer J (2006) Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. BMC Psychiatry 25(6):17
2. Arbeitsgruppe Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen AG IzEP[®], Abderhalden C, Boeckler U, Dobrin Schippers A, Feuchtinger J, Krassnig M, Milachowski S, Schaepe C, Schori E, Welscher R (2008) Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP[®]: Handbuch. Bern, Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik UPD Bern
3. Brobst R, et al (2007) Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Huber.
4. Cutcliffe J, Barker P (2004) The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice J Psychiatr Ment Health Nurs 11:393-400

5. Doenges M, Moorhouse M, Geissler-Murr A (2003) Pflegediagnosen und Massnahmen. Bern: Huber
6. Giebing H, Fancois-Kettner H, Roes M, Marr H (1999) Pflegerische Qualitätssicherung. Bern: Huber
7. Gordon M, Bartolomeyczik S (2001) Pflegediagnosen: Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer
8. Johnson M, Bulechek G, Maas M, Moorhead S, Swanson E, Butcher H (2006) NANDA, NOC and NIC Linkages. St. Louis: Mosby
9. Lunney M (2007) Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Bern: Huber
10. Needham I (2003) Kriterien zur Überprüfung von Pflegeplänen. Krankenpflege - Soins Infirmiers 6/2003:28
11. Sauter D, Aderhalden C, Needham I, Wolff S (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber
12. Stockwell F (2002) Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege. Bern: Huber

Autorinnen und Autoren

*Erstautoren von Beiträgen sind mit * gekennzeichnet.*

***Christoph Abderhalden**, Dr., Pflegewissenschaftler MNSc, Psychiatriepflegefachmann, leitet die Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege & Pädagogik an den Universitären Psychiatrischen Diensten UPD Bern. Er ist Mitglied der Interessengemeinschaft Psychoseminar Bern und Mitautor des "Lehrbuchs Psychiatrische Pflege" (Huber, Bern).

Kontakt: abderhalden@puk.unibe.ch

***Gamal Abedi** ist Erzieher und pädagogischer Leiter einer Jugendlichenstation in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: gamal.abedi@st-annastiftskrankenhaus.de

***Bernd Abendschein**, Diplompsychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Klinik für Allgemeinpsychiatrie II, Station 39, Wiesloch.

Kontakt: bernd.abendschein@pzn-wiesloch.de

Bernadette Arpagaus ist Psychiatriepflegerin mit HöFa I. Sie betreut in der Klinik St. Pirminsberg auf der Station A7 das Ressort Entwicklung und Qualität und ist zuständig für die Schülerbegleitung auf der Station.

Kontakt: bernadette.arpagaus@psych.ch

***Florim Asani**, Krankenpfleger, Stationsleitung, Klinikum Rechts der Isar, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München D.

Kontakt: info.station92@lrz.tu-muenchen.de

***Uwe Bening**, Diplompsychologe in Oldenburg, war als Dozent im EU geförderten EX-IN Projekt in Bremen und Hamburg tätig. Gegenführt führt er gemeinsam mit Jörg Utschowski die Module des EX-IN Curriculums in Bremen und Berlin durch.

Kontakt: uwe.bening@t-online.de

***Markus Berner**, Dipl. Pflegefachmann HöFa I, Dipl. Pflegeexperte HöFa II, als Pflegeexperte in der Privatklinik Wyss AG in Münchenbuchsee CH tätig. Als Ausbilder in Kongruenter Beziehungspflege beschäftigt er sich mit der Umsetzung von Kongruenter Beziehungspflege in der psychiatrischen Pflegepraxis. Arbeitsschwerpunkte sind die Bezugspflege, Pflegediagnosen, Umsetzung des Pflegeprozesses. Internetseite: www.privatklinik-wyss.ch.

Kontakt: m.berner@privatklinik-wyss.ch, markus.berner@ggs.ch

***Marcel Binder** ist Psychiatriepflegefachmann und Stationsleiter der Station 70A der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation am Psychiatriezentrum Rheinau.

Kontakt: marcel.binder@pzh.ch

Marie Boden, ist Erzieherin, Dipl. Designerin Fotografie, frei schaffende Künstlerin. Sie arbeitet in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld Bethel und ist - zusammen mit Doris Rolke - Autorin des „Buchs Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen: Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe“ (Psychiatrie Verlag, Bonn).

Kontakt: Marie.Boden @evkb.de

***Uwe Braamt**, Supervisor (DGSv), Gestalttherapeut, Krankenpfleger, ist Pflegedirektor der LWL-Klinik Herten Psychiatrie-Psychotherapie-Psychosomatik (Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL).

Kontakt: u.braamt@wkl-lwl.org

Doris Bredthauer, promovierte Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, abgeschlossene WB in psychoanalytischer Psychosentherapie und psychoanalytischer Paar-, Familien- und Sozialtherapie. Beruflicher Schwerpunkt: Gerontopsychiatrie. Seit 2006 Professorin an der Fachhochschule Frankfurt/Main im Fachbereich Gesundheit und Soziale Arbeit, verantwortlich für den Masterstudiengang Case Management für Barrierefreies Leben M.Sc. im interdisziplinären Studiengang Barrierefreie Systeme M.Sc (www.fh-basys.de). Forschungsschwerpunkt: Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei älteren Menschen (www.redufix.de).

Kontakt: dbredt@fb4.fh-frankfurt.de

Sabina Bridler, Dr.phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ist Mitarbeiterin im psychosozialen Team von Pro Mente Sana, Zürich.

Kontakt: www.promentesana.ch

***Marianne Brieskorn-Zinke**, Prof. Dr.phil., M.A. Soziologie, Professorin für Gesundheitswissenschaft, Fachbereich Pflege und Gesundheitswissenschaft, Ev. Fachhochschule Darmstadt.

Kontakt: Brieskorn-Zinke@efh-darmstadt.de

Martin Brömmer, Dipl. Pflegefachmann HF, Mitarbeiter im Case Management der ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur).

Kontakt: Martin.Broemmer@ipwin.ch

***Rolf Brunner**, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie HöFa I, Psychotherapie Tagesklinik (PTK), Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern, Bern CH

Kontakt: rolf.brunner@gef.be.ch

Rainer Uwe Burdinski, Dr.med., ist stellvertretender Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel und Leiter der Abteilung I der Allgemeinen Psychiatrie.
Kontakt: Rainer.Burdinski@evkb.de

Momo Christen, leitet in Bern eine „Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation“.
Kontakt: momo_christen@bluewin.ch

Iris DeBertolis, Esslingen

***Jürg Dinkel** ist diplomierter Psychiatriepfleger SRK, Erwachsenenbildner AEB und Pflegeexperte HöFa II. Er ist ausgebildeter Trainer für Deeskalationsmanagement. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Clenia Schlössli in Oetwil am See arbeitet er in der Stabstelle Pflegeexperte des Bereichs Erwachsenenpsychiatrie.
Kontakt: juerg.dinkel@schloessli.ch

Sebastian Dorgerloh, Diplom Pflegewirt (FH), Stabstelle im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld im Netzwerk Pflegeforschung und Entwicklung.
Kontakt: sebastian.dorgerloh@evkb.de

Bärbel Durmann Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme)
Kontakt: st62a1@diako-online.de

Wolfgang Egger, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien.
Kontakt: wolfgang.egger@wienkav.at

***Anna Eisold**, Krankenschwester, Diplom Pflegewirtin (FH), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden.
Kontakt: aeisold@yahoo.de

Ingo Eißmann, Klinikum Rechts der Isar, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München.
Kontakt: info.station92@lrz.tu-muenchen.de

***Urs Ellenberger**, Dipl. Pflegefachmann HöFaI, Stationsleiter, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern.
Kontakt: urs.ellenberger@gef.be.ch

***Guntram Fehr** ist Psychiatriepfleger mit HöFa II. In der Klinik St.Pirminsberg hat er eine Stabstelle für Pflegeentwicklung, -qualität und Fort- Weiterbildung. Arbeitsschwerpunkte sind Pflegediagnostik und Projektbegleitung.
Kontakt: guntram.fehr@psych.ch

Sonja Feige, Esslingen

***Udo Finklenburg**, Psychiatriepfleger, NLP-Practitioner, freiberuflich in der ambulanten psychiatrischen Pflege tätig (www.just-do-it.ch). Präsident des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP (www.vapp.ch).

Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch

***Martin Fischer**, Mag. Psychologe, pro mente Wien.

Kontakt: martin.fischer@uta1002.at

***Christian Frank** ist Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und stellvertr. Stationsleitung auf der Station A5 der Allgemeinen Psychiatrie Abteilung I in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel.

Kontakt: a5stltg@evkb.de

Fritz Frauenfelder, Pflegewissenschaftler MNS, Pflegefachmann, Mitarbeiter der Abteilung Bildung, Beratung und Entwicklung am Psychiatriezentrum Rheinau. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Pflegeklassifikationen, Pflegeprozess, Leistungserfassungen und interprofessioneller Behandlungsprozess.

Kontakt: fritz.frauenfelder@pzs.zh.ch

Cécile Geisseler, dipl. Pflegefachfrau DN II, freiberuflich in der ambulanten psychiatrischen Pflege tätig (www.just-do-it.ch). Vorstandsmitglied des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP (www.vapp.ch).

Kontakt: c.geisseler@just-do-it.ch

Jochen Gehrmann, Dr. med., ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am St. Annastiftskrankenhaus in Ludwigshafen am Rhein. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind tagesklinische Behandlungskonzepte, multisystemische (Gruppen)therapien, frühe Interventionen bei Müttern mit kumulierten psychosozialen Risiken sowie tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismusspektrum).

Kontakt: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de

***Cornelia Gianni** hat eine Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Neurologie sowie akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilian-Universität München. Sie ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie und hat im Juli 2007 an der Universität Cardiff/ Wales den *Master of Science in Nursing Studies* abgelegt. Schwerpunkte Ihrer derzeitigen Tätigkeit sind die Entwicklung von Pflegestandards und –leitlinien sowie die Implementierung von Pflegediagnosen auf Basis des EDV-Stationsarbeitsplatzes. Zudem sind ihre Aufgaben Beratung, Information und Schulung der Pflegenden in der Praxis zu pflegetheoretischen Inhalten.

Kontakt: cornelia.gianni@iak-kmo.de

***Maria Giesinger** engagiert sich seit 2007 im Recovery-Projekt der Pro Mente Sana. Als Peer leitet sie regelmäßige Workshops für Psychiatrie-Erfahrene. Außerdem hält sie Referate vor interessiertem Fachpublikum zu den Themen Recovery und Peerarbeit. Im Alter von 18 Jahren ist sie zum ersten Mal psychisch erkrankt. Nach jahrelanger Krankheit und mehreren Klinikaufenthalten schaffte sie den „Ausstieg“ und studiert heute Psychologie an der Universität Zürich.

Kontakt: m.giesinger@gmx.ch

Jens Glatthaar, Tübingen

Manuela Grieser, MA, Pflégewirtin FH, Krankenschwester, arbeitet als Fortbildungsverantwortliche und Pflegeexpertin an den Universitären Psychiatrischen Diensten UPD in Bern.

Kontakt: manuela.grieser@gef.be.ch

Christine Gruber, Psychosozialer Pflegedienst, Telfs (Tirol).

Kontakt: christine.gruber@psptirol.org

Nadia Hadji, Kinderkrankenschwester, seit September 2000 im PZN Wiesloch, Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, Station 39 mit Eltern- Kind Behandlung.

Kontakt: Nadia.Hadji@PZN-Wiesloch.de

Sabine Hahn ist Pflegefachfrau und Pflegewissenschaftlerin (MNSc). Sie leitet die angewandte Forschung und Entwicklung Pflege am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule und promoviert an der Universität Maastricht/Niederlande. Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind psychiatrische Pflegeforschung und Aggressionsforschung.

Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch

Ursula Hamann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme),

Kontakt: st62a1@diako-online.de

***Thomas Hax-Schoppenhorst**, Studium an der Universität in Bochum; seit 1988 pädagogischer Mitarbeiter und Referent für Öffentlichkeitsarbeit an den Rheinischen Kliniken in Düren; Autor mehrerer Sach- und Fachbücher.

Kontakt: Thomas.Hax@lvr.de

***Harald Haynert**, Pflegewissenschaftler MScN, stud. MPMHE, Institut für Pflegewissenschaft & Institut für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke, Witten.

Kontakt: harald.haynert@uni-wh.de

Rea Heierli ist diplomierte Pflegefachfrau HF Schwerpunkt Psychiatrie und berufsbeleitend in Ausbildung zur dipl. Naturheilpraktikerin HF TEN (traditionelle europäische Naturheilkunde). In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Clenia Schlössli in Oetwil am See arbeitet sie als dipl. Pflegefachfrau auf der Privatstation 60 plus des Bereichs Alterspsychiatrie.

Kontakt: rea.heierli@schloessli.ch

Christian Heins, Klinikum Region Hannover GmbH

***Radegundis Hofer**, DPGuKS, Stationsleitung, Psychiatrische Tagesklinik, Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck. Kontakt: radegundis.hofer@uki.at

***Elisabeth Höwler**, Dipl.-Pflegepäd., Master of Science in nursing, freiberuflich tätig, Dresden.

Kontakt: ElisabethHoewler@yahoo.de

Tanja Jörg, ist Diplom Pflegepädagogin (FH). In den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten ist sie Mitglied der Arbeitsgruppe Pflegeforschung des Geschäftsbereiches Forschung und Lehre im Bereich Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind die Adhärenzforschung sowie die Fortbildung; Internetseite: www.forschung-bew.de/VersFPfelge/Frame_VersFPfelge.html.

Kontakt: tanja.joerg@zfp-zentrum.de

***Stefan Jünger**, Fachwirt für Alten- und Krankenpflege, Assistent der Pflegedirektion der Rheinischen Kliniken Düren.

Kontakt: Stefan.Juenger@lvr.de

***Harald Kaplenig**, Dipl. Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Bereichs-koordinator, Psychosozialer Pflegedienst, Hall im Tirol.

Kontakt: harald.kaplenig@psptirol.org

Willi Kazmaier, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch.

Kontakt: wilhelm.kazmaier@pzn-wiesloch.de

Claudia Klock, Ergotherapeutin, seit 1991 am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden PZN Wiesloch tätig, seit 2001 Schwerpunkt Mutter-Kind-Behandlung.

Kontakt: Claudia.Klock@PZN-Wiesloch.de

***Andreas Knuf**, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, tätig als niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz, arbeitet daneben für die Schweizer Stiftung Pro Mente Sana sowie in der Fort- und Weiterbildung, zahlreiche Veröffentlichungen mit den Schwerpunkten Empowerment, Recovery und Borderline. Zuletzt sind erschienen „Selbstbefähigung fördern“ (Psychiatrie-Verlag) und „Gesundung ist möglich!“

(Balance-Verlag). Internet: www.gesundungswege.de.

Kontakt: andreas.knuf@gesundungswege.de

***Konrad Koller**, Diplomierter Psychiatriepfleger, Pflegeexperte Höhere Fachausbildung in Pflege Stufe II, ist Leiter der Abteilung Bildung, Beratung und Entwicklung im Psychiatriezentrum Rheinau (CH).

Kontakt: konrad.koller@pzs.zh.ch

***Bernd Kozel**, exam. Krankenpfleger, Diplom-Pflegewirt (FH), arbeitet als Pflegeexperte an den Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern. Seine Arbeitsschwerpunkte sind der Pflegeprozess, Klassifikationssysteme und Suizidalität.

Kontakt: bernd.kozel@gef.be.ch

Thomas Lange, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme)

Kontakt: st62a1@diako-online.de

Thomas Langenegger, Psychiatrie Pflegefachmann HF und Sozialarbeiter HF, Mitarbeiter im Case Management der ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur).

Kontakt: Thomas.Langenegger@ipwin.ch

***Peter Lehmann**. Inhaber des Antipsychiatrieverlags in Berlin. Gründungs- und Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen und von PSYCHEX, Mitbegründer des Berliner Weglaufhauses, Mitglied im Internationalen Netzwerk für Alternativen und Recovery. Diverse Buchpublikationen, u.a. „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ (1986), „Schöne neue Psychiatrie“, Band 1: „Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken“, Band 2: „Wie Psychopharmaka den Körper verändern“ (1996). Mehr siehe www.peter-lehmann.de.

Kontakt: mail@peter-lehmann.de

Philipp Lehmann, Sozialarbeiter und Sozialpädagoge HFS, Erziehungsleiter Adoleszenten Abteilung, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern.

Kontakt: philipp.lehmann@gef.be.ch

***Michael Löhr**, Krankenpfleger, cand. Diplom-Kaufmann (FH), Assistent der Pflegedirektorin, LWL – Klinik Gütersloh.

Kontakt: m.loehr@wpl-lwl.org

***Regula Lüthi**, MPH, Pflegeexpertin, Pflegefachfrau Psychiatrie, ist Pflegedirektorin der Psychiatrischen Diensten Thurgau, Münsterlingen.

Kontakt: regula.luethi@stgag.ch

***Rita Mair**, Mag., Schuldirektorin, Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe, Hall in Tirol.

Kontakt: rita.mair@azw.ac.at

Joergen Mattenklotz, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, Tagesklinik Soest, LWL Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lippstadt. Autor zahlreicher Fachbeiträge zur Psychiatrie, insbesondere zur Psychoedukation, sowie Beschäftigung mit dem Themenkomplex "Psychiatrie und Nationalsozialismus".

Kontakt: jmattenklotz@aol.com

Ruth Meier führte ein beruflich erfolgreiches Leben bis sie im Alter von ungefähr 30 Jahren in eine psychische Krise geriet, die sie beinahe das Leben kostete. Fragen rund um psychische Gesundheit sind dadurch für sie zu einem zentralen Thema geworden. Heute lebt sie gerne und gibt ihre Erfahrungen, wie ein gutes Leben als hochsensibler Mensch gelingen kann, unter anderem an Peer-to-Peer-Veranstaltungen weiter.

Kontakt: meier.55@hispeed.ch

Konrad Michel, Prof. Dr.med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitet als Oberarzt die Allgemeine Sprechstunde an der Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste UPD Bern.

Kontakt: konrad.michel@spk.unibe.ch

***Ian Needham**, Dr., Pflegewissenschaftler MNSc Psychiatriepflegefachmann, arbeitet als Pflegeexperte am Psychiatriezentrum Rheinau, Schweiz in der Abteilung für Bildung, Beratung und Entwicklung. Seine derzeitigen Schwerpunkte sind Aggression in der Pflege, Pflegediagnostik, Recovery und Stürze. Er ist Erstautor mehrerer Artikel über Aggression in der Psychiatrie und Mitautor vom "Lehrbuch Psychiatrische Pflege".

Kontakt: ian.needham@pzh.zh.ch

***Wolfgang Pohlmann**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Stationsleitung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Abt. Allgemeinspsychiatrie, Ev. Krankenhaus Bielefeld. Kontakt: A2StLtg@evkb.de

Maike Pellarin, Dr., Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: maike.pellarin@st-annastifts Krankenhaus.de

Bernhard Prankel, Dr.med. Dipl.Psych., Kinder- und Jugendpsychiater und Pädiater, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakonienkrankenhaus Rotenburg (Wümme).

Kontakt: prankel@diako-online.de

Franziska Rabenschlag, Master in Public Health, Psychiatriepflegefachfrau arbeitet als Dozentin an der Berner Fachhochschule im Fachbereich Gesundheit. Zu ihren Schwerpunkten gehören Recovery, Psychische Gesundheit und Public Health Fragen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Kontakt: franziska.rabenschlag@bfh.ch

Claus Räthke ist Absolvent des ersten EX-IN Kurses in Bremen und arbeitet jetzt für die psychiatrische Zeitschrift Irrtu(r)m. Irrtu(r)m ist ein seit 1988 bestehendes professionell begleitetes Forum für Menschen mit psychischer Erkrankung. Außerhalb eines institutionellen Rahmens ermöglicht der Irrtu(r)m den Betroffenen ihre Erfahrungen schriftlich und künstlerisch darzustellen. Die Texte und Bilder werden in einem Buch, das selbst erstellt und vertrieben wird, veröffentlicht. Internet: www.initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de/irrturm.

Kontrakt: irrturm@initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de

***Klaus Raupp**, Sozialpädagoge und Leiter Case Management der ipw, (Integrierte Psychiatrie Winterthur).

Kontakt: Klaus.Raupp@ipwin.ch

Jürgen Rave, Pflegedienstleiter Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst (APP).

Kontakt: juergen.rave@pzn-wiesloch.de

***Julie Repper**, PhD, RGN, RMN, Reader and Associate Professor of Mental Health Nursing and Social Care, School of Nursing, Faculty of Medicine & Health Sciences, University of Nottingham UK. Sie ist Autorin zahlreicher Publikationen über psychiatrische Pflege in der Gemeinde, über Recovery und über die Zusammenarbeit mit psychiatrienerfahrenen Menschen in Ausbildung, Forschung und Praxis. Internet: www.nottingham.ac.uk/nursing/staff-lookup/academic-staff.php.

Kontakt: Julie.Repper@nottingham.ac.uk

***Dirk Richter**, Dr.phil., ist Krankenpfleger und habilitierter Soziologe. Er ist Lehrbeauftragter am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule, Qualitätsbeauftragter und wissenschaftlicher Mitarbeiter der LWL-Klinik Münster sowie Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Münster. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind psychiatrische Pflegeforschung, psychiatrische Soziologie und Epidemiologie sowie Aggressionsforschung.

Kontakt: dirk.richter@bfh.ch

Peter Rieder, Pflegewissenschaftler MNSc, Pflegeexperte, Pflegefachmann Psychiatrie, arbeitet als Pflegeexperte und pflegerischer Bereichsleiter Gerontopsychiatrie in den

Universitären psychiatrischen Diensten UPD Bern.

Kontakt: peter.rieder@gef.be.ch

***Doris Rolke** ist Sozial- und Milieupädagogin, Dipl. Sozialpädagogin, und arbeitet in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld Bethel. Sie ist - zusammen mit Marie Boden - Autorin des „Buchs Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen: Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe“ (Psychiatrie Verlag, Bonn).

Kontakt: Doris.Rolke@evkb.de

***Dorothea Sauter**, ist Krankenschwester und Fachbuchautorin, u.a. Mitautorin des "Lehrbuchs Psychiatrische Pflege" (Huber, Bern). Sie arbeitet als Pflegedienstleiterin im LWL-Pflegezentrum in Münster.

Kontakt: d.sauter@wkp-lwl.org

***Alexandra Schäfer**. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)

Kontakt: st62a1@diako-online.de

***Arnold Scheuch** ist Diplomkrankenschwester, Stationsleitung. und Marte Meo Therapeut. im Otto Wagnerspital in Wien. Er ist im Bereich Gerontopsychiatrie und Psychosomatik an der Station 20/2 tätig. Internetseite: www.wienkav.at/kav/ows/ZeigeAnsprech.asp?ID=4781.

Kontakt: arnold.scheuch@wienkav.at

***Uwe Schirmer** ist Diplom Pflegepädagoge. In den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten vertritt er die Arbeitsgruppe Pflegeforschung des Geschäftsbereiches Forschung und Lehre im Bereich Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind die Adhärenzforschung sowie die Fortbildung. Internetseite www.forschung-bw.de/VersFPflege/Frame_VersFPflege.html.

Kontakt: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de

***Susanne Schoppmann**, Dr.rer. medic., Dipl.Pflegewirtin(FH), Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege, Lehrbeauftragte an der privaten Universität Witten/Herdecke.

Kontakt: s.schoppmann@web.de

Wolfgang Schrenk, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer Aggressionsmanagement stellvertretender Stationspfleger einer psychiatrischen Akutstation, Allgemeinpsychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien.

Kontakt: wolfgang.schrenk@wienkav.at

***Michael Schulz**, Dr. rer.med., ist Psychiatriepfleger und promovierter Pflegewissenschaftler. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel vertritt er den Bereich psychiatrische Pflegeforschung. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind die Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege sowie Adhärenzforschung. Internetseite: www.psychiatrie-forschung-bethel.de/mitarbeiter/schulzdt.html.

Kontakt: Michael.Schulz@evkb.de

Rita Schwahn, Pflegedienstleitung, St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: rita.schwahn@st-annastifts Krankenhaus.de

Markus Schwarz, Stationsleitung, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen.

Kontakt: markus.schwarz@st-annastifts Krankenhaus.de

***Harald Stefan**, MNSc, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer für Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement, Allgemeinpsychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien. Er ist Erstautor der Lehrbücher „Praxishandbuch Pflegeprozess“ und „Praxis der Pflegediagnosen (Springer).

Kontakt: harald.stefan@wienkav.at

***Regine Steinauer** ist Psychiatrie-Pflegefachfrau und derzeit im letzten Jahr des Masterstudienganges am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Sie arbeitet in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) einerseits als Pflegefachfrau im ambulanten Dienst Sucht und führt andererseits in der Funktion als Pflegewissenschaftlerin Projekte auf einer offenen Abteilung des Abhängigkeitsbereiches durch.

Kontakt: regine.steinauer@upkbs.ch

Tilman Steinert, Prof. Dr. med., Leiter der Abteilung Versorgungsforschung, Chefarzt Abteilung Allgemeinpsychiatrie/Bodenseekreis, Stellvertretender Ärztlicher Direktor am Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Ravensburg.

Kontakt: tilman.steinert@zfp-weissenau.de

Simone Stuhlmüller, Pflegedienst, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch.

Kontakt: Simone.Stuhlmüller@PZN-Wiesloch.de

***Robert Thein**, Diplomierter Pflegefachmann HF (in Weiterbildung HöFa I NDS), Trainer für Aggressionsmanagement, Psychiatrie-Zentrum Hard, Leitung von überbetrieblichen Kursen (ÜK) für Fachangestellte Gesundheit (FAGE) zum Thema: „Gewalt- und Aggressionsmanagement im beruflichen Alltag“.

Kontakt: robert.thein@pflegewissenschaften.eu

Katharina Theiss, Esslingen

***Christiane Tilly** ist Erziehungswissenschaftlerin und Ergotherapeutin und hat eigene Erfahrungen mit Borderline. Sie ist Mitautorin von „Borderline: Das Selbsthilfebuch“ und Mitbegründerin der bundesweiten Borderline-Trialog-veranstaltungen. Seit 2001 hält sie Vorträge, führt (dialogische) Fortbildungen durch und ist an unterschiedlichen Projekten für Menschen mit Borderline bzw. deren Angehörige beteiligt. Derzeit arbeitet sie in einer psychiatrischen Klinik.

Kontakt: christiane.tilly@t-online.de

Barbara Tönges, Esslingen

***Peter Ullmann**, Diplom Pflegewirt FH, Diplom Pflegefachmann HF, examinierter Krankenpfleger, arbeitet am Psychiatriezentrum Hard in Embrach CH. Seine Spezialgebiete sind Advanced Nursing Practice, Beratung und Patientenedukation. Internet: www.pflegewissenschaften.eu.

Kontakt: peter.ullmann@pflegewissenschaften.eu

***Frank Voss**, Krankenpfleger, sozialtherapeutische Fachkraft, ist Pflegepädagogischer Mitarbeiter / Dozent für psychiatrische und forensische Pflege sowie Sozio- und Milieuthérapie an der Rhein-Mosel-Akademie in Andernach, und Stationsleiter in der Klinik Nette-Gut, Andernach.

Kontakt: F.Voss@Rhein-Mosel-Akademie.de

***Markus Weber**, BA (Pflege/Pflegemanagement, Krankenpfleger, ist Qualitätsbeauftragter und stv. Leitende Pflegekraft der Wohn- und Pflegeheime am Zentrum für Psychiatrie, Münsterklinik, Zwiefalten D.

Kontakt: webmar17@web.de

Lutz Wehlitz, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: Lutz.Wehlitz@evkb.de

Lars Weigle, Dr. med., Facharzt für Nervenheilkunde, Neurologie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Abt. Allgemeinpsychiatrie, Ev. Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: Lars.Weigle@evkb.de

***Sabine Weißflog**, Krankenschwester, stv. Pflegedienstleiterin, Studium Pflegemanagement (Abschluss 08), Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, Wiesloch.

Kontakt: c/o_juergen.rave@pzn-wiesloch.de

***Rosemarie Welscher** ist Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Referentin für Frauenfragen mit dem Schwerpunkt Pädagogische Beratung. Sie absolviert derzeit ein

Studium zur Diplompflegewirtin und ist Mitglied in der AG IzEP®. Tätig ist Rosemarie Welscher im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als Pflegerische Abteilungsleitung der Abteilung Allgemeine Psychiatrie II. Ein Tätigkeitsschwerpunkt ist die Umsetzung von Primary Nursing.

Kontakt: Rosemarie.Welscher@evkb.de

Stefan Wermelinger ist Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberarzt der Station 70A der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation am Psychiatriezentrum Rheinau.

Kontakt: stefan.wermelinger@pzs.zh.ch

Katja Wingenfeld, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Kontakt: k.wingenfeld@uke.uni-hamburg.de

Gianni Zarotti, Dr. med., Leitender Oberarzt Adoleszentenpsychiatrie, Direktion Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: gianni.zarotti@gef.be.ch

***Gianfranco Zuaboni**, Pflegeexperte HöFa II, dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, Sanatorium Kilchberg Psychiatrische Privatklinik, Kilchberg CH.

Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

