



# ***Leadership in der psychiatrischen Pflege***

***Eine Herausforderung für Praxis - Management –  
Ausbildung – Forschung- Politik***

Vorträge und Posterpräsentationen  
6. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien

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



Leadership in der psychiatrischen Pflege. Eine Herausforderung für Praxis -  
Management – Ausbildung – Forschung- Politik

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

IBICURA, Unterostendorf 2009

ISBN 978-3-9813019-1-5

Umschlaggestaltung: Stilus Grafik; Möchengladbach

Druck und Verarbeitung: Ipoly; Kirchseeon, Komarno



## **Vorwort der Veranstalter:**

### **Der 6. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie**

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Zum sechsten Mal erscheint nun das Buch zum Dreiländerkongress, zum zweiten Mal ist der Austragungsort Wien. Für viele Menschen ist der Kongress über die Jahre zu einem strukturgebenden Merkmal geworden, ein vertrauter Bekannter, auf den man sich in dunkler Jahreszeit freut. Neben dem Programm und der Stadt ist immer auch das Treffen anderer Kolleginnen und Kollegen ein wichtiges Motiv für die Teilnahme am Kongress. Gerade heute, wo psychiatrische Pflege zunehmend grenzüberschreitend denken muss, die Distanzen größer, der Austausch über Internet und E-Mail aber auch leichter geworden sind, gibt es Menschen, die trifft man leibhaftig nur einmal im Jahr und nur auf dem Dreiländerkongress. Wir stellen auch fest, dass es Personen, Kliniken oder Arbeitsgemeinschaften gibt, die sich über die Jahre einen festen Platz im Programm erarbeitet haben.

Das diesjährige Kongressthema heißt Leadership. Wir haben uns dafür entschieden, weil wir davon ausgehen, dass Wandel und Veränderungen immer auf Personen und Projekte angewiesen sind, die dabei vorgehen und Richtungen weisen. Die Suche nach möglichen Referenten erwies sich als schwierig. Es gibt im deutschen Sprachraum nicht viele Fachpersonen, die sich im Hinblick auf Entwicklungen im Gesundheitswesen mit dem Thema Leadership beschäftigen und bisweilen entsteht auch der Eindruck, dass hinter dem grell leuchtenden Schlagwort nur wenig Substanz zu finden ist und Praxisprojekte rar sind.

Deswegen waren wir besonders positiv überrascht, dass sich mehrere eingereichte Arbeiten mit dem Thema Leadership auseinandersetzen. Dies gab uns die Möglichkeit, besser zu verstehen, was der Begriff für unsere Berufsgruppe bedeutet und wie er in der Praxis gelebt oder umgesetzt werden kann.

Im Allgemeinen hat man eine ein wenig einseitige Sicht von Führungspersonen oder Leadern. Man stellt sich Menschen vor, die in irgendeiner Weise öffentlich werden, indem sie z.B. Lehrbücher schreiben, Berufspolitik betreiben oder in Vortragsälen die Anwesenden auf neue Zeiten einschwören. Wie die Beiträge im vorliegenden Tagungsband zeigen, bedeutet Leadership mehr. Es sind wesentliche Impulse in Sachen Leadership auch in weniger öffentlichen Räumen zu finden. Das Entwickeln von Visionen, Gestaltung von Veränderungen und die Beteiligung von Betroffenen sind Prozesse, die dank den Mitarbeitenden auf den Stationen, in der häuslichen Pflege und in anderen Bereichen der psychosozialen Versorgung vorangetrieben werden. Leadership geschieht also auf den verschiedensten hierarchischen Ebenen und in den unterschiedlichsten Versorgungsbereichen. Theofanidis und Dikatpanidou [1] benennen folgende charakteristischen „Leader-Merkmale“:

### **Angemessenes Wissen**

Es wird immer deutlicher, dass psychiatrisch Pflegende mehr Wissen benötigen, um dem steigenden Begründungsdruck im Gesundheitswesen und der Forderung nach evidenzbasierter Pflege standzuhalten und handlungsfähig zu bleiben. Es geht darum zu klären, welches Wissen benötigt wird, auf welchen Grundlagen es beruht und wie und in welchem Bildungsbereich es vermittelt werden soll. Dabei gilt es neben den stetig wachsenden Erkenntnissen aus der quantitativen Forschung auch die Wirklichkeit, die in den individuellen Geschichten der zu Pflegenden und in den Erfahrungen der Pflegenden verborgen sind, zu erkennen, zu explizieren und für unser Handeln zu nutzen. Nimmt man dies ernst, so ergibt sich hier ein Plädoyer für Vielfältigkeit ergänzend zu standardisierten Programmen.

### **Erfahrung**

Leaderinnen und Leader verfügen über Erfahrung und damit über Expertenwissen. Hinter diesem Wort verbergen sich nicht selten Jahrzehnte der Arbeit in der Pflege. Aber Erfahrung alleine macht noch keine Führungspersönlichkeit aus. Dazu gehören auch die Bereitschaft, die Erfahrung mit neuem Wissen zu verbinden, gelegentlich quer zu denken, das Altvertraute in Frage zu stellen und auch den Mut zu haben unorthodoxe Wege zu gehen.

## **Virtuosität**

Standards sind ab und zu eine ganz gute Idee. In der Pflege erfolgreich zu sein, bedeutet aber vor allem der Komplexität der Situationen und Systeme offen zu begegnen. Hier sind es vor allem die kreativen Entscheidungen, an denen man eine Leaderpersönlichkeit erkennt.

## **Vertrauen**

Leader vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und haben die Gabe, ihren Mitarbeitenden ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. In einer zunehmend unübersichtlichen Welt ist es für viele wichtig zu wissen, dass es jemanden gibt, der Rat weiß und den Überblick hat.

## **Mobilität**

Leader haben in den seltensten Fällen immer an ein und demselben Ort gearbeitet, sondern ihre Erfahrungen in verschiedenen Einrichtungen gesammelt. Pflegende sind häufig stark mit den Institutionen, in denen sie tätig sind und mit ihren Teams verbunden. Der Dreiländerkongress bietet auch eine Plattform dafür, sich zu verabreden um sich gegenseitig zu besuchen und vielleicht auch Mitarbeiteraustauschprogramme zu entwickeln.

## **Effektivität**

Effektivität meint, Wirklichkeit zu verändern und diese Veränderung auch sichtbar zu machen.

## **Wertschätzung**

Aus der Arbeitswissenschaft wissen wir, dass die Anerkennung der erbrachten Leistung hoch relevant für die Arbeitszufriedenheit ist und vor allem Pflegende vor Burnout schützt. Wertschätzung kommt auch in der psychiatrischen Pflege häufig zu kurz. Ein Leader schätzt die Fähigkeiten der Mitarbeitenden, aber auch seine eigenen und bringt dies angemessen zum Ausdruck.

## **Leiten, führen**

Menschen, die als Leader beschrieben werden, sind dafür bekannt, dass sie hohen Einsatz zeigen, sich für ihre Ideen engagieren und neue Inhalte in Fachdiskussionen einbringen.

Psychiatrische Pflege im Wandel braucht also starke Persönlichkeiten und vor allem Kreativität. Dass wir in unserer Berufsgruppe über beides verfügen, zeigen die Beiträge in dieser Kongressdokumentation.

Zu berichten ist außerdem, dass wir unser Organisationsteam erweitert haben: Sabine Hahn von der Berner Fachhochschule bereichert das Organisationsteam und löst Ian Needham, dem wir an dieser Stelle herzlich danken, als wissenschaftliche Leitung ab. Sie hat maßgeblichen Anteil an der Erstellung des Kongressbandes, sowie der Programmgestaltung und wir freuen uns sehr, dass wir sie gewinnen konnten.

Glücklich sind wir darüber, dass es wieder einmal gelungen ist, einen so umfangreichen Kongress mit Keynotespeakern, Parallelveranstaltungen, Verpflegung, Rahmenprogramm und Kongressband auf die Beine zu stellen. Dafür gilt besonders Harald Stefan, als diesjährigem Hauptveranstalter großer Dank. Unterstützt wurde er dabei von Nico Oud und seinem Team, die in ihrer Kongressausrichtung durch hohe Professionalität beeindrucken. Zu danken ist auch Inge Bauer und dem Ibicura-Verlag, die den Tagungsband in gewohnt bewährter Weise verlegt haben.

Stolz sind wir darauf, dass auch dieser Kongress, ebenso wie die vorangegangenen ohne Unterstützung aus der Pharmaindustrie zustande gekommen ist.

Wien, Oktober 2009

## **Literatur**

1. Theofanidis D., Dikatpanidou S. (2006) Leadership in Nursing. ICUS Nurs Web J (25) 1-8



# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Vorwort der Veranstaltenden: Der 6. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie</b>	<b>5</b>
<i>Sabine Hahn, Susanne Schoppmann, Harald Stefan, Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz</i>	
<b>Präsentationen und Workshops</b>	<b>15</b>
Leadership durch Forschung – eine Erfolgsgeschichte aus der Schweiz	15
<i>Christoph Abderhalden, Ian Needham</i>	
(Multi)systemische Gruppentherapien integrieren ambulante und stationäre Behandlungen in einem multiprofessionellen Team	17
<i>Gamal Abedi, Markus Schwarz, Elke Boida, Rita Schwahn und Jochen Gehrman</i>	
Psychiatrische Pflege und ätherische Öle in der freien Pflegepraxis – eine mögliche emanzipierte Zukunftsvision der Pflege?	23
<i>Claudia Arbeithuber</i>	
Erfahrungen mit Leadership – Erfolg, Wirksamkeit, Leistung, Beitrag	30
<i>Rüdiger Bauer</i>	
Betriebliches Leadership aus der Sicht des höheren Managements	41
<i>Markus Bobst, Fritz Frauenfelder</i>	
Achtsamkeit: Vermittlung von Aufmerksamkeit für psychoseerkrankte Menschen	
<i>Marie Boden, Doris Feldt</i>	
Gegenwarts- und Zukunftsvorstellungen zur Rolle und Funktion psychiatrisch Pflegenden – aus Sicht eines Pflegedirektors	48
<i>Uwe Braamt</i>	
Leadership – Esoterischer Kuschelführungsstil oder alter Wolf in neuem Schafspelz? Eine kritische Sicht eines Organisationsberaters im Gesundheitswesen	50
<i>Rolf Brüderlin</i>	
Wider den Zufall! Gezielte Pflegeentwicklung durch Teamverantwortung von Pflegedienstleitungen und Pflegeexperten unter der Prämisse: nicht alle Pflegenden sind gleich!	57
<i>Bärbel De Stefani, Guntram Fehr</i>	
Konzept der Drogenstation H203 in der Landes Nervenklinik Wagner – Jauregg, Linz	64
<i>Maria Dober</i>	
Die Interprofessionelle Kommunikation als erster Schritt zur interdisziplinären Behandlung im Rahmen der Altersmedizin.Arzt / Leitungstandems organisieren Mitarbeiterströme	70
<i>Thomas Duch, Ina Jarchov</i>	
Psychiatrische Pflege auf einer Station für britische Soldaten in einem diakonischen Krankenhaus	72
<i>Tina Earl, Jacqueline Rixe, Michael Schulz</i>	
Der Weg zu ressourcenaktivierenden und prozessorientierten Teambesprechungen	78
<i>Wolfgang Egger</i>	
Clinical Leadership auf einer psychiatrischen Station	81
<i>Urs Ellenberger</i>	
Alltagskompetenz der pflegebedürftigen Menschen in der Wahrnehmung der Pflegenden	86
<i>Switlana Endrikat, Janet Hasse, Martin Juriga Marlene Henkel, Kerstin Marx</i>	

'Quo vadis ANP' - brauchen wir das in Österreich auch? <i>Ursula Fiala</i>	95
Leadership und Integriertes Sicherheitsmanagement mit Schwerpunkt Evakuierung <i>Wolfgang Fiala</i>	96
ANTISTIGMA-KOMPETENZ für die psychiatrische Pflege <i>Lena Freimüller; Harald Zäske; Wolfgang Gaebel; Wolfgang Wölwer</i>	98
Es gibt viel zu tun - packen wir es an? <i>Christine Frötscher</i>	105
Berufliche Kompetenzen in der Psychiatrischen Pflege <i>Manuela Grieser, Christoph Abderhalden, Riccardo Crivelli, Susanne Knüppel, Stefan Kunz</i>	107
Was ist der Rede Wert? <i>Sabine Hahn</i>	118
Patienten- und Angehörigenedukationsprogramme: eine zentrale Aufgabe der Pflege <i>Sabine Hahn, Kathrin Sommerhalder, Franziska Boinay</i>	122
Lernbehinderte Straftäter im Englischen Strafrechtssystem <i>Michael Hallenbach</i>	130
Behandlungskonferenz auf einer Psychosenstation – Zusammenarbeit im Kontext der universitären Medizin <i>Heiner Hasslöwer</i>	132
Der Versorgungsbedarf von KlientInnen der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern <i>Anna Hegedüs, Hanna Mayer, Uli Junghan, Christoph Abderhalden</i>	134
Kinder psychisch kranker Eltern im Fokus der psychiatrischen Pflege – Präventive Angebote als zukünftige konzeptionelle Herausforderung <i>Dieter Heitmann, Miriam Schmuhl</i>	142
Elternschaft und psychische Erkrankung <i>Katrin Herder</i>	148
Suizidalität aus Sicht der Pflegeforschung: Eine systematische Literaturanalyse <i>Marion Käfer, Bernd Kozel, Hanna Mayer, Christoph Abderhalden</i>	154
KIPS - ein erfolgreiches Präventionsprojekt von Jugendhilfe und Psychiatrie <i>Katrin Herder</i>	160
Handlungssicherheit steigern – kritische Situationen meistern <i>Barbara Kuhlmann, Werner Stuckmann</i>	166
Welche Auswirkungen hat die Reduktion von zwei akutpsychiatrischen Stationen? Tätigkeitsanalyse des therapeutischen und pflegerischen Dienstes, anhand einer Multimomentaufnahme: Eine Methodenbeschreibung <i>Michael Löhr, Rainer Kleßmann</i>	177
Der Weg einer glücklichen Pflegedirektorin Psychiatrie <i>Regula Lüthi</i>	182
Die Stimmung ist geprägt von Aufbruch und Innovation: Stationsleitungen als Akteurinnen des Wandels <i>Nicola Maier-Kilga, Monika Eibensteiner</i>	183
Offene Tür in der Akutpsychiatrie - Führungsarbeit an der Basis <i>Werner Mayr</i>	186
Pflege als Gestalter und Sicherer von Krankenhausstrukturen <i>Martin Meyer-Marzak</i>	194

Auf der Suche nach einer zeitgemässen und zukunftsgerichteten Aus- und Weiterbildung in Psychiatrischer Pflege	196
<i>Harald Müller, Ruth Meer-Lueth, Stefan Kuhn, Franziska Rabenschlag</i>	
Welche Auswirkungen hat die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen auf ihre pflegenden Angehörigen?	199
<i>Irene Müller, Hartmann Hinterhuber, Georg Kemmler, Josef Marksteiner, Elisabeth M. Weiss, Christa Them</i>	
Setting und berufsgruppenübergreifendes Arbeiten des Pflegeteams am Zentrum für Psychische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig	210
<i>Alexander Neumann, Manja Wagner, Hans Jerratsch, Katarina Stengler</i>	
„Das assoziative Gemeinschaftsgedächtnis“ Biographisch orientiertes Gedächtnistraining in heterogenen Gruppen am Beispiel der „Anne Kohn Feuermann“-Tagesstätte für SeniorInnen	212
<i>Susanne Ogris, Thomas Barth</i>	
Leadership und psychiatrische EDV Dokumentation	219
<i>Eva Part, Harald Stefan</i>	
Die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflege in der Suchttherapie „Vom Wärter zur Gesundheitsschwester“	226
<i>Romed Plattner</i>	
Pflege und Arzt auf Augenhöhe – ein Therapiekonzept!	230
<i>Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle</i>	
Master of Advanced Studies in Mental Health: Psychiatrische Pflege für die Zukunft rüsten	232
<i>Franziska Rabenschlag, Andreas Heuer, Marie-Theres Nieuwesteeg</i>	
Evaluation der Betreuungsarbeit in ambulanten und stationären Wohnformen für psychisch kranke und behinderte Menschen in Westfalen-Lippe	235
<i>Dirk Richter</i>	
Die zukünftige Rolle der psychiatrischen Pflege: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der ‘neuen’ Pflege- und Betreuungskonzepte Empowerment, Recovery, Coaching, Inklusion	242
<i>Dirk Richter, Thomas Schwarze, Chris Abderhalden, Sabine Hahn</i>	
Körperliche Gesundheit bei ambulant behandelten Menschen mit anhaltenden psychiatrischen Störungen	250
<i>Annina Sahli, Anna Schmid, Ulrich Junghan, Christoph Abderhalden</i>	
„Einer für Alle! Alle für Einen!“ – Das multiprofessionelle Team in der Kinder – und Jugendpsychiatrie	257
<i>Alexandra Schäfer, Bärbel Durmann, Ursula Hamann, Thomas Lange, Bernhard Prankel</i>	
Der Rotenburger Kooperationsstandard in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	259
<i>Alexandra Schäfer, Bärbel Durmann, Ursula Hamann, Thomas Lange, Bernhard Prankel</i>	
Leadership im Wandel der Zeit	266
<i>Arnold Scheuch</i>	
Ist die Pflege demenziell erkrankter Menschen messbar?	268
<i>Eckehard Schlauss</i>	
Sind heiltherapeutische Behandlungsansätze aus der Pflege und Betreuung von geistig behinderten Menschen auf die Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen übertragbar?	277
<i>Eckehard Schlauss, Albert Diefenbacher</i>	

Wie lässt sich durch die Klärung des Skill- und Grademix die Leadership-Kultur einer Organisation fördern?	283
<i>Martin Schmid, Iris Ludwig, Ingrid Wolf, Monica Krauchthaler, Anita Geerts</i>	
Problemerkfassung bei KlientInnen der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern	291
<i>Sandra Schmidinger, Ulrich Junghan, Hanna Mayer, Christoph Aberdhalden</i>	
Zur Altersstruktur psychiatrisch Pflegenden in der BRD	300
<i>Susanne Schoppmann</i>	
Leadership auf Interventionsebene - Adhärenz als pflegerische Vision	303
<i>Michael Schulz</i>	
Der psychiatrisch pflegerische Konsiliardienst: Eigenverantwortliche Aufgaben der psychiatrischen Pflege im Allgemeinkrankenhaus	311
<i>Susanne Semtner, Harald Stefan</i>	
Skills-Training bei Borderline (BLS)- und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD)	317
<i>Alice Sendera, Eva Martina Sendera</i>	
Die Bedeutung kognitiver Leistungen für die Adhärenz schizophrener Patienten.	321
<i>Alexa Spiekermann, Michael Schulz, Johann Behrens, Jürgen Stickling-Borgmann, Thomas Beblo</i>	
Praxisorientierte Pflegediagnostik – Ressourcenorientierung in der diagnostischen Arbeit	327
<i>Harald Stefan, Kurt Schalek</i>	
Beweggründe für Pflegekräfte eine Psychiatrische Akutstation zu verlassen und Maßnahmen, die zu einem Verbleiben auf dieser Station geführt hätten	334
<i>Ilse Stefan</i>	
Einführung und Evaluation eines Instrumentes zur Datenerfassung in der opioidgestützten Behandlung: Ein Leadership Projekt	338
<i>Regine Steinauer</i>	
Adhärenztherapie bei an Psychose erkrankten Menschen Welche Ergebnisse aus Interventionsstudien liegen bisher vor?	346
<i>Jürgen Stickling-Borgmann, Michael Schulz, Martin Driessen, Thomas Beblo, Alexa Spiekermann, Johann Behren</i>	
Der Trialog – Eine Begegnung auf Augenhöhe	356
<i>Andrea Strobl, Wilfried Barlitsch</i>	
Von der psychiatrischen Krankenpflege zur Psychosozialen Begleitung	362
<i>Stefan Strusievici, Roswita Monka, Willi Schneebauer, Getraud Tabisch</i>	
Die Evaluation des Gruppenangebots einer Station mit Hilfe des Mini-ICF	363
<i>Eva Tola</i>	
Entwicklung von Tätigkeitprofilen in Advanced Practice Nursing	366
<i>Peter Ullmann, Joergen Mattenklotz</i>	
Leadership: Die Kraft der Selbstkenntnis	374
<i>Amar Voogt</i>	
Die multidisziplinäre Erweiterung der psychiatrischen Institutsambulanz am Bezirkskrankenhaus Bayreuth: Ein Projektbericht zur Implementierung der (aufsuchenden) ambulanten psychiatrischen Pflege in den Fachbereichen Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie	381
<i>Thomas Wagner</i>	

Die Pflege in den bayerischen Psychiatrischen Institutsambulanzen: Biographie eines Berufsbildes, Ergebnisse einer Umfrage, Schlussfolgerungen für die Praxis <i>Thomas Wagner und Eva Schaller</i>	389
Sie halten sich also für einen Leader? <i>Martin Ward</i>	396
Erfolgsmythos Psychopharmaka Konsequenzen einer Neubewertung der Medikamente für die Versorgung psychisch kranker Menschen <i>Stefan Weinmann</i>	424
Rationierung in der psychiatrischen Pflege: Ergebnisse einer qualitativen Pilotstudie <i>Sabine Weißflog, Annette Friedeck, Martina Schröder, Sabine Reinelt, Bernd Reuschenbach</i>	428
Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP©) - und dann? <i>Rosemarie Welscher, Michael Schulz, Christoph Abderhalden, Johanna Feuchtinger, Dobrin Schippers, Christiane Schäpe, Elisabeth Schori</i>	435
10 Jahre Mitarbeiterbefragung in der III. Psychiatrischen Abteilung oder Bereitschaft einer Leitung Veränderungen auch zuzulassen <i>Peter Wodicka</i>	437
10 Mutmacher für potentielle Führungspersonen <i>Wilhelmina Zwemer</i>	444
<b>Posterpräsentationen</b>	<b>448</b>
Gemeindenähe offene Psychiatrie: Eine Herausforderung für die Pflege in der Psychiatrie? <i>Susanne Hahn</i>	449
Projektmanagement als Herausforderung für eine junge Stationsleitung, am Beispiel des Projektes: „Integrative pflege und Betreuung von psychisch kranken Müttern, ihrem Säugling und deren Bezugspersonen“ <i>Nicola Maier-Kilga und Monika Eibensteiner</i>	451
Berufsbergreifende Tätigkeiten des Pflegeteams innerhalb der multiprofessionell arbeitenden Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) am Universitätsklinikum Leipzig <i>Karen Müller, Anke Oppenheim, Hans Jarratsch, Katarina Stenger</i>	453
„Einsatz Demenz“: Schulung von Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten im Vollzug für den „Einsatz mit an Demenz erkrankten Menschen“ <i>Regina Petri, Ingeborg Germann</i>	454
Training für eine einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege auf Grundlage der einfühlsamen oder gewaltfreien Kommunikation (GFK) nach M.B. Rosenberg <i>Uwe B. Schirmer, Tanja Waidmann</i>	457
Herausforderungen für einen empathischen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen <i>Eckehard Schlauss</i>	462
Ist die Pflege demenziell erkrankter Menschen messbar? <i>Eckehard Schlauss</i>	463
Psychosoziale Betreuung und Pflege – Ist die Pflege Bestandteil der psychosozialen Betreuung, oder ist die psychosoziale Betreuung Bestandteil der Pflege? <i>Eckehard Schlauss, Albert Diefenbacher</i>	465
Weiterbildung zur Fachkraft für Soziopsychiatrische Betreuung <i>Gabriele Stachura</i>	467
Würgebefreiungen im Aggressionsmanagement <i>Robert Thein und Peter Ullmann</i>	469
<b>Autorinnen und Autoren</b>	<b>471</b>

# Präsentationen und Workshops

## *Hinweis*

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

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

## **Leadership durch Forschung – eine Erfolgsgeschichte aus der Schweiz**

*Christoph Abderhalden, Ian Needham*

Leadership wird in der Pflege meist mit Führungspersonen in Institutionen oder aus der Berufspolitik in Verbindung gebracht. In diesem Beitrag wird anhand des mehrjährigen Forschungsprojekts „Gewalt in der Psychiatrie“ und seiner Satellitenprojekte und Begleitaktivitäten dargestellt, wie auch in der Forschung tätige Pflegewissenschaftler im Bereich der fachlichen Entwicklung und in der Wissenschaftsentwicklung Leadership übernehmen können.

Anhand von Resultaten eines Surveys Aggressionsmanagement auf psychiatrischen Akutstationen in der deutschsprachigen Schweiz in den Jahren 2001 und 2009 werden Veränderungen der Praxis dargestellt, die mit dem Forschungsprojekt in Verbindung stehen. Daneben werden weitere Implikationen des Projekts im Bereich der Berufs- und Wissenschaftsentwicklung skizziert.

Aus den dargestellten Erfahrungen werden Schlussfolgerungen abgeleitet für die Möglichkeiten, mittels Forschung zur Entwicklung unseres Fachs beizutragen.

# **(Multi)systemische Gruppentherapien integrieren ambulante und stationäre Behandlungen in einem multiprofessionellen Team**

*Gamal Abedi, Markus Schwarz, Elke Boida, Rita Schwahn und Jochen Gehrman*

## **Zusammenfassung**

Die Förderung sicherer Bindungen, individueller Ressourcen und der Selbstheilungskräfte von Familien schaffen einen therapeutischen Entwicklungsraum in der Arbeit mit seelisch belasteten Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern [5, 6]. 2008 hatten wir in Bern über unsere Erfahrungen mit Hausbesuchen berichtet [1]. Hier berichten wir nun über differenzierte Gruppentherapieangebote.

## **Ambulante Gruppentherapien integrieren ambulante und stationäre Behandlung**

Ambulante Gruppentherapien vernetzen Ressourcen schonend und auch kosteneffektiv ambulante und (teil)stationäre Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und nutzen damit Synergieeffekte unterschiedlicher Klinikbereiche.

In einem *Continuum of Care* mit differenzierten ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten können Kinder und Jugendliche flexibler und besser in ihren sozialen Lebensraum integriert behandelt werden [7, 10]. Eine tagesklinische Behandlung bezieht die Familie dabei möglichst eng ein. Hausbesuche durch den Bezugsbetreuer fördern verlässliche Bindungen während einer tagesklinischen Behandlung und integrieren so die Familie rascher in den Behandlungsprozess [1,4].

## **Grundelemente**

Je ausgeprägter der multisystemische Ansatz, d.h. die Einbeziehung mehrerer Familien, desto mehr können die Familien von Erfahrungen anderer betroffener Familien lösungsorientiert lernen. Die Gruppentherapien sind curriculär aufgebaut, wobei die Konzepte im Verlauf kontinuierlich weiterentwickelt und den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmer angepasst werden. Gemeinsame Rituale, Hausaufgaben, Behandlungsverträge, auch die Unterstützung von Kontakten der Kinder, Jugendlichen bzw. ihren Eltern außerhalb der Gruppensitzungen, persönliche Einladungen und Kontaktaufnahmen bei Bedarf zwischen den Sitzungen erhöhen die Bindung der Familien und damit eine kontinuierliche Teilnahme. Die meisten Gruppen bestehen aus festen Modulen, die zum Teil, so bei der Skills-Gruppe flexibel kombiniert werden können, wobei andere, so „KONTAKT“ für Jugendliche mit einem Asperger-Syndrom halboffen angeboten werden. Der organisatorische Aufwand darf dabei jedoch nicht unterschätzt werden.

Multiprofessionalität ist ein Kernelement, d.h. ein Mitarbeiter aus dem Pflege- und Erziehungsdienst plant, gestaltet und führt die jeweilige Gruppentherapie gemeinsam mit einem Mitarbeiter einer anderen Berufsausbildung, z.B. einem Arzt oder Psychologen, durch. Fachtherapeuten, so aus den Bereichen Kunst-, Musik-, Ergotherapie, beteiligen sich bei Bedarf ebenso wie Lehrerinnen hier im Krankenhausunterricht.

Der multiprofessionelle Ansatz schärft den Blickwinkel auf die Patienten, die Schnittstelle zwischen Therapie und Pädagogik wird betont. Gemeinsame Fall- und Konzeptarbeit vernetzt zusätzlich die Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen. Im multisystemischen und multiprofessionellen Konzept der ambulanten Therapiegruppen erhält der Pflegebegriff eine ressourcenorientierte Bedeutung, in dem Selbstheilungskräfte gefördert, Kompetenzen von Eltern und Kindern gestärkt und hierdurch einer evtl. Chronifizierung von psychischen Erkrankungen entgegen gewirkt werden kann. Unsere Gruppentherapien sind entweder störungsbild- oder handlungsorientiert, altersdifferenziert und beziehen in unterschiedlicher Konstellation stets die Eltern bzw. auch Geschwister ein.

## **Störungsbildorientierte Gruppentherapien**

**„Schwer zu bremsen“:** für sehr aktive und impulsive Kinder und Jugendliche und ihre Eltern [3]: In einer gemischten Eltern/Kindgruppe bearbeiten wir in verschiedenen Settings (Kinder, Eltern, Eltern/Kind Gruppe) in unterschiedlichen Modulen u.a. die Themen: Wie können wir Konzentration trainieren, wie ausdauernder lernen? Welche Tipps gibt es für die Hausaufgaben? Wie können wir Freundschaften aufbauen und halten, Konflikte gewaltfrei lösen und lernen, gelassener mit Anforderungen Umzugehen? Wie können Eltern ihre Kinder beim Lernen unterstützen? Was bedeutet eigentlich `Aufmerksamkeit`? Wie können Eltern mit mehr Konsequenz erziehen? Wie komme ich von der Theorie zur Praxis? Welchen Stellenwert haben Medikamente? Der Altersschwerpunkt der Kinder bzw. Jugendlichen liegt zwischen 8 und 13 Jahren. Die Gruppe arbeitet multisystemisch, d.h. stets mit den betroffenen Familien. Einzelne Module gestaltet federführend eine Förderschullehrerin.

**„Nur Mut, dann geht`s gut!“:** für sozial unsichere und ängstliche Kinder und Jugendliche. Wir bearbeiten in der Gruppe u.a. die Themen: Angstkreisläufe, Auslöser, Konflikte, Wahrnehmung eigener Gefühle und der Reaktionen anderer und arbeiten daran, den Alltag entspannter zu gestalten, gelassener mit Stress umzugehen und eigene Wünsche offener zu vertreten. Altersschwerpunkt der Kinder bzw. Jugendlichen liegt zwischen 8 und 12 Jahren. Die Mehrzahl der Gruppentherapiesitzungen ist kindzentriert, wobei wir auch die Eltern regelmäßig einbeziehen und beispielsweise psychoedukativ mit ihnen arbeiten.

**„Chill mit Skill“:** für emotional-instabile bzw. hochgradig impulsiv agierende Jugendliche im Alter zwischen 15 und 18 Jahren. Ziel der Skillsgruppe ist das Erlernen neuer Fertigkeiten und deren aktiven Einsatz im Alltag. Zwischenmenschliche Techniken, Umgang mit Gefühlen und bessere Stresstoleranz stellen Schwerpunkte dieses Trainings dar. Je mehr „Alltags-Werkzeuge“ die Jugendlichen zur Verfügung haben, desto besser kommen sie im Leben und in Interaktionen mit Mitmenschen zurecht. Insgesamt werden vier Bausteine nach DBT (Achtsamkeit, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Stresstoleranz und für Jugendliche noch „walking the middle path“) angeboten. Einzelne Bausteine können ggf. auch separat in Anspruch genommen

werden. Grundvoraussetzung für eine Teilnahme ist jedoch eine individuelle begleitende Einzelpsychotherapie. Nachdem die Gruppe anfangs ausschließlich Mädchen aufgenommen hat, arbeiten wir nun auch zusätzlich mit Jungen. Eltern werden gegenwärtig nicht gezielt einbezogen.

**„Flotte Kinder, fitte Eltern“:** für Kinder mit expansiven Störungen und erziehungsunsichere Eltern. Ziel ist in einer Gruppe betroffener Familien mit erzieherisch herausfordernden, sehr aktiven, Regeln schwer einhaltenden Kindern etwa im Alter zwischen 7 und 12 Jahren und ihren Eltern ein sozial angemesseneres Verhalten sowie entsprechenden Strukturen in den Familien zu fördern. Die Gruppe arbeitet multisystemisch.

**„KONTAKT“:** eine ambulante Gruppentherapie für Jugendliche (etwa im Alter zwischen 10 und 16 Jahren) mit einem Asperger-Syndrom. In dieser Gruppentherapie lernen sie, Gefühle bei sich und anderen besser wahrzunehmen, sozial angemessene Kontakte aufzunehmen und zu halten. Die Gruppe ist halb-offen konzipiert und bietet aber die Möglichkeit einer durchaus längerfristigen kontinuierlichen Förderung. Die Eltern werden in alternierenden Sitzungen einbezogen, wobei der Schwerpunkt hier auf einer Psychoedukation zum Störungsbild liegt, teilweise auch der Motivation zu einer Eigenbehandlung paralleler Auffälligkeiten bei einem ebenfalls betroffenen Elternteil.

### **Eher handlungsorientierte Gruppentherapien**

**„ART is it - in jedem Kind steckt ein kleiner Künstler“:** für emotional belastete Kinder und Jugendliche. Das Gruppenangebot richtet sich vorrangig an emotional beeinträchtigte, sozial isolierte und unsichere Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 16 Jahren. Gemeinsam malen und gestalten wir mit verschiedenen Materialien, gehen auf Phantasie Reisen, erzählen und hören Geschichten, die Mut und Zuversicht machen und lernen, unsere Umwelt genau zu beobachten.

**„Rhythm is it!“:** eine ambulante Musiktherapiegruppe. Kinder entdecken ihr kreatives Potential im Alltag, lernen durch Musik zu entspannen und ihre Wahrnehmung zu trainieren. Sie lernen über die Musik, neue Wege zu Mut und Zuversicht zu finden sowie Gefühle und Sorgen auszudrücken. Nachdem wir anfänglich mehr mit Jugendlichen gearbeitet haben, die aber leider nicht verlässlich mitarbeiteten und häufiger unentschuldig fernblieben, haben wir

zuletzt eine kohärentere Gruppenarbeit mit Kindern etwa im Alter zwischen 8 und 12 Jahren gestalten können.

Beide Gruppen arbeiten vorrangig kindzentriert, beziehen aber die Eltern in Form von Vor- und Abschlussgesprächen ein.

### **Fazit für die Praxis**

Ambulante Gruppentherapien fördern damit Grundelemente unseres entwicklungsorientierten Behandlungsansatzes [8], d.h.:

Aufbau stabiler Bindungen zu den Familien,

Förderung individueller Ressourcen der Familien (und der Mitarbeiter),

Übernahme von Verantwortung durch die Familien und das therapeutische Team.

Unsere Erfahrungen mit einer Vielzahl ambulanter Gruppentherapien sind durchweg positiv. Sie vernetzen ambulante und stationäre Behandlungen, fördern die individuellen Ressourcen sowohl der Patienten als auch der Mitarbeiter und lassen sich flexibel in den Klinikalltag integrieren und weiterentwickeln. Die Grundprinzipien Multiprofessionalität, Beziehungs- und Ressourcenorientierung und multisystemisch einer Familienmedizin lassen sich unseres Erachtens auf andere Systeme, so der Jugendhilfe, übertragen, wo die betreuten Kinder und Jugendlichen beides intensiv benötigen: Therapie und Pädagogik. So zeigen die Ergebnisse von Marc Schmid [9] eine sehr große psychische Belastung gerade auch der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: 60 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen erfüllen die Diagnosekriterien für eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung, wobei sehr viele Kinder komplexe, schwer zu behandelnde Störungsbilder aufweisen. Unsere positiven Erfahrungen sowohl mit Hausbesuchen [1, 4] als auch mit ambulanten Gruppentherapien können möglicherweise auch auf andere Versorgungssysteme übertragen werden. Sie können dazu beitragen, Synergieeffekte unterschiedlicher Versorgungssysteme zu nutzen, damit Ressourcen zu schonen und sind dadurch auch unter ökonomischen Aspekten sinnvoll einzusetzen.

## Literatur

1. Abedi G., Schwarz M., Schwahn R., Pellarin M., Gehrman J. (2008) Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien während einer tagesklinischen Behandlung. In: Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery, Abderhalden C, Needham I, Schulz M, Schoppmann S, Stefan H (Hrsg). Ibicura Verlag, Unterostendorf, S. 134-137.
2. Gehrman J., Prankel B.H., Stafe N., Repp B., Bischoff L. (2005) Die multisystemische Familientherapie der Essstörungen nach dem Rotenburger Entwicklungsmodell verkürzt die stationäre Behandlungsdauer. Monatsschrift Kinderheilkunde. 153 (9).
3. Gehrman J., Boida E., Hamburger M., Meckes S., Pellarin M. (2007) Lessons learned from outpatient group therapy for children with ADHD: a multisystemic approach. Abstract 1. Internationaler ADHS Kongress 2.-5.6.2007 in Würzburg, Journal of Neural Transmission, 114 (7), XCV.
4. Gehrman J., Abedi G., Schwarz M., Wolf J.W., 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.
5. Gehrman J., Boida E., Fies U., Wolf J.W., Rellum T., Pellarin M. (2008) Lessons learned from day clinic treatment: homogenous treatment groups support attachment and resources. Oral Presentation O-84, 18th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Istanbul.
6. Gehrman J., Schwarz M., Abedi G., Boida E., Wolf J.F., Fies U., Schwahn R., Pellarin M. (2008) Tagesklinik als therapeutischer Entwicklungsraum: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 18 (2): 56 – 68.
7. Henggeler S.W., Rowland M.D., Randal J., Ward D.M., Pickrel S.G., Cunningham P.B., Miller S.L., Edwards J.E., Zealberg J.J., Hand L.D., Santos A.B. (1999) Home-based 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.
8. Prankel B.H. (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. Familiendynamik, 30, 145-183.
9. Schmid M. (2007) Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Juventa Verlag , Weinheim und München.
10. Swenson C., Henggeler S.C. (2005) Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. Familiendynamik, 30 (2), 128 – 144.

# **Psychiatrische Pflege und ätherische Öle in der freien Pflegepraxis – eine mögliche emanzipierte Zukunftsvision der Pflege?**

*Claudia Arbeithuber*

Die Tätigkeit als freiberufliche diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester ist in weiten Teilen Europas seit vielen Jahren etabliert. Im somatischen Bereich wird dieses Arbeitsfeld heute auch nicht weiter in Frage gestellt. Die Voraussetzungen zur Abrechnungen mit den Krankenkassen sind gegeben, die Tarife festgesetzt, klare Qualitätskriterien festgelegt und die allgemeine Hauskrankenpflege bei Laien wie Fachpersonal anerkannt. Nicht so in der psychiatrischen Pflege.

## **Die Situation der freiberuflichen psychiatrischen Pflege in Österreich**

In Österreich hatte es lange keine rechtliche Grundlage zur freiberuflichen Ausübung der psychiatrischen Pflege gegeben. Erst mit der Novelle des GuKG (Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz) im Jahre 1997 wurde der juristische Grundstein für diese Tätigkeit gelegt. Zuvor war es lediglich der allgemeinen Krankenpflege gestattet.

Mittels Qualifikationsnachweises, Strafregisterauszug und ärztlichem Attest konnte von nun an, bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde, ein Antrag zur freiberuflichen Berufsausübung gestellt werden. Dieses Angebot wurde sofort von einer großen Anzahl psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflegepersonen genützt. Sie haben den Antrag gestellt, eine positive Meldung erhalten – und dann, nach langem hin und her nicht gewusst, wie sie diese Möglichkeit für sich weiter nutzen könnten.

Viele haben nach langer, harter Arbeit erfahren müssen, dass die rechtliche Grundlage alleine noch keine Etablierung im Gesundheitssystem oder gar eine Anerkennung bedeutet.

Seitens der Krankenkassen gibt es kaum Standards bzw. Verrechnungsmöglichkeiten für psychiatrische Pflege im extramuralen Bereich. Aber auch seitens der Angehörigen oder Hausärzte wird oftmals keine Notwendigkeit einer weiteren pflegerischen psychiatrischen Betreuung gesehen – Facharztkontrol-

len: ja, betreuende Einrichtungen/Tagesstrukturen/Arbeitsassistenz: ja, psychiatrische Pflege: ?.

Viele wissen meist gar nicht, was psychiatrische Pflege ist. Was sie ausmacht. Es fehlt an der Basisinformation der Bevölkerung. Pflege ist da, o.k. Pflege ist im Krankenhaus, ja. Aber was soll die Pflege in der außerklinischen Betreuung im psychiatrischen Bereich machen. Was kann sie tun, was nicht auch eine ungeschulte Person auch könnte?

Das mangelnde Bewusstsein und die fehlende Information über unseren Berufsstand, sind hier die größten Probleme mit denen wir zu kämpfen haben.

Auch fehlte es an der notwendigen Beratung und Begleitung der freiberuflich Tätigen seitens der Behörden.

So mancher hat schließlich „aufgegeben“ oder arbeitet nun auf freiberuflicher Basis für eine Ambulanz, ein Krankenhaus, ein Altenheim beziehungsweise eine Langzeiteinrichtung. Der Traum einer eigenständigen, ambulanten psychiatrischen Pflege auf freiberuflicher Basis wurde für sie so jedoch nicht erfüllt.

### **Die Situation der freiberuflichen psychiatrischen Pflege in unseren Nachbarländern**

In unseren Nachbarländern Deutschland und Schweiz ist die freiberufliche Ausübung der psychiatrischen Pflege fest im Gesetz verankert. Auch scheinen hier die Bereitschaft der Krankenkassen größer und die Kooperation mit den Krankenanstalten wie niedergelassenen Ärzten leichter vonstatten zu gehen als in Österreich.

Viele Kliniken in Europa arbeiten zunehmend an einer externen Versorgung und an der Umsetzung verschiedenster Projekte zur gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. Auch Österreich ist hier vorne mit dabei. Gleichzeitig steigt die Zahl extramuraler Angebote wie auch freiberuflicher psychiatrischer Pflegepersonen. In der Schweiz wurde dies zum Anlass genommen, die Zusammenarbeit der freiberuflich Tätigen mit psychiatrischen Einrichtungen, Hausärzten und freipraktizierenden Psychiatern zu vertiefen und besser zu koordinieren.

Im Dezember 1998 starteten einige Pioniere mit der freiberuflichen Tätigkeit in Winterthur und schlossen sich zu einem Verein zusammen. Im Mai 2003 wurde er in die «Interessengruppe Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung - IG gepts» umgeändert.

Von freiberuflich ambulant psychiatrisch Pflegenden wurde im Frühjahr 2008 schließlich der Verein Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP gegründet, der sich mit großem Erfolg etablieren konnte.

Die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen sind vorhanden. Aber was noch wichtiger erscheint: die notwendige Akzeptanz der zahlenden Behörden, Angehörigen, Betroffenen und der psychiatrischen Einrichtungen ist gegeben.

### **Klinische und extramurale psychiatrische Versorgung in Österreich – ein Streifzug am Beispiel Oberösterreichs**

Nach den Schrecken des Nationalsozialismus und der damit verbundenen Diskriminierung der psychisch Kranken, benötigte die Psychiatrie in Österreich doch einiges an Kraft und vor allem auch Zeit, um ihren Weg zu finden. Die großen Kliniken, fern von Familie und Heimat erwiesen sich rasch als nicht zukunftsweisend. Erste Projekte und Überlegungen wurden angestrengt. Seit vielen Jahren heißt die treibende Kraft in der Entwicklung der Psychiatrie Österreichs „Dezentralisierung“. Von den großen, zentralgelegenen Psychiatrien, hin zur gemeindenahen Versorgung.

In Oberösterreich entstand nach 10 Jahren Planung in Wels, mit der Psychiatrischen Klinik Wels, das erste dezentrale psychiatrische Krankenhaus mit Vollversorgung. Es folgten weitere Projekte und etliche Umstrukturierungen bis 2005 die Vollversorgung an 5 Standorten gesichert werden konnte: Wels, Steyr, Vöcklabruck, Braunau und Linz (Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg). Seit 2008 gibt es zusätzlich ein tagesklinisches Angebot in Freistadt.

Zeitgleich entwickelte sich in ganz Österreich, vor allem aber in Oberösterreich der Verein „pro mente“, der sich die außerklinische Versorgung psychisch Kranker zum Ziel gesetzt hat. Pro Mente etablierte sich in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Arbeitsassistenz, aber auch Beratung und Dienstleistung.

„In Oberösterreich erkannte man also schon vor längerer Zeit, dass die Zukunft nicht in zentraler, stationärer Behandlung liegt, die PatientInnen dazu zwingt, ihr gewohntes Umfeld, ihre Freunde und Familien zu verlassen. „Es geht darum, Hilfsangebote für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen und schweren seelischen Krisen in allen Regionen Oberösterreichs zu schaffen“, sagt Prim. Dr. Walter Aichinger“ (Gespag, öffentliche Aussendung 2009).

Trotz aller Anstrengung von Politik, Kliniken, Psychologen, niedergelassenen Ärzten, Pro Mente und engagierten Einzelpersonen, sind jedoch auch heute noch viele weiße Flecken auf der Landkarte zu sehen. Gerade im stationären Alltag stellen wir immer wieder mit Erschrecken fest, dass manche unserer Patienten einfach in kein Angebotsschema „zu passen“ scheinen!? Dass die Wartezeiten und Erstgesprächstermine einfach zu lange auf sich warten lassen. Dass manche von ihnen nicht „gerne“ übernommen werden bzw. viele froh sind, diese Patientenklientel von ihrem Angebot ausgrenzen zu können.

Es gibt viele Lücken, gerade im Übergangsbereich und der täglichen Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen. Doch solange die nötige Akzeptanz noch auf sich warten lässt, kann die psychiatrische Pflege nur schwer oder gar nicht tätig werden. Zu viele Steine gibt es derzeit noch, die den Weg blockieren.

### **Gescheiterte Projekte als Abschreckung?**

Ein sehr engagierter Mitarbeiter hatte vor einigen wenigen Jahren versucht, sich im Zusammenschluss mit weiteren freiberuflich Tätigen und den umliegenden Gemeinden ein Netzwerk zur Versorgung psychisch Kranker aufzubauen. Sein Ziel war es, vorhandene Lücken möglichst mit individuellen Lösungen zu schließen und ein niederschwelliges Grundangebot zu etablieren.

Für dieses Unterfangen erstellte er ein fundiertes Konzept, erarbeitete ein Budget, eine Kosten-Nutzungsplanung und machte in seiner Freizeit Werbung für dieses Projekt.

Viele Menschen bestärkten ihn dabei. Hausärzte, Betroffene, Angehörige, Laien, aber auch Politiker gratulierten zu seinem Vorhaben und betonten stets die Notwendigkeit einer solchen Initiative.

Das Projekt sollte schließlich in die entscheidende Phase gelangen, die Kündigung am Arbeitsplatz war bereits geplant, als es zu einer entscheidenden Wende kam.

Nach beinahe 5 Jahren intensiver Arbeit, vielen privat investierten Euros, Vorgesprächen, Probeklienten, Arbeiten ohne Bezahlung, kam das AUS. Im letzten Moment erhielt er die knapp Mitteilung, dass sein Vorhaben nicht finanzierbar sei und derzeit kein Bedarf bestünde.

Nach so viel Engagement ein tiefer Rückschlag mit nachhallender Wirkung für alle „Enthusiasten“. Wie sollte man nun auf so ein „Vorzeigeprojekt“ reagieren? Sollte man seinen eigenen Weg versuchen? War man gescheiter, besser als der andere? Sollte man es so bleiben lassen, wie es ist und hoffen, ein anderer würde die Arbeit erledigen? Sollte man seine Träume fallenlassen und seinen Enthusiasmus begraben? Nein, soweit war ich noch nicht!

### **Von den eigenen Wünschen zur konkreten Umsetzung**

Ich war zwar etwas enttäuscht, entsetzt und auch vor den Kopf gestoßen, da mir das beschriebene Projekt sehr umfassend und sicher erschienen war. Aber nichts desto trotz wollte ich an meinem Weg festhalten. Mein Ziel war es immer schon neben der Arbeit im stationären Bereich eine freie Pflegepraxis zu etablieren. Der stationäre Alltag sollte mich weiterbilden und mir den Anschluss an den beruflichen Alltag sichern. Die freie Pflegepraxis sollte mein Vorstellungen einer psychiatrischen Pflege widerspiegeln und so meine grundlegenden Bedürfnisse im Arbeitsalltag abdecken. Ich hatte viele Ziele und Wünsche, die es unterzubringen oder zu verwerfen galt. Noch konnte ich mich jedoch weder für das eine noch das andere entscheiden. Dementsprechend schwierig gestalteten sich die Anfangsphase und die Einführung einer freien psychiatrischen Pflegepraxis.

Kein Mensch konnte sich etwas darunter vorstellen. Patienten, Klienten, Angehörige wie Ärzte als Partner galt es zu überzeugen, ebenso ein geeignetes Konzept auf die Beine zu stellen. Erschwerend war für mich die Tatsache, dass seitens der Versicherungen keine Bereitschaft zur Kostenübernahme oder Unterstützung bestand.

Ein geeigneter Aufhänger und ein kleiner „Köder“ mussten also gefunden werden. Jedoch nicht zum Preis der Seriosität. Immer noch wollte ich ausschließlich die psychiatrische Pflege anbieten und nicht in die Ecke der Esoterik abgestellt werden oder zum Verkaufsladen aversieren.

Als privaten Ausgleich besuchte ich einige Fortbildungen zum Thema Aromapflege, machte schließlich auch die Weiterbildung „Aromapflege“ und entdeckte diese schlussendlich als weiteres Steckenpferd für mich.

Nun wollte ich also die Arbeit auf der Station, die freie psychiatrische Pflegepraxis und die Aromapflege unter einen Hut bringen. Und das bei den eingangs beschriebenen Stolpersteinen und Problemen – Irre!

Aber die Zeit war auf meiner Seite. Im Boom der Wellnesszeit konnte ich mit der Aromapflege die nötige Aufmerksamkeit erlangen und einen ansprechenden Klientenstamm erzielen. Aus den anfänglichen Beratungen zu Wohlbefinden und Wellness wurden bald schon die ersten Kontakte zum eigentlichen Klientel aufgebaut. SIE hatten MICH gefunden!

Besonders gut ließen sich BorderlinepatientInnen und Klienten mit depressiver Verstimmung in das Konzept einbinden. Viele Menschen konnte ich so schon begleiten - als psychiatrische Krankenschwester, aber auch mit meinem Wissen um die Aromapflege. Ich konnte aber auch viele Informationen sammeln und bin dankbar über das Wissen, welches ich mir mit deren Hilfe aneignen durfte.

So entstand auch der Erfahrungsbericht „BorderlinepatientInnen in der Pflegepraxis unter Einsatz von *Cananga odorata*, *Melissa officinalis* sowie *Santalum album*“. Ein entsprechendes Plakat sehen sie im Rahmen des Kongresses.

Heute kann ich sagen, dass ich alle Facetten optimal miteinander verbunden habe. Eine für mich passende Lösung gefunden habe.

Aber noch bin ich nicht am Ende meines Weges. Es warten bereits neue Aufgaben auf mich, die ich ebenso in mein Konzept einbinden möchte. Aber auch hierfür wird sich eine Lösung finden lassen.

### **Lernziele im Workshop**

- Umsetzen der psychiatrischen Pflege in der freien Pflegepraxis.
- Aggressionsbewältigung und Minderung von Selbstverletzung unter Begleitung mit *Cananga odorata*.
- Teamplayer freie Pflegepraxis.

# **Erfahrungen mit Leadership – Erfolg, Wirksamkeit, Leistung, Beitrag**

*Rüdiger Bauer*

## **Einleitung**

Führung ist ein schwieriges Geschäft. Führung in der Psychiatrie ist ein noch schwierigeres Geschäft. Warum?

Weil wir in der Psychiatrie gelernt haben, individuell auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Wir mussten anerkennen, dass eine Behandlung ohne Mitsprache des Patienten in den meisten Fällen keinen Sinn ergibt und ohne Erfolg bleibt. Das Team, auch das interdisziplinäre Team, hat gelernt, dass die Behandler auf gegenseitige Unterstützung angewiesen sind und im Sinne des Patienten kooperieren müssen. Psychiatrische Pflege wurde immer individualisierter.

Diese Entwicklung in der Psychiatrie verlangt eine angepasste Führung. Diese Führung zeichnet sich durch Schlagworte wie Beteiligung der Nachgeordneten, Mitsprache, Führen mit Zielen, Mitverantwortung, flache Hierarchien, Förderung und Motivation usw. aus.

Ich kenne sie noch gut, diese andere Führung, die ich als junger Mann noch erlebt habe. Rigide Hierarchie, starre Regeln, Handeln auf Anweisung, kaum Mitsprache, unbegründete Versetzungen usw.

Diese Führung sollte der Vergangenheit angehören und ich glaube, dies ist auch, bis auf Einzelfälle, so. Aber das neue Führungsverständnis hat auch ihre Tücken. Die gleichen Tücken hatte auch das alte Führungsverständnis, aber die Auswirkungen waren nicht so deutlich.

Aufgrund meiner Tätigkeit als selbständiger Berater im Gesundheitswesen möchte ich Ihnen heute einige Beispiele von Führung und ihren Auswirkungen geben. Es werden Beispiele von Erfolg und Misserfolg, von gutem Willen und negativen Wirkungen, von Konzepten und deren Scheitern und von Strukturen und deren Auswirkungen sein. Vorausschicken möchte ich, dass ich unvergleichlich mehr positive Erfahrungen als negative gemacht habe. Das einzige drastisch negative Beispiel, das ich hier nennen werde, soll nicht dazu führen,

dass der Eindruck entsteht, Vertrauen wird missbraucht. Dieses Beispiel ist so drastisch, dass jeder meine Einschätzung teilen wird. Alle anderen Beispiele sind eher alltägliche Phänomene, die im Wesentlichen ihren Ursprung in einem der größten Irrtümer der Menschheitsgeschichte haben. Lassen sie uns damit beginnen.

### **Input ist nicht gleich Output, sondern höchstens Putt Putt!**

Sitze ich vor kurzem in einem Krankenhaus und mache mit den Pflegenden ein schönes Beziehungsseminar. Wie das so ist, kommt man natürlich auch über andere Vorgänge im Krankenhaus ins Gespräch. Ich muss vorausschicken, dass kurz vorher ein Neubau fertig gestellt wurde und einige Teilnehmer des Seminars sind mit ihrer Station in den Neubau gezogen. Sie haben die Bilder und Pflanzen der alten Station mitgenommen und damit eben die neue Station wieder etwas geschmückt. Die Geschäftsführung kam zu Besuch und inspizierte die Station. Nach ein paar Tagen fanden die Mitarbeiter auf den Pflanztöpfen und den Bildern kleine Aufkleber mit der Anweisung, dass dieses Bild entfernt werden muss oder dieser und jener Pflanztopf ausgewechselt werden soll. Dies wurde zunächst irritiert wahrgenommen, aber die Pflegenden entschlossen sich die Aufkleber zu entfernen und damit auch zu ignorieren. Nach einigen Tagen wurden alle Pflanzen und Bilder vom technischen Dienst des Krankenhauses entfernt. Auf Nachfragen der Stationsleitung bei der Geschäftsführung wurde ihr gesagt, dass sie doch zunächst ein Konzept für die künstlerische und florale Ausstattung ihrer Station einreichen soll.

Man kann sich natürlich über das Vorgehen mit dem Aufbringen von Aufklebern schon wundern, aber ich weiß, dass die Geschäftsführung extrem viel Wert auf Beteiligung der Mitarbeiter in Entscheidungen legt und dahinter stehen wohl Motivationsstrategien.

Was glauben Sie hat die Stationsleitung auf den Wunsch der Geschäftsführung nach einem Konzept geantwortet?

Bevor ich ihnen das mitteile, halten wir noch mal fest: Die Geschäftsführung hat ein durchaus positives Ansinnen und will beteiligen, somit motivieren. Aber Input ist eben nicht Output!

## **Heraus kommt Putt Putt!**

Was ist nun die Folge dieser unglücklichen Interaktion. Die Stationsleitung ist sauer auf die Geschäftsführung und die Geschäftsführung sauer auf die Stationsleitung, weil diese eben kein Konzept abliefern und damit in den Ohren und Augen der Geschäftsführung signalisiert, dass sie sich nicht beteiligen lassen will. Dies kann weitreichende Folgen haben, sollten sich solche Vorfälle wiederholen. Das positive Ansinnen Beteiligung könnte sich im Denken der Geschäftsführung verändern.

Was steckt nun hinter dieser Angelegenheit? Dahinter steckt eine Entdeckung der beiden chilenischen Biologen Humberto Maturana und Francisco Varela, u.a. genannt die Santiago Theorie und die Weiterführung derer Erkenntnisse in der Sozialwissenschaft durch Niklas Luhmann, der den systemtheoretischen Konstruktivismus formulierte.

## **Soziale Autopoiese! Was ist das?**

Die Santiago-Theorie ging aus dem Studium neuronaler Netzwerke hervor. Alle lebenden Systeme, Bakterien ebenso wie Menschen reagieren auf Störungen aus der Umwelt auf individuelle Art und Weise, indem die Umwelt nur die Störung hervorbringt, die Reaktion des Systems aber nicht steuert. So entstehen strukturelle Veränderungen im System, die einem Erkennen und Lernen gleichzusetzen sind. Indem ein System nun die eigenen Reaktionen auf die Störungen aus der Umwelt selbst steuert, bringt sie gleichsam eine eigene neue Welt hervor. „Die Kognition ist somit nicht eine Darstellung einer unabhängig existierenden Welt, sondern vielmehr ein kontinuierliches Hervorbringen einer Welt durch den Prozess des Lebens. Die Wechselwirkungen eines lebenden Systems mit seiner Umgebung sind kognitive (erkennende) Wechselwirkungen, und der Prozess des Lebens selbst ist ein Erkenntnisprozess“ [1]. Wahrnehmung findet demnach, dies wird durch entsprechende wissenschaftliche neurophysiologische Untersuchungen gestützt, nicht durch die Sinnesorgane, sondern durch das Gehirn statt. „Wahrnehmung kann demzufolge, nicht als adäquate Widerspiegelung der äußeren Welt verstanden werden, vielmehr meint Wahrnehmung die systeminterne Konstruktion einer systemexternen Welt. [4]Das System Mensch wird in dieser Theorie auch als ein System gese-

hen. Er ist ein autopoietisches System (griech. autos = selbst; poiein = machen), eine autopoietische Organisation [3]. Das autopoietische System muss selbst begrenzt, selbst erzeugend und selbst erhaltend sein [1]. Dies trifft auf Menschen zweifellos zu. Treffen zwei Menschen als autopoietische Systeme aufeinander, so müsste es zulässig sein, dieses entstehende Beziehungssystem ein soziales autopoietisches zu nennen. Also ein sich selbst erzeugendes und selbst erhaltendes soziales System. Maturana und Varela haben diese Frage unterschiedlich, aber insgesamt abschlägig beantwortet. Eine eindeutige Zustimmung zu einem entstehenden autopoietischen sozialen System kommt von Niklas Luhmann, in seiner Sicht auf Kommunikationsprozesse. Daneben postuliert er ausdrücklich, dass auch das Bewusstsein als ein autopoietisches psychisches System zu begreifen[4].

Auf die konkrete Situation des Beispiels bedeutet dies, dass im Zusammentreffen von Geschäftsführung und Stationsleitung im individuellen Erkennen der Beteiligten über jede mögliche Situation zwei völlig unterschiedliche Wahrnehmungen (Welten) entstehen können. Jeder der Beteiligten entscheidet selbst aus den Erfahrungen seiner Geschichte heraus, wie er die Situation erkennt.

„Nach der Santiago-Theorie ist die Erkenntnis nicht die Darstellung einer unabhängigen, vorgegebenen Welt, sondern vielmehr das Hervorbringen einer Welt. Was durch einen bestimmten Organismus im Prozess des Lebens hervorgebracht wird, ist nicht die Welt, sondern eine Welt, die stets von der Struktur des Organismus abhängig ist“ [1].

Die Abhängigkeit von der Struktur des Organismus bezieht sich auf die Erfahrungen eines Menschen [5], seine Prägung in Wahrnehmung und Weltsicht, alle Handlungsmöglichkeiten und Handlungskompetenzen in verschiedenen Situationen und die Bedeutungen und Überzeugungen [2]. Das wesentliche Element der Situation ist somit nicht nur das Erkennen, sondern das Erkennen des Erkennens. Das bedeutet, dass die Stationsleitung oder die Geschäftsführung in der Situation erkennen muss, wie sie den Anderen erkennt und versuchen sollte zu erkennen wie der Andere die Situation erkennt. Daraus entsteht Übereinstimmung in der Weltsicht des jeweils Anderen. Der Autopoiese eigen

ist nämlich noch das Folgende, das unbedingt in jeder Führungssituation beachtet werden muss.

Jedes autopoietische System (Mensch) entscheidet selbst darüber

- ob ein Reiz überhaupt ankommt,
- wie er verarbeitet wird,
- wie er beantwortet wird.

Führungsstruktur oder es darf kein Blatt dazwischen passen

Im ersten Teil des Vortrages haben wir verstanden, dass es in Führungssituationen um das Herstellen von Übereinstimmung geht. Ganz einfach ausgedrückt: Was meine oder verstehe ich, was meint oder versteht der andere und, dies ist dann entscheidend, was verstehen wir nun gemeinsam. Wir werden später noch sehen, dass dieses Übereinstimmung finden das Prinzip aller positiven Vorgänge ist.

Auch in der Schaffung von Führungsstruktur wird sich die Wirksamkeit der Schaffung von Übereinstimmung zeigen.

Beginnen wir wieder mit einem Beispiel:

Einführung eines Projektes in einer psychiatrischen Klinik. Die Pflegedirektorin ist ein wirklich guter Mensch, der immer ausgleicht und selbst in schwierigen Situationen das Beste versucht. Die Stellvertretung war ein ganz anderer Mensch. Man könnte sagen, genau das Gegenteil. Die beiden hatten auch Streitigkeiten, die man spürte. Das Projekt hätte es verlangt, dass die Stationsleitungen entscheidend mit einbezogen und geschult hätten werden müssen. Die Pflegedirektorin stimmte zu, die Stellvertretung war dagegen. Die Pflegedirektorin gab nach.

Ein Teil der Stationsleitungen war damit sehr zufrieden. Diese standen auf der Seite der Stellvertretung. Ein Teil war unzufrieden und nahm teilweise an den Schulungsmaßnahmen teil. Diese standen auf der Seite der Pflegedirektorin.

Das Projekt wurde durchgeführt. Der Erfolg war mäßig!

Zweites Beispiel:

Ich werde von der Leitung einer Krankenpflegeschule angerufen. Diese hat von der Geschäftsführung den Auftrag, mit mir einige Tage Führungsseminar für die Leitung und die Stationsleitungen zu planen. Ich fragte mich, warum das

die Leitung der Krankenpflegeschule macht und nicht die Leitung selbst. Es gelang mir in dem Telefongespräch nicht, herauszubekommen, was hinter diesem Vorgehen steckt. So fügte ich mich und plante die Inhalte und die Termine mit der Schulleitung.

Als das erste Seminar stattfinden sollte, begab ich mich auf die Reise. Der Beginn war für neun Uhr geplant. Ich war früher da, fand den Raum sofort und wunderte mich. Es war nichts vorbereitet. Kein Beamer, kein Flip Chart, keine Kopien, keine Pausengetränke, keine Tische. An der Wand standen einige Stühle. Ich setzte mich und wartete. Es war 10 Minuten nach neun, als die ersten Stationsleitungen langsam eintrafen. Die Leitung kam so gegen halb zehn. Ich versuchte im Gespräch herauszubekommen, wo denn die Unstimmigkeiten in der Führung lagen und welche Probleme eigentlich von den Führenden formuliert werden. Es antwortete immer die Leitung und die Stationsleitungen schwiegen. Ich ließ nicht locker und gegen Mittag gelang es mir der einen oder anderen Stationsleitung eine kleine kritische Bemerkung an der gesamten Führungsstruktur zu entlocken.

Ich verkürze an dieser Stelle die Geschichte und decke den Fehler auf. Die Leitung sagte öffentlich in der weiterführenden Diskussionsrunde am Nachmittag zu mir: „Nicht mal Sie werden mich dazu bringen, mit den Stationsleitungen zu sprechen.“

Ich muss nicht weiter erwähnen, dass der Krankenstand in diesem Haus und die Unzufriedenheit der Mitarbeiter extrem hoch waren. Dies war auch der Grund für die Intervention der Geschäftsführung. Dass diese jedoch nicht mit der Leitung plante, sondern mit der Schulleitung, die eigentlich nichts mit der Führung des Hauses zu tun hatte, zeigt das Maß der Unstimmigkeit zwischen Geschäftsführung und Leitung. Das Verhalten der Leitung zeigt das Maß der Unstimmigkeit zwischen ihr und den Stationsleitungen. Hier gab es keinerlei Übereinstimmung in den Führungsebenen, da passten viele Blätter dazwischen.

Ein weiteres Beispiel:

Wieder eine psychiatrische Klinik. Ich bekam den Anruf von der Fortbildungsbeauftragten, die mit mir im Auftrag der Pflegedirektion ebenfalls eine Reihe von Führungsseminaren planen sollte. Die Direktion selbst wollte an der Seminarreihe nicht teilnehmen. Wir planten also die Reihe und machten die Termine. Es waren drei Blöcke zu je zwei Tagen geplant. Die aktuelle Situation der Klinik, wurde so geschildert, dass sich ein Veränderungsstau ergeben hat. Man hatte Pläne zur Umstrukturierung, die eigentlich von allen vordergründig anerkannt wurden, aber irgendwie nicht in die Umsetzung kamen.

Die ersten beiden Blöcke der Schulungsreihe verliefen in sehr guter Atmosphäre und scheinbar auch mit großem Erfolg. Es wurden Führungsvereinbarungen zur Umsetzung der geplanten Veränderungen getroffen, die Zustimmung durch alle Teilnehmer fanden. Das letzte Seminar sollte sich mit der Reflexion der Umsetzungsprozesse in der Anfangsphase befassen.

Weil sich alle so gut verstanden, beschloss man aber, dieses Seminar nicht in der Klinik zu machen, sondern in externe Seminarräume mit Übernachtung zu gehen.

Ich reiste also zum Termin an und dachte, dass dies eine schöne Aufgabe werden wird, die Reflexion der erfolgreich begonnenen Umsetzungsprozesse zu moderieren. Weit gefehlt! Es war fast nichts begonnen worden, was vereinbart war. Alle Diskussionen über die Gründe liefen ins Leere.

Ich schlug deshalb eine andere Methode der Analyse vor. Die Organisationsaufstellung. Das Anfangsbild, das von einer der Stationsleitungen gestellt wurde, war kaum aussagefähig. Ich schlug die Selbstregulation des Bildes vor, d.h. jeder stellt sich an den Platz, der für ihn am besten geeignet scheint. Es dauerte eine ganze Weile und dann standen zwei Menschen Rücken an Rücken in der Mitte eines Kreises von Stationsleitungen, die alle in die Mitte schauten. In der Mitte standen ebenfalls zwei Leitungen, die jedoch eine Doppelfunktion hatten. Es war der Betriebsratsvorsitzende und die Stellvertretung.

Auch in diesem Beispiel geht es um mangelnde Übereinstimmung zwischen den Führungsebenen. Dieses Beispiel zeigt auch eindeutig, welche die wichtigste Ebene in Veränderungsprozessen darstellt. Es ist die mittlere Ebene der Stationsleitungen. Dort ist der Dreh- und Angelpunkt von Veränderung. Wenn

dort keine Übereinstimmung mit der darüber liegenden Ebene ist, werden Prozesse verzögert oder verhindert.

Dieser Grundsatz der Übereinstimmung, um positive Veränderungen und gemeinsames Handeln zu erzielen, lässt sich ebenfalls mit den Ergebnissen der Forschungen von Maturana und Varela erklären.

### **Führung über Inhalt**

Lassen sie mich jetzt zu meinem Lieblingsthema kommen. Führung und Inhalt! Natürlich zuerst wieder einige Beispiele.

Ich bin hin und wieder ein einem Haus tätig, das sich durch ein interessantes Phänomen auszeichnet. Spreche ich mit der Direktion und frage nach, wie es so läuft, kommt folgende Antwort: „Alles super, tolle Zahlen usw.“

Gehe ich auf die Stationen und frage die Kollegen, kommt diese Antwort: „Alles Scheiße!“

Ich erkenne diese Führung als eine, die, wie so oft auch andere Vertreter des modernen Managements, die Meinung vertreten, dass jedes Produkt oder jede Dienstleistung über Managementmethoden von entsprechend ausgebildeten Menschen entwickelt werden kann. Die so genannten Topmanager dieser Welt geben dazu auch immer wieder Beispiel. Egal ob Telekom oder Autos oder Fernreisen. Alles kann von diesen Menschen gemanagt werden.

Wie sieht das denn aus, wie da gemanagt oder geführt wird? Ich nenne es das Führen über Symbole.

Die Controllingabteilung liefert die entsprechenden Symbole, meist Zahlen. Diese Symbole werden dann als Grundlage für Entscheidungen verwandt.

So entstehen gute Zahlen, aber nicht unbedingt zufriedene Mitarbeiter und gute Produkte oder Dienstleistungen. Ich gestehe zu, dass ein Teil des Führens über Symbole notwendig ist. Selbst ein Ein-Mann-Betrieb muss seinen Kontostand, die Ein- und Ausgaben im Auge haben. Vor allem dann, wenn Institutionen sehr groß sind und die Führung sehr weit von den Produktionslinien entfernt ist, ist Führung über Symbole sinnvoll.

Aber worum geht es denn in diesen großen Unternehmen? Irgendwo werden Produkte hergestellt oder Dienstleistungen erbracht. Diese Produkte oder Dienstleistungen werden entwickelt. Der Autobauer kennt das Produkt, das er

herstellt. Der Gebäudereiniger kennt seine Dienstleistung. In irgendeiner Führungsebene gibt es ebenfalls Menschen, die die Produkte und Dienstleistungen kennen und die Strategien zum Vertrieb entwickeln und die darüber liegende Führungsebene beraten. Es besteht also auch im Topmanagement eine Verbindung zum Produkt über die entsprechenden Zwischenebenen. Fehlen diese aber, wird es schwierig.

In dem Fall, den ich hier anführe, war dies so. Die Ebene fehlte und keiner wusste eigentlich was das Produkt und die Dienstleistung war. Kurz der Inhalt von Pflege fehlte. Auch die mittlere Ebene hatte keine Beschreibung von Pflege. Somit konnten sie auch nicht inhaltlich führen. Pflege war eben das, was die verschiedenen Pflegenden taten. Die Stationsleitungen waren damit zwangsläufig auf das Erstellen des Dienstplans und die Suche nach Ersatz bei Personalausfall durch Krankheit reduziert. Dies und andere Faktoren führten zu einer extrem hohen Ausfallquote und sehr hohen Unzufriedenheit.

Wie wichtig in der psychiatrischen Pflege Klarheit über das, was Pflege sein soll, ist zeigen viele sehr positive Beispiele. Ich kann hier nicht alle nennen und möchte deshalb nur zwei Beispiele nennen.

Die psychiatrische Klinik in Kaufbeuren im Allgäu entschloss sich mit der damaligen Führung einen Prozess zu beginnen, in dem jede Station mit Anleitung ein Stationspflegekonzept zu erarbeiten. Ich betone Stationspflegekonzept, kein Gesamtbehandlungskonzept. Das gab es schon.

Im Stationspflegekonzept war der Fokus natürlich die Beschreibung dessen, was auf dieser Station Pflege ist. Die Stationsleitung hatte damit eine Grundlage zur Führung. Der Inhalt von Pflege wurde zum Führungskonzept, d.h. die Leitungen entwickelten die Mitarbeiter hin zu den Kompetenzen, die notwendig waren, um das zu können, was das Pflegekonzept beschreibt. Dies führte zu hoher Zufriedenheit bei Pflegenden und Patienten und zu großen Behandlungserfolgen.

Ein anderes Beispiel ist die Landesnervenklinik Wagner-Jauregg in Linz. Dort hat sich die Pflegedirektion ebenfalls entschieden sowohl das Primary Nursing als auch ein inhaltliches Pflegemodell einzuführen. Der Einführungsprozess wurde optimal vorbereitet. Die Umsetzung ergab dann, dass schon nach kurzer Zeit die ersten Erfolge sichtbar wurden. Sowohl bei den Patienten als auch

bei den Pflegenden. Das Projekt ist noch nicht beendet. Die Mittlere Führungsebene war im Umsetzungsprozess der entscheidende Dreh- und Angelpunkt. Auch hier wurde über den Inhalt die Arbeit von Führung deutlich und die Stationsleitungen wussten, zu welchen Kompetenzen und Zielen sie ihre Mitarbeiter führen sollen.

### **Was lernen wir daraus?**

Allen Prozessen waren einige Aspekte gemeinsam. Diese sind aus meiner Sicht entscheidend. Ich habe meine Beispiele auch so gewählt, dass sie nun in einer Rückschau auf den Vortrag deutlich werden müssten.

Die wesentlichen Aspekte sind:

- Übereinstimmung schaffen zwischen allen Ebenen.
- Klare Beschreibung des Inhalts von Pflege.
- Stärkung der mittleren Führungsebene durch die Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des Inhalts.

### **Was ist Übereinstimmung zwischen allen Ebenen?**

Es ist ganz einfach die Übereinstimmung, die durch viele Kommunikationsprozesse in denen man sich der autopoietischen Falle bewusst ist, zwischen den Ebenen erzielt werden kann. Die mittlere Führungsebene darf dabei aber nicht nur zur Erfüllung dessen, was die Direktion erreichen will, benutzt werden. Es geht vielmehr um gemeinsame Entwicklungsprozesse über Kommunikation mit der wichtigen Leitfrage: „Wie verstehe ich diesen Inhalt und wie verstehst du diesen Inhalt und wie sieht dann unser gemeinsamer Inhalt aus“.

Wenn hier Übereinstimmung erzielt wird, werden sich Stationsleitungen als Teil der Direktion und nicht getrennt und abhängig, erleben. Dies schafft Identifikation und Motivation.

### **Was ist klare Beschreibung des Inhalts von Pflege?**

- Pflegemodelle und Theorien.
- Selbst erstellte Konzepte von Pflege, die das Tun beschreiben.
- Ziel von Pflege muss klar sein.
- Warum, wozu, wie.

## Literatur

1. Capra, F. (1996) Lebensnetz, Scherz Verlag.
2. Lipton, B. (2008) Intelligente Zellen, Koha.
3. Maturana, H., Varela, F. (1984) Der Baum der Erkenntnis, Goldmann.
4. Kneer, Nassehi, (1997) Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme, UTB Verlag
5. Kandel, E. (2008) Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes, Suhrkamp Verlag

# Betriebliches Leadership aus der Sicht des höheren Managements

*Markus Bobst, Fritz Frauenfelder*

## **Abstract**

Seit 2 Jahren werden im Rahmen einer vierjährigen Pflegestrategie im Psychiatriezentrum Rheinau die Pflegeklassifikationen NANDA, NOC und NIC eingeführt. Folgende Hauptziele werden damit verfolgt: 1. eine hohe Pflegequalität durch eine vertiefte fachliche Auseinandersetzung mit dem Pflegeprozess. 2. Eine transparente Dokumentation des Pflegeprozesses insbesondere im Zusammenhang mit einer zukünftigen elektronischen Patientendokumentation. 3. Die pflegerischen Bezugspersonen werden den zukünftigen beruflichen Anforderungen gerecht.

Für die Umsetzung der Strategie sind sowohl personelle wie auch betriebliche Aspekte zu berücksichtigen. Insbesondere handelt es sich um ausgebildete Pflegefachleute in der Praxis, welche zum Teil über langjährige Berufserfahrungen sowie Spezialausbildungen verfügen.

Die gesamte Strategie wird als Lernprozess verstanden. Dabei geht es einerseits um die Anwendung der Klassifikationen, andererseits um die Wahrnehmung der Verantwortung für die persönliche Fachkompetenz und deren Umsetzung in der Praxis. Daraus ergeben sich neue berufliche Qualifikationsanforderungen, die für die Übernahme bestimmter Funktionen, insbesondere als pflegerische Bezugsperson erfüllt sein müssen.

Die Strategie beruht auf einer differenzierten, strukturierten Vorgehensweise. In mehreren Schritten werden die Pflegeklassifikationen und ein Assessmentinstrument in der Praxis eingeführt. Da sich der gesamte Lernprozess auf den Stationen im realen Pflegealltag vollzieht, ist die Rolle des Leaderships entscheidend. Innert kürzester Zeit entwickelten unterschiedliche Pflegende auf allen Stationen Eigenschaften im Rahmen des Leadership und wurden so zu einer tragenden Stütze der Strategie. Es handelt sich dabei um Personen, die Veränderungen mit einer kritischen Offenheit begegnen, ein hohes Ausmass an Eigenreflexion besitzen und erhöhte Komplexitäten schnell erfassen. Im

Rahmen des Lernprozesses wuchsen die Leadershippersönlichkeiten spürbar in die Vorbildfunktion für die übrigen Teammitglieder hinein und genossen im Team eine breite Akzeptanz. Sie gelten direkt als erste Ansprechpersonen bei Unsicherheit oder Fragen und indirekt als Orientierungspunkt mit ihrer Umsetzung der neuen Anforderungen.

Um den Prozess des Leaderships im Pflegealltag zu fördern, müssen aus der Sicht der Pflegedienstleitung neben einem klarlinigen Führungsverhalten folgende Punkte gewährleistet sein: 1. Klärung der Rollen zwischen Führung und Leadership sowie deren konsequentes Einhalten; 2. Einplanen von zeitlichen Ressourcen; 3. Bereitstellen eines fachlich optimalen Support in Form von Fachexperte, Supervision und Managementberatung; 4. Akzeptanz, dass Fehler eine wichtige Lernquelle darstellen; 5. Gewährleisten einer transparenten Kommunikation, insbesondere der Rahmenbedingungen und der zukünftigen Anforderungen.

Auf diesen Grundlagen kann sich ein natürliches Leadership herausbilden, was wiederum die Basis für die konstruktive und verankerte Entwicklung der Pflege im Betrieb bedeutet.

### **Lernziele des Vortrags**

- Definition der Anforderungen für ein Leadershipmodell im Alltag.
- Praxisnahe Umsetzung des Leadershipgedanke.
- Erkennen von Leadershippersönlichkeiten.

## **Achtsamkeit: Vermittlung von Aufmerksamkeit für psychoseerkrankte Menschen**

*Marie Boden, Doris Feldt*

*„Die Seele nährt sich von dem woran sie sich freut“ Augustinus*

Der Ursprung von Achtsamkeit basiert auf fernöstliche Methoden. Im Buddhismus hat Achtsamkeit einen zentralen Stellenwert und Meditation ist für Buddhisten eine der wesentlichen Methoden Achtsamkeit ein zu üben. Achtsamkeit wird aber auch als Geisteshaltung gesehen, die das gesamte Leben prägt.

Achtsamkeit bedeutet ganz im Hier und Jetzt verankert zu sein - in der Gegenwart zu leben.

*„Die wichtigste Stunde ist immer die Gegenwart, der bedeutendste Mensch ist immer der, der dir gerade gegenüber steht, das notwendigste Werk ist stets die Liebe.“ (Meister Eckhart)*

Achtsamkeit beinhaltet die Bewusstheit seiner Gedanken, Gefühle und Handlungen in jedem Augenblick ohne sie zu bewerten. Es bedeutet nichts anderes als die Dinge so zu nehmen wie sie sind.

Der Zenmeister Nyogen Senzaki sagt: *„Zen ist etwas, das erfahren werden muss und nicht erklärt werden kann.“*

Und das ist vielleicht das Besondere an der Achtsamkeit, dass keine theoretische Vermittlung möglich ist. Es ist eine Methode, die den Prozess in den Mittelpunkt stellt. Erhöhte Achtsamkeit entwickelt sich allein durch praktisches Üben.

Achtsamkeit ist gerade deshalb so einfach und alltagstauglich, weil die Elemente konkret und praktisch sind und weil sie jederzeit und überall praktiziert werden können. Es ist nicht zwingend einen bestimmten Ort dafür zu haben oder einen „Tempel“ zu errichten.

Die Wirksamkeit von Achtsamkeit ist vielfältig. Sie fördert die Konzentration, schärft und schult die Wahrnehmung, schafft Raum zum Innehalten. Und das Schönste ist, sie verbessert die Lebensqualität, weil sie die Lebensfreude und das Wohlbefinden erhöht.

„Achtsam sein“ ist besonders in Zeiten der Reizüberflutung eine gute Methode sich zu sammeln, den Geist zu beruhigen, zu seiner Mitte zurück zu finden. Achtsamkeit führt allgemein zu einer besseren Gesundheit, bewirkt eine Verringerung der Symptome und ist hilfreich bei Stressreduktion (Mindfulness-based Stress Reduction nach Jon Kabat-Zin [1]).

*„Von der Schönheit und all Ihren Fähigkeiten wissen Sie nichts, wenn Sie sie nicht (be-)merken.*

*Manche Menschen merken nicht einmal, wenn es ihnen schlecht geht, wenn sie Schmerzen haben, Durst, Hunger usw., geschweige denn die Schönheiten des Lebens. Nicht zu merken ist ein Nachteil.“ (Luise Reddemann [2])*

Dr. Stefan Schmidt von der Uniklinik Freiburg unterscheidet in seinem Konzept zwei Qualitätsbereiche von Achtsamkeit, Bewusstsein und Gelassenheit [3].

Zum **Bewusstsein** gehören nach seiner Einteilung:

- Der Anfängergeist - die Dinge wie zum ersten Mal sehen.
- Sanftmut - sanfte, freundliche und weiche Qualität des Bewusstseins.
- Offenheit - sich ganz dem Moment hingeben, ohne Erwartung.
- Dankbarkeit - Ehrfurcht, Wertschätzung und Dankbarkeit für den Moment.
- Freundliche Zugewandtheit - liebevolle Güte, Mitgefühl, Mitfreude, Vergabung und unbedingte Liebe.
- Kontinuität - im Jetzt, von Moment zu Moment.

Zur **Gelassenheit** gehören:

- Ohne Wertung - den Moment wahrnehmen, ohne Bewertung und Kategorisierung.
- Ohne Streben - ohne Zielorientierung; das bedeutet, nicht abhängig sein von Ergebnissen.
- Akzeptanz - die Dinge so sehen und anerkennen, wie sie gerade im Moment sind, das bedeutet, eine nicht passive und resignierende Haltung haben.
- Geduld - den Dingen Zeit geben, das bedeutet, uns, anderen und dem jetzigen Moment gegenüber Geduld aufzubringen.

- Vertrauen haben, das bedeutet, sich selber, seinem Körper, seinen Intuitionen, seinen Emotionen, und dem Leben an sich zu vertrauen.
- Loslassen können, das bedeutet, keine Gedanken, Gefühle oder Erfahrungen festhalten wollen, an Nichts haften.

Laut Schmidt [3] kann die eigene Erfahrung durch Fokussierung der Achtsamkeit auf Körperempfindungen, Sinneseindrücke, Gefühle und Gedanken vertieft werden: „Man wird fähig, die sich aufbauenden Reaktionen und die ihnen zugrunde liegenden Motive deutlich zu beobachten. Es entsteht ein Raum zwischen Wahrnehmung und Reaktion. In diesem Raum können bewusste Entscheidungen getroffen werden.“

In unserer Buchveröffentlichung: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen [4], gibt es mehrere relevante Themenschwerpunkte, den größten und regelmäßigsten nimmt aber die Achtsamkeit ein. Die Auseinandersetzung und das Erlernen von Achtsamkeit erscheint uns so fundamental wie hilfreich und eine Krisenbewältigung ohne Achtsamkeit nur schwer vorstellbar.

Das Thema Achtsamkeit haben wir in besondere Weise bearbeitet, vertieft und erweitert, so dass auch Menschen mit einer Psychose für sie sensibilisiert werden können. Ein weiterer Schritt ist dann, Achtsamkeit erfahrbar zu machen, sie einzuüben und sie im Alltag zu manifestieren. Achtsamkeit kann individuell und flexibel und an den Bedürfnissen des Einzelnen eingesetzt werden. Die Vermittlung von Achtsamkeit für psychoseerkrankte Menschen erfordert eine behutsame und kleinschrittige Vorgehensweise. Gute Voraussetzungen dafür sind Zeit und Geduld und unbedingt eine gewisse Selbsterfahrung der Therapeuten im Bereich der Achtsamkeit.

In der psychiatrischen Klinik Gilead IV ist in den letzten 9 Jahren eine sog. Stabilisierungsgruppe konzipiert worden, die sich schwerpunktmäßig an Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizoaffektiven Störungen, Depressionen, richtet, aber auch an solche die sich in Krisen befinden.

Das Thema Achtsamkeit wird in einem umfangreichen Konzept in unserem Handbuch behandelt. Alle Übungen und Techniken, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, sind in der Praxis erprobt.

Die theoretische Basis bilden Elemente der DBT (Dialektisch- Behaviorale Therapie), der euthymen Therapie und meditative Übungen in Anlehnung an Thich Nhat Hanh und Luise Reddemann [2].

Das Kapitel Achtsamkeit vermittelt zunächst Grundlagen:

Definitionen: Umgang mit Unachtsamkeit: Unterscheidung von äußerer und innerer Achtsamkeit. Außerdem behandelt es die Fragen: Was macht man in der Achtsamkeit und wie funktioniert sie?

Der zweite Block bearbeitet intensiv die Wahrnehmungsschulung über die 5 Sinne: Zunächst allgemeine Informationen, dann wird jeder einzelne Sinnesreiz gesondert und detailliert bearbeitet. Dieser Themenkomplex ist sehr arbeits- und zeitintensiv für die Moderatoren, für die Teilnehmer kann er jedoch voller Neuentdeckungen und Erfahrungen sein.

Die Verankerung von Achtsamkeit im Alltag bildet den letzten Schwerpunkt des Themas: Ziel ist es nun, das Gelernte mit einfachen, praktischen Übungen ganz konkret in den Alltag zu etablieren.

Während des Themas Achtsamkeit wird jede Gruppenstunde mit einer Atemübung begonnen. Unsere Workshop-Erfahrungen haben gezeigt, dass viele Therapeuten in Sorge sind, mit psychoseerkrankte Menschen Atemübungen durch zu führen. Es ist gut machbar und lohnt sich für die Teilnehmer sehr. Dafür ist es jedoch notwendig diese Übung sorgfältig einzuführen, langsam zu steigern und kontinuierlich zu wiederholen. Gemeinsam mit den Gruppenteilnehmern haben wir Vorsichtsmaßnahmen entwickelt und diese auf einem Handzettel schriftlich fixiert. So funktioniert der Einsatz problemlos und das Ergebnis ist sehr effektiv.

Zum Schluss seien einige Stimmen aus der Gruppe zum Thema Achtsamkeit genannt, machen sie doch deutlich, wie gut psychoseerkrankte Menschen von ihr profitieren:

- „Achtsamkeit hilft gegen Reizüberflutung.“
- „Achtsamkeit ist eine Lebenshaltung und kann überall ausgeübt werden.“
- „Meine These: mit Achtsamkeit schütze ich mich vor Überforderung und daher auch vor Psychosen.“

- „Ich lerne durch Achtsamkeit viel über mich selbst und welche Fähigkeiten in mir verborgen sind. Durch Achtsamkeit lerne ich entspannter zu arbeiten.“
- „Das Besondere an Achtsamkeit ist, dass man trotz seiner Erkrankung doch die schönen Dinge im Leben wahrnehmen kann.“
- „Der Stellenwert von Achtsamkeit nimmt langsam zu, man wird öfter achtsam, man kann es gut mit der Tagesstruktur verbinden.“
- „Das Besondere an Achtsamkeit ist, man braucht keine Hilfsmittel und entwickelt Übung, der Effekt zeigt sich schon nach wenigen Minuten.“

### **Literatur**

1. Kabat Zin, J. (1998) Stressbewältigung durch Praxis der Achtsamkeit, Arbor, Freiamt.
2. Reddemann, L. (2004) Eine Reise von 100 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt, Seelische Kräfte entwickeln und fördern, 7.Aufl., Freiburg im Breisgau.
3. Schmidt, S. (2006) Forschungsschwerpunkt, Meditation, Achtsamkeit und Neuropsychologie, Das Konzept der Achtsamkeit, Uniklinik Freiburg.
4. Boden, M. (2008) Doris Feldt (geb. Rolke), Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen, Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe, Bonn.

## **Gegenwarts- und Zukunftsvorstellungen zur Rolle und Funktion psychiatrisch Pflegender – aus Sicht eines Pflegedirektors**

*Uwe Braamt*

In unserer psychiatrischen Fachklinik stellt sich der Bereich des Pflegedienstes so dar, dass wir keine Personalfluktuatation haben. Diese Situation führt dazu, dass unser Krankenhaus mit den Mitarbeitern/-innen älter wird. Demnach müssen die Anforderungen, die an das Personal und die Institution gestellt werden, durch Mitarbeiter/-innen, die einen Altersdurchschnitt von über 40 Jahren aufweisen, bewältigt werden. Dies ist zum einen ein Vorteil, zum anderen ergeben sich jedoch Schwierigkeiten. Diese zeigen sich zum Beispiel bei den unterschiedlichen Anforderungen im Bereich der Wechselschichten, da diese mit zunehmendem Alter schwieriger zu bewältigen sind.

Wir müssen uns in der Gegenwart permanent die Frage stellen, wie wir mit dem vor Ort befindlichen Personal den unterschiedlichen Ansprüchen gerecht werden.

Weitere Fragen sind, welche Maßnahmen sind von den Leitungspersonen sinnvoll anzuwenden, um die Mitarbeiter/-innen auf die veränderten Rahmenbedingungen vorzubereiten und eine dahingehende Entwicklung voranzutreiben? Welche Rahmenbedingungen im Bereich der Dienstplangestaltung sind in der heutigen Zeit noch modifizierbar? Als Stichwort seien die aufwandsorientierten Arbeitszeiten genannt, die möglicherweise eine Entlastung darstellen können. Welche Bedeutung haben in dieser Situation die im Haus stattfindenden Mitarbeitergespräche? Wie ermitteln wir den heutigen Lernbedarf der Mitarbeiter/-innen, die sich an der Basis befinden? Sind vorhandene Weiterbildungen wirklich geeignet, um den schnell wechselnden Anforderungen tatsächlich gerecht zu werden? Was sind unsere Erfahrungen aus den bisher gestellten Fragen? Welches Resümee ziehen wir aus dieser Entwicklung? Welche Grundsätze lassen sich aus dem bisher Geschehenen ableiten?

Wie wollen wir die Zukunft der psychiatrischen Pflege am Beispiel eines Krankenhauses gestalten?

Die wesentlichen Aussagen in diesem Vortrag beziehen sich auf Aspekte wie:

1. Führungskräfte spielen in dem aktuellen und zukünftigen Entwicklungsprozess eine große Rolle. Wie werden diese Mitarbeiter/-innen in den Entwicklungsprozess einbezogen?
2. Welche Förderungen sind notwendig für Führungskräfte, damit sie diesen Prozess erfolgreich bewältigen können?
3. Wie kann eine Konkretisierung bestimmter Maßnahmen im Arbeitsalltag aussehen, an den Beispielen Mitarbeitergespräche oder Qualifizierungsbedarfsanalyse (QBA)?

# **Leadership – Esoterischer Kuschelführungsstil oder alter Wolf in neuem Schafspelz? Eine kritische Sicht eines Organisationsberaters im Gesundheitswesen**

*Rolf Brüderlin*

## **Einleitung**

Leadership ist im Gegensatz zu anderen Mode-Trends im Management einer der hartnäckigeren Begriffe. Um so erstaunlicher ist, dass Führungskräfte die sich lieber Leader statt Manager oder Vorgesetzte nennen oder zumindest Leadership als ihren Führungsstil bezeichnen, die Eckwerte eines solchen Konzeptes nur in seltenen Fällen anhand ihrer praktischen Führungstätigkeit verhaltensnah beschreiben können. Das gleiche Phänomen gilt auf der Ebene der Organisation.

Es stellt sich nun die Frage, ob Leadership in im real existierenden Führungsalltag ein Wunschdenken darstellt und dem auch historisch belasteten Begriff „Führung“ und „Führer“ sowie dem auch teilweise „bissig“ empfundenen Begriff „Menschenführung“ ein kuscheliges Mäntelchen angelsächsischer Provenienz umgelegt werden soll oder ob es sich um ein eigenständiges Konzept der Unternehmens- und Personalführung handelt, welches konkret beschrieben und in der Praxis umgesetzt werden kann und wird.

## **Herkunft des Begriff Leadership**

Als "Erfinder" des Begriffs gilt vielen der Harvard-Professor John P. Kotter, der 1982 - und ausführlicher 1990 in einem Buch "A Force For Change: How Leadership Differs From Management" (deutsch: „Abschied vom Erbsenzähler“, 1991) - den Unterschied zwischen Managern und wahren Führern – eben Leadern - erläuterte. Manager seien eher Verwalter, Leader dagegen Visionäre. Management stehe eher für das perfekte Organisieren der Abläufe, planen und kontrollieren. Leadership bedeute dagegen, die Geführten mit Visionen zu inspirieren und zu motivieren. Leadership schaffe Kreativität, Innovation, Sinnerfüllung und Wandel [1].

Ganz neu war dies schon damals nicht. In dieselbe Richtung ging die Unterscheidung zwischen transaktionaler und transformativer Führung des Politologen und Historikers James M. Burns. Dieser hatte 1978 politische Führer (zum Beispiel den amerikanischen Präsidenten Jimmy Carter) als transformativ bezeichnet, wenn sie Veränderungen ankündigten und herbeiführten, selbst wenn diese den aktuellen Bedürfnissen der Wähler entgegenstanden und somit Stimmenverluste zu befürchten waren.

Harvard-Professor Abraham Zaleznik hat in einem 1977 in der "Harvard Business Review" erschienenen Artikel ebenfalls die Unterschiede im Handeln von Managern und Leadern hervorgehoben. McKinsey-Berater Tom Peters und seine Koautorin Nancy Austin klagten 1985 in ihrem Bestseller "A Passion for Excellence" (deutsch: Leistung aus Leidenschaft, 1993), unsere Organisationen seien "overmanaged" und "underled". Es gebe zu viele Bürokraten, aber zu wenig mitreissende Führer. Seit Kotters "A Force for Change" sind noch unzählige Bücher erschienen, die das Leadership-Konzept ausführen.

In der erwähnten angelsächsischen Literatur kann die Manager-oder-Leader-Diskussion mit Tendenzen zur Idealisierung und Heroisierung des Leaders gelesen werden. Leadership wird sogar als angeborene Charaktereigenschaft definiert, wie z.B. bei den „Great Man Leadership“ Ansätzen [2, S. 20], welche auf Grund von Beobachtungen von erfolgreichen Leader-Persönlichkeiten die Eigenschaften eines Leaders definieren.

Den Gegenpool zum „Great Man“ formulierte der renommierte amerikanische Organisationsforscher Karl E. Weick [vgl. 3] im 21. Jahrhundert in schon philosophischen Stil „Leadership als Legitimation des Zweifels“ (Leadership as the Legitimation of Doubt). Er geht von der Unmöglichkeit der Sicherheit aus und betont die dynamische Fortschreibung sowie die dazugehörige Improvisation. Dass er dazu von den Akteuren mehr Demut und weniger Hybris fordert, ist in den formulierten Herausforderungen schon so angelegt.

Bis anhin wurde deutlich, dass scheinbar immer in der personifizierten Form von „dem Leader“ zu lesen ist, also die Leadereigenschaften einer bestimmten Person zugeschrieben werden. Neuere Ansätze in Richtung „Creating a Community of Leaders“ tendieren dazu [vgl. 4], die Managementcrews als Gemein-

schaft begreifen, welche nicht nur optimal kooperieren, sondern sich die Führungsverantwortung wahrhaftig teilen.

In der deutschen Führungsliteratur wird der Leadership-Begriff meistens entweder im angelsächsischen Verständnis übernommen oder einfach als Synonym für Führung verwendet.

### **Versuch eines Profils**

Unterscheidungen sind immer die Grenzziehungen eines Beobachters [vgl. 5]. Sie sollen zum Zweck des Erkenntnisgewinns getroffen werden, welche ohne diese Grenzziehung nicht möglich wären. Die gelingt bei den Begriffen Management und Leadership nicht, da sie mit oben erwähnten Bewertungen und Bedeutungen aufgeladen sind. Für die Profilierung von Leadership ist es trotzdem hilfreich, kurz und holzschnittartig auch auf den aktuellen Begriff Management [6, S. 7] zu schauen.

Darunter „... wird ein Komplex von Steuerungsaufgaben, die bei der Leistungserstellung und -sicherung in arbeitsteiligen Organisationen erbracht werden müssen verstanden. Diese Aufgaben stellen sich in der Praxis als immer wieder neu auftretende Probleme dar, die im Prinzip in jeder Leitungsposition zu lösen sind, und zwar unabhängig davon, in welchem Ressort, auf welcher Hierarchieebene und in welcher Organisation sie anfallen“. Die daraus resultierenden fünf Funktionen Planung, Organisation, Personaleinsatz, Führung und Kontrolle werden als dynamischer Prozess verstanden, welcher erlernt werden kann.

Nach dem Lesen dieser Zeilen verwundert es nicht, dass auf der Basis der in der oben erwähnten Leadership-Literatur transportierten Ideal-Eigenschaften wie hohe Intelligenz, ausgeprägtes Selbstbewusstsein, Entschlossenheit, hohe Integrität und Prinzipientreue sowie eine überdurchschnittliche Sozialkompetenz [7, S. 19]. eine deutliche Höherwertung von Leadership gegenüber Management erfolgt. So wird Leadership als erstrebenswerte Ergänzung betrachtet und auch verkauft. Diese findet z.B. auch Ausdruck im Anbieten von „Masterstudiengängen Leadership“ für Absolventen der Wirtschaftswissenschaften mit dem Argument, dass „echte Führungskräfte“ weltweit gefragt seien.

Welche ersten Schlussfolgerungen lassen sich treffen?

- Erstens existieren sehr unterschiedliche Vorstellungen und Definitionen von Leadership mit unterschiedlichem normativem Gehalt.
- Es lässt sich zweitens sagen, dass Leadership als führungs-mässige Steigerung von Management begriffen wird, obwohl Management als Ueberbegriff der Führung definiert ist und diese dort als wichtige Komponente gilt.
- Das bedeutet drittens, dass Leadership und Management sich begrifflich nur durch eine engere Begriffsbestimmung als eigenständige Theoriekonzepte abgrenzen liessen. Dies wurde an andere Stelle schon ausführlich versucht [vgl. 8].

Dieser Aufsatz ist per Ankündigung der kritischen Sicht der Organisationsberatung verpflichtet. Da diese in der real existierenden Praxis verankert ist, wird hier auf theoretische Arbeit verzichtet. Dafür werden einige thesenartige Gedanken zum praktischen Leadership formuliert.

### **Leadership im psychiatrischen Alltag – eine seltene Pflanze**

Psychiatrische Institutionen sind immer noch weitgehend von bürokratischen Strukturen geprägt, welche vor allem die Merkmale Berechenbarkeit und Planbarkeit im Vordergrund zu haben scheinen. In einer derartigen Struktur der Stabilität hat das „Müssen“ Vorrang vor dem „Wollen“.

Im Berufsalltag eines Supervisors und Organisationsberaters sind in diesem Berufsfeld vorwiegend normativ geprägte Führungspersonen anzutreffen, die versuchen ihre anstehenden Aufgaben und Probleme nach besten Wissen und Gewissen zu bearbeiten. Dass sie dies mehrheitlich mit den strukturnahen Führungstechniken und –stilen tun verwundert da nicht. Strukturelle Vorgaben werden da oft sehr eng interpretiert und zuwenig auf Spielräume geprüft. Ein Art vorseilender Gehorsam wird gelebt und auch von den Geführten erwartet. Diese Art von Führung vermittelt Sicherheit durch Kontinuität, tut sich aber schwer mit Entwicklung oder gar Innovation.

Die bedeutend geringere Zahl der Führungskräfte bei denen Leadership im Sinne der oben formulierten Eigenschaften zu beobachten ist, hat dies nicht „ordentlich“ gelernt. Sie wissen oft nicht mal, dass ihr Verhalten als Leadership

bezeichnet würde. Sie tun es so, wie sie es so als stimmig betrachten. Beobachten lässt sich bei diesen Personen:

- schnelles, treffendes und prägnantes Erkennen und Darlegen komplexer Situationen,
- das Treffen von Entscheidungen auch bei geringer Informations- und unterschiedlicher Interessenslage,
- Eine kommunikative Art sich kritisch mit eigenen Anliegen und denen der Anderen auseinander zu setzen,
- die Bereitschaft, hinderliche Regeln und Einschränkungen zu hinterfragen und daraus in neuen Freiräumen neue Herangehensweisen zu entwickeln sowie
- das Hinterfragen des eigenen Handelns und Einholen von Feedback.

Dies Eigenschaften und die entsprechenden Wirkungen liessen sich noch differenzierter und präziser ausführen. Insgesamt behandeln Führungskräfte mit „Leadershipseigenschaften“ das System mit Respekt [2, S. 59], weil sie akzeptieren, dass nicht alles beeinflussbar und steuerbar ist. Sie wissen, dass Prozesse und Strukturen eine Eigendynamik entwickeln, und in ihrem Einfluss auf die verschiedenen Akteure stärker und wirkungsvoller sein können, als die direkte Steuerung durch das Handeln der Führenden. Die Abkehr von stabiler Berechenbarkeit und sicherheitsvermittelnder Kontrolle birgt ein hohes Irritationspotenzial für die Mitglieder der Organisation. Der mögliche Nutzen ist permanente Entwicklung und hohe Motivation durch Sinngebung.

Aus den Aufzählungen der Attribute die Aussage, dass Leader besser sind als Manager abzuleiten, wäre aber deutlich zu kurz gegriffen. Leadership ohne Managementfunktionen zu betreiben müsste als verantwortungslos bezeichnet werden. So stellt sich dann die Frage, wie Leadership als erfolgsteigernde Ergänzung zu Management zu installieren sei und wer diesen Prozess initiiert.

## **Installation von Leadership – Mission impossible?**

Wenn individuelles Führungsverhalten als Mischung zwischen strukturellem Einfluss und den Persönlichkeitsmerkmalen der einzelnen Führungskräfte gesehen werden muss, sind aus praktischer Sicht die Lern- und Veränderungsansätze bei den Führungskräften zu suchen, weil erst diese dann die Struktur entsprechend ändern können. Inhaltlich steht die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und dem aktuellen Führungsverhalten sowie dem Training von sozialen Kompetenzen im Vordergrund. Initiiert kann dieses Lernen werden, wenn in der Hierarchie ein Leader als „deus ex machina“ mit entsprechendem Einfluss auftaucht und diese Eigenschaften im System installieren will. Oft ist es aber der „Leidensdruck“ in der Organisation, welcher dann neue Lösungsansätze – auch auf der strukturellen Ebene - möglich macht.

## **Fazit – Pragmatismus statt Idealisierung**

Der Begriff Leadership – dies wird bereits in der Kürze dieses Beitrages deutlich – ist inflationsgefährdet. Er findet Verwendung um etwas ruppige Führungsstile von patriarchalen Gründer- und Unternehmerpersönlichkeiten zu beschreiben oder einfach in den Fällen, in denen „Leader“ in deutschsprachigen Ohren besser tönt als „Führer“ oder „Manager“, speziell weil letzterer bereits zu einem amoralischen Begriff zu verkommen droht. Obwohl Leadership-Beschreibungen mit heroischem Ansatz à la „Great Man“ nach wie vor die einschlägige Managementliteratur stark dominieren und das wenig überprüfte Selbstbild von einigen Führungskräften nähren, ist es in der Praxis nicht als eigenständiges Führungskonzept zu erkennen. Aber als zusätzliches, entwicklungs- und innovationsorientiertes Führungsverhalten zu den Managementfunktionen kann es bei Führungskräften beobachtet werden. Obschon heute Erfolge als meistens Teamleistungen gesehen werden, sind es nach wie vor einzelne Leader, die Teams entsprechend ihren Vorstellungen entwickeln und denen die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Erfolge zuzuschreiben sind. Ob das gut oder schlecht ist, ist nicht die Frage, sondern welche Bedeutung es für die jeweilige Organisation hat.

## Literatur

1. Hegele-Raih, C. (2004) Was ist Leadership? <http://www.harvardbusinessmanager.de/heft/artikel/a-620896.html>, 7.05.2009
2. Lang, R. (2007). Führungstheorie <http://www.tu-chemnitz.de/bps/wirtschaft/bwl5/fuehrungstheorien/kursskript-fuehrung.pdf>, 20.01.2009
3. Weick, K.E. (2001) „Leadership as the Legitimation of Doubt“ in: Warren Bennis u.a., The Future of Leadership. San Fransisco: Jossey-Bass.
4. Mirvis, P., Gunning, L. (2006). „Creating a Community of Leaders“ in: Organizational Dynamics, Vol. 35, No.1, pp. 69 – 82.
5. Baecker, D. (1993) „Im Tunnel“ in: Baecker D (Hrsg): Kalkül der Form. Frankfurt: Suhrkampf.
6. Steinmann, H., Schreyögg, G. (2005) Management. Grundlagen der Unternehmensführung. Wiesbaden: Gabler.
7. Northouse, P.G. (2007) Leadership: Theory and Practice (4th ed.). London: Sage.
8. Raich, M., Pechlaner, H., Hinterhuber, H. (Hrsg.): Entrepreneurial Leadership - Profilierung in Theorie und Praxis. Wiesbaden: Gabler.

# **Wider den Zufall! Gezielte Pflegeentwicklung durch Teamverantwortung von Pflegedienstleitungen und Pflegeexperten unter der Prämisse: nicht alle Pflegenden sind gleich!**

*Bärbel De Stefani, Guntram Fehr*

## **1. Ausgangslage**

Die Klinik St. Pirminsberg ist die stationäre Einrichtung der Psychiatrie-Dienste Süd in Pfäfers (St.Gallen, Schweiz). Die kantonale Klinik hat einen umfassenden Versorgungsauftrag für eine schweizerische Region von ca. 180'000 Menschen und für 30'000 Menschen aus dem Fürstentum Liechtenstein. Aktuell führt sie 143 stationäre Betten. Schon 1996 wurde eine Stabstelle für Pflegeentwicklung eingerichtet. Diese wurde direkt dem Pflegedirektor (welcher nicht im operativen Bereich tätig ist) unterstellt. In den letzten 13 Jahren waren auch für die Klinik St. Pirminsberg Rationalisierungsbemühungen und damit einhergehend verschiedene Umstrukturierungen prägend. Knappere finanzielle und in der Psychiatrie besonders, knappere personelle Ressourcen verlangten nach einem innovativen und tragenden Neuansatz, sollten Angebote zur Pflegeentwicklung nicht radikal eingeschränkt werden müssen. Die organisatorische Einbindung dieses Neuansatzes lautet wie folgt: Die Entwicklung der Pflege wird gemeinsam vom Pflegeexperten und den Pflegedienstleitungen (in der operativen Führung tätig) geplant und gesteuert und ist einem systematischen Controlling unterworfen. Organisatorisch sind heute dem Pflegedirektor zwei Pflegedienstleitungen unterstellt, diese sind verantwortlich für die Bereiche Allgemeinpsychiatrie sowie Spezialpsychiatrie. Die Pflegedienstleitungen bilden gemeinsam mit der Stabstelle für Pflegeentwicklung das KernteamGEPE (GEzielte Pflege Entwicklung).

Das KernteamGEPE erarbeitete die Grundlagen zur Pflegeentwicklung im Konzept GEPE, welches 2006/2007 entstand.

## 2. Konzept Gezielte Pflegeentwicklung

Das Konzept gliedert sich in 5 Schwerpunkte:

1. Einleitung (Ziel, Entwicklungen intern und extern).
2. Rahmenbedingungen (Pflegeauffassung, Organisationsstrukturen, Aufgabenbeschreibungen).
3. GEPE Kernthemen.
4. Kommunikation (intern und extern).
5. Qualitätssicherung und Controlling.

Die Struktur der GEPE Kernthemen ist folgendermaßen aufgebaut:

- Jeder einzelne Aspekt ist als Ziel formuliert.
- Der Strategiebezug ist explizit ausgearbeitet.
- Daraus ist der Auftrag/Handlungsbedarf abgeleitet.
- Dieser mündet in die Operationalisierung.

Das Konzept wurde im ersten Halbjahr 2009 evaluiert. Das heisst, der Auftrag/Handlungsbedarf sowie dessen Operationalisierung wurden überprüft und angepasst sowie Konsequenzen abgeleitet.

Der vorliegende Praxisbericht geht nur auf die Ziele und die abgeleiteten Operationalisierungen ein, da das Gesamtkonzept den Rahmen sprengte.

### Qualitätsmanagement

Aspekte im GEPE sind: Steuerungs- und Umsetzungsgremien, Struktur und Prozessanalysen, Qualitätsbedarfserhebung, Ableitung von Förderungsmassnahmen

**Ziel:** Die Gremien zur Steuerung und Umsetzung des Qualitätsmanagements sind bestimmt, deren Arbeitsweise ist festgelegt. Struktur- und Prozessanalysen werden systematisch erhoben. Der Qualifikationsbedarf im Pflegedienst und die daraus resultierenden Förderungsmassnahmen sind abgeleitet. Die monetären Grundlagen sind transparent und werden prospektiv geplant.

**Operationalisierung:** Die gesamten Bestrebungen von GEPE werden im Rahmen eines Continuous Quality Improvement umgesetzt, was sich in der mindestens jährlichen Evaluation der einzelnen Aspekte niederschlägt.

Die Verantwortung für die Steuerung und die Operationalisierung des Qualitätsmanagements liegt beim KernteamGEPE. Das Team gewährleistet hohe Führungs- wie auch Entwicklungskompetenz in Zusammenarbeit mit den Abteilungsleitungen und Pflegenden mit entsprechender Zusatzqualifikation.

Die Implementierung von Ansätzen der Aktionsforschung dient dem Anspruch, das Qualitätsmanagement an konkreten Problemstellungen aus der Praxis auszurichten und es dennoch anhand wissenschaftlicher Grundlagen, unter Einbezug von evidence based practice, weiter zu entwickeln.

### **Experteneinsatz und Pflegesupport**

Aspekte im GEPE sind: gezielter Einsatz, spezifisches Angebot, zweckorientierte Nutzung, Reflexionsförderung

**Ziel:** Expertise auf akademischem Niveau bzw. auf HöFa II Niveau ist gezielt eingesetzt. Fachliche und/oder therapeutische Expertise von Mitarbeitenden auf den Abteilungen ist gezielt genutzt. Kern des gezielten Pflegesupports ist die Förderung einer reflektierten Problemkultur. Der Support wird nutzerorientiert gestaltet. Der Support wird von den Mitarbeitenden aktiv genutzt.

**Operationalisierung:** Für die Durchführung von Fortbildungen im Haus werden Pflegende aus den verschiedenen Bereichen eingesetzt.

Über ein Meldesystem an die Pflegeexperten (Meldesystem PEX) können Mitarbeitende Problemlösungen anfordern und/oder Wissen zu spezifischen Problemen beanspruchen. Das Meldesystem PEX kann von Einzelnen wie auch von Teams genutzt werden. Es beinhaltet Supportleistungen zu evidence based practice. Die Mitglieder der Gruppe PEX suchen mit den Betroffenen eine Problemlösung und begleiten diese in der Umsetzung. Wird keine zufriedenstellende Lösung gefunden, leiten sie den Supportbedarf nach Absprache mit den Betroffenen an intern oder extern zu nutzende Ressourcen weiter.

Da das Meldesystem PEX wenig genutzt wird (weniger als 1 Anfrage pro Monat), muss diese Supportmöglichkeit nach wie vor aktiv kommuniziert werden. Es ist Aufgabe der Führung, Mitarbeitende auf mögliche Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen. Der Pflegeexperte ist wöchentlich in den Abteilungsleitungssitzungen anwesend.

Ausserdem werden Mitglieder der Gruppe Entwicklung und Qualität (E&Q=eine ressortverantwortliche Pflegeperson auf jeder Station) als Multiplikatoren für die Bestrebungen der Pflegeentwicklung genutzt.

### **Pflegediagnostik und Pflegeprozess**

Aspekte im GEPE sind: Konzeptualisierung, Schulung, Controlling, Ableiten von Konsequenzen.

**Ziel:** Die Pflegediagnostik als Kernprozess spezifisch pflegerischer Bezugspersonen-Arbeit ist konzeptualisiert. Den unterschiedlichen Aufgaben der Mitarbeitenden im Pflegedienst, wie auch den unterschiedlichen Ausbildungen und Erfahrungen, wird Rechnung getragen durch Festlegen der Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit und den Erfordernissen der Dokumentation. Ausgehend von unserer Pflegeauffassung sind folgende Aspekte zur Arbeit mit dem Pflegeprozess geregelt: Pflegestandards, Leistungserfassung und Controlling.

**Operationalisierung:** Die aktuell geltenden fachlichen Grundlagen sind in der ICNP-Broschüre festgehalten. Diese beruht auf den Phänomenen der Klassifikation der International Classification of nursing practice des ICN. Neue Mitarbeitende werden in der Anwendung geschult und bei Bedarf in der Pflegediagnostik begleitet. Das qualitative Controlling der Pflegediagnosen und das dazugehörige Feedback an die entsprechende Pflegefachperson geschehen fortlaufend. Die Überprüfung wird anhand Zufallsstichproben durchgeführt. Die quantitative Stichprobenauswertung wird quartalsweise durch die Stelle Pflegeentwicklung erhoben.

Sobald das geplante kantonale Pflegediagnose Projekt startet, werden neue, geeignete Instrumente zum systematischen Controlling entwickelt.

### **Lösungsorientierter Führungsansatz**

Aspekte im GEPE sind: Schulung der Abteilungsleitungen, Förderung einer „reflective practice“

**Ziel:** Alle Mitarbeitenden im Pflegedienst sind anhand der lösungsorientierten Führung geführt. Die Mitarbeitenden formulieren eigenverantwortlich Ziele und Strategien und setzen diese selbständig um.

**Operationalisierung:** Die Lösungsorientierte Führung ist kongruent mit den acht Führungsgrundsätzen der Psychiatrie-Dienste Süd. Die Abteilungsleitungen werden in lösungsorientierter Führung geschult. Für die Abteilungsleitungen wird ein Interventionsangebot in regelmässigen Abständen ca. 4mal pro Jahr sichergestellt. Im Zentrum der lösungsorientierten Führung steht der Paradigmawechsel weg vom Problemdenken hin zur Aktivierung lösungsfördernder Ressourcen der Mitarbeitenden.

Damit ist gemeint, dass Probleme zwar erkannt werden sollen und müssen, es jedoch zu vermeiden ist, in der Problemanalyse zu verharren. Vielmehr muss Energie in die Lösungsfindung investiert werden. Die Arbeit mit Kompetenz-Portfolios ist konzeptualisiert.

### **Fort- und Weiterbildung**

Aspekte im GEPE sind: aktive Förderung unter Berücksichtigung von Ressourcen und Nutzen

**Ziel:** Mitarbeitende sind, unter Berücksichtigung von Ressourcen und Nutzen, für die in ihrem Aufgabengebiet erforderliche Qualifikation im Pflegedienst gefördert. Zielorientierte und qualifikationsfördernde Fort- und Weiterbildungen sind massgeschneidert für Abteilungen, Stationen bzw. Mitarbeitergruppen durchgeführt.

**Operationalisierung:** Charakter und Ziel der Abteilungs- und Stationsfortbildungen:

A) Eine Fortbildung ist aus dem Bedürfnis der Mitarbeitenden abgeleitet. Die Fortbildung kann auch für das interdisziplinäre Team relevant sein. Inhaltlich muss ein breites Spektrum möglich sein.

B) Eine Fortbildung wird vom KernteamGEPE vorgegeben: diese orientiert sich an den Jahreszielen und/oder an Projekten der Klinik.

Die Fortbildung kann, nach Beurteilung der Abteilungsleitungen, auch stationsübergreifend ausgeschrieben sein. Beide beschriebenen Veranstaltungsformen haben für die Zielgruppen verpflichtenden Charakter. An Mitarbeitenden ausgerichtete Fortbildungen fördern gezielt Kompetenzen, wie Gesprächsführung, Gruppen leiten, DBT, Aggressionsmanagement, Deeskalation usw.

Jährlich findet ein interner Pflegekongress statt, welcher für alle zugänglich ist und deshalb zweimal durchgeführt wird. Der themenzentrierte Kongress dient dem Austausch zwischen den Stationen.

### **Pflegeforum und KreativForum**

Aspekte im GEPE sind: praxis- und bedarfsorientierte „evidence based“ Grundlagen

**Ziel:** Praxisorientiert und evidence based sind notwendige pflegerische und psychiatrische Grundlagen vermittelt und anhand konkreter Pflegesituationen trainiert.

**Operationalisierung:** Das Pflegeforum ist ein für Pflegende offenes Fortbildungsangebot, das ¼ jährlich durch die Pflegeexperten zu einem aktuellen Thema durchgeführt wird. Zu einer praxisrelevanten Problemstellung wird die beste zur Verfügung stehende evidence recherchiert und in Bezug auf die Übertragung in unsere klinische Praxis beurteilt. Die Inhalte können interdisziplinär relevant sein und multiprofessionelle Projekte und Entscheidungsprozesse auslösen.

Das KreativForum bietet demgegenüber gezielt Inhalte für spezifische Nutzergruppen an und hat verpflichtenden Charakter.

### **Koordinationssteam Pflegequalität (KPQ)**

Aspekte im GEPE sind: fortlaufendes Controlling und aktive Kommunikation von Qualitätsaspekten

**Ziel:** Die Qualität des Pflegeprozesses ist laufend überprüft, Konsequenzen der Erhebungen sind abgeleitet. Standards sind bei Bedarf erarbeitet und unterliegen einem Controlling. Grundlegende Standards sind umfassend und professionell methodisch überprüft.

**Operationalisierung:** Die Pflegediagnostik unterliegt einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle mit Feedbacks an die Mitarbeitenden. Grundlegende Standards werden in qualitativen Untersuchungen überprüft, ansonsten wird durch die Standardeigner nur die Prozess- und Strukturqualität evaluiert. Wenn Expertenwissen im KPQ notwendig ist, werden Pflegeexperten beigezogen; umgekehrt kann ein Auftrag von den Pflegeexperten an den KPQ gelan-

gen. Das KernteamGEPE hat Auftragskompetenz. Die für die Arbeit relevanten Standards stehen für alle im Intranet zur Verfügung. Veröffentlicht sind die Überprüfungsergebnisse und die abgeleiteten Verbesserungsmassnahmen. Neue Mitarbeitende werden in die Qualitätsbestrebungen eingeführt.

### **Evaluation des Konzepts Gezielte Pflegeentwicklung**

Der Auftrag/Handlungsbedarf sowie die Operationalisierung der Inhalte von GEPE werden jährlich beurteilt und systematisch überprüft. Bei Bedarf werden Konsequenzen abgeleitet, was einer kontinuierlichen Anpassung an die sich verändernden Gegebenheiten entspricht. Alle Aspekte von GEPE sind einem qualitätsüberprüfenden und -sichernden Controlling unterworfen. Wer welche Fortbildungen mit welchem Ziel zu welchem Nutzen besuchen soll, resultiert aus den Mitarbeitergesprächen (Kompetenz-Portfolios, Controllingdaten der Fort- und Weiterbildungen).

Die auf GEPE beruhenden Bestrebungen laufen nun das dritte Jahr. Es zeigt sich, dass Ressourcen im Zusammenhang mit theoretischem Wissen zu systemischen Ansätzen und zur Gesprächsführung sehr breit vorhanden sind, so dass als Konsequenz die Ausrichtung des Fortbildungsprogramms 2009 / 2010 verstärkt Interventionscharakter hat, um direkt am Fall zu lernen. Die Bestrebungen im Zusammenhang mit GEPE werden mit entsprechender Unterstützung weitergeführt, geeignete Arbeitsmittel werden fortlaufend erstellt und Interventionen werden professionell moderiert.

Eine notwendige, große Herausforderung ist, dass wir uns endgültig vom Mythos „alle Pflegenden sind gleich“ verabschieden und somit eine neue Kultur der Pflegeentwicklung umsetzen: gezielt, am Bedarf ausgerichtet, nutzerorientiert. Eben: wider den Zufall!

Die Broschüre „GEPE“ kann bei den Vortragenden als Datei bestellt werden.

## **Konzept der Drogenstation H203 in der Landes Nervenlinik Wagner – Jauregg, Linz**

*Maria Dober*

Der Aufenthalt auf der Station bringt für alle Patienten<sup>1</sup> vorerst eine Veränderung und in Zukunft hoffentlich auch eine große Erleichterung mit sich. Es bedarf auch ihrer Eigenmotivation, vor allem dann, wenn sie ihr Ziel erreichen wollen.

Wir, das multiprofessionelle Team, gehen davon aus, dass die Patienten aktiv um ihre Genesung bemüht sind. Wir helfen ihnen gemeinsam Lösungen zu suchen, damit sie lernen mit ihrer Suchterkrankung umzugehen bzw. diese zu bewältigen. Es wird dafür gegebenenfalls auch nötig sein, sich von verschiedenen Lebensweisen, die im Zusammenhang mit ihrer Substanzabhängigkeit stehen, zu verabschieden. Wir bieten jedem, der unsere Hilfe in Anspruch nimmt, bestmögliche Unterstützung im Bewusstwerden von schädigenden Lebensweisen und helfen beim Finden lebenswerter Alternativen.

### **Angebot der Drogenstation H203**

#### **Ergotherapie**

„Ergotherapie geht davon aus, dass Tätigsein ein menschliches Grundbedürfnis ist und eine heilende Wirkung hat.“

Wir unterstützen Patienten, ihre Handlungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Beruf, Freizeit, etc.) zu erhalten bzw. zu erweitern. Ergotherapie bietet dem Patienten an, durch Tätigkeit eingeschränkte oder verlorene Handlungskompetenzen (wieder) zu erlernen, Umwelterfahrungen zu sammeln und auszuwerten. Ziel ist es, Alltagsanforderungen wieder bewältigen zu können. Ergotherapie zeichnet sich durch vielfältige Methoden und Konzepte aus. Dies ermöglicht uns, gezielt auf die Situation des einzelnen Patienten einzugehen.

---

<sup>1</sup> Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

## **Klinische Sozialarbeit, Ziele und Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit:**

In der Sozialarbeit werden in Form von Einzelgesprächen und Psychoedukation unter anderem die Bereiche Finanzen, Wohnen und Arbeit abgeklärt und nach Priorität und Therapieverlauf bearbeitet. Im Vordergrund der sozialtherapeutischen Maßnahmen stehen Hilfe zur Selbsthilfe und die Entwicklung, Verbesserung und Wiedererlangung von sozialen Kompetenzen.

## **Klinische Psychologie**

Das Ziel des Behandlungsangebotes der klinischen Psychologie ist es, dem Patienten ein besseres Verständnis für Suchtzusammenhänge (Gedanken, Gefühle, Einstellungen, Verhalten, etc.) zu ermöglichen. Durch die Auseinandersetzung mit eigenen Stärken / Schwächen soll eine neue Sichtweise gefördert werden. Dies ermöglicht, gemeinsam Wege aus der Sucht bzw. eine Verbesserung der Lebensweise im Umgang mit der Suchterkrankung zu finden. Ein wichtiger Teil ist dabei auch eine ständige Motivationsarbeit, um persönliche Ziele nicht aus den Augen zu verlieren. Neben einem wöchentlichen Gruppenangebot (eine Psychoedukationsgruppe, eine psychologische Behandlungsgruppe), wird auch die Möglichkeit einer persönlichen Betreuung durch Einzelgespräche angeboten.

- Begleitende Motivationsprüfung.
- Einhaltung von Regeln und Verpflichtungen wiedererlernen.
- Auseinandersetzung mit psychischen Faktoren der Sucht (bereits auch während des körperl. Entzuges).
- Beobachtung des Verhaltens des Einzelnen in der Gruppe.

Zur Abklärung verschiedener Beeinträchtigungen ist es nach Zuweisung durch den behandelnden Arzt auch möglich, psychologische Tests durchzuführen. Die Ergebnisse können entscheidend für die Planung weiterer Behandlungsmaßnahmen sein.

## **Leibtherapie**

Die Leibtherapie geht davon aus, dass sich jedes Befinden körperlich ausdrückt. Zu erkennen sind diese Auswirkungen im Muskeltonus, in der Haltung, in der Bewegung, an der Mimik, an der Atmung, an der Stimme und am Verhalten. An diesen Merkmalen setzt die Leibtherapie an. Durch einfache Atem-, Bewegungs- und Entspannungsübungen wird versucht, den Selbstheilungswillen anzuregen, das Körpererleben, das Körperschema, die Bewusstheit und den Bezug zum eigenen Körper zu verbessern und die Sensibilität, die Ausdrucks- und Entspannungsfähigkeit zu stärken.

## **Medizin**

- Klinische, apparative und neuropsychologische Diagnostik von neurologischen, psychiatrischen und somatischen Erkrankungen inkl. drogenassoziierten Begleitererkrankungen.
- Medizinische Behandlung von neurologischen, psychiatrischen und somatischen Erkrankungen.

Untersuchungsmethoden:

- Klinische psychiatrische und somatische Untersuchung.
- Klinische neurologische Untersuchung.
- Zuweisungen zu apparativen Untersuchungen - EEG, CT, internistische Untersuchung.
- Zuweisungen zur (Neuro)psychologischen Untersuchung.

Erhebung von Anamnese und Außenanamnese:

- Einleitung der Abklärungen und Erhebung bereits vorliegender Befunde.
- Diagnose – Informationsgespräch.
- Information zu Therapieangeboten, Indikation, Planung.
- Beratungsgespräche und Informationen für Patienten.
- Motivationsgespräche (z. B. für weitere Schritte...).
- Krisenintervention.
- Stützende Interventionen.

- Visitengespräche und Medikation.
- Psychoedukation.

### **Musiktherapie**

Musik bietet einen einzigartigen Zugang zu Gefühlen, Wünschen und Sehnsüchten. Wir laden die Patienten ein, mit uns auf Instrumenten in einen Dialog zu treten, der keine Worte braucht (= aktive Musiktherapie). Scheinbar Unausprechliches kann über Musik hörbar und spürbar werden. Bei der rezeptiven Musiktherapie besteht die Möglichkeit, sich selbst über gezieltes Musikhören besser kennen zu lernen. Musikalische Kenntnisse sind nicht notwendig!

### **Psychotherapie - Themenzentrierte Gruppe**

In einem Gruppengespräch werden Themen, die für Patienten zu diesem Zeitpunkt während ihrer Behandlung aktuell und bedeutsam sind angesprochen. In der Themenzentrierten Gruppe haben sie Gelegenheit sich mitzuteilen und auch anderen zuzuhören. Dadurch soll die Selbstachtung und auch der Respekt vor anderen erlebt und gefördert werden. Dabei geht es auch darum, sich selbst als gestaltender Teilnehmer einzubringen und die Konsequenzen seines Handelns (Kommunizierens) zu erfahren und zu beeinflussen.

### **Sport und Bewegungstherapie**

Es werden die verschiedensten Sport- und Bewegungsarten angeboten, wie z.B. Gymnastik, Kraft- und Beweglichkeitstraining, Gleichgewichts- und Koordinationstraining, kleine und große Ballspiele, Klettern u. v. m. Zielsetzung ist einerseits Durchhaltevermögen zu entwickeln, Selbstverantwortung zu übernehmen, in Aktion mit dem Körper in Kontakt kommen und bleiben, andererseits Sport und Bewegung als sinn- und lustvolle Freizeitbeschäftigung (wieder) zu entdecken.

## **Lebens-, Freizeitgestaltung mit dem Pflegeteam**

Wieder zu lernen, seine Zeit aktiv und konstruktiv zu verbringen, ist eines der Ziele des Lebens-, Freizeittrainings. An allen Tagen werden abwechselnd Patienten mit Aufgaben des täglichen Lebens betraut. Dies wird in den Morgenrunden, von Montag bis Freitag festgelegt. Zusätzlich gibt es spontane Spaziergänge, Sportplatzaktivitäten und Einkäufe in die nahe gelegenen Supermärkte speziell am Wochenende. In der Phase des Entzuges sind die Patienten sehr sensibel und voll mit ihren körperlichen Symptomen beschäftigt. Sie brauchen viel Animation und fremde Unterstützung um ihre freie Zeit sinnvoll zu gestalten. Auf der Station wird im Rahmen der Beziehungspflege darauf eingegangen und ein Beschäftigungsangebot bereitgestellt.

## **Pflegemodell**

Wir arbeiten nach dem Modell der „primären Pflege“. Das bedeutet, jeder Patient erhält als fixen Ansprechpartner eine primäre Pflegekraft. Diese Pflegekraft ist während ihres gesamten stationären Aufenthaltes für die Pflege verantwortlich. Anhand der Biographiearbeit werden positive Lebensereignisse sichtbar gemacht die die primäre Pflegekraft in den regelmäßig geführten Gesprächen gezielt zur Reizsetzung einsetzt. Weiters werden gemeinsam Interventionen erarbeiten, die sie in ihrer Zielsetzung und in ihrer Zielfindung unterstützen sollen. Zentrales Thema in der Pflege von Drogenkranken ist, das konsequente Einhalten von Vereinbarungen und gleichzeitig ein Beziehungsangebot zu geben. Da suchtkranke Menschen die Tendenz haben, Teams zu spalten, ist es umso wichtiger, klar und unmissverständlich zu kommunizieren. Eine gute Zusammenarbeit im interdisziplinären Bereich und die fixe Zuteilung der Pflegefachkraft, wirken sich hierfür vorteilhaft aus. Mit unserem Behandlungsangebot zielen wir nicht auf fertige Lösungen ab, sondern wir wollen die Patienten dazu ermutigen, ihre Probleme selbst zu lösen.

Pflegeinterventionen werden als Gruppen- und Einzelangebote durchgeführt. Diese werden individuell mit dem Patienten vereinbart und können sich in Form von individuellen Spaziergängen, Orientierungsgesprächen und verschiedenen einzelnen Entspannungsübungen u.v.m. darstellen. Mit Therapeutic Touch, wird seit 2007 zusätzlich eine auf Einzelbehandlung ausge-

richtete Behandlungsmethode angewandt, welche den Focus auf die Energiefeldstörung im Körper legt und sehr positiv angenommen wird.

Pflege - Sucht - Beziehung; drei Stichworte, die sich leicht verändern lassen und einen wichtigen Aspekt in der Pflege darstellen. Pflege sucht Beziehung!

Wir Pflegende wollen und werden für Suchtkranke da sein, auch wenn sie wieder rückfällig werden. Auch wenn sie es bei diesem Anlauf noch nicht schaffen, auch wenn sie kein dauerhaftes abstinentes Leben erreichen können. Nicht etwa, weil wir jegliche Zielperspektiven aufgegeben hätten, sondern weil wir als professionelle Pflegekraft über die Dynamik der Sucht und den langwierigen Prozess bescheid wissen.

Es darf auch gesagt werden, dass nicht für jeden Suchtkranken die Abstinenz der richtige Weg ist. Manche Patienten werden diese besondere Lebenssituation nicht anstreben wollen, manche werden, obwohl sie es geschafft haben abstinent zu leben, kein zufriedener Mensch sein.

Wenn Abstinenz für uns Pflegende das alleinige Maß und Ziel wäre, dann müssten wir folglich alle unsere Patienten als hoffnungslose Fälle abqualifizieren. Dies kann und darf nicht sein.

In der Suchtpflege ist ein wertschätzender Umgang miteinander wichtig, weil die Patienten in der Gesellschaft sehr viel Ablehnung und Ausgrenzung erfahren, wenn sie sich zu ihrer Krankheit bekennen. Wir bezeichnen uns auch als eine Art Weggefährte, der den Menschen mit seiner Suchtkrankheit auf dem Weg zu seinem Ziel begleitet.

# **Die Interprofessionelle Kommunikation als erster Schritt zur interdisziplinären Behandlung im Rahmen der Altersmedizin. Arzt / Leitungstandems organisieren Mitarbeiterströme**

*Thomas Duch, Ina Jarchov*

## **Abstract**

Die Bemühungen den Dialog in der Psychiatrie zwischen der Berufsgruppe der Ärzte und der Pflege zu fördern und auf eine Ebene zu bringen, die mehr ermöglicht als die patientenorientierte Absprache der jeweiligen Behandlungserfordernisse, beginnt Früchte zu tragen.

Die aus der Multimorbidität der Patientengruppe „Altersmedizin“ entstehende Notwendigkeit, über Abteilungen hinaus zu arbeiten, (Psychiatrie/Somatik) eröffnet durch die Bereitschaft auf gleicher Augenhöhe konzeptionell tätig zu werden neue Räume.

Aus der Erkenntnis heraus, dass die interdisziplinäre Kommunikation auf beiden Seiten immer wieder zu Unzufriedenheit geführt hat, wurde begonnen systematisch aus dem Defizit eine Qualität herauszuarbeiten. Durch die Bereitschaft von einander zu lernen und sich gegenseitig zu fördern und fördern zu lassen, entstehen immer neue Bereiche, in denen Ergebnisse zur Verbesserung der Qualität zutage treten. Die traditionelle Abgrenzung der Berufsgruppen reduziert sich in der Bereitschaft den Dialog in diese Bereiche auf Leitungsebene zu tragen und spiegelt sich schnell auch in der Absprachebereitschaft zwischen den Berufsgruppen im „Alltagsgeschäft“ der Patientenversorgung wieder.

Im Verständnis der gegenseitigen Beweggründe bei Entscheidungen und der Bereitschaft diese ohne Vorwürfe zu kommunizieren, verringern sich die berufsspezifischen Unzufriedenheiten in der Zusammenarbeit und ergeben sich mehr Effizienz auf Grund von weniger Schnittstellenverlusten, sowie neue Räume um in Konzepten und Darstellung die Qualität der Arbeit zu verbessern. Als Folge dieses Schulterschlusses eröffnete sich die Bereitschaft dieses gemeinsame Denken auch über die Fachabteilungen hinweg zu tragen.

In Folge der unterschiedlichen Abrechnungssysteme, oft räumlicher Trennung sowie von einander abgegrenzter hierarchischer Systeme, ist die Versorgung von Menschen die gleichzeitig in der somatischen sowie psychiatrischen Behandlung sind geprägt von Stationsverlegungen oder „Ballungsbereichen“ interdisziplinärer Stationen. Die in jedem Fall einfachere Variante zu nutzen, dass sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte mobiler sind, wird tendenziell weniger genutzt. Krankenhäuser mit mehreren Fachabteilungen verschieben immer noch lieber Betten, als die einfachere Variante zu nutzen, die Mitarbeiter zu den Patienten laufen zu lassen. Die Begriffe Case- und Caremanagement werden benutzt um die Patientenwege zu optimieren – niemand optimiert die Wege der Mitarbeiter. Um den Mitarbeiterereinsatz zu optimieren, d.h. den Begriff der Konsile neu zu definieren, bedarf es in Bezug auf Hierarchien und damit in Bezug auf Kommunikationswege neuer Organisationsstrukturen. Ärzte und Pflege sind gefragt in bestimmten Positionen auf gleicher Augenhöhe Entscheidungen zu treffen und diese in flachen Hierarchien zur Umsetzung zu bringen.

### **Lernziele des Vortrages**

- Arzt / Stationsleitung als Tandem verstehen.
- Klinik als Behandlungsinstitution über Fachabteilungen hinaus sehen.
- Mitarbeiter als Spezialisten zu den Patienten führen, statt Patientenströme zu organisieren.

# **Psychiatrische Pflege auf einer Station für britische Soldaten in einem diakonischen Krankenhaus**

*Tina Earl, Jacqueline Rixe, Michael Schulz*

## **Hintergrund**

Seit Juli 2007 hat das Evangelische Krankenhaus Bielefeld die Aufgabe, die stationär-psychiatrische Versorgung der in Deutschland lebenden und der britischen Armee zugehörigen Erwachsenen (Soldaten, Zivilisten, Angehörige) zu gewährleisten. Die dann im September 2007 speziell für diesen Auftrag eröffnete Station B1 ergänzt die vorhandenen „Community Mental Health Teams“, welche seit der Schließung des letzten Militärkrankenhauses in Wegberg im Juni 2007 vergrößert wurden und Bestandteil jeder Garnison sind.

Die in Deutschland stationierten Einheiten (BFG –British Forces Germany) stellen mit insgesamt 55.000 Soldaten und deren Angehörigen den größten Standort der britischen Armee außerhalb Großbritanniens dar.

Aufgenommen werden PatientInnen zur Behandlung und Diagnostik von psychiatrischen Erkrankungen, wenn dies im ambulanten Rahmen nicht zu gewährleisten ist (z.B. scoregestützte Alkoholentgiftungen, Medikamentenumstellungen, etc.). Viele PatientInnen werden in Absprache mit den „CPNs“ geplant aufgenommen (CPN: Community Psychiatric Nurses= psychiatrisch Pflegende in der ambulanten Versorgung). Aber auch für die psychiatrische Notfallversorgung steht die Station zur Verfügung. So werden z.B. Menschen nach einem Suizidversuch grundsätzlich eingewiesen.

Eigens für diesen Versorgungsauftrag gibt es ein Regelwerk für Dokumentation und Abrechnung, das mit dem Guys & St. Thomas' Trust -der zuständigen Behörde in London- entwickelt wurde.

Da die Station die einzige ihrer Art für diese Gruppe von Menschen ist, richtet sich das Behandlungsangebot an Menschen mit unterschiedlichster psychopathologischen Symptomatik. Dadurch ergibt sich für die Station ein breit gefächertes Behandlungsspektrum, welches von allen MitarbeiterInnen des multi-professionellen Teams ein hohes Maß an Professionalität und Flexibilität erfordert.

Das multiprofessionelle Team der Station B1 setzt sich zusammen aus: einer Psychologin (Therapeutische Leitung mit Schwerpunkt Trauma- Behandlung), einem Stationsarzt (Facharzt für Neurologie), einem Oberarzt (ärztlicher Abteilungsleiter), Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Krankenschwestern, Krankenpflegern, einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie, einer Heilerziehungspflegerin, einer Ergotherapeutin und einem Bewegungstherapeuten. Die Station B1 hat 12 Betten und ist mit 9,0 Pflegestellen besetzt, die sich auf insgesamt 11 MitarbeiterInnen verteilen.

### **Besonderheiten der Pflege auf einer deutschen Station für britische Soldaten und deren Angehörige**

Ausgehend von dem besonderen Behandlungsauftrag der Station gilt es, die folgenden Charakteristika bei der konzeptionellen Entwicklung von Pflege zu berücksichtigen:

**Sprache:** Der Pflegewissenschaftler Phil Barker hat der Sprache in einem Tidal Model eine besondere Bedeutung zugewiesen. Er ruft die psychiatrisch Pflegenden dazu auf, Menschen dazu zu befähigen, sich in ihrer eigenen Sprache auszudrücken. „Menschen“, so Barker, „entwickeln einzigartige Weisen, ihre Lebensgeschichten zu artikulieren, und damit anderen mitzuteilen, was nur sie selbst wissen können“ [1]. Aber auch jenseits des Tidal Models gehört Sprache und Kommunikation zum wichtigsten Handwerkszeug psychiatrisch Pflegenden. Im Hinblick auf die Arbeit mit Menschen in einer anderen Sprache als der eigenen Muttersprache, gilt es, eine sprachliche Kompetenz zu entwickeln, die es zulässt, sich in der fremden Sprache sicher bewegen zu können. Pflegende müssen nicht nur über spezielle englische Fachbegriffe verfügen sondern darüber hinaus ein Gefühl für sprachliche Besonderheiten (z.B. umgangssprachliche Ausdrücke, Dialekte, etc.) entwickeln. Ein wichtiges Kommunikationsmittel ist das Telefon, da die Garnisonen bis zu drei Stunden von Bielefeld entfernt sind. Mit dieser Kommunikationsform hatten die Kollegen retrospektiv die meisten Schwierigkeiten, da dabei auf die bei Verständnisproblemen hilfreiche nonverbale Kommunikation verzichtet werden muss.

**Kultur:** Pflegende treffen auch in anderen Pflegesituationen auf zu Pflegende aus anderen Kulturen. In diesem speziellen Falle bringt es die Konzeption der

Station mit sich, dass Pflegende mit überwiegend deutschem Hintergrund sich dauerhaft mit Aspekten der britischen und der militärspezifischen Kultur auseinandersetzen müssen. Dies umfasst sowohl notwendiges Wissen für Interventionen als auch die unterstützende Gestaltung des Milieus. Eine Herausforderung ergibt sich aus der Gefahr unterschiedlicher Bedeutungszumessung des Gesagten.

So empfinden Briten den deutschen Sprachstil teilweise als sehr direkt und interpretieren Äußerungen dann als frech oder besonders hart, obwohl die Intention des Pflegenden eine andere war. Dadurch können unschöne Situationen zustande kommen, manchmal aber auch lustige –der britische Humor spielt auch in unserem Stationsalltag eine Rolle.

### **Ergebnisse – wie entwickelt sich Pflege in diesem besonderen Setting?**

Im Hinblick auf die sprachlichen Anforderungen hat sich gezeigt, dass die Pflegenden durch die Arbeit auf der Station und ein wöchentlich stattfindendes Sprachcoaching ihre Möglichkeiten kontinuierlich erweitern. Auch der Bildungsurlaub wird von vielen Mitarbeitern für Sprachkurse genutzt.

**Kulturelle Aspekte/ Milieugestaltung:** Angehörige der britischen Armee leben in Deutschland überwiegend isoliert in ihren Kasernen oder britischen Siedlungen. Die Überwindung der sozialen Isolation und Teilnahme am kulturellen Leben gestaltet sich jedoch aufgrund der anderen Sprache oft schwierig (z.B. Kinobesuche, Kursprogramm an der Volkshochschule, etc.). Auch die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung ist aufgrund des deutschlandweiten Einzugsgebiets und der Tatsache, dass viele Angehörige in Großbritannien leben, deutlich schwieriger als bei deutschen Patienten. Für Behandlungs- und Pflegeplanungen sind solche Faktoren zu berücksichtigen und erfordern ein ausgeprägtes Wissen über Möglichkeiten und Grenzen dieser Lebensbedingungen. Bei der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Stationsmilieus gilt es, wichtige Elemente des britischen Alltagslebens zur Verfügung zu stellen. So wurden in den Verhandlungen mit den britischen Behörden z.B. englisches Frühstück, englische Zeitungen aber auch englisches Fernsehprogramm vertraglich zugesichert.

Gleichzeitig ist aber auch das Thema militärische Einsätze in Kriegsgebieten auf einer solchen Station wesentlich präsenter, als die meisten KollegInnen

das aus ihrem bisherigen Leben gewohnt sind. So verfügen viele PatientInnen über Erfahrungen aus Einsätzen oder stehen kurz davor, mit ihrer Einheit wieder in ein Krisengebiet verlegt zu werden. Wir erleben, dass einige Soldaten nicht wieder in ihre Einheiten zurück wollen. Oft spielt auch dabei die örtliche Isolation und somit die Trennung von Freunden und Familie eine Rolle. Aus pflegerischer Sicht sind die Patientenbeobachtung und der Vertrauens- bzw. Beziehungsaufbau von besonderer Bedeutung. Oft fällt es den in der Armeekultur sozialisierten Menschen schwer, offen über Gefühle zu sprechen oder diese zuzulassen. Dazu kommt, dass eine stationäre Aufnahme häufig schamhaft besetzt ist, und mit einer Stigmatisierung und mit dem Gefühl, versagt zu haben, einhergeht.

Neben dem auf Englisch stattfindenden Therapieprogramm und den Einzelgesprächen mit den pflegerischen und ärztlichen bzw. psychologischen Fallverantwortlichen, besteht die Möglichkeit, mit einem Padre –einem britischen Geistlichen- zu reden. Des Weiteren steht unsere Krankenhauseelsorgerin den PatientInnen auf Anfrage zu Gesprächen zur Verfügung.

## **Diskussion**

Leadership- meint auch, neuartige Aufgabengebiete zu erkunden und konzeptionell zu bearbeiten. Der sehr spezielle Auftrag dieser Station an der Schnittstelle zweier Kulturen, zweier Sprachen und zwischen ziviler und militärischer Kultur, ermöglicht es psychiatrisch Pflegenden, neuartige Kompetenzen zu entwickeln und als Pflegende in einer anderen Kultur- und Sprachwelt professionell tätig zu werden.

Als pflegerische Stationsleitung (T.E) bin ich aufgrund meines beruflichen aber auch privaten Werdegangs eingestellt worden. Seit 22 Jahren bin ich mit einem ehemaligen britischen Soldaten, jetzt ziviles Gefolge, verheiratet. Somit habe ich einen Bezug zu vielen Dingen, die die PatientInnen beschreiben, da ich sie selber im Alltag erlebt habe. Zum Beispiel die Unterschiede der Kulturen, Wohnen in einer britischen Siedlung, Procedere bestimmter Vorgänge, britisches Postsystem, britische Kfz-Zulassungsstelle, andere Ämter in den Camps. Da in der Psychiatrie sprachliche Feinheiten von besonderer Relevanz sind, war ein gutes Sprachverständnis der Stationsleitung von höchster Priorität. Meine Zusatzausbildungen beinhalten das C.P.E (Cambridge Certificate of

Proficiency, Muttersprachlerniveau, C2) sowie die Basisqualifikation für neue Fremdsprachenlehrkräfte in der Erwachsenenbildung. Die eher geringe Kenntnis der psychiatrischen Pflege erforderte ein hohes Maß an Flexibilität und die Nutzung der langjährigen guten Fachkenntnisse der KollegInnen und zahlreicher Fortbildungen. Aufgrund des hierarchischen Denkens der britischen PatientInnen wird mir durch meine Position im Alltag mehr Respekt entgegengebracht, was manchmal positiv nutzbar, manchmal jedoch auch sowohl für das Pflgeteam als auch für mich persönlich anstrengend ist.

Auch für mich (J.R.) als Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Psychiatrie stellt die Arbeit auf dieser Station eine ganz besondere Herausforderung dar. Zwar habe ich durch meine langjährige Tätigkeit im akutpsychiatrischen Bereich und die Fachausbildung, in der ich Praktika in verschiedensten Bereichen gemacht habe, sowohl auf Erfahrung als auch auf Fachwissen zurückgreifen können, musste mir aber dennoch noch weiteres Fachwissen aneignen und in einigen pflegerischen Tätigkeiten wie z.B. dem Alkohol-Entzugs-Scoring praktische Sicherheit erlangen.

Da sich unsere Station nicht wie in unserer Klinik üblich auf die Behandlung eines spezifischen Krankheitsbildes, sondern auf die psychiatrische Behandlung in englischer Sprache spezialisiert hat, gestaltet sich wie bereits oben erwähnt der pflegerische Alltag sehr facettenreich und führt über akutpsychiatrische und suchtspezifische Interventionen bis hin zu Maßnahmen, die eher in einem psychotherapeutischen umgesetzt werden (z.B. das Besprechen von Verhaltensanalysen/Wochenprotokollen, pflegerische Begleitung bei Angstexpositionen, etc.). Dies erfordert neben einer hohen personalen und Methodenkompetenz auch ein umfangreiches und profundes Fachwissen. Im Bereich der sozial-kommunikativen Pflegekompetenz stellt die englische Sprache eine besondere Herausforderung dar. Dies zeigt sich nicht nur in alltagsnahen Begegnungen mit den Patienten (z.B. Erklären der Flusensiebreinigung des Trockners), sondern auch im Rahmen des bei uns implementierten Pflegeorganisationsmodells „Primary Nursing“, in dem die Pflegenden die Patienten zielorientiert im Pflegeprozess begleiten.

Die Durchführung von Einzelgesprächen mit der Primary Nurse (PN) erfordert von pflegerischer Seite eine besondere Vorbereitung und gestaltet sich deutlich anstrengender und zeitintensiver als mit deutschen Patienten. Dies wird

vor allem dadurch verursacht, dass die Konzentration zeitgleich auf Sprache und Gesprächsinhalt gerichtet sein muss. Häufig gestalten sich die Gespräche durch sprachliche Unsicherheiten und Missverständnisse zeitintensiver, um durch Nachfragen sicherstellen zu können, dass die Patienten richtig verstanden wurden und diese die PN auch richtig verstanden haben. Gerade in Hinblick auf die transparente Gestaltung des Pflegeprozesses aber auch auf psychoedukative/ beratende Gesprächsinhalte ist es im Vorfeld für mich unumgänglich, eine Gesprächsstruktur oder Zielhierarchie zu entwickeln und damit einhergehende Vokabelfragen vorab zu klären.

Auch eine weitere pflegerische Tätigkeit –das Moderieren von Gesprächsgruppen- stellt eine besondere Herausforderung dar. Häufig ist es vor allem durch den kulturellen Aspekt sehr schwierig, die Patienten zur aktiven Teilnahme am Gruppengespräch zu motivieren. Wenn dies erfolgreich ist und die Patienten miteinander ins Gespräch kommen, geht es jedoch häufig mit der Konsequenz einher, dass sie deutlich schneller und umgangssprachlich miteinander reden und es für uns Nicht-Muttersprachler schwer wird, den Inhalten zu folgen und die Moderation aufrecht zu erhalten.

Trotz bzw. dank all dieser Herausforderungen bietet uns die Arbeit auf dieser Station durch ihre Rahmenbedingungen eine einzigartige Chance der beruflichen und auch privaten Weiterentwicklung.

## **Literatur**

1. Buchanan-Barker, P., Barker, P. (2008) Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery: Die 10 Tidal Verpflichtungen. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 2 (1): 12-22.

# **Der Weg zu ressourcenaktivierenden und prozessorientierten Teambesprechungen**

*Wolfgang Egger*

## **Hintergrund / Einleitung**

Seit vielen Jahren gehören Teambesprechungen, mehr oder weniger regelmäßig abgehalten, zu den Standards aller Stationen im Otto Wagner Spital in Wien. Seit ebenso vielen Jahren werden diese Teambesprechungen aber in kaum veränderter Form durchgeführt: die MitarbeiterInnen einer Station treffen sich und besprechen neue und alte Anweisungen, Probleme und Fehler. Bei vielen MitarbeiterInnen haben sich dann Begriffe wie „fad, langweilig“, „immer das Gleiche“ oder „nicht schon wieder“ dazugesellt.

## **Ziel / Fragestellung**

In Zeiten neuer Kommunikationstechnologien müsste es doch andere Wege geben, Anlassfälle zu diskutieren, Anordnungen weiterzugeben und Mängel zu benennen?

Und darauf aufbauend könnten dann Teambesprechungen zur Steigerung der Qualität, zur Organisationsentwicklung und zur Verbesserung der Strukturen genutzt werden.

## **Methode und Material**

Die Idee, die bestehende Struktur der Teambesprechungen zu verändern, gab es schon lange. Die Recherche nach Projekten, die dies schon versucht hatten, verlief aber negativ. Bei einem Vortrag über qualitätssteigernde Maßnahmen einer Autofirma kam schließlich der Entschluss es einfach selbst zu versuchen. Einige Rahmenbedingungen von Teamsitzungen sind vorgegeben, zum Beispiel der Zeitpunkt, die Zeitdauer und die TeilnehmerInnen. Dann gab es aber die Frage nach einem geeigneten Instrument um das Ziel, weg von der Anlassbesprechung, hin zu Verbesserung von Qualität und Strukturen, zu erreichen. Außerdem sollte der Ablauf auch noch kurzweilig sein und die teilnehmenden

Personen sollten danach, zufrieden über den Ablauf und befriedigt über das Erreichte, nach Hause gehen.

## **Ergebnisse**

Nach längerer Vorbereitungszeit war es im Juni 2008 dann soweit. Diese erste, etwas „andere“ Teamsitzung wurde unter das Motto Wahrnehmung gesetzt. In diesem Zusammenhang fragten wir uns:

- Wie nehmen wir uns als allgemein psychiatrische Station 24/3 wahr?
- Wo glauben wir gute Arbeit zu leisten?
- Wo sehen wir Verbesserungsbedarf.

Im Dezember wurde dann das Thema Kommunikation und Team gewählt. Hier gingen wir folgenden Fragen nach:

- Welche Kommunikationswege existieren bei uns?
- Wie gut funktionieren diese Kommunikationswege?
- In welchen Bereichen könnten diese verbessert werden?

Die nächste Teamsitzung wird sich mit der Gestaltung von Visiten befassen, um diese so durchzuführen, dass es zu einer Steigerung der Zufriedenheit aller Beteiligten, inklusive der Patient/Innen, kommt.

## **Diskussion und Schlussfolgerungen**

Teambesprechungen, in denen Anlässe, Anordnungen und Mängel besprochen wurden, bewirkten nur eine sehr geringe Qualitätssteigerung und Strukturverbesserung. Eine ressourcenaktivierende, prozessorientierte Teambesprechung vermag kreative Fragen zu stellen, Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen und produktive Ideen zu entwickeln. Und es zeigt sich, dass wenn MitarbeiterInnen in diese Gestaltung miteingebunden sind, sie auch Veränderungen besser anzunehmen scheinen.

## **Lernziele des Vortrages**

Die TeilnehmerInnen

- erkennen, dass Teambesprechungen so gestaltet werden können, sodass Qualitätssteigerung und Strukturveränderung leichter möglich sind,
- erfahren, welche Instrumente zur Gestaltung von ressourcenaktivierenden und prozessorientierten Teambesprechungen angewandt werden können und welche Chancen, aber auch Schwierigkeiten es bei der Anwendung dieser Instrumente gibt und
- erfahren das Feedback der StationsmitarbeiterInnen mit der ressourcenaktivierenden und prozessorientierten Teambesprechung.

# **Clinical Leadership auf einer psychiatrischen Station**

*Urs Ellenberger*

## **Einleitung**

Das Modell Führen nach Leadership gewinnt zunehmend an Bedeutung. Gerade in der heutigen sich schnell verändernden Zeit müssen sich Stationsleitungen vermehrt sowohl mit der Aufgaben wie mit der MitarbeiterInnenorientierung auseinandersetzen um die Pflege in einer guten Qualität durch ein produktives Team in einer angenehmen Arbeitsatmosphäre umzusetzen.

In den letzten Jahren sind in vielen Bereichen der Pflege Umstrukturierungen im Gange, die innovative und flexible Pflgeteams erfordern. Beispielsweise sehen sich Pflegenden in psychiatrischen Einrichtungen mit Projekten zur Bezugspersonenpflege, zur Pflegediagnostik und zur elektronischen Patientenakte konfrontiert. Um diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden, benötigen Pflegende Vorgesetzte, die ihre Mitarbeiter zielgerichtet und visionär führen. In diesem Zusammenhang wird dem „Clinical Leadership Ansatz“ in der Pflege immer mehr Bedeutung beigemessen. Vorgesetzte mit Leadership-Kompetenzen vermitteln ihren Mitarbeitern die Notwendigkeit eines Wandels, kreieren Visionen und leben die Ausrichtung auf ein Ziel vor. Zum Führungsmodell „Clinical Leadership“ ist sehr viel Literatur zu finden. Häufig fehlen jedoch anschauliche Praxisbeispiele für eine konkrete Umsetzung des „Clinical Leadership Ansatzes“.

## **Ziel**

Veranschaulichung der Umsetzung des „Clinical Leadership Ansatzes“ auf einer allgemeinspsychiatrischen Station der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) an Praxisbeispielen.

## **Lernziele**

- Die Bedeutung des „Clinical Leadership Ansatzes“ auf einer psychiatrischen Station.
- Die Beeinflussung der Teamentwicklung durch den „Clinical Leadership Ansatz“.
- Umgang mit Widerstand im Team durch den „Clinical Leadership Ansatz“.

## **Setting**

Die Station Freiburghaus der Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD Bern) ist eine offen geführte, allgemeine Akutstation der Erwachsenenpsychiatrie mit 18 Behandlungsplätzen.

## **Bedeutung des Clinical Leadership für mich als Stationsleiter**

Für eine Stationsleitung bedeutet Clinical Leadership eine hohe Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung zu leben. In den aufgabenbezogenen Tätigkeiten übernimmt die Stationsleitung neben der Managementaufgaben (Planen, Entscheiden, Umsetzen, Kontrolle) eine Lokomotiv- und Vorbildfunktion. In den mitarbeiterbezogenen Tätigkeiten gilt das Hauptaugenmerk der Stärkung der Motivation und der Zusammenhaltsfunktion des Teams. Nebst den allgemeinen Leadershipaufgaben (Motivation, Information, Kommunikation, Teamführung, Konfliktmanagement) ist die persönliche Entwicklung jedes einzelnen Mitarbeiters ein grosses Anliegen. Den Mitarbeitenden soll mit viel Echtheit, Offenheit, hoher Ausstrahlungs- und Suggestionskraft sowie mit Fairness und Treue begegnet werden.

## **Vorstellung von zwei Führungsstil-Modellen**

Kurzvorstellung des eindimensionalen Führungsstils nach Tannenbaum/Schmidt (Züger R. M. 2007),, welcher den Einbezug bei der Entscheidungsfindung in den Fordergrund stellt und des zweidimensionalen Führungsstils nach Blake/Mouton (Züger R. M. 2007), welcher die Aufgabenorientierung und die Mitarbeiterorientierung als zwei Achsen ansehen mit 5 Grundstilen.

- 9/9 als hohe Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung.
- 1/9 als tiefe Aufgaben- und hohe Mitarbeiterorientierung.

- 9/1 als hohe Aufgaben- und tiefe Mitarbeiterorientierung.
- 1/1 als tiefe Aufgaben- und tiefe Mitarbeiterorientierung.
- 5/5 als mittlere Aufgaben- und mittlere Mitarbeiterorientierung.

### **Praxisentwicklungsprojekte**

#### *Pflegeprozessumsetzung / Schwerpunkt Integration der Evaluation:*

Die Widerstände waren vorhanden. Das Ausmass war je nach Mitarbeiter von wenig bis gross. Der Input kam von der Stationsleitung (SL) und der Höheren Fachperson Pflege (HöFa). Die Umsetzung erforderte nebst viel Motivationsarbeit auch viel Schulungs- und Coachingsaufwand.

Ansatz des Führungsstils: Umsetzung patriarchalisch bis beratend mit sehr hoher Aufgabenorientierung und mittlerer Mitarbeiterorientierung 9/6.

Umsetzungsschritte: Lokomotivfunktion und Vorbild in der täglichen Arbeit / Informationsgabe / Fallbesprechungen – Lernen am Modell / Coaching durch SL und HöFa / Schulung – Nachschulung durch SL und HöFa / Zielvereinbarungen in den MAG's / Festlegen von Qualitätskriterien nach Skala 1-9 / Auswertungen quantitativ und qualitativ / Leitfaden eingeführt / Umstellung auf Primary Nursing / Checkliste zum Selbstmanagement

#### *Suizidrisik-Assessment:*

Die Widerstände waren gering. Der Input kam von SL und dem Pflegeexperten.

Ansatz des Führungsstils: Umsetzung konsultativ mit hoher Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung 9/8

Umsetzungsschritte: Information und Diskussion / Pilotstation / Vorschulung / Hauptschulung / Erarbeitung von indiv. Massnahmen zu den Stufen / Festlegung Ablauf, Beginn, Auswertung / Umsetzung / Kontrolle / Nachschulungen intern / Auswertung

#### *Interdisziplinäres Behandlungsprozess auf EDV:*

Das Team zeigte grosse Widerstände. Teils wegen PC-Ängsten aber auch wegen Doppelspurigkeiten. Input von Geschäftsleitung.

Ansatz des Führungsstils: Entscheid von Geschäftsleitung war autoritär nach dem Top down Prinzip. Die Umsetzung gestaltete ich partizipativ mit einer mittleren Aufgabenorientierung und einer hohen Mitarbeiterorientierung 6/8.

Vieles liess die SL bis nach der ersten Auswertung mit Anpassungen über sich laufen. Erst nach den grössten Veränderungen wurde das Team schrittweise in die praktische Umsetzung involviert.

Umsetzungsschritte: Vorinformation / Schulung / Probephase / Umsetzung / Evaluationen / Anpassungen / Ausbreitung im Team / Nachbesserungen mit den einzelnen Berufsgruppen

*Austrittsgruppe:*

Keine Widerstände. Input kam an einer Vorstellung für das Projekt Übergangspflege aus unserem Team.

Ansatz des Führungsstils: Umsetzung delegativ mit hoher Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung 9/9.

Umsetzungsschritte: Input aus Team / Anliegen, Interesse aufnehmen und klären / Aufruf zur Gruppenbildung / Anstoss ein Konzept zu schreiben / Konzeptentwurf aus Gruppe / Hilfestellung von SL bei wenigen formalen und inhaltlichen Kriterien / Umsetzungsplanung / Umsetzung / Auswertung und Anpassungen

## **Ergebnisse**

Alle 4 Praxisentwicklungsprojekte wurden erfolgreich umgesetzt. Den Widerständen wurde individuell begegnet und das Team konnte in allen Situationen zur Umsetzung motiviert werden. Im Mai 2008 wurde anlässlich einer neutralen summativen Evaluation die Bezugspflegequalität von 86 % gemessen. Das Pflorgeteam entwickelte sich in diesem Bereich laufend weiter. Durch das konsequente Anwenden des Suizidrisk-Assessment gewannen alle Mitarbeitenden an Sicherheit in der Einschätzung und dem Umgang von Suizidalität wie eine begleitete Studie ergab. Das interdisziplinäre Tool wo der Behandlungsprozess dokumentiert wird verbesserte die Informationskontinuität bei allen Berufsgruppen und strukturierte den Interdisziplinären Rapport auf eine positive Weise. Es werden nur noch klare Aufträge formuliert und der „Man sollte“ ist verschwunden. Die Austrittsgruppe wird seit Beginn kontinuierlich und erfolgreich durchgeführt. Die Patienten erleben untereinander Inputs und Hilfestellungen. Die Hauptkonsequenz ist jedoch die Veränderung Richtung Selbstbe-

fähigung und Eigenverantwortungsübernahme sowie der gegenseitige Austausch untereinander, welche die Patienten erfahren.

### **Diskussion**

Die Bedeutung von Clinical Leadership aus Sicht eines Stationsleiters wird dargelegt und zwei von ihm angewendete Führungsstile vorgestellt. Anhand von vier Praxisentwicklungsprojekten (Pflegeprozess, Suizidassessment, elektronische Dokumentation des interdisziplinären Behandlungsprozesses, Austrittsgruppe) auf einer allgemeinpsychiatrischen Station der UPD werden chronologisch die einzelnen Implementierungsschritte präsentiert. Parallel dazu werden die verwendeten Führungsinstrumente nach dem „Clinical Leadership Ansatz“ theoriebasiert erläutert. Der individuelle Umgang mit Widerständen wird aufgezeigt.

### **Literatur**

1. Züger, R.M. (2007) Teamführung – Leadership Basiskompetenz, Compendio Bildungsmedien.

# Alltagskompetenz der pflegebedürftigen Menschen in der Wahrnehmung der Pflegenden

*Switlana Endrikat, Janet Hasse, Martin Juriga Marlene Henkel, Kerstin Marx,  
(Betreuung: Prof. Dr. phil. Olaf Scupin, PD Dr. med. Norbert Kohnen)*

## Abstract

Menschen handeln auf der Grundlage dessen, was und wie sie etwas wahrnehmen. Der wichtigste Diagnostikfaktor der Pflege ist die Wahrnehmung von Pflegephänomenen, z.B. wie die Situation des pflegebedürftigen Menschen interpretiert wird und welche pflegerischen Handlungen darauf folgen werden. Im Rahmen der Projektarbeit, an der deutschlandweit drei Krankenhäuser und zwei Pflegeeinrichtungen teilnahmen, wurde die Wahrnehmung der Pflegenden in Bezug auf die Alltagskompetenzen des pflegebedürftigen Menschen untersucht.

## Hintergrund und Fragestellung:

Alltagskompetenz ist die Fähigkeit eines Menschen, sich in einem gegebenen personellen und materiellen Umfeld selbstständig zu versorgen und die Alltagsanforderungen effektiv zu bewältigen. Sie setzt sich aus basaler und erweiterter Kompetenz zusammen. Die **basale Alltagskompetenz** umfasst die Selbstpflegeaktivitäten und einfachen alltäglichen Handlungen (z.B. Essen, Wachen, Anziehen, Ausscheiden, sich Bewegen usw.). Die selbstständige Ausführung dieser Aktivitäten ist von der allgemeinen körperlichen Gesundheit und Bewegungseinschränkung abhängig. Die **erweiterte Alltagskompetenz** umfasst komplexe alltägliche Handlungen, die auf individuelle Fähigkeiten und Interessen (z.B. Handwerken, Hausarbeit) sowie Soziale- und Freizeitaktivitäten (z.B. Ausflüge oder Besuche machen/empfangen) beruhen. Die Ausführung dieser Aktivitäten wird durch Aspekte der Persönlichkeit bestimmt und durch individuelle Motivation und Ziele gekennzeichnet, die lebensbiographisch verankert sind [1].

Bezogen auf die Pflege kann die Alltagskompetenz als der Selbstständigkeitsgrad bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Leben (ATL) definiert werden. Bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit, gibt der Gesetzgeber „... eine möglichst weitgehende Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen.“ als oberstes Ziel vor [2]. Dieses Ziel ist von der Pflege- und Krankenhauspraxis anerkannt und in den Leitbildern verschiedener Institutionen des Gesundheitswesens aufgenommen und fixiert worden [3].

In der stationären Pflegepraxis ist jedoch das Phänomen zu beobachten, dass die pflegebedürftigen Menschen recht zügig ihre vorhandenen Alltagskompetenzen verlieren und zu hilfe- und pflegeabhängigen Personen werden. Die wenigen existierenden Untersuchungen zeigen, dass es den Pflegenden offensichtlich leichter fällt, die pflegebedürftigen Menschen zu umsorgen, als sie in ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen und zu fördern [4 - 6].

Die Menschen handeln auf der Grundlage dessen, was und wie sie etwas wahrnehmen [7]. Die Wahrnehmung und das Denken werden durch Kognitionen strukturiert. Die Art und Weise der kognitiven Strukturierung der Wahrnehmung bestimmt, wie Menschen sich der Wirklichkeit gegenüber verhalten, wie sie in dieser Wirklichkeit handeln und wie sie die Wirklichkeit und Umwelt behandeln [8]. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig zu fragen:

Existiert eine Wahrnehmung der Pflegenden, die dazu führt, dass die pflegebedürftigen Menschen in ihren Alltagskompetenzen nicht gefördert werden?

## **Methodik**

Für die Identifikation der Wahrnehmungsmuster der Pflegenden wird die Methode der Multidimensionalen Skalierung (MDS) und der Clusteranalyse angewandt.

Die Methode der MDS erlaubt die einheitlichen Grunddimensionen der kognitiven Ordnung offen zu legen. Der Ablauf einer MDS beginnt in der Regel mit der Erhebung von Ähnlichkeitsdaten bzw. -urteilen. Die auf ihre Ähnlichkeit hin beurteilten Objekte/Begriffe werden im mehrdimensionalen Raum nach Auswertung durch das statistische Verfahren (ALSCAL des SPSS- Programms) als Punkt dargestellt. Die Abstände zwischen den Punkten repräsentieren die

relativen Ähnlichkeiten. Sehr ähnliche Objekte bzw. Begriffe liegen nah beieinander, unähnliche weit voneinander entfernt. Die Wahrscheinlichkeit für ein Kognitionsmuster ist umso größer, je näher die Begriffe bei der mehrdimensionalen Darstellung zueinander liegen. Die Clusteranalyse hingegen ist in der Lage die Einheit in ihrer differenzierten Vielfalt zu präsentieren. Ziel ist die Begriffe aufgrund wahrgenommener Ähnlichkeiten in Gruppen zusammenzufassen, so dass hierarchische Strukturen und die ihnen immanenten Bewertungsmaßstäbe offenbar werden [8].

Folgende Abbildung stellt den schematischen Arbeitsablauf beider Methoden dar.

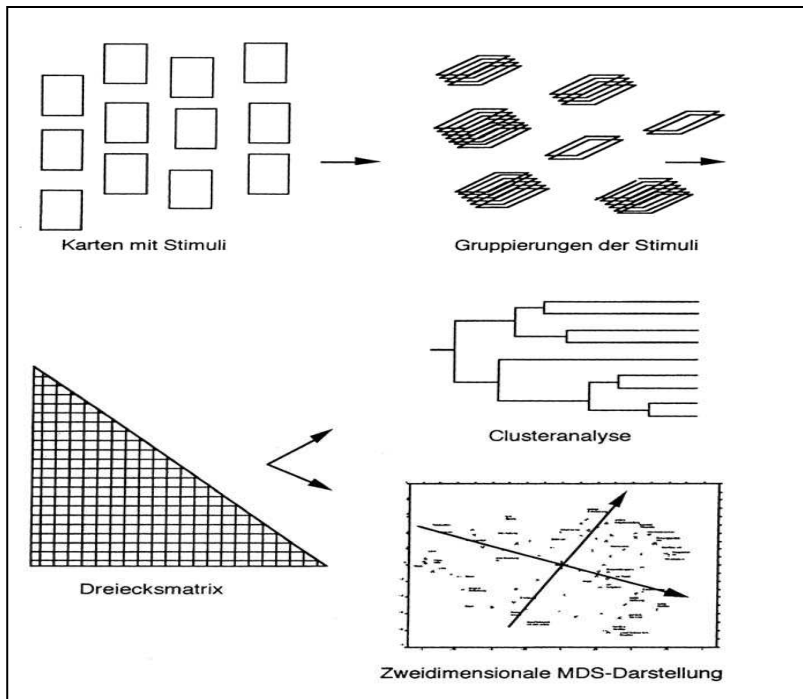


Abbildung 1: Schematischer Arbeitsablauf bei der Erhebung und Auswertung von Ähnlichkeitsdaten

Das narrative Interview eignet sich als qualitatives Erhebungsinstrument immer dann, wenn es um die Rekonstruktion komplexer Sachverhalte in der sozialen Wirklichkeit geht, die als Geschichte erzählt werden können. Die Erzählung verspricht einen Zugang zur Erfahrung der Subjekte, die hier nicht einfach abgefragt sondern konstruiert und rekonstruiert wird. Die Grundannahme dabei ist, dass diese Rekonstruktion der Erfahrung in der Erzählung Muster aufweist, die den Mustern des Handelns in der Wirklichkeit entspricht [9].

### **Stichprobe**

Die Untersuchung wurde in 3 Universitätskliniken und 2 Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Als Kriterien für die Teilnahme der Probanden an der Studie wurden Freiwilligkeit und eine staatliche Anerkennung in Kranken- oder Altenpflege vorausgesetzt. Insgesamt nahmen 72 examinierte Pflegenden an der Untersuchung teil.

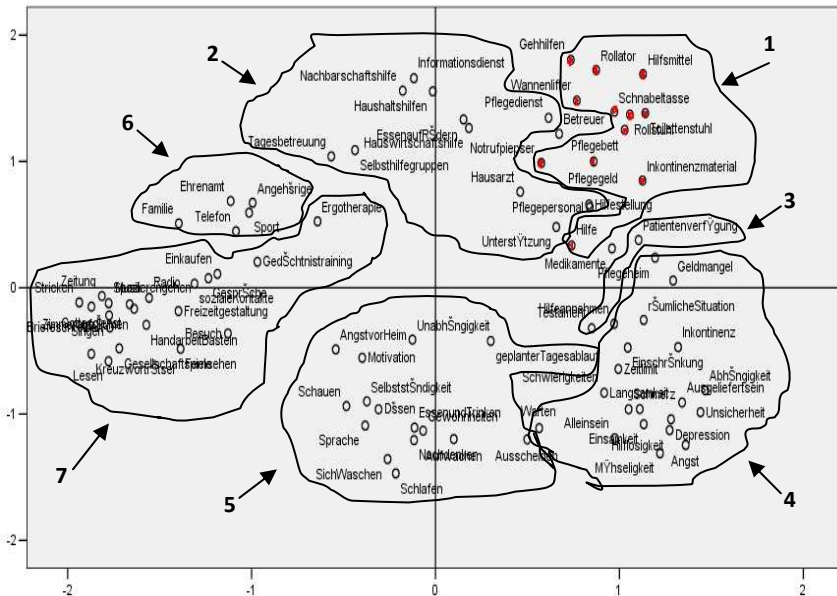
Bei 57 Pflegenden (n=57, w=45, m=12 Alter: m=37,1. Berufserfahrung: m=16,3) wurden qualitative und quantitative Daten zur Wahrnehmung der Alltagskompetenz des pflegebedürftigen Menschen erhoben und durch computergestützte Datenverarbeitung (multidimensionale Skalierung (MDS) und Clusteranalyse) ausgewertet.

Die Ergebnisse wurden durch narrative Interviews mit 15 Pflegenden (n=15, w=11, m=4 Alter: m=38,8. Berufserfahrung: m=16,4) validiert. Um Objektivität zu gewährleisten, erfolgte die Datenauswertung beider Methoden unabhängig voneinander.

### **Ergebnisse**

Die MDS und der Clusteranalyse sollen Aufschluss darüber geben, wie die Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen Menschen von den Pflegenden wahrgenommen und nach welchen Kriterien sie klassifiziert und im kognitiven Raum strukturiert wird.

In der Clusteranalyse konnten folgende Gruppen ermittelt und in der MDS-Grafik identifiziert werden (Abb.2):



1. Hilfsmittel
2. Hilfe von außen
3. Vorsorge
4. Patientenprobleme (subjektive Sicht der Pflegenden)
5. ATL
6. Soziale Kontakte
7. Freizeitgestaltung

Abbildung 2: Clustergruppen in der MDS-Graphik (n=57)

Um die Ergebnisse interpretieren zu können müssen zunächst die einheitlichen Grunddimensionen gefunden werden, die in der Untersuchungsgruppe als Klassifikationsmerkmale der geordneten Gegenstände dienen. Die Bestimmung der Dimensionen ist subjektiv, jedoch nicht willkürlich. Sie orientiert sich an Gegensätzen und Gemeinsamkeiten und kann anhand von Rangreihen dem Sinn nach statistisch überprüft werden [8].



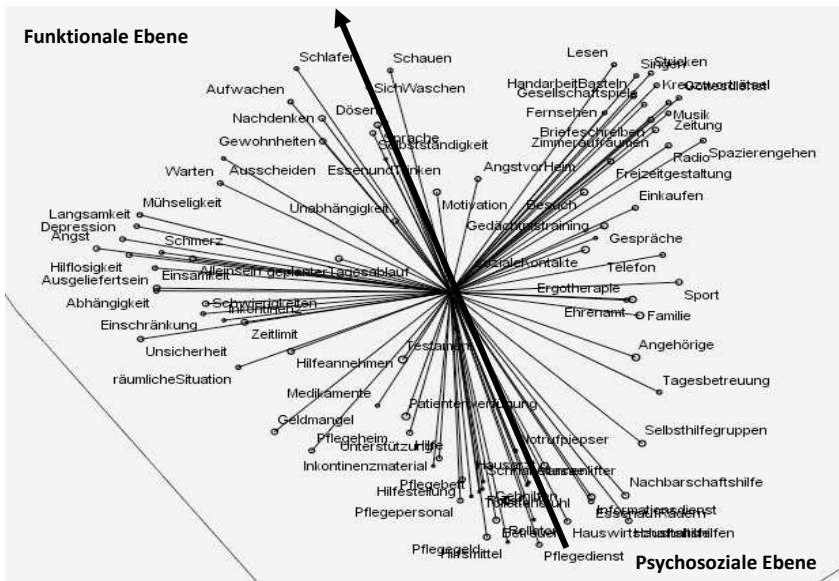


Abbildung 4: Wahrnehmungsebenen der Alltagskompetenz

In der Abbildung 3 ist die Kognitionsdimension Selbstständig - Unselbstständig durch die Clustergruppen Hilfsmittel, Hilfe von außen, Vorsorge, Patientenprobleme und ATL repräsentiert. Sie liefert Aussagen darüber, welche Kriterien die Pflegekräfte zur Wahrnehmung und Beurteilung der Alltagskompetenz verwenden. Diese beziehen sich primär auf basale Aktivitäten, wie Essen und Trinken, Sich Waschen, Schlafen, Ausscheiden und die dort beobachteten Defizite. Da die basalen Aktivitäten vor allem die körperliche Funktionalität betreffen, wurden diese als funktionale Ebene der Wahrnehmung von Alltagskompetenz klassifiziert (Abb.4).

Die Kognitionsdimension Unabhängig-Abhängig ist durch die Clustergruppen Soziale Kontakte und Freizeitgestaltung vertreten (Abb.3), was den ATL: Sich beschäftigen und Kommunikation entspricht. Da diese Aktivitäten den psychosozialen Kompetenzbereich betreffen, wurden diese als psychosoziale Ebene der Wahrnehmung von Alltagskompetenz klassifiziert (Abb.4). Interessant ist hier die Beobachtung, dass Pflegenden sich selbst nicht als soziale Kontaktpersonen

son und Interaktionspartner wahrnehmen und diese Aufgabe den Angehörigen und der Familie zuschreiben. Dies ist insofern auffällig, da gerade in den Pflegeeinrichtungen oder in der Langzeitbehandlung, die Pflegenden zur unmittelbaren sozialen Umwelt des pflegebedürftigen Menschen werden.

Die Ergebnisse der MDS und der Clusteranalyse lassen folgende Aussage zu:

Die Wahrnehmung der Alltagskompetenz eines pflegebedürftigen Menschen wird im kognitiven Raum der untersuchten Pflegenden nach funktionalen Kognitionsdimensionen Selbstständig – Unselbstständig und Unabhängig – Abhängig strukturiert. Als Klassifikationskriterien der Alltagskompetenz werden primär die basale ATLS Essen und Trinken, Sich Waschen, Schlafen, Ausscheiden und die Sprache verwendet.

Die narrativen Interviews bestätigen die Ergebnisse der MDS und Clusteranalyse, liefern aber auch Aussagen zu strukturellen Zwängen, die subjektiv als primäre Ursachen für Nichtförderung der Alltagskompetenz in allen Interviews genannt wurden. Hierzu zählen Pflegenden den Zeitdruck, Personalmangel, Technisierung der Medizin, aber auch Erwartungen, die an die Pflege seitens der MDK, PDL, Angehörigen, Kollegen gestellt werden. Auffällig war, dass die Erwartungen des pflegebedürftigen Menschen in keinem Interview genannt wurden.

### **Schlussfolgerungen**

Die Pflegenden nehmen die Alltagskompetenz eines pflegebedürftigen Menschen auf funktionaler Ebene wahr. Diese wirkt sich sowohl auf die Patientenebene (Reduzierung des Menschen auf sein biologisch-funktionales Niveau) als auch auf die Pflegehandlungen (funktionale Kompensation durch Pflegenden) aus. Die patienteneigenen Ressourcen (v. a. psychosoziale Kompetenz) werden dabei nicht wahrgenommen und somit nicht gefördert. Wird die psychosoziale Kompetenz nicht angesprochen, führt dies dazu, dass auch die Bereitschaft eines Menschen, sich mit der Situation aktiv auseinanderzusetzen, abnimmt und das Bedürfnis, möglich selbstständig zu sein, nachlässt [10].

Die ganzheitliche Pflege postuliert jedoch die Wahrnehmung des Menschen als biopsychosoziale Einheit. Aus diesem Grund muss gefragt werden

- Wie soll die Wahrnehmung der Pflegenden strukturiert sein, damit sie den Menschen als biopsychosoziale Einheit betrachten können?
- Auf Grundlage welches Menschenbildes soll die Pflege gelehrt, praktiziert und letztlich auch finanziert werden?

## Literatur

1. Baltes, M., Maas, I., Wilms, H.U., Borchelt, M. (1996) Alltagskompetenz im Alter. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Baltes, P.B.; Mayer, K.U. (Eds): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin.
2. Klie, T. (2001) Pflegeversicherung: Einführung, Lexikon, Gesetzestext. SGB XI mit Begründung und Rundschreiben der Pflegekassen, Nebentexte, Materialien. 6., neu bearb. Aufl., Vincentz Verlag, Hannover.
3. Scupin, O. (2003) Pflegebedürftig – Herausforderung oder das „Ende“ des Leben? Der Entwurf einer subjektiven Theorie der Pflegebedürftigkeit. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik. Band 21, Kleine Verlag, Bielefeld.
4. Baltes, M., Kindermann, T., Reizenzein, R. (1986) Die Beobachtung von selbstständigem und unselbstständigem Verhalten in einem deutschen Altenheim: Die soziale Umwelt als Einflussgröße. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 19 (Verlag und Erscheinungsort einfügen).
5. Baltes, M., Neumann, E-M., Zank, S. (1991) Erhaltung und Rehabilitation von Selbstständigkeit im Alter. Ein Interventionsprogramm für Pflegepersonal. unveröff. Abschlußbericht, Freie Universität, Berlin.
6. Neumann, E-M., Zank, S., Tzschätzsch, K., Baltes, M. (1993): Selbstständigkeit im Alter: ein Trainingsprogramm für Pflegenden, 1. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern.
7. Staehle, W.H. (1999) Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. 8. überarb. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München.
8. Kohnen, N., Siebert, U. (1996) Untersuchungsmethoden: Clusteranalyse und multidimensionale Skalierung. In: Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin, Nr. 19 (1), VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
9. Oevermann, U. (1991) Genetischer Strukturalismus und das sozialwissenschaftliche Problem der Erklärung der Entstehung des Neuen. In: Müller-Doohm, S. (Hg.). Jenseits der Utopie. Theoriekritik der Gegenwart, Bd. 1662, Suhrkamp, Frankfurt a. M.
10. Krause, N. (1987) Understanding the stress process. Linking social support with locus of control beliefs. Journal of Gerontology, 42, o.V, o.O.

# 'Quo vadis ANP' - brauchen wir das in Österreich auch?

*Ursula Fiala*

## **Abstract**

ANP = Advanced Nursing Practice ist ein neuer Studiengang in Österreich auf der Fachhochschule Krets seit September 2008, den es allerdings in anderen europäischen Ländern bereits gibt.

Mein Vortrag soll die Idee von ANP vorstellen und den Pflegenden näher bringen, warum es auch für den österreichischen Pflegeberuf positiv ist, Pflegepersonen mit Expertise in diversen pflegerischen Einrichtungen zu beschäftigen.

Dazu möchte ich Ihnen auch die Beweggründe der Studierenden und deren Vorstellung, wie man das Gelernte im Beruf umsetzen kann, näherbringen.

Vielleicht belächeln wir meinen Vortrag in ein paar Jahren, aber meine tiefe Überzeugung ist, dass wir es uns gar nicht leisten können, auf ANP zu verzichten, weil sich dieser Studiengang als Bindeglied zwischen Forschung und Praxis sieht und die Qualität der Pflege nur verbessern kann.

Ich erhoffe mir einen regen Austausch mit den anderen teilnehmenden Ländern.

## **Lernziele des Vortrags**

- Die Information, was ANP ist und sein kann.
- Die Erklärung der vielfältigen Möglichkeiten, wie es eingesetzt werden kann.
- Praktischer Erfahrungsaustausch.

# Leadership und Integriertes Sicherheitsmanagement mit Schwerpunkt Evakuation

*Wolfgang Fiala*

## **Abstract**

In Krankenhäusern, Pflegeheimen, Tagospitälern, Wohnheimen und Ambulanzen gehen täglich viele Menschen ein und aus und der größere Anteil der Personen sind in ihrer Bewegungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Nun sind gerade soziale Einrichtungen EU-weit sehr sicher und technisch gut gerüstet, auch die Mitarbeiter sind meist gut ausgebildet, was prophylaktischen Brandschutz anlangt. Zumindestens sollten die einfachen Instruktionen wie der Standort der Feuerlöscher, das Liftfahrverbot usw. bekannt sein. Wir gehen davon aus, dass die betroffenen Personen einfache Anweisungen verstehen und ihnen Folge leisten können. Aber ist das so, wenn jemand psychisch erkrankt, sehbehindert, schwerhörig, dement oder sonst gehandicapt ist? Außerdem fehlt bei allen Fluchtkonzepten die große Gruppe der Besucher und Angehörigen, deren Anzahl man meist nicht weiß.

Warum wende ich mich da gerade an einen Pflegekongress mit dem Thema 'Leadership'? In den letzten Jahren beschäftige ich mich zunehmend mit dem Thema Sicherheit und durch meinen Quellberuf bei der Feuerwehr präventiv mit Brandschutz und habe dabei die Erfahrung gemacht, dass ich nur etwas erreichen kann, wenn ich die Vorgesetzten in mein Boot holen und ihnen verständlich machen kann, worauf es ankommt.

Evakuierungen können nicht nur bei Bränden notwendig sein, es kann auch bei einem Gebrechen im Gebäude, bei Chemieunfällen, bei Austritt radioaktiver Strahlung notwendig sein, jedes Mal würde ein Fluchtkonzept anders aussehen.

Wären sie diesem Problem gewachsen oder würde es Sinn machen, sich einer Art Szenarietraining zu stellen, um überhaupt Problembewusstsein zu erreichen?

## **Lernziele des Vortrags**

- Szenarientraining, um Problembewusstsein zu schaffen.
- Wie kontaktiere ich gehandicappte Menschen.
- Der Versuch, Besucher, Angehörige und andere institutionsfremde Personen sicher aus dem Haus zu bringen, wenn etwas passiert ist.

# **ANTISTIGMA-KOMPETENZ für die psychiatrische Pflege**

*Lena Freimüller; Harald Zäske; Wolfgang Gaebel; Wolfgang Wölwer*

## **Zusammenfassung**

Menschen, die in der psychiatrischen Pflege tätig sind, stellen eine besonders bedeutende Zielgruppe für die Antistigmaarbeit dar. Der im Rahmen des Kompetenznetz Schizophrenie (KNS, Deutschland) entwickelte Workshop bildet sie zu MultiplikatorInnen für Antistigma-Kompetenz aus: Gemeinsam werden konkrete Möglichkeiten zur Vermeidung von Stigmatisierung für das eigene Arbeits- und Lebensumfeld entwickelt; Wissen, Haltungen und Verhalten rund um die Thema Stigma werden vermittelt, reflektiert und eingeübt.

## **Stigmatisierung und Antistigma-Initiativen**

Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören zu den meist stigmatisierten sozialen Gruppen in unseren westlichen Gesellschaften. Stigmatisierung wird als sozialer Prozess der Ausgrenzung beschrieben, der dazu führt, dass Menschen, bei denen einmal eine psychische Erkrankung festgestellt wurde, dauerhaft gemieden, geächtet oder anderweitig benachteiligt werden [1]. Dies wird oft als ebenso beeinträchtigend und schmerzhaft erlebt wie die eigentliche Erkrankung [2]. Auch auf das Umfeld von psychisch erkrankten Personen „färbt“ das Stigma „ab“ und betrifft so besonders Angehörige [3] und MitarbeiterInnen von psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen (im weiteren Text kurz „psychiatrische Profis“ genannt). Die Wirkung dieses „assoziativen Stigmas“ auf die psychiatrische Pflege wird neuerdings in der Forschung [4] und durch den hier beschriebenen Workshop auch in der Weiterbildung bearbeitet.

Als Antistigma-Interventionen werden konkrete Maßnahmen und Bildungsangebote bezeichnet, die sich an bestimmte Zielgruppen (Medien, SchülerInnen, Polizei, etc.) wenden, um Aufklärung und Einstellungsveränderungen bezüglich der stigmatisierten Erkrankungen und der davon betroffenen Menschen zu bewirken [5]. Für die Zielgruppe der psychiatrischen Pflege wurden im

deutschsprachigen Raum bisher keine Antistigma-Interventionen durchgeführt [6].

### **Antistigma-Kompetenz: Konzept und Workshop**

Der Workshop „Antistigma-Kompetenz für MitarbeiterInnen von psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen“ wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie (KNS, Deutschland) [7] entwickelt und umgesetzt. Er stellt ein neuartiges Bildungsangebot dar, das psychiatrisches Personal generell, und besonders Pflegekräfte, als MultiplikatorInnen für Antistigma-Kompetenz ernst nimmt und ausbildet. Theorie (Begriffsdefinitionen, Ziele, Bildungskonzept) sowie Praxis (Methoden, Inhaltsgewichtung, Zeitplan) dieses Trainings wurden in einer Pilotphase mit Hilfe partizipativer Forschung überprüft und angepasst.

Als Lernziel für den Workshop wurde ein neuer, ressourcenorientierter Begriff definiert: „Antistigma-Kompetenz beschreibt die Fähigkeit, sich wirksam gegen Stigmatisierung und Diskriminierung zu richten. Sie drückt sich in Wissen, Haltungen und Handlungen aus und ist ein wichtiger Schritt in Richtung Gleichberechtigung und gesellschaftlicher Teilhabe psychisch erkrankter Menschen.“ [8]

Antistigma-Kompetenz fördern heißt:

- Das Bewusstsein für die Belastung und Beeinträchtigung durch Stigmatisierung schärfen.
- Wissen, Haltungen und Verhalten in Bezug auf Stigma reflektieren, vermitteln und einüben.
- motivieren, gegen die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen einzutreten.

„Gemeinsam gegen Stigma und Diskriminierung psychischer Erkrankungen“ lautet das Motto des Workshops, der darauf abzielt, gemeinsam mit psychiatriee erfahrenen Menschen einen aktiven Beitrag zur Entstigmatisierung zu leisten, indem konkrete Möglichkeiten zur Vermeidung von Stigmatisierung für das eigene Arbeits- und Lebensumfeld entwickelt werden. Kurze theoretische Einführungen wechseln sich mit erlebensaktivierenden Methoden, problem- und lösungsorientierten Gruppenarbeiten, Erfahrungsberichten und Diskussi-

onen ab. Der Workshop umfasst vier Module, dauert im Regelfall zwei Tage und wird vom Kompetenznetz Schizophrenie als interdisziplinäre (innerbetriebliche) Fortbildung für psychiatrische und psychosoziale Einrichtungen angeboten. Der erste Teil wird von einer Trainerin moderiert, die über praktische Arbeitserfahrung in verschiedenen psychiatrischen Bereichen verfügt. Im zweiten Teil wirkt eine psychiatrieerfahrene Person mit, die zuvor zum Thema „Psychiatrieerfahrung als Kompetenz in der Lehre“ geschult wurde. In verkürzter Form wird der Workshop auf Kongressen durchgeführt, um ein breiteres Fachpublikum zu erreichen und für die Vertiefung des Themas zu interessieren. Eine Train-the-Trainer Ausbildung ist in Vorbereitung.

### **Partizipation und Forschung**

Um das Projekt Antistigma-Kompetenz begleitend zu erforschen wurde ein Forschungsdesign entwickelt, das vorwiegend qualitative Methoden einsetzt und sich an der Partizipativen Aktionsforschung, PAR [9] bzw. der Partizipativen Interventionsforschung [10] anlehnt.

Folgende Ziele wurden definiert:

#### *Deduktive Forschung und Evaluation*

- Das Konzept Antistigma-Kompetenz auf Praxistauglichkeit überprüfen.
- Das Bildungsangebot zur Antistigma-Kompetenz erproben und anpassen.

#### *Induktive Forschung und Exploration*

- Konkrete Stigma-Erlebnisse psychiatrischer Profis und deren Rollenverständnis bei der (Ent-)Stigmatisierung erforschen.
- Die Expertise des psychiatrischen Personals und deren Lösungskompetenzen bei der Entstigmatisierung explorieren.

In der Pilotphase (September '08 –April '09) fanden Fokusgruppen mit psychiatrischen Profis statt, die nach der Moderationsmethode angeleitet und gemeinsam mit den Forschungsprotokollen und deskriptiven Daten ausgewertet wurden. 41 Personen nahmen an den Fokusgruppen der psychiatrischen Profis teil, davon war mehr als die Hälfte im Bereich psychiatrische Pflege ausgebildet und tätig; 63% waren Frauen, der Altersdurchschnitt betrug 44 (19–59) Jahre.

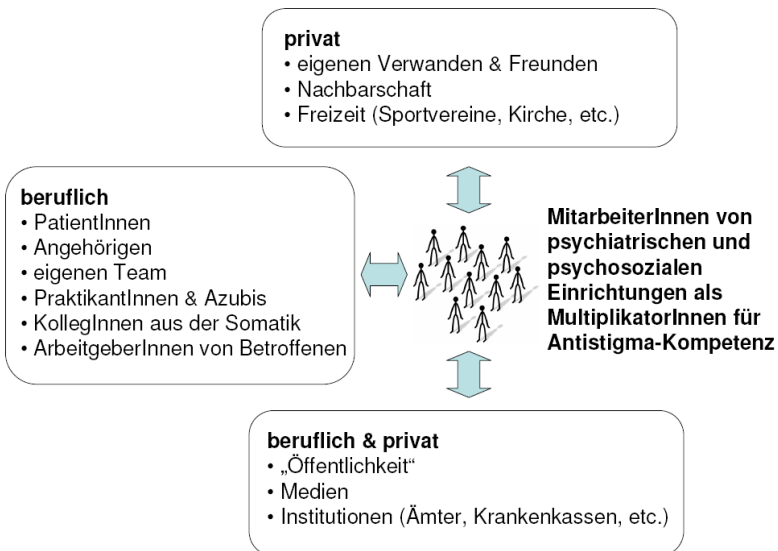
Psychiatrieerfahrene waren folgendermaßen am Projekt Antistigma-Kompetenz beteiligt: Vor und nach der Pilotphase fanden Gruppendiskussionen mit 15 Psychiatrieerfahrenen aus dem Großraum Düsseldorf statt, die das Konzept mit den eigenen Bedürfnissen, Forderungen und Erfahrung abgleichen sollten. Den TeilnehmerInnen dieser Fokusgruppen wurde auch eine Kurzausbildung mit dem Titel „Psychiatrieerfahrung als Kompetenz in der Lehre“ angeboten [11]. Aus den AbsolventInnen dieser Ausbildung rekrutieren sich diejenigen „ExpertInnen aus Erfahrung“, die als Co-TrainerInnen im Rahmen der Workshops tätig sind.

### **Psychiatrische Profis als MultiplikatorInnen für Antistigma-Kompetenz**

Die Antworten auf die offene Frage: Was ist die spezielle Rolle des psychiatrischen Personals bei der Stigmatisierung? konnten in drei Kategorien zusammengefasst werden, die bereits von Schulze [12] im bisher einzigen Review zum Thema angenommen wurden:

1. *Psychiatrische Profis stigmatisieren selbst (bewusst oder unbewusst)*. Als konkrete Beispiele für stigmatisierendes Verhalten seitens der Pflege wurden z.B. zynische Äußerungen gegenüber PatientInnen beschrieben. Auch stigmatisierende Abläufe und Routinen im stationär-psychiatrischen Alltag wurden identifiziert: z.B. Pflegediagnosen, die defizit- und nicht ressourcenorientiert ausgerichtet sind; oder die Art der Medikamentenausgabe, wie sie noch auf vielen psychiatrischen Stationen üblich ist, bei der PatientInnen sich zu bestimmten Zeitpunkten in einer Reihe anstellen, was oft als entwürdigend empfunden wird. Besonders emotional wurden Situationen diskutiert, in denen auf akutpsychiatrischen Stationen Zwang angewandt wird, konkret Fixierungen und Zwangsmedikationen. Das Pflegepersonal muss hierbei Gewalt gegenüber einem Patienten oder einer Patientin ausüben, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern. Dies ist gesetzlich legitimiert. Von beiden Seiten werden solche Situationen meist als sehr dramatisch und oft auch traumatisch erlebt und tragen einen wesentlichen Teil zur Stigmatisierung der Psychiatrie bei.

2. *Psychiatrische Profis werden stigmatisiert (direkt, strukturell).* Beispiele, in denen psychiatrische Profis sich selbst als Opfer von Stigmatisierung erleben, wurden vor allem aus dem eigenen Freundes- und Familienkreis berichtet: Viele bezogen sich auf das Gefühl, die Profession psychiatrische Pflege werde nicht ernst genommen. Es sei belastend, sich oft für die eigene Berufswahl rechtfertigen und sich immer wieder ähnlichen Fragen stellen zu müssen, wie etwa „Warum bist du keine ‚richtige‘ Krankenpflegerin geworden?“; oder: „Wie kannst du es ertragen, in einem so gefährlichen Job zu arbeiten – man wird doch selbst verrückt ‚dort‘“.
3. *Psychiatrische Profis tragen zur Entstigmatisierung bei.* Der dritte Aspekt wurde in den Gruppendiskussionen besonders vertieft, um die Rolle der psychiatrischen Profis als AkteurInnen der Entstigmatisierung genauer zu untersuchen und bewusst zu machen. In der folgenden Grafik werden die Ergebnisse zusammengefasst, die zeigen, in welchen Lebensbereichen und gegenüber welchen Zielgruppen psychiatrische Profis als MultiplikatorInnen fungieren:



Grafik 1.

Zu Beginn der Gruppendiskussionen wurde der Fokus meist auf die beruflichen Rolle gelegt, während die private Rolle häufig erst im Verlauf thematisiert, dann aber als besonders wichtig eingeschätzt wurde. Psychiatrische Profis sind oft die Einzigen die Informationen über psychische Erkrankungen und die psychiatrische Versorgung vermitteln. Aufgrund der Stigmatisierung geben psychisch erkrankte Menschen selbst meist nicht gerne Auskunft über ihre Erkrankung und auch deren Angehörige schämen sich oft und wagen es oft nicht an diesem Tabuthema zu rühren [13]. Neben den Medien prägen somit vor allem die Informationen und Erfahrungen, die psychiatrische Profis vermitteln, das Bild der Bevölkerung von psychischen Erkrankungen, den davon betroffenen Menschen und der psychiatrischen Versorgung. Viele GruppenteilnehmerInnen merkten in der Diskussion und Feedbackrunde an, dass ihnen diese Rolle, besonders im privaten und informellen Bereich, bisher nicht bewusst gewesen war. Einen dritten Bereich, in dem psychiatrische Profis eine MultiplikatorInnenfunktion innehaben, bildeten „Öffentlichkeit“, Medien und Institutionen, mit denen sie sowohl in ihrer beruflichen Rolle (z.B. bei der Begleitung zu Ämtern oder im öffentlichen Raum), als auch als Privatpersonen in Kontakt kommen.

Die psychiatrische Pflege spielt eine zentrale Rolle in Prozessen der Stigmatisierung, weshalb dies in der Aus- und Fortbildung sowie in der täglichen psychiatrischen Praxis zum Thema gemacht werden sollte. Für psychiatrische Profis ist es kaum möglich, sich im Prozess der (Ent-)Stigmatisierung „neutral“ zu verhalten; daher ist es besonders wichtig, diese MultiplikatorInnenrolle bewusst zu machen, Wissen über Stigmatisierung zu vermitteln, Haltungen zu reflektieren und zivilcouragiert zu handeln, das heißt kompetent und gemeinsam gegen die Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen einzutreten.

Dieses Projekt ist Bestandteil des Kompetenznetzes Schizophrenie und wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Kennzeichen: 01 GI 0523).

## Literatur

1. Link, B.G., Phelan, J.C. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 363–385.
2. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. (2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 373: 408–415.
3. Angermeyer, M.C., Schulze, B., Dietrich, S. (2003) Courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 38: 593–602.
4. Halter, M.J. (2008) Perceived characteristics of psychiatric nurses: stigma by association. *Archives of psychiatric nursing*. 22, 20–26.
5. Gaebel, W., Möller, H.J., Rössler, W. (Hrsg) (2005) Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer.
6. Holzinger, A., Dietrich, S., Heitmann, S., Angermeyer, M. (2008) Evaluation zielgruppenorientierter Interventionen zur Reduzierung des Stigmas psychischer Krankheit. *Psychiatr Prax*. 35, 376–386.
7. Wölwer, W., Buchkremer, G., Häfner, H., Klosterkötter, J., Maier, W., Möller H.J., Gaebel, W. (2003) German research network on schizophrenia. Bridging the gap between research and care. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 253, 321–329.
8. Freimüller, L. (2008) Antistigma-Kompetenz für MitarbeiterInnen von psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen. Konzept und Trainingsmaterialien zum Workshop. Düsseldorf.
9. McIntyre, A. (2008) Participatory Action Research. Los Angeles, London: SAGE Publications.
10. Rifkin, S.B. (2002) Partizipative Interventionsforschung - Prinzipien und Strategien. In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg). *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern. Huber. 167–178.
11. Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T. (2009) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
12. Schulze, B. (2007) Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*. 19, 137–155.
13. Gaebel, W., Baumann, A., Witte, M. (2002) Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizophran Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten. *Der Nervenarzt*. 73, 665–670.

## Es gibt viel zu tun - packen wir es an?

*Christine Frötscher*

### **Abstract**

Leadership, verbunden mit dem Anspruch der Nachhaltigkeit, bedeutet Inhalte setzen. Um über die zukünftigen Inhalte der psychiatrischen Pflege nachdenken zu können, bedarf es zunächst der Kenntnisse über die gegenwärtigen Entwicklungen zur dynamisch fortschreitenden Ausgestaltung der Psychiatrie als Ganzes. Die Definitionsmacht darüber liegt realistisch betrachtet hauptsächlich bei der medizinischen Wissenschaft, bei den Kostenträgern und bei den NutzerInnen. Der psychiatrischen Pflege ist dringend zu empfehlen, diese Entwicklungen in die Gestaltung ihrer eigenen Zukunft einzubeziehen und ihre zukünftigen Inhalte mit den Inhalten dieser drei grossen Players abzustimmen.

Aus der medizinischen Wissenschaft sind wir infolge der starken neurochemischen Ausrichtung mit einem zuvor nie gekanntem Ausmass an Spezialisierung und Differenzierung von Krankheitsbildern und Therapieangeboten konfrontiert. Wie bereitet sich die Pflege beispielsweise in der Aus- und Weiterbildung darauf vor?

Von Seiten der Kostenträger werden neue Versorgungsmodelle propagiert, Stichworte hierzu sind integrierte Versorgung und Case Management. Was tut die Pflege von heute um morgen bei diesen Modellen nicht das Nachsehen zu haben? Kostenträger drängen zudem vermehrt auf Kostentransparenz. Wie gut ist die psychiatrische Pflege gerüstet, um über ihre Leistungen entsprechend differenziert Auskunft geben zu können?

NutzerInnen erheben in der Bewegung von Recovery neue und neu aufgegriffene Ansprüche an ihre Behandlung in psychiatrischen Institutionen. Wie positioniert sich die Pflege als Mitreproduzentin des institutionellen Machtverhältnisses? Wie will sie den Spagat zwischen Empowerment, Partnerschaft, Partizipation auf der einen und Disziplin, gegebenen Strukturen, institutionellen Abhängigkeiten auf der anderen Seite vollbringen?

Dies sind nur einige Beispiele, die den Rahmen über die Diskussion der zukünftigen Themen der psychiatrischen Pflege aufzeigen und zu Inhalten führen

könnten, die dem Anspruch auf effektives Leadership der Pflege in der gesamten Entwicklung der Psychiatrie genügen.

Es gibt viel zu tun. Die Frage, ob und wie wir es anpacken, können uns Veranstaltungen wie dieser Kongress zu beantworten helfen. In diesem Sinne ist der Vortrag als Anregung gedacht, mit den wegweisenden Fragestellungen durch die verschiedenen Darbietungen zu gehen.

### **Lernziele des Vortrags**

- Die psychiatrische Pflege muss gesamtpsychiatrische Entwicklungen in ihrem eigenen Interesse antizipieren.
- Es gilt, die Erfordernisse der Pflegeentwicklung in den Gesamtrahmen der psychiatrischen Entwicklung zu stellen.
- Die psychiatrische Pflege muss sich neben den MedizinerInnen, den Kostenträgern und den NutzerInnen dezidiert positionieren und zu einer gleichwertigen Definitionsmacht entwickeln.

# **Berufliche Kompetenzen in der Psychiatrischen Pflege**

*Manuela Grieser, Christoph Abderhalden, Riccardo Crivelli, Susanne Knüppel, Stefan Kunz*

## **Hintergrund**

Viele westeuropäische Länder haben in den letzten drei Dekaden Reformen im (Aus-) Bildungssystem durchgeführt mit dem Ziel einer einheitlichen europäischen Bildungsplattform und einem Paradigmenwechsel in der Vermittlung ausbildungsrelevanter Inhalte [1]. Die Globalisierung der Bildungsmärkte aber auch die Umorientierung der Bildungsinhalte führen zu neuen Zielsetzungen. Durch die Einführung der Outcomeorientierung als Steuerungsinstrument curricularer Planung [2] stellt sich für Bildungsträger die Frage, welche Kompetenzen dem Ausbildungsgang als Zielgröße zu Grunde gelegt werden können.

## **Einleitung**

Die Berufsausbildung in der psychiatrischen Pflege unterliegt weltweit großen Veränderungsprozessen. Bildungsprogramme werden nicht mehr angeboten oder müssen sich inhaltlich umorientieren [3]. Spezialisierte Ausbildungen werden zu Gunsten generalistischer Ausbildungsgänge abgelöst [4], mit dem Ziel, Schlüsselqualifikationen zu fördern, um einer kontinuierlichen Kompetenzentwicklung der Beschäftigten, zur Sicherung der Nachhaltigkeit ihrer individuellen Lern- und Leistungsbereitschaft entgegenzukommen [1]. In der Schweiz hat dieser Prozess verhältnismäßig spät eingesetzt und konnte bis heute noch nicht zufriedenstellend abgeschlossen werden [5]. Auch in Deutschland wird der Bedarf einer Umkonzeptionalisierung der psychiatrischen Berufsausbildung angestrebt [6]. Bereits in den 1990er Jahren wurde die Entwicklung von kompetenzbasierten Curricula als Lösung für die Problematik – immer besser qualifiziertes und kompetenteres Personal auszubilden- zur Diskussion gestellt [7] und auch heute noch als gängige Methode befunden [8]. Für die psychiatrische Pflege besteht bisher kein bekannter, veröffentlichter Katalog von Kompetenzen, der einer Curriculumskonstruktion zu Grunde gelegt oder als Evaluationsinstrument verwendet werden könnte. Hieraus ergibt sich für vorliegende Untersuchung folgende Fragestellung:

*Welche Kompetenzen muss eine Pflegefachperson der psychiatrischen Pflege aufweisen?*

Bisher kann man nicht von einem „geschlossenen Konzept von Kompetenz“ sprechen [9]. Bei der Erfassung von Kompetenzen wird mit einem jeweils spezifischen Kompetenzbegriff gearbeitet, da sich aus theoretischer Perspektive bisher nur wenig Eindeutigkeit findet [10]. Das heißt, Kompetenzen werden in der Forschungspraxis vor dem Hintergrund des angestrebten Anwendungs- und Verwendungszwecks definiert. In vorliegender Arbeit wird Kompetenz als Voraussetzung verstanden, dass Personen in bestimmten Situationen handeln [11, 12]. Kompetenz gliedert sich in die Subkonzepte Sozial-, Methoden- und Personale Kompetenz. Kompetentes Handeln steht in Zusammenhang mit dem situativen Kontext. Kompetenz kann nicht direkt beobachtet und erfasst werden, sondern beschreibt die Bewältigung und Konstruktion von Handlungssituationen [13].

### **Methode**

In der Erhebungsphase wurden narrative Experteninterviews gewählt. Bei diesen Interviews kam die Methode der Critical-Incident-Technik zur Anwendung [14]. Die Interviews wurden auf Tonbänder aufgenommen, inhaltlich transkribiert, ins Hochdeutsche übersetzt und anschließend ausgewertet. Für die Interviewauswertung wird das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet [15]. Als Kategoriensystem wurde das Kompetenzraster - Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Soziale Kompetenz, Personale Kompetenz- dem Analyseprozess zu Grunde gelegt.

### **Stichprobe**

Für die vorliegende Untersuchung wurden Interviews mit Experten durchgeführt. Als Experten werden Menschen gesehen, die über ein besonderes Wissen zu sozialen Sachverhalten verfügen [16]. Die Stichprobe setzte sich wie folgt zusammen (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

<b>Profession</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
Diplom- Pflegefachperson (generalistisch)	2	6,3
Diplom- Pflegefachperson (Schwerpunkt Psychiatrie)	6	18,8
Höhere Fachausbildung Pflege	4	12,5
ÄrztIn	5	15,6
SozialarbeiterIn	4	12,5
PsychologIn	4	12,5
ErgotherapeutIn	1	3,1
Angehörige/ PatientIn	6	18,8
<b>Psychiatrieerfahrung in Jahren:</b>		
Angehörige/ PatientInnen		
Erstkontakt vor 1-5 Jahren	1	3,1
Erstkontakt vor 6-10 Jahren	4	12,5
Erstkontakt mehr als 20 Jahren	1	3,1
=> alle hatten mehr als 1 mal Kontakt mit der stationären Psychiatrie		
<hr/>		
<b>Psychiatrieerfahrung in Jahren: Profes-</b>	MW 14,6/ Median: 15,0	
<b>sionen</b>	Min: 3,5/ Max: 19	

## Ergebnisse

Im Folgenden wird ein Auszug der Ergebnisse aufgezeigt:

### *Fachkompetenz*

Fachkompetenz beinhaltet Sachwissen sowie technisches Wissen, welches in Lehrbüchern zu finden ist. Um das Fachwissen zu strukturieren, wurde vorgängig eine inhaltliche Analyse der vier neuesten Lehrbücher der Psychiatrischen Pflege durchgeführt [17 - 20]. Dafür wurden die Inhaltsverzeichnisse aller Lehrbücher zusammengefasst, strukturiert und generalisiert- es entstand ein „Fachkompetenzraster“. Die von den Experten beschriebenen Fallerzählungen (N=47) wurden in einer Zeile für Zeile Analyse nach diesem neu ent-

standenen „Fachkompetenzraster“ durchsucht und Textsequenzen wurden den Fachkompetenzen zugeordnet. Zudem wurden Häufigkeiten gezählt.

Tabelle 2: Fachkompetenzen (ein Auszug)

<b>Fachkompetenz</b>	<b>N</b>
<b>Allgemeinpsychiatrie</b>	
Affektive Störungen	7
Posttraumatische Belastungsstörung	5
Schizophrenie und Wahnstörung	5
	4
<b>Methoden der Pflegepraxis</b>	
Angehörigenarbeit	13
Bezugspersonenpflege	10
Pflegediagnosen, Pflegeplanung, Pflegeprozess	9
Regeln/ Stationsregeln	9
Beobachtung/ Wahrnehmung	8
Pflegedokumentation	1
<b>Organisationsmanagement</b>	
Mitarbeitermotivation	1
<b>Pflegekonzepte</b>	
Aggression und Gewalt	14
Selbstverletzendes Verhalten	9
Angst	9
Suizidalität	8
Krisenintervention	7
Compliance/ Noncompliance	6
Realitätsstörung	6
<b>Teamarbeit</b>	
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	13
Gemeinsame Teamarbeit	2

Fortsetzung Tabelle 2: Fachkompetenzen (ein Auszug)

<b>Fachkompetenz</b>	<b>N</b>
<b>Kommunikation und Gesprächsführung</b>	
Nachrichtenquadrat (Schulz von Thun)	2
Personenzentrierter Ansatz	13
Techniken der Gesprächsführung	10
<b>Pflege und Schnittpunkte mit anderen Professionen</b>	
Psychopharmaka	12
Psychopathologie	7
Psychotherapeutische Verfahren	4
Medizinische Einteilung psychiatrischer Erkrankungen	4
Anatomie/ Physiologie	1
<b>Psychiatrische Grundlagen</b>	
Rechtliche Grundlagen	5
Menschenbild	3
Ethik	2
<b>Pflegeinterventionen</b>	
Beratung/ Anleitung/ Kompetenz- und Wissensvermittlung	11
Zwangsmassnahmen	9
Milieugestaltung	5
Beziehungsgestaltung	4
<b>Zusätzliche Kodes</b>	
Motivationstechniken	4
Psychoedukation	3
Adherencetherapie	3
Wundmanagement	2
Macht und Ohnmacht in der Psychiatrie	2
Somatische Prozesse/ Erkrankungen/ Pflege Techniken	2
Grundpflege	2

### *Methodenkompetenz*

Im Folgenden werden die Methodenkompetenzen beschrieben.

Unter **Analysefähigkeit** werden Textsequenzen zusammengefasst, welche eine systematische Untersuchung eines Gegenstandes, einer Situation oder eines

Verhaltens beschreiben. Unter **Flexibilität** wird die Bewältigung neuer Situationen oder ein rasches Vorgehen in bestimmten Situationen verstanden. **Reflexivität** beschreibt die Evaluation des eigenen Tuns. **Zielorientiertes Handeln** meint, das Lösen von Aufgaben und Problemen ohne eine Arbeitstechnik zu beschreiben.

Tabelle 3: Methodenkompetenzen (ein Auszug)

	<b>Kodes 1. Ordnung</b>	<b>Kodes 2. Ordnung</b>	<b>Kodes 3. Ordnung</b>
<b>Methodenkompetenz</b>	Analysefähigkeit	Analyse von Fällen	Wenn sich PatientInnen auffällig verhalten, durch systematische Analyse herausfinden, was die Ursache für dieses Verhalten ist
	Flexibilität	Managementaufgaben in unerwarteten Situationen	Flexible Personalorganisation in unerwarteten Situationen
	Reflexivität	Reflexion mit PatientInnen	Mit PatientInnen zusammen Interventionen reflektieren
		Selbstreflexion	Übertragungsphänomene erkennen
	Zielorientiertes Handeln	Kernaufgaben bewältigen	In jeder Situation Lebensqualität erhalten
		Probleme bewältigen	Möglichkeiten finden, mit PatientInnen umzugehen, die nicht freiwillig auf der Station sind
		Im Bereich Kommunikation	Allgemeine Gesprächsführungstechniken (z.B. Pflegeprozessgespräch) Spezielle Gesprächsführungstechniken (z.B. Krisengespräche)

Fortsetzung Tabelle 3: Methodenkompetenzen (ein Auszug)

	Kodes 1. Ordnung	Kodes 2. Ordnung	Kodes 3. Ordnung
Methodenkompetenz		Therapeutische Interventionen	Interventionen, um PatientInnen in kritischen Zustände zu begleiten Interventionen, die man kennen muss, um Pflegeplanungen zu gestalten und umzusetzen situationsbedingte Interventionen
		Sonstige Techniken	Alltagsbewältigung Pflegeprozess/ Behandlungsprozess Diagnostik spezielle Interventionen (z.B. Empowerment – Techniken

### *Sozialkompetenz*

Im Folgenden werden Sozialkompetenzen dargestellt. **Situationsgerechtes Auftreten** beschreibt Situationen, in denen selbstbewusstes Auftreten und Handeln notwendig ist. Unter **Führungsfähigkeit** wird ein Verhalten beschrieben, das zu einem gemeinsamen Ziel führt. Die Kategorie **Kooperationsfähigkeit** beinhaltet Kodes, die auf eine Zusammenarbeit mit anderen Personen hinweisen. **Konfliktfähigkeit** meint die Auseinandersetzung mit anderen Personen. **Selbstständigkeit** beschreibt Pflegesituationen, in denen Pflegefachpersonen selbst die Initiative ergreifen und die Kategorie **Kommunikationsfähigkeit** umfasst Kodes, in welchen Pflegefachpersonen in kommunikativen Regelkreisen unterschiedliche Funktionen ausüben.

Tabelle 4: Sozialkompetenzen (ein Auszug)

<b>Soziale Kompetenz</b>	<b>Situationsgerechtes Auftreten</b>	<b>In Bezug auf sich selbst</b>	<b>Ruhig bleiben in kritischen Situationen</b>
	<b>Führungsfähigkeit</b>	Hinwirken auf gemeinsame Ziele im Team	Gemeinsame Teamhaltung finden
		Hinwirken auf gemeinsame Ziele mit dem PatientInnen	PatientInnen aufklären über die nächsten Schritte im Behandlungsprozess/ die Schritte einer Handlung
	<b>Kooperationsfähigkeit</b>	Kooperation mit Angehörigen/ PatientInnen	Die Erfahrungen der Angehörigen mit PatientInnen bei der Erstellung des Behandlungsprozesses einbeziehen
	<b>Konfliktfähigkeit</b>	Mögliche Konfliktsituationen frühzeitig erkennen	
	<b>Selbstständigkeit</b>	Selbstständigkeit in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen	Andere Professionen heranziehen, wenn man an die Grenzen der eigenen Kompetenz stößt
	<b>Kommunikationsfähigkeit</b>	Allgemeine Kommunikationsfähigkeiten	PatientInnen zuhören und sich einfühlen
		Spezielle Kommunikationsfähigkeiten	Paradoxe Kommunikation erkennen und darauf reagieren
	<b>Soziale Verantwortung</b>	Stigmatisierung entgegenwirken	PatientInnen nicht mit Vorurteilen belegen
		allgemeine Verantwortung gegenüber PatientInnen	Schwache Gruppenmitglieder schützen

### Personale Kompetenz

Es folgt die Kategorie Personale Kompetenz. Folgende Subkonzepte werden dargestellt:

**Selbstverantwortung** meint, dass eine Fachperson Verantwortung übernimmt. **Moralische Verantwortung** umfasst Konfliktsituationen, in welchen es zu einer selbstbestimmten Handlung kommt, **Motivation** beschreibt motivierte Handlungstätigkeiten im Pflegealltag.

Tabelle 5: Personale Kompetenzen (ein Auszug)

Personale Kompetenz	<b>Selbstverantwortung</b>	Verantwortung anderen Personen gegenüber	Theoriegeleitet handeln, nicht nur auf die Intuition verlassen
	<b>Moralische Verantwortung</b>	moralisches Verhalten im Pflegealltag	Um die „totalitäre Institution“ einer geschlossenen Station wissen und dies mit PatientInnen thematisieren
	<b>Motivation</b>	Motivation für „schwierige“ PatientInnen	Auch bei PatientInnen, deren Probleme immer wiederkehren nicht die Motivation verlieren

### Diskussion

Das erhobene Kompetenzraster lässt sich inhaltlich mit psychiatrischen Kompetenzübersichten aus englischsprachigen Ländern vergleichen. Mit dem Kompetenzraster wurde ein Instrumentarium entwickelt, welches Potential für die Kompetenzorientierung in Ausbildung, Prüfung, Evaluation und Personalentwicklung zulässt. Die entwickelte Kompetenzübersicht ist jedoch nicht als vollständig zu betrachten, trotz der grossen Interviewzahl konnte keine vollständige Datensättigung erzielt werden.

## Schlussfolgerung

Das Thema der psychiatrischen Pflegekompetenzen sollte auch zukünftig weiter beforscht werden. Erste Ergebnisse könnten bereits als Hilfsmittel in die Curriculaskonstruktion und –Evaluation einbezogen werden.

## Dank

Wir danken den beteiligten Fachpersonen sowie Angehörigen und PatietInnen für die Teilnahme an der Untersuchung, für ihr Vertrauen und die große Offenheit.

## Literatur

1. Arnold, R., & Njo, M. (2005) Berufsbildung des Wandels- Wandel der Berufsbildung. *Theorie und Praxis - Magazin für Aus- und Weiterbildung*, 1, 42-45.
2. Harder, R. M. (2002). Developments in outcome-based education. *Medical Teacher*, 24(2), 117-120.
3. Delaney, K., Chisholm, M., Clement, J., & Merwin, E. I. (1999). Trends in Psychiatric Mental Health Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 67-73.
4. Farrelly, G., & Carr, J. (1996) Who cares for the mentally ill? Theory and practice hours with a mental illness focus in nursing curricula in Australian Universities. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5, 77-83.
5. Schleicher, J. (2006) Es ist noch kein Master vom Himmel gefallen. *Impuls*, September, 16-18.
6. Schulz, M. (2003) Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen Psychiatrischen Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 4, 140-145.
7. Harder, R. M. (2002) Developments in outcome-based education. *Medical Teacher*, 24(2), 117-120.
8. Chapman, H. (1999) Some important limitations of competency-based education with respect to nurse education: an Australian perspective. *Nurse Education Today*, 19, 129-135.
9. Erpenbeck, J., & Rosenstiel, L. (2003) *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, Verstehen und Bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Stuttgart: Schäfer-Pöschel Verlag.
10. Gillen, J., & Kaufhold, M. (2005) Kompetenzanalysen- kritische Reflexion von Begrifflichkeiten und Messmöglichkeiten. *Zeitschrift für Berufs und Wirtschaftspädagogik*, 1ß1(3), 364-378.
11. Geissler, K., & Orthey, F. (2002) Kompetenz: Ein Begriff für das verwertbare Ungefähre. In E. Nuissel, C. Schiersmann & H. Siebert (Eds.), *Kompetenzentwicklung statt Bildungsziele?* (Vol. 49, pp. 69-79): Literatur-und Forschungsreport Weiterbildung.

12. Le Boterf, G. (1998) *De la compétences a la navigation professionnelle*. Paper presented at the Editions d Organisation, Paris.
13. Bolder, A. (2002) Arbeit, Qualifikation und Kompetenzen. In Tippelt (Ed.), *Handbuch Bildungsforschung* (pp. 651-674). Opladen: Julius Klinkhardt.
14. Flanagan, J. (1954) The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327-358.
15. Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.
16. Gläser, J., & Laudel, G. (2004) *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
17. Felgner, L. (2007) *Psychiatrische Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
18. Gassmann, M., Marschall, W., & Utschakowski, J. (2006). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care*. Berlin: Springer.
19. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2004) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
20. Schädle-Deiningner, H. (2005) *Fachpflege Psychiatrie*. München: Urban und Fischer.

## Was ist der Rede Wert?

*Sabine Hahn*

Der Schlussvortrag hält Rückblick auf die wichtigsten Themen der Kongressta-ge. Leadership bedeutet Visionen entwickeln, Veränderungen gestalten, Be-troffene beteiligen, die Zukunft der Pflege mitgestalten und dies in allen Ver-sorgungsbereichen der Pflege, des Managements, der Forschung und Lehre sowie in der Politik. Was wurde in diesem Zusammenhang diskutiert, bespro-chen und an Themen aufgeworfen? Was war der Rede Wert und in wie weit stehen diese Themen in den Zusammenhang mit den zukünftigen Herausfor-derungen für die psychiatrische Pflege?

### **Eine Auswahl der Themen, die uns der rede Wert sein können**

Befassen wir uns mit der Alterung unserer Gesellschaft [1-3] fällt beispielweise auf, dass bis ins Jahr 2050 mit einer Verdoppelung des Altersquotienten [4] zu rechnen ist? Also fünfzig Personen über 65 Jahre auf hundert Personen zwi-schen 20 und 64 Jahre kommen. Was ist zu tun, wenn aufgrund der demogra-fischen Alterung mehr Pflegekräfte in Pension gehen und gleichzeitig der Pfl-egebedarf der Bevölkerung steigt? Gleichen wir diesen Pflegekräftemangel aus, indem wir qualifiziertes Personal aus anderen Ländern abziehen, um dort den Mangel zu verschärfen? Das Thema der zunehmenden Migration kann nicht nur auf diesem Hintergrund diskutiert werden. Es bedeutet, dass die Wohnbe-völkerung mit Migrationshintergrund zunimmt und dass mehr Patienten mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund psychiatrische Pflege benötigen. Es bedeutet aber auch, dass Pflgeteams diverser werden, d.h. es gibt eine grössere Durchmischung der Teams in Bezug auf Altersgruppen, Kulturen und Geschlechter [5] sowie Ausbildungsgrade [6, 7].

Die Anzahl Menschen mit einer chronischen Krankheit nimmt zu [8-10]. Als Folge dieser Zunahme sowie der demografischen Alterung rechnen Harwood et al. [11], dass die Anzahl abhängiger Personen bis ins Jahr 2050 in den In-dustriestaaten um bis zu 31% ansteigen wird. Also müssten mehr pflegebe-dürftige Menschen über längere Zeit betreut werden und dies bei Abnahme der Hospitalisationsdauer [12-14]. Der Bedarf an ambulanter Pflege und Be-

treuung wird also wachsen [3, 15, 16]. Zudem werden, beispielsweise in der Schweiz, die Gesundheitskosten bis ins Jahr 2030 um das 2,2fache (Verbesserung der Gesundheit der älteren Bevölkerung) oder um das 2,4fache (unveränderter Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung) zunehmen [17].

Vernetzen wir alle diese Zukunftsdiskussionen sind nicht nur Alter und psychische Erkrankung wichtige Themen, die uns der rede Wert sind. Neben Migration, sind Multimorbidität und leben mit multiplen Erkrankungen im Alter zu Hause, hohe Ansprüche an die Versorgungsqualität, notwendige Qualitätsverbesserungen, Reformen im Gesundheitswesen sowie Veränderungen in der Gesundheitsgesetzgebung, die Zusammensetzung der Grade- und Skillmix des Gesundheitspersonals wichtige Themen der Zukunft und mögliche Inhalte von Leadership Projekten.

Damit nicht genug des Redens, es beschäftigen uns auch die äusserst schwierigen Lebenssituationen in denen sich psychisch kranke und insbesondere psychisch kranke alte Menschen befinden. Trotz gemeindepsychiatrischer Versorgung leiden psychisch kranker Menschen unter dem Ausschluss von sozialen Bereichen. Psychisch erkrankte Menschen sind mit Nicht-Anerkennung ihrer Krankheiten und mangelnder Anerkennung ihrer Person konfrontiert. Sie finden keine befriedigende Beschäftigung, haben ein massiv erhöhtes Risiko ihren Arbeitsplatz zu verlieren, sich stark zu verschuldet und in die Armut abzurutschen. Psychisch kranke Menschen leben weniger häufig in festen sozialen Beziehungsnetzten, leiden zusätzlich unter körperlichen Erkrankungen und ihre Lebenserwartung ist durchschnittlich 10 Jahre geringer [18-20]. In wie weit ist es uns der Rede Wert und in wie weit setzen wir uns damit auseinander, dass unsere Expertise unser Leadership für den Alltag, die psychisch erkrankten Menschen noch nicht wirklich erreicht hat? Wie weit befassen wir uns mit den in der Pflege noch verbreiteten paternalistischen Beziehungsstrukturen? Kann die Übernahme einer Advanced Nursing Practice (ANP), die in der Pflege als wesentlich erachtet wird, um den pflegerischen Auftrag zu erfüllen [21, 22] ein Lösungsansatz sein? Recovery [23], Empowerment [24], Coaching [25] und Inklusion [26] sind in der Pflege viel diskutierte Konzepte. Sollte eine ANP diese Konzepte mit den Klienten und ihren Familien weiter entwickeln? Ist es uns der Rede Wert zu diskutieren und zu untersu-

chen, in wie weit diese Konzepte den zukünftigen Herausforderungen standhalten?

Welche Themen sind es nun, die uns auch zukünftig begleiten und daher für die psychiatrische Pflege von grossem Interesse sind? Der Schlussvortrag kann die Diskussionen der Kongressteilnehmenden aufnehmen, zusammenfassen, und dazu anregen Themen mit zu nehmen und weiter zu Tragen.

## Literatur

1. Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F., *The future of longevity in Switzerland: background and perspectives*. 2008, Institute of social and preventive medicine: Lausanne.
2. Carpenter, G.I., *Aging in the United Kingdom and Europe -- a snapshot of the future?* Journal of the American Geriatrics Society, 2005. 53(9s): p. s310-3.
3. Vlasses, F.R., Smeltzer, C.H. (2007) *Toward a new future for Healthcare and nursing practice*. Journal of Nursing Administration, 37(9): p. 375-380.
4. Bundesamt für Statistik, *Bevölkerungswachstum und demografische Alterung: ein Blick in die Zukunft. Hypothesen und Ergebnisse der Bevölkerungsszenarien für die Schweiz 2005-2050*. 2006, Bundesamt für Statistik: Neuchâtel.
5. Spinks, N., Moore, C. (2007) *The changing workforce, workplace and nature of work: implications for health human resource management*. Nurs Leadersh (Tor Ont). 20(3): p. 26-41.
6. Lee, T.Y., et al., (2005) *The skill mix practice model for nursing: measuring outcome*. Journal of Advanced Nursing. 51(4): p. 406-413.
7. Crosssan, F., Ferguson, D., (2005) *Exploring nursing skill mix: a review*. Journal of Nursing Management. 13: p. 356-362.
8. Bodenheimer, T., Chen, E., Bennett, H.D. (2009) *Confronting the growing burden of chronic disease: can the U.S. health care workforce do the job?* Health Affairs (Millwood). 28(1): p. 64-74.
9. Meeto, D., *Chronic diseases: the silent global epidemic*. Br J Nurs, 2008. 17(21): p. 1320-5.
10. Parker, M.G., Thorslund, M., (2007) *Health trends in the elderly population: Getting better and getting worse*. Gerontologist. 47(2): p. 150-158.
11. Harwood, R.H., Sayer, A.A., Hirschfeld, M. (2004) *Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios*. Bulletin of the World Health Organization. 82(4): p. 251-258.
12. Bundesamt für Statistik, *Medienmitteilung: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern nimmt weiterhin ab*. 2008, Bundesamt für Statistik: Neuchâtel.
13. Reinhold, T., et al., (2009) *[Health economic effects after DRG-implementation-- a systematic overview]*. Gesundheitswesen. 71(5): p. 306-12.

14. Weaver, F., et al., *Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung*. 2009, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.
15. Reinhard, S.C., Young, H.M. (2009) *The nursing workforce in long-term care*. *Nurs Clin North Am*. 44(2): p. 161-8.
16. Robinson, K.M., Reinhard, S.C. (2009) *Looking ahead in long-term care: the next 50 years*. *Nurs Clin North Am*. 44(2): p. 253-62.
17. Bundesamt für Statistik, *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*. 2007, Bundesamt für Statistik: Neuchâtel.
18. Social Exclusion Unit, *Mental Health and social exclusion*. 2004, London: Office of the Deputy Prime Minister.
19. Richter, D., Eikermann, B., Reker, T. (2006) *Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch Kranker*. *Gesundheitswesen*. 68: p. 704-707.
20. Richter, D., *Zur Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Pflege*, in *Psychiatrie gestalten - Qualität, Ökonomie, System*, Raueiser, S., Editor. in Druck, Bildungswerk der Bayerischen Bezirke Kloster Irsee.
21. Spirig, R., et al., (2001) *Visionen für die Zukunft – Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz*. *Pflege*, 14: p. 141-151.
22. Sheer, B., Wong, F.K.Y. (2008) *The development of advanced nursing practice globally*. *Journal of Nursing Scholarship*. 40(3): p. 204-211.
23. Liberman, R.P. (2002) *Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia*. *International Review of Psychiatry*. 14: p. 337-342.
24. Finfgeld, D.L., (2004) *Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations*. *Advances in Nursing Science*. 27: p. 44-52.
25. Neenan, M., Dryder, W., *Life Coaching: A cognitive-behavioural approach*. 2002, London: Routledge.
26. Eikermann, B., Reker, T., Richter, D. (2005) *Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 73: p. 664-673.

# **Patienten- und Angehörigenedukationsprogramme: eine zentrale Aufgabe der Pflege**

*Sabine Hahn, Kathrin Sommerhalder, Franziska Boinay*

## **Hintergrund**

Chronische Erkrankungen nehmen durch höhere Lebenserwartung, medizinischen Fortschritt und verbesserte Betreuungs- und Pflegeleistungen weltweit stark zu [1]. Die Schweiz hat innerhalb der europäischen Länder der WHO die höchste Lebenserwartung, die Raten für körperliche Beschwerden und psychosoziale sowie psychische Beeinträchtigungen des Wohlbefindens sind jedoch sehr hoch [2]. 16% der Schweizer Bevölkerung litten im Jahre 2002 unter einem länger andauernden Gesundheitsproblem [3]. Zu den wichtigsten chronisch verlaufenden Erkrankungen gehören Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Allergien, Rheuma und Krankheiten des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen, Lungenerkrankungen, Diabetes sowie Depression [3-5]. Diese Zunahme chronischer Erkrankungen, die eingeschränkte Wirkung konventioneller medizinischer und psychiatrischer Versorgungsleistung in der Behandlung [6], der zunehmende Kostendruck und das Bedürfnis der Patienten bzw. Angehörigen nach Autonomie, erfordern von einem effizienten Gesundheitswesen Edukationsprogramme, welche den selbständigen und gesundheitsfördernden Umgang von Patienten und Familien mit der Erkrankung unterstützen und verbessern [1, 4, 5, 7]. Das Einhalten medizinischer Verordnungen und Behandlungen, Symptommanagement sowie Einschränkungen durch die Erkrankung, verlangen eine grosse Anpassungsleistung der Betroffenen im Alltagsleben und im psychosozialen Bereich. Edukationsprogramme, welche den eigenständigen und gesundheitsfördernden Umgang von Patienten und Familien mit der Erkrankung unterstützen und verbessern, nehmen daher zusätzlich an Wichtigkeit zu [5, 8, 9].

Es gehört zu den wichtigen Aufgaben der Pflege solche wirkungsorientierten PAE im interdisziplinären Kontext zu konzipieren und durchzuführen. PAE gehört somit zu den Kernaufgaben der professionellen Pflege. Das Schweizerische Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verlangt, dass medizi-

nische, therapeutische und pflegerische Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden und ihre Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden überprüft wird (Art. 32). Um diese Vorgaben im Bereich der PAE erfüllen zu können, braucht es Kriterien für wirksame Edukationsprogramme. In der internationalen wissenschaftlichen Literatur sind zahlreiche Studien zur Wirksamkeit von PAE bei chronischen Krankheiten vorhanden. Eine systematische Aufbereitung dieser Literatur in Hinblick auf Charakteristika wirksamer Programme fehlt jedoch bisher.

### **Zielsetzung**

Die vorliegende Studie definiert Kriterien für wirksame PAE bei chronischen Krankheiten und deren Beeinträchtigungen im Alltag.

### **Methodologie**

In einem ersten Schritt wurden mittels einer systematischen Analyse der internationalen Literatur Kriterien einer wirksamen PAE identifiziert und die Verbindung mit dem schweizerischen Gesundheitssystem hergestellt. Danach wurden die in der Literaturanalyse ermittelten Kriterien in einer Delphi-Befragung von Expertinnen validiert. Bei der Delphi-Befragung, benannt nach dem berühmten Orakel von Delphi, handelt es sich um einen Prozess, der zum Ziel hat, einen Konsens oder eine Beurteilung eines bestimmten Themas mit Hilfe von verschiedenen Expertenbefragungsrunden zu erreichen. Es wurden zwei Befragungsrunden durchgeführt. Als letzter Schritt wurden halbstandardisierte Interviews mit betroffenen Patienten geführt um ihren Erfahrungen betreffend Patienten- und Angehörigenedukation einzubeziehen.

### **Sample**

In die Literaturanalyse wurden 26 Studien eingeschlossen. Danach wurden 15 Expertinnen für PAE mittels Delphibefragung um ihre Expertise gebeten. 11 Personen, die an einer chronischen Erkrankung litten, wurden bezüglich ihren Erfahrungen betreffend Patienten- und Angehörigenedukation befragt.

## Definition

*Patienten- und Angehörigenbildung* (PAE) ist ein systematischer Prozess, welcher Patienten sowie ihren Angehörigen ermöglicht, mit den Auswirkungen einer chronischen Krankheit im täglichen Leben umzugehen sowie die Lebensqualität zu erhalten und zu fördern. PAE ist eine Kombination von verschiedenen Lernerfahrungen und Lernmethoden und wird als organisierte Aktivität in Form von Edukationsprogrammen durchgeführt. [5, 8, 10, 11]. PAE wird meist nicht von einer Berufsgruppe alleine durchgeführt, sondern findet im interdisziplinären Kontext statt. Häufig ist jedoch eine Berufsgruppe massgeblich am Aufbau und der Durchführung des Edukationsprogramms beteiligt [8].

## Ergebnisse

Als konkrete Ergebnisse der Studie entstanden Empfehlungen für die Konzeption wirksamer und nutzerorientierter PAE sowie Beurteilungskriterien für deren Evaluation. Die hier präsentierten Ergebnisse fokussieren auf Empfehlungen zur Konzeption von Edukationsprogrammen für psychisch erkrankte Menschen.

**Programmdauer und –intensität:** Hier wurden Kriterien aufgezählt, die Aussagen machen zur Gesamtlänge einer PAE sowie zur Häufigkeit und Länge der einzelnen Sitzungen innerhalb dieser PAE. Wirksame Edukationsprogramme benötigen gemäss Aussagen aus der Literatur und der befragten Personen eine bestimmte Länge, welche aber abhängig von den Merkmalen der Zielgruppe und von den Inhalten des Programms ist. Auch die Länge der einzelnen Sitzungen ist von den Merkmalen der Zielgruppe sowie von den Inhalten des Programms abhängig.

**Schulungssetting:** Dieser Themenbereich beinhaltet Kriterien, die Aussagen machen zum Versorgungsbereich, in dem ein PAE stattfinden, sowie zu den Fachpersonen, welche die PAE durchführen. Die befragten Expertinnen waren mit der Literatur einig, dass der Versorgungsbereich in dem das Programm stattfindet und die Schulungsperson, die das Programm durchführt, für die Wirksamkeit von PAE keine wesentliche Rolle spielen. Sie ergänzten, dass die Schulungsperson eines PAE über eine spezifische Schulung in PAE verfügen muss. Für die Patienten spielte die Haltung und Wertschätzung sowie das

Fachwissen der Schulungsperson eine wichtige Rolle. Patientin: „Ja, dass es verständlich ist,...und dass sich die Person ein bisschen wie einfülen kann“.

Alle Befragten waren sich einig, dass die Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie die Einbettung des PAE in das therapeutische Gesamtangebot gewährleistet sein müssen. Patientin: „Zum Beispiel beim Psychiater das anbieten, dass ein Psychiater oder ein Hausarzt oder von mir aus irgend eine therapeutische Begleitperson, ein solches Schulungsprogramm kennt“.

**Zielgruppe:** Diese Kriterien machen Aussagen zur Adressatengruppe, die PAE anspricht. Die Expertinnen stimmten dem Kriterium aus der Literatur zu, dass wirksame Programme sowohl für Einzelpersonen wie für Gruppen angeboten werden können. Aus der Sicht der Befragten ist die Entscheidung zwischen Einzel- und Gruppenschulung abhängig von den Merkmalen der Zielgruppe sowie von den Programminhalten. Über die Gruppengrösse wurden sich die Befragten nicht einig. Gemäss den analysierten Studien spielt die Gruppengrösse bei Gruppen bis zu 20 Personen für die Wirksamkeit von PAE keine Rolle. Die befragten Patienten erachteten jedoch Gruppen bis zu 15 Personen schon als zu gross. Patient: „Ich habe den Eindruck, dass mit ca. 9-10 Teilnehmern, dass das eine gute Gruppe war, aber nicht mehr“.

Gemäss den Expertinnen ist PAE während des gesamten Krankheitsverlaufs sinnvoll. Als sinnvoll erachten die Expertinnen den Einbezug von Bezugspersonen in die PAE und die Patienten schätzten es, wenn Partner zur Schulung eingeladen wurde. Patientin: „Es ist eine Vereinsamung, die man versuchen müsste mit diesen Kursen zu beheben“.

**Edukative Ansätze:** Dem Themenbereich edukative Ansätze wurden Kriterien zugeordnet, die Aussagen machen zum theoretischen Hintergrund, auf den sich eine PAE bezieht. Die Expertinnen waren sich einig, dass PAE, die sich an motivierenden und bestärkenden Ansätzen orientieren, wirksam sind. Motivierende und bestärkende Ansätze erwiesen sich ebenfalls aus den analysierten Studien als wirksam. In den Interviews beschrieben Patienten Situationen in welchen dieser Aspekt gefehlt hatte und sie sich zuwenig unterstützt fühlten. Patientin: „Wenn es langfädig ist und relativ kompliziertes Deutsch. Ich sage es etwas krass aber Menschen mit einer Depression können sich oft nicht mehr konzentrieren.“

Die Partizipation der teilnehmenden Patienten war gemäss Literatur und den befragten Expertinnen und edukationserfahrenen Patienten ebenfalls ein relevantes Element für die Entwicklung und Durchführung von PAE. Zudem erachteten alle Befragten edukative Ansätze, die eine mehrdimensionale Perspektive haben und eine Kombination von verschiedenen Methoden zulassen als relevant.

**Methodik & Instrumente:** Aktionspläne erwiesen sich sowohl in der Literatur wie aus der Sicht der Expertinnen und der befragten Patienten/innen für PAE als wirksam. Gemäss den Expertinnen sollten Aktionspläne partizipativ erstellt und auf die Situation der Betroffenen angepasst werden. In den Interviews erwähnten die Teilnehmenden, wie die Motivation einen Aktionsplan einzuhalten, gefördert werden kann. Ein Aktionsplan sollte eine realistische Zielsetzung beinhalten, die persönlichen Ressourcen berücksichtigen und vor allem alltagstauglich sein, zudem motivationsfördernde Faktoren wie Interessen, soziale Kontakte und Tätigkeiten die Freude bereiten, berücksichtigen. Patientin: *„Ja, sie hat mir natürlich diesen Ratschlag schon gegeben, ich müsse immer etwas laufen, etwas trainieren, etwas länger und etwas weiter und so. Und wenn man nur etwas mehr Motivation hätte, aber nur so planlos im Wald“.*

Zusätzlich waren sich die Befragten mit dem aus der Literatur entwickelten Kriterium einig, dass wirksame PAE Wiederholungs- und Erinnerungselemente beinhalten.

**Inhalte & Methode:** PAE erweisen sich als wirksam, die Selbstmanagementstrategien (inkl. Selbstbeobachtung) und -fähigkeiten sowie Interventionen, die psychosoziale Aspekte berücksichtigen fördern. Übungen als eine von den Expertinnen als wichtig erachtete Methode sind sinnvoll, um Selbstmanagementstrategien und -fähigkeiten zu fördern. Zusätzlich zu diesen beiden aus der Literatur generierten Kriterien erachten die Expertinnen es als relevant, in der PAE Raum zu bieten um aktuelle Themen und subjektive Bedürfnisse der Teilnehmenden zu behandeln. Zum Thema Inhalt & Methodik haben die Interviewteilnehmenden die meisten Aussagen gemacht. Sie beschreiben, dass ihr Leben seit Krankheitsbeginn von Veränderung geprägt ist, welche sie vor allem in den Bereichen Körperbild, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Gesundheitszustand und in der Partnerschaft erfahren. Folgende Inhalte sind den befragten Patienten wichtig:

- Anatomie, Pathophysiologie & Therapiemanagement

Patientin: *„Einen Hinweis auf die Psychotherapie und was eine Psychotherapie beinhalten kann, dass es verschiedene Ansätze gibt“.*

- Wissen zu Krankheitsphasen, Management und Medikamenten

Patient: *„...dass man eben mehr weiss, dass man die Krankheitsbilder kennt, dass man selber die Handbremse ziehen kann, wenn man den Eindruck hat, jetzt läuft etwas schief“*

Patientin: *„Solche Hinweise wären sehr hilfreich, zum Beispiel zu wissen, was man in einer Akutphase machen soll“.*

Patient: *„In einem solchen Programm wäre es sicher auch sinnvoll, die medikamentöse Betreuung und mögliche Nebenwirkungen der Medikamente zu beschreiben“.*

- Copingstrategien und Umgang mit Gefühlen

Patientin: *„Ja, dass man darüber was hört, von aussen, dass man sagen kann: Aha, dass ist nicht nur in meinem Kopf sondern, das haben so und so viele Leute erlebt und müssen damit fertig werden. Und wo ungefähr etwa eine Lösung sein, wo man sich wiederum etwas auffangen könnte, dass man nicht so in ein Loch hineinkommen würde“.*

Patientin: *„Zum Beispiel Sorgen, schlechtes Gewissen. Schuldgefühle. Dann kommt sicher die Abgrenzung. Dass sie lernen müssen, sich abzugrenzen“.*

Patientin: *„Aber einfach das schlechte Gewissen, das ich manchmal habe, das ich einfach... Wir sind vor 3 Jahren hier hin gezogen. Und ich habe immer noch Sachen die ich noch nicht gemacht und weggeräumt habe.“*

- Autonomie

Patient: *„Und auch vielleicht, dass man das Recht hat, den Psychiater zu wechseln, dass man nicht darauf angewiesen ist, wenn man mit jemandem nicht klar kommt... Und dass man dann den Mut hat und haben darf zu sagen: die Chemie passt nicht zusammen“*

- Informationssuche und neuste Forschungsergebnisse

Patient: *„Ja, und dass das nachweisbar auch eine Funktionsstörung sein kann, ich finde das wichtig zu wissen“.*

- Partnerschaft, Beziehung

Patient: „Das kann der Umgang mit Aggressionen sein oder mit Druck oder mit der Frage: wie geht es Dir mit dieser Frage umzugehen, wenn das der Chef stellt, wenn das ein Freund stellt, wenn das... einfach wirklich Alltagsbewältigung“.

- Arbeit, Beschäftigung & Unterstützung

Patientin: „...ich habe einfach gemeint auch mein Mann und alle meinen, ich sei eine Faule geworden. Ich sei einfach plötzlich faul geworden und wolle nichts mehr machen. Ich bin einfach immer müde gewesen. Habe nicht gemocht. Und dann ist das schlechte Gewissen gekommen, wenn ich mich mitten am Nachmittag hingelegt habe“.

### **Schlussfolgerungen**

Die Resultate welche aus dem evidenzbasierten Forschungsprozess generiert wurden, zeigen die Kriterien auf, welche für eine wirksame und nutzerorientierte PAE benötigt wird. Sie zeigen ebenfalls auf, dass Pflegepersonen welche in PAE tätig sind über hohe fachliche und emotionale Kompetenzen verfügen sollten, um eine wertschätzendes und partnerschaftliches Klima zu schaffen, wo gemeinsames nachhaltiges Lernen möglich ist.

Aus Sicht der Patienten ist PAE dann wirksam, wenn sie hilft, ein Verständnis für die eigene Krankheit zu entwickeln, Sicherheit in Symptom- und Therapiemanagement erreicht wird, bei der Umstellung der Lebensgewohnheiten Unterstützung anbietet, das Lernen von Bewältigungsstrategien ermöglicht, einen Erfahrungsaustausch mit anderen Teilnehmenden fördert und die Teilnehmenden und ihr Krankheitserleben ernst genommen werden.

### **Literatur**

1. Nolte, S., et al. (2007) The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: A national patient-reported outcomes survey. *Patient Education and Counseling*. 65: p. 351-360.
2. OBSAN (2003) Panorama Gesundheit - Die Schweiz im europäischen Vergleich, ed. W.u. OBSAN., Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchatel.
3. BAST (2007) Panorama, S. Bundesamt für Statistik, Editor. Februar: Schweiz.
4. OBSAN (2006) 2.5.1 Behandelte chronische Krankheiten, in *Monitorin Indikatoren*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. p. 1-23.

5. Chodosh, J., et al., (2005) Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. *Ann Intern Med.* 143(6): p. 427-438.
6. Marks, R., Allegrante J.P., Lorig, K. (2005) A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part I). *Health Promot Pract.* 6(1): p. 37-43.
7. Harris, M., Smith B., Veale, A. (2005) Printed patient education interventions to facilitate shared management of chronic disease: a literature review. *Internal Medicine Journal.* 35(12): p. 711-716.
8. Habel, M. (2007) Putting Patient Teaching Into Practice. [cited 2007 05.30]; 1-61]. Available from: [www.nurse.com/ce/print.html?CCID=1473](http://www.nurse.com/ce/print.html?CCID=1473).
9. Corbin, J.M., Strauss A.L. (2004) *Weiterleben lernen.*, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber. 1-377.
10. Bellamy, R. (2004) An introduction to patient education: theory and practice. *Medical Teacher.* 26(4): p. 359-365.
11. Van den Borne, B. (1998) The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counseling.* 34: p. 89-102.

# Lernbehinderte Straftäter im Englischen Strafrechtssystem

*Michael Hallenbach*

## Hintergrund

Bei dem vorliegenden Projekt handelt es sich um eine dreijährige, 2007 begonnene Studie, zur Erlangung des Dokortitels. In der Forschung werden Prozesse betrachtet, welche straffällig gewordene Personen mit eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten (IQ<85) innerhalb des britischen Strafrechtssystems durchlaufen. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf Entscheidungsprozessen innerhalb des englischen Strafrechtssystems. Spezielle Aufmerksamkeit kommt hierbei dem Verständnis zu, das Vertreter unterschiedlicher Institutionen des Strafrechtssystems von intellektuellen Behinderungen haben sowie der Konzeptionalisierung von Kriminalität und deren Sanktionierung.

## Methode

Die Studie basiert auf einem analytisch evaluativen Ansatz. Hierbei werden Kernpunkte betrachtet, die durch Vertreter unterschiedlicher Institutionen des Strafrechtssystems bei der Risiko- und Gefahreneinschätzung von Straftätern mit intellektuellen Behinderungen berücksichtigt werden. Weiterhin werden die Bereitstellung eines Beistandes (Appropriate Adult) während Polizeiverhören und Gerichtsprozessen untersucht und Strukturen der juristischen Repräsentation von Angeklagten mit intellektuellen Behinderungen analytisch betrachtet.

Das Forschungssample umfasst Gerichtsmediziner (Forensic Examiners), Polizisten des Untersuchungsgefängnisses (Custody Sergeants), Staatsanwälte, Amtsrichter (Magistrates) sowie Richter des Strafgerichtshofes (Crown Court Judges). Insgesamt wurden 35 teilstandardisierte Interviews durchgeführt. Alle Interviews dauerten jeweils 60 bis 90 Minuten. Bei der Auswertung der Interviews wird auf den klassischen Grounded Theory Ansatz zurückgegriffen.

## **Erkenntnisse**

Das Strafrechtssystem wird von den Befragten als Grundstein westlichen Demokratieverständnisses sowie als zentraler Bestandteil der westlichen Gesellschaftsordnung interpretiert. Die Interviewpartner definieren justizielle Gerechtigkeit in diesem Zusammenhang durch die gleichermaßen angemessene wie unmittelbare Sanktionierung jeglichen Verhaltens, welches im westlich kulturellen Raum als normabweichend kategorisiert wird. Die Konzeptionalisierung von intellektuellen Behinderungen durch die Befragten wie auch das Verständnis von justizieller Gerechtigkeit variiert signifikant zwischen den Vertretern unterschiedlicher Institutionen des Strafrechtssystems. Objektivität innerhalb der Strafjustiz ist hierbei charakterisiert durch den Bezug auf quantifizierbare Zielvorgaben.

## **Schlussfolgerungen**

Die Anwendung eines qualitativen Ansatzes innerhalb des vorliegenden Forschungsprojektes ermöglichte es, umfangreiche und detaillierte Daten zu erheben, die Ergebnisse vorhergehender Studien stützen und sinnvoll ergänzen. Die ersten Erkenntnisse der Untersuchung werfen Fragen über Konzepte auf, die derzeit in der englischen Strafjustiz den Diskurs über Ahndung normbrechenden Verhaltens und intellektuellen Behinderungen bestimmen.

### Lernziele des Vortrags

- Konzeption von Lernbehinderungen im englischen Strafrechtssystem.
- Konzeption von Kriminalität und Bestrafung im englischen Strafrechtssystem.
- Evaluation des englischen Strafrechtssystems.

## **Behandlungskonferenz auf einer Psychosenstation – Zusammenarbeit im Kontext der universitären Medizin**

*Heiner Haszlöwer*

Einen pfleglichen oder pflegsamem Umgang wünscht sich wohl jeder, egal ob als kranker oder gesunder Mensch. Ich möchte in meinem Referat über den Alltag auf einer Psychosenstation sprechen, wie wir pfleglichen, pflegsamem Umgang leben.

1999 entstand die Idee zur Gründung eines Zentrums für Psychosoziale Medizin u. a. mit sechs diagnosebezogenen Arbeitsbereichen – Angstspektrumsstörungen, Sucht, Affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen. Das gleichberechtigte Leitungsteam eines Arbeitsbereiches setzt sich aus den unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen wie lt. Psychologe, lt. Krankenpflege und lt. Oberarzt.

Die Station PS 2 mit 23 Betten, die Sozialpsychiatrische Ambulanz und die Krisentagesklinik mit 10 Behandlungsplätzen bilden den Bereich Psychosen.

Auf der Station PS 2 entstand jetzt, also ab ca. 1999, ein besonders zugeschnittenes Gruppenangebot wie Kommunikationsgruppe, Soziales Kompetenztraining, Psychoedukationsgruppe, verschiedene körperorientierte Gruppenangebote wie Eutonie oder Tanztherapie. Tägliche Morgenrunden und Akupunktur (nach dem NADA Protokoll) vervollständigen das Angebot. Jeder Pat. erhält zeitnah zur Aufnahme einen individuellen Wochenplan.

Die OA-Visite auf der Station wurde weiterentwickelt und in Patienten-Konferenz, später in Behandlungskonferenz umbenannt. Schwerpunkt der Behandlungskonferenz ist ein Verhandeln der Behandlung. Die Konferenz beginnt mit einem Interview, welches eine der zuständigen Bezugspersonen mit dem Patienten führt. Hier werden Fragen, Probleme und Themen angesprochen. Nach ca. 5-10 Min. (je nach Komplexität der Themen) beginnt die Reflektionsphase d. h. der Patient kommt in eine eher passive Rolle (Zuhörerrolle) und das Team tauscht sich in einer wertschätzenden Art und Weise über die Behandlung aus (äußert auch subjektive Wahrnehmungen „...ich glaube, Hr. Schmidt ist sehr aufgeregt hier in dieser Runde...“). Ca. 5 Minuten danach

hat der Patient Gelegenheit das Gesagte zu kommentieren, gegebenenfalls zu korrigieren, zu berichtigen. Zu Beginn der Konferenz wird ein Protokollant bestimmt, der u. a. die wichtige Aufgabe hat, die Themen, Probleme der vorausgegangenen Konferenzen aufzugreifen bzw. einzubringen.

Wir haben ab dem Jahr 2000 Mitarbeitende (im Arbeitsbereich) regelmäßig geschult (z. B. Fallseminare mit Gastfamilien) und in einem Curriculum zur Systemischen Familientherapie (3 Jahre à je 2 Tage in Form von Wochenendveranstaltungen) um die Mitarbeitenden weiter zu professionalisieren.

Zu den Bedingungen der Station

Viele Mitarbeiter verfügen über eine Zusatzqualifikation wie Fachpsychiatrische Ausbildung, Tanztherapie, Eutonie und der gleichen mehr. Alle Mitarbeitenden haben die Akupunkturschulung nach dem NADA Protokoll absolviert. Insgesamt gibt es eine sehr geringe Fluktuation.

Weitere wichtige Elemente der Behandlung sind klare Strukturen – auch wenn diese im Alltag manchmal etwas verwischen – und die Bezugsarbeit, die die Beziehungskontinuität gewährleistet. Die Einbeziehung des Umfeldes ist uns ein wichtiges Anliegen, ebenso die Nutzung von Netzwerken.

Den Mitarbeitenden stehen regelmäßige Inter- und Supervisionstermine zur Verfügung. In der Großgruppensupervision (steht allen Mitarbeitenden im AB Psychosen offen, 3 Termine im Jahr à je 3 Stunden) können alle Themen des Arbeitsbereichs angesprochen werden. Die Teilnehmenden lernen hier neue Blickweisen kennen und verlieren vielleicht auch Vorurteile.

Um den Einblick noch zu vervollständigen, haben wir einen kleinen Film vorbereitet.

# **Der Versorgungsbedarf von KlientInnen der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern**

*Anna Hegedüs, Hanna Mayer, Uli Junghan, Christoph Abderhalden*

## **Hintergrund**

Die psychiatrische Versorgung verlagert sich international zunehmend in den ambulanten Bereich. Auch in der Schweiz wird sie sich in den nächsten Jahren verändern: der ambulante Bereich wird eine grössere Rolle spielen als bisher. In der Praxis wirkt sich dieser Trend bereits heute in einer Zunahme von ambulanten Angeboten aus. Auch die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege (APP) ist ein immer wichtigerer Teil der psychiatrischen Versorgung. Im Kanton Bern sind zurzeit 45 Personen, die über ein Diplom in psychiatrischer Pflege und eine Berufsbewilligung zur ambulanten Pflege verfügen, aktiv als freiberufliche ambulante Psychiatriepflegefachfrauen und –männer tätig. 32 (71%) davon sind Frauen und 13 Männer (29%). Diese betreuen derzeit rund 320 KlientInnen im Kanton Bern und weitere 30 in angrenzenden Kantonen. Diese Zahl entspricht ungefähr der Anzahl der KlientInnen, welche durch die drei Ambulatorien der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern versorgt werden [1].

Bisher gibt es keine systematisch erhobenen Daten über die allgemeinen Merkmale und den Versorgungsbedarf der Personen, die von den freiberuflich tätigen Pflegenden ambulant psychiatrisch versorgt werden. Solche Informationen über KlientInnen und deren Versorgungsbedarf in der APP sind notwendig, um eventuelle Versorgungsmängel aufzudecken und die Ausbildung von ambulanten Pflegenden verbessern bzw. optimieren zu können. Daten über den gedeckten und ungedeckten Versorgungsbedarf werden auch zur Einschätzung von Möglichkeiten und Grenzen der freiberuflichen APP benötigt.

## **Zielsetzung**

Ziel der Studie ist es, die soziodemographischen Charakteristika von KlientInnen aus der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege zu erheben und einen Überblick über ihren den derzeit gedeckten und ungedeckten Versorgungsbedarf zu erhalten.

## **Methode**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine quantitative Querschnittsstudie im Kanton Bern.

In einem ersten Schritt wurden alle freiberuflich in der APP tätigen Personen zu einer Studienteilnahme angefragt. 24 Pflegepersonen stimmten einer Teilnahme zu. In einem weiteren Schritt wurde eine Liste mit den Initialen aller KlientInnen der teilnehmenden Pflegenden erstellt. Diese diente als Grundgesamtheit für die Stichprobe (N=239).

Folgende Grundsätze wurden bei der Stichprobenauswahl angestrebt:

- a. KlientInnen von möglichst vielen Pflegenden auswählen
- b. Möglichst gleichmässige Aufteilung der Stichprobe auf die Pflegepersonen erzielen
- c. Pro Pflegende höchstens 3 KlientInnen anfragen
- d. Pflegepersonen haben keinen Einfluss auf die Auswahl

Um diesen Grundsätzen gerecht zu werden, wurde eine disproportional geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. Die Ziehung ergab 59 KlientInnen, die angefragt wurden. Den Pflegenden wurden die Initialen ihrer KlientInnen mitgeteilt, die für die Studie angefragt werden konnten. Wenn eine Person einer Studienteilnahme nicht zustimmte wurde die nachfolgende Person auf der Liste zur Teilnahme angefragt.

Die Befragung beinhaltete einen Fragebogenkatalog mit mehreren Befragungsinstrumenten unter anderem einen soziodemographischen Fragebogen und die deutsche Version des Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) zur Erhebung des Versorgungsbedarfs. Das Instrument wurde im Vorfeld von einigen Autoren auf seine Validität und Reliabilität [2, 3]

getestet und gilt als ein zuverlässiges Instrument zur psychosozialen Bedarfserhebung bei psychiatrischen Patienten in ambulanter Behandlung.

Das CANSAS stellt eine verkürzte Version des 1995 von Phelan et al. entwickelten Camberwell Assessment of Need (CAN) dar. Es setzt sich aus 22 Themenbereichen zusammen (siehe Tabelle 3).

Jeder Bereich wird mit folgender Skala bewertet:

0= kein Problem

1= kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird (gedeckter Bedarf)

2= ernstes Problem (ungedeckter Bedarf)

9= unbekannt

Mit den Instrumenten CAN und CANSAS können sowohl die Ansichten der Nutzer als auch die Ansichten der Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes oder von Angehörigen erfasst werden [4]. Diese Eigenschaft erlaubt eine ganzheitliche Sichtweise auf den Versorgungsbedarf des Betroffenen.

## Ergebnisse

Bis zum heutigen Zeitpunkt liegt ein Datensatz von 30 Personen vor. Da die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist, sind die dargestellten Daten nur als vorläufige Ergebnisse zu betrachten.

## Soziodemographische Auswertung

Von den 30 befragten Personen sind 26 (87%) Frauen und 4 (13%) Männer im Alter von 26 bis 67 Jahren. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 48.

Ein Drittel der Befragten haben als Hauptdiagnose eine Erkrankung die der ICD-10 Klassifikation „Affektive Störungen“ zugeordnet werden kann. Jeweils 7 Personen (23%) sind an einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen bzw. Persönlichkeits- und Verhaltensstörung erkrankt. (Tabelle 1)

*Tabelle 1: Hauptdiagnose*

	Häufigkeit	Prozent
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2	6.7
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	3.3

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaft e Störungen	7	23.3
F30-F39 Affektive Störungen	10	33.3
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3	10.0
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	7	23.3
<b>Gesamt</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei den KlientInnen durchschnittlich im Alter von 28 Jahren und die erste stationäre Behandlung im Alter von 32 Jahren. Die Hälfte der Befragten hatte bis zum Befragungszeitpunkt zwei stationäre Aufenthalte. Eine Person war bis zu 13-mal stationär aufgenommen. Die Dauer des letzten stationären Aufenthalts beträgt zwischen 1 Woche und ca. 2 Jahre. Die durchschnittliche Dauer betrug 14 Wochen, jedoch liegt der Median bei 8 Wochen. 5 Personen wurden noch nie stationär behandelt

Die KlientInnen werden von den freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflegefachfrauen und –männern durchschnittlich alle 9 Tage besucht. Die Dauer der Besuche variiert zwischen 30 und 240 Minuten, durchschnittlich liegt sie bei 87 Minuten.

### Versorgungsbedarf

Tabelle 2 verdeutlicht die durchschnittliche Anzahl der Bereiche mit Versorgungsbedarf aus Sicht der Pflegenden und der KlientInnen.

*Tabelle 2: durchschnittlicher Versorgungsbedarf*

	<b>Pflege</b>	<b>Klient</b>
Gesamtbedarf	8.3	5.8
gedeckter Bedarf	5.6	3.1
ungedekter Bedarf	2.7	2.7

Pflegende geben, von 22 möglichen, in durchschnittlich 8.3 Bereichen einen Versorgungsbedarf ihrer KlientInnen an. Davon wird in 5.6 Bereichen Unter-

stützung geleistet und das Problem dadurch verringert. In 2.7 Bereichen wird keine Hilfe geleistet bzw. besteht trotz Hilfeleistungen ein ernstes Problem. Die Bereiche in denen Pflegende am häufigsten einen Bedarf identifiziert haben sind seelischer Druck (bei 97% der Befragten ein Problem), soziale Kontakte (80%) und tägliche Aktivitäten (70%).

Die befragten KlientInnen schätzten ihren eigenen Versorgungsbedarf niedriger ein, als ihre Betreuungspersonen. Durchschnittlich wurde in 5.8 Bereichen ein Bedarf angegeben. Davon in 3.1 ein gedeckter und in 2.7 ein ungedeckter. 77% der KlientInnen gaben im Bereich seelischer Druck, 57% im Bereich körperliche Gesundheit und jeweils 47% bei Haushalt und soziale Kontakte einen Bedarf an. Diese Bereiche stellten die häufigsten Nennungen seitens der KlientInnen dar.

Der Grad der Übereinstimmung zwischen den Bewertungen von Pflegenden und KlientInnen wurde durch die Berechnung der AC1-Statistik [5], einer Alternative zum Cohen's Kappa, ermittelt<sup>2</sup> (Tabelle 3).

*Tabelle 3: Übereinstimmung und Bewertungen von Pflegenden und KlientInnen*

<b>Ungedeckter Bedarf</b>	<b>Pflege n (%)</b>	<b>KlientIn n (%)</b>	<b>AC1 gesamt*</b>
Telefonieren	1 (3)	1 (3)	0.90
Fremdgefährdung	0	2 (7)	0.87
Alkohol	1 (3)	0	0.86
Drogen	1 (3)	0	0.86
Grundkenntnisse im Lesen, Schreiben und Rechnen	1 (3)	2 (7)	0.83
Persönliche Körperpflege	2 (7)	2 (7)	0.83
Verkehrsmittel	4 (13)	4 (13)	0.80
Versorgung und Betreuung der Kinder	3 (10)	1 (3)	0.80

*\* Die Berechnung des AC1 erfolgte für alle Wertelabels.*

<sup>2</sup> Die AC1-Statistik umgeht die Probleme einer ungleichen Verteilung der Beobachterurteile; bei einer perfekten Übereinstimmung beträgt AC1=1.

Fortsetzung Tabelle 3: Übereinstimmung und Bewertungen von Pflegenden und KlientInnen

Ungedeckter Bedarf	Pflege n (%)	KlientIn n (%)	AC1 gesamt*
Ernährung	5 (17)	1 (3)	0.76
Wohnsituation	1 (3)	0	0.76
Sozialleistungen	0	1 (3)	0.70
Versorgung des Haushalts	4 (13)	4 (13)	0.66
Geld	2 (7)	3 (10)	0.65
Selbstgefährdung	2 (7)	3 (10)	0.63
Psychotische Symptome	1 (3)	1 (3)	0.56
Partnerschaft	11 (37)	11 (37)	0.55
Körperliche Gesundheit	5 (17)	3 (10)	0.49
Informationen über die Krankheit und deren Behandlung	0	8 (27)	0.48
Soziale Kontakte	11 (37)	12 (40)	0.39
tägliche Aktivitäten	5 (17)	6 (20)	0.34
Sexualität	10 (33)	5 (17)	0.33
Seelischer Druck	12 (40)	11 (37)	0.29

\* Die Berechnung des AC1 erfolgte für alle Wertelabels.

Mittels AC1 konnten die Bereiche „seelischer Druck“, „Sexualität“, „tägliche Aktivitäten“ und „soziale Kontakte“ als jene mit der niedrigsten Übereinstimmung zwischen den Bewertern ermittelt werden ( $AC1 < 0.4$ ). Eine sehr hohe Übereinstimmung ( $AC1 > 0.81$ ) lässt sich z.B. in den Bereichen „Telefonieren“, „Fremdgefährdung“ und „Alkohol“ finden.

Die Bereiche, bei denen am häufigsten ein ungedeckter Versorgungsbedarf vorliegt sind: „seelischer Druck“, „soziale Kontakte“ und „Partnerschaft“. Hierbei herrscht Einigkeit in der Einschätzung der Bewerter. Differenzen zeigen sich vor allem in Bezug auf „Information über die Krankheit“, wo 8 KlientInnen ein ernstes Problem sehen, aber kein einziger Pflegende. Beim Item „Ernährung“ lassen sich ebenfalls unterschiedliche Bewertungen feststellen (Tabelle 3).

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die verwendeten Befragungsinstrumente konnten problemlos ausgefüllt werden. Sowohl seitens der Pflegenden als auch seitens der KlientInnen ergab die Befragung positive Rückmeldungen. Das Ausfüllen des CANSAS nimmt nur einige Minuten in Anspruch und gibt Einsicht in den Versorgungsbedarf einer Person.

Im Rahmen dieser Studie konnte ein guter Überblick über die Klientengruppe der freiberuflichen APP gegeben werden. Auffallend ist, dass die Mehrzahl der befragten Personen weiblich war. Dies lässt entweder auf eine häufigere Betreuung von Frauen von der APP oder eine geringere Bereitschaft an der Studienteilnahme von Männern schließen.

Die Ergebnisse der CANSAS-Erhebung zeigen, dass Pflegende im Schnitt mehr Versorgungsbereiche identifizieren, als ihre KlientInnen. Diese Unterschiede beziehen sich jedoch nicht auf den ungedeckten Versorgungsbedarf. In diesem Fall wurde die gleiche Anzahl an Bereichen angegeben, wobei sich die Art der Bereiche unterscheidet (z.B. „Informationen über die Krankheit und deren Behandlung“, „Ernährung“ und „Sexualität“). Die Tendenz der Pflegenden mehr Versorgungsbedarf zu identifizieren zeigt sich auch in vergleichbaren Studien [6-8]. Häufig begründet man diese mit Unterschieden im kulturellen und sozialen Hintergrund der Betroffenen und der Pflegenden, welche sich in unterschiedlichen Erwartungen widerspiegeln.

Aus den unterschiedlichen Einschätzungen der KlientInnen und der Pflegepersonen lässt sich schlussfolgern, dass in an betracht einer effektiven, bedürfnisorientierten psychiatrischen Behandlung eine Einschätzung aus Sicht der KlientInnen oder der Pflegeperson nicht als ausreichend erscheint. Pflegende und Betroffene identifizieren unter Umständen in verschiedenen Bereichen einen Bedarf. Daher sollten beide Perspektiven in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

Weitere Schlussfolgerungen können leider aus dem bisher unvollständigen Datensatz nicht gezogen werden. Diese werden jedoch am Kongress vorgestellt.

## Literatur

1. Abderhalden C, Hegedüs A, Schmidinger S (2009) Auswertung der Befragung über die freiberufliche psychiatrische Pflege im Kanton Bern. Unveröffentlichtes Manuskript. Bern: Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
2. Salvi G, Leese M, Slade M (2005) Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure. *Br J Psychiatry* 186:146-152
3. Andresen R, Caputi P, Oades LG (2000), Interrater reliability of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule. *Aust N Z J Psychiatry* 34:856-861
4. Matschinger H, Bernert S, Mory C, Roick C, Angermeyer MC (2000) Camberwell Assessment of Need-European Version (CAN-EU) (Deutsche Version). Leipzig: Universität Leipzig
5. Gwet K (2002) Kappa Statistic is not Satisfactory for Assessing the Extent of Agreement Between Raters. *Statistical Methods For Inter-Rater Reliability Assessment Series* 1:1-6
6. Arvidsson H (2001) Needs assessed by patients and staff in a Swedish sample of severely mentally ill subjects. *Nord J Psychiatry* 55:311-317
7. Issakidis C, Teesson M (1999) Measurement of need for care: a trial of the Camberwell Assessment of Need and the Health of the Nation Outcome Scales. *Aust N Z J Psychiatry* 33:754-759
8. Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB (2000) The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatr Scand* 102:366-375

# **Kinder psychisch kranker Eltern im Fokus der psychiatrischen Pflege – Präventive Angebote als zukünftige konzeptionelle Herausforderung**

*Dieter Heitmann, Miriam Schmuhl*

## **Hintergrund**

Zahlreiche Forschungsarbeiten zur Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter haben die Assoziation zwischen der psychischen Erkrankung der Eltern und dem Auftreten von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter empirisch nachgewiesen [1, 2]. Bereits 1984 haben Rutter & Quinton [3] einen Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung von Eltern und dem Auftreten psychischer Störungen bei deren Kindern festgestellt. In einer prospektiven Studie untersuchten sie Familien, von denen sich ein Elternteil in psychiatrischer Behandlung befand. Die Autoren fanden, dass etwa ein Drittel der Kinder keine psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten zeigte. Bei einem weiteren Drittel traten vorübergehend psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten auf. Das letzte Drittel der Kinder entwickelte andauernde psychische Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten. Der Studie zufolge waren es nicht die psychischen Störungen als solche, die einen Risikofaktor für die Kinder darstellen, vielmehr konnten damit verbundene, psychosoziale Störungen der erkrankten Eltern in Zusammenhang gebracht. Und diese können die akute Krankheitsphase durchaus überdauern.

Heute gilt auf Grund der vorliegenden empirischen Befunde als gut abgesichert, dass etwa Kinder depressiver Eltern ein vielfach erhöhtes Risiko aufweisen, im Verlauf ihrer Entwicklung selbst depressiv zu erkranken, eine andere psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsprobleme im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich auszubilden [5]. Das Risiko für eine affektive Störung ist für Kinder depressiver Eltern zwei bis dreimal höher, das Risiko für eine Major Depression etwa sechsmal höher als für Kinder unauffälliger Eltern. Sind beide Elternteile depressiv erkrankt, beträgt die Wahrscheinlichkeit für die Kinder, im Laufe ihres Lebens eine Depres-

sion zu entwickeln bereits 70% [6, 1]. Ähnliche Risikoassoziationen werden auch für schizophrene Erkrankungen diskutiert [4].

Für das Auftreten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter werden auch genetische Vererbungsmuster diskutiert. In Studien konnte für schizophrene und affektive psychische Störungen ein genetisches Risiko nachgewiesen werden. Genetische Dispositionen können den Zusammenhang zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Störung allerdings nur zum Teil aufklären [7].

Weitgehend ungeklärt ist bislang die genaue Ätiologie der familiären Transmission von psychischen Störungen. Neben der genetischen Prädisposition müssen auch psychosoziale Risikofaktoren, die sich als Störungen im kognitiven, emotionalen und Verhaltensbereich der psychisch erkrankten Eltern darstellen, als Einflussfaktoren bei der Entstehung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern angenommen werden [8,9]. Mattejat et al. [4] stellen am Beispiel depressiver Eltern bestimmte Funktionseinschränkungen fest, die Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben. Hierzu gehören ein reduzierter affektiver Ausdruck, eingeschränkte positive Reaktionen auf die Aufmerksamkeitssuche der Kinder, erhöhte Hostilität sowie negative Äußerungen dem Kind und anderen Familienmitgliedern gegenüber.

Darüber hinaus können weitere psychosoziale Risikofaktoren kumulierend hinzutreten und die Entwicklungsbedingungen der Kinder weiter beeinträchtigen. Hier lassen sich eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, fehlende soziale Unterstützung und soziale Isolation sowie häufigere finanzielle Probleme der Familien anführen [10, 11, 12].

Trotz der hohen epidemiologischen Relevanz existieren bislang noch kaum wissenschaftlich evaluierte Programme mit einer primärpräventiven Ausrichtung zur Senkung der kindlichen Störungsanfälligkeit. Besonders problematisch stellt sich in diesem Zusammenhang die Erreichbarkeit der Zielgruppe – psychisch kranke Eltern und deren Kinder – dar. In der Erwachsenenpsychiatrie, die als primärer Zugangsraum zur Zielgruppe einen vielversprechenden Rahmen bietet, finden sich bislang aber nur selten entsprechende Angebote.

Insbesondere in der professionellen psychiatrischen Pflege sind Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern bislang noch kaum in den Fokus gera-

ten. Sie werden in der Regel nicht als Angehörige wahrgenommen, die Unterstützung bedürfen und Entlastung benötigen. Dadurch wird Präventionspotential von der psychiatrischen Pflege bisher nicht wahrgenommen. Insbesondere die psychiatrische Pflege könnte aber allein aufgrund ihrer hohen Kontaktdichte zu den Patientinnen - und damit zum Familiensystem - durchaus präventiv tätig werden, sofern Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern Bestandteil pflegerischer Versorgungskonzepte würden.

Dem Mangel an primärpräventiven Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern wird derzeit pilothaft begegnet, indem ein entsprechendes Konzept von der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel entwickelt, erprobt und im Hinblick auf seine erwartbare Effektivität evaluiert wird. Das Präventionskonzept soll an existierende Modelle der Skillförderung und Elternbildung anschließen und dabei innovative Zweige der zielgruppenspezifischen und zugehenden Primärprävention entwickeln. Das Vorhaben wird im Rahmen des Präventionsprogramms des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell gefördert.

### **Methodisches Vorgehen**

Das Gesamtvorhaben umfasst zwei Projektphasen. In der ersten Phase soll der defizitäre Kenntnisstand zur Belastungs- und Bewältigungssituation von betroffenen Kindern und Eltern behoben und die Lebenssituation genauer exploriert werden. Die hiermit gewonnenen empirischen Befunde sollen in der zweiten Projektphase (ab Januar 2010) als Grundlage für die Konkretisierung des primärpräventiven Angebots genutzt werden.

Methodisch wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews zum Einsatz gebracht und die betroffenen Kinder, deren Eltern sich in Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel befanden, befragt sowie die Eltern selbst. Da bislang lediglich Studien existieren, die erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern retrospektiv befragt haben [10,12], war es erstmalig möglich, Kinder schizophrener und affektiv erkrankter Eltern (nach ICD-10 bzw. DSM IV) im Alter von sechs bis zwölf Jahren hinsichtlich ihres Belastungs- und Bewältigungserlebens zu interviewen. Zudem wurden sowohl der Unter-

stützungsbedarf von Familien als auch Schutzfaktoren und Ressourcen erhoben.

Bislang konnten insgesamt 13 depressiv und 6 schizophran erkrankte Eltern sowie 17 Kinder depressiv erkrankter und 2 Kinder schizophran erkrankter Eltern über die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel rekrutiert und befragt werden. Die Auswertung der Interviews sowie die Entwicklung von Konzepten und Hypothesen erfolgt nach der Methode der Grounded Theory [13].

### **Vorläufige Ergebnisse**

Da die Interviewanalyse zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Beitrages noch nicht abgeschlossen war, kann an dieser Stelle lediglich ein empirisch gehaltvolles Konzept aus dem vorliegenden Interviewmaterial aufgegriffen und beispielhaft deskriptiv illustriert werden. Im Vortag werden dann weitere Ergebnisse der Befragung von Kindern und Eltern vorgestellt und damit fundierte Erkenntnisse zu Belastungssituation der Kinder sowie zum familiären Unterstützungsbedarf referiert.

Der derzeitige Analysestand verweist darauf, dass ein zentraler Bereich familiärer Belastungen und entsprechender Bewältigungsbemühungen die Kommunikation der elterlichen psychischen Erkrankung darstellt. Besonders in der Phase der Krankheitsanbahnung und initialen Behandlung wird die psychische Störung des betroffenen Elternteils oftmals gegenüber den Kindern - aber nicht selten auch mit Blick auf den ggf. vorhandenen Partner sowie das familiäre und soziale Umfeld - nicht kommuniziert. Dieses in der Literatur auch als „Tabuisierung“ [14] bezeichnete Phänomen weist vielfältige Facetten auf und variiert in hohem Maße im Krankheitsverlauf. Betroffene Eltern verschweigen die Krankheit beispielsweise, um die Kinder damit nicht belasten zu wollen, zumal Kinder nicht selten durch weitere familiäre Probleme, bspw. Partnerschaftskonflikte bereits belastet sind. Hier zeigen sich elterliche Sorgen über die psychische Entwicklung ihrer Kinder, die sie aufgrund der eigenen Erkrankung gefährdet sehen.

Eltern jüngerer Kinder verweisen mitunter darauf, dass ihre Kinder die Krankheit nicht verstehen könnten und begründen hiermit die mangelnde innerfa-

miliäre Krankheitskommunikation. Dies deutet auf die Schwierigkeiten der Eltern hin, die eigene psychische Störung kindgerecht zu vermitteln.

Selbst wenn Eltern ihren Kindern die Krankheit bereits kommuniziert haben, bedeutet dies nicht, dass eine Enttabuisierung bereits vollzogen wurde. Kinder sprechen die Eltern in krankheitsfreien Intervallen oftmals nicht erneut auf deren psychische Störung an, aus Angst, die Krankheit könne dadurch erneut auftreten bzw. sich verschlechtern.

Solange Eltern ihre Krankheit nicht gegenüber den Kindern problematisieren, nehmen viele Kinder die psychische Störung auch nicht als subjektiv relevantes Problem wahr. Kinder sprechen dann häufig nicht mehr eigeninitiativ über die elterliche Erkrankung. Dies deutet darauf hin, dass Kinder bemüht sind, eine familiäre Normalisierung aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen.

### **Ausblick**

Im zu erprobenden Präventionskonzept wird das Thema „Krankheitskommunikation“ durch ein Angebot, das sich mit kindgerechter Krankheitsinformation beschäftigt, aufgegriffen und weiter bearbeitet. Dieser, aus der Literatur als Psychoedukation [14, 15] bekannte Interventionsbaustein wird neben anderen primärpräventiven Elementen im klinischen Kontext erprobt und mit Blick auf seine Wirksamkeit evaluiert. Die professionelle psychiatrische Pflege könnte, mit Blick auf diesen Baustein, eine wichtige Funktion beim Zugang der Kinder zu dem Angebot aber auch bei der Durchführung des Angebots selbst übernehmen. Der psychiatrischen Pflege bietet sich hiermit die Chance ihr Tätigkeitsfeld um Prävention im Rahmen der Angehörigenarbeit zu erweitern.

## Literatur

1. Downey, G., Coyne, J.C. (1990) Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 108,1: 50-76.
2. Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M.H., Blanz, B. (2002) Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung* 11, 4: 201-211.
3. Rutter M, Quinton D (1984) Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine* 14, 853-880.
4. Cummings, E.M., Davies, P.T. (1994) Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35, 1: 73-112.
5. Robins, L.N., Regier, D.A. (1991) *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.
6. Mattejat, F., Wüthrich, C., Renschmidt, H. (2000) Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Der Nervenarzt* 71, 3: 164-172.
7. Canino, G.J., Bird, H.R., Rubio Stipek, M., Bravo, M., Alegria, M. (1990) Children of parents with psychiatric disorder in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 3: 398-406.
8. Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 3: 316-331.
9. Werner, E.E., Smith, R.S. (1982) *Vulnerable but not invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, St. Louis, San Francisco: McGraw-Hill Book Company.
10. Schone, R., Wagenblass, S. (2002) *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungs-muster*. Münster: Votum Verlag.
11. Werner, E. (1999) Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp G, Fingerle M, Freytag A (Hg.) *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 25-36.
12. Lenz, A. (2005) *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen, Bern: Hogrefe
13. Glaser, B.G., Strauss, A.L. (2005) *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. 2., korr. Aufl. Bern: Huber.
14. Lenz (2008) *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen, Bern: Hogrefe
15. Petermann, F., Bahmer, J. (2009) Psychoedukation. In: Schneider S, Margraf J (Hg.) *Lehrbuch Verhaltenstherapie. Bd 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 194-208.

## Elternschaft und psychische Erkrankung

*Katrin Herder*

Sowohl die Anzahl der Eltern, die an einer psychischen Erkrankung leiden wie auch die Anzahl von minderjährigen Kindern, welche mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil oder Erwachsenen in einem gemeinsamen Haushalt leben, kann bis heute nur annähernd angegeben werden. Elternschaft ist eine normale und erfüllende Rolle für viele Individuen und eine bedeutsame Erfahrung des Erwachsenenlebens. Menschen mit psychischen Erkrankungen unterscheiden sich in diesem Punkt nicht von anderen Personen [1, 2, 3].

US-amerikanische Studien gehen von einer vergleichbaren Rate in der Mutterschaft von Frauen ohne und mit einer ernsthaften psychischen Erkrankung aus [4, 2].

- 45% der weiblichen Klienten des Mental Health Intensive Case Management Program des Staates New York sorgen für Kinder unter 18 Jahren [5].
- In einer anderen Studie geben 80 % der psychisch erkrankten Mütter an, zumindest eines ihrer Kinder aufzuziehen [6].
- Eine britische Studie gibt den Anteil von Müttern mit psychischen Erkrankungen mit 63 % an [7], vergleichbar zu australischen Ergebnissen mit 59 % [8].
- Aussagen über Väter mit psychischen Erkrankungen sind kaum zu finden.
- Bei einer weiteren Unterteilung in einzelne Störungsbilder wird der Anteil von Müttern mit affektiven Störungen<sup>3</sup> mit zwei Dritteln und der Anteil der Väter in dieser Personengruppe mit knapp über 50% angegeben und die Inzidenz einer affektiven Störung wird für Mütter auf 25,7 % und für Väter auf 14,7 % geschätzt [9].

---

<sup>3</sup> Zu den affektiven Störungen werden hier Major Depression, bipolare Störungen, Dysthymie und Zykllothymie gezählt (U.S. Department of Health and Human Services 1999)

- Zwei deutsche Studien gehen von einem Anteil von 25 -27 % stationär aufgenommenen Patienten aus, die mit minderjährigen Kindern in einem Haushalt leben [10, 11].

Die Bedeutung von Elternschaft und psychische Erkrankung ist ein Thema, welches professionelle Helfer im Gesundheitswesen wie in der Jugendhilfe bislang noch nicht in ausreichender Weise zur Kenntnis genommen haben. Elternschaft und psychische Erkrankung ist ein „modernes Thema“. Vor Beginn der ersten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten und der damit verbundenen Erfolge in den 60er Jahren, war die überwiegende Anzahl der psychisch erkrankten Menschen in psychiatrischen Institutionen untergebracht. [12, 4] In Deutschland (wie in Europa) öffneten sich die Anstaltstüren erst in den 70er Jahren nach der Psychiatrie-Enquête. [13] Tagesstrukturierende Einrichtungen, Beschäftigungsmöglichkeiten und auch die positive Bewertung von Arbeit gehören inzwischen zur Normalität gemeindepsychiatrischer Landschaften. Mit der Rückkehr psychisch Erkrankter in die Gemeinde als Lebensraum gerieten auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen alltägliche Themen wie Berufstätigkeit, Beziehung und Elternschaft resp. Kinderwunsch in den Fokus. [1, 14] Die teilweise Normalisierung der Lebenswelt der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen findet ihre Grenzen jedoch bis heute sowohl in der Akzeptanz eines befriedigenden Sexuallebens wie im Bereich der erfolgreichen Elternschaft.

In medizinisch-psychiatrischen wie pflegewissenschaftlichen Untersuchungen finden einerseits Frauen Beachtung, die sehr jung Mutter werden und mit dieser Belastung möglicherweise eine psychische Störung oder Erkrankung entwickeln oder Mütter im Postpartum. Fundierte Aussagen zum Erleben psychisch erkrankter Eltern in der Bewältigung der Elternrolle sind kaum zu finden.

### **Die Belastungen psychisch erkrankter Mütter in der Kindererziehung**

[2, 15] Psychisch kranke Mütter beschäftigen die gleichen Themen wie gesunde Mütter. Sie sorgen für die Ernährung und Erziehung der Kinder, kümmern sich um den Haushalt, leisten Fahrdienste oder organisieren die Wege. Sie kümmern sich um die liebevolle Beziehung zu den Kindern und zum Partner und um ihre eigenen Belange. Möglicherweise sind sie berufstätig. Die Erzie-

hungsziele wie Disziplin der Kinder, Regeln aufstellen und einhalten, für eine sichere Umwelt sorgen teilen sie ebenfalls mit anderen Müttern.

Sie sind jedoch schon von Beginn der Schwangerschaft an mit dem „Stigma der psychischen Erkrankung“ behaftet. Ihnen wird unterstellt, Kinder nicht angemessen versorgen zu können, sie möglicherweise abzulehnen oder sie zu verletzen. Die negativen Vorbehalte der eigenen Familie wie der professionellen Helfer führen bei den Müttern zu der Furcht, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden könnten. Sie werden stärker als andere Mütter überwacht und sind gehalten, ihre elterlich-sorgenden Fähigkeiten ständig unter Beweis zu stellen. Diese Kontrolle kann im Einzelfall sowohl motivierend wie demotivierend auf die Mütter wirken.

Unter dem Stigma der psychischen Erkrankung neigen psychisch erkrankte Mütter dazu, alltägliche Verhaltensweisen der Kinder wie Probleme und Auseinandersetzungen in der Schule oder pubertäres Verhalten in ihrer Erkrankung begründet zu sehen. Ihnen fehlt ein Korrelativ im Vergleich zu den Problemen anderer Kinder wie der Erklärungen derer Eltern. Psychisch erkrankte Mütter verheimlichen der Umwelt ihre Erkrankung, um ihre Kinder vor dem sekundären Stigma der Erkrankung zu bewahren. Die Vorurteile der sozialen Umwelt werden hier vorweggenommen.

Im ihrem alltäglichen Management, dem Stress, den die Kindererziehung bedeutet, äußern psychisch erkrankte Mütter Schuldgefühle, weil oder wenn sie sich überfordert fühlen. Zudem fällt es ihnen schwer, die Belastungen der Kindererziehung von den eigenen und individuellen Belastungen zu trennen. Die Einschätzung der Belastung zwischen „normalem“ Stress und zusätzlichen erkrankungsbedingten Faktoren ist für sie kaum zu treffen. Stimmenhörerinnen geraten hier in besonderer Weise an ihre Grenzen. In dieser Unsicherheit messen sich psychisch erkrankte Mütter in vielen Fällen an unrealistischen „Standards“ und erleben sich in der Folge als inkompetent. Sie schämen sich für Probleme ihrer Kinder oder fehlinterpretieren sie als Folge ihrer Erkrankung. Es fällt ihnen schwer, Frustrationen in der Kindererziehung auszuhalten.

Im Umgang mit der Erkrankung müssen psychisch erkrankte Mütter zusätzlich zu den alltäglichen Belastungen Termine mit ihren Behandlern oder möglichen Unterstützungssystemen in den Alltag einplanen. Oftmals setzen sie im Kon-

flikt der Bedürfnisse das Wohl der Kinder an erste Stelle und vernachlässigen ihre eigenen Belange. Auf die Aufrechterhaltung beispielsweise von Regeln konsequent zu achten, wenn die Konzentrationsfähigkeit durch eigene Befindlichkeit oder die Medikation eingeschränkt ist, benennen Mütter als ein spezielles Problem. Die notwendige Auseinandersetzung zwischen Müttern und Kindern ist erschwert, wenn Mütter beispielsweise in Phasen ihres Lebens antriebsgemindert sind. Sie setzen ihre Medikamente ab, weil deren Nebenwirkungen sie träge machen und ihnen den Umgang mit und die Aufsicht über die Kinder erschweren. Sie halten Arzttermine nicht ein oder verzögern eine notwendige stationäre Behandlung, um den häuslichen Alltag für die Kinder zu gewährleisten. Insbesondere Mütter, die keine sichere Unterbringung der Kinder während eines Klinikaufenthaltes organisieren können, schieben die Behandlung hinaus, bis es nicht mehr anders geht. Sie entscheiden sich dann für Hilfe und Unterstützung, wenn sie das Gefühl haben, dass eine Maßnahme auch dem Kind nützen wird.

Das Sorgerecht und der Kontakt mit den Kindern sind für psychisch erkrankte Mütter in ihrer Wahrnehmung ständig bedroht. Sie fürchten, das Sorgerecht zu verlieren sobald sie sich in psychiatrische/stationäre Behandlung begeben oder Hilfen für sich und/oder ihre Kinder in Anspruch nehmen. Sie befürchten ebenfalls bei Scheidungen das Sorgerecht für die Kinder wegen ihrer Erkrankung zu verlieren. Während stationärer Behandlungen benötigen sie Informationen über den Verbleib und das Wohlergehen der Kinder und möglichst Kontakte zu ihnen. Die Sorge um eine mögliche Trennung kann zur weiteren Dekompensation oder einer prolongierten Genesung führen. Müttern mit einer psychischen Erkrankung ist die Dualität des Erlebens, der alltägliche Stress der Kinderbetreuung ebenso wie die starke Motivation, die der Aufzucht von Kindern innewohnt, deutlich.

- Psychisch erkrankte Mütter benötigen eine wertschätzende Haltung der Gesundheits- wie Jugendhilfesysteme bezüglich ihrer Elternschaft und eine entsprechende medizinische Behandlung.
- Sie brauchen Informationen, wie sie mit ihren Kinder über ihre Erkrankung und die Medikation sprechen können.

- Sie benötigen individuelle Unterstützungen der sozialen Dienste (wie Erziehungsbeistandschaft, Beratung zu Erziehungsfragen, „Elternschulen“) in der Erfüllung ihrer Elternaufgaben, ohne einen Sorgerechtsentzug unmittelbar befürchten zu müssen.

Den protektiven Wert der altersentsprechenden Aufklärung der Kinder über die Erkrankung der Eltern im stationären Behandlungssetting betont Bohus ebenfalls [16] und betrachtet dies als ärztlich-medizinische Leistung.

## Literatur

1. Nicholson, J, Blanch, A. (1994) Rehabilitation for parenting roles for people with serious mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18 (1) 109- 119.
2. Nicholson, J., Sweeney, E.M., Geller, J.L. (1998) Focus on Woman: Mothers With Mental Illness: I. The Competing Demands of Parenting and Living With Mental Illness. *Psychiatric Services* 49: 635-642.
3. Mowbray, C.T., Schwartz, S., Bybee, D., Spang, J., Rueda-Riedle, A., Oyserman, D. (2000) Mothers with a mental illness: Stressors and resources for parenting and living Families in Society 81 (2)118-129.
4. Ackerson, H.J. (2003) Parents with serious and Persistent Mental Illness: issues in Assessment and Services. *Social Work* 48 (2) 187-194.
5. Blanch, A., Surlis, R. (1993) Case management interventions in rehabilitation. In: Bedell, E. (1994) *Psychosocial Assessment and Treatment of Patients with Severe Mental Disorders*. Washington D.C., Taylor and Francis.
6. Ritscher, J., Coursey, R., Farrell, E. (1997) A survey on issues in the lives of woman with severe mental illness. *Psychiatric Services* 48:1273-1282
7. Howard L, Kumar R, Thornicroft G (2001) Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry* 178: 427-432.
8. McGrath, J., Hearle, J., Jenner, L., et al. (1999) The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99:441-446.
9. Nicholson, J., Biebel, K., Williams, V.F., Katz-Leavy, J. (2003) Prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policy, programs, and providers. *Mental Health U.S. 2002*. Rockville, MD: substance Abuse and Mental Health Services Administration.
10. Lenz, A. (2008) Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen, Hofgrefe
11. Grube, M., Dorn, A. (2007) Elternschaft bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 2: 66-71.
12. Ramsay, R., Howard, L., Kumar, C. (1998) Schizophrenia and Safety of Parenting of Infants: A Report from a U.K. Mother and Baby Service. *International Journal of Social Psychiatry* 44(2)127-134.

13. Finzen, A., Schädle-Deiningner, H. (1976) Die Psychiatrie-Enquete – kurz gefasst. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Heft 15, Wunsdorf
14. Zemencuk, J., Rogosch, F.A., Mowbray, C.T. (1994): The serious mentally ill woman in the role of parent: characteristics, parenting sensitivity, and needs. Psychosocial Rehabilitation Journal 18:77-92.
15. Nicholson, J., Henry, A.D. (2003) Achieving The Goal Of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation. Practices For Mothers With Mental Illness. Psychiatric Rehabilitation Journal 27 (2) 122-139.
16. Bohus, M., Schehr, K., Berger-Sallawitz, F., Novelli, U., Stieglitz, R.D., Berger, M. (1998) Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. Psychiatrische Praxis 3: 134-138.

# Suizidalität aus Sicht der Pflegeforschung: Eine systematische Literaturanalyse

*Marion Käfer, Bernd Kozel, Hanna Mayer, Christoph Abderhalden*

## Hintergrund

Suizid ist eines der größten Gesundheitsprobleme weltweit und bei psychischen kranken Menschen eine häufige Todesursache. Die Einschätzung von Suizidrisiken und die Pflege von suizidalen Patienten stellen das Pflegepersonal immer wieder vor neue und auch unvorhersehbare Herausforderungen [1]. Besonders in den hoch industrialisierten Ländern hat sich die Rate an Suizid- und Suizidversuchen, in den letzten Jahrzehnten stetig erhöht. Laut WHO nahmen sich im Jahr 2000 geschätzte eine Millionen Menschen das Leben [2]. Viele Suizide sind mit mentalen Störungen wie beispielsweise Depressivität und Substanzabusus assoziiert [2]. Suizidale PatientInnen in psychiatrischen Einrichtungen konfrontieren Pflegende unter anderem, mit Sinn- und Existenzfragen, Angst und Aussichtslosigkeit. Schädle-Deininger & Villingner sind der Ansicht, dass die wichtigsten Aufgaben des Pflegepersonals die Erkennung von diskreten Hinweisen von vorhandener Suizidalität, die Abschätzung des Suizidrisikos sowie die Planung von pflegerischen Maßnahmen sind [3]. Zur Planung werden allerdings effektive präventive pflegerische Interventionen benötigt, die einerseits theoretisch fundiert sind und andererseits in den Pflegealltag integriert werden können.

Entsprechend ist Suizidalität auch ein Thema der Pflegewissenschaft. Es fehlt bisher eine Übersicht über den Stand und die Perspektiven der pflegewissenschaftlichen Forschung zum Thema.

## Fragestellung

Die vorliegende systematische Literaturanalyse möchte Antworten auf die folgenden Fragen geben:

1. Welcher Beitrag der Pflegewissenschaft zum Thema „Suizid-Suizidalität“ lässt sich in der Literatur finden?

2. Wie viele der pflegewissenschaftlichen Artikel zum Thema „Suizid-Suizidalität“ beschäftigen sich mit pflegerischen Interventionen?
3. Zu welchen suizidalitätsbezogenen pflegerischen Interventionen gibt es empirische Studien?

### **Methode und Material**

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank Medline mit den Suchbegriffen: "Suicide"[Mesh], nurs\* ohne "Suicide, Assisted"[Mesh] durchgeführt. Dabei konnten 581 deutsch- und englischsprachige Artikel ermittelt werden.

Die gefundenen Abstracts wurden anschließend von vier Personen (zwei Forschungspraktikantinnen, ein Mitarbeiter und eine Mitarbeiterin der Abteilung für Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern UPD) nach Publikations- und Studientypen und thematischen Schwerpunkten kategorisiert. In die Literaturübersicht wurden quantitative und qualitative empirische Studien sowie systematische Übersichtsarbeiten aufgenommen. Ausgeschlossen wurden alle Fachartikel, Artikel ohne Pflegebezug und alle Artikel, die nicht dem Thema „Suizidalität-Suizid“ entsprachen.

### **Ergebnisse**

In die Literaturübersicht wurden von 581 gefundenen Artikeln insgesamt 236 Texte aufgenommen, 345 Artikel wurden gemäß der festgelegten Kriterien ausgeschlossen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: In die Literaturanalyse eingeschlossene Artikel

<b>Studientyp</b>	<b>Gefundene Artikel (n=581)</b>	<b>Eingeschlossene Artikel (n=236)</b>
Quantitative Studien	200	157
Qualitative Studien	88	67
Studien mit Mixed Methods Design	2	2
Systematische Übersichten	14	10
Fachartikel	277	keine

Thematisch bezieht sich etwas mehr als ein Drittel der Artikel auf pflegerische Interventionen (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) (siehe Tabelle 2). Dabei stehen vor allem die Prävention von Suizidhandlungen und die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch im Vordergrund. An zweiter Stelle sind Artikel (n=40) zu finden, die sich mit Risikofaktoren und Risikogruppen für Suizid beschäftigen., das heißt mit evidenzbasierten Risikofaktoren, die in hohem Maß mit Suizidhandlungen assoziiert sind, und mit Personengruppen, die besonders häufig Suizide und Suizidversuche unternehmen. Die Beurteilung der Suizidgefährdung (Risikoassessment) wird in 29 Artikeln thematisiert. Der Umgang mit suizidalen Patienten sowie die persönlichen Einstellungen der Pflegenden zu den Themen „Suizidalität-Suizid“ werden in 27 Artikeln aufgegriffen. Das Erleben der Patienten (n=25) und der Angehörigen (n=21) sind weitere Themen, die in den eingeschlossenen Artikeln vor kommen. Die wenigsten Untersuchungen gibt es in den Bereichen Wissen / Bildung (n=17) und Suizidmethoden (n=5).

Tabelle 2: Themenschwerpunkte

<b>Themenschwerpunkte</b>	<b>Artikel (n=236)</b>
Interventionen	66
Risikofaktoren und Risikogruppen	40
Risikoassessment	29
Einstellungen und Erleben der Pflegenden	27
Erleben der Patienten	25
Erleben der Angehörigen	21
Wissen und Bildung	17
Suizidmethoden	5
sonstiges	6

Die Artikel zu pflegerischen Interventionen bei „Suizidalität-Suizid“ wurden zur besseren Differenzierung der Ergebnisse in Interventionen zur primären, sekundären und tertiären Suizidprävention unterteilt (sieheTabelle 3).

Pflegerische Interventionen zur *primären Suizidprävention* werden in 28 Artikeln beschrieben. Dabei handelt es sich um 23 quantitative, 2 qualitative und 3 systematische Übersichten. Die in den 28 Artikeln genannten Interventionen

setzen sich aus Schulungs- und Präventionsprogramme für Jugendliche, betagte Personen und potentiellen Risikogruppen zusammen.

Zur *sekundären Suizidprävention* wurden 23 Artikel gefunden (11 quantitative und 10 qualitative Studien, eine Studie mit einem Mixed Methods Ansatz und eine systematische Übersicht). Als pflegerische Interventionen zur Sekundärprävention kommen der Non-Suizid-Vertrag, die engmaschige Überwachung, psychotherapeutische Verfahren (beispielsweise kognitive Ansätze), Training und Präventionsprogramme für den Umgang mit suizidalen Patienten und die Anwendung spezifischer Theorien (Konzepte, Modelle) vor.

Die 15 Artikel zur *tertiären Suizidprävention* (10 quantitative und 4 qualitative Studien, eine systematische Übersichten) beschreiben folgende pflegerische Interventionen: Schulungsprogramme für Angehörige/Hinterbliebene, Konzepte zur Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch und Psychoedukation.

Tabelle 3: Studientypen beim Themenschwerpunkt Intervention

Studientypen	alle	quantitativ	qualitativ	mixed methods	Syst. Review
Intervention	66	44	16	1	5
Primäre Prävention	28	23	2	-	3
Sekundäre Prävention	23	11	10	1	1
Tertiäre Prävention	15	10	4	-	1

## Diskussion und Schlussfolgerung

Der pflegewissenschaftliche Beitrag zum Thema „Suizidalität-Suizid“ ist gemessen an der Anzahl von 236 ausgewählten Artikeln zwar beträchtlich, im Vergleich zur Menge empirischer Pflegestudien zu Themen wie Dekubitusprävention aber eher gering. Neben 10 systematischen Übersichten wurden 67 qualitative Studien gefunden, mehr als doppelt so viele Artikel waren quantitative Studien (n=157). 66 (28%) der Studien beschäftigen sich mit einer pflegerischen Intervention zur Suizidprävention. Daneben gibt es 40 Artikel (17%) zu Risikofaktoren und Risikogruppen. 12% der Artikel beschäftigt sich mit dem Assessment des Suizidrisikos (n=29), mit dem Erleben der Pfl-

genden (n=27, 11%), mit dem Erleben der Patienten (n=25 (11%), mit dem Erleben der Angehörigen (n=21, 9%), sowie mit Wissen und Bildung (n=17, 7%).

Bei zwei Drittel der Studien zu Pflegeinterventionen zur Suizidprävention handelt es sich um Untersuchungen mit quantitativen Studiendesigns (n=44), bei einem Viertel um qualitative Studien (n=16). Am häufigsten werden Pflegeinterventionen zur primären Prävention thematisiert (n=28, 42% der Studien zu Interventionen).

Die Analyse der 66 Artikel über Pflegeinterventionen zeigt, dass sich die Studien auf eine relativ kleine Zahl von Interventionen beziehen. Im Wesentlichen sind dies folgende:

- Schulungs- und Präventionsprogramme für verschiedene Personengruppen (z.B. für Jugendliche).
- Non-Suizid-Verträge.
- Überwachung.
- psychotherapeutische Verfahren.
- Psychoedukatio.
- Konzepte/Modelle/Theorien für den Umgang mit suizidalen Menschen oder für die Betreuung nach einem Suizidversuch.

Diese Literaturanalyse macht deutlich, dass zum Thema „Suizidalität-Suizid“ einiges an empirischen Befunden vorliegt, wobei es einen Bedarf nach mehr qualitativen Studien zu geben scheint. Es sind eher wenige konkrete Pflegeinterventionen, die systematisch untersucht sind. Viele der „activities“ aus der Nursing Interventions Classification NIC [4] oder in Lehrbüchern empfohlene Maßnahmen [1, 3] wurden bisher nicht systematisch untersucht. Beunruhigend ist die schwache wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit derjenigen pflegerischen Interventionen, die in der Praxis sehr verbreitet sind, zum Beispiel Non-Suizid-Vereinbarungen oder engmaschige Überwachung.

## Literatur

1. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern:Huber.
2. WHO (2009) Suicide prevention (SUPRE).  
[www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en).
3. Schädle-Deininger, H., Villinger, U. (1996) Praktische Psychiatrische Pflege: Arbeitshilfen für den Alltag. Bonn:Psychiatrie-Verlag
4. McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (2000) Nursing Interventions Classification. St. Louis: Mosby.

## **KIPS - ein erfolgreiches Präventionsprojekt von Jugendhilfe und Psychiatrie**

*Katrin Herder*

Das Kinder- und Familienprojekt KIPS ist das Gemeinschaftsprojekt eines gemeindenahen psychiatrischen und eines Jugendhilfeträgers in Solingen. Der Psychosoziale Trägerverein e.V. Solingen (PTV) und die Arbeiterwohlfahrt Solingen (AWO) delegieren drei Fachberater und Fachberaterinnen im Umfang etwa einer 100%- Stelle in das Präventionsprojekt: einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, eine Sozialpädagogin und eine Pflegewissenschaftlerin mit Psychiatrieerfahrung. Zwei FachberaterInnen sind Familientherapeuten.

Die Finanzierung des Projektes wurde von September 2005 bis August 2008 durch die Aktion Mensch unterstützt. Seit Januar 2009 ist das Projekt KIPS im Rahmen der kommunalen Präventionsmaßnahmen regelfinanziert. Das Jahresbudget beträgt ca. 80.000 Euro.

Das Präventionsprojekt KIPS arbeitet mit den lokalen Jugendhilfeeinrichtungen (wie Erziehungsberatung, Jugendamt, Verbänden in der Jugendhilfe), niedergelassenen Kinderärzten und ambulanten wie stationären psychiatrischen Einrichtungen und Diensten in Solingen sowie der zuständigen Landesklinik zusammen. Die Kontaktaufnahme zum Projekt kann telefonisch oder persönlich erfolgen sowie mit Unterstützung eines professionellen Helfers aus einem der Bereiche. Die Kontaktaufnahme kann in den Räumen von KIPS, einer anderen Fachberatung oder in der privaten Wohnung der Eltern stattfinden. Bei Besuchen auf den Stationen der zuständigen Landesklinik und in der Tagesklinik des PTV werden Eltern über die Arbeit des Projektes informiert und gegebenenfalls beraten.

KIPS bietet für Kinder, Eltern und Familien ein möglichst individuell zusammengestellte Beratungs- und Unterstützungsangebot aus

- Gesprächen mit Eltern, Elternpaaren und Familienangehörigen,
- Einzelkontakten für Kinder und gegebenenfalls Geschwisterkinder,
- Gruppenangebote für Kinder nach Alter,

- Familiengesprächen,
- Freizeitaktivitäten für die Familien.

Die Arbeit mit den Kindern, Eltern und Familien findet in vorzugeweise in den eigenen, speziell ausgestatteten Räumen statt.

### **Gespräche mit Eltern und Kindern**

In gemeinsamen Gesprächen ermöglichen es die Eltern ihren Kindern, über eventuelle Belastungen oder die Auswirkungen der Erkrankung mit Dritten zu sprechen. Eine Arbeit mit den Kindern, eine unter Umständen kritische Reflexion der häuslichen Situation ist für die Kinder nur mit der Erlaubnis ihrer Eltern gestattet. Die Kinder räumen dem Zusammenhalt der Familie oberste Priorität ein - „weil es Familie ist“. [1] Sie sind und verhalten sich loyal gegenüber den Eltern, mit deren Einschränkungen durch eine psychische Erkrankung sind sie häufig aufgewachsen. Die Eltern wissen häufig nicht, wie sie ihren Kindern die Art und das Wesen ihrer Erkrankung erklären können, ohne beispielsweise eigene belastende Erfahrungen preisgeben zu müssen, sie wollen ihre Kinder schützen. Als Individuen suchen sie ein Verständnis für ihre Erkrankung und deren Auswirkungen auf ihr Leben. Als Eltern fehlen ihnen in dem Prozess unter Umständen die rechten Worte zur gegebenen Zeit. Im gemeinsamen Gespräch tauschen sich Eltern und Kinder häufig zum ersten Mal über die Befindlichkeit der Eltern und deren Wahrnehmung durch die Kinder aus.

Im Verlauf der Arbeit erklären Eltern ihren Kindern die Art ihrer Erkrankung. Die Kinder erhalten die Gelegenheit, ihre Fragen zu formulieren und die Antworten zu hören. Die Eltern erfahren, welche Fragen ihre Kinder beschäftigen und können darauf reagieren. Kinder und Eltern überlegen, wie sie ihr Zusammenleben künftig gestalten wollen. Zu den Gesprächen können sowohl alle für die Familie wichtigen Personen als auch ein Psychiater eingeladen werden. Die Einbeziehung von getrennt lebenden Elternteilen oder Pflegemüttern ist selbstverständlicher Teil der Arbeit mit den Familien.

### **Die Bedingungen der Familien und die Einbeziehung in das Projekt**

Im Projektverlauf hat sich ergeben, dass diese Voraussetzungen für einen Kontakt den Lebensbedingungen der Familien nicht immer gerecht werden.

- Viele Eltern mit psychischen Erkrankungen leben unter prekären finanziellen Bedingungen und können die Kosten zusätzlicher Fahrten zu den Räumlichkeiten des Projekts KIPS schlecht aufbringen.
- Der Zeitrahmen der familiären Aufgaben ist so eng gestaltet, dass der Umfang einer kontinuierlichen Beratung diese zu einer zusätzlichen Belastung werden lässt.
- Aktuelle Befindlichkeitseinschränkungen der Eltern erschweren die Kontinuität der Kontakte.
- Die Stundenpläne der Kinder (Schule, Freizeitaktivitäten) erlauben Termine erst am späten Nachmittag.

Als aktives Coping mit den individuellen Gegebenheiten nutzt das Kinder- und Familienprojekt KIPS die Infrastrukturen beider Träger, um in den Familien die notwendigen Unterstützungen zu ermöglichen. Die AWO betreibt (unter anderem) in Solingen in verschiedenen Stadtteilen Einrichtungen der Jugendhilfe wie Kindergärten, Hausaufgabenbetreuung oder eine Beratungsstelle für Erziehungsfragen. Das Projekt KIPS nutzt diese Räumlichkeiten in einzelnen Fällen für die Kontakte mit Eltern und Kindern oder Familien, wenn die individuellen Bedingungen der Familie das erfordern. Teilweise finden auch Kindergruppen in der Stadtmitte unmittelbar an einem öffentlichen Verkehrsknotenpunkt in einer Einrichtung der Arbeiterwohlfahrt statt. Beispielsweise wurde eine der Gruppen für etwa siebenjährige Kinder, die zufälligerweise eher im Südwesten der Stadt leben und das „Haus der Begegnung“ erheblich besser erreichen können als die Räume des Projektes, in der Stadtmitte durchgeführt.

Der PTV betreibt (neben anderen Aufgaben) in Solingen eine Tagesklinik sowie eine Tages- und Begegnungsstätte. Für die Kontakte auf der Elternebene werden, neben Gesprächen in den Wohnungen der Familien, diese Räumlichkeiten ebenfalls einbezogen. Gespräche unter Eibeziehung der Kinder finden hier nicht statt.

Als weitere Maßnahme bietet das Projekt KIPS den Familien unbürokratisch eine Fahrtkostenerstattung an, die diese aus eigenen Mittel kaum bestreiten können. Regelmäßige und fortlaufende Einzelgespräche mit den Eltern, die Einzel- oder Gruppentermine der Kinder, unter Umständen mit Begleitung eines Elternteils, können das Budget einer Familie in prekären finanziellen

Verhältnissen so belasten, dass erhebliche Einsparungen an anderen wesentlichen Stellen erfolgen müssten. Ausgehend von der Überzeugung, dass eine Unterstützung der Kinder und Familien nicht am Fahrgeld scheitern soll, wurde bei der lokalen Stiftung „Lichtblicke“ eine finanzielle Unterstützung der Fahrtkosten beantragt und gewährt. Für einige Eltern bedeutet die Erstattung eine erhebliche Entlastung und einige Kinder konnten mit dieser Hilfe an wöchentlichen Gruppensitzungen über die Dauer von mehreren Monaten teilnehmen.

### **Zugehende Information, Motivation, Beratung**

Die MitarbeiterInnen von KIPS besuchen zu verabredeten Zeiten die für Solingen zuständigen Sektorstationen in den Rheinischen Kliniken Langenfeld und die psychiatrische Tagesklinik des Psychosozialen Trägervereins in Solingen. Die Stationen erhalten Informationsmaterialien zum Thema (Broschürensatz des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Flyer von KIPS, Sachartikel und fachliche Informationen).

Die jeweiligen Professionellen (Pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter) informieren die Patienten über den Besuch. Die Eltern erhalten allgemeine Informationen zu möglichen Belastungen der Kinder oder eine Sicht auf einzelne Störungsbilder aus Kindersicht sowie Entlastungsangebote für Kinder, Eltern und Familien. Die Information kann einzeln oder in Gruppen geschehen, im günstigen Fall entwickeln sich gemeinsame Gespräche zwischen den Eltern und den KIPS-MitarbeiterInnen. Das ist abhängig von den Strukturen (separater Raum, festgelegte Zeit) und den individuellen Befindlichkeiten der Eltern in einer aktuellen Krise. Im Anschluss besteht für die Eltern die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch über ihre speziellen Fragen.

Für einige Eltern beginnt an dieser Stelle die Zusammenarbeit mit dem Projekt KIPS, welche niederschwellig und bedarfsorientiert gestaltet wird. Andere Eltern befinden sich in einer Situation, in der sie einerseits einen Bedarf für sich und ihre Kinder formulieren, auf der anderen Seite sich für eine konkrete Arbeit gesundheitlich noch nicht in der Lage sehen. Mit diesen Eltern hält KIPS einen losen Kontakt über Telefonate und Klinikbesuche. Alle Eltern erhalten das Angebot, sie zu einem gemeinsam verabredeten Termin anzurufen und den Kontakt zu aktivieren, falls sie wegen ihrer häuslichen Belastungen die besondere Unterstützung der Kinder aus den Augen verloren haben. Zu eini-

gen Eltern kann kein Kontakt aufgenommen werden, sie beurteilen die Situation ihrer Kinder als zufriedenstellend oder lehnen die Hilfen für sich ab.

Der Tenor der Gespräche und Telefonate ist wertschätzend und respektvoll gegenüber die besonderen Belastungen, unter denen Eltern mit einer psychischen Erkrankung ihre Kinder erziehen (müssen). Die Eltern unterliegen der Stigmatisierung der sozialen Umwelt und der professionellen Helfer in psychiatrischen wie im Jugendhilfebereich. Sie befürchten, dass ihnen eine Unterstützung als Eingeständnis ihres elterlichen Scheiterns zugerechnet wird, dass das Jugendamt eingeschaltet und die Kinder aus der Familie genommen werden. Es bedarf möglicherweise mehrerer Kontakte, um den Eltern diese Ängste zu nehmen.

Die zugehenden Hilfen im Projekt KIPS beschränken sich nicht auf die Klinikaufenthalte der Eltern. Bei Besuchen in der Begegnungsstätte des PTVs werden Eltern ebenfalls informiert und zu einer Zusammenarbeit eingeladen. Eltern mit einer psychischen Erkrankung, die im Rahmen des „Betreuten Wohnens“ vom PTV Begleitung erhalten, werden von den professionellen Helfern auf KIPS aufmerksam gemacht. Der Notfallbogen des PTV, welcher bei allen Krisenanlässen ausgefüllt wird, wurde um die Frage „Leben in ihrem Haushalt Kinder unter 18 Jahren?“ ergänzt und weitergehende Informationen werden angeboten.

Eine „niederschwellige“ Kontaktgestaltung mit den Eltern hat sich als nützlich erwiesen. Nach den Anforderungen der Kindererziehung und der Gestaltung des häuslichen Alltags können eine Antriebsminderung, Konzentrationsstörungen oder Stimmen- hören vorübergehend viele Energien der Eltern binden. Die Eltern bewerten es als positiv, dass das Projekt KIPS sich in der Art der Kontaktgestaltung darauf einstellt. Die Eltern erhalten einen Rückruf, wenn sie einen Termin nicht eingehalten haben und in der Regel stellt sich heraus, dass sie den Termin schlicht vergessen haben oder wegen anderer wichtiger Dinge nicht wahrnehmen konnten. Die meisten Eltern empfinden die Rückfrage als hilfreich und verstehen sie als Interesse. Es besteht die Möglichkeit, Gespräche mit den Eltern in deren privater Wohnung zu führen. Insbesondere für Mütter mit länger andauernder depressiver Stimmung bedeutet ein Hausbesuch eine Entlastung in dem Spannungsfeld zwischen der Verantwortung als Mutter und der gestörten Befindlichkeit als Person.

Der Aufwand für die zugehende Beratung und Motivation sowie die anneh-  
mende Art der Kontaktgestaltung wird im Projekt KIPS auf einen Anteil an der  
Arbeit zwischen 20 % bis 30 % geschätzt. Dieser Teil der entstehenden Kosten  
wird über Einzelfallhilfen unzureichend abgedeckt, für die Arbeit jedoch als  
wichtig erachtet und von den Trägern entsprechend unterstützt.

### **Literatur**

1. Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben  
und Gestalten familialer Pflege. Bern, Verlag Hans Huber.

Kinder- und Familienprojekt KIPS;Lennestr. 7, D- 42697 Solingen,  
awo-kips@telebel.de

Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch erkrankter Eltern“  
www.bag-kipe.de, info@bag-kipe.de

# **Handlungssicherheit steigern – kritische Situationen meistern**

*Barbara Kuhlmann, Werner Stuckmann*

## **Einleitung**

Die Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach ist eine Maßregelvollzugseinrichtung des Landes Rheinland-Pfalz. Mit 390 Behandlungsplätzen ist die Klinik zudem eine der größten in Deutschland. Der Träger ist das Landeskrankenhaus (AÖR) als Anstalt des öffentlichen Rechts. Politisch verantwortlich ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.

Die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher nach § 63 StGB und von Abhängigen nach § 64 StGB kann zu besonders kritischen Situationen wie z.B. Ausbruch, Geiselnahme, Suizid, somatischen oder psychiatrischen Notfällen kommen. Diese können eine erhebliche Gefahr für Patienten, Mitarbeiter und/oder die Bevölkerung bergen. Das Haftungsrisiko für die Verantwortlichen ist hoch und Vorfälle wie Ausbruch oder Geiselnahme führen in der Regel zu nachhaltigen Diskussionen in der Bevölkerung.

Da die aufgeführten kritischen Situationen relativ selten sind, bestehen sowohl bei Führungskräften und Mitarbeitern große Handlungsunsicherheiten und Ängste, wie in solchen Situationen zu verfahren ist.

## **Darstellung kritischer Situationen**

Die Klinik Nette-Gut hat sich im Jahr 2004 entschieden Verfahrensanweisungen für diese kritischen Situationen zu entwickeln, um die Handlungssicherheit aller zu steigern und Abläufe und Prozesse festzulegen. Beim Besuch der KTQ-Visitoren im Rahmen der Etablierung des Qualitätsmanagementsystems nach KTQ wurde das Vorhalten dieser Verfahrensanweisungen explizit positiv gewürdigt.

Wir haben Verfahrensanweisungen (VA's) für folgende kritische Situationen entwickelt:

Geiselnahme, somatischer Notfall, psychiatrischer Notfall, Suizid, Evakuierung von Teilbereichen, Revolte, bemerkter und unbemerkter Ausbruch, Lockerungsmissbrauch sowie Regelverstoß.

Sie sollen allen Beteiligten in akuten außergewöhnlichen Situationen Orientierung geben und uneinheitliche Vorgehensweisen, Verzögerungen oder Doppeltätigkeiten vermeiden. Die subjektiv empfundene Handlungssicherheit soll erhöht werden. Die Prozesse sollen im Sinne der Patienten als auch der Mitarbeiter optimiert werden. Außerdem soll sichergestellt werden, dass die verantwortlichen Personen beim Träger, der Aufsichtsbehörde und im Ministerium, sowie die Presse und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rechtzeitig Informationen erhalten. Das beugt nach unserer Einschätzung Fehlinformationen vor.

Eine Verfahrensanweisung beschreibt alle Aufgaben und Tätigkeiten (Prozessbeschreibungen), die erforderlich sind, um die Qualität einer Dienstleistung sicherzustellen und einen gleichbleibenden Qualitätsstandard zu halten. Sie regelt die Zuständigkeiten für die einzelnen Tätigkeiten und zeigt deren Verknüpfung untereinander (Schnittstellenregelung).

Ferner sorgen Verfahrensanweisungen für Transparenz der Abläufe und erleichtern neuen Mitarbeitern die Einarbeitung.

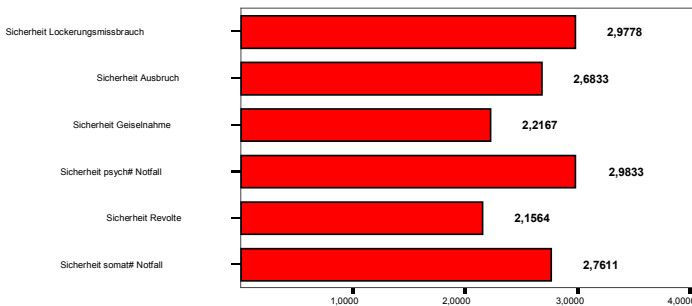
### **Situation der Mitarbeiter vor der Einführung von Verfahrensanweisungen**

Um die Einführung von Verfahrensanweisungen evaluieren zu können, wurden die Mitarbeiter der Klinik Nette-Gut im Vorfeld befragt, wie sicher sie sich bei der Vorstellung fühlen, in bestimmten kritischen Situationen handeln zu müssen. Nach Genehmigung durch Datenschutzbeauftragte, den Personalrat und das Direktorium wurde die Fragebogenaktion durchgeführt. Jeder Mitarbeiter erhielt einen Fragebogen.

Die Rücklaufquote betrug 44,15 %.

Die Mitarbeiter wurden gebeten anzukreuzen, wie sicher sie sich in den bereits oben genannten Situationen fühlen. Es bestand die Möglichkeit zwischen unsicher, eher unsicher, eher sicher und sicher zu wählen. In der Auswertung

wurde unsicher mit 1 Punkt gewertet, eher unsicher mit 2 Punkten, eher sicher mit 3 und sicher mit 4. Das bedeutet: je größer der Mittelwert für eine Situation z.B. somatischer Notfall, desto sicherer fühlen sich die Mitarbeiter in ihren Handlungen (siehe Grafik 1).

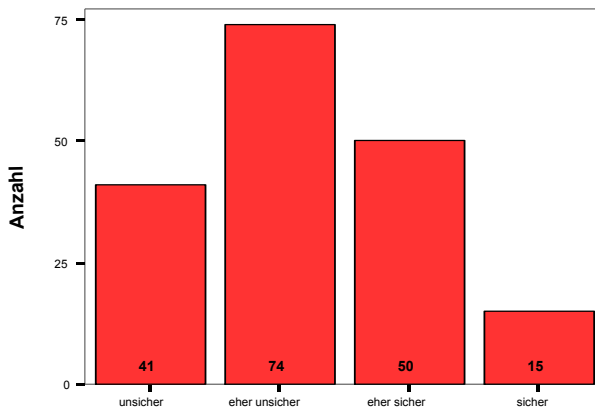


Grafik 1: Mittelwert der Einschätzung pro Situation

Es fiel auf, dass die größte Sicherheit in Bezug auf den psychiatrischen Notfall bestand, was nicht verwundert, da für viele Mitarbeiter der psychiatrische Notfall zum klinischen Alltag gehört und man damit vertraut ist. Hier fühlen sich die Berufsgruppen der Ärzte und Pflegenden verständlicherweise sicherer als nichtmedizinische Berufsgruppen, die oftmals an diesen Situationen auch wenig beteiligt sind.

Die größten Unsicherheiten, wie zu handeln ist, bestand in Situationen, die sehr selten auftreten, aber äußerst brisant sind: Revolte und Geiselnahme.

Dies verdeutlicht auch die nachfolgende Graphik 2, in der die Situation „Geiselnahme“ in die 4 gefühlten Sicherheiten aufgeteilt ist:



Grafik 2: Einschätzung des Gefühls von Sicherheit im Fall einer Geiselnahme

Nur wenige Mitarbeiter, nämlich 15, fühlen sich sicher, während der größte Teil der Mitarbeiter (74) angibt, eher unsicher zu sein.

Von 29 Mitarbeitern mit Führungsverantwortung gaben immerhin 13 an, sich eher unsicher zu fühlen, was ebenfalls den Bedarf an klaren Vorgaben und/oder Übungen deutlich machte.

Insgesamt war festzustellen, dass sich die Mitarbeiter in Bereichen, die sie öfter erleben und ihrem Arbeitsumfeld entsprechen (insbesondere psychiatrischer Notfall) deutlich sicherer fühlen als bei der Vorstellung z.B. im sehr komplexen Fall einer Geiselnahme oder Revolte handeln zu müssen.

### **Vorstellung der Vorgehensweise zur Entwicklung der Verfahrensanweisungen**

Eine Kernprojektgruppe von 3 Personen verfasste alle Verfahrensanweisungen zu den bereits mehrfach erwähnten kritischen Situationen und zog jeweils zusätzliche Experten bei einzelnen Arbeitsschritten bzw. für einzelne Verfahrensanweisungen hinzu. Es war vor allem wichtig zu reflektieren, wo Ab-

lauf-, Verantwortungs- oder Schnittstellenprobleme auftreten und wie berufsübergreifende Abläufe für die Zukunft sinnvoll geplant werden können.

Der zeitliche Aufwand war recht hoch – die Projektgruppe traf sich regelmäßig drei Mal in der Woche für 3 Stunden für 3 Monate.

Zunächst erfolgte eine Recherche in allen gängigen Datenbanken um herauszufinden, ob bereits anerkannte oder evidenzbasierte Vorgehensweisen vorlagen. Dies war – mit Ausnahme der Reanimationsrichtlinien und einer sehr allgemeinen Empfehlung zur Vorgehensweise bei Geiselnahmen – nicht der Fall. So mussten alle VA's neu entwickelt werden.

Hierbei wurden bereits vorhandene Strukturen und schon bestehende Alarmsysteme der Klinik in den Abläufen genutzt und in die Verfahrensanweisungen integriert. Bei der Erstellung der Verfahrensanweisungen gehörte es zu den elementaren Aufgaben der Projektbeteiligten, die geplanten Handlungsschritte auf Effizienz und Effektivität zu hinterfragen, damit nicht lediglich bestehende und möglicherweise insuffiziente Handlungsabläufe fest zementiert wurden. Alle Verfahrensanweisungen wurden einheitlich gestaltet und haben damit einen hohen Wiedererkennungswert.

## **Darstellung**

Jede Verfahrensanweisung beinhaltet folgende Abschnitte:

- Allg. Aufbau u.a. mit Indikationsbereich, beteiligten Personen, Ziel, zu benutzende Dokumentationsmedien.
- Vorgehensweise (Beschreibung der einzelnen Prozessschritte).
- Dokumente, die in diesem Zusammenhang ebenfalls zu beachten sind (z.B. Gesetze, Leitlinien, zu benutzende Dokumentationsmedien).

Exemplarisch werden Ausschnitte aus der VA „unmittelbar bemerkter Ausbruch“ dargestellt:

## a) Aufbau der Verfahrensanweisung „Unmittelbar bemerkter Ausbruch“

Gliederungspunkt (Auszug)	Indikationsbereich (Auszug)
Indikationsbereich	Ausbruch eines Patienten der Klinik . Ein Ausbruch liegt vor, wenn ein Patient die doppelte Umzäunung (Sicherungsanlage) überwindet.
Beteiligte Personen, für die die Verfahrensanweisung verbindlich ist	Alle Mitarbeiter der Klinik
Verfahrensziel	Schnelle und gezielte Fahndung auch im Hinblick auf den Schutz der Bevölkerung Zusätzliche Ausbrüche verhindern auch im Hinblick auf den Schutz der Bevölkerung Schnittstellenoptimierung zu externen Prozessbeteiligten Senkung des Haftungsrisikos der Prozessbeteiligten
Zu Grunde gelegte Leitlinien	§ 21 MVollzG Rheinland-Pfalz Leitlinien des Landeskrankenhauses (AÖR) Sicherheitskonzept der Klinik
Zu benutzende Dokumentationsmedien	Patientendokumentation Formlose chronologische Ablaufprotokolle während des Vorfalls Sonderbericht im Anschluss an den Vorfall

## b) Vorgehensweise

### Maßnahmen bei einem Ausbruch: Patient überwindet die Zaunanlage

Ausbruch wird entweder elektronisch registriert oder auf sonstige Weise festgestellt (Beobachtung) → Meldung an die Polizei

Verantwortliche Personen	Aufgaben (Auszugsweise)
Sicherheitsdienst (Diensthabender in der Zentrale)	- Chronologisches Ablaufprotokoll anlegen - SMS versenden: „Anwendung der Verfahrensanweisung 8“
Sicherheitsdienst (Kordinator für den Außenbereich)	- Vor die Fahrzeugschleuse im Gelände be- geben - Die kontrollierte Verfolgung koordinieren
Zwei Mitarbeiter, die den Aus- bruchsort sichern	- Zusätzliche Ausbrüche von Patienten ver- hindern - Immer Eigensicherung berücksichtigen
Mitarbeiter aller Stationen	- Patienten aus dem Gelände holen - Besuche abrechnen und Besucher zur Pforte bringen - Anwesenheit der Patienten kontrollieren
PDL	- Die Patientenakte und Patientendoku- mentation organisieren, sobald feststeht, welcher Patient vermutlich geflüchtet ist
Ärztlicher Hintergrunddienst	- Direktorium KNG informieren - Zuständige Vollstreckungsbehörde infor- mieren

Jedes Mal, wenn eine Verfahrensanweisung in Kraft tritt, wird im Nachhinein mit den beteiligten Personen der Ablauf reflektiert. Sämtliche Anregungen und Ergänzungen, die sich hieraus ergeben, fließen in die Evaluation der VA's ein. Der QM – Steuerungskreis überarbeitet die VA's alle 2. Jahre und stellt eine neue Version der Verfahrensanweisungen zur Verfügung.

## **Einführung (Schulung)**

Nach Genehmigung der Verfahrensanweisungen durch das Direktorium und den Personalrat entwickelte der QM - Steuerungskreis ein Schulungskonzept, in dem detailliert die Vorgehensweise der Einführung und Schulung beschrieben wird.

Mit Hilfe von Multiplikatoren erfolgte im Turnus von vier Wochen die sukzessive Einführung der Verfahrensanweisungen 2 – 11.

Die Schulung betrug pro VA ca. 1 - 2 Stunden und war für alle Mitarbeiter verpflichtend. Alle Punkte jeder VA wurden besprochen, wobei explizit auf die Besonderheiten der eigenen zu schulenden Gruppe eingegangen wurde.

Nach der 1. Überarbeitung der Verfahrensanweisung wurde diese ebenfalls systematisch an alle Mitarbeiter verteilt und die Mitarbeiter mussten schriftlich dokumentieren, dass sie die überarbeitete Version zur Kenntnis genommen haben.

## **Auswertung der Wirksamkeit**

Die Ergebnisse einer zweiten Mitarbeiterbefragung zwei Jahre nach der Einführung zeigen, dass die Mitarbeiter sich nach der Einführung der Verfahrensanweisungen bei der Vorstellung, in den angesprochenen kritischen Situationen handeln zu müssen, sicherer fühlen.

Dies wird bei der Betrachtung der Mittelwerte deutlich, aber zeigt sich auch bei den einzelnen Situationen (siehe Grafik 3.).

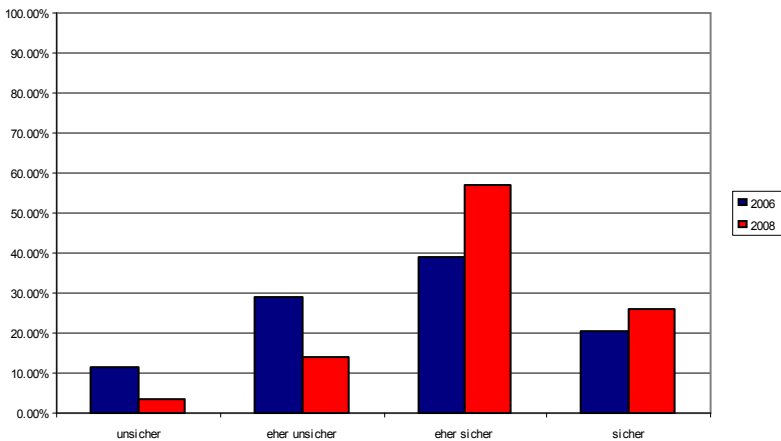
Mittelwerte Einschätzung pro Situation



Grafik 3: Vergleich Mittelwerte der Einschätzung pro Situation 2006 und 2008

Man erkennt eine leichte Erhöhung der Mittelwerte in allen Bereichen. So fühlen sich - auf das Beispiel des Ausbruchs bezogen - weniger Mitarbeiter unsicher während sich eine deutliche Zunahme im Bereich „eher sicher“ abzeichnet.

#### Gefühlte Handlungssicherheit Ausbruch



Grafik 4 4: gefühlte Handlungssicherheit Ausbruch Vergleich 2006- 2008

Selbst auf die Situation des psychiatrischen Notfalls bezogen, geben 2 Jahre nach der Einführung der Verfahrensanweisungen noch weniger Mitarbeiter als bei der ersten Befragung an, sich unsicher oder eher unsicher zu fühlen

Die Verfahrensanweisungen werden von Mitarbeitern mehrheitlich als übersichtlich, verständlich, hilfreich und vollständig beurteilt und geben Handlungssicherheit. Dies zeigt, dass es richtig war, die Arbeit in die Entwicklung sowie die Schulung aller Mitarbeiter zu investieren.

#### Schlussbetrachtung

Die Einführung von dezidierten Verfahrensanweisungen für kritische, selten vorkommende Situationen hat sich in der Klinik Nette-Gut bewährt und stellt einen wesentlichen Qualitätsstandard für Situationen dar, die eine besondere Brisanz in der Öffentlichkeit aber auch bei allen Beteiligten besitzen.

Die Steigerung der Handlungssicherheit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beugt zudem der Entwicklung von Schuldgefühlen vor, da anhand der

beschriebenen Verfahrensanweisungen von jedem Einzelnen überprüft werden kann, ob alle Aspekte berücksichtigt wurden.

Insofern hat sich für uns der Arbeitsaufwand zur Entwicklung und Einführung der Verfahrensanweisungen aus subjektiver Sicht gelohnt. Die Verantwortlichen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stationen

fühlen sich sicherer und sind besser vorbereitet.

Wir hoffen allerdings, dass wir die Verfahrensanweisungen nur selten nutzen müssen.

# **Welche Auswirkungen hat die Reduktion von zwei akutpsychiatrischen Stationen?**

## **Tätigkeitsanalyse des therapeutischen und pflegerischen Dienstes, anhand einer Multimomentaufnahme: Eine Methodenbeschreibung**

*Michael Löhr, Rainer Kleßmann*

### **Einleitung**

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Methodenbeschreibung. Es wird nicht die im Titel formulierte Frage beantwortet. Vielmehr beschäftigt sich dieser Aufsatz mit dem Studienaufbau und den Instrumenten.

### **Studienaufbau**

Die Studie wurde in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus in Süddeutschland durchgeführt. Die Hypothese für die Untersuchung wurde durch die Reduzierung von zwei auf eine Akutpsychiatrische Station generiert. Die Annahme, dass durch die Reduktion von akutpsychiatrischen Betten die geplante Pflege- und Therapiezeit nicht mehr den Vorgaben der Psych-PV entspricht, sollte überprüft werden. Für die Untersuchung wurde die übrig gebliebene akutpsychiatrische Station des Krankenhauses ausgewählt. Die Untersuchung wurde an 10 Wochenarbeitsdagen, innerhalb des Monats Januar 2009, durchgeführt. Die 10 Wochentage wurden teilrandomisiert ermittelt. Die Teilrandomisierung wurde vorgenommen, damit jeweils 2 Montage bis Freitage ausgewählt werden konnten. Dies hat eine Relevanz, da die psychiatrische Station an jedem Tag der Woche andere Programmpunkte aufweist. Um zu überprüfen wie viel geplante Therapie und Pflege durchgeführt wird, wurde das Stichprobenverfahren der Multimomentaufnahme gewählt, um die Ist-Situation zu messen. An jedem Untersuchungstag wurde durch die zuständige Oberärztin und die pflegerische Stationsleitung eine Psych-PV Einstufung der Patienten vorgenommen. Diese ist wichtig, da sie die Sollkonzeption für den psychiatrischen Bereich vorgibt. Somit konnte eine Personalsollkonzeption und die Personal-IST-Situation für den Untersuchungszeitraum dargestellt werden. Um eine

Messung der interessierenden Ereignisse über alle Berufsgruppen zu ermöglichen wurden 19 Kategorien gewählt. Die Messungen wurden an den Messzeitpunkten jeweils von 8:00 – 16:00 Uhr in 5 Minuten Abständen vorgenommen. Die Untersuchung wurde durch zwei Rater durchgeführt, die am ersten Tag beide, unabhängig die Tätigkeiten dokumentierten. Dies entspricht der Kernarbeitszeit des therapeutischen Dienstes. In die Messung eingeflossen sind die Tätigkeiten der Assistenzärzte, Oberärztin, und des Sozialarbeiters, sowie der pflegerischen Stationsleitung und zwei weiteren examinieren Pflegekräften. Die pflegerische Stationsleitung ist schichtübergreifend eingesetzt. Alle weiteren pflegerischen Mitarbeiter arbeiten im Schichtdienst. Somit wurden die zwei pflegerischen Mitarbeiter aus dem Vormittagsdienst, die in die Beobachtung mit eingeschlossen wurden, durch zwei Kollegen aus dem Spätdienst ersetzt.

### **Instrument Multimomentaufnahme (MMA)**

Mit der MMA wird die Auftrittshäufigkeit vorher festgelegter Tätigkeiten ermittelt. Es handelt sich hierbei um Kurzzeitbeobachtungen, bei denen die Beobachteten nicht aktiv in die Untersuchung involviert sind. Die Rater dokumentieren auf festgelegten Rundgängen und nach festgelegten Zeitintervallen die durchgeführten Tätigkeiten [3]. Für die Dokumentation von Pflege- und Therapeutentätigkeiten wurde ein Kategorienschema entwickelt welches den Anforderungen des täglichen Arbeitsaufkommens entspricht [1, 2]. Folgende Kategorien wurden gewählt: geplante Pflege und Therapie, Visite, patientenbezogene Dokumentation, Stationsadministration, sachliche Verteilzeit, ungeplante Patientenkommunikation, dienstliche Kommunikation, Konferenzen, Medikation, Essen, Blutentnahme, Arztbrief diktieren, Hygiene, AVE (Aufnahme, Verlegung und Entlassung), Diagnostik, persönliche Verteilzeit, planmäßige Abwesenheit, Kontakt mit dritten, Sonstiges.

### Stichprobenumfang

Der Stichprobenumfang wurde mit folgender Formel berechnet:

$$n = \frac{z^2 \times p \times (100 - p)}{e^2}$$

z = z-Wert der Aussagewahrscheinlichkeit von 95% (entspricht 1,96)

p = geschätzter Prozentanteil der interessierenden Ablaufart (18%)

e = geforderte Genauigkeit (2,5%)

n = Ist der Stichprobenumfang (Anzahl der notwendigen Beobachtungen)

Dies entspricht gerundet 910 Beobachtungen. Tatsächlich wurden an den 10 Messtagen 960 fünf Minuten Messungen durchgeführt [3].

### Rundgangsplan

Um der Methode der MMA gerecht zu werden, wurde folgender Rundgangsplan entwickelt:

Reihenfolge	Arbeitssystem	Berufsgruppe
1	Pflege	Stationsleitung
2	Therapie	Oberarzt
3	Pflege	Pflegekraft A
4	Therapie	Stationsarzt
5	Pflege	Pflegekraft B
6	Therapie	Psychologe

Die Anzahl der Rundgänge wird nach folgender Formel berechnet:

$$R_T = \frac{n}{T \times n_R}$$

n = Anzahl der Beobachtungen (910)

T = Anzahl der Beobachtungstage (10)

n<sub>R</sub> = Beobachtungen je Rundgang (6)

Dies entspricht einer Anzahl von 16 Rundgängen pro Untersuchungstag [3].

### *Instrument Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV)*

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist seit 1990 gültig. Durch sie werden die Personalbemessungen der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen geregelt. Des weitern definiert die Psych-PV die verschiedenen Tätigkeitsmerkmale der innerhalb der Psych-PV definierten Berufsgruppen [4]. Die Psych-PV leistet die Beschreibung der Patientengruppen mit analogem Bedarf an Behandlung, die charakteristischen Behandlungsziele, die dafür erforderlichen und qualitativ determinierten therapeutischen und pflegerischen Leistungen und definiert aus den vorstehenden Angaben den Personalbedarf [4, 5].

### **Auswertung**

#### *Zwischenauswertung*

Die Zwischenauswertung dient zur Kontrolle, ob die Anzahl der geplanten Aufnahmen für die Prüfung, der geschätzten Prozentanteile interessierender Ablaufarten ( $p$ -Wert), ausreicht. Die Zwischenauswertung dieser Studie ergab, dass die Anzahl der geplanten Multimomentaufnahmen ausreichte [3].

#### *Endauswertung*

Das Prozedere ist identisch mit dem der Zwischenauswertung. Die dokumentierten Tätigkeiten, die den Kategorien zugeordnet wurden, sind in einer Matrix summiert und in Relation zu allen weiteren Kategorien gesetzt worden. Somit kann das Verhältnis der einzelnen Kategorien dargestellt werden. Bei der Analyse der Daten wurden die Messungen der über die MMA ermittelten Tätigkeiten des IST Zustandes mit denen über die Psych-PV Einstufung der Patienten ermittelte SOLL Vorgabe gegenübergestellt. Um die Daten zu vergleichen wurden für die gewählten Kategorien der MMA die äquivalenten Kriterien der Psych-PV genutzt. Da aus Datenschutzgründen der therapeutische Dienst (Assistenzarzt, Oberärztin, Sozialarbeiter) nicht einzeln dargestellt werden durfte, musste eine Hilfs-Psych-PV Berufsgruppe erstellt werden. Die Minutenwerte der einzelnen Therapeuten fließen in diese Hilfs-Psych-PV Berufsgruppe „Therapeuten“ ein. Da die Messung der MMA durch zwei Rater durchgeführt wurde, ist der erste Messtag von beiden absolviert worden. Die Interrater-Reliabilität an diesem gemeinsamen Messzeitpunkt lag in dieser

Untersuchung bei Cohens Kappa von 1,0058. Da der Wert über 1,0 liegt ist davon auszugehen, dass eine hohe Konkordanz vorliegt [6].

### **Fazit**

Aus Sicht der Autoren bietet sich das Verfahren (die Kombination aus MMA und Psych-PV) an, um die IST-Situation der durchgeführten Tätigkeiten zu objektivieren und mit der SOLL-Kozeption zu vergleichen. Dies ist die Grundlage für Optimierungsprozesse. Weitere Vorteile des Verfahrens sind die Gewährleistung der Anonymität, die hohe Aussagewahrscheinlichkeit, die Möglichkeit Kennzahlen im Qualitätsmanagementsystem zu verwenden und in der vielfältigen Einsatzmöglichkeit.

### **Literatur**

1. Bartholomeyczik, S. (2003); Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs; In: Kolb, S. (Hrsg.); Medizin und Gewissen – wenn Würde ein Wert würde; Frankfurt; Mabuse Verlag.
2. Hausner, E., Juchems, S., Richter, I., Schulze Geiping, A., Simon, M., Voß, K., Wiedemann, R., Donath, E., Bartholomeyczik, S. (2005); Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs; In: Pflege & Gesellschaft; 10.Jahrgang, Heft 03/05; S. 125 - 130.
3. Bundesministerium des Inneren; Organisationshandbuch – Multimomentaufnahme – Aufruf im Internet am 11.08.2009; Link: [http://www.orghandbuch.de/nn\\_414926/OrganisationsHandbuch/DE/6\\_\\_Methoden/61\\_\\_Erhebungstechniken/616\\_\\_Multimomentaufnahme/multimomentaufnahme-node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.orghandbuch.de/nn_414926/OrganisationsHandbuch/DE/6__Methoden/61__Erhebungstechniken/616__Multimomentaufnahme/multimomentaufnahme-node.html?__nnn=true)
4. Kunze, H., Kaltenbach, L. (Hrsg.) (2005); Psychiatrie-Personalverordnung; Stuttgart; 5. Auflage, Kohlhammer Verlag.
5. Kunze, H., (1998); Qualitätssicherung und Personalschlüssel; In: Hell D., Bengel J., Kirsten-Krüger M. (Hrsg.); Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung; Karger, Basel, S. 72 - 87.
6. Cohen, J. (1960). A coefficient for agreement for nominal scales. Education and Psychological Measurement, 20, 37-46.

## **Der Weg einer glücklichen Pflegedirektorin Psychiatrie**

*Regula Lüthi*

Leadership ist ein Zauberwort und kann alles oder nichts heissen. Wenn unter Leadership eher das Visionäre, das Kreative und das Gestalterische und weniger das Verwalterische, das Organisierte und Geplante gemeint ist, dann braucht es folgende 10 Stufen, um eine glückliche und erfolgreiche Pflegedirektorin zu werden und zu bleiben:

1. eine unerschütterliche Liebe zur Pflege und zur Psychiatrie.
2. ein unabdingbarer Wunsch nach Zusammenarbeit mit Betroffenen, Angehörigen und anderen Berufsgruppen.
3. ein klares Vorstellungsvermögen für eine Psychiatrie fast ohne Betten.
4. eine unermüdliche Einmischung in die Belange der Geschäftsleitung.
5. ein grosses Faible für die Finanzierung der gewünschten Leistungen.
6. eine unerbittliche Aufsässigkeit bei allen wesentlichen Entscheidungsträgern.
7. ein weiter Blick in die unmögliche Zukunft der gesamten Gesundheitsversorgung.
8. eine leistungsstarke crew, die die eigene Institution leitet, wenn man selber ausser Hause ist.
9. ein immerwährendes Vergnügen an networking mit den relevanten Personen.
10. für das eigene Renommee und die richtigen Entscheidungen einen akademischen Abschluss, eine gute Allgemeinbildung und eine Prise Humor.

# **Die Stimmung ist geprägt von Aufbruch und Innovation: Stationsleitungen als Akteurinnen des Wandels**

*Nicola Maier-Kilga, Monika Eibensteiner*

## **Einleitung**

Der Ausspruch „Die Stimmung ist geprägt von Aufbruch und Innovation“ stammt aus der Feder von Yvonne Huber, sie verwendet diesen in ihrem Erfahrungsbericht in der Zeitschrift „Pflege“.

Wir fanden dieses Zitat sehr ansprechend, denn es drückt mit wenigen Worten aus, welche innovative Kraft Führungspersonen der Pflege in die Organisationen einbringen bzw. einbringen müssen. Die nachfolgende Aufzählung der momentanen Anforderungen in unserer Institution sollen dies verdeutlichen.

## **Hintergrund**

Aktuelle Anforderungen denen sich die Stationsleitungen in unserer Organisation derzeit gegenüber sehen:

**Organisatorische Aufgaben:** Die Stationsleitung sind verantwortlich für die Sicherstellung der Pflegeleistungen und den ungestörten Stationsablauf.

**Schnittstellenfunktion:** Die Rolle der Stationsleitung ist gekennzeichnet durch eine Schnittstellenfunktion zwischen den einzelnen Berufsgruppen aber auch einzelnen Organisationseinheiten.

**Personalentwicklung:** Nahezu im gleichen Umfang schlägt sich die Aufgabe der Personalentwicklung zu Buche. Von der Einschulung der neuen Kolleginnen und Kollegen über die Schaffung eines gemeinsamen Pflegeverständnisses bis hin zur gezielten Förderung der einzelnen Mitarbeiterin / des einzelnen Mitarbeiters wird die Stationsleitung tätig.

**Professionelle und Patientenzentrierte Pflege:** Eine weitere Aufgabe der Stationsleitung besteht darin eine patientenzentrierte Betreuung und damit eine kontinuierliche Beziehung zwischen Pflegeperson und Patientin/Patient zu sichern. Gemeinsame Pflegevisiten und die Bereitstellung von literaturgestützten Arbeitsinstrumenten erhöhen dabei die Sicherheit der Kolleginnen und Kollegen. Es gilt die Dienstpläne der Kolleginnen und Kollegen so zu steuern,

dass ihr spezifisches Wissen und ihre spezifischen Fertigkeiten optimal eingesetzt werden können.

Ausbau des pflegerischen Angebotes: Die Literatur der letzten zwei Jahrzehnte bringt eine Vielzahl an angewendeten Konzepten und somit neue Wege in der Pflege hervor. Dieser Strömung folgend werden auch in unserer Institution die Angebote laufend ausgebaut. Es gilt Konzepte für die pflegerischen Angebote zu erstellen und zu implementieren.

Qualitätsmanagement: Derzeit reiht sich zu all diesen Aufgaben der umfangreiche Aufbau des Qualitätsmanagement hinzu.

Evidence based nursing: Eine seit kurzem bestehende aber dafür umso dringlichere Forderung besteht darin, die Pflegepraxis auf Forschungsergebnisse zu stützen. Die ersten Schritte besteht darin die Wirksamkeit von bestimmten Pflegeinterventionen zu belegen.

Angesichts der ständig neuen Anforderungen, denen sich die Stationen gegenüber sehen, wird klar, dass Veränderungsprozesse laufend stattfinden müssen. Ob die einzelnen Stationen diese Anforderungen erfüllen können hängt in erster Linie vom Geschick der Führungsperson ab. Nur wenn es ihr gelingt ausgetretene Pfade zu verlassen, ihre tradierte Rolle aufzugeben und diese neu zu definieren und transparent zu machen, kann sie der Vielzahl der Anforderungen standhalten. Zum „Aufbruch“ bedarf es einer Persönlichkeit die unter anderem über einen unerschöpflichen Innovationsgeist, Selbstsicherheit und Zuversicht verfügt. Hohe Fachliche Kompetenz und zusätzliches Know-how wie Methodenkompetenz und systemorientiertes Denken tragen auch in düsteren Zeiten dazu bei, die geforderten Eigenschaften am Leben zu erhalten.

Im Workshop wird nach einem Inputreferat zu den Themen,

- „Zunehmenden Anforderungen an die Führungspersonen.“
- „In wie weit können Kompetenzen von Zusatzqualifikationen wie Psychotherapeutin, Projektmanagerin und Pflegeberaterin die Erfüllung der angeführten Leitungsaufgaben unterstützen?“
- „Wo gilt es die bisherige Rolle der Leitung zu verlassen und diese neu zu definieren?“

- die Möglichkeit geboten über neue Herausforderungen in der Pflege, notwendige Kompetenzen und zukünftige Visionen für Leitende zu diskutieren.

## **Offene Tür in der Akutpsychiatrie - Führungsarbeit an der Basis**

*Werner Mayr*

Das Konzept der offenen Tür der psychiatrischen Klinik in Heidenheim/Brenz ist das Produkt einer Vision von verantwortlichen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern (MA) auf unterschiedlichen Ebenen, die eigene Wege in der sozialpsychiatrischen Versorgung des Landkreises gehen wollten. Seit der Eröffnung des vollstationären Bereiches 1995 wird dieses Konzept auf allen drei Stationen im Alltag umgesetzt. Folglich hatte vom ersten Tag an jeder Patient (PA) die Möglichkeit zu einer Behandlung auf einer Station mit der offenen Tür.

### **Unsere Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beinhaltet:**

- Eine TK mit 14 Plätzen.
- Drei Stationen mit je 26 Planbetten, davon eine Station (St. 43) mit Schwerpunkt Sucht- und Psychotherapie und Psychosomatik.

Die Stationen 41 und 42 sind gemischtgeschlechtlich mit PA aller psychiatrischen Diagnosen belegt, sie weisen eine Altersstruktur ab 18 Jahren bis hin zu Hochbetagten auf. Ebenso sind die Türen zwischen 8.00 h und 20.00 h auf allen Stationen geöffnet.

Auf der Station 41 behandeln wir auch suizidale, fremdgefährdende, demente, weglauf- und fluchtgefährdete PA, die je nach Beschluss auch gerichtlich nach UBG oder BGB untergebracht sind. Unsere Belegung liegt jährlich im Durchschnitt zwischen 90 und 95%. Die Öffnungszeiten lagen noch in keinem Jahr unter 98 %. Dem Ziel der 100%-igen Türöffnung auf unserer Station 41 sind wir somit sehr nahe!

Ziel der Stationsleitung und deren Stellvertretung (SL) ist es, in einer gesundheitsförderlichen Atmosphäre ein differenziertes und vielfältiges Behandlungsangebot zu bieten. Dabei soll die Stationstüre auf der akutpsychiatrischen Station zwischen 8.00 h und 20.00h offen bleiben. Außerdem soll gezielte professionelle Beziehungsarbeit unter möglichst wenig Anwendung von Gewalt und Zwang stattfinden. Die Pflegekräfte (PK) sollen auf dem Weg zu

diesen Zielen mitgenommen werden und ihre Ressourcen im Rahmen ihrer Möglichkeiten einbringen. Die PK sollen sich wohl und sicher fühlen und trotz der offenen Türe keine Angst haben müssen. Das gilt auch für den Umstand, wenn ein PA entweicht.

Was muss vorhanden sein, damit diese Ziele erreicht werden?

**1) In der Funktion als SL auf einer solchen Station muss sich die PK mit den eigenen Wertvorstellungen und Überzeugungen in Bezug auf das Thema „offene Tür“ auseinandersetzen.**

- Respekt vor dem individuellen Wunsch des PA nach möglichst großer Freiheit im Rahmen der stationären Behandlung.
- Verständnis für das Bedürfnis nach Autonomie und größtmöglicher Mitbestimmung.
- Verringerung des Gefühls, eingesperrt zu sein – zumindest bei allen PA, die sich freiwillig in die Klinik begeben.
- Überzeugung, dass die offene Tür auch auf einer akutpsychiatrischen Station umsetzbar ist.

**2) Die SL haben eine klare Vorstellung vom Entwicklungspotential ihrer Station**

*a) Entwicklungspotential der strukturellen Bedingungen (innerhalb unseres Hauses)*

- Welches Personal mit welcher Qualifikation, welchem sozialpsychiatrischen Verständnis wird eingestellt?
- Welche Räume und Fahrzeuge können die PK für die psychiatrische Arbeit nutzen?
- Wo dürfen die PA bei den jeweiligen Ausgangsregelungen umherlaufen, damit sie versichert sind?
- Welche Art von Zusammenarbeit / Unterstützung ist in Bezug auf die Themen „Offene Tür“ und „Gewalt und Zwang“ von den Nachbarstationen zu erwarten?
- Wie ist hier der Umgang bzw. der Austausch zwischen den Leitungspersonen?

- *(innerhalb der Station)*  
Ein so genannter Präsenz- oder Türdienst muss in die Planung des Stationsalltags integriert werden.
- Konkrete Hilfe im Umgang mit der Ausgangsregelung eines einzelnen PA kann eine einsehbare Liste im Büro sein. Diese muss permanent aktualisiert werden.
- Anbieten einer großen Auswahl an pflegerisch-therapeutischen Gruppenangebote, die von den PK verantwortlich geleitet werden (Genussgruppe, Entspannungstraining, SKT, Depressionsgruppe, Erinnerungsgruppe,...). s gehört zur Führungsaufgabe, die PK zum regelmäßigen Durchführen der Angebote zu motivieren.

Die Praxis zeigt, dass jede dieser Gruppen dazu beiträgt, den Druck auf den installierten Präsenz- und Türdienst zu reduzieren.

#### b) *Entwicklungspotential einzelner PK und des Pflorgeteams*

Im Arbeitsalltag werden Potentiale und Defizite erkannt und in Zielvereinbarungsgesprächen mit dem MA besprochen und festgehalten. Ziel kann sein, neuen und unerfahrenen Kollegen Sicherheit und Orientierung zu vermitteln. Dies ermöglicht Entwicklung und gewährleistet engagierte Mitarbeit. Aufzeigen von Grenzen, aber auch Anhören und Annehmen von Kritik ist Bestandteil dieser Gespräche. Dabei muss auch die Tatsache respektiert werden, dass nicht alle Kollegen für diese Arbeit geschaffen sind und deshalb die Station verlassen. In Pflorgeteambesprechungen werden Schwerpunktthemen diskutiert und gemeinsame Ziele vereinbart oder evaluiert. Kollegen werden ermuntert, eigene Ideen zu entwickeln, diese im Team vorzustellen und zu diskutieren mit dem Ziel, diese ins Gesamtkonzept einzuflechten. Teambildung ist ein zeitintensiver Prozess, zu dem auch die Integration neuer MA gehört, bis diese sich selbst in der Lage sehen, eigenständig Verantwortung zu übernehmen.

*c) Entwicklungspotential der Beziehungen zwischen Pflege und ärztlichem und therapeutischem Personal*

- Was kann an Unterstützung von anderen Berufsgruppen erwartet werden? Können z. B. zeitweise Einzelbetreuungen oder der Tür- oder Präsenzdienst übernommen werden?
- Wie kann die Zusammenarbeit des Gesamtteams im Sinne einer gemeinsamen Verantwortlichkeit verbessert werden? Können z. B. Engpässe in der Urlaubszeit durch bessere Absprachen mit den Therapeuten vermieden werden?

**3) Die SL bieten organisatorische Rahmenbedingungen, die das Vorhaben „offene Tür“ ermöglichen.**

*a) Dienstplanung*

Ausgewogene Planung betrifft die Bereiche: berufliche Qualifikation und Erfahrung im Tätigkeitsbereich, soziale Kompetenzen der MA, Anzahl der Personen, Männerpräsenz. Ein Personalschlüssel entsprechend der Psych-PV ist Voraussetzung für die ‚Offene Tür‘.

*b) Wochenplan / pflegerisch-therapeutische Gruppenangebote*

Der Wochenplan mit regelmäßig stattfindenden pflegerisch-therapeutischen Gruppenangeboten vermittelt neuen und unerfahrenen Pflegekräften Sicherheit und Orientierung. Er ist offen und gewährleistet Raum für inhaltliche Weiterentwicklung. PA erfahren durch gezielte Kontaktaufnahme und Aktivierung Sinn und drängen weniger oder gar nicht mehr nach draußen.

*c) Außerstationäre Angebote*

Sie ermöglichen dem PA die Station auf reguläre Weise alleine oder mit einer PK zu verlassen. Beispiele sind Einzel- oder Gruppenspaziergang, Einkaufstraining, Außenaktivität mit der Gruppe, Hausbesuch.

Sowohl bei Punkt b) als auch c) ist es wichtig, dass neue und unerfahrene MA geschult, angeleitet und ermutigt werden, sich diese Tätigkeiten auch zuzutrauen. Ideal ist es, wenn ein erfahrener Kollege den Neuen mitnimmt und anleitet. Gleichzeitig gilt es auch darauf zu achten, dass sich niemand überschätzt.

#### d) *Benennen von klaren Kommunikationspfaden*

Die SL trägt Verantwortung für den Aufbau einer Kommunikationsstruktur mit Raum für aktuelle, aber auch innovative ergänzende Ideen. Gleichzeitig sei darauf verwiesen, dass es ein Ausufern von Gesprächen ungünstig ist. Diskussionen in Pflgeteambesprechungen ermöglichen, organisatorische, aber auch inhaltliche Entwicklungen voranzubringen. Dadurch kann eine neue gemeinsame Vision entstehen und diese dann gemeinsam mit Leben gefüllt werden.

##### *Kommunikationsbereiche:*

- Ständige (auf der Station):

Übergaben, MA-, Team- und Fallbesprechungen

- Ständige (innerhalb der gesamten Psychiatrie):

Morgenkonferenz, Leitungstreffen

- Im Notfall (wenn ein PA, der dies nicht darf, die Station unbedingt verlassen will

Der MA im Präsenz- oder Türdienst weiß, dass er sofort die Kollegen rufen kann. Ist der PA durch Gespräche nicht erreichbar und zum Bleiben zu motivieren, kann die Tür geschlossen werden.

- Im Notfall, wenn ein PA unerlaubt die Station verlässt:

Es muss jemand zur Hilfe geholt werden, der dem PA nachgeht. Unterstützung von anderen Stationen kann anfordert werden.

#### e) *Präsenz- oder Türdienst*

Bereits in der Erstkonzeption wurde ein permanenter Präsenz- oder Türdienst installiert. Ein Stationsmitarbeiter hat dabei den Tür- und Eingangsbereich unter Kontrolle, fungiert jedoch nicht im Sinne eines Türstehers oder Pförtners. Im Rahmen ressourcenorientierter Führungsarbeit können Mitarbeiter motiviert werden, parallel zu dieser Kontrollfunktion auch andere Tätigkeiten im und außerhalb des Stationszimmers zu verrichten. Im Idealfall sind sie patientennah und pflegerisch-therapeutisch sinnvoll im Eingangsbereich tätig. Dass das Stationszimmer direkt neben der Eingangstüre liegt, ist hierfür günstig.

#### *f) Bezugspflege/Beziehungspflege*

Ein zunehmend bewusster Umgang mit der professionellen Beziehungspflege ist zur Aufrechterhaltung der ‚Offenen Tür‘ von großer Bedeutung. Von den SL initiiert, wird im Rahmen der Pflgeteamdiskussionen ersichtlich, wo wir unsere bisherige Organisation hinsichtlich der Patientenbetreuung ändern und optimieren können. Die Professionellere Beziehungsarbeit verbessert sich dadurch, was sich in differenzierterem pflegerischem Handeln und Intervenieren zeigt. Die Dienstplanung ist darauf ausgerichtet. Interessanterweise gehen seither auch notwendige Einzelbetreuungen problemloser von statten. Dies ist ein weiterer Faktor, der den Druck auf den oben genannten Präsenz- oder Türdienst reduziert.

#### **4) Förderung eines vertrauensvollen, kooperativen Miteinanders (Teamarbeit)**

##### *a) durch Beteiligung der MA an Entscheidungen*

- Wer nimmt den Zugang auf?
- Wer macht den Präsenz-, Türdienst?
- Wer löst den Kollegen bei der Einzelbetreuung ab?

In der Frage, welche Art des Ausgangs ein PA bekommt, ist die Meinung der Bezugspflegekräfte gefragt.

##### *b) Ermöglichen von Fort- und Weiterbildungen/Trainings auch zur Persönlichkeitsentwicklung*

Hier geht es darum, dass MA einüben können, standfest zu bleiben und „nein“ zu sagen, wenn dies gefordert ist. Wenn dies weitergedacht wird, heißt dies, dass „standfeste“ Mitarbeiter ihre Meinung vertreten sollen und auch die SL zwischendurch mit einem „nein“ rechnen muss.

##### *c) Ermöglichen von Erfahrungen*

Junge MA müssen Erfahrungen machen dürfen. Das heißt, ihnen die Chance zu geben, Erfahrungen zu machen („von der Leine lassen“), ihnen etwas zutrauen (einen eigenen Bereich überlassen, eine Gruppenaktivität durchführen lassen,...), und sie dabei wachsen zu lassen.

#### *d) Teamentwicklung fördern*

Im Bezug auf die „offene Tür“ wollen sich MA aufeinander verlassen können. Die Zusammenarbeit im Team darf daher nicht aus den Augen verloren werden, Konflikte müssen frühzeitig gelöst werden. Sinnvoll hierfür sind:

Moderierte Gespräche bei Konflikten zwischen MA und erneutes Erproben der Zusammenarbeit, Teamgespräche, gemeinsame Aktivitäten.

### **5) Motivation von MA**

Das Konzept „offene Tür auf der Akutpsychiatrie“ lässt sich mit intrinsisch motivierten MA eher durchführen. Über eine möglichst hohe Identifikation der PK (modellhaft die SL) mit dem Konzept kann eine möglichst gute Patientenversorgung, hohe Mitarbeiterzufriedenheit, ein messbares Ergebnis (möglichst langes Offenhalten der Stationstüre) erreicht werden.

#### *a) Lob und Anerkennung*

Lob (auf einzelne oder Gruppen bezogen) für eine hervorragende Leistung (z.B. durch konstante, abwechselnde Einzelbetreuung konnten entsprechende Situationen deeskaliert werden) motiviert Einzelne und/oder stärkt den Teamgeist.

#### *b) Einbringen eigener Ideen*

Ideen einzelner MA zur Entlastung des Türdienstes werden wann immer möglich in den Stationsalltag eingebracht. Bsp.: Eine MA beschäftigt sich mit zwei fluchtgefährdeten PA indem sie die gläserne Zwischenwand des Speisesaals gemeinsam bemalen.

#### *c) Erkenntnisse aus FB und WB dürfen multipliziert und umgesetzt werden.*

Projekte und Facharbeiten aus WB bieten häufig gute Ideen, die als wertvolle Neuerungen im Wochenplan aufgenommen werden. Der betreffende MA erhält mit „seinem“ Thema eine Führungsrolle.

#### *d) Workshops/Vorträge*

PK bringen ihre Kenntnisse auf öffentlichen Veranstaltungen ein und erhalten dadurch externes Feedback.

### *e) Feedback*

Im Rahmen der Führungsarbeit ist sachliches Feedback, auch an die eigene Person, sehr wichtig. MA erleben es als ausgesprochen motivierend, wenn das Führungsteam an Feedback aus dem Kollegenkreis interessiert ist. Je nachdem, wie ein Feedback ausfällt, müssen Konsequenzen daraus gezogen werden. Unabhängig davon ist auch Rückmeldung an das Team unabdingbar, vor allem wenn das Konzept „offene Tür“ gelingt. Kommen positive Rückmeldungen von außen (z. B. von Hospitanten oder als Ergebnisse einer berufsgruppenübergreifenden Umfrage zum Thema „Offene Tür in der Psychiatrie in HDH“) ist dies besonders förderlich.

### **Fazit**

Auf unserer Station setzen wir viele dieser Punkte im praktischen Alltag um. Das Erfreulichste an der gesamten Führungsarbeit ist sicher, dass wir die MA mit der Idee der offenen Tür „infizieren“ konnten, so dass ein hoher Identifikationsgrad da ist. Sicher ist dies ein Grund dafür, dass wir fast die 100%-ige Türöffnung erreichen.

# **Pflege als Gestalter und Sicherer von Krankenhausstrukturen**

*Martin Meyer-Marzak*

## **Abstract**

Klinikstrukturen müssen grundlegend neu gestaltet werden. Gefragt sind Leitbildentwicklungen im Sinne einer effizienten Humanität, optimierte Ressourcennutzung. In die Gänge kommen hierbei muss die Pflege. Denn sie wird dringend benötigt als Gestalter und Sicherer von Struktur und Organisation im Krankenhaus. Pflege ist die einzige Berufsgruppe die das kann und muss.

## **Grundlage**

Es gibt keine patientenorientierte Entscheidung, die nicht unmittelbar die Krankenpflege betrifft. Von daher ist die Pflege eine der bedeutendsten Schnittstellen im Krankenhaus. Primäre Aufgabe ist es, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Diensten aufrechtzuerhalten und somit für die Sicherheit von Strukturen Sorge zu tragen.

In ihrer Rolle unterscheidet sich Pflege hier deutlich von anderen am Behandlungsprozess beteiligten im Krankenhaus. Durch die Professionalisierung der pflegerischen Leitungsstrukturen und der entsprechenden Entwicklung von Kompetenzen sind die entsprechenden Grundlagen geschaffen worden.

Ärzte sind durch unterschiedliche Faktoren weniger an organisationalen Dingen beteiligt. Der Fokus ärztlichen Tuns liegt in dem Erkennen und Behandeln von Krankheiten, bzw. pathologischen Merkmalen. Die ärztliche Sicht erfasst die Nutzung und Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten. Vorhandene Strukturen werden genutzt als Plattform ärztlichen Handelns. Klinikverwaltung kann Prozesse initiieren. Ausgestalten und lebbar machen müssen dass die direkten Prozessbeteiligten.

## **Was tun?**

Erste Schritte wurden bereits getan durch die Einführung klinischer Pfade. In der Hauptsache getriggert durch Forderungen der Berufsgruppe der Pflegenden. Hier hat diese Berufsgruppe sich deutlich gemacht als Systemverantwortliche. Prozesse müssen so gestaltet werden, dass sie den Ansprüchen einer humanen Effizienz entsprechen. Die klinischen Leistungsprozesse an den Schnittstellen sind vollständig neu zu erarbeiten.

## **Probleme**

Problematisch dabei ist nach wie vor, die Arztzentrierung des Krankenhauses von seiner Grundhaltung her. Hier muss sich Pflegemanagement als kompetenter Partner und Mitspieler zeigen.

# **Auf der Suche nach einer zeitgemässen und zukunftsgerichteten Aus- und Weiterbildung in Psychiatrischer Pflege**

*Harald Müller, Ruth Meer-Lueth, Stefan Kuhn, Franziska Rabenschlag*

## **Ausgangslage**

Seit der Schweizer Bildungsrevision 2002 [1] hat sich die Ausbildung in der Psychiatrischen Pflege von einer Grundausbildung im Schwerpunkt Psychiatrie in eine generalistisch orientierte Pflegeausbildung gewandelt. Die alten Ausbildungsstätten wurden aufgelöst und in der Folge Fachhochschulen und Höhere Fachschulen mit Studiengängen Pflege beauftragt. Zusätzlich wurde eine Ausbildung auf der Sekundarstufe II – Fachfrau / Fachmann Gesundheit (FAGE) – geschaffen, die mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis abschliesst. Psychiatrische Themen auch in den generalistischen Ausbildungen vertreten, jedoch nach Kanton oder Curricula mit unterschiedlichen Inhalten und Stundenzahl. Die Spezialisierung in psychiatrischer Pflege muss deshalb nach der Ausbildung oder nach dem Grundstudium im Weiterbildungssektor erfolgen.

## **Problemstellung**

Fachleute und Vertreter der Psychiatrischen Pflege sorgen sich seit geraumer Zeit um die Wahrung und Sicherstellung des psychiatriespezifischen Fachwissens in Grundausbildung und Studium. Kenntnisse und Fähigkeiten in psychiatrischer Pflege sind nicht nur in spezialisierten psychiatrischen Institutionen notwendig, sondern in allen Gesundheitseinrichtungen. Dies, weil zum Einen psychische Krankheiten rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung betreffen [1] und daher davon ausgegangen werden kann, dass „Psychiatrie überall stattfindet“. Zum Andern verlagert sich die psychiatrische Versorgung zunehmend vom stationären in den ambulanten Sektor [2].

Der fehlende Pflegenachwuchs bereitet dem Pflegemanagement grosse Sorgen. Wie können zukünftig Pflegende in ausreichender Anzahl für die psychiatrische Pflege gewonnen werden? Dabei spielen auch finanzielle Aspekte, sowohl für die Betriebe, wie für die einzelnen Pflegenden eine Rolle: da Novizinnen oder Novizen in der Pflege zu wenige psychiatriespezifische Grundlagen

aufweisen, muss diese Spezialisierung in kostspieligen Weiterbildungen erworben werden. Besonders interessierten Quereinsteigende ist es seit der Bildungsrevision finanziell kaum mehr möglich, eine Zweitausbildung in Pflege zu absolvieren und sich anschliessend in psychiatrischer Pflege zu spezialisieren. Die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen erschweren oder verunmöglichen es interessierten Personen mit familiären Verpflichtungen als Zweitausbildung ein Pflegestudium zu absolvieren. Die Ausbildungsentschädigungen während des Studiums stellen kein existenzsicherndes Einkommen dar. Wie eine Untersuchung in Neuseeland bestätigt, stellt sich das Problem auch für generalistisch ausgebildete Pflegenden, welche sich nach einer Berufspause einen Wiedereinstieg in die psychiatrische Pflege vorstellen könnten [2].

### **Leadership durch gemeinsames Vorgehen**

Die genannten Gründe haben die Vertreterinnen und Vertreter der deutschsprachigen Pflegedirektorinnen und -direktoren Psychiatrischer Institutionen der Schweiz (KPP) veranlasst, die akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (AFG) zur Zusammenarbeit einzuladen. Über zwanzig Personen trafen sich Ende März 2009 zu einem ganztägigen Workshop. Das für die Schweiz Besondere und Neue an diesem Vorhaben ist, dass Management und Pflegeforschung sich gemeinsam auf den Weg machen wollen: auf die Suche nach einer zeitgemässen und zukunftsgerichteten psychiatrischen Pflege. Für die Folgearbeiten aus diesem Workshop wurde eine „Kerngruppe“ gebildet, die sich vertieft den aus dem Workshop generierten Themen und Fragen widmet:

- Ist-Analyse der psychiatrierelevanten Anteile der in der Schweiz angebotenen Diplom- Pflegeausbildung, dem Grundstudium BNs, sowie der Ausbildung Fachmann/frau Gesundheit.
- Formulierung von Empfehlungen aus der Ist-Analyse für Themen und Umfang von Weiterbildungen in Psychiatrischer Pflege.
- Analyse der aktuellen Rahmenbedingungen für die Ermöglichung einer finanziellen Nachbesserung von Quereinsteigenden in den verschiedenen Kantonen.

- Wie kann das Berufsfeld psychiatrische Pflege an Attraktivität gewinnen? Wie könnten Berufsfelder für Advanced Nursing Practice (ANP) in der Psychiatrie aussehen?

## **Massnahmen**

Mit einer schweizweiten Erhebung werden Umfang und Art des in den Lehrplänen vermittelten psychiatrierelevanten Stoffes erhoben. Die Lehrpläne der Ausbildungsinstitutionen des Tertiärniveaus A und B, sowie des Sekundar-niveaus II der drei Sprachregionen werden systematisch nach psychiatrierelevanten Inhalten untersucht. Ziel dabei ist es, auf einen vergleichbaren Standard sowohl in Grundstudien als auch in Weiterbildungen Einfluss nehmen zu können.

Eine weitere Massnahme ist die Erarbeitung eines Finanzierungsmodells für Quereinsteigende zu Handeln der politischen und branchenspezifischen Instanzen. Das Modell zielt darauf ab, Quereinsteigenden den Einstieg in eine Pflegeausbildungsvariante auf dem Tertiärniveau zu ermöglichen, unter Berücksichtigung der aktuellen Existenzgrundlage.

Mögliche Rollen für Advanced Nursing Practice (ANP) in der Psychiatrie werden durch die AFG vorgeschlagen.

## **Resultate**

Die geplanten Massnahmen werden von Juni bis Oktober 2009 durchgeführt und ausgewertet. Erste Ergebnisse werden am Dreiländerkongress in Wien 2009 vorgestellt. Das erarbeitete Finanzierungsmodell für Quereinsteiger/innen sowie der Stand der Umsetzung werden beschrieben.

## **Literatur**

1. Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 13.12.2002. [Website]. Zugriff: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/4/412.10.de.pdf>
2. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (Hrsg.). (2008). Gesundheit in der Schweiz - Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Neuenburg: Autor.
3. Kuhl, H.C. (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006. Arbeitsdokument 31. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
4. Grant, Mc Kenna, B., Thom, K. & A. O'Brien. (2008). Return to Nursing Programme: Justifications for a Mental Health Specific Course. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5, (1), art.27.

# **Welche Auswirkungen hat die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen auf ihre pflegenden Angehörigen?**

*Irene Müller, Hartmann Hinterhuber, Georg Kemmler, Josef Marksteiner, Elisabeth M. Weiss, Christa Them*

## **Einleitung**

In Österreich gab es im Jahr 2000 einer Schätzung zufolge 90.500 demenzkranke Menschen [1], bis zum Jahr 2050 wird ein Anstieg auf 270.000-290.000 prognostiziert [2]. Mehr als zwei Drittel der Demenzkranken werden zuhause von Angehörigen betreut [3]. Pflegende Angehörige sind der größte Pflege- und Betreuungsdienst und stellen für den Staat ein immenses personelles wie auch finanzielles Potential dar [4]. Die Betreuung kann jedoch neben symptombezogenen auch physische, psychische, zeitliche, finanzielle und soziale Belastungen zur Folge haben [5, 6, 7, 8]. Diese Untersuchung hat zum Ziel, das Ausmaß unterschiedlicher Aspekte von Belastung pflegender Angehöriger in einer westösterreichischen Region darzustellen, die mit der häuslichen Betreuung eines Demenzkranken verbunden sind.

## **Fragestellungen**

1. Welche Symptome der Demenzerkrankung belasten pflegende Angehörige?
2. In welchem Ausmaß leiden pflegende Angehörige demenzkranker Menschen unter depressiven Symptomen?
3. Wie hoch ist das Ausmaß an Pflegeabhängigkeit demenzkranker Menschen?
4. Repräsentiert die Pflegestufe (1-7) das Ausmaß an Pflegeabhängigkeit?

## **Methode**

Es wurde eine Querschnittsstudie mit 90 Teilnehmern durchgeführt. In die Untersuchung wurden ausschließlich jene Angehörigen eingeschlossen, die mit dem Demenzkranken in einem Haushalt lebten und für die Betreuung zustän-

dig sind. Die Diagnose „Demenz“ (ICD-10 F00-F03) wurde von einem Facharzt für Psychiatrie gestellt.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte durch Tagesbetreuungen (n=36), Hauskrankenpflege (n=27), die Gedächtnisambulanz einer psychiatrischen Klinik (n=4) sowie auf Empfehlung durch andere Studienteilnehmer (n=18).

Für diese Studie und die darin enthaltenen Untersuchungen liegt das Einverständnis der Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck vor.

Folgende soziodemografischen Daten wurden erhoben: Alter, Geschlecht, Familienstand, Verwandtschaftsverhältnis zum pflegenden Angehörigen, Ausmaß der Berufstätigkeit, Bildungsniveau, Dauer der informellen Pflege, Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit formellen Diensten. Bei den Patienten wurden ferner die Art der Demenzerkrankung und die Pflegestufe (1-7) ermittelt. Folgende Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt: MMSE (Mini Mental State Examination [9], IADL (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) [10], NPI (Neuropsychiatrisches Inventar) [11], PAS (Pflegeabhängigkeitsskala) [12], SF-36 (gesundheitsbezogene Lebensqualität) [13], BDI (Beck Depressionsinventar) [14]. Alle Messinstrumente verfügen über gute psychometrische Eigenschaften.

### **Statistische Methoden**

Die Daten wurden anonymisiert und mit SPSS 15.0 ausgewertet. Es wurden in erster Linie Methoden der deskriptiven Statistik eingesetzt (Häufigkeits- und Kreuztabellen, Mittelwerte, Standardabweichungen). Zusammenhänge zwischen stetigen Variablen wurden mittels Rangkorrelationen nach Spearman analysiert, da im Allgemeinen keine Normalverteilung vorlag.

### **Ergebnisse**

Für die endgültige Auswertung lagen 85 vollständige Datensätze vor. Fünf Angehörige (5,6%) konnten nicht in die Auswertung mit einbezogen werden (vier Frauen und ein Mann). Die Gründe hierfür waren Zeitmangel (n=2), Tod des an Demenz erkrankten Familienmitgliedes (n=2) sowie persönliche Gründe (n=1). Die soziodemografischen und krankheitsbezogenen Daten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Soziodemografische und krankheitsbezogene Daten von pflegenden Angehörigen und Patienten

Variable		Angehörige	Patienten
Alter	Mittelwert $\pm$ SD	60,8 $\pm$ 13,9	81,2 $\pm$ 6,7
	Min. – Max.	38 – 89	65 – 98
Geschlecht	männlich/ weiblich	20 (23,5%)/	34
		65 (76,5%)	(40,0%)/ 51 (60,0%)
Familienstand	ledig	7 (8,2%)	2 (2,4%)
	verheiratet/Lebensgem.	71 (83,5%)	47 (55,3%)
	geschieden	6 (7,1%)	2 (2,4%)
	verwitwet	1 (1,2%)	34 (40,0%)
Berufstätigkeit	Vollzeit	22 (25,9%)	0 (0%)
	Teilzeit	13 (15,3%)	0 (0%)
	Hausfrau	8 (9,4%)	0 (0%)
	pensioniert	42 (49,4%)	85 (100%)
Bildungsstand (Angehörige)	Pflichtschule	12 (14,1%)	
	Lehre	38 (44,7%)	
	Matura	29 (34,1%)	
	FHS/Universität	6 (7,1%)	
Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten (Angehörige)	Ehefrau	24 (28,2%)	
	Ehemann	11 (12,9%)	
	Tochter	31 (36,5%)	
	Sohn	7 (8,2%)	
	Schwiegertochter	9 (10,6%)	
	Enkelsohn	1 (1,2%)	
	andere	2 (2,4%)	

Fortsetzung Tabelle 1: Soziodemografische und krankheitsbezogene Daten von pflegenden Angehörigen und Patienten

Variable		Angehörige	Patienten
Pflegedauer in Jahren	Mittelwert $\pm$ SD	5,3 $\pm$ 3,2	
	Min. – Max.	1 – 14	
Art der Demenzerkrankung (Patienten)	Alzheimer-Demenz		47 (55,3%)
	Vaskuläre Demenz		20 (23,5%)
	Parkinson-Demenz		5 ( 5,9%)
	andere		13 (15,3%)
MMSE (Patienten)	Mittelwert $\pm$ SD		11,4 $\pm$ 7,2
	Min. – Max.		0 – 27
IADL (Patienten)	Mittelwert $\pm$ SD		1,1 $\pm$ 1,7
	Min. – Max.		0 – 7

### *Pflegeabhängigkeit der Patienten*

Der Mittelwert in der PAS beträgt 35,7 (SD  $\pm$ 13,9), somit weist der überwiegende Teil der Patienten (75,3%) eine hohe Pflegeabhängigkeit auf (Tabelle 2). In elf von fünfzehn Domänen der PAS zeigen mehr als die Hälfte der Patienten große Einschränkungen. Nur 15,9% der Patienten waren in den Pflegestufen 0-2, 32,9% in den Pflegestufen 3-4 sowie 41,2% in den Pflegestufen 5-7. Jedoch ergibt der Zusammenhang zwischen PAS und der Pflegestufe, dass 38 Patienten in der PAS eine mittlere (n=13) bzw. hohe (n=25) Pflegeabhängigkeit aufweisen, jedoch nur in der Pflegestufe 1-2 und 3-4 eingestuft sind (Tabelle 3).

Tabelle 2: Pflegeabhängigkeit (PAS)

	Mittelwert	SD	Score 1 - 2 (völlig abhängig oder überwiegend abhängig)	
			N	Prozent
<b>Bereiche (Score 1 - 5)*</b>				
Essen und trinken	2,60	1,19	49	57,6%
Kontinenz	3,33	1,54	25	29,4%
Körperhaltung	3,74	1,53	23	27,1%
Mobilität	3,20	1,47	31	36,5%
Tag-/Nachtrhythmus	2,84	1,38	37	43,5%
An- und Auskleiden	2,34	1,31	53	62,4%
Körpertemperatur	2,16	1,11	60	70,6%
Körperpflege	2,01	1,18	66	77,6%
Vermeiden v. Gefahren	1,95	1,22	65	76,5%
Kommunikation	2,61	1,32	44	51,8%
Kontakte m. anderen	1,84	0,92	69	81,2%
Sinn f. Regeln u. Werte	2,53	1,34	50	58,8%
Alltagsaktivitäten	1,49	0,88	75	88,2%
Aktivitäten z. sinnvollen Besch.	1,73	1,00	73	85,9%
Lernfähigkeit	1,40	0,58	81	95,3%
<b>Gesamtscore (15-75)</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Score 15-44 (hohe Pflegeabhängigkeit)</b>	
	35,7	13,9	64	75,3%

\*1 = schlechtest möglicher Score, 5 = bestmöglicher Score

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Pflegestufe und PAS

PAS - Score	Anzahl insgesamt		Aufteilung nach Pflegestufe				zu niedrige Pflegestufe
			nicht ange-sucht	1-2	3-4	5-7	
<b>15-44 (hohe Abh.)</b>	N	64	1	4	25	34	29
	%	100,0%	1,6%	6,3%	39,1%	53,1%	45,4%
<b>45-59 (mittlere Abh.)</b>	N	14	2	9	2	1	9
	%	100,0%	14,3%	64,3%	14,3%	7,1%	64,3%
<b>60-75 (niedrige Abh.)</b>	N	7	3	3	1	0	0
	%	100,0%	42,9%	42,9%	14,3%	0%	0%
<b>Gesamt</b>	N	85	6	16	28	35	38
	%	100%	7,1%	18,8%	32,9%	41,2%	44,7%

(Grau hinterlegte Felder kennzeichnen eine zu niedrige Pflegestufe)

### *Neuropsychiatrische Symptome der Patienten*

Depression, Aggression, Wahn und Angst sind die vier belastendsten neuropsychiatrischen Symptome für pflegende Angehörige. Die Symptome treten zumindest einmal pro Woche bis zu mehrmals täglich auf. Eine detailliertere Beschreibung aller neuropsychiatrischen Symptome der untersuchten Population findet sich in Tabelle 4.

*Belastung der pflegenden Angehörigen durch neuropsychiatrische Symptome der Patienten*

In Tabelle 5 sind die Domänen des NPI nach dem Grad der Belastung, die sie bei den Angehörigen auslösen, geordnet. Es zeigt sich, dass Depression, Aggression, Wahn und Angst die vier belastendsten Symptombereiche darstellen. Jedoch zeigen viele Patienten mehrere Symptombereiche gleichzeitig, die die Belastung der Angehörigen erhöhen. Fast die Hälfte der Angehörigen (44,8%) empfanden mindestens drei der Symptombereiche als stark oder extrem belastend.

*Depressive Symptome der pflegenden Angehörigen*

Bei 25,9% (n=22) liegt eine mäßige und bei 10,6% (n=9) eine starke Ausprägung depressiver Symptome vor. Diese werden durch die Anzahl der neuropsychiatrischen Symptombereiche (Tabelle 5) und durch die Rolle verstärkt. So leiden mehr als die Hälfte der pflegenden Ehepartner unter mäßigen (34,3%, n=12) bis starken (20%, n=7) depressiven Symptomen.

Tabelle 4: Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) - Bereichsscores und Gesamtscore der neuropsychiatrischen Symptome der Patienten

	Mittelwert	SD	Score $\geq 4^*$	
			N	Prozent
<b>Bereiche (Score 0-12)</b>				
<b>Apathie</b>	4,35	5,15	39	45,9 %
<b>abweichendes motorisches Verhalten</b>	3,26	4,49	30	38,8 %
<b>Depression</b>	2,91	3,56	25	29,4 %
<b>Angst</b>	2,88	4,05	25	29,4 %
<b>Aggression</b>	2,42	3,66	22	25,9 %
<b>Schlafstörungen</b>	2,36	4,27	20	23,5 %

Fortsetzung Tabelle 4: Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) - Bereichsscores und Gesamtscore der neuropsychiatrischen Symptome der Patienten

	Mittelwert	SD	Score $\geq 4^*$	
			N	Prozent
<b>Essstörung/Appetit</b>	2,35	3,82	25	29,4 %
<b>Wahn</b>	1,89	3,12	17	20,0 %
<b>Reizbarkeit</b>	1,68	3,18	15	17,6 %
<b>Halluzinationen</b>	1,52	2,36	14	16,5 %
<b>Enthemmung</b>	1,22	2,90	10	11,8 %
<b>Euphorie</b>	0,79	2,31	4	4,7 %
<b>Gesamtscore (0-144)</b>	27,65	17,99		

\* mindestens mäßige Ausprägung des Symptoms bei gelegentlichem (ein- bis mehrmals pro Woche) oder häufigerem Auftreten *oder* leichte Ausprägung des Symptoms, aber sehr häufiges Auftreten (ein- oder mehrmals täglich)

Tabelle 5: Depressive Symptome der pflegenden Angehörigen (BDI) in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsverhältnis und von der Anzahl der Belastungsbereiche

Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten	Anzahl der Bereiche mit starker Belastung (NPI 4-5)		Anzahl Personen in der Untergruppe	Aufgliederung nach Depressionsgrad		
				keine Depression (BDI ≤ 10) Anzahl (%)	Leichte-mäßige depressive Symptome (BDI 11-17) Anzahl (%)	Klinisch relevante Depressive (BDI ≥ 18) Anzahl (%)
Ehepartner	max. ein Bereich	9	8 (88,9%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	
	2-3 Bereiche	14	5 (35,7%)	7 (50,0%)	2 (14,3%)	
	4 oder mehr Bereiche	12	3 (25,0%)	5 (41,7%)	4 (33,3%)	
alle anderen	max. ein Bereich	25	20 (80,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)	
	2-3 Bereiche	18	14 (77,8%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)	
	4 oder mehr Bereiche	7	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)	

## Diskussion

Die Auswirkungen der Betreuung auf pflegende Angehörige sind erheblich. Neben den hier erwähnten Symptomen ist ‚Abweichendes motorisches Verhalten‘ in einer multizentrischen Studie als eines der belastendsten ermittelt worden [6]. Dies kann sich dadurch äußern, dass die Patienten eine starke motorische Unruhe entwickeln und sich in eine Gefahr, wie Straßenverkehr, begeben. Einer schwedischen Studie zufolge werden Demenzkranke 299 Stun-

den pro Monat informell und 35 Stunden pro Monat formell betreut [15]. Etwa die Hälfte der Zeit wird für die Überwachung bei Tag und Nacht aufgewendet. Diese hohe zeitliche Präsenz könnte pflegende Angehörige beeinträchtigen, sich über die Erkrankung, Entlastung und Unterstützung zu informieren. In der vorliegenden Studie waren 38,8% der pflegenden Angehörigen über 65 Jahre alt, zwölf davon gehörten zur Gruppe der 80-89-Jährigen. Diese hochaltrige Gruppe würde besonders vom Aufbau multidisziplinärer, rund um die Uhr erreichbarer und gemeindenaher Fachteams profitieren, wie ihn die WHO vorschlägt [16].

## Literatur

1. Katschnig, H., Ladinsger, E., Scherer, M., Sonneck, G., Wancata, J. (2001): Österreichischer Psychiatriebericht Teil 1 Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/5/0/CH0026/CMS1038920009809/psychatriebericht\\_teil\\_i1.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/5/0/CH0026/CMS1038920009809/psychatriebericht_teil_i1.pdf) (28.10. 2007)
2. Wiener Gebietskrankenkasse (Hrsg.) (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht - Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. [http://www.wgkk.at/mediaDB/539709\\_Demenzbericht.pdf](http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf) (23.4.2009)
3. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung (2002): <http://dip.bundestag.de/btd/14/088/1408822.pdf> (4.11.2007).
4. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005), Situation pflegender Angehöriger - Endbericht, [http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/8/7/5/CH0041/CMS1132821216654/studie\\_situation\\_pfleger\\_angehoeriger.pdf](http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/8/7/5/CH0041/CMS1132821216654/studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf), (11.3.2006).
5. Müller, I., Mertin, M., Beier, J., Them, C. (2008): Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige - eine Literaturübersicht. Österreichische Krankenpflegezeitschrift. 3, 8-12.
6. Aarsland, D., Brønneck, K., Ehrt, U., De Deyn, P.P., Tekin, S., Emre, M. Cummings, J.L. (2007): Neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease and dementia: frequency, profile and associated care giver stress. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 78, 36-42.
7. Bates, J., Boote, J., Beverley, C. (2004). Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. Journal of Advanced Nursing, 45(6), 644-658.

8. Burns, A., Rabins, P. (2000): Carer burden in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1, 9-13
9. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975): Mini-mental-state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 3, 189-198.
10. Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
11. Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A., Gornbein, J. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. Dec; 44(12):2308-14.
12. Lohrmann, C. (2003): Die Pflegeabhängigkeitskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken. Eine methodologische Studie. Verlag Pro Business GmbH. Berlin
13. Ware, J.E., Sherbourne C.D. (1992): The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30, 473-481.
14. Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995): BDI Beck-Depressionsinventar Testhandbuch. 2. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.
15. Wimo, A., von Strauss, E., Nordberg, G., Sassi, F., Johansson, L. (2002): Time spent on informal and formal caregiving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy*, 61, 255-68.
16. WHO (2006): Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. <http://www.euro.who.int/document/E87301G.pdf> (10.5.2009)

# **Setting und berufsgruppenübergreifendes Arbeiten des Pflorgeteams am Zentrum für Psychische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig**

*Alexander Neumann, Manja Wagner, Hans Jerratsch, Katarina Stengler*

## **Abstract**

Hintergrund dieses Projektes ist die Frage, inwieweit durch setting- und berufsgruppenübergreifendes Arbeiten des Pflorgeteams dem modernen Versorgungsziel einer patientenorientierten Versorgungskette nahegekommen werden kann. Es geht dabei um die Darstellung horizontal verknüpfter Behandlungswege für Patienten mit chronisch psychischen Erkrankungen, die wegen einer akuten Exacerbation ihrer Erkrankung primär auf der akutpsychiatrischen Station der Psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig aufgenommen wurden.

Die regelhafte Integration dieser Patienten in sozio- und psychotherapeutische Basisangebote der Station wird unterstützt durch eine kontinuierliche Bezugspflege. Die so entstandene vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen Patienten und Pflorgeteam erlaubt es, frühzeitig auch settingübergreifende Therapiebausteine durch Pflegenden der Akutpsychiatrischen Station zu begleiten. So sind Mitglieder des Pflorgeteams Co-Therapeuten in sozio- und psychotherapeutischen Gruppen der Psychiatrischen Institutsambulanz und begleiten den Patienten zwischen den Settings. Hemmschwellen der Patienten bei notwendigen stationären Wiederaufnahmen können auf diesem Wege leichter abgebaut werden.

Nicht zuletzt zeigen sich Synergien innerhalb des gesamtpflegerischen Ablaufs der Psychiatrischen Klinik, in dem kurzfristig Vertretungssituationen abgefangen werden können ohne größere negative Auswirkungen auf die qualitative Versorgung der Patienten. Vorbehalte hinsichtlich möglicher Schwierigkeiten aufgrund des 3-Schicht-Systems der Pflege konnten durch geschickte und langfristige Dienstplanung, Ausweitung dieses Behandlungskonzeptes auf mehrere Stationen der Klinik und schließlich durch eine enge Zusammenarbeit

mit und kooperative Unterstützung durch die Pflegeleitung des Klinikums weitgehend ausgeräumt werden.

### **Lernziele des Vortrags**

Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen fällt es leichter vom ambulanten in das stationäre Setting während einer Exacerbation ihrer Erkrankung zu wechseln.

Die Gestaltung des Dienstplanes, sowohl für die Kontinuität in den Gruppen aber auch für die Bedürfnisse der Mitarbeiter ist möglich.

## **„Das assoziative Gemeinschaftsgedächtnis“**

### **Biographisch orientiertes Gedächtnistraining in heterogenen Gruppen am Beispiel der „Anne Kohn Feuermann“-Tagesstätte für SeniorInnen**

*Susanne Ogris, Thomas Barth*

„Gedächtnis ist wie ein Tresor, den man nur mit dem passenden Schlüssel öffnen kann. Ich freue mich immer auf Ihre Stunde!“ (Zitat einer Tagesstättenbesucherin)

Die demographischen Veränderungen stellen uns auch in der geriatrischen Betreuung und Pflege vor immer größere Herausforderungen. Der ältere Bevölkerungsanteil nimmt stetig zu, die familiäre Pflege wird in zunehmendem Maße durch die institutionelle ersetzt. Auch in Zuwandererfamilien, wo bislang die Betreuung der älteren Familienmitglieder in der Großfamilie stattfand, wird diese Betreuungsfunktion allmählich abgegeben an Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen. Somit werden wir in Zukunft in geriatrischen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen vermehrt mit KlientInnen aus unterschiedlichen Herkunftsländern und mit unterschiedlichen kulturellen Erfahrungshintergründen konfrontiert sein.

Vor ein besonderes Problem sind wir im Bereich des kognitiven Leistungstrainings gestellt, das vorwiegend über das Medium der Sprache operiert. Für Menschen mit nicht muttersprachlich deutschem Hintergrund sind daher Gedächtnisübungen im herkömmlichen Sinn oft demotivierend, weniger attraktiv und führen leicht zu Frustration und Verweigerung.

Eine weitere Herausforderung ist die Heterogenität der Gruppen auch in Bezug auf Variablen wie Alter, Bildung, kognitive Leistungsfähigkeit, emotionale Konstitution, Motivation, Stimmungslage, persönliche Beziehung zueinander und physische Einflüsse, wie z.B. Schwerhörigkeit, Sehbeeinträchtigung und Tremor. Denn wie können etwa schriftliche Gedächtnisübungen durchgeführt werden, wenn die Hand beim Ausfüllen zittrig ist, die Buchstaben nicht mehr gesehen werden oder jemand Analphabet ist?

Die Kernfrage lautet daher: Wie können all diese vielfältigen Aspekte in einer Form des Gruppen-Gedächtnistrainings berücksichtigt und integriert werden, sodass sowohl die emotionale Befindlichkeit als auch die kognitive Leistung möglichst vieler TeilnehmerInnen langfristig optimiert werden können?

Schlüsselfaktoren für ein erfolgreiches kognitives Leistungstraining sind das Finden einer gemeinsamen Sprache sowie eine optimale Balance der Gruppe in Bezug auf die kognitiv-emotionale Befindlichkeit, die z.B. bei Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Demenzerkrankungen von besonderer Relevanz ist.

Mit dieser Frage beschäftigen wir uns seit einigen Jahren in der „Anne Kohn-Feuermann“- Tagesstätte, dem geriatrischen Tageszentrum im Sanatorium Maimonides-Zentrum. Die großteils jüdischen KlientInnen (85%) stammen aus unterschiedlichen Herkunftsländern und sozialen Backgrounds und haben die unterschiedlichsten Migrations- und Verfolgungsbiographien.

### **Assoziatives Gemeinschaftsgedächtnis**

Um die eingangs erwähnten Aspekte im Gedächtnistraining umzusetzen, entwickelten wir eine Methode, die wir „Assoziatives Gemeinschaftsgedächtnis“ nennen: Ein Netzwerk an Gehirnen arbeitet in der Gedächtnistrainingsgruppe ein- bis zweimal wöchentlich eine Stunde lang seit 2006 zusammen. Das Setting umfasst einen ruhigen Raum (Salon der Tagesstätte) und einen ritualisierten Einstieg: Nachdem alle TeilnehmerInnen fächerartig in mehreren Reihen eng zusammengerückt um die Gruppenleitung herum Platz genommen haben, signalisiert das Schließen der Tür von innen den offiziellen Beginn. Die eben beschriebene Sitzordnung fördert den Gruppenzusammenhalt und die akustische Aufnahmefähigkeit. Zum Eingangsritual gehört auch, dass z.B. ein Satz wie „Auch wenn Sie in den hinteren Reihen sitzen, bei uns sitzt jeder in der ersten Reihe“ eine potentiell nachteilige Sitzordnung, die sich aufgrund räumlicher und situationsspezifischer Umstände, wie etwa Zuspätkommen aufgrund von notwendigen Pflegemaßnahmen (z.B. Blutzucker messen oder Inkontinenzversorgung durch eine Pflegeperson) kompensieren soll.

Das Eingangsstatement der Gruppenleitung, das sich immer wiederholt, beinhaltet die Betonung der Wichtigkeit der Anwesenheit jedes Einzelnen sowie

den Hinweis, dass in dieser Stunde es kein richtig oder falsch gibt, alles gesagt werden kann und den Gedanken freier Lauf gelassen werden kann.

Zu bestimmten Themen oder konkreten Begriffen wird in der Gruppe frei assoziiert. Dies und die Miteinbeziehung individuell und gruppenrelevanter sowie kulturspezifischer Elemente fördert die kognitive Merkleistung, da das, was subjektiv wichtig und daher emotional relevant ist, leichter erinnert wird. Innerhalb der Gruppe (Kollektiv) ist die Stimme jedes Einzelnen (Individuums) wichtig. Somit ergibt sich eine Kombination aus „Jeder ist ein Star“ und „Wir sind eine Gemeinschaft“. Diese Prozesse formten über die Jahre Gruppenkultur und Gruppenidentität der BesucherInnen und drücken sich jeden Tag in gemeinsam erlebter Kreativität, Sprache und zwischenmenschlichem Kontakt aus.

Die freien Assoziationen werden auch mit aus der Literatur bekannten Gedächtnisübungen wie z.B. berühmte Persönlichkeiten erraten, Bilden von Gegensatzpaaren, Ratespielen, Finden von Unter- und Oberbegriffen bei einmaliger Nennung etc. kombiniert. Damit wird das Langzeit- und das Kurzzeitgedächtnis - nach aktuelleren Forschungen von Solms und Turnbull (2007: 157) [1] gleichzusetzen mit dem Arbeitsgedächtnis - durch Kodierung, Speicherung, Abruf und Konsolidierung (ebd. 155) trainiert.

### **Faktoren des assoziativen Gemeinschaftsgedächtnisses**

Auf den ersten Blick scheinen die Begriffe „Alter“ und „Lernen“ miteinander nur schwer verträglich zu sein. Lebensbedingte körperliche und seelische Beschwerden, Stimmungslagen sowie hartnäckige Vorurteile, wie „Was Häschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ oder „Ich bin zu dumm“, können dem Zugang zu Geist, Motivation und damit der Lust am Lernen im Wege stehen. Dazu kommen vielleicht noch individuelle Erinnerungen an unangenehme Schulsituationen oder andere Erlebnisse, die mit Versagensängsten, etwas nicht zu wissen oder sich vor den anderen lächerlich zu machen, verbunden sind. Unter diesen Grundvoraussetzungen ist Lernen und Reproduzieren von Gedächtnisinhalten nur schwer möglich. Daher müssen Bedingungen geschaffen werden, die kognitive und vor allem emotionale Informationsaufnehmende und -speichernde Prozesse innerhalb der Gruppe möglichst nachhaltig begünstigen. Es ist Aufgabe der GruppenleiterIn, diese Prozesse zu initiieren,

sensibel zu steuern und so permanent in einer oszillierenden Bewegung, die sich aus einer Kombination von Fokus auf den Einzelnen und Übersicht über die Gesamtsituation zusammensetzt, in Gang zu halten. Diese Integration vom Blick auf das Ganze und den Einzelnen gleichzeitig stellt eine besondere Herausforderung für die GruppenleiterIn dar, die darüber hinaus auf autoritäre Regeln, wie z.B. Aufzeigen lassen, reihum Abfragen oder jemanden aufrufen - alles, wie vorhin erwähnt, aus der Vergangenheit der einzelnen TeilnehmerInnen potentiell angsterregende Prozesse - verzichtet.

Da es nicht nur ein Gedächtnis gibt, sondern unser Gehirn verschiedenste Vorgänge in einer Kombination aus Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Gedächtnis benutzt, um Reize aus der Umwelt und dem Inneren auszuwählen, zu verarbeiten und wieder abzurufen, verwenden wir auch verschiedenste Methoden, die diese Prozesse trainieren und so die Zeit schnell und sinnvoll genutzt vergehen lassen. Dieser multimodale Ansatz bezieht sich auf Solms und Turnbulls Annahmen zur „Gedächtnisvielfalt“ (2007: 163- 164), wonach „Erinnerungen auf mehrere unterschiedliche Weisen kodiert werden“. Als „Aktenschranke“ (ebd. 164) für diese Erinnerungen schlagen die Autoren eine in der Praxis häufig verwendete Unterscheidung aus semantischem (ebd. 164), prozeduralem (ebd. 170) und episodischem Gedächtnis (ebd. 174), die alle wiederum miteinander vernetzte Subsysteme enthalten, vor.

Weitere neurobiologische Forschungen (Kandel et al, 1996) [2] bestätigen, dass sich unter den geeigneten Bedingungen auch im fortgeschrittenen Alter neue Verknüpfungen von Nervenzellen bilden können und somit neues Lernen prinzipiell ein Leben lang möglich ist. Geeignetes Training kann diese Vorgänge also positiv beeinflussen.

### **Safe Space**

Eine dieser Bedingungen ist ein angenehmes und emotional bedeutsames Lernklima in einer Mischung aus Aktivierung und Entspannung. In einem so verstandenen Gedächtnistrainingskonzept gibt es die Grundregel des sicheren Raumes. So entsteht ein Klima der Sicherheit und gemeinschaftlicher Vertrautheit, in der es für alle möglich ist, sich zu öffnen, sich zu trauen und sich mitzuteilen.

„Safe Space“ bedeutet eine Zone (Sphäre), die so groß ist wie die Gesprächsrunde. Hier kann alles gesagt werden, hier wird niemand von den anderen gering geschätzt, kritisiert, ausgelacht oder - wenn jemand etwas vergessen hat oder nicht wissen sollte - auf irgendeine Art und Weise entwertet oder infantilisiert. Dieser sichere Raum bildet eine Antithese zu negativen Vorerfahrungen. Eine weitere wesentliche Qualität bildet das Nähren der Gruppe und jedes Einzelnen durch Lob, Anerkennung und Wertschätzung. Dieser Strom an weit gefächerter narzisstischer Zufuhr schafft eine Atmosphäre, die sich auch in den Interaktionen der Gruppenmitglieder außerhalb dieses Settings erkennen lässt. Wiederum ist es Aufgabe der GruppenleiterIn, diesen Rahmen zu schaffen und zu halten. Grundvoraussetzung dafür ist ein kontinuierliches Gewährsein und Durcharbeiten der eigenen Gegenübertragungsgefühle, um sich weder in persönliche Konflikte innerhalb der Gruppe zu verstricken noch durch idealisierende/ entwertende Spaltungsprozesse zum Mitagieren verführen zu lassen.

### **Freie Assoziationen**

Ebenso wird die aus der Behandlungstechnik von Sigmund Freud abgeleitete Methode der freien Assoziation in der Gruppe angewendet. Spontane Einfälle kreisen wie Bälle unter den TeilnehmerInnen. Es ist jedes Mal aufs Neue erstaunlich, mit welchem Esprit diese frei assoziierten Gedanken sprühen und zwischen den TeilnehmerInnen aufgebaut werden, sodass sich neue Einfälle aus den vorigen spontan entwickeln können.

Hier können innere Räume aufgehen, in denen nicht nur Worte, Zahlen und Fakten, sondern auch individuelle sensorische Erlebnisse wie Farben, Klänge, Düfte und Gefühle ihren Platz haben. So kann sich Erinnertes mit dem Neuen und Gegenwärtigen sinnlich und sinnvoll verbinden. Daraus entwickelt sich eine gemeinsam erlebte Kultur des freudigen Miteinander-Seins, der Neugier und der seelisch-geistigen Wachheit.

## **Projekt „Rätselonkel“**

Eine weitere Umsetzung der Methode des assoziativen Gemeinschaftsgedächtnisses findet gegenwärtig in Form eines Versuchsprojektes in Kooperation mit der Rätselzeitschrift „Rätselonkel“ statt, wobei die Gruppe im Rahmen des wöchentlichen Gedächtnistrainings spezielle Kreuzworträtsel generiert.

Die Elemente der Rätsel umfassen folgende drei Ebenen:

1. Allgemeine Begriffe, die in Kreuzworträtseln verwendet werden: Orte, Namen, Synonyme, etc.
2. Traditionelle Begriffe der jüdisch-österreichischen Kultur (z. B. jiddische Begriffe)
3. Spezielle Begriffe aus persönlichen, für die BesucherInnen der „Anne Kohn Feuermann“- Tagesstätte relevanten Namen, Bezeichnungen, Redewendungen und Inhalten (z.B. Wie lautet das vierte Wort im oft verwendeten Spruch von Frau O.? An welchem Wochentag kommt alle zwei Wochen der Orthopäde ins Haus?)

Die so generierten Kreuzworträtsel werden in einem Rückkoppelungsprozess den KlientInnen entweder einzeln oder in der Gruppe zur Lösung vorgelegt. Wie unsere Beobachtungen zeigen, fördert dieser Prozess die Festigung neuer und bereits vertrauter kognitiver Inhalte, ist motivierend, da es um persönlich relevante Informationen geht, gibt Selbstvertrauen und macht allen Freude.

## **Zusammenfassung**

In dem von uns beschriebenen Ansatz hat weniger die isolierte kognitive Leistung (wie z.B. das Auswendiglernen von Zahlenreihen) Priorität, sondern das Erreichen eines umfassenden kognitiv-emotionalen Zustandes, der Vigilanz, Wendigkeit, Erinnerung und Wohlbefinden des einzelnen und der Gruppe fördert.

Dieser Zustand äußert sich individuell und situativ unterschiedlich: Bei den einen wird er über eine Steigerung der Affizierbarkeit ausgedrückt, bei anderen über biographische Narrative, historische und politische Diskussionen sowie Geschichten aus dem persönlichen Umfeld, Anekdoten, Witze u. dgl. während des Gedächtnistrainings. Auch über den zeitlichen Rahmen des Ge-

dächtnistrainings hinausgehende Einfälle („Es sind mir noch so viele Begriffe über Nacht eingefallen“) werden von unseren KlientInnen berichtet.

Das Gruppengedächtnistraining ist Teil eines integrativen Betreuungskonzeptes, das mit anderen Aktivitäten, wie z.B. Chorsingen, Konzerten, Tanztherapie, Sturzprophylaxe, Kunsttherapie und tiergestützter Therapie verbunden ist. Durch dieses Angebot an Therapien und Aktivitäten entstehen weitere Prozesse, die einander - und damit die geistige und seelische Gesundheit der KlientInnen - positiv beeinflussen.

Mit der Methode des assoziativen Gemeinschaftsgedächtnisses konnten wir im Setting der Anne Kohn- Feuermann Tagesstätte eine Form des Gedächtnistrainings etablieren, die an eine kulturell und geriatrisch heterogene Gruppe angepasst ist, der Optimierung der Gruppenleistung bei kognitiven Aufgaben dient und die die Leistungsmotivation für das Individuum und die Gruppe mit spielerisch-kreativen, biographisch relevanten Techniken zu maximieren vermag.

## **Literatur**

1. Solms, M., Turnbull, O. (2007): Das Gehirn und die innere Welt. Neurowissenschaft und Psychoanalyse. Düsseldorf: Patmos.
2. Kandel, E., Schwartz, J.H., Jessel T.M. (Hrsg.). (1996): Neurowissenschaften: eine Einführung. Heidelberg: Spektrum, Akademischer Verlag.

# Leadership und psychiatrische EDV Dokumentation

*Eva Part, Harald Stefan*

## Hintergrund/ Einleitung

Während im somatischen Bereich, beispielsweise der Chirurgie, die Standardisierung der Dokumentation und die elektronische Erfassung bereits in breitem Umfang Verwendung finden, werden im Bereich der Psychiatrie elektronische Dokumentationsverfahren nur vereinzelt eingesetzt.

In der Psychiatrie werden traditionell die notwendige „ganzheitliche Sicht des Krankheitsgeschehens“ und die Individualität jedes einzelnen Falles besonders betont. Aufgrund dieser Meinung wird oftmals angenommen, dass ein elektronisches Dokumentationssystem zu eng sei und als Korsett wirken könnte. Tatsache ist, dass die Struktur der psychiatrischen Versorgung an die Flexibilität von elektronischen Patientendokumentationssystemen hohe zusätzliche Anforderungen stellt z.B. Datenschutz, enge Zusammenarbeit mit Gerichten und Patientenanwaltschaft, ein multiprofessionelles Arbeiten mit vielen unterschiedlichen Berufsgruppen und Beteiligten.

Ein wesentlicher Teil zur Entwicklung einer psychiatrischen EDV Dokumentation liegt darin, die alltäglichen Behandlungsprozesse so zu beschreiben und in Prozessdarstellungen zu formulieren, dass diese Prozesse individuell abbildbar werden.

Beinahe unüberschaubar scheint dieses Beziehungsgeflecht, das eine gute Patientendokumentation widerspiegeln muss, wenn die komplementären Behandlungseinrichtungen in die Dokumentation einfließen sollen.

Das in der Psychiatrie formulierte Ziel eines „gemeindepsychiatrischen Verbundes“, in dem alle an der stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlung und Versorgung Beteiligten in einem gemeindenahen Netzwerk zusammen arbeiten und ihre Leistungen am psychisch kranken Patienten koordinieren und aufeinander abstimmen, bedeutet, dass eine elektronische Patientendokumentation diese Vernetzungsstruktur abbilden und den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Leistungsbringern verbessern können muss.

## **Ziel/Fragestellung**

- Wie ist eine praktikable EDV Lösung in der Psychiatrie gesamt und im speziellen für die Pflege im Rahmen der oben beschriebenen Kriterien umsetzbar?
- Welche Ressourcen sind dafür notwendig (personell, finanziell, zeitlich etc.)?
- Welche Voraussetzungen müssen seitens des Pflegemanagements geschaffen werden, damit eine praktikable EDV Dokumentation geschaffen wird und zum Einsatz kommt?

## **Projektziele**

- Erarbeitung eines Pflichtenheftes für eine EDV Dokumentation in der Psychiatrie, welches den qualitativen Bedürfnissen der psychiatrisch Pflegenden entgegenkommt und den theoretischen und praktischen Anforderungen entspricht.
- Erarbeitung eines EDV Systems, welches den psychiatrisch Pflegeanforderungen und den Berufsgesetzen gerecht wird z.B. abbilden von Pflegeassessment, Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen, Pflegedurchführung, Pflegeevaluation, Pflegevisite.
- Implementierung des EDV Systems in die pflegerische Praxis.

## **Methode**

Im April 2009 wurde an der 5. Abt. des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe in Wien ein EDV Dokumentationssystem eingeführt, welches das bisherige System der handschriftlichen Pflegedokumentationsmappen komplett ersetzte.

Es wurde ein Projektteam geschaffen, wo sich die Mitarbeiter aller Berufsgruppen widerspiegeln. Die Vorbereitungszeit bis zur Implementierung betrug 18 Monate. Anhand eines EU Ausschreibungsverfahrens wurde eine EDV Softwarefirma nominiert und das vorhandene System wurde vollkommen überarbeitet und auf die Bedürfnisse der Psychiatrie in Wien adaptiert. Speziell der Bereich Pflegeprozess wurde vollkommen neu erarbeitet. Dabei wurde

die Expertise von Pflegenden, die bereits im Vorfeld bei der Erstellung von Pflichtenhefte mitgearbeitet haben, genutzt.

Die Aufgabe der Projektleitung Pflege war es, das vom Krankenanstaltenverbund gekaufte EDV Dokumentationsystem gemeinsam mit den Projektgruppenmitgliedern an die Anforderungen einer allgemein psychiatrischen Abteilung anzupassen.

Diese Anpassungsschritte wurden auf 2 Ebenen geplant:

1. Anpassung der pflegerischen Dokumentation
2. Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten).

Ziel war es den gesamten Pflegeprozess abzubilden (Pflegeassessment, Pflegediagnose, Pflegeziel, Pflegemaßnahmen, Pflegedurchführung, Pflegeevaluation, incl. Pflegebericht, Einschätzungsskalen, Dienstübergabe und Pflegevisite).

Das EDV System soll einerseits den qualitativen Bedürfnissen entgegenkommen und andererseits den praktischen Anforderungen entsprechen. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, bewährte Abläufe (positive Traditionen) der Stationen zu integrieren und Stolpersteine (negative Traditionen) neu zu überdenken und zu bereinigen.

Die erste Aufgabe in der Zusammenarbeit mit dem EDV Mitarbeitern war es, eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis zu erarbeiten. Dabei war auffallend, dass die verschiedenen Professionen eine sehr unterschiedliche Wortwahl und ein unterschiedliches Prozessverständnis hatten. Die Unkenntnis und das Unverständnis vom Erfassen komplexer Arbeitsabläufe und Prozessen in einem Großkrankenhaus führte oft zu Missverständnissen. Arbeitsschritte welche für einen EDV Mitarbeiter als kleine Veränderung erschien, bedeutete für den täglichen Arbeitsablauf der Pflegenden eine große Veränderung und wurde als nicht akzeptierte Aufwendung betrachtet. Diese Phase war zeitintensiv und erwies sich prospektiv als extrem wichtig und wertvoll für den weiteren Verlauf.

In weiterer Folge war es wichtig den EDV Anbieter davon zu überzeugen, dass sich Strukturen aus anderen allgemeinen medizinischen Bereichen nicht identisch auf die psychiatrische Arbeit und die erforderlichen Prozesse übertragen lassen z.B. Ausdrücke, Formulierungen und Bezeichnungen, die in Deutschland

verwendet werden, haben in Wien eine andere Bedeutung. Dies musste individuell kulturell geklärt werden.

## **Ergebnis**

Das in enger Kooperation mit allen Beteiligten geschaffene EDV Produkt für die psychiatrische Pflegedokumentation ersetzt die schriftliche Dokumentation zur Gänze und ermöglicht eine bessere Lesbarkeit der Dokumentation, eine bessere Übersicht über die Patientenabläufe und ermöglicht Auswertungen für Forschung und Wissenschaft. Zukünftig kann durch rasch durchführbare Abfragen die Pflegeforschung erleichtert werden und Dokumentationsysteme müssen nicht händisch gelesen und eingearbeitet werden z.B. Interventionen bei Beschränkungsmaßnahmen, bei Aggressionsvorfällen, Beschränkungszeiten.

Das Ziel, die Mitarbeiter so gut als möglich mit einzubeziehen, Abläufe zu analysieren und das EDV System auf Praxistauglichkeit zu überprüfen, konnte in der Vorbereitungszeit erreicht werden. Die Vorbereitungszeit von 18 Monaten wurde produktiv genutzt und scheint angemessen in Bezug auf Zeitdauer und Umfang des Projektes. Eine besondere Aufgabe stellte das Entwickeln eines Pflegeverständnisses bei den EDV Mitarbeitern dar, z.B. Was ist Pflege? Was sind die Tätigkeiten der Pflege? Aufgrund welcher Beweggründe wird Pflege tätig? Warum werden Skalen und Indizes angewandt wie sie angewandt werden? Durch die intensive Zusammenarbeit sowie die häufige Rücksprache der Projektteammitgliedern und der EDV Mitarbeiter, wurde dieses Verständnis der EDV Mitarbeiter (Programmierer) entwickelt. Das Problem war nicht, dass im herkömmlichen EDV System Abläufe und Prozesse nicht verfügbar waren. Sie waren vorhanden fanden jedoch in dieser Form keine Akzeptanz bei den Nutzern und wurde als nicht praktikabel eingeschätzt. Bei den pflegenden Mitarbeitern regte sich Unverständnis und die Kooperationsbereitschaft schien schwierig falls an dem Vorhandenen festgehalten werden sollte.

Den Mitarbeitern der Pflege war es wichtig das neue System, d.h. die EDV an praktikable Abläufe anzupassen und nicht umgekehrt wie dies am Beginn von den EDV Mitarbeitern gefordert wurde. Die daraufhin erfolgte intensive Zusammenarbeit und die Änderungen hin zu einer Pflegeorientierung waren für die Akzeptanz des neuen Systems von großer Bedeutung. Die Ängste der Mit-

arbeiter waren anfangs sehr hoch (z.B. bei älteren EDV unerfahrene Mitarbeiter, bzw. gegenüber Veränderungen prinzipiell, Veränderungen der gewohnten Abläufe, es bestanden Unsicherheiten ob sich der Arbeitsaufwand erhöhen oder lohnen würde).

Mit jedem Schritt, wo sich die Mitarbeiter mit ihren Arbeitsabläufen im neuen EDV System wiederfanden stieg deren Compliance und deren aktive Mitarbeit. Die Implementierung und die Vorarbeiten konnten mit den bestehenden personellen Ressourcen der Abteilung bewältigt werden. Es waren alle Mitarbeiter bereits vor der Implementierung der EDV Dokumentation informiert und gefordert (die Arbeitsgruppenmitglieder waren im ständigen Austausch mit den Teammitgliedern der Stationen und der Informationsaustausch verlief immer in beide Richtungen).

In den Arbeitsgruppen wurde rasch die Entscheidung getroffen, dass alle Berufsgruppen gleichzeitig auf die psychiatrische EDV umgestellt werden soll, um eine doppelte Dokumentation bzw. das Dokumentieren in verschiedenen Systemen zu vermeiden. Eine zeitlich gut abgestimmte Einschulung der Mitarbeiter vor dieser umfassenden EDV Implementierung war wichtig, um Sicherheit zu vermitteln und Arbeitsprozesse während der Implementierungsphase möglichst reibungslos zu gestalten. In dieser Projektphase wurden auch die meisten Probleme sichtbar und diskutiert (unterschiedlicher Entwicklungs-, Wissens- und Motivationsstand der Mitarbeiter und Berufsgruppen). Die Pflegenden und die Therapeuten waren in allen Bereichen rascher organisiert, informiert und eingeschult als die Berufsgruppe der Ärzte.

In allen Schulungseinheiten war die Anwesenheit des EDV Mitarbeiters (Programmierer) und der pflegerischen Projektleitung gegeben. Somit konnten die meisten Fragen zu eventuell geänderten Abläufen gleich beantwortet werden. Im Rahmen dieser Schulungen zeigte sich, dass viele wertvolle Anregungen und Wünsche von den Schulungsteilnehmern ausgesprochen wurden, welche dann durch die Anwesenheit der Projektleitung und des EDV Mitarbeiters auch ins System einfließen konnten.

Die Schulungen fanden in Gruppen zu max. 12 Personen statt. Damit war gewährleistet, dass auf die individuellen Bedürfnisse und unterschiedlichen Vorkenntnisse der Mitarbeiter Rücksicht genommen werden kann. Es zeigte sich, dass eine einmalige Schulung aufgrund der Komplexität des EDV Systems, nicht ausreichend ist. Daraufhin wurden an den Stationen die einzelnen Mitarbeiter direkt am Arbeitsplatz instruiert und begleitet. Die einzelnen Abläufe wurden wiederholt besprochen, vorgezeigt und Fragen konnten geklärt werden. Die Mitarbeiter wurden ermuntert wiederholt Fragen zu stellen, sich Abläufe erklären zu lassen um Unklarheiten zu beseitigen.

Bei den Schulungen der nicht-pflegerischen Berufsgruppen wurde die pflegerische Projektleitung miteinbezogen da es, hier vor allem im ärztlichen Bereich, die meisten Schnittstellen gibt.

Der Zeitraum zwischen den Schulungen und dem Start der Implementierung betrug 6 Wochen. Dabei war es besonders wichtig den Wissensstand der Mitarbeiter aufrecht zu erhalten. Dies stellte neben den Anforderungen des normalen Stationsbetriebs für die Projektleitung und die Mitarbeiter eine enorme Herausforderung dar.

Entgegen der zuerst geplanten sofortigen Umstellung aller Patienten auf die EDV Dokumentation hat sich das Projektteam kurz vor der Implementierung entschieden, nur neu aufgenommene Patienten ins EDV System zu übernehmen und die anderen Patienten bis zu deren Entlassung im herkömmlichen Dokumentationssystem zu administrieren. Entgegen der Empfehlung des EDV Anbieters wurde die psychiatrische EDV Dokumentation bei allen Berufsgruppen gleichzeitig gestartet. Diese Entscheidung wurde von der Projektgruppe getroffen, um nicht mit verschiedenen Dokumentationssystemen gleichzeitig arbeiten zu müssen Doppelgleisigkeiten wurden dadurch vermieden und die Mitarbeiter konnten sich auf ein System konzentrieren und sich gegenseitig unterstützen. Nach ca. 5 Wochen wurden ca. 80% der Patienten in der elektronischen Krankengeschichte dokumentiert.

Trotz anfänglicher Mängel und teilweise auch fehlender Alltagstauglichkeit fanden sich die Mitarbeiter der Pflege sehr rasch im System zurecht, arbeiteten konstruktiv mit und unterstützen durch viele Ideen die Arbeiten zur Ver-

besserung des Systems. Die Vorteile einer EDV Dokumentation konnten von den Nutzern schon bald nach der Implementierung genannt werden.

Als größten Vorteil sehen die Mitarbeiter, dass die Dokumentation jederzeit verfügbar ist und die bessere Lesbarkeit, welche die Dokumentation selbst zu einem bedeutenden Instrument macht, welches vermehrt genutzt wird. Auch schätzen die Mitarbeiter aller Berufsgruppen die raschere Verfügbarkeit der Dokumentation und die Informationsabfragen zu den anderen Berufsgruppen (chronologische Ordnung).

Eine Abfrage in den Teams ergab, dass die Vorteile überwiegen und nur vereinzelte Mitarbeiter dem alten System nachtrauern.

### **Lernziele für den Vortrag**

- Die TeilnehmerInnen erkennen die Wichtigkeit einer professionellen Vorbereitung eines Pflichtenheftes für die Ausschreibung einer EDV Dokumentation.
- Die TeilnehmerInnen erkennen die Wichtigkeit einer professionellen pfegefachlichen Mitarbeit bei der Erarbeitung eines Pflichtenheftes und der Erarbeitung einer EDV Dokumentation.
- Die TeilnehmerInnen erkennen den möglichen Bedarf bei der Implementierung einer EDV Dokumentation
- Die TeilnehmerInnen erkennen neue Möglichkeiten in der Praxis und Forschung durch die Verwendung einer EDV Dokumentation.

# Die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflege in der Suchttherapie „Vom Wärter zur Gesundheitsschwester“

Romed Plattner

## Vorwort

Anlässlich einer Tagung „25 Jahre Krankenhaus De la Tour (Suchtkrankenhaus)“ in Kärnten/Österreich war ich als einziger nicht ärztlicher Referent zu einem Kurzvortrag geladen. Da mir die Entwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege seit Jahren ein großes Anliegen ist kam der Entschluss mir mal Gedanken über die Rolle unserer Berufsgruppe in der Suchttherapie zu machen. Ich bekam nach diesem Vortrag ein gutes Feedback, somit war es für mich nahe liegend mich mit diesem Vortrag auch für den diesjährigen Dritten Länderkongress zu bewerben und bin froh, dass solche berufspolitischen Themen auch Platz finden.

## Inhalt

- Geschichte der Krankenpflege.
- Aufgaben in der Suchttherapie.
- Zukünftige Entwicklungen.

## Geschichte der Krankenpflege

Hiezu habe ich mir 2 wesentliche Punkte aus der Geschichte der Krankenpflege ausgesucht: Die Jahrhundertwende 1900 - zu dieser Zeit war die Berufsbezeichnung des Psychiatrischen Pflegepersonals noch „Wärter“ bzw. „Irrenwärter“. Zitat aus einem Referat aus der Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in Hannover August Forel 1898:

*„Zu einem guten „Wärter“ gehört Geduld, Gutmütigkeit sogar etwas Beschränktheit, wir Psychiater wären keine guten „Wärter“, ein guter „Wärter“ muss sich lachend vom Kranken prügeln lassen und die ärgsten Unreinlichkeiten unermüdlich putzen. Mit gelehrten „Wärtern“ riskieren wir psychiatrische Pfuscher zu erziehen die später laienhaft Zeitungskritik an Psychiatrie üben und Unheil anstiften“*

Dies spiegelt schön die Rolle der Krankenpflege an der Psychiatrie um die Jahrhundertwende wieder. Natürlich war es zu diesem damaligen Zeitpunkt auch klar, dass „Wärter“ bzw. „WärterInnen“ in Irrenanstalten wohnten, d.h. sie waren also 24 Stunden für die PatientInnen da. Kurze Zeit später wurde zwar die Berufsbezeichnung von „Irrenwärter“ auf „Irrenpfleger“ geändert und es war zumindest im Ausdruck „Pflege“ ein leicht positiver Wandel zu erkennen. Jedoch war zu dieser Zeit das Wichtigste: „Der absolute Gehorsam gegenüber dem Vorgesetzten“, also dem Verwaltungsdirektor, der meist gleichzeitig auch als Oberarzt fungierte. Überbegriff für diese Zeit „Die Macht des Wissenden“.

Das zweite wichtige Jahr aus der Geschichte war 1997. Hier kam es zur Einführung des neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Österreich, wo unter anderem zum ersten Mal Begriffe wie der Pflegeprozess, die Pflegediagnose, der eigen-/ und mitverantwortliche Tätigkeitsbereich und auch die Gesundheitspflege usw. gesetzlich verankert wurden. In diesem Jahr wurde die Gesundheits- und Krankenpflege endgültig eine eigenständige Berufsgruppe.

### **Aufgaben in der Suchttherapie**

Von mir wurden Vergleiche angestellt – was blieb gleich und was hat sich geändert zwischen 1900 und 2008.

Gleich geblieben ist,

- dass die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflege nach wie vor in der Alltagsbewältigung / Alltagsbegleitung der Patienten liegt;
- dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal nach wie vor die erste Anlaufstelle für Patienten ist;
- dass die Bezugspersonen das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist
- dass das Gesundheits-/ und Krankenpflegepersonal 24 Stunden in Kontakt mit den Patienten ist.

Geändert hat sich,

- dass die Gesundheits- und Krankenpflege heute sehr modern arbeitet, sie hat eine fundierte Ausbildung, Begriffe wie Pflegeprozess, Pflegediagnos-

tik, eigen-/ und mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich, usw. machen uns heute weniger Angst,

- jedoch gibt es hier noch viel zu tun.
- Auch arbeitet die Gesundheits- und Krankenpflege heute ressourcenorientiert und man spricht nicht mehr von
- Bezugsperson sondern Bezugspflege bzw. Beziehungspflege, d. h. eine Pflegeperson begleitet durchgehend den Patienten während des ganzen stationären Aufenthaltes.
- Die Gesundheits- und Krankenpflege setzt sich vermehrt mit der Gesundheitsförderung auseinander.
- Es stellt sich also die Frage: „Was sind die Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege bzgl. Gesundheitsförderung in der Suchttherapie?“

### **Hypothese**

- Suchtprävention
- Steigerung des Wohlbefindens physisch wie psychisch
- Steigerung bzw. Wiedererlangung der Genussfähigkeit

### **Zukünftige Entwicklungen**

- Netzwerke in der Pflege
- Aufgaben in der Prävention
- Stärkung der Berufsgruppe in ihrer Eigenständigkeit

**Netzwerke in der Pflege:** Diesbezüglich haben wir den ersten Schritt getan, leitende Pflegepersonen aus Suchteinrichtungen in Österreich haben sich vor vier Jahren zum ersten Mal getroffen und das „Netzwerk der Pflegedienstleitungen aus Einrichtungen von Abhängigkeitserkrankungen“ gegründet. Wir treffen uns 1 x jährlich immer in einer anderen Suchteinrichtung um diese kennen zu lernen und uns auszutauschen.

**Aufgabe in der Suchtprävention:** Auch hier hat die Gesundheits- und Krankenpflege im Sinne der Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsvorsorge ihren Teil zu leisten. Ich denke da an Suchtprävention in Vereinen, Schulen, Betrieben oder anderen Einrichtungen.

**Stärkung der Berufsgruppe:** Was mir in Bezug auf Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsvorsorge noch ganz wichtig ist, ist die „Stärkung der Berufsgruppe“ in ihrer Eigenständigkeit. Denn es ist nicht außer Acht zu lassen, dass die öffentliche Meinung nach wie vor diese ist, dass die Gesundheits- und Krankenpflege unter dem „Mantel der Ärzteschaft“ arbeitet - also eher noch als „dienende Berufsgruppe“ und als „Eigenständige“ noch gar nicht richtig wahrgenommen wird. Blicken wir ein wenig zurück in die Geschichte: Aus der Berufsgruppe Krankenpflege ist die Sozialarbeit, die Ergotherapie und die Physiotherapie hervor gegangen. Diese Berufsgruppen haben heute in der Öffentlichkeit ein viel höheres Ansehen als die Gesundheits- und Krankenpflege und werden auch besser entlohnt. So ist es eine große Aufgabe in der Zukunft, dass ein Teil der Gesundheitsförderung in der Hand der Gesundheits- und Krankenpflege bleibt.

### **Literatur**

1. Forel, A. (1898) Referat auf der Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in Hannover. In: „Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie“ Berlin.
2. Fürst, I. „Irrenpflege – IRRE PFLEGE“ Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Magistra der Philosophie an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Leopold-Frazens-Universität-Innsbruck Institut für Erziehungswissenschaften.

## **Pflege und Arzt auf Augenhöhe – ein Therapiekonzept!**

*Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle*

### **Abstract**

Die Pflegewissenschaft und die Fachausbildung, die Strukturen z.B. des primary nursing und die Weiterbildung Pflegenden bewirken eine steigende Qualifizierung in der Pflege. Dies bedeutet auch die qualifizierte Ausübung von therapeutischen Tätigkeiten. Dieses findet nicht nur in den Bereichen Sozio- und Milieuthherapie, sondern unter anderem auch in überschneidenden Bereichen z.B. mit der Ergotherapie als auch in psychotherapeutischen Verfahren statt.

Qualifizierung beinhaltet auch die Übernahme von mehr Verantwortung im gesamten Behandlungsprozess. Verantwortungsübernahme bedarf aber auch einer strukturellen oder personalisierten Zuordnung und somit einer Konzeptionalisierung. Verantwortungsübernahme bedeutet aber auch das Recht und die Pflicht zur Mitsprache und Konzeptentwicklung. Hierbei sind die pflegerische und die ärztliche Berufsgruppe unseres Erachtens gefordert, in gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung, „auf Augenhöhe“ im Sinne unserer Patienten zusammen zu arbeiten.

Vorstellen wollen wir unser Berufsgruppen übergreifendes, sich an dem gesamten Behandlungsprozess orientierendes Therapiekonzept. Dieses beinhaltet sowohl organisatorische, pflege spezifische, medizinische und psychotherapeutische Bereiche, die in gemeinsamer Verantwortung entwickelt wurden und ausgeübt werden.

Nach einer Einführung in das Thema beschreiben wir anhand des Behandlungsprozesses die wichtigsten Elemente, deren verantwortliche Zuordnung und Auswirkungen auf den Alltag sowie die Bedeutung für das eigene Rollenverständnis und die Haltung zueinander.

### **Lernziele des Workshops**

- In einem Diskurs mit den Teilnehmern sollen deren Erfahrungen und Erwartungen abgeglichen werden.
- Ideen und die für deren Umsetzung im eigenen Arbeitsumfeld notwendige Voraussetzungen sollen entwickelt werden.
- Abschließend sollen, angelehnt ans Psychodrama, gespielte Szenen des Klinikalltages die Bedeutung der „Rollen“ und Haltung beleuchtet werden.

# **Master of Advanced Studies in Mental Health: Psychiatrische Pflege für die Zukunft rüsten**

*Franziska Rabenschlag, Andreas Heuer, Marie-Theres Nieuwesteeg*

## **Hintergrund**

Die psychische Gesundheit wird vom International Council of Nurses [1] (ICN), von der WHO [2] und von der Europäischen Union [3] aufgrund der Datenlage, der Behandlungsmöglichkeiten und –Erfordernisse sowie der fortdauernden Stigmatisierung als zentrale gesundheitspolitische Herausforderung angesehen. Die Bildungslandschaft in der Schweiz verfügt jedoch über kein entsprechendes Ausbildungsangebot.

## **Einleitung**

Bestimmte Ausbildungen für Gesundheitsberufe werden in der Schweiz seit 2002 teilweise auf dem Niveau der Fachhochschulen angeboten. Dies gilt nur in beschränkter Masse für die Pflegeausbildungen. Die Schweizer Bildungssystematik für Gesundheitsberufe legt fest, dass spezialisierende Ausbildungen auf dem Weiterbildungsweg erworben werden müssen [4]. Damit Fachkräfte in psychiatrischer Pflege den anstehenden beruflichen Herausforderungen gewachsen sein werden, braucht es deshalb Weiterbildungsangebote auf Hochschulebene, wie als Beispiel Weiterbildungs-Masterstudiengänge.

## **Ziel / Thema**

An der Berner Fachhochschule (Schweiz) wird seit Frühjahr 2009 ein Weiterbildungs-Masterstudiengang (Master of Advanced Studies oder MAS) in Mental Health angeboten. Das übergeordnete Ziel des MAS Mental Health ist eine fachliche Vertiefung, die sich an den Bedürfnissen der Praxis, am Bedarf der Gesundheitsversorgung und an den wissenschaftlichen Anforderungen orientiert. Nach Abschluss dieses Studiengangs verfügen die Teilnehmenden über Kompetenzen, mit denen sie gesundheitsrelevante Strategien spitalintern und -extern entwickeln, einführen und auf andere Orte, Gruppen oder Settings transferieren können. Sie setzen sich mit relevanten Einflussfaktoren der psy-

chischen Gesundheit und Krankheit systemorientiert auseinander und leiten effiziente, wirtschaftliche und wirksame Interventionen ab. Die erworbenen Fach- und Umsetzungskompetenzen können in einer Führungsposition oder als Praxisexpertin umgesetzt werden.

### **Methode der Entwicklung des MAS**

Aufgrund der politischen und bildungspolitischen Voraussetzungen und durch eine Erhebung mittels Fragebogen wurden der Bedarf und die Bedürfnisse an psychiatriespezifischen Pflegekompetenzen ermittelt. Die Resultate der Erhebung wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und mit persönlichen Interviews mit Schlüsselpersonen und der Begleitung durch einen fachlichen Beirat ergänzt.

### **Ergebnisse**

Die Resultate der mündlichen und schriftlichen Befragung ergaben die jetzigen Inhalte des MAS – Studienganges Mental Health und die modulare Struktur mit verschiedenen Bausteinen. Dabei wurde grundsätzlich deutlich, dass Fachpersonen über psychiatriespezifische, evidenz- und wertebasierte Kompetenzen verfügen sollen, die sie in einer fachlichen Leadership-Funktion umsetzen. Das heisst, es sind nicht in erster Linie Führungskompetenzen gefragt, sondern in Kombination mit psychiatriespezifischen Kenntnissen Entscheidungs- und Führungskompetenzen. Ein weiteres grundlegendes Resultat war die Notwendigkeit von handlungsorientiertem Know-how, weshalb ein Schwerpunkt auf pflegerischen und interdisziplinären Interventionen im Rahmen der psychischen Gesundheit und Krankheit gelegt wurde. Weiter wurde der Studiengang aufgrund der Ergebnisse einerseits pflegespezifisch und andererseits interdisziplinär gestaltet.

Die Lehrinhalte betreffen, aufgrund der Abklärungen, psychiatriespezifische Pflege Themen (Bsp.: Pflegeprozess), psychiatriespezifische, aber disziplinär übergreifende Themen (beispielsweise aufsuchende Betreuungsformen) und aufgrund der sich verändernden Versorgungsformen Public Health - relevante Inhalte (Bsp.: vulnerable Gruppen).

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Der MAS – Studiengang startete im Frühjahr 2009. Erste Erfahrungen der Studierenden und ein Ausblick auf weitere Entwicklungen werden am 3-Länderkongress 2009 in Wien dargelegt.

## Literatur

1. International Council of Nurses ICN. (2002). Position statement mental health (adopted 1995, revised 2002). [Internet]. Zugriff: 08.03.2009. [<http://www.icn.ch/psmental.htm>].
2. Weltgesundheitsorganisation WHO. (2005). Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (EUR/04/5047810/7). Kopenhagen: WHO Europa: Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit - Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (Helsinki, 12.–15. Januar 2005).
3. Europäische Kommission - Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz. (2005). Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ KOM(2009)484). Retrieved 19.02.2006, from [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_de.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf).
4. Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 13.12.2002. [Website]. Zugriff: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/4/412.10.de.pdf>.

# **Evaluation der Betreuungsarbeit in ambulanten und stationären Wohnformen für psychisch kranke und behinderte Menschen in Westfalen-Lippe**

*Dirk Richter*

Im Rahmen der Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung der psychiatrischen Versorgung in den 1980er- und 1990er-Jahren sind zahlreiche neue Versorgungsformen entstanden, die zunächst durch ehemalige Langzeit-Patienten der psychiatrischen Fachkliniken in Anspruch genommen worden sind. Im Laufe der Zeit haben sich diese Versorgungsformen des stationären und ambulant betreuten Wohnens zu eigenständigen Institutionen entwickelt. Der Prozess der Ausgliederung der Versorgung chronisch kranker Patienten bzw. Klienten aus dem Kernbereich der Psychiatrie hat sich mehr oder weniger gleichartig in nahezu allen europäischen Ländern vollzogen. Diese Wandlung der psychiatrischen Versorgung außerhalb des medizinischen Kernbereichs der ambulanten und (teil-)stationären Behandlung ist – von wenigen Ausnahmen abgesehen – in den vergangenen Jahren wissenschaftlich kaum begleitet worden [1]. Auch international haben sich erst wenige Studien nach den Enthospitalisierungen mit dem Wohnsektor befasst [2-5].

Die Platzzahlen im psychiatrischen Wohnsektor haben sich einer neuen europäischen Vergleichsstudie zufolge in Deutschland von 8,9 Plätzen auf 100.000 Einwohner im Jahre 1992 auf 63,3 Plätze auf 100.000 Einwohner im Jahr 2006 erhöht, während die Anzahl der psychiatrischen Klinikbetten im diesem Zeitraum nur leicht rückläufig war [6]. Deutschland liegt damit im oberen Bereich im europäischen Vergleich.

Der Wandel der Versorgung vom Gesundheits- zum Sozialwesen ist zum Teil schon kritisch kommentiert worden, beispielsweise unter dem Stichwort der Re-Institutionalisierung [7]. International gesammelte Daten verdeutlichen, dass parallel zur Enthospitalisierung sowie danach die Platzzahlen im Wohnbereich die früheren Bettenzahlen ausgeglichen haben oder sogar überkompensieren.

Die vorliegende Studie evaluiert die aktuelle Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, einem öffentlich-rechtlichen Einrichtungsträger in Nordwest-Deutschland. Die Wohnverbände bestehen seit 1997 und haben sich überwiegend an Standorten und in den Gebäuden früherer psychiatrischer Kliniken etabliert. Allerdings bestehen mittlerweile auch erhebliche Platzkapazitäten außerhalb dieser traditionellen Standorte insbesondere im Bereich des ambulant betreuten Wohnens.

## **Methode**

Gemeinsam mit den Leitungen der regionalen Wohnverbände wurde das Datenerhebungsdesign und –verfahren entwickelt. Der Datenerhebungsfragebogen enthält soziodemografische und biografische Angaben für jede Bewohnerin und jeden Bewohner, Angaben zur aktuellen Wohnform und Finanzierung des Aufenthalts, Daten zur sozialen Integration der Bewohner sowie Angaben zu psychiatrischen Behandlungen und körperlichen Erkrankungen. Darüber hinaus ist die Schwere der Behinderung individuell mit der deutschen Version der Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS-D) [8] erhoben worden. Die subjektive Lebensqualität wurde mittels einer abgewandelten Version des Berliner Lebensqualitäts-Profiles erhoben [9].

Die Datenerhebung erfolgte überwiegend durch die Bezugsbetreuerinnen und –betreuer der jeweiligen Bewohner, das heißt, mit Ausnahme der Daten zur Lebensqualität handelt es sich um Angaben und Einschätzungen der jeweils zuständigen Bezugsbetreuer. Die Studienpopulation umfasste in der Gesamtheit sämtliche Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klienten der Wohnverbände (N=1933). In die nachfolgenden Auswertungen wurden jedoch nur die Daten der Bewohner und Klienten aufgenommen, die wegen einer psychischen Behinderung (in der Regel als Folge einer psychischen Störung) oder im Rahmen einer Behinderung als Folge einer Suchtmittelabhängigkeit betreut wurden (N=1486). Das Interview zur Lebensqualität ist mit 941 Bewohnern bzw. Klienten geführt worden, dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 63,2 Prozent. Um die soziale Erwünschtheit der Antworten zu reduzieren, wurden die Interviews nicht von den Bezugsbetreuern oder Wohngruppen-

mitarbeitern durchgeführt, die direkt mit den Klienten arbeiten, sondern durch weiter entfernt arbeitendes Betreuungspersonal.

## **Ergebnisse**

Bei den durch die Wohnverbände betreuten Bewohner und Klienten handelt es sich überwiegend um eine männliche Klientel, die im Durchschnitt 48 Jahre alt ist. Der Anteil der Bewohner mit einer primären psychischen Störung beträgt 58 Prozent, weitere 14 Prozent der Bewohner leben in den Einrichtungen aufgrund einer suchtbezogenen Behinderung. Der Anteil der Klienten mit einer psychischen oder suchtbezogenen Behinderung steigt mit der Öffnung des Betreuungsverhältnisses. Während dieser Anteil in den geschlossengeschützten WGs 55 Prozent beträgt, beläuft er sich im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) auf knapp 90 Prozent.

Die mit der HoNOS-Skala ermittelte Schwere der Behinderung diskriminiert gut zwischen den Wohnformen stationär geschlossengeschützt, stationär offen und ambulant betreutes Wohnen in dem Sinne, als die Werte mit der Öffnung der Wohnformen abnehmen. Mehr als ein Drittel der Bewohner haben keinen Schulabschluss und knapp zwei Drittel verfügen über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Allerdings zeigen sich hier erhebliche Unterschiede zwischen den stationären WGs und dem ABW. Ein weiterer Unterschied zeigt sich beim Familienstand der Klienten und Bewohner, ABW-Klienten sind zu einem geringeren Anteil niemals verheiratet gewesen, insgesamt beläuft sich die Rate der Ledigen auf knapp 80 Prozent. Ein weiteres biografisches Detail ist die Angabe zur Häufigkeit der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte in den fünf Jahren vor der Erhebung. Hier wird deutlich, dass die ABW-Klienten erheblich mehr Klinikaufenthalte in den letzten Jahren aufweisen als die stationären Bewohner.

Hinsichtlich der sozialen Integration wird deutlich, dass nur ein kleiner Teil der Klientel bedeutsame Kontakte zu nicht behinderten oder nicht psychisch kranken Freunden oder Bekannten hat. Das erklärte Ziel der Eingliederung in diesem Versorgungssektor soll zu einem großen Teil über die Tagesstruktur bzw. die Beschäftigung erfolgen. Wie nicht anders zu erwarten, ist nur ein ganz geringer Anteil der Klienten auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt (ein Prozent). Die überwiegende Tagesstruktur erfolgt in Werkstätten für behinderte

Menschen, in Arbeitstrainingswerkstätten sowie in Tagesstätten bzw. Tagesförderstätten (die Terminologie ist hier uneinheitlich). Auffällig ist jedoch, dass knapp ein Drittel der Klientel keine Tagesstruktur hat, und dass der Anteil ohne Tagesstruktur im ABW-Bereich mit 45 Prozent noch einmal deutlich höher liegt.

Die mittels der revidierten Fassung des Berliner-Lebensqualitätsprofils gemessene Lebensqualität weist zwischen den Wohnformen keinerlei signifikante Unterschiede auf, und dies trotz der relativ hohen Fallzahl.

Die Bezugsbetreuer wurden in der vorliegenden Studie gebeten, die ihrer Meinung nach absehbare Perspektive des Betreuungsverhältnisses für jeden Bewohner bzw. Klienten anzugeben. Diese Frage umfasste zum ersten die Antwortausprägungen des Erhalts sozialer, psychischer und gesundheitlicher Funktionen, zum zweiten die weitere Verselbständigung der Wohnform und zum Dritten den Übergang in eine Pflegeeinrichtung. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Mitarbeiter bei knapp 80 Prozent der Bewohner und Klienten nicht das Ziel der weiteren Verselbständigung sahen. Die geringste Chance auf eine weitere Verselbständigung wurde für die Klienten im ABW angenommen.

Aufgrund der hohen Bedeutung dieses Parameters wurde eine logistische Regression durchgeführt mit den Ausprägungen Erhalt vs. Verselbständigung. Adjustiert für die Variablen Geschlecht, primäre Behinderung, Wohnform, soziale Integration, Lebensqualität und Pflegebedürftigkeit erwiesen sich vier Merkmale als signifikante Prädiktoren für den Funktionserhalt. Dies waren die Variablen des Schweregrads der Behinderung (HoNOS) (Odds Ratio 1,05; 95-Prozent-Konfidenzintervall 1,01-1,08), Aufenthaltsdauer in der Wohnform (OR 1,04; KI 1,00-1,08) und Alter (OR 1,05; KI 1,03-1,08). Dies bedeutet, dass mit jedem Punkt auf der HoNOS-Skala das Risiko einer Nicht-Verselbständigung um 5 Prozent steigt, für jedes Jahr in der Wohnform um 4 Prozent und für jedes Lebensjahr wiederum um 5 Prozent. Als stärkster Prädiktor erwies sich jedoch die Wohnform des ABW (OR 6,91; KI 2,55-18,69). Allein die Tatsache, im ABW zu leben, erhöhte das Risiko um das knapp siebenfache. Bei Klienten im ABW sehen die Bezugsbetreuer somit so gut wie keine Chance auf eine weitere Verselbständigung.

## Diskussion

Die deskriptiven Daten machen deutlich, dass es sich bei der Studienpopulation über eine langfristig erkrankte und behinderte Personengruppe handelt. Die Bewohner leben im Schnitt seit mehr als 10 Jahren in der betreffenden Wohnform, wobei in Rechnung zu stellen ist, dass vor dem Aufenthalt in der Wohnform oftmals längerfristige Klinikbehandlungen und weitere Heimaufenthalte geschehen sein dürften. Trotz der unterschiedlichen Sozialleistungssysteme für psychische Erkrankungen und Behinderungen zeigt ein Vergleich zu ähnlichen Evaluationsstudien in anderen europäischen Ländern eine überraschende Übereinstimmung bei den soziodemografischen Daten [3, 5].

Während also die soziodemografischen Daten auf relativ ähnlichen Populationen hindeuten, sieht dies bei der Schwere der Behinderung deutlich anders aus. Gemessen mit der HoNOS-Skala scheint die Behinderungsschwere in den hier eingeschätzten Klienten aus den Wohnverbänden in Westfalen-Lippe deutlich höher zu sein als etwas in Italien. Mit einem Mittelwert von 18,7 liegen die Klienten aus Westfalen um 5 Punkte höher als in Italien (13,5). Ob diese Unterschiede auf die ‚objektive‘ Behinderung oder aber auf ein unterschiedliches Ratingverhalten zurück zu führen sind, kann nicht beurteilt werden.

Einen letzten Vergleichspunkt liefert die Perspektive des Aufenthalts in der jeweiligen Wohnform. Eine Veränderung der Wohnform war in der italienischen Studie mit den Variablen der Aufenthaltsdauer, der sozialen Unterstützung, des Funktionsniveaus (GAF), und früherer Klinikaufenthalte assoziiert. Ähnlich wie in Italien war auch in unseren Daten eine Veränderungsperspektive mit einer geringeren Behinderung und einem kürzeren Aufenthalt verbunden. Diese Befunde korrespondieren mit einer Untersuchung zu den Zielen von Klienten im Betreuten Wohnen aus Großbritannien. Dort zeigten sich zwei Cluster von Klienten, zum einen war eine höhere Psychopathologie und geringere Lebensqualität mit weniger Zielen für das Leben verbunden, zum anderen gaben die weniger schwer Erkrankten deutlich mehr Ziele und auch mehr Wünsche nach Veränderung an [10].

Die Verwendung eines Instruments zur Messung von Lebensqualität bei der Evaluation der Wohnformen hat sich nicht als sinnvoll herausgestellt. Ange-

sichts der nur geringen Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität zwischen den Wohnformen ist von einem Adaptationsphänomen auszugehen, das dazu führt, dass sich die Selbsteinschätzungen sogar zwischen den geschlossenen-geschützten Wohngruppen und dem ABW kaum unterscheiden – ein Befund der aus der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch kranken Menschen bekannt ist [11].

Anlass zu konzeptionellen Überlegungen bietet der Befund des hohen Anteils ohne Tagesstruktur im Ambulant Betreuten Wohnen. Nachfragen bei den Bezugstherapeuten ergaben, dass zum einen nicht immer die passenden Tagesstrukturangebote vorhanden waren. So weigerten sich Klienten, beispielsweise die Werkstätten für behinderte Menschen aufzusuchen. Die Ausweitung von Zuverdienst-Angeboten könnte hier möglicherweise eine Alternative für viele Klienten bieten.

Ein weiteres und offenbar größeres Problem ist die Motivationslosigkeit vieler Klientinnen und Klienten, die sich mit ihrer Wohnform arrangiert haben und selbst es nicht für sinnvoll erachten, an der gegenwärtigen Situation etwas zu verändern. An dieser Stelle wird offensichtlich, dass es in der Praxis an Konzepten und Interventionen mangelt, welche die Motivation der Klienten fördern. Entsprechende Interventionen wie der Community Reinforcement Approach [12] oder das Motivational Interviewing sind im Bereich der Suchttherapie entwickelt worden und liegen zumindest im angelsächsischen Raum auch für chronisch psychisch kranke Menschen vor [13, 14].

## Literatur

1. Kallert, T.W., et al. (2006) Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Großkrankenhäusern. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 74: 309-328.
2. Denk, P., Weibold, B. (2006) Die Situation von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen in Pensionisten- und Pflegeheimen und betreuten Wohneinrichtungen in Niederösterreich., Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds: o.O.
3. de Girolamo, G., et al. (2005) The severely mentally ill in residential facilities: A national survey in Italy. *Psychological Medicine*. 35: 421-431.
4. de Heer-Wunderink, C., et al. (2007) *Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Allantie*. Rijksuniversiteit Groningen/Rob Giel Onderzoekcentrum: Groningen.
5. de Heer-Wunderink, C., et al. (2008) Residential care: Dutch and Italian residents of residential care facilities compared. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 17: 162-165.
6. Priebe, S., et al. (2008) Mental health care institutions in nine European countries, 2002-2006. *Psychiatric Services*. 59: 570-573.
7. Priebe, S., et al. (2005) Re-Institutionalisation in mental health care: Comparison of data in service provision from six countries. *British Medical Journal*330: 123-126.
8. Andreas, S. (2005) Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen - Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes "Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D" zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems. Universität Hamburg: Hamburg.
9. Priebe, S., et al. (1996) Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt*. 67: 572-582.
10. Fakhoury, W.K., Priebe, S. Quraishi, M. (2005) Goals of new long-stay patients in supported housing: A UK study. *International Journal of Social Psychiatry*. 51: 45-54.
11. Franz, M., Meyer, T., Gallhofer, B. (2002) Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten: Teil 3 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*. 29: 306-310.
12. Meyers, R.J., Miller, W.R. (eds) (2006) *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge University Press: Cambridge, Engl.
13. Classen, D., et al. (2007) Money for medication: Financial incentives to improve medication adherence in assertive outreach. *Psychiatric Bulletin*. 31: 4-7.
14. Arkowitz, H., Westra, H.A., Miller W.R. (eds) (2007). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. Guilford: London.

## **Die zukünftige Rolle der psychiatrischen Pflege: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der 'neuen' Pflege- und Betreuungskonzepte Empowerment, Recovery, Coaching, Inklusion**

*Dirk Richter, Thomas Schwarze, Chris Abderhalden, Sabine Hahn*

Die moderne Sozialpsychiatrie und mit ihr die psychiatrische Pflege wird seit mehreren Jahren regelmässig mit neuen Konzepten konfrontiert. Diese neuen Konzepte beschreiben erwünschte Veränderungen in der Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen. Es handelt sich dabei in der jüngeren Zeit im Wesentlichen um die folgenden zumeist aus dem angelsächsischen Raum importierten Modelle: Recovery, Empowerment, Coaching, soziale Inklusion.

Schon auf den ersten Blick ergeben sich bei der Übersicht über diese Modelle erhebliche Überschneidungen, da beispielsweise der Empowerment-Ansatz in Recovery und Coaching-Modellen mit enthalten ist. Diese Überschneidungen sind umso verwirrender, als erwartet wird, dass diese Konzepte in der psychiatrischen Pflege und Betreuung umgesetzt werden sollen. Das nachfolgend beschriebene Forschungsprojekt an der Berner Fachhochschule versucht die Konzepte abzugleichen und essentielle Gemeinsamkeiten zu identifizieren. Hinter diesem Vorgehen steht die Vorstellung, dass eine Reduktion der Bestandteile auf einen Kern es ermöglichen sollte, die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Pflege und Betreuung anzuleiten. Unser Projekt soll somit die Frage beantworten helfen, in welche Richtung sich die psychiatrische Pflege und Betreuung in den nächsten Jahren entwickeln soll. Bevor das methodische Vorgehen unseres Projekts detaillierter beschrieben wird, sollen im nächsten Schritt zunächst die einzelnen Konzepte vorgestellt werden.

### **Empowerment**

Das Empowerment-Konzept ist sicherlich das älteste der hier vorgestellten Modelle. Es entstammt einer eher politisch ausgerichteten Vorstellung, die von der Übertragung von Macht auf benachteiligten Gruppen ausgeht. Die Ursprünge der Empowerment-Ideen sind in den politischen Bewegungen der

1960er- und 1970er Jahre zu verorten, die in den nachfolgenden Jahrzehnten etwa von der Selbsthilfebewegung im Gesundheitsbereich aufgenommen und weiter entwickelt worden sind. Die ersten konzeptionellen Überlegungen zum Empowerment sind nicht direkt auf psychisch kranke Menschen bezogen gewesen, wie insgesamt das Empowerment-Konzept sich allgemein auf (chronisch) kranke Menschen bezieht. Gleichwohl sind psychische Erkrankungen immer mitbedacht worden, stammen doch die anfänglichen theoretischen Konzepte aus dem Bereich der Psychologie.

Einer der ersten Empowerment-Theoretiker war der Sozialpsychologe Julian Rappaport, der Mitte der 1980er Jahre Empowerment definierte als „... belief in the power of people to be both the masters of their own fate and involved in the life of their several communities.“ [1: 142] Hier sind die beiden zentralen Punkte des Empowerment-Konzepts angesprochen, nämlich zum einen die von Krankheit betroffenen Menschen in die Lage zu versetzen, ihr Schicksal selbst zu meistern und zum anderen die soziale Einbettung der betroffenen Menschen zu betonen, womit eben auch ein politischer Auftrag zur Verbesserung der sozialen Lebenssituation verbunden war. In die Psychiatrie ist dieses Konzept vor allem mit der Stossrichtung der Selbstbefähigung chronisch psychisch kranker Menschen eingeführt worden [2]. Als entscheidende Veränderung für die psychiatrische Pflege ist dabei die Machtverlagerung von den Helfern auf die Patienten anzusehen, was am Ende eben bedeutet, dass die von der psychischen Erkrankung betroffenen Patienten selbst in der Lage sein sollten, über ihr Leben zu bestimmen [3].

## **Recovery**

Das psychiatrische Recovery-Konzept nimmt zentrale Bestandteile des Empowerment auf und entwickelt diese weiter. Auch zeitlich gesehen folgt die Recovery-Bewegung dem Empowerment. In den Vereinigten Staaten kann Recovery mittlerweile als wichtigstes Betreuungskonzept betrachtet werden, das von vielen staatlichen Stellen anerkannt und – darüber hinausgehend – sogar gefordert wird. Auch in weiteren englischsprachigen Ländern wie Grossbritannien, Irland oder Neuseeland hat sich das Konzept als die zentrale Vision für die Betreuung psychisch kranker Menschen durchgesetzt [4].

Die Ursprünge des Recovery liegen einerseits in der amerikanischen Nutzerbewegung psychiatrischer Angebote (User/Survivor) und andererseits in professionellen Erfahrungen aus der psychiatrischen Rehabilitation. Beiden gemeinsam ist die Erkenntnis, dass die üblicherweise in der Psychiatrie vorherrschenden Meinungen zur Genesung (engl. Recovery) insbesondere bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen empirisch nicht haltbar sind. Empirische Studien haben gezeigt, dass die Besserungsrate erheblich mehr Optimismus erlaubt als normalerweise propagiert wird, und dass ausserdem die mit einer Psychose einhergehenden Behinderungen ein ‚normales‘ Leben nicht prinzipiell ausschliessen [5]. Daher ist – neben dem Empowerment – die Vermittlung von Hoffnung eines der zentralen Bestandteile von Recovery. Allerdings existiert bis heute keine allgemein anerkannte Definition von Recovery. Je nach Schwerpunkt und Herkunft der Autoren wird einerseits Recovery als ein Prozess der Genesung definiert, andererseits als ein Ergebniszustand (Outcome) einer psychiatrischen Behandlung. Dennoch kann die Relevanz dieses Ansatzes für die psychiatrische Pflege nicht mehr bestritten werden, weshalb in der Literatur mittlerweile eigenständige Pflege-Recovery-Modelle beschrieben werden [6].

### **Soziale Inklusion**

Sowohl das Empowerment- als auch das Recovery-Konzept zielen auf die Stärkung der sozialen Bindungen psychisch kranker Menschen. Der Hintergrund hierfür liegt in empirischen Erfahrungen, die zeigen, dass die soziale Einbindung bzw. Integration dieses Personenkreises erheblich geringer ist als in der Normalbevölkerung und auch geringer als bei vergleichbar körperlich behinderten Menschen [7, 8]. Ausgehend von der modernen soziologischen Theorie wird dieser Sachverhalt als soziale Exklusion bezeichnet. Inklusion beschreibt den Versuch, diese sozialen Bindungen aktiv wieder herzustellen. Üblicherweise wird darunter zunächst die Inklusion in die Arbeitswelt verstanden. Hier gibt es mittlerweile zahlreiche empirische Studien, die belegen, dass mit adäquaten Konzepten wie dem Supported Employment eine Einbindung durchaus möglich ist, und das auch ausserhalb des amerikanischen Arbeitsmarkts [9].

Nun gehen die sozialen Bedürfnisse moderner Menschen sicherlich über die Arbeitswelt hinaus, weshalb die soziale Inklusion zusätzlich auf soziale Berei-

che wie Partnerschaft, soziale Netzwerke, politische Partizipation usw. zielt [10]. Ebenso wie bei den oben genannten Ansätzen sind auch hier pflegerische Interventionen beschrieben worden, die eine Inklusion fördern können [11, 12].

### **Coaching**

Eine Methode zur Förderung von sozialer Inklusion ist der Einsatz von Coaches, etwa in Form von Jobcoaches beim Supported Employment oder allgemeiner durch Lifecoaches [13]. Coaching zielt darauf ab, dass der betreute Klient seine eigenen Ziele entwickelt und umsetzt, der Coach hilft bei der Klärung der Ziele und unterstützt den Klienten bei der Zielerreichung, aber nur in der Weise, die den Klienten selbständig diese Ziele erreichen lässt – Empowerment meint eigentlich nichts anderes. Coaching-Konzepte entstammen jedoch eher dem nicht-therapeutischen Bereich, und viele Coaches lehnen es geradezu ab, psychisch kranke Menschen zu betreuen [14]. Andererseits finden sich in der Literatur zwischenzeitlich viele Belege, die auf den Stellenwert von Coaching-Prinzipien für die Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen hinweisen [15, 16]. zum Beispiel Beschreibungen von „Recovery-Coaching“ [17]. Wenngleich bislang noch keine spezifischen Modelle für das Coaching in der psychiatrischen Pflege beschrieben worden sind, setzen sich doch in der somatischen Pflege Coaching-Prinzipien vor allem im edukativen Bereich mehr und mehr durch [18, 19].

### **Methode**

Die vier zuvor genannten Konzepte wurden mit weiteren, eher weniger bekannten Modellen wie der familien- und umweltbezogenen Pflege [20] und dem Motivational Interviewing [21] auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede abgeglichen. Im Anschluss an qualitative Methoden zu Konzeptvergleichen und -synthesen [22, 23] wurde eine Synthesematrix entwickelt, die Variablen enthielt, welche aus der initialen Konzeptanalyse generiert und durch weitere analytisch ermittelte Variablen angereichert wurden. Anschliessend wurden jeweils für die oben beschriebenen Konzepte Reviewartikel, Konzeptanalysen und – soweit vorhanden – empirische Arbeiten in entsprechenden Literaturdatenbanken gesucht und die Informationen extrahiert.

Zur Validierung der Resultate wurden drei Fokusgruppen mit Nutzern psychiatrischer Einrichtungen, mit Angehörigen psychisch kranker Menschen und mit Mitarbeitenden psychiatrischer Einrichtungen geführt. Darüber hinaus wurde eine Delphi-Befragung bei deutschsprachigen Experten durchgeführt. (Diese Analyseschritte sind zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Manuskripts noch nicht durchgeführt.)

### **Vorläufige Ergebnisse**

Die nachfolgend berichteten Resultate stammen aus dem ersten Analyse-schritt der Datenextraktion und sind noch als sehr vorläufig zu betrachten. Wir konzentrieren uns für die vorliegende Veröffentlichung auf die Variablen ‚Elemente/Attribute des Konzepts‘, ‚Elemente/Attribute der pflegerisch-therapeutischen Beziehung‘, ‚Ressourcen/Voraussetzungen auf der Klientenseite‘ sowie ‚Ressourcen/Voraussetzungen auf der Pflege/Therapie-Seite‘.

#### *Elemente/Attribute des Konzepts*

- Ressourcenorientierung
- Selbstbefähigung zur Lebensbewältigung
- Befähigung zur Übernahme von Verantwortung
- Vermittlung von Hoffnung auf Besserung
- Vermittlung von Hoffnung auf Umgang mit psychischer Behinderung
- Autonomie des/der Klienten/in
- Vermittlung positiver Gesundheitsziele
- Aufbau und Ausbau sozialer Netzwerke
- gezielte soziale Inklusion in Arbeit bzw. Ausbildung
- Entwicklung von Motivation zur Veränderung
- Entwicklung von persönlich relevanten Zielen und deren Umsetzung.

#### *Elemente/Attribute der pflegerisch-therapeutischen Beziehung*

- vertrauens- und respektvolle Zusammenarbeit
- Gleichwertigkeit zwischen Pflegenden und Klienten/-innen
- Kollaboration
- Klient/-in ist für die Zielsetzung und deren Umsetzung verantwortlich

- Klienten/-innen können nicht empowert werden, sondern müssen sich selbst empowern
- Pflegende ermöglichen die Veränderung, stellen sie aber nicht her
- Pflegende arbeiten nicht direktiv
- Vermeidung von Konfrontation
- Verzicht auf Ratschläge und Empfehlungen.

*Ressourcen/Voraussetzungen auf der Klientenseite*

- Vorhandensein bzw. Bereitschaft zur Entwicklung von Eigenengagement
- Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung
- Vorhandensein bzw. Bereitschaft zur Entwicklung von Handlungskompetenz
- Vorhandensein bzw. Bereitschaft zur Entwicklung von Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsfreudigkeit.

*Ressourcen/Voraussetzungen auf der Pflege/Therapie-Seite*

- Pflegende sind nicht die alleinigen Experten, sondern Begleiter/-innen
- Interesse am ganzen Menschen, nicht nur an Symptomen und Krankheiten
- notwendige Perspektivenveränderung; Klienten/-innen sind als gleichberechtigte Bürger/-innen wahrzunehmen und zu akzeptieren
- unbedingte Akzeptanz der Klientensicht
- Empathie und Neugierde auf die Klientensicht
- Bereitschaft zur Abgabe von Macht
- Bereitschaft zu Kompromissen und zum Eingehen von Risiken
- Berücksichtigung und aktiver Einbezug des sozialen Umfelds des/der Klienten/-in
- Arbeitsfeld erstreckt sich über die unmittelbaren Bedürfnisse der Klienten/-innen hinaus (Arbeitswelt, Lebenswelt etc.)
- Verhandlungs- und Konfliktmanagement
- hohe Belastungs- und Konfliktfähigkeit.

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Diese noch recht vorläufigen Resultate unserer Konzeptsynthese eröffnen möglicherweise eine Perspektive für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege und Betreuung. Die grosse Gemeinsamkeit aller dieser Konzepte ist die Fokussierung auf die vorhandenen Ressourcen der Klienten/-innen und die Abgabe von Macht in der pflegerischen Beziehung mit der Entwicklung zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit.

Diese Essentials lassen sich nicht ohne weiteres sofort umsetzen. Zentral dürfte eine grundsätzliche Diskussion über die Rolle der psychiatrischen Pflege sein, insbesondere über die Elemente von Zwang und Kontrolle, die diesen Beruf traditionellerweise mitkonstituieren und einer verstärkten Patientenorientierung im Wege stehen. Die Umsetzung wird von vielen Faktoren abhängen, von der Bereitschaft anderer Berufsgruppen, diese Perspektivenwechsel mit zu tragen und mit zu machen bis hin zu von adäquaten Aus- und Weiterbildungsangeboten. Der nachfolgende Schritt sollte jedoch genau darin bestehen, nämlich zu prüfen, ob diese Kernaussagen in Kompetenzen und Ausbildungsinhalte schon umgewandelt sind oder umgewandelt werden können.

## Literatur

1. Rappoport, J. (1887) Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology* 15: 121-148.
2. Knuf, A., Osterfeld, M., Seibert, U. (2007) Selbstbefähigung fördern: Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. überarb. ed. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
3. Fingfeld, D.L. (2004) Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*. 27: 44-52.
4. Cleary, A., Dowling, M. (2009) The road to recovery. *Mental Health Practice*. 12(5): 28-31.
5. Warner, R. (2009) Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*. 22: 373-380.
6. Barker, P. (2003) The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 12: 98-102.
7. Agerbo, E., et al. (2004) Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 61: 28-33.

8. Richter, D., Eikelmann, B., Reker, T. (2006) Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch Kranker. *Gesundheitswesen*. 68: 704-707.
9. Burns, T., et al. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial *The Lancet*. 370: 1146-1152.
10. Eikelmann, B., Reker, T., Richter, D. (2005): Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 2005. 73: 664-673.
11. Repper, J. und R. Perkins: Social inclusion and acute care, in *Acute mental health nursing: From acute concerns to the capable practitioner*, M. Harrison, Editor. 2004, Sage: London. 51-77.
12. Richter, D.: Soziale Inklusion: Eine neue Aufgabe für die psychiatrische Pflege?, in *Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel*, M. Schulz, et al., Editors. 2007, Ibicura: Unterostendorf. 17-26.
13. McHugh, S.A., Storey, K. Certo N.J. (2002) Training job coaches to use natural support strategies. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 17: 155-163.
14. Nelson-Jones, R.: *Life Coaching Skills: How to Develop Skilled Clients*. 2007, London: Sage.
15. Neenan, M. (2008) From cognitive behaviour therapy (CBT) to cognitive behaviour coaching (CBC). *Journal of Rational-Emotive Cognitive Behavioural Therapy*. 26: 3-15.
16. Biswas-Diener, R. (2009) Personal coaching as a positive intervention. *Journal of Clinical Psychology*. In *Session*, 65: 544-553.
17. Roberts, G., Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*,. 10: 37-49.
18. Schenk, S., Hartley, K. (2002) Nurse Coach: Healthcare resource for this millennium. *Nursing Forum*, 37(3): 14-20.
19. Huffman, M. (2007) Health Coaching: A new and exciting technique to enhance patient self-management and improve outcomes. *Home Healthcare Nurse*. 25(4): 271-274.
20. Friedemann, M.-L., Köhlen, C. *Familien- und umweltbezogene Pflege*. 2. überarb. ed. 2003, Bern: Huber.
21. Arkowitz, H., Westra, H.A. Miller, W.R.eds. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. 2007, Guilford: London.
22. Pope, C., Mays, N., Popay, J. *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence*. 2007, Maidenhead: Open University Press.
23. Finfgeld, D.L. (2008) Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19: 111-119.

# **Körperliche Gesundheit bei ambulant behandelten Menschen mit anhaltenden psychiatrischen Störungen**

*Annina Sahli, Anna Schmid, Ulrich Junghan, Christoph Abderhalden*

## **Hintergrund**

In den letzten Jahren sind einige Studien erschienen, welche einen Zusammenhang zwischen psychiatrischer Krankheit und einem erhöhten Risiko für somatische Erkrankungen beschreiben. Menschen mit anhaltenden psychiatrischen Störungen haben eine zwischen 13 bis 20 Jahren geringere Lebenserwartung als die restliche Bevölkerung [1,2]. Die Gründe für die erhöhte Morbidität und Sterblichkeit sind vielfältig. Sie reichen von Nebenwirkungen durch Psychopharmaka über einen ungünstigen Lebensstil mit Risikofaktoren bis zur ungenügenden Krankheitsvorsorge. Dies sind zum Beispiel Übergewicht, Rauchen, mangelhafte Ernährung oder zu seltene Routineuntersuchungen beim Hausarzt.

Die Sorge für die körperliche Gesundheit ist auch in psychiatrischen Diensten oft ungenügend. In der Literatur wird dafür plädiert, dass sich psychiatrisch Pflegende vermehrt um die körperlichen Aspekte der Gesundheit ihrer PatientInnen kümmern sollten.

Es stehen inzwischen verschiedene Checklisten zur Verfügung, mit denen relevante Angaben zur körperlichen Gesundheit erhoben und eingeschätzt werden können. Zum Beispiel das im UK entwickelte Serious mental illness Physical Health Improvement Profile (HIP) in Versionen für Männer und Frauen [3].

Mit den HIP-Checklisten werden im Rahmen eines Interviews und mit einigen direkten Untersuchungen/Messungen 27 Aspekte des Gesundheitszustands abgeklärt und in Relation zu vorgegebenen Normwerten eingeschätzt als inner- oder außerhalb der Normwerte (Abbildung 1). Werte außerhalb der Norm (rote Flagge) gelten als interventionsbedürftig.

Abbildung 2: HIP-Items bei Männern und Frauen

Item	M	F	Item	M	F
BMI *	✓	✓	Brust **	✓	✓
Bauchumfang *	✓	✓	Menstruationszyklus		✓
Puls *	✓	✓	Rauchen	✓	✓
Blutdruck *	✓	✓	Bewegung	✓	✓
Temperatur *	✓	✓	Alkoholkonsum	✓	✓
Leberfunktion *	✓	✓	Ernährung: 5 am Tag	✓	✓
Fettwerte *	✓	✓	Ernährung: Fettkonsum	✓	✓
Glukose *	✓	✓	Trinkmenge	✓	✓
Prostata **	✓		Koffeinkonsum	✓	✓
Hoden **	✓		Cannabiskonsum	✓	✓
Gynäkologische Untersuchung **		✓	Safer Sex	✓	✓
Schlaf	✓	✓	Urinausscheidung	✓	✓
Zähne **	✓	✓	Stuhlgang	✓	✓
Augen **	✓	✓	Sexuelle Zufriedenheit	✓	✓
Füsse **	✓	✓			

*\*Wenn möglich Mess- oder Laborwerte \*\* Selbstuntersuchung/letzte ärztliche Kontrolle*

Aus der Schweiz sind keine entsprechenden Untersuchungen aus dem Bereich der Pflege bekannt.

## Ziel

Ziele des Projekts waren,

1. die HIP-Checkliste aus dem UK an die Schweizer Gegebenheiten anzupassen und deren praktische Anwendbarkeit zu überprüfen,
2. den körperlichen Gesundheitszustand von PatientInnen in einem gemeindepsychiatrischen Ambulatorium im Kanton Bern zu überprüfen,
3. anhand der Ergebnisse mögliche pflegerische Handlungsfelder im Bereich der körperlichen Gesundheit zu definieren.

## **Methode und Material**

Um die gesundheitsrelevanten Daten von PsychatriepatientInnen in ambulanter Betreuung in Erfahrung zu bringen, wurden Interviews anhand der ins Deutsche übersetzten HIP-Checkliste geführt, welche uns freundlicherweise von Jaquie White, Richard Gray und Martin Jones zur Verfügung gestellt wurde. Die Einheiten, welche sich von der Schweizer Norm unterscheiden, wurden angepasst und somit eine Gesundheitscheckliste für hiesige Verhältnisse geschaffen.

Als Ort für die Datenerhebung wurde das Ambulatorium Bern West der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern ausgewählt. Zur Zeit der Datenerhebung waren dort 87 Patientinnen und Patienten eingeschrieben.

Als Zeitspanne für die Durchführung der Interviews galt eine willkürlich gewählte Woche. Alle Patientinnen und Patienten, die in dieser Woche einen Termin bei der Pflege oder der Ärzteschaft des Ambulatoriums hatten, wurden angefragt, ob sie mitmachen möchten. Angefragt wurden 36 volljährige Personen, wovon 23 am Interview teilgenommen haben. Davon sind 18 Männer und 5 Frauen. Dies sind 26 Prozent der insgesamt 87 angemeldeten Menschen. Das mittlere Alter der PatientInnen beträgt 47 Jahre (22-65 Jahre), 16 (70%) haben eine schizophrene oder wahnhaftige Störung (ICD 10 F 20-F29).

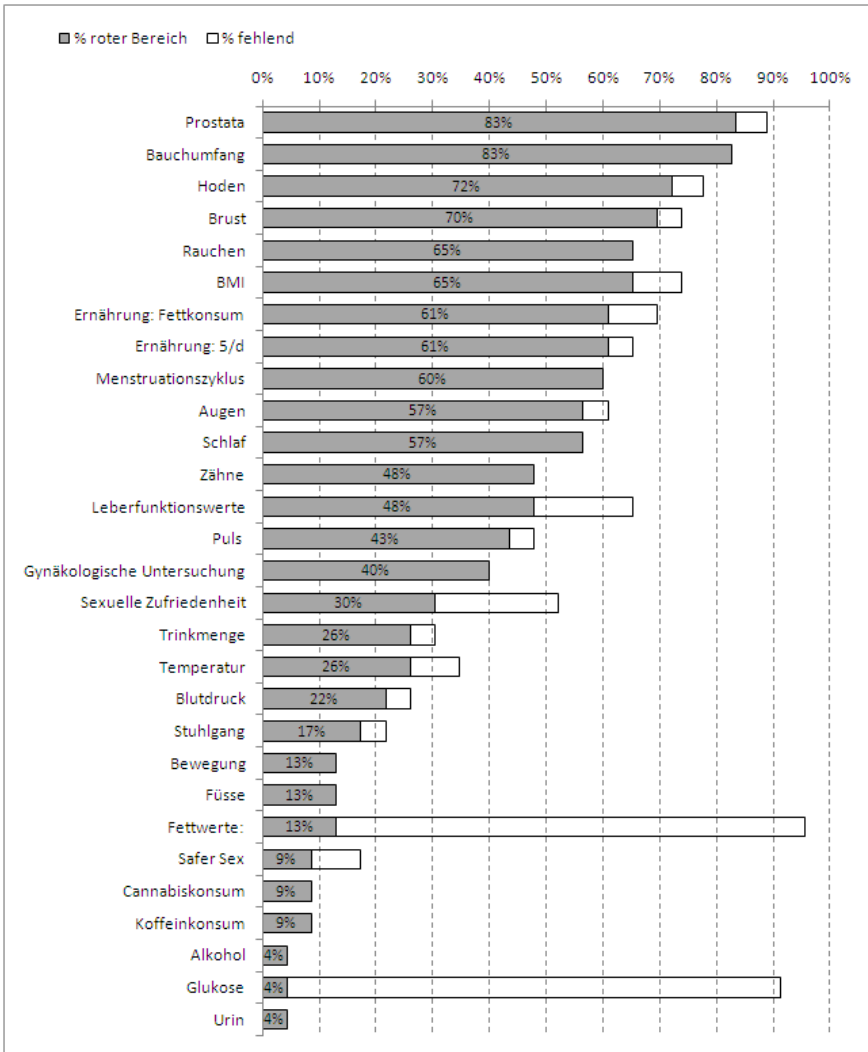
Mit diesen 23 Personen wurden alle Items des Gesundheitsfragebogens durch besprochen.

BMI, Bauchumfang, Puls, Blutdruck und Temperatur wurden vor Ort gemessen. Die Laborwerte wurden jeweils nach dem Interview in der Patientendokumentation gesucht. Zu den restlichen gesundheitsrelevanten Themen (gynäkologische Untersuchung, Prostata- und Hodenuntersuchung, Schlaf, Zahnarztbesuche, Augenuntersuchung, Fussuntersuchung, Brustselbstuntersuchung, Menstruationszyklus, Rauchen, Bewegung, Alkoholkonsum, Ernährung, Trinkmenge, Koffeinkonsum, Cannabiskonsum, Safer Sex, Urinausscheidung, Stuhlgang und sexuelle Zufriedenheit) wurden die PatientInnen direkt befragt.

## Ergebnisse

Die Abbildung 1 zeigt den Prozentsatz der PatientInnen mit Werten außerhalb der Norm, also den Anteil PatientInnen mit interventionsbedürftigen problematischen/risikoreichen Werten oder Verhaltensweisen.

Abbildung 2: Werte außerhalb Norm



Die Ergebnisse zeigen ein beträchtliches Maß an gesundheitlichen Risiken. Insgesamt wurden bei den 23 PatientInnen 230 Probleme festgestellt, was im Mittel 10 Gesundheitsproblemen entspricht.

Mehr als die Hälfte der PatientInnen hat Problembefunde im Bereich Ernährung/Übergewicht (zu großer Bauchumfang 83%, zu hoher BMI 65%, zu hoher Fettkonsum 61%, unausgewogene Ernährung 61%), Rauchen (65%), Schlaf (57%), Menstruationszyklus (60%), oder Mängel im Bereich von Vorsorgeuntersuchungen (Prostata/Hoden 83%/72%; Brustuntersuchung 70%, augenärztliche Kontrolle 57%).

Ein Fünftel bis die Hälfte zeigt rote Werte beim Puls/Blutdruck/Temperatur (43%, 22%, 26%), bei den zahnärztlichen Untersuchungen (48%), bei der sexuellen Gesundheit (30%), bei gynäkologischen Untersuchungen (40%), bei Leberfunktionswerten (48%) und bei der Trinkmenge (26%).

Die Art und Häufigkeit der Probleme unterscheiden sich bei den Männern und den (wenigen) Frauen der Stichprobe zum Teil. So ist z.B. Rauchen bei keiner der Frauen ein Problem, gegenüber 83% der Männer). Ess- und Gewichtsprobleme sind bei Frauen häufiger.

Die Gesundheitscheckliste bzw. die dazugehörigen Erhebungen und Interviews stießen sowohl bei den beteiligten PatientInnen als auch bei den MitarbeiterInnen des Ambulatoriums auf Interesse und fanden ein positives Echo. Der Zeitaufwand pro Erhebung betrug rund 30 Minuten.

## **Diskussion**

Durch die Anwendung der Checkliste haben wir bei den Berner AmbulatoriumspatientInnen ähnliche und ähnlich häufige Probleme der körperlichen Gesundheit gefunden wie sie in der internationalen Literatur berichtet werden [1]. Die Ergebnisse zeigen, dass auch hier dringender Handlungsbedarf für die Pflege besteht.

Unsere positiven Erfahrungen mit den Checklisten bestätigen den Bericht von Shuel et al über die Anwendung der HIP-Listen in Schottland [4] und sprechen grundsätzlich für eine weitere Anwendung und Verbreitung des Instruments.

Neben den generell positiven Erfahrungen mit den Checklisten ergaben sich auch einige Schwierigkeiten. Zum einen war bei einigen Bereichen die Ent-

scheidung nicht ganz einfach, ob die Befunde/das berichtete Verhalten nun als Problem (rote Flagge) zu werten waren oder nicht, z.B. bei einzelnen abweichenden Laborwerten aus einer Gruppe. Hier müsste die Checkliste mit Entscheidungshilfen ergänzt werden. Dieser Interpretationsspielraum könnte ein Grund sein für die Zahl von 10 Problemen pro Patientin, die deutlich über den 6.1 Problemen pro PatientIn in einer vergleichbaren UK-Studie liegen [4]. Außerdem setzt die Anwendung der Checklisten voraus, dass Laborwerte etc. bekannt sind. Wir mussten uns auf Angaben verlassen, die im Ambulatorium bekannt waren oder von den PatientInnen erinnert wurden. Da die meisten KlientInnen des Ambulatoriums auch noch durch HausärztInnen betreut werden, kann es sein, dass zusätzliche Befunde dort vorgelegen hätten oder Untersuchungen dort durchgeführt werden.

Hilfreich wären außerdem Informations- und Edukationsmaterial zu den einzelnen Aspekten, bzw. strukturierte Hinweise auf Interventionsmöglichkeiten zu den verschiedenen Gesundheitsthemen. Aufgrund unserer Erfahrungen halten wir es für notwendig, den praktischen Gebrauch der Checklisten durch eine spezifische AnwenderInnen-Schulung vorzubereiten und ein Begleithandbuch zu erstellen.

Unter Berücksichtigung einiger noch verbesserungswürdiger Punkte sollten die Gesundheits-Checklisten verbreitet und weiter verwendet werden. Sie erfassen relevante Parameter des Gesundheitszustandes und –verhaltens und ermöglichen rasch, einen Überblick zu gewinnen und den Bedarf nach Interventionen zu definieren.

Es sollten regelmäßige Gesundheitskontrollen bei den ambulant behandelten PsychatriepatientInnen durchgeführt werden. Die Problembereiche jeder einzelnen behandelten Person könnten so eruiert werden.

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Situation und zur Übernahme von pflegerischer Verantwortung stellen zum Beispiel Gesundheitsprechstunden mit der Anwendung des Clinical Assessments dar.

Unsere Studie ist zwar repräsentativ für das genannte Ambulatorium, die Ergebnisse können aber nicht ohne weiteres auf andere Einrichtungen verallgemeinert werden. Sie ist aber bisher die einzige uns bekannte Studie zu diesem Thema in der ambulanten Psychiatrie in der Schweiz.

Wir hoffen, dass unsere Pilotstudie zu einem verstärkten Engagement psychiatrisch Pflegender für die körperliche Gesundheit ihrer PatientInnen beiträgt und damit zur Reduktion der bedenklichen gesundheitlichen Nachteile psychisch kranker Menschen beiträgt.

## **Literatur**

1. Robson, D, Gray, R. (2006) Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 44:457-466.
2. White, J., Gray, R., Jones, M. (2009) The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16:493-498
3. Vreeland, B. (2007) Bridging the Gap Between Mental and Physical Health: A Multidisciplinary Approach. *Journal of clinical psychiatry* 68:26-33
4. Shuel, F., White, J., Jones, M., Gray, R. (2009) Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. *Int J Nurs Stud* [2009 Jul 9; Epub ahead of print]

# **„Einer für Alle! Alle für Einen!“ – Das multiprofessionelle Team in der Kinder – und Jugendpsychiatrie**

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

## **Hintergrund und Einleitung**

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Diakonieverkrankenhauses Rotenburg (Wümme) arbeitet nach einem entwicklungsorientierten Behandlungskonzept mit den folgenden Zielen: (a) Bildung und 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 der Mitarbeiter, (b) einer produktiven Konsensbildung über die Behandlungsziele und -mittel sowie einer Aufteilung der Aufgaben nach Verantwortlichkeit. Der kollektive Wirkungsgrad der Ressourcen lässt sich steigern, in dem sich verschiedene Professionen in einem multiprofessionellen Team zusammen tun (Bindung) und sich Aufgaben und Verantwortlichkeiten teilen.

## **Methoden und Material**

Das multiprofessionelle Team der KJP Rotenburg setzt sich aus Therapeuten (Ärzten und Psychotherapeuten) und dem Pflege- und Erziehungsdienst (Erzieher, Sozial-, Heil- und Arbeitspädagogen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Ergo- und Kunsttherapeuten und Werkstatteleitung) zusammen. Die pädagogischen Mitarbeiter eignen sich die grundlegenden pflegerischen Kompetenzen an, ebenso wie die Gesundheits- und Krankenpfleger die erzieherischen Fähigkeiten erlernen. Die Fachtherapeuten und die Sozialpädagogen

sind in die Teams integriert. Auch sie geben ihre Fachkompetenzen an ihre Teamkollegen weiter. Gemeinsam erarbeitet das Team Curricula für die verschiedenen Stationsprojekte und entwickelt im Rahmen des Bezugsbetreuersystems die spezifischen Behandlungspläne der Patienten (beides wird exemplarisch dargestellt; eine CD mit den erarbeiteten Arbeitsmaterialien wird zur Verfügung gestellt).

### **Ergebnisse und Schlussfolgerung**

Die Zusammenarbeit verschiedener Professionen in einem multiprofessionellen Team wirkt sich förderlich auf die individuelle Entwicklung der Patienten aus. Das multiprofessionelle Team selbst bedarf dafür ebenfalls kontinuierlicher Entwicklung. Fachliche Weiterbildung steigert die vorhandenen Ressourcen, die innerklinische Weitergabe der eigenen Fachkompetenz fördert die Bindung innerhalb des Teams. Dies ist die Grundlage für die gemeinsame Übernahme von Verantwortung in der Behandlung der Patienten: „Einer für Alle! - Alle für Einen!“.

#### Lernziele des Vortrags

- Wird Multiprofessionalität direkt auf der Station praktiziert, dann wachsen die pädagogisch-therapeutischen Ressourcen des Teams erheblich.
- Die daraus entstehenden konkreten schriftlichen Curricula für Stationsprojekte sowie die Stufenpläne für jeden einzelnen Patienten erhöhen die Wirksamkeit der Behandlung.

# Der Rotenburger Kooperationsstandard in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

## Hintergrund und Problemstellung

Moritz (Name verändert) wurde um 21.30 Uhr in Begleitung von zwei Sanitätern des Noteinsatzwagens vorgestellt. Er habe versucht, sich seinen Penis mit einem Wollfaden zu strangulieren. Während der Notarzt den Wollfaden gelöst habe, habe er versucht, sich ein Besteckmesser in den Bauch zu rammen, ein Erzieher habe dies aber verhindert. Körperlich sei er nicht verletzt. Auf dem Übergabeprotokoll des Notarztes ist als Verdachtsdiagnose „autoaggressives Verhalten“ notiert. Moritz selber berichtete der aufnehmenden Ärztin, dass er sich nach einer körperlichen Auseinandersetzung mit einem Mitbewohner in der Inobhutnahmestelle habe umbringen wollen. Ein Erzieher habe ihn davon abgehalten. Zur Aufnahme wurde Moritz nicht von einem zuständigen Betreuer der Einrichtung begleitet. Auch auf unsere telefonische Bitte sah sich die Einrichtung außer Stande, einen Mitarbeiter zu schicken. Ein Betreuer könne frühestens am Nachmittag des Folgetages zum Gespräch kommen. Moritz sei seit zwei Wochen dort untergebracht, da er in einer Pflegefamilie nicht mehr „tragbar“ gewesen sei. Das Sorgerecht liege beim Jugendamt München. Die Angehörigen seien noch nicht informiert, eine Akte gäbe es nicht.

Dieser Fall ist beileibe nicht ungewöhnlich: In Krisen sind Sorgeberechtigte oder verantwortliche bzw. informierte Angehörige bzw. Betreuer oft nicht greifbar. Akten umfassen nicht selten 200 Seiten und mehr, und die Übersicht über den Fall zu finden, ist dadurch erheblich erschwert. Hieraus wird deutlich, was fehlt, und weshalb Behandlungen häufig stagnieren, bevor sie überhaupt angefangen haben:

- Die vorhandenen Ressourcen des Klienten sind mangels organisierter Information (lediglich Verweis auf eine meist unstrukturierte Akte ohne Fallübersicht) nur bedingt nutzbar.

Aufgrund dieser Strukturängel gibt es nicht selten Unzufriedenheit und auch Konflikte zwischen den Helfern, so dass auch die pädagogisch-therapeutische Allianz (Bindung) behindert ist. Fehlen Sorgeberechtigte, Bezugsbetreuer bzw. die Leitung der Einrichtung, dann können Verantwortlichkeiten nur schwer geklärt werden: Wer muss über was informiert werden? Mit wem müssen wir uns beraten? Wer entscheidet über was? Allein die beteiligten Schnittstellen zu überblicken und zu pflegen (zu Kindergärten und Schulen, zu Ämtern und Einrichtungen, zu Therapeuten), ist ein wichtiges Behandlungsziel. Wie kann dies systematisch erreicht werden?

### **Vorgehen**

Auf der Grundlage des Rotenburger Entwicklungsmodells (Prankel 2008) und zur standardisierten gegenseitigen Information wurde ein achtseitiges Formular (Rotenburger Kooperationsstandard) entwickelt. Die Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter im Norden Niedersachsens sowie Bremen (AGJÄ) vereinbarten folgende Inhalte als weitgehend verbindlich (aus den Leitlinien des Kooperationsstandards):

- „...Die Zusammenarbeit soll geprägt sein von gegenseitiger Akzeptanz der fachlichen Aufträge und persönlichen Kompetenzen. Neben der Aufgabenverteilung gemäß Selbstverständnis und Arbeitsaufträgen der Institutionen soll die Vielfalt der fachlichen Kompetenz zusammengeführt und als Bereicherung bzw. Ergänzung im Hinblick auf die gemeinsamen Klienten verstanden werden....“

#### *Seite 1:*

Basisdaten wie Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefon des Klienten, der Sorgeberechtigten und des gesamten Helfersystems.

#### *Seite 2:*

Einverständnis zum Informationsaustausch: Schweigepflichtsentbindung der anfragenden Stelle.

#### *Seite 3 Vorstellungsgrund:*

Weshalb befinden sich die Klientin bzw. der Klient und die Familie in Beratung, Betreuung bzw. Behandlung?

Kindliche Entwicklung: Geburt und allgemeine Entwicklung, Kindergarten und Schule, aktuelle Befindlichkeit und Freizeitinteressen, bisherige schulische, therapeutische oder Jugendhilfen.

Bisherige Hilfen: Chronologische Aufzählung bisheriger Erziehungshilfen, Therapien und zuständiger Ämter.

*Seite 4 Familienanamnese:*

Genogramm, Darstellung der relevanten familiären Bezugspersonen, Familiengeschichte, familiäre Erklärungsmuster der aktuellen Lage.

*Seite 5 Risikofaktoren (anamnestische Daten):*

Mangel an elementaren Ressourcen:

- Materiell: Finanzen, Arbeit, Wohnraum, Umgebung.
- Information und Bildung: Sprache, Schul- und Berufsausbildung der Eltern.
- Gesundheit der Familie: Behinderung, Erkrankungen, Sucht, Traumata.

Beeinträchtigte Bindungen:

- Reguläre Bezugswechsel: Veränderungen in Wohnort, Schule, Ausbildung, Arbeit.
- Instabile Beziehungen und Brüche: Streit und Trennung, Todesfälle.

Hinweis auf eingeschränkte Verantwortlichkeit:

- Frühe Elternschaft (< 21 Jahre).
- Jugendhilfemaßnahmen bei den Eltern des betroffenen Kindes.
- Verletzung sozialer Normen (v.a. Straffälligkeit) im näheren Umfeld.

*Seite 6: Ressourcenstatus (individuelle Beobachtung):*

Individuelle psychobiologische Funktionen:

- Wachstum und Gedeihen: Wachstum, Atmung, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Schlaf; Menses; aktuelle körperliche Krankheiten, Sucht, Allergien, Nahrungsunverträglichkeiten.
- Regulation von Wahrnehmung und Handlung: Sinneswahrnehmung, Aufmerksamkeit und Konzentration, Grob- und Feinmotorik.
- Lernen und Freizeit: Neugier und Motivation, Problemlösen, Orientierung und Wissen, besondere Fähigkeiten und Interessen, Zugehörigkeit zu Ver-

einen oder Gruppen; Fernsehen, Computerspiele (Std./Tag); Umgang mit Geld.

- Ausgleich von Spannungen: Regulierung von Frustration, Unsicherheit und Angst, Trauer und Schmerz, Wut und Freude; ggf. Eigen- oder Fremdgefährdung.

Bindungsfunktionen:

- Beziehungsfähigkeit des Patienten: Mimik, Gestik, Körpersprache; Sprech- und Sprachfähigkeit; Kontaktaufnahme, Einfühlungsvermögen, gegenseitige Abstimmung von Meinungen und Handlungen (Kooperation, Konfliktfähigkeit); Sexualität.
- Elterliche Zuwendung: Versorgung (Ernährung, Pflege, Schutz) und Aufmerksamkeit (realistische Erwartungen, Förderung, Anerkennung, Regeln und Grenzen), konkrete Tagesstrukturen.
- Einfluss weiterer Kontaktpersonen: Verwandte, Peergroup, Lehrer, Helfer.

Bewusstsein und Verantwortung:

- Ich bin beteiligt. Mir ist bewusst, dass ich durch meine Meinungen, Äußerungen und Handlungen das objektive Geschehen um mich herum, die Beziehungen untereinander und auch die eigene Befindlichkeit mitbestimme.
- Ich kann mich irren. Ich weiß, dass zur Entwicklung meiner Fähigkeiten auch der verlässliche Umgang mit Fehlern beiträgt.
- Es geht um ein sinnvolles Miteinander. Ich erkenne, dass ich für die Gemeinschaft, auf die ich selbst angewiesen bin, aktiv Verantwortung übernehmen muss.

*Seite 7: Reifungsdynamik (Annahmen über Zusammenhänge zwischen den erhobenen Einflussfaktoren):*

Aktuelle Entwicklungsaufgaben des Patienten:

- Schlafregulation, altersangemessene gegenseitige Bedürfnis- und Konfliktregulierung, stabile Lerntechniken, Integration in sichere außerfamiliäre Bezüge, Ausbildung stabiler Interessen.

Aktuelle Entwicklungsaufgaben der Familie:

- Einigung auf ein wohlwollendes familienzentriertes Klima, Beteiligung aller an stabilen Alltags- und Konfliktstrukturen.

Behebung von Entwicklungskonflikten:

- Der Kontakt des Klienten zum leiblichen Vater wird vermieden, weil der Stiefvater diesem Kontakt misstraut und der Mutter mit Trennung droht. Dies würde aber die wirtschaftlichen Grundlagen zerstören.

Emotionale Faktoren:

- Abwertung und körperliche Bedrohung durch den jähzornigen Stiefvater, Mutter „zwischen den Stühlen“; Klient bekommt viel Streit und delinquente Vorbilder mit.

Kognitive Faktoren („Gedankenknoten“):

- Mutter: „Mein Sohn ist wie mein Ex.“ „Sein kleiner Bruder macht ihm alles nach.“

*Seite 8*

Offene Fragen an den Kooperationspartner zur Diagnostik, zum erzieherischen und pädagogischen Hilfebedarf, zur Therapie, zur gegenseitigen Information und Kooperation, zum Behandlungsvertrag, zu den Beteiligten und Kostenträgern.

### **Erfahrungen und Ergebnisse**

Für die Versorgungslage und die Kooperation sind derartige Kooperationsstrukturen sehr vorteilhaft: Durch die Bündelung der persönlichen und institutionellen Kompetenzen und eine transparente Informationsweitergabe (Ressourcen) entsteht eine effektive und anhaltende Hilfe für die Familien. Die Einbindung aller Beteiligten in die Behandlung fördert die Zusammenarbeit (Bindung), und zudem wird die Verantwortlichkeit aller Beteiligten gestärkt.

### **Konzeptuelle Arbeit**

Die Rotenburger Klinik gibt alle Konzepte gerne an Interessenten weiter. Die folgenden Dokumentvorlagen und Curricula befinden sich im Intranet bzw. auf einer CD, welche die Klinik auch weitergibt:

Curricula stationärer pädagogischer Projekte, mit folgenden Inhalten: Soziales Training, Rollenspiel, Kreatives Gestalten, Entspannung, Bewegung, Haushalt und Ernährung, Umwelt und Garten, Fit für die Zukunft, Erlebnispädagogik, Psychomotorik, Malen und Kunst.

Curricula ambulanter Gruppentherapien, mit folgenden Inhalten:

- „Mu-Tiger“ bzw. „Mut Proben“ für ängstliche Kinder und Jugendliche
- „Schwer zu bremsen“ für Eltern mit aktiven Kindern
- „Kleine Kinder, kleine Sorgen,...“ für Eltern mit Kindern unter 3 Jahren
- „Durch Dick und Dünn“ für Kinder und Eltern mit Adipositas
- Multisystemische Therapie für essgestörte Jugendliche

Folgende Formulare für Diagnostik und Behandlung sind vorhanden: Anamnesebogen, Einnässen Anamnese, Elternfragebogen, Ernährung Anamnese, Essstörung Anamnese, Kopfschmerzen Anamnese, Fetales Alkohol-Syndrom Befund, Internetsucht Selbsttest, Körperlicher Befund, Psychischer Befund, Test Befund, Protokoll Einnässen, Protokoll Ernährungsgewohnheiten, Protokoll Mahlzeiten, Protokoll Tagesaktivitäten, Essstörung Behandlungsplan, Fallübersicht, Gesprächsprotokoll, Projekt oder Gruppentherapie Verlauf, Sitzungsauswertung, Therapietagebuch.

Zudem wird den komplementären Institutionen Supervision und eine dreijährige Fortbildung mit folgenden Bausteinen angeboten: Strukturen der Entwicklung: Das Rotenburger Entwicklungsmodell, Essstörungen und Adipositas, Psychose, Dissoziation und Zwangsstörung, Leistung und Verhalten in der Schule, Elternarbeit: Beratung, Therapie, Trainingsprogramme. Rechtsgrundlagen für die Pädagogik, Rechtsgrundlagen für die Therapie, Frühe und tiefgreifende Entwicklungs- und Bindungsstörungen, Beziehungen unter Gleichaltrigen; Pädagogik und Therapie in Gruppen, Sozioemotionale Störungen, Suizidalität, Anfallserkrankungen, Arbeitsorganisation, Schwer zu bremsen: Impulsive Kinder mit Konzentrationschwächen, Kritische Lebensereignisse und Traumata, Entwicklungsverzögerung und Geistige Behinderung, Substanzabhängigkeit, Psychopharmaka, Auftrag und Setting.

Des Weiteren gibt es diverse Fortbildungsunterlagen, ein Elternhandbuch, ein Entwicklungshandbuch etc.

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

Wie bei allen Lernprozessen sind wir hinsichtlich einer guten Kooperation auf eine hohe Fehlertoleranz unseres Gegenübers angewiesen. Störungen des vorgesehenen Ablaufs weisen häufig auf Muster des konkreten Falls hin. Sie sollten daher als solche diskutiert werden, um Stellvertreterkonflikte und „Sand im Getriebe“ zu vermeiden.

Die Leitungen der beteiligten Einrichtungen sollten als ein wesentliches Aus- und Weiterbildungsziel für ihre MitarbeiterInnen die Fähigkeit zur Kooperation im Sinne der Klienten auf ihre Fahnen schreiben.

Schließlich sollten auch regelmäßige interdisziplinäre Fachgespräche die institutionsübergreifende Zusammenarbeit fördern.

1. Alle NutzerInnen, d.h. alle unsere direkten und indirekten AnsprechpartnerInnen sind gleichberechtigte MitarbeiterInnen.
2. Wir achten und nutzen die gegenseitigen fachlichen und persönlichen Kompetenzen.
3. Wir benutzen eine Sprache, die alle unsere Nutzer verstehen können, und wir informieren einander kompetent, transparent und zuverlässig.
4. Die ständige Verbesserung unserer Zusammenarbeit ist uns ein bewusstes Anliegen.

## **Lernziele des Vortrags**

- Die Kompetenzen aller Kooperationspartner sind gefragt.
- Die Kompetenzen aller Kooperationspartner sind zu respektieren und zu nutzen.
- Zuverlässigkeit in der Informationsweitergabe ist ein wichtiges Anliegen.
- Transparenz, Fort- und Weiterbildung müssen nicht an Berufs- oder Institutionsgrenzen haltmachen.

## **Literatur**

1. Prankel BH (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. Familiendynamik 30: 145-183.
2. Prankel BH (2008) Systemhandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Rotenburg: Eigenverlag, 4. Auflage.

## Leadership im Wandel der Zeit

*Arnold Scheuch*

Dieser Bericht und die daraus gezogenen Rückschlüsse basieren auf 27 Jahren Erfahrung mit Führenden davon 14 Jahre als Führender.

Als ich meine Tätigkeit im damaligen Psychiatrischen Krankenhaus begann, schienen Leitungsfunktionen eine Art Erbpacht unter Altgedienten „Steinhofffamilien“ zu sein. Dies zeigte sich darin, dass auffällig viele Führungspersonen über Generationen dieselben Namen hatten. Es kam also nicht auf fachliche und/oder Führungsqualitäten an, sondern auf den richtigen Familiennamen bzw. auf die richtigen Verbindungen.

Dies führte dazu, dass viele „Leitungspersonen“ (Führungspersonen wäre zu hoch gegriffen) im Rahmen ihrer Möglichkeiten Routinen, ob sinnvoll oder nicht, aufrecht zu erhalten pflegten. Dies hörte sich folgendermaßen an: „Das haben wir immer schon so gemacht und deshalb machen wir das weiter so. Stellen sie nicht solche Fragen etc.“

Diese Leitungskräfte übten auf Ihre MitarbeiterInnen enormen Druck aus und stemmten sich mit aller Macht gegen Neuerungen.

Ab den 80er Jahren (Beginn der Psychiatriereform 1979) kam es im Spitalsmanagement zu entscheidenden personellen wie fachlichen Veränderungen.

Auffällig war dabei, dass sich diese Spitalsführung bemühte Veränderung und Wandel in die Psychiatrie zu bringen. Es handelte sich dabei um wesentliche Verbesserungen der Betreuung wie beispielsweise das Öffnen der Türen, Behandeln von Krankheiten statt Verwahren, Planen statt Reagieren, schlicht um die Professionalisierung der gesamten Behandlungsabläufe. Dies entsprach auch voll und ganz dem Wunsch der Basis. Es schien nur aus irgendeinem Grund so zu sein als ob diese Wünsche von „oben und von unten“ durch eine fast undurchlässige „Membran“ getrennt waren. Diese Membran stellten aus meiner Sicht ausgerechnet jene Leitungskräfte dar die durch die Forderung nach Veränderungen zutiefst verunsichert waren. Mit der immer besseren Schulbildung junger Mitarbeiter und deren steigendem Selbstbewusstsein

wurde diese Art von Führungskräften jedoch immer mehr in die Defensive gedrängt.

Dazu kam, dass in den neunziger Jahren so genannte Hearings auch in der dritten Führungsebene eingeführt wurden um auch die Bestellung von Mitarbeitern in dieser Führungsebene auf objektive Grundlagen zu stellen. Dies führte letztendlich dazu, dass Führungskräfte immer mehr nach ihrer Eignung bestellt wurden.

Es wurde auch mehr Wert auf die Ausbildung der Führungskräfte gelegt. Die Stadt Wien leistet sich immerhin eine halbjährige Ausbildung für Mitarbeiter der dritten Führungsebene. Mitarbeiter der zweiten Führungsebene und darüber verfügen heute fast zur Gänze über einen Hochschullehrgang im Spitalsmanagement.

Diese Ausbildungen in Verbindung mit Leitsätzen sowohl des KAV als auch des Hauses und neuen gesetzlichen Bestimmungen (Krankenpflegegesetz 1997) führt zu geplanter, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierender Führung. Die Erkenntnisse der Forschung zeigten bereits konkrete Auswirkung. Hier sei nur als Beispiel die Vermehrung der Mitarbeiterpräsenz speziell in den Nachtstunden inklusive der Einführung einer Deeskalationsausbildung und der Installierung eines Sicherheitsdienstes aufgrund einer wissenschaftlichen Studie über Gewalt in der Psychiatrie.

Insgesamt scheint mir der eingeschlagene Weg in die richtige Richtung zu weisen, denn um die Pflege, und dabei speziell die Psychiatrische Pflege zu professionalisieren bedarf es auch hier Daten und Fakten mit denen man argumentieren kann.

# Ist die Pflege demenziell erkrankter Menschen messbar?

Eckehard Schlauss

Die Pflege demenziell erkrankter Menschen ist messbar. Wie dies erfolgen sollte, wird später diskutiert. Zu der Fragestellung, ob es sinnvoll ist die Pflege demenziell erkrankter Menschen zu messen, werden am Ende thesehafte Überlegungen erfolgen.

In der BRD wird der Personalbedarf mittels der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV/1991) ermittelt. Die Refinanzierung erfolgt über die Bundespflegesatzverordnung (BpflVO). Die Psych-PV ist eine pauschalisierte und gruppenspezifische Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes. Die notwendige Personalausstattung wird vorgehalten, und der vermeintliche individuell erforderliche Pflegebedarf wird gruppenspezifisch ermittelt. D.h. der Pflegebedarf ist nicht individuell abbildbar. Bei aller Kritikwürdigkeit ist die Psych-PV aus den zuvor genannten Gründen ein praktikables Verfahren. Die folgende Graphik zeigt einen Vergleich der Minutenwerte laut Psych-PV und der Erfassung des Pflegeaufwandes laut der Leistungserfassung in der Pflege (LEP) für jeden Patienten.

Gegenüberstellung Psych PV - LEP

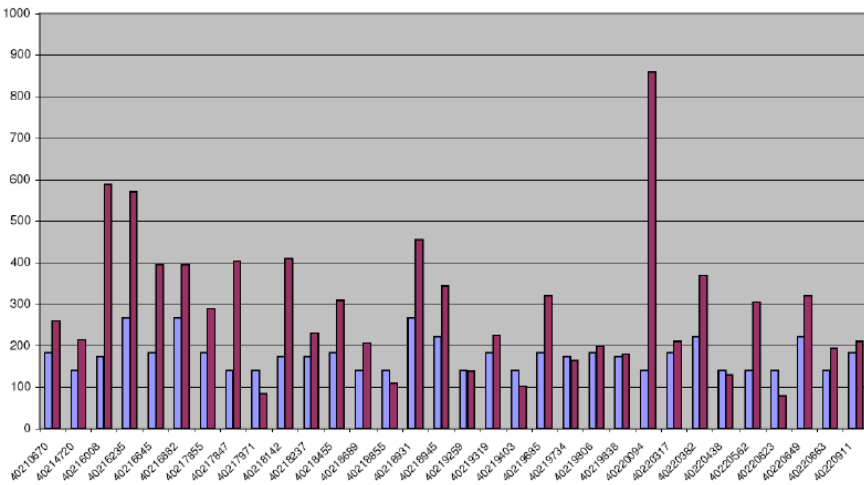


Abbildung 1: Minutenwerte im Vergleich (blau: Psych-PV; lila: LEP) pro Pat./Tag n:

Alle Daten basieren auf unserer eigenen Untersuchung. In dieser Untersuchung wurden eine gerontopsychiatrische Station und das Behandlungszentrum (geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen) verglichen. Der Vergleich der beiden Stationen (Abb. 2) zeigt an, dass die Stationen einen ähnlichen Betreuungsbedarf haben:

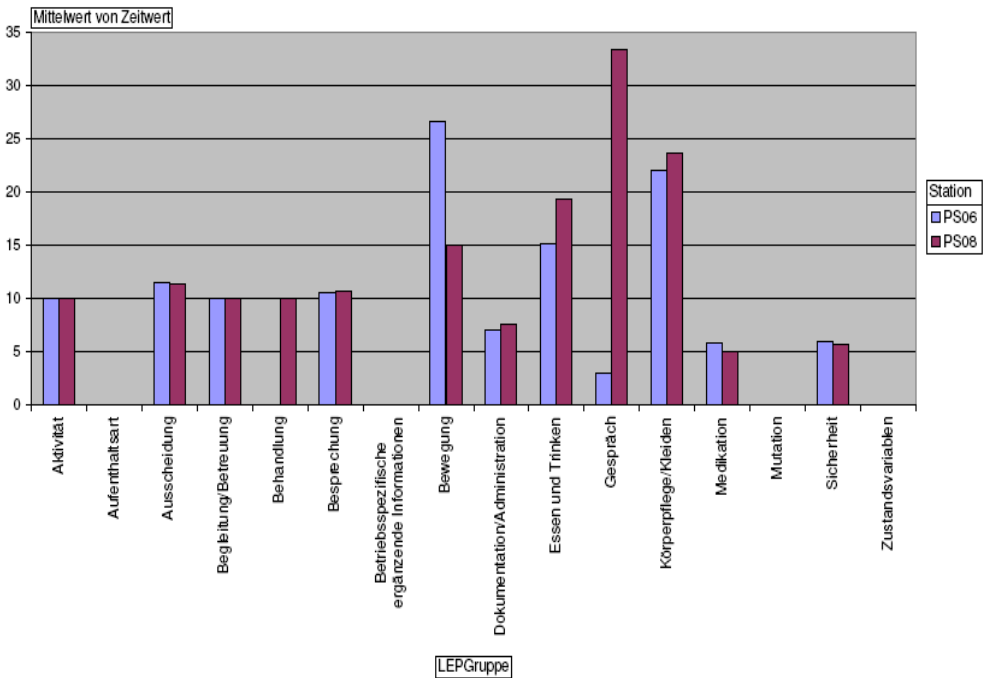


Abbildung 2: Vergleich der Stationen P06 und P08 lt. LEP Variablengruppen

Beide Verfahren sind keine qualitativen Messverfahren. Bei der Psych-PV erfolgt die „Ermittlung“ des Pflegebedarfes gruppenspezifisch. D.h. der individuelle Pflegebedarf wird von einer Gesamtheit auf den Einzelnen heruntergebrochen, was einer Pflege entsprechend eines individuellen Pflegeplanes widerspricht. Trotzdem erscheint ein pauschalisiertes Personalbedarfsermittlungssystem unter den gegebenen Bedingungen als alternativlos. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht würde zwar ein qualitatives Messinstrument, das vom

individuell-erforderlichen Pflegebedarf ausgeht, sinnvoller sein, ist aber gegenwärtig nicht realisierbar ([1], S.3f; [2], S.161). Die vermeintliche Kostenbelastung, die von den Kostenträgern bei der Anwendung entsprechender Messinstrumente erwartet wird, muss berücksichtigt werden. Lt. dem Selbstverständnis der LEP-Verfasser liefert das LEP-Verfahren „harte Daten“. Dies führt nach ihrer Einschätzung zu Transparenz, aber auch Kontrolle. Mit der LEP-Methode kann die Qualität einer Verrichtung nicht bewertet werden. Andererseits wird durch die Verfasser der LEP-Methode eingeräumt, dass die Fragen der psychosozialen Betreuung - also Fragen der Gefühlsarbeit, der Trost- und Behaglichkeitsarbeit, der Sicherheitsarbeit u.v.a.m. - nicht gemessen werden. D.h. lt. der LEP-Methode wird dafür keine Pflegeleistung erbracht, und somit kann auch kein Pflegeaufwand geltend gemacht werden. Die Pflegepersonen haben selbst bestimmt, was als Pflegeleistung gilt, und mit welchem Zeitwert sie hinterlegt sind. Nach Auffassung der LEP-Verfasser ist damit eine „Bias“ der Pflege gegeben.

Ein kurzer Gesamtüberblick über die Stichtagserhebung und die Konsequenzen für den Personalbedarf:

Gesamtpersonalbedarf P06  
Tagesdienst: 13,37  
Nachtdienst: 2,27  
zusammen: 15,64  
>zweiter Nachtdienst: + 2,27  
>Stationsleitung: + 0,5  
Anspruch lt. Psych-PV:  
mind.: 16,14  
real: 18,41

Gesamtpersonalbedarf P08  
Tagesdienst: 14,31  
Nachtdienst: 2,27  
zusammen: 16,58  
>zweiter Nachtdienst: + 2,27  
>Stationsleitung: + 0,5  
Anspruch lt. Psych-PV:  
mind.: 17,08  
real: 19,35

Darstellung der Ergebnisse der Stichtagserhebung vom Oktober 2007:  
im Vergleich zu den Stationsbeschreibungen:

P06	P08
19 Betten	16 Betten
12,80 Planstellen (Ist-Stellen-Plan: 13,00)	15 Planstellen (Ist-Stellen-Plan: 14,70)
14 Mitarbeiter (MA)	16 Mitarbeiter (MA)
13 examinierte MA	14 examinierte MA
1 Pflegehelfer	2 Pflegehelfer
12 weibliche MA	13 weibliche MA
2 männliche MA	3 männliche MA
1 Zivildienstleistender	2 Zivildienstleistende

Ausgehend von den hier skizzierten Daten, sollen einige Thesen zur Diskussion gestellt werden:

- >Die Unterschreitung der Psych-PV\* von min. 25% stellt eine therapeutische Pflege in Frage (Unterfinanzierung durch die BPFIVO).
- >Der tatsächliche Zeitbedarf wird unzureichend abgebildet.
- >Die vollständige Umsetzung der Psych-PV ist das erste (!) Etappenziel!
- >Beim LEP-Verfahren sind die Minutenwerte nur bedingt nachvollziehbar (siehe unten).

Für die Tätigkeit „Mobilisation“ lt. LEP und andere Items gibt es tatsächlich gemessene Echt-Zeiten im Vergleich ([3], S.62):

<u>Tätigkeit</u>	<u>Zeit lt. LEP</u>	<u>Ist-Zeit-Durchschnitt</u>
Mobilisation einfach	5 min	3,23 min
Mobilisation wenig aufwendig	15 min	5,95 min
Mobilisation aufwendig	30 min	7,64 min
Mobilisation sehr aufwendig	60 min	8,14 min

Die Differenzierung von „einfach“ bis „sehr aufwendig“ erscheint nur bedingt sinnvoll und zweckmäßig. Es bringt ein empiristisches Verständnis von Personalbemessung zum Ausdruck, wenn Isfort et al. [3] feststellen, dass Pflegeleistung das ist, was gemessen wird:

„Die klassischen teststatistischen Angaben zur Objektivität, Validität und Reliabilität spielen bei diesem Ist-Daten basierten Ansatz keine Rolle, bzw. es handelt sich per se um objektive, valide und reliable Daten für die jeweilige Einrichtung“ ([3], S.57).

Kritikpunkte der Psych-PV können hier nur thesenhaft benannt werden:

### **1. Pflgetheoretischer Anspruch vs. Medizinisches Konzept:**

Der Psych-PV liegt eine Handlungstheorie in Bezug auf die Behandlungsziele und den damit verbundenen Behandlungsmitteln zu Grunde. Eine darauf aufbauende Handlungstheorie der Pflege ist nicht gegeben. Allerdings gibt es schon klare Orientierungen, die aber nicht von der Pflege, sondern von den leitenden Ärzten ausgehen werden. D.h. die Pflegekräfte der Psychiatrie sind gemeinsam mit den Pflegewissenschaften aufgerufen eine für die psychiatrische Pflege gültige Handlungstheorie zu erarbeiten.

Gute Ansätze hierzu sind durch Lind [4] und Kitwood [5] gegeben. Dies gilt insbesondere für die Gerontopsychiatrie. Die praktische psychiatrische Pflege sollte sich in Anlehnung an Zegelin ([6]) auf jeden dementen Menschen einlassen, d.h., dass der Betreuende den dementen Menschen „in seiner Skurrilität kennen lernen“ will.

### **2. Fragen zu den Minutenwerten:**

Bei aller gebotenen Vorsicht gegenüber den Untersuchungsergebnissen kann festgestellt werden, dass die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen nicht vollständig durch die Psych-PV abgebildet werden. Die Berechnung der Minutenwerte sollte kritisch hinterfragt werden. Anspruch und Wirklichkeit müssen zum Focus werden, d.h. das Leben des demenziell erkrankten Menschen steht im Mittelpunkt. Hier sind sowohl die Berechnungsgrundlagen, als auch die Veränderungen - Fallzahlen, Verweildauer, Multimorbidität etc. - zu berücksichtigen.

### 3. Verhältnis von Psychosozialer Betreuung und Pflege?

*Fragestellung:* Ist die Pflege Bestandteil der psychosozialen Betreuung, oder ist die psychosoziale Betreuung Bestandteil der Pflege?

*These:* Pflege und psychosoziale Betreuung bilden eine dialektische Einheit! D.h. das Pflegekonzept sollte in die psychosoziale Betreuung eingebettet sein [7,8]!

Dies gilt für alle zu Betreuende, erfährt aber eine Zuspitzung für demenziell erkrankte Menschen:

„Diese „Minderheit kann das Leben nur dann genießen, wenn sie mit Menschen konfrontiert wird, die fähig sind, unsere Kulturwelt zeitweise zu verlassen und die Welt der Demenz zu betreten. Diese Welt kann zunächst fremd, verstörend und verunsichernd wirken. Erst, wenn es gelingt, ihre Besonderheiten zu verstehen, wird sie nicht nur vertrauter, sondern auch zunehmend faszinierender sein“ [8, S.476].

Die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen erfordert einen hohen Sachverstand, Empathie und Toleranz. Die unvoreingenommene Wertschätzung des demenziell erkrankten Menschen ist der zentrale Punkt.

### 4. Individuell vs. Pauschal:

Der gesellschaftliche Konsens über die Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine unabdingbare Voraussetzung. Eine individuell erforderliche Pflege ist vernünftig, setzt aber eine Handlungstheorie der Pflege voraus. D.h.: Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf, Pflegeaufwand, Pflegeleistung sind pflegewissenschaftlich definiert, und werden mittels einer Pflege, die lt. individueller Pflegeplanung, zielorientiert, evidenzbasiert, messbar, etc. erfolgt, realisiert. Die Institutionsabhängigkeit wird ebenfalls berücksichtigt!

**Eine Pflege entsprechend dem individuell erforderlichen Pflegebedarf ist demzufolge möglich und setzt folgende Prämissen, Thesen voraus:**

- Jedes Pflegemessinstrument bedarf einer Handlungstheorie der Pflege.
- Es muss vorab einen gesellschaftlichen Konsens über die Finanzierung des zu befriedigenden Pflegebedarfes geben!

- Pflegebedarf und daraus abgeleitete Pflegeleistungen sind wissenschaftlich herzuleiten und ständig in Frage zu stellen!
- Der Pflegebedarf sollte als individueller Anspruch verstanden werden!
- Nach Möglichkeit sollte mittels empirischer Methoden der individuelle Pflegebedarf ermittelt werden, ausgehend von empirisch falsifizierten Hypothesen!
- Die Qualitätsstandards müssen laut aktuellen pflegewissenschaftlichen Standards definiert werden!
- Die notwendigen Personalqualifikationen müssen bestimmt sein!

Im Folgenden soll die Frage debattiert werden, wie ein Pflegepersonalbemessungsinstrument konzipiert sein könnte und sollte. Entscheidende Voraussetzungen sind bereits erörtert worden. Ein qualitatives Messinstrument erscheint zumindest gegenwärtig nicht durchsetzbar, sodass eine pauschalisierte und gruppenspezifische Ermittlung des Pflegebedarfes sinnvoll erscheint.

### **Ist die Pflege demenziell erkrankter Menschen messbar?**

Die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeit - im Sinne einer Allokationsentscheidung - der Pflege vorausgesetzt, ist die pauschalisierte Personalbemessung für die Psychiatrie und somit auch für die Gerontopsychiatrie unabdingbar:

- Der Pflegebedarf müsste durch die Pflegewissenschaft allgemeinverbindlich definiert werden.
- Die hinterlegten Minutenwerte müssten empirisch ermittelt werden.

### **DRGs für die Psychiatrie?**

Ist ein pauschalisiertes System - vergleichbar mit den DRGs - für die Psychiatrie denkbar, und welche Auswirkungen hätte es auf die psychiatrische Pflege?

Allerdings muss hier festgestellt werden, dass die Zeit diese Fragestellung bereits beantwortet hat. Die Psych-PV wird zum 01.01.2013 durch ein pauschalisiertes System ersetzt werden. Es wird keine Fallpauschale, sondern eine Tagespauschale auf einen klar definierten Behandlungsfall darstellen. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Erfüllungsstand/die Umsetzung der Psych-PV sehr unterschiedlich sind, können die Auswirkungen nur hypothetisch benannt werden.

### *Hypothesen:*

- Die Psych-PV für den Pflegepersonalbedarf wird zum 31.12.2012 nicht zu 100% umgesetzt sein, da die Nachtdienste außerhalb der Psych-PV verhandelt werden, auch wenn sie durch die Psych-PV geregelt sind.
- Die Minutenwerte und damit die gegenwärtige Psych-PV werden den Pflegebedarf nicht vollständig abbilden.
- Eine Betterbewertung/Betterstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeiten wird durch die Behandlungspfade erfolgen. D.h.: Diese Entwicklung wird zu Lasten der Pflege erfolgen.

Dieses pauschalisierte System wird grundsätzlich unterfinanziert sein, wobei es mit einer tendenziellen Schiefelage zu Ungunsten der Pflege belastet sein wird!

Im Folgenden werden wir uns dem Aspekt der Fragestellung zu wenden, ob es sinnvoll ist die Pflege demenziell erkrankter Menschen zu messen.

Es geht hierbei um die Frage welchen Wert hat ein demenziell erkrankter Mensch? Ist die Gesundheit eine Ware oder handelt es sich um ein humanitäres Gut, welches nicht bzw. nur bedingt marktkonform ist? An dieser Stelle sei an Bill Clinton erinnert. Er hat auf einer Versammlung der UN zum Welternährungstag 2008 erklärt:

„ ... Nahrungsmittel sind keine Ware wie jede andere ... “ und die Liste der Produkte und Dinge, die keine „Waren wie alle anderen sind, ist länger, und auch die Gesundheit gehört dazu“ [9]!

Auch unter diesen Aspekten sollte die Fragestellung diskutiert werden!

*„Wenn ich närrisches Zeug geredet habe, geschah es nicht mit Absicht. Wirt im Kopf nämlich wird der alte Mensch, ohne dass er dies wahrnimmt. Mit der Senilität ist es wie mit der Liebe: sie kommt und sie ist da. Und leider (oder soll ich sagen: den Göttern sei Dank?) liegt es in ihrem Wesen, daß sie dem, bei dem sie sich eingenistet hat, die Fähigkeit nimmt, ihre Anwesenheit zu bemerken.“ [10].*

## Literatur

1. Kardorff, E. (2002): Personalbemessungssysteme der Altenhilfe im Kontext. In: Kardorff, E.; Kondratowitz, H.-J. (Hrsg. 2002): Personalbemessung in der Altenhilfe. Transfer Verlag, Regensburg, S. 3-16
2. Klie, T. (2002): Personalbemessungssysteme? Pflegewissenschaftliche und altenhilfepolitische Zwischenbilanz. In: Kardorff, E.; Kondratowitz, H.-J. (Hrsg.): Personalbemessung in der Altenhilfe. Transfer Verlag, Regensburg, S. 159-165
3. Isfort, M./ Klug, E./ Weidner, F. (2002): Pflegequalität und Pflegeleistung 2. Bericht über die zweite Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung“. hrsg. vom KKD e.V., Freiburg Köln
4. Lind, S. (2003/2007): Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte, Bern Göttingen Toronto Seattle, Verlag Hans Huber
5. Kitwood, T. (2005): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 4. unveränderte Auflage, Bern Göttingen Toronto Seattle, Verlag Hans Huber
6. Zegelin, A. (2005): Neue Betreuungs- und Pflegekultur für demenzkranke Menschen aus wissenschaftlicher Sicht. In: KDA (Hrsg./ 2005): Demenz und was nun? Dokumentation der Fachtagung am 8. Juli 2004 im DRK-Zentrum Bochum, Köln, farbo print + media GmbH Köln, S. 19-22
7. Rieckmann, N.; Schwarzbach, Ch.; Nocon, M.; Roll, St.; Vauth, Ch.; Willich, St.N.; Greiner, W. (2009): HTA-Bericht 80: Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen, DIMDI, Köln, veröffentlicht in der DATHA-Datenbank des DIMDI ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA und [www.egms.de](http://www.egms.de)).
8. Wojnar, J. (2008): Was bleibt: Lebensqualität trotz Demenz. In: Hrsg.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2009): Aktiv für Demenzkranke, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Band 7, Berlin, Meta Druck, S. 475-481
9. American Press am 23. Oktober 2008 in <http://www.americanpress.com/>
10. Polgar, A. (1954) *Gespräche über das Alter*. In: *Im Lauf der Zeit*, Rowohlt

# **Sind heiltherapeutische Behandlungsansätze aus der Pflege und Betreuung von geistig behinderten Menschen auf die Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen übertragbar?**

*Eckehard Schlauss, Albert Diefenbacher*

## **Vorbemerkungen**

An dieser Stelle sollen einige Einlassungen erfolgen. Nach meiner Sicht ist eine Trennung von Pflege und Betreuung unzulässig. D.h. im Folgenden wird immer der Begriff Betreuung verwandt. Er soll umfassend verstanden werden. Pflege und psychosoziale Betreuung bilden eine dialektische Einheit. D.h. das Pflegekonzept ist in die psychosoziale Betreuung eingebettet. Vernünftige Konzeptionen von Pflege schließen selbstverständlich Kommunikation, Beschäftigung, Wahrnehmung von Gefühlen, soziale Aktivitäten, Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, emotionale Unterstützung und vieles mehr mit ein.

Dies alles ist nicht nur eine Frage der Theorie, sondern eine Frage von Theorie und Praxis, also der Realität: Ein Mensch wird gepflegt. Dieser Begriff von Pflege ist mit der Verrichtungsorientierung der Pflegeversicherung nur ansatzweise abgedeckt. Die Pflegenden sollten sich eine solche Degradierung verbitten.

Die Pflege, sowohl von demenziell erkrankten Menschen, als auch von geistig behinderten Menschen, erfordert konstante Beziehungen und vertraute Personen, Alltagsgestaltung und Therapie durchdringen sich. Jeder Mensch ist einzigartig und das Erleben dieser Einzigartigkeit ist spannend. Die heutigen Diskussionen um segregativ oder integrativ, um Böhm oder um Hirnpathologie oder Validation sind müßig. Unterschiedlichste Herangehensweisen sind unabdingbar, die Vielfalt des menschlichen Daseins erfordert dies. Ich will den Anderen in seiner Skurrilität kennen lernen [1]. Eine Interaktion von demenziell erkrankten Menschen sollte so erlebt werden:

„... eine unbekannte ethnische Minderheit, mit fremder Sprache („dementisch“), ungewöhnlichen Bräuchen und erstaunlichen sozialen Normen zu erleben. Sie besteht aus Menschen, die schwer krank sind, sich jedoch für gesund halten, die selbständig zu sein glauben.“[2]

## **Geistig behinderte Menschen und demenziell erkrankte Menschen**

Geistige Behinderung ist keine Krankheit. Die Relativität des Erlebens für Menschen mit geistiger Behinderung ist mit der von demenziell erkrankten Menschen vergleichbar. D.h. normal ist, was die Mehrheit ist:

- In der U-Bahn ist sowohl der demenziell erkrankte Mensch als auch der geistig Behinderte in der Minderheit. Er ist hier nicht „normal“.
- In der Wohngruppe (WG) ist sowohl der demenziell erkrankte Mensch als auch der geistig Behinderte in der Mehrheit, hier ist er „normal“, muss sich aber von einer „nicht normalen“ Minderheit wie Betreuern oder Ärzten anleiten lassen.

Die Therapieansätze sowohl für demenziell erkrankte Menschen als auch für geistig behinderte Menschen werden oft über die Defizite bestimmt. Wichtiger und hilfreicher ist es aber die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Ausgangspunkt der Therapieansätze zu machen. D.h. dass zielführende Therapieansätze immer (!) individuell sind.

## **Das Alter und die Alzheimer Demenz**

„ ist ein hochinteressanter Vorgang: Man denkt und denkt und denkt. Plötzlich kann man sich an nichts mehr erinnern.“ (Ephraim Kishon)

Die Lebenserwartung von geistig behinderten Menschen gleicht sich der von nichtbehinderten Menschen zunehmend an. Menschen mit Down-Syndrom bzw. schwer geistig behinderte Menschen haben hingegen eine um bis zu 20 Jahren geringere Lebenserwartung. Diese deutlich höhere Sterbewahrscheinlichkeit bei geistig behinderten Menschen zeigt sich in den jüngeren Altersklassen bis 40 Jahre. Dies ist eine Erklärung für die Zunahme von Menschen mit geistiger Behinderung, die demenziell erkranken.

## **Heiltherapeutische Behandlungsansätze (Thesen)**

1. In Anlehnung an die TEACCH-Methode (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) kann geistig behinderten Menschen durch eine übersichtliche Strukturierung des Alltags in ihrer räumlichen und zeitlichen Orientierung geholfen werden. [1]

In Anlehnung an den Ansatz des Aktiven Lernens (ALA = Active Learning Approach nach Lilli Nielsen) können geistig behinderte Menschen in ihrer Eigenaktivität individuell gefördert werden. [2]

Ansätze [3]:

- Aufmerksamkeits-Interaktionstherapie (Hartmann),
- Sensorische Integrationstherapie (Ayres),
- Differentielle Beziehungstherapie (Janetzke),
- Verhaltenstherapie
- Körperbezogene Verfahren u.v.a.m.

Es kann festgestellt werden, dass die hier aufgezählten Behandlungsansätze die Menschen in ihrer Identität nicht antasten, sondern versuchen diese zu erhalten bzw. zu stärken. Der personenzentrierte Ansatz nach Kitwood sollte hier bedacht werden. D.h. er könnte - vielleicht modifiziert(?) - eine gute Grundlage für die Betreuung sein. Andere Behandlungsansätze werden sowohl für die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen als auch von geistig behinderten Menschen angewandt:

- Validation
- Bewegung, Rhythmus und Musik
- Kinästhetik
- Basale Stimulation u.v.a.m.

### **Therapeutische Behandlungsansätze bei demenziell erkrankten Menschen (Thesen)**

1. Mit der Emotionalen Kommunikation als Methode und Arbeitshaltung - aufbauend auf der Validation nach Richard - ist jeder Mensch so anzunehmen, wie er ist. D.h. ihn in seiner eigenen Realität zu belassen und wertschätzend zu begleiten. [1]

Der person-zentrierte Ansatz nach Kitwood geht über die emotionale Kommunikation hinaus. Anerkennung, Respekt und Vertrauen sind immanente Bestandteile jeder Beziehung. D.h. eine Ich-Du-Form der Begegnung und des In-Beziehung-Tretens bleibt (fast) immer möglich. [2]

Ansätze [3]:

- Gedächtnistrainingm

- Milieutherapeutische Interventionen
- psychobiographisches Pflegemodell nach Böhmm
- Angehörigenberatung
- Aktivierungstherapie, vor allem Bewegung, Tanzen, Wandern, Spaziergänge, Schwimmen, Malen oder Musizieren u.v.a.m. Auch diese therapeutischen Ansätze dienen der Erhaltung der vorhandenen Ressourcen, und somit auch der Stabilisierung der Identität.

### **Verhaltensauffälligkeiten sowohl bei demenziell erkrankten Menschen, als auch bei Menschen mit geistiger Behinderung**

An dieser Stelle soll diese Problematik diskutiert werden. Es ist normal, dass Menschen mit geistiger Behinderung alle Formen psychischer Störungen entwickeln können. Dies ist seit ca. 40 Jahren bekannt. Verhaltensauffälligkeiten und Problemverhalten haben eine hohe Prävalenz sowohl bei Menschen mit geistiger Behinderung, als auch bei demenziell erkrankten Menschen. Dies sind Herausforderungen für einen empathischen Umgang mit den betreffenden PatientInnen.

### **Ganzheitliche Diagnostik**

Hier muss schnell und klar zwischen Delir, herausforderndem Verhalten bzw. Verhaltensauffälligkeiten unterschieden werden. Das Delir ist umgehend ursächlich medizinisch, ggf. pharmakologisch, zu behandeln. Beim herausforderndem Verhalten bzw. den Verhaltensauffälligkeiten sollte das NDB-Modell (Bedürfnisbedingtes Demenz-Verhaltensmodell = Need-Driven Dementia Behavior-Modell) angewendet werden. Im folgenden werden Verhaltensauffälligkeiten (BPSD = behavioural and psychological symptoms of dementia) betrachtet. Beim Delir gilt dies so nicht. Beim Delir ist der Einsatz einer Delirschwester im Liaison- und Konsiliardienst dringend geboten.

### **Pflegerische Interventionen (Möglichkeiten) bei BPSD**

Eine fundierte Handlungsplanung basiert auf einer strukturierten Erfassung des Verhaltens. Alle möglichen Maßnahmen zur Erleichterung der Reorientierung sollten durchgeführt werden. Ein (Über)Angebot an Reizen sollte minimiert werden. Umgebungsbedingter Stress sollte vermieden oder zumindest

reduziert werden. D.h. eine entsprechende Milieuthherapie ist durchzuführen. Die Kommunikation - also jede(!) Interaktion - ist der Gesamtsituation anzupassen. Alle Zuwendungen sollten durch bekannte Personen wie Bezugsperson und Angehörige erfolgen. Es sollten Fallbesprechungen im Multiprofessionellen Team (Arzt/Pflegepersonal/Therapeuten) durchgeführt werden. Eine symptomatische medikamentöse Behandlung kann im Ausnahmefall notwendig sein. Eine Deeskalation durch 1:1-Betreuung wird oft sinnvoll sein. Eine Fixierung ist die letzte Option, und unterliegt hohen rechtlichen Anforderungen - Selbst-und/oder Fremdgefährdung.

Eine systematische Diagnostik zugrundeliegender Faktoren und entsprechend angepasste Interventionen können zur Reduktion von herausforderndem Verhalten bzw. Verhaltensauffälligkeiten führen. Eine auf deutsche Verhältnisse adaptierte „Serial Trial Intervention (STI)“ könnte hier wirksam sein.

### **Adaptierte Serial Trial Intervention[3]**

1. Schritt: Körperliches Assessment.
2. Schritt: Affektives Assessment.
3. Schritt: Nichtmedikamentöse Maßnahmen.
4. Schritt: Versuchsweise Gabe eines Schmerzmittels.
5. Schritt: Beratung mit dem Arzt und/oder versuchsweise Gabe von Psychopharmaka.

Im Vortrag werde ich ein gemeinsames Betreuungskonzept für „Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz“ sowohl für das Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung, für die Gerontopsychiatrie, als auch für die Geriatrie vorstellen und diskutieren.

### **Diskussionsthesen**

- Die gegenseitigen Lernpotenziale zwischen dem Behandlungszentrum und der Gerontopsychiatrie sind sehr groß [1].
- Menschen mit geistiger Behinderung werden älter [2].

- Sowohl Menschen mit geistiger Behinderung als auch demenziell erkrankte Menschen bedürfen einer ganzheitlichen Diagnostik und einer multi-professionellen Behandlung [3].

## **Literatur**

1. Zegelin, A. (2005): Neue Betreuungs- und Pflegekultur für demenzkranke Menschen aus wissenschaftlicher Sicht. In: KDA (Hrsg./ 2005): Demenz und was nun? Dokumentation der Fachtagung am 8. Juli 2004 im DRK-Zentrum Bochum, Köln, farbo print + media GmbH Köln, S. 19-22.
2. Wojnar, J. (2008): Was bleibt: Lebensqualität trotz Demenz. In: Hrsg.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.(2009): Aktiv für Demenzkranke, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Band 7 , Berlin, Meta Druck, S. 475-481.
3. Fischer, T.; Spahn,C.; Kovach, Ch. (2007): Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die „Serial Trial Intervention“ (STI). In: Pflegezeitschrift 59 (7): 370-373.

## **Wie lässt sich durch die Klärung des Skill- und Grademix die Leadership-Kultur einer Organisation fördern?**

*Martin Schmid, Iris Ludwig, Ingrid Wolf, Monica Krauchthaler, Anita Geerts*

### **Hintergrund/Einleitung:**

Mit der Überführung der Gesundheitsberufe in die Berufsbildungssystematik des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT) und den damit verbundenen neuen Berufsabschlüssen, entstehen für die Betriebe im Gesundheitswesen neue Herausforderungen. MitarbeiterInnen der neuen Berufsprofile müssen in das bestehende Berufsfeld integriert werden. Bis heute war das Berufsfeld der Pflege ein Arbeitsgebiet, welches die diplomierten Pflegefachpersonen für sich „gepachtet“ hatten [1]. Die neue Berufsbildsystematik der Gesundheitsberufe sowie die neuen Berufsabschlüsse erfordern eine Differenzierung des gesamten Berufsfeldes der Pflege.

Im Bereich der klinischen Praxis müssen Wege gesucht werden, wie die Zusammenarbeit der altrechtlichen Berufe (diplomierte Pflegefachperson DN II) mit den neuen Berufen im Gesundheitswesen (Dipl. Pflegefachperson HF\*, FH\* sowie Fachangestellte Gesundheit FaGe\*) geregelt werden können. Zudem zeigten die Änderungen der Bildungssystematik, auf Grund der neuen Gesetzgebung des Bundes, spürbare Folgen für die nachhaltige Sicherung des beruflichen Nachwuchses im Gesundheitsbereich. Die Bedarfssteuerung der Gesundheitsberufe erfolgt nicht mehr zentral durch die kantonalen Gesundheitsdirektionen, sondern neu durch die Betriebe. Demzufolge ist die Steuerung des Ausbildungsbedarfs nicht mehr kantonal systematisiert. Die Gewährleistung der beruflichen Nachwuchssicherung könnte daher in Frage gestellt sein [2].

Bis 2020 sagt ein mittleres Szenario der Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung des Bundesamts für Statistik eine Zunahme der über 65-jährigen Bevölkerung um 400'000 Personen voraus. Bedarfsprognosen beim Pflegepersonal gehen davon aus, dass 25'000 Personen eingestellt werden müssen, um den daraus resultierenden erhöhten Pflegebedarf abzudecken. Hinzu kommen ca. 60'000 Personen, die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen [3].

Mit dem initiierten Projekt wurden Grundlagen zu den neuen Berufsrollen erarbeitet, welche in Form von Arbeitsaufgaben aufzeigen, wie die Absolventinnen der neuen Berufsausbildungen in Institutionen tätig sein können.

Die mitbeteiligten StationsleiterInnen (SL) zeigten in der Erarbeitung der Projektergebnisse „Leadership – Kompetenzen“ auf, indem sie den absehbaren organisatorischen Wandel aktiv mitgeprägt haben. Insbesondere zeigten sie eine grosse Bereitschaft eigene Wertvorstellungen und Überzeugungen, hinsichtlich des verinnerlichteten Rollenbildes der bisherigen Berufsrolle offensiv zu hinterfragen. Sie entwickelten in Zusammenarbeit mit der Projektleitung gemeinsame Vorstellungen zur zukünftigen Arbeitsteilung im Berufsfeld Pflege, im Kontext der neuen Berufsausbildungen im Gesundheitsbereich [4] [5].

In der Umsetzungsphase werden die StationsleiterInnen aufgefordert sein, die neuen Arbeitsschwerpunkte der jeweiligen Berufe zu einer kooperativen, vertrauensvollen Zusammenarbeit hinzuführen und sie zu einer Entscheidungskompetenz zu befähigen, die den Anforderungen des klinischen Alltags im hohen Masse entspricht.

Dieses Vorgehen erhöht die Optionen für eine effektive Nachwuchssicherung im Pflegebereich, weil insgesamt drei Ausbildungsabschlüsse (Tertiär A und B, Sek II) für das Berufsfeld erschlossen werden können. Die neuen Rollenprofile sollen die Entscheidungskompetenzen der beteiligten Pflegefachpersonen, aus dem Berufsfeld Pflege akzentuieren.

### **Auftrag**

Der Auftrag umfasst eine Berufsfeldanalyse, welche die Hauptaufgabengebiete der verschiedenen Berufsprofile, ausgehend vom heutigen Pflegebedarf, erfasst. Ferner soll die Entwicklung und Beschreibung der Zusammenarbeit von Berufspersonen mit unterschiedlichen Fähigkeiten (Skills) und Qualifikationen (Grades) der zukünftigen Berufsprofile dargestellt werden. Diese Daten sollten den Auftraggebern die Grundlage für Entscheidungen, hinsichtlich des zukünftigen Skill- und Grademix liefern. Ausgehend von diesen Entscheidungen soll die Phase der Umsetzung angegangen werden können, in dessen Verlauf ein Vorschlag zur Überführung der neu definierten Kompetenzprofile, in die sich entwickelnde Pflegeorganisation realisiert werden sollte.

## **Fragestellung**

Welcher „Teammix“ gewährleistet Patientenzufriedenheit, Patientensicherheit, Arbeitsattraktivität und ist ökonomisch vertretbar?

Wie können sich die transformationalen Fachkompetenzen von Pflegefachpersonen nutzbringend auf Pflegequalität sowie die Patienten- und arbeitsbezogenen Behandlungsergebnisse auswirken?

## **Explizite Ziele**

1. Die institutionsspezifischen Stationsprofile (Pflegebedarf / Personalbedarf als Grundlage für den Skill-/ Grademix) sind erhoben.
2. Alle stationspezifischen Aufgabensets als betriebliche Kompetenzprofile der Tertiär und Sek. II Stufe für den Skill-/ Grademix) der Zukunft sind beschrieben.
3. Empfehlungen für einen neuen Skill- und Grademix im Untersuchungsbereich sind erarbeitet und bieten den Auftraggebern eine Entscheidungsgrundlage für das im Projektauftrag enthaltene Umsetzungsprojekt.
4. Die Arbeitsgrundlagen für das Umsetzungsprojekt mit den neu definierten Skill- und Grademix sind erstellt und ermöglichen eine flächendeckende Umsetzung im Untersuchungsgebiet.
5. Eine sinnvolle Arbeitsteilung bei allen aktuell tätigen Berufsprofilen, unter optimaler Ressourcennutzung, im Pflegebereich ist erreicht.

## **Implizites Ziel**

1. Befähigung der Stationsleiter beim anstehenden Veränderungsprozess Sicherheit und Orientierung zu vermitteln.

## **Methode und Vorgehen**

Die Berufsfeldanalyse wurde nach der Methode der „Experten Facharbeiter-Workshops“ vorgenommen, das der domänenspezifischen Qualifikationsforschung zuzuordnen ist [6]. Dieses Vorgehen untersucht die im Beruf erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht abstrakt, sondern im Zusammenhang mit konkreten Arbeitsfeldern der beruflichen Arbeitsaufgaben.

Das Projekt und die Erarbeitung der Resultate lassen sich in vier Arbeitsphasen beschreiben.

**Phase 1:** Einstieg ins Projekt, Sensibilisierung der Stationsleitungen (SL), Ist-Analyse des aktuellen Personalbestandes, des Pflegebedarfes in der Clenia Schlössli Privatklinik und im Bergheim. Die Projektmitarbeitenden SL waren aufgefordert, aus einer Art „Aussenperspektive“ ihre Station zu betrachten und Vergleiche mit Stationen, mit ähnlichem Auftrag, anzustellen. In dieser Phase gelangten die SL zur Einsicht, wie wichtig vertiefte Auseinandersetzungen mit dem zukünftigen Skill/- Grademix der von ihr geführten Station sind.

**Phase 2:** Auseinandersetzung mit dem Modell der Arbeitsaufgaben, Formulierung der Arbeitsaufgaben, Entwicklung eines Ordnungsmodells zur Reduktion und übersichtlichen Darstellung der beschriebenen Arbeitsaufgaben (unterschiedliche Häuser, Kliniken, Stationen und Berufsniveaus). Dieser Phase war für die SL sehr zeitintensiv und verlangte von den SL und ihren Teams außerordentlich viel analytisches Wissen über die Arbeitsabläufe auf den Stationen. Zudem mussten die definierten Arbeitsaufgaben schriftlich dokumentiert werden, was sich als hoher fachlicher Anspruch erwies.

**Phase 3:** Auseinandersetzung mit den zukünftigen Vorstellungen, hinsichtlich pflegerischem Organisationsmodell, Fakten und Tendenzen der Bildungsentwicklungen, Versorgungsplanung sowie Formen der Delegation. Um das Hintergrundwissen in Sachen zukünftigem Skill- und Grademix zu erhalten, nutzten wir auch Workshops, um das obengenannte skizzierte Wissen zu vermitteln. Nebst Referaten mit Experten der beschriebenen Fachgebiete wurden die SL zur aktiven Diskussion aufgefordert. Dabei konfrontierten wir sie mit Voten von direkt und indirekt beteiligten Akteuren, was sich positiv auf die gesamte Auseinandersetzung auswirkte.

**Phase 4:** Erarbeiten des Ist/Soll-Vergleiches, aufgrund den vorliegenden Arbeitsaufgaben, Beschreiben des Delegationsanteiles, Erarbeiten vom Delta Ist/Soll auf der Basis des aktuellen Stellenplans, Stellungnahme zu den aus dem Gesamtprojekt abgeleiteten Projektergebnissen. Hier waren die SL gefordert, auf der Basis der erlangten Erkenntnisse (Personalbestand, Pflegebedarf, gegenwärtiges Organisationsmodell) den zukünftigen Soll Skill- und Grademix darzustellen. Während dieser Zeit begleitete das Kernteam die SL aktiv. Dieses ging von der Prämisse aus, dass die SL das nötige Wissen erhalten haben, um über Lösungsansätze für die zukünftige Personalplanung zu verfügen (Rekrutierungsprobleme beim Gesundheitspersonal, mögliche Veränderungen in den

verfügbaren Ressourcen, kombinierte Problemstellungen). In der Folge legten alle SL konkrete Aussagen, inkl. Begründungen über den zukünftigen Soll-/Grademix vor. Im abschliessenden Workshop nahmen alle Projektmitarbeitenden zu fünf Empfehlungen der Kerngruppe, zuhanden der Auftraggeber Stellung.

## Ergebnisse

Das Projekt lieferte sowohl auf der expliziten wie auch impliziten Ebene Resultate. Im Ordnungsmodell (Abb. 1) werden die aus dem Arbeitsfeld analysierten Arbeitsaufgaben systematisch dargestellt und vermitteln einen Überblick über das gesamte Aufgabenfeld der Berufe des Berufsfeldes Pflege, spezifiziert auf den Schwerpunkt Psychiatrie. Alle aufgeführten Arbeitsaufgaben sind durch die Beschreibung des Handlungsanlasses, dem methodisches Vorgehen sowie den Anforderungen, welche die Arbeitsaufgabe an die ausführende Berufsperson stellt, beschrieben.

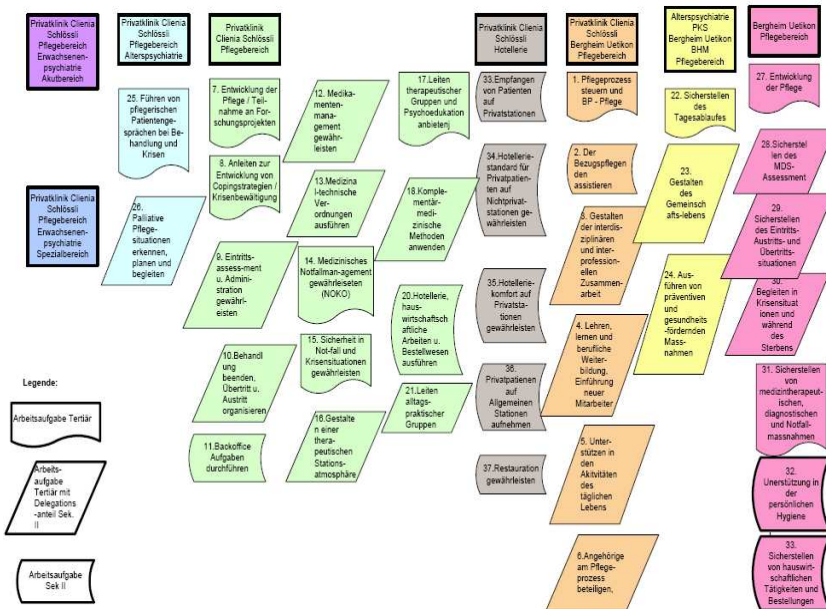


Abbildung. 1: Ordnungsmodell Arbeitsaufgaben Clienia Schössli Privatklinik und Bergheim

Im Weiteren liess sich, ausgehend von den Arbeitsaufgaben ein Ist-/Soll Vergleich generieren (Abb. 2). Diese beschreiben die Arbeitsteilung der unterschiedlichen Grades. Voraussetzung für die Festlegung der Arbeitsteilung war eine intensive Auseinandersetzung mit dem Organisationsmodell der Station, den neuen Ausbildungen im Berufsfeld Gesundheit sowie der Thematik Delegation.

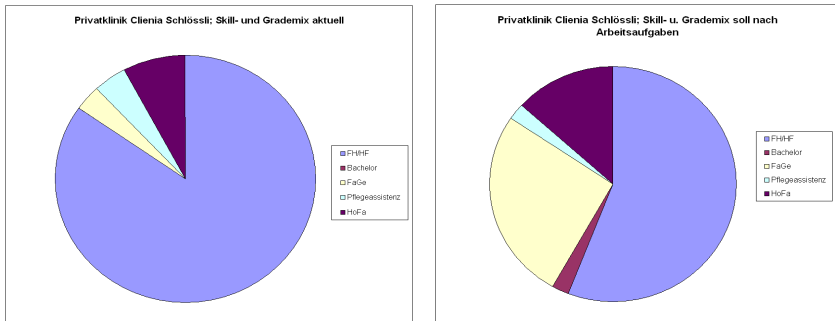


Abbildung 2: Vergleich Skill- Grademix IST – SOLL aufgrund der Berufsfeldanalyse

Auf der impliziten Ebene kam es zu einem allgemeinen Wissenszuwachs, hinsichtlich der Zusammenhänge über Ausbildung, Entwicklungstendenzen der Profession Pflege sowie über fachlichen Schwerpunkt der Psychiatrie. Auch fand eine Reflexion der stationsbezogenen Arbeitsorganisation statt. Zudem förderte die projektbezogene Zusammenarbeit den formellen und informellen Austausch zu weiteren managementbezogenen Themen, innerhalb der zwei beteiligten Institutionen.

## Diskussion

Höchstes Ziel dieses Projektes war es, die Grundlagen zu erarbeiten, welche es allen Fachpersonen der neuen Gesundheitsberufe ermöglicht, entsprechend ihren Kernkompetenzen eingesetzt zu werden. Im Fachbereich Psychiatrie verändert die stetige Spezifizierung der Behandlungsangebote den Pflegebedarf. Deshalb soll der neue Mix des Pflgeteams dadurch gekennzeichnet sein, dass die neuen Berufskategorien und Qualifikationen - vom Attest bis zum Master in Nursing in Science - vor dem Hintergrund eines begründeten Pflege-

bedarfs und den entsprechenden beruflichen Arbeitsaufgaben eingesetzt werden. Dies erfordert in der Privatklinik Clenia Schlössli und im Bergheim ein Umdenken, hinsichtlich der Aufgabenbereiche der einzelnen Berufsgruppen. Eine zentrale Aufgabe von Leadership liegt in der Vermittlung von Sicherheit und Orientierung bei Veränderungsprozessen. Die sich abzeichnenden externalen Veränderungen (Rekrutierung, erhöhter Pflegebedarf, ökonomische Rahmenbedingungen), erlauben innerhalb der einzelnen Berufsgruppen weder ein Standesdenken, Abgrenzungsversuche noch eine Marginalisierung der neuen Berufsausbildungen. Die beteiligten SL stehen als Managementverantwortliche der Station, im direkten Austausch mit den MitarbeiterInnen und müssen fachlich fundiert Argumentieren können, wenn sich traditionelle Arbeitsbereiche verändern, Gewohntes aufgegeben sowie die geforderte Zusammenarbeit mit den reformierten Gesundheitsberufen intensiviert werden muss. In diesem Prozess sind transformationale Führungskompetenzen gefordert, die auch den Aspekt des organisatorischen Wandels als eine Führungsaufgabe verstehen.

## Literatur

1. Ludwig, I. (2008) Auf den Mix kommt es an. Care management 1: Nr. 2: 19
2. Geisser Roth, R. (2009) Versorgungsbedarf, Versorgungsauftrag und Versorgungsmarkt ,Daten zu den Gesundheitsberufen, Auswertung 2008. Bildungstag der Privatklinik Clenia Schlössli, Oetwil am See.
3. Jaccard Rudin, H. ,Weaver, F., Roth, M., Widmer M. Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, 2009. Document de travail 35, Observatoire suisse de la santé.
4. Martin, J.S., Aldorf, K. (2008) Clinical Leadership: ein Ansatz zur Praxisentwicklung in der Pflege. Care management 1: Nr 2: 9.
5. Von Rosenstiel, L. (2006) Leadership und Change. In Bruch, H.; Krummacker, St.; Vogel, b.: (Hrsg). Leadership – Best Practices und Trends. Wiesbaden: Babler Verlag, 145 – 156.
6. Rauner, F.; Kleiner, M.: Experten-Facharbeiter-Workshops – ein Instrument für die Qualifikations- und Curriculumsforschung. In Qualifikationsforschung und Curriculum: Analysieren und Gestalten beruflicher Arbeit und Bildung. Bielefeld: Bertelsmann, 2004 115 -133.

## **\*Glossar**

### *Fachangestellte Gesundheit (Sekundarstufe II)*

- 3-jährige Grundausbildung mit dem Ziel, berufsspezifische Qualifikationen, eine grundlegende Allgemeinbildung sowie die Fähigkeit zum lebenslangen Lernen erreichen.

### *Diplomierte Pflegefachperson HF (Tertiärstufe B)*

- Höhere berufliche Qualifikation zur Vorbereitung auf Fach- oder Führungsaufgaben, mit praxisorientierten Ausbildungszielen, die Analysefähigkeit und methodische Kompetenzen fördern.

### *Diplomierte Pflegefachperson FH (Tertiärstufe A)*

Vorbereitung auf berufliche Tätigkeit, die die Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden erfordert.

- *Bachelorstufe*: Berufsspezifischer Abschluss zur Ausübung der Tätigkeit nach neuesten Erkenntnissen, Führungsaufgaben und sozialer Verantwortung.
- *Masterstufe*: Vertieftes, spezialisiertes und forschungsgestütztes Wissen auf der Grundlage einer interdisziplinären Studiengestaltung, mit angewandter wissenschaftlicher Ausrichtung.

# **Problemerkfassung bei KlientInnen der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern**

*Sandra Schmidinger, Ulrich Junghan, Hanna Mayer, Christoph Abderhalden*

## **Hintergrund**

Der internationale Trend zur vermehrten Behandlung und Pflege psychisch kranker Menschen außerhalb von psychiatrischen Kliniken wirkt sich zunehmend auf die psychiatrische Versorgung in der Schweiz aus. Der ambulante Sektor wird in der psychiatrischen Versorgungskette einen immer wichtigeren Teil einnehmen. Es wird eine Vervielfachung des ambulanten Angebots angestrebt, was wiederum mit einer steigenden Anzahl von Pflegenden, welche ambulant psychiatrisch pflegen, einhergeht. Auch die Zahl der Pflegenden, welche ambulante psychiatrische Pflege freiberuflich anbieten, ist in den letzten Jahren beachtlich gestiegen und wird auch in Zukunft weiter ansteigen. Im Kontext dieser Entwicklung wird auch die Anzahl der KlientInnen steigen, welche von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen betreut werden [1]. Abderhalden et al. konnten 2009 im Rahmen einer schriftlichen Befragung feststellen, dass insgesamt 45 Personen (32 Frauen, 13 Männer) aktiv freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege im Kanton Bern (ca 900'000 EinwohnerInnen) anbieten. Die Befragung ergab zudem, dass 39 freischaffende Pflegefachpersonen 320 KlientInnen im Kanton Bern und 30 weitere in angrenzenden Kantonen ambulant versorgen [2].

Grundlegend gibt es im deutschsprachigen Raum sehr wenig gesicherte Daten über Probleme von KlientInnen der ambulanten psychiatrischen Pflege. Im Kanton Bern fehlt es – abgesehen von der Anzahl der freiberuflich tätigen Personen - bisher an minimalen Daten in der ambulanten psychiatrischen Versorgungsforschung. Die Erforschung dieser speziellen KlientInnengruppe wurde in der Pflegeforschung in der Deutschschweiz bisher kaum Beachtung geschenkt. In Anbetracht einer Erhöhung der Anzahl der KlientInnen ist es nötig, globale Daten über die Charakteristika der KlientInnen sowie über mögliche vorhandene Probleme zu gewinnen. Um eine optimale Pflegequalität für diese Population zu gewährleisten, gilt es zu untersuchen, welcher Art die

vorhandenen Probleme sind. Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege sollen sich weitgehend mit den Problemen und Bedürfnissen von KlientInnen decken. Globale Daten können als Grundlage für die Abschätzung des Umfangs der Problematik dienen.

## **Ziel**

Mittels der vorliegenden Studie wird versucht, anhand eines standardisierten Messinstruments, den Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), Problembereiche, ihre Häufigkeit und Ausprägung bei psychisch erkrankten Menschen, welche von freiberuflich ambulant psychiatrisch pflegenden Personen im Kanton Bern betreut werden, zu erfassen und aufzuzeigen. Weiters wird eine detaillierte Beschreibung der KlientInnengruppe angestrebt.

## **Methode und Material**

Bei der Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie mit einer quantitativ-deskriptiven Vorgehensweise. In einem ersten Schritt wurden alle freischaffenden Psychiatriepflegefachpersonen im Kanton Bern für eine Studienteilnahme angefragt. 24 Personen erklärten sich für eine Teilnahme bereit. Es wurde eine Liste mit allen Initialen der KlientInnen dieser Pflegepersonen erstellt. Um eine möglichst große Anzahl an KlientInnen von vielen verschiedenen Pflegefachpersonen befragen zu können, erfolgte die Stichprobenziehung nach dem Prinzip der disproportional geschichteten Zufallsauswahl. Um die Pflegepersonen infolge der Mitarbeit an dem Forschungsprojekt nicht zu überlasten, wurden pro Pflegefachperson nicht mehr als 3 KlientInnen ausgewählt. Die Zufallsauswahl ergab 59 KlientInnen, welche für eine Studienteilnahme angefragt werden konnten. Bis zum 17. Juli 2009 wurden 30 KlientInnen aus der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege von den für sie verantwortlichen Pflegenden mit der deutschen Fassung der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D) eingeschätzt.

Die HoNOS sind ein international weit verbreitetes Fremdeinschätzungsinstrument zur Erfassung des differenzierten Schweregrades einer psychischen Erkrankung, welches von Wing et al. 1992 bis 1995 in Großbritannien entwickelt wurde [3, 4]. Die durchschnittliche Dauer der Beurteilung einer Skala liegt zwischen 5 und 15 Minuten [5]. Das Instrument besteht aus 12 Items,

welches spezifische Problembereiche von KlientInnen mit psychischen Störungen erfasst (Abbildung 1).

*Abbildung 3: HoNOS-Items*

<b>Verhalten</b>	
Item 1	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes Verhalten
Item 2	Absichtliche Selbstverletzung
Item 3	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum
<b>Impairment</b>	
Item 4	Kognitive Probleme
Item 5	Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung/Behinderung
<b>Symptome</b>	
Item 6	Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen
Item 7	Gedrückte Stimmung
Item 8	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
<b>Soziale Funktionsfähigkeit</b>	
Item 9	Probleme mit Beziehungen
Item 10	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
Item 11	Probleme durch Wohnbedingungen
Item 12	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und Alltag

Alle Skalen folgen dem gleichen Beurteilungsformat (Abbildung 2).

*Abbildung 4: HoNOS Beurteilungsskala*

<b>0</b> = kein Problem
<b>1</b> = kleines Problem welches jedoch keine Intervention verlangt
<b>2</b> = mildes Problem und definitiv präsent, Intervention erforderlich
<b>3</b> = mäßiges bis schweres Problem
<b>4</b> = schweres bis sehr schweres Problem
*
<b>9</b> = unbekannt

Die Gesamtpunkteanzahl (Totalscore) und die erreichten Punkte pro Item (Individual Itemscore) können nach der Einschätzung der HoNOS-Skala errechnet werden. Der Totalscore kann pro KlientIn zwischen 0 und maximal 48 erreichten Punkten liegen. Der Individual Itemscore kann zwischen 0 und 4 Punkte aufweisen.

Soziodemografische Merkmale und psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD-10 werden mit dem von Kruckenberg et al. (2005) entwickelten Leitfaden erfasst [6].

## **Ergebnisse**

Die Untersuchung befindet sich zum aktuellen Zeitpunkt noch in der Datenerhebungsphase. Die vorliegenden Ergebnisse beziehen sich auf einen ersten Datensatz von N=30 Personen.

Charakteristika der KlientInnen:

Bei den teilnehmenden Personen handelt es sich in 86.7% der Fälle um Frauen. Die ProbandInnen waren zwischen 26 und 66 Jahre alt. Das Durchschnittsalter war zum Zeitpunkt der Erhebung 47.4 Jahre (Männer: 53.3 Jahre, Frauen: 46.5 Jahre), wobei kein signifikanter Altersunterschied zwischen den Geschlechtern vorliegt (Mann-Whitney U-Test:  $p = 0.447$ ).

Bei allen Klientinnen liegt eine psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD-10 vor. In 33.3% aller Fälle (10 Personen) wird als Hauptdiagnose eine affektive Störung (F30-F39) angegeben. Bei 23.3% (7 KlientInnen) liegt eine schizophrene Erkrankung (F20-F29) vor. Ebenfalls bei 23.3% aller Fälle wurde eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-F69) diagnostiziert.

Bei 10% der KlientInnen (3 Personen) erfolgte bisher kein stationärer Aufenthalt. Das Durchschnittsalter der ersten psychiatrischen Behandlung liegt bei allen ProbandInnen bei 27.9 Jahren, die erste stationäre psychiatrische Behandlung erfolgte durchschnittlich mit 32.1 Jahren. Die Anzahl der stationären Aufenthalte reicht von 0 bis 13. Die durchschnittliche Dauer liegt bei 13.1 Wochen.

Der Abstand zwischen psychiatrischen Behandlungen einer freiberuflich ambulant tätigen Psychiatriepflegefachperson liegt zwischen 3.5 und 28 Tagen. Im Durchschnitt erfolgt ein Besuch alle 9.3 Tage. Die kürzeste Dauer einer Be-

handlungseinheit liegt bei 30 Minuten, die längste bei 240 Minuten. Durchschnittlich nimmt eine psychiatrische Behandlung 86.7 Minuten in Anspruch.

Problembereiche:

In der folgenden Tabelle 1 Folgend werden die Items aufgelistet, in denen ein Problem vorliegt (HoNOS-Rating  $\geq 2$ ). Entsprechend der Problemintensität müssen Interventionen getroffen werden.

*Tabelle 1: Problembereiche*

<b>Problembereich</b>	<b>N</b>	<b>Ja<sup>1</sup></b>
1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	30	0 (0.0%)
2. Absichtliche Selbstverletzung	30	3 (10.0%)
3. Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	30	2 (6.7%)
4. Kognitive Probleme	30	3 (10.0%)
5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	30	14 (46.7%)
6. Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	30	5 (16.7%)
<b>7. Gedrückte Stimmung</b>	<b>30</b>	<b>21 (70.0%)</b>
<b>8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme</b>	<b>30</b>	<b>27 (90.0%)</b>
<b>9. Probleme mit Beziehungen</b>	<b>30</b>	<b>20 (66.7%)</b>
10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	30	16 (53.3%)
11. Probleme durch Wohnbedingungen	30	4 (13.3%)
12. Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag	30	5 (16.7%)

<sup>1</sup> Ein eindeutig schweres Problem liegt vor, Intervention erforderlich (HoNOS-Score  $\geq 2$ )

Bei den eingeschätzten KlientInnen wurden bei mehr als der Hälfte schwerwiegende Probleme im Bereich „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“ (Anspannung, Schlafstörungen etc.), „Gedrückte Stimmung“, „Probleme mit Beziehungen“ und „Probleme mit alltäglichen Aktivitäten“ festgestellt. Der größte Anteil an schweren Problemen konnte im Bereich

„Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“ (90% der KlientInnen – 27 Personen) festgestellt werden. Weiters sind 70% der KlientInnen im Bereich „Gedrückte Stimmung“ von einem Problem betroffen. 1/3 der KlientInnen (20 Personen) haben Probleme mit Beziehungen. Keine schweren Probleme bestehen im Bereich „Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten“.

Folgender Boxplot stellt den durchschnittlichen HoNOS - Gesamtscore dar (Abb. 1):

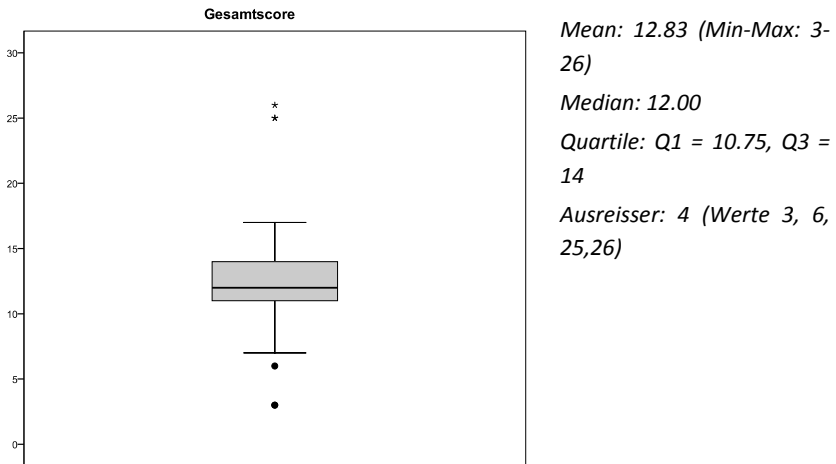


Abbildung 1: Gesamtscore

Die 30 eingeschätzten KlientInnen zeigen einen durchschnittlichen Gesamtscore von 12.83. Der geringste Gesamtscore weist einen Wert von 3 auf, während der höchste Score bei einem Wert von 26 liegt.

Die Auswertung zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Summe der HoNOS-Bewertungen zwischen Männern und Frauen (Mann-Whitney Test:  $p = 0.293$ ), zwischen Alterskategorien (H-Test nach Kruskal und Wallis,  $p = 0.658$ ) und zwischen psychiatrischer Hauptdiagnose (H-Test nach Kruskal und Wallis,  $p = 0.885$ ).

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Betrachtet man den HoNOS-Gesamtscore, so lässt sich feststellen, dass der durchschnittliche Score von 12.8 deutlich unter dem von Frauenfelder in der stationären Rehabilitation festgestellten Wert von 14.6 liegt [7]. Ambulant betreute psychiatrisch erkrankte Personen sind weniger oft von psychiatrischen Problemen betroffen als PatientInnen der stationären Rehabilitation. Im Vergleich mit Forschungsarbeiten aus angelsächsischen Ländern ist der vorliegende HoNOS-Gesamtscore hingegen ein hoher Wert. Orrell et al. [8], Audin et al. [9], Bruce et al. [10], Browne et al. [11] und Burgess et al. [12] konnten in ihren Studien in der ambulanten psychiatrischen Pflege deutlich niedrigere Gesamtscores erzielen (5.5 bis 8.8). Dies könnte mit einem größeren und/oder leichter zugänglichen, niederschwelligeren Angebot an ambulanter psychiatrischer Pflege in diesen Ländern (UK, IRL, AUS) zusammenhängen, von dem auch leichter Kranke profitieren können. Möglicherweise spielen auch die Bekanntheit des Angebots eine Rolle, das in diesen Ländern eine größere Tradition hat, oder die im Vergleich zur Schweiz generell größere Bedeutung der ambulanten gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung [13, 14].

Die Daten zeigen, dass ein beträchtlicher Teil ambulant versorgter KlientInnen an psychiatrischen Problemen leidet. Die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen leisten einen erheblichen Beitrag in der psychiatrischen Versorgung von relativ schwer beeinträchtigten PatientInnen. Besonders häufig sind Probleme wie Anspannung, Schlafstörungen, depressive Stimmung und Beziehungsprobleme: Ambulant psychiatrisch Pflegenden sollten entsprechend über besondere Kompetenzen im Umgang mit solchen Problemen verfügen. Entsprechende Inhalte sollten in der Weiterbildung ambulant Pflegenden besonderes Gewicht erhalten, zum Beispiel in Form von Ausbildungen in psychotherapeutischen Methoden wie kognitiver Verhaltenstherapie, wie dies in Großbritannien der Fall ist [14].

HoNOS erwies sich als ein praktikables Instrument, mit dem psychiatrische Probleme systematisch eingeschätzt werden können. Pflegefachpersonen könnten spezifische und individuelle Problembereiche ihrer KlientInnen erkennen und demnach konkrete Interventionen durchführen. Weiters könnte HoNOS im Rahmen der Qualitätssicherung Anwendung finden. Als standardi-

siertes Instrument könnte die Skala zu mehreren Zeitpunkten eingeschätzt werden, etwa zu Beginn des Behandlungsverhältnisses, nach 6 Monaten sowie nach 12 Monaten. Eine Reduktion des Gesamtscores deutet auf eine Reduktion psychiatrischer Probleme hin.

Die Übersichtlichkeit aber auch die Kürze des Instruments erlaubt ohne großen Zeitaufwand eine präzise Einschätzung der Problembereiche. Eine kurze Schulung der Rater vor der Einschätzung erwies sich als sinnvoll. Bei Ratern, welche im Laufe der Erhebung bereits mit dem Instrument vertraut waren, verringerte sich die Dauer der Einschätzung um ein Vielfaches.

Als Limitation kann die Stichprobenziehung angesehen werden. In der vorliegenden Studie wurde die Stichprobe nicht von der Grundgesamtheit (alle KlientInnen aller Pflegepersonen), sondern von der Auswahlgesamtheit gezogen. Die Auswahlgesamtheit schließt alle KlientInnen mit ein, deren Pflegefachpersonen sich für eine Teilnahme an der Studie ausgesprochen haben. Die Chance in die Stichprobe zu gelangen hatten somit nicht alle KlientInnen, sondern nur diejenigen, deren Pflegefachpersonen an der Studie teilnahmen. Weiters schränkt der Grundsatz, pro Pflegefachperson nicht mehr als 3 KlientInnen zu befragen, die Repräsentativität der Studie ein.

## Literatur

1. Abderhalden, C. (2009) Fachtagung ambulante psychiatrische Pflege [Available from: [www.fachtagung-app.ch](http://www.fachtagung-app.ch)].
2. Abderhalden, C., Hegedüs, A., Schmidinger, S. (2009) Auswertung der Befragung über die freiberufliche psychiatrische Pflege im Kanton Bern. Unveröffentlichtes Manuskript. Bern: Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
3. Andreas, S. (2005) Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen - Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes "Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS D" zur differenzierteren Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems. Dissertation, Hamburg.
4. Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., Burns, A. (1998) Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 172:11-18.
5. McClelland, R., Trimble, P., Fox, M.L., Bell, B., Stevens, M. (2000) Validation of an outcome scale for use in adult psychiatric practice. *Qual Health Care* 9:98-105

6. Kruckenberg, P., Kunze, H., Brill, K.E., Crome, A., Gromann, P., Hölzke, R. (2005) Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung - Individuelle Hilfsplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem. Bonn: Psychiatrie-Verlag
7. Frauenfelder, F. (2005) Problemerkfassung bei Patienten innerhalb der stationären, psychiatrischen Rehabilitation. Masters Thesis. Maastricht: Universiteit Maastricht
8. Orrell M, Yard P, Handysides J, Schapira R (1999) Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the community. Br J Psychiatry 173:40-412
9. Audin, K., Margison, F.R., Clark, J.M., Barkham, M. (2001) Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. Br J Psychiatry 178:561-566
10. Bruce, J., Watson, D., van Teijlingen, E.R., Lawton, K., Watson, M.S., Palin, A.N. (1999) Dedicated psychiatric care within general practice: health outcome and service providers' views. J Adv Nurs 29:1060-1067
11. Browne, S., Doran, M., McGauran, S. (2000) Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): use in an Irish psychiatric outpatient population. Irish Journal Psych Med 17: 17-19
12. Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. (2006) Do adults in contact with Australia`s public mental health services get better? Aust N Z Health Policy 3:9
13. Becker, T. (1998) Gemeindepsychiatrie: Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart: Thieme
14. Schulz, M., Behrens, J. (2005) Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Grossbritannien. PRINTERNET 7:410-415

# Zur Altersstruktur psychiatrisch Pflegender in der BRD

*Susanne Schoppmann*

## Hintergrund/Problemstellung

Weltweit nimmt das Durchschnittsalter aller Pflegekräfte zu, deswegen wird damit gerechnet, dass die berufliche Pflege in vielen industrialisierten Ländern in den nächsten 10-15 Jahren einen Exodus erleben wird [1].

In Deutschland wird das Durchschnittsalter der erwerbstätigen Pflegenden mit 39,4 Jahren angegeben [2]. Allerdings wird hierbei nicht zwischen den Pflegefachbereichen unterschieden. Holmes [3] geht davon aus, dass das Durchschnittsalter der psychiatrisch Pflegenden in der Regel noch 4-5 Jahre höher ist. Inwieweit dies auch auf die psychiatrische Pflege in Deutschland zutrifft ist unklar. Allerdings berichten KollegInnen, dass einige psychiatrische Einrichtungen sich mit zunehmend älteren pflegerischen Belegschaften konfrontiert sehen.

## Zielsetzung

Mit einem ersten Überblick über die aktuelle Altersstruktur der psychiatrisch Pflegenden in Deutschland soll dazu beitragen werden ein potentielles Problem der Berufsgruppe zu erkennen.

## Methode und Material

Über die Emailverteiler von BfLK (Bundesfachvereinigung Leitender Pflegekräfte in der Psychiatrie), BAPP (Bundesvereinigung ambulanter psychiatrischer Pflegedienste) und KJP-BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendpsychiatrie) wurden die pflegerischen Leitungen angeschrieben und gebeten Angaben zum Altersdurchschnitt der von ihnen beschäftigten, für einen Pflegeberuf qualifizierten Mitarbeitenden zu machen. Die eingehenden Angaben wurden rein deskriptiv ausgewertet.

## **Ergebnisse**

An der Erhebung beteiligten sich 62 psychiatrische Einrichtungen aus 14 Bundesländern, die insgesamt 7751 Pflegenden beschäftigen.

Das jeweils angegebene Durchschnittsalter der für einen Pflegeberuf qualifizierten Mitarbeitenden bewegte sich zwischen 47,8 und 32,04 Jahren und betrug im Mittelwert 41,7 Jahre. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Pflegenden mit 39,1 Jahren deutlich jünger als die Pflegenden in der Erwachsenenpsychiatrie, deren Durchschnittsalter bei 42,5 Jahren liegt. Von 41 Einrichtungen mit insgesamt 5958 beschäftigten Pflegenden liegen zusätzlich Altersangaben aufgeschlüsselt nach Altersklassen vor. Hier zeigt sich, dass 25,6 % der Pflegenden in der stationären Erwachsenenpsychiatrie älter als 50 Jahre sind.

## **Diskussion**

Der Rücklauf ist für eine lapidare Emailumfrage größer als erwartet. Dies könnte auf ein wachsendes Problembewusstsein bezüglich der Altersstruktur hindeuten.

Die Art und Verteilung der beteiligten Einrichtungen scheint ein realistisches Abbild der tatsächlichen Situation zu zeichnen. Das erhobene Durchschnittsalter von 41,7 Jahren ist hier um 2,3 Jahre höher als das in dem Bericht des ICN [2] angegebene Durchschnittsalter von 39,4 Jahren. Dass 25,6 % der hier erfassten Pflegenden aus der Erwachsenenpsychiatrie mehr als 50 Jahre alt sind, scheint die Ergebnisse der von der Robert Bosch Stiftung geförderten Untersuchung zur Zukunft der Krankenhäuser [4], in der davon ausgegangen wird, dass bis zum Jahr 2035 mit einem deutlichen Anstieg der über 50-jährigen Mitarbeitenden gerechnet werden muss, zu bestätigen.

## Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Erhebung deuten darauf hin, dass die demografische Entwicklung auch vor der psychiatrischen Pflege in Deutschland nicht halt macht. Welche Konsequenzen dies für die Berufsgruppe hat, lässt sich damit aber nicht beantworten. Dafür würden systematischere Untersuchungen benötigt, die aber eine weitaus stärkere Organisation und politische Vertretung der psychiatrischen Pflege als Berufsgruppe voraussetzen.

## Literatur

1. ICN (International Council of Nurses) (2008) An Ageing Nursing Workforce. [http://www.icn.ch/matters\\_ageing\\_Workforce](http://www.icn.ch/matters_ageing_Workforce).
2. ICN (International Council of Nurses) (2006) Nursing Workforce Profile 2006, ICN Datasheet06. <http://www.icn.ch/SewDatasheet06.pdf>.
3. Holmes, C.A. (2006) The slow death of psychiatric nursing: what next? *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 13: 401-415.
4. Robert Bosch Stiftung (2007) Zukunft für das Krankenhaus: Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. HWP Planungsgesellschaft mbH. <http://www.bosch-stiftung.de>.

## **Leadership auf Interventionsebene - Adhärenz als pflegerische Vision**

*Michael Schulz*

Leadership ist das Oberthema dieses Kongresses. Wesentliche Merkmale von Leadership sind das entwickeln von Visionen und die Gestaltung von Veränderung. Ein solcher Prozess ist ohne Kreativität nicht denkbar und kann auch im Organigramm nicht bestimmten Ebenen oder Stabstellen zugeordnet werden. Leadership wird v.a. im Hinblick auf die therapeutische Pflegebeziehung deutlich, wenn neue Wege in der Versorgung beschritten werden. Dies kann beispielsweise mit dem Ziel geschehen, den Patienten im Rahmen seines Krankheitsmanagements zu unterstützen und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit im Hinblick auf Entscheidungen im therapeutischen Prozess zu realisieren. Das Fremdwort hierzu heißt: Adhärenz. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, beide Begriffe zusammenzubringen und Adhärenz als ein mögliches Feld von Leadership zu thematisieren.

### **Ein Fallbeispiel**

Herr K. leidet seit seinem sechsten Lebensjahr an einem Diabetes mellitus. Der Diabetes war so schlimm, dass er bis zu seinem 18. Lebensjahr von der zuständigen Kinderklinik im Krankheitsmanagement hinsichtlich seines Diabetes begleitet wurde. Nach seinem 18. Lebensjahr endete die Zuständigkeit der Kinderklinik. Seit dieser Zeit nimmt er nur noch wenig Hilfe von ärztlicher und pflegerischer Seite zur Hilfe. Hinzu kommt, dass er trotz der vielen Jahre Begleitung durch spezialisiertes Personal aus professioneller Sicht kein „Problembewusstsein“ für seine Erkrankung zeigt. Er lebt vielmehr intensiv und kümmert sich um den enorm schwankenden Blutzucker wenig, was sich insbesondere durch wiederkehrende Erschöpfungszustände zeigt. Ebenfalls lebt er heute bereits mit einer diabetischen Augenschädigung, weshalb er nur noch zum Teil berufstätig ist. Seit fünf Jahren besteht neben seinem Diabetes auch eine Depression die behandlungsbedürftig ist und ein verstärktes Management seiner Erkrankung einfordert. Herrn K. gelingt es nicht, langfristige The-

rapieabsprachen wie z.B. die Einnahme von Medikamenten oder die Organisation einer Psychotherapie umzusetzen.

### **Was hat das alles mit psychiatrischer Pflege zu tun?**

Wo liegt nun der Schwerpunkt der psychiatrischen Pflege? Ein schwankender Insulinwert ist auf der Abteilung nicht zu erwarten, da die Pflegenden für Herrn K. die Blutzuckertestungen durchführen. Das Hauptproblem werden die Pflegenden in seiner psychischen Erkrankung sehen, weshalb er ja auf die Abteilung gekommen ist.

Falls es Probleme mit seinem Diabetes geben sollte, so könnte ein internistisches Konsil durchgeführt werden. Im Hinblick auf die Medikamente zur Vorbeugung weiterer Depressionsschübe könnte man anmerken, dass diese in den Zuständigkeitsbereich der Medizin fallen und wenn es sich um die unregelmäßige Einnahme seiner Medikamente nach seiner Entlassung handelt, dann könnte Herr K. auch eine andere Klinik aufsuchen. Man kann ihm wahrscheinlich nicht mehr sagen, als dass die Einnahme von Medikamenten wichtig ist, ob er das nun einsieht oder nicht.

### **Bekannte Rollenmuster**

Das am Beispiel aufgezeigte Behandlungsszenario zeigt, dass aufgrund der erlernten Rollenaufteilung jeder entsprechend nach seinen Erwartungen handelt: die Pflegenden kümmern sich um die Blutzuckermessung, bitten den Arzt aber, die Medikamentenverordnung in der Dokumentation mit Angaben zur Häufigkeit anzuordnen. Der zuständige Arzt folgt dem Vorgehen aus der alten Akte und berichtet seinem weiterbehandelnden Kollegen das weitere Behandlungsprocedere für die nächsten Wochen. Er verschreibt allerdings ein Präparat für Herrn K., welches der Hausarzt später aus Kostengründen gegen ein entsprechendes Generikum wechselt.

Herrn K. verfügt aufgrund seiner beiden Erkrankungen auf ein reichhaltiges Reservoir an Erfahrungen die er in Zusammenhang mit seiner Erkrankung in verschiedenen Krankenhäusern gesammelt hat. Diese Erfahrungen haben ihn einiges über seine Rolle bzw. die an ihn gestellten Erwartungen gelehrt. Die Ärzte in den Krankenhäusern sind für ihn seit je her „Respektpersonen“ mit wenig Zeit und teilweise schwer verständlichem Vokabular. Mit ihnen, so hat

er über die Jahre gelernt, sollte man eher kurze und wohlüberlegte Fragen klären und vor allem Auskunft über das aktuelle Befinden geben. Ein Visiten-gespräch wäre für ihn kein Ort an dem er Probleme aus seinem Alltag berichten wollte, selbst wenn diese mit Medikamenten zu tun haben. Im Hinblick auf die Entlassung ist es auf jeden Fall ratsam wenn er den Ärzten versichern würde, dass er in Zukunft die Medikamente regelmäßig nehmen wird. Bei den Pflegenden so hat er gelernt, ist der Kontakt leichter und es ist einfacher, sie anzusprechen- obwohl sie aber alle unterschiedlich sind. Zu einer Pflegenden hat er besonders viel Vertrauen gewonnen. Mit ihr hat er schon mal darüber gesprochen, dass er sich eigentlich nicht vorstellen kann, über lange Zeit Medikamente zu nehmen. Sie hat ihm noch mal erklärt, wie wichtig die regelmäßige Einnahme für ihn sei, was er ihr gegenüber erwartet hatte. Obwohl er anderer Ansicht gewesen war, verzichtet er ihr zuliebe aber auf eine Diskussion, z.B. darüber, dass die Medikamente ihn nach dem letzten Aufenthalt so müde gemacht haben, so dass er regelmäßig zu spät bei der Arbeit erschien.

### **Erlebte Unzufriedenheit der Pflegenden**

Es gibt viele Pflegende, die sich in ihrer Rolle frustriert fühlen, wenn sie feststellen, dass Patienten den geplanten Maßnahmen zur Unterstützung ihrer Erkrankung keine Folge leisten. Wenn es dann zu Wiederaufnahmen der Patienten kommt, entsteht häufig das Gefühl, dass die überlegten Maßnahmen beim Patienten wahrscheinlich keine Wirkung zeigen werden weil dieser Non-Compliant ist. Zu schaffen macht ihnen auch, dass im interdisziplinären Team mehr oder weniger offensichtlich die Auffassung vertreten wird die Pflege sei dafür da, die Medikamenteneinnahme notfalls mit Zwang bzw. subtiler Gewalt durchzusetzen.

### **Adhärenz als Vision von psychiatrischer Pflege**

Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und –wegen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Behandlungsteam gemeinsam beschlossen hat. Dabei geht diese Definition über den Begriff der Compliance hinaus, setzt er doch eine andere Beziehung voraus: im Zentrum steht nicht mehr die Folgsamkeit des Patienten sondern vielmehr ein beiderseitiges Bemühen um eine für den Patienten gute Ent-

scheidung. Die neue Philosophie lautet: Professionelle des Gesundheitswesens erläutern den Patienten ihre fachlich begründete Sicht der Dinge –und erfragen zugleich deren Meinung mit dem Ziel ihre Selbstkompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung zu erhöhen und diese in ihr Leben zu integrieren. Eine wesentliche Säule ist demnach das Interesse der Pflegenden an der Meinung, den Wertvorstellungen und auch den tatsächlichen bzw. empfundenen Barrieren, die aus Sicht der Patienten bestehen. Es bedeutet auch, dass Selbstheilungstechniken, wichtige Aspekte der Wohnsituation, Freunde und Angehörige für das Team von Interesse werden.

Mit den Überlegungen die Adhärenz in die psychiatrische Pflege zu implementieren werden Bezüge aus dem Leadership bedeutsam. Das Leadership beschreibt alle besonderen Merkmale einer Führungskraft, mit der es ihr gelingt, andere von den eigenen Visionen, Zielen, Werten oder Handlungsweisen zu überzeugen und damit (gegenüber von Patienten) Vorbild zu sein. Statt Führungskraft können wir hier auch „verantwortungsvoll bzw. verantwortlich handelnde Pflegeperson“ einsetzen. Angenommen also, es gäbe Pflegenden mit der Vision, in diesen häufig sehr ähnlich ablaufenden Situationen wenigstens teilweise einen alternativen Weg zu beschreiten, welchen Weg würde sie wohl beschreiten? Welche Überlegungen bzw. welche Konzepte und wissenschaftliche Erkenntnisse wären für sie handlungsleitend?

Die Adhärenz beschreibt also ein langfristiges Krankheitsmanagement und reduziert die Intervention keinesfalls nur auf die Befolgung einer Massnahmenplanung. Die Adhärenz als pflegerische Intervention fokussiert also keinesfalls nur die Einnahme von Medikamenten sondern sie zielt auf ein Krankheitsmanagement zwischen dem Patienten und den Pflegenden. Demzufolge kommt Adhärenz auch im Hinblick auf öffentliche Gesundheitsprogramme zum Einsatz.

So gibt es beispielsweise Adhärenz Umsetzung von Ernährungsprogrammen, Raucherstoppprogrammen und im Hinblick darauf, wenn es um die Frage geht, inwiefern Mitarbeiter sich im Gesundheitswesen an Leitlinien halten.

Als Pflegenden steht uns eine Menge Faktenwissen zur Behandlung von Krankheiten zur Verfügung. Wir wissen, welche Strategien hilfreich sind bzw. hilfreich sein können, denn keine Intervention hilft bei allen Patienten gleich. Das

gilt auch für Medikamente: es gibt Menschen mit Psychose, die von Medikamenten profitieren, es gibt Menschen, die auch ohne Medikamente gesund bleiben und es gibt Menschen, die mit Medikamenten wieder krank werden. Ungewissheit, auch das eine Botschaft die es noch zu lernen gilt, ist sowohl seitens der Patienten als auch seitens des Behandlungsteams ein steter Begleiter. Ob Therapieentscheidungen richtig sind, ob sie greifen stellt sich immer erst im Verlauf heraus.

Ob Medikamente aber überhaupt als hilfreich erlebt werden, hängt vor allem von der gespürten Qualität der Beziehung des Patienten zu Personen und Institutionen des Behandlungsteams ab. Thomas Bock (2008) fordert in diesem Zusammenhang neben medizinischen v.a. die psychologischen Nebenwirkungen zu beachten und rät zur Selbstreflexion: „Welches Bild vom Menschen, vom Leben, von der Erkrankung wird vermittelt? Wird ein innerer Selbstbezug, ein Selbstverstehen erleichtert oder erschwert? Viele so genannte Non-Compliance Patienten“, so Bock weiter, „lehnen nicht in erster Linie ein bestimmtes Medikament ab, sondern ein reduziertes Verständnis, eine patriarchale Beziehung“.

Die in England vom dortigen National Institute for Health and Clinical Excellence entwickelte Richtlinie zur Adhärenz diesem Aspekt Rechnung tragend (NICE, 2009). Demnach gilt es den Kommunikationsstil von Pflegenden den individuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Dies bezieht sich auch auf den Einsatz von Hilfsmitteln wie z.B. Bildern, Dolmetschern oder akustischen Hilfen. Es bezieht sich aber auch auf die Frage, inwieweit ein Patient in die Entscheidung über ihn betreffende Therapien einbezogen sein möchte.

### **Individuelle Bedürfnisse anerkennen**

Damit wir die Adhärenz angemessen in unser pflegerisches Handeln integrieren können, braucht es also eine individuell auf die Patienten abgestimmte Entscheidung über die Rollenverteilung im Behandlungssystem. Ein gewandeltes Rollenverständnis auch in der Psychiatrie, hat die sogenannte partizipative Entscheidungsfindung in den Blickpunkt gerückt, was soviel heißt, dass der Patient bei therapeutischen und pflegerischen Planungen gezielt mit einbezogen wird.

Abgesehen davon, dass es Situationen im Gesundheitswesen gibt, in denen keine partizipative Entscheidungsfindung möglich ist, z.B. in Notfallsituationen oder auch im Rahmen von juristisch begründeten Behandlungen gegen den Willen eines Patienten, ist anzuerkennen, dass die partizipative Entscheidungsfindung ebenso wenig ein Patentrezept darstellt wie routinemäßige Psychoedukationsprogramme. Behandlungsprogramme, welche mechanisch Bausteine für bestimmte Diagnosegruppen bereithalten, berücksichtigen nicht die zwischen Patienten variierenden Bedürfnisse und tragen deshalb auch nicht zu einer wünschenswerten Entscheidungsqualität bei. Der Wunsch nach Partizipation ist je nach Patient und gesundheitlicher Situation unterschiedlich stark ausgeprägt und so steht ein belastbares Arbeitsbündnis im Zentrum einer gelungenen Intervention. Als Pflegeperson kann ich nicht unbedingt davon ausgehen, dass ein Mensch über Selbsthilfestrategien etwas lernen möchte, vielleicht möchte er vielmehr über die Probleme mit den Mitbewohnern sprechen. Pflegende können demnach dem Patienten mit seiner Erkrankung pflegerisch und therapeutische Angebote machen um den jeweiligen Krankheitsverlauf positiv zu unterstützen, sie müssen aber auch akzeptieren, wenn diese Angebote von den Patienten eventuell nicht als hilfreich erlebt werden, wie das am Beispiel von Herrn K. deutlich werden konnte.

### **Kritische Reflexion der eigenen Rolle**

Die Vision, ein erfolgreiches Leadership auf der Station im Hinblick auf Adhärenz umzusetzen, zielt also auf eine gute Unterstützung der Patienten bei der Entscheidungsfindung ab. Dies erfordert je nach Patient eine Anpassung der Rollen innerhalb der Möglichkeiten, die durch gesetzliche und logistische Rahmenbedingungen gegeben sind.

Adhärenz als Leadership Thema für psychiatrisch Pflegende setzt voraus, dass sich Pflegende mit ihrer Expertenrolle kritisch auseinandersetzen. Den Patienten mehr Mitspracherecht an Entscheidungen einzuräumen fällt Berufsgruppen im Gesundheitswesen traditionell schwer. Die Gründe dafür sind vielfältig. So gibt es zwischen Gesellschaft und Gesundheitswesen eine eher unausgesprochene Abmachung, dass ich bei gesundheitlichen Problemen Fachleute konsultiere, die mich dann behandeln. Der passive Charakter der Patientenrolle steht hier also im Vordergrund und entspricht nicht der notwendigen akti-

ven Ausgestaltung des Krankheitsmanagements bei langfristigen Erkrankungen.

### **Pflege und Adhärenz gehören zusammen**

Herr K. ist einer Pflegenden begegnet, welche gemeinsam mit ihm eine Intervention zur Steigerung der Adhärenz durchgeführt hat. Im Rahmen der Intervention wurden fünf Gespräche während der Behandlung und drei Gespräche nach der Entlassung im häuslichen Umfeld zwischen Herrn K. und der Pflegenden geführt. Im Sinne der Adhärenz Therapie berücksichtigte die Pflegende eine ausführliche Informationssammlung zum Krankheitsmanagement.

Im Rahmen eines Evaluationsgespräches auf die Zeit seiner Krankheit, ist Herrn K. deutlich geworden, dass die notwendige dauerhafte Medikamenteneinnahme gerade beim Insulin ihn häufig überfordert. Ihm ist auch klar geworden, dass nur er seine Krankheit managen kann und dass er zuviel Verantwortung für sein eigenes Leben an die Gesundheitseinrichtungen übertragen hatte.

Bei einer genaueren Analyse seiner Probleme mit der Pflegenden wurde Herrn K. deutlich, dass er für seinen Diabetes und seiner Depression viele Hilfsmittel wie Insulin, Messgerät, Tabletten usw. benötigt und gerade wenn er unter Zeitnot ist oder schnell das Haus verlässt, den Umgang mit diesen Utensilien nicht beherrscht.

Die Pflegende erarbeite mit Herrn K. gemeinsam Möglichkeiten, Abläufe und Handlungen zu optimieren. Als Hilfsmittel hatte sie Herrn K. empfohlen, sich bis zum nächsten Austausch eine Tasche zu besorgen die ihm gefällt und in welche er wichtige Utensilien für den Umgang mit seinen Erkrankungen verstauen kann.

Im Rahmen der Hausbesuche konnten die entwickelten Strategien verfeinert werden. Im Abschlussgespräch wurde Herrn K. deutlich, dass vor er vor allem von der Erkenntnis profitiert habe, dass er eine aktivere Rolle einnehmen muss.

### **Was bedeutet das für die Pflege in psychiatrischen Settings?**

Für die Pflege bedeutet dies: Eine Pflegediagnose „Non-Compliance“ kann es nicht geben. Stattdessen ist als Pflegediagnose „ineffektives Krankheitsmana-

gement“ anzugeben. Interventionen zur Förderung der Adhärenz sind eine mögliche Intervention, die nicht unbedingt bei jedem Patienten zur Anwendung kommen muss. Allerdings ist eine entsprechende Haltung von Pflegenden gegenüber Patienten ethisch geboten. Interventionen zu Adhärenz zeigen auch, dass nicht mehr jede Pflegendperson für alles verantwortlich sein kann. Durch entsprechende Qualifikationen sollten ausgewählte Mitarbeiter auf die Anwendung solcher Interventionen vorbereitet werden.

## **Literatur**

1. Bock, T. (2008) Eigensinn und Psychose – „Noncompliance“ als Chance. 2. Auflage, Paranus Verlag, Neumünster.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Medicines Adherence – Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76 – Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care.

# **Der psychiatrisch pflegerische Konsiliardienst: Eigenverantwortliche Aufgaben der psychiatrischen Pflege im Allgemeinkrankenhaus**

*Susanne Semtner, Harald Stefan*

## **Hintergrund/ Einleitung**

Psychiatrisch pflegerischer Konsiliardienst an allgemein medizinischen Abteilungen kann PatientInnen und MitarbeiterInnen in der Betreuung unterstützen. Zielgerichtete präventive psychiatrische Betreuung führt im Vorfeld zu weniger Transferierungen an psychiatrische Abteilungen. Pflegende an allgemein medizinischen Abteilungen benötigen pflegfachliche Unterstützung von psychiatrischen Pflegefachkräften z.B. beim Auftreten von psychischen Begleitsymptomen im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens. Das Projekt wurde als interprofessionelles Projekt des psychiatrisch-pflegerischen Konsiliardienstes eines allgemein medizinischen Krankenhauses definiert.

## **Ziel/Fragestellung**

Im Herbst 2006 wurde der psychiatrische Konsiliardienst mit zwei examinieren psychiatrischen Fachpflegepersonen und einem Facharzt für Psychiatrie in einem Schwerpunkt Krankenhaus mit 800 Betten in Wien gestartet. Bei den Zuweisungen der verschiedenen Stationen (Chirurgie, Interne, Onkologie, Diabetesstation etc.) zeigte sich rasch, dass bei einem Großteil der Zuweisungen ausschließlich medizinisch ärztliche Fragestellungen im Vordergrund standen, Grund der Zuweisungen waren aber oftmals Probleme in der pflegerischen Betreuung von PatientInnen im Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten. Daraus ergab sich die Notwendigkeit über die pflegerischen Assistenzleistungen und über die Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches hinaus, Tätigkeiten und Leistungen zu definieren, welche von der Pflege eigenständig angeboten und wahrgenommen werden. Dieser Auftrag wurde von der pflegerischen Leitung als Projektauftrag definiert mit den Fragen:

- In welchen Bereichen können die allgemein Pflegenden in einem Schwerpunktkrankenhaus im Rahmen der pflegerischen psychiatrischen Expertise unterstützt werden?
- Welche eigenverantwortlichen Leistungen können vom psychiatrisch pflegenden Liaisondienst erbracht werden?
- Welche Tätigkeiten werden von den allgemein Pflegenden als hilfreich vom psychiatrisch pflegenden Konsiliardienst angenommen bzw. erwartet?

### **Projektziele**

Die definierten Projektziele waren:

- Beschreibung und Umsetzung eines Konzeptes zur pflegerischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit genau definierten Pflegephänomenen, welche für einen Zeitraum in stationärer Betreuung im allgemein medizinischen Krankenhaus sind und psychiatrische pflegerische Unterstützung bedürfen.
- Bereiche zu definieren, inwieweit die pflegerischen MitarbeiterInnen in ihrer Kompetenz unterstützt werden können, im Sinne des Empowerments und des begleitenden Lernens Z.B. durchführen einer Bedarfserhebung für gezielte Fortbildungen aus der psychiatrischen Pflege für die allgemein Pflegenden, Fortbildungen organisieren und bei Bedarf durch den psychiatrisch-pflegenden Liaisondienst anbieten.
- Die Akzeptanz und Transparenz des psychiatrisch-pflegerische Konsiliardienstes ist im allgemein medizinischen Krankenhaus zu erhöhen.
- Definition von Leistungen, welche von der psychiatrischen Pflege eigenständig (ohne ärztlichen Auftrag und Zuweisung) angeboten werden können und welche die PatientInnen und MitarbeiterInnen in der stationären Pflege im allgemein medizinischen Krankenhaus unterstützen.
- Psychiatrisch-pflegerische Unterstützung für die PatientInnen und MitarbeiterInnen der allgemein medizinischen Stationen anbieten und sichtbar machen bzw. die Pflegenden der allgemein medizinischen Stationen zu befähigen Zuweisungen an die psychiatrische Fachpflege eigenständig

auszusprechen und psychiatrisch pflegerische Unterstützung eigenständig anzufordern.

Ein übergeordnetes Ziel war es Möglichkeiten aufzuzeigen, die Patientinnen, deren Angehörige und die Pflegenden an den allgemein medizinischen Stationen im Selbstmanagement zu unterstützen und die durch die psychiatrischen Begleiterkrankungen häufig erschwerte Alltagsbewältigung zu verbessern.

### **Methode und Materialien**

Innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten wurde ein Konzept erarbeitet. Dabei kamen Interviews, Literaturrecherche und Datenerhebungen zur Anwendung. Die einzelnen Projektschritte lagen darin, die dafür nötigen Strukturen und Rahmenbedingungen zu benennen, aufzuzeigen und unter Bedachtnahme der vorhandenen Ressourcen vorzubereiten und ein weiterer Prozessschritt war, ein pflegerisches Konzept zu erstellen, welches von den Tätigkeiten der beteiligten pflegerischen Konsiliardienste umgesetzt und kontinuierlich angeboten werden kann.

Das Konzept wurde an einer medizinischen Abteilung (drei Stationen mit Schwerpunkt Diabetes und Onkologie) als Pilotprojekt über einen Zeitraum von vier Monaten angewendet und evaluiert.

Das Konzept der Eigenverantwortlichkeit berücksichtigt die Schnittstelle zum mitverantwortlichen Aufgabenbereich in Richtung ärztlichen Konsiliardienst aber auch aktuelle, patientenorientierte medizinisch-therapeutische Sichtweisen und Erkenntnisse im Sinne der EvidenceBasedMedicine, EvidenceBasedNursing, Gesundheitsförderung und der Qualitätsoptimierung.

### **Ergebnisse**

Es wurde ein Konzept für den eigenverantwortlichen Bereich des pflegerischen psychiatrischen Konsiliardienst entwickelt. Die Grundlagen des Konzeptes sind durch das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz rechtlich definiert. Die Aufgaben der Pflegenden werden dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§14) dem Pflegeprozess entsprechend wahrgenommen. Die pflegerischen Angebote berücksichtigen im Besonderen die speziellen Tätigkeitsbereiche der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (§19).

Als fachlich pflegerische Grundlage wurden für die Konzepterstellung verschiedene Pflegemodelle und Pflgetheorien durch Literaturrecherchen einbezogen.

Das Konzept orientiert sich im Wesentlichen an den Pflegekonzepten von Silvia Käppeli. Das Erkennen und Benennen von Pflegephänomenen bildet dabei eine wichtige pflgetheoretische Grundlage für die Erstellung von Pflegediagnosen anhand dessen der Konsiliardienst tätig wird. Das psychosoziale Pflegeassessment bezieht sich auf die Bereiche Aktivität und Ruhe, Allein sein und soziale Interaktion, Abwendung von Gefahren und Integrität der Person.

Zur Administration wurden Formulare für die Zuweisung, ein Assessmentbogen für die Erhebung der Pflegediagnosen und Dokumentationsblätter gestaltet. Dies schien wichtig, um Verwechslungen mit anderen Berufsgruppen und daraus resultierend mögliche Missverständnisse zu meiden. Um einen Überblick über die zu betreuenden Patienten zu verschaffen wurde eine Wochenliste angelegt.

Durch das Konzept definiert sich die psychiatrische Konsiliarpflege im eigenverantwortlichen Bereich.

#### *Psychiatrische Pflege im Konsiliardienst bedeutet:*

Der psychiatrisch-pflegerische Konsiliardienst ist im eigenverantwortlichen Bereich zuständig für PatientInnen die sich im allgemein medizinischen Krankenhaus in stationärer Behandlung befinden und eine psychiatrische/psychosoziale Symptomatik im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen. Es werden Aufgaben und Tätigkeiten im psychiatrischen, eigenverantwortlichen, fachspezifischen Bereich der PatientInnenbegleitung und – Betreuung wahrgenommen und ausgeführt.

#### *Angebote der psychiatrischen Konsiliarpflege:*

- Sozialpsychiatrisches Pflegeassessment (incl. Erstgespräch und Außenanamnese).
- Begleitung/Betreuung in der Zeit des Aufenthaltes im allgemein medizinischen Krankenhaus im Rahmen von Folgekontakten (Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens, Beziehungsaufbau etc.).
- Unterstützung bei der Entlassungsplanung (Information über psychosoziale Einrichtungen im Anschluss an den Aufenthalt).

- Beratungsgespräche für Angehörige.

Der psychiatrisch-pflegende Konsiliardienst zeigt Möglichkeiten auf, um PatientInnen, deren Angehörige und die Pflegenden an den allgemein medizinischen Stationen im Selbstmanagement bei psychiatrischen Begleiterkrankungen zu befähigen und die durch die psychiatrische Begleiterkrankung (psychiatrischen Begleitsymptome) erschwerte Alltagsbewältigung zu verbessern.

Der Einbezug der PatientInnen in den Therapieprozess durch die psychiatrisch-pflegerische Beziehungsarbeit zeigt oft eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse im allgemein medizinischen Bereich. Die psychiatrische Pflege trägt dabei Verantwortung für ein Assessment, welches soziale, kulturelle und psychische Gegebenheiten mitberücksichtigt; d.h. individuelle Kenntnisse und Fertigkeiten der PatientInnen, ihrer Angehörigen und der allgemein Pflegenden zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, die Vorbereitung und Bereitstellung von relevanten Informationen auf einem der jeweiligen Zielgruppe angemessenen Niveau sowie die Organisation und Mitwirkung an Programmen der Gesundheitsunterweisung im psychiatrischen Kontext werden wahrgenommen und berücksichtigt.

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die Zusammenarbeit des Konsiliardienstes mit den allgemein Pflegenden der Stationen wurde durch das Projekt intensiviert und der gegenseitige Informationsaustausch wurde in folgenden Bereichen deutlich verbessert:

In der Entlassungsplanung, Außenanamnese und im Entlassungsmanagement bei PatientInnen mit psychischen Auffälligkeiten. Unterstützung durch den Konsiliardienst wird nun selbstständig von den allgemein Pflegenden angefordert.

Die Zusammenarbeit im Sinne des Casemanagements wurde mit den SozialarbeiterInnen des Schwerpunktkrankenhauses deutliche verbessert.

Die Kommunikation über PatientInnen mit psychiatrischen Auffälligkeiten und das Beraten über mögliche Pflegemaßnahmen findet, insbesondere an den Pilotstationen, selbstverständlich statt.

Während der Pilotphase wurden die erstellten Pflegediagnosen oft Anlass für Gespräche. Innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden konnten dadurch die

Sichtweisen verändert werden. Dies verbesserte das therapeutische Milieu für diese sogenannten „schwierige PatientInnen“ merkbar.

Der regelmäßige Kontakt durch die psychiatrische Pflege mit den PatientInnen wurde von den Pflegenden der Stationen als Erleichterung aber auch als Verstärkung der Sicherheit in der Betreuung der Patienten, rückgemeldet.

ÄrztInnen an den Stationen suchen den fachlichen Dialog mit dem psychiatrisch pflegerischen Konsiliardienst, um sich über den Umgang mit psychisch auffälligen PatientInnen auszutauschen.

Die PatientInnen und deren Angehörigen nahmen eine Betreuung durch den psychiatrisch pflegerischen Konsiliardienst positiv an. Wiederholt wurde bei Wiederaufnahmen der PatientInnen an anderen Stationen explizit der Wunsch nach psychiatrisch pflegerischer Betreuung, aufgrund positiver Erfahrungen während des Voraufenthaltes, geäußert

Im Bereich der Fortbildung wurde auf Wunsch der Pflegeleitung ein Vortrag über den Umgang mit verwirrten Patienten gehalten.

Der psychiatrisch pflegerische Konsiliardienst wurde eingeladen in verschiedenen Arbeitsgruppen mitzuarbeiten (z.B. Opferschutz, der psychiatrische Notfall)

Es lässt sich erkennen, dass die psychiatrische Pflege im Allgemeinkrankenhaus aufgrund des Projektes als wichtiger Beitrag geschätzt wird und die psychiatrische Pflege im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung, der Gesundheitsförderung und Qualitätsoptimierung ein integrierter Bestandteil der Behandlung der Patienten im allgemein medizinischen Krankenhaus wurde.

### **Lernziele des Vortrags**

- Die TeilnehmerInnen erkennen eigenverantwortliche Einsatzbereiche außerhalb der psychiatrischen Stationen.
- Die TeilnehmerInnen denken darüber nach, wie ihr psychiatrisch pflegerisches Wissen in allgemein medizinischen Bereichen zur Anwendung kommen kann.

## **Skills-Training bei Borderline (BLS)- und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD)**

*Alice Sendera, Eva Martina Sendera*

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha M. Linehan ursprünglich für die ambulante Behandlung chronisch suizidaler Borderline – Patientinnen<sup>4</sup> entwickelt. Das allgemeine Interesse an der Thematik ist groß. Die Not der Betroffenen bei der Suche nach fachlicher Hilfe und die unsicheren und hilflosen Reaktionen der Öffentlichkeit bei der Konfrontation mit Borderline-Patienten machen den Informationsbedarf deutlich. Aufgrund der Komplexität der Borderline-Störung ist es zweckmäßig, zwischen aktueller Krisenintervention, psychotherapeutischer Behandlung, psychiatrischer Behandlung, Pharmakotherapie, pflegerischen- und sozialtherapeutischen Maßnahmen sowie zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu unterscheiden.

Das Bewusstsein für das Vorhandensein der Diagnose Borderline-Störung bei Patienten in stationären, teilstationären und ambulanten Institutionen ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Es besteht bei Betreuern aus verschiedensten Berufsgruppen ein großer Bedarf, Strategien im Umgang mit solchen- oft als schwierig angesehenen -Patienten zu erlernen.

Die Schwierigkeiten erstrecken sich auf den ambulanten und den stationären Bereich. Tatsache ist, dass die medizinisch - versorgenden Einrichtungen, in denen die Patientinnen oft nur in Form einer Krisenintervention unterstützt werden können, kaum in der Lage sind, die psychosozialen Hilfen zu koordinieren. Der Aufbau einer psychosozialen Gesamtversorgung sowie störungsspezifische Therapieangebote können, langfristig gesehen, zu einer Ressourcenoptimierung und sicher zu einer Kostenminimierung führen. Je adäquater interveniert werden kann, desto größer sind die Chancen, Folgeschäden, langfristige stationäre Aufenthalte und frühzeitige Arbeitsunfähigkeit hintan zu halten.

---

<sup>3</sup>Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet und alternierend die männliche und weibliche Form verwendet. Das andere Geschlecht ist dabei immer mitgemeint.

## Symptomatik

Das Leben von Borderline-Patienten ist so, wie es in der Regel gelebt wird, unerträglich. Chronische Suizidalität sowie das Gefühl, nicht verstanden zu werden auf Patientinnenseite und das Gefühl, nicht verstehen zu können auf Therapeutinnenseite, bringt beide Seiten an die Grenzen der Belastbarkeit.

Auf klinischer Ebene lassen sich die Symptome in fünf Problembereiche gliedern:

- Probleme bei der Affektregulation: Eine niedrige Reizschwelle führt zur Auslösung von Emotionen auf hohem Erregungsniveau, die nur langsam abklingen. Überflutende Emotionen und ein Gefühlswirrwarr verursachen aversive Spannungszustände, die häufig zu dissoziativen Symptomen führen. Dysfunktionale Verhaltensmuster, u.a. Selbstverletzungen, werden als Bewältigungsstrategie eingesetzt.
- Probleme mit dem Selbstbild: Emotionale Taubheit (numbness), das Gefühl nichts zu fühlen verstärkt die Unsicherheit zur eigenen Identität: Wer bin ich wirklich? Das Gefühl, von sich selbst abgeschnitten zu sein, ist häufig verbunden mit einer negativen Einstellung zum eigenen Körperbild.
- Problembereich psychosoziale Integration: Das Gefühl anders zu sein als alle anderen, Schwierigkeiten der Nähe- und Distanzregulation aktivieren konträre Grundannahmen und Schemata, die einander blockieren und wieder in Spannungszustände münden. Aktive Demonstration von Hilflosigkeit und Leid, resultierend aus der Vorstellung wenn mein Gegenüber erkennt, wie schlecht es mir geht, hat es auch die Macht, mein Befinden zu verbessern, führt zu einer Überlastung der sozialen Kontakte und einer Erschöpfung der Ressourcen des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems.
- Problembereich kognitive Funktionsfähigkeit: Mangelnde Wahrnehmung der eigenen Emotionen, Verzerrung des Raum-Zeit Gefühls, Kontrollverlust über die Realität, Depersonalisations- und Derealisationserleben unter Hochstress charakterisieren diese Symptomatik. Hinzu kommen Flashbacks, das emotionale Wiedererleben traumatischer Ereignisse als würden sie gerade im gegenwärtigen Moment geschehen, und Pseudohalluzinationen, die als ichdyston erlebt werden.

- Häufig werden diese Phänomene als psychotisches Erleben fehl verstanden.
- Problembereich Verhaltensebene: Selbstschädigende Verhaltensweisen (Schnittverletzungen, Schlagen des Schädels, Brennen...), die in der Regel im analgetischen Zustand durchgeführt werden, führen nicht zu Schmerz sondern werden zur Spannungsreduktion eingesetzt.
- Hochrisikoverhalten wie U-Bahnsurfen, Balancieren auf Geländern, Rasen auf der Autobahn etc. wird zu Regulation von Ohnmachtsgefühlen eingesetzt: Nicht übersehen werden darf die Gruppe von Patienten, die Selbstverletzung zur Euphorisierung, im Sinne der nicht-substanzgebundenen Suchtproblematik, einsetzen.

Mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) und dem Skills-Training liegen richtungsweisende Konzepte vor. Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) von Marsha M. Linehan gilt als das empirisch am besten gesicherte Konzept zur Behandlung der Borderline-Störung. Die DBT wurde in mehrfach kontrollierten Studien als wirksam nachgewiesen. Sie beinhaltet Bereiche der kognitiv behavioralen Therapie, der Sozialpsychologie, der Neurobiologie sowie Aspekte der fernöstlichen Meditation (Zen). Linehan bezeichnet die DBT als eine Werkstatt (*factory*), in die ständig neues Wissen fließt und die weiterentwickelt werden kann. Um den Anforderungen einer störungsspezifischen Behandlung gerecht zu werden, werden wissenschaftliche Untersuchungen hinsichtlich suizidalem, selbstschädigendem und aggressivem Verhalten durchgeführt, sowie neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren für die Theorieentwicklung herangezogen.

Das Skills-Training ist eine wichtige Basis, um die für die Bewältigung von Alltagsanforderungen notwendige Stabilisierung zu erreichen und oft der erste Ansatz die erforderliche Nähe- und Distanzregulation im Beziehungsbereich anzubahnen.

Das Konzept beinhaltet eine Vielzahl von Strategien und Techniken verschiedener Therapierichtungen, wie z.B. der Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, körperorientierter Therapieformen, Hypnotherapie, fernöstliche Meditations-techniken (ZEN) u.a.m. Im Skill-Training liegt die Betonung einerseits im Erwerb bestimmter Fertigkeiten, um Defizite auszugleichen bzw. Stabilität zu

erlangen, andererseits bereits vorhandene Fertigkeiten und Ressourcen zu aktivieren und anzuwenden. Das Training im herkömmlichen Sinn dient u.a. der Vermittlung von Fertigkeiten (Skills), die helfen, belastende Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster zu verändern. Es gibt spezielle Methoden zur Spannungsregulation, Emotionsmodulation, Aufmerksamkeitsfokussierung, und für die Vermittlung interpersoneller Fertigkeiten sowie körperorientierte Stabilisierungstechniken.

Die einzelnen Module (Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation, Selbstwert und Zwischenmenschliche Fertigkeiten) beziehen sich direkt auf die diagnostischen und spezifischen Muster der BLS und PTBS.

Das Skills-Training zur Stabilisierung und Ressourcenfindung kann sowohl in den pflegerischen Alltag als auch in das stationäre Behandlungskonzept diagnoseübergreifend integriert werden.

Die Österreichische Gesellschaft für Dialektisch Behaviorale Therapie und Skills-Training (ÖDBT) hat sich zur Aufgabe gestellt Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen, zu vernetzen und im Skills-Training auszubilden.

Die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sind konzipiert für alle Berufsgruppen, die in ihrem Berufsfeld mit Borderline-Patienten und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung direkt oder indirekt arbeiten und neue Impulse für ihre Arbeit bekommen möchten.

Das Skills-Training kann als Baustein dort eingesetzt werden, wo es gilt, Betroffenen einen *anderen* Weg aus dem Chaos zu zeigen.

## Literatur

1. Linehan, M.M. (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. München: CIP.
2. Linehan, M.M. (1996) Skillstraining zur Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. München: CIP.
3. Sendera A.; Sendera M. (2005/2007) Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Wien: Springer.

## **Die Bedeutung kognitiver Leistungen für die Adhärenz schizophrener Patienten.**

*Alexa Spiekermann, Michael Schulz, Johann Behrens, Jürgen Stickling-Borgmann, Thomas Beblo*

### **Compliance und Adhärenz bei Schizophrenie**

Die Notwendigkeit einer langfristigen antipsychotischen Medikamenteneinnahme zur Behandlung einer Schizophrenie und Verhinderung eines erneuten Ausbruchs der Erkrankung ist weitreichend belegt. Nichts desto trotz zeigen Studien, dass ein Großteil der schizophrenen Patienten nach der stationären Behandlung ihre Medikamente selbstständig absetzen, was mit negativen Folgen für den Erkrankungsverlauf und hohen Kosten für das Gesundheitssystem einhergeht. Beispielweise zeigte sich bei Liebermann et al. [10], dass 74% der schizophrenen Patienten innerhalb von 18 Monaten ihre Medikamenteneinnahme abbrachen.

Die mangelnde Therapietreue, in Form von unzuverlässiger und unregelmäßiger Medikamenteneinnahme, wird oft mit dem Begriff „Non-Compliance“ betitelt. Der Begriff Compliance wurde von Haynes [4, S.1] definiert als „the extent to which a person’s behavior (in terms of taking medications, following diets, or executing lifestyle changes) coincides with medical or health advice.“ Laut Puschner et al. [15, S.63] wird der Begriff oft kritisiert, „...da er für ein unzeitgemäßes paternalistisches Verhältnis zwischen Arzt und Patient stünde, sowie ein passives Akzeptieren dessen impliziere, was der Arzt als gut für den Patienten betrachtet.“ Der Begriff der Compliance wird aufgrund der oben genannten Gründe daher heute eher durch den Begriff Adhärenz ersetzt. Bei diesem steht die aktive Zusammenarbeit von Arzt und Patient bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und Therapiezielvereinbarung im Vordergrund. Das Konstrukt Compliance wird also durch das Konstrukt Adhärenz in dem Sinne modifiziert, dass die Patientenmitsprache bei der Behandlungsplanung mitberücksichtigt wird. Somit spricht man von Non-Adhärenz, wenn der Patient sich nicht oder nur unvollständig an die vorher mit dem Behandler vereinbarten Behandlungsabsprachen hält [19]. Aufgrund dessen kann man bei der Adhärenzoperationalisierung zum Teil die gleichen Zielgrößen wie bei

der Complianceoperationalisierung verwenden, indem man die Zuverlässigkeit der Patienten, über die Einhaltung der Behandlungsabsprachen, erfasst. Dies kann sowohl über indirekte Maße (wie z.B. Tablettenzahlen, Mitbringen der Medikamentenpackung, Rezepteinlösung...), direkte biologische Maße (Bestimmung des Medikamentenserumspiegels im Blut) als auch über subjektive Maße (wie z.B. Selbst- und Fremdratings) erfolgen. Zum Teil werden von einigen Autoren auch andere Messgrößen (wie z.B. die Einstellung zur Medikation) als Adhärenzkomponenten in Fragebogen mit erhoben. Beispielweise kann man laut Thompson et al. [20] mittels der Medication Adherence Rating Scale (MARS) drei Adhärenzkomponenten, d.h. das konkrete Adhärenzverhalten, die Einstellung des Patienten zu Medikamenten allgemein und die Nebenwirkungen und Einstellungen bzgl. psychotropen Substanzen, abbilden.

### **Bedeutung neuropsychologischer Defizite für die Adhärenz**

Ein Großteil schizophrener Patienten weist neuropsychologische Einbußen auf, insbesondere in den Bereichen Exekutivfunktionen (Arbeitsgedächtnis, schlussfolgerndes Denken und Problemlösen) Aufmerksamkeitsfunktionen inklusive Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie im Gedächtnis [13]. In Metaanalysen [2, 5] zeigten sich beim Vergleich der kognitiven Leistungsfähigkeit schizophrener Patienten mit denen von gesunden Kontrollprobanden moderate bis große Effektstärken. Neuropsychologische Defizite schizophrener Patienten stellen nicht nur ein Symptom der Erkrankung und somit eine wichtige Therapieoutcome-Variable dar, sondern sind auch für weitere Outcome-Variablen relevant. So zeigte sich, dass die kognitive Leistungsfähigkeit einen validen Prädiktor für das Ausmaß der Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten [16] und Ersterkrankter [21] darstellt, insbesondere im sozialen Bereich und in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit [1]. Ebenso stellt die kognitive Leistungsfähigkeit schizophrener Patienten einen relevanten Prädiktor für das Ausmaß der Adhärenz dar. Beispielweise konnten Patterson et al. [14] bei älteren schizophrenen Patienten mittlere Zusammenhänge zwischen dem Adhärenzniveau und kognitiven Defiziten ( $r=.53$ ) nachweisen. Demgegenüber war die Adhärenz kaum mit der gesundheitsbedingten Lebensqualität ( $r=.20$ ) und der Negativsymptomatik ( $r=.27$ ) assoziiert. Keine Zusammenhänge mit Adhärenz wiesen Positivsymptomatik, Depressionsskala, EPMS und

Dyskinesien auf. Auch in weiteren Studien wurde gezeigt, dass die kognitive Leistungsfähigkeit ein signifikanter Prädiktor für das Adhärenzniveau darstellt [6, 7]. Interessanterweise erbrachte die Einstellung des Patienten zu Medikamenten in der Jeste et al. Studie [7] keinen eigenen prädiktiven Beitrag für die Adhärenz mehr, wenn die kognitiven Beeinträchtigungen nach der Medikamenteneinstellung mit in die Analyse eingeschlossen wurden. Nach Ansicht der Autoren entscheiden sich viele schizophrene Patienten nicht bewusst gegen die Medikamenteneinnahme, sondern sie können diese aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen nicht einhalten.

### **Implikationen für die Praxis**

Wird die regelmäßige Medikamenteneinnahme tatsächlich durch neuropsychologische Defizite erschwert oder sogar verhindert, scheint eine Differenzierung des Adhärenzbegriffs, wie dies bereits Puschner et al. [15] vorschlugen, in intendierte und nicht-intendierte Non-Adhärenz sinnvoll. Für den klinischen Alltag, in welchem Interventionstechniken zur Steigerung der Adhärenz eingesetzt werden, hätte dies zur Folge, dass je nach Art der Non-Adhärenz unterschiedliche Interventionen eingesetzt werden müssten. Denn wie bereits schon Puschner et al. [15, S.66] feststellten, sind bei der nicht-intendierten Non-Compliance „...aufwändige psychoedukative oder kognitiv-behaviorale Maßnahmen wohl nicht indiziert.“ Andere Autoren wie Kim et al. [9] empfehlen ebenfalls, dass im Rahmen psychosozialer Interventionen nicht nur den Patienten Informationen über die Erkrankung und die Medikamente vermittelt werden sollten, sondern dass man ihnen zudem praktische Hilfen in Form von Verhaltenstechniken mit an die Hand geben sollte, welche die kognitiven Defizite kompensieren. Mittels neuropsychologischer Untersuchungen könnte überprüft werden, welche Bereiche bei dem Einzelnen betroffen sind, um im Anschluss spezifische und gezielte Therapiemaßnahmen abzuleiten. Damit die Patienten von komplexeren Interventionstechniken profitieren können, wären bei Patienten mit starken kognitiven Defiziten vermutlich zunächst neuropsychologische Therapiemaßnahmen indiziert. Die Effektivität solcher Maßnahmen, sowohl auf die kognitive Leistungsfähigkeit ( $d=.41$ ) als auch das psychosoziale Funktionsniveau ( $d=.35$ ) von schizophrenen Patienten konnten McGurk et al. [11] im Rahmen ihrer Metaanalyse belegen.

## **Ausblick (Adhärenztherapie)**

Im Rahmen einer derzeit laufenden multizentrischen Längsschnittstudie soll die Effektivität der Adhärenztherapie nach Schulz [17, 18] überprüft werden. Diese Therapie stellt eine auf deutsche Verhältnisse übertragene Version der Adhärenztherapie von Gray et al. [3] dar. Sie beinhaltet Therapiebausteine aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der motivierenden Gesprächsführung von Miller & Rollnick [12] und der Compliantherapie nach Kemp et al. [8]. Mittels kognitiver Techniken sollen dysfunktionale Medikamenteneinstellungen des Patienten verändert werden, während zur Lösung von Alltagsproblemen (wie z.B. ein Rezept aus der Apotheke einzulösen) praktische Hilfen gegeben werden. Im Rahmen dieser von Pflegenden durchgeführten Kurzintervention, sollen von insgesamt acht Sitzungen, fünf Einheiten im stationären Setting und drei Einheiten im häuslichen Umfeld des Patienten durchgeführt werden. Obwohl die Intervention sehr praxisnah, flexibel und patientenindividualisiert einsetzbar ist und bisherige Effektivitätsstudien daraufhin deuten, dass Interventionen, die aus multimodalen Bausteinen bestehen, die deutlichsten Effekte bzgl. der Adhärenzsteigerung bewirken [15], bleibt abzuwarten, ob von dieser Intervention alle Patienten, also unabhängig davon, ob sich diese durch „intendierte“ oder „nicht- intendierte“ Non- Adhärenz auszeichnen, profitieren werden.

## Literatur

1. Alptekin, K., Akvardar, Y., Kivircik Akdede, B. B., Dumlu, K., Isik, D. Pirincci, F., Yahssin, S. & Kitis, A. (2005) Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29 (2), 239-244.
2. Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M.E., & Clare, L. (2005) A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 15, 73-95.
3. Gray R., Wykes T. & Gournay K. (2002) From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 277-284.
4. Haynes, R.B. (1979) Introduction. In Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sacket, D.L. (eds). *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins Press, 1979, pp.1-10.
5. Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998) Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426- 445.
6. Heinrichs, R.W, Goldberg, J.O., Miles, A. A. & McDermid Vaz, S. (2008) Predictors of medication competence in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 15, 157(1-3),47-52.
7. Jeste, S.D., Patterson, T.L., Palmer, B.W., Dolder, C.R., Goldman, S. & Jeste, D.V. (2003) Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63 (1-2), 49-58.
8. Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., David, A. (1998) Randomised controlled trials of compliance therapy: 18- month follow- up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413- 419.
9. Kim, S.W., Shin, I.S., Kim, J.M., Yang, S.J., Shin, H.Y. & Yoon, J.S. (2006) Association between attitude toward medication and neurocognitive function in schizophrenia. *Clinical Neuropharmacology*, 29(4), 197-205.
10. Liebermann, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, S.O., Keefe, R.S., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J. & Hsiao, J.K. (2005) Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353, 1209- 1223.
11. McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., HcHugo, G.J. & Mueser, K.T. (2007) A Meta- Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 164, 1791- 1802.
12. Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999) *Motivierende Gesprächsführung – Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Lambertus: Freiburg im Breisgau.

13. Nuechterlein; K.J., Barch, D.M., Gold, J.M., Goldberg, T.E., Green, M.F. & Heaton, R.K. (2004) Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 29-39.
14. Patterson, T.L., Lacro, J., McKibbin, C.L., Moscona, S. Hughs, T. & Jeste, D.V., (2002) Medication Management Ability Assessment: results from a performance- based measure in older outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 11-19.
15. Puschner, B. Born, A., Gießler, A., Helm, H., Becker, T. & Angermeyer, M.C. (2005) Compliance- Interventionen in der medikamentösen Behandlung schizophrener Erkrankter. Befunde aktueller Übersichtsarbeiten. *Psychiatrische Praxis*, 32, 62-67.
16. Ritsner, M.S. (2007) Predicting quality of life impairment in chronic schizophrenia from cognitive variables. *Quality of Life Research*, 16 (6), 929-937.
17. Schulz, M. (2005) Adherencetherapie als eine Intervention für psychiatrisch Pflegende. In: Abderhalden, C., Needham, I. (Hrsg.). *Psychiatrische Pflege – verschiedene Settings, Partner, Populationen*. Ibicura Verlag, Unterostendorf, 108-115.
18. Schulz M., Dorgerloh S., Ratzka S., Gray R., Behrens J. (2007) Compliance und Adherence - Pflegende unterstützen Patientenverhalten. *PADUA - Fachzeitschrift für Pflegepädagogik* , 44-49.
19. Seemann, U. & Kissling, W. (2008) Volkskrankheit "Noncompliance" - Ursachen, Folgen, Therapiemöglichkeiten. *Psychoneuro*, 34 (9), 405-409.
20. Thompson, K., Kulkarni, J. & Sergejew, A.A. (2000) Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42, 241-247.
21. Wegener, S., Redoblado- Hodge, M.A., Luca, S., Fitzgerald, D., Harris, A. & Brennan, J. (2005) Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first- episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 487-492.

# **Praxisorientierte Pflegediagnostik – Ressourcenorientierung in der diagnostischen Arbeit**

*Harald Stefan, Kurt Schalek*

## **Hintergrund**

Die Wiederherstellung und Bewahrung von Alltagsautonomie ist Ziel der Pflege. Das bedeutet, dass Pflegehandlungen nicht nur darauf abzielen müssen, Kompetenzen von hilfebedürftigen Menschen wiederherzustellen bzw. zu fördern sondern, dass professionell Pflegende auch tätig werden um Gesundheit zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen. Damit dieses Vorhaben gelingen kann, müssen Pflegende die vorhandenen Ressourcen in ihr Planen und Handeln einbeziehen [vgl. 1. S. 212]. Bestehende Pflegediagnosenklassifikationen bieten jedoch derzeit keine ausreichende Grundlage für ressourcenorientiertes Arbeiten, präventive Ansätze und Gesundheitsförderung in der Pflege.

## **Theoretische Konzeption der Rolle von Ressourcen in der Pflege**

Ressourcen sind Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die Menschen zur Erhaltung bzw. Entwicklung der Gesundheit und/oder zur Krankheitsbewältigung einsetzen. Diese Definition orientiert sich an unterschiedlichen Konzepten, die bereits in diese Richtung entwickelt wurden, etwa am salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky oder an einer Reihe von Bewältigungs- und Stresstheorien [für eine Übersicht siehe etwa 2].

Basis der Entwicklung von POP ist ein theoretisches Modell, das die Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Ätiologien und Risikofaktoren darstellt. Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit auf intakten und funktionierenden Ressourcen beruht. Gesundheit wird in diesem Zusammenhang als Fähigkeit zur produktiven Bewältigung der Herausforderungen des Lebens gesehen [vgl. 4, S. 1]. Menschen verfügen über Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen. Die POP-Klassifikation unterscheidet körperlich-funktionelle Ressourcen, psychische Ressourcen und soziale Ressourcen. Intakte Ressourcen sind Voraus-

setzungen dafür, dass Herausforderungen in bestimmten Lebensbereichen erfolgreich bewältigt werden können.

Identifizieren lassen sich relevante Ressourcen in der Pflege über folgende Frage: „Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen im psychischen, physischen und sozialen Bereich gegeben sein, damit Aufgaben eigenständig bewältigt werden können?“

Ein Beispiel: Was muss erfüllt sein, damit ein Mensch gehen kann?

Notwendig dafür sind: Ausreichende Kraft/Energie, ausreichende Ausdauer, ausreichende Beweglichkeit, intakte Wahrnehmung, intaktes Denken, intakte räumliche Orientierung, intakte Koordination, das Gefühl der Sicherheit beim Gehen, die Motivation zu Gehen, Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit zu Gehen, Schmerzfreiheit beim Gehen, an die Fähigkeiten angepasste Umgebung (z.B. rutschfreier Untergrund, keine Schwellen, Entfernung von Stolperfallen).

Jeder dieser Punkte enthält Voraussetzungen dafür, dass ein Mensch gehen kann. Diese Aufzählung kann somit als eine Liste von Ressourcen bezogen auf die Fähigkeit zu Gehen verwendet werden. Sind alle Voraussetzungen (= Ressourcen) gegeben, besteht kein Unterstützungsbedarf durch die Pflege. Der betroffene Mensch verfügt über vollständige Selbstständigkeit in diesem Lebensbereich. Beeinträchtigte oder fehlende Ressourcen können die autonome Alltagsbewältigung jedoch einschränken oder sogar unmöglich machen, was letztlich zu Hilfebedarf des betroffenen Menschen führt.

### **Ressourcenorientierter pflegediagnostischer Ansatz**

Wenn Gesundheit auf intakten und funktionierenden körperlich-funktionellen, psychischen und sozialen Ressourcen beruht, dann können beeinträchtigte oder fehlende Voraussetzungen als Ursache (= Ätiologie) für Einschränkungen in der Alltagsbewältigung beschrieben werden. Ressourcen, die ohne präventive pflegerische Interventionen von Beeinträchtigung bedroht sind, werden als Risikofaktoren bezeichnet. In der POP-Klassifikation werden die Beschreibungen von Ätiologien und Risikofaktoren direkt aus den Ressourcen abgeleitet. Neben den tatsächlich oder potenziell eingeschränkten Ressourcen müssen für eine ressourcengeleitete Pflege allerdings auch die relevanten funk-

nierenden Anteile eines Menschen benannt werden. So bezeichnen POP-Pflegediagnosen intakte Voraussetzungen als direkte Ressourcen und beeinträchtigte Voraussetzungen, die unter bestimmten Umständen (z.B. unter Verwendung von Hilfsmitteln oder Unterstützung durch eine Pflegeperson) vom betroffenen Menschen selbst durchgeführt werden können, als indirekte Ressourcen. Diese werden neben den Ätiologien und Risikofaktoren gesondert angeführt werden.

### *Die POP-Klassifikation*

Die POP-Klassifikation beruht auf dem geschilderten ressourcenorientierten Ansatz. Sie besteht aus neun Bereichen (Domänen), 19 Klassen und 150 Pflegediagnosentitel. Die Domänen sind entlang einer modifizierten Systematik nach Orem strukturiert.

Die Formate der POP-Pflegediagnosen enthalten jeweils ein „R“ für Ressourcen.

Zur Beschreibung der Risiko-Pflegediagnosen wird das dreiteilige P/RF/R-Format empfohlen: (P) Pflegediagnosentitel – (RF) Risikofaktor – (R) Ressourcen.

Zur Beschreibung der aktuellen Pflegediagnosen wird das vierteilig P/Ä/S/R-Format empfohlen: (P) Pflegediagnosentitel – (Ä) Ätiologie – (S) Symptom/Merkmal – (R) Ressourcen.

Zur Beschreibung der Gesundheitspflegediagnosen wird das zweiteilige P/R-Format empfohlen: (P) Pflegediagnosentitel – (R) Ressourcen.

Der konsequente ressourcenorientierte Zugang zur Beschreibung von Ätiologien, Risikofaktoren und intakten Fähigkeiten ermöglicht die Identifikation von unmittelbar pflegerelevanten Beschreibungen, die ohne Rückgriff auf medizinische Diagnosen auskommen. Dadurch werden die POP-Pflegediagnosen auch der Forderung nach einer rein pflegefachlichen Begründung pflegerischen Handelns gerecht.

Die Praxisorientierte Pflegediagnostik beschreibt Pflegephänomene, die von der Definition über Pflege des ICN ableitbar sind. Die Definition von Pflegediagnosen nach POP ermöglicht eine breite Sicht auf Verhaltens- und Reaktionsweisen von Menschen im gesamten Lebensprozess, die über die oftmals

enge Sichtweise bestehender Pflegeklassifikationssystemen hinausgeht, weil sie sich auf die Beschreibung von Problemen beschränkt.

### **Definition von Pflege nach ICN**

*„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen.*

*Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. [...]“ (ICN, Übersetzung konsentiert durch DBfK, ÖGKV und SBK).*

### **Definition von Pflegediagnosen nach POP**

*„Pflegerdiagnosen sind Beschreibungen konkreter pflegerischer Einschätzungen von menschlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Reaktionsweisen im Lebensprozess“ (Stefan/Allmer/Eberl et al. 2009, S. 9).*

### **Gesundheitsförderung in der Pflege**

In der POP-Klassifikation wurden die Gesundheitspflegediagnosen vor dem Hintergrund des Konzepts der Gesundheitsförderung entwickelt. *„Gesundheitspflegediagnosen beschreiben gesundheitsbezogene Ressourcen, deren Entwicklung, Weiterentwicklung bzw. Stärkung ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglichen“* [5, S. 22]. Eine Gesundheitspflegediagnose unterscheidet sich von problembezogenen Pflegediagnosen (aktuelle und Risiko-Pflegerdiagnosen) im Wesentlichen durch das Element des Empowerment. Das bedeutet, dass Menschen, Familien und Gemeinschaften auf eigenen Wunsch in die Lage versetzt werden sollen, in ihrer eigenen Verantwortung kompetente gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen, die zum Erhalt und zur Verbesserung der körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte ihrer Gesundheit beitragen (vgl. Nutbeam 1998, S. 6). Empowerment heißt, die Entscheidungen von Menschen zu fördern, zu unterstützen und ernst zu nehmen, unabhängig davon, ob sie die Umsetzung eigenständig oder nur mit Unterstützung durch Dritte erreichen können (z.B. Menschen mit Behinderung).

Die entsprechenden Maßnahmen der Pflegenden zielen darauf ab, die vorhandenen Ressourcen so weiterentwickeln bzw. neue Ressourcen so heranzubilden, dass ein Mensch, eine Familie oder eine Gemeinschaft sowohl in der aktuellen Situation als auch zukünftig in der Lage ist, eigenständig positiven Einfluss auf alle Aspekte der eigenen Gesundheit zu nehmen. Typische gesundheitsfördernde Maßnahmen der Pflege sind Informieren, Beraten, Anleiten und Motivationsarbeit, um Menschen bei der eigenständigen Gestaltung ihres Lebens zu unterstützen.

Die Gegenüberstellung einer aktuellen Pflegediagnose und einer Gesundheitspflegediagnose soll den Empowerment-Ansatz verdeutlichen: Bei der aktuellen Pflegediagnose „Schlafen, beeinträchtigt“ werden Pflegenden unter Einbeziehung der Ressourcen Maßnahmen ergreifen, die sich positiv auf den Schlaf der betroffenen Person auswirken. Bei der Verwendung der Gesundheitspflegediagnose „Schlafen, Entwicklung der Ressourcen“ konzentrieren sich die Pflegemaßnahmen hingegen auf die Information, Beratung und Anleitung, damit der betroffene Mensch möglichst eigenständig die Bedingungen für einen erholsamen Schlaf gestalten und kontrollieren kann.

Gesundheitspflegediagnosen eignen sich gut für motivierte Menschen, die einen besonderen Wert auf Eigenständigkeit legen oder auf ein möglichst hohes Ausmaß an Eigenständigkeit angewiesen sind (z.B. in der Hauskrankenpflege). Auch bei aktivierenden Pflegeansätzen kann – bei entsprechender Motivation des pflegebedürftigen Menschen – eine Gesundheitspflegediagnose sinnvoll eingesetzt werden. Ein weiteres Einsatzgebiet können längerfristig angelegte Gesundheitsberatungsprogramme sein (z.B. Raucherentwöhnungen, Lebensstilberatung). Auch für Pflegenden, die in settingbezogenen Gesundheitsförderungsprogrammen mitwirken (z.B. gesunde Stadt/Gemeinde, gesunde Schulen, gesundheitsfördernde Krankenhäuser), können Gesundheitspflegediagnosen ein interessantes Werkzeug sein.

## **Open-Access für die POP-Klassifikation**

Die POP-Klassifikation ist in der Endnutzung, das heißt für jene Personen und Organisationen, die Pflege durchführen oder lehren, ohne Lizenzgebühren nutzbar. Die Verwendung soll in der Praxis nicht durch finanzielle Hürden eingeschränkt werden. Das ist das Prinzip von Open-Access (dt: freier Zugang). Das gilt sowohl für die klassische Papierdokumentation als auch für EDV-gestützte Systeme. Die möglichst freie Nutzbarkeit ist den AutorInnen ein zentrales Anliegen.

## **Der pflegediagnosenorientierte Anamnesebogen**

Für den Schritt vom Assessment zur Diagnostik steht mit dem pflegediagnosenorientierten Anamnesebogen ein effektives Hilfsmittel zur Umsetzung der POP-Pflegediagnosen zur Verfügung. Dieser Bogen ist eine Weiterentwicklung des Anamnesebogens von Stefan/Allmer/Eberl et. al. (2003) und strukturiert die Anamnesedaten entlang der neun Domänen der POP-Klassifikation. Er erleichtert die Identifizierung von möglichen Pflegediagnosentiteln, indem die erhobenen Daten potenzielle, mögliche Pflegediagnosentitel gegenübergestellt werden. Der pflegediagnosenorientierte Anamnesebogen ist über das Internet frei zu beziehen ([www.infact.at](http://www.infact.at)).

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

Bestehende pflegediagnostische Klassifikationen beruhen primär auf defizit-orientierten Beschreibungen und berücksichtigen Ressourcen nicht oder nur unsystematisch. Die Erweiterung des Konzepts „Pflegediagnose“ durch POP ermöglicht Pflegenden eine veränderte Sichtweise von Menschen mit Pflegebedarf. Bestehende Konzepte, wie Prävention, Gesundheitsförderung und eine gestärkte Rolle der Menschen mit Pflegebedarf werden besser in der Praxis der Pflege und speziell der psychiatrischen Pflege integrierbar.

Eine Leseprobe zu POP® - PraxisOrientierte Pflegediagnostik ist im Internet unter [www.infact.at](http://www.infact.at) oder [www.boegk.at](http://www.boegk.at) erhältlich.

## Literatur

1. Bartholomeyczik, S, (2006) Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft 11(3), 210-223.
2. Hurrelmann, K. (2006) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung; Juventa, Weinheim/München.
3. International Council Of Nurses - ICN: Definition der Pflege; Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK, download unter [http://www.oegkv.at/uploads/media/ICN-Definition\\_der\\_Pflege\\_-\\_deutsch.pdf](http://www.oegkv.at/uploads/media/ICN-Definition_der_Pflege_-_deutsch.pdf) [14.07.2009]; englischer Originaltext unter <http://www.icn.ch/definition.htm>.
4. Nutbeam, D. (1998): Health Promotion Glossary; WHO, Genf.
5. Stefan, H., Allmer, F., Eberl, J., Hansmann, R., Jedelsky, E., Michalek, A, Pandzic, R., Schalek, K., Tomacek, D. (2009) POP® - PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele – Maßnahmen; Springer, Wien.

## **Beweggründe für Pflegekräfte eine Psychiatrische Akutstation zu verlassen und Maßnahmen, die zu einem Verbleiben auf dieser Station geführt hätten**

*Ilse Stefan*

Pflegekräfte sind einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Hoher Zeitdruck und hohe psychische und körperliche Belastungen sind ein wesentlicher Faktor dafür. Das Aufgabenprofil für Pflegekräfte hat sich in den letzten Jahren geändert. Unter anderem haben Eigenverantwortung und Nachvollziehbarkeit den Stellenwert der Pflege, aber auch die Belastungen, erhöht.

Durch die Belastungen im beruflichen Alltag steigt auch das Unfallrisiko. Pflegekräfte, die Zeitdruck, Informationsmangel und Überforderung erleben, haben ein deutlich höheres Unfallrisiko als Beschäftigte in weniger stressinduzierten Arbeitssituationen. (Nolting, et al., 2002).

Durch chronische Belastung am Arbeitsplatz kann es zu Arbeitsplatzwechsel oder Berufsausstieg kommen. Dem Berufsausstieg von Pflegepersonal kommt gesamtgesellschaftlich eine besondere Bedeutung zu, da auf Grund der demografischen Entwicklung eine Zunahme pflegebedürftiger Menschen erwartet und dadurch ein erhöhter Bedarf von Pflegepersonal angenommen wird. Ein realer Mangel besteht bereits in Großbritannien und Skandinavien, Niederlanden, Belgien und Frankreich (Hasselhorn & Müller, 2004).

Eine wichtige Studie zum Thema Belastungen wurde von Simon et al. 2005 durchgeführt. An dieser NEXT-Studie (nurses' early exit study) haben fast 40.000 Pflegekräfte in Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Norwegen, den Niederlanden, Polen, Norwegen und der Slowakei teilgenommen. In dieser Befragung sagten 19 % der im Krankenhaus tätigen Pflegekräfte, dass sie häufig (einige Male pro Monat oder häufiger) an einen Berufsausstieg denken.

Bei der Befragung zu den Belastungen wurde in der Psychiatrie die Konfrontation mit aggressiven und unfreundlichen Patienten mit 70,3 % als eine große emotionale Belastung genannt.

## **Gründe, warum Pflegekräfte eine Psychiatrische Akutstation im Wiener Krankenanstaltenverbund verlassen haben, wurden im Jahr 2008 untersucht.**

61 Pflegekräfte, die innerhalb der letzten fünf Jahre eine Psychiatrische Akutstation (von insgesamt zehn Stationen im Wiener Krankenanstaltenverbund) verlassen hatten, wurde ein Fragebogen zugeschickt. 47 Fragebögen kamen zurück (28 Frauen und 19 Männer).

Es wurden vielfältige Belastungen angegeben. Manche Belastungen wurden von Männern und Frauen unterschiedlich bewertet.

Die große Verantwortung, der hohe administrative Aufwand und die geringe Bezahlung wurden von Männern wesentlich stärker als Belastung empfunden als von Frauen.

Frauen hingegen gaben Informationsprobleme, Kommunikationsprobleme und Beziehungsprobleme auf der Station öfter als Männer als Belastung an.

Gründe für das Verlassen waren Personalmangel (22 Nennungen), Aggressionsvorfälle (18 Nennungen) aber auch Neugierde, eine neue Station kennen zu lernen (16 Nennungen). Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage möglich.

Gewechselt wurde größtenteils innerhalb der gleichen Psychiatrischen Abteilung auf eine Subakut-Rehabilitationsstation oder auf eine Gerontopsychiatrische Station. Es gibt viele Gegebenheiten, die zu einer Belastung auf einer Psychiatrischen Akutstation führen. Es wurde gefragt, ob die angegebenen Gründe gleichwertig erlebt wurden, oder ob von den vielen Belastungen ein Hauptgrund ersichtlich war.

Hier zeigte sich, dass 32 der 47 befragten Personen einen Hauptgrund empfunden hatten. Am häufigsten wurden die erlebten Aggressionen durch die Patienten, danach die große Verantwortung, danach Beschränkungsmaßnahmen und Zeitdruck angegeben. Von den befragten 47 Pflegekräften gaben 20 Personen an, dass ein auslösendes Ereignis zum Schritt des Verlassens der Akutstation führte. Zumeist waren dies traumatisierende Ereignisse, wie Aggression und Gewalt mit verursachter Verletzung, abwertendes Verhalten bzw. fehlende Unterstützung eines Vorgesetzten und Beschränkungsvorgabe ohne Hintergrundinformation.

## **Hat die Berufsausbildung einen Einfluss auf die erlebten Belastungen im Alltag?**

Bei dieser Frage zeigte sich, dass die Belastung durch den großen Zeitdruck, die Belastung durch die häufigen Arbeitsunterbrechungen, die schlechte räumliche Ausstattung und der große administrative Aufwand bei Mitarbeitern mit Allgemeinem Diplom oder mit Doppeldiplom (Allgemeines und Psychiatrisches Diplom) wesentlich höher erlebt wurde, als bei Mitarbeitern mit Psychiatrischen Diplom.

Die häufigen Überstunden wurden von Psychiatrisch Diplomierten und Mitarbeitern mit Doppeldiplom belastend erlebt. Belastung durch aggressive und unfreundliche Patienten erlebten am meisten Pflegehelfer und Mitarbeiter mit Allgemeinem Diplom.

## **Hätte eine organisatorische Veränderung zu einem Verbleiben auf der Psychiatrischen Akutstation geführt?**

Bei dieser Frage gaben 16 von 47 Pflegekräften an, dass ihre Entscheidung auch durch Veränderungen in der Organisation nicht rückgängig zu machen gewesen wäre. Für die restlichen 31 Personen hätte eine organisatorische Veränderung zum Verbleiben auf der Station führen können.

Es wurde am häufigsten eine Aufstockung der Posten im Pflegebereich auf der Station genannt, gefolgt von einer besseren Zusammenarbeit mit den Führungskräften, mehr Unterstützung durch die Stationsleitung und Förderung der Autonomie der Pflegekräfte durch die Führungskräfte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Fluktuation auf Psychiatrischen Akutstationen im Wiener Krankenanstaltenverbund im Vergleich zu anderen Studien nicht sehr hoch ist.

Sehr deutlich ist in dieser Befragung die Verantwortung der Führungskräfte bei Belastungen am Arbeitsplatz dokumentiert worden. Führungskräfte können Rahmenbedingungen schaffen, damit die Pflegekräfte ein größtmögliches Sicherheitsgefühl erleben können. Verständnis und Akzeptanz von Führungskräften sind wichtige Faktoren um sich auf einer Station wohl zu fühlen. Nach schwierigen und belasteten Situationen kann Einfühlungsvermögen und Wertschätzung den Mitarbeitern wieder die Kraft geben, motiviert und engagiert

die Arbeit zu bewältigen. Fehlt dieser Aspekt, so führt dies oftmals zum Verlassen der Station.

## **Literatur**

1. Nolting, H.-D., Berger, J., Schiffhorst, G., Genz, H.O., Kordt, M. (2002) Psychischer Stress als Risikofaktor für Arbeitsunfälle bei Pflegekräften im Krankenhaus. Zeitschrift Gesundheitswesen, 64, 25-32.
2. Hasselhorn, H.-M. und Müller, B. H. (2004) Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2004, Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer Verlag.
3. Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A., Müller, B.H. (2005) Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Universität Wuppertal <http://www.next.uni-wuppertal.de> - Abgefragt am: 9.2.2008.

# **Einführung und Evaluation eines Instrumentes zur Datenerfassung in der opioidgestützten Behandlung: Ein Leadership Projekt**

*Regine Steinauer*

## **Hintergrund**

Bei der Substitutionsbehandlung, die in der Schweiz seit 1975 gesetzlich verankert ist, wird das illegale Heroin durch ein ärztlich verschriebenes Opioid (meistens Methadon) ersetzt. Übergeordnetes Ziel der opioidgestützten Behandlung ist die Steigerung der Lebensqualität. Weitere Ziele sind die Prävention und Reduktion gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen, die durch den Substanzkonsum und dessen Begleitumstände verursacht werden. Substitutionsgestützte Behandlungen werden bei Opioidabhängigkeit als Therapieform erster Wahl empfohlen [1]. Neben Abteilungen in psychiatrischen Kliniken, wie der Ambulante Dienst Sucht (ADS) der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel, führen in der Schweiz auch spezialisierte Institutionen, allgemeine Spitäler, Gefängnisse und Hausärzte Substitutionsbehandlungen durch [2]. Im Jahre 2002 befanden sich im Kanton Basel-Stadt 1020 opiatabhängige Patientinnen und Patienten (im weiteren Bericht Patienten genannt) in einer Substitutionsbehandlung, 68 Neuindikationen wurden im Erhebungszeitraum von einem Jahr gestellt. Das Durchschnittsalter bei Beginn der Methadonbehandlung lag bei 28 Jahren, zwei Drittel des Patientenkollektivs sind Männer. [3]

Dass Substitutionsbehandlungen eine Reduktion des Heroinkonsums, der Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos und eine Verringerung der Kriminalität bewirken, zeigen verschiedene Studien [4, 5, 6]. Trotzdem wird der Erfolg einer Behandlung nach wie vor oft nur am Substanzkonsum gemessen. Veränderungen in der psychischen und physischen Gesundheit, sozialen und rechtlichen Situation sowie im Risikoverhalten wurden kaum untersucht. Um dieser Mehrdimensionalität gerecht zu werden, wurden in den letzten zwei Jahrzehnten mehrere standardisierte Assessmentinstrumente entwickelt. Diese fanden im deutschsprachigen Raum kaum Beachtung.

## Ausgangslage

Im Ambulanten Dienst Sucht (ADS) der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel waren die Erfahrungen mit standardisierten Instrumenten gering und die Vorurteile gross. Dennoch hat das ADS- Team beschlossen, ein Instrument zur Datenerfassung einzuführen und zu evaluieren. Dabei wurden die Anwendbarkeit, Verständlichkeit und Akzeptanz des Instrumentes bei Patienten und Mitarbeitenden überprüft.

## Setting

Der ADS ist eine Abteilung des Bereichs Abhängigkeitserkrankungen der UPK Basel. Ein Arbeitsschwerpunkt liegt in der substitutionsgestützten Behandlung mit Opioiden. Ein multidisziplinäres Team behandelt bis zu 180 Patienten, die eine Störung durch den Gebrauch von Opioiden, wie auch weiteren psychotropen Substanzen aufweisen.

## Design

Das Projekt wurde als Leadership Projekt durchgeführt. Es entsprach im Wesentlichen einem systematischen Problemlösungsprozess der Aktionsforschung nach Stringer [7] und betonte die Elemente Partizipation, Innovation und Veränderung.

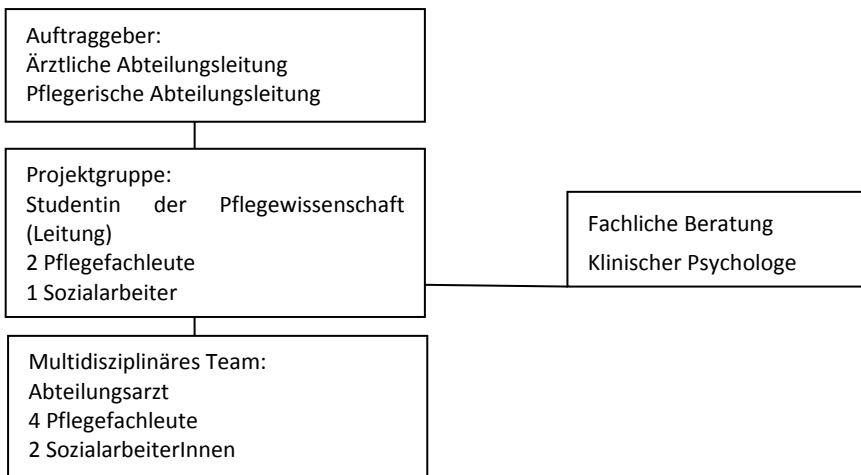


Abbildung 1: Projektorganisation

Unter der Leitung einer Studentin der Pflegewissenschaft wurde eine multidisziplinäre Projektgruppe (siehe Abb.1) gebildet. Die Patienten wurden in einer Gelegenheitsstichprobe angefragt. Die Evaluation erfolgte in einem Sequential Mixed Methods Design.

### **Datenanalyse**

Die Fragebogen wurden quantitativ mit SPSS 16, das Fokusgruppen-Interview qualitativ mit der Inhaltsanalyse nach Mayring [8] ausgewertet.

### **Instrumente**

Opiate Treatment Index (OTI)[9]: Der in Australien im Jahre 1992 entwickelte OTI ist reliabel und valide sowohl in Australien, Neuseeland wie auch in England [10,11]. Er deckt folgende 7 Bereiche ab: 1. demographische Daten, 2. Drogenkonsum, 3. Risikoverhalten (Injektions- und Sexualverhalten), 4. Soziale Situation, 5. Delinquenz, 6. Gesundheit, 7. psychologische Einschätzung. Jeder Bereich liefert einen Zahlenwert (Score), welcher eine Aussage über die Behandlungsnotwendigkeit in diesem Bereich ermöglicht. Je höher der Zahlenwert, desto höher die Bedürftigkeit. Das Ausfüllen des OTI durch den Patienten nimmt ca. 20-30 Minuten in Anspruch und liefert neben der in den Fragen enthaltenen, mehrdimensionalen Information zusätzliche Aussagen über kognitive Fähigkeiten des Patienten, wie z.B. Konzentrationsfähigkeit oder Merkfähigkeit.

Evaluationsinstrumente: Fragebogen Nr. 1 + 2: Eigens für dieses Projekt entwickelte Fragebögen für Patienten (Nr. 1) und Mitarbeitende (Nr. 2). Diese beinhalten 5 bzw. 6 Fragen zur Machbarkeit, Verständlichkeit und Akzeptanz und bieten die Möglichkeit zur Beantwortung mittels einer 5-stufigen Likert-Skala. Ausserdem bieten sie Platz für ergänzende Bemerkungen.

### **Resultate**

Das ADS Team hat auf Empfehlung der Projektgruppe beschlossen, den Opiate Treatment Index (OTI) als neues Instrument zur Datenerfassung und Behandlungsevaluation einzuführen. Der OTI wurde ausgewählt, weil er ein Selbsteinschätzungsinstrument ist und sich dadurch vom Team eine Arbeitserleichterung im Sinne einer effizienteren Arbeitsorganisation erhofft wurde. Die Stär-

ken des OTI liegen in einfach formulierten Fragen und in der Fülle der Informationen, welche in kurzer Zeit erfasst werden. Ein weiterer Vorteil des OTI liegt in der möglichen Evaluation einer Behandlung. Das bedeutet, der OTI ist einerseits klinisch relevant, indem er Informationen sammelt, die eine individuelle Behandlung ermöglichen. Andererseits ist er relevant für die Forschung, da die Daten mit der Literatur vergleichbar sind und innerhalb einer langjährigen Substitutionsbehandlung immer wieder erfasst werden können. Die Auswertung des OTI ist einfach und liefert zu jedem der erfragten Bereiche einen Zahlenwert.

Die Schwäche des OTI liegt darin, dass keine validierte deutsche Version vorliegt. Eine erste deutsche Übersetzung hat im Rahmen eines Projektes durch Mitarbeitende des ADS stattgefunden, die Validität des OTI ist für eine deutschsprachige Population jedoch noch nicht überprüft. Wie für alle Fragebögen ist auch der OTI bei kognitiven Defiziten nicht bzw. nur eingeschränkt anwendbar.

Am Evaluationsprojekt nahmen 87 Patienten und 7 Mitarbeitende teil. Der selbstentwickelte Fragebogen zur Verständlichkeit und Akzeptanz des OTI wurde von 87.1% der Patienten korrekt und vollständig ausgefüllt. Die Mitarbeitenden füllten ihren Fragebogen zu 75.6% korrekt und vollständig aus.

Die Verständlichkeit der Fragen im OTI wurde von den Patienten und den Mitarbeitenden als hoch bewertet. Die Korrektheit und Vollständigkeit der Antworten variierte in den 7 Teilen des OTI zwischen 40% und 100% (siehe Abbildung 2).

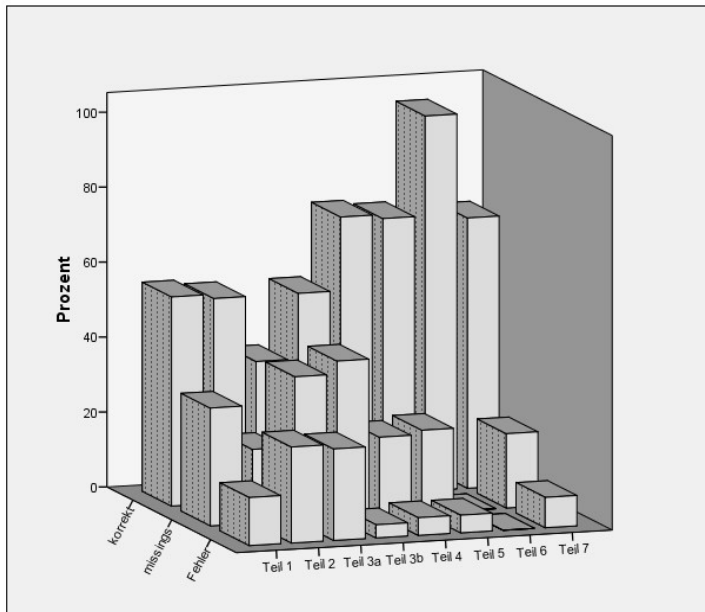


Abbildung 2. Korrektheit/Vollständigkeit

Teil 1: demographische Daten, Teil 2: Drogenkonsum, Teil 3a Injektionsverhalten, Teil 3b Sexualverhalten, Teil 4 Soziale Situation, Teil 5 Delinquenz, Teil 6 Gesundheit, Teil 7 psychologische Einschätzung

Die Diskussion in der Fokusgruppe zeigte ebenfalls, dass die einzelnen Teile des OTI unterschiedlich verständlich sind: „*ich glaube, der schwierigste Teil ist eigentlich der Teil von der Substanzanamnese*“ und „*...wenn dann zum zweiten und dritten Mal gefragt wird, wann haben sie zuletzt konsumiert, dass sie dann wie den Faden verlieren*“.

Die Mitarbeitenden benutzten den OTI nicht als Arbeitsinstrument. „*ich hab dann einfach abgeheftet*“ und sahen die Motivation in einer Verpflichtung der Projektleitung gegenüber „*ich hab den OTI mehr für dich und deine Studie gemacht als für mich*“.

Den Nutzen des OTI sahen sie in der vorgegebenen Struktur und der einfachen Anwendung: „*da braucht es kein 50-seitiges Manual*“.

Während einzelne Teile zusätzliche Informationen lieferten - „*hilfreich finde ich vor allem den letzten Teil, wo es um den gesundheitlichen und die psychologische Befragung geht*“ - stiessen andere Teile bei den Mitarbeitenden eher auf Ablehnung - „*was ich invasiv finde, sind so Fragen zum Sexualverhalten und zur Delinquenz*“ oder „*es ist mir peinlich, dies zu fragen*“.

So beantworteten die Mitarbeitenden die Frage nach einer regelmässigen Anwendung des OTI zur Evaluation der Behandlung mit „eher ja“ – zweit-höchste Stufe der 5stufigen Likertskala - , die Patienten mit „weiss nicht“ – Stufe 3 der 5stufigen Likertskala.

Eine Anpassung bzw. Kürzung einzelner Teile des OTI wurde beschlossen.

## **Diskussion**

Der Wert von 76% korrekt ausgefüllten Fragebögen bei den Mitarbeitenden (im Vergleich zu 87% bei den Patienten) zeugt von einer gewissen Nachlässigkeit im Umgang mit Fragebögen. Diese Haltung unterscheidet sich sowohl zwischen einzelnen Teammitgliedern im ADS, als auch zwischen den spezifischen Substitutionseinrichtungen innerhalb der Schweiz. So werden im ADS nur wenige standardisierte Tests regelmässig und von allen angewendet, während in anderen Institutionen der Umgang mit standardisierten Instrumenten alltägliche Routine ist. Eine positive Veränderung der Haltung gegenüber standardisierten Instrumenten konnte bei den Mitarbeitenden im Projektteam sowie während des Fokusgruppeninterviews beobachtet werden, wurde jedoch nicht objektiviert. Die Motivation der Mitarbeitenden stellt eine unbedingt notwendige Voraussetzung dar auf dem Weg zur definitiven Einführung des OTI im ADS. Diese Problematik wurde bereits bei der Einführung des OTI in England diskutiert [12]. Das Konzept des Leadership stellt eine geeignete Methode dar, neue Standards auf Abteilungen ein zu führen.

Die Zurückhaltung der Patienten als auch der Mitarbeitende gegenüber einer regelmässigen Anwendung des OTI liess sich hauptsächlich mit der Ablehnung der Fragen über das Sexual- und Injektionsverhalten erklären. Obwohl die Verständlichkeit des OTI in den Fragebögen Nr. 1 und Nr. 2 als hoch eingestuft wurde, sind Verbesserungen bei einzelnen Fragen des OTI nötig. Dies zeigt die tiefe Anzahl an korrekten Antworten im Teil 1 (demographische Daten), welche sich nur durch Unklarheiten in den Formulierungen erklären lässt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der OTI durchaus als Evaluationsinstrument der Behandlung im ADS eingesetzt werden sollte. Allerdings müssen einzelne Fragen im Teil 1 vereinfacht werden, die Teile 2 und 3 erheblich, Teile 4 und 5 leicht überarbeitet und gekürzt werden. Die Teile 6 und 7 könnte man unverändert übernehmen. Die Akzeptanz des OTI als Arbeitsinstrument stellt eine wichtige Voraussetzung für eine zukünftige regelmässige Evaluation dar.

### **Take-Home-Messages:**

- Die Motivation der Mitarbeitenden stellt eine unbedingt notwendige Voraussetzung dar auf dem Weg zur Einführung eines standardisierten Instrumentes auf einer Abteilung.
- Standardisierte Instrumente zur Datenerfassung und Behandlungsevaluation sollten in der Substitutionsbehandlung in der Schweiz vermehrt angewendet werden.

### **Literatur**

1. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM. Gesehen 22.08 2008 [http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen\\_070619\\_de.pdf](http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_070619_de.pdf) .
2. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Substitutionsbehandlung bei Heroinabhängigkeit. Gesehen 7.01.2008 [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html)
3. Petitjean, S., Bucheli, B., Kuntze, M., & Ladewig, D. (2003) Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Basel-Stadt- Nr. 7; Februar 2003.
4. Ward, J., Hall, W., & Mattick, RP. (1999) Role of Maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*. 353. 221-226.
5. Marsch, LA. (1998) The efficacy of methadone maintenance treatment interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality.: a meta analysis. *Addiction*. 93. 515- 532.
6. Bertschy, G. (1995) Metadone maintenance treatment: an update. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosi*. 245. 114-124.
7. Stringer, e.T. (2004) *Action Research in Education*. Pearson Prentice Hall. New Jersey.
8. Mayring, PH. (2000) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (8. Auflage, erste Auflage 1983). Weinheim. Deutscher Studien Verlag.

9. Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N. & Ward, J. (1992). Development and Validation of a Multidimensional Instrument for Assessing Outcome of Treatment Among Opiate Users: the OTI. *British Journal of Addiction*, 87, 733-742.
10. Deering, D. E. A., & Sellman, J.D. (1996) An Inter-rater Reliability Study of the Opiate Treatment Index. *Drug and Alcohol Review*. 15. 57-63.
11. Adelekan, M., Green, A., Dasgupta N., Tallack, F., Stimson G.V., & Wells, B. (1996) Validity and Reliability of the Opiate Treatment Index among a Sample of Opioid Users in the United Kingdom. *Drug and Alcohol Review*. 15. 261-270.
12. Adelekan, M., Metrebian, N., Tallack, F., Stimson, G., & Shanahan W. (1996) Who Should Collect Opiate Treatment Index Data in Opiate Treatment Outcome Monitoring: Clinic Staff or Researchers? *Drug and Alcohol Review*. 15. 65-71.

## **Adhärenztherapie bei an Psychose erkrankten Menschen**

### **Welche Ergebnisse aus Interventionsstudien liegen bisher vor?**

*Jürgen Stickling-Borgmann, Michael Schulz, Martin Driessen, Thomas Beblo, Alexa Spiekermann, Johann Behren*

#### **Hintergrund**

Schon lange ist bekannt, dass Menschen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung ein langfristiges Krankheitsmanagement zu bewältigen haben, Schwierigkeiten bei der konsequenten und dauerhaften Umsetzung der therapeutischen Strategien haben [1,8].

#### **Compliance und Adherence**

Seit der Mitte des letzten Jahrhunderts ist der Aspekt des langfristigen Krankheitsmanagements zunehmend in das Blickfeld der Wissenschaft getreten. Der zunächst übliche Begriff „Compliance“ wird heutzutage als zu paternalistisch empfunden und wird auch in der wissenschaftlichen Literatur durch die Begriffe Adhärenz bzw. Adherence und Konkordanz bzw. Concordance ersetzt. Adherence oder Adhärenz kann laut WHO wie folgt definiert werden:

„Adherence beschreibt den Grad, in dem das Verhalten einer Person – z.B. bei Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät und / oder Änderung von Lebensgewohnheiten – mit abgesprochenen Empfehlungen der Gesundheitsexperten korrespondiert.“ [1]

Nach einer Schätzung der WHO aus dem Jahr 2003 brechen 50% der Patienten in entwickelten Ländern die Therapie ihrer chronischen Erkrankung innerhalb des ersten Jahres ab [1,8]. Im psychiatrischen Kontext schwanken die Angaben zwischen 30% und 80%. In Entwicklungsländern ist die Therapieabbruchquote noch höher [1]. Es besteht also offensichtlich bei vielen Patienten ein Adhärenzproblem, welches in der Folge - neben persönlichen Konsequenzen - auch erhebliche gesellschaftliche Kosten verursacht [1]. Non-Adhärenz kann aber sowohl intendiert, als auch nicht-intendiert sein [2] oder sich bedingen. Damit verbunden ist auch die Frage, wie häufig Menschen ihre verschriebenen Medikamente nicht einnehmen [8]. Aber warum nehmen Menschen ihre Medika-

mente nicht? Dieser Frage ist auch Schulz nachgegangen, und weist auf die Multidimensionalität des Konzeptes hin [3]. Die durch die Forschung bis heute ca. 300 benannten Faktoren, die das Adhärenzverhalten beeinflussen, wurden von verschiedenen Autoren bestimmten Gruppensystematiken zugeordnet. Nach Gray lassen sich die Faktoren in sechs Kategorien fassen:

1. Die Krankheit (z.B. in Form von Wissensdefiziten über die Krankheit und deren Behandlung).
2. Die Behandlung (z.B. in Form von ungewollten Nebenwirkungen).
3. Die verschreibende Person bzw. das Behandlungsteam (Wird z.B. mit dem Patienten zusammengearbeitet oder geht man über seine Wünsche und Bedenken hinweg).
4. Der Patient ( z.B. durch seine Einstellung zur Behandlung oder dadurch, dass er die Einnahme vergisst).
5. Das persönliche Umfeld ( z.B. durch Druck, der von seinen Bezugspersonen auf ihn ausgeübt wird).
6. Kulturelle Aspekte (z.B. dadurch, dass der Patient einer anderen als der westlichen Medizin mehr vertraut).

Die Kategorien weisen eindrücklich auf die Komplexität des Geschehens hin. Daraus wird deutlich, so Schulz, dass die Schuld für Therapieabbrüche nicht allein beim Patienten zu suchen ist, was der Begriff „Compliance“ suggeriert hat. „Adherence“ oder „Adhärenz“ soll der veränderten Sichtweise - Verhandeln statt Behandeln – Rechnung tragen, in der dem Patienten eine aktivere und gleichberechtigte Rolle bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung einer angemessenen Behandlung zukommt [3]. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass der Prozess der Entscheidungsfindung grundsätzlich ergebnisoffen ist. Demnach kann ein Patient auch eine Entscheidung präferieren, die aus Sicht der Professionellen nicht sinnvoll ist. Dies darf im Sinne einer um Adhärenz und gemeinsamen Zusammenarbeit bemühten Herangehensweise in keinem Fall mit Beziehungsabbruch sanktioniert werden.

Durch solche Überlegungen angeregt, wurden eine Vielzahl an Studien und Forschungsvorhaben initiiert, die Aussagen über die Bedingungen und Folgen, sowie über mögliche Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz ermitteln sollten.

## Adhärenztherapie

Die Adhärenztherapie ist eine Intervention, die entwickelt wurde, um das Adhärenz-Verhalten von Patienten positiv zu beeinflussen. Die Intervention wurde am Londoner Institute of Psychiatry von Richard Gray entwickelt [6,9] und ist von Michael Schulz auf deutsche Verhältnisse im klinischen Kontext angepasst und übertragen worden.

Vor dem Hintergrund einer evidenzbasierten Herangehensweise ist nun zu fragen, welche Wirksamkeitsnachweise es für eine pflegerisch-therapeutische Kurzintervention, wie die Adhärenztherapie gibt, und ob sie bei an Psychose erkrankten Menschen, zu einem höheren Maß an Adhärenz führt. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage zu klären, welche Ergebnisparameter angewendet werden, um die Ergebnisse der Intervention zu messen.

Wenngleich sich im Rahmen der veränderten Begrifflichkeiten von Compliance zu Adherence bzw. Adhärenz der Wunsch nach einer aktiveren Rolle durch den Patienten zum Ausdruck kommt, ist die reguläre Einnahme von Medikamenten das dominierende Ergebnismaß in den vorhandenen Studien. Wie bereits angedeutet ist der Gedanke des Arbeitsbündnisses aber von seinem Charakter her grundsätzlich ergebnisoffen und von daher müsste der Erfolg solcher Interventionen eher anhand der Qualität entwickelter Entscheidungen gemessen werden.

Adhärenztherapie ist eine strukturierte Kurzintervention basierend auf motivierender Gesprächsführung nach Miller und Rollnick [4], der CBT (Verhaltenstherapie) und der Compliancetherapie nach Kemp et al [5,3]. Es handelt sich dabei nach Schulz [3] um eine psychotherapeutische Kurzintervention, die von dafür ausgebildeten Pflegenden durchgeführt wird.

Zentrale Elemente dieses Ansatzes sind:

- Zusammenarbeit und Flexibilität.
- Das Arbeiten mit Ansichten und Annahmen des Patienten in Bezug auf ihre Medikation.
- Herausarbeiten und Umgangsweisen mit ambivalentem Verhalten im Hinblick auf eine langfristige Medikamenteneinnahme.

Die Intervention besteht aus folgenden Phasen [3]:

- Kennenlernphase,
- Assessmentphase,
- Therapeutische Phase,
- Evaluationsphase.

### **Welche Ergebnisse zu Wirksamkeitsstudien im Hinblick auf Adhärenztherapie liegen vor?**

Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit soll auf Wirksamkeitsstudien eingegangen werden, die sich im engeren Sinne auf Adherence Interventionen bei an Psychose erkrankten Menschen beziehen. Da die Intervention an die von Kemp et al entwickelte Compliance Therapie, sowie an das Medikamentenmanagement-Programm von Gray anlehnt, werden Studien zu diesen Interventionen mit berücksichtigt.

Vor dem Hintergrund einer evidenzbasierten Herangehensweise ist zu prüfen, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Frage der Wirksamkeit der Intervention vorliegen.

Im Rahmen der Quatro-Studie [7] sollte herausgefunden werden, ob die Effektivität der Adhärenztherapie ausreicht, die Lebensqualität von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung zu verbessern. Das Ziel der Untersuchung von Gray et al [7] war der Vergleich der Effektivität der Adhärenztherapie mit einer allgemeinen Gesundheits-Psychoedukation als Kontrollintervention. Nach einem 52 Wochen follow-up zeigten sich weder bei der Lebensqualität, noch bei der Adhärenz zur Medikamentenbehandlung statistisch signifikante Unterschiede. Ebenso konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im Bereich der Psychopathologie zwischen den erfassten Zeitpunkten festgestellt werden.

In der Compliance Studie von Kemp et al [5] wurde in einer randomisiert kontrollierten Studie Patientendaten erhoben, die die Effektivität einer Compliancetherapie überprüfen sollten. Dabei handelt es sich um eine kurze pragmatische Intervention, die auf eine Steigerung der Behandlungs-Adhärenz abzielt. Die Intervention basiert auf motivierender Gesprächsführung (motivational interviewing, MI). Die Intervention gilt als Vorläufer der Adherence Therapie

und wird deshalb in diesem Zusammenhang auch benannt. Die Untersuchung wurde während einer akuten Behandlung im stationären Setting durchgeführt. 74 Patienten mit einer psychotischen Erkrankung erhielten während einer akuten stationären Behandlung entweder 4-6 Sitzungen der Compliancetherapie oder eine unspezifische Behandlung, inklusive einer follow-up-Erhebung nach 18 Monaten. Die Hauptergebniskriterien waren Compliance, Einstellung zur Behandlung, Krankheitseinsicht und soziale Gesundheit (social functioning). Die Compliance-Therapie-Gruppe zeigte signifikante Verbesserungen in den Bereichen Krankheitseinsicht, Einstellung zur Behandlung, und der Compliance, welche auch über die 18 Monate bis zum follow-up erhalten blieben. Darüber hinaus konnten sich die Teilnehmer der Interventionsgruppe bei der allgemeinen sozialen Gesundheit mehr verbessern als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Bis zu einer erneuten Aufnahme in ein akutes Behandlungssetting verging bei den Teilnehmern der Compliance-Gruppe statistisch signifikant mehr Zeit, als bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Compliancetherapie effektiv zu der Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit eingesetzt werden und den Patienten längere gesunde Phasen ermöglichen kann.

In einer cluster randomisierten kontrollierten Studie eines Medikamenten-Training-Programms für Pflegepersonen von Gray et al. [10] wurde die Steigerung der Compliance, sowie der Effekt auf klinische Ergebnisparameter bei Patienten mit Schizophrenie untersucht.

In dieser pragmatisch randomisiert-kontrollierten Studie wurden 60 Pflegekräfte in geographische Gruppen aufgeteilt und diese sind entweder der Interventionsgruppe (Medikamenten-Trainingsgruppe) oder der Kontrollgruppe (übliche Behandlung) durch Randomisierung zugeordnet worden.

Jede Pflegekraft benannte zwei ihrer Patienten, bei denen nach Aufnahme in die Studie, sowie nach 6 Monaten durch wissenschaftliche Mitarbeiter das Assessment durchgeführt wurde.

Das primäre Ergebnisinteresse lag in der Veränderung der Psychopathologie, erhoben mit der Positiv und Negativ Symptom Skala (PANSS).

Die geschulten Pflegenden erzielten bei den behandelten Patienten nach dem ½ Jahres follow-up eine bedeutend größere Reduktion der Psychopathologie-werte als diejenigen der Kontrollgruppe.

Die Autoren leiten daraus ab, dass die Schulung von Pflegenden zum Thema Medikamenten-Management effektiv zur Verbesserung klinischer Ergebnisparameter bei Patienten eingesetzt werden kann.

Maneesakorn et al. haben zwei Studien in Thailand durchgeführt, und sind der Frage nachgegangen, ob Adhärenztherapie - eine Kurzintervention - basierend auf der Compliance Therapie und Techniken der motivierenden Gesprächsführung die Adhärenz von Menschen mit Schizophrenie in Thailand verbessern kann.

Es wurde ein einseitig verblindetes, randomisiert kontrolliertes Forschungsdesign gewählt. 32 Patienten mit Schizophrenie wurden randomisiert der Interventionsgruppe (8 Sitzungen Adhärenztherapie) oder der Kontrollgruppe (übliche Behandlung) zugewiesen. Patientendaten wurden nach Aufnahme in die Studie (baseline = T1) und nach 9 Wochen (follow-up) erhoben. Das primäre Ergebnisinteresse lag bei der allgemeinen Psychopathologie, sekundäre Ergebnisinteressen waren auf generelle Funktionsfähigkeit, Einstellungen zu und Zufriedenheit mit der antipsychotischer Medikation und den Medikamenten-Nebenwirkungen gerichtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten der Interventionsgruppe statistisch signifikante Verbesserungen in der Psychopathologie, in den Einstellungen zu und der Zufriedenheit mit der Medikation im Vergleich zu den Probanden der Kontrollgruppe erreichen konnten. Keine signifikanten Unterschiede wurden in den Bereichen der generellen Funktionsfähigkeit und den Nebenwirkungen der Medikation im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt.

Ausgehend von den Ergebnissen dieser explorativen Studie haben die Autoren eine weitere Studie mit einer größeren Studienpopulation (70 Patienten), sowie einem längeren Katamnesezeitraum (sechs Monate) durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie werden gerade zur Veröffentlichung vorbereitet.

## Ausblick

Die verschiedenen Studienergebnisse zur Überprüfung von therapeutischen Maßnahmen zur Adhärenzsteigerung bei Menschen mit einer chronischen Erkrankung sind uneindeutig. Konnten die Studien von Ford (2004) und Gray et al. (2006) keinen signifikant positiven Effekt der Intervention auf die Adhärenz bei Patienten mit Schizophrenie nachweisen, zeigen die Studien von Kemp et al. (1998) und von Maneesakorn et al. (2007) einen positiven Zusammenhang zwischen der Intervention und einer Verbesserung der Adhärenz bei Patienten auf.

In einer aktuell laufenden multizentrischen Längsschnittstudie in Deutschland und der Schweiz zur Wirksamkeit der Adhärenztherapie im stationären Setting nach Gray [6] sind die Daten erhoben und werden gegenwärtig ausgewertet. Die Ergebnisse werden zeigen, ob die Kurzintervention durch Pflegende [3], die sowohl im klinisch-stationären Setting, als auch im häuslichen Umfeld der Patienten durchgeführt wurde, die Adhärenz bei Menschen mit Schizophrenie verbessert.

Interventionen sollten mit Wirksamkeitsnachweisen hinterlegt werden. Im Hinblick auf Interventionen zur Adhärenz gibt es hier allerdings zweierlei anzumerken:

1. Ob Interventionen zu Adhärenz im Hinblick auf ausgewählte (medizinisch interessante) Ergebniskriterien wirksam sind oder nicht ist nicht ihre einzige Legitimation. Es gibt vielmehr eine ethische Grundlage für mehr Partizipation der Patienten im Behandlungsprozess.
2. Der Umstand, dass - wie angeführt – bisher mehr als 300 unterschiedliche Faktoren gefunden wurden, die den Adhärenz Prozess beeinflussen, macht deutlich, dass randomisierte Studien nur bedingt dafür geeignet sind. Grund dafür ist die höchst individuelle Ausgestaltung der Intervention an den Bedürfnissen des Patienten. Ein weiterer Grund ist in der nur unzureichend möglichen Operationalisierung des Adhärenzbegriffes und damit einhergehend der Definition der Ergebniskriterien zu suchen.

Hier wird deutlich, dass qualitative Studien zum Erleben und der Entwicklung von Ergebnisparametern aus Sicht der Patienten notwendige weitere Erkenntnisse liefern werden, um diesen Umgang in der langfristigen Behandlung mit Evidenz zu hinterlegen.

Tabelle 1: Randomisiert-kontrollierte Compliance- und Adherencetherapie-Studien

<b>Autor</b>	<b>Population</b>	<b>n</b>	<b>Forschungs-frage</b>	<b>Outcome-kriterien</b>
Kemp et al. (1998)	Patienten mit einer psychotischen Erkrankung	74	Steigerung der Behandlungs-Adhärenz	Signifikant positive Effekte auf Krankheitseinsicht, Einstellung zur Behandlung und Compliance
Ford (2004)	Patienten mit Schizophrenie, behandelt in einem allgemeinen Gesundheitszentrum in Florida, USA	26	Veränderungen des PANSS-Gesamtwertes im Vergleich zum Gesamtwert der PANSS in der Kontrollgruppe [TAU (mit der üblichen Behandlung)]	Kein Effekt auf die Symptome, ein hoher Grad Patientenzufriedenheit
Gray et al. (2006)	Patienten mit Schizophrenie in Italien, Deutschland, Niederlande und Großbritannien	409	Veränderungen in der Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe (mit Gesundheits-Psychoedukation)	Kein Effekt auf die Lebensqualität, Symptome oder Adhärenz
Maneesakorn et al. (2007)	Patienten mit Schizophrenie nach Aufnahme in eine stationäre Behandlung wegen einer akuten Exacerbation der Symptome in Thailand	32	Veränderungen des PANSS-Gesamtwertes im Vergleich zur Kontrollgruppe (TAU)	Positive Effekte auf die Symptome, Einstellung zu und Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung

Fortsetzung Tabelle 1: Randomisiert-kontrollierte Compliance- und Adherencetherapie-Studien

<b>Autor</b>	<b>Population</b>	<b>n</b>	<b>Forschungs-frage</b>	<b>Outcome-kriterien</b>
Maneesa-korn et al. (in press)	Patienten mit Schizophrenie nach Aufnahme in eine stationäre Behandlung wegen einer akuten Exacerbation der Symptome in Thailand	70	Veränderungen des PANSS-Gesamtwertes im Vergleich zur Kontrollgruppe (TAU)	Positive Effekte auf die Symptome, und Zufriedenheit mit der Behandlung

## Literaturverzeichnis

1. World Health Organisation (2003) Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organisation.
2. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, Benson J, Blair J, Bowser A, Clyne W, Crome P, Haddad P, Hemingway S, Horne R, Johnson S, Kelly S, Packham B, Patel M, Steel J (2009) Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. S. 201.
3. Schulz M. (2005) Adherencetherapie als eine Intervention für psychiatrisch Pflegende. In: Abderhalden, C., Needham, I. (Hrsg.). Psychiatrische Pflege – verschiedene Settings, Partner, Populationen. Ibicura Verlag, Unterostendorf, 108-115.
4. Miller WR., Rollnick S. (2002) Motivational Interviewing. Preparing people for change. Second edition. New York:Guilford.
5. Kemp R., Kirov G., Everitt B., Hayward P., David A. (1998) Randomised controlled trials of compliance therapy: 18- month follow- up. British Journal of Psychiatry.
6. Gray R., Robson D. (2004) Concordance Skills Manual. London (Institute of Psychiatry)
7. Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., Gournay, K., Kikkert, M., Koeter, M., Puschner, B., Schene, A., Thornicroft, G., Tansella, M. (2006) Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. In: British Journal of Psychiatry.

8. Nose, M., Barbui, C. & Tansella, M. (2003a). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 1149-1160.
9. Gray R., Gournay K., Wykes T. (2002) From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing* 9:277-84.
10. Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M., Gournay, K. (2004) Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia – cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 185, 157-162

## **Der Trialog – Eine Begegnung auf Augenhöhe**

*Andrea Strobl, Wilfried Barlitsch*

Das Haus Landskron ist eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft mit dem Schwerpunkt Angehörigenarbeit. 13 KlientInnen - 7 Männer und 6 Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren - wohnen derzeit im Haus mit dem Ziel, größtmögliche Selbständigkeit und Eigenverantwortung in der Alltagsbewältigung zu erlangen. Sofern die Entwicklungsmöglichkeiten der/des Klienten es zulassen, wird natürlich auch eine Eingliederung in die Arbeitswelt angestrebt. Der zentrale Begriff für die Arbeit im Haus Landskron ist der Trialog. Trialogisches Arbeiten heißt, dass es zwischen den BewohnerInnen, den Angehörigen und den Teammitgliedern eine intensive gleichberechtigt partnerschaftliche Zusammenarbeit in allen Bereichen gibt.

Die Aufenthaltsdauer im Haus Landskron beträgt 2 Jahre. Eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer von 3, 6 oder 12 Monaten ist möglich. Zu den Zielgruppen zählen Menschen ab dem 19. Lebensjahr mit Lernbehinderungen, psychischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Borderlinestörung, Depressionen usw.) sozialen und neuropsychologische Problemen (z.B. infolge eines Schädel-Hirn-Traumas).

Für die Angehörigen ist die Teilnahme an Angehörigengruppen (8 x im Jahr), Trialoggruppen (3 x im Jahr) und Familiengesprächen (4 x im Jahr) verpflichtend. In den Trialoggruppen treffen die BewohnerInnen, die Angehörigen und alle Teammitglieder aufeinander. Ziel ist ein intensiver Erfahrungsaustausch über alle Bereiche des Zusammenlebens auf gleichberechtigt partnerschaftlicher Ebene. Damit übernehmen alle im Sinne des Empowerments auch die Verantwortung für zukünftige Entwicklungs- und Lernprozesse zur Bewältigung dieser ernststen psychischen Erkrankungen.

Das Konzept des Hauses Landskron umfasst ein 5-Phasen-Strukturmodell. Begonnen wurde mit einem 3-Phasen-Strukturmodell, das im Laufe der Jahre sich organisch zu einem 5-Phasen-Strukturmodell weiter entwickelte. Unsere bisher gemachten Erfahrungen veranlassten uns das sich bewährt habende Modell, noch um die Kennenlern- und Alltagsbegleitungsphase zu erweitern, um so dem Anspruch auf Nachhaltigkeit besser gerecht werden zu können,

was nun vor allem durch die Alltagsbegleitungsphase gewährleistet werden soll. In etwas verkürzter Weise möchten wir ihnen nun dieses 5-Phasen-Strukturmodell vorstellen:

### **Erste Phase – Kennenlernphase (Vorbereitungsphase)**

Es kommt zu Erstgesprächen mit dem Klienten und dessen Angehörigen. Genaue Informationen über den bisherigen Krankheitsverlauf und das derzeitige Krankheitsbild werden eingeholt. Die KlientInnen und Angehörigen werden genauestens über ihre Aufgaben und Pflichten im Haus Landskron informiert. Der/die Klient/in muss freiwillig ins Haus Landskron kommen, sich mit dem therapeutischen Ablauf einverstanden erklären und seine Zielvorstellungen darlegen. Alle Formalitäten gegenüber der Abteilung 13 des Amtes der Kärntner Landesregierung bezüglich einer Aufnahme ins Haus Landskron müssen abgeklärt werden. So werden z.B. Invaliditätspensionsbezieher darüber aufgeklärt, dass der größte Teil ihrer Pension als Sozialhilfekostenersatz an das Amt der Kärntner Landesregierung geht. Die Angehörigen müssen sich bereit erklären im Haus Landskron mitzuarbeiten, d.h. bestimmte verpflichtende Termine wahrzunehmen (Wochenenden im Haus, Teilnahme an Angehörigen- und Trialoggruppen, Familien- und eventuell notwendigen Krisengesprächen). Die/der KlientIn hat danach die Möglichkeit alle 14 Tage einen sogenannten Schnuppertag im Haus Landskron verbringen zu können. An diesen Tagen werden mit dem/der zukünftigen Klient/in Motivationsgespräche geführt. Er lernt die MitbewohnerInnen, die BetreuerInnen und die Strukturen des Hauses Landskron ansatzweise kennen. So können im Vorfeld Ängste vor einem Aufenthalt im Haus Landskron abgebaut werden.

### **Zweite Phase - Eingewöhnungsphase (Probephase)**

Sie dauert 3 Monate, wobei es anfänglich um ein genaueres Kennenlernen der Bezugsperson, der übrigen Teammitglieder, der MitbewohnerInnen, der Strukturen des Hauses Landskron und der unterschiedlichen Therapiegruppen geht. Persönliche Stärken und Schwächen der KlientInnen können bereits ausgelotet werden. Es wird versucht, erste Stufenpläne mit Nahzielen zu erarbeiten. Es ist die Phase der emotionalen Bindung an das Haus Landskron, in der es vor allem darum geht, eine auf Vertrauen basierende Beziehung zum/zur Klienten-

ten/in herzustellen. Ein Abbruch des Aufenthaltes ist in dieser Phase für die KlientInnen noch möglich.

### **Dritte Phase - Wohnphase (Lernphase)**

In dieser Phase geht es um das Erlernen der Bewältigung der Alltagsaufgaben (Einkauf, kochen, putzen, Wäsche waschen, bügeln, Umgang mit Geld, sich eine Tagesstruktur geben, sinnvolle Freizeitgestaltung usw.) für ein zukünftiges eigenverantwortliches Leben in einer eigenen Wohnung. Dazu gehört auch die Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, der Stressbewältigung, der sozialen Kompetenzen, aber auch der Kompetenzen der Selbstbehauptung (sich wehren lernen, nein sagen). Die KlientInnen sollen lernen, ihre Ressourcen und ihre gesunden Anteile der Psyche zu nutzen. Ihr Verhalten, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten unterliegen einer ständigen Realitätsprüfung in angemessener Form mit dem Ziel der Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung. Z.B. werden Rollenspiele aufgezeichnet und danach gemeinsam reflektiert, um daraus eine Selbstwahrnehmungs- und Verhaltenskorrektur ableiten zu können. Immer wieder getroffene Vereinbarungen zwischen den KlientInnen, den Angehörigen und der zuständigen Bezugsperson sollen den Prozess der Verhaltenskorrektur gewährleisten. Aus Rückmeldungen von den KlientInnen und Angehörigen wissen wir, dass dabei die Vorbildwirkung der Teammitglieder (Lernen am Modell) eine zentrale Rolle spielt. Von den Angehörigen hören wir auch immer wieder, dass sie noch nie so ernst genommen wurden und soviel dazu lernen konnten wie jetzt im Haus Landskron. Sie als gleichberechtigte Partner in die Arbeit im Haus einzubeziehen, nimmt eine vorrangige Stellung ein. Auf keinen Fall darf man sie als Störfaktor ausschließen. Aus diesem Grunde kümmern wir uns in den Angehörigengruppen, in denen auch Psychoedukation eine zentrale Rolle spielt, besonders um die Anliegen der Angehörigen, die von uns genauso ernst genommen werden wie die KlientInnen im Haus Landskron. In den Angehörigengruppen werden z.B. aktuelle Probleme, Konflikte, die im Haus Landskron oder an den Heimfahrwochenenden zu Hause auftraten, besprochen und Informationen, Aufklärung zu den jeweiligen Krankheitsbildern geboten. Psychoedukation ist eine wichtige Ergänzung zu einem learning by doing (z.B. Mitarbeit der Angehörigen an den Wochenenden im Haus

Landskron), einem Lernen in vivo. Bei der Küchenarbeit geht es z.B. nicht nur um den Erwerb von Kochkenntnissen, sondern auch die Entwicklung von sozialen Kompetenzen, Kooperations- und Konfliktfähigkeiten. Notwendige Verhaltenskorrekturen erfolgen so im alltäglichen Leben mit Hilfe der Betreuer, die immer dann in Erscheinung treten und eingreifen, wenn die eigenen Fähigkeiten der KlientInnen zur Lösung von Problemen, Konflikten nicht ausreichen. Man könnte hier von einem reflektierenden Innehalten sprechen, bei dem Defizite bewusst gemacht und auch korrigiert werden sollen.

Die Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktbewältigungsfähigkeiten innerhalb eines Familiensystems ist uns ein besonderes Anliegen. Daher ist auch vorgesehen, Familiengespräche durch eventuell notwendige zusätzliche Krisengespräche ergänzen zu können. Familien- und Krisengespräche sind so gesehen eine wichtige Plattform zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und des Konfliktverhaltens innerhalb eines Familiensystems für eine notwendige emotionelle Entlastung, Entspannung und die Entwicklung möglicher Zukunftsperspektiven.

Mittwochs finden im Haus Landskron die so genannten Bewohnertage statt, an denen die KlientInnen in Eigeninitiative den Tag gestalten sollen. Er soll den KlientInnen selbst und den Teammitgliedern vor Augen führen, inwieweit alle schon imstande sind, individuell und als Gemeinschaft in Eigenverantwortung zu handeln. Bisher Erlerntes soll sich an diesen Tagen bewähren, aber ebenso können Defizite deutlicher erkannt werden. Es geht immer um die Einübung eigenverantwortlichen Verhaltens. Daher gibt es im Haus Landskron auch immer so genannte „Zeitfenster“ – Zeit, die nicht strukturiert ist –, in der alle KlientInnen „gezwungen“ sind, sich selbst zu organisieren, in Eigenverantwortung. Hier geht es meist um eine Gestaltung der Freizeit, basierend auf Eigeninitiative. Denn die Frage, was mache ich mit der Zeit, die nicht strukturiert ist, wird sich nach dem Auszug aus dem Haus Landskron immer wieder stellen.

## **Vierte Phase – Auszugsphase**

In den letzten 3 Monaten des Aufenthaltes beginnen die ersten Versuche einer Alltagsbewältigung ohne Begleitung und Kontrolle in der Probewohnung im Haus Landskron. Zwischendurch gibt es aber Motivations- und Reflexionsgespräche zwischen der Bezugsperson und der KlientInnen. Der/die Klient/in versorgt sich eigenverantwortlich (einkaufen, kochen, Hygiene, putzen, Wäsche waschen, bügeln usw.) in der Probewohnung. Bestehende soziale Kontakte zu Freunden, Bekannten, der Familie, Tagesstruktureinrichtungen usw. werden zur Stärkung einer sozialen Identität vertieft. Die verstärkte psychische Belastung durch den bevorstehenden Auszug wird einfühlsam und motivierend begleitet, indem alles unternommen wird, um das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl zu stärken („Sie haben schon so vieles geschafft, auch diese Aufgaben in der Probewohnung werden sie bewältigen“). Ebenso wird der Kontakt zur zukünftigen Alltagsbegleitung intensiviert. Erste Planungsgespräche für die Zeit nach dem Aufenthalt im Haus Landskron werden geführt (z.B. Termin der Schlüsselübergabe für die neue Wohnung, Ablösezahlungen, Kauf von Inventar, Strom- u. Wasseranmeldung usw.)

## **Fünfte Phase – Alltagsbegleitungsphase**

Sie beginnt unmittelbar nach dem Aufenthalt im Haus Landskron und erstreckt sich über einen Zeitraum von 2 Jahren. Je nach Bedarf kommt die Alltagsbegleitung 1 bis 2 Stunden pro Woche in die Wohnung. Immer wieder werden Motivationsgespräche geführt, auch Krisengespräche, wenn notwendig, genauso Familiengespräche. Alle 4 Monate finden wie vorher im Haus Landskron Dialog- oder Angehörigengruppen statt. Wenn Bedarf vorherrscht, gibt es auch Helferkonferenzen, an denen auch all jene Vertreter von Einrichtungen wie z.B. dem Tageszentrum Villach, Works und Saluto Villach teilnehmen, die von den KlientenInnen nach dem Aufenthalt im Haus Landskron in Anspruch genommen werden. Natürlich nehmen daran sofern notwendig auch Angehörige teil. Die Begegnung auf Augenhöhe ist auch hier das Maß für ein nachhaltiges Wirken dialogischer Zusammenarbeit.

Die Alltagsbegleitung ist ein wichtiger Baustein in der gemeindenahen psychiatrischen Betreuung. Sie unterstützt so wenig wie möglich und soviel wie

notwendig. Nach 2 Jahren Alltagsbegleitung sollen alle in Eigenverantwortung in ihrer eigenen Wohnung leben können und wissen, wann sie Hilfe und Unterstützung brauchen und wo sie sie bekommen können.

Das Haus Landskron gibt es seit dem Jahre 1993. Voraus ging eine 2jährige Vorbereitungsarbeit, in der es darum ging, mit Hilfe von Angehörigen das Konzept des Hauses Landskron mit allen Finanzierungsproblemen gegenüber den politischen Verantwortungsträgern durchzusetzen. Nun ist ein multiprofessionelles Team mit großem Engagement rund um die Uhr im Einsatz. Alle 14 Tage arbeitet ein/e Angehörige/r an einem Samstag oder Sonntag von 09.00h bis 17.00h im Haus Landskron mit. Es geht um ein Lernen in vivo, das unter dem Motto steht: Voneinander und miteinander lernen.

KlientInnen und Angehörige werden als Experten in eigener Sache angesehen und ernst genommen. Sie lernen im Haus Landskron, mit psychischen Erkrankungen umzugehen, sie „zu managen“. Das Haus Landskron ist so gesehen ein längerfristiges Modell der Hilfe zur Selbsthilfe in einer Gesellschaft, die sich immer mehr in Richtung Zivilgesellschaft entwickelt im Sinne von weniger Staat und mehr Eigenverantwortung. Wir können auf 16 Jahre Erfahrung zurückblicken und ohne eine Einschränkung sagen, dass das Modell Haus Landskron mit seiner trialogischen Arbeit sich äußerst bewährt hat und allgemein große Anerkennung und Wertschätzung findet und auch versucht, dem Anspruch auf Nachhaltigkeit gerecht zu werden.

# Von der psychiatrischen Krankenpflege zur Psychosozialen Begleitung

*Stefan Strusievici, Roswita Monka, Willi Schneebauer, Getraud Tabisch*

## Abstract

In den 15 Jahren seit der Gründung ESRA's veränderte sich der Aufgabenbereich des psychiatrischen Pflegepersonals. Es entwickelte sich ein Tätigkeitsfeld, das mit der erlernten und damals im stationären Bereich der psychiatrischen Abteilungen psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege nur mehr wenig zu tun hat.

Gleichzeitig kann aber diese Entwicklung einen Weg aufzeigen, in den sich die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege im ambulanten, multiprofessionellen Bereich entwickeln kann bzw. kann sie eine Anregung zu weiteren Entwicklungen in diesem Berufsfeld sein.

Ich möchte daher in meinem Vortrag einen Rückblick auf diese Entwicklung machen und den derzeitigen Entwicklungsstand präsentieren. Da es sich um „work in progress“ handelt, kann es immer nur eine Zwischenbilanz sein.

Die derzeitigen Pflegepersonen in ESRA:

- Roswita Monka, DGKS
- Mag.a Willi Schneebauer, DPGKS
- Stefan Strusievici, DPGKP
- Getraud Tabisch, DPGKS

# Die Evaluation des Gruppenangebots einer Station mit Hilfe des Mini-ICF

*Eva Tola*

## Hintergrund

Von Pflegenden geleitete Gruppen gehören zum Basisangebot der meisten psychiatrischen Stationen. Das Leiten von Gruppen ist ein wichtiger Teil der pflegerischen Arbeit (Rakel 2001). In der Literatur finden sich viele Fachartikel über Inhalt und Ziele solcher Gruppen. Es gibt hingegen kaum Berichte über die systematische Evaluation solcher Gruppenangebote. So ergab zum Beispiel die Analyse des Angebots einer psychiatrischen Klinik in Deutschland, dass von 266 Gruppen nur 76 (29%) regelmässig evaluiert werden, in lediglich 4 Fällen (2%) mit einem standardisierten Evaluationsbogen (Schulz et al 2006).

Auf einer gemeindeintegrierten 16-Betten-Übergangsstation in Bern werden von der Pflege 10 Gruppen angeboten (Freizeitgruppe; Infogruppe; Laufgruppe; Mahlzeiten; Morgenrunde; Nordic Walking; Q-Treff; Spielnachmittag; Sportgruppe; Werken). Zurzeit werden auf dieser Station die vollstationären Plätze zugunsten von mehr Tagesklinikplätzen reduziert. Im Zusammenhang mit dieser Umstrukturierung wurde das Gruppenangebot evaluiert.

## Ziel

Es soll evaluiert werden, wieweit die Gruppen Lernmöglichkeiten im Hinblick auf wichtige Alltags-Fähigkeiten bieten, und wieweit die Lernmöglichkeiten der Gruppen den Einschränkungen der PatientInnen entsprechen.

## Methode und Material

Als Instrument wurde der Mini-ICF-P eingesetzt. Der Mini-ICF-P wurde aus der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), entwickelt. Beurteilt werden zwölf Bereiche: (1) Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, (2) Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, (3) Flexibilität und

Umstellungsfähigkeit, (4) Fachliche Kompetenz, (5) Durchhaltefähigkeit, (6) Selbstbehauptungsfähigkeit, (7) Kontaktfähigkeit zu Dritten, (8) Gruppenfähigkeit, (9) Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, (10) Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten, (11) Fähigkeit zur Selbstversorgung und (12) Wegfähigkeit (Linden, 2005).

Die PatientInnen schätzten mit Hilfe des Mini-ICF-P ihre Fähigkeits-Einschränkungen ein. Die PatientInnen und die Pflegenden schätzten ein, inwiefern die im Mini-ICF-P enthaltenen Fähigkeiten durch das Gruppenprogramm gefördert werden. Verglichen wurden einerseits die Einschätzungen der PatientInnen (Einschränkungen vs. erlebte Förderung durch das Gruppenprogramm), andererseits die Beurteilungen des Gruppenprogramms durch Pflegende und PatientInnen.

### **Ergebnisse und Diskussion**

In 7 der 12 Fähigkeiten fühlt sich mehr als die Hälfte der PatientInnen eingeschränkt. Bei 5 dieser 7 Bereiche erlebt das Gruppenprogramm nur eine Minderheit als wirksam. Die Pflegenden beurteilen das Gruppenprogramm wesentlich positiver als die PatientInnen und schätzen die Lernmöglichkeiten in Bezug auf die ICF-Fähigkeiten fast durchwegs wesentlich höher ein.

Die Ergebnisse zeigen den Bedarf, das spezifische Lernpotential einzelner Gruppen zu klären und transparenter zu machen. Die Ziele und Inhalte der Gruppen sollten besser in Beziehung gesetzt werden zu den individuellen Fähigkeitseinschränkungen und Zielen der teilnehmenden PatientInnen.

Die Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen ähnlicher Analysen in der Literatur.

## **Schlussfolgerungen**

Der Mini-ICF-P ist ein für die Pflege geeignetes Instrument zur Einschätzung von Fähigkeiten und zur Evaluation von Gruppenprogrammen. Die Ausrichtung des Gruppenprogramms einer Station sollte systematisch mit den Fähigkeitseinschränkungen und den Lernbedürfnissen der PatientInnen in Beziehung gebracht werden.

Lernziele des Vortrags

- Es ist lohnend, das Gruppenprogramm der eigenen Station systematisch zu evaluieren.
- Der Mini-ICF-P ist ein für die Pflege geeignetes Instrument zur Einschätzung von Fähigkeiten und zur Evaluation von Gruppenprogrammen.
- Die Ausrichtung des Gruppenprogramms einer Station sollte systematisch mit den Fähigkeitseinschränkungen und den Lernbedürfnissen der PatientInnen in Beziehung gebracht werden.

## Entwicklung von Tätigkeitprofilen in Advanced Practice Nursing

*Peter Ullmann, Joergen Mattenklotz*

Advanced Practice Nursing (APN) entwickelt sich zunehmend im europäischen Raum. Wie sehen die zukünftigen Profile von APNs im Gesundheitsunternehmen aus? Wie sind die Tätigkeiten gewichtet? Welchen Einfluss hat auf die organisatorische Struktur zu erwarten? Können APNs helfen den Herausforderungen im 21. Jahrhundert zu begegnen?

Im nachfolgenden Vortrag wird es darum gehen, die Begriffe APN und Führung zu klären. Im weiteren wird der Zusammenhang der beiden Terminologien hergestellt. Entwicklungsmöglichkeiten werden aufgezeigt. Diskutiert werden die Auswirkungen auf die Organisation also auf die systemische Ebene. Es folgt danach die praktische Erfahrung in der Entwicklung einer außergewöhnlichen Rolle.

Die Begriffsvielfalt im Sinne von APN ist groß. Unter anderen definiert Advanced Nursing Practice (ANP) die Tätigkeiten, welche von den Advanced Practice Nurse (APN's) ausgeführt werden. Der Begriff Advanced Practice Nursing, der sehr ähnlich wie APN's klingt, jedoch nicht für den gleichen Inhalt steht, umschreibt den gesamten Bereich. Hier werden APN's und ANP, als auch die Rahmenbedingungen in denen sie stattfindet bzw. sie arbeiten, verstanden [1]. Die Rahmenbedingungen selbst werden zumeist durch die Organisationen vorgegeben. Diese wiederum sind abhängig von gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen (systemtheoretische Sicht vgl. [2]). Darunter subsumieren sich ökonomische, ökologische, demografische, technische und andere Determinanten. Insofern ist davon auszugehen, dass APN nicht eine Entwicklung zum Selbstzweck ist, sondern auf der Grundlage von gesellschaftlichen und politischen bedingten Veränderungen resultiert. Sie unterscheiden sich von Land zu Land und benötigt deshalb eine Überprüfung und Anpassung vorhandener oder auch Entwicklung neuer APN Modellen.

Um die Auswirkungen zu betrachten, werden im ersten Schritt die Begriffe APN und Führung geklärt.

Der ICN [3] definiert

*„Eine Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse ist eine registrierte (eingetragene) Pflegende, die Expertenbasiswissen erworben, die Fähigkeit für komplexe Entscheidungsprozesse und klinische Kompetenz in der erweiterten Praxis hat, welche charakterisiert sind vom Kontext und / oder Land, in dem er / sie qualifiziert ist zu praktizieren. Ein Master-Abschluss wird empfohlen für Entry-Level.“*

Damit man Führung versteht, benötigt es die Erläuterung von Management. Staehle 1999, S. 71 [4] beschreibt es so:

*„Management im funktionalen Sinn, d.h. Beschreibung der Prozesse und Funktionen, die in arbeitsteiligen Organisationen notwendig werden, wie Planung, Organisation, Führung, Kontrolle (managerial funktions approach).“* und weiter *„Management im institutionalen Sinn, d.h. Beschreibung der Personen(-gruppen), die Managementaufgaben wahrnehmen, ihre Tätigkeiten und Rollen (managerial roles approach).“*

Wie man sieht beinhaltet Management im funktionalen Sinn Führung. Nach Staehle, 1999, 328 [4] wird mit Führung, *„...die Beeinflussung der Einstellungen und Verhaltens von Einzelpersonen sowie der Interaktion in und zwischen Gruppen, mit dem Zweck, bestimmte Ziele zu erreichen.“* verstanden.

Wo stellt sich der Zusammenhang zwischen APN und Führung her. Am Anfang aller APN Rollen stehen die Bemühungen ein Model von Advanced Practice zu synthetisieren. Hierzu werden derzeit zwei Modelle diskutiert:

1. das Model for Advanced Nursing Practice von Hamric Hamric [5] und,
2. das Framework for Advanced Nursing Practice von Brown [6].

Ersteres schlägt ein integratives Verständnis vom Kern von Advanced Nursing Practice vor. Die sechs Kernkompetenzen setzen sich unter anderen aus der klinischen und professionellen Führung zusammen, welche die Kompetenzen als Veränderungsagent einschließt.

Was versteht man eigentlich in diesem Sinne unter klinisch-professioneller Führung in Zusammenhang mit APN?

Hanson & Spros [7] sprechen von Führungsbereichen von Advanced Practice Nurses. Sie unterscheiden

1. Führung in der klinischen Praxis mit Patienten und Mitarbeiter (Advokat, Gruppenführung und Veränderungsagent)
2. Führung in der Gesundheitsversorgung und professionellen Institutionen
3. Als Bevollmächtigter Anderer Führung anbieten
4. Führung in der Gesundheitspolitik

In Zusammenhang mit dem ersten Bereich, versteht man die Patienten und Familien in ernsten Situationen zu unterstützen – ihnen diese zu erklären, gegebenenfalls andere Pflegenden aus weiteren Bereichen hinzuziehen (Konsultation). Ein Beispiel dazu: Patientin in der Chirurgie mit Oberschenkelhalsfraktur durch Sturz und einer Demenz 3. Grad. Hinzuziehen bzw. Konsultation einer Pflegenden aus der Psychiatrie bzw. Geriatrie oder Patient mit einer Persönlichkeitsstörung mit Selbstverletzendem Verhalten in der Psychiatrie mit einer Brandwunde. Hinzuziehen bzw. Konsultation einer Wundexpertin für die Versorgung der Brandwunde. Im weiteren ist die Führungsrolle bei der Entwicklung, Einführung und Evaluation von neuen Standards (z.B. Dekubitusstandard, Aggressionsmanagement), Entwicklung von praktischen Neuerungen (9 Time – siehe [9]) und als Veränderungsagent, um Kollegen zu motivieren und ihnen zu erleichtern neues Wissen anzuwenden und / oder Anpassungen in der Praxis umzusetzen, verankert.

Im zweiten Bereich wird Führung innerhalb einer Gesundheitsorganisation verstanden. Dazu gehört das führen klinischer Teams, der Vorsitz in Komitees und direktes oder initiatives Engagement, welches gezielt auf die Verbesserungsfähigkeit der klinischen Praxis von Pflegenden und anderen Professionellen sowie der Patientenversorgung ausgerichtet ist. Ebenfalls fällt in diesen Bereich das Identifizieren ansteigender Fallzahlen. Infolge erstellt die APN's eine Projektgruppe, welche die Probleme und Interventionen evaluiert (z.B. vermehrtes Auftreten von aggressiven Auseinandersetzungen). In der kritischen Versorgung von Patienten, initiiert sie eine interdisziplinäre Fallbesprechung (z.B. Isolationssituationen, Zwangsmaßnahmen bzw. – behandlungen). Die Teilnahme oder Führung von regulären oder ad hoc interdisziplinären Komitees sind gleichwohl Bestandteil. Die Tätigkeiten umfassen die Suche

nach medizinischer Bedarf, Ethik, kritische Bewertung der Einrichtungen und Pharmaka sowie Therapie und sorgen dafür, dass die pflegerische Perspektive gehört wird.

In den weiteren Bereichen zeigt sich, dass die APN's sich für Politik interessieren und diese auch mitbestimmen. Hierbei sind sie Mitglieder in Berufsorganisationen wie z.B. dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) oder Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) oder anderen Vereinen wie dem Verein für Pflegeforschung (VfP) Schweiz.

Die Implementierung der APN's in einer Organisation hat Auswirkungen auf diese selbst und darüber hinaus. Möglichkeiten in der Umsetzung sind, dass die Stelle mit klar definierten Profil geschaffen und die passende Person von außen angeworben wird (primär Stelle und sekundär Person). Das beinhaltet, dass sich das Management bewusst ist, was gebraucht wird und welche Person die Aufgabe erledigen kann. Von Vorteil ist hierbei die Beschreibung der Prozesse und Funktionen (managerial functions approach vgl. [4]) sowie der Tätigkeiten und Rollen (managerial roles approach vgl. ebd).

Die andere Chance besteht darin, dass eine Person innerhalb des Unternehmens qualifiziert und die Stelle danach geschaffen wird. Ein Beispiel dafür, dass Stellen erst nachdem bzw. kurz bevor die Ausbildung beendet wurde, geschaffen wurden, sind die Fachangestellten Gesundheit (FAGE in der Schweiz). Die Schwierigkeit besteht in der Akzeptanz und der Frage, was dürfen FAGE und was nicht. Vorteil des Ansatzes ist, dass die Stelleninhaberin sich aktiv an der Entwicklung des Stellenprofils beteiligt. Der Nutzen für das Unternehmen, es bekommt fachliche Unterstützung<sup>5</sup> in der Stellenentwicklung. Die spätere Stelleninhaberin richtet dafür ihre Ausbildung bzw. Weiterbildung auf die Belange des Unternehmens aus. Berufsgruppen können in die Entwicklung einbezogen werden, wobei die Akzeptanz sich erhöht. Die Etablierung von APN's haben Auswirkungen auf das gesamte System. Damit verbunden ist unter anderem die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Die größte Opposition könnte wie in den USA die Ärzteschaft darstellen. Ebenfalls ist von

---

<sup>5</sup> Fachlich umfasst auch die Begleitung und Implementierung mittels Forschung zum Nachweis der Effekte

Pflegenden selbst Widerstand zu erwarten. Die Gefahr des Scheiterns resultiert in der Rollenüberlastung. Sind die Erwartungen zu hoch, werden die Enttäuschungen umso grösser sein. Infolge vermehrt sich der Vorbehalt gegenüber der APN's. Ein weiterer Punkt ist die Machtverteilung. Werden Aufgaben bzw. Tätigkeiten (Entscheidungsbefugnis und Verantwortung) neu verteilt, heißt das Abgeben. Abgeben bedeutet in Zusammenhang mit Macht – Machtverlust oder Machtaufteilung. Die Chance für Entlastung ist dann gegeben, wenn komplexe Fälle von einer spezialisierte APN gemanagt werden. Dies schafft neue Verbindung (Brücken) zwischen Beteiligten. Positive Auswirkungen sind vor allem in der Patientenversorgung zu erwarten. Nicht das die heutige Versorgung schlecht ist, aber häufig werden berufsgruppenspezifische Interessen in den Vordergrund der Akteure im Gesundheitswesen gestellt. Die APN's überwinden die einseitige Sichtweise zu Gunsten einer multizentrischen Ausrichtung und orientiert ihr Handeln, Denken und Kommunikation auf bzw. um den Patienten. Er bzw. Sie steht im Mittelpunkt.

Am Ende ist interessant, wie sich die Sichtweisen, also Pflegende auf APN's, Arzt auf APN's, Patienten auf APN's und umgekehrt verändern. Die veränderten Sichtweisen dürften wiederum Effekte auf die Rollenidentität haben.

Im Nachfolgenden wird Herr Mattenklotz die Entwicklung der Rolle in Zusammenhang mit Psychoedukation aus dem Unternehmen heraus beschreiben.

### **APN-Beratung;**

Nach dem Vortrag 2008 zu APN und Psychoedukation, möchten wir den Vortrag erweitern und uns konkret den möglichen praktischen Tätigkeitsfeldern zuwenden. Als praktischer Schwerpunkt soll hier der professionelle Umgang mit dem Thema „Beratung“ in der täglichen Praxis dienen.

Definition Beratung; (aus Manuskript Psychoedukation in der psychiatrischen Pflege ‚Grundlagen und Praxis 2007-2009 [9])

Eine einfache und gleichzeitig komplizierte Antwort:

Einerseits ist Beratung eine uns allen vertraute Kommunikationsform, auf das gegenüber bezogen bedeutet es „jemanden beraten“ auf sich selbst bezogen „sich beraten“.

Berufliche Beratung und Beratungswissenschaft haben den Begriff von Alltagssprache entlehnt und somit ist Beratung inzwischen auch eine professionelle Intervention in unterschiedlichen Zusammenhängen, Konzepten, Settings und Institutionen.

Im Laufe der Zeit haben Gesellschaften Beratung zu verschiedensten Fragestellungen/Problemlagen institutionalisiert, vor allem um Veränderungen resultierende Anforderungen und Probleme abzufedern. Beratung war und ist somit in die Probleme ihrer Zeit eingebunden.

Im Zuge dieser Entwicklung wurde Beratung zur zentralen Hilfe und Unterstützungsform in psychosozialen, sozialen und gesundheitsberuflichen, psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern mit geregelter Institutionalisierung bzw. Professionalisierung.

Beratung ist aber nicht nur dort „professionell“, wo sie am Türschild steht, sondern auch dort, wo sie in anderes Handeln von Professionellen integriert ist. Hier durchzieht Beratung als „Querschnittsmethode“ nahezu sämtliche Berufsfelder und alle anderen beruflichen Interventionen.

So hat sich Beratung zu einem ständig wachsenden Arbeitsbereich sozialer, pädagogischer, psychologischer und medizinischer Fachkräfte (dies schließt ausdrücklich die Pflege mit ein) in den einzelnen Praxisfeldern entwickelt.

Beratung ist eine Antwort, eine Reaktion auf die Pluralisierung von Lebensformen/entwürfen und bietet eine Form der sozialen Be-/Verarbeitung von Modernisierungsprozessen so wie Menschen und Organisationen sie konkret und unmittelbar oder aber vermittelt durch Medien erleben.

Angesichts des Zuständigkeitsspektrums mit seinen jeweils unterschiedlichen Theorien, Konzepten und Methoden verbietet es sich im Singular über Beratung zu sprechen. Die Breite des Begriffs macht ihn auch schwierig und das mit spürbarer Konsequenz. Sowohl das einzelne professionelle Beratungsgespräch wie auch der sich über mehrere Kontakte hinziehenden Beratungsprozess verlangen aber fachliche Kompetenzen.

Professionelle Berater/innen müssen also über Fachwissen verfügen. Dieses Wissen ist unterschiedlich, den verschiedenen Bereichen entsprechend.

Berater/innen müssen zudem über unabhängige Beratungskompetenzen verfügen. Sie müssen wissen, wie sie Gespräche mit einzelnen Personen, Gruppen

oder auch Organisationen anlegen. Wie sie eine konstruktive Arbeits-/Vertrauensbeziehung aufbauen, wann und mit welchen Konsequenzen sie etwas ansprechen, wann es angemessen ist, eher lenkend leitend, eher stützend, eher reflektierend oder konfrontativ zu sein.

Wann sie Ressourcen ermitteln, hilfreiche Netzwerke einbeziehen und Unterstützungsquellen aktivieren helfen, wie sie mit Widerständen und Konflikten umgehen, auf welchen Wegen sie Veränderungen initiieren und evaluieren wollen, wie kulturelle Vielfalt/Pluralität zu berücksichtigen sind und welche sozialen oder räumliche Kontexte in welcher Form in das Beratungsgeschehen zu integrieren sind.

So betrachtet speist sich Beratung immer aus zwei Quellen; zum einem aus dem Arbeitsfeld spezifischen Wissens und zum anderen aus einer eher unspezifischen Kompetenzbasis. Erst wenn beide vorhanden sind und zusammen wirken, sind notwendige Grundvoraussetzungen professioneller Beratung erfüllt.

- Wo liegen Überschneidungen zur APN Tätigkeit einer Pflegekraft in der Psychiatrie?
- Was ist möglich? Wo steckt eine Chance?

Hier wollen wir mit unserem Beitrag zur Diskussion einladen, und die praktische Erprobung anregen.

## Literatur

1. Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., Pinelli, J. (2004) Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 48, 519-529.
2. Schreyögg, G. (2006). *Organisation*. Wiesbaden: Gabler.
3. International Council of Nurses (ICN). (2001-2009) *Nurse Practitioner / Advanced Practice Network*. Abgerufen am 2. 09 2009 von <http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/practice%20issues/role%20definitions.asp>.
4. Staehle, W.H. (1999) *Management*. München: Verlag Vahlen.
5. Brown, M.A. (1998). A framework for advanced practice nursing. *Journal of Professional Nursing*, 14, 157-164.
6. Hamric, J. A. (1996) A definition of advanced practice nursing. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, *Advanced Nursing Practice - An Integrative Approach* (S. 25-41) Philadelphia: W.N. Saunders

7. Hanson, C. M., Spross, J. A. (2005) Clinical and Professional Leadership. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, *Advanced Practice Nursing - An Integrative Approach Third Edition* (S. 301-340). Philadelphia: Elsevier Saunders.
8. Ullmann, P., Studier, I. (2008) *9 Time“ - Neukonzeption des Rapportwesens der Station P4-2*. Embrach: unveröffentlichtes internes Skript.
9. Haynert-Mattenklotz, J. (2007) *Psychoedukation in der psychiatrischen Pflege, Grundlagen und Praxis*. Soest.

## **Leadership: Die Kraft der Selbstkenntnis**

*Amar Voogt*

Um Regie zu führen bei der Entwicklung der psychiatrischen Krankenpflege auf nationaler und internationaler Ebene, also Führungsstil in diesem Fachgebiet zeigen zu können, sind zwei Voraussetzungen von Bedeutung:

- Wissenstand im Fachgebiet der psychiatrischen Krankenpflege und
- eine angemessene Berufs- und Funktionsstruktur mit Verantwortlichkeiten und Befugnissen um Führung auszuüben.

### **Einführung:**

Dieser Vortrag basiert auf Entwicklungen in den Niederlanden an denen ich selbst in verschiedenen Funktionen beteiligt war.

Die Bescheidenheit von Krankenpflegern über ihren Beitrag an der Gesundheitspflege und dem Wohl des Patienten lässt sie im Stich. Allzu häufig sehe und höre ich Krankenpfleger sagen, dass sie einfach tun was sie tun. Allzu häufig kommt es vor, dass Krankenpflegende in Verhandlungssituationen mit anderen Disziplinen, vor allem mit dem Psychiater und dem Psychologen, den pflegerischen Beitrag bei der Therapie nicht richtig darstellen können. Aber das Gegenteil stimmt auch, wenn Krankenpflegenden stolz und selbstsicher über ihren Beitrag sind, wird ihr Beitrag sichtbar und anerkannt. Deshalb heisst auch der Titel meines Vortrags: Kraft der Selbstkenntnis.

### **Kraft der Selbstkenntnis**

Selbstkenntnis befasst sich nicht nur mit der Person, den starken und weniger starken Seiten der Persönlichkeit und den reflektorischen Fähigkeiten. Natürlich sollen diese entwickelt werden und je mehr berufliche Erfahrung man hat, um so besser kann man seine persönlichen Fähigkeiten bei der Behandlung von Patienten einsetzen. In diesem Vortrag aber will ich mich mehr mit beruflicher Selbstkenntnis befassen: Weisst Du, ob Du in einer Organisation deine Ziele erreichst?

## Die Domäne der psychiatrischen Krankenpflege

Die psychiatrische Krankenpflege lässt sich in unterschiedlicher Art und Weise beschreiben. Vielleicht kennen Sie aus Ihrer Ausbildung noch die Darlegung pflegerischer Theorien. In meiner Ausbildungszeit als Krankenpfleger wurde Dorothy Orem unterrichtet, mit Ihrer Theorie von Selfcare Agency and Selfcare Deficits. Ich lernte die Theorie während den ersten zwei Jahren auswendig und versuchte diese nachher in der praktischen Situation anzuwenden. Aber der Patient und seine Wirklichkeit, der Pflegebedarf, so wie der Patient ihn zeigte, stimmten nicht mit der Theorie überein. In meiner Auffassung entstand eine große Lücke zwischen theoretischer Entwicklung und praktischer Erfahrung. Diese Lücke konnte nicht überbrückt werden durch vermehrte Kenntnis der Theorien.

In der nationalen und internationalen Literatur wird die Domäne der Pflege auch anhand von Zielgruppen auf der Basis von Diagnosen- und Interventionsgruppen beschrieben. Im Buch „Art and Science of Mental Health Nursing“ von Norman and Ryrie [1] ist von Interventionsgruppen die Rede, wie: „Assessment and careplanning, assessment and managing risk, the therapeutic milieu“, verwendet werden bei Personen mit einer Stimmungsstörung oder einer Essstörung, oder bei Kindern und Adoleszenten. Die Beschreibung von Diagnosen und Aktivitäten ist zwar wegweisend hinsichtlich des Inhalts der Domäne, aber es ist unausreichend benannt, welche allgemeinen Konzepte momentan die psychische Domäne bestimmen.

Es gibt also schon relevante Rahmen für das Fachgebiet der psychiatrischen Krankenpflege. Es gibt Theorien, an die Aktivitäten gekoppelt werden können und es gibt Eingliederungsprinzipien für den Bereich, in dem sich die psychiatrische Krankenpflege betätigen sollte. Der nächste und logische Schritt wäre dann vielleicht die Beschreibung von Aktivitäten der Krankenpflegenden. Diese Aktivitäten würden sich möglicherweise von den Kompetenzbeschreibungen der psychiatrischen Pflegenden herleiten.

In den Niederlanden kennen wir eine Reihe solcher Kompetenzübersichten, welche fortwährend angepasst werden. Diese Kompetenzübersichten werden natürlich auch von Schulen verwendet mit dem Zweck gute psychiatrische Pflegende auszubilden. Eine der Kompetenzen ist z.B., dass der Pflegende

anfangs den Pflegeprozess bei einem psychiatrischen Patienten verwendet. Wenn der Krankenpfleger mehr Erfahrung bei einer bestimmten Zielgruppe, z.B., Persönlichkeitsstörungen sammelt, entsteht der Bedarf an angemessener Ausbildung und der Student will die Kompetenz erwerben um mittels verhaltenstherapeutische Übungsfertigkeiten den Patienten zu lehren besser mit Stresssituationen umzugehen und zu einer Lösung zu kommen. Anschließend wird der Krankenpfleger noch mehr Kenntnis sammeln wollen und Pflegespezialist werden. Nicht nur wird er geschickter in der Pflegeleistung, er kann als Pflegeverantwortlicher außerdem die Behandlung weitgehend bestimmen; welche Prioritäten gewählt werden, wie die Behandlung durchgeführt werden soll und zu welchem Zeitpunkt man zu dem Schluss kommt, dass die Behandlung erfolgreich ist. Und eigentlich ist das erst der Moment, in dem wir beschreiben können, was das Fachgebiet psychiatrische Krankenpflege enthält. Erfahrung in der Fachausübung und kritische Betrachtung des Beitrags der psychiatrischen Pflegenden im Behandlungsverlauf lassen erst Schlüsse hinsichtlich des Fachinhalts zu.

Das Fachgebiet der psychiatrischen Krankenpflege wird im allgemeinen und spezifisch im Ausbildungsplan der Schule als das Sachkenntnisgebiet gekennzeichnet, wobei es sich um die Unterstützung der Folgen der psychiatrischen Störung handelt. Grijpdonk [2] charakterisiert die pflegerische Vorgehensweise als die Erkenntnis der Vorgänge, die sich bei jemandem ereignen, wenn er krank ist. Der Gesetzgeber rechnet dazu die Ausführung von Handlungen im Bereich von Beobachtung, Begleitung, Krankenpflege und Ausführung von Handlungen im Anschluss an den diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten eines andern registrierten Fachkollegen, unter denen das selbstständig Ausführen von vorbehaltenen Handlungen. Ausserdem ist nach dem Berufsprofil Krankenpflegerspezialist [3] die Rede davon, dass der Pflegespezialist selbstständig Arzneimittel verschreiben kann. Dafür fehlt noch die gesetzliche Grundlage seitens des Gesundheitsministeriums. Eine Regelung wird aber vorbereitet. Das heißt, dass innerhalb des Fachgebiets die nachfolgenden Aktivitäten stattfinden, welche mit einem psychiatrische Problem, Einschränkungen und Behinderungen angesichts des menschlichen Funktionierens verbunden sind.

Die Liste ist nicht vollständig:

- Beziehungsentwicklung,
- Vertrauensbildung um gegenseitige Erwartungen zu besprechen,
- Kontakt pflegen in schwierigen Situationen oder einfach "Da sein",
- Klinisch argumentieren: Assessment und Diagnostik mittels DSM und ICF,
- Klinisch argumentieren: Festlegung eines Behandlungsplans, Durchführung von verhaltenstherapeutischen Interventionen, Pharmakotherapie, Umgang mit Krisensituationen usw.,
- Funktionieren als Realitätstest für den Patienten: Stimmen seine Ideen mit den gängigen Vorstellungen der andern überein,
- Somatische Begleitung z.B. Hygiene,
- Möglichst viel aus wissenschaftlicher Evidenz heraus handeln,
- Pflegerische Beratung und Prävention.

### **Eine angemessene Berufs- und Funktionsstruktur mit Verantwortlichkeiten und Qualifikationen um Leadership zu zeigen**

Das Bewusstsein des Fachgebiets der psychiatrischen Krankenpflege ist eine Voraussetzung um Führungskapazitäten in deinem Fachgebiet zu zeigen. Wie ich bereits dargelegt habe, wird diese Form von Selbsterkenntnis ein wichtiger Teil des Funktionierens einer selbstbewussten Fachperson. Für langfristigen Leadership ist eine Positionierung der Krankenpflege von großer Bedeutung. Ich meine eine Positionierung gegenüber anderen Disziplinen und hierarchischen Positionierung in einer psychiatrischen Klinik.

In den Niederlanden hat man sich um 1990 herum für die nachfolgende Aufgliederung medizinischer Berufe entschieden.

	<b>Ärzte</b>	<b>Pflege</b>	<b>Psychologe</b>
Spezialisten	Psychiater Art 14	Psychiatrische Pflege- spezialist Beoogd art 14	Psychiatrische Pflege- spezialist Beoogd art 14
Aufgabe- differenzie- rung	Aufgabedifferenzie- rung	Aufgabedifferenzie- rung	Aufgabedifferenzie- rung
Basisberuf	Arzt Art 3	Pflegende Art 3	GZ-Psychologe Art 3

In diesem Schema werden die sogenannten Kernberufe in der psychischen Gesundheitspflege in drei Fachgebiete unterschieden: Die Medizin, die Krankenpflege und die Psychologie. Jedes Fachgebiet wird vertikal in drei Teile eingegliedert: Der Basisberuf, die differenzierten Ausbildungen und das Spezialgebiet, dass heisst in der unteren Schicht: Der Arzt, der psychiatrische Pflegende und der Gesundheitspsychologe. Die untere Schicht von Berufen stellt die Schicht von Basisberufen dar, welche Zugang zur Ausübung des Pflegeberufs in der Niederlanden hat: das Berufsgesetz in der individuellen Gesundheitspflege.

In der mittleren Schicht sehen wir den Arzt für die Drogenhilfe oder den Pflegeheimarzt, den psychiatrisch Pflegenden in der Drogenhilfe und den für eine bestimmte Zielgruppe ausgebildeten Gesundheitspsychologen. Diese Berufsdifferenzierung wird als eine Erweiterung der Basisberufsausübung betrachtet. Der Pflegespezialist gilt in der Niederlanden als ein Spezialist, der spezifische Hilfe leistet in einem anderen Bereich als dem des Psychiaters oder Psychologen und dabei auch die völlige Verantwortung übernimmt für:

- Die selbstständige Behandlungsbeziehung,
- Er stellt die Diagnose,
- Er stellt den Behandlungsplan auf,
- Er führt aus oder beauftragt, überweist und berät,
- Beendet die Behandlung.

Vor 10 bis 15 Jahren war das eine Perspektive, jetzt ist es Realität. Es wird jedem einleuchten, dass diese Entwicklung bei vielen Leadership bedarf, wobei einem ein kritisches Reflektieren über die Richtung und das eigene Funktionieren durch verschiedenerelei Widerstände aufgezwungen wird. Aber es bildet immerhin die Führenden der Zukunft aus.

Um Autorität im Fachgebiet in struktureller Weise zeigen zu können, ist darüber hinaus eine gute Funktionsstruktur erforderlich. In Kliniken wird momentan immer mehr von einem Strukturgebäude ausgegangen. Eine Funktion wird vom Arbeitsgeber selbst zusammengesellt als ein Komplex von Aufgaben, die für ein bestimmtes Ziel ausgeführt werden sollen.

Anschliessend an vorgehenden Spezialberufen lassen sich vertikaler Funktionseinsatz und horizontaler Funktionseinsatz unterscheiden.

Psychiater	Pflegespezialist	Klinischer Psychologe
------------	------------------	-----------------------

Drei Funktionsmerkmale der psychischen Gesundheitspflege bestimmen die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Der Pflegenden ist an erster Stelle ein Generalist, der aus einer breiten Auffassung der Gesundheit heraus funktioniert.

Der Pflegespezialist beobachtet den Patienten in dessen Umfeld und manchmal 24 Stunden täglich mit all seinen Emotionen, Reaktionen und Gefühlen. Damit hat der Pflegespezialist eine einzigartige Position, die es ihm ermöglicht die Gesamtsituation und den Gesamtprozess des Patienten zu überblicken. Der Pflegespezialist gehört somit zu den Kerndisziplinen in der psychischen Gesundheitspflege neben dem Psychiater und dem klinischen Psychologen.

Der Einsatz von Kerndisziplinen pro Zielgruppe kann sehr unterschiedlich sein und daher liegt die Verantwortlichkeit für den Behandlungs- und Pflegekurs von jener Zielgruppe bei einer dieser Kerndisziplinen. Der bestimmende Faktor ist die Verbindung des Behandlungs- oder Pflegebedarfs des Patienten mit der Berufsdomäne einer Kerndisziplin.

Bei der Zielgruppe, in der langwierige Pflege erforderlich ist, wo medizinische Diagnostik schon längst bekannt ist und der Akzent auf Akzeptanz und dem

Umgang mit Beschränkungen und Behinderungen liegt, kann die Pflege als Kerndisziplin gelten. Es kommt zu einer Verbindung zwischen den psychischen Pflegespezialisten und dem Psychiater zustande. In dieser Situation ist der Pflegende behandlungsverantwortlich. Der Psychiater, andere Kerndisziplinen und Fachtherapeuten haben hier eine beratende Rolle.

Bei dem vertikalen Funktionseinsatz handelt es sich um folgendes:

Psychiatrischer Pflegespezialist
Senior psychiatrischer Pflegende
Basiskrankenpflegender

Der Einsatz einer bestimmten Funktion lässt sich vor allem von der Komplexität der Pflegefrage, der Flexibilität in der Anwendung protokollierter Pflege und vom Unterschied in der Verantwortlichkeitsteilung herleiten. Im Rahmen dieses Vortrags will ich mich beschränken auf die Bemerkung, dass Autorität in der psychiatrischen Krankenpflege vor allem von Pflegespezialisten erwartet wird.

In diesem Vortrag habe ich dargelegt, das Leadership in der psychiatrischen Krankenpflege auf Selbsteinsicht der professionellen Krankenpflegenden basiert. Damit ist nicht unbedingt gemeint, das professionelle Pflegende immer mehr Selbsterkenntnis sammelt durch Super- und Intevision und die Anwendung von persönlichen reflektiven Fähigkeiten, aber vor allem dass Spezialisten sich in ihrer Berufsdomäne auskennen (mit dem Fachgebiet vertraut sind) und um dessen Grenzen im Vergleich zu den anderen Disziplinen wissen.

## Literatur

1. Norman, I., & Ryrie, L. (2004) *The Art and Science of Mental Health Nursing: A Textbook of Principles and Practice*. Berkshire: Open University Press.
1. Grijpdonck, M. (1996) *Het Leven boven de Ziekte Uittillen: De Opdracht van de Verpleegkunde en de Verplegingswetenschap voor Chronisch Zieken*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does.
2. *Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (2008) Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: VenVN.

# **Die multidisziplinäre Erweiterung der psychiatrischen Institutsambulanz am Bezirkskrankenhaus Bayreuth: Ein Projektbericht zur Implementierung der (aufsuchenden) ambulanten psychiatrischen Pflege in den Fachbereichen Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie**

*Thomas Wagner*

## **Einführung PIA Erwachsenenpsychiatrie**

### **Auftrag und Ziele der PIA**

Grundsätzlich beziehen die PIAs ihren Auftrag und ihre Ermächtigung aus dem SGB V, §118. Auf der Basis dieser gesetzlichen Vorlagen entstand ein Vertrag zwischen Kostenträgern (Krankenkassen) und Leistungserbringern (PIAs), in dem die Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch die PIA geregelt ist.

### **Zielgruppe**

Psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der psychiatrischen Institutsambulanzen soll sich an Kranke richten, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden.

Der Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz bedürfen Personen, bei denen einerseits in der Regel langfristige, kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist und andererseits mangelndes Krankheitsgefühl und/oder mangelnde Krankheitseinsicht und/oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegenstehen. Langfristige, kontinuierliche Behandlung ist indiziert bei psychischen Krankheiten mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf. Dazu gehören insbesondere Schizophrenien, affektive Störungen, psychiatrische Störungen bei Intelligenzminderung und schwere Persönlichkeitsstörungen, ferner auch Suchtkrankheiten, vor allem mit Komorbidität, und gerontopsychiatrische Krankheiten.

## **Auftrag**

Der Krankenhausträger hat sicherzustellen, dass (...)die erforderlichen Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten, und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

Die Institutsambulanz soll auch ermöglichen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden oder stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren, um dadurch die soziale Integration der Kranken zu stabilisieren. Dazu gehört auch die Einleitung gezielter therapeutischer Maßnahmen in Wohnortnähe. Das Instrument für die Erreichung dieser Ziele ist die Gewährleistung der Behandlungskontinuität.

Im Zentrum der Arbeit der Institutsambulanz hat die Gewährleistung der Behandlungskontinuität bei Kranken,(...). Die Behandlungskontinuität setzt auch Kontinuität in persönlichen Beziehungen zwischen Kranken und multiprofessionellem Behandlungsteam voraus.

Das Leistungsangebot der Institutsambulanz hat im Sinne einer Komplexleistung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu umfassen. (...)das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung, (...) die im Rahmen eines individualisierten Gesamtbehandlungsplans zum Einsatz kommen sollen.“

(Auszüge Vertrag zwischen dem Verband der Kostenträger und den bayerischen PIAs)

Eindeutig wird hier also neben der ärztlichen Behandlung auch das Angebot von nichtärztlichen Leistungen postuliert, die auch aufsuchend sein sollen und das Lebensumfeld der Patienten mit einbeziehen sollen.

## **Die Pflege als Teil des Teams**

In der folgenden Grafik findet sich die durchschnittliche Teamstruktur aller PIAs in Bayern. Die Daten rekrutieren aus den PIA- Prüfungen, die zwischen 2001 bis 2006 an allen bayerischen PIAs durchgeführt wurden.

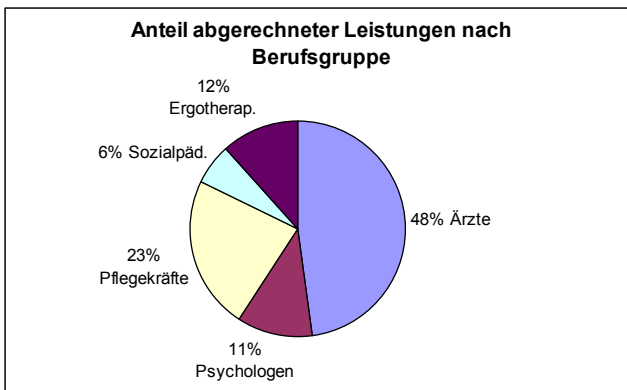


Abbildung 1: Berufsgruppenmix der bayrischen PIAs (2002-2006)

Die reine Zusammenfassung aller Ergebnisse der Prüfung wäre allerdings eine Simplifizierung, das jeweilige Profil einer PIA hängt stark vom Charakter der Versorgungsregion und der Quantität sowie der Qualität alternativer Versorgungsangebote ab.

### Die Umfrage

2005 führte ich eine bisher unveröffentlichte Umfrage zum Profil der PIA-Pflege durch, auf die in Folge vereinzelt Bezug genommen wird.

**Die Multiprofessionalität der PIA:** In der Möglichkeit, ein individuell erforderliches Behandlungssetting unter dem Dach einer Institution anbieten zu können, liegt sicherlich eine große Stärke der PIAs. Kurze Informationswege und mehrdimensionale Ansätze ermöglichen eine hohe Behandlungsqualität.

### Die Tätigkeitsbereiche der Pflege

**Aspekte der Umfrage:** Einerseits definiert sich die Tätigkeit der Pflege als therapeutische Behandlungspflege, in hohem Maße in aufsuchender Form, andererseits in Form von funktioneller Pflege wie z.B. der Verabreichung von Depotinjektionen, Blutentnahmen, Tätigkeiten innerhalb der Räumlichkeiten der PIA.

Das Tätigkeitsfeld der therapeutischen Behandlungspflege sieht vor:

- psychopathologisch orientierte Aufgaben,
- sozialtherapeutische Schwerpunkte;

Ein wesentlicher Faktor hier ist die Beziehungsarbeit. Hilfreich ist so-mit die gemeinsame Erarbeitung stimmiger Ziele und Vorgehensweisen, der Patient sollte jenseits unserer Zielsetzung das Gefühl haben, von der Behandlung zu profitieren.

**Zentrale PIA – Dezentrale PIA:** Am BKH Bayreuth findet sich ein gemischtes Modell, einerseits eine zentrale PIA mit „festen Mitarbeitern“, die ausschließlich in der PIA beschäftigt sind, andererseits Spezial-PIAs, die differenzierte Behandlungsangebote vorhalten.

- PIA Sucht
- PIA Gerontopsychiatrie
- PIA Forensik
- PIA Heilpädagogik.

Statistische Auswertungen ergaben, dass in den Spezial-PIAs Leistungen der Pflege kaum stattfanden.

**Die psychiatrische Pflege der Zentral- PIA:** Hier hat die psychiatrische Pflege bereits eine lange Tradition, sie ist ins Behandlungsteam integriert und selbstverständlicher Bestandteil.

### **Das Projekt**

In Abstimmung mit der Leitung des Kommunalunternehmens, des Ärztlichen Direktors, sowie der PDL erfolgte der Auftrag zur Implementierung der aufsuchenden Pflege(jeweils 0,5 VK) in die Spezial-PIAs Sucht und Gerontopsychiatrie. Die Mitarbeiter seien anteilig aus stationär tätigem Pflegepersonal zu rekrutieren. Innerhalb eines halben Jahres sollten die bereitgestellten ambulanten Ressourcen ausgelastet sein.

### **Der etwas andere Dialog – „Gemischte Interessenlage“**

Durch den Zusammenschluss von vier Kliniken und einem Pflegeheim ergab sich die Notwendigkeit, Stellen der Pflege zu reduzieren. Im vorliegenden Falle wurde also eine VK –Stelle aus dem stationären Budget in die abweichende PIA-Finanzierung transferiert.

## Strukturelle Umsetzung

1. Festlegung der Kompetenzen.
2. Rekrutierung des Personals erfolgte aus stationär tätigem Pflegepersonal. Die Mitarbeiter werden an ihren „Ambulanztagen“ in die PIA abgeordnet, wobei alle anfallenden Aufgaben erledigt werden (direkte Einzelbetreuung, Organisation, Dokumentation etc.).
3. Trainings- und Schulungsmaßnahmen.
4. Austausch mit den leitenden Ärzten der Behandlungsbereiche.
5. Informationsarbeit.
6. Prozessbegleitender fortlaufender Dialog innerhalb der Pflege.
7. Einbeziehung des ärztlichen Direktors.

Weitere Strukturelle Maßnahmen: Die Bereitstellung von Dienstfahrzeugen, Die Bereitstellung von je einem Diensthandy, Ein individueller PC-Zugang mit Intranet-Zugang.

## **Die psychiatrische Pflege als Teil der Suchtambulanz**

**Aspekte der Abgrenzung und Versorgungslücken:** Eine primäre Suchterkrankung stellt ein Ausschlusskriterium unter anderem für folgende Einrichtungen /Institutionen dar:

- WG's für Psychisch Kranke
- Wohnheime für psychisch Kranke
- Werkstatt für Psychisch Kranke
- SpDi
- Betreutes Einzelwohnen
- Ambulante Soziotherapie
- Ambulante psychiatrische Pflege (APP).

**Aspekte der Umfrage:** Immerhin 10 von 29 PIAs sahen sich weniger oder nicht zuständig, nur 2 PIAs benannten diese Patientengruppe als Teil ihrer Klientel.

### *Personelle Umsetzung der Erweiterung*

Hier wurde eine 0,5 VK Stelle geschaffen, verteilt auf 3 Mitarbeiter. Derzeit wird diese Leistung an 3 Tagen pro Woche angeboten

## Zielgruppen

- Chronisch mehrfachkranke Alkoholabhängige Patienten (CMA).
- Abhängigkeitskranke mit Doppeldiagnosen.

Primäre Zielsetzungen sind: Sichern des Überlebens, Individuelle Schadensbegrenzung, Verbesserung der Lebensqualität, Verbesserung der Behandlungsqualität und deren Effizienz, Langfristig Reduzierung stationärer Behandlungsbedürftigkeit.

## Das Werkzeug der Behandlungskontinuität

- Da die Mitarbeiter der Pflege an ihren „Nichtambulanttagen“ im stationären Behandlungsrahmen tätig sind, ist der Faktor der Behandlungs- und Beziehungskontinuität optimal gewährleistet. Die Kontaktaufnahme vor Beginn einer ambulanten Behandlung kann schon auf Station erfolgen, im Falle einer stationären Wiederaufnahme erfolgt die Behandlung unter anderem auch durch die ambulante Bezugsperson.

Aktuelle therapeutische Angebote der Pflege: Aufsuchende, nachgehende Kontakte, Angebot von Einzelgesprächen in der PIA, Angebot der Ambulanzgruppe in Form einer wöchentlich stattfindenden offenen themenbezogenen Gesprächsgruppe und Kooperation mit extramuralem Bereich, d.h. mit anderen Anbietern und Selbsthilfegruppen.

## Therapeutische Inhalte

- Engmaschige Beobachtung
- Individuell erforderliche Unterstützung/Beratung
- Krisenintervention
- Aufbau und Pflege einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Erarbeiten eines Notfallplanes
- Gemeinsames Erarbeiten von Zielen sowie eines multiprofessionellen Behandlungsplanes.

## **Die psychiatrische Pflege als Teil der Gerontopsychiatrischen Ambulanz**

*Wo liegt die Trennlinie?* Eine klare Trennung ist derzeit noch schwer umsetzbar, eine Differenzierung nach typischen Diagnosegruppen wäre eine Alternative zur reinen „Lebensaltereinteilung“.

**Aspekte der Umfrage:** Grundsätzlich bezeichneten 60 Prozent der befragten PIAs Patienten mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern als Klientel der Pflege.

Aspekte der Abgrenzung zur ambulanten Versorgungslandschaft

- Insbesondere im nichtärztlichen Bereich findet sich für diese Zielgruppe kein ausreichend alternatives Versorgungsangebot, bei der Berechnung der Pflegestufen sind psychiatrische Krankheitsbilder und Symptome nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Umsetzung der Erweiterung

- Auch in der gerontopsychiatrischen PIA wurde knapp eine halbe VK eingerichtet, analog zur Sucht-PIA-Pflege wurden auch hier zwei stationär tätige Mitarbeiter rekrutiert. Aufsuchende psychiatrische Pflege wird derzeit an 3 Tagen pro Woche statt.

Behandlungskontinuität

- Analog der Sucht-PIA ist auch hier ambulanter und stationärer Behandler aus der Pflege identisch, auch hier erfolgt die Kontaktaufnahme bereits während der stationären Behandlung.

## **Evaluation und Resümee**

Messbare übergreifende Ergebnisse

- Nach Auswertung des 2. Behandlungsquartals war die Vorgabe der „Stellensättigung“ erfüllt.
- Regelmäßige multiprofessionelle Teambesprechungen wurden in beiden Spezial-PIAs neu installiert.
- Valide Aussagen zur Vermeidung stationärer Behandlungsbedürftigkeit sind (noch) nicht zu treffen.
- Die Erweiterung und die personelle Mehrung erforderten die Schaffung einer zentralen Leitungsfunktion innerhalb der Pflege.

Spezifische Ergebnisse

PIA Sucht

- Die 0,5 VK ist gut ausgelastet.
- Die Ambulanzgruppe wird gut angenommen.

- Stationäre Aufnahmen/Wiederaufnahmen auch bei durch die Pflege (mit-) behandelten Patienten sind eher als Teil des therapeutischen Gesamtprozesses zu sehen nicht als Zeichen von fehlender Wirksamkeit der Pflege.
- Derzeit werden die meisten Patienten als „Auftragsleistungen“ in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten behandelt.
- *PIA Gerontopsychiatrie*
- Die 0,45 VK ist gut ausgelastet, ebenfalls ohne externe Öffentlichkeitsarbeit.
- Mittlerweile ist eine Warteliste entstanden.
- Der Stellenanteil ist auf 0,6 VK erhöht worden.

### **Weitere Effekte**

#### Mitarbeiterzufriedenheit

- Die eingesetzten Mitarbeiter erleben die Ambulanzarbeit als Bereicherung ihrer eigenen Patientenwahrnehmung.

#### Integration ins Team

- Die Plattform der multiprofessionell besetzten Besprechungen stellt einen guten Anfang zum Entwicklungsprozess hin zu einem effizienten Behandlungsteam dar.

### **Schlusswort**

Die Umsetzung der Erweiterung im Bereich der PIA-Pflege darf nach jetzigem Kenntnisstand und Auswertung der ersten beiden Quartalsabrechnungen als erfolgreich bezeichnet werden, die geschaffenen Angebotsressourcen werden in vollem Umfang von den Patienten angenommen.

Die Integration der Pflege in die ambulanten Versorgungsbereiche wird auch inhaltlich als Gewinn erlebt.

Dank an die Mitarbeiter der PIA-Pflege, die mit stetiger Motivation, viel Flexibilität und hoher Kompetenz zum Gelingen des Projektes beigetragen haben.

# **Die Pflege in den bayerischen Psychiatrischen Institutsambulanzen: Biographie eines Berufsbildes, Ergebnisse einer Umfrage, Schlussfolgerungen für die Praxis**

*Thomas Wagner und Eva Schaller*

## **Zusammenfassung**

Die Berufsgruppe der Pflege stellt innerhalb der Psychiatrischen Institutsambulanzen (nachfolgend PIAs genannt) eine bedeutsame Größe dar. Allerdings wurde, im Gegensatz zur stationären Versorgung, niemals die PsychPV (Psychiatrie-Personalverordnung) auf die PIAs angewandt. Insofern vollzog sich die Entwicklung dieses Berufsbildes, quantitativ und inhaltlich, als Folge anderer Wirkfaktoren.

Durch die PIA-Prüfung wurde die Streubreite der PIAs erstmals wahrnehmbar. Die an allen bayerischen PIAs durchgeführte Umfrage zeigt, dass die Pflege in ihrer Arbeitsweise trotz fehlender quantitativer Vorgaben einer inneren Logik folgt.

*Schlüsselwörter:* Psychiatrische Institutsambulanz – Pflege – Berufsbild

## **Einleitung: (Fach-) Pflege in den bayerischen PIAs**

### *Die Biographie der Pflege in der PIA*

In den achtziger Jahren entstanden an vielen bayerischen Bezirkskrankenhäusern die PIAs als wichtiges Werkzeug zur Sicherung der großflächig umgesetzten Enthospitalisierung der klinischen Langzeitbereiche. Die PIAs waren zum Teil mit vielen Pflegekräften ausgestattet, die klinische Rolle des Alltagsbegleiters entpuppte sich als ein suffizientes Werkzeug. Insbesondere Fachpflegekräfte schienen geeignet, die Rolle wichtiger Bezugspersonen zu übernehmen. In dieser Funktion etablierte sich die Pflege als feste Größe in den PIAs.

Der Wirtschaftlichkeitsgedanke stand damals deutlich gegenüber einem ideellen Ansatz zurück.

Eine einschneidende Änderung stellte die Umstellung der Abrechnungsform von PIA-Leistungen in Bayern dar. Mit der Änderung eines zuvor pauschalen

Abrechnungssysteme auf eine Einzelvergütung wurde die geleistete Arbeit hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsfaktors transparent und interpretierbar. Die Leistungsvergütung konnte der Dynamik der Tarifierung nicht folgen und insbesondere im Bereich der Pflege war ein kostendeckendes Arbeiten bei voller Ressourcenauslastung nicht mehr möglich. Eine deutliche Vergütungsanpassung (2007) verbesserte diese Situation erheblich.

#### *Weitere Entwicklung/ Aktueller Stand*

Welche Zusammensetzung hat ein PIA-Team? Welche Aufgaben werden durch die Pflege wahrgenommen? Ist eine PIA inhaltlich spezialisiert? Ersetzt ein gut funktionierender Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) die PIA-Pflege? Braucht eine PIA Fachpflegekräfte?

Fragen, die mit dem Hinweis auf den bestehenden Vertrag aus SGB V §118,120 beantwortbar scheinen, genauer betrachtet jedoch kein einheitliches Ergebnis zeigen. Die Umsetzung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung (seit 2001) sollte beide Ebenen beleuchten, einerseits die Gewährleistung der erforderlichen Behandlungsqualität der besonderen Klientel, andererseits die Wirtschaftlichkeit des Vorgehens.

Neben den Ärzten stellt die Pflege innerhalb der PIAs die größte Berufsgruppe dar, in vielen Fällen wird der Auftrag zur multiprofessionellen Therapie durch die Pflege miterfüllt.

#### *„Logikfallen“*

Die PsychPV als Grundlage einer Stellenberechnung wurde niemals auf die PIAs angewandt. Folglich hängt die Anzahl von Pflegekräften in der PIA von anderen Faktoren ab, zum Beispiel:

- inhaltliche Ausrichtung,
- Behandlungsphilosophie der Klinikleitung,
- wirtschaftliche Erwägungen,
- strukturelle Begebenheiten des Versorgungsgebiets,
- alternative Versorgungsangebote (i.S. der Subsidiarität),
- Zusammensetzung des Teams.

### *Lösungsansätze*

Diese lassen sich aus dem Vertrag und den Prüflisten Struktur- und Prozessqualität interpretieren:

- „Der Krankenhausträger hat sicherzustellen, dass für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (...) und nichtärztlichen Fachkräfte bei Bedarf zur Verfügung stehen.
- Das Angebot der psychiatrischen Institutsambulanzen soll sich an Kranke richten, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden. Die Institutsambulanz soll (...) die soziale Integration der Kranken (...) stabilisieren. Dazu gehört auch die Einleitung gezielter therapeutischer Maßnahmen in Wohnortnähe (...) Im Zentrum der Arbeit der Institutsambulanz hat die Gewährleistung der Behandlungskontinuität bei Kranken (...).
- Das Leistungsangebot der Institutsambulanz hat im Sinne einer Komplettleistung (...) Dazu gehören(...) das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung.“

(Auszug aus dem derzeit gültigen Vertrag zwischen PIAs und den Kostenträgern)

Die Berufsgruppe der (Fach-)Pflege ist benannt, ebenso die Notwendigkeit multiprofessioneller Zusammenarbeit, wie auch die Forderung nach aufsuchender Behandlung und die Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

### **Aus der Praxis: Ergebnisse einer Umfrage zur (Fach-) Pflege in den PIAs**

Untersuchungsmethode

Ein von der Arbeitsgruppe zu diesem Zweck erstellter Fragebogen wurde an alle bayerischen Institutsambulanzen versandt.

Folgende strukturelle Begebenheiten wurden erfasst: Versorgungsregion, PIA-Struktur, Stellensituation inklusive „Fachpflegequote“, Patientenzahlen.

Zum Behandlungsprozess fanden sich Fragen zum Anteil von Einzel-/ Gruppentherapie, Behandlungsrahmen, Diagnosegruppen, Multimorbidität, Patientenmerkmalen, Tätigkeitsschwerpunkten, Abgrenzung gegenüber alternativen Angeboten. Abschließend wurde nach Auswirkungen der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung gefragt.

## Rücklauf

Die Rücklaufquote betrug 26 von 41 (davon ein Antwortmuster nicht auswertbar). Anzumerken ist an dieser Stelle die Datenvermehrung durch die Einbeziehung der einzelnen spezialisierten PIAs (soweit vorhanden), was eine Gesamtzahl von 37 PIAs erklärt.

## Ergebnisse

### Strukturelle Begebenheiten

Die strukturellen Gegebenheiten wurden über die Liste der Merkmale nach den Antwortmustern „häufig (3)“, „gelegentlich (2)“ und „selten (1)“ erfasst. Die in Tabelle 1 dargestellten Werte sind die jeweiligen Durchschnittswerte pro Merkmal. Eine Indikation zur aufsuchenden Behandlung besteht im mittelstädtisch-ländlichen Versorgungsbereich aufgrund schlechterer Infrastruktur oder zu großer Entfernungen begründet. Auswirkungen auf Fahrzeiten, sowie auf die Zahl der aufsuchend behandelten Patienten bestehen.

Tabelle 1: Strukturelle Begebenheiten

n (PIAs)= 36

<b>Indikation über Merkmale (Gewichtete Summen/n)</b>	<b>PIAs Großstadt (n=13)</b>	<b>PIAs mittelstädtisch-ländlich (n=23)</b>
Zu große Entfernung zu adäquaten Hilfen	1,69	2,56
Mangelnde Infrastruktur	1,61	2,52
Fehlen von Bezugspersonen oder Angehörigen	2,53	2,69

### Spezialisierung/ Diagnosegruppen

Zum aktuellen Zeitpunkt stellen die Sucht-PIAs, aber auch die Gerontopsychiatrischen PIAs den Großteil der Spezialangebote dar.

Alle Diagnosegruppen werden durch die PIA-Pflege abgedeckt, allerdings in unterschiedlicher Gewichtung. Hierbei besteht bei den nicht-spezialisierten PIAs die Tendenz zur Versorgung „klassischer Patientengruppen“ (F2, F3).

Während im Bereich der Spezial-PIAs die Sucht-PIAs zu 100% F1-Diagnosen vergeben, leisten Geronto-PIAs weiterhin die Versorgung „alt gewordener psychisch Kranker“, aber auch die Behandlung spezifischer gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder (F0). Der Anteil an multimorbiden Patienten im Bereich der Pflege ist mit 51,3-72,5% durchgängig hoch, was die weitgehende Erfüllung des Behandlungsauftrags laut bestehendem Vertrag widerspiegelt.

#### Fachpflegestandard in den PIAs

Trotz hoher Streubreite kann von einem „Fachpflegestandard“ ausgegangen werden. Interessant ist dabei eine deutlich aufsuchend geprägten Behandlung bei hoher Fachpflegequote. (Tabelle 2).

Tabelle 2: Behandlungsrahmen (Bezugnahme auf Fachpflegeanteil) n (PIAs)= 36

<b>Behandlungsrahmen</b>	<b>PIAs mit Fachpflege &lt; 50% (n=5)</b>	<b>PIAs mit Fachpflege &gt; 80% (n=9)</b>
Anteil Kommstruktur	66,15%	26,11%
Anteil Aufsuchend	33,85%	73,89%
Anteil therapeutische Pflege	77,75	93,6%
Anteil funktionelle Pflege	22,25%	6,4%

#### Tätigkeitsfelder/ Behandlungsrahmen

Tabelle 3 zeigt, dass die rein funktionelle Pflege in der Summe den kleinsten Raum einnimmt. Durch die wegfallenden Fahrtzeiten im Rahmen der Kommstruktur verbleiben mehr zeitliche Ressourcen für die unmittelbare Arbeit mit dem Patienten. Dies sollte nicht unter dem reinen Aspekt der Wirtschaftlichkeit argumentiert werden, da das Erreichen der „Non-Compliance-Patienten“ ein Kernauftrag der PIA ist. Einzelbehandlung dominiert deutlich gegenüber Behandlung in der Gruppe (78% vs. 22%).

#### Patientenmerkmale

Häufigste Merkmale sind: Fehlende Krankheitseinsicht, Störung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, Defizite in den Alltagsfertigkeiten und misstrau-

isches, ablehnendes und zurückgezogenes Verhalten gegenüber den Behandlern.

#### Behandlungsschwerpunkte

Beziehungsarbeit, Stützende Gespräche und Förderung der Compliance/ Psychoedukation gehören zu den häufigsten Behandlungsschwerpunkten, während sich Angehörigenarbeit, Krisenintervention und freizeitorientierte Maßnahmen im hinteren Bereich finden.

#### Abgrenzung gegenüber anderen Versorgungsangeboten

- Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi's): SpDi's halten weder ärztliche, noch pflegerische Angebote vor; sie werden als freizeitorientiert und wenig „behandlungsverbindlich“ beschrieben; eine Abgrenzung scheint für den Bereich der Pflege nicht nötig, die Angebote des SpDi werden als eine sinnvolle Ergänzung erlebt.
- Betreutes Wohnen: Derzeit wird wenig Abgrenzungsbedarf gesehen, vielmehr erscheint eine Kooperation bei Bedarf an zusätzlicher soziotherapeutischer Begleitung auch im Hinblick auf die eigenen Ressourcen sinnvoll.
- Ambulante Soziotherapie: Da sich nichtärztliche Leistungen der PIA mit der ambulanten Soziotherapie vertraglich gegenseitig ausschließen, ist eine Kooperation schwierig.

Tabelle 3:Behandlungsrahmen

(Bezugsnahme auf Inhalt der Behandlung; Messgröße: Zeitvolumen) n = 37 PIAs

<b>Behandlungsrahmen</b>	<b>Anteil</b>
Funktionelle Pflege im Rahmen einer Komm-Struktur (z.B. Injektionen)	13%
Therapeutische Pflege im Rahmen einer Komm-Struktur z.B. Einzelgespräche)	12%
Mischform: Therapeutische Behandlungspflege/ Funktionelle Pflege im Rahmen der Komm-Struktur	20%
Funktionelle Pflege im aufsuchenden Rahmen	2%
Therapeutische Pflege im aufsuchenden Rahmen	34%
Mischform: Therapeutische Behandlungspflege/ Funktionelle Pflege im aufsuchenden Rahmen	19%

## **Zusammenfassung der Umfrage**

- Die Varianz ist in nahezu allen abgefragten Bereichen hoch.
- Die Grenzlinie zwischen rein funktioneller Pflege und einer Mischform aus funktioneller/ therapeutischer Pflege ist unscharf.
- Bezüglich der Patientenmerkmale und Tätigkeitsschwerpunkten findet sich eine hohe Übereinstimmung.
- Vertraglich limitierte Tätigkeiten sind eher in der ausagierten Minderheit.
- Die Flächenversorgung ist nicht überall gegeben.
- Im Rahmen der Kommstruktur ist der Anteil an funktioneller Pflege höher als in aufsuchendem Rahmen.

## **Auswirkungen der PIA-Prüfung auf die Pflege**

In der Prüfsituation werden strukturelle und prozessbezogene Faktoren abgefragt, anschließend erfolgt eine Einzelfallprüfung (30 ausgewählte Fälle, oft mit hohen Behandlungskosten).

Als positive Veränderungen durch die Prüfung wurden u.a. benannt: Bestätigung der guten Arbeit, klareres Zeitbudget, Strukturumwandlung, bessere Organisation, intensivere Überleitung in die PIA, sowie Motivation und Weichenstellung für strukturierte Behandlungsplanung.

Negativ erlebt wurden: zunehmende Fixierung auf den Kostenfaktor, sowie erhöhter Dokumentationsaufwand.

## **Zusammenfassung**

Weiterhin scheinen beide Tätigkeitsbereiche (funktionell/ therapeutisch) ihre inhaltliche Berechtigung zu haben. Dieser Logik folgend wäre eine Mischung aus Pflegekräften und Fachpflegekräften sowohl wirtschaftlich wie auch inhaltlich sinnvoll. An dieser Stelle ist zu betonen, dass die wohnortnahe Versorgung und die Einbeziehung des Lebensumfeldes in die Behandlung Vertragsvorgabe sind. Dies mag in Abhängigkeit alternativer Angebote (v. a. im soziotherapeutischen Bereich) gewisse quantitative Schwankungen der Pflegeanteile zur Folge haben, kann aber das bisher konkurrenzlose Komplexangebot der PIA in keinem Fall ersetzen.

## Sie halten sich also für einen Leader<sup>6</sup>?

*Martin Ward*

### Übersetzung aus dem Englischen: **Andréa Winter**

Bei ruhiger See kann jede Person das Schiff steuern! Mit anderen Worten, wenn alles gut läuft, die Zielsetzungen erreicht sowie die Patienten auf dem Weg der Besserung sind, wenig Personal krankheitsbedingt ausfällt, und alle gut zusammenarbeiten, dann kann selbst ein kleines Kind Regie führen und für diesen Glücksfall die Lorbeeren ernten. In Wirklichkeit entspricht die Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens und insbesondere im Bereich der Psychiatrie überhaupt nicht diesem romantischen Bild.

Nach 35 Jahren in verschiedenen Funktionen der psychiatrischen Pflege bin ich zum Schluss gekommen, dass wir nur in unseren kühnsten Träumen je hoffen können, dass sich die psychiatrische Pflege völlig selbst leiten kann. Oder, noch schlimmer, dass jene von uns, die tatsächlich psychiatrische Pflegeleistungen erbringen, es anderen Disziplinen oder Gesundheitsfachleuten erlauben könnten, zu verantworten, wie dies unternommen wird. Die Wahrheit lautet schlicht und einfach: Psychiatriepflegende können es sich nicht leisten, ihr unabdingbares Recht auf fachliche Selbstbestimmung preiszugeben. Und dies beinhaltet, das Steuer selbst in die Hand zu nehmen, ob das Meer nun ruhig ist, oder, was häufiger ist, wenn die Lage schwierig, komplex und herausfordernd ist, in anderen Worten inmitten eines tobenden Sturms. Ohne Zweifel sind Leader etwas Besonderes und die allerbesten sind herausragend. Keineswegs alle wollen und können Leader sein. Interessanterweise scheinen Leader dann aufzutauchen, wenn sie am dringendsten benötigt werden, was die Frage nahe legt: Wer sind sie und woher kommen sie?

In diesem Vortrag werde ich nicht versuchen, Themen abzudecken, die von anderen an diesem Kongress wohl schon ausführlicher erläutert worden sind,

---

<sup>6</sup> *Wegen der Häufigkeit von Begriffen wie «Leader» oder «Manager» in diesem Text wurde zur besseren Lesbarkeit von einer geschlechterspezifischen Schreibweise abgesehen. Unter der männlichen Form (z.B. Leader) sind immer sowohl Frauen wie Männer zu verstehen (Anm. d. Übers.).*

als ich dies könnte. Stattdessen möchte ich eine wenig erforschte Fragestellung ausleuchten, nämlich die Frage, woher diese Leader kommen und welche Wirkung sie auf uns haben. Denn, täuschen Sie sich nicht: ohne wirkungsvolle Leader erreichen wir weder als Berufsstand, noch als Einzelne etwas und verschwenden wertvolle Zeit, Fleiß und Ressourcen, indem wir wie kopflose Hühner an einem Grillfest herumrennen! Ich werde die Grundlage von Leadership auf einer persönlichen und lokalen Ebene untersuchen (und, wo angebracht, den Rollen und Funktionen des Managements gegenüberstellen) sowie versuchen, zu begründen, ob es die gleichen Eigenschaften sind, welche jemand in einer führenden Position oder mit nationalen oder internationalen Verantwortlichkeiten braucht.

### **Was macht einen Leader aus?**

Es gibt unzählige Definitionen von Leadership und ich schlage nicht vor, diese hier zu bewerten. Manche Merkmale scheinen all diesen Beschreibungen gemeinsam zu sein, aber selbst in seiner einfachsten Form ist ein Leader offensichtlich weit mehr als die Person zuoberst oder zuvorderst. Und ein Leader zu sein bedeutet noch nicht, sich für das Wohl aller einzusetzen oder einen guten Einfluss haben auf jene, die sich entscheiden, einem zu folgen. Und Leader können auch in einer Weise leiten, dass die anderen davon gar nichts merken. Wenn die Aufgabe vollbracht ist, glauben diese dann, ihre Ziele ohne Unterstützung von außen erreicht zu haben. Andere Leader strahlen so viel Charisma aus, dass von außen gesehen der Eindruck entsteht, dass sie sich selber um jeden Teil einer Einrichtung kümmern, wogegen andere ruhig, bescheiden und lediglich durch ihr Beispiel zu leiten scheinen. Weiter sind Leader nicht unbedingt auch Manager, Manager ihrerseits selten auch Leader, obwohl sie im Idealfall auch beides sein können. Mit anderen Worten beschreiben vereinfachende Definitionen Leadership und Leader nicht ausreichend, wenn sie Aspekte außer Acht lassen wie Kontext, Umstände, Persönlichkeit, Geschichte, Werte, Kulturen und die Komplexität der menschlichen Beziehungen oder Gruppendynamiken. Leadership hat die Geschichte geprägt mit berühmten Frauen und Männern, die von der Antike bis heute als Meilensteine fungieren. Ihre Taten gehen ihnen seither voraus, und ihre Namen sind uns so geläufig wie die unserer Nachbarn. Warum erinnern wir uns so genau an diese

Menschen? Was macht sie für uns besonders und warum erinnern wir uns sowohl an die Heiligen als auch die Sünder? Wenn wir diese Fragen beantworten könnten, wüssten wir dann, worin Leadership besteht? Ich bin nicht sicher, ob wir dann eine allgemeine, überall passende Definition hätten, welche auf jede Situation und jeden Umstand übertragbar wäre. Wir hätten dann eine Gruppe Menschen als Leader definiert, die Leadership unternehmen, und eine andere, sehr wahrscheinlich größere Gruppe als Leute, die geleitet werden. Wenn dies der Fall wäre, wieso entwickeln Autoren zu diesem Thema dann neue Ideen, neue Deskriptoren und neue Ansätze? Wenn wir schon wissen, was der Begriff Leadership alles beinhaltet, wieso zerteilen wir ihn dann immer noch in seine verschiedenen Elemente und überlegen, wieso manche Leute erfolgreicher als andere sind und wie jene von diesen lernen können, um sich selbst weiter zu entwickeln? Schlicht und einfach weil wir noch nicht alles wissen was es zu wissen gibt. Und weil durch verschiedene Situationen verschiedene Menschen in die Leaderrolle hineinwachsen, müssen wir jedes einzelne Beispiel von Leadership genau ansehen, um es in seiner Eigenart zu begreifen. Ich stelle die Argumente in Frage, die besagen, dass Leader dazu geboren werden, dass sie genetisch andersartig, dass sie tendenziell egoistisch und machthungrig oder psychopathischer als der Rest der Bevölkerung sind. Wahr ist, dass sich diese großen Persönlichkeiten aus dem Verlauf der Geschichte in unser Bewusstsein eingeprägt haben, weil ihre Leben, ihre Taten und Handlungen oder Worte die Ereignisse solchermaßen verändert haben, dass wir ihren Einfluss selbst heute noch spüren. Wir alle haben selbst schon Leadership und Leader erfahren. Es muss keinesfalls eine Mutter Teresa oder ein Vorsitzender Mao sein: es kann die Person sein, mit der man jeden Tag zur Arbeit fährt, die eine Auswirkung auf die Art hat, wie man sein eigenes Leben führt, wie man sich kleidet oder welche Sportmannschaft man anfeuert. Es kann der Mann aus dem Laden um die Ecke sein, der eines Tages einem schweren Unfall vor seinem Geschäft beiwohnt und die lebensrettenden Abläufe so geschickt lenkt, dass selbst die Fachleute bass erstaunt sind. Oder es könnte jemand für uns besonderes sein, ein Mensch, den wir bewundern, zu dem wir hinaufschauen, dem wir nacheifern, den wir nachahmen oder imitieren wollen. Das können Menschen aus unserem sozialen oder beruflichen Umfeld oder sogar unsere Lebenspartner sein. Aber wer immer sie auch sind

oder woher sie auch stammen, wir folgen ihnen für bestimmte Aktivitäten, Prozesse, Überzeugungen und Verhaltensweisen, weil sie uns dazu beeinflussen und wir ihnen gerne folgen. Alle diese Menschen sind auf ihre Weise Leader, alle verfügen sie über verschiedene Leadership-Eigenschaften und binden uns an sie mittels eines fast unsichtbaren Fadens von Gemeinsamkeit. Sie mögen nichts in der Weltpolitik bewirken, aber ihre Führung und Feinheit unterscheidet sie von anderen. Denn sie beeinflussen die Handlungen anderer oder ermöglichen das Erreichen gewisser Ziele, die allen gemeinsam sind. Sie haben ganz sicher eine Auswirkung auf die Leben anderer Individuen. Vielleicht noch wichtiger ist: indem wir ihnen folgen, fühlen wir uns sicherer, inspiriert, begeistert, erleichtert, glücklicher, möglicherweise vom Erfolg überzeugt, zuversichtlicher oder auch bloß dankbar, Teil einer Gruppe und nicht länger alleine zu sein. Somit wirken sie auf uns in einer nachweisbaren Art, die offensichtlich unseren Bedürfnissen, Wünschen und Erfordernissen entspricht. Glauben wir diesen Leadern? Vertrauen wir ihnen, dass sie uns in die für uns richtige Richtung führen? Sind wir bereit, ihnen zu helfen? Mit einigen Vorbehalten glaube ich dies. Seltsamerweise akzeptieren wir sogar gerne, dass der Leader nicht immer Recht haben wird, nicht alle Antworten hat und Fehler machen kann. Für uns ist wichtig, die Auswirkungen ihrer Leadership zu spüren – es ist eine beinahe emotionaler Vorgang, obwohl ich diesen nur ungern ausschließlich als das bezeichnen möchte. Gewiss, erfolgreich geleitet werden kann eine viszerale Erfahrung sein, wie auch ein erfolgreicher Leader zu sein eine viszerale Erfahrung bedeutet. Aber es scheint, dass Zutrauen in den Leader die Antriebskraft hinter unserer Bereitschaft ist, von ihm geleitet zu werden, während die emotionale Reaktion unser Denken und dadurch unsere Bereitschaft, zu folgen verstärkt. Berichte von Leadern über ihre Erfahrungen mit dem Leiten zeichnen ein ähnliches Bild: ein treibendes Gefühl, dass etwas seine Richtigkeit und einen Sinn hat, gekoppelt an ein Hochgefühl. Diese zwei Elemente kommen zusammen und führen zu Erfolgserlebnissen und persönlichem Wohlbefinden. Daraus können wir vielleicht etwas über die Natur von Leadern und Leadership erfahren, ohne auf nichtssagende Definitionen zurückgreifen zu müssen. Wir wissen, dass diese Menschen inspirieren und Zuversicht einflößen können und anderen das Gefühl geben, Teil von mehr als lediglich einem einzelnen Unterfangen zu sein. Wir wissen, dass zu bestimm-

ten Zeiten gewöhnliche Menschen ungeachtet ihres Hintergrunds Leader werden, und dass unter diesen Umständen andere wiederum bereit sind, ihnen zu folgen. Wir können sehen, dass sowohl das Bedürfnis zu leiten als auch die Erfahrung, geleitet zu werden bei den Betroffenen emotionale und kognitive Veränderungen bewirken. Gleichzeitig hält das in den Leader gesetzte Vertrauen an, obwohl die Mitarbeiter wissen, dass ihr Leader nicht unfehlbar ist. Daraus können wir ebenfalls schließen, dass es Menschen gibt die leiten und solche, die ihnen folgen. Aber diese Rollen können sich unter bestimmten Umständen abwechseln, und Leader können Teil der Gefolgschaft werden und umgekehrt.

### **Was zeichnet Leader aus?**

Um weiterfahren zu können, müssen wir uns überlegen, welche Eigenschaften eines Leaders andere dermaßen inspirieren, dass sie diesem Menschen folgen wollen. Was ist beispielsweise besonders an der Person aus dem Team, die stets zu wissen scheint, wie eine schwierige Situation mit einem aufgebrachtten oder unruhigen Patienten entschärft werden kann? Und es dabei sogar noch versteht, sowohl die menschliche Würde als auch wirksames klinisches Ergebnis in Einklang zu bringen. Die Person, die anscheinend auch durch eine völlig unberechenbare Lage auf der Station nicht aus der Ruhe zu bringen ist, und die dann die Situation wieder mühelos in den Griff bekommt, scheinbar ohne etwas besonderes zu tun. Oder, vielleicht noch bedeutsamer, die Person, die Sie aufsuchen, wenn Sie wegen Arbeitsplatzproblemen die von Ihnen angestrebte Art von Pflege nicht mehr verabreichen können; die Sie dann vertritt und Ihre Bedenken Ihren Vorgesetzten mitteilt und dann die Angelegenheit irgendwie freundschaftlich regelt, ohne Sie oder Ihren Vorgesetzten dabei je zu verärgern. Wessen Name alleine schon scheint Sie zuversichtlich zu stimmen, wenn sie auf dem Dienstplan sehen, dass sie mit dieser Person die gleiche Schicht arbeiten? Es ist klar, diese Menschen bewegen uns. Wir wissen, wer sie sind und suchen bewusst ihre Gesellschaft. Unser Wunsch, in ihrer Gesellschaft zu sein mag uns zwar nicht völlig bewusst sein, aber wir schätzen ausgesprochen, dass in der Zusammenarbeit mit ihnen die Dinge überschaubarer, kontrollierter und erfolgreicher erscheinen. Die Schwierigkeit, diesen Menschen spezifische Eigenschaften zuzuordnen liegt letzten Endes sehr oft

darin, dass es hier um Persönlichkeiten und Haltungen geht und um dieses angeborene Gefühl von Vertrauen in ihre Fähigkeiten und ihre Kenntnisse. Gemäß der veröffentlichten Literatur zählen nicht so sehr die Qualitäten, über welche der erfolgreiche Leader verfügt, sondern vielmehr deren Umsetzung in die Praxis. Daher ist die Anerkennung, dass alle gleich sind eine Qualität, die wir mit Menschlichkeit verbinden. Ein Leader wird diese menschliche Eigenschaft nun sogar darin gehend verwandeln können, dass sich die Mitarbeiter selbst auch wichtig genommen fühlen. Auch wenn Sie heute die Person im Dienst sind, die am wenigsten Berufserfahrung hat, spielt dies keine Rolle, wenn Ihnen der Leader das Gefühl gibt, Sie seien die am härtesten arbeitende, fähigste und diplomatischste Fachkraft. Die Zusammenarbeit mit diesem Leader vermittelt einen gewissen „Wohlfühl“-Faktor, der sich auch auf andere überträgt, seien diese nun berufserfahren oder -unerfahren. In Wirklichkeit muss dieser Leader nicht einmal die dienstälteste Pflegefachkraft sein – auch ein jüngeres Teammitglied kann die Leaderrolle innehaben, gewissermaßen als Gruppenmaskottchen: die Person, an die sich alle für Beratung und klinische Führung wenden, die der Manager beim Besuch der Station aufsucht, diejenige, auf die sich das dienstälteste Personal für akkurate Patienteninformationen verlässt, diejenige, an deren Meinung zu klinischen Fragen die Psychiaterin interessiert ist. Die Menschen zu bestärken und ihnen Zuversicht, sowohl, was ihre eigenen Fertigkeiten als auch jene der Leader angeht, vermitteln können ist also eine der Schlüsseleigenschaften eines erfolgreichen Leaders. Diese Menschen denken meist optimistisch und innerhalb eines klinischen Umfelds drückt sich dies in einer positiven Haltung gegenüber Pflegeergebnissen aus. Beim Überprüfen eines Pflegeplans sehen sie eher Möglichkeiten als Hindernisse, werden für die Patienten stets neue Erfolg verheißende Wege finden, und werden sowohl die anderen Pflegenden als auch die Patienten selber dazu ermutigen, positiv in die Zukunft zu blicken. Sie könnten nun denken, dass es ja der Hauptzweck der Pflegeplanung ist, gute Problemlösungsmöglichkeiten finden, und damit hätten Sie auch Recht. Aber die Fertigkeit des Leaders besteht darin, einen Geist zu erzeugen, der die Bereitschaft fördert, dies auch zu tun sowie die Überzeugung, dass damit etwas erreicht werden kann. Es scheint, dass der Leader eine Vision des Machbaren hat und dies bei den anderen vorantreiben kann. Verbunden mit ihrer Fähigkeit, jeder Person

ein Gefühl von Wichtigkeit zu vermitteln, hat dies gleichermaßen eine sehr direkte Auswirkung auf die Patienten und die Behandelnden. Die schlichte Überzeugung, dass etwas getan werden kann ist schon die halbe Miete. Aber die Menschen fühlen sich dadurch auch selbst gut und solche positiven Gedanken inspirieren uns dazu, es besser machen zu wollen und mehr zu erreichen. Von Bedeutung ist hier nicht, dass der Leader uns in diese Richtung inspirieren kann, sondern, dass er dies praktisch unbemerkt tut. Es gibt nichts Schlimmeres, als wenn jemand sagt: *„Sie können mir vertrauen“* - daraufhin tun wir dies selten. Oder ständig von einer Person aus dem Team daran erinnert zu werden, dass der Erfolg eines Patienten ihr zu verdanken ist, während du lediglich eine Nebenrolle spielst. Der wahre Leader muss Ihnen nicht sagen, dass er vertrauenswürdig ist, Sie „wissen“ dies einfach. Der wahre Leader zwingt Ihnen oder dem Patienten seine Erfolge nicht auf, weil dies im Widerspruch zu seiner Arbeitsphilosophie stehen würde. Sie und der Patient sollen Verantwortung übernehmen für die Rollen, die sie spielten, die Entscheidungen, die sie fällten, die Verhaltensänderungen, die Aggressionsreduktion, das Beenden von selbstverletzendem Verhalten, denn nur dann können Sie Ihre eigenen Leistungen anerkennen. Es ist diese Fähigkeit, den anderen das Gefühl zu geben, selbständig zu arbeiten, welche die erfolgreiche Leader auszeichnet. Ein Zitat von Lao Tse: *„Ein Leader ist am besten, wenn die Menschen kaum wissen, dass es ihn gibt; wenn seine Arbeit gemacht ist, sein Ziel erfüllt, werden sie sagen: wir selber haben es gemacht“*. Eine weitere Eigenschaft muss in der Situation jedoch noch untersucht werden, da es nämlich in Wirklichkeit gut sein kann, dass in Abwesenheit eines Leaders andere die ganze Arbeit verrichteten. Die meisten guten Leader sind ständig anwesend, ohne Ihnen dauernd über die Schultern zu schauen, oder Ihre Aktivitäten zu unterbrechen, um Anweisungen zu geben oder vielleicht noch schlimmer, hineinfunkeln indem sie Ihre Aufgaben machen, weil „sie es am besten wissen“. Der erfolgreiche Leader ist jemand, der da ist, wenn Rat und Unterstützung nach gefällten Entscheidungen benötigt werden. Er regt sie durch das Stellen von Fragen dazu an, das Beste aus Ihnen herauszuholen, statt Ihnen gleich zu antworten ohne vorherige Abklärung, was Sie selber schon wissen oder tun können. Der Leader setzt Ihre Fähigkeiten ein, welche von seinem Denken geprägt sind. Wichtig ist jedoch, dass er da ist, obwohl anscheinend Sie die Arbeit verrichten. Wenn die

Dinge schief laufen oder verbessert werden müssen, ist er helfend zur Stelle und übernimmt die Verantwortung in einer Weise, die Ihre Anstrengungen nicht abwertet. Wenn Sie um seine Hilfe bitten, bietet er diese kritiklos an und in einer Art, die Sie befähigt, von ihm zu lernen. Noch einmal, dieses Gefühl von Stabilität, das er projiziert, die Zuversicht, die er ausstrahlt, das Gefühl von Sicherheit, dass Sie in seiner Nähe verspüren, zeigt sich in seiner Verfügbarkeit für Sie und die Patienten. Sie fühlen sich sicher, wenn Sie ihren Leader um Hilfe bitten, weil Sie wissen, dass diese reichlich gegeben wird und Ihre Anstrengungen nicht belächelt werden. Es gibt nichts Schlimmeres, als für eine Person zu arbeiten, von der Sie wissen, dass sie Sie jedes Mal rügen wird, wenn etwas schief läuft (und in einer psychiatrischen Umgebung ist dieser Fall eher die Regel als die Ausnahme). Beim Erbringen von erfolgreicher psychiatrischer Pflege geht es mehr als um alles andere um das Vorhersehen von Unvorhersehbarem. Wir sammeln fleißig Assessmentdaten im Versuch, dank Informationen aus der Vergangenheit die Zukunft zu verstehen. Dies klappt nicht immer, aber manchmal ist es alles, was uns zur Verfügung steht. Der Leader beachtet solche Daten und wendet sie bei Entscheidungen stets an, und ermuntert andere, es ihm gleich zu tun, erklärt aber auch, warum es so sein sollte. Alle klinischen Bereiche haben Regeln, Behandlungsanleitungen, Abläufe, Best-practice-Protokolle, therapeutische Instrumente, Assessmentmechanismen und mehr dergleichen. Der Leader verwendet diese bestimmungsgemäß, macht keine Abstriche oder überspringt Schritte und erbringt dadurch stets genaue, fürs Team und die Patienten nützliche Daten und Rückmeldungen. Ein guter Leader zeichnet sich durchs Befolgen von Leitregeln und Gewissenhaftigkeit aus, verzichtet aber darauf, anderen offensichtlich dieselben Maßstäbe aufzuzwingen. Andere werden seinen Fußstapfen folgen, ausnahmslos ohne dass ihnen das gesagt wurde. Mitarbeiter ahmen unbewusst ihre Leader nach, weil sie sehen, was ihnen das sowohl auf der persönlichen als auch auf der beruflichen Ebene bringt. Somit erreicht der Leader durch das Einhalten von Vorschriften mehrere Dinge: eine bessere Qualität der Arbeitspraxis (ein Gewinn für die Einrichtung), genauere Pflegeinformationen (ein Gewinn für die Patienten), ein besseres Verständnis des Pflegeergebnisses (ein Gewinn für das Pflegeteam) und eine Stärkung der Verbindung vom Leader zum Mitarbeiter (zwischen der Person selbst und den anderen Mitar-

beitern des klinisch arbeitenden Teams (ein Gewinn für alle, nicht zuletzt die Leader).

## **Fehler machen**

Bis jetzt sieht es aus, als hätte ich ein Bild eines „perfekten Kliniklers“ gemalt, einer Person, der stets alles gelingt, eines Heiligen am Arbeitsplatz. Selbstverständlich entspricht dies in keinster Weise der Wahrheit. Die Wirklichkeit ist viel komplexer. Zunächst einmal, weil der Leader andere dazu ermutigt, selber Entscheidungen zu treffen, kann vieles schief laufen. Die Tatsache, dass es sich das Team zutrauen wird, kalkulierte klinische Risiken einzugehen bedeutet, dass es auch besser auf mögliche Misserfolge vorbereitet werden sollte. Krisenpläne zu haben gehört zur guten Praxis und der Leader wird dies gemäß den zuvor erläuterten „goldene Regel“-Prinzipien erwarten. Aber innerhalb der psychiatrischen Pflege gibt es so viele Variablen, ob in stationären oder gemeindenahen Einrichtungen, und keine Person kann beim Entwickeln von Pflegeangeboten oder im Umgang mit schwierigen Situationen alle Möglichkeiten berücksichtigen. In Anbetracht der Anzahl von Variablen, der unberechenbaren Natur der Patientenpopulation und der Wahrscheinlichkeitsgesetze an und für sich, wird der Leader früher oder später einmal einen Fehler machen. Nicht der Fehler selbst stellt seine Führungsfähigkeiten auf eine Bewährungsprobe, sondern wie mit dem Fehler umgegangen wird. Ich vermute, dass wir alle schon einmal im Leben eine Situation erlebt haben, in der wir für etwas beschuldigt wurden, dass wir nicht getan hatten. Das Gefühl, unrecht behandelt worden zu sein, kann manchmal so unerträglich sein, dass wir zu außergewöhnlich viel bereit sind, um unsere Unschuld zu beweisen. Wenn wir wissen, wer der wahre Übeltäter ist, macht dies die Situation nur noch schlimmer, insbesondere, wenn wir dies nicht beweisen können. Eine Einrichtung funktioniert am besten, wenn Menschen Fehler machen dürfen und daraus lernen können. Eine Einrichtung funktioniert schlecht, wenn sie anderen für ihre eigenen Fehler in der Infrastruktur und in den Kommunikationslinien die Schuld gibt und dadurch ihre Belegschaft abwertet sowie ein Klima von Furcht schafft. Genauso wie eine gute Einrichtung Verantwortungen sowohl für ihre Erfolge als auch für ihre Misserfolge übernimmt, wird auch der erfolgreiche Leader seine Fehler, seine Grenzen, seinen Mangel an Wissen oder

Fertigkeiten eingestehen. Dadurch wird er menschlich (wir alle machen Fehler), aber einen noch größeren Einfluss wird dies auf sein Arbeitsteam haben. Es erfährt, dass man sich sehr wohl sowohl seine Grenzen als auch seine Fehler eingestehen kann. Solange das Team daraus lernt, kann es wachsen, seine Fähigkeiten entwickeln und seine klinische Wirksamkeit verbessern. Bleiben diese Grenzen verborgen, stocken die Dinge, es findet kein berufliches Wachstum statt, es gibt nur versteckte Mängel und personelle werden schlecht genutzt. Die Hand hochzuhalten und für Ihren eigenen Fehler Verantwortung zu übernehmen ist möglicherweise in einer offenen und frei denkenden Umgebung einfacher als in einer, in welcher eine Schuldzuweisungskultur herrscht. Aber es braucht immer noch viel Überzeugung, Integrität und eine Bereitschaft, tatsächlich zuzugeben, im Unrecht zu sein. Dennoch ist es die Fähigkeit, Fehler zu machen, nicht die scheinbare Unfehlbarkeit der Leader, die sie von ihren Kollegen unterscheidet und den Unterschied zwischen einem Leader und seiner Gefolgschaft kennzeichnet. Fehler einzugestehen ist jedoch eine Sache, etwas daran zu ändern eine andere. Wenn jemand andauernd die gleiche Art von Fehler macht, wird diese Person untragbar. Der wahre Leader wird nie in diese Falle tappen. Er mag vielleicht nicht sofort die Antwort auf das Problem haben, aber er wird sie herausfinden und, was vielleicht noch wichtiger ist, er wird dazu andere Leadership-Fertigkeiten verwenden – die Hilfe oder den Rat anderer einholen (sie somit wertschätzen), die Patienten befragen, was ihrer Meinung nach wo schief lief (und sie damit befähigen) oder schlicht nach fachlichen Erkenntnissen zur Lösung des Problems suchen und das Gefundene mit dem Team anschauen (und dadurch eine informiertere und besser ausgerüstete Belegschaft bilden). Natürlich wird es nicht immer nur der Leader sein, der Fehler macht. Genau wie die Wahrscheinlichkeitsgesetze uns zeigen, dass der Leader Fehler machen wird, gilt dies ebenso für die Mitarbeiter. Und das ist umso wahrscheinlicher, je mehr sie ihre Fertigkeiten entwickeln. Wie jedoch mit einer Person umgehen, die einen Fehler macht, deren Haltung gegenüber bestimmten Patienten zu wünschen übrig lässt, oder die sich nicht genügend ins Team einbringt? Sie haben mehrere Möglichkeiten. Die Person anschreien wie ein rasender Oberstabsfeldweibel und dabei selbst so lächerlich wirken, wie Sie die fehlbare Person darstellen möchten, ist eine Möglichkeit, wenn auch ganz klar die wirkungsloseste. Die Person bei einer passenden Gelegen-

heit zur Seite nehmen, mit ihr in einer vernünftigen Art über das reden, was Sie beobachtet haben, und ihre Meinung einholen ist wahrscheinlich am anderen Ende des Spektrum der Möglichkeiten. Dazwischen gibt so viele andere Möglichkeiten, die Situation anzugehen wie es Menschen gibt, die dies versuchen. Was also würde der Leader tun? Schwer zu sagen, denn viel wird von seiner Beziehung mit dem betroffenen Individuum abhängen, seiner Situationseinschätzung und bis zu einem gewissen Grad seinem Platz innerhalb der Hierarchie des klinischen Teams – obwohl die Stellung in der Hierarchie ein kleineres Problem ist, als man gemeinhin annehmen könnte. Seltsamerweise kann der erfolgreiche Leader die meisten solchen Probleme dank seiner Sozialkompetenz überwinden und selbst etwas delikaten Aspekte wie Alter und Geschlecht können mit Charme und Würde angegangen werden. Das einzig wirklich Sichere, was man über die vom Leader verwendete Strategie sagen kann, ist, dass, was immer er sich auch entscheidet zu tun oder zu sagen, es nicht vor anderen stattfinden wird – der Kardinalsünde, was gutes Leadership anbelangt. Menschen vor anderen bloßzustellen ist Mobbing und schafft letztlich Feinde – der Leader wird diesen Fehler nie machen. Und, vielleicht noch wichtiger: diejenigen, die sich dafür entschieden haben, dem Leader zu folgen werden dies auch wissen und mehr Respekt zeigen für das, was taktvoll und privat gesagt wird als dies andernfalls in einer öffentlichen Gegenüberstellung der Fall wäre.

### **Denkpause**

Können wir also irgendwelche allgemeinen Schlüsse aus dem bisher Gesagten ziehen? Sowohl in Bezug auf die Eigenschaften, welche die Vorstellung von gutem Leadership unterstützen und wie diese sich auf uns auswirken, die wir uns entscheiden, ihm zu folgen. Ich denke schon. Es ist zum Beispiel offensichtlich, dass erfolgreiche, positive Leader ein klares Verständnis davon haben, was sie tun möchten, und dass sie mit anderen so zusammenarbeiten können, dass diese Vision, eine gemeinsame, von allen geteilte wird und nicht nur die Vision des Leaders bleibt. Sie scheinen den Stärken und Schwächen anderer gegenüber wohlgesinnt zu sein und sind bereit, ihre eigenen Fehler einzugestehen, wenn die Situation es erfordert. Sie mögen stark oder energisch sein, aber wir genießen es, mit ihnen oder für sie zu arbeiten, haben zu

ihnen Vertrauen und sie ihrerseits erzeugen Vertrauen in uns. Vielleicht bezeichnenderweise tendieren wir dazu, sie zu mögen oder zu bewundern und versuchen, sie nachzuahmen (dies hat einen zweifachen Zweck im Bindungsprozess zwischen Leadern und ihrer Gefolgschaft, denn wie Forschung an jungen Affen nachgewiesen hat, sind wir von jenen, die uns nachahmen, oder uns am meisten gleichen, angezogen – somit ist der Leader mehr von den Mitarbeitern angezogen, weil sie ihm ähnlich erscheinen). Vor allem jedoch bringt der Leader Dinge zu Ende und braucht sich nicht immer den Verdienst für das Erreichte anzurechnen. Es muss mittlerweile ziemlich offensichtlich sein, dass ohne solche Menschen unter uns, in der Belegschaft, in unserem Berufsstand, das Gefühl von Zielstrebigkeit und Sinnhaftigkeit, dass wir zum Vorwärtkommen brauchen, auf bedauerliche Weise fehlen würde. Leader vom zuvor beschriebenen Kaliber sind es, die uns die Kraft geben, uns zu entwickeln, uns Widrigkeiten zu stellen, sowohl Einfaches wie auch Kompliziertes zu erreichen, uns aber auch stolz sein lassen auf das, was wir tun. Sie sind unerschrocken und leiden manchmal für ihren Wagemut oder ihre Furchtlosigkeit, aber denken Sie sich nie, dass sie diese Dinge leichtfertig tun – sie kalkulieren die Risiken und sind bereit, zu führen, weil ihre Überzeugungsstrukturen, ihr Verantwortungsgefühl und ihre umfassende Moral ihnen dies nahe legt. Wie John Kenneth Galbraith sagte: *„Alle großen Leader hatten stets etwas gemeinsam: es war die Bereitschaft, sich uneingeschränkt der Hauptsorge der Menschen in ihrer Zeit zu stellen“*. Dies, und nicht viel mehr, ist das Wesentliche an Leadership. Eine letzte Anmerkung an dieser Stelle: Ironischerweise können wahre Leader angesichts ihrer Rolle in der Gesellschaft ohne Gefolgschaft funktionieren, aber die Gefolgschaft kann ohne einen Leader nicht richtig funktionieren. Ich werde im nächsten Abschnitt noch einmal darauf zurückkommen, aber nehmen wir für den Moment an, dass dies eine unkomplizierte und eindeutige Wirklichkeit ist.

## Gibt es schwache Leader?

Bis jetzt habe ich meine Ausführungen auf das beschränkt, was ich für die attributionalen Qualitäten eines positiven Leaders halte, aber ich möchte kurz doch auch noch schwaches Leadership und schwache Leadership-Verhaltensweisen betrachten. Ich denke, dies ist wichtig, weil jene, die Leadership anstreben wissen sollten, dass nicht alles, was ein Leader tut, nur wegen seiner offensichtlich leitenden Position auch unterstützenswert ist. Einige dieser negativen Züge können sowohl kontraproduktiv als auch destruktiv sein und dienen lediglich dazu, die Grenzen des schwachen Leaders aufzufangen und dienen dann unweigerlich anderen (oft persönlichen) Interessen. Nachdem ihm zu Ohren gekommen war, dass einer seiner untergeordneten Generäle einen einfachen Soldaten spitalreif geschlagen und ihm vor allen Feigheit vorgeworfen hatte, soll Dwight D. Eisenhower, der später Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika wurde, folgendermaßen reagiert haben: *„Man führt nicht, indem man die Menschen auf den Kopf schlägt – das ist Körperverletzung, nicht Leadership“*. Ich halte dies für einen guten Ausgangspunkt zur Erörterung der Natur von schwacher oder negativer Leadership (ich vermeide die Begriffe gut oder schlecht, denn sie implizieren die falsche Botschaft). Ich weiß nicht mehr, wie oft man mir als Berufs- und Praxisentwickler gesagt hat: *„... tja, wir könnten viel besser arbeiten, aber eine unserer Schwesternhilfen ist eine richtige Tyrannin und erlaubt es unserem Team nicht, neue Dinge auszuprobieren – entweder setzt sie sich durch, oder sie macht Ihnen das Leben sehr schwer“*. Beachten Sie hierbei bitte, dass wir es hier mit einem ungeschulten und sehr berufsunerfahrenen Teammitglied zu tun haben, deren Einfluss auf die Arbeitsabläufe oder –ziele des Rests dieses Teams massiv ist, zu dem qualifiziertes Personal gehört, Menschen mit langer Berufserfahrung und aus einer breiten Reihe von klinischen Disziplinen. So etwas macht schlicht und einfach nicht Sinn, aber auf eine perverse Art manifestiert sich hierbei die negative Seite von Leadership und zeigt ein anderes Gesicht, trotz der Tatsache, dass dadurch alle in Richtung Stagnation und Desillusionierung geführt werden. Es handelt sich hier zweifelsohne um eine Leaderin, jedoch um eine von der schlimmsten Sorte, weil sie mehrere sehr fundamentale menschliche Schwächen anspricht – insbesondere die Bedürfnisse, von jemandem geleitet

zu werden und sich dem Wandel entgegenzustellen, weil der Wandel unsere persönliche Sicherheit berührt. In den meisten Fällen ist das Benehmen einer solchen Person eine Reaktion auf ihre eigene Unsicherheit – ihre eigene Angst vor dem Wandel und, sehr oft, verbunden mit der eine Fähigkeit, die anderen solange zu drangsalieren, bis sie die Dinge ebenso sehen. (Die gleichen Verhaltensweisen können wir bei Menschen beobachten, die das Rauchen aufgeben möchten – deren Freunde, die immer noch rauchen, ermuntern sie liebend gerne dazu, doch noch eine Zigarette zu rauchen, denn dadurch verstärken sie ihre eigene Unfähigkeit, mit dem Rauchen aufzuhören – „*siehst du, Rauchen ist in Ordnung, dann muss ich auch nicht aufhören*“.) Aber um wieder auf unseren negativen Leader zurückzukommen, was für Eigenschaften setzt er ein, um seine Kollegen zu dominieren, so dass er sich nicht seinen eigenen Ängsten stellen muss? Mobbing springt ins Auge, aber das impliziert, dass die betreffende Person sich in Wirklichkeit vor dem Wandel fürchtet, oder nicht genug über den Veränderungsprozess sowie seine persönliche Kontrolle über die Arbeit und das Verhalten seiner Arbeitskollegen weiß. Die Person mag auch einfach faul sein, und sich nicht verändern wollen, weil dies von ihr zusätzlichen Einsatz erfordern würde (oder sie müsste ihre Arbeit vermehrt hinterfragen). Sie könnte sich daher ganz einfach zurückziehen, indem sie ihre Hilfe nicht länger anbietet und jene, welche ihr folgen, darauf aufmerksam macht, dass, wenn sie ihr nicht gleichziehen, sie ihnen ihr Leben schwer machen wird. Diese Art von Intoleranz dem Wandel gegenüber ist, ganz ehrlich gesagt, einer der Hauptgründe dafür, dass die Pflegefachpersonen zögern, evidenzbasierte Praktiken zu implementieren und die Pflege selbst wird deswegen von den anderen Disziplinen nicht als echtes Mitglied des klinischen multi-disziplinären Teams betrachtet. Aus welchem Grund auch immer, solche Personen stören den allgemeinen Fortschritt oder die Entwicklung von klinischen Teams und beschneiden letzten Endes die Qualität der Pflege, die den Patienten dieser Teams angeboten wird. Sie tun dies durch umgekehrte positive Leadership-Fertigkeiten, Mobbing anstelle von Ermutigen, Bloßstellen statt privatem Erörtern von Meinungsverschiedenheiten, Vermeiden von Arbeitsaktivitäten statt beruflichem am-Ball-bleiben und, vielleicht am Wichtigsten von allem, Verfolgen eigener Ziele als Handlungsmotor, statt dem Verfolgen des gemeinsamen Ziels des Rests des Teams. Wie jedoch kommen sie ungeschoren davon? Nun,

ich habe im vorhergehenden Abschnitt auf die Antwort angespielt. Mitarbeiter brauchen Leader. Selbst kollektiv brauchen sie jemanden, der ihrem Alltag Bedeutung und Sinnhaftigkeit gibt und ohne diese Führung wird die Gefolgschaft unsicher und weiß nicht, wohin sie gehen soll und was von ihr erwartet wird. Verstehen Sie mich nicht falsch: ich will damit nicht sagen, dass Mitarbeiter passiv darauf warten, bis jemand erscheint und sie bei der Hand nimmt! Sie machen weiterhin ihre Arbeit, sie funktionieren halbwegs vernünftig und leisten einen wertvollen Beitrag zur Arbeit des Teams, aber wenn sie nicht richtig von den positiven Leadern motiviert sind, werden sie von den negativen umworben bleiben – denn sie brauchen ein Leader, selbst wenn sie über das, welches ihnen dieser sagt, unglücklich sind. Meiner Erfahrung nach kann diese Situation durch zwei Handlungen vermieden werden: Erstens, die Mitarbeiter von den negativen Leadern trennen und sie als vollwertige Partner in die Entwicklungsaktivitäten mit einbeziehen. Zweitens, die negativen Leader einfach fragen, was genau an der neuen Arbeitsweise ihnen derart Angst macht. Es ist erstaunlich welche Auswirkung diese Direktheit hat. Anschließend kann die gleiche Taktik wie bei den Mitarbeitern eingesetzt werden, nämlich die negativen Leader ins Veränderungsteam integrieren und Verbündete aus ihnen machen. Ich habe dieses Beispiel etwas länger als unbedingt nötig ausgeführt, weil ich aufzeigen möchte, dass negatives Leadership, in den falschen Händen, ausgesprochen destruktive und völlig demoralisierende Folgen haben kann. Jedoch sind nicht nur Mobbing und Rückzug die Werkzeuge der negativen Leader. Ungeduldig sein, versuchen, neue Methoden zu implementieren, bevor die Menschen die Gelegenheit hatten, herauszufinden, wie diese richtig anzuwenden sind und dadurch zusätzlichen Druck auf die Belegschaft ausüben und es für potentiell Versagen verantwortlich machen; all dies ist bezeichnend für jene, die den Fortschritt zu ihrem eigenen Gewinn erzwingen wollen: „*Schaut, was ich zu leisten fähig war!*“. Diese Strategie geht selten auf, aber viel zu häufig werden negative Leader von ihren Vorgesetzten (es sei denn, diese haben Köpfchen) als Draufgänger wahrgenommen und Menschen, die es fertig bringen, Dinge erledigen zu lassen – werden befördert und kurz darauf, wenn die Systeme versagen, die sie überstürzt eingeführt haben, geben sie die Schuld dafür an andere mit weniger Erfahrung und übernehmen andere Verantwortungsbereiche, wo sie weiterhin scheitern, bis eines

Tages jemand die Frage stellt: Was genau hat denn nun diese Person eigentlich tatsächlich erreicht? Bei starken Persönlichkeiten kann dies jedoch viele Jahre dauern und bis zu diesem Zeitpunkt sind sie schon mehrfach über ihre Fähigkeiten hinaus befördert worden. Anderen Furcht einzuflößen ist oft der Stil von Leadership, den berufsunerfahrene Teammitglieder und jene verwenden, die rasch die Karriereleiter hinaufklettern möchten. Einige ranghohe Manager und CEOs verwenden sehr wohl auch die gleichen Taktiken, haben diese aber wohlweislich ihrem Profil entsprechend verfeinert, damit sie nicht diejenigen sind, die unter der Belegschaft Furcht verbreiten – die Menschen würden schlicht nicht für sie arbeiten. Aggressiv sein bedeutet nicht Leadership, wie uns das Zitat von Eisenhower klarmacht, sondern Körperverletzung, und darf keinesfalls mehr vorkommen. Vielleicht einer der schwierigsten Charakterzüge im Umgang mit Menschen, ist er doch zeitweise praktisch unmöglich auszumachen oder zu beweisen, ist die Unaufrichtigkeit. Sie unterläuft alles – nichts kann geglaubt werden, nichts kann vorwärts gehen, weil alles schief läuft, trotz gegenteiligen Versprechungen. Negative Leader können wohl während einer gewissen Zeit lang die anderen täuschen, wenn jedoch das Versagen über längere Zeit andauert, realisieren die Mitarbeiter, dass etwas faul ist und ziehen ihre Unterstützung zurück. In ähnlicher Weise dauert es eine Weile, bis schiere Unfähigkeit enttarnt wird, insbesondere beim überbeförderten Leader. Jedoch auch wenn dieser negative Leader einmal enttarnt ist, stellt sich die Frage, was mit ihm anzufangen ist – ihn anklagen, unfähig zu sein? Beweisen Sie es! Vorschlagen, er soll die Verantwortung für seine Misserfolge übernehmen? Dafür bin nicht ich, sondern andere Schuld! Geben Sie ihm mehr Verantwortung? (Eine seltsame und perverse Möglichkeit, die offenbar ausgeheckt wurde, um es Menschen zu ermöglichen, „sich selbst zu hängen“ und dadurch den Grund für ihre Entlassung selbst zu liefern. In der Wirklichkeit wird so die Belegschaft dem Missbrauchsrisiko durch eine herzlose und eigennützige unfähige Person ausgesetzt). Meiner Meinung nach sind negative Leader gefährlich für klinische Teams sowie berufliche Gruppen, aber insbesondere auch für die psychiatrische Pflege als Ganzes. Dies deshalb, weil sie oft den Eindruck erwecken können, im Interesse des Allgemeinwohls zu handeln, während sie in Wirklichkeit ihre eigenen Interessen verfolgen. Sie können unfähig und unaufrichtig (aber unentdeckt) sein und deshalb der

Gruppe, die ihnen folgt, einen schlechten Ruf einhandeln sowie Machtmethoden anwenden, damit die Menschen ihnen wider besseres Wissen folgen. Es ist oft der Fall, dass solche negativen Leader, möglicherweise weil sie mit charismatischen Persönlichkeitsmerkmalen ausgestattet sind, wenn sie einmal zur Sache bekehrt sind und sie die richtigen, zu ihren Fähigkeiten passenden Möglichkeiten bekommen, sich zu treu ergebenden Verbündeten und gewissermaßen zu untergeordneten Pseudo-Leadern/Mitarbeitern entwickeln können, zu Personen, die gleichzeitig aus Überzeugung und echter Unterstützung folgen, aber auch andere Mitarbeiter dazu bringen, das Gleiche zu tun.

### **Management und Leadership**

Ich habe von erfahrenen Managern oder Ausbildnern schon oft folgende Bemerkung gehört, dass wir nicht mehr Managementkurse brauchen würden, sondern dass wir diese mit Kursen über Leadership ersetzen sollten. Dies beruht auf Annahmen, die sich als wahr oder nicht wahr herausstellen können. Erstens: Leadership kann gelehrt werden; zweitens: Management und Leadership sind zwei verschiedene Dinge; drittens: wir brauchen keine Manager, aber wir brauchen Leader; viertens: dass Leader und Manager zwei Gruppen sind, welche dieselbe Arbeit verrichten, wobei es die einen jedoch besser als die anderen tun, und schließlich, dass eine Person lediglich durch die Absolvierung eines Kurses in Leadership oder Management entweder Manager oder Leader wird. Befassen wir uns ein bisschen näher damit.

### **Leadership kann man lehren**

Ist dem so? Ich glaube, dass man selbstverständlich die im Leadership benötigten Fertigkeiten und Techniken lehren kann, jedoch müssen für Studierende zusätzliche Dinge zur Verfügung stehen, wenn sie Leader werden möchten. Dazu gehören einige, wenn nicht alle, der folgenden Voraussetzungen: Erstens einmal müssen sie als potentielle (oder tatsächliche) Leader angemessen ausgesucht worden sein, nicht bloß wegen der Anzahl Dienstjahre. Zweitens sollten sie das vermittelte Wissen wertschätzen können und den Wunsch haben, es in ihren eigenen Führungsstil einfließen zu lassen. Drittens sollten sie fähig sein, sich anzupassen, zu verändern und sich zu entwickeln, ohne sich durch neue Ideen oder Forschungsergebnisse bedroht zu fühlen. Viertens werden sie

auf die Unterstützung von Mentoren und Supervisoren angewiesen sein, wenn die Ausbildung beendet ist, damit sie stets Gelegenheit haben, in einer sicheren, privaten und entwicklungsfördernden Umgebung ihren Fortschritt zu reflektieren. Fünftens sollten Absolventen an den richtigen Managementpositionen wirken, um das Gelernte umsetzen zu können und nicht in untergeordneten Positionen ohne Verfügungsgewalt festsitzen und gleichzeitig großem Erwartungsdruck ihrer eigenen Manager ausgesetzt sein.

### **Management und Leadership sind zwei Paar Schuhe**

Das ist natürlich richtig. Das Management hat eine grundsätzliche Verpflichtung, den Ausgangszustand einer Einrichtung aufrecht zu erhalten. Damit meine ich, dass es Rituale, Protokolle, Arbeitspraxis, unterstützende Infrastruktur, Ergebnisse und Anstellungssysteme sind, welche eine Einrichtung am Laufen halten. Diese werden den Bedürfnissen der jeweiligen Einrichtung entsprechend ausgewählt oder entwickelt worden sein, so dass diese theoretisch optimal funktioniert. Die, welche für die Koordination von all dem verantwortlich sind und überdies die Ausführungsgewalt besitzen um ihren Erfolg zu sichern, sind die Manager. Es gibt sie in verschiedener Art und auf verschiedenen Ebenen, vom CEO bis hinunter zur Person, die für die Abfallentsorgung zuständig ist. Sie haben alle den gleichen Auftrag – sicherstellen, dass die Organisation entsprechend den festgelegter Regeln funktioniert. Wenn dies nicht der Fall ist, würde das Chaos ausbrechen. Sie hätten Recht, wenn Sie nun fragen möchten: „*Was hat das alles mit Forschung und Entwicklung zu tun – mit Wachstumsprozess, neuen Ideen etc.?*“ Diese Frage zu stellen würde aber am Wesentlichen völlig vorbeizielen - für diese Gebiete sind keine Manager zuständig. In der Tat sind die Rollen des Managers und des Entwicklers völlig gegensätzlich: Der Manager muss den Status quo aufrechterhalten, er muss alles so am Laufen erhalten, wie es schon immer gelaufen ist. Der Entwickler, der ja etwas Neues tun möchte, will ja eigentlich alles auf den Kopf stellen und neu beginnen – oder Dinge mindestens ganz anders machen. Wir arbeiten alle in Krankenhäusern, wo die Manager zum Beispiel als Bereichsleiter diese Arbeit tun. Bei ihnen stellt sich nicht die Frage ob sie Leader sind, sondern ob sie in der Lage sind, die Entwickler in ihrem Zuständigkeitsbereich zu koordinieren, auf eine Art und Weise, welche dem Alltagsbetrieb ihres Bereichs nicht

allzu sehr in die Quere kommt. Sie denken vielleicht, dass ich jetzt etwas zynisch geworden bin, aber dem ist nicht so. Die Realität ist, dass wir Leute brauchen, die das System am Laufen erhalten, aber wir brauchen ebenso sehr diejenigen, die die Systeme herausfordern, so dass sie sich verbessern können. Dies ist zwar ein schwieriger Jonglierakt für die durchschnittlichen Manager, aber sie haben ganz einfach nicht die Zeit, Praxisentwickler zu sein, und in manchen Fällen auch nicht die Expertise dafür. Wie wir bereits gesehen haben besteht die Rolle des Leaders darin, Menschen anzuregen, dass sie ihr Bestes geben wollen, oder dass sie sogar mehr tun als von ihnen verlangt wird, und dass sie sich verantwortlich fühlen für das, was sie tun. Im Gegensatz dazu braucht der Manager Leute, die zunächst einmal einfach das tun, was nötig ist, und dafür die Verantwortung übernehmen. Der Leader kann, durch allgemeine Zustimmung der Leute, mit denen er arbeitet, stillschweigend als solcher anerkannt werden, ohne explizite formale Position in der Organisation. Der Manager jedoch ist ein ernanntes Individuum, dem von der Organisation formal Befugnisse übertragen wurden. In einigen Fällen wird der Manager Leader haben, für die er Führungsverantwortung haben, die ihm also unterstellt sind, während in anderen Fällen der Manager und der Leader ein und dieselbe Person sind. Wie auch immer die Mischung sei (und es kann noch mehr als die zwei einfachen erwähnten Beispiele geben), wird die Ausrichtung ihrer hauptsächlichlichen Tätigkeit verschieden sein.

### **Können wir Leader durch Manager ersetzen?**

Offensichtlich nicht! Wie zuvor erwähnt und anschließend noch erläutert wird, kann es sich in der Tat um die gleichen Menschen handeln, denn Manager sein und Leader sein kommt nicht zwei sich gegenseitig ausschließenden Tätigkeiten gleich, aber einfach ausgedrückt: wir brauchen beide, weil sie getrennte Rollen erfüllen.

### **Tun Manager und Leader das Gleiche aber auf verschiedene Weisen?**

Auch dies ist bis zu einem gewissen Ausmaß eine moderne Legende. Es mag stimmen, dass alle Manager und alle Leader die gleichen Ziele erreichen, aber auf ihre eigene Weise. Ein Manager ist jedoch weitaus eingeschränkter in dem, was er tun und nicht tun kann, weil seine Hauptrolle darin besteht, Vorgaben

zu erfüllen. Für den Leader gelten diese Beschränkungen nicht unbedingt, obwohl auch er zwangsläufig Regeln zu befolgen haben wird. Weiter oben erwähnte ich die Rolle des Praxisentwicklers, und während dies nicht die alleinige Tätigkeit eines Leaders ist, wird dies eher ihm zugeschrieben, wegen der Art und Weise, in der er anfallende Tätigkeiten erledigt. Wie auch immer, Leader und Manager können ähnliche Ziele haben, beispielsweise gute Behandlungs- oder Pflegeergebnisse, aber sie werden auf verschiedene Weisen versuchen, diese zu erreichen. Der Manager kann ohne Weiteres primär auf dem Einhalten von Abläufen und Protokollen bestehen, um sicherzustellen, dass jeder Patient die innerhalb der wirtschaftlichen Möglichkeiten der Einrichtung beste Pflege erhält (nicht unbedingt die bestmögliche also). Demgegenüber wird der Leader die Abläufe und Protokolle lediglich aus Ausgangspunkt nutzen für die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse jedes Patienten sowie der Fähigkeiten des Teams, das diese behandelt (was seinerseits das bestmögliche sein kann). Es wäre nun jedoch falsch, daraus zu schließen, dass der Manager eine schlechtere Pflegequalität erreichen wird als der Leader. Allerdings hat der Leader theoretisch die Möglichkeit, die Maßstäbe zu erhöhen, weil seine Rolle nicht so eingeschränkt ist wie die Rolle des Managers. Diese besteht vornehmlich darin, dafür zu sorgen, dass jeder einzelne Patient denselben minimalen Standard an Pflege bekommt, wie er in den Richtlinien des Betriebs festgelegt ist (basierend auf der wahrgenommenen Leistungsfähigkeit). Der Leader versucht die Richtlinien zu ändern und den Leistungsanspruch zu erhöhen. Der Manager ist bestrebt, anzubieten, was die Einrichtung für jeden Patienten vorgesehen hat; der Leader wird versuchen, dieses Minimum in eine Grundlage für eine maßgeschneiderte und deshalb verbesserte Pflegeleistung für jeden Patienten zu verwandeln. Der Leader kann nicht ohne die durch den Manager gewährleistete Leistungserbringung arbeiten und der Manager vermag ohne die Hilfe des Leader die Maßstäbe nicht zu erhöhen. Zwei getrennte Aufgaben, aber miteinander verflochten.

### **Können wir Manager und Leader “machen”?**

Die einfache Antwort ist, dass ich mir da nicht sicher bin, weil die Antwort wesentlich komplexer ist als die Frage. Wie wir schon gesehen haben, können Kurse oder Lehrmaterialien schon einen Unterschied bewirken, aber nur wenn

die betreffende Person in ihrer Einrichtung an einer Position ist, bei der sie das Gelernte auch anwenden kann, in der sie von Mitarbeitern und Vorgesetzten unterstützt wird und wenn sie motiviert ist, etwas verändern. Es ist offensichtlich, dass das Ausbilden von Managern eine einfachere Sache ist als das Heranbilden eines Leaders (der möglicherweise auch in einer fachlichen oder managementbezogenen Vorgesetztenposition sein muss). Beide brauchen eine verantwortungsvolle Haltung gegenüber ihrer Arbeit und gegenüber ihren Mitarbeitern, und beide brauchen intellektuelle Fähigkeiten, um einzuschätzen, wie alles funktioniert. Andererseits ist es so, dass sich der Manager bei seiner Arbeit in klar abgesteckten Grenzen bewegt, währenddem dem Leader beigebracht wurde, über die Grenzen hinaus zu denken. Beide müssen die persönliche Stärke haben, mit Widrigkeiten umzugehen, aber der Manager kann sich dabei immer auf institutionelle Regelungen und Prozeduren abstützen, während der Leader gelegentlich unbekanntes Gelände betreten muss, dabei die Unterstützung seiner Einrichtung verlieren kann – auch wenn es dieselbe Einrichtung ist, welche den Leader gefördert und die Leadership-Aktivitäten in Auftrag gegeben hat. Ein Manager oder ein Leader (oder beides) zu sein kann eine sehr einsame Erfahrung sein, aber einem Manager bleibt immerhin die Sicherheit der Einrichtung hinter ihm, was bei Leadern nicht immer der Fall ist. Leader können leicht zum Sündenbock in einer Einrichtung werden, welche die Verantwortung für heikle Neuerungen nicht übernehmen will. Grundsätzlich können wir niemanden dazu bringen, etwas zu werden, was er nicht will, und wenn wir ihm nicht die richtigen Werkzeuge oder Möglichkeiten geben zu tun, was wir von ihm erwarten, wird er keinen Erfolg haben, unabhängig von seinen Absichten. Wegen der grundlegenden Merkmale von Leadership ist es jedoch sicher angemessen zu sagen, dass die Auswahl für die Besetzung von Leadershiprollen entscheidend ist für deren zukünftigen Erfolg. Leadershipqualitäten zu identifizieren ist ein kompliziertes und extrem schwieriges Unterfangen. Es ist nicht nur eine Frage, diejenigen zu entdecken, die weiterkommen möchten, und es geht es auch nicht darum, Leute zu wählen, die sich schon lange bewährt haben. Diejenigen, die Verantwortung und Kontrolle suchen, sind vielleicht eher für einen Management- als für eine Leaderrolle geeignet. Risikofreudigere Personen sind vielleicht eher für Leadership- als für Managementpositionen geeignet. Und diejenigen, die nicht

mit andern zusammenarbeiten können und keine zwischenmenschlichen Kompetenzen haben sollten keine der beiden Rollen übernehmen. Ich bin überzeugt, dass wir Manager “machen” können, wenn wir sie richtig auswählen und vorbereiten. Meiner Ansicht nach gilt das aber nicht für Leader. Natürlich können wir Leadership-Fertigkeiten und –techniken lehren. Und wir können die Entwicklung dieser Fähigkeiten fördern, wenn eine solche Entwicklung eingesetzt hat.

Trotzdem ist es eine absolute Tatsache, dass nicht jeder ein Leader ist. Das bedeutet, dass wir Leader auswählen und fördern müssen – und nicht, dass wir versuchen, Nicht-Leader (MitarbeiterInnen, die lieber folgen) zu Leadern zu machen. Darin liegt das Hauptproblem. Vorausgesetzt wir können tatsächlich vorhandene oder noch unentdeckte Leader ausbilden und zum Erfolg führen, wer übernimmt dann die Verantwortung für die Auswahl dieser Leute? Wer erkennt die Notwendigkeit, diese Personen zu finden und letztlich Leader anzustellen – auch wenn sie möglicherweise die Einrichtung auf den Kopf stellen? Warum sollen Zeit und Geld investiert werden in die Entwicklung von jemandem, dessen Ziel Veränderungen sind und der seinen Arbeitgeber möglicherweise überflüssig macht? In der Literatur werden diese Aspekte wegen ihrer Komplexität selten angesprochen, aber die Antwort liegt nun wohl auf der Hand. Wer? Es sind andere Leader! Zu den positive Leadership-Qualitäten gehört der Wunsch, andern etwas weitergeben: das Gefühl für Visionen, das Bedürfnis, andere Menschen über sich selbst bestimmen zu lassen. Wer unter uns ist also besser geeignet, diejenigen unter uns zu finden, die ähnliche Begabungen haben wie wir selbst? Nur wirkliche Leader fühlen sich nicht bedroht durch Menschen mit ähnlichen Eigenschaften. Sie sehen es eher so, dass sie durch andere ihre Ziele von Selbstbestimmung und höheren Maßstäben erreichen können. Nicht-Leader befördern keine Leader, sie stellen Manager an und Leute, die den Ausgangszustand erhalten. Nur echte Leader nehmen das Risiko auf sich, weil sie die entsprechende Zuversicht und Voraussicht haben. Nur Leader sehen ein, dass das Potential für Veränderungen steigt, wenn mehrere Personen mit Leadershipqualitäten zusammengebracht werden. Nur Leader erkennen, dass eine Einrichtung ohne Leader wie ein Schiff ohne Ruder ist. Und nur Leader wissen, dass eine Einrichtung stagniert und nur Minimalmaßstäbe erreichen kann, wenn sie sich nicht innerlich und äußer-

lich entwickelt. Und diese Minimalmaßstäbe werden sich mangels Entwicklung tatsächlich auf das absolute Minimum reduzieren. Für die psychiatrische Pflege übersetzt bedeutet dies ein klinisches Setting, in dem Pflege schlicht reduziert wurde auf das Unterbringen von Menschen und das Warten entweder auf eine ihrer spontanen Genesung oder eine lebenslangen Aufenthalt ohne Zukunftsperspektiven und mit einer sich stetig verschlechternden Lebensqualität. Es bedeutet, dass die Pflege in Behandlungsentscheidungen keine Rolle übernimmt und keinen Respekt innerhalb des multidisziplinären Teams genießt. Es bedeutet auch, dass die Patienten, die unweigerlich die Psychiatriepflegenden als ihre wichtigsten Ansprechpersonen für Unterstützung und Rat betrachten, traurigerweise durch die Ungeeignetheit des Berufsstands im Stich gelassen werden.

### **Manager als Leader, oder Leader als Manager?**

Mehrmals in diesem Artikel kommen vielleicht widersprüchliche Ansichten über Manager und Leader vor. Einerseits habe ich vorgeschlagen, dass Manager eine Reihe von anderen Verantwortungen haben als Leader und es nicht einfach finden würden, als Leader zu handeln. Andererseits habe ich erwähnt, dass sich diese zwei Rollen nicht unbedingt gegenseitig ausschließen. Wahr ist, dass alle Manager Führung wahrnehmen müssen, aber dies nicht das Gleiche, wie ein Leader sein. Verantwortlich fürs Bereitstellen Rahmenbedingungen sein, diese so koordinieren, dass sie bestimmungsgemäß funktionieren und dann alle angegliederten Einzelteile innerhalb der Grenzen der Einrichtung zu verwalten ist ein bedeutendes Unterfangen. Gute Manager sind das Rückgrat organisatorischer Effizienz. Diese kann durch klares Kommunizieren und Instruieren erreicht werden und darin besteht die wichtigste Führungs-Funktion der Manager. Im Gegensatz dazu hat der Leader unter Umständen keine Management-Verantwortlichkeiten oder in der Tat keinerlei übertragene Befugnis innerhalb der Einrichtung, aber seine Rolle besteht darin, anderen einen Fokus zu geben, ein Beispiel zu geben, eine Umgebung zu schaffen, in der andere ihr Bestes geben können, über Visionen zu verfügen und andere daran teilnehmen zu lassen. Wie nun können diese zwei Rollen in eine Person verschmolzen werden? In der Tat entspricht dies, wie aus den aufgelisteten Beschreibungen ersichtlich ist, dem Idealfall. Erneut liegt die Antwort in Eigenheiten einzelner

Menschen. Naturgemäß sind einige Manager Leader und es ist deshalb nur logisch, dass sie ihre Managerrolle erweitern in Form von entwicklerischen Aktivitäten. Sie werden mit ihren Mitarbeitern enger zusammenarbeiten und ihnen die Ausrichtung und das Blickfeld eines Leaders verbunden mit den administrativen Ansprüchen eines Managers vermitteln. Die Kunst liegt darin, dass beide ausgewogen sind. Vergessen Sie nicht, der Manager hat eine Hauptaufgabe und zu viel Diversifikation setzt seine Fähigkeit aufs Spiel, diese zu erfüllen. Der Leader wiederum, der zum Manager befördert wurde, stellt vielleicht fest, dass seine Leadership-Fähigkeiten die Management-Erfolgswirksamkeit fördern, aber auch in seinem Fall ist erneut die Ausgewogenheit ein wichtiges Thema. Sehr oft wird jemand, der gut in klinischer Praxis ist, unvorbereitet in eine Managementposition befördert. Sie greifen dann zurück auf die Fertigkeiten, die es ihnen ermöglichten, gute Fachpersonen zu werden und das kann sehr wohl verfeinerte Leadership-Fertigkeiten beinhalten. Allerdings ist ein Leader zu sein als Kliniker nicht das Gleiche wie ein Leader zu sein als Manager und wenn sie diese Fertigkeiten nicht anpassen können und neue lernen und die richtige Unterstützung für ihre Entwicklung erhalten, erleiden sie mit Sicherheit Schiffbruch und bewirken nichts. Es gibt auch ein Problem, bei dem sich Leader langsam in einer Einrichtung hocharbeiten und eine ziemlich verantwortungsvolle Position erreichen, an der sie neue Ideen, sogar Dienstleistungen, entwickeln können. Zuerst scheint alles wie am Schnürchen zu klappen, während sie klinische Wirksamkeit beweisen und daher das Schiff nicht vom geraden Kurs abbringen. Sobald ihre Arbeit jedoch Aufmerksamkeit bekommt und ranghohe Managers anfangen, Fragen zu stellen, wer denn diese Entwicklungen bewilligt hat, wer dafür aufkommt, woher die Ressourcen kommen, oder noch schlimmer, welche andere Disziplin das Gefühl hat, das dies ihren eigenen Einflussbereich stört, dann wird die Unterstützung zurückgezogen und der Betroffene findet sich umgeben von Bürokratie wieder und unfähig, weiterzufahren. Demoralisiert und desillusioniert von ihrer Situation, gehen sie entweder (und enthalten somit der Firma ein begabtes Mitglied des klinischen Teams vor), oder sie werden von der Einrichtung in eine Position geschoben, von der aus sie nur beschränkte Möglichkeiten haben, den Status quo zu erschüttern (und dadurch die innerbetriebliche Stabilität gewährleisten). Manager können Leader sein, aber wahr-

scheinlicher bieten sie einfach gute Führung an, während Leader als Manager dazu tendieren, von den Grenzen, deren Wahrung ihre Verantwortung ist, eingeeengt zu werden. Lassen Sie sich nicht von Managern verwirren, die gute Beispiele darstellen – z.B. ehrlich, zuverlässig, fleißig, sachkundig, usw. sind. So wichtig sie auch für den Berufsstand der Pflege sind, erfüllen sie nicht die Rolle eines Leaders, sondern sind lediglich ein Beispiel guter Praxis und zeigen in Wirklichkeit, wie sich Angestellte verhalten sollten, um den Status quo aufrechtzuerhalten. Wahrscheinlich ist der Manager, der mehr Zeit im klinischen Bereich mit den Klinikern verbringt ein verkappter Leader!

### **Leadership in der internationalen psychiatrischen Pflege**

Vor dem Ende ist es, glaube ich, nötig, Leadership in der psychiatrischen Pflege im größeren Kontext zu erörtern. Ein Großteil meiner Ausführungen bezog sich bisher auf die lokale oder klinische Umgebung, in der, seien wir ehrlich, die Pflegefachpersonen hauptsächlich arbeiten. Nun muss man aber die folgende Frage stellen: Kann die psychiatrische Pflege ihre vollen Wirkungen entfalten, wenn alle Leadership-Aktivitäten gegen innen auf diese klinischen Aspekte ausgerichtet sind? Ein Blick auf die politischen Aktivitäten unserer Nachbardisziplinen reicht, um zu erkennen, dass dies nicht möglich ist. Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und verschiedene Nichtregierungsorganisationen von Betroffenen und Angehörigen verfügen alle über Europäische Dachorganisationen. Bis vor kurzem waren die psychiatrisch Pflegenden in Europa (immerhin geschätzte 500'000 Personen) für die Vertretung ihrer Ansichten und Anliegen auf den Goodwill anderer Organisationen angewiesen. Während diese Organisationen positiverweise Hand in Hand mit den Vertretern der nationalen Krankenpflege-Berufsverbände zusammengearbeitet haben, wurde die Zusammenarbeit viel zu wenig koordiniert, insbesondere von Seiten der European Federation of Nursing (EFN)<sup>7</sup>. So war in der für pflegerische Spezialfächer zuständigen European Specialist Nursing Organisation (ESNO)<sup>8</sup> die psychiatrische Pflege lange Zeit nicht vertreten. So wurden für uns zentrale Fragen wie etwa die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungen in psychiatrischer Pflege

---

<sup>7</sup> *europäische Föderation der Berufsorganisationen der Pflege*

<sup>8</sup> Z.B. Onkologische Pflege, Diabetespflege, etc.

lediglich von der Europäischen Vereinigung der Pflegedirektorinnen (ENDA)<sup>9</sup> bearbeitet. Das bedeutete gewissermaßen, dass alle wichtigen Entscheidungen betreffend der psychiatrischen Pflege von anderen getroffen wurden, einschließlich regulatorischer Prozesse, Bewegung von Pflegefachleuten quer durch Europa, curriculare Fragen, Forschungszusammenarbeit und der Einbezug der psychiatrischen Pflege in den Bereichen Bildung, ältere Menschen, Suizidbekämpfung und der Debatte zur forensischen Pflege. Trotz ihrer guten Absichten konnten diese Mittlerorganisationen unmöglich die komplexe Natur unseres Berufsstands oder seine breitere Auswirkung auf alle Aspekte der psychischen Gesundheit verstehen. 2005 kam eine kleine Gruppe von leitenden europäischen Psychiatriepflegenden zusammen, um zu versuchen, etwas gegen diesen Stand der Dinge zu unternehmen. Das Resultat war die Gründung von „Horatio: Europäische Psychiatriepflegende“. Seitdem ist diese Gruppe, die nun 19 europäische Länder vertritt, zu einem Hauptakteur gewachsen in der Entscheidungsfindung zu Fragen der psychischen Gesundheit in Europa. Ihr erstaunliches Wachstum und was sie in so kurzer Zeit erreicht hat aufzulisten, würde hier den Rahmen sprengen, aber es bedeutet, dass die psychiatrische Pflege nun eine Stimme innerhalb Europas hat und eine Organisation, die mit dem Wissen des Berufsstands sprechen kann um ihre Vorstellungen zu verwirklichen. Sind jene, die bereit waren, diese Organisation zu gründen und oft stundenlang zu ihrer Entwicklung beizutragen, Leader? Selbstverständlich, und ohne ihre mannigfaltigen Fertigkeiten, ihre Motivation und insbesondere ihre Vision, wäre die psychiatrische Pflege auf höchster Ebene immer noch nicht vertreten. Sie hätte keine politischen Partner in ihrem Kampf darum, besser wahrgenommen zu werden und ihre eigene, einzigartige Rolle zu spielen beim Entwickeln von Europas Strategie für die psychiatrische Pflege. Horatio mag der Pflegefachperson auf der Abteilung weit entrückt scheinen, die ihr Bestes gibt im Umgang mit schwierigen Patienten, herausforderndem Verhalten, herzerreißenden Schreien nach Hilfe und vielen Arten von psychologischen Beeinträchtigungen. Aber die Leader in den klinischen Bereichen brauchen jene, welche sie in höheren politischen Arenen vertreten, genau wie diese Vertreter wiederum auf die Unterstützung und die Leiden-

---

<sup>9</sup> European Nurse Directors' Association

schaft jenes klinischen Personals angewiesen sind. Der Berufsstand muss ein vollständiges Ganzes sein, nicht zersplitterte Teile. Leader sollen an der Basis in ihre Rolle hineinwachsen können und zu gegebener Zeit die Möglichkeiten haben, ihren Berufsstand zu führen. Wenn wir unsere Leader nicht entwickeln, und sie gut entwickeln, sie unterstützen und fördern, dann könnte es eines Tages überhaupt keinen anerkannten Berufsstand der psychiatrischen Pflege mehr geben.

### **Abschließende Bemerkungen**

Die psychiatrische Pflege braucht also Leader, wenn sie noch weitere Leader entwickeln soll. Für die Patienten müssen die Psychiatriepflegenden Leader sein, wenn sie diese mit individualisierter und gezielter Pflege versorgen sollen. Die Psychiatrie braucht Pflege-Leader, wenn sie ihre Ziele verwirklichen will, denn dies wird oft durch wirksames Pflegen erreicht. Einrichtungen brauchen erfolgreiche Pflege-Leader, wenn es ihnen gelingen soll, den Niedergang zu Mindestpflege aufzuhalten. Und die andern Berufe und Anbieter Gesundheitswesen brauchen Leader aus der psychiatrischen Pflege um verstehen können, wie sie Pflegenden am wirkungsvollsten als Kollegen einsetzen und wie die Fertigkeiten und Ressourcen der psychiatrischen Pflege am besten genutzt werden können, das Leben von Menschen mit psychischen Krankheiten zu verbessern. Die Tatsache bleibt, dass Psychiatriepflegende sowohl Management als auch Leadership brauchen, die zwar immer mit verschiedenen Rollen und Verantwortlichkeiten verbunden sind, die aber beide ihren Teil beitragen müssen. Die entsprechenden Menschen müssen gut ausgebildet und gefördert werden und es muss ihnen ermöglicht werden, ihre Aufgaben zu verrichten, ohne Störungen durch engstirnige Bürokraten, die sich weiterhin in jeden Aspekt der professionellen Pflege einmischen. Pflegenden müssen die Kontrolle über ihre eigenen Angelegenheiten übernehmen und nicht andere vorschreiben lassen, was genau sie und wie sie es zu tun haben. Es sind die Leader, sowohl national als auch international, die uns den Stolz geben werden, den wir empfinden sollten für die Arbeit, die wir machen. Die Leidenschaft, die Leader für ihre Arbeit und jene ihrer Kollegen zeigen muss für alle spürbar sein, wenn der Berufsstand wachsen und sein Potential erreichen soll. Die psychiatrische Versorgung ruht in den Händen der Pflegenden, da 95% der

Leistungen, die die Patienten erhalten von dieser einzigartigen beruflichen Schwestern- und Bruderschaft kommen. Ohne ihre Leadership, erfolgreich und positiv, menschlich und visionär, werden wir unsere professionelle Identität verlieren und unsere Patienten verlieren ihre Hauptquelle der Hoffnung. Nun bleibt nur noch eine Frage: Sind Sie ein Leader und wenn Sie glauben, einer zu sein – Wie ruhig ist die See?

# **Erfolgsmythos Psychopharmaka**

## **Konsequenzen einer Neubewertung der Medikamente für die Versorgung psychisch kranker Menschen**

*Stefan Weinmann*

Seit über 50 Jahren werden Antipsychotika (Neuroleptika) zur Behandlung der Schizophrenie und Antidepressiva zur Behandlung der Depression eingesetzt. Ihre Entdeckung trug zur Weiterentwicklung und Modernisierung der Psychiatrie bei. Sie waren aber keinesfalls deren einzige Ursache, wie Untersuchungen zeigen, die nachweisen konnten, dass die Enthospitalisierung psychiatrischer Langzeitpatienten aus den Großkliniken im wesentlichen auf gesellschaftliche Veränderungen zurückgeht und von der Verfügbarkeit der Medikamente lediglich begünstigt wurde. Seitdem (insbesondere seit den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts) wurde eine große Zahl „neuer“ Medikamente entwickelt, die zu einem dramatischen Zuwachs der Psychopharmaka-Verschreibungen geführt haben [1]. Die Art der Wirkung der Medikamente wird oft mit der postulierten biologischen Störung gleichgesetzt, durch welche die behandelten psychischen Erkrankungen gekennzeichnet sein sollen. Diese beschränkte Sichtweise, welche durch die neurobiologische Forschung nicht gestützt wird, und die von industriellen Interessen und Marketing geprägten Studien mit vielfältigen methodischen Verfälschungen haben einer einseitigen Sichtweise in der Psychiatrie Vorschub geleistet. Hingegen zeigen komplexe neurobiologische Modelle gerade die Interdependenzen zwischen biologischen Systemen, sozialer und ökologischer Umwelt und der Subjektivität psychischen Erlebens, und wie sich emotionale und soziale Erfahrungen im Gehirn auch strukturell niederschlagen.

Obwohl die Erfolge der medikamentösen Behandlung und insbesondere der neuen Substanzen weiter gepriesen werden, besteht ein zunehmender Trend zur Mehrfachbehandlung mit Medikamenten der gleichen oder anderen Klasse (Polypharmazie) und teilweise auch wieder zur Hochdosierung. Gleichzeitig gibt es keine Hinweise, dass der Langzeitverlauf schwerer psychischer Erkrankungen wie der Schizophrenie insgesamt durch die medikamentöse Behand-

lung alleine besser geworden ist. Vielmehr wird mittlerweile deutlich, dass Medikamente auch zur Verschlechterung des Krankheitsverlaufs und zur Chronifizierung beitragen können [2, 3]. Während ein Großteil der Wirkung von Antidepressiva durch unspezifische Effekte (die auch als Placebo-Wirkung bezeichnet werden) erklärt werden kann, scheint das Nutzen-Risikoprofil von Antipsychotika aufgrund der vielfältigen Nebenwirkungen insbesondere in der Langzeittherapie ungünstiger zu sein als bisher angenommen. Es ist wahrscheinlich, dass auch die medikamentöse Mehrfachbehandlung zu der um über 20 Jahre geringeren Lebenserwartung von Menschen mit einer Schizophrenie beiträgt [4].

Zudem zeigen beispielsweise neue Behandlungsansätze bei Psychosen wie das skandinavische „Need-adapted treatment“, dass bei 50 Prozent der an einer Psychose Ersterkrankten keine Antipsychotika erforderlich sind, wenn die optimalen Voraussetzungen im Sinne einer guten psychosozialen Behandlung gegeben sind [5]. Für den Langzeitverlauf vieler schwerer psychischer Erkrankungen ist die psychosoziale Behandlung wichtiger als die medikamentöse. Eine auf Medikamente beschränkte Therapie engt den Blick auf die „Symptome“ und die „Rückfälle“ ein und leistet einer fragmentierten und einer Dohrürpsychiatrie Vorschub. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, insbesondere solchen Studien zu vertrauen, die pharmaunabhängig und mit einer größtmöglichen Alltagsnähe durchgeführt werden und gleichzeitig hohe methodische Standards erfüllen. Eine solche Studie [6] zeigte beispielsweise dass drei Viertel der Patienten mit einer Schizophrenie ihre antipsychotische Medikation nach 18 Monaten abbrechen – weil die Nebenwirkungen wie beispielsweise die Gewichtszunahme nicht akzeptabel waren oder die Medikamente nicht als hilfreich erlebt wurden. Gleichzeitig waren die neueren Substanzen den älteren nicht grundsätzlich überlegen, wenn diese behutsam dosiert wurden.

Es ist unbestritten, dass Antipsychotika keine Psychose heilen können, sondern eher sehr unspezifisch wirken und lediglich die natürliche Tendenz einer Erholung von der Psychose unterstützen können. Die Indifferenz gegenüber emotionalen Stimuli und der Schutz gegenüber belastenden Eindrücken, der in der Akutwirkung genutzt wird, wird zum Problem in der Langzeitbehandlung, da das Gehirn von notwendigen Informationen und von der Möglichkeit, aus

neuen Erfahrungen zu lernen, abgeschnitten wird. Insbesondere ein rasches Absetzen erhöht das Risiko einer erneuten Psychose oft über den Spontanverlauf hinaus.

Eine wichtige Konsequenz aus einer Neubewertung der medikamentösen Behandlung in der Psychiatrie ist der weitere Ausbau ambulanter Behandlungsformen. Die klinisch-stationäre Psychiatrie mit ihrer künstlichen Welt ist ein ungeeigneter Ort für die Beurteilung der Wirkung von Therapien. Auch ein Großteil der Psychosen kann ambulant behandelt werden, wenn eine intensive und aufsuchende teambasierte Betreuung etabliert und ausreichend psychotherapeutische Kompetenzen vorhanden sind. Wenn der Alltag, die Wohn- und Arbeitssituation der Betroffenen im Blick sind, verringert sich das Risiko einer einseitigen Sicht psychiatrischer Erkrankung. Dies erfordert eine Umgestaltung des gesamten Hilfesystems und einer Neudefinition der Rollen aller an der Behandlung Beteiligten. Im traditionellen System ist die medizinische Sichtweise psychischer Erkrankung durch die Dominanz der ärztlichen Psychiater vorgegeben, die ihr Expertentum vor allem durch die Kenntnis und die Verschreibung von Psychopharmaka definieren. Anstatt die pflegerische, psycho- und sozialtherapeutische Betreuung als „komplementär“ zur Psychopharmakotherapie zu betrachten, sollte in Zukunft vielmehr die medikamentöse Behandlung ergänzend und Beziehungskontinuität und psychosoziale Behandlung prioritär sein. In einem Behandlungsteam sollte jeder therapeutische Aufgaben übernehmen, wobei jede Profession zur Bereicherung beiträgt. Auch die Beurteilung der Wirksamkeit medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlung muss im Team und vor allem unter maximaler Einbeziehung des Betroffenen erfolgen. Die Arbeitsweise im „Need Adapted Treatment“ mit dem sogenannten Offenen Dialog kann hier Modell sein: die Themen werden von den Betroffenen vorgegeben, das soziale Umfeld und insbesondere Familie und Freunde werden einbezogen und der Betroffene wird nicht zu einer bestimmten Form der Therapie gedrängt, wie dies nicht selten in der klinischen Akutbehandlung von Psychosen im Hinblick auf Medikamente erfolgt.

Letztlich müssen wir uns von vielen Mythen in der Psychiatrie verabschieden: der Spezifität der Wirkung von Medikamenten, dem Diktum, dass Psychopharmaka die „Grundpfeiler“ der Behandlung schwerer psychischer Erkran-

kungen sind, und dass alle Psychosen mit Medikamenten behandelt werden müssen, dass eine Standardisierung der Therapie die Verläufe verbessert, dass die neurobiologische Forschung den Durchbruch in der Therapie bringen wird, und dass die Akzeptanz eines von Experten definierten Krankheits- und Behandlungsparadigmas für Menschen mit einer psychischen Erkrankung grundsätzlich sinnvoll ist. Eine bedürfnisorientierte Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen kann nur durch ambulante multiprofessionelle Teams erreicht werden, in denen keine Berufsgruppe dominiert, und in denen eine integrative Therapie angeboten wird. Hierbei muss immer an eine mögliche Chronifizierung, insbesondere auch durch eine unreflektierte medikamentöse Langzeittherapie gedacht und gegengesteuert werden.

## Literatur

1. Rosenheck, R. (2005) The growth of psychopharmacology in the 1990s: evidence-based practice or irrational exuberance? *International Journal of Law and Psychiatry* 28: 467-483
2. Fava, G.A. (2003) Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *Journal of Clinical Psychiatry* 64 (2); 123-133
3. Moncrieff, J. (2006) Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114: 3-13
4. Weinmann, S., Aderhold, V., Read, J. (2009) Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. *Schizophrenia Research* 113: 1-11
5. Cullberg, J. (2008) *Therapie der Psychosen*. Bonn: Psychiatrie Verlag
6. Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P. et al. (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 353: 1209-1223

# Rationierung in der psychiatrischen Pflege: Ergebnisse einer qualitativen Pilotstudie

*Sabine Weißflog, Annette Friedeck, Martina Schröder, Sabine Reinelt, Bernd Reuschenbach*

## Einleitung

Ein Diskurs über die Rationierung im Gesundheitswesen findet international schon seit Jahren statt. Für das Tätigkeitsfeld psychiatrische Pflege fehlt es derzeit jedoch an Studien. An dieser Forschungslücke setzt die vorliegende Studie an. Das Erleben der Rationierung und Auswirkungen auf das pflegerische Entscheidungsverhalten sollen mittels eines qualitativen Zugangs analysiert werden.

## Literaturrecherche

Eine über die Datenbanken „MEDPILOTE“, „CINAHL“, „Cochrane“ und „PubMed“ durchgeführte Literatursuche mit den Begriffen „rationing“ + „psychiat\*“ sowie „implicit rationing“+“nurs\*“ zeigte, dass es keine Studien zu Art der Rationierung, deren Auswirkungen oder zum Erleben der Rationierung in der deutschen psychiatrischen Pflege gibt. Die hingegen umfangreich verfügbare Literatur aus dem nicht-psychiatrischen Bereich diskutiert Rationierung bevorzugt aus gesundheitsökonomischer Sicht [1,2]. Hier wird zwischen der gesetzlich geregelten Rationierung und der sogenannten impliziten Rationierung unterschieden. Die in Deutschland dominierende implizite Rationierung kann als „Neuverteilung knapper Mittel durch strukturelle Veränderungen in Institutionen, die nicht offen als Rationierung benannt oder auch erkannt werden“ [3:119] definiert werden. Cypher [4] betont, dass Rationierung auch Pflegende ein bedeutsames Thema sein muss, da pflegerische Ansprüche gegenüber medizinischen Ansprüchen abgegrenzt und begründet werden müssen.

Offen ist indes die Frage, in welcher Weise sich Rationierungen überhaupt auf die Qualität der Versorgung auswirken.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [5] sieht hier erheblichen Forschungsbedarf. Für die Pflegewissenschaft haben Schubert et al. [6] implizite Rationierung als wichtigen Systemfaktor identifiziert, der Einfluss auf die Qualität der Pflege und das Belastungserleben der Pflegenden hat. Die Autoren nutzen zur Operationalisierung der Rationierung jedoch ausschließlich Selbsteinschätzung der Pflegenden statt objektiver Maße. Reuschenbach [7] sieht nach der Erfassung von impliziten Rationierungen mittels Szenariotechnik einen grundsätzlichen Bedarf darin, bei der Initiierung pflegerischer Handlungen Widrigkeiten, Randbedingungen, vorhandene Kompetenzen und Ressourcen der Pflegenden zu berücksichtigen und dies im Team zu kommunizieren. Auch diese Studie bezieht sich auf den nicht-psychiatrischen Gesundheitsbereich.

Die vorliegende Studie weitet den Blick und fragt nach Formen und Erlebnismuster impliziter Rationierungen in der psychiatrischen Pflege.

### **Fragestellung**

In welchen pflegerischen Situationen wird Rationierung deutlich? Wie erleben das Pflegenden und wie entscheiden sie sich?

### **Methode**

Die Pilotstudie wurde von November 2008 bis März 2009 an einem psychiatrischen Krankenhaus in Deutschland im Rahmen des Masterstudiengangs „Pflegewissenschaft“ an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar durchgeführt. Das der Fragestellung zugrunde liegende Forschungsziel ist die Reproduktion von Verhaltensweisen und Handlungsmustern hinsichtlich einer Ist-Analyse zur Rationierung psychiatrischer Pflege, sowie die Reflexion dieser Rationierung in der Sichtweise der Pflegenden. Ausgehend von dieser Zielsetzung wurde als Forschungsmethode der qualitative Ansatz, orientiert am Grounded-Theory-Ansatz, gewählt. Diese qualitative Methodologie bietet die Möglichkeit, einen Zugang zur individuellen Erfahrungswelt und die Rekonstruktion früheren Erfahrungshandelns zu erhalten. Als Erhebungsmethode wurde ein leitfadengestütztes Interview eingesetzt in dessen Fokus die episodisch-situativen Erfahrungen der Befragten stand [8].

## **Stichprobe**

Die Stichprobenauswahl orientierte im ersten Schritt am selektiven Sampling. Ausgehend von Vorannahmen über mögliche Einflussfaktoren auf das Erleben der Rationierung erfolgte die Stichprobenauswahl merkmalsbezogen. Dementsprechend wurden Personen gemäß dem Merkmal Beruf (examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger) und dem Merkmal des medizinischen Fachgebietes (Psychiatrie) befragt. Aus dieser eingegrenzten Population wurden die Fälle über Gelegenheitsstichproben ausgewählt. Datenbasis sind damit vier leitfadengestützte episodische Interviews mit einer Dauer zwischen 15 und 30 Minuten. Die Grundlage der Auswertung bildete das anonymisierte und transkribierte Interviewmaterial. Diese Rohdaten wurden über das offene Kodieren in vorläufige Codes beziehungsweise Konzepte überführt. Um Handlungs- und Interaktionsstrategien identifizieren zu können, fassten und interpretierten wir diese Konzepte auf einem höheren Abstraktionsniveau und erstellten ein Kodierschema. Mit dem abschließenden selektiven Kodieren konnten wir die Hauptkategorien miteinander verbinden und integrieren. Alle Texte wurden in QDA-Software (MAXQDA) ausgewertet.

## **Ergebnis**

Die qualitative Erhebung zeigt, dass Rationierung auch in der psychiatrischen Pflege ein implizites Thema ist. Als Ausgangspunkte konnten folgende Ursache dafür identifiziert werden: Personalknappheit, die Gleichzeitigkeit mehrerer Aufgaben und die unregelmäßig auftretenden Aufgaben mit hoher Priorität. Diese Kontextfaktoren erleben die Betroffenen als Belastung. Kennzeichnend für die Belastung sind (1) die erlebte Ungerechtigkeit in der Verteilung des knappen Gutes Pflege, (2) die Unmöglichkeit, die ethischen Konflikte aufzulösen, weil diese struktureller Natur sind, (3) die unterschiedlichen Lösungen des Rationierungsproblems im Team, die als „Prioritätenkampf“ deklariert wurden. In wieweit Pflegende Situationen als starke oder weniger starke Belastung erleben, hängt von den Einflussfaktoren ab. Hier wurden folgende Faktoren identifiziert: (1) Teamwork, (2) Intuition, (3) Vorgaben, (4) Wissen und (5) Haltung. Es konnte festgestellt werden, dass diese Einflussfaktoren Handlungsentscheidungen erschweren oder erleichtern. Entsprechend kann sich eine gut funktionierende Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern, durch eine

lange gemeinsame Berufserfahrung und gleiche Prioritätensetzung, in angespannten Situationen als förderlich und belastungsreduzierend erweisen. Hingegen führen fehlende Vorgaben und mangelndes Teamwork zu zusätzlichen Belastungen (1). Auch die Berufserfahrung beeinflusst das Erleben der Rationierungsentscheidung. Wobei hier zwei unterschiedliche Strategien gewählt werden. So wurden intuitive Entscheidungen durch langjährige Praxis oder rational Entscheidungen nach einer selbst gesetzten Prioritätenliste genutzt (2). Überdies erleichtern eindeutige Anweisungen und Absprachen das Arbeiten. Mangelnde Absprachen und uneindeutige Vorgaben führen dagegen zu Teamkonflikten und erzeugen zusätzlich negative Gefühle (3). Auch das Wissen um die Konsequenzen für die Patienten, wenn bestimmte Pflegeleistungen rationiert werden müssen, beeinflusst die Entscheidungen (4). Darüber hinaus gibt es auch Einstellungsaspekte (5), die auf das Erleben der Rationierung wirken. Nicht jeder findet diese Zustände als belastend. Einige resignieren, andere finden die gewachsenen Lösungsmechanismen angemessen, um mit dem Problem der Rationierung zurechtzukommen.

Neben diesen Belastungsaspekten wurde im Rahmen der Interviews auch konkret nach Lösungswegen gefragt.

Wie Pflegende mit den täglichen Anforderungen der Rationierung des knappen Gutes Pflege umgehen, hängt von ihren unterschiedlichen Strategiesetzungen ab, die sie in den jeweiligen Situationen verfolgen. Dabei emergieren zwei Subkategorien, die „Handlungsebene“ und die „Kognitive Ebene“. Diesen Subkategorien konnten verschiedene Bewältigungskonzepte zugeordnet werden (Abbildung 1).

Im Hinblick auf die Entscheidungsgrundlagen wurde deutlich, dass lebensbedrohliche Situationen der Patienten und zu erwartende rechtliche Konsequenzen höchste Priorität haben und entsprechende Interventionen nie rationiert werden (Abbildung 1).

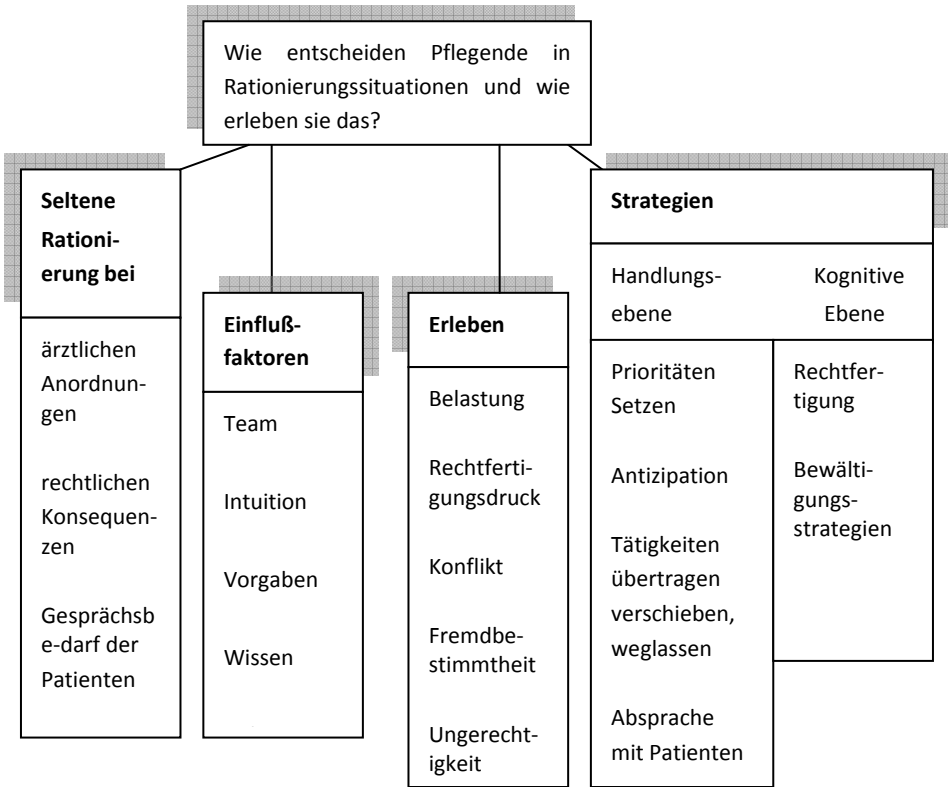


Abbildung 1 Kategorien zum Erleben und Entscheiden in Rationierungssituationen

### Schlussfolgerung

Diese Pilotstudie zeigt erste Einblicke in die Rationierung psychiatrischer Pflege. Sie gibt Einsicht in das Erleben Pflegender, ihre Verhaltensweisen und Handlungsmuster im Kontext von Entscheidungszwängen. Lebensbedrohliche Situationen der Patienten und ärztliche Anordnungen, die bei Nichterfüllung rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, haben höchste Priorität und werden nicht rationiert. Wenn rationiert werden muss, geht dies zu Lasten der

speziell psychiatrischen Pflegeinterventionen. Demgemäß führt die Rationierung des knappen Gutes Pflege innerhalb der psychiatrischen Versorgung nicht zu einer lebensbedrohlichen Gefährdung des Patienten. Vielmehr bedingt die Rationierung vor dem Hintergrund eines reduktionistisch-naturwissenschaftlichen Versorgungsansatzes den sozialen Ausschluss des Erkrankten. Eine Reduktion psychiatrischer Versorgung auf lebensrettende Maßnahmen und ärztliche Anordnungen, wie zum Beispiel Medikamentengabe und Vitalzeichenkontrolle, schließt den Erkrankten aus dem Lebensweltkontext aus. Dieser Situationszusammenhang, verbunden mit einer erlebten Ungerechtigkeit in der Verteilung des knappen Gutes Pflege und einem Gefühl des Fremdbestimmtheits durch strukturelle Bedingungen, wird von den Pflegenden als Belastung erlebt. So konnten wir feststellen, dass auch strukturelle Bedingungen einen großen Einfluss auf das Rationierungsverhalten psychiatrischer Pflege haben. Hierarchische Strukturen oder auch örtliche Gegebenheiten geben die Aufgabenverteilung meist vor, ohne sich ausreichend an den Kompetenzen und Motivationen der Pflegenden zu orientieren [7]. Den auf einer Makroebene [1, 2, 4] kritisch diskutierten Vorschlägen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie zur Rationierung der Gesundheitsversorgung können wir uns, mit vorliegenden Studienergebnissen, aus Sicht der Mikroebene anschließen. So müssen Pflegenden durch eine implizite Rationierung ihre Ressourcen gegen den Patienten ausbalancieren. Da sie zu unterschiedlicher Prioritätensetzung und unterschiedlicher Werte zu unterschiedlichen Lösungen in Problemlösungs- und Entscheidungsprozessen kommen, müssen diese Kompetenzen in der Ausbildung und die Prioritätensetzung im pflegerischen Team verstärkt reflektiert werden [6].

Begründet auf die vorliegenden Ergebnisse sind solche Forschungen, neben ihrer Bedeutung im derzeitigen ökonomischen Diskurs der Akteure der Gesundheitspolitik, wichtig für die Reflexion pflegerischer Ziele und der Klärung von Verantwortlichkeit inmitten anderer Berufsgruppen im Gesundheitssystem.

## Literaturverzeichnis

1. Fletcher, J.J. (1998) Mental Health Nurses: Guardians of Ethics in Managed Care. In: Journal of psychosocial nursing and mental health Services. 1998/7:34-37.
2. Wells, J. (1995) Health care rationing: nursing perspectives. In: Journal of Advanced Nursing. 1995/22: 738-744.
3. Dibelius, O., Arndt, M. (2003) Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive. Hannover: Schlütersche.
4. Cypher, D. (1997): Healthcare Rationing: Issues and Implications. In: Nursing Forum. Volume 32. 1997/4: 25-33.
5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. (S. V). Köln: IQWiG. Online in Internet: URL: <http://www.iqwig.de/download>. [Stand: 10.11.2008].
6. Schubert, M., Schaffert-Witvliet, B., Glass, T., De Geest, S. (2005) RICH-Nursing Studie. Rationierung in der Pflege – Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Patienten. Basel: Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft. Online in Internet:  
URL:<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02364/index.html?lang=de&download> [Stand: 10.11.2008].
7. Reuschenbach, B. (2008) Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege. Berlin: Logos.
8. Flick, U. (2002) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

## **Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP©) - und dann?**

*Rosemarie Welscher, Michael Schulz, Christoph Abderhalden, Johanna Feuchtinger, Dobrin Schippers, Christiane Schäpe, Elisabeth Schori*

### **Abstract**

Im Jahre 2003 wurde in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) Primary Nursing (PN) eingeführt. 2008/2009 wurde der Umsetzungsstand mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP©) erhoben. 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.

Mittels IzEP© wurden 12 Stationen in vier Abteilungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf ihren Umsetzungsgrad des Pflegesystems hin untersucht.

Vorge stellt werden die Resultate aus dieser Erhebung. Die Ergebnisse lassen den Vergleich von Stationen einer Abteilung zu. Sie geben aber auch sehr detaillierte Informationen zu eine einzelne Station über die Umsetzung des Pflegesystems in Bezug auf bestimmte Themen, wie Schritte des Pflegeprozesses oder Bereiche der Kommunikation. Die Aussagen, welche die Auswertung liefert, geben den Mitarbeiterinnen der Stationen sowie den Leitungen Auskunft über den Stand der Umsetzung und Ansatzpunkte für weitere Entwicklungen des vorhandenen oder auch zu verändernden Pflegesystems. Anhand

von ausgewählten Beispielen werden Veränderungsmöglichkeiten basierend auf den Erhebungsergebnissen in Bezug auf PN aufgezeigt.

Vor dem Hintergrund von Leadership wird die Frage zu diskutieren sein, in wie weit komplexe Erhebungen hilfreich für die künftige Umsetzung von Pflegesystemen (hier PN) sein können und welche Auswirkungen auf die Versorgung von psychiatrisch zu pflegenden Patienten zu erwarten sind.

### **Lernziele des Vortrags**

- Vorstellung eines komplexen Erhebungsinstruments
- Darstellung von praxisrelevanten Ergebnissen aus der Erhebung
- Ableitung praxisrelevanter Entwicklungsperspektiven für PN

## **10 Jahre Mitarbeiterbefragung in der III. Psychiatrischen Abteilung oder Bereitschaft einer Leitung Veränderungen auch zuzulassen**

*Peter Wodicka*

### **Die Ausgangslage**

1998 gab es starke Veränderungen in der Abteilung. Bevorstehende und drohende Stationsschließungen, damit verbundene Personalrochaden, der Wechsel an der pflegerischen Führungsspitze, etc.

Diese Situation wurde von allen Beteiligten als äußerst anspannend und belastend empfunden, da die komplexen, miteinander verflochtenen Probleme, die alle einer eigenen Dynamik folgten, eine sofortige Lösung verlangten. Der Ansatz war somit folgender: Verglichen mit dem aus dem Krankenpflegeprozess stammenden Grundsatz, nicht nur die vordergründigen Probleme eines Patienten sondern auch dessen intakte Ressourcen festzustellen, sollte ein Screening an Stärken und Schwächen der gesamten Abteilung - und daraus resultierend eine (Be-) Handlungsstrategie erstellt werden.

### **Entscheidung für das EuropeanFoundationQualityManagement-Modell**

Auf der Suche nach einem Qualitätssicherungsmodell, das diesen Anspruch der Schwächen- und Stärkensichtung in effektiver und effizienter Weise gerecht werden würde, stießen wir auf den EFQM Excellence Award (vormals: European Quality Award) Dabei handelt es sich um ein international anerkanntes Instrument zur Organisationsbewertung mit der generellen Ausrichtung auf fünf Interessenspartner (Kunden, Mitarbeiter, Lieferanten, Eigentümer und Gesellschaft), bei denen in zwei Bereichen, neun Kriterien und 32 Subkriterien eine umfassende Analyse der Stärken und Schwächen einer Organisation erstellt wird.

Als Pilotstation für die Selbstbewertung mittels simulierter Bewerbung um den EQA entschieden wir uns für die gerontopsychiatrische Akutstation der Abteilung, da diese bereits projekterfahren war. Die personelle und soziale Struktur des Teams galt als stabil genug, um auch ein eventuelles Scheitern des geplanten

ten Projektes ohne größere Probleme verarbeiten zu können. Es gab also Mitarbeiter, die sowohl Fähigkeiten zum Querdenken, als auch zum (selbst-) kritischen Hinterfragen bestehender Verhältnisse aufwiesen.

Da das EFQM-Modell in seiner Durchführung das Führungsverhalten einer Organisation massiv beeinflusst, muss es auch *top-down* implementiert werden. Es war uns jedoch ein großes Anliegen, mit den unmittelbar Betroffenen einen Konsens herzustellen, was in Teambesprechungen trotz Schwierigkeiten, vor allem bezüglich des Verständnisses der Fachausdrücke in dieser aus der Wirtschaft stammenden Sichtweise einer Organisation, gelang.

ProjektmitarbeiterInnen wurden ausgewählt und eingeschult. Es entstand eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe, die sich aus Ärzten, Psychologinnen und Pflegemitarbeitern zusammensetzte und von "externen" Ärzten und Pflegepersonen aus anderen Spitälern sowie Experten aus der Privatwirtschaft unterstützt wurde.

Wie brauchbar das Instrument für unsere Ansprüche war, merkten wir schon bald, weil die einzelnen Protagonisten unabhängig voneinander durchaus realistisch und treffsicher urteilten. Hauptaugenmerk war dabei vor allem darauf zu legen, ob sich die im Bewerbungsbericht aufgestellten Behauptungen auch tatsächlich durch Zahlen, Daten und Fakten beweisen ließen, oder ob es sich um "*Anekdoten*" handelt, wobei die Kriterien eines "*Beweises*" wiederum klar vorgegeben waren.

Es waren Nachweise zu erbringen, wie:

1) die Organisation vorgeht,

- Führung
- Politik und Strategie
- Mitarbeiter
- Partnerschaften und Ressourcen
- Prozesse

2) welche Ergebnisse sie aufweist.

- kundenbezogene Ergebnisse
- mitarbeiterbezogene Ergebnisse
- gesellschaftsbezogene Ergebnisse

- Schlüsselergebnisse

Bewertet wurde durch das Jurorenteam, das letztendlich 160 Stärken und Schwächen erhob.

### **Der Feedback-Report als Grundlage zukünftiger Verbesserungen**

"Es ist tatsächlich nicht wichtig, wie diese Dinge heißen", wie ein Mitarbeiter es einmal ausdrückte, "wichtig ist nur, was dabei rauskommt!" Fragt man hingegen nach dem wichtigsten Werkzeug für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess innerhalb der III. Abteilung, sind sich zumindest die entscheidenden Personen einig: Der Feedback-Report des Projektes und die daraus resultierenden Verbesserungspotentiale.

So ernüchternd die schlichte Aufzählung von 160 Schwächen und ihre Gegenüberstellung zum tatsächlichen Status Quo einer Organisation auch sein mögen, so motivierend kann dies aber auch gerade für die Mitarbeiter werden, wenn dem Ganzen nicht die große Resignation folgt, sondern die Bereitschaft Veränderungen auch tatsächlich zuzulassen. Dies gilt insbesondere für die Leitenden Kollegen einer Organisation.

### **160 Schwächen werden zu zehn Themen verdichtet**

Die Verdichtung der vom Bewertungsteam festgestellten 160 Schwächen, oder besser Verbesserungspotentialen, zu einer überschaubaren Einheit von Themen, die in den nächsten Jahren behandelt werden sollten, war nun der nächste Schritt. Dazu bedienten wir uns eines höchst effizienten Instrumentes, der Neun-Felder-Methode, mit dem diese Schwächen verdichtet, gepunktet und nach den Kriterien "Umsetzbarkeit" und "Nutzen" bewertet wurden.

Eine anschließende Reihung nach Prioritäten erfolgte durch die sogenannte *nominale Gruppentechnik* durch vier von der Abteilungsführung vorgegebenen Wertungsfaktoren mit einer anschließenden neuerlichen Reihung der jeweils fünf meistgepunkteten Themen in der Neunfeldertafel und einer schriftlicher Zusammenfassung.

Hier die Ergebnisse in Kürze:

- Als schwer umsetzbar, aber von hohem Nutzen wurden die Themen *Personalplanung* und *Kommunikation* eingestuft.
- Als mittelschwer umsetzbar mit hohem Nutzen *Leitbild und Ziele*, sowie die *Prozesse*.
- Leicht umsetzbar mit hohem Nutzen waren *Stationsführung und Verbesserungsaktivitäten* sowie *Beurteilung der Station aus Kundensicht* klassifiziert. *Schulung und Ausbildung* sowie *Mitarbeiterbeurteilung* haben demnach einen mittleren Nutzen und sind mittelschwer umsetzbar; als leicht umsetzbar mit mittlerem Nutzen galten die *Unterstützung der Mitarbeiter bei Verbesserungsaktivitäten* und *Ideenmanagement*.

### **Die Abteilung wird aus der Sicht der Mitarbeiter beurteilt**

Eine der zentralen Aufgaben bei der Verfassung der Bewerbungsunterlagen war die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit. Dazu bedienten wir uns eines eigens erstellten anonymen Fragebogens mit 26 Items, basierend auf den "Merkmale effektiver Teams" nach Dr. Mathe. Da dieses Screening der Mitarbeiterzufriedenheit eine hohe Effizienz aufwies, wiederholen wir diese Umfrage nun alle 1-2 Jahre und verwenden die jeweiligen Ergebnisse als Kennzahlen für die Balanced-Scorecards (BSC).

Das EFQM-Modell ist somit ein Bezugsrahmen, der das gesamte Vorgehen und die erreichten Ergebnisse bewertet; die BSC ist ein Werkzeug das hilft, eine vorgegebene Strategie in das Unternehmen zu tragen, zu operationalisieren und deren Umsetzung ständig zu messen.

Eine kurze Interpretation der allerersten Mitarbeiterumfrage:

Auf der Pilotstation werden vor allem der höfliche Umgangston und der respektvolle Umgang miteinander von den Mitarbeitern hervorgehoben. Selbständiges Handeln ist möglich und erwünscht, das Team entscheidet gemeinsam. Die Mitarbeiter können mitreden, ohne zu sehr auf hierarchische Positionen achten zu müssen. Allerdings kennt das Team auch implizite Hierarchien und Machtkämpfe. Kritik ist dennoch möglich, Ideen und Gefühle können frei geäußert werden. Bei Entscheidungen herrscht halbwegs Übereinstimmung, wobei abweichende Ansichten die Atmosphäre nicht zu sehr beeinträchtigen.

Störungen dauern allerdings etwas zu lange und Versetzungen werden generell als problematisch erlebt.

### **Durchführung von Mitarbeiterumfragen generell**

Diese sollten anonymisiert sein, damit die Mitarbeiter auch tatsächlich aktuelle Schwächen und Missstände benennen. Da es durchaus Sinn macht die Berufsgrenzen bei der Auswertung zu trennen, wird es immer schwieriger, weil beispielsweise die relativ kleine Gruppe der Ärzte pro Station kaum mehr als anonym durchgehen kann.

Ganz wichtig ist auch eine treibende Kraft, die optimale Rahmenbedingungen schafft, also beispielsweise die Adaptierung von Items, Kopie und Druck der Fragebögen, das Austeilen derselben und das Forcieren der Rückläufe übernimmt.

Um Verzerrungen zu vermeiden, soll ein externer Professionist (in unserem Fall eine Psychologiepraktikantin) die Auswertung der Bögen vornehmen. Interpretation und Präsentation der Ergebnisse werden in großem Rahmen den Teams der Abteilung zurückgespielt, so dass alle beteiligten Kollegen merken, wie wichtig dieser geleistete Beitrag ist, umso mehr als die Führung der Station oder Abteilung die Befragungsinhalte ernst nimmt (ob ausgezeichnete oder minder entsprechende Noten). Diese führen ja zu Veränderungen oder bestätigen geleistetes Führungsverhalten.

### **Bilanzierende Erfahrung mit dem Selbstbeurteilungsmodell**

EFQM ist ein branchenneutrales Modell und somit auch für psychiatrische Krankenhäuser anwendbar. Es berücksichtigt Interessenspartner, die im Detail selbst definiert werden müssen. Die Ansatzpunkte bzw. Empfehlungen der Subkriterien können und müssen allerdings an die Psychiatrie angepasst werden.

EFQM ist ein strategisches Führungsinstrument. Es erleichtert die Planung durch eine gemeinsame Sichtweise der Führungspersonen, ermöglicht Vergleiche mit anderen Organisationen und beeinflusst so das Führungsverhalten nachhaltig.

Die organisatorischen Grenzen des Bewerbers müssen deutlich durch die Bewerbungsunterlagen dargestellt werden, wodurch das Verbesserungspotential

beeinflussbar wird. Ebenso müssen die Geschäftsergebnisse des gesamten Krankenhauses eindeutig formuliert und ein rascher Zugang zu den entsprechenden Daten gewährleistet sein.

Kernstück für weitere Verbesserungsmaßnahmen ist der Feedback-Report des Bewertungsteams. Dabei ist der Einsatz von externen Experten notwendig. Transparenz und Einbeziehung der Mitarbeiter ist unbedingte Voraussetzung für daraus resultierende Maßnahmen.

Die Gefahr der Verschleppung des Projektes ist aufgrund des Zeitaufwandes (bei uns >600 Stunden!) sehr hoch. Unbedingt notwendig ist die Einschulung der Verfasser auf das Modell, aber auch auf die Grundlagen der Projektarbeit.

Die Auftraggeber (Führung) kommt selbst gewaltig unter Druck; auch ist die Grenze der sozialen Belastbarkeit des Teams im Auge zu behalten.

Es mussten geeignete Werkzeuge (BSC) geschaffen werden um die Veränderungen auch messen zu können.

Für die Abteilungsführung heißt das aber auch, in gewisser Weise Neuland zu betreten. Die Herausforderung, den Mitarbeitern nicht nur Ausrüstung und Befähigung sondern auch Erlaubnis zu geben, verlangt vor allem Mut, nicht nur schöne Worte. Denn wer den Leuten Schwimmen lehrt, darf sich nicht wundern, wenn es ihnen dann im Wasser auch gefällt.

Wichtig war uns dabei, dass die Darstellung dieser Teilprozesse sowohl von den Betroffenen selbst, als auch von anderen in einer Weise vorgenommen wurden, die alle Beteiligten nachvollziehen konnten. Dies geschah sowohl in schriftlicher als auch in graphischer Form durch geeignete Flussdiagramme.

Dazu einige Beispiele:

- Aufnahme des Patienten
- Pflegeabläufe
- Befundgebarung
- Medikamenten- und Suchtgiftgebarung
- Gefahrenabwendung durch Zwangsmaßnahmen
- Bürokratischer Ablauf bei Verletzungen
- Bürokratischer Weg der Krankengeschichte
- Flexible Diensterteilung der Pflegenden

Für jede Station werden Organisationshandbücher erstellt

Die 3. psychiatrische Abteilung ist eine komplexe Organisation, wo bisweilen relativ starre Hierarchien und bürokratische Systeme mit hochdynamischen Situationen zusammentreffen. Dies verlangt nach möglichst reibungslos ablaufenden Arbeitsweisen, die rasch durchschaubar und übersichtlich sowie von allen Involvierten leicht nachvollziehbar gestaltet sein müssen. Mit einer zunehmenden Klärung der Haupt- und Teilprozesse wurde es daher auch notwendig, diese nicht nur zu identifizieren und darzustellen, sondern auch mit Hilfe von Organisationshandbüchern, die stets und für alle erreichbar sein sollen, ersichtlich zu machen.

Wie es eine Kollegin einmal sehr treffend ausdrückte: *„Gestern hatten wir eine Menge Probleme. Die haben wir heute auch. Aber jetzt haben wir wenigstens ein Ziel und wissen, wo wir hin müssen.“*

### **Literatur**

1. Senge, P. (1999) Die fünfte Disziplin - Kunst und Praxis der lernenden Organisation. Verlag Klett-Cotta.
2. Kenneth, B. (1995) Minutenmanager. Rowohlt Verlag.
3. Kuhnt, Müllert, (1996) Moderationsfibel Zukunftswerkstatt. Ökotopia Verlag, Münster.
4. Abenteuer European Quality Award (2000) Verlag Orell Füssli.
5. Davenport, Prusak (1999) Wenn ihr Unternehmen wüsste, was es alles weiß. mitp-Verlag.
6. Probst et al, (1999) Wissen managen. Gabler-Verlag.
7. Nonaka, Takeuchi (1997) Die Organisation des Wissens. Campus Verlag.
8. Osterc, Luksch (2001) Projektbeschreibung. Das EFQM-Modell in der III. Abteilung des Otto-Wagner-Spitals. Eigenverlag.

### **Internetressourcen**

[www.afqm.at](http://www.afqm.at)

<http://de.wikipedia.org/wiki/EFQM-Modell>

[http://www.q-excellence.de/?gclid=Clqk7\\_D215sCFc4TzAodRxHyBg](http://www.q-excellence.de/?gclid=Clqk7_D215sCFc4TzAodRxHyBg)

[www.balanced-scorecard.de/](http://www.balanced-scorecard.de/) <http://home.t-online.de/home/friedag/bsc.htm>

[www.ferrari-org.de/publikation/bsc/](http://www.ferrari-org.de/publikation/bsc/)

## 10 Mutmacher für potentielle Führungspersonen

*Wilhelmina Zwemer*

### Einleitung

Immer wieder überrascht es, wie gerade in der psychiatrischen Pflege teilweise ein mangelndes Interesse besteht, eine Führungsfunktion zu übernehmen. Die Auffassungen der Pflegefachpersonen über die Aufgaben einer Führungsperson entsprechen oft nicht der Realität. Die psychiatrische Versorgung ist stark im Wandel, und sie braucht kompetente Pflegefachpersonen, die eine Führungsfunktion bis hin zur Pflegedirektion übernehmen wollen.

Mit den 10 Mutmachern für potentielle Führungspersonen will die Autorin folgende Ziele erreichen:

Den Pflegefachpersonen Mut machen, eine Führungsfunktion zu übernehmen und ihnen aufzeigen, dass dies eine spannende und faszinierende Aufgabe ist. Worauf es bei einer Führungsfunktion ankommt, legt die Autorin, gestützt auf Fachliteratur, mit ihrer Sichtweise dar.

### Die 10 Mutmacher

#### **Führung ist ein bisschen angeboren, und alles andere können Sie lernen**

Die gute Nachricht ist, wenn eine Person eine Führungskraft werden will, kann er oder sie das schaffen. Nicht jeder "führt schon auf dem Spielfeld". Führung ist eine fortlaufende Entwicklung der Persönlichkeit und der Arbeit, denn Führungskompetenz wird tagtäglich aufgebaut [1]. Was zählt, sind Ergebnisse über längere Zeit. Man kann andererseits nur Menschen führen, die einem "folgen". Das erfordert Beziehungsfähigkeit, Mut und Glaubwürdigkeit.

#### **Networking hilft – Sie müssen nicht alles alleine machen**

Gut vernetzt zu sein, ist sehr effizient und hilft, um zum Beispiel nicht alles neu erfinden zu müssen. Sich in schwierigen Situationen beraten zu lassen, hilft, schneller zum Ziel zu kommen. Der Zusammenschluss in einem Netzwerk ermöglicht die Nutzung unterschiedlich vorhandener Ressour-

cen. Ein "Netzwerk-Telefon" kann Sie weiterbringen, als zum Beispiel 20 Stunden Recherche. Wichtig ist, Kenntnis darüber zu bekommen, wie Netzwerke aufgebaut und genutzt werden können [2]. Eines ist sicher: Es macht Spaß!

#### **Eine Führungsfunktion ist unglaublich vielseitig**

Führung betrifft die verschiedensten Bereiche wie Leadership, Organisationsentwicklung, Pflegeforschung, Arbeitsrecht, Gesundheitspolitik, Bildung, Qualitätsmanagement, Berufspolitik, Change Management und Betriebswirtschaft. Sich das Wissen zu den verschiedensten Themen anzueignen ist notwendig und gleichzeitig sehr spannend. Es gibt keine Langeweile mehr am Arbeitsplatz!

#### **Ihre Kreativität können Sie auch in einer Führungsposition einsetzen**

Die Zeiten der alten 3-Führungs-K: Kontrollieren, Kommandieren und Korrigieren sind vorbei. Gefragt sind heute die neuen 3-Führungs-K: Kreativität, Kompetenz und Kommunikation [3]. Kreativität ist das Element, das zu Innovation führt, zu neuen und besseren Lösungen. Wir brauchen in dem schnellen Wandel von heute dringend kreative Lösungen, denn Change Management ist Alltag geworden.

#### **Die Mitarbeitenden sind das Herzstück der Führung, nicht die Finanzen**

Oft wird gemeint, dass die Zahlen und das Budget einen grossen Teil der Führung ausmachen. Die Finanzen sind überlebenswichtig für jeden Betrieb. Jede Führungskraft muss sich damit auskennen. Der Schwerpunkt der Führung liegt jedoch bei der Mitarbeiterführung. Motivierte und produktive Mitarbeitende sowie niedrige Fluktuationen und Absenzen machen den Betrieb erst wettbewerbsfähig [4]. Mitarbeiterführung ist die zentrale Aufgabe. Die grosse Voraussetzung dafür ist, Freude daran zu haben, Menschen zu fördern und wachsen zu lassen.

#### **Sie können sich weiterhin aktiv für psychiatrische Patienten einsetzen**

Auch in einer Führungsposition kann man sich, wenn vielfach indirekt, sehr wirkungsvoll für die Patienten einsetzen. Was brauchen unsere Patienten heute und welche Rahmenbedingungen sind dafür notwendig? Welche neuen Entwicklungen sind gefragt? Welche neuen Betreuungsformen? Diskutieren Sie mit, entweder innerhalb der Leitungsgremien auf der Abteilung, im Bereich oder in der Geschäftsleitung.

### **Ergebnisse und Entwicklung bringen den Flow im Job**

Menschen brauchen gemeinsame, bedeutungsvolle Ziele und entsprechende Aufgaben, um in ihrer Arbeit das Beste zu leisten und sich entwickeln zu können. Nichts begeistert Menschen mehr, als ihren eigenen Fortschritt. Bedeutungsvolle Ergebnisse zu erzielen, bringt den "Flow" [5] im Job. Dieses "Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz" entsteht, wenn wir die eigene Arbeit richtig gut machen. In einer Führungsfunktion können wir unsere Arbeit selber steuern.

### **Wenn Sie gut zuhören können, können Sie auch Vertrauen schaffen**

Die Fähigkeit der Sprache ist wichtig in einer Führungsfunktion und muss sorgfältig eingesetzt werden, denn sie bedeutet auch Macht. Ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger, ist die Kunst, die richtigen Fragen zu stellen und vor allem zuhören zu können. Wer Vertrauen schaffen will, muss zuhören. In der Führung kommt es auf das gegenseitige Vertrauen an [6].

### **Es stehen viel mehr Handlungsspielräume zur Verfügung**

Jeder, der in der Berufswelt steht, weiss, wie unangenehm es ist, einen unfähigen Vorgesetzten zu haben und welche Freude wiederum es ist, mit einem kompetenten Chef zusammenzuarbeiten. Klagen über Vorgesetzte bringt nichts. Angesagt ist, selber die Führungsverantwortung zu übernehmen und Handlungsspielräume zu nutzen, um positive Veränderungen [7] zu bewirken.

### **Eine Führungsposition zahlt sich aus**

Eine Führungsposition ist auch anspruchsvoll: schwierige personelle Entscheidungen, energiefressende Auseinandersetzungen auf Geschäftsleitungsebene, das Aushalten von schwierigen Situationen usw. Die Lohndifferenz kann man dafür ideal für die Freizeitbeschäftigung einsetzen.

### **Schlusswort**

Die Autorin, seit vielen Jahren selber in einer Führungsfunktion tätig, hofft, einigen Pflegefachpersonen mit den Mutmachern einen Impuls geben zu können, sich auf eine Führungsfunktion innerhalb der psychiatrischen Pflege und Versorgung zu melden.

## Literatur

1. Maxwell, J.C. (2002) Leadership - Die 21 wichtigsten Führungsprinzipien. Basel: Brunnen Giessen
2. Poser, M. (2008) Netzwerkbildung und Networking in der Pflege. Berufliche Handlungskompetenz und Karriere entwickeln und fördern. Bern: Hans Huber
3. Siege, I.M.R. (2000) Vom Lipstick zum Laptop – Die Frau in der Businesswelt. Zürich: Orell Füssli
4. Buholzer, S.A. (2008) Umdenken jetzt! - Ein Buch für Mutige. Zürich: Orell Füssli
5. Csikszentmihalyi, M. (2004) Flow im Beruf - Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz. Stuttgart: Klett-Cotta
6. Malik, F. (2000) Führen Leisten Leben – Wirksames Management für eine neue Zeit. München: Wilhelm Heyne
7. Doppler, K., Lauterburg, Ch. (2000) Change Management - Den Unternehmenswandel gestalten. Frankfurt: Campus

# Posterpräsentationen

## **Gemeindenaher offene Psychiatrie: Eine Herausforderung für die Pflege in der Psychiatrie?**

*Susanne Hahn*

Ende des Jahres 1993 stand fest, 1994 wird im Klinikum Idar - Oberstein GmbH (Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 608 Betten und 12 Fachabteilungen) durch die Eröffnung einer gemeindenahen, offenen Psychiatrie das dezentrale teil- und vollstationäre Behandlungsangebot mit einer Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Birkenfeld ermöglicht. Der Weg von ca. 80 km bis zur nächsten Landesnervenklinik musste im Falle einer Erkrankung nicht mehr bewältigt werden.

### **Die Vorbereitungen begannen:**

- Interessiertes Pflegepersonal der somatischen Fachabteilungen des Hauses wurde ausgewählt und vor der Eröffnung in Krankheitslehre & Pflege in der Psychiatrie theoretisch geschult.
- Umbau zweier Stationen unter Einbeziehung des Pflegepersonales.
- Informationsabend für die Bewohner der angrenzenden Gemeinde um Vorurteile abzubauen, Ängste zu nehmen und Chancen herauszuarbeiten.
- Eröffnung der Abteilung im Juli 1994.

Die Abteilung umfasst mittlerweile 2 Stationen mit insgesamt 60 Betten, eine Tagesklinik mit 25 Plätzen und eine psychiatrische Institutsambulanz. Ein betreutes Wohnen mit 6 Plätzen ist angegliedert. In all diesen Bereichen ist Fachpflegepersonal/Pflegepersonal tätig. Pflegekonzepte wurden entwickelt, überarbeitet, neu gestaltet. Der professionelle Umgang mit Akutsituationen auf der offenen Station ohne die Möglichkeit der Verlegung auf eine geschlossene Station wurde entwickelt und optimiert. Beziehungsgestaltung, Aufbau tragfähiger Beziehungen wurden mehr und mehr zum Kernthema. Pflegestandards wurden erarbeitet, Supervisionen angeboten und wahrgenommen. Die pflegerische Dokumentationsformen wurden den speziellen Anforderungen der Psychiatrie angepasst.

- 1996 wurde ein Curriculum für die 2-jährige Psychiatrische Fachweiterbildung erarbeitet und mit dem ersten Kurs begonnen. Bis heute wurden 11 Fachkrankenschwestern/-pfleger ausgebildet , ein weiterer Kurs beginnt im Frühjahr 2010.
- Teilnahme des Pflegepersonales an Psychosozialen Arbeitskreisen, regionalen Psychiatrietagen, Landesarbeitsgruppen.
- Coaching psychiatrischer Kliniken , die die Öffnung ihrer geschlossenen Stationen erwägen.
- 2008 psychiatrisches Pflegesymposium in Idar - Oberstein.

Eine hohe Motivation aller pflegerischen Mitarbeiter macht den ständigen Prozess zur Verbesserung unserer Arbeit erst möglich, gleichzeitig motiviert der Erfolg dazu, sich ständig weiterzuentwickeln.

Wir haben es geschafft, alle unsere Patienten auf offenen Stationen pflegen zu können.

# **Projektmanagement als Herausforderung für eine junge Stationsleitung, am Beispiel des Projektes: „Integrative pflege und Betreuung von psychisch kranken Müttern, ihrem Säugling und deren Bezugspersonen“**

*Nicola Maier-Kilga und Monika Eibensteiner*

## **Hintergrund:**

Seit 2003 gibt es an der Station 4A1 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien die Möglichkeit der Aufnahme von einer psychisch kranken Schwangeren oder einer psychisch kranken Mutter mit Kind. Die Station bietet eine Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit Erfahrung in der Betreuung psychisch kranker Mütter unter Berücksichtigung der Mutter-Kind-Interaktion.

Indikation für die Aufnahme ist eine stationär behandlungsbedürftige Erkrankung einer werdenden Mutter bzw. Mutter (Psychotische bzw. depressive Symptomatik, Angst- oder Zwangsstörung begleitet mit einer ausgeprägten Störung der Mutter-Kind-Beziehung).

Die Säuglinge können mit der Mutter ab dem 14. Lebensstag aufgenommen werden. Im Laufe der Zeit wurde das Angebot für nahe Angehörige erweitert. Diese können für kurze Zeit parallel aufgenommen werden um ihre Kompetenzen, in Bezug auf die Unterstützung der kranken Mutter und die Pflege des Säuglings, zu stärken und auszubauen.

Damit dieses umfassende Angebot, entsprechend den Wünschen des Pflege-teams, auf höchstem Niveau erbracht werden kann, wurde von der Stationsleitung das Projekt „Umfassende pflege von psychisch kranken Müttern, ihrem Kleinkind und deren Angehörigen“ ins Leben gerufen.

Durch ein Projekt werden Lösungen für Probleme oder innovative und verändernde Aufgaben zur Zukunftssicherung erarbeitet. Vorhandene Abläufe werden durchdacht, und bei Bedarf erneuert oder angepasst.

In diesem (unserem) Fall dient das Projekt dazu, das beschriebene Angebot qualitativ zu sichern und auszubauen. Dazu wurden primär die nachfolgenden Projektziele formuliert:

- Wissens- und Kompetenzerweiterung der Pflegepersonen insbesondere in Bezug auf die drei Hauptschwerpunkte (Peri- und postpartale Erfordernisse und Betreuung der Mutter sowie die Bedürfnisse und Versorgung des Säuglings und Arbeit mit deren Angehörigen).
- Erweiterung der Instrumente zur leichteren Pflegedokumentation entsprechend der oben angeführten Punkte.
- Schaffung einer familien- /kindgerechten Infrastruktur auf der Station.
- Etablieren eines funktionierenden pflegerischen Netzwerkes (Kinderschwester, Hebamme, etc.)
- Aufbau eines pflegerischen Angebotes zur Rückführung ins Alltagsleben.

Das Poster stellt die Meilensteine des Projektes dar und bietet eine Übersicht, welche zusätzlichen Kompetenzen der Stationsschwester bzw. Projektleiterin abverlangt wurden.

# **Berufsbergreifende Tätigkeiten des Pflegeteams innerhalb der multiprofessionell arbeitenden Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) am Universitätsklinikum Leipzig**

*Karen Müller, Anke Oppenheim, Hans Jarratsch, Katarina Stenger*

## **Abstract**

Seit April 2001 dürfen u.a. auch die Polikliniken der Universitäten im Setting der Psychiatrischen Institutsambulanzen (im folgenden 'PIA') arbeiten. Laut 118 SGB V, sollen dadurch Patienten mit 'Schizophrenien, affektiven Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten mit Komorbidität und gerontopsychiatrischen Krankheiten' erreicht werden sowie Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung durch andere Behandlungsmodelle unterversorgt sind. Darüber hinaus sind Indikationen (...) eine eingeschränkte Compliance, Therapieabbrüche, therapierefraktäre Verläufe, häufige oder lang dauernde Hospitalisierungen, Multimorbidität, unzureichende Erreichbarkeit von Vertagsärzten sowie Notfälle. Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Psychologen, Sozio-, Ergo-, Physiotherapeuten, Pflegekräften ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Bedürfnisse dieses Patientenlientels mit guter Qualität zu befriedigen.

Es konnte an der PIA des Universitätsklinikums Leipzig ein berufsgruppenbergreifendes Behandlungskonzept etabliert werden, wo Pflegekräfte neben den Kernkompetenzen der Psychiatrischen Fachpflege unterschiedliche sozio- und psychotherapeutische Co-Therapeutenfunktionen wahrnehmen. Am Beispiel eines aufgrund seiner psychotischen Erkrankung langjährig psychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten werden konkrete Behandlungsabläufe in der PIA dargestellt und die fachspezifischen und bergreifenden Tätigkeiten der Pflege hervorgehoben. Es wird deutlich, dass Behandlungskontinuität auf Seiten des Pflegeteams zu einem entspannten, hochcomplianten Verhalten bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen führen kann. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass stationäre Wiederaufnahmen hinausgezögert bzw. akute Exacerbationen der Erkrankung länger im ambulanten Setting abgefangen werden können.

# **„Einsatz Demenz“: Schulung von Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten im Vollzug für den „Einsatz mit an Demenz erkrankten Menschen“**

*Regina Petri, Ingeborg Germann*

## **Einleitung**

Welchen Aufgaben kann sich psychiatrische Fachkrankenpflege stellen?

Im Mittelpunkt des im Folgenden vorgestellten Konzeptes steht, wortwörtlich der an Demenz erkrankte Mensch. Ziel ist es dementen Menschen ein Leben inmitten unserer Gesellschaft zu ermöglichen. Zum aktuellen Zeitpunkt, an dem die Medizin noch weit entfernt von einer kausalen Demenztherapie ist, müssen wir Konzepte entwickeln in deren Mittelpunkt der demente Mensch steht und ihm ein Leben mit möglichst geringen freiheitseinschränkenden Maßnahmen und möglichst niedriger Eigen- bzw. Fremdgefährdung gewähren.

## **Projekthintergrund**

Entsprechend der demographischen Entwicklung stellt die Zunahme von Demenzerkrankungen im Lichte fehlender und in der Entwicklung nicht unmittelbar bevorstehender kausaler Behandlungsmöglichkeiten eine zentrale Herausforderung an das Gesundheitswesen und unsere Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten dar. Um diesem Problem entgegen zu treten bedarf es der Schaffung einer „demenzgerechten Umwelt“, mit Anpassung der Quartiere und Schulung der Bevölkerung. Wir müssen uns demenzgerechter ausrichten und ausstatten, Orientierungshilfen installieren und die Menschen für das Thema Demenz sensibilisieren. Was liegt da näher, als Polizistinnen und Polizisten im Vollzug im Umgang mit demenzerkrankten Menschen zu schulen?

## **Projektziele**

- Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte über das Krankheitsbild Demenz informieren,
- Auffälligkeiten beim Verhalten an Demenz erkrankter Menschen aufzeigen und Hintergründe erklären und
- Polizistinnen und Polizisten auf den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen vorbereiten.

Diese drei Projektschritte sollen zur Stärkung der Teilhabe demenzerkrankter Menschen am alltäglichen Leben im „demenzgerechten Rheinland-Pfalz“ führen.

## **Das Schulungskonzept**

Das Schulungskonzept besteht aus zwei Teilen:

### **1. Workshop/Vortrag:**

In Rheinland-Pfalz werden landesweit alle Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte im Vollzug zum Thema Demenz geschult. Die Schulungsworkshops finden direkt in den Polizeidienststellen, z.B. im Rahmen einer Dienstbesprechung statt oder werden durch Multiplikatoren in den Dienststellen durchgeführt.

### **2. Broschüre:**

Zusätzlich zur Schulung/zum Vortrag gibt es für jede Polizistin und jeden Polizisten eine Broschüre, welche die wichtigsten Themen der Schulung noch mal zusammenfasst und vertieft bzw. durch „Schnelllese-Kästen“ einen Überblick und/oder Schnellzugriff verschafft und einen Nachschlageteil für die Praxis beinhaltet.

## **Projektverlauf**

Seit dem Startschuss durch die Gesundheitsministerin von Rheinland-Pfalz Malu Dreyer und den Innenminister von Rheinland-Pfalz Karl Peter Bruch Anfang November 2008 sind 10 Schulungen mit Erfolg durchgeführt worden.

## **Fazit**

Demenz und die damit verbundene Angst bei Betroffenen und Angehörigen stellt eine übergeordnete Barriere bei der Nutzung von Serviceleistungen im Gesundheitssystem dar. Das Stigma lautet: *„Demenz bedeutet schnellen körperlichen und geistigen Verfall, Inkontinenz und der Verlust des eigenen Zuhauses...“*. [1]. Die Diagnose Demenz wirkt hemmend und Angst auslösend, nicht nur in den Köpfen von Betroffenen, Familienangehörigen und Freunden, auch bei Professionellen aller Gesundheitsdienste. Erst wenn es uns gelingt, Demenz als eine behandlungsfähige (nicht heilbare) Erkrankung wahrzunehmen und darzustellen, wird das Verkünden der Diagnose beim Patienten und seinen Angehörigen nicht mehr zwingend Verdrängung und Hoffnungslosigkeit auslösen.

## **Literatur**

1. Moniz-Cook, E. (2006). Facing the future: A qualitative study of older people referred to a memory clinic prior to assessment and diagnosis. *Dementia*, 5, 3, 375-395.

# **Training für eine einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege auf Grundlage der einfühlsamen oder gewaltfreien Kommunikation (GFK) nach M.B. Rosenberg**

*Uwe B. Schirmer, Tanja Waidmann*

Marshall B. Rosenberg, der als ehemaliger Mitarbeiter C. Rogers, von dessen Psychologie und Philosophie beeinflusst wurde, hat in der Tradition des personenzentrierten Ansatzes sein Modell der Einfühlsamen oder Gewaltfreien Kommunikation entwickelt. Sie ist Haltung und Technik zugleich. Bei seinem Vorgehen unterscheidet sich Rosenberg wesentlich von Rogers oder auch Gordons bei der Rolle des „Aktiven Zuhörens“. Da Rosenberg davon ausgeht, dass das Gesprächsverhalten entscheidend von Gefühlen und Bedürfnissen des Einzelnen geprägt werden, verzichtet er auf das Spiegeln von Gefühlen und persönlichen Bedeutungen. Stattdessen fragt Rosenberg gezielt nach den Gefühlen und Bedürfnissen des Gesprächspartners.

## **Emotional kompetent – eine Führungsaufgabe für das Pflegemanagement?**

Für die Leitung in der Pflege stellen emotionale Arbeitsanforderungen eine enorme Herausforderung, sowohl im Bereich der Organisationsentwicklung, als auch der Personalentwicklung dar. Kliniken werden zunehmend als Dienstleistungsunternehmen angesehen, die sich durch Kundenorientierung auszeichnen. Dabei hängt die Bewertung der Dienstleistungsqualität durch den Kunden (Patienten) entscheidend von der erlebten persönlichen Interaktion des Dienstleisters mit den Kunden ab [1. S.271]

## **Einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege?**

Pflege spielt sich weitgehend in der Beziehung zu sich selbst und zu anderen Menschen ab. Entsprechend häufig wird in der Fachliteratur auf die Bedeutung der Gestaltung einer Beziehung in professionellen Situationen hingewiesen [vgl. 2. S.33, 3. S.47, 4. S.323]. Bei einer Berufsgruppe, die ihre Tätigkeiten überwiegend im direkten Kontakt mit Patienten (Kunden) erbringt, sind kommunikative und emotionale Leistungen gefordert [5] und gehören zu den täglichen Herausforderungen. Das Verstehen und angemessene reagieren auf

emotionale Befindlichkeiten stellt damit eine bedeutende Arbeitsanforderung dar, die Zapf et al [1. S.272] gleichbedeutend mit kognitiven und physischen Arbeitsanforderungen sieht.

## **Kompetenzen zur Förderung einer Einfühlsamen (Gewaltfreien) Kommunikation**

Im Modell der Gewaltfreien Kommunikation [6. S.25] werden ganz pragmatisch 4 Schritte (Komponenten) zum vorgehen bei der Gesprächsführung vorgeschlagen. Dabei geht es darum, im 1. Schritt: auszudrücken was wir beobachtet haben, ohne dies zu beurteilen oder zu bewerten; im 2. Schritt: auszusprechen wie wir uns fühlen bei dem was wir beobachten; im 3. Schritt: sagen, welche Bedürfnisse hinter diesen Gefühlen stehen und im 4. Schritt eine konkrete Handlung äußern, die das Bedürfnis erfüllen könnte.

Bitschnau [7] hat das Modell der GfK untersucht und Kompetenzen herausgearbeitet die bei den einzelnen Schritten der GfK gefördert werden. Diese sind Grundlage der nachfolgenden Ausführungen dazu.

### **1. Schritt: Beobachtung // Wahrnehmungs- und Differenzierungskompetenz**

„Tatsachen sind wie sie sind: sie sind weder wahr noch falsch. Nur die Beschreibung von Tatsachen sind wahr oder falsch.“ [8. S.46]

Im ersten Schritt geht es darum eine Beobachtung wiederzugeben, frei von Bewertungen, wie ein Kamerablick.

Sprachlich kann dies so aussehen: „*Wenn ich sehe, höre, ...*“

*Komponenten der Kompetenz* [vgl. 7. S.85]

- Wahrnehmungskomponente (Präsenz, Situation beobachten „Kamerablick“, mit Sinnen wahrnehmen)
- Entschleunigungskomponente (aus dem Affekt aussteigen, Innehalten – sich beruhigen) Reflexionskomponente (auf der Metaebene analysieren: Beobachtung unterscheiden von Bewertung, Interpretation, Vergleich, Vorwurf, ...)

## **2. Schritt: Gefühle // Emotionale Kompetenz**

Beim pflegerischen Handeln gehört es zu den Arbeitsanforderungen von Pflegenden mit den eigenen und den patientenbezogenen Emotionen umzugehen. Dabei sind emotionale Fertigkeiten notwendig um die Belastungen bewältigen zu können. In den Konzepten zur emotionalen Kompetenz [9, 10] werden solche Fertigkeiten vorgestellt. Der 2. Schritt der GFK fragt gezielt nach den Gefühlen. Dabei entwickelt sich zunehmend das emotionale Vokabular des Anwenders, so dass Emotionen differenzierter ausgedrückt werden können [8. S.119].

Im zweiten Schritt geht es darum seine Gefühle bzw. die des Gegenübers wahrzunehmen und auszudrücken.

Sprachlich kann dies so aussehen: *„dann bin ich ... / fühle ich mich ...“*, z.B. erleichtert, neugierig, liebevoll, besorgt, betroffen, empört, traurig, ....

*Komponenten der Kompetenz* [orientiert an 9. S.13, 7. S. 128]:

- Emotional-reflexive Komponente: Bewusstheit der eigenen Emotionen; Klarheit, dass auch mehrere, gegensätzliche Emotionen erlebt werden können
- Wahrnehmung der Emotionen anderer
- Ausdrucksfähigkeit: Gefühle verbal und nonverbal adäquat ausdrücken können (elaboriertes Emotionsvokabular)
- Klarheit, dass emotionales Erleben und dessen Ausdruck nicht übereinstimmen muss (bei einem selbst und bei anderen). Das eigene emotionale Ausdrucksverhalten und dessen Wirkung bei der Selbst-präsentation zu berücksichtigen
- Emotionsregulation (Strategien kennen und beherrschen um erwünschte und unerwünschte Emotionen regulieren zu können)

## **3. Schritt: Bedürfnisse // Motivationale Kompetenz**

„Handlungen sind kein Selbstzweck, sondern stehen entweder direkt oder über Zwischenschritte immer im Zusammenhang mit Bedürfnissen und Lebensbedingungen der Akteure“ so Bauer [11. S.40] in seinem Pionierwerk - Warum ich fühle, was du fühlst.

Im dritten Schritt geht es darum seine Bedürfnisse zu erkennen und zu akzeptieren, also was ich brauche oder schätze:

Sprachlich kann dies so aussehen: „weil ich ... brauche“ / „weil mir ... wichtig ist“

z.B. Respekt, Beteiligung, Zugehörigkeit, ...

*Komponenten der Kompetenz* [orientiert an 7. S.155]

- Selbstreflexive Komponente: Bewusstheit der eigenen Bedürfnisse; Klarheit, dass auch mehrere, gegensätzliche Bedürfnisse aktuell sein können
- Wahrnehmung der Bedürfnisse anderer
- Ausdrucksfähigkeit: Bedürfnisse adäquat ausdrücken können (elaboriertes Bedürfnisvokabular)
- Konstruktiver Umgang mit Bedürfnissen: annehmen, sie in eine Warteschleife zu schicken ohne dies aushalten können und sie eventuell zu sublimieren

#### **4. Schritt: Bitte // Strategische Kompetenz - vom Bedürfnis zur Bitte**

„Sage mir was Du willst, anstatt mir zu sagen was ich falsch mache“

Im vierten Schritt geht es darum um Handlungen zu bitten die unsere Bedürfnisse erfüllen können: als konkret beobachtbares Verhalten, positiv formuliert.

Sprachlich kann dies so aussehen: „ möchte ich dich um ... bitten“

*Komponenten der Kompetenz* [orientiert an 7. S.163]

Differenzierungskomponente: Fähigkeit zwischen Bedürfnis und Strategie unterscheiden zu können

- Selbstreflexive Komponente: Bewusstheit der eigenen Bedürfnisse – kann ich mir selbst das Bedürfnis erfüllen oder brauche ich eine andere Person/en dazu
- Handlungskomponente: Fähigkeit konkrete Handlungen zur Erfüllung des Bedürfnisses zu finden, ggf. Strategien zur „Erweiterung des Kuchens“ (Alternativen) zu suchen.

## Literatur

1. Zapf, D., Isic, A., Fischbach, A., Dormann, C. (2003) Emotionsarbeit in Dienstleistungsberufen. In: Hamborg KC: Innovative Personal- und organisationsentwicklung. Hogrefe verlag Göttingen S. 266-288.
2. Dörner, K. et al (2002) Irren ist menschlich. Psychiatrie Verlag Bonn.
3. Peplau, H.E. (1997) Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Verlag Hans Huber Bern.
4. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (Hrsg.) (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Verlag Hans Huber Bern.
5. Büsing, A., Glaser, J. (1999) Interaktionsarbeit: Konzept und Methode der Erfassung im Krankenhaus. Ergonomia. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 53. S. 164-173.
6. Rosenberg, M.B. (2007) Gewaltfreie Kommunikation. Junfermann Verlag Paderborn.
7. Bitschnau, K.I (2008). Die Sprache der Giraffen. [Überarbeitete Fassung ihrer Dissertation 3 Universität Innsbruck] Junfermann Verlag Paderborn.
8. Förster von, H. (1985) Sicht und Einsicht. Friedr. Vieweg&Sohn Verlagsgesellschaft Braunschweig
9. Saarni, C. (2002) Die Entwicklung emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In: M. von Salisch (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart. S. 3-30.
10. Salisch von, M. (2002) Emotionale Kompetenz entwickeln: Hintergründe, Modellvergleich und Bedeutung für Entwicklung und Erziehung. In: M. von Salisch (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart. S. 31-49.
11. Bauer, J. (2005) Warum ich fühle, was du fühlst - über intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelzellenneurone. Hoffmann und Campe 2005.
12. Rogers CR; Rosenberg RL: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Klett-Cotta Stuttgart 2. Aufl.
13. Rosenberg, M.B. (2004) Konflikte lösen durch Gewaltfreie Kommunikation. Herder Spektrum Freiburg.

## **Herausforderungen für einen empathischen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen**

[„ ... der schwierige Patient (wahlweise: der schwierige Bewohner) ... “ ]

*Eckehard Schlauss*

Es handelt sich um einen Erfahrungsbericht eines Altenpflegers.

Es wird eine kurze Einführung zu den unterschiedlichen Begrifflichkeiten gegeben: Den Unterschieden und Differenzen, aber auch den Gemeinsamkeiten und Zusammenhängen. Dies erfolgt thesenhaft.

Danach wird der Autor seine Erfahrungen bei der Betreuung demenziell erkrankter Menschen darstellen. Der Autor ist seit mehr als fünfzehn Jahren auf einer gerontopsychiatrischen Station tätig.

Es ist ein praxisbezogenes Plädoyer für einen empathischen Umgang statt pharmakologischer Intervention – allerdings ohne diese zu negieren!

Es wird ansatzweise ein Ausblick auf eine auf deutsche Verhältnisse adaptierte „Serial Trial Intervention(STI)“ gegeben. Dies ist nach Meinung des Autors ein praxisorientiertes Vorgehen bei Verhaltensauffälligkeiten von demenziell erkrankten Menschen. Allerdings nicht beim Delir.

Der Autor wird sich gerne der Diskussion stellen.

## **Ist die Pflege demenziell erkrankter Menschen messbar?**

[Ist die Pflegepersonalsituation – laut Psych-PV – auf einer gerontopsychiatrischen Station ausreichend, um demenziell erkrankte Menschen würdig zu pflegen und zu betreuen?]

*Eckehard Schlauss*

### **Zielsetzung/Fragestellung**

Ist die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) geeignet den Pflege- und Betreuungsbedarf in der Gerontopsychiatrie korrekt abzubilden? Wie erfolgt die Umsetzung der Psych-PV – Fragen zu den Minutenwerten und zur Bundespflegegesetzverordnung (BPfIVO)? Es soll die Frage aufgeworfen werden, ob DRGs in der Psychiatrie sinnvoll wären, oder ob eine reformierte Psych-PV nicht eine gute und bewährte Institution ist?

### **Materialien/Methoden**

Es werden empirische Daten zur Ermittlung des Pflegebedarfs, und davon abgeleitet des Pflegepersonalbedarfs, entsprechend der Psych-PV im Vergleich mit der Leistungserfassung in der Pflege (LEP) dargestellt. Diese Daten wurden im Rahmen meiner Untersuchung ermittelt. Die Verfahren zur Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie und das LEP-Verfahren werden nur zum Verständnis kurz erläutert, und es wird die Frage aufgeworfen, ob diese Instrumentarien geeignet sind den tatsächlichen Pflegebedarf abzubilden.

### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden insbesondere unter dem Gesichtspunkt der psychosozialen Betreuung der dementen Menschen betrachtet.

### **Zusammenfassung/Schlussfolgerung:**

Folgende Thesen sollen zur Diskussion gestellt werden:

1. Ist die Psych-PV reformierbar, oder sollten DRGs eingeführt werden?
2. Wieviel darf die Pflege und Betreuung dementer Menschen kosten – wieviel sind die demenziell erkrankten Menschen der Gesellschaft wert?
3. Welche Kriterien sollten zur Personalbedarfsermittlung herangezogen werden, und sind diese wissenschaftlich ermittelt worden?

# **Psychosoziale Betreuung und Pflege – Ist die Pflege Bestandteil der psychosozialen Betreuung, oder ist die psychosoziale Betreuung Bestandteil der Pflege?**

*Eckehard Schlauss, Albert Diefenbacher*

## **Zielsetzung/Fragestellung**

(A) Ist eine Wirksamkeit von Pflegekonzepten gegeben? D.h. wirken diese Pflegekonzepte sich positiv auf die Lebensqualität der demenziell erkrankten Menschen aus?[1]

(B) Nicht die Demenz macht das Leben unerträglich, sondern der „fürsorgliche Zwang“.

Trotz aller Einschränkungen sind sich demenziell erkrankte Menschen jedoch weitgehend ihres Erwachsenenenseins bewusst, reagieren wie Erwachsene und möchten entsprechend behandelt werden.[2]

## **Materialien/Methoden**

(A) Darstellung der Ergebnisse des HTA-Berichtes 80 – in Bezug auf die Momente der psychosozialen Betreuung!

Bei keinem Konzept wurde eine Wirksamkeit nachgewiesen, d.h. aber nicht, dass die Konzepte unwirksam sind ... !

(B) Thesen aus der Erfahrungswelt der Betreuenden (z.B.) – Interaktion von demenziell erkrankten Menschen wird so beschrieben:

... eine unbekannte ethnische Minderheit, mit fremder Sprache („dementisch“), ungewöhnlichen Bräuchen und erstaunlichen sozialen Normen zu erleben. Sie besteht aus Menschen, die schwer krank sind, sich jedoch für gesund halten, die selbstständig zu sein glauben ... :[2]

## **Ergebnisse**

**These:** Pflege und psychosoziale Betreuung bilden eine dialektische Einheit! D.h. das Pflegekonzept sollte in die psychosoziale Betreuung eingebettet sein!

## **Zusammenfassung/Schlussfolgerungen**

Forderungen an die Versorgungsforschung:

1. Methodisch adäquate Wirksamkeits-Studien zu den Pflegekonzepten in Deutschland durchzuführen!
2. Studien, die die Erfahrungswelt der Betreuenden – insbesondere der Familien – untersuchen! Zielsetzung: Stellenwert der psychosozialen Betreuung untersuchen!

Forderungen gegenüber der Politik:

vorausgesetzt die These: ... D.h. das Pflegekonzept sollte in die psychosoziale Betreuung eingebettet sein! - stimmt:

Die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen erfordert einen hohen Sachverstand und ... !

## **Literatur**

1. Rieckmann, N., Schwarzbach, Ch., Nocon, M., Roll, St., Vauth, Ch., Willich, St.N., Greiner, W. (2009):HTA-Bericht 80: Pflegerische Versorgungskon- zepte für Personen mit Demenzerkrankungen, DIMDI, Köln, veröffentlicht in der DATHA-Datenbank des DIMDI ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA und [www.egms.de](http://www.egms.de)).
2. Wojnar, J. (2008) Was bleibt ... Lebensqualität trotz Demenz.In: Hrsg.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.(2009): Aktiv für Demenzkranke, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Band 7 , Berlin, Meta Druck, S. 475-481

## **Weiterbildung zur Fachkraft für Soziopsychiatrische Betreuung**

*Gabriele Stachura*

Mit dem Poster soll die Weiterbildung, die seit vielen Jahren an der Medizinischen Hochschule Hannover angeboten wird, vorgestellt werden.

Die Weiterbildung (WB) zur Fachkraft für Soziopsychiatrische Betreuung, früher ‚Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung‘, hat eine lange Tradition und ist im norddeutschen Raum bekannt und geschätzt. Die WB richtet sich an alle Berufsgruppen in psychiatrischen Institutionen, ganz besonders aber an Krankenschwestern und Krankenpfleger.

### **Hintergrund:**

Die Weiterbildung soll Krankenschwestern, Krankenpflegern, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpflegern und Angehörigen anderer Berufsgruppen die berufsspezifischen Handlungskompetenzen im sozialpsychiatrischen Bereich erweitern helfen. Die Entwicklung persönlicher und fachpolitischer Kompetenzen soll angeregt werden. Das selbständige Leiten von soziotherapeutischen Patientengruppen soll gelernt und regelmäßig durchgeführt werden.

Die Zusammensetzung der Kurse ist eine Besonderheit dieser Weiterbildung, das Zusammen-Lernen der Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufen, die aber alle am Betreuungsprozess in der Psychiatrie beteiligt sind, steht im Mittelpunkt.

Unsere Erfahrung zeigt, dass alle unterschiedlichen Berufsgruppen sehr gut von einander profitieren können. Sowohl die Krankenpflege kann von anderen lernen als auch die anderen von der Krankenpflege, was wiederum zur Stärkung des Selbstbewusstseins der Pflege führt. Das Blickfeld der Einzelnen wird wesentlich erweitert und die Zusammenarbeit im Team kann wesentlich gefördert werden, da schon in der Weiterbildung Ressentiments gegenüber anderen abgebaut werden kann.

Die Teilnehmer kommen aus den unterschiedlichsten Institutionen. Es wird Wert darauf gelegt, dass eine gute Mischung aus Mitarbeitern aus klinischen

Bereichen, aus ambulanten Bereichen wie Tagesstätten oder Ambulanten Diensten und Mitarbeitern aus dem Wohnbereich teil nehmen.

Inhaltlich - didaktisch bieten wir neben den üblichen psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Themen auch einen großen Block Selbsterfahrung an und einen großen Block Fallsupervision.

Diese Form der Weiterbildung hat in der Med. Hochschule Hannover eine lange Tradition. Es wurden in den letzten Jahren viele Mitarbeiter weitergebildet. Bis 2005 waren es 556 Teilnehmer insgesamt, davon 347 Krankenschwestern / -pfleger (62,4%).

Im Laufe der Jahre wurde das Curriculum immer wieder den Erfordernissen angepasst, zuletzt 2006.

### **Fragestellung und Diskussion:**

- Wie sinnvoll ist Weiterbildung in der Psychiatrie die multiprofessionell gestaltet ist, kann die Krankenpflege davon profitieren?
- Wer in den Kursen profitiert vom multiinstitutionellen Modell?
- Wie viel Selbsterfahrung brauchen Pflegekräfte und andere in der Betreuung tätigen Mitarbeiter in einer Weiterbildung?
- Wie kann ein praxisbewährtes Angebot weiterentwickelt werden, um den Anforderungen der Zukunft gerecht zu werden?

# Würgebefreiungen im Aggressionsmanagement

*Robert Thein und Peter Ullmann*

## **Abstract**

Das dargestellte Bildmaterial veranschaulicht Befreiungstechniken (Würgebefreiungen) des „Aggressionsmanagements“. Sie bieten Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeiten sich in schwierigen Situationen mit aggressiven Patientenklintel sicher und gezielt begegnen zu können.

Bilddarstellungen werden seit 2007 gezielt für das Interne Weiterbildungsprogramm im Psychiatrie-Zentrum Hard verwendet, hier insbesondere, für die von Herrn Thein konzipierten Kurzfortbildungen im Aggressionsmanagement.

## **Vorteile der Bildkommunikation( Schierl, 2001)**

- 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

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 durchgeführt 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“ „Aggressionsmana-

gement“. Vielmehr ist hier die Beratungs- und Supervisions-Funktion gefragt! Da die Gruppenszahl während der Schulung bei maximal drei bis fünf Personen liegen soll, kann ein individueller Lernfortschritt jedes einzelnen Teilnehmers gut festgehalten und dokumentiert werden.

## Autorinnen und Autoren

*Erstautoren von Beiträgen sind mit \* gekennzeichnet.*

**\*Christoph Abderhalden**, PhD, MNsc, Pflegeexperte HöFa II, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, ist Leiter der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik an den Universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern

*Kontakt: abderhalden@puk.unibe.ch*

**\*Gamal Abedi**, Jahrgang 1972 ist Erzieher mit abgeschlossener Stationsleiterausbildung und pädagogischer Leiter einer Jugendlichenstation.

*Kontakt: gamal.abedi@st-annastiftsrankenhaus.de*

**\*Claudia Arbeithuber**, 1979, Dipl. psychiatrische und neurologische Gesundheits- und Krankenschwester, arbeitet an der Psychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Steyr und freiberuflich als Beraterin und Trainerin für Aromapflege und Alternative Pflegemethoden; Einführung der Aromapflege an der Psychiatrischen Klinik Wels und Mitwirken bei der Standardisierung der Aromapflege aller 15 Gespag – Krankenhäuser in OÖ; lebt in Neuzeug bei Steyr.

**Wilfried Barlitsch**, Jahrgang 1950, Stellv. Leiter des Hauses Landskron, Psychosozialer Betreuer.

*Kontakt: wilfried.barlitsch@promente-kaernten.at*

**Thomas Barth**, Jahrgang 1965, ist Magister der Psychotherapiewissenschaften und Psychoanalytiker in Ausbildung unter Supervision. Er arbeitet in freier Praxis und leitet das Gedächtnistraining im Tageszentrum für SeniorInnen im jüdischen Elternheim in Wien.

*Kontakt: t.barth@sindelar.at*

**\*Rüdiger Bauer**, Jahrgang 1957 ist Krankenpfleger, Krankenpfleger für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, master of social work (Moscow state university of service). Er ist Leiter des IBI-Instituts und vertritt im deutschsprachigen Raum das Konzept der Kongruenten Beziehungspflege und das Kongruenzmodell.

*Kontakt: ruediger@beziehungspflege.de*

**Thomas Beblo**, Dr., Leiter der Forschungsabteilung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel.

**\*Michael Schulz**, Jahrgang 1969, 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 Adherenceforschung. Internetseite: <http://www.psychiatrie-forschung-bethel.de/mitarbeiter/schulzdt.html>.

*Kontakt: Michael.Schulz@evkb.de*

**\*Markus Bobst**, Psychiatriezentrum Rheinau

*Kontakt: markus.bobst@pzh.ch*

**\*Marie Boden**, Jahrgang 1960, Erzieherin/Primary Nurse, DBT-Therapeutin für Pflege- & Sozialberufe, Dipl. Designerin für Fotografie, freischaffende Künstlerin. Seit 24 Jahren in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel auf einer allgemeinspsychiatrischen Station tätig. Seit 2001 Aufbau und Konzeption der Stabilisierungsgruppe, Buchveröffentlichung 2008 im Psychiatrie-Verlag: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderungen ermöglichen.

*Kontakt: Marie.Boden@evkb.de*

**Franziska Boinay**, Jahrgang 1960, dipl. Pflegefachfrau in allgemeiner Krankenpflege, Pflegeexpertin und Master in Nursing Science, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Bern, Abteilung angewandten Forschung und Entwicklung Pflege. Forschungsschwerpunkte, psychosoziale Gesundheit, Patienten- und Angehörigen-education, Grade & Skillmix.

*Kontakt: franziska.boinay@bfh.ch*

**\*Uwe Braamt**, Jahrgang 57, ist als Pflegedirektor in der LWL-Klinik Herten tätig. Des Weiteren ist Herr Braamt als Supervisor (DGSv), Gestalttherapeut, Heilpraktiker (Psychotherapie) und als Fachkrankenpfleger für Psychiatrie ausgebildet.

*Kontakt: uwe.braamt@wkp-lwl.org*

**Rolf Brüderlin**, 1960, ist dipl. Coach & Supervisor BSO und arbeitet zu 50% als interner Berater und Trainer in den Psychiatriezentren Rheinau und Hard im Kanton Zürich (CH) und ist als selbstständiger Personal- & Organisationsentwickler hauptsächlich im Sozial- und Gesundheitswesen mit den Themenschwerpunkten Strategie- und Führungsentwicklung tätig. Er ist Vorstandsmitglied des Schweizerischen Berufsverbandes für Supervision, Organisationsberatung und Coaching BSO

*Kontakt: rolf@bruederlin.com*

**Riccardo Crivelli**, SUPSI DSAN, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Dipartimento Sanità, Manno.

*Kontakt: riccardo.crivelli@sups.ch*

**\*Bärbel De Stefani**, Jahrgang 1961, Pflegefachfrau im Schwerpunkt Psychiatrie und Erwachsenenbildnerin. Als Pflegedienstleiterin der Klinik St. Pirminsberg verantwortlich für die Führung der Mitarbeitenden der spezialisierten Psychiatrie.

*Kontakt: baerbel.destefani@psych.ch*

**Albert Diefenbacher**, Prof. Dr. med., MBA, Jahrgang 1954, Chefarzt der Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Königin-Elisabeth-Herzberge-Krankenhaus (KEH) der Evangelischen Diakonie Königin Elisabeth (EDKE) in 10365 Berlin in der Herzbergstraße 79.

\***Maria Dober** ist Stationsleitung auf der H203 im LNK Wagner Jauregg.  
Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz, Tel:050554/62-26552; Fax: 050554/62-46550  
Kontakt: [maria.dober@gespag.at](mailto:maria.dober@gespag.at)

**Martin Driessen**, Prof. Dr., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in

\***Thomas Duch**, St.Hedwig Krankenhaus  
Kontakt: [t.duch@alexius.de](mailto:t.duch@alexius.de)

**Bärbel Durmann** Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme)  
Kontakt: [st62a1@diako-online.de](mailto:st62a1@diako-online.de)

\***Tina Earl**, Jahrgang 1965, ist Krankenschwester mit Weiterbildung zur Leitung einer Stations- oder Funktionseinheit. Sie verfügt über das Cambridge Certificate of Proficiency (C.P.E.) und eine Weiterbildung für neue Fremdsprachenlehrkräfte in der Erwachsenenbildung für das Fach Englisch. Zurzeit leitet sie im Ev. Krankenhaus in Bethel (EvKB) die Station B1, die für die psychiatrische Versorgung der britischen, in Deutschland stationierten Streitkräfte und deren Familienangehörigen zuständig ist. Neben ihrer Tätigkeit in der Psychiatrie in Bethel ist sie dort auch mit diakonisch-theologischen Weiterbildung Diakonie in der Sarepta-Schwesternschaft aktiv.  
Kontakt: [b1stltg@evkb.de](mailto:b1stltg@evkb.de)

\***Wolfgang Egger**, Jahrgang 1961, ist psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger in Wien, Otto Wagner Spital in der 5.Psychiatrischen Abteilung.  
Kontakt: [wolfgang.egger@wienkav.at](mailto:wolfgang.egger@wienkav.at)

\***Urs Ellenberger**, Jahrgang 1967, Psychiatriekrankenpfleger und Höhere Fachperson Pflege ist als Stationsleiter einer offen geführten Akutstation in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern tätig. Abschluss der Führungsausbildung mit Zertifikat Leadership und Höherem Wirtschaftsdiplom im Mai 2009. Master advanced studies mental health in Ausbildung an der Fachhochschule Bern.  
Kontakt: [urs.ellenberger@gef.be.ch](mailto:urs.ellenberger@gef.be.ch)

\***Switlana Endrikat**, Jahrgang 1970, ist Altenpflegerin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der LVR- Kliniken Düsseldorf- der Heinrich Heine Universität Düsseldorf. Sie studiert Pflegewissenschaft an der FH Jena. Ihr Schwerpunkt liegt in der Erforschung der Kognitions- und Handlungsmuster der professionellen Pflege sowie die Anwendung der humanontogenetischen Konzepte in die Theorie und

Praxis der Pflege.

*Kontakt: endrikats@ish.de oder Lena.Endrikat@lvr.de*

**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*

**Doris Feldt**, geb. Rolke, Jahrgang 1959, Sozial- & Milieupädagogin, Dipl. Sozialpädagogin, DBT-Therapeutin für Pflege- & Sozialberufe. Seit 15 Jahren im begleitenden Dienst der Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie Bethel tätig, zuständig für eine allgemeinpsychiatrische & eine Borderline-Station. Seit 2001 Aufbau und Konzeption der Stabilisierungsgruppe, Buchveröffentlichung 2008 im Psychiatrie-Verlag: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderungen ermöglichen.

*Kontakt: Doris.Feldt@evkb.de*

**\*Ursula Fiala**

**\*Wolfgang Fiala**

*Kontakt: wolfgang.fiala@chello.at*

**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*

**\*Lena Freimueller** ist klinische Psychologin, Friedens- und Konfliktforscherin, Trainerin und Dozentin. Sie arbeitete mehrere Jahre in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung und pflegt enge Kontakte zur Selbsthilfe. Für das Kompetenznetz Schizophrenie (KNS) an der Uniklinik Düsseldorf entwickelte sie federführend Konzept und Workshop zur „Antistigma-Kompetenz“.

*Kontakt: lena.freimueller@uni-duesseldorf.de*

**Annette Friedeck**, Jahrgang 1967, ist Diplom-Pflegepädagogin (FH), Studentin der Pflegewissenschaft an der PTH Vallendar im Masterstudiengang der Fakultät Pflegewissenschaft, Fachpflegekraft für Intensiv- und Anästhesiemedizin. Sie arbeitet als freie Dozentin in Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Deutschland und der Schweiz. Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind die integrierte Pflegeausbildung, Autonomieförderung in der Ausbildung.

*Kontakt: a.friedeck@hotmail.com*

**\*Christine Frötscher**, Pflegefachfrau Psychiatrie und Soziologin lic. rer. soc. Wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Psychiatrischen Diensten Thurgau, Schweiz *Kontakt :  
Kontakt: christine.froetscher@stgag.ch*

**Jochen Gehrmann**, Dr. med., Jahrgang 1961, ist Facharzt, Chefarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie am St. Annastifts Krankenhaus in Ludwigshafen am Rhein sowie Dozent am Institut für Verhaltenstherapie in Bad Dürkheim.

*Kontakt: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de*

**Ingeborg Germann**, Jahrgang 1954 ist Diplom-Pädagogin. Seit 2001 arbeitet Frau Germann als Referentin bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. und leitet dort seit 2008 das Referat Gesundheitsförderung für Erwachsene und Sozialer Wandel. Die Demenzkampagne Rheinland-Pfalz ist seit 2004 ein Arbeitsschwerpunkt im Referat. [www.demenz-rlp.de](http://www.demenz-rlp.de)

*Kontakt: igermann@lzg-rlp.de*

**\*Manuela Grieser**, RN, Diplompflegewirtin (FH), Master of Arts Erwachsenenbildung. Pflegeexpertin an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern.

*Kontakt: manuela.grieser@gef.be.ch*

**\*Sabine Hahn**, Jahrgang 1964, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Dipl. Pflegeexpertin und Master in Nursing Science, ist PhD-Studentin im Studienprogramm der Universität Maastricht (NL) und der Charité Universitätsmedizin Berlin (D) und leitet die angewandte Forschung und Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule. Forschungsschwerpunkte sind Psychosoziale Gesundheit; Patientenedukation und Aggression im Gesundheitswesen sowie Qualitätssicherung und Wirkungsorientierung; Best Practice, Grade & Skillmix.

*Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch*

**\*Michael Hallenbach**, PhD-Student, Faculty of Health and Social Care

*Kontakt: m.hellenbach@chester.ac.uk*

**Ursula Hamann**, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme),

*Kontakt: st62a1@diako-online.de*

**\*Heiner Haßlöwer**, Jahrgang 1957, ist Krankenpfleger und Bereichsleitung im Arbeitsbereich Psychosen (Station, Tagenslinik und sozialpsychiatrische Ambulanz). Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Vernetzung (integrierte Versorgung) von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung von Menschen mit Psychosen.

*Kontakt: heiner.hassloewer@t-online.de*

**\*Anna Hegedüs**, Studentin der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Praktikum und Verfassung der Diplomarbeit an den Universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der UPD

*Kontakt: anna.hegedues@gef.be.ch oder a0500366@unet.univie.ac.at*

**\*Dieter Heitmann**, Jahrgang 1964, ist Gesundheitswissenschaftler mit dem Arbeitsschwerpunkt „Kinder aus Familien mit psychisch kranken Eltern“. Er arbeitet seit 2008 als wissenschaftlicher Mitarbeiter in einem Vorhaben zur primären Prävention von psychischen Störungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Internetseite:

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/mitarbeiter/heitmann.html>

*Kontakt: dieter.heitmann@uni-bielefeld.de*

**\*Katrín Herder**, Jahrgang 1956, ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Pflegewissenschaftlerin. Sie arbeitet beim Psychosozialen Trägerverein e.V. Solingen, einem gemeindepsychiatrischen Dienst. Ihre aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind die Unterstützung von Kindern und ihren Familien mit psychisch erkrankten Eltern (KIPS) und ein Projekt für Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen/ frühe Demenz.

*Kontakt: katrin.herder@ptv-solingen.de*

**Andreas Heuer**: Psychiatriepfleger, Pflegewissenschaftler MNSc, Studienleiter des MAS Mental Health, Berner Fachhochschule, Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen.

*Kontakt: Andreas.Heuer@bfh.ch*

**Hartmann Hinterhuber**, Jahrgang 1942, ist o.Univ.-Professor für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Innsbruck und Direktor der Univ.-Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie am Universitätsklinikum Innsbruck. Darüber hinaus ist er Präsident der "Gesellschaft für Psychische Gesundheit - pro mente tirol", der größten sozialpsychiatrischen Einrichtung des Bundeslandes Tirol. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte liegen in der Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung, in der Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin sowie in den Grenzgebieten zwischen Psychiatrie und Anthropologie sowie Kulturwissenschaften.

*Kontakt: Hartmann.Hinterhuber@i-med.ac.at*

**Ulrich Junghan**, Dr. med., ist Oberarzt im Bereich Gemeindepsychiatrie an den Universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern

*Kontakt: junghan@spk.unibe.ch*

**\*Marion Käfer**, Jahrgang 1984, Studentin der Pflegewissenschaft der Universität Wien, Praktikantin und Diplomandin der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern / Schweiz und Institut für Pflegewissenschaft, Universität

Wien.

*Kontakt: marion.kaefer@gmx.at*

**Georg Kemmler**, Jahrgang 1956, ist Mathematiker und Statistiker. Von 1986 bis 1992 Assistent am Institut für Biostatistik, seit 1993 an der Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Innsbruck, 2006 Habilitation für das Fach Medizinische Statistik. Arbeitsschwerpunkte umfassen die statistische Planung und Auswertung wissenschaftlicher Studien in der Psychiatrie und Psychoonkologie sowie methodische Aspekte der Lebensqualitätsforschung.

*Kontakt: Georg.Kemmler@uki.at*

**Rainer Kleßmann**, Jahrgang 1972, ist Diplom Pflegewirt (FH) und Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. Er arbeitet in der LWL-Klinik Gütersloh und leitet das Zentrum für Altersmedizin, des weitern ist er Lehrbeauftragter der HFH-Hamburg, sowie Ansprechpartner für Presse und Öffentlichkeitsarbeit der BFLK und nebenberuflich als Dozent tätig. [www.psychiatrie-guetersloh.de](http://www.psychiatrie-guetersloh.de)

*Email: r.klessmann@wkp-lwl.org*

**Susanne Knüppel Ghisletta**, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Gesundheitsschwester, lic. sc.éd., Scuola superiore per le formazioni sanitarie, Stabio / SUPSI Dipartimento sanità (Scuola universitaria della svizzera italiana), Manno.

*Kontakt: susanne.knueppel@supsi.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*

**\*Barbara Kuhlmann**, geboren 1962, ist Pflegewissenschaftlerin (BScN, MScN) und stellv. Pflegedirektorin in der Forensik mit den Schwerpunkten Pflegediagnosen, Bezugspflege und Qualitätsentwicklung.

*Kontakt: b.kuhlmann@klinik-nette-gut.de*

**Stefan Kuhn**, Jahrgang 1964, Psychiatriepflegender, HöFa 1 Psychiatrie, Berufsschullehrer im Gesundheitswesen, MAS Management Sozial- und Gesundheitswesen. Pflegedienstleiter der Stationären Dienste der Luzerner Psychiatrie und Qualitätsverantwortlicher der Gesamteinstitution.

*Kontakt: stefan.kuhn@lups.ch*

**\*Stefan Kunz**, PhD; Fachdozent - Verantwortlicher für angewandte Forschung und Entwicklung Hochschule für Gesundheit Freiburg / Haute école de santé Fribourg.

*Kontakt: stefan.kunz@hefr.ch*

**Thomas Lange**, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,  
Diakoniekrankenhaus Rotenburg Rotenburg (Wümme)

*Kontakt: st62a1@diako-online.de*

**\*Michael Löhr**, Jahrgang 1974, ist Diplom Kaufmann (FH) und Fachkrankenschwester für Suchterkrankungen. Er arbeitet in LWL-Klinik Gütersloh als Stabstelle der Pflegedirektorin, des weitern ist er Lehrbeauftragter der HFH-Hamburg und nebenberuflich als Dozent tätig. [www.psychiatrie-guetersloh.de](http://www.psychiatrie-guetersloh.de)

*Kontakt: m.loehr@wkp-lwl.org*

**\*Regula Lüthi**, MPH, Pflegeexpertin, Pflegefachfrau Psychiatrie, ist Pflegedirektorin der Psychiatrische Dienste Thurgau, Münsterlingen.

*Kontakt: regula.luethi@stgag.ch*

**\*Nicola Maier-Kilga**, AKH-Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie/Station 04A,

*kontakt: nicola.maier@akhwien.at*

**Josef Marksteiner**, Jahrgang 1960, ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Er leitet die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in Klagenfurt. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der präklinischen und klinischen Forschung über die Ursachen dementieller Erkrankungen und in der Psychopharmakologie.

*Kontakt: josef.marksteiner@kabeg.at*

**Joergen Mattenklotz**, Jahrgang 1971, Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Experte für Beratung und Patientenedukation UWH. Die derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Edukation und Beratung, pflegerische Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Eine Buchveröffentlichung „Psychoedukation in der psychiatrischen Pflege“ ist für Anfang 2010 in Vorbereitung. Internetseite: [www.mattenklotz-buecher.de](http://www.mattenklotz-buecher.de)

*Kontakt: jmattenklotz@aol.com*

**\*Werner Mayr**, Jahrgang 1963, Fachkrankenschwester für Psychiatrie am Klinikum in Heidenheim/Brenz. Stationsleiter auf der offen geführten allgemeinpsychiatrischen Akutstation 41. Arbeitsschwerpunkte: „Offene Tür“, Vernetzung der stationären und nachstationären Behandlung sowie die psychiatrische Mutter-Kind-Behandlung.

*Kontakt: Werner.Mayr@Kliniken-Heidenheim.de*

**Hanna Mayer**, V.-Prof., Dr., DGuKS, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

*Kontakt: hanna.mayer@univie.ac.at*

**\*Karen Müller**, Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychiatrische Institutsambulanz

*Kontakt: karen.mueller@uniklinik-leipzig.de*

**Ruth Meer Lueth**, Jahrgang 1957; MNSc, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie; Dozentin FH und Verantwortliche für Weiterbildung und Dienstleistung an der Hochschule für Gesundheit (HEdS-FR) in Freiburg; Schwerpunkte: Dozentin für psychiatrische Pflege; Pflegeforschung zu Aggression, Rückfallprävention, Patientenzufriedenheit, Depression. Präsidentin AFG.

*Kontakt: Ruth.MeerLueth@hefr.ch www.heds-fr.ch*

**Martin Meyer-Marzak**, Jahrgang 1960, ist Gesundheitswissenschaftler und Gesundheitsmanager mit langjähriger Berufserfahrung als Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. 1999 machte er eine 4 jährige Ausbildung zum Supervisor (DGSv) am Institut für humanistische Psychologie in Köln. Seitdem arbeitet er als selbständiger Coach, Supervisor und Organisationsberater. Beratungsschwerpunkte sind: Team- und Einzelsupervision, Managementcoaching, Organisations- und Teamentwicklung, Konfliktberatung, Projektmoderation.

*Kontakt: info@meyermarzak.de Web.: <http://www.meyermarzak.de>*

**\*Harald Müller**, Jahrgang 1964, Krankenpfleger, dipl. Pflegeexperte, MAS MSG. Direktor Pflege der Sanatorium Kilchberg AG Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Präsident der Konferenz der Pflegedirektorinnen/Pflegedirektoren psychiatrischer Institutionen der Schweiz.

*Kontakt: h.mueller@sanatorium-kilchberg.ch, www.sanatorium-kilchberg.ch*

**\*Irene Müller**, Jahrgang 1956, ist Diplomierete Gesundheits- und Krankenschwester und Diplom-Pflegepädagogin. In der Universitätsklinik Innsbruck für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie arbeitet sie als Pädagogin. Ihre derzeitigen Schwerpunkte sind in der Lehre und Erforschung der Situation pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen.

*Kontakt: Irene.Mueller@uki.at*

**\*Alexander Neumann**, Universitätsklinikum Leipzig AÖR

*Kontakt: Alexander.Neumann@medizin.uni-leipzig.de*

**Marie-Theres Nieuwesteeg**, Jahrgang 1953, Ergotherapeutin, Master in Occupational Therapy Science (MSc OT), Gerontologin FH, 1995 – 2008 Schulleiterin der Schule für Ergotherapie Biel, seit 2009 Leiterin der Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen der Berner Fachhochschule.

*Kontakt: Marie-Theres.Nieuwesteeg@bfh.ch*

**\*Susanne Ogris**, Jahrgang 1968, ist Diplompsychologin, promovierte Pädagogin und zertifizierte Beraterin für Managing Gender and Diversity. Sie leitet das Tageszentrum für SeniorInnen im jüdischen Elternheim in Wien und ist dort u.a. verantwortlich für die

Erarbeitung und Umsetzung eines integrativen Betreuungskonzeptes.

*Kontakt: s.ogris@maimonides.at*

**\*Eva Part**, geboren 1968, dipl. Gesundheits- und Krankenschwester. Leitende Funktion als Stationschwester einer allgemein psychiatrischen Aufnahmestation im SMZ Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital der Stadt Wien. Projektleitung Psychiatrie EDV Pflege.

*Kontakt: eva.part@wienkav.at*

**\*Regina Petri**, Jahrgang 1962, ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind die ambulante und stationäre Versorgung dementiell erkrankter Menschen. In diesem Rahmen arbeitet Frau Petri als Dozentin für die Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland Pfalz in oben genanntem Projekt. Hauptamtlich arbeitet Sie als Bereichsleitung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin in Mainz.

*Kontakt: petri.regina@googlemail.com*

**\*Romed Plattner**, Jahrgang 1967, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger seit 1992, derzeit Leitender Stationspfleger am Therapie und Gesundheitszentrum Mutters, Nockhofweg 23, 6162 Mutters, Universitätsklinik Innsbruck, Österreich

*Kontakt: romed.plattner@uki.at*

**\*Wolfgang Pohlmann**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Stationsleitung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Abt. Allgemeinspsychiatrie, Ev. Krankenhaus Bielefeld. Kontakt: A2StLtg@evkb.de

**Bernhard Prankel**, Dr.med. Dipl.Psych., Kinder- und Jugendpsychiater und Pädiater, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme).

*Kontakt: prankel@diako-online.de*

**\*Franziska Rabenschlag**, Jahrgang 1961, Psychiatriepflegende, dipl. Gesundheits- und Pflegeexpertin FH, MPH. Projektleitung Entwicklung des MAS Mental Health der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit bis April 2009. Ausserdem tätig in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im Bereich Bildung & Forschung. Arbeitsschwerpunkte sind die Fachentwicklung der Psychiatrischen Pflege, Recovery und Peerprojekte.

*Kontakt: Franziska.Rabenschlag@bfh.ch*

**\*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*

**Jacqueline Rixe**, Jahrgang 1977, ist Fachgesundheits- und Kranken-pflegerin für psychiatrische Pflege mit zusätzlicher Weiterbildung zur Praxisanleiterin in der Gesundheitspflege. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel arbeitet sie seit 2000 und war dort während ihrer akutpsychiatrischen Tätigkeit u.a. an der Implementierung des Pflegeorganisationsmodells „Primary Nursing“ und dem Adherence-Projekt beteiligt. Seit Eröffnung der psychiatrischen Station für die in Deutschland stationierten Briten (2007) arbeitet sie dort als Pflegerische Fallverantwortliche (Primary Nurse) in englischer Sprache.

*Kontakt: B1Dienst@evkb.de*

**\*Annina Sahli**, Studentin der Pflegewissenschaft am Bachelor Studiengang der Berner Fachhochschule Gesundheit, Praktikum und Verfassung der Bachelor These an den Universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik

*Kontakt: schma5@bfh.ch*

**\*Alexandra Schäfer**. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)

*Kontakt: st62a1@diako-online.de*

**Kurt Schalek**, Mag, geboren 1971, ist Soziologe. Er arbeitet in der Grundlagenabteilung der Caritas Österreich. Dort ist er zuständig für die Themen Betreuung, Pflege und Hospiz. Weiters ist er auch als selbstständiger Sozialwissenschaftler tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Systemgestaltung, Pflegeprozess und Gesundheitsförderung. Internetseite: [www.infact.at](http://www.infact.at).

*Kontakt: kurt.schalek@infact.at*

**Eva Schaller**, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung, Leiterin Depressionsambulanz, Psychiatrische Institutsambulanz/Depressionszentrum der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, 95445 Bayreuth,

*Email: eva.schaller@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de*

**\*Arnold Scheuch**, Jahrgang 1962, ist Stationsleiter im Otto Wagner Spital in Wien. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind sowohl Psychosomatik wie auch Gerontopsychiatrie.

*Kontakt: Arnold.Scheuch@wienkav.at*

**\*Uwe Bernd Schirmer**, ist Diplom Pflegepädagoge. Er leitet die Bildungseinrichtung akademie südwest des Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg und führt seit Jahren Trainings in Gewaltfreier / Einfühlsamer Kommunikation durch. Er ist Lehrbeauftragter des Studienganges Pflegepädagogik der Hochschule Ravensburg-Weingarten für Gesprächsführung. Internetseite: <http://www.akademie-suedwest.de>  
Kontakt: [uwe.schirmer@zfp-zentrum.de](mailto:uwe.schirmer@zfp-zentrum.de)

**\*Eckehard Schlauss**, Jahrgang 1959, ist Altenpfleger und Diplom-Gerontologe. Er ist als Altenpfleger auf der gerontopsychiatrischen Station P05 im Königin-Elisabeth-Herzberge-Krankenhaus (KEH) der Evangelischen Diakonie Königin Elisabeth (EDKE) in 10365 Berlin in der Herzbergstraße 79 tätig.  
Kontakt: [e.schlauss@t-online.de](mailto:e.schlauss@t-online.de)

**Anna Schmid**, Studierende Bachelor Pflege der Berner Fachhochschule Gesundheit. Praktikum und Verfassung der Bachelor These an den Universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik  
Kontakt: [schma6@bfh.ch](mailto:schma6@bfh.ch)

**\*Martin Schmid**, Jahrgang 1959, ist dipl. Pflegefachmann HF, Berufsschullehrer, Pflegeexperte HöFa II. Nach mehrjähriger Tätigkeit in spitalinternen und -externen klinischen Bereichen sowie an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, arbeitet er seit 2003 als Pflegeexperte in der Alterspsychiatrie der Klinik Schössli. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind gerontologische und psychiatriebezogene Themen sowie der projektbezogene Schwerpunkt im Bereich Skills- und Grademix.  
Kontakt: [Martin.Schmid@clienia.ch](mailto:Martin.Schmid@clienia.ch)

**\*Sandra Schmidinger**, Studentin der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Praktikum und Verfassung der Diplomarbeit an den Universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik  
Kontakt: [s\\_schmidinger@gmx.at](mailto:s_schmidinger@gmx.at)

**Miriam Schmuhl**, Jahrgang 1984, ist Gesundheitswissenschaftlerin und seit Oktober 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Interventionskonzepts zur primären Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern (EEEIPP)“. Internetseite: <http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/mitarbeiter/schmuhl.html>  
Kontakt: [miriam.schmuhl@uni-bielefeld.de](mailto:miriam.schmuhl@uni-bielefeld.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](mailto:s.schoppmann@web.de)

**Martina Schröder**, Jahrgang 1962, Diplom-Biologin (Schwerpunkt Anthropologie), Studentin der Pflegewissenschaft an der PTHV im Masterstudiengang der Fakultät Pflegewissenschaft, Altenpflegerin. Sie arbeitet als Lehrkraft im Bereich Gesundheit und Pflege an der BBS Simmern. Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Quantitative Methoden der Pflegeforschung.

\***Michael Schulz**, Jahrgang 1969, 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 Adherenceforschung. Internetseite: <http://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*

**Thomas Schwarze**, Jahrgang 1964, RN, MNS. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der angewandten Forschung & Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule. Forschungsthemen: Ambulante Pflege, Pflege und Sucht.

*Kontakt: thomas.schwarze@bfh.ch*

\***Susanne Semtner**, Jahrgang 1965, ist diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester und Psychotherapeutin für systemische Familientherapie in Ausbildung unter Supervision. Sie ist seit Oktober 06 im Konsiliardienst der 5. Psych. Abteilung des OWS an der Krankenanstalt Rudolfstiftung tätig und Projektbeauftragte für das Konzept "Der psychiatrisch pflegerische Konsiliardienst: eigenverantwortliche Aufgaben der psychiatrischen Pflege im Allgemeinkrankenhaus".

*Kontakt: susanne.semtner@wienkav.at*

\***Alice Sendera**, Mag. Dr., Psychologin, Verhaltenstherapeutin, Weiterbildung in: Klinischer Hypnose; Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Dialektisch Behaviorale Therapie und Skills-Training.

**Eva Martina Sendera**, Dr, MAS, ÖAK Diplom für Psychosoziale, Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin; Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Dialektisch Behaviorale Therapie und Skills-Training.

**Kathrin Sommerhalder**, Jahrgang 1976, dipl. Pflegefachfrau, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin (M.A.). Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der angewandten Forschung & Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule. Ihre Forschungsthemen sind: Gesundheitskompetenz, Patientenbildung und Gesundheitsförderung.  
*Kontakt: kathrin.sommerhalder@bfh.ch*

**Alexa Spiekermann**, Jahrgang 1980, ist Diplom- Psychologin und derzeit als Projektmitarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel in der Adherenceforschung tätig.  
*Kontakt: alexa\_spiekermann@gmx.de*

\***Gabriele Stachura**, Kontakt: *Stachura.Gabriele@Mh-Hannover.de*

\***Harald Stefan**, Dr., MSc., geboren 1962, dipl. psych. Gesundheits- und Krankenpfleger, Doktor der Philosophie (Pflegerwissenschaft). Leitende Funktion als Oberpfleger einer allgemein psychiatrische Abteilung im SMZ Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital der Stadt Wien. Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement, Trainer im Bereich Pflegeprozess und Pflegediagnostik.  
*Kontakt: haraldstefan@gmx.at*

\***Ilse Stefan**, Jahrgang 1962, ist Dipl. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester, Trainerin für Deeskalation- und Sicherheitsmanagement und erhielt im Jahr 2008 den Master of Business Administration. Sie arbeitet im Sozialmedizinischen Zentrum, Otto Wagner-Spital, Wien als Oberschwester einer Internistischen Abteilung. Internetseite: <http://www.wienkav.at/kav/ows>  
*Kontakt: ilse.stefan@wienkav.at*

\***Regine Steinauer**, Jahrgang 1970, Pflegewissenschaftlerin MSc (nursing), Psychiatriepflegefachfrau. Sie betreibt Pflegeforschung in den Universitären Psychiatrischen Kliniken UPK Basel in Zusammenarbeit mit den Universitären Psychiatrischen Diensten UPD Bern und arbeitet ausserdem als Pflegefachfrau im ambulanten Dienst Sucht, einer opioidgestützten Behandlung der UPK.  
*Kontakt: regine.steinauer@upkbs.ch*

\***Jürgen Stickling-Borgmann**, Jahrgang 1963, Diplomsoziologe, derzeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel in der Adherenceforschung tätig  
*Kontakt: Juergen.Stickling-Borgmann@evkb.de*

\***Andrea Strobl**, Jahrgang 1964, Leiterin des Hauses Landskron, Dipl. Behindertenpädagogin, systemische Beraterin in Ausbildung, Gestaltpädagogin, Ausbildung im Sozialmanagement, Klangtherapeutin.  
*Kontakt: andrea.strobl@promente-kaernten.at*

**\*Stefan Strusievici**, geb. Buchberger, Jahrgang 1957, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger seit 1986. Seit 1998 Mitarbeiter von ESRA-Wien (Psychosoziale Ambulanz für Überlebende der NS-Verfolgung und deren Angehörige, für Menschen mit Migrationssyndrom, für die jüdischen Bewohner Wiens, für Psycho-traumatologie). Derzeitige Arbeitsschwerpunkte: Psychotraumatologie - unter besonderer Berücksichtigung der Sekundär-/Tertiärtraumatisierung, Somatische Folgen von Extremtraumatisierung, Transkulturelle Psychiatrie. Internet: <http://www.esra.at>; <http://www.strusievici.at> im Entstehen

*Kontakt: st.strusievici@aon.at + s.strusievici@esra.at*

**Werner Stuckmann**, Jahrgang 1956, ist Krankenpfleger und Sozialtherapeutische Fachkraft im Maßregelvollzug. Er ist seit 2001 als Pflegedirektor der Klinik Nette-Gut für ca. 350 Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes verantwortlich.

*Kontakt: w.stuckmann@klinik-nette-gut.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@pflgewissenschaften.eu*

**Christa Them**, Jahrgang 1960, absolvierte die Diplompflege-Ausbildung. 1991 wurde sie zur Direktorin des Fachbereichs Pflege am AZW für Gesundheitsberufe, Innsbruck, ernannt. Berufsbegleitend absolvierte sie das Magister- und Doktorat-Studium der Erziehungswissenschaft und habilitierte 2003 zur Universitätsdozentin für das Fach Gesundheitswissenschaften unter Berücksichtigung der Pflegewissenschaft. Seit 2006 ist sie Inhaberin des Lehrstuhls für Pflegewissenschaft an der UMIT.

*Kontakt: Christa.Them@umit.at*

**\*Eva Tola**, arbeitet in den universitären Psychiatrischen Diensten UPD Bern, Gemeindepsychiatrische Station Ostring.

*Kontakt : eva.tola@gef.be.ch*

**\*Peter Ullmann**, Jahrgang 1972, Diplom Pflegefachmann HF und Diplom Pflegewirt FH. Die derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Entwicklung von Advanced Practice Nursing, Beratung und Psychoedukation. Internetseite: <http://www.dnapn.de>

*Kontakt: peter.ullmann@dnapn.de*

**\*Thomas Wagner**, Fachpfleger für Psychiatrie, Pflegerische Leitung Psychiatrische Institutsambulanz Erwachsenenpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, 95445 Bayreuth,

*Kontakt: thomas.wagner@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de*

**Tanja Waidmann**, ist Diplom Pflegepädagogin. Sie arbeitet in der Bildungseinrichtung akademie südwest des Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg.

*Kontakt: tanja.waidmann@zfp-zentrum.de*

**\*Martin F. Ward**, RMN, Dip. Nurs, RNT, Cert Ed, NEBSS Dip, MPhil, Unabhängiger Berater für psychiatrische Pflege. Vorsitzender der Expertengruppe von Horatio, der Europäischen Vereinigung der Psychiatriepflegenden, Autor einer grossen Zahl von Fachbüchern und –artikeln. Internet: [www.mwprof-development.com](http://www.mwprof-development.com).

*Kontakt: E-mail: mwoxford@aol.com*

**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*

**\*Stefan Weinmann**, Jahrgang 1971, ist Psychiater und Psychotherapeut, Gesundheitswissenschaftler und Wirtschaftswissenschaftler. Er arbeitet neben seiner oberärztlichen Tätigkeit in einer Klinik in Brandenburg im Bereich psychiatrische Versorgungsforschung an der Charité in Berlin. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Bewertung von Studien zur Psychopharmakotherapie und die wissenschaftliche Evaluation verschiedener Modelle Integrierter Versorgung bei schweren psychischen Erkrankungen.

*Kontakt: Stefan.Weinmann@charite.de*

**Elisabeth M. Weiss**, Jahrgang 1967, ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, promovierte Psychologin und Klinische/Gesundheitspsychologin. Sie leitet die Gedächtnissprechstunde der Universitätsklinik für Psychiatrie, Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie. Der Arbeitsschwerpunkt liegt vor allem in der Abklärung von dementiellen Erkrankungen und in der Betreuung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen.

*Kontakt: Elisabeth.Weiss@uki.at*

**\*Sabine Weißflog**, Jahrgang 1964, ist Diplom-Pflegewirtin (FH), Studentin der Pflegewissenschaft an der PTHV im Masterstudiengang der Fakultät Pflegewissenschaft, Krankenschwester. Sie ist stv. Pflegedienstleiterin der Klinik Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II und Pflegerische Leiterin der Psychiatrischen Klinik Bruchsal am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden. Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind psychiatrische Pflegeforschung und Projektmanagement.

*Kontakt: sabine.weissflog@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<sup>®</sup>. 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*

**\*Peter Wodicka**, Jahrgang 1964, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- u. Krankenpfleger, ist in leitender Position als Stationspfleger auf einer akutpsychiatrischen Station im Otto Wagner-Spital in Wien tätig. Als Manager zur Deeskalation von Aggressionen und Gewalt unterrichtet er derzeit in verschiedenen Krankenpflegeschulen und Spitälern Österreichs.

*Kontakt: peter.wodicka@wienkav.at oder japa@aon.at*

**\*Wilhelmina Zwemer**, 1961, Pflegeexpertin HöFa II, Supervisorin, Pflegefachfrau Psychiatrie, Pflegedirektorin in der Privatklinik Wyss AG in Münchenbuchsee

*Kontakt: w.zwemer@privatlinik-wyss.ch*

