

„Depressivität und Suizidalität“

**Prävention - Früherkennung -
Pflegeinterventionen – Selbsthilfe**



„Depressivität und Suizidalität“

***Prävention - Früherkennung -
Pflegeinterventionen – Selbsthilfe***

Vorträge und Posterpräsentationen

7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld

Herausgeber:

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



„Depressivität und Suizidalität“ Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen – Selbsthilfe

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

IBICURA, Unterostendorf 2009

ISBN 978-3-9813019-2-2

Umschlaggestaltung: Stilus Grafik; Mönchengladbach

Druck und Verarbeitung: Schnitzerdruck Print und Media GmbH
Marktoberdorf

«Wenn es stimmt, daß die meisten Depressionen ihre Wurzel nicht im physischen Bereich haben, sondern in der Seele, können wir davon ausgehen, daß auch ihre Heilung nicht allein durch medizinische Therapie möglich ist. Eine Depression ist ein Zustand zwischen zwei verschiedenen Leben, der nur ganz allmählich und unter größten Ängsten in einen neuen Bewußtseinszustand übergeht. Unter diesem Blickwinkel ist die Depression das äußere Zeichen eines inneren Prozesses, der von einem drängenden Hindurchgehen-Müssen geprägt ist. Das Hindurchgehen ist deshalb nie ein Weg zurück, nicht einmal ein Wieder-gesund-Werden, sondern eine geistige Veränderung: das Erreichen einer neuen Bewußtseinsstufe.»

Schwester Liliane Juchli Bilder einer Depression - Leben mit den Kräften der Tiefe. Stuttgart: Kreuz Verlag, 1993.

Vorwort der Veranstalter:

Der 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Zum siebten Mal findet der Dreiländerkongress „Pflege in der Psychiatrie“ statt und über Bern und Wien kommend startet er von Bielefeld aus in eine neue Runde durch das deutschsprachige Europa. Die gleichzeitig erscheinenden Kongressbände sind so etwas wie das Gedächtnis der deutschsprachigen Psychiatrischen Pflege in unserer Zeit. Sie legen Zeugnis ab über die Fragen, die uns innerhalb der Berufsgruppe, aber auch darüber hinaus, beschäftigen. Sie zeigen anhand von Projekten, Untersuchungen oder Literaturrecherchen Lösungswege für klinische Herausforderungen auf. Die gehaltenen Vorträge und die dazu veröffentlichten Beiträge stellen eine gute Grundlage für die fachliche Diskussion dar und geben uns die Möglichkeit, unser berufliches Handeln und unsere fachliche Argumentation ständig weiterzuentwickeln.

In diesem Jahr hat das Organisationsteam dem Kongress erstmals ein Oberthema vorangestellt, welches auf eine bestimmte Form psychischer Erkrankung fokussiert.

„Depressivität und Suizidalität: Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen – Selbsthilfe“, so lautet das Thema des diesjährigen Kongresses. Psychiatrisch Pflegende stellen innerhalb des Versorgungssystems die größte Berufsgruppe dar und arbeiten an vorderster Front mit den Patienten und ihren Angehörigen. Depressivität und suizidales Verhalten sind dabei nicht auf bestimmte Settings beschränkt, sondern sind in allen Versorgungsbereichen anzutreffen. Folgen wir dem französischen Soziologen Ehrenberg (Literaturangabe), dann stellt die epidemisch sich ausbreitende depressive Stö-

rung den folgerichtigen Reflex einer Gesellschaft dar, die in immer größerem Maße von den Individuen fordert, ein kreatives, produktives und flexibles Selbst zu sein. Für die Pflege und Behandlung zeigt sich dieser Reflex in der stärkeren Forderung zur Übernahme der Verantwortung jedes Einzelnen für die eigene Gesundheit. Von Patienten und Angehörigen wird vermehrt selbständiges, gesundheitsförderndes Verhalten verlangt. Sie sollen informierte Entscheidungen treffen können und Mit-Verantwortung für den Erfolg der Pflege und Behandlung tragen.

In der Pflege setzt sich indes auch eine andere Erkenntnis durch. So ist es nicht allen Menschen möglich, diesen Anforderungen zu genügen. Kreativität, Produktivität und ein flexibles Selbst sowie Gesundheitskompetenz erfordern kognitive und emotionale Kompetenzen und entsprechende Freiräume. Gerade durch fortwährende Belastungssituationen, denen Menschen im Alltag ausgesetzt sind, können die nötigen Ressourcen schleichend abnehmen. Bei einschneidenden Lebensereignissen, in der akuten Phase psychischer Erkrankungen oder in der anforderungsreichen Situation der pflegenden Angehörigen reichen die persönlichen Ressourcen häufig nicht mehr aus, um handlungsfähig zu bleiben.

In der europäischen Union nehmen sich jedes Jahr ungefähr 77.000 Menschen das Leben. Nicht alle von denen hatten Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem, gleichwohl wissen wir, dass bei psychischen Erkrankungen, aber auch bei alten Menschen die Gefahr eines Suizides besonders hoch ist. Der erfolgreiche Suizid stellt dabei gewissermaßen einen katastrophalen negativen Endpunkt einer nicht erfolgreichen helfenden Beziehung dar. Gerade für verantwortliche Personen im Behandlungsprozess, wie z.B. für die Bezugspflegeperson oder Primary Nurse, stellt von daher suizidales Verhalten eine besondere Herausforderung dar. Vor dem Hintergrund, dass es Pflege- und Behandlungsentscheidungen ohne Risiko nie geben kann und auch hier der ethische Grundkonflikt von Fremd- und Selbstbestimmung immer individuell neu zu bewerten ist, gilt es, die Umgangsweise mit diesem Thema professionell anzugehen und so weit wie möglich zu enttabuisieren.

In den Hauptvorträgen und in einer Reihe von Nebenvorträgen wird diesem Thema Rechnung getragen. Daneben gibt es eine Vielzahl spannender thematisch breit gefächerter Beiträge, die andere wichtige Themen der psychiatrischen Pflege beleuchten und in diesem Buch zusammengefasst sind.

Als Organisatoren wünschen wir uns, dass dieser Kongressband möglichst viele Pflegende erreicht, indem er z.B. auf Stationen ausgelegt, an Freunde verliehen oder im Rahmen der Übergabe daraus zitiert wird. Auch stellt er aus unserer Sicht für Menschen in Fachweiterbildung oder im Studium ein fundiertes Themen- und Materiallager dar. Dies gilt auch für die früheren Kongressbände zum Dreiländerkongress, die kostenlos im Internet heruntergeladen werden können.

An der Herstellung eines solchen Buches und der Durchführung einer solch großen Veranstaltung sind sehr viele Menschen beteiligt. Sie können an dieser Stelle nicht alle namentlich genannt sein und trotzdem gilt ihnen unser Dank. Besonderer Dank geht wie im letzten Jahr an Sabine Hahn und ihrer Mitarbeiterin Esther Stadelmann in der Berner Fachhochschule, die mit außerordentlichem Einsatz die Erstellung des Kongressbandes ermöglichten. Dank geht in diesem Zusammenhang auch an Inge Bauer und den IBICURA-Verlag, der bisher alle Kongressbände verlegt hat. Als „gute Seelen“ vor Ort besetzten Sabine Urban aus der Forschungsabteilung und Petra Krause als pflegerische Leitung der Psychiatrischen Klinik jene Positionen im Hintergrund, ohne die solche Veranstaltungen schlichtweg undenkbar wären.

Wir freuen uns, Sie in Bethel begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen einen ereignisreichen Aufenthalt sowie viel Freude bei der Lektüre dieses Kongressbandes.

Bielefeld-Bethel, Oktober 2010

Michael Schulz, Sabine Hahn, Susanne Schoppmann, Chris Abderhalden,
Harald Stephan, Ian Needham

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der Veranstaltenden: Der 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie</i>	1
Michael Schulz, Sabine Hahn, Susanne Schoppmann, Christoph Abderhalden, Harald Stefan, Ian Needham	
1. <i>Vom Klagen zum Handeln: Die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit depressiven Kindern und Jugendlichen im multiprofessionellen Team einer Tagesklinik</i>	14
Gamal Abedi, Rita Schwahn, Jochen Gehrman	
2. <i>Die Behandlungskonferenz – Visite als Ort der Reflexion, Koordination und Partizipation</i>	18
Volkmar Aderhold, Evelin Gottwalz-Itten, Heiner Haßlöwer	
3. <i>Resilienz – Bedeutung für die psychiatrische Pflege</i>	24
Markus Berner	
4. <i>Was hilft in Krisen?</i>	30
Marie Boden, Doris Feldt	
5. <i>Abendrunde – „Behütet in die Nacht“</i>	33
Marie Boden, André Nienaber	
6. <i>Einführung eines interdisziplinären Suizidrisikoeinschätzungsinstrumentes auf drei Stationen im Bereich Erwachsenen Psychiatrie</i>	39
Ursula Bregenzer, Ulrike Hasselmann, Angela Müller	
7. <i>Projektplan: Umsetzung eines Recovery orientierten Konzeptes einer Psychiatrischen Station</i>	44
Christian Burr, Christoph Abderhalden, Sonia Reist, Andréa Winter, Elena Seidel	
8. <i>Professioneller Umgang mit suizidalen Patienten in der Pflege</i>	49
Michael Eink	
9. <i>Ziele setzen mit den Patienten/Innen: Ein Modell zur Verbesserung von Einbezug, Mitentscheid, Eigenverantwortung, Therapiemanagement, Themenzentrierung, Beziehungsfähigkeit, Zufriedenheit usw.</i>	55
Urs Ellenberger	

10. Multiprofessionelle Einschätzung der Suizidalität an einer Station für Suizidprävention	60
Roland Essl-Maurer, Christine Traunbauer, Sabine Lettner, Reinhold Fartacek	
11. Ambulantes Psychiatrisches Pflegeangebot: Beispiel Schweiz	66
Udo Finklenburg	
12. Zur Situation von Familien depressiv erkrankter Menschen	72
Sonja Freyer, Susanne Schoppmann, Wilfried Schnepf	
13. Pflegediagnosen (nach POP®[1]) und ihre Nutzbarkeit in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege	74
Cornelia Gianni, Aurelia Nurse, Andrea Jordan	
14. Ethische Fallbesprechung als Instrument in Psychiatrischen Kliniken – Erfahrungen aus der Klinik	76
Birgit Hahn, Michael Schulz, Ute Hansen, Ralf Stöcker, Klaus Kobert	
15. Krise und Chance: „Hochhängen oder flach halten?“	84
Ursula Hamann, Bärbel Durmann, Thomas Lange, Alexandra Schäfer, Bernhard Prankel	
16. Wie können wir die Qualität pflegerischer Beziehungen messen? Erfahrungen mit dem Scale To Assess Therapeutic Relationships (STAR)	86
Anna Hegedüs, Christoph Abderhalden	
17. Adherence Therapie in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege	91
Bruno Hemkendreis, Michael Löhr	
18. Das Milieu bin ich! Was hat Milieugestaltung mit Pflegenden in der Psychiatrie im Zusammenhang mit Präventionsmaßnahmen und Hilfe zur Selbsthilfe zu tun?	97
Gitte Herwig, Markus Höflin	
19. Bildung für ambulante psychiatrische Pflege - Bericht zu einem Praxisprojekt	101
Andreas Heuer	
20. Betriebliche Gesundheitsförderung in einer Abteilung für Gerontopsychiatrie	103
Heike Hopster, Michael Schulz	
21. Homo ludens – Theaterspiel als wirksames Antidepressivum	110
Björn Kaltwasser	

22. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen	115
Regina Ketelsen, Michael Schulz	
23. Verbesserung der Alltagsaktivitäten in der geriatrischen Komplexbehandlung	120
Rainer Kleßmann, Kerstin Sudbrak, Klaus-Thomas Kronmüller, Michael Löhr	
24. Depression und Suizidalität – Neuer Förderschwerpunkt im Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit	126
Nina Kolbe, Elke Donath, Monika Hörr, Holger Miska, Detlef Rüsing	
25. Suizid und Suizidalität – Welche Rolle spielt die Pflege?	132
Bernd Koziel, Christoph Abderhalden	
26. Systematisierte interdisziplinäre Einschätzung der Suizidalität – Evaluationsergebnisse aus drei psychiatrischen Kliniken	136
Bernd Koziel, Manuela Grieser, Gianfranco Zuaboni, Uwe Braamt, Christoph Abderhalden	
27. Euthymes Erleben	142
Martina Krümmel	
28. Evidenz basierte Pflegeinterventionen bei Major Depression – ein Teilprojekt aus dem Forschungsprojekt NIDES (Nursing Intervention for patients with depression in Switzerland)	143
Stefan Kunz, Manuela Grieser, Ruth Meer-Lüth	
29. „Gemeinsam statt einsam“ – Ein Behandlungsmodell für suizidale Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rotenburg	149
Thomas Lange, Bärbel Durmann, Ursula Hamann, Aalexandra Schäfer, Bernhard Prankel	
30. Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention	152
Peter Lehmann	
31. Das Erleben von suizidalen Patienten und betreuenden Pflegenden	158
Helmut Lerzer	
32. Entwicklungsschritte des neuen Entgeltsystems für psychiatrische Krankenhausleistung in Deutschland. - Welche Rolle spielt die psychiatrische Pflege? -	161
Michael Löhr	

33. Hat die Bezugspflege einen Einfluss auf den Pflegeprozess?	169
Michael Löhr, Maria Wiggen, Monika Seewlad, Rita Elpers	
34. Pflege in suizidalen Krisen	175
Michael Löhr, Bruno Hemkendreis	
35. „Ambulante Hospitalisierung“	183
Regula Lüthi	
36. „Mich versteht doch sowieso niemand!“ - „Das ist mir zuviel!“ – „Ich kann dort doch eh‘ nichts sagen.“ Depressionsgruppe – ein krankheitsbildspezifisches pflegerisches Gruppenangebot	185
Werner Mayr	
37. Die Wirkung von Patientensuiziden auf Mitarbeiter und die Organisation	193
Johann Meinhof, Jochen Möller	
38. ProWert – (Mehr) Wertschätzung für Pflegende?	199
Klaus Müller, Susanne Hellweg, Heike Schneider	
39. Der Einsatz von Non-Suizidverträgen in der psychiatrischen Pflege	204
Xenia Narr, Bernd Kozel, Christoph Abderhalden	
40. Die Kehrseite des Suizids – Die Belastung suizidaler Handlungen von PatientInnen auf Pflegende	210
Ian Needham, Fritz Frauenfelder, Ruth Hatcher, Cornelia Gianni, Jürg Dinkel, Niki Tiefenthaler	
41. Pflegerische Aspekte an der Schnittstelle Demenz und Depression	216
Rüdiger Noelle	
42. „Wie tue ich mir gut“? Selbstunterstützungsgruppe auf der Depressionsstation	222
Sabine Noelle	
43. „Systemische Methoden in der psychiatrischen Behandlung – Behandlungskonferenzen auf einer Akutstation“	229
Marite Pleininger-Hoffmann, Juliane Brunnemann	
44. Die „Individualised Care Scale (ICS)“ – Ein geeignetes Instrument zur Erfassung von erlebter Individualität in der Pflege aus Sicht der Patienten?	230
Andrea Pöhler, Bernd Kozel, Riitta Suhonen, Theo Dassen, Christoph Abderhalden	

45. Behandlungskonferenzen auf der Grundlage von Pflegediagnosen	236
Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle, Henning Albes	
46. „Angehörige im Strudel der Verwirrungen“	239
Wolfgang Pohlmann, Petra Klein	
47. „Sie sind okay! Und das werden wir ändern.“ Inkongruente Botschaften in der Psychiatrie: Patienten-Erfahrungen und wissenschaftliche Reflexion	242
Elke Prestin	
48. Evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie? – Vom Schlagwort zum Wochenprogramm einer Station der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich	248
Franziska Rabenschlag, Stephan Giesler, Toni Schär	
49. Suizide, Suizidversuche und ihre Prävention	254
Thomas Reisch	
50. Krisenpass für ältere, psychisch erkrankte Menschen	255
Elisabeth Reutimann	
51. Gibt es ein Recht auf Depression und Suizid? Zum Problem der Medikalisierung von Trauer und Selbsttötung	261
Dirk Richter	
52. Verbale Aggression in psychiatrischen Einrichtungen – Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie	270
Dirk Richter	
53. Merkmale guter psychiatrischer Pflege	271
Dirk Richter, Sabine Hahn	
54. Konzept und Evaluation der Aromatherapie und Aromapflege an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel	273
Regula Rudolf von Rohr, Bernhard Bührlen	
55. Der Pflegeleitfaden - Eine Anleitung für die ambulante psychiatrische Pflege	279
Irene Schelkle, Johanna Wieser, Rainer Haller, Evelyn Berger	
56. Einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege	285
Uwe Bernd Schirmer, Brigit Vosseler, Jana Strehl, Anja Brzoska-Müller	

57. „Psychiatrische Pflege in der Krise: Zwischen Pflege als funktionaler Kompensation und Beziehungsgestaltung als psychotherapeutischer Betreuung ausgerichtet am PatientInneninteresse.“	290
Eckehard Schlauß	
58. „Pflege von demenziell erkrankten Menschen mit Down-Syndrom“	296
Eckehard Schlauß	
59. Möglichkeiten und Grenzen der Einführung eines Bezugspersonensystems auf Stationsebene in der Gerontopsychiatrie	303
Arndt Schlubach, Michael Löhr	
60. Besondere Ereignisse auf den akutpsychiatrischen Stationen des Diakoniekrankenhauses Rotenburg/Wümme	307
Britta Schneider	
61. Adhärenz Therapie bei an Psychose erkrankten Menschen – Ergebnisse einer randomisierten Studie (RCT)	313
Michael Schulz, Chris Abderhalden, Alexa Spiekermann	
62. Das Erleben und Gestalten der Pflege somatisch kranker Patienten im Maßregelvollzug	315
Michael Schulz, Marc Seitz, Andreas Doberschütz	
63. Evidenzbasierte Pflegeinterventionen für Menschen mit schwerer Depression und Angst- Empfehlungen für die Praxis.	316
Ingela Skärsäter	
64. Der Einfluss neurokognitiver Leistungen auf den Erfolg einer Intervention zur Steigerung adhärenten Verhaltens bei Schizophrenie	339
Alexa Spiekermann	
65. Arbeit auf einer Spezialabteilung für Depressionen: Frust oder Lust?	342
Regine Steinauer, Silvia Muff, Sandra Schärer	
66. „Pflegeintervention Pflegeanamnese - eine Hilfe zur Selbsthilfe?“	348
Simone Stuhlmüller, Ansgar Brunck, Steffen Woerner, Frank Koeke, Sabine Weißflog	
67. Delegation und Substitution	354
Michael Theune	

68. Ambulante Psychiatrische Pflege am Standort Andernach	356
Holger Thiel	
69. Einführung Bezugspflege: Zusammenspiel zwischen Fachentwicklung und Management	359
Reinhard Truffer, Sabine Hahn	
70. Das systemische Pflegemodell zur Familien- und Umweltorientierten Pflege in der Anwendung bei Menschen mit Depressionen in der ambulanten psychiatrischen Pflege	368
Ingo Tschinke	
71. Abstract: „Qualitätsoptimierung durch EDV-gestützte Pflegeplanung“	375
Ingo Tschinke	
72. Die Rolle Psychiatrisch Pflegenden im Rahmen der Behandlung von Depression und suizidalem Verhalten aus Sicht der europäischen Union	376
Roland van de Sande, Martin Ward	
73. Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.: Verbesserung der Versorgung depressiv Erkrankter und Suizidprävention in einem bundesweiten Netzwerk	390
Manja Wagner, Ines Heinz	
74. Psychiatrische Pflege in der Rolle des Case-Managers im Rahmen eines Kooperationsprojektes in der Behandlung von drogenabhängigen Eltern und deren Kindern – Ein Praxisprojekt	393
Jana Wand, Michael Schulz	
75. Dezentrale Qualitätsentwicklung und Pflegemanagement: Eine empirische Untersuchung zur Kompetenzentwicklung	400
Markus Weber, Sonja Feige	
76. Depressivität und Minussymptomatik bei Menschen denen eine chronische Schizophrenie diagnostiziert wurde: Eine Herausforderung für die ambulante psychiatrische Versorgung	404
Sabine Weißflog, Jürgen Rave	
77. Pflegeunterricht in den Niederlanden - Pflegeunterricht zur Behandlung von Depressivität und Suizidalität	407
Gert Jan Wiersma, Erik J. de Jong	

78. Verändern nutzergeleitete Patientengesprächsgruppen die Stationsatmosphäre? Erste Ergebnisse einer Interventionsstudie	409
Gianfranco Zuaboni	
79. Wellbeing – Grundlage eines Stationskonzeptes	414
Daniel Fischer	
80. Aus der Gemeinschaft Hoffnung schöpfen.	417
Dieter Tillmanns, Frank Joest	
81. Primäre Pflege – vom Wunsch zur Wirklichkeit	423
Wolfgang Leeb, Belinda Köhler, Eugen Graml	
82. Der demenziell erkrankte Mensch im Akutkrankenhaus: Es werden Fragen an eine bedarfsgerechte Altersmedizin gestellt, und es erfolgt ein Abgleich mit der Realität als Momentaufnahme.	430
Eckehard Schlauß	
83. Autorinnen- und Autorenverzeichnis	433

Präsentationen und Workshops

Hinweise

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden die Autorinnen und Autoren der Beiträge meist nur die männliche Form. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.

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

1. Vom Klagen zum Handeln: Die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit depressiven Kindern und Jugendlichen im multiprofessionellen Team einer Tagesklinik

Gamal Abedi, Rita Schwahn, Jochen Gehrman

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen a. Rh.

1.1. Hintergrund

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter sind eine häufig noch unterschätzte klinische Entität. Tatsächlich ist das klinische Bild depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter heterogen und stark alters- und entwicklungsabhängig [1]. Kleine Kinder wirken oft mimisch und gestisch starr bzw. in ihrem Spielverhalten, eingeschränkt, insgesamt depriviert. Im Grundschulalter treten Traurigkeit, Antriebsmangel aber auch Schlaf- oder Appetitstörungen allmählich in den Vordergrund. Geschlechtsunterschiede in der Symptomatik sind auch nicht selten: so scheinen Jungen ihre Depressivität häufig durch aggressives Verhalten auszuagieren. Oft assoziiert sind soziale Verhaltensauffälligkeiten sowie Suchtentwicklung, auch exzessiver Medienkonsum. Umweltinteraktionen sind bedeutsam. Psychosoziale Risiken, so frühkindliche Deprivation, Sucht, Delinquenz, intrafamiliäre Risiken (Disharmonie zwischen Erwachsenen, emotionale Ablehnung des Kindes durch ein Elternteil, psychische Erkrankung eines Elternteils, Traumatisierungen) und organische Belastungen (chronische Erkrankungen, Behinderungen, hirnorganische Schädigungen) spielen eine gravierende Rolle. Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil sind besonders gefährdet. So stellt eine unbehandelte Major Depression eines Elternteils, insbesondere der Mutter, einen gravierenden Risikofaktor für die Entwicklung einer kindlichen Depression dar [2].

Diesen Risikofaktoren stehen individuelle und familiäre Ressourcen (so hohe Intelligenz, Flexibilität, Kreativität, enger familiärer Zusammenhalt, angemessene elterliche Zuwendung usw.) gegenüber.

1.2. Ergebnisse und Erfahrungen

Nicht selten erleben wir gerade Familien mit depressiven Symptomatiken bei Kindern als eher klagende Besucher, die einen mehr oder weniger expliziten „Reparaturauftrag“ stellen. Aus systemischer Sicht geht es daher vorrangig in der Behandlung zunächst darum, verlässliche Bindungen aufzubauen, ein gemeinsames Störungsbildkonzept zu erarbeiten und in der Behandlung „an einem Strick zu ziehen.“ Eine systemische Auftragsklärung nach dem US-Familientherapeuten Steven de Shazar unterscheidet Besucher, Klagende und Handelnde [3]. Anders formuliert, liegt die Kunst der Behandlung gerade bei depressiven Kindern und Jugendlichen darin, aus „Klagenden Handelnde zu machen.“

Diagnostisch und therapeutisch ist es daher vorrangig, die Familie eng einzubinden. Diagnostisch besonders hilfreich sind nach unserer Erfahrung Hausbesuche durch einen Mitarbeiter des Behandlungsteams in einer frühen Phase [4, 5]. Die Bezugsperson erhebt anhand von Fragechecklisten und eigenen individuellen Beobachtungen während des Hausbesuchs eine detaillierte Erziehungsanamnese. Dies erfolgt ressourcenorientiert u. a. zu folgenden Themen: Beschäftigung, Sprechen, Kontaktgestaltung, Integration in die Familie, Schule, Eigenmotivation, Lerntechniken, Hausaufgaben, Interessen, psychosexuelle Entwicklung, Schlafen, Bewegung.

Die Bezugsperson lernt darüber hinaus die Wohnverhältnisse und das konkrete Lebensumfeld des Kindes bzw. Jugendlichen kennen. Die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes erleben die Familie so authentisch, erleben die Symptomatik `live` („wir wissen dann, worüber berichtet wird“) und können auch Symptomatiken erfassen, die primär innerhalb der Familie, weniger oder nicht innerhalb der Tagesklinik erkennbar seien („wir lernen Neues“).

Allgemeine Aktivierung, eine verlässliche Tagesstruktur, körperliche Aktivität und die Förderung sozialer Kontakte sind nach unserer Erfahrung therapeutisch zentrale Aufgaben. Neben „spezifischen“ psychotherapeutischen, ärztlichen bzw. im Einzelfall auch medikamentösen Interventionen liegt der Behandlungsschwerpunkt daher auf der Gestaltung eines einerseits zugleich fördernden, aber auch fordernden therapeutischen Milieus. Tagesreflexionen, das Training sozialer Kompetenzen in einer Gruppe, die altersgemäße Übernahme von Aufgaben und Verantwortung, das Erlernen eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Medien, gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und ein ausgewogenes Maß zwischen Phasen von Ruhe und Aktivität.

Freizeitpädagogische Aktivitäten, z.B. Kletterprojekte, Schwimmprojekte sind hilfreich, damit gerade depressive Kinder und Jugendliche lernen, schrittweise im Kontext einer Gruppe ihre eigenen Grenzen kontinuierlich zu erweitern. Einzel- und Gruppentherapie, die soziale Kompetenzen und Problemlösefertigkeiten vermitteln, sind ebenfalls wichtig. Für Eltern sind häufige Entwicklungsaufgaben die Sorge um die eigene Gesundheit, ggf. auch eine eigene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Förderung erzieherischer Kompetenzen und ggf. Klärung chronischer Streitbeziehungen. In dem Maße, in dem Kinder und Jugendliche (und ihre Eltern) Fertigkeiten erwerben, verbessern sich auch ihr Selbstwert und ihre Stimmungslage.

1.3. Fazit für die Praxis

Depressive Störungen werden im Kindes- und Jugendalter leider immer noch unterschätzt. Die Symptomatik ist alters- und entwicklungsabhängig und nicht selten überdeckt durch Symptome komorbider Störungen wie Suchtmittelmissbrauch bzw. sozialen Verhaltensauffälligkeiten. Familiäre Belastungen, so dauerhafter Streit bzw. die psychische Erkrankung eines Elternteils, sind erhebliche Risikofaktoren. Daher überrascht es nicht, dass im klinischen Alltag gerade auch Hausbesuche, von besonderem diagnostischem Wert sind. Therapeutisch ist eine schrittweise Aktivierung des depressiv erkrankten Kindes bzw. Jugendlichen wesentlich, die die verschiedenen Ressourcen, sozialen Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten eines multiprofessionellen Teams nutzt.

1.4. Literatur

1. Mehler-Wex C, Kölch M (2008) *Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt* 105(9): 149-55.
2. Preiss M, Remschmidt H (2007) *Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Übersicht. Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35(6):385-96
3. De Shazar S, Dolan Y (2008) *Mehr als ein Wunder: Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. Carl Auer Verlag, Heidelberg.*
4. 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.*
5. 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.*

2. Die Behandlungskonferenz – Visite als Ort der Reflexion, Koordination und Partizipation

Volkmar Aderhold, Evelin Gottwalz-Itten, Heiner Haßlöwer

2.1. Der Kontext

Dieses Modell einer wöchentlichen reflektierenden und koordinierenden multiprofessionellen Gesprächsrunde gemeinsam mit jedem Patienten entstand als Projekt aller Berufsgruppen einer offenen Akutstation für Menschen mit psychotischen Störungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf über einen mehrmonatigen Zeitraum, um die herkömmliche Oberarztvisite zu ersetzen. Wir führten zusätzlich ein Tandem-Modell eines Bezugspersonensystems ein. Jeder Patient hat einen für ihn zuständigen Mitarbeiter aus der Pflege oder Sozialarbeit und einen behandelnden Arzt, die möglichst eng zusammenarbeiten. Die Behandlungskonferenz hat sich über Jahre bewährt und ließ sich auch in andere klinische Strukturen und auf andere Störungsbilder erfolgreich übertragen.

2.2. Der Ablauf

Das Gespräch des multiprofessionellen Teams mit dem Patienten besteht aus mehreren Phasen und dauert insgesamt ca. 20 Minuten.

2.2.1. Erste Phase

Begrüßung und Vorstellung von unbekanntem Teilnehmern

2.2.2. Zweite Phase

Interview mit dem Patienten durch Bezugspflege oder Bezugsarzt (5 bis 7 Minuten). Themen aus der Vorgeschichte, Auswertung der letzten Woche, die aktuelle Behandlung und Überlegungen und Planungen für die Zukunft.

2.2.3. Dritte Phase

Fragen des Patienten und anderer Anwesender (5 Minuten)

2.2.4. Vierte Phase

Reflexion der Anwesenden – Patient und Interviewer hören zu (7 bis 10 Minuten). Ein Gedankenaustausch im Sinne des Reflektierenden Teams von Tom Andersen (1987)

Bei der Reflexion wird der Patient nicht angesprochen und bei den eigenen Aussagen nicht angesehen. Die verwendete Sprache ist respektvoll.

Im Vordergrund steht dabei zunächst ein ressourcenorientiertes positives Feedback, ein möglichst vielstimmiges, überwiegend positives Bild, ein konkretes Interesse an der aktuellen Situation des Patienten.

Versuche des empathischen Einfühlens in die innere und äußere Situation des Patienten mit dem Versuch, dieses Gefühl zu formulieren. Absolute und allgemeine Feststellungen zu Negativem sind zu vermeiden. Negatives soll als Teilaspekt formuliert werden.

Aufzeigen von Alternativen, Positives und Negatives sollten sich zumindest die Waage halten. Ein Rückgriff auf Erfahrungen des Gelingens in der Vorgeschichte ist oft hilfreich.

Diskussion der Behandlungssituation einschließlich Medikation. Austausch auch von unterschiedlichen Einschätzungen im Team.

Ideen für die Zukunft und Planung konkreter Schritte.

2.2.5. Fünfte Phase

Kurzes Abschlussgespräch zwischen Patient und Interviewer (3 Minuten). Der Patient hat – wenn er will – das letzte Wort. Der Interviewer fragt nach – wenn es sinnvoll erscheint –, was für den Patienten neu, überraschend, sehr erfreulich oder besonders unangenehm war. Manchmal ist die Frage sinnvoll, ob Gedanken oder Informationen in der Reflexion grundsätzlich falsch waren.

Der Patient soll nur dann etwas da- zu sagen, wenn er möchte. Es ist auch in Ordnung, wenn er das Gehörte nur auf sich wirken lässt. Dann sollte – wenn irgendwie möglich – noch am gleichen Tag ein kurzes Gespräch mit dem Bezugstherapeuten oder einem Vertreter stattfinden. Zu negativ Erlebtes sollte direkt relativiert werden.

Wurde in der Reflexion ein Vorschlag für konkrete Schritte des Patienten oder des Teams formuliert, sollte der Patient jetzt gefragt werden, ob er zustimmt oder ablehnt. Evtl. ist auch ein zusammenfassendes Vorlesen der vereinbarten konkreten Schritte durch den Protokollanten sinnvoll. Dies muss jedoch in der Gesamtdynamik angemessen sein. Die weitere Vertiefung ist dem Einzelgespräch vorbehalten. Ein Protokoll wird während des Gesprächs angefertigt. Es gliedert sich in folgende Aspekte:

- Themen des Patienten – Themen der Mitarbeiter
- Ziele des Patienten – Ziele der Mitarbeiter
- Ressourcen aus Sicht des Patienten – aus der Sicht der Mitarbeiter
- Konkrete Schritte

2.3. Hypothetische Wirkeffekte

Die grundsätzliche Wertschätzung, das wertschätzende Feedback in der Reflexionsphase war oft ganz wichtig für die weitere Behandlung. Sie legte ein gutes Fundament für die gemeinsame Zusammenarbeit. Darüber hinaus leiden fast alle Psychiatriepatienten an einem relativ durchgängig „mangelhaften“ Selbstwertgefühl und ihre positive Entwicklung ist anerkanntermaßen abhängig von Selbstwert und Selbstachtung.

Der Patient bekommt nach Möglichkeit eine zentrale Funktion für die Integration vielfältiger Prozesse, die gekennzeichnet sind durch Vielstimmigkeit, Multiperspektivität, Widersprüchlichkeit und Ambivalenz. Er bestimmt damit den therapeutischen Prozess wesentlich mit und hat die Möglichkeit, die Professionellen im Verlauf zu korrigieren. Er kann diesen damit mehr zu seiner Sache machen, mehr Akzeptanz und Identifizierung. Vermutlich erniedrigt sich damit auch die Fehlerquote und erhöht sich die „Compliance“

oder – besser gesagt – die Kooperation. Es ist anzunehmen, dass die Selbstbefähigung (Empowerment) von Betroffenen dadurch gestärkt wird. Durch die BK werden dem Patienten oft mehrere Behandlungsoptionen zur Verfügung gestellt. In anderen Worten: Er bekommt echte Wahlalternativen. Dies steht im Zusammenhang mit einer zentralen Dimension des Recovery „Hoffnung kann nur entstehen, wenn Du erkennst, dass es echte Alternativen gibt und dass Du echte Wahlmöglichkeiten hast.“

Patienten werden durch die Reflexionen mehrfach im Verlauf „gespiegelt“. Dies hat zunächst Kompensationsfunktion bei oft eingeschränkter Selbstwahrnehmung, speziell in psychotisch verändertem Erleben und Handeln. Bei oftmals früh erlebter mangelhafter Spiegelung durch primäre Bezugspersonen könnte auch eine gewisse Nachentwicklung in Gang kommen. Eine solche Förderung von Selbstbeobachtung und Metakommunikation (Kommunikation über die – nicht nur sprachliche – Kommunikation, also auf einer höheren Ebene) ist eine zentrale Dimension der meisten psychotherapeutischen Verfahren und bei der Behandlung von Menschen mit Psychosen und Traumatisierung von besonderer Bedeutung.

Transparenz der emotionalen und kognitiven Prozesse im Team fördert die Mentalisierung (die Fähigkeit am Verhalten des anderen ablesen zu können, was in seinem Kopf vorgeht). Viele Menschen mit Psychosen und auch anderen Störungen haben hier Einschränkungen. Die antiregressive Wirkung, die bereits beschrieben wurde, war für alle Mitarbeiter offensichtlich. Sie hängt vermutlich mit neugierig machender Realität, subjektiv bedeutsam erlebter Ichhaftigkeit und echten Partizipationsangeboten zusammen.

Auch eine – mehr oder weniger situative – antipsychotische Wirkung wurde des Öfteren deutlich. Es entstanden mehr und früher „Inseln der Klarheit“ bei den Patienten.

Auch die Förderung von Ambivalenztoleranz ist ein wichtiger Entwicklungsschritt vor allem für Menschen mit Psychosen. Sie vermindert den Druck zur Abwehr mittels Ambivalenzspaltung und damit den Einstieg in eine paranoide Externalisierung. Das Reflektieren respektiert die Unüberwindbarkeit subjektiver Wirklichkeitskonstruktionen und bringt damit Individualität und Einmaligkeit zum Ausdruck.

Menschen lassen sich nicht (dauerhaft) instruieren. Aber sie leben in und mit ständigen inneren Monologen und Gesprächen, die sich auch psychotisch verselbständigen können. Zusätzlich scheinen wir Menschen uns in einer Abfolge von inneren lebendigen Momenten zu fortzuentwickeln. Die Bereitschaft, von anderen Menschen etwas anzunehmen steigt, wenn wir von ihnen Wertschätzung und Respekt erfahren, das Neue uns zum halbwegs richtigen Zeitpunkt – dann, wenn wir offen dafür sind – erreicht und wenn Neues uns einen Entscheidungsspielraum lässt und nicht zu eindringend ist. Die Chance auf eine positive Einflussnahme erhöht sich demnach, wenn wir dies alles berücksichtigen.

Das letzte Wort sollte ja möglichst der Patient haben. Die vermehrten Situationen der Zusammenarbeit hatten deutliche positive Effekte für die Teamqualifizierung: ein interaktives „learning by doing“ mit einer größeren Vielfalt von Modellen. Durch die BK wurde die Koordination von Personen und Prozessen erleichtert. Ebenso wurden die Ziel- und Auftragsorientierung wie auch die Verhandlungskultur im Rahmen der Behandlungen verbessert. Die BK machte den Behandlungsalltag leichter anschlussfähig für weitere systemische Interventionen wie Familiengespräche und Netzwerktreffen. Aber auch die Prozessorientierung durch das Einnehmen einer – begrenzten – Position des Nicht-Wissens und die Bereitschaft, bei jedem neuen Schritt immer wieder auch offen zu sein für neue Informationen, eine veränderte Perspektive und ein dann verändertes Vorgehen, steigerte sich. Wir begannen ein wachsendes Vertrauen in diesen gemeinsamen Prozess zu entwickeln: nicht einfach das Finden von Lösungen, sondern das – eine Zeitlang miteinander – in die Antworten hinein leben.

Die Sprache, das Sprechen und damit das Denken des Teams über die Patienten veränderten sich. Es stellten sich positivere Diskurse über Patienten auch in deren Abwesenheit ein. Wir wurden uns bewusster, dass Patient und Behandler ein gemeinsames Problemsystem darstellen. Wir werden auch – mit unseren strukturellen und individuellen Grenzen und Schwächen – ein Teil des Problems der Patienten und seiner Familie. Wenn wir dies anerkennen, können wir versuchen, es zu vermindern. Dieses möglichst kohärente Zusammenspiel eines Teams („teampplay“) ist vermutlich der wichtigste Faktor, um das Bedrohliche psychiatrischer Arbeit auf ein möglichst geringes Maß zu reduzieren.

Bei einer Befragung von 120 Patienten fanden 90% der BK wirksam, 76% diese deutlich besser oder sehr viel besser als die Oberarztvisite, 50% waren sehr zufrieden und 25% ziemlich zufrieden damit.

2.4. Literatur

1. *Aderhold, V., Gottwalz-Itten E., Haßlöwer H. (2010): Die Behandlungskonferenz – Dialog, Reflexion und Transparenz. Psych Pflege. 16: p. 142-152.*

3. Resilienz – Bedeutung für die psychiatrische Pflege

Markus Berner

3.1. Einleitung

Schwerpunkt psychiatrischer Pflege ist die Betreuung von Patienten die sich in einer Lebenskrise befinden. In der Praxis können wir beobachten, wie Betroffene Krisen bewältigen und ihr Gleichgewicht wieder finden. Andere scheinen an Krisen zu zerbrechen, können ihr Gleichgewicht kaum ausbalancieren. Wie gehen Menschen mit schwierigen Ereignissen um, die ihr Leben verändern? Der Tod eines geliebten Menschen, Arbeitsplatzverlust, schwere Krankheit und traumatische Ereignisse - Viele Menschen reagieren auf diese Umstände mit einer Flut von Emotionen, einem Gefühl der Unsicherheit. Die Frage stellt sich, warum die einen eine Krise überstehen oder sogar daran wachsen und die anderen Menschen eben scheitern. Forschende haben sich mit dieser Frage beschäftigt. Daraus ist der Begriff "Resilienz" entstanden.

3.2. Resilienz

Der Begriff leitet sich vom englischen Wort "Resilience" ab und bedeutet "Widerstandsfähigkeit", "Spannkraft", "Elastizität" [7]. Der Begriff "Resilienz" findet seinen Ursprung in der Werkstoffkunde und beschreibt die Fähigkeit eines Werkstoffes, sich verformen zu lassen und wieder zur alten Form zurück zu finden.

In der Psychologie wird Resilienz als die Widerstandskraft bezeichnet, die Menschen Krisen meistern und Schweres bewältigen lassen. Rosmarie Welter –Enderlin [4] hat Resilienz folgendermassen geprägt: Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände.

3.3. Die Resilienzforschung

Das Interesse galt in den vergangenen Jahren im wesentlichen drei Bereichen: Forscher untersuchen, wie Kindern eine positive, gesunde Entwicklung möglich ist, obwohl sie mehrfach vorhandenen Risikofaktoren wie Armut, Vernachlässigung, Misshandlung oder abhängigkeiterkrankten Eltern ausgesetzt sind. Sie gingen der Frage nach, warum Menschen unter anhaltenden extremen Stressbedingungen nicht in "die Knie gingen". Sie interessierten sich für das Phänomen, dass Menschen in der Lage sind, sich von traumatischen Erlebnissen wie Naturkatastrophen, Kriegserlebnissen usw. relativ schnell zu erholen.

3.3.1. Die Kauai-Studie

Werner-Smith [6] haben mit der "Kauai-Studie" über vier Jahrzehnte hinweg knapp 700 Kinder, die 1955 auf der Hawaii-Insel zur Welt gekommen sind, mit ihrer Studie begleitet. Sie prüfte die Entwicklung der Kinder im Verlauf von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren. Rund 30 Prozent der Population wuchsen in äusserst schwierigen Bedingungen auf. Diesen Risikokindern galt Werners Interesse: Wie werden sich die Kinder über die Jahre hinweg entwickeln? Haben sie eine Chance auf ein problemloses Leben?

Für zwei Drittel der belastenden Probanden musste die Frage negativ beantwortet werden. Im Alter von 10-18 Jahren fielen die Kinder/Jugendlichen durch Lern-Verhaltensprobleme auf, kamen mit dem Gesetz in Konflikt oder hatten psychische Probleme. Demgegenüber entwickelte sich ein Drittel der Kinder positiv. Die Probanden zeigten eine erfolgreiche Entwicklung in der Schule, fanden einen Job, gründeten Familien und waren ins soziale Leben integriert. Werner stellte fest, dass resiliente Kinder über Schutzfaktoren verfügen, welche die negativen Auswirkungen schwieriger Lebensumstände mildern:

Stabile emotionale Beziehungen, positive Leistungsanforderungen und individuelle Eigenschaften wie ein ruhiges Temperament, liebevoller Umgang usw.

3.3.2. Die Bielefeld-Erlangerstudie

Die Bielefelder- Erlangerstudie [3] ist die erste Untersuchung zu Resilienz im deutschsprachigen Raum. Im Forschungsprojekt ging es um die Entwicklung von Jugendlichen aus besonders risikohaften Multiproblem-Milieu. Die Jugendlichen waren 14-16 Jahren alt und lebten in Heimen. Die Jugendlichen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, eine von 66 resilienten und eine von 80 auffälligen Jugendlichen. Untersucht wurde erst die objektive und subjektive biographische Risikobelastung der Jugendlichen. Beide Gruppen unterschieden sich nicht in ihren Risikowerten, hatten jedoch im Vergleich zu einer "normalen" Stichprobe von Schülern sehr hohe Ausprägungen. Die auffälligen Jugendlichen zeigten höhere Werte in der Bereitschaft zu Aggressivität und Delinquenz. Zwei Jahre nach der ersten Erhebung wurden 100 noch erreichbare Jugendliche erneut untersucht. Ein Drittel der resilienten Jugendlichen zeigte nun Hinweise auf Erlebens- und Verhaltensprobleme, ein Drittel der auffälligen Gruppe schien sich positiv entwickelt zu haben. Auch Lösel [3] stellte Faktoren fest, die sich günstig auf Resilienz und Entwicklung der Jugendlichen auswirkten. Bezugspersonen innerhalb oder ausserhalb der Familie, ein positives Erziehungsklima mit emotionaler Akzeptanz, klaren Verhaltensregeln und Kontrolle in der Erziehung sind wichtig für die Entwicklung. Individuelle Eigenschaften wie Problemlösestrategien und die Fähigkeit zur Flexibilität waren zusätzlich hilfreiche Faktoren.

3.4. Bedeutung für die psychiatrische Pflege

Es hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Prozesse des Zusammenwirkens von Risiko- und Schutzfaktoren existieren, welche der Herausbildung von Resilienz beitragen. Grundlegend dafür ist das Vorhandensein von bestimmten Schutzfaktoren, die Einfluss im Zusammenspiel mit Risikofaktoren ausüben, dies sind vor allem in den Menschen und ihrer Umgebung vorhandene Merkmale, Stärken und Fähigkeiten/Ressourcen, auf die sie zurückgreifen können.

Als solche werden zusammenfassend folgende Merkmale genannt [3,5]: Beziehungsfähigkeit, Hoffnung, Selbstständigkeit, Fantasie, Kreativität, Unabhängigkeit, Humor, Reflexionsfähigkeit, Entschlossenheit, Mut und Einsicht.

Resilienz unterstützen und fördern bedeutet, Ressourcen der Patienten zu erkennen oder sie darin zu unterstützen, sich auf die Suche eigenen Ressourcen zu machen. Es liegt an den Fachpersonen, Hoffnung und Zuversicht für Patienten aufrecht zu halten und ihnen dadurch die Möglichkeit zugehen, Resilienz zu entwickeln.

Für Welter-Enderlin [4] ist Resilienz keine Eigenschaft, die Menschen zufällig besitzen oder nicht. Sie hält Widerstandsfähigkeit nicht für eine Glückssache. Manche Menschen sind insofern begünstigt, als sie ihre vorhandenen Kapazitäten aus eigener Kraft ausschöpfen können. Andere benötigen dafür unsere Unterstützung. Die Amerikanische Psychologinnenvereinigung [1] zeigt in „The Road to Resilience“ Wege auf, wie Menschen Resilienz aufbauen können:

- Soziale Kontakte aufbauen und gute Beziehungen zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten pflegen
- Problem nicht als unüberwindlich sehen
- Veränderungen als Teil des Lebens sehen
- Realistische Ziele anstreben
- Zum Handeln entschliessen
- Auf Wachstumschancen achten
- Positives Selbstbild aufbauen
- Perspektive bewahren
- Optimistisch bleiben
- Für sich selbst sorgen

Auf dieser Grundlage lassen sich wesentliche Faktoren von Resilienz, insbesondere Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Verantwortung, Netzwerkorientierung und Zukunftsplanung identifizieren. Sie tragen zur erfolgreichen Bewältigung von Veränderungs- und Krisensituationen bei. Es darum, dass Pflegende Patienten in Veränderungsprozessen Stützen und Begleiten können. Wichtige Punkte sind dabei die Förderung:

- der Problemlösefähigkeiten und Konfliktlösestrategien.
- von Eigenaktivität, persönlicher Verantwortungsübernahme.
- von Selbstwirksamkeit.
- des Selbstwertgefühls.
- von sozialen Kompetenzen.
- von effektiven Copingstrategien.

Nicht zuletzt wird jedoch der Aufbau einer tragfähigen, emphatischen Beziehung zum Patienten eine zentrale Rolle spielen. Im Weiteren sagt Hildebrand [2], dass für die Gestaltung des Beraterischen Prozesses, den Patienten Resilienzpotentiale und damit auch Verantwortlichkeit für ihr Leben zugestanden werden soll. Die Aufgabe von Beratenden besteht darin, dafür die angemessenen Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen.

3.5. Schlussfolgerung

Das Konzept der Resilienz orientiert sich an den Ressourcen des Patienten. Eine Abgrenzung zu anderen Konzepten wie Salutogenese, Empowerment, Recovery ist schwer zu machen. Es geht bei Resilienz darum, dass Pflegende einen Perspektivenwechsel vollziehen müssen und den Patienten mehr Eigenverantwortung für ihre Genesung zugestehen. Es wird klar, dass die ressourcenorientierte Arbeit ins Zentrum der psychiatrischen Pflege rücken muss um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Es hat sich gezeigt, dass verschiedene Prozesse des Zusammenwirkens von Risiko- und Schutzfaktoren existieren, welche zur Herausbildung von Resilienz beitragen. Notwendig dafür ist das Vorhandensein von Schutzfaktoren wie Beziehungsfähigkeit, Hoffnung, Selbstständigkeit, Kreativität usw.

Als resilient bezeichnete Menschen sind vor allem solche, die in den Menschen und in ihrer Umgebung vorhandene Merkmale, Stärken und Fähigkeiten und Ressourcen zurückgreifen können. Für eine erfolgreiche Förderung von Resilienz bedeutet dies, an genau diesen Merkmalen anzusetzen, die für eine erfolgreiche Bewältigung von Nutzen sind.

3.6. Literatur

1. *American Psychological Association. Road to Resilience. 10 Ways to resilience. [Electronic Version] Retrieved 10.01.2010, from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx#>*
2. *Hildebrand, B. (2008). Resilienz, Krise und Krisenbewältigung. In Welter-Enderlin, R., Hildebrand, B. (Hrsg.) Resilienz – gedeihen trotz widriger Umstände. (2 nd ed., pp 225-226) Heidelberg: Carl-Auer.*
3. *Lösel, F., Bender, D. (1996). Vulnerabilität und protektive Faktoren. Schutz- und Risikofaktoren der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in der Familie und deren Umfeld. [Electronic Version] Retrieved 20.11.2009, from <http://131.130.67.132/ftp/events/strobl96/mat5r2.pdf>*
4. *Welter-Enderlin, R., Hildebrand, B. (Hrsg.) Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. (2 nd ed., pp 225-226) Heidelberg: Carl-Auer.*
5. *Werner, E. (2005). Lessons from the lives of individuals who thrived despite adversity. Vortrag, gehalten auf dem Kongress "Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände". Zürich: Februar 2005.*
6. *Werner, E., Smith, R. (2001). Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience and recovery. Ithaca, NY. London: Cornell University Press.*
7. *Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tages-Einrichtungen fördern. Basel: Belz.*

4. Was hilft in Krisen?

Marie Boden, Doris Feldt

Auf jeden Fall Trost, den Mut nicht verlieren und das „Prinzip der kleinen Schritte“.

4.1. Hintergrund

Krisen sind Teil eines jeden Lebens und jeder Mensch kennt sie. Sie sind traurig und anstrengend und bringen Menschen aus dem Gleichgewicht.

Krisen können in die Depression führen oder sie sind die Folge einer solchen. Egal, wie Krise und Depression entstanden sind, wesentlich ist, einen adäquaten Umgang damit zu finden und dem Aufruf zur inneren Veränderung- Bestehendes muss losgelassen werden und Neues entdeckt- folgen zu können. Dem vorausgehen müssen aber kraftspendende Elemente, ohne die das Ertragen von Leid unmöglich wird und ein erster Schritt in Richtung Heilung nur schwer getan werden kann: es geht um Trost, Hoffnung schöpfen und den Mut nicht verlieren.

Unsere Patienten brauchen den Trost der Professionellen und eine Idee gegen die eigene Hoffnungslosigkeit. Und sie brauchen eine kleinschrittige, direkt umsetzbare Anleitung zur Krisenbewältigung. Luise Reddemann sagt so treffend: „ Eine Reise von 1000 Meilen beginnt immer mit dem ersten Schritt“

4.2. Setting

In der psychiatrischen Klinik Gilead IV gibt es seit 10 Jahren die sog. Stabilisierungsgruppe, welche von uns im Hause konzipiert wurde. Überwiegend sind dort Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch mit Depressionen.

In unserem Handbuch beschäftigen wir uns in einem Kapitel ausdrücklich mit dem Thema: Umgang mit Krisen und weiter der Stärkung des Selbstwertgefühls, Vertrauen entwickeln können, persönliche Sinnerfüllung, Lebensfreude und Trost.

4.3. Ziele

Ziel ist es, Menschen in einer krisenhaften Zeit der Erkrankung zu unterstützen und ihnen in einer Lebensphase der inneren Leere etwas Auffüllendes zu geben: Trost, angenehme Momente, Spiritualität. Die Teilnehmer sollen Anregungen erhalten, ihre persönliche Krise zu erkennen und zu bewältigen. Über eine entsprechende Stabilisierung erreichen sie die Fähigkeit zur Selbsthilfe. Das Prinzip des Vorgehens ist der immer wieder kehrende Dreiklang: **Erkennen- Akzeptieren- Verändern**

4.4. Innovationen

In der Stabilisierungsgruppe verfolgen wir ein von uns entwickeltes, äußerst kleinschrittiges und modifiziertes DBT-Konzept, ergänzt um Elemente der euthymen Therapie und der Imagination. Erweitert haben wir diese theoretischen Grundlagen um Schwerpunkt/ bzw. Vermittlung einer ästhetischen Lebensweise, Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten, Einbeziehung der Patienten. Dazu kommt das Prinzip des Schenkens und Versorgens, bis die Teilnehmer wieder Kraft zur Selbstfürsorge erlangen. Auf eine gute Balance von Geben und Nehmen wird geachtet.

4.5. Ergebnisse/ Erfahrungen/ Diskussionen

Die Stabilisierungsgruppe läuft seit 10 Jahren kontinuierlich und mit einer hohen Verbindlichkeit der Teilnehmer. Unter dem Stichwort „Recovery“ stellt sich die Frage, ob über den ressourcenorientierten Ansatz hinaus, der auf Lebensfreude, Sinnerfüllung, Individualität, Trost und Hoffnung u.a.m. gerichtete Focus nicht der eigentliche Schlüssel zum Erfolg ist?

4.6. Lernziele

- Einführung in das Kapitel Krisen aus dem Handbuch
- Vorstellung des Dreiklang und Vermittlung „Prinzip der kleinen Schritte“
- Vermittlung der besonderen Elemente des Vorgehens

4.7. Literatur

1. *Boden M., Feldt D., (2009) Krisen bewältigen, Ein Handbuch zur Gruppenmoderation- Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen.*

5. Abendrunde – „Behütet in die Nacht“

Marie Boden, André Nienaber

5.1. Abendrunde

Die Abendrunde ist eine pflegerische Gruppe und befasst sich in Anlehnung an Rakel und Lanzenberger [1] mit den Ressourcen des noch kranken Menschen. Zu Beginn war die Abendrunde ein Angebot an die Patientinnen und Patienten von Montag bis Freitag. Ziel ist es eine Begegnung im Krankenhausalltag zu ermöglichen und den Abend zu strukturieren. Mittlerweile ist die Abendrunde zu einem festen, ritualisierten Bestandteil des Wochenangebots geworden. Rituale vereinfachen das Leben. Sie schaffen Vertrauen, sind verlässlich und strukturieren den Alltag. Jeder Mensch lebt unbewusst mit Ritualen. Ein eigener Rhythmus gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Insbesondere in schwierigen Lebensphasen sind Rituale hilfreich und wirken stabilisierend [2].

5.2. Ziele der Abendrunde

Ziele der Abendrunde sind zum einen die Schaffung eines „Ermöglichungsraumes“ [3] für eine Begegnung mit den Patientinnen und Patienten der Station, die sich in der Stabilisierungs- oder Transferphase ihrer Behandlung befinden. Dabei soll sie vor allem die von Richter et al. [4] als zentrale Elemente der pflegerischen Beziehung identifizierten Ansatzpunkte aufgreifen. Diese sind eine empathische und akzeptierende Grundhaltung (Einfühlen und Mitfühlen), die Förderung der Selbstbefähigung der Nutzerinnen und Nutzer und die Vermittlung von Hoffnung auf die persönliche Entwicklung. Zum anderen hat die Abendrunde das Ziel des bewussten Wechsels vom Tag in den Abend/Nacht und unterstützt somit beim „slow down“

Die Teilnehmenden sollen die Mühen des Tages hinter sich lassen und den Tag angenehm beenden. Dieses Ziel wird unter anderem dadurch erreicht, dass gemeinsam auf den Tagesablauf zurückgeblickt wird, mit dem Fokus auf ein positives Ereignis. Dieses sollte in einer angenehmen, ruhigen und harmonischen Atmosphäre (fast intim und familiär) stattfinden. Im Sinne von Recovery [5,6] rücken Klienten und professionelle Helfer in der Abendrunde näher zusammen. Die Erlebnisse der Teilnehmenden und der Mitarbeitenden stehen im Mittelpunkt und ermöglichen eine Begegnung auf Augenhöhe. Die Moderatoren nehmen die Rolle eines Wegbereiters ein, indem sie Offenheit und Authentizität vermitteln, und ihre eigenen Grenzen im Blick behalten. Daneben erfüllen sie die klassischen Moderatortaufgaben, wie Ausgleich und Integration. Sie vermitteln zwischen den Teilnehmenden und validieren jeden Wortbeitrag. Es geht nicht an erster Stelle um Behandlung, sondern vielmehr um Wertschätzung, Sinnfindung und Alltagsbewältigung.

Die Autoren gehen davon aus, dass auch von der Abendrunde als Gruppe eine Kohäsionskraft (Kohäsionskraft bezeichnet nach Yalom [7], „das gruppentherapeutische Gegenstück zur therapeutischen Beziehung in der Einzeltherapie“, die einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis hat.) [7] ausgeht bzw. dass sich in der Gemeinschaft der Abendrunde unwillkürlich für die Teilnehmenden weitere therapeutische Hilfsmittel ergeben [2]. Zu benennen sind hier z. B. die Entstehung wichtiger und vertrauensvoller Beziehungen oder die Entwicklung von Solidarität. Christ und Hoffmann-Richter [8] bezeichnen diese Hilfsmittel auch als „das Handwerkliche“. Die Vermittlung von Hoffnung als „eine Haltung, eine Atmosphäre, eine Art und Weise, wie ich als Fachperson den betroffenen Menschen betrachte und wie ich ihm in der Folge begegne“ [9] spielt eine wesentliche Rolle (Zum Beispiel im Sinne von Yalom [7] dadurch, dass Patienten erleben, wie sich Mitpatienten positiv entwickeln).

5.3. Hintergrund

Patientinnen und Patienten, denen es besser geht, erhalten im Krankenhausalltag häufig weniger Aufmerksamkeit und Zuwendung durch Pflegende als die Patientinnen und Patienten, die sich in einer akuten Phase ihrer Erkrankung befinden. Dies trifft auch für die Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Krankenhaus zu. Besonders auf einer fakultativ geschlossenen allgemeinpsychiatrischen Station wie der Station A2 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel mit dem Schwerpunkt der Behandlung von Menschen mit akuten schizophrenen und schizoaffektiven Störungen, erfordert der Alltag oftmals ein hohes Maß an Flexibilität sowohl von den Mitarbeitenden als auch von den Patientinnen und Patienten selbst. Mit der Einführung der Abendrunde soll diesem Umstand Rechnung getragen werden, indem ein „Ermöglichungsraum für Begegnung und Teilhabe“ [3] geschaffen wird. Für die Patientengruppe, die sich in der Stabilisierungs- bzw. Transferphase ihrer Behandlung befindet, entsteht im Tagesablauf ein Zeitfenster, das sie für sich nutzen kann und gleichzeitig zur Tagesstrukturierung beiträgt. Nach und nach entwickelte sich ein ritualisierter Ablauf für die Durchführung der Abendrunde, welche folgende Elemente beinhaltet.

5.3.1. Achtsamkeitsübung

Zu Beginn jeder Abendrunde dient die Achtsamkeitsübung dazu, einen gemeinsamen Anfang zu ermöglichen und gemeinsam Stille zu erleben, inne zu halten, sich auf eine Sache zu konzentrieren. Die Dauer von einer Minute ist für alle Teilnehmenden gut aushaltbar. Der Klang der Zimbeln, der Beginn und Ende der Achtsamkeitsübung markiert, schafft eine Atmosphäre des Besonderen und betont den Augenblick. Im Anschluss an die Achtsamkeitsübung findet eine kurze Rückmeldung durch die Teilnehmenden statt. Mit ihrem Wortbeitrag integrieren sie sich in die Gruppe. Die aktive Teilnahme, Zuhören, Toleranz untereinander und das Erkennen anderer Blickwinkel werden unterstützt.

5.3.2. Tagesrückblick

Im Gegensatz zum Tagesbeginn blicken die Teilnehmenden am Ende ihres Tages auf Erlebtes zurück. Einige Teilnehmende nutzen den Tagesrückblick für die Reflexion ihrer Behandlung und berichten z. B. über Veränderungen und Fortschritte. Den Moderatoren bietet die Schilderung des Tagesablaufes die Möglichkeit zur positiven und wertschätzenden Rückmeldung. Auch kleine Erfolge können anerkannt werden, ebenso kann und soll nicht Gelingen hier wertgeschätzt werden. Dieser Rückblick fördert das Reflektieren, das Erkennen positiver sowie nicht gelungener Erlebnisse im Alltag. Des Weiteren profitieren die Teilnehmenden voneinander, weil die Interaktion unterstützt wird. Freude aber auch Leid kann an dieser Stelle geteilt werden. Gleichzeitig gibt es Raum, um zusammen zu lachen aber auch zu weinen und Trost zu spenden oder zu empfangen.

5.3.3. Vorlesen

Das Vorlesen einer Geschichte ermöglicht Genuss, Trost, Stille und Konzentration. In der Rückmeldung berichten die Teilnehmenden, dass sie das Vorlesen einer Geschichte als kleines Geschenk erleben, Erinnerungen an die Kinderzeit werden geweckt. Die Texte und Geschichten können Rat geben, Zuflucht bieten, zum Innehalten einladen oder einfach nur Spaß machen. Bereits die alten Griechen nutzten das Vorlesen zu therapeutischen Zwecken. In Amerika wird es von Therapeuten bereits seit dem 19. Jh. in Form der so genannten Bibliothherapie auch für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt (10). Im Anschluss an das Vorlesen kann sich eine Diskussion über die eben gehörte Geschichte ergeben. Alternativ kann das Vorlesen auch von einem anderen Teilnehmenden, als dem Moderator, übernommen werden.

5.3.4. Gute Nacht – Karten

Die Gute Nacht – Karten sind 22 Karten. Jede Karte enthält einen positiven Begriff, der den Tag abrundet und auf die Nacht vorbereitet.

Sie helfen die Aktivitäten des Tages abzuschließen, sie rufen zum Innehalten auf, sie können Inhalt einer abendlichen Meditation sein. Manchmal können sie dazu beitragen „herunterzufahren“ und zur Ruhe zu kommen, ein anderes Mal sind sie einfach nur da, um den Tag mit einem guten Wort zu beenden.

Ein positives Wort am Abend kann gelegentlich „kleine Wunder“ bewirken und für einen Augenblick den Blickwinkel ändern, Licht ins Dunkle bringen, Trost spenden oder zu einer dankbaren Haltung führen. Nicht zuletzt beenden die Gute Nacht - Karten auch die Abendrunde [11].

5.4. Ausblick

Die bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung der Abendrunde auf der Station A2 zeigen, dass die Abendrunde als Angebot gut von den Patientinnen und Patienten angenommen wird. Eine erste Auswertung über die Anzahl der Teilnehmenden hat ergeben, dass durchschnittlich sechs bis sieben Personen teilgenommen haben. Mittlerweile übernehmen Teilnehmende mehr und mehr von sich aus Elemente der Abendrunde, wie z. B. die Vorbereitung des Raumes, den Ausschank des für die Runde vorbereiteten Tees, das Vorlesen der Geschichte, das Verteilen der Gute Nacht – Karten oder das Auspusten der Abendkerze. Auch für die Einhaltung des rituellen Ablaufs fühlen sich die teilnehmenden Patientinnen und Patienten zunehmend verantwortlich, indem sie die Moderatoren an den vorgesehenen Ablauf erinnern.

5.5. Schlussfolgerung

Wir sind überzeugt, dass die Abendrunde einen großen Beitrag zu einer Begegnung auf Augenhöhe von Betroffenen und Professionellen leistet und in einfacher Weise einen an den vorhandenen Ressourcen orientierten Behandlungsansatz unterstützt.

5.6. Literatur

1. *Rakel, Teresa und Lanzenberger, Auguste (2001). Pflgeherapeutische Gruppen in der Psychiatrie. Planen – durchführen – dokumentieren – bewerten. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.*
2. *Boden, Marie und Rolke, Doris (2008). Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen. Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe. Psychosoziale Arbeitshilfen 25. Bonn: Psychiatrie-Verlag.*
3. *Schernus, Renate (2010). Zur Ökonomisierung des Sozialen. Sozialpsychiatrische Informationen, 2, S.7-14.*
4. *Richter, Dirk; Schwarze, Thomas; Hahn, Sabine (2010). Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. Psychiatrische Pflege Heute, 16, S. 17-20.*
5. *Repper, Julie (2009). Recovery, Psychiatrie und Pflege. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 3, S. 1-11.*
6. *Knuf, Andreas und Bridler, Sabina (2008). Recovery konkret. Psychosoziale Umschau, 4, S.26-29.*
7. *Yalom, Irvin D. (2007). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.*
8. *Christ, Jakob und Hoffmann-Richter, Ulrike. (1997). Therapie in der Gemeinschaft. Gruppenarbeit, Gruppentherapie und gruppenpsychotherapie im psychiatrischen Alltag. Bonn: Psychiatrie-Verlag*
9. *Knuf, Andreas (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus – Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. Soziale Psychiatrie, 1, S.38-41.*
10. *Merten, Martine (2002). Nicht darauf vertrauen – nur hoffen. Deutsches Ärzteblatt, 12, S.558-559.*
11. *Boden, Marie (2010). Anleitung Gute Nacht – Karten [Unveröffentlichtes Skript]. Kontakt Marie Boden, E-Mail: Marie.Boden@evkb.de. Evangelisches Krankenhaus Bielefeld.*

6. Einführung eines interdisziplinären Suizidrisikoeinschätzungsinstrumentes auf drei Stationen im Bereich Erwachsenen Psychiatrie

Ursula Bregenzer, Ulrike Hasselmann, Angela Müller

6.1. Hintergrund

Die Themen Suizid und Suizidalität sind in der Psychiatrie allgegenwärtig:

- „In der Schweiz sterben jährlich fast dreimal mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle. Fünfzehnmal soviel wie durch Aids. Ein Grossteil darunter sind Jugendliche, junge Erwachsene und auch ältere Menschen. In der Schweiz wird im Vergleich zum Ausland noch wenig für die Verhütung von Suizid getan. Es fehlt an Wissen, Verständnis und Strukturen. Es besteht grosser Handlungsbedarf – viel Leid könnte gemildert werden.“ [1]
- „Der Prävention von Suiziden wird weltweit hohe Priorität eingeräumt. Suizide und Suizidversuche psychisch Kranker sind mit schwerem Leiden, Hoffnungslosigkeit, Isolation und Verzweiflung verbunden und stellen eine schwere Belastung für Angehörige und Betreuende dar.“ [2]
- „Jeder zweite Mensch wird im Leben suizidal, jeder zehnte macht einen Suizidversuch. Im stationären Setting ist die Suizidrate fünfzigfach erhöht, nach Austritt sogar zweihundertfach. Die Mortalität bei Depressionen liegt bei 15%, die bei Patient/innen mit Borderlinestörung bei 7%.“ [3]

Diese Zitate belegen die Relevanz des Themas einerseits und den Stellenwert in unserer Gesellschaft andererseits. Suizidrisikoeinschätzungen sind auch bei „Profis“ keine routinierten Alltagshandlungen.

6.2. Problemstellung

Wie in den meisten psychiatrischen Einrichtungen gibt es auch in der ipw, Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland, vollendete Suizide von Patientinnen und Patienten.

Entsprechend ist das interdisziplinäre Behandlungsteam immer mit der Situation konfrontiert, dass eingeschätzt werden muss, ob jemand *akut suizidal* ist und wie dem begegnet werden kann. Hierbei geht es um den Schutz und die Therapie des Patienten, doch auch darum, das Handeln als Mitarbeitende zu dokumentieren und rechtlich abzusichern [4].

Suizidrisikoeinschätzung ist ein Thema, welches immer mehrere Berufsgruppen tangiert. In der Praxis zeigt sich, dass die disziplinäre wie interdisziplinäre Einschätzung von unterschiedlichen Faktoren abhängt, wie Berufsgruppenzugehörigkeit, Fachwissen und Erfahrung. Dies führt oftmals zu Diskussionen, in welchen Unsicherheiten deutlich werden. Es fehlt an gemeinsamen interdisziplinären Fachwissen und einer gemeinsamen systematischen Einschätzung. Weitere Einflussfaktoren können das Stationsklima, die Normen und Werte einer Institution oder deren Sicherheitskonzept und -regeln sein.

6.3. Ziele

Ziel dieses Projektes ist die Gewährleistung und Dokumentation einer interdisziplinären systematischen Suizidrisikobeurteilung bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten zweier Akutaufnahmestationen und einer Depression- und Angststation.

Die Mitarbeitenden der Professionen Pflege, Medizin und Psychologie der beteiligten Stationen sind zu den Themen Suizidalität und Suizidrisikoeinschätzung sensibilisiert und geschult.

6.4. Vorgehen

Um diese Ziele zu erreichen wurde eine interdisziplinäre Projektgruppe gegründet, um im Umgang mit der Suizidrisikoeinschätzung vermehrt Sicherheit zu erlangen.

In der Konzepterarbeitung zur Suizidrisikoeinschätzung und –behandlung wurden Ergebnisse aus den laufenden Suizidforschungen ebenso berücksichtigt, wie praktische Erfahrungen von Mitarbeitenden. Da es jedoch nur möglich ist, das Risiko adäquat einzuschätzen, wenn Wissen über das Phänomen Suizidalität und dessen Hintergründe bestehen, werden der Vorstellung der Instrumente im Konzept eine Begriffsklärung sowie Ausführungen zum theoretischen Hintergrund vorangestellt.

Als Einschätzungsinstrument wurde das NGASR von Cutcliff und Barker [5] mit der Anleitung von Kozel [6] als Grundlage gewählt. Die Entscheidung zu Gunsten dieses Instruments wurde gefällt, weil sich die Mischung aus objektiver und subjektiver Einschätzung als praxisnah erwiesen hat. Weiter spricht die nachgewiesene Reliabilität [7] für das Instrument. Um u.a. die Aspekte der protektiven Faktoren [8] und Ressourcen eines Menschen bei der subjektiven Einschätzung zu berücksichtigen, wurden dem Instrument weitere Suizidrisikofaktoren ergänzend vorangestellt.

6.4.1. Projektschwerpunkte

- Konzepterarbeitung
- Evaluation des Suizidrisikoeinschätzungs-Instrumentes
- Obligatorische interdisziplinäre Schulung
- Klärungen in Bezug auf die Interrater-Reliabilität
- Umsetzung in der Praxis seit Herbst 2009
- Evaluation in Form einer mündlichen und/oder schriftlichen Befragung
- Obligatorische interdisziplinäre Nachschulung für neue Mitarbeitende
- Konsolidierung und Überprüfung weiterer Schritte

6.5. Ergebnisse / Erfahrungen

Die breit angelegten Schulungen haben sich bewährt, es konnten viele Fragen geklärt und der Notwendigkeit der verantwortungsbewussten Suizidrisikoeinschätzung das notwendige Gewicht verliehen werden.

Das Engagement der beteiligten Mitarbeitenden in der Pilotphase war sehr gross. Die Evaluationsergebnisse zeigen eine hohe Zustimmung bezüglich des Nutzens der systematischen Suizidrisikoeinschätzung. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Sensibilisierung und den gezielten interdisziplinären Austausch. Die rechtlichen Grundlagen der Dokumentationspflicht sind mit der systematischen Einschätzung ebenfalls erfüllt.

Die Praxis erlebt eine Qualitätsverbesserung bezüglich Einschätzung und Thematisierung der Suizidalität durch den Einsatz des Instrumentes und hat sich daher für die Fortführung über die Pilotphase hinweg ausgesprochen.

6.6. Diskussion

In Bezug auf die Einschätzung bei Austritt zeigt sich, dass hier Verbesserungspotenzial bezüglich dem Einbezug der Suizidrisikoeinschätzung für den Entlassungsentscheid besteht, nicht zuletzt wegen der juristischen Verantwortung und der nachgewiesenen deutlich erhöhten Suizidrate nach Austritt [3].

Die interdisziplinäre Einschätzung und somit das Gespräch sind relevant und Grundlage für die daraus resultierenden Entscheidungen. Weiter zeigt sich, dass nicht alle Einschätzungen der Suizidrisikofaktoren abschliessend geklärt werden können.

Die Installierung von Ansprechpersonen für die praktische Umsetzung der systematischen Suizidrisikoeinschätzung zeigt gute Ansätze, hier besteht jedoch Optimierungspotenzial in Bezug auf deren Auftrag und Rolle.

6.7. Schlussfolgerung

Insgesamt hat sich die Einführung eines interdisziplinären systematischen Instrumentes bewährt. Dies vor allem in Hinblick auf die Sensibilisierung für

das Thema Suizidalität und der damit verbundenen Verantwortung. Das Gespräch darüber ist sowohl mit als auch über die Patientin / den Patienten selbstverständlicher geworden und gleichzeitig weniger stigmatisiert.

Aufgrund der gemachten Erfahrungen zeigt sich, dass ergänzend zur Suizidrisikoeinschätzung die Schulung und Einführung eines Instrumentes für den Umgang und die Behandlung der Suizidalität notwendig ist. Um die Mitarbeitenden in diesem Thema noch stärker befähigen zu können, empfiehlt sich die Einführung des SSF II, Suicide Status Form II [9].

Die Erfahrungen im Rahmen des Projektes sollen in einem weiteren Schritt für die gesamte Institution nutzbar gemacht werden.

6.8. Literatur

1. <http://www.ipsilon.ch/> Stand 03.03.2009
2. *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, D. Sauter et al, Huber Verlag Bern, 2004 (S. 940)
3. <http://www.fssz.ch/> Stand 12.03.2010
4. G. Ebner, B. Lehle (2005) *Suizidalität – Erkennen, Vorgehensweisen, rechtliche Situation: Entscheidend ist eine suffiziente Betreuung*. *Psychiatrie*. 4: Seiten 9-13.
5. J.P. Cutcliffe, P. Barker (2004) *Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)*
6. Bernd Kozel (4.11.2009) *Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Direktion Pflege und Pädagogik DPP, Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, unveröffentlicht*
7. B. Kozel, M. Grieser, P. Rieder, E. Seifritz, Ch. Abderhalden (2007) *Nurses Global Assessment of Suicide Risk – Skala (NGASR): die Interrater-Reliabilität eines Instruments zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität*. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*. 1(1): Seiten 17-26 ISSN 1662-503X
8. Dr. phil. Marion Sonnenmoser (Februar 2008) *Gefühl der Wertschätzung vermitteln: Die Gründe für einen Suizid sind meist komplex. Dennoch gibt es Methoden und Empfehlungen, mit denen Psychotherapeuten das Suizidrisiko zumindest grob abschätzen können*. *Deutsches Ärzteblatt*. PP, Heft 2: Seite 79-81
9. <http://www.gef.be.ch/site/kozel-2.pdf> / Stand 25.07.2010

7. Projektplan: Umsetzung eines Recovery orientierten Konzeptes einer Psychiatrischen Station

Christian Burr, Christoph Abderhalden, Sonia Reist, Andréa Winter, Elena Seidel

7.1. Ausgangslage

Im angelsächsischen Sprachraum und in den nördlich gelegenen Ländern Europas bestehen viele Konzepte zum Thema Recovery / Empowerment und Betroffenenpartizipation (Peer-Involvement). Diese haben sich in der Praxis sehr bewährt und wurden auch wissenschaftlich evaluiert und bestätigt. Vielerorts ist es auch schon Standard und teilweise auch gesetzlich verankert, dass Betroffenenvertretende auf allen Ebenen der Versorgung integriert werden.

In Schweizer Kliniken spielen diese Konzepte eine marginale Rolle. Aus diesem Grund wurde ein Konzept für eine allgemeinspsychiatrische Aufnahme-station in den UPD Bern entwickelt, das diese Haltung und Konzepte unterstützt.

Betroffenen Einbezug [1] und Recovery [2] erfordert eine neue Haltung der Professionellen ihrer Arbeit und den Betroffenen gegenüber. Dies kann bedeuten sich von Bildern, Vorstellungen und Konstrukten zu lösen die unsere Behandlungskonzepte beeinflussen wie z.B. wir sind Wissende – Patienten sind Unwissende. Der damit verbundene Paradigma Wechsel erfordert viel Zeit. Der Zeitfaktor ist eine sehr gut zu beachtende und integrierende Variable in diesem Kontext und bei der Implementierung dieses Konzeptes [3].

7.2. Ziele und Interventionen

Es wird innerhalb von zwanzig Monaten sechs Ziele und Interventionen aufeinander folgend eingeführt. Auf dem Poster werden drei zum jetzigen Zeitpunkt in Umsetzung stehende oder schon umgesetzter Ziele und Interventionen des Konzeptes beschrieben.

7.2.1. Erstes Projektziel und dazugehörige Intervention

Ziel: Das Behandlungskonzept der Station Lüthi ist bestmöglich auf die Bedürfnisse und Erfahrungen von Betroffenen abgestützt.

Intervention: Überarbeitung und regelmässige Evaluation des Stationskonzeptes unter Einbezug, Mitgestaltung und Mitspracherecht von Betroffenenvertretungen.

7.2.2. Zweites Projektziel und dazugehörige Intervention

Ziel: Die Mitarbeiter entwickeln eine Haltung gegenüber Betroffenen die von Respekt, Glaube an eine Heilung / Verbesserung, Hoffnung, Ressourcenorientierung und dem Willen und der Bereitschaft sich auf eine Beziehung einzulassen geleitet ist.

Intervention: Sensibilisierung und Reflexion der eigenen Arbeit und Haltung an Hand der 20 Befähigungen aus dem Gezeiten Model von Barker [4]. Diese werden im 2-3 Wochen Rhythmus als Reflexions- und Sensibilisierungsziele definiert, visuell gut sichtbar aufgehängt und mit einer Einstiegs- und Evaluationsveranstaltung im Rahmen der Pflegefallbesprechungen der Station in die tägliche Arbeit integriert.

7.2.3. Drittes Projektziel und dazugehörige Intervention

Ziel: Die Betroffenen entwickeln eine Haltung der Hoffnung bezüglich ihrer Zukunft und erfahren dass es eine Heilung ihrer Erkrankung jenseits der medizinischen Definition gibt und dass sie selbst viel dafür tun können.

Intervention: Gesprächsgruppe zum Thema Recovery unter der Leitung einer Betroffenen-Vertretung. Es wird mit „gesundeten“ Betroffenen und der Recovery DVD von *Pro Mente Sana* [5] gearbeitet. Die Gruppe kann auch von Patienten besucht werden die schon ausgetreten sind.

7.3. Evaluation

7.3.1. Summativ

Eine externe Evaluationsgruppe (3 Betroffenenvertretungen, 3 Professionelle Pflegende) unter der Leitung von E. Seidel (Studentin MNSc Pflege, Basel) evaluiert die Station im Verlaufe des Projektes dreimal bezüglich ihrer Recoveryorientierung anhand des ROSE Fragebogens [6] und mit von Betroffenenvertretungen erarbeiteten und festgelegten Überprüfungskriterien bezüglich der Zielsetzung des Projektes.

Die Evaluation findet in Form von

- Einzelinterviews von Patienten und Professionellen der Station
- Fokusgruppeninterviews von Patienten der Station
- Teilnehmende Beobachtung im Alltag des Teams und Einsatz in Visiten, Rapporten und Sitzungen statt.

7.3.2. Formativ

Es besteht ein Projektstagebuch das von allen beteiligten geführt wird. Darin enthalten sind Eindrücke zum Projekt von Mitarbeitenden und Patienten, Protokolle der Reflexions- und Sensibilisierungsveranstaltungen im Team sowie Fotoprotokolle der Recovery Gruppe.

7.4. Aktueller Stand und Ausblick

7.4.1. Aktueller Stand (Juli 2010)

Das Projekt läuft nun seit November 2009.

Mittlerweile hat eine **ausführliche Evaluation** der Station an Hand des ROSE Fragebogens mit stationsfremden Fachleuten und Betroffenen stattgefunden. Die Auswertung ist noch ausstehend.

Bei den **Reflexions- und Sensibilisierungsveranstaltungen im Pflegeteam** sind wir mittlerweile bei der 7 Befähigung des Gezeitenmodells von P. Barker angelangt. Es finden engagierte Diskussionen statt. Das Thema Recovery ist dadurch tagtäglich präsent.

Die **Recoverygruppe** die wir Gruppe **Gesundheit und Wohlbefinden** nennen findet unter der Leitung einer Betroffenenvertreterin und mir zu sechs verschiedenen Themen im Wochen Turnus statt. Mittlerweile haben wir den dritten Durchgang abgeschlossen (18 Gruppensitzungen). Die Teilnehmerzahl der beteiligten Betroffenen steigt stetig an und hat sich mittlerweile zwischen fünf und sieben Personen eingependelt. Eine einfache Evaluation an Hand von Fragebögen beteiligter Betroffenen, wurde ausgewertet und kann positiv beurteilt werden.

7.4.2. Ausblick

In den nächsten Monaten werden wir mit den Reflexions- und Sensibilisierungsveranstaltungen sowie der Recovery Gruppe weiterfahren. Im November findet eine umfassende Zwischenevaluation mit dem ROSE Instrument statt. Dazu folgt in den nächsten Monaten die Einführung eines strukturierten Kurzaustrittsgesprächs zur Verbesserung der Unterstützung der Betroffenen während der Zeit und der Nahtstelle zwischen stationärem und ambulantem Setting. Weiter ist die Umgestaltung der bestehenden Pflegefallbesprechung dahingehend geplant, dass die Betroffenen aktiv einbezogen und sich an der Gestaltung des Pflegeprozesses beteiligen.

7.5. Literatur

1. Utschakowski, J., Sielaff, G., & Bock, T. (Hrsg.) (2009). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern.* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
2. Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit.* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag.
3. Orendi, B. (1998). *Organisationaler Wandel als Herausforderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Kurzfassung des Referates anlässlich des Kongress 2. SVLK/SVLKP 12./13. November 1998 in St. Gallen.*
4. Buchnan-Barker P., Barker P. (2007). *Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery: Die 10 Tidal Verpflichtungen. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, S. 12-22 . ISSN 1662-503X*
5. Granicher, D. (2007). *Recovery. Wie die Seele gesundet. Acht Frauen und Männer erzählen (DVD).* Zurich: Pro Mente Sana.
6. Bridler, R. & Lötscher, K. (2006). *AACP Rose – Recovery Oriented Services Evaluation. Fragebogen zur Evaluation der Recovery Orientierung von Psychiatrischen Institutionen. Unveröffentlichte deutsche Übersetzung erhalten bei: Pro Mente Sana, Schweiz. Original Artikel dazu: Sowers, W. Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. Community Mental Health Journal 2006; 41, 6: 757-774*

8. Professioneller Umgang mit suizidalen Patienten in der Pflege

Michael Eink

Der Umgang mit Patienten in suizidalen Krisen stellt fachlich und emotional besonders hohe Anforderungen an Pflegende. Wenn es um „Leben und Tod“ geht, erleben viele Kolleginnen und Kollegen hinter der Fassade des professionellen Habitus insgeheim großen Stress und massive Anspannung. Die Thematisierung von Suizidgedanken durch einen Patienten bewirkt zumeist einerseits verstärkte Zuwendung und Aufmerksamkeit, andererseits wird sie häufig massiv sanktioniert. Wer über seine Lebensmüdigkeit spricht, riskiert etwa in eine Klinik eingewiesen zu werden, was Betroffene dann als „Bestrafung“ ihrer Offenheit empfinden mögen. So wird ein beträchtlicher Teil der psychiatrischen Zwangseinweisungen nach dem PsychKG mit „akuter Selbstgefährdung“ begründet. Eine solche Erfahrung kann dazu führen, dass in der nächsten Krise Suizidgedanken verschwiegen werden. Umgekehrt lernen wir in der Klinik auch Patienten kennen, die uns augenzwinkernd berichten, erst mit dem Aussprechen des „Zauberwortes Suizid“ sei die gewünschte Aufnahme in der Klinik möglich geworden.

Die Gefahr allzu ängstlicher oder rigider Reaktionen auf die Äußerung von Suizidgedanken muss offen reflektiert werden in Zusammenhang mit unseren eigenen Gefühlen im Kontakt mit einem suizidalen Patienten: Kann ich den Verantwortungsdruck ertragen? Wie soll ich tiefe Verzweiflung unterscheiden vom „Agieren“ mit Erpressungscharakter? Habe ich eigentlich das Recht einen Patienten vom Suizid abzuhalten, zu dem er sich vielleicht nach reiflicher Überlegung entschieden hat? Würde nach einem Suizid mein professionelles Verhalten von Vorgesetzten hinterfragt? Schlimmer noch: Würde ich mit dem Gefühl leben können, dass ich den Suizid möglicherweise hätte verhindern können, wenn ich anders gehandelt hätte?

Ausweichen können wir dem belastenden Konfliktthema Suizid jedenfalls nicht, zu alltäglich ist die Konfrontation damit im Alltag der psychiatrischen Pflege. So sind etwa die Rate von Suizidversuchen im Krankheitsverlauf bei depressiven Patienten 20-60%, bei schizophrenen Patienten 30-50%. Die Mortalität durch Suizid liegt im Krankheitsverlauf bei Depressionen zwischen 12 und 18%, bei schizophrenen Psychosen 12 bis 15% [1].

8.1. Tabuisierung in der psychiatrischen Praxis

In der Praxis scheint sich dennoch ein Teil der gesellschaftlichen Tabuisierung im therapeutischen Alltag abzubilden. So sind im Kreis psychiatrisch Tätiger immer wieder folgende „Hunde-Weisheiten“ zu hören: „Bellende Hunde beißen nicht.“ Diesem Mythos zufolge setzen diejenigen, die über ihre Suizidgedanken sprechen, dies nie in Handeln um. Umgekehrt müsse man davon ausgehen, dass diejenigen, die sich töten, dies ohne Ankündigung (ohne zu „bellend“) tun. In Wahrheit kündigen die meisten Menschen ihren Suizid oder Suizidversuch im Vorfeld an, sodass wir gut daran tun, dies immer ernst zu nehmen.

Die zweite weit verbreitete „Hunde-Weisheit“ lautet: „Man soll keine schlafenden Hunde wecken“. Das soll heißen, man solle niemanden auf dumme Gedanken bringen. Im Zweifelsfall also einen Patienten besser nicht nach Suizidgedanken fragen, um nicht erst dadurch suizidale Handlungen zu provozieren. Auch diese Vorstellung ist absurd. Wer will ernsthaft behaupten, ein Mensch würde sich deshalb töten, weil er von jemand anderem darauf angesprochen wurde? In Wahrheit reagieren Menschen, die man nach Suizidgedanken fragt, entweder abwehrend (übrigens selten wütend) oder bestätigend. Im zweiten Fall spüren wir in der Regel eine Erleichterung beim Betreffenden darüber, über diese quälenden Gedanken endlich sprechen zu können. Das Drama kompetenter Pflege ist in solchen Situationen aber häufig, dass es bei der Einschätzung der aktuellen Gefährdung keine absolute Sicherheit gibt und wir die subjektiv unerträglichen Konflikte, unter denen der Patient leidet, nicht wirklich auflösen können [2].

Die professionelle Rolle der Pflegenden wird in der Praxis zunehmend dominiert von Elementen des aktiven Handelns (Patienten aktivieren, Entscheidungen oft für sie treffen müssen, im Notfall auch zwingen, etc.). Die andere Seite pflegerischer Professionalität, also das Fragende, Zurückhaltende und das Betonen der Selbstverantwortung des Patienten, kommt in der Praxis dagegen oft zu kurz. Menschen in suizidalen Krisen leiden meist unter dem Gefühl, ihren Problemen hilflos ausgeliefert zu sein und ihr eigenes Schicksal nicht wirksam beeinflussen zu können. Deshalb gilt es alles zu vermeiden, was diese Ohnmachtsgefühle verstärken könnte. Stattdessen ist die Frage hilfreich: „Welche Hilfe kann ich Ihnen anbieten, was können Sie selbst Ihren Suizidgedanken entgegensetzen?“ In jüngerer Zeit werden Versuche unternommen, den Patienten an der Einschätzung seiner Suizidalität zu beteiligen, aus meiner Sicht ein Wegweisendes Konzept im Sinne einer Empowerment-Orientierung [3].

Im Kontakt zu einem Patienten, der wiederholt in suizidale Krisen gerät, können wir seine Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten bewusst machen mit der Frage: „Wie haben Sie es in der letzten Krise geschafft zu überleben, obwohl es Ihnen damals auch so extrem schlecht ging?“ Mit einem offenen und gelassenen Umgangsstil vermeiden wir am ehesten die unseligen „Pro und Contra“-Vereinseitigungen, die uns manche Patienten aufdrängen. Je verbissener und aufgeregter sich bei diesen fatalen „Rollenspielen“ ein Kollege als „Anwalt des Lebens“ gebärdet, umso eher mag der Klient unbewusst seine Ambivalenz auflösen zugunsten der anderen, der suizidalen Seite.

8.2. Die Grenzen der Kontrolle

Sicherungsmaßnahmen, wie Klinikeinweisung, Verlegung auf eine geschlossene Station oder das Abnehmen gefährlicher Gegenstände müssen immer reflektiert werden, die Praxiserfahrung lehrt aber dabei, dass es unter keinen Umständen absolute Sicherheit gibt und das Drama um Suizidalität nicht in erster Linie technisch „beherrschbar“ ist. Je umfassender etwa die Überwachung und Kontrolle suizidaler Patienten auf einer geschlossenen

Station ist, desto eher wird ein Betroffener auf dem Weg zur Arbeitstherapie, bei der Wochenendbeurlaubung oder direkt nach der Klinikentlassung einen Weg zur Realisierung seiner suizidalen Impulse finden. Drei von vier Suiziden klinisch behandelter Patienten ereignen sich so außerhalb der Station, die Begrenztheit klinischen Sicherheitsdenkens hat Finzen mit dem populären Satz illustriert, dass das Gefährlichste an der Behandlung die Entlassung sei [4].

8.3. Gesprächsführung mit suizidalen Patienten

Die Einsicht, dass kompetente psychiatrische Pflege in erster Linie Beziehungsarbeit ist, gilt in der Arbeit mit suizidalen Patienten in besonderer Weise. Überraschend häufig reagieren Patienten dankbar und erleichtert, wenn sie im Kontakt mit uns die Erfahrung machen, dass sie ihre düsteren Gedanken aussprechen dürfen, ohne sofort mit moralischen Vorhaltungen oder plumpen Hinweisen auf das „schöne Leben“ abgewehrt zu werden.

Für den Ablauf eines Gespräches mit einem suizidalen Patienten gibt es keine einfache „Checkliste“, die ewig gleich abzuhaken wäre, zu unterschiedlich sind die Merkmale der inneren Not, die Persönlichkeit des Patienten und des Pflegenden, das Ausmaß an suizidaler Verzweiflung und viele andere Faktoren, die in der Situation von Bedeutung sind.

Grundsätzlich ist es wünschenswert mit offenen Fragen Interesse und Anteilnahme spürbar werden zu lassen und raschen Lösungsvorschlägen aus dem eigenen Helferimpuls zu widerstehen (was etwa bei aggressiver Selbstentwertung suizidaler Patienten nicht leicht fällt). Die Einschätzung der aktuellen Gefährdung wird aus dem Ausmaß der Zuspitzung der suizidalen Krise erfolgen. Ist dem Patienten nur „irgendwie alles zu viel“ und er würde am liebsten lange schlafen oder sind die Suizidfantasien schon sehr konkret ausgestaltet oder gar Vorbereitungen zur Durchführung getroffen? Neben Belastungsfaktoren im Erleben des Patienten sollten auch persönliche Ressourcen und Schutzfaktoren thematisiert werden. Was hat ihn bisher davon abgehalten sich zu töten? Welche Person im sozialen Umfeld ist noch wichtig, welcher Kontakt tut gut? Welche Bindungen geben noch Halt, welcher

Lebensbereich ist noch halbwegs intakt? Bei solchen Fragen ist zu erwarten, dass oft auch die seelische Störung thematisiert wird. Zumeist allerdings im Sinne einer „angemessenen“ Bilanzierung ihrer psychosozialen Auswirkungen, das heißt die suizidale Gefährdung wächst vielfach bei verbessertem „psychopathologischen Befund“. Manchmal entsteht Suizidalität direkt aus dem Krankheitserleben, häufiger aber umgekehrt, wenn die depressive Lähmung nachlässt oder der Schutz der „Realitätsflucht“ bei akut psychotischem Erleben verloren geht.

8.4. Pflgende zwischen Allmacht und Ohnmacht

Sogenannte Suizidpakte/ therapeutische Absprachen sind sinnvoll, wenn wir uns bewusst sind, dass wir Profis in der Mitverantwortung für den Patienten verbleiben und wir uns nie sicher sein können, dass der Patient eine Zusage einhält. Die implizite Botschaft, dass ich den suizidgefährdeten Patienten ernst nehme, ihm Vertrauen entgegenbringe und ihn für bündnisfähig halte, mag eine wichtige Bedeutung haben in einer Krise, deren subjektive Verfasstheit vielfach mit existenziellem Offenbarungseid, Selbstentwertung und Hilflosigkeit assoziiert ist. Ein Versprechen, sich nicht zu töten, kann allerdings nicht zeitlich unbegrenzt abverlangt werden, eher situativ kommuniziert, etwa „Wie können Sie die nächste Nacht überleben?“ oder „Können Sie mir versprechen, dass wir uns nach dem bevorstehenden Wochenende wiedersehen?“

Der Umgang mit suizidalen Patienten ist für jede(n) psychiatrisch Pflegend(e)n immer wieder eine besondere Herausforderung. Angesichts der Zunahme seelischer Störungen bei Pflegenden [5], sollten die psychischen Belastungen durch psychiatrische Arbeit breite Aufmerksamkeit erhalten. Selbst wenn wir nichts „falsch“ machen, können wir nicht jeden Suizid verhindern. Für das professionelle Selbstverständnis ist es wünschenswert, sowohl der Allmachts- als auch der Ohnmachtsfalle zu entgehen. Im ersten Fall herrscht ein Selbstverständnis vor, nach dem ein kompetenter Umgang mit suizidalen Patienten jede Selbsttötung verhindern müsse (wenn sie dann doch erfolgt, muss es die Schuld des Mitarbeiters sein). Im zweiten Fall lebt der Helfer mit dem Ohnmachtsgefühl, nach dem letztlich kein Mensch am Suizid gehindert werden kann, was das eigene Engagement überflüssig erscheinen lässt. Zwischen diesen weit verbreiteten Extremen bewegt sich ein professionell kompetenter Umgang mit suizidgefährdeten Patienten in der Pflege.

8.5. Literatur

1. *Wolfersdorf, M (2000)Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart: Enke*
2. *Eink, M, Haltenhof,H (2009)Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn: Psychiatrie Verlag,3.Auflage*
3. *Kosel, Michel, Abderhalden (2008) Strukturierte Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit dem Patienten..in Abderhalden,C u.a.(Hrsg) Psychiatrische Pflege,psychische Gesundheit und Recovery, Unterostendorf, S. 245-250*
4. *Finzen,A (1997)Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen.Bonn: Psychiatrie Verlag*
5. *Ließmann,J ,Zoike,E (2010) Zunahme gesundheitlicher Belastungen in Sozial- und Gesundheitsberufen? Sozialpsychiatrische Informationen,Heft 2, S.32-37*

**9. Ziele setzen mit den Patienten/Innen:
Ein Modell zur Verbesserung von Einbezug, Mitentscheid,
Eigenverantwortung, Therapiemanagement,
Themenzentrierung, Beziehungsfähigkeit, Zufriedenheit usw.**

Urs Ellenberger

9.1. Hintergrund

Mitte November 2009 implementierte ich Standardpflegepläne zu den häufigsten Pflegediagnosen auf unserer Station. Positive Ergebnisse zeigten sich in einer qualitativen Verbesserung und in quantitativ steigenden Zahlen von ausgefüllten Pflegeplänen verbunden mit einer grossen Zeitersparnis. In der Anwendung der Standardpflegepläne individualisierten wir die Einflussfaktoren und Symptome sowie die Ziele und Massnahmen an die spezifische Situation der Patienten. Im Bereich der Zielsetzung stellte ich einen Mangel im Team fest. Trotz differenzierter Gespräche mit den Patienten, bekunden viele Pflegende grosse Schwierigkeiten im Zielfindungsprozess. Es bereite ihnen Mühe geeignete, individuelle Ziele nach den formalen Vorgaben zu formulieren. Die Pflegeziele beschreiben den Zustand oder die Fähigkeiten, die ein Patient durch die getroffenen Massnahmen und seine eigenen Ressourcen erreichen soll [2]. Ziele braucht es zur Koordination, Steuerung, Motivation, Lösungssuche, Entscheidungsfindung und Erfolgskontrolle. [1]. Gerade in der Psychiatrie hat das gemeinsame Aushandeln und Festlegen klarer Ziele eine besonders grosse Bedeutung [3]. Luc Ciompi [1982] war ein starker Verfechter davon, dass eine explizite und konkrete Zielsetzung das oberste therapeutische Prinzip darstellen muss.

9.2. Problemstellung

Die Pflegefachleute bekunden Mühe geeignete, angepasste Pflegeziele zu formulieren.

Es mangelt den Pflegefachleuten an Wissen über geeignete Vorgehenshilfen im Pflegezielsetzungsprozess.

9.3. Fragestellung

Gibt es Vorgehenshilfen, welche den Pflegefachleuten im Prozess der Findung der Pflegeziele eine nutzvollere Unterstützung bieten?

9.4. Ziel

Auffindung, Adaption, Entwicklung und Anwendung von praktischen Vorgehenshilfen, welche den Pflegenden die Pflegeplanung, schwerpunktmässig die Pflegezielfindung erleichtern.

Aufzeigen von hilfreichen Instrumenten und Gefässen sowie praktisches Üben einzelner Instrumente.

9.5. Vorgehen

Theoriebearbeitung des Pflegeprozesses mit Vertiefung in der Zielfindung. Sammeln von Modellen, Richtlinien, Prozessen zur Zielfindung.

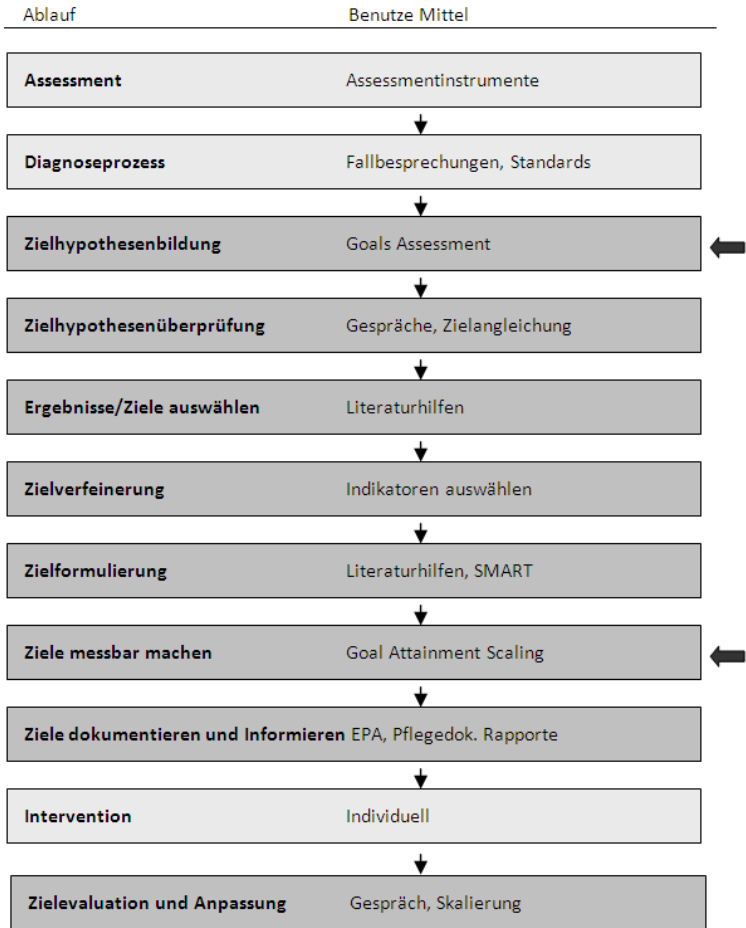
Entwicklung eines Zielsetzungsmodells mit geeigneten Hilfsmitteln.

9.6. Ergebnisse

In der Theoriebearbeitung entwickelte ich aus der bearbeiteten Theorie ein *Zielprozessmodell* mit empfohlenen Hilfsmitteln. Die Hauptelemente in diesem Modell sind; das *Goals Assessment* und die gemeinsame Skalierung der Ergebnisse mittels dem *Goal Attainment Scaling* (GAS).

Durch die Betonung aller Theorien auf die Einbindung der Patienten entstand eher durch Zufall ein super „Neben“-Produkt wo diese Hilfsmittel angewendet werden können. Nämlich die *Patientenintegrierte Pflegerische Fallbesprechung* (PIPF).

9.6.1. Zielsetzungsprozess integriert im Pflegeprozess (Ellenberger, 2010)



➡ **FORM:** Vom Diagnoseprozess bis und mit Zielformulierung werden die Elemente des Zielsetzungsprozess in der patientenintegrierten pflegerischen Fallbesprechung umgesetzt!

9.7. Schlussfolgerungen

9.7.1. Das Modell des Zielsetzungsprozesses

Das Modell zeigt den Ablauf und zu den einzelnen Schritten passende und geeignete Hilfsinstrumente auf. Es ist logisch und folgerichtig aufgebaut sowie klar verständlich und praktisch anwendbar.

9.7.2. Das Modell Goals Assessment (Ellenberger, 2010)

Das Goals Assessment ist ein Zielhierarchiemodell, welches gewährleistet dass situativ angepasste Ziele gesetzt werden. Die Anwendung bindet die Patienten aktiv mit ein und fördert ihre Eigenverantwortung wie ihren Mitentscheid. Ebenso verhindert die systematische Umsetzung, dass wichtige Zielbereiche vergessen gehen.

9.7.3. Das Goals Attainment Scaling

Die gemeinsame Zielskalierung mit dem Goal Attainment Scale fördert stark Mitentscheid, Mitarbeit und Selbstverantwortung des Patienten. Durch die gemeinsame Skalierung werden die Massnahmen schon bei der Bearbeitung der Skalierung aktiv eingeleitet.

9.7.4. Die Patientenintegrierte Pflegerische Fallbesprechung (PIPF)

Sie ist das Herzstück und ermöglicht eine sinnvolle Einbindung der Patienten, welche ihnen Mitsprache ermöglicht, die Selbstverantwortung fördert und Wertschätzung entgegenbringt. Im Rahmen der PIPF werden die Elemente des Zielsetzungsprozess mit den Hilfsmitteln angewendet.

Durch die Einbindung in diese Gefässe und Instrumente, werden die Patienten zu aktiven Beteiligten und erhalten dadurch Mitsprache und Handlungsspielraum wodurch ihre Zufriedenheit steigt. Ebenso werden die Kooperation und das Therapiemanagement der Patienten wie die Beziehung zu den Pflegepersonen verbessert.

9.8. Praktische Beispiele

Praxisbeispiele in der Anwendung der Patientenintegrierten Pflegerischen Fallbesprechung, dem Goals Assessment und dem Goal Attainment Scaling.

- Trotz Widerstand vom Pflgeteam sehr erfolgreiche Fallbesprechungen bei stark psychotischen Patienten/Innen
- Durch Einsatz von Goals Assessment andere Prioritäten von Zielen
- Durch Zielskalierung nach GAS schnelle Zustandsverbesserung
- Durch PIPF andere Massnahmen und Ziele aufgedeckt als wir geplant oder erwartet hätten

9.9. Praktisches Üben

- Nachahmung einer Fallbesprechung mit Einbezug der Workshopteilnehmenden
- Gruppenarbeiten mit den Themen Goals Assessment und Goal Attainment Scaling

9.10. Literatur

1. *Führer, A., Züger, R.M. (2007). Compendio Bildungsmedien, Projektmanagement. (2. Auflage). Zürich: Compendio Bildungsmedien*
2. *Hein, B. (2007). Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe. München: Elsevier GmbH, urban*
3. *Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2006). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. (2. Auflage). Bern: Huber*

10. Multiprofessionelle Einschätzung der Suizidalität an einer Station für Suizidprävention

Roland Essl-Maurer, Christine Traunbauer, Sabine Lettner, Reinhold Fartacek

10.1. Hintergrund

Suizidalität ist das zentrale Thema in der Patientenbetreuung am Sonderauftrag für Suizidprävention, einer offenen akut psychiatrischen Station mit Tagesklinik. Die Einschätzung der Suizidalität ist dementsprechend betreuungsrelevant.

10.2. Problemstellung

Die Einschätzung der Suizidalität ist bereits in der Aufnahmesituation von wesentlicher Bedeutung. Diese wird im weiteren Betreuungsverlauf ständig evaluiert. Erfahrungsgemäß hat jede, auf der Station tätige Berufsgruppe, eine auf den Patienten bezogene unterschiedliche, selektive Wahrnehmung. So kann es z.B. vorkommen, dass Patienten vom behandelnden Psychotherapeuten als akut suizidal eingeschätzt werden, dies jedoch nicht dem Bild des Pflorgeteams entspricht. Aber auch innerhalb der Pflege wird die Suizidalität von Patienten unterschiedlich wahrgenommen und eingeschätzt. Hinzu kommt, dass innerhalb des multiprofessionellen Teams eine gemeinsame Sprache und Definition von Suizidalität nicht selbstverständlich sind.

10.3. Ziel

Ziel ist die größtmögliche Betreuungs- und Handlungssicherheit eines multiprofessionellen Teams zu gewährleisten. Die Entwicklung und Anwendung einer gemeinsamen Sprache im Umgang mit Suizidalität sind dabei unerlässlich. Nur so können unterschiedliche Wahrnehmungen klar zusammengeführt und eine eindeutige Risikoeinschätzung getätigt werden.

10.4. Vorgehen

10.4.1. Einschätzung der Suizidalität durch die Pflege

Suizidalität wird bereits in der Kontaktaufnahme mit dem Patienten offen thematisiert und hinterfragt. In Anlehnung an übliche Schemata werden hier exemplarisch folgende Fragen zur Erhebung und Einschätzung der Suizidalität genannt: [1]

- Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?
- Haben Sie einen Plan, wie Sie sich töten wollen?
- Wann wollen Sie sich umbringen?
- Drängen sich die Suizidgedanken auf?
- Haben Sie mit anderen darüber gesprochen und wie haben die reagiert?
- Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben?
- Haben Sie jetzt weniger Freunde als früher, haben Sie Interessen aufgegeben?
- Haben Sie früher schon einen (Mehrere) Suizidversuch(e) gemacht?
 - Wie waren damals die Umstände?
 - Wie sind Sie aus der Situation wieder herausgekommen?

Die professionelle Beziehungsgestaltung zielt auf die Entwicklung einer Vertrauensbasis ab welche eine valide Einschätzung der Suizidalität überhaupt erst ermöglicht und ist eine wichtige Aufgabe der Pflegekräfte. Auf der Station wird folgende beziehungsfördernde Grundhaltung gelebt [2]:

- Ich nehme den anderen an wie er ist
- Ich fange dort an, wo der andere steht
- Ich orientiere mich nach den Bedürfnissen des anderen
- Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte
- Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz

- Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?)
- Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren
- Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe

Suizidalität findet, im organisatorischen Rahmen des Bezugspflegesystems, Eingang in den Pflegeprozess. Im Anamnesegegespräch werden die Suizidalität und mögliche Ursachen und Auslöser präzise hinterfragt um eine entsprechende Pflegediagnose und Pflegeplanung erstellen zu können.

Pflegediagnose: SPDIS 0004		
Thematische: ATL 1: Sicherheit / Abwendung von Gefahren		
Pflegediagnose	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen
P: Gefahr der Selbstgefährdung	<p>Krisenbewältigung, Patient setzt sich mit seiner momentanen Lebenssituation auseinander und findet Alternativen.</p> <p>Erkennt den Zusammenhang zwischen Suizidalität und Lebenssituation.</p> <p>Patient ist in der Lage, Gefühle, Gedanken, Erlebnisse mitzuteilen im Sinne einer emotionalen Entlastung.</p> <p>Patient fühlt sich vor suizidalen Impulsen sicher, sucht Hilfe, wenn diese auftreten.</p>	<p>Haltung vor Handlung – Würdigung der Situation, Anteilnahme und Verständnis zeigen vermittelt das Gefühl „ich werde wahrgenommen“ Übernahme der Funktion der „stellvertretenden Hoffnung“</p> <p>Beziehungsaufbau - zuhören, ermutigen und helfen, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, einführendes Erfassen der individuellen Befindlichkeit und Lebenssituation.</p> <p>Nach zeitlicher Vereinbarung täglich ein Gespräch anbieten zur aktuellen Lebenssituation, Ressourcen einbeziehen.</p> <p>Tägliche Klärung der Suizidalität durch direktes Nachfragen.</p> <p>Für eine gesicherte Medikamenteneinnahme sorgen</p> <p>Bei Stimmungsverlechterung und Beziehungsvermeidung von Seiten des Patienten engmaschige Kontakte von Seiten der Pflege</p>
<p>Aufgrund von:</p> <p>individuell auszufüllen</p> <p>R:</p> <p>individuell auszufüllen</p>		

Abb. 1 Stationsinterne Pflegeplanung nach der Diagnose „Gefahr der Selbstgefährdung“ (Salk Pflegediagnosen, 2010)

10.4.2. Einschätzung der Suizidalität durch Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten

Suizidalität wird auch von allen anderen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams in ihren Kontakten und Gesprächen eingeschätzt und dokumentiert

10.4.3. Einschätzung der Suizidalität durch den Patienten selbst

Idealerweise am Aufnahmetag, absolviert der Patient am Computer eine umfangreiche Testreihe. Zweck ist das Erfassen von Risikofaktoren und Schutzfaktoren in Form einer Selbsteinschätzung. Sie dient als Ergänzung der Diagnostik die in den Behandlungsgesprächen erfolgt. Derzeit werden dabei unter anderem folgende Verfahren angewendet:

- Beck Depressionsinventar (BDI)
- Beck Hoffnungslosigkeitsskala (BHS)
- Beck Scale for Suicide Ideation (BSI)
- Barrett Impulsiveness Scale (BIS) Multiprofessionelle Einschätzung der Suizidalität

Fixe zeitliche und örtliche Strukturen bieten dem multiprofessionellen Team auf der Station die Möglichkeit und Notwendigkeit aktuelle Informationen über Patienten weiterzugeben. Werktäglich findet eine einstündige strukturierte Besprechung im Konferenzraum der Station statt. Daran nehmen alle diensthabenden Mitglieder des multiprofessionellen Teams, bestehend aus Ärzten, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Psychologen, Psychotherapeuten, Pflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen und Psychotherapiepraktikanten teil. Geleitet wird die Besprechung von einem Moderator aus dem multiprofessionellen Team. Einmal wöchentlich sind die Ergotherapeutin und die Bewegungstherapeutin in der Besprechung vertreten. Um die Strukturierung der Besprechung zu erleichtern, wurde eine Magnettafel, versehen mit den Patientennamen eingeführt. An dieser Tafel sind noch andere Informationen über den Patienten wie das Aufnahmedatum, die Arbeitsdiagnose, die Ergebnisse der compu-

terunterstützten Selbsteinschätzung des Patienten, die Durchführung des Erstgespräches und der Pflegeplanung, sowie das vorläufige, mit dem Patienten besprochene Entlassungsdatum vermerkt. Zentrales Thema ist natürlich die Suizidalität des Patienten und die Einschätzung dieser, welche mitunter von jedem Mitglied des multiprofessionellen Teams unterschiedlich wahrgenommen werden kann. Auf Basis dieses entstehenden Gesamtbildes kann eine Risikoeinschätzung gemacht und ein individuelles Betreuungskonzept erstellt werden. Um die Kommunikation zu vereinfachen wird die Suizidalität in Anlehnung der Terminologie von Wolfersdorf [3] von allen Berufsgruppen eingeschätzt und für sich dokumentiert:

Eigenverantwortung (Fremdverantwortung nimmt zu)	
Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben (mit dem Risiko von Versterben) Todeswunsch (jetzt oder in einer Unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen)	↓ Eher passive Suizidalität
Suizidgedanke - Erwägung als Möglichkeit - Impuls (spontan sich aufdrängend, zwanghaft)	↓ Zunehmender Handlungsdruck, Zunahme des Handlungsrisikos
Suizidabsicht - mit bzw. ohne Plan - mit bzw. ohne Ankündigung	↓
Suizidhandlung - vorbereiteter Suizidversuch, begonnen und abgebrochen (Selbst- und Fremdeinfluss (Selbst- und Fremdeinfluss - durchgeführt (selbst gemeldet, gefunden) - gezielt geplant, impulshaft ..durchgeführt	↓ Eher aktive Suizidalität
Fremdverantwortung	

Abb. 2 Beschreibung von Suizidalität. Kontinuitätsannahme mit Handlungskonsequenzen: zunehmende „sichernde Fürsorge“

10.5. Ergebnisse / Erfahrungen Schlussfolgerungen

Unsere Erfahrungen mit der Einschätzung von Suizidalität und dem begrifflichen Umgang im Sinne einer gemeinsamen Sprache zeigen, dass ein Team, welches sich als Einheit und mit dem gleichen Informationsstand präsentiert, dem Patienten gegenüber Betreuungssicherheit vermittelt und insgesamt als positiv empfunden wird. Gleichzeitig wird damit auch ein professioneller Umgang mit dem Phänomen der Spaltung ermöglicht, gerade bei Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen die einen nicht unwesentlichen Anteil unserer Patienten darstellen. Die Einschätzung der Suizidalität ist für Patienten mit psychischen Problemen unabhängig einer psychiatrischen Diagnose nach ICD 10 und DSM IV anwendbar, solange auf der Station die gleiche „Sprache“ gesprochen wird und der Informationsfluss gewährleistet ist. Die Einschätzung der Suizidalität ist und bleibt eine Herausforderung. Die hier dargestellte Vorgehensweise sichert unseres Erachtens ein möglichst hohes Qualitätsniveau.

10.6. Literatur

1. *Giernalczyk, T. (2003). Suizidgefahr. Verständnis und Hilfe. Thübingen: dgvt-Verlag*
2. *Sonneck, G. (2000). Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas*
3. *Wofersdorf, M. (2008). Suizidalität. Nervenarzt, 79, 1319-1336*

11. Ambulantes Psychiatrisches Pflegeangebot: Beispiel Schweiz

Udo Finklenburg

11.1. Einleitung

Das ambulant psychiatrische pflegerische Angebot in der Schweiz hat sich in den letzten Jahren in verschiedenen Richtungen sehr entwickelt. Ausschlaggebend waren Spardruck und immer kürzere Aufenthaltszeiten in den Kliniken einerseits und massgebliche Bundesgerichtsentscheide und Gesetzesänderungen andererseits, welche den Boden bereiteten.

Heute besteht ein breites Angebot von staatlichen bis privaten Anbietern, welche den Bedarf aber kaum decken können.

Die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege ist ein immer wichtiger werdender Teil des Angebots und zumindest im deutschsprachigen Landesteil flächendeckend vertreten.

11.2. Gesetzliche Grundlagen

Primär wird die ambulante Pflege über die Krankenpflege Leistungsverordnung Artikel 7 - 9 geregelt [1]. Darin enthalten sind die Bedingungen, unter welchen die Kassen leistungspflichtig sind, welche Kontrollmöglichkeiten es gibt und welche Leistungen kassenberechtigt sind.

Dabei ist zu beachten, dass es einen Unterschied macht, ob man/frau die verordnete Pflege ausführt (können alle pflegerischen Berufsgruppen mit schweizerisch anerkanntem Diplom auf Niveau DNII) oder ob im Rahmen der Verordnung der psychiatrisch – pflegerische Bedarf erhoben wird. Letzteres ist nur Pflegefachpersonen in allen Institutionen erlaubt, welche über mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in psychiatrische Pflege verfügen [1].

Darüber hinaus gibt es je nach Kanton unterschiedliche Bedingungen (z.B. eine „Berufsausübungsbewilligung“), um ambulant resp. Freiberuflich arbeiten zu können.

Weitere Rahmenbedingungen werden durch die Invalidenversicherung (IV), die damit verbundenen Ergänzungsleistungen (EL) und die Hilflosenentschädigung (Höhe abhängig vom Grad der Abhängigkeit) bestimmt. Dies aber nur in Ausnahmesituationen

11.3. Diverse Anbieter

Innerhalb der Ambulanten Psychiatrischen Pflege gibt es unterschiedliche Anbieter, angefangen bei den Kliniken, die aufsuchende Krisendienste anbieten, über die Ambulatorien, welche eigene Pflgeteams beschäftigen, die die Klienten daheim aufsuchen, über die Spitexorganisationen, welche als halbstaatliche Organisation verpflichtet sind, landesweit Psychiatriepflege anzubieten bis hin zu den Freiberuflichen Psychiatriefachleuten, welche als Einzelunternehmer das Angebot gewährleisten.

Die Arbeit der Freiberufler wird im „Vertrag der Santé Suisse [2](Verband der Krankenversicherer) und dem Schweizerischen Berufsverband Krankenpflege“(SBK) [3] geregelt.

11.4. Tarifvertrag

- Jeder Auftrag benötigt eine ärztliche Verordnung (muss kein Psychiater sein, HA genügt)
- Bei kleineren Aufträgen sind die Kassen berechtigt, bei grösseren verpflichtet, eine genauere Bedarfserhebung einzuholen. (innert 10 Tagen ab Verordnung)
- Freiberufler rechnen direkt mit den Kassen ab.
- Es muss eine Dokumentation geführt werden.
- Freiberufler müssen sich einem vom SBK organisierten Qualitätsprogramm anschliessen. (Selbst – und Fremdevaluation, Qualitätstag, Bildungsverpflichtung durch Punktesystem)
- Im Tarifvertrag sind die Tarife festgelegt. (auf 1.1.11 wird eine Erhöhung der Tarife erwartet, noch unklar ist der Kostenverteiler zwischen Kassen, Kantonen und Klient).

11.4.1. Es gibt 3 Tarifstufen

- **Beratung / Abklärung**

Beratung würde in diesem Kontext heissen, den Klienten in seiner eigenen Entscheidungsfindung zu unterstützen, ihn an die eigenen Ressourcen erinnern.

Abklärung wäre die Erhebung des Pflegebedarfs, aber auch Netzgespräche. CHF 13.- / 10 min. € 9.65

- **Behandlungspflege**

Richten und Abgabe der Medikation, Depotinjektionen, Expositionsübungen, etc. CHF 12.- / 10min € 8.90

- **Grundpflege**

Anleiten und Unterstützen in Hygiene, Haushalt, Einkauf etc.

Wird häufig an Spitexdienste delegiert. CHF 11.- / 10 min € 8.15

- Der Aufwand kann variieren zwischen ½ Std. und über 60 Std. im Monat. Der Durchschnitt dürfte bei einer Stunde wöchentlich liegen. Möglich ist alles, wenn es fachlich begründbar und wirtschaftlich ist.
- Der einzelne Auftrag kann zwischen 1 Monat und 10 Jahre währen. Darüber wird eine Kontroverse geführt, in wie weit längere Betreuungszeiten sinnvoll sind, Stichwort: Hospitalismus in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP).

11.5. Anspruch & Wirklichkeit

APP ist für die meisten Menschen, aber auch für viele Fachpersonen, noch völlig unbekannt und vielfach herrscht eine vage Vorstellung von den Möglichkeiten der APP. Die meisten Klienten empfinden uns im ersten Moment als Vertreter einer staatlichen Institution und begegnen uns mit Misstrauen.

Viele Angehörige sind der Meinung, dass jetzt alles besser wird, da ja jemand ihre Vorstellungen beim Klient umsetzt.

Viele Sozialarbeiter sind überzeugt, wir seien dazu da, mit dem Patienten die Wohnung und die Finanzen in Ordnung zu halten, quasi als rechte Hand des Sozialdienstes. Ärzte und Psychiater sind sich unsicher, ob sie uns als Konkurrenz oder als Segen betrachten sollen.

Letztlich stimmt alles und doch nicht. Trotz ärztlicher Verordnung ist der Klient der Auftraggeber. Der Freiberufler arbeitet immer in seinem Sinne. Der Austausch mit Angehörigen ist wichtig, auch das wahr- und ernstnehmen ihrer Sorge und Nöte, aber zugleich muss klar werden, dass die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Klienten das oberste Ziel ist.

Für die Sozialdienste ist es manchmal schwierig, dass wir den Klienten in seinen Wünschen und Bedürfnissen unterstützen, ihn auch häufig über seine Rechte aufklären und diese für ihn auch schon mal durchsetzen.

Nicht selten kommt es in der Schweiz vor, dass ein Klient nur unter amtlichen Auflagen (Kanton Bern: „Regierungsstatthalterische Verfügung“) aus einer Klinik entlassen werden kann. In diesem Fall werden Freiberufler immer öfter in eine solche Verfügung integriert und stehen in direktem Kontakt mit dem Regierungsstatthalter. Der Klient kann den Auftrag nicht kündigen.

11.6. Vernetzung

- So wie sich der einzelne Freiberufler vor Ort mit den unterschiedlichen Anbietern im Sozialbereich vernetzt, ist es sinnvoll, dies regional als auch überregional unter Berufskollegen zu tun. Dazu bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten:
- Mitgliedschaft im Schweizerischen Berufsverband Krankenpflege (SBK)
Der SBK hat 26'000 Mitglieder und ist die Vertretung der Pflege in der Schweiz. Lohnverhandlungen, Rechtsbeistand, Weiterbildung und vieles mehr wird vom SBK geboten und gewährleistet.
- Ebenso in der DIGFP [4](Deutschsprachige Interessengruppe Freiberufliche Pflege; Unterorganisation des SBK) Die DIGFP versucht alle Freiberufler aller Disziplinen zu vereinen, ihnen eine Stimme innerhalb des SBK zu geben und sie über Ihre Website erreichbar zu machen.
- Mitgliedschaft im Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP)
Der VAPP [5] ist ein Verein, welcher bewusst ausserhalb des SBK versucht, die freiberuflichen Psychiatriepflegfachpersonen zu vereinen. Die APP soll bekannter werden, ihre Interessen sollen vertreten werden, der Verein beteiligt sich an Forschungsprojekten und bietet zunehmend eigene, kostengünstige Weiterbildungen an. Den Vereinsmitgliedern wird eine Plattform geboten, auf denen sie ihren Dienst anbieten können und auch die Möglichkeit zum Austausch ist gegeben. Der VAPP arbeitet eng mit dem Psychosozialen Dienst Tirol [6] und der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) [7] in Deutschland zusammen. Jährlich findet die „Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege“ [8] in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen statt.
- Teilnahme an diversen Regionalgruppen
Diverse Regionalgruppen bieten die Möglichkeit zur Intervision, zum allgemeinen Austausch, Absprache von Ferien – und Krankheitsablösung und zur Vermittlung von Berufspolitischen Informationen. Nicht alle Regionalgruppen sind mit dem VAPP vernetzt.

11.7. Zusammenfassung

Alles in allem findet die freiberufliche Psychiatriepflege in der Schweiz ein förderliches, positives Umfeld vor. Durch die klare gesetzliche Einbindung ist der Willkür seitens der Krankenkassen ein Riegel vorgeschoben worden, durch das stete Bemühen um Öffentlichkeit ist der Bekanntheitsgrad laufend gestiegen und die Akzeptanz unter den Zuweisern hat sich gefestigt. Ebenso wird die Freiberuflichkeit von den Krankenkassen zunehmend als ernstzunehmender Partner wahrgenommen. Ein Berufsfeld mit Zukunft!

11.8. Literatur

1. *KLV 6 - 8: http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_112_31/a7.html*
2. *Santé Suisse: www.santesuisse.ch*
3. *Tarifvertrag: www.sbk.ch – „Freiberufliche“*
4. *DIGFP: www.freiberuflichpflege.ch*
5. *VAPP: www.vapp.ch*
6. *PSP Tirol: www.psptirol.org*
7. *BAPP: www.bapp.info*
8. *Fachtagung AP: www.fachtagung-app.ch*

12. Zur Situation von Familien depressiv erkrankter Menschen

Sonja Freyer, Susanne Schoppmann, Wilfried Schnepf

12.1. Hintergrund und Problemstellung

Depressionen stellen ein ernsthaftes, weit verbreitetes und kostenintensives Erkrankungsbild dar [1], das nicht nur die PatientInnen sondern auch deren Familien betrifft [2]. Allerdings beschäftigen sich nur sehr wenige Untersuchungen mit der Frage nach der subjektiven Bedeutung des Auftretens einer depressiven Erkrankung für eine Familie [3, 4]. Die Rekonstruktion des subjektiv gemeinten Sinns ist aber essentiell, wenn es darum geht die Alltagswirklichkeit der Betroffenen zu verstehen. Dies wiederum ist die Voraussetzung für die Entwicklung evidenzbasierter Interventionen.

12.2. Zielsetzung und Fragestellungen

Im Rahmen eines Projektes zur Entwicklung einer unterstützenden, pflegerischen Intervention für die Angehörigen depressiv erkrankter Menschen, werden sowohl professionell psychiatrisch Tätige (insbesondere Pflegenden) als auch Familien depressiv erkrankter Menschen befragt. Bezogen auf die Familien werden folgende Fragestellungen verfolgt:

Welche Erfahrungen machen Familien im Zusammenleben mit einem depressiv erkrankter Menschen?

Was bedeuten diese Erfahrungen für die Gestaltung des Alltags dieser Familien?

Welchen Unterstützungsbedarf beschreiben die Familien?

12.3. Methode und Material

Die Grounded Theory Methodologie wurde als Forschungsdesign gewählt. Ihr Interesse fokussiert auf soziale Probleme, insbesondere auf die zugrunde

liegenden psychosozialen Prozesse mit denen von dem Problem betroffene Menschen die Situation handhaben.

In der vorliegenden Untersuchung werden u.a. offene Interviews mit Angehörigen depressiv erkrankter Menschen geführt, die nach den Kriterien des theoretical sampling ausgewählt werden. Der Feldzugang erfolgt über die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Gemeinschaftskrankenhauses Witten/Herdecke. Die Interviews werden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und entsprechend der Grounded Theory Methodologie verschiedenen Kodierverfahren sowie einer konstanten komparativen Analyse unterzogen.

12.4. Ergebnisse

Die Datenerhebung hat begonnen und bis Ende Oktober werden erste Ergebnisse aus den Interviews sowie sich abzeichnende Kategorien vorliegen.

12.5. Diskussion

Diese Ergebnisse werden vor dem Hintergrund einer integrativen Literaturstudie zur Situation von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen diskutiert und entsprechende Schlussfolgerungen gezogen werden.

12.6. Literatur

1. Spiessl, H., Hubner-Liebermann, B., & Hajak, G. (2006). Volkskrankheit Depression. *Epidemiologie, Versorgungssituation, Diagnostik, Therapie und Prävention. Dtsch Med Wochenschr*, 131(1-2), 35-40.
2. Jungbauer, J., Bischof, J., & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. Psychiatr Prax*, 28(3), 105-114.
3. Bischof, J., Wittmund, B., & Angermeyer, M. C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*, 47(1), 11-15.
4. Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 309-316.
5. Glaser, B.G. & Strauss, A.I. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter, Hawthorne, New York.

13. Pflegediagnosen (nach POP®[1]) und ihre Nutzbarkeit in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

Cornelia Gianni, Aurelia Nurse, Andrea Jordan

13.1. Erläuterungen zur Studie

Am Isar Amper Klinikum, Klinikum München Ost wurde 1996 mit der Einführung des Pflegeprozesses eine Grundlage geschaffen um Pflegediagnosen einzuführen. Im Zuge der Umstellung auf ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem, wurde von der Pflegedirektion des Klinikums die Entscheidung getroffen, Pflegediagnosen (anfangs orientiert an NANDA, ab 2009 nach POP®) in den Pflegeprozess zu integrieren. Nach einer Zeit der Einführung und praktischen Umsetzung innerhalb eines Projekts (Das Projekt erreichte den ersten Platz bei der Vergabe des bayerischen Pflegepreises für Psychiatrie 2009 des VdP, sowie den dritten Platz auf Bundesebene 2010 der BFLK) wurde in einer Studie die Nutzbarkeit von Pflegediagnosen in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege nach Meinung Pflegender erforscht. In dieser Studie wurde der Versuch gemacht, einen erkennbaren Nutzen der Pflegediagnosen in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege aus Sicht der Pflege zu belegen. Kritiker der Pflegediagnosen geben zu bedenken, dass die individuelle Pflege unter der Anwendung von Pflegediagnosen eingeschränkt sein könnte [2]. Gordon et al [3] erwähnen, dass Pflegefachkräfte der Meinung sind, die Praxis wäre durch eine pflegediagnostische Terminologie erheblich erleichtert. Die Frage die sich nun stellt ist, ob diese Annahme von den Fachkräften in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege bestätigt wird. In der Analyse des Datenmaterials haben sich folgende Bereiche ergeben:

- „ein erkennbarer Nutzen ist fest zu stellen“
- „durch Nutzung der Pflegediagnosen hat sich keine Veränderung ergeben
- „die Nutzung der Pflegediagnosen wird nicht als hilfreich angesehen“.

Um den Einfluss der Pflegediagnosen auf die individuelle Pflege aus Sicht der psychiatrischen Pflege zu klären wurden 30 Teilnehmern aus den verschiedenen Fachbereichen des Klinikum München Ost jeweils die gleichen sechs Fragen gestellt.

Zur Befragung erschien das Interview ein geeignetes Instrument zu sein. Die Fragen, die gestellt wurden, wurden vor Durchführung der Studie dem Betriebsrat zur Genehmigung vorgelegt. Es wurde versucht, für alle Teilnehmer möglichst gleiche Bedingungen während des Interviews zu schaffen. Als Hilfsmittel wurde ein Aufnahmegerät genutzt.

13.2. Ergebnis

Ergebnis der Auswertungen der Interviews ist, dass ein erkennbarer Nutzen der Pflegediagnosen deutlich festgestellt wird. Aus den Aussagen der Teilnehmer ergab sich, dass die gezielte Betreuung im Pflegeprozess, sowie der fortgesetzte Austausch zwischen Theorie und Praxis förderlich und notwendig sind. Es wurde sichtbar, dass ein großer Teil der Probanden insgesamt einen erkennbaren Nutzen in der Arbeit mit Pflegediagnosen sieht, dabei haben die negativen Aussagen im jeweiligen Kontext gesehen wenig Gewicht. Pflegediagnosen unterstützen und fördern nach Meinung psychiatrisch Pflegenden die individuelle Pflege des Patienten.

13.3. Literatur

1. Stefan H., Allmer F., Eberl J., et al (2009) POP® PraxisOrientiertePflegediagnostik. Springer Verlag: Wien New York
2. Zapp J., Klaas H., (2006) Pflegediagnosen „neues Kind“ in der Pflege- und Erziehungsplanung. Bundesfachtagung Herborn
3. Gordon M., Bartholomyczik S., (2002) Pflegediagnosen. Urban & Fischer Verlag: München Jena

14. Ethische Fallbesprechung als Instrument in Psychiatrischen Kliniken – Erfahrungen aus der Klinik

Birgit Hahn, Michael Schulz, Ute Hansen, Ralf Stöcker, Klaus Kobert

14.1. Hintergrund

In Krankenhäusern hat das Bewusstsein für ethische Fragestellungen v.a. im Hinblick auf komplexe Situationen am Ende des Lebens in den letzten Jahren zugenommen. Hinweise dafür sind z.B. eine steigende Akzeptanz von Patientenverfügungen aber auch die Einbindung klinischer Ethik in die Krankenhausorganisation. Vor allem die beiden christlichen Krankenhausverbände haben 1997 eine Empfehlung zur Implementierung klinischer Ethikarbeit herausgegeben, was dazu geführt hat, dass in kirchlichen Häusern zunehmend Ethikarbeit eingeführt wurde. Im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) gilt es neben einem entsprechend ausgebildeten hauptamtlichen klinischen Ethiker ein Klinisches Ethikkomitee, welches übergeordnete ethische Fragestellungen bearbeitet (z.B. die Entwicklung von Leitlinien vorantreibt). Daneben gibt es einen Ethikberatungsdienst, mit dessen Hilfe im Rahmen von Konsilen ethische Fragestellungen „am Krankenbett“ bearbeitet werden können. Im Rahmen solcher Konsile wird strukturiert und partizipativ nach der besten Lösung in ethischen komplexen Fragestellungen gesucht. Da es sich um ethische Problemlagen handelt, gibt es kein richtig oder falsch und von daher liegt die Expertise des Beratungsdienst nicht darin, eine Entscheidung zu fällen. Der Ethikberatungsdienst moderiert vielmehr den Prozess und führt eher durch die Bearbeitung der richtigen Fragen und Berücksichtigung aller vorhandenen Ansichten durch den Prozess [1]. Ethikberatung in dieser Form schafft also einen Raum, in dem die Beteiligten gemeinsam eine angemessene Entscheidung finden können.

An einer solchen Sitzung nehmen unterschiedliche Berufsgruppen wie ÄrztInnen, gesetzliche BetreuerInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, begleitende Dienste sowie SeelsorgerInnen teil. Häufig sind PatientInnen und/oder Angehörige einbezogen. Die Entscheidung über die weitere Behandlung bleibt dabei letztlich bei den juristisch verantwortlichen Personen, dem behandelnden Arzt und dem Patienten bzw. seinem rechtlichen Stellvertreter.

Ein Ethikonsil erfordert einen hohen personellen Aufwand. Zu einer Gesprächsdauer von durchschnittlich einer Stunde und einer Beteiligung von etwa acht Personen kommen die Zeiten für Dokumentation (Anfertigung eines vier- bis fünfseitigen Protokolls) und Evaluation hinzu.

Die Durchführung von Ethik-Fallgesprächen in der Psychiatrie stellt sowohl in diesem Fach als auch in der Ethikberatung in Europa eine Besonderheit dar.

Die Auswertung der etwa 100 im EvKB durchgeführten Ethikonsile der vergangenen vier Jahre ergab, dass in der Psychiatrie etwa 10% der Besprechungen durchgeführt wurden. Deutlich wurde dabei, dass in der Gerontopsychiatrie der Grund für eine Anfrage, ähnlich der somatischen Medizin, in der Mehrzahl der Fälle die Frage nach dem Therapieziel war. Im Bereich Sucht und allgemeine Psychiatrie hingegen war der grundlegende Wertekonflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten einerseits und der Fürsorgepflicht der Behandelnden zur Schadensvermeidung andererseits auszumachen.

14.2. Der Ethische Grundkonflikt in der Psychiatrie

Ethische Problemlagen in der Psychiatrie unterscheiden sich demnach von ethischen Problemlagen in der Somatik dahingehend, dass weniger die Fragen am Lebensende oder in intensivmedizinischem Kontext im Vordergrund stehen. Zum Wesen der Psychiatrie gehört das Spannungsfeld zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Autonomie) und der Fremdbestimmung durch die Klinik, abgeleitet aus der Behandlungsverantwortung [2]. Steinert [3, 4] spricht hier von dem ethischen Grundkonflikt in der Psychiatrie.

rie. Im stationären Alltag müssen also häufig zwischen einer eher fürsorglichen gegenüber einer die Eigenverantwortlichkeit respektierenden Grundhaltung abgewogen werden. Anhand eines Fallbeispiels soll eine Problemsituation sowie ein beispielhafter Ablauf einer Ethikberatung stellvertretend für zahllose andere Situationen im psychiatrischen Kontext dargestellt werden.

14.3. Beispielhafter Ablauf eines klinischen Ethikkonsils

Fallbeispiel

Eine Patientin ist seit vielen Jahren abhängig von illegalen Drogen und wird immer wieder entsprechenden Station für Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Sie betreibt einen sehr riskanten Konsum und kann somit jederzeit in lebensbedrohliche Zustände geraten. Die Patienten werden mit Methadon substituiert. Der übermäßige Konsum von Alkohol und anderen illegalen Drogen wirft die Frage auf, inwieweit die Substitutionsbehandlung nicht vertretbar ist, da sich daraus gesundheitliche Risiken ergeben. Im Laufe der Zeit sieht sich das Team immer wieder der Frage ausgesetzt, inwieweit Verantwortung für die Patientin zu übernehmen ist und inwieweit ihr Handeln ihrem Verantwortungsbereich liegt.

Insgesamt wird immer wieder deutlich, dass die Patientin eine ausgesprochen ambivalente Haltung zu Entgiftung und Abstinenz hat und bisher keine Perspektive bzgl. Langzeittherapie entwickeln konnte.

In der Folge kommt es immer wieder zu disziplinarischen Entlassungen, eine sonst übliche Wiederaufnahmesperre lässt sich aus medizinischen Gründen nicht durchhalten, z. B. kommt die Patientin nachts als Notfall. Im Jahr 2009 kommt es zu mehrmaligen Unterbringungen mit Beschluss aufgrund von massiver Eigengefährdung.

Ausgehend von dem dargestellten Fallbeispiel soll nun aufgezeigt werden, wie im konkreten Fall die Arbeit des klinischen Ethikberatungsdienstes am evangelischen Krankenhaus in Bielefeld aussieht Kobert [3]. Ethikkonsile sind telefonisch anzumelden und können in dringenden Fällen innerhalb von

24 Stunden durchgeführt werden. Die Dauer eines Gespräches beträgt im Mittel 60 Minuten. Neben Ärzten, Bezugspflegemitarbeitern und anderen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams nehmen immer zwei Mitglieder des Ethikberatungsdienstes als Moderator bzw. Komoderator an dem Gespräch teil. Je nach Situation kann es Sinn machen, den Patienten oder Angehörige dazu zu holen. Im vorliegenden Fallbeispiel stellen wir uns vor, dass es auf Grund der komplexen Situation Sinn macht, neben Mitarbeitern der Station auch Mitarbeiter der Ambulanz einzuladen. Methodisch wird das Gespräch anhand einer Modifikation der „Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung“ [5] durchgeführt. Demnach wird nach einer Vorstellungsrunde die ethische Fragestellung formuliert. In unserem Fallbeispiel könnte diese lauten:

Soll die Patientin unter Umständen auch gegen ihren Willen behandelt werden und wäre diese Behandlung ethisch zu vertreten?

Anschließend stellt ein Vertreter des Teams, der den Fall gut kennt die Fakten vor. Hier geht es im Wesentlichen um anamnestische Daten, Therapieoptionen und Prognosen.

In der nun folgenden Diskussion zeigt sich, dass sich für die Mitarbeiter der des ambulanten Settings immer wieder die Frage stellt, ob eine Substitution in Anbetracht des Gesundheitszustands und des Beikonsums der Patientin zu verantworten sei.

Zum anderen sehen sich die Mitarbeiter des stationären Settings immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob die Entgiftungen auf der Station unter den gegebenen Bedingungen sinnvoll sind, zumal die Patientin sich nicht an getroffene Absprachen hält und keine/n klare Haltung oder Wunsch nach Abstinenz entwickelt. Hier wird die Frage erörtert, inwieweit man Frau B. in ihrer Autonomie respektieren muss oder inwieweit man Behandlungsverantwortung zum Schutz ihres Lebens in Anbetracht ihrer infausten Prognose übernehmen muss und sie auch gegen ihren Willen behandeln und Perspektiven entwickeln muss bzw. kann.

14.4. Argumente für die Durchführung einer langfristigen Zwangsbehandlung

- Eine solche Maßnahme wurde bislang noch nicht angewendet, es könnte jedoch die letzte Chance der Patientin sein.
- Es besteht akuter Handlungsbedarf, da allein die Unterlassung der dringend indizierten Therapie der HIV- und Hepatitis C Infektion die rein somatische Prognose drastisch verschlechtert.
- Aufgrund des massiven Suchtverhaltens besteht ein erhebliches Selbstgefährdungspotential. Der Verlauf legt eine lebensgefährliche Entwicklung nahe. Das letale Risiko wird zusätzlich durch das aggressive Auftreten von Frau Noname im Drogenmilieu erhöht.
- Die Patientin ist nur fraglich zu selbstbestimmtem Handeln in der Lage. Nach durchgeführter Entgiftung ist sie in der Regel kooperationsbereiter bzw. -fähiger gewesen.

14.5. Argumente gegen die Durchführung einer langfristigen Zwangsbehandlung

- Die Patientin war bislang noch nie offen für ernsthafte und langfristige Behandlungsansätze.
- Ihre Anbindung an die Klinik ist als positiv einzustufen. Wenn sie in verzweifelten Lebenslagen dringend Hilfe benötigt, wendet sie sich, unter Umständen auch über das Mittel der Notaufnahme, an die Institution.
- Zwangsmaßnahmen würden von ihr als reine Gewaltanwendung und als Vertrauensbruch erlebt werden. Damit wäre die Basis einer therapeutischen Beziehung zerstört.
- Zwangsbehandlung kann nicht dauerhaft das Selbstgefährdungspotential reduzieren, da auch eine solche Maßnahme zeitlich begrenzt ist.

- Außerdem ist sie in diesem Fall ohne therapeutische Erfolgsaussichten, da die Patientin nur sehr eingeschränkt, auch nach längeren Phasen der Behandlung, zur effektiven Mitarbeit in der Lage war.
- Eventuell liegt in der Akzeptanz der Hoffnungslosigkeit bezüglich der Prognose der Patientin und der Anerkennung der Hilflosigkeit des Behandlungsteams die einzige Chance, dass Frau Noname sich für eine Behandlung öffnen kann.

Bei der Diskussion und Abwägung der Argumente wird deutlich, dass die Durchführung einer Zwangsbehandlung nicht erfolgversprechend wäre. Der Lebenslauf und die Anamnese legen vielmehr den Schluss nahe, dass eine solche Gewalterfahrung jegliche Beziehung und Vertrauen zu den Teams zerstören würde.

Die Hoffnung auf die Erlangung der Fähigkeit zu autonomem und reflektiertem Handeln durch Drogenentzug und Therapie wird aus den gleichen Gründen auch als unrealistisch eingeschätzt.

Eine Behandlung gegen den Willen der Patientin wäre ohne Nutzen für sie. Es ist daher angezeigt, sie weiterhin auf ihrem Weg zu begleiten und nach Ihren Wünschen zu unterstützen, selbst wenn es sich um eine Begleitung zum Tode hin handeln sollte. Dabei ist es angemessen, auch gesundheitliche Risiken durch Beikonsum unter Methadonsubstitution in Kauf zu nehmen, um so zusätzliches Leiden zu vermeiden.

Die Nimwegener Methode sieht vor, dass nach dem Austausch der Argumente überprüft wird, ob die ethische Fragestellung sich durch die Diskussion verändert hat bzw. modifiziert werden muss. Im vorliegenden Fall wurde die eingangs formulierte ethische Fragestellung wurde im Verlauf des Gespräches mehrfach erläutert, wiederholt und bestätigt.

Abschließend sieht das Nimwegener Modell vor, dass die beteiligten Personen das weitere Vorgehen im Rahmen einer Vereinbarung beschließen.

14.6. Es kommt zu folgendem Konsens

Es ist ethisch nicht zu vertreten, die Patientin gegen ihren Willen längerfristig zu behandeln und längerfristige Perspektiven zur Abstinenz zu erzwingen, da eine solche Maßnahme nach übereinstimmender Einschätzung aller Gesprächsteilnehmer ohne Erfolgsaussichten wäre.

Die Akzeptanz der Patientin mit wahrscheinlich infauster Prognose und die Würdigung des stabilen Kontaktes der Patientin zur Ambulanz und zur Station stehen für beide Teams im Vordergrund. Es erfolgt eine weitere Absprache über die Art der Begleitung, wenn die Patientin zur Aufnahme kommt und Hilfe und Unterstützung möchte und akzeptieren kann. Die medizinische Behandlungsplanung wird von den medizinisch verantwortlichen Kollegen nochmals überarbeitet, mit den beteiligten Kolleginnen und Kollegen abgestimmt und bei einem weiteren Fallgespräch in ca. 4 Wochen präsentiert. Ebenso wird die Behandlungsvereinbarung mit der Patientin gemeinsam bei einem nächsten Aufenthalt überarbeitet.

Im Anschluss an ein solches Ethikberatungsgespräch wird ein Protokoll erstellt, welches von den Beteiligten unterzeichnet wird. Das Protokoll kommt dann zu den Unterlagen und wird mit weiteren Stellen z.B. dem Betreuer kommuniziert.

14.7. Schlussbetrachtung

Ethikberatung setzt sich im somatischen Setting immer mehr durch. Die bisherigen Erfahrungen in Bielefeld zeigen, dass Ethikberatung auch in der Psychiatrie im Rahmen von Konsensbildung die Qualität von Behandlungsentscheidungen steigern kann. Im Vergleich zu somatischen Settings sind die Hierarchien zwischen den Berufsgruppen eher flacher, was in einem solchen Prozess eher zuträglich sein könnte. Die Einbeziehung möglichst vieler an der Behandlung beteiligter Personen und Institutionen bedeutet einen relativ hohen Ressourcenverbrauch. Gerechtfertigt ist dieser durch eine gut abgewogene und übergreifend getragene Entscheidung sowie dem Nebeneffekt eines Teamentwicklungsprozesses im Hinblick auf implizit vorhandene

moralische Wertvorstellungen oder ethische Vorgehensweisen, die immer einem Wandel unterliegen und aus diesem Grunde regelmäßig an praktischen Themen überprüft werden sollte.

14.8. Literatur

1. *Kobert, K.; Pfäfflin, M.; Reiter-Theil, T. (2008) Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Ethik Med 20: 122-133*
2. *Bossle, M.; Zwick, B. (2004) Ethische Problemstellungen in psychiatrischen Kliniken. Psych Pflege 2004; 10: 233-248*
3. *Steinert, T. (2007) Ethische Probleme in der psychiatrischen Behandlung und Pflege. Psych Pflege 2001; 32-36*
4. *Steinert, T. (2007) Ethische Einstellungen zu Zwangsunterbringung und –behandlung schizophrener Patienten. Psychiat Prax, 2007; 34: 186-190*
5. *Steinkamp N, Gordijn B (2003) Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Luchterhand, Neuwied Köln München*

15. Krise und Chance: „Hochhängen oder flach halten?“

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

15.1. Hintergrund und Problemstellung

Familiäre Krisen entstehen vor allem, wenn

- (a) sich Risiken häufen,
- (b) notwendige Fähigkeiten fehlen und
- (c) ein akutes Ereignis eintritt, bei dem die Lösungsmöglichkeiten ausgehen.

Wer in dieser Lage zögert, weil er etwas noch nicht verstanden hat oder sich gegen notwendige Maßnahmen sperrt, dem wird die eigene Entscheidungs- oder Handlungsmöglichkeit ggf. aus der Hand genommen. Anzeichen dafür sind z.B. ein Schulverweis, eine Inobhutnahme, eine stationäre Aufnahme, eine Verurteilung, eine Trennung. Der drohende Verlust der Selbstbestimmung trägt zur Verunsicherung, Angst und Zuspitzung noch bei.

15.2. Vorgehen und Methoden

„Krise“ bedeutet „entscheidende Wendung“: Das multiprofessionelle Klinikteam arbeitet daran, (a) die Risiken soweit wie möglich zu minimieren, (b) die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu stärken und (c) das akute Ereignis zu bewältigen. Krisen bergen so gut wie immer auch die Chance zu einem Entwicklungsfortschritt. Sie sind gemeistert, wenn die Betroffenen davon überzeugt sind, etwas bewältigt und dabei gelernt zu haben und sich damit ihre Spannung und Angst lösen.

15.3. Ergebnisse und Erfahrungen

In einer Krise muss Hilfe rasch und effektiv greifen: (a) Es hilft, die Entwicklungsrisiken systematisch zu erheben und ggf. drohende Auswirkungen zu analysieren. (b) Auch die Fähigkeiten, Krisen zu bewältigen, müssen erhoben und systematisch verbessert werden. (c) Kinder, Jugendliche und Eltern

bewältigen akute kritische Ereignisse leichter, wenn sich Helfer auch als Vertrauenspersonen anbieten, mit denen die Betroffenen frei und ohne die Gefahr von Verletzungen und Kränkungen sprechen können.

Dort können Empfindungen und Gefühle, Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse ihren Raum finden und auf ihren Realitätsgehalt überprüft werden. Wenn sich die Helfer dabei um eine verständliche und lebendig-bildhafte Sprache bemühen, kann selbst in scheinbar auswegloser Lage einmal entspanntes Lachen aufkommen. Sobald Ziele formuliert sind, können Verträge die Verlässlichkeit von Absprachen betonen. Kommt die Frage nach einer Lebensverneinung auf, dann sollte sie in einfachen Worten angesprochen werden; dies löst keine Selbstmordgefährdung aus, sondern es entlastet und ist der erste Behandlungsschritt. Im Hintergrund sollten die Vertrauenspersonen bzw. Helfer sich über ihre konkreten Verantwortungsbereiche verständigen.

15.4. Schlussfolgerung und Lernziele

Wer die Auslöser einer Krise kennt (vgl. Punkte a-c), der wird das Aufziehen eines Gewitters nicht abwarten, sondern frühzeitig und besonnen eingreifen. Dies ist eine Fähigkeit, die wir Patienten beibringen müssen: ihr Denken, Fühlen und Handeln stetig zu reflektieren (Vergangenheit) und die Ergebnisse für ihre Handlungs- und Lebensplanung zu nutzen (Zukunft). In dem Maße, in dem dies den Patienten gelingt, gewinnen sie Zuversicht und verlieren sie Unsicherheiten und Ängste. Kinder, Jugendliche und ihre Eltern profitieren dabei von den Kompetenzen gut ausgebildeter pädagogisch-pflegerisch-therapeutischer Helfer, die aus einem gewissen Abstand heraus in der Lage sind, komplexere Bedingungen zu erkennen und mit größerer Gelassenheit erfolgreiche Lösungswege zu erarbeiten.

15.5. Literatur

1. Prankel BH (2008) *Rotenburger Handbuch zur seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Rotenburg: Eigenverlag, 4. Auflage.

16. Wie können wir die Qualität pflegerischer Beziehungen messen? Erfahrungen mit dem *Scale To Assess Therapeutic Relationships (STAR)*

Anna Hegedüs, Christoph Abderhalden

16.1. Hintergrund

Die „therapeutische Beziehung“ zu den PatientInnen ist ein zentrales Element der pflegerischen Arbeit in der Psychiatrie. Der Begriff stammt ursprünglich aus der Psychotherapie, wo er schon seit den 1970er Jahren systematisch untersucht wird. Seither wurden über 15 Instrumente zur Messung der therapeutischen Beziehung entwickelt, wobei nur vier nicht aus der Psychotherapie stammen [1]. Trotz dieser vielen Ansätzen, haben die meisten Definitionen von therapeutischer Beziehung folgende Aspekte gemeinsam: a) der gemeinschaftliche Charakter der Beziehung, b) die emotionale Bindung zwischen PatientIn und TherapeutIn, c) die Fähigkeit gemeinsame Behandlungsziele zu vereinbaren [2] und d) kurative Merkmale von denen die Beziehung geprägt ist [1].

Obwohl ursprünglich aus der Psychotherapie stammend, ist die therapeutische Beziehung nicht auf die Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn beschränkt. Therapeutische Interaktionen finden auch mit anderen Professionen statt (PflegerIn, Sozialarbeiter,...). Vor allem in der ambulanten Behandlung (häufig durch interdisziplinäre Teams geprägt) spielt die Beziehung zum/zur TherapeutIn eine untergeordnete Rolle [3].

Die Qualität der therapeutischen Beziehung kann erfolgreiche Behandlung vorhersagen. Eine gute Beziehung zwischen PatientIn und Pflegeperson/TherapeutIn kann beim Betroffenen zu Symptomreduzierung, verbesserter sozialer Funktionsfähigkeit, erhöhter Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung, sowie zu einer Verbesserung der Fähigkeit im Lebensalltag ausserhalb der Klinik zurechtzukommen führen [4]. Ebenso reduziert sich die Häufigkeit und Dauer der stationären Aufenthalte signifikant,

wenn KlientInnen angeben sich nach einem Treffen mit dem Case Manager besser zu fühlen [3]. Die häufigen signifikanten Zusammenhänge zwischen guter therapeutischer Beziehung und verbessertem Outcome lassen darauf schliessen, dass die Beziehung ein Indikator der Behandlungsqualität ist.

Das Konzept der therapeutischen Beziehung könnte eine Möglichkeit sein, die pflegerische Beziehung in operationalisierter Form zu charakterisieren. Ein Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung ist das *Scale To Assess the Therapeutic Relationship (STAR)*.

16.2. Fragestellung

- Ist das Scale To Assess the Therapeutic Relationship (STAR) geeignet zur Erhebung der pflegerischen Beziehung?
- Für welche Anwendungsbereiche eignet sich das STAR?

16.3. Methode

Mit einer Querschnittserhebung haben wir die therapeutische Allianz von 47 Pflege-KlientInnen-Dyaden im ambulanten Setting erfasst. Als Erhebungsinstrument diente uns das STAR, ein Instrument zur differenzierten Einschätzung der therapeutischen Beziehung aus Sicht der KlientInnen und der TherapeutInnen/BetreuerInnen. Es wurde speziell für die Gemeindepsychiatrie entwickelt und verfügt über gute psychometrische Eigenschaften [5]. Das Instrument besteht aus je einem schriftlich auszufüllenden Fragebogen für KlientInnen (STAR-P) und deren therapeutische Bezugsperson (STAR-C). Beide Fragebögen umfassen 12 Statements, die mit den Antwortmöglichkeiten *Nie = 0, Selten = 1, Manchmal = 2, Oft = 3, Immer = 4* bewertet werden [5].

Zur Auswertung können ein Gesamtscore und drei Subskalenscores berechnet werden. Der Gesamtscore entspricht der Summe aller 12 Items. Die Subskalen sind *Positive Zusammenarbeit (STAR-P und C)*, *Positiver Input der Pflegeperson (STAR-P und C)*, *Emotionale Schwierigkeiten (STAR-C) bzw. Nicht-unterstützender Input der Pflegeperson (STAR-P)* [5].

Die Subskala *positive Zusammenarbeit* reflektiert die allgemeine Qualität der Beziehung mit Fragen zum gemeinsamen Verständnis von Behandlungszielen, gegenseitiger Offenheit und Vertrauen. *Positiver Input der Pflegeperson* erfasst zu welchem Ausmaß die Pflegeperson ermutigt, unterstützt, zuhört und sich in den Klienten hineinversetzt. Die Subskalen *Emotionale Schwierigkeiten* für Pflegepersonen und *Nicht-unterstützender Input der Pflegeperson* für KlientInnen umfassen Probleme in der pflegerischen Beziehung, wie zum Beispiel das Gefühl vom Klienten nicht akzeptiert zu werden oder die Auffassung, dass die Pflegeperson unehrlich, ungeduldig oder autoritär ist [5].

16.4. Ergebnisse

Der durchschnittliche Gesamtscore des STAR ist bei der Einschätzung der KlientInnen 44.1 (SD 3.6) und bei den Pflegenden 40.7 (SD 4.6) (Maximalwert: 48). Die befragten KlientInnen schätzen die therapeutische Beziehung signifikant besser ein ($p < 0.001$), als ihre Bezugspflegeperson. 10 (21%) Pflegende bewerten die Beziehung durchschnittlich besser als ihre KlientInnen. In 37 (79%) Fällen ist die Bewertung der KlientInnen besser.

Diese Tendenz spiegelt auch die Auswertung der Subscores wider (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Einschätzung der therapeutischen Beziehung; STAR-Subscores

		MW±SD	Min-Max; Median
KlientInnen	Positive Zusammenarbeit	21.6±2.4	16-24; 24
	Positiver Input der Pflegeperson	10.8±1.3	7-12; 11
	Nicht-unterstützender Input der Pflegeperson	11.7±0.7	10-12; 12
Pflegende	Positive Zusammenarbeit	20.6±2.6	15-24; 21
	Positiver Input der Pflegeperson	9.9±1.5	7-12; 10
	Emotional Schwierigkeiten	10.2±1.5	7-12; 10

Die Items mit den niedrigsten Mittelwerten sind jene, die auf gemeinsame Zielsetzungen und Mitsprache abzielen (Tabelle 2). Fragen zur Ehrlichkeit und aufrichtigem Verhältnis wird von den KlientInnen als jene mit den höchsten Mittelwerten genannt. Pflegende bewerten am häufigsten das Gefühl nicht abgelehnt zu werden und das gegenseitige Vertrauensverhältnis als positiv.

Tabelle 2: Items mit tiefsten Mittelwerten

	Item	MW±SD
KlientInnen	8. Meine Pflegeperson und ich sind uns einig über die Art von Veränderungen, die für mich gut wären.	3.15
	1. Meine Pflegeperson spricht mit mir über meine persönlichen Ziele und meine Gedanken zur Behandlung.	3.40
	6 Meine Pflegeperson und ich arbeiten auf gemeinsam abgestimmte Ziele hin.	3.51
	11 Wir sind uns darüber einig, an was ich arbeiten muss.	3.53
	12. Ich glaube, meine Pflegeperson versteht, was meine Erfahrungen mir bedeutet haben.	3.64
Pflegende	7. Mein Patient und ich haben ähnliche Erwartungen bezüglich seines Behandlungsfortschrittes.	2.74
	9. Es bereitet mir Schwierigkeiten, mich in meinen Patienten hineinzu fühlen oder mich auf seine Probleme einzulassen. 1)	3.00
	11. In der Arbeit mit meinem Patienten kann ich seine Sichtweise einnehmen.	3.04
	8. Ich habe das Gefühl, meinen Patienten zu unterstützen.	3.23

1) Für Auswertung invertiert

16.5. Diskussion & Schlussfolgerung

Die Ergebnisse des Gesamtscores und der Subskalen verdeutlichen, dass eine gute therapeutische Beziehung zwischen den ambulant Pflegenden und ihren KlientInnen besteht, wobei KlientInnen die Beziehung signifikant besser einschätzen. Bei der genauen Betrachtung der Ergebnisse wurde uns klar, dass unterschiedliche Wahrnehmungen zu den Themen Zielsetzungen und Mitsprache in der ambulanten Pflege herrschen. Diese Detailanalyse der Ergebnisse ist wichtig, um Schwachstellen in der pflegerischen Bezie-

hung zu identifizieren und danach entsprechend zu handeln. In unserem Fall sollte der gemeinsame Zielsetzungsprozess in der ambulanten Pflege optimiert werden.

Das STAR ist ein geeignetes Instrument, um die therapeutische Beziehung in einem gemeindepsychiatrischem Setting zu messen. Seine Struktur erlaubt eine Einschätzung aus Sicht des Betroffenen und einer in die Behandlung/Therapie massgeblich involvierten Person.

Durch die positiven Erfahrungen bei der Anwendung des Instruments und dem vielfältigen, in der Literatur erwähnten [1, 2, 4], Einfluss der therapeutischen Beziehung auf andere Variablen, empfehlen wir die Anwendung des STAR und die Untersuchung der therapeutische Beziehung als Einflussfaktor auf andere Variablen. Es erscheint auch sinnvoll die pflegerische Beziehung im Hinblick auf den Behandlungsfortschritt zu untersuchen. Zudem kann das STAR in der Qualitätssicherung eingesetzt werden, da es die Qualität der Beziehung misst und die Zusammenarbeit evaluiert. Die therapeutische Beziehung könnte auch ein Indikator für die Qualität der Bezugspflege sein.

16.6. Literatur

1. McCabe, R. and S. Priebe (2004) *The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. Int J Soc Psychiatry. 50(2): p. 115-28.*
2. Martin, D.J., J.P. Garske, and M.K. Davis (2000) *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 68(3): p. 438-50.*
3. Priebe, S. and T. Gruyters (1993) *The role of the helping alliance in psychiatric community care. A prospective study. J Nerv Ment Dis. 181(9): p. 552-7.*
4. Howgego, I.M., et al. (2003) *The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. Aust N Z J Psychiatry. 37(2): p. 169-83.*
5. McGuire-Snieckus, R., et al. (2007) *A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. Psychol Med. 37(1): p. 85-95.*

17. Adherence Therapie in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

Bruno Hemkendreis, Michael Löhr

17.1. Hintergrund

Antipsychotische Medikamente stellen neben psychosozialen Therapiemöglichkeiten eines der wichtigsten Elemente der Schizophreniebehandlung und der Rückfallprophylaxe dar. Die Annahme, dass das ungünstige Einnahmeverhalten und die hohen Abbruchraten vieler Patienten hauptsächlich auf die negativen Nebenwirkungen der klassischen Neuroleptika zurückzuführen wäre, hat sich nicht bestätigt. Die Situation hat sich mit den sogenannten Atypika, nicht grundlegend verbessert. Die Nichteinnahme von verordneten Neuroleptika blieb ein Hauptproblem. Heute sind viele Patienten durch Maßnahmen wie z.B. Psychoedukation darüber informiert, dass das Absetzen der medikamentösen Erhaltungstherapie das Risiko eines Rückfalls erheblich erhöht und einer der Hauptgründe für eine stationäre Wiederaufnahmen ist [1]. Unabhängig vom Psychopharmakon setzen zwei Drittel der Patienten die Medikamente innerhalb von 18 Monaten ab, meist innerhalb der ersten 3 Monate [2].

Laut der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) werden ca. 50 Prozent aller Arzneimittel nicht entsprechend der ärztlichen Empfehlung eingenommen [3]. Die Folgekosten dieser mangelnden Therapietreue werden in Deutschland auf 10 Milliarden € pro Jahr geschätzt [4]. Etwa 5,5 Prozent aller Krankenhauseinweisungen sind auf mangelnde Therapietreue zurückzuführen [5].

Die WHO empfiehlt „*die Entwicklung von Strategien mit dem Ziel einer verbesserten Akzeptanz von Therapieprogrammen als ein wesentliches Element, um weltweit Krankheitsfolgen zu verringern*“ [6].

In der Vergangenheit wurden komplexe Medikamentenregime fast ausschließlich über die Arzt- Patient- Beziehung definiert. Die oben beschriebene Situation, sowie die weiter ansteigende Zahl chronisch Kranker und multimorbider Menschen sollten dazu mahnen, die Verantwortung für die medikamentöse Versorgung und Betreuung auf andere Gesundheitsprofessionen auszuweiten.

17.2. Projekt Adherence Therapie in der Ambulante Psychiatrischen Pflege

Die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass hier insbesondere der Blick auf die häusliche Pflege zu richten ist. Pflegekräfte haben Einblick in die häuslichen Gegebenheiten der Patienten, sie erkennen oft frühzeitig therapeutische Notwendigkeiten, und ihnen kommt eine wichtige Mittlerfunktion zwischen Arzt und Patienten zu. Nicht selten haben sie auf Grund ihres pharmakologischen Grundwissens und ihrer Bezugspersonenrolle eine Beraterfunktion für den Klienten. Insbesondere die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) bietet sich daher an, die komplexen Anforderungen der Behandlungsdhärenz gemeinsam mit den Patienten zu bearbeiten. Durch ihre enge Einbindung in die häusliche Versorgung erleben Pflegekräfte im Gegensatz zu anderen Gesundheitsprofessionen die individuellen Probleme bei der Integration der Pharmakotherapien im Alltag. Sie können zielgerichtet Spielräume und Möglichkeiten der Selbstbestimmung, wie auch Taktiken und Strategien zur Integration der Therapien in den Alltag aufzeigen. Bei den ambulant tätigen Pflegekräften laufen in der Regel die verschiedenen Versorgungsstränge der ambulanten Therapie zusammen, sie können wesentliche Koordinationsfunktionen übernehmen. Die Medikamentengabe sowie die „Überwachung“ und „Unterstützung“ der Einnahme ist eine originäre Tätigkeit der APP. Allerdings beruhen die Strategien bisher noch weitgehend auf dem Compliance – Modell, was mit dem Begriff „Überwachung“ deutlich sichtbar wird. Hier bedarf es noch weiterer Qualifizierung, sowie ein Umdenken aller an der Therapie Beteiligten, um den Herausforderungen einer besseren Adhärenz gerecht zu werden.

Erfahrungen der APP mit dem Thema Medikamentengabe machen immer wieder verschiedene Problemlagen deutlich. Jede Pflegekraft kennt Patienten, bei denen sie vermutet, dass über Jahre, täglich für 20 € – oder mehr - Medikamente in den Mülleimer wandern. Die weitere Verordnung dieser Medikamente scheint jedoch offensichtlich den verordnenden Arzt zu beruhigen, oder gibt Patienten, die ansonsten keine sozialen Kontakte mehr haben, die Sicherheit, dass ihre einzige Bezugsperson sie täglich besucht. Dieses Beispiel zeigt deutlich wie wichtig es ist, mit dem Patienten gemeinsam, auf gleicher Augenhöhe herauszufinden, was für ihn wichtig und notwendig ist. Dabei kann und darf das Resultat sein, dass nicht die Medikamente, sondern die täglichen Besuche zur Rückfallprophylaxe maßgeblich beitragen. In diesem Fall würde das Ergebnis einerseits dem Patienten seine Selbstbestimmung und damit Lebensqualität zurückgeben, andererseits der Solidargemeinschaft täglich 20 € unnötiger Kosten ersparen.

Adherence Therapie stellt einen wesentlichen Schritt dar, dieses Umdenken in die Tat umzusetzen. Hiermit wird eine evaluierte pflegerische Intervention implementiert, die wissenschaftlich begleitet wird und durch eine Begrenzung von 8 Therapieeinheiten auch ökonomisch umschrieben und damit für Kostenträger kalkulierbar ist.

Aktuell laufen Verhandlungen mit zwei großen Krankenkassen zur Implementierung eines Modellprojekts, mit dem Ziel, Adherence Therapie als verordnungsfähige Maßnahme in den Katalog der APP aufzunehmen.

17.3. Adherence – Therapie

Eine Lösungsstrategie für die von der WHO geforderte Verbesserung der Therapieakzeptanz ist die Adherence Therapie. Ludwig arbeitet in einer Analyse zu komplexen Medikamentenregimen bei chronischen Erkrankungen deutlich heraus, dass kooperative Ordnungsvereinbarungen auf gleicher Augenhöhe in Deutschland noch kaum umgesetzt wurden, obgleich eine Vielzahl internationaler Studien deren Wirksamkeit eindrucksvoll belegen [7].

Adherence bezeichnet in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Der veraltete Begriff Compliance bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und beschreibt damit, dass Therapieerfolg oder ein Therapieversagen einseitig beim Patienten liegt [8].

Die Intervention wurde von Gray et al. [9] am Institute of Psychiatry in London entwickelt und basiert auf Erkenntnissen der Verhaltenstherapie, der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick [10; 11], sowie auf der Compliancetherapie. Die Psychotherapeutische Intervention orientiert sich an den Erkenntnissen von Rabovski und Stoppe [12], die im Rahmen einer Übersichtsarbeit Bereiche definiert haben, die für eine Verbesserung des adhärenenten Verhaltens bei Patienten mit Schizophrenie relevant sind.

Sie fokussiert auf die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten. Er soll ermutigt werden, seine Bedürfnisse mit einzubringen. Hingewiesen sei an dieser Stelle auch auf umfangreiche Erfahrungen mit kooperativen Interventionen im Rahmen der Enthospitalisierung der 1980er und 1990er Jahre in Gütersloh. Hierbei wurden 400 ehemalige Langzeitpatienten der Klinik behutsam in ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben begleitet [13].

Die Rückfallquote von Patienten, die sich nicht an die verordnete Medikamentengabe halten, ist 5-mal höher, als die von medikationstreuen Patienten [14]. Inadäquate Medikamentenverschreibungen sind eine Hauptursache für die unnötig hohen Rückfall- und Wiederaufnahmeraten [5].

Die Umsetzung von Therapiezielen ist nicht ausschließlich vom Patienten abhängig, sondern ein multifaktorielles Geschehen. Adherence Therapie unterstreicht die Rechte des Klienten und die Notwendigkeit umfassender Information und gemeinsamen Entscheidungen [9]. Sie richtet sich an Patienten, die von der Klinik, der psychiatrischen Ambulanz oder einem niedergelassenen Facharzt für die Intervention empfohlen werden. Ein zu erwartendes langfristiges Krankheitsmanagement stellt eine wesentliche Indikation zur Verordnung dar. Die Durchführung wird von Pflegenden mit entsprechender Ausbildung in der Adherence-Therapie gewährleistet.

17.4. Projekt Gütersloh

Vorgestellt wurde das Projekt bisher der AOK Westfalen Lippe, mit dem Ziel einen Modellversuch für die Versorgungsregion anzustoßen. Von der AOK Direktion Dortmund wurden aus 8 Modellprojekten 2 zur Umsetzung ausgewählt. Adherence Therapie wurde zurückgestellt. Momentan laufen Gespräche auf regionaler Ebene, die Adherence Therapie als verordnungsfähige Maßnahme der Ambulanten Psychiatrischen Pflege zu testen.

Gleichzeitig wurden Gespräche mit der BKK Regionaldirektion in Münster aufgenommen, da die Organisationsstrukturen der Betriebskrankenkassen eher kleinere, regional begrenzte Projekte ermöglichen.

17.5. Fazit

Die Intervention Adherencetherapie in der APP ist ein wichtiger Schritt, psychiatrische Pflege dort anzubieten, wo Menschen mit psychischen Problemen leben. Die Intervention beruht auf psychotherapeutischen Effekten, die über ein strukturiertes Manual gesteuert werden. Patienten können in einen offenen Aushandlungsprozess eintreten. Die Autonomie des Patienten steht an erster Stelle. Für die Patienten würde eine Finanzierung der Intervention eine weitere Verbesserung der ambulanten Versorgung bedeuten. Für die APP wäre es ein weiterer Schritt in die Professionalisierung, weg von der „Überwachung“ hin zur Therapie.

17.6. Literatur

1. Fenton, WS., Blyler, C., Heinssen, RK. (1997) *Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings*. *Schizophrenia Bulletin*. 23: 637 – 651.
2. Schulz, M., Behrens, J. (2005) *Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien – Implikationen für Deutschland*. *PR-Internet – Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege*. 7: 410 - 415.
3. ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2002) *Compliance in der Arzneimitteltherapie*.
4. Petermann, F., Ehlebracht-König, I. (2004) *Compliance in der Behandlung Rheumakrankter: ein Marathonlauf*. *Akt Rheumatologie*. 29, S. 67 - 74.
5. Kissling, W. (1994) *Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia*. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*; 382:16-24.
6. World Health Organization (2003) *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. WHO, Geneva.
7. Ludwig, A. (2005) *Herausforderungen Komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen: Eine Literaturanalyse der Compliance- und Adhärenzdebatte*. Uni-Bielefeld.
8. Sullivan, S.D., Kreling, D.H. u. H., Thomas, K.: (1990) *Noncompliance with Medication Regimes and Subsequent Hospitalizations: A Literature Analysis and Cost of Hospitalization Estimate*, *Journal of Research in Pharmaceutical Economics*; 2, S. 19-33.
9. Gray, R. (2004) *Verbesserte Einhaltung von Medikamentenvorgaben bei Menschen mit Psychosen*. In: Bauer R, Krause P, Schulz M (Hrsg). *Interventionen Psychiatrischer Pflege*. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 84 - 93.
10. Miller, WR., Rollnick, S. (1999) *Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
11. Körkel J, Veltrup C. (2003) *Motivational Interviewing: Eine Übersicht*. *Suchttherapie*. 4: 115-124.
12. Rabovski, K., Stoppe G. (2006) *The role of psychoeducation in the treatment of psychiatric inpatients*. *Nervenarzt*. May; 77(5): 538–548.
13. Wollschläger, M. (Hrsg.) (2001) *Sozialpsychiatrie, Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven*. Tübingen, DGVT-Verlag.
14. Robinson, D., Woerner, M., Alvir, J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koren, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., Liberman, GJ. (1999) *Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder*. *Arch Gen Psychiatry*. 56(3): 241 - 247.

18. Das Milieu bin ich! Was hat Milieugestaltung mit Pflegenden in der Psychiatrie im Zusammenhang mit Präventionsmaßnahmen und Hilfe zur Selbsthilfe zu tun?

Gitte Herwig, Markus Höflin

18.1. Hintergrund/Einleitung

Auf das Themengebiet „Milieugestaltung“ wurde die Autorin während eines Praxiseinsatzes in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik im Rahmen ihrer Weiterbildung Pflege in der Psychiatrie aufmerksam.

Vor dem Hintergrund der Behandlungsschwerpunkte dissoziale Störungen, Schulphobien, Essstörungen sowie affektive Störungen wurde die Bedeutung pflegerischer Arbeit auf der Basis milieutherapeutischer Grundsätze als wesentliches Instrument zur Beziehungsgestaltung und Prävention transparent. Es stellten sich u.a. Fragen nach den Wirkprinzipien und – Faktoren der Milieutherapie. Da die Autorin vor und nach ihrer Weiterbildung im Erwachsenenbereich (Akut-Aufnahmestation, Station für Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Krisenintervention) tätig ist, versuchte sie ihre Beobachtungen und Erkenntnisse mit der pflegerischen Praxis zu verknüpfen.

18.2. Thema/Ziele

Pflegende haben mit ihrer Haltung einen maßgeblichen Einfluss auf den Therapieverlauf. Im Mittelpunkt steht hier die Qualität der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient, auf dessen Basis ein Vertrauensverhältnis, ein partnerschaftliches Miteinander entstehen soll, ein Austausch zwischen Experten.

18.3. Basierend auf folgenden Fragen

- Was sind die Ziele von Milieugestaltung?
- Was sind die zentralen Milieufaktoren?
- Was sind Effekte positiver Milieugestaltung?
- Welchen Einfluss hat ein positives Behandlungsmilieu auf den Therapieverlauf?
- Wie kann ein Milieu therapeutisch genutzt werden?

18.3.1. Verfolgt der Workshop folgende Ziele

- Theorie- und Praxisbegleitete Diskussion der These: Die Qualität der Beziehungsgestaltung hat einen großen Einfluss auf Milieugestaltung und somit auf das Gelingen jeglicher therapeutischer Interventionen
- Aufzeigen von Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe, Prävention, Reflexion im Rahmen von Milieuthérapie

Darüber hinaus soll deutlich werden, dass die Erkenntnisse zum einen auf älteren theoretischen Hintergründen beruhen (u.a. Heim 1984, Barton in Finzen 1974) und zum anderen in neueren Konzepten und Vorgehensweisen, wie die der Adherence (u.a. Schulz 2007), aufgehen und somit nach wie vor einen aktuellen Charakter haben.

18.4. Gestaltung

Der Workshop ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden die theoretischen Hintergründe und Beispiele für den Theorie-Praxis-Transfer per Power-Point-Präsentation erörtert. Der zweite Teil ist als Diskussionsforum mit allen Teilnehmern geplant.

Eine Ebene der Auseinandersetzung mit der Thematik beruht auf theoretischem Wissen, Empirie und rechtlichem Rahmen wie der Psychiatrie-Personalverordnung. Um eine einheitliche Basis zu schaffen, werden theoretische Grundlagen und Hintergründe für pflegerisches Handeln aufgezeigt. Eine weitere Ebene ist das exemplarische Darstellen milieutherapeutischer Grundsätze und deren Umsetzung in den Stationsalltag anhand der ATL. Mittels des Theorie-Praxis-Transfers soll aufgezeigt werden, wie menschliche Grundbedürfnisse im milieutherapeutischen Rahmen gefördert werden und zur Selbsthilfe sowie Prävention eingesetzt werden können.

18.5. Lernziele

Dieser Workshop soll eine Diskussion über den Theorie-Praxis-Transfer von Milieugestaltung bei Menschen mit affektiven Störungen ermöglichen, und die Bedeutung von theoretischem Wissen als Hintergrund für gezieltes pflegerisches Handeln hervorheben.

Obwohl Teile des theoretischen Bezugsrahmens älteren Datums sind, hat das Thema nicht an Aktualität verloren. Die neuen Methoden wie Adherence deuten darauf hin, wie wichtig ein befähigendes und unterstützendes Milieu für die therapeutische Beziehungsgestaltung ist.

Die Bedeutung der Pflegenden, die einen vierundzwanzigstündigen Lebensraum für Patienten gestalten, der in seiner Allgegenwärtigkeit ein Stück Alltag darstellt und gleichzeitig ein Übungsfeld für therapeutische Interventionen ist, soll in seiner Wichtigkeit mittels beispielhaft dargestellter ATL hervorgehoben werden. Es sollen Erfahrungen und Wissen auf der Basis theoretischen Inputs mit Pflegenden diskutiert werden.

18.6. Literatur

1. Dörner et al. (2002). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Neuauflage.* Bonn: Psychiatrie-Verlag
2. Finzen, A. (1974). *Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern.* München: Piper
3. Goffmann, E. (1973). *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp
4. Heim, E. (1984). *Praxis der Milieugestaltung.* Berlin: Springer
5. Kuchenbecker, A. (Hrsg.) (2002). *Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Dortmund: Verlag modernes Lernen
6. Kunze, H. Kaltenbach, L. (Hrsg.) (⁵2005). *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer
7. K. Lieb et al. (⁶2008). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie.* München, Jena: Elsevier, Urban und Fischer
8. Marburger, H. (⁵2010). *SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung.* Regensburg: Walhalla Fachverlag
9. Rakel, T., Lanzenberger, A. (2001). *Pflegetherapeutische Gruppen in der Psychiatrie. Planen-durchführen-dokumentieren-bewerten.* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
10. Sauter et al. (Hrsg.) (²2006). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege.* Bern: Verlag Hans Huber
11. Schädle-Deiningner, H. (2006). *Fachpflege Psychiatrie.* München, Jena: Elsevier, Urban und Fischer
12. Schädle-Deiningner, H., Villinger, U. (²1997). *Praktische Psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag.* Bonn: Psychiatrie Verlag
13. Schulz, M. et al. (2007). *Compliance und Adherence. Padua, Band 2, Heftnummer 3, S. 44-49*

19. Bildung für ambulante psychiatrische Pflege - Bericht zu einem Praxisprojekt

Andreas Heuer

19.1. Hintergrund

Ambulante psychiatrische Pflege ist ein Zukunftsmodell. In der Schweiz haben die zuständigen Gesundheitsdirektoren ihren Rahmenvorgaben für die Psychiatrieplanung festgehalten, dass künftig die Hälfte der finanziellen Mittel für die psychiatrische Versorgung in ambulante Gesundheitsdienstleistungen fließen soll. Pflegeanbieter werden von der Nachfrage nach psychiatriepflegerischen Leistungen überrannt, und traditionelle Kliniken bauen ihre ambulanten Dienste aus. Es braucht qualifizierte Pflegenden.

19.2. Problemstellung

Leider existierte bis anhin kein adäquates Bildungsangebot für eine ambulante psychiatrische Pflegetätigkeit. Gleichzeitig hat sich die Berner Fachhochschule als Kompetenzzentrum für Bildung im Bereich der psychischen Gesundheit etabliert.

19.3. Ziele

Im Sommer 2009 entschied sich die Berner Fachhochschule deshalb, ihr Angebot mit einem Studiengang Certificate of Advanced Studies Ambulante Psychiatrische Pflege zu erweitern. Der Studiengang soll Pflegenden die Kompetenzen geben, die für eine derartige Tätigkeit erforderlich sind.

19.4. Vorgehen

Auf Basis von Literaturarbeiten, von Meinungen und Aussagen von in ambulanter Tätigkeit stehenden Pflegepersonen wie auch von Experten wurden für die praktische Arbeit und damit auch für den Studiengang wichtigen Themen gewählt. Diese wurden in einem Hearing öffentlich vorgestellt und

zusammen mit Praxisexperten diskutiert und entsprechend den Rückmeldungen verändert.

19.5. Ergebnisse / Diskussion

Die Analyse möglicher Themen zeigte, dass in der ambulanten psychiatrischen Pflege einerseits Aufgaben anfallen, die in das von Pflegenden erwartete Dienstleistungsangebot passen und offiziell anerkannt sind. Andererseits fallen aber auch viele informelle Aufgaben an, die sich aus dem Spannungsfeld der professionellen Tätigkeit wie auch den aussergewöhnlichen Rahmenbedingungen ambulanter Pflege ergeben.

Die gewählten Inhalte des Studiengangs reflektieren dieses beiden Aufgabentypen: Die Gestaltung der eigenen Berufsrolle, die Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Pflege, das Handhaben von Rahmenbedingungen, in denen sich ambulante psychiatrische Pflege abspielt; familienorientierte Pflege; das Management von Diversity - diese Themengebiete repräsentieren diese informellen Aufgaben. Die eher offiziellen Aufgaben finden ihr Abbild in Inhalten wie die Anwendung strukturierter Assessmentinstrumente (z.B. zur Suizideinschätzung); Wissen zu spezifischen Konzepten wie Hoffnung oder Angst, das Fördern von Recovery-Fähigkeiten; die Anwendung kognitiver Verhaltenstherapie, Motivational Interviewing oder Psychoedukation, die Bewältigung von Krisensituationen. Eine ebenso wichtige professionelle Verpflichtung ist die Qualitätsentwicklung - entsprechend sind entsprechende Methoden Inhalt des Studiengangs.

19.6. Schlussfolgerungen

Ambulante psychiatrische Pflege hat Zukunft, aber sie braucht kompetente Kolleginnen, die entsprechendes Know-How mitbringen. Der Studiengang der Berner Fachhochschule ist eine der Möglichkeiten, sich dieses Know-How zu erarbeiten. Die Zusammenarbeit von Wissenschaft, Praxis und Bildung war ein sinnvolles Miteinander und ergab einen Studiengang, der die Bildungsbedürfnisse der Praxis befriedigen kann.

20. Betriebliche Gesundheitsförderung in einer Abteilung für Gerontopsychiatrie

Heike Hopster, Michael Schulz

20.1. Hintergrund

Angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland ist in den nächsten Jahrzehnten mit einer drastischen Zunahme älterer Personen und auch gerontologischer Erkrankungen zu rechnen. Während heute ca. 20 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter sind, wird im Jahr 2060 bereits jede dritte Person zu dieser Gruppe gehören. Jede siebte Person wird zu diesem Zeitpunkt sogar zur Gruppe der „Hochaltrigen“ gehören- wird also 80 Jahre und älter sein (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010). Die Zunahme der gerontologischen Erkrankungen bedeutet einen Anstieg des Pflegebedarfs, was einen Ausbau pflegerischer Leistungen und Ressourcen zur Folge haben müsste. Stattdessen sehen sich psychiatrisch Pflegenden in den letzten Jahren mit einer enormen Leistungsverdichtung bei gleichzeitigem Ressourcen- und Innovationsdruck konfrontiert [1].

Ein weiteres Problem besteht darin, dass nicht nur die Patientinnen und Patienten sondern ebenso die Pflegekräfte älter werden. Schon jetzt hat ein Prozess der Überalterung begonnen, welcher mit einer überdurchschnittlichen Zahl an Krankheitsausfällen einhergeht und der in naher Zukunft dramatische Ausmaße annehmen wird, wenn nicht geeignete Interventionsstrategien gefunden werden (der Altersdurchschnitt im EvKB liegt bei ca. 45 Jahren).

Um den physischen und psychischen Gesundheitszustand der psychiatrisch Pflegenden angesichts dieser belastenden Faktoren einschätzen zu können und um geeignete Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln, wird in der Abteilung Gerontopsychiatrie des evangelischen Krankenhauses Bielefeld ein praxisbezogenes Projekt durchgeführt. Zur Erfassung und Bewertung der momentanen Situation wurde das Konzept der Arbeitsfähigkeit gewählt.

20.2. Problemstellung

Vor dem Hintergrund der dargestellten theoretischen Überlegungen und einer älter werdenden Belegschaft werden zu Beginn dieses praxisorientierten Projekts zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zwei Fragen gestellt:

- Wie gehen die Mitarbeitenden der Abteilung Gerontopsychiatrie des evangelischen Krankenhauses Bielefeld mit zeitlichem Druck während der Arbeit um?
- Wie schätzen sie die eigene Arbeitsfähigkeit ein?

20.3. Vorgehen

Inhalt des Projektes sind zwei Befragungen der Mitarbeitenden zur subjektiven Einschätzung ihrer Arbeits- und Gesundheitssituation, von denen eine vor und die andere nach der Durchführung von Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen, wie Gesundheitsworkshops, Arbeitssituationsanalysen, Rückenschulungen und Kinästhetik-Kursen stattfinden. Bei der Befragungen wird einerseits ein Quick Check angewandt, der von der Initiative *Neue Qualität der Arbeit (INQA)* [3] veröffentlicht wurde. Dabei handelt es sich um ein Analyseinstrument, bei dem 12 Aussagen zum pflegerischen Alltag bewertet und so extreme Belastungsfelder identifiziert werden können, um daraufhin gezielt Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zu entwickeln.

Um andererseits die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitenden reliabel und valide beurteilen zu können, wurde der in den frühen 80er Jahren von Arbeitswissenschaftlern in Finnland entwickelte Workability Index (WAI) angewandt. Dabei handelt es sich um einen aus zehn Fragen bestehenden Fragebogen, der aus unterschiedlichen Blickwinkeln Aspekte der eigenen Arbeitsfähigkeit erfasst. Die zehn Fragen werden sieben WAI „Dimensionen“ zugeordnet. Da jede Antwort mit einem Punktwert verknüpft ist, resultiert als Ergebnis der Befragung ein so genannter Workability-Index (WAI), der Werte von 7 („keine Arbeitsfähigkeit“) bis 49 („maximale Arbeitsfähigkeit“) annehmen kann.

20.4. Ergebnisse

Die Ergebnisse des Quick Check sind hier nicht aufgeführt, da sie zu viel Platz in Anspruch nehmen würden. Zur besseren Verständlichkeit haben wir uns auf die Darstellung der zentralen Ergebnisse beschränkt. Von 107 ausgegebenen Fragebögen gab es eine Rücklaufquote von 40%, das heißt, 43 Fragebögen wurden zurückgeschickt und gingen in die Auswertung ein. Die Ergebnisse des Quick Check werden in Abb. 1 komplett aufgeführt, angegeben sind jeweils die relativen, also prozentualen Werte. Von den Ergebnissen des WAI-Fragebogens werden nur diejenigen dargestellt, bei denen eine extreme Häufigkeitsverteilung auffällt.

20.4.1. Ergebnisse des WAI Psychische und physische Beeinträchtigungen der Mitarbeitenden

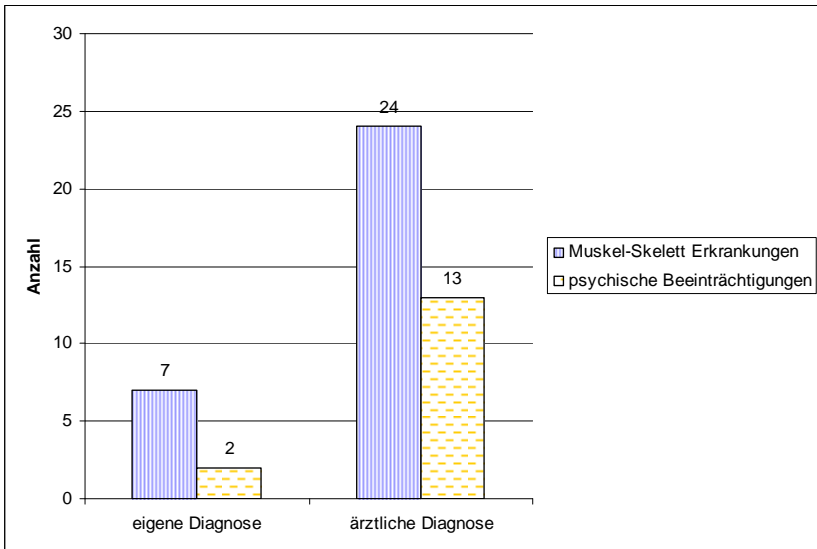


Abb. 2: Anzahl von Mitarbeitenden mit Muskel-Skelett Erkrankungen bzw. mit psychischen Beeinträchtigungen (N=43)

Deutliche Werte haben sich für die Häufigkeiten von Muskel-Skelett Erkrankungen bzw. von psychischen Erkrankungen innerhalb der Gruppe der Mitarbeitenden ergeben. Nahezu drei Viertel der Befragten leiden in irgendeiner Form unter Muskel-Skelett Erkrankungen (56% mit ärztlicher Diagnose, 16% mit eigener Diagnose). Gut ein Drittel der Befragten weist psychische Beeinträchtigungen auf, dabei liegt bei 13 Betroffenen (30%) ein ärztliches Attest vor, während bei 2 Mitarbeitenden die Diagnose selbst gestellt wurde.

20.4.2. Einschätzung der eigenen derzeitigen Arbeitsfähigkeit

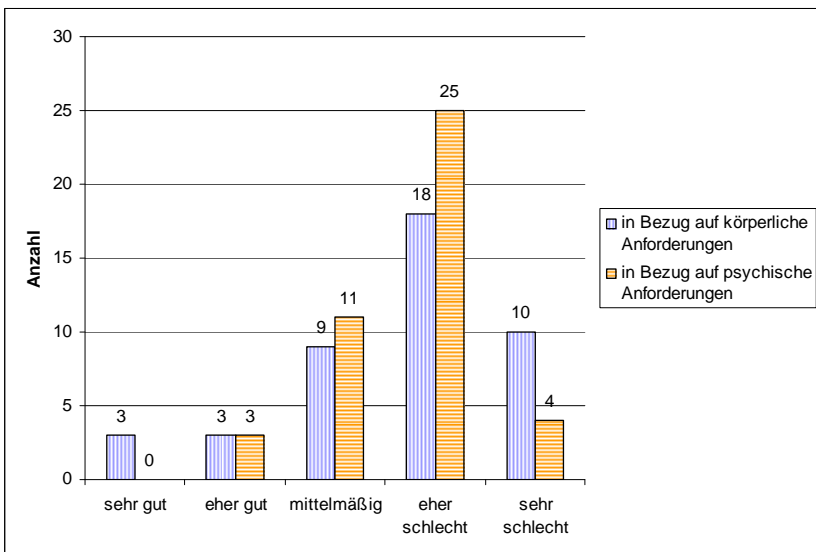


Abb.3: Einschätzung der eigenen derzeitigen Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen bzw. auf die psychischen Arbeitsanforderungen (N = 43)

In Bezug auf die körperlichen Anforderungen gibt es Mitarbeitende, die überhaupt keine Einschränkungen haben (3 bei sehr gut, 3 bei gut), 9 (21%) der Befragten schätzen die eigene Arbeitsfähigkeit als mittelmäßig ein, mit 18 (42%) schätzt die Mehrheit der Befragten die eigene Arbeitsfähigkeit als „eher schlecht“ ein, und 10 (23%) beurteilen sie sogar als sehr schlecht.

In Bezug auf die psychischen Anforderungen ist die Kategorie „sehr gut“ gar nicht vertreten, als „gut“ schätzen wiederum 3 der Befragten die eigene Arbeitsfähigkeit ein und bei einem Viertel der Befragten (25,6%) ist sie mittelmäßig. Die deutliche Mehrheit (25; 58%) schätzt die eigene Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Anforderungen als eher schlecht ein und vier beurteilen sie als sehr schlecht.

20.4.3. Häufigkeitsverteilung der WAI-Werte in den Bewertungskategorien

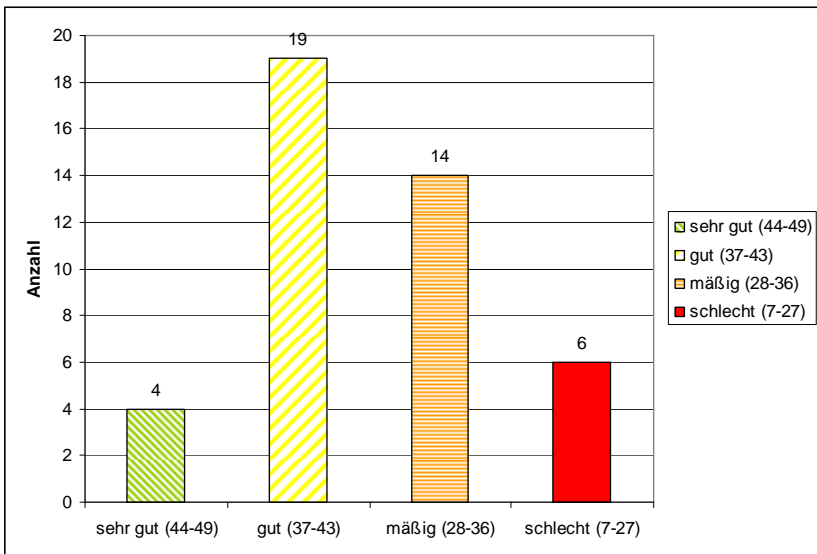


Abb. 4: Verteilung der WAI-Werte (N=43)

Die Ermittlung der WAI-Werte hat eine Verteilung ergeben, die in Abb. 4 grafisch dargestellt ist. Die Ergebnisse besagen, dass über die Hälfte der Befragten (53,5%) über eine gute (19; 44,2%) bis sehr gute (4; 9,3%) Arbeitsfähigkeit verfügt. 14 der Befragten (32,5%) erzielen ein mäßiges Ergebnis (28 bis 36 Punkte, „Arbeitsfähigkeit verbessern“) und bei 6 (14%) der Befragten ist die Arbeitsfähigkeit schlecht (7 bis 27 Punkte, „Arbeitsfähigkeit wiederherstellen“).

20.5. Diskussion

Es liegt hier eine Untersuchung zur gesundheitlichen Verfassung der Mitarbeitenden der gerontopsychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Gilead III in Bielefeld vor, die Teil eines Projekts zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist. Aus einer 40%-igen Rücklaufquote der Fragebögen ergab sich eine Stichprobengröße von $N = 43$, was für derartige Untersuchungen einen relativ guten Ausgangspunkt darstellt.

Bei der Planung der Vorgehensweise haben wir uns für die Verwendung des Quick Checks und des WAI entschieden, da es sich bei beiden um standardisierte Analyse-Werkzeuge und um hilfreiche Instrumente zur Erkennung des Handlungsbedarfs für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung handelt. Dennoch muss die Frage nach der Belastbarkeit der Ergebnisse gestellt werden und danach, inwieweit sie repräsentativ sind für die tatsächliche Situation.

60% der Fragebögen sind nicht mit in die Auswertung eingegangen, über die Gründe dafür kann nur spekuliert werden, ebenso wie darüber, welche Personen die Fragebögen mehrheitlich abgegeben haben. Diese Fragen können aber anhand der Daten nicht beantwortet werden, da auf die Erhebung soziodemografischer Daten praktisch komplett verzichtet wurde. Aus Gründen des Datenschutzes war es notwendig, eine vollständige Anonymisierung der erhobenen Daten sicherzustellen. So wurden sämtliche Fragen nach Alter, Geschlecht, Station etc., die einen Rückschluss auf einzelne Personen ermöglicht hätten, aus dem WAI-Fragebogen entfernt. Auf diese Weise entsprach die Befragung den Ansprüchen der Instanzen, die sich für die Rechte der Mitarbeitenden einsetzen und wurde gebilligt.

Mit dieser Anonymisierung wird aber auch die Feststellung eventuell vorliegender Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten verhindert. Darüber, ob sich die einzelnen Stationen unterscheiden oder ob das Alter einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, können aufgrund der erhobenen Daten keine Rückschlüsse gezogen werden.

Als positiv ist in jedem Fall zu erwähnen, dass die Ergebnisse einen guten ersten Eindruck über die Belastungssituation innerhalb der Abteilung für Gerontopsychiatrie geben. Die Ergebnisse machen an mehreren Stellen die Relevanz von Interventionsstrategien und Präventionsmaßnahmen sehr deutlich, und selbst wenn dies vermeintlich längst bekannte oder vermutete Aspekte sind, können sie nun doch auch als tatsächlich erwiesen angesehen werden. Im Übrigen stehen die Ergebnisse im Einklang mit Daten aus dem BKK-Bericht, was verdeutlicht, dass sie ein repräsentatives Bild der momentanen Belastungssituation in der Abteilung Gerontopsychiatrie ergeben und dass die beiden zentralen Fragen, die vor Beginn des Projekts gestellt wurden, beantwortet wurden.

20.6. Literatur

1. *Michael Schulz u. Michael Löhr 2010: Psychiatrische Pflege zwischen Gestern und Morgen. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2/2010. S. 49-53*
2. *Hans-Martin Hasselhorn 2007: Der Workability Index. Bergische Universität Wuppertal*
3. *Initiative neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) 2007: Leitgedanken einer Gesunden Pflege – Memorandum. Scholz Druck und Medienservice Dortmund*
4. *Martina Schaffenrath-Resj, Eitzinger, C. u. Stummer, H. 2010: Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreichs Krankenhäusern. In: Pflege Gesellschaft. 15. Jg. H.2. S.145-162*
5. *Statistisches Bundesamt 2009: Im Jahr 2060 wird jeder Siebente 80 Jahre und älter sein. Pressemitteilung Nr. 435*
6. *Susanne Schoppmann u. Herbert Mayer 2010: Altersstruktur psychisch Pflegender in Deutschland. In: Pflegewissenschaft 03/10. S 149-155*

21. Homo ludens – Theaterspiel als wirksames Antidepressivum

Björn Kaltwasser

21.1. Hintergrund

Schon seit jeher verständigen sich Menschen untereinander, indem sie sich etwas „vorspielen“. Jüngere Erforschungen hunderter Kulthöhlen erbrachten Zeugnisse davon, dass theatrale Prozesse in Form von kultischen Tänzen schon vor den Höhlenmalereien stattgefunden haben. Theater ist somit wahrscheinlich die älteste des Menschen selbstbegründende Artikulation [1]. Man kann also sagen, dass Theaterspiel oder theatrale Prozesse die Identifikation des Menschen mit sich selbst in dem ihm umgebenden Umfeld fördern.

Der Begriff des homo ludens (lat. Der spielende Mensch) wurde von Johan Huizinga [2] in die wissenschaftliche Diskussion eingebracht, geht aber in seinen Ursprüngen wesentlich weiter zurück. So bemerkte schon Friedrich Schiller in seinem 15. Brief über die ästhetische Erziehung des Menschen: „... er (der Mensch) ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.“ [3] Schiller beschreibt in seinem Gedanken die Idee der Vervollkommnung des Menschen durch das Spiel. Huizinga entwickelt aus diesem Gedanken ein Menschenbild, in dem das Spiel Ursprung aller Kultur sei. Für meine weiteren Ausführungen möchte ich den Aspekt des Homo ludens hervorheben, der zur Verdeutlichung einer hoffnungsvolleren Sicht auf das (Gefühls-)Leben eines Menschen beiträgt.

21.2. Ziele

Ziele der psychiatrischen Pflege sind die Wiederherstellung der Beziehung zu sich selbst und zur Umgebung, die Erweiterung der sozialen Kompetenzen, Aufbau und Training alltagspraktischer Fähigkeiten, die Gestaltung von Arbeit und Freizeit trotz Krankheit und/ oder Behinderung, die Förderung von

Selbstbestimmung und Autonomie, sowie das Erwerben von Strategien im Umgang mit Krankheit und Behinderung [4]. Stellt man diesen Anforderungen Resultate aus der Theaterarbeit gegenüber, lassen sich einige Kongruenzen feststellen. In der Theaterarbeit sind die persönliche Entwicklung jedes Einzelnen mit seinen individuellen Ressourcen sowie das „Ich-Erleben“ in einer Gruppe zentrale Grundelemente. Darüber hinaus unterstützen spezifische Übungen das Erlernen und Einüben von Ritualen und Softskills, die für die Bewältigung des Alltagslebens von elementarer Bedeutung sind. Nach einer qualitativen Studie von Snow et al [5] bewirkt es:

- Verminderung des Gefühls, stigmatisiert zu sein
- Verbesserung des Selbstbildes und der Reife
- Verbesserung der Kommunikation und sozialer Kompetenzen und der Sozialisation
- Zunahme des Selbstvertrauens und mehr Gefühl von Kompetenz
- Zunahme von Spontaneität und Ausdruck
- Zunahme des Verantwortungsgefühls
- ein erweitertes und positiveres Selbstwertgefühl

Die Ergebnisse der breit angelegten Studie zeigen, dass sich Theaterarbeit besonders gut für Menschen mit psychischen Erkrankungen eignet. Besonders in Hinsicht auf den affektiven Bereich menschlichen Bewusstseins wirkt sie sich grundlegend positiv aus. Eine bekannte These ist die, dass Theaterarbeit die Selbstheilungskräfte stärkt, was sich gleichzeitig positiv auf den gesamten somatischen und psychischen Bereich auswirkt [6]. Zu dieser These existieren bereits eine Vielzahl bestätigender Untersuchungsergebnisse und Erfahrungsberichte. Die genannten Gründe bestärkten uns eine Theatergruppe in das Konzept unserer PIA zu integrieren.

21.3. Vorgehen

Für die Selektion der TeilnehmerInnen (TN) bestand keine Beschränkung hinsichtlich des Alters, des Geschlechts oder des Krankheitsbildes. Auch wurden keinerlei schauspielerische Kenntnisse vorausgesetzt. Die Gruppe

setzt sich aus Patienten unserer PIA zusammen. Ausschlussfaktoren waren akute Symptomatik (Suizidalität, Psychose, Intoxikation, Manie) oder eine fortgeschrittene Demenz. Der Zeitpunkt des Angebotes wurde so gewählt, dass auch Berufstätige an der Gruppe teilnehmen können. Das Konzept für den Theaterkurs wurde an interessierte Patienten ausgehändigt und mit diesen ein ausführliches Vorgespräch geführt. So sollten ihnen von vorneherein der Entscheidungsspielraum gegeben werden, sich freiwillig für die Teilnahme an der Gruppe zu entscheiden. Auch potentielle Überlastungssituationen konnten somit schon im Vorfeld besprochen werden. Die Gruppe besteht aktuell aus neun Personen, davon ist bei zwei Drittel eine schwere, rezidivierende Depression diagnostiziert.

Einmal pro Woche findet eine zweistündige Kurseinheit statt. Jede Kurseinheit beginnt mit einem Begrüßungsritual. Dabei vollziehen die TN, nachdem sie persönlich durch den Gruppenleiter angesprochen und begrüßt wurden, klare, gerade Gänge durch den Raum, ohne sich zu berühren. Der Raum wird dabei immer gleichmäßig ausgefüllt. Während der Bewegung vollziehen alle eine „Ablage“ d.h. jeder lässt für sich den Tag in einer für ihn angemessenen Zeit murmelnd Revue passieren, ohne auf die Anderen zu achten. Erst wenn alle damit fertig sind beginnen spezielle Schauspielübungen, mit welchen Eigen- und Fremdwahrnehmung, Körpergefühl, Stimme und Präsenz geschult werden. Weiterhin stärken sie Sinneswahrnehmungen, Koordinations- und Konzentrationsfähigkeit sowie das Gruppenempfinden und bilden den Schwerpunkt der Arbeit. Wichtig ist, dass sie mit viel Humor und positiver Wertschätzung angeleitet werden.

Ein Beispiel für eine Konzentrationsübung, die gleichzeitig auch das Gruppenempfinden und das Vertrauen in die Gruppe stärkt ist das gemeinsame Zählen. Hierbei stehen die TN im Kreis zusammen und haben die Augen geschlossen. Nun wird in einer zufällig entstehenden Reihenfolge von eins bis zwanzig gezählt. Wenn eine Zahl gleichzeitig von zwei TN genannt wird, muss von vorne begonnen werden. Im Laufe der Zeit kann mit dieser Übung in jeder Gruppe eine offensichtliche Verbesserung der Gruppenkommunikation

tion festgestellt werden und die Dopplungen von Zahlen nehmen deutlich ab.

Bei allen Schauspielübungen kann jeder Teilnehmer ohne sich dafür rechtfertigen zu müssen entscheiden, ob er oder sie bestimmte Theaterübungen nicht mitmachen möchte. Das fördert die individuelle Entscheidungsfreiheit und es hat sich gezeigt, dass von diesem Angebot wenig Gebrauch gemacht wird. Die Theaterübungen nehmen zwei Drittel der Kurszeit in Anspruch. Erst danach kommt es zu kurzen, angeleiteten Improvisationen. In diesen zeigen sich die speziellen, individuellen Fähigkeiten und Ressourcen jedes Teilnehmers, die zum Funktionieren der gesamten Gruppe beitragen. Wichtig hierbei ist, dass nach jeder Improvisation, teilweise auch nach den Schauspielübungen, der Raum für Reflexion gegeben wird. Wie zu Beginn wird dann zum Abschluss jeder Kurseinheit wird ein gemeinsames Abschlussritual vollzogen, bevor die TN wieder in ihren Alltag entlassen werden.

21.4. Ergebnisse

Schon Max Reinhardt bezeichnet die Leidenschaft Theater zu spielen als Elementarantrieb des Menschen [7]. Tatsächlich stellten sich bereits nach wenigen Monaten erste Erfolge ein. Eine Patientin berichtete durch die regelmäßigen Status- und Stimmübungen in ihrer Freizeit selbstsicherer auftreten zu können. Ein weiteres Ergebnis ist die Regelmäßigkeit, mit der die Patienten zu den Proben kommen. Mussten zu Beginn einige TN wöchentlich an den Termin erinnert werden, so erscheinen sie heute mit einer viel selbstverständlicheren Regelmäßigkeit oder melden sich frühzeitig ab. In den Reflexionsrunden gaben Patienten mit depressiven Erkrankungen an, durch die Theatergruppe wieder Freude empfinden zu können. Das vielleicht erstaunlichste Ergebnis besteht aber darin, dass bei keinem der TN die Notwendigkeit einer Krisenintervention in der Form eines stationären Aufenthaltes notwendig war. Bei einer der TN kam es im Verlauf gar zu einer Reduktion ihrer Antidepressiva. Im Blutspiegel wurde dafür ein ausreichend

hoher Wert festgestellt. Ob und wie dies mit der Theaterarbeit zusammenhängt wäre für die Zukunft sicherlich eine spannende Forschungsfrage.

21.5. Schlussfolgerung

Die Einführung der Theatergruppe in das Therapieangebot der PIA ist nach einem Jahr positiv zu bewerten. Wie schon bei den Ergebnissen gezeigt wurde hat sie zu guten Ergebnissen bei den TN geführt. Wichtig bei der Leitung einer derartigen Gruppe ist neben der Wertschätzung für jeden Menschen auch ein hohes Maß an Theatererfahrung des oder der Leitenden. Dann erst können Menschen mit psychischen Problemen in einer sicheren Umgebung bis an ihre Grenzen und teilweise darüber hinaus geführt werden. Die Theaterarbeit „weckt schlummernde Potentiale, balanciert Unausgeglichenheiten und schafft durch bewusste Gestaltung Gefäße, die das Untragbare tragbar und das Unfassbare fassbar machen.“ [8] Mit ihrer Hilfe kann jeder TN seinen homo ludens in sich entdecken, der ihn oder sie dazu befähigt verlorene oder beschädigte Ressourcen wieder zu entdecken, hoffnungsvoll in die Zukunft zu blicken und persönlich einengende Umstände zu überwinden.

21.6. Literatur

1. Schlage, H. (2008) : *Heilendes Theater. Restored Behavior-Posturale Integration: Spielend Leben Lernen*: p.19-50.
2. Huizinga, J (1938): *Homo ludens. Über den Ursprung der Kultur im Spiel*.
3. Schiller, F (1795) *Über die ästhetische Erziehung des Menschen in einer Reihe von Briefen: Werke in zwölf Bänden*: p.320.
4. Schädle-Deininger, H. (2003) *Fachpflege Psychiatrie*: p.3.
5. Snow et al (2003) *Therapeutic theatre and well-beeing: The Arts in Psychotherapie* 39: p. 73-82.
6. Lipinski, G. (2008) *Die Arbeit am größeren Selbst. Theaterkunst zwischen Heilung und Geomantie: Spielend Leben Lernen*: p.394-405.
7. Reinhardt, M: *Rede über den Schauspieler: Theater im 20. Jahrhundert. Programmschriften, Stilperioden, Reformmodelle (8.Aufl.):* p.351-354.
8. Lipinski, G. (2008) a.a.O.: p.398f.

22. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen

Regina Ketelsen, Michael Schulz

22.1. Fragestellung

Bei etwa 10 % der psychiatrisch stationär behandelten Patienten werden Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Isolierung und zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka durchgeführt [1]. Zwischen Kliniken bestehen dabei erhebliche Unterschiede [1, 2, 3]. Trotz der Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und der Varianz sowie der nicht unerheblichen möglichen Folgen von auto- und fremdaggressivem Verhalten und Zwangsmaßnahmen für Patienten und Mitarbeiter existiert bisher keine systematische Qualitätssicherung. In Deutschland wurde mittlerweile eine S2-Praxisleitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ veröffentlicht [4, 5]. Ziele der vorliegenden Untersuchung waren die vergleichende Erfassung der in sechs Abteilungen durchgeführten Fixierungen und Isolierungen und die Überprüfung von Zusammenhängen zwischen soziodemografischen, diagnostischen und Klinikvariablen und der Dauer der Zwangsmaßnahmen.

22.2. Methode und Material

An den beteiligten Kliniken wurden Fixierungen und Isolierungen vergleichend untersucht [6]. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf einen Untersuchungszeitraum von 6 Monaten (1.1.2004 bis 30.06.2004) und eine Stichprobe von 10.352 Behandlungsfällen. Insgesamt wurden im Jahr 2004 in den teilnehmenden Kliniken 20.704 Fälle behandelt. Ein Vergleich der Fixierungen und Isolierungen erfolgte auf der Fallebene, die den Behandlungsepisoden entspricht, bezogen auf folgende Qualitätsindikatoren [1]: Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten (Fälle in %), Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro betroffenem Fall, kumulati-

ve Dauer der Zwangsmaßnahmen bei einem betroffenen Fall und durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS 14. Zur Beschreibung der Verteilung von quantitativen Daten wurden der arithmetische Mittelwert und der Median als Maßzahlen zur zentralen Lage sowie die Standardabweichung, Minimal- und Maximalwert zur Charakterisierung der Streuung berechnet. Neben der deskriptiven Auswertung wurde Interferenzstatistik angewendet. Eine Prüfung der Variablen auf Normalverteilung wurde durchgeführt. Lag keine Normalverteilung vor, so kam die Kruskal-Wallis Varianzanalyse für Ränge zur Anwendung. Bei statistischer Signifikanz ($p < 0.05$) kam der Mann-Whitney U-Test zur tiefer gehenden Analyse zur Anwendung. Eine Adjustierung nach Bonferroni wurde durchgeführt.

22.3. Ergebnisse

Die Zwangsmaßnahmendaten der Kliniken wurden für jede ICD-10-Diagnosehauptgruppe sowie für die Gesamtstichprobe analysiert. Insgesamt wurden bei 339 Behandlungsfällen (3,0 %) Zwangsmaßnahmen dokumentiert. Fixierungen wurden bei 315 Fällen durchgeführt. Das Durchschnittsalter lag bei 41,2 Jahren (SD: 16,3), Männer waren im Durchschnitt 41,02 (SD: 15,9) und Frauen 41,5 (SD: 17,7) Jahre alt. Alter und Dauer einer Zwangsmaßnahme korrelieren schwach (Pearson-Korrelationskoeffizient: 0,075; $p < 0.05$). Von Zwangsmaßnahmen betroffen waren 203 Männer (60.4 %) und 133 Frauen (39,6 %). Bei 2 Personen war das Geschlecht nicht dokumentiert. Die größte Gruppe stellt die Diagnosegruppe F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen - mit 178 Fällen (51,2 %) dar, gefolgt von F1 - substanzbezogene Störungen - mit 51 Fällen (15,5 %), F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - mit 30 Fällen (9,1 %), F4 - neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen - mit 22 Fällen (6,7 %) und F0 - organische psychische Störungen - mit 21 Fällen (6,4 %). In drei Kliniken wurden bei 24 Fällen auch Isolierungen durchgeführt, davon 163 von 173-mal in einer Klinik. Für die durchschnittliche Dauer der Maßnahme ergab sich ein Wert von 8,58 Stunden (range 0.16 – 290,75 Std.; SD: 23,41). Die häufigste

Hauptdiagnose bei den Maßnahmen mit Isolierung war F2 (n=121; 69,9 %), gefolgt von F7 (n=27; 15,6 %). Der Kruskal Wallis Test ergibt, dass die Dauer im Hinblick auf Kliniken statistisch signifikant unterschiedlich ist ($\text{Chi}^2=7,083$; $\text{df}=5$; $p<0.01$). Der Kruskal-Wallis Test zeigt auch einen Effekt der Diagnose auf die Dauer der Maßnahmen ($\text{Chi}^2= 3,08$; $\text{df}=6$; $p<.001$). Eine weitergehende Analyse zeigt, dass zwischen den Diagnosen F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren), F7 (Intelligenzminderung) und F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen), F4 und F2 (Schizophrene, schizotyp und wahnhafte Störungen) sowie zwischen F2 und F0 (Organische psychische Störungen) statistisch signifikante Unterschiede bestehen. Die durchschnittliche Dauer der Zwangsmaßnahmen bei Männern betrug 5,87 Std. (SD: 13,4) und bei Frauen 4 Std. (SD: 5,8). Die Berechnung für unabhängige Stichproben ergab, dass die Dauer der Maßnahmen bei Männern statistisch signifikant länger war als bei Frauen ($p<0.05$).

22.4. Diskussion

Der Anteil der von Fixierungen und Isolierungen betroffenen Fälle liegt mit 3,0 % deutlich niedriger als in der vergleichenden Untersuchung von Fixierungen und Isolierungen an jeweils 7 deutschen und 7 Schweizer Kliniken mit 7,8 % an den deutschen Kliniken und 12,5 % an den Schweizer Kliniken [3]. Im Vergleich zu dieser Untersuchung ist die durchschnittliche Dauer mit 5,0 Stunden deutlich niedriger als in den Schweizer Kliniken mit 48,7 Stunden bei Fixierungen und 55 Stunden bei Isolierungen und etwas niedriger als in den beteiligten deutschen Kliniken mit 9,6 und 7,4 Stunden [7]. Andererseits sind die Maßnahmen pro Fall mit 3,7 höher als an den Schweizer Kliniken in der o. g. Untersuchung mit 1,5 bei Fixierungen und 1,6 bei Isolierungen und ähnlich den Ergebnissen der deutschen Kliniken mit 3,4 und 4,2 [7]. Insgesamt scheint die Tendenz zu bestehen, auch an den hier beteiligten Kliniken Maßnahmen schneller als in der Schweiz wieder aufzuheben mit im Verlauf mehr Maßnahmen pro betroffenen Fall.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen darauf hin, dass es zwar im Hinblick auf Diagnose, Klinik und Geschlecht unterschiedlich lange dauern bei Zwangsmaßnahmen gibt, allerdings erklären die Merkmale auch nur einen Teil der Varianz, d. h. es existieren noch ganz andere Einflussfaktoren, wie etwa der Anteil der schwer chronisch Kranken in der Versorgungsregion (z. B. in Abhängigkeit von stationären Wohneinrichtungen für psychisch Kranke), die Frühzeitigkeit des Erkennens einer krankenhausbedürftigen Situation im ambulanten Versorgungssektor, die Zugangsmodalitäten etc. Inwieweit u. a. die Inzidenz aggressiver Vorfälle in den Kliniken durch die personelle Besetzung, Behandlungskontinuität durch das sogenannte Sektor- oder Heimatstationsprinzip, die Öffnung oder Schließung von Stationen [8], die Haltung von Mitarbeitern gegenüber Patienten, Umgang mit aggressivem Verhalten und Zwangsmaßnahmen mit unterschiedlichen Traditionen in den Kliniken, die Durchführung von Fortbildungen, die medikamentöse Behandlung, die Schwere der Erkrankung der Patienten, die Stationsatmosphäre und architektonische und Ausstattungsunterschiede auf den Stationen Einfluss auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen haben, war nicht Gegenstand dieser Untersuchung, hier besteht dringender weiterer Forschungsbedarf.

22.5. Schlussfolgerung

Insgesamt wird ein Vergleich der Inzidenz und Dauer von Zwangsmaßnahmen zwischen Kliniken der Komplexität nicht gerecht, da diese Ergebnisse alleine nicht ausreichend aussagekräftig sind. In Anbetracht der hohen Bedeutung, die die Anwendung von Zwangsmaßnahmen für die Grundrechte von Patienten und ihr Erleben mit sich bringt, sollten sie als Qualitätsindikator möglichst mittels einer einheitlichen Software in den Kliniken erfasst werden. Wissenschaftlich sollten die klinikbezogenen Einflussvariablen wie Bettenausstattung, Klientel, Finanzierung, Personalausstattung, Qualifikation des Personals, Merkmale der Versorgungsregion bei diesen Untersuchungen Berücksichtigung finden [9] und genauer analysiert werden, um die erheblichen Unterschiede zwischen Kliniken aufklären zu können.

Damit würden auch an die jeweilige Situation in den Kliniken adaptierte Interventionsstrategien effektiver einsetzbar mit dem Ziel, Patienten so selten wie möglich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen auszusetzen und die Mitarbeiter vor Übergriffen zu schützen.

22.6. Literatur

1. *Martin, V., et al. (2007) Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und –verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatrische Praxis. 34: 26-33.*
2. *Ketelsen, R., et al.(2001) Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. Psychiatrische Praxis. 28: 69-74*
3. *Martin, V., et al.(2007) Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung. Psychiatrische Praxis.. 34 Suppl 2: S212-7*
4. *S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie, Steinkopff Verlag, Heidelberg, 2010*
5. *S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/038-022.htm> (13.11.2009)*
6. *Ketelsen, R., et al. (2010) Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. Gesundheitswesen. Feb 17. [Epub ahead of print]*
7. *Martin, V., et al. (2007) The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland. Clinical practice and epidemiology in mental health. 3:1*
8. *Ketelsen, R., et al. (2003) Psychiatrische Behandlung mit offenen Türen. Krankenhauspsychiatrie. 14: 49-55*
9. *Steinert, T. (2008) Thesen des Arbeitskreises Prävention von Gewalt und Zwang zu aktuellen Entwicklungen in Psychiatrischen Kliniken. Psychiatrische Praxis. 35: 261-26*

23. Verbesserung der Alltagsaktivitäten in der geriatrischen Komplexbehandlung

Rainer Kleßmann, Kerstin Sudbrak, Klaus-Thomas Kronmüller, Michael Löhr

23.1. Fragestellung

Haben die therapeutischen und pflegerischen (speziell therapeutisch-aktivierende Pflege [1], Interventionen und Maßnahmen, die im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung erfolgen, Auswirkungen auf die grundlegenden Selbstversorgungsfähigkeiten und -fertigkeiten eines Patienten?

In wie weit verändert sich der „Barthel-Index“ von Aufnahme bis Entlassung?

23.2. Methode und Material

23.2.1. Untersuchungsdesign

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittstudie mit einem quantitativen Forschungscharakter. Als Datenmaterial wurden die Barthel-Indices bei Aufnahme und Entlassung sowie die soziodemographischen Daten erhoben. Zur einheitlichen und transparenten Operationalisierung der Einzel-Items wurde das Hamburger Einstufungsmanual von 1999 [2] verwandt. Als Grundlage wurden Patientenakten genutzt, die katamnestic analysiert und ausgewertet wurden.

23.2.2. Geschichte und Reputation des Barthel-Index

1965 entwickelten Barthel und Mahoney eine einfache Methode zur Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten von chronisch Kranken mit neuromuskulären Erkrankungen [3]. Einen hohen Anspruch an die statistischen Gütekriterien hatten sie damals nicht. Auch die Adaption ihrer Methode in andere Zusammenhänge z.B. als Qualitätskennzahl, als Kontrollparameter von Behandlungsverläufen und als Maßstab der Vergütungsstrukturen war nicht vorhersehbar oder geplantes Ziel. Lübke et al. sehen in ihrer Kontextstudie den Erfolg des Barthel-Index in der einfachen und anschaulichen

Anwendung und in dem weltweiten Verbreitungsgrad. Der häufig bestehende Eindruck einer hohen Validität und Reliabilität des Instrumentes wird durch ihre Analyseergebnisse relativiert und als unzureichend abgesichert beschrieben [4].

23.2.3. Feld/ Feldzugang

Die Untersuchung wurde in der Abteilung Innere Medizin des Zentrums für Altersmedizin der LWL-Klinik Gütersloh durchgeführt.

23.2.4. Sampling

Es wurden die Akten berücksichtigt, die als geriatrische Komplexbehandlung abgerechnet wurden. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, die an eine geriatrische Komplexbehandlung gestellt werden, beinhalteten alle ausgewählten Akten die benötigten Daten. Für den Zeitraum Januar bis Dezember 2009 konnten 266 Akten berücksichtigt werden.

23.2.5. Durchführung der Untersuchung

Die Studienplanung erfolgte im Januar und Februar 2010. Nach einem Pretest wurden das Design und das Sampling modifiziert. Die Datenerhebung durch eine Studentin der Gesundheitswissenschaften erfolgte im März und April 2010.

23.2.6. Erhebungsmethoden

Die Daten wurden zu 100% aus Patientenakten erhoben und in vorgegebenen Kategorien einer EXCEL-Matrix übertragen.

23.2.7. Auswertungsmethoden

Die erhobenen Daten wurden statistischen Analysen unterzogen. Deskriptive Verfahren und abgesicherte Effektstärken wurden mittels SPSS 15.0 analysiert. Es wurde die Methode der statistisch abgesicherten Effektstärke [5] genutzt. Diese hat den Vorteil, verglichen mit der herkömmlichen statistischen Signifikanz und klassischen Effektstärke [6], dass nicht allein das Vorhandensein von Effekten, sondern die Größe des Wirkungseffektes statis-

tisch abgesichert werden kann. Das statistisch abgesicherte Niveau wurde auf 5% festgelegt. Zur Beurteilung von Effektstärken sind folgende Konventionen üblich: Effektstärken = 0,1 (kleiner Effekt), = 0,5 (mittlerer Effekt) und =0,8 (großer Effekt) [5].

23.3. Ergebnisse

An dieser Stelle wird ein Auszug aus den Ergebnissen dargestellt. Insgesamt wurden 266 Akten in die Studie einbezogen (N=266). Das Durchschnittsalter der PatientInnen betrug 81 Jahre bei einer Standardabweichung von 7,7. Ein Drittel der PatientInnen waren männlich (88; 33,1%), zwei Drittel weiblich (178; 66,9%). Es zeigte sich, dass 48,1% (128) der PatientInnen aufgrund einer unspezifischen Gangstörung (ICD R26.8) in stationärer Behandlung waren. Die verbleibenden 138 PatientInnen zeigten heterogene Diagnosen (64). Ausgewertet wurden nur die Hauptdiagnosen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 25 Tage. Der Mittelwert des Barthel-Index bei Aufnahme betrug 43,7 Punkte von 100, bei Entlassung 60 Punkte von 100. Wissenschaftlich gestützte Aussagen können von diesen Werten allerdings nur bedingt abgeleitet werden. Die Erwähnung an dieser Stelle erfolgt nur zur Orientierung, da viele Institutionen die Vorher-Nachher-Werte erheben (vgl. Tab. 1). In der Betrachtung der Ergebnisse ohne Berücksichtigung von soziodemographischen Faktoren, konnten folgende abgesicherte Effektstärken in den einzelnen Unterkategorien und des Gesamtwertes des Barthel-Index gefunden werden (vgl. Tab.2). Festzustellen ist, dass in keinem Bereich große Effekte vorhanden sind und dass nur in zwei Bereichen (Aufstehen und Umsetzen/ Aufstehen und Gehen) mittlere Effekte (0,5) vorliegen. Allerdings sind in allen weiteren Bereichen zumindest kleine Effekte erkennbar, wobei die Thematik der Kontinenz im Stuhl- und Harnbereich (0,2 und 0,1) das Schlusslicht bildet. Im Vergleich der Effektstärken bei Männer und Frauen wird deutlich, dass nur bei Frauen in vier Bereichen (Aufstehen und Umsetzen/ Sich Waschen/ Aufstehen und Gehen/ Treppen steigen) mittlere Effekte (0,5) vorliegen. Bei Männern sind generell nur kleine Effekte vorhanden.

Messung	Item	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Aufnahme	Essen	266	0	10	6,4	3,5
Aufnahme	Aufstehen und Umsetze	266	0	15	8,2	5,2
Aufnahme	Sich Waschen	266	0	10	1,7	2,4
Aufnahme	Toiletten Benutzung	266	0	10	4,8	3,8
Aufnahme	Baden Duschen	266	0	10	0,5	1,5
Aufnahme	Aufstehen und Gehen	266	0	15	5,7	5,5
Aufnahme	Treppen steigen	266	0	10	1,4	3,0
Aufnahme	An- und Auskleiden	266	0	10	3,9	3,9
Aufnahme	Stuhkontinenz	266	0	10	5,5	4,3
Aufnahme	Harnkontinenz	266	0	10	5,5	4,1
Aufnahme	Gesamt	266	0	100	43,7	29,8
Entlassung	Essen	266	0	10	7,8	3,1
Entlassung	Aufstehen und Umsetze	266	0	15	11,2	4,5
Entlassung	Sich Waschen	266	0	10	3,0	2,5
Entlassung	Toiletten Benutzung	266	0	10	6,5	3,8
Entlassung	Baden Duschen	266	0	15	1,1	2,3
Entlassung	Aufstehen und Gehen	266	0	15	8,8	5,8
Entlassung	Treppen steigen	266	0	15	2,9	3,8
Entlassung	An- und Auskleiden	266	0	10	5,9	4,1
Entlassung	Stuhkontinenz	266	0	10	6,6	4,2
Entlassung	Harnkontinenz	266	0	10	6,4	4,1
Entlassung	Gesamt	266	0	100	60,0	31,5

Tabelle 1: Barthel-Index. Vergleich der Aufnahme- und Entlassungswerte

Item	N	abgesicherte Effektstärke	Beurteilung
Essen	266	0,3	kleiner Effekt
Aufstehen und Umsetze	266	0,5	mittlerer Effekt
Sich Waschen	266	0,4	kleiner Effekt
Toiletten Benutzung	266	0,3	kleiner Effekt
Baden Duschen	266	0,3	kleiner Effekt
Aufstehen und Gehen	266	0,5	mittlerer Effekt
Treppen steigen	266	0,4	kleiner Effekt
An- und Auskleiden	266	0,4	kleiner Effekt
Stuhkontinenz	266	0,2	kleiner Effekt
Harnkontinenz	266	0,1	kleiner Effekt
Gesamt	266	0,4	kleiner Effekt

Tabelle 2: Abgesicherte Effektstärken gesamt.

Geschlecht	Item	N	abgesicherte Effektstärke	Beurteilung
m	Essen	88	0,3	kleiner Effekt
m	Aufstehen und Umsetze	88	0,4	kleiner Effekt
m	Sich Waschen	88	0,2	kleiner Effekt
m	Toiletten Benutzung	88	0,2	kleiner Effekt
m	Baden Duschen	88	0,1	kleiner Effekt
m	Aufstehen und Gehen	88	0,4	kleiner Effekt
m	Treppen steigen	88	0,2	kleiner Effekt
m	An- und Auskleiden	88	0,3	kleiner Effekt
m	Stuhkontinenz	88	0,1	kleiner Effekt
m	Harnkontinenz	88	0,1	kleiner Effekt
m	Gesamt	88	0,4	kleiner Effekt
w	Essen	178	0,3	kleiner Effekt
w	Aufstehen und Umsetze	178	0,5	mittlerer Effekt
w	Sich Waschen	178	0,5	mittlerer Effekt
w	Toiletten Benutzung	178	0,3	kleiner Effekt
w	Baden Duschen	178	0,4	kleiner Effekt
w	Aufstehen und Gehen	178	0,5	mittlerer Effekt
w	Treppen steigen	178	0,5	mittlerer Effekt
w	An- und Auskleiden	178	0,4	kleiner Effekt
w	Stuhkontinenz	178	0,1	kleiner Effekt
w	Harnkontinenz	178	0,1	kleiner Effekt
w	Gesamt	178	0,4	kleiner Effekt

Tabelle 3: Abgesicherte Effektstärken nach Geschlecht.

23.4. Diskussion

Trotz notwendiger kritischer Betrachtung der Ergebnisse kann die unter 1.1 formulierte Frage nach der Wirkung der Behandlung und Pflege für die Selbstversorgungsfähigkeit, innerhalb der geriatrischen Komplexbehandlung, durchaus als positiv beantwortet werden. Generell sind nur kleinere und mittlere Effekte aufgetreten. Die deutlichsten Effektstärken sind in den Item-Bereichen Mobilisation und Gehen zu finden. Bei der Hauptdiagnosegruppe „unspezifischen Gangstörung“ (ICD R26.8) treten die größten Effektstärken in den genannten Item-Bereichen auf. Diskutabel ist, ob es statistisch *lege artis* ist, aus einem Instrument, wie den Barthel-Index, Item-Ebenen isoliert zu betrachten.

Eine ebenfalls positive Tendenz zeigt die absolute Mittelwertveränderung des Barthel-Index von 43,7 bei Aufnahme, hin zu 60 Punkten, bei Entlassung. Diese Veränderung weist nur einen kleinen Effekt auf, die in der Bewertung aber zu einem mittleren Effekt tendiert. Bei einer differenzierten klinischen Betrachtung werden allenfalls für den Patienten kleine Niveausprünge, im Sinne einer Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit und –fertigkeit erzielt. Diese kleinen klinischen Verbesserungen können für den Patienten aber eine große Bedeutung haben. Diese Untersuchung bietet keine Hinweise darauf, welche Maßnahmen und Therapien wirksam sind. Sie dient ausschließlich dazu, einen veränderten Status im Bereich der Selbstversorgungsfähigkeit zu identifizieren. Aufgrund des Studiendesigns können die Ergebnisse nicht einfach übertragen werden und haben auch keine generalisierende Aussagekraft.

23.5. Schlussfolgerung

Der Barthel-Index bietet aufgrund seines hohen Praxisbezuges und der einfachen Handhabung eine gute Möglichkeit, die Veränderung der Selbstversorgungsfähigkeit zu objektivieren. Die spezielle Auswertung mit abgesicherten Effektstärken bietet auch zukünftig eine gute Möglichkeit, Veränderungen transparent darzustellen. Es ist in weiteren Studien zu prüfen, ob bei differenzierter Bedarfsorientierung im pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Bereich die Effektstärken sich positiv oder negativ verändern. Differenzierte Interventionsforschung ist in Zukunft gefragt, damit Effekte auf Interventionen zurückzuführen sind. Trotz aller Einschränkungen wird deutlich, dass die geriatrische Behandlung und Pflege den Patienten dahingehend wirksam unterstützt, seine Selbstversorgungsfähigkeit aufzubauen.

23.6. Literaturverzeichnis

1. *Bundesverband Geriatrie (2009). Begriffsbestimmung: Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie. Gesehen: 21.07.2010. <http://www.bv-geriatrie.de/index.php?page=aktuelles>*
2. *DIMDI. Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. Gesehen: 21.07.2010. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/hamburger_manual.pdf*
3. *Mahoney, F., Barthel, D. (1965) Functional evaluation: the barthel index. Maryland State Med. Journal 21. S. 61-65.*
4. *Lübke, N. et al. (2004) Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 37, Heft 4. Steinkopff Verlag. S. 316-326*
5. *Hartmann, M. (o.J.) Signifikanz und Effektstärke bleiben auch zusammengekommen defizitäre Kenngrößen – Ein Vorschlag zur wirklichen Verbindung beider Größen. Gesehen: 21.07.2010. <http://www.ewf-news.de/dokumente/Abgesicherte%20Effektstaerke.pdf>*
6. *Glass, V.G. (1976) The meta-analysis of research. Review of Research in Education.*

24. Depression und Suizidalität – Neuer Förderschwerpunkt im Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit

Nina Kolbe, Elke Donath, Monika Hörr, Holger Miska, Detlef Rüsing

24.1. Depression und Suizidalität in Deutschland: Ein Feld mit Handlungsbedarf?

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen, die Menschen aller Altersstufen und Geschlechter, Gesunde wie chronisch Kranke treffen können. Weltweit sind 121 Millionen Menschen von dieser Erkrankung betroffen [1].

Auch in Deutschland ist die Depression mit einer Prävalenz von 13% die häufigste psychische Erkrankung [2] und das, obwohl man davon ausgeht, dass nur bei jedem zweiten Betroffenen die Diagnose Depression gestellt wird. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe seines Lebens an einer depressiven Episode zu leiden liegt zwischen 15 % und 17 % [3, 4].

Die gefürchtetste Folge einer Depression ist der Suizid. Im Jahr 2007 töteten sich in Deutschland 9.402 Personen selbst [5]. Allerdings ist hier von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) beträgt die Suizidziffer in Deutschland 17,4/100.000 für Männer und 5,7/100.000 für Frauen. Demnach stirbt in unserem Land jeder 87. Mann und jede 243. Frau durch Suizid.

Laut WHO sind von einem Suizid neben dem Durchführenden sechs weitere Menschen betroffen. Potenziert man vor diesem Hintergrund die bereits erschreckend hohen Zahlen der Selbsttötungen mit dem Faktor 6, wird deutlich, dass es sich bei Suizid und Suizidversuchen auch um ein gravierendes gesellschaftliches und soziales Problem handelt.

Insgesamt sind 40 % bis 70 % der Suizide auf Depressionen zurück zu führen [6]. Schwere Depressionen treten des Öfteren als Co-Erkrankungen auf wie

zum Beispiel nach Myokardinfarkt (Prävalenzrate: 15 % - 23 % [7]) oder Morbus Parkinson (Prävalenzrate: 35 % [8]). Betrachtet man die chronische Herzinsuffizienz, so zeigen sich bei 24 % - 85 % der Patienten depressive Symptome, eine schwere Depression bei 14 % bis 26 % [9]. Die Existenz der Depression steigert die Morbidität und die Mortalität, den Betroffenen wird eine schlechtere Prognose zugesprochen. Zudem haben Depressive ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko an einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt zu sterben [10].

Von der großen Zahl der Menschen mit depressiver Symptomatik erhält nur eine Minderheit eine optimale Behandlung. Die Gründe hierfür liegen zum einen bei den Betroffenen, denen Hoffnung und Energie fehlt, sich Hilfe zu holen oder denen entsprechende Hilfemöglichkeiten nicht bekannt sind. Zum anderen sind sie auf die Gesundheitsanbietern zurückzuführen, bei denen Unkenntnis, Unterschätzung und Stigmatisierung der Erkrankung zu diagnostischen und therapeutischen Defiziten führt.

Hieraus ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf, zumal Depressionen in der Regel gut behandelbar sind. Mit Psychotherapie und Pharmakotherapie sowie psychosozialen Betreuungskonzepten stehen wirksame Behandlungsverfahren und Betreuungsansätze zur Verfügung [11]. Aber dazu muss zunächst die Depression erkannt werden.

Menschen mit Depression sind in allen Sektoren und Fachbereichen des Gesundheitswesens zu finden (u.a. Psychiatrie, Pädiatrie, auf internistischen Stationen, Gynäkologie, Onkologie, Geriatrie, im Alten- und Pflegeheim, in der ambulanten Pflege).

Während im medizinischen Bereich zu Diagnostik und medikamentösen Therapieformen viel geforscht und entwickelt wird, wird das Thema „Depression und Suizidalität“ in der pflegerischen Versorgung und der Behandlung durch nicht-ärztliche Heilberufe in Deutschland bisher nur gestreift. Hier besteht in Deutschland noch großer Nachhol- und vor allem Handlungsbedarf.

24.2. Vom Ausland lernen – Das Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit

Wie auch bei anderen Themen kann das Ausland ein wichtiger Impulsgeber sein. Der fachliche Austausch mit den Akteuren vor Ort, das Kennen lernen unterschiedlicher Ansätze, Methoden und Erfahrungen im Rahmen von Auslandshospitationen kann wichtige Ansätze für die Entwicklung oder Weiterentwicklung von Präventions-, Betreuungs- und Versorgungsprojekte in Deutschland liefern.

Das Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, bietet seit nunmehr acht Jahren Fachkräften aus Pflege- und Gesundheitsberufen die Möglichkeit an Einrichtungen des Gesundheitswesens im Ausland zu hospitieren.

Neben der Förderung themenoffener Hospitationen beinhaltet die aktuelle Förderphase des Programms erstmals auf Grund des beschriebenen Handlungsbedarfs den thematischen Schwerpunkt „Depressionen und Suizidalität“. Ziel dieser Fokussierung ist das theoretische und praktische Wissen für eine qualifizierte Versorgung für Menschen mit Depression und Suizidalität in Deutschland zu erweitern und von den Erfahrungen in anderen Ländern zu profitieren.

24.2.1. Informationen über das Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit

Das Programm richtet sich an Fachkräfte im Gesundheitswesen aus Praxis, Management und Ausbildung, die eigen- oder mitverantwortlich strukturelle und inhaltliche Veränderungen in ihrem Tätigkeitsbereich planen, vermitteln und/oder umsetzen. Bewerben können sich Fachkräfte aus der Pflege und aus anderen Gesundheitsberufen wie zum Beispiel Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden oder Diabetesberater.

Das Gastland und die Gastinstitution/en sind frei wählbar, müssen sich jedoch durch die Fragestellung begründen. Dass heißt, dass in den gewählten Einrichtungen Erfahrungen mit Lösungen zu den im Antrag dargelegten Fragestellungen des Hospitationsvorhabens vorliegen. Die eigenständige Organisation des Hospitationsplatzes durch den Teilnehmer wird vorausgesetzt.

Teilnehmer des Programms erhalten einen Zuschuss zu Reise- und Aufenthaltskosten sowie Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Hospitationsplatz im Gastland und bei reiseorganisatorischen Fragen und Problemen. Durch die verpflichtende Teilnahme an Vor- und Nachbereitungsseminaren und durch die Einbindung in das programmbegleitende Teilnehmernetzwerk werden der Austausch und die Kooperation zwischen den Teilnehmern gefördert und nicht zuletzt dadurch eine Optimierung der Auslandserfahrungen und der Transferleistung in Bezug auf die gewonnenen Erkenntnisse in das Berufsfeld ermöglicht werden.

Bewerbungen können zum Ende eines Quartals beim Institut G-plus, das das Programm durchführt, eingereicht werden. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgt vierteljährlich jeweils im ersten Monat des auf das Abgabedatum der Bewerbung folgenden Quartals durch ein Fachgremium.

Alle Bewerbungsunterlagen sowie vertiefende Informationen sind auf der Internetseite www.g-plus.org hinterlegt.

24.3. Fazit

Um die Versorgung von Menschen mit Depression sowie die Suizidprävention in Deutschland weiterzuentwickeln und zu verbessern kann der offene und interessierte Blick ins Ausland mehr als nur Ideen und Impulse liefern. Mit dem neuen Themenschwerpunkt „Depression und Suizidalität“ im Rahmen des Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit ermöglicht die Robert Bosch Stiftung Akteuren in der Pflege sowie Angehörige nicht-ärztlicher Heilberufen im Ausland konkret neue Konzepte zu diesem Themenbereich kennen zu lernen. Im Rahmen von Auslandshospitationen können Fragestellungen gezielt betrachtet, Erkenntnisse gesammelt und mit den Akteuren vor Ort diskutiert werden. Das praktische Erleben neuer Modell und Konzepte und der fachliche Austausch mit Kollegen vor Ort ermöglichen weitaus mehr als den reinen Transfer theoretischen Wissens: Das direkte Erleben vor Ort vermittelt theoretisches, vor allem aber auch praktisches Wissen - und bildet damit eine wichtige Basis, um neue Modelle, Konzepte und nur Elemente daraus auch nach der Rückkehr in Deutschland erfolgreich zu etablieren.

24.4. Literatur

1. *Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B (2007): Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet 370 (9590): 851-858.*
2. *Wittchen, H.U. & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 17, Suppl 1: S1-S11.*
3. *Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998): Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33: 587-595.*
4. *Kessler RC, Berglund PA, Demler O, Jin R, Walters EE (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Archives of General Psychiatry. 62 (6): 593-602.*
5. *Statistisches Bundesamt Deutschland: Todesursachenstatistik. Aus: GENESIS-Online, Statistik 23211*
6. *Lönquist J (2000): Psychiatric Aspects of suicidal behaviour: depression. In: Hawton K, Heeringen K van (Hrsg) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, John Wiley & Sons, Ltd.: 107-120.*
7. *Deuschle, Michael; Lederbogen, Florian; Borggrefe, Martin; Ladwig, Karl-Heinz (2002): Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei depressiven Patienten. Deutsches Ärzteblatt 99(49): A-3332 / B-2805 / C-2614*
8. *Reijnders JS, Ehrt U, Weber WEJ, Aarsland D, Leentjens AFG (2008): A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. Mov Disord. 23(2): 183-189.*
9. *Lane DA, Chong AY, Lip GYH (2005): Psychological interventions for depression in heart failure. The Cochrane Collaboration® published by John Wiley & Sons 2009*
10. *Odenbach J (2009): Depression in Deutschland. Die Krankenversicherung 04: 72-74*
11. *Hegerl U, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A (2003): Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. Deutsches Ärzteblatt 100 (42): 2732-2737*

25. Suizid und Suizidalität – Welche Rolle spielt die Pflege?

Bernd Kozel, Christoph Abderhalden

25.1. Einleitung

Zahlreiche Studien zeigen, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein erheblich erhöhtes Suizidrisiko aufweisen [1, 2]. Die Behandlung und Betreuung von suizidalen Menschen ist demnach eine häufige Praxissituation in der Psychiatrie, die sehr anspruchsvoll ist und ein hohes Mass an Verantwortung erfordert. Fast immer finden Behandlung und Betreuung in einem interdisziplinären Kontext und innerhalb multiprofessioneller Teams statt [3]. Dieser Umstand macht eine Gestaltung des interdisziplinären Behandlungsprozesses notwendig, um die für den suizidalen Menschen bestmögliche Behandlung und Betreuung anbieten zu können. Die Teamarbeit bildet somit das Fundament einer qualitativ hochwertigen, interdisziplinären Behandlung [4]. Die Teamarbeit wird nur dann effektiv und für die PatientInnen erfolgreich verlaufen, wenn die Rollen und Beiträge der einzelnen Berufsgruppen eindeutig beschrieben und genau definiert sind [3]. Der Begriff der sozialen Rolle kann wie folgt definiert werden: Das vom Umfeld geforderte oder erwartet Verhalten an eine Person oder eine Gruppe [5]. Somit werden in einem multiprofessionellen Team auch immer unterschiedliche Berufsrollen eingenommen, die Abgrenzung von der einen zur anderen Rolle lässt sich dabei nicht immer klar unterscheiden.

25.2. Problemstellung

Welche Rolle kommt nun der Pflege bei der Betreuung von suizidalen Menschen zu? Welche Rolle sollte sie einnehmen? Welche Rolle muss sie einnehmen? Welche Rolle kann sie einnehmen?

Dies alles sind Fragen, auf die es je nach Perspektive sehr unterschiedliche Antworten und somit auch sehr unterschiedliche Rollenzuschreibungen geben kann. Im Folgenden einige Statements als Beispiel:

„Die Pflege hat bei der Betreuung von suizidalen Patienten vor allem Beobachtungs- und Überwachungsaufgaben zu erfüllen.“

„Suizidalität ist Sache der Medizin“

„Pflege suizidaler Menschen bedeutet vor allem menschliche Zuwendung“

„Die Pflege suizidaler Menschen besteht in der Befolgung des Klinikstandards Suizidalität“

25.3. Ziel

Das Ziel dieses Beitrages ist es, einen Vorschlag zur Klärung der pflegerischen Rolle bei der Behandlung und Betreuung von suizidalen Menschen zu machen.

25.4. Rolle der Pflege

Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme [6]. Mit dieser Definition von Pflege ist der Bereich pflegerischen Handelns bereits klar eingegrenzt. Unter „Reaktion auf Gesundheitsprobleme“ werden unter anderem Funktionseinschränkungen, Krankheitsfolgen, Alltagsbeeinträchtigungen und der Umgang mit Therapien verstanden [7]. Die Medizin beschäftigt sich mit der Diagnose und Behandlung von Krankheiten, die Pflege mit der Diagnose und Behandlung von Reaktionen auf Krankheiten. Dieser spezifische Wissens- und Tätigkeitsbereich der Pflege bestehend aus Pflegediagnosen, -interventionen und –ergebnissen [8] wird in den drei Klassifikationssystemen NANDA NIC und NOC abgebildet [9, 10, 11].

Der Pflegeprozess (Diagnose, Intervention, Ergebnis) orientiert sich am Erleben der PatientInnen, ihren Bedürfnissen und ihren Entscheidungen. Er ist eingebettet in das professionelle Beziehungsangebot der Bezugspflegerperson, die eine kontinuierliche und individuelle Betreuung gewährleistet [12].

Eine qualitativ hochwertige Pflege bezieht im Sinne einer evidenzbasierten Praxis die derzeit besten wissenschaftlichen Erkenntnisse in die klinische Praxis mit ein [13]. Dies betrifft vor allem die Entscheidungen über die Ver-

wendung von bestimmten Diagnoseverfahren (Pflegeassessments) oder der Anwendung von Pflegeinterventionen. Evidenzbasiertes Arbeiten ist notwendig, weil das alleinige Fokussieren auf die Erfahrung und Beziehung nicht ausreicht, um den PatientInnen die bestmögliche pflegerische Behandlung zukommen zu lassen [14].

25.5. Suizid und Suizidalität – Rolle der Pflege

Die NANDA-Pflegediagnosenklassifikation enthält die Pflegediagnose „Risiko eines Suizids“ [9], die Pflegeinterventionsklassifikation enthält die passende Pflegeintervention „Suizidprävention“ [10]. Suizidalität als Reaktion auf ein aktuelles oder potenzielles Gesundheitsproblem stellt eine klassische pflegerische Diagnose dar, für deren Beurteilung und Risikoeinschätzung verschiedene Instrumente zur Verfügung stehen [15, 16]. Die Bezugspflegerperson ist besonders dazu geeignet, eine „therapeutischen Beziehung“ zu suizidalen PatientInnen aufzubauen, da sie im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen kontinuierliche und regelmässige Kontakte zu ihren Patienten hat. Dies ist ein grosser Vorteil bei einer Reihe weiterer Interventionen. Beispielsweise das Erstellen von Notfallplänen, das Durchführen von Skills-Trainings, das Abschliessen von Non-Suizid-Verträgen oder spezielle Outreach Elemente (Hausbesuche, telefonische oder briefliche Kontaktangebote). Bei genauer Betrachtung fällt auf, dass die Pflege den grössten Teil der Einschätzung und Betreuung von suizidalen Menschen gemäss ihrer Berufsrolle übernehmen könnte beziehungsweise müsste. Lediglich die psychopharmakologische Behandlung und spezielle Psychotherapien liegen nicht in ihrem Handlungsfeld.

25.6. Schlussfolgerung

- Die Einschätzung und Begleitung von suizidalen Menschen ist Pflege.
- Das Bezugspersonensystem ist besonders für die Begleitung von suizidalen Menschen geeignet
- Suizid und Suizidalität könnte ein interessanter Schwerpunkt für eine Advanced Practice Nurse sein.

25.7. Literatur

1. Harris, C.E., Barraclough, B.M. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 170: p. 205-228.
2. King, E. (1994) Suicide in the mentally ill. An epidemiological sample and implications for clinicians. *British Journal of Psychiatry*. 165: p. 658-663.
3. Abderhalden, C. (1999) Pflegeprozess, Pflegediagnosen und der Auftrag der Pflege in der interdisziplinären Zusammenarbeit. In: Sauter, D., Richter, D. (Hrsg.) *Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
4. Urbaniok, F. (2000) *Teamorientierte stationäre Behandlung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
5. Dahrendorf, R. (2006) *Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle*. Wiesbaden: VS-Verlag
6. American Nurses Association, ANA (1995) *Nursing`s social policy statement*. Kansas City: American Nurses Association.
7. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2004) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag.
8. Dassen, T., Kottner, J. (2007) *Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum – ein Positionspapier*. *Pflegezeitschrift*. 2: p. 96-100.
9. NANDA International (2008) *Pflegediagnosen. Definitionen & Klassifikationen. 2007-2008*. Bad Emstal: Recom.
10. McCloskey Dochterman, J., Bulechek, G.M. (2004) *Nursing Interventions Classification*. St. Louis: Mosby.
11. Johnson, M., Maas, M.L., Moorhead, S. (2005) *Pflegeergebnisklassifikation (NOC)*. Bern: Hans Huber Verlag.
12. Needham, I., Abderhalden, C. (2002) *Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege*. *Psych Pflege*. 8: p. 189-193.
13. Behrens, J., Langer, G. (2004) *Evidence-based Nursing*. Bern: Hans Huber Verlag.
14. Schulz, M. (2003) *Rekonzeptualisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege*. *Pflege & Gesellschaft*. 4: p. 140-145.
15. Abderhalden, C., Grieser, M., Kozel, B., Seifritz, E., Rieder, P. (2005) *Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? Bericht über ein Praxisprojekt*. *Psych Pflege*. 11: p. 160-164.
16. Jobes, D.A. (2006) *Managing Suicidal Risk. A collaborative approach*. New York: Guilford Press.

26. Systematisierte interdisziplinäre Einschätzung der Suizidalität – Evaluationsergebnisse aus drei psychiatrischen Kliniken

Bernd Kozel, Manuela Grieser, Gianfranco Zuaboni, Uwe Braamt, Christoph Abderhalden

26.1. Hintergrund

Die Risikobeurteilung der Suizidgefährdung ist eine wichtige und herausfordernde Aufgabe für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen [1]. Aus diesem Grund wird von einigen Experten die Verwendung von geeigneten Einschätzungsinstrumenten für eine professionelle Beurteilung des Suizidrisikos empfohlen [2, 3, 4]. Die Anwendung dieser Instrumente ist jedoch besonders aus zwei Gründen problematisch. So wird kaum zwischen einer erhöhten „Basissuizidalität“ und einer akuten Suizidalität unterschieden. Ausserdem bleiben der klinische Gesamtkontext und das Erleben der PatientInnen unberücksichtigt [5]. An den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern UPD (CH), der LWL-Klinik Psychiatrie-Psychotherapie-Psychosomatik Herten (D) und der Privatklinik Sanatorium Kilchberg (CH) haben wir ein interdisziplinäres Konzept zur systematisierten Einschätzung des Suizidrisikos implementiert. Das Konzept besteht in Bern und Herten aus einem Screening-Verfahren (Erfassung von 16 evidenzbasierten Risikofaktoren mit der Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale NGASR, subjektive Einschätzung und interdisziplinäre Einschätzung) [1, 2], das gegebenenfalls mit einer Selbstbeurteilung durch die PatientInnen (Suicide Status Form II German Version SSF-II) [6] ergänzt wird. Mit dem Screening wird bei allen eintretenden PatientInnen das Vorliegen evidenzbasierter Risikofaktoren (Basissuizidalität) auf einer dichotomen Skala [2] überprüft und durch eine subjektive, gefühlsmässige Einschätzung ergänzt. Anhand der beiden Einschätzung erfolgt die interdisziplinäre Festlegung auf die derzeitige Risikogefährdung der PatientInnen (1=kleines, 2=mässiges, 3=hohes oder 4= sehr

hohes Risiko). Die akute Suizidalität wird mit der Suicide Status Form II (SSF-II) vertieft überprüft, wenn im Screening-Verfahren die Risikostufen 3=hohes Risiko oder 4=sehr hohes Risiko interdisziplinär festgelegt wurden. Die Suicide Status Form II führt letztlich zu einem strukturierten Gespräch über die Suizidalität gemeinsam mit den Patienten. In der Privatklinik Sanatorium Kilchberg (CH) wird das Screening-Verfahren verwendet, die Suicide Status Form II kommt nicht zum Einsatz. Die vertiefte Überprüfung der akuten Suizidalität erfolgt dort mit dem Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität nach Pöldinger [7].

26.2. Problemstellung

Handelt es sich bei unserem Konzept „Systematisierte Einschätzung der Suizidalität“ um ein Verfahren, das in der klinischen Praxis erfolgreich zur Beurteilung der Suizidgefährdung verwendet werden kann?

26.3. Ziele

Unser Ziel war die Evaluation der klinischen Anwendung des Konzeptes „Systematisierte Einschätzung der Suizidalität“ in drei psychiatrischen Kliniken in der Schweiz und Deutschland.

26.4. Vorgehen

Wir haben in Bern, Herten und Kilchberg verschiedenen Methoden zur Evaluation des Konzeptes „Systematisierte Einschätzung der Suizidalität“ angewendet. Die von uns gesammelten Daten wurden quantitativ oder qualitativ ausgewertet:

1. Zunächst haben wir das Sicherheitsempfinden des Pflegepersonals beim Einschätzen der Suizidalität vor (T1) und sechs Monate nach der Einführung (T2) unseres Konzeptes mit einer visuellen Analogskala (10cm-VAS-Skala) erfasst. Die statistische Datenanalyse führten wir mit dem Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben durch.
2. Weiterhin haben wir den Zeitaufwand des Pflegepersonals für das Risikoscreening erfragt und den Mittelwert/Median in Minuten berechnet.

3. Wir haben die Risikobeurteilungen während des Screening-Verfahrens gesammelt und das Vorkommen der vier Risikostufen (1=kleines, 2=mässiges, 3=hohes oder 4=sehr hohes Risiko) nach ihren Häufigkeiten prozentual ausgewertet und dargestellt.

4. Unmittelbar nach der Anwendung der Instrumente NGASR-Skala und SSF-II haben wir in Bern mit den betreffenden Pflegepersonen leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Pflegepersonen wurden von uns nach der Anwendbarkeit und der Praktikabilität der beiden Instrumente befragt. Bei der SSF-II interessierte uns zusätzlich, wie das Gespräch über die Suizidalität des Patienten erlebt wurde und welche Konsequenzen sich daraus ergaben. Zur Datenanalyse bildeten wir inhaltsanalytische Kategorien, weiterhin wurden die Interviewaussagen von uns narrativ zusammengefasst.

26.5. Ergebnisse

26.5.1. Sicherheitsempfinden

Wir konnten in allen drei Kliniken (Herten, Kilchberg und Bern) eine Verbesserung des subjektiven Sicherheitsempfindens beim Einschätzen der Suizidalität nach der Einführung unseres Konzeptes feststellen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Sicherheitsempfinden beim Einschätzen der Suizidalität T1/T2

	T1		T2		
	n	Mw. (Min.-Max.)	n	Mw. (Min.-Max.)	p
Herten	70	6.02 (1.90-9.20)	54	7.01 (3.80-9.10)	.001*
Kilchberg	57	6.66 (2.60-9.00)	62	7.47 (4.50-10.00)	.008*
Bern	31	5.60 (1.00-9.00)	22	7.20 (4.00-10.00)	.003*

*statistisch signifikant $p \leq .05$

26.5.2. Zeitaufwand

Den Zeitaufwand für das Risikoscreening haben wir in Herten und Kilchberg überprüft. Es wurden im Durchschnitt ca. 5 Minuten für die Durchführung des Risikoscreenings (NGASR+Subjektiv+Interdisziplinär) benötigt (siehe Tabelle 2). Dabei lag der maximal benötigte Zeitaufwand bei 30 Minuten.

Tabelle 2: Zeitaufwand Risikoscreening in Minuten

	n	Mittelwert	Median	Min.	Max.
Herten	1460	4.78	3.00	1.00	30.00
Kilchberg	449	6.44	5.00	1.00	30.00

26.5.3. Risikobeurteilungen

Eine hohe oder sehr hohe Basissuizidalität (Stufen 3+4) fanden wir bei 25-32% der PatientInnen (siehe Tabelle 3). Subjektiv wurden ca. 5-7% der PatientInnen mit einem hohen oder sehr hohen Suizidrisiko eingestuft. Die interdisziplinär festgelegten Risikostufen lagen schliesslich bei ca. 5-6% der PatientInnen im Bereich hohes oder sehr hohes Risiko.

Tabelle 3: Verteilung der Risikostufen

Risikostufen	Basissuizidalität		Subjektiv		Interdisziplinär	
	1+2	3+4	1+2	3+4	1+2	3+4
Herten* (n=2339)	1741 (74.1%)	598 (25.5%)	2091 (89%)	114 (4.8%)	721 (30.7%)	53 (2.2%)
Kilchberg* (n=521)	358 (68.4%)	163 (31.3%)	486 (92.3%)	34 (6.6%)	452 (86.7%)	29 (5.6%)
Bern* (n=78)	53 (68%)	25 (32%)	70 (89.7%)	4 (5.2%)	65 (83.3%)	5 (6.4%)

*Differenz zu 100% = fehlend Angaben

26.5.4. Anwendbarkeit und Konsequenzen

Die Anwendung der NGASR-Skala wurde von allen interviewten Personen als „unproblematisch“ bezeichnet. Zum Beispiel wurden die einzelnen Items als verständlich und einschätzbar beschrieben. Unklarheiten konnten in allen Fällen mit der Durchführungsanleitung für die NGASR-Skala beseitigt werden.

Unsere Interviews zur Suicide Status Form II (SSF-II) haben gezeigt, dass die PatientInnen sich „nicht mehr mit ihrer Suizidalität alleine gelassen fühlten“. Die PatientInnen hatten den Eindruck, dass „ihnen geholfen wird“ und dass sie „weniger hilflos“ in ihrer Situation sind. Die mit Hilfe der SSF-II strukturierten Gespräche über die Suizidalität trugen zur „Klärung“ der Umstände der Suizidalität bei. Beispielsweise wurde in einer Situation klar, dass die Suizidalität hauptsächlich mit dem erstmaligen Auftreten von Stimmenhören verbunden war. Wir erhielten von allen Interviewten die Rückmeldung, dass durch das Gespräch mit der SSF-II eine „gute Beziehung“ zur Bezugspflegeperson aufgebaut wurde. Dies führte unter anderem auch dazu, dass geschlossene Stationstüren wieder geöffnet werden konnten.

26.6. Schlussfolgerungen

- Das Konzept systematisierte Einschätzung der Suizidalität ist einfach und schnell in der klinischen Praxis anwendbar.
- Es gibt Hinweise dafür, dass sich die AnwenderInnen des Konzeptes sicherer beim Einschätzen der Suizidalität fühlen.
- Etwa 30% der PatientInnen weisen eine hohe oder sehr hohe Basissuizidalität auf. Lediglich 5% der PatientInnen werden als akut suizidal diagnostiziert.
- Die Konsequenzen die sich für die PatientInnen aus der Anwendung der SSF-II ergaben, können als positiv bezeichnet werden (Beziehung, Hilflosgkeit, usw.).

26.7. Literatur

1. *Abderhalden, A., Grieser, M., Kozel, B., Seifritz, E., Rieder, P. (2005) Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? Bericht über ein Praxisprojekt. Psych Pflege Heute. 11: p. 160-164*
2. *Cutcliffe, J., Barker, P. (2005) The Nurses`Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 11: p. 393-400*
3. *Ebner, G., Lehle, B. (2005) Suizidalität – Erkennen, Vorgehensweise, rechtliche Situation. Psychiatrie. 4: p. 9-18*
4. *Lyons, C., Price, P., Embling, S., Smith, C. (2000) Suicide Risk Assessment: a review of procedures. Accident and Emergency Nursing. 8: p. 178-186*
5. *Michel, K. (2002) Der Arzt und der suizidale Patient. Teil 1: Grundsätzliche Aspekte. Schweizerisches Medizin-Forum. 29/30: p. 704-707*
6. *Jobes, D., Jacoby, A., Cimboic, P., Husted, L. (1997) Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. Journal of counseling psychology. 44: p. 368-377*
7. *Pöldinger, W. (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Bern: Hans Huber Verlag*

27. Euthymes Erleben

Martina Krümmel

In der Arbeit mit depressiven Patienten in der Allgemeinpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie ist das Euthyme Erleben ein fester Bestandteil des pflegerischen Therapieangebotes. Die Patienten werden in ihrer Wahrnehmung sensibilisiert und ihre fünf Sinne geschult. Der Ausgangspunkt ist die Annahme das sie durch ihre Erkrankung dies im Alltag wenig erleben: sich mal etwas zu gönnen und zu genießen!

Das Euthyme Erleben besteht aus 5 Modulen: Hören, Sehen, Fühlen, Schmecken und Riechen.

In den einzelnen Therapiestunden werden nacheinander einzelne Übungen zu den Modulen durchgeführt. Die festgelegte Gruppe besteht aus 8 Patienten, die untereinander von sich lernen und sich austauschen. Können sie aus ihrer Lethargie und Traurigkeit erwachen, so werden schöne Erinnerungen aktiviert, fühlen was ihrer Seele gut tut. Die Genussregeln werden vorgestellt, auf positive Gefühle wird verwiesen, der Mensch soll genießen lernen und Selbstfürsorge ist Pflicht.

27.1. Literatur

1. *Die kleine Schule des Genießens von R. Lutz*

28. Evidenz basierte Pflegeinterventionen bei Major Depression – ein Teilprojekt aus dem Forschungsprojekt NIDES (Nursing Intervention for patients with depression in Switzerland)

Stefan Kunz, Manuela Grieser, Ruth Meer-Lüth

28.1. Hintergrund

Depressionen sind die weltweit häufigsten psychiatrischen Erkrankungen [1], bis 2020 werden sie gemäß Schätzungen der WHO die zweithäufigsten Erkrankungen nach den ischämischen Herzerkrankungen sein [2]. Depression geht mit einem hohen Leidensdruck und einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität für Betroffene und deren Familiensystem einher [3]. Die Erkrankung nimmt bei zu später Diagnose und Fehlbehandlung einen ungünstigen Verlauf. Eine frühe Erfassung und Behandlung von depressiven Symptomen im primären und sekundären Behandlungssetting ist von entscheidender Bedeutung [4].

28.2. Einleitung

In der Literatur wird die Behandlung der Depression als suboptimal beschrieben [1]. Die Hauptproblematiken liegen im Erkennen der Symptomatik, der kontinuierlichen Fallbegleitung und in der Koordination der Gesundheitsdienste [5]. Bedeutende Untersuchungen weisen darauf hin, dass systematische Assessments, guidelinebasierte Behandlungen und qualitätsgeprüfte Pflegeinterventionen den Behandlungserfolg entscheidend beeinflussen [6]. Die Profession der Pflege, welche den Vorteil der stetigen Präsenz beim Patienten hat, könnte hier eine bedeutende Ressource darstellen [7].

28.3. Fragestellungen

- Welche pflegerischen Interventionen zur Behandlung der Major Depression sind bekannt?
- Welche externe Evidenz weisen diese Behandlungsansätze auf?

28.4. Methode

Zur Bearbeitung suchten wir primär nach deutsch- und englischsprachigen Veröffentlichungen in den Datenbanken MEDLINE, Chochrane Database of Systematic Reviews und Chochrane Central Register of Controlled Trials und PsychINFO. Eine sekundäre Literatursuche führten wir in den Verzeichnissen der gefundenen Artikel, im World Wide Web und in den Datenbanken mit „related articles“ durch.

Als Suchstrategie verwendeten wir die Begriffe „depression“, „nurs*“, „care“, „guidelines“, „intervention“, „therapy“, „evidence based treatment“, „nursing decision making“ und „nursing process“ in unterschiedlichen Kombinationen. Limitiert wurden die Studien auf Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial. Den Evidenzgrad der Studien beurteilten wir mit dem „Level of Evidence“ vom Centre of Evidence Based Medicine [8].

28.5. Ergebnisse

In der folgenden Tabelle wird eine Übersicht möglicher Behandlungselemente bei Depression vorgestellt und deren externe Evidenzlevels beschrieben.

Level 1 = Metaanalysen und Systematic Reviews from RCTs

Level 2=Metaanalysen und Systematic Reviews von Kohortenstudien

Level 3=Systematic reviews von Fall-Kontroll-Studien

Level 4=Fall-Kontroll Studien und Kohortenstudien

Level	Intervention	N
1	-Verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapie [9]	1
	-Psychoedukation zum Thema Medikamente und Nebenwirkungen [10]	1
	-Sport und Bewegung [11]	2
	-Problemlösungsorientierte Therapie [12]	3
	-Entspannungstherapie [13]	1
2	-Klientenzentrierte Gesprächstherapie [14]	1
	-Beratung, Informationsweitergabe und Überweisung an andere Professionelle [15]	1
	-Unterstützte Selbsthilfe [16]	2
	-Selbsthilfegruppen [17]	1
	-Soziales Kompetenztraining [18]	1
	-Musiktherapie [19]	2
-Kunsttherapie [20]	2	
2-3	-Arbeitstherapie [21]	3
	-Körperbezogene Therapie [22]	2
	-Bibliotherapie [23]	7
3	-Psychoedukation (Fokus: Angst und Schlafprobleme)[24]	1
	-Rekreationstherapie (Befriending) [25]	2
	-Massage (Low stroke Massage) [26]	2
4	Tanz- und Bewegungstherapie [27]	3

Aus Platzgründen konnte nur eine Referenz zu den einzelnen pflegerischen Interventionen aufgeführt werden.

28.6. Schlussfolgerung

- Die externen Evidenzen für Pflegeinterventionen bei Depression bewegen sich zwischen Level 1-4. Teilweise sind die Maßnahmen bereits Bestandteil der Ausbildung und werden auch in der Praxis ansatzweise umgesetzt (Psychoedukation, Beratung, Informationsweitergabe für Selbsthilfegruppen, Sport und Bewegung).
- Einige Interventionen müssten in die Ausbildung integriert und durch Praxisprojekte implementiert werden (Bibliotherapie, Massagen, Entspannungstherapien).
- Einige Therapieansätze können nur mit spezieller Zusatzausbildung durchgeführt werden. Sie werden laut publizierten Praxisberichten in vereinzelt Institutionen auch von der Pflege angeboten (Tanz- und Bewegungstherapie, Gruppentherapie, Körperbezogene Therapie).
- Die Umsetzung weiterer noch nicht publizierter Behandlungsansätze in der Praxis, müsste wissenschaftlich evaluiert werden.

28.7. Gesamtprojekt NIDES

Diese Untersuchung stellt ein Teilprojekt einer Gesamtstudie (Nursing Intervention for patients with depression in Switzerland) dar, in welchem es um die Erfassung und Behandlung von Depression in der Schweiz aus pflegerischen Gesichtspunkten heraus geht.

28.8. Literatur

1. Gilbody S., *What is the evidence on effectiveness of capacity building by primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression? Copenhagen, WHO Regional Office of Europe - Health Evidence Network report, 2004.*
<http://www.euro.who.int/Document/E86602.pdf> (Accessed 14.01.2009).
2. WHO- World Health Organization, *WHO health topics- depression, 2009.*
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definitionen/print.html (Accessed 26.11.2009).
3. Rapaport M.H., et al., *Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. Am J Psychiatry, 2005. 162: p. 1171-1178.*
4. Gilbody S., Bower P., and Fletcher J, *Collaborative care for depression: a systematic review. Psychological Medicine, 2006. 36(7-14).*
5. Bodenheimer T., Wagner E., and Grumbach K., *Improving primary care for patients with chronic illness- the chronic care model. Part 2. Journal of American Medical Association, 2002. 288: p. 1909-1914.*
6. Kessler R.C., et al., *The epidemiology of major depressive disorders: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA, 2003. 289(23): p. 3095-3105.*
7. Bowers L., *Reason for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005. 12: p. 231-236.*
8. Centre of Evidence based Medicine, C., *Levels of Evidence Table, in 07.01.2010. 2001, <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157>.*
9. De Vente W., et al., *Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. J of Occupational Health Psychology, 2008. 13(3):p. 214 ff.*
10. Cuijpers P., et al., *Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. Clinical Psychological Review, 2009. 29: p. 449-458.*
11. Stathopoulou G., et al., *Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review. Clinical Psychology: Science and Practice, 2006. 13: p. 179-193.*
12. Oxman TE., et al., *Problem- Solving treatment and coping styles in Primary Care- Minor depression. J Consult Clin Psychol, 2008. 76(6): p. 933-943.*
13. Jorm A.F., Morgan A.J., and Hetrick S.E., *Relaxation for depression (Review). The Cochrane Database for Systematic Review, 2009. CD007142(4).*

14. Rogers C.R., *Client - Centered Therapy: its current Practice, Implications and Theory*, ed. Houghton. 1951, Mifflin.
15. Nieuwenhuijsen K., et al., *Interventions to improve occupational health in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008.).
16. Lovell K., et al., *Developing guided self-help for depression using the Medical Research Council complex interventions framework: a description of the modelling phase and results of an exploratory randomised controlled trial. BMC Psychiatry*, 2005. 8(91).
17. Eysenbach G., et al., *Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions BMJ*, 2004. 328(7449).
18. Bellack A.S., Hersen M., and H. J.M., *A comparison of social-skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression. Behav Res Ther*, 1983. 21: p. 101-107.
19. Hsu W.C. and Lai A.L., *Effects of music on major depression in psychiatric inpatients. Arch Psychr Nurs*, 2004. 18: p. 193-199.
20. Thyme K., et al., *The outcome of short-term psychodynamic art therapy compared to short-term psychodynamic verbal therapy for depressed women. Psychoanalytic Psychotherapy*, 2007. 21: p. 250-264.
21. Schene A.H., et al., *Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. Psychological Medicine*, 2007. 37: p. 351-362.
22. Koemeda-Lutz M., et al., *Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien - EWAK: Eine multizentrische Studie in Deutschland und der Schweiz. Psychother Psych Med*, 2006. 56: p. e6-e19.
23. Wollersheim J.P. and Wilson G.L., *Group treatment of unipolar depression: A comparison of coping, supportive, bibliotherapy and delayed treatment groups. Professional Psychology: Research&Practice*, 1991. 22: p. 496-502.
24. Lin Mei-Feng, et al., *Effect of an interactive computerized psycho-education system on patients suffering from depression. J of Clinical Nursing*, 2008. 17: p. 667-676.
25. Mead N., et al., *Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry*, 2010. 196: p. 96-101.
26. Harris M. and Richards C.K., *The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. J of Clinical Nursing*, 2009. 19(7-8): p. 917 - 926.
27. Koch C., Morlinghaus K., and Fuchs T., *The joy dance: Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. The Arts in Psychotherapy*, 2007. 34: p. 340-349.

29. „Gemeinsam statt einsam“ – Ein Behandlungsmodell für suizidale Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rotenburg

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

29.1. Hintergrund und Problemstellung

Jennifers Gedanken kreisten zuletzt ständig um ihren jahrelangen Brieffreund, den sie erst Anfang 2010 persönlich kennen lernte, und der mit einer Trennung gedroht hatte. Nach einem Suizidversuch mit Tabletten wurde die Sechzehnjährige auf der Intensivstation entgiftet und in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie verlegt. Jennifers Mutter berichtete, auch das familiäre Klima sei nicht ohne Spannungen, und in der Schule täte sie sich derzeit schwer. Hinter der Hoffnungslosigkeit, die zu einem Suizidversuch führt, finden sich in aller Regel drei Bedingungen: (a) ein spezifisches soziales Gefüge, ggf. mit entsprechenden Vorbildern, (b) ein akuter kritischer Auslöser und (c) eine psychische Beeinträchtigung mit unangemessener Spannungskontrolle (vgl. [1])

29.2. Ziele

Jennifers Behandlung setzt konsequenterweise an diesen drei auslösenden Bedingungen an: Sie benötigt (a) eine unterstützende Umgebung, (b) muss bei der Bewältigung des akut destabilisierenden Ereignisses unterstützt und (c) insgesamt in der Bewältigung ihrer Spannungen (kognitiv-emotionale Kontrolle) trainiert werden. (d) Weitere Aufgaben, die in ihre gegenwärtige Entwicklungsphase gehören, sollten ebenfalls bearbeitet werden.

29.3. Ergebnisse und Erfahrungen

(a) Verlässliche Bezugsbetreuer, die Jennifer in die Gruppenprojekte auf Station einführen, vermitteln ihr das Gefühl, angenommen zu sein. (b) Ge-

meinsam erarbeiten sie einen detaillierten und verständlichen Stufenbehandlungsplan und werden dabei von Jennifers Therapeutin unterstützt. Wo vorher noch ein unüberwindbarer Probleberg war, erkennt Jennifer nun konkrete und lösbare Aufgaben mit der Aussicht auf eine positive Zukunft. (c) Beim Aufkommen von Spannungen müssen ihr die Bezugsbetreuer zunächst noch eng zur Seite stehen. Sie erfährt persönliche Zuwendung und Aufmerksamkeit, und feste Alltagsstrukturen halten sie vom Grübeln ab. Nach und nach wird ihr bewusst, dass sie durch ihre Meinungen, Äußerungen und Handlungen das objektive Geschehen um sich herum, die Beziehungen untereinander und v.a. auch die eigene Befindlichkeit mitbestimmt. (d) Jennifer wird zudem ermutigt, ehemalige Kontakte und Freundschaften zu reaktivieren, dabei gewinnt sie Sicherheit im Aushandeln von Rollen, Strukturen und Regeln. Ihre Eltern werden dazu ermutigt, Jennifer Zuspruch zu vermitteln, die Alltagsstrukturen zu überprüfen und die Regeln im Miteinander als stetiges Übungsfeld zu betrachten.

Nach der Entlassung kommt Jennifer weiter in ambulante Behandlung, um ihre auf Station erreichten Erfolge zu festigen. In der Gruppentherapie „Mut proben“ wird sie u.a. in Lern- und Problemlösetechniken angeleitet und reflektiert ihre Bekanntschaften und Freundschaften. Jennifers Eltern bekommen im Laufe der Familientherapie mit, wie sie ihre Tochter in ihrer Verselbständigung unterstützen und ihr zugleich ein gutes Vorbild sein können.

29.4. Diskussion und Schlussfolgerung

Ist der pädagogisch-therapeutische Rahmen konkret und handlungsanleitend auf die ursächlichen Bedingungen abgestimmt (Punkte a-c), dann erkennen Patienten die Erfolgchance, die ein übersichtlicher und geschützter Erfahrungsraum auf Station und später in der Ambulanz für ihre psychosoziale Gesundheit bietet.

29.5. Literatur

1. *Prankel BH (2008) Rotenburger Handbuch zur seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Rotenburg: Eigenverlag, 4. Auflage.*

30. Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention

Peter Lehmann

Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen könnte verlässliche Erkenntnisse bringen über den Zusammenhang zwischen Psychopharmakawirkungen und Suizidalität und wirksame Vorsorgemaßnahmen ermöglichen. Bisher wird die behandlungsbedingte Suizidalität tabuisiert.

Im Rahmen des "Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung in 2001-2006" befragten Organisationen von Psychiatriebetroffenen und Psychiatrie- und Angehörigenverbände verschiedener Länder psychiatrisch Tätige, Angehörige und Betroffene. Ergebnis der mit Unterstützung der Europäischen Union durchgeführten Studie "Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen": Psychiatriebetroffene werden im medizinischen Bereich systematisch diskriminiert. Eine von vielen vorgeschlagenen Antidiskriminierungsmaßnahmen ist die gesetzliche Gleichstellung zum Schutz der Menschenwürde und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit, u. a. durch die Einführung eines Suizidregisters, verbunden mit den Finanzmitteln zur Umsetzung der Maßnahme [1].

30.1. Risikofaktoren für Depressionen und Suizidalität

Im Allgemeinen kommt es zu Suizidversuchen, wenn ein Mensch eine reflektierte, bewusste und psychologisch begründete Entscheidung trifft: sich wegen unerträglichen emotionalen Leids das Leben zu nehmen [2].

Politische, soziale, und ökonomische Suizidfaktoren sind bekannt. Dies gilt auch für psychiatrische Faktoren: Traurigkeit und Depression können Suizidalität bewirken. Ebenso Angst vor Zwangsunterbringung oder Verzweiflung angesichts einer als unheilbar verstandenen psychiatrischen Diagnose, ins-

besondere wenn diese mit Selbststigmatisierung mit sozialem Abstieg verbunden ist.

Nicht zu vergessen sind medizinische Krankheiten, die mit Suizidalität einhergehen können, z. B. neurologische Erkrankungen wie Parkinson. Selbst genetisch bedingte Abnormalitäten im Serotoninsystem werden mit Suizidalität in Verbindung gebracht. Und es gibt eine Vielzahl pharmakologischer Ursachen; Suizidalität kann medikamentös bedingt sein, z. B. durch Tuberkulostatika, Chemotherapeutika, orale Kontrazeptiva, ebenso durch Psychopharmaka wie Tranquilizer, Antiepileptika, Antidepressiva und Neuroleptika.

30.2. Suizidalität und psychiatrische Psychopharmaka

Seit Jahren liegen Berichte vor über die mögliche suizidale Wirkung von Benzodiazepinen. Auch die chronische Abhängigkeit von Benzodiazepinen ist als Risikofaktor für Suizidalität bekannt. 2008 warnte die US-amerikanische Arzneibehörde FDA, Antiepileptika könnten das Risiko von suizidalen Gedanken oder Handlungen erhöhen. Die Hersteller wurden zu Warnhinweisen in den Fachinformationen verpflichtet. Die Warnung umfasste alle Antiepileptika, auch aus psychiatrischen Erwägungen verabreichte. Was Antidepressiva betrifft, so meldete 2004 die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, dass auch bei Erwachsenen insbesondere in Kombination mit psychomotorisch-exzitatorischen Nebenwirkungen der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eine Suizidalität sich verschlimmern oder auch neu entstehen und damit eine vital bedrohliche Situation bewirkt werden könne.

Da heutzutage als Alternative zu riskanten Antidepressiva ausgerechnet wieder Elektroschocks angepriesen werden, soll an dieser Stelle hingewiesen sein auf deren bekannte hirnschädigende und suizidale Wirkungen, siehe z. B. das Buch "Mitgift – Notizen vom Verschwinden" von Kerstin Kempker [3].

Neuroleptika wirken durch eine Blockade speziell des Nervenimpulsüberträgerstoffs Dopamin mit dem Ergebnis, dass sich ein mehr oder weniger subtiles Parkinsonoid einstellt. Das Parkinsonoid, primär eine Erkrankung des

Bewegungsapparats, beinhaltet Veränderungen auch auf psychischen Ebene. Neurologen definieren diese als Parkinsonpsyche, ein gesetzmäßig mit dem Parkinsonoid einhergehender Symptomenkomplex, der sich von Apathie und Willenlosigkeit über Depression und Suizidalität bis hin zu Verwirrtheits- und Delirzuständen erstreckt.

Depression und Suizidalität sind normale, im Prinzip dosisunabhängige Wirkungen von Neuroleptika. Psychiater akzeptieren dies offensichtlich. Frank Ayd von der psychiatrischen Abteilung des Franklin Square Hospitals in Baltimore schrieb schon 1975, es bestehe eine allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der Behandlung mit jedem Depot-Neuroleptikum auftreten können, ebenso wie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum. Diese depressiven Stimmungsveränderungen könnten zu jeder Zeit während depotneuroleptischer Behandlung auftreten [4].

Peter Müller von der psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen fand in seiner placebokontrollierten Untersuchung bei zwei Drittel der depotneuroleptisch Behandelten depressive Syndrome; ohne neuroleptische Behandlung fanden sich hingegen nach vollständiger Remission diese depressiven Verstimmungen nur ausnahmsweise, so sein Ergebnis [5]. Dieses entspricht Berichten aus erster Hand über neuroleptikabedingte Suizidalität, z. B. Regina Bellions Schilderung ihrer Persönlichkeitsveränderung unter Neuroleptika:

"Hinter meiner neuroleptischen Mauer vegetiere ich vor mich hin und bin ausgesperrt aus der Welt und aus dem Leben. Die reale Welt ist weiter von mir weg als Pluto von der Sonne. Meine eigene heimliche Welt ist auch weg – diese letzte Zuflucht habe ich mir mit Haldol zerstört. Dies ist nicht mein Leben. Dies bin nicht ich. Genauso gut könnte ich tot sein. Eine Idee nimmt allmählich Form an: Bevor es Winter wird, werde ich mich erhängen. Vorher will ich ausprobieren, ob mein Leben ohne Haldol anders wird. Ich reduziere die Tropfen. Weniger und weniger nehme ich davon ein, bis ich bei Null ankomme. Nach einem Monat bin ich clean. Da merke ich, wie verwahrlost

ich bin. Ich wasche mir die Haare, beziehe das Bett, mache die Wohnung sauber. Ich bereite eine warme Mahlzeit. Das macht mir sogar Vergnügen. Ich kann wieder denken." [6]

Vergleichbare Berichte liegen für sogenannte atypische Neuroleptika vor. Psychiatern geht es bei Selbstversuchen im Prinzip nicht anders, auch sie beschreiben das demoralisierende Gefühl der Minderwertig- und Leistungsunfähigkeit unter Neuroleptika, „das Erlebnis eines ganz passiven Existierens bei klarer Kenntnis der sonstigen Möglichkeiten“.

30.3. Suizidregister im psychiatrischen Bereich

Drei Suizidregister versuchten oder versuchen im psychiatrischen Bereich, Zusammenhänge zwischen verminderter Lebenserwartung und medizinischen Behandlungsformen aufzudecken.

(1) Nach Flugblattaktionen und Informationen über neuroleptikabedingte Suizide gründeten eine Selbsthilfegruppe und das Psychiatrie-Beschwerdezentrum 1983 in Berlin die „Erfassungsstelle für Selbstmorde durch psychiatrische Behandlung“ (ESPB) und riefen per Pressekonferenz im Rathaus Schöneberg zur Unterstützung ihrer Initiative auf, allerdings erfolglos, so dass die ESPB ihre Aktivitäten wieder einstellte.

(2) Mit einem Sonderbogen zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) möchte die Gruppe „Arzneimittelüberwachung in der Psychiatrie“ (AMÜP) Bayern um Manfred Wolfersdorf seit Anfang der 90er Jahre Daten zur möglicherweise behandlungsbedingten Suizidalität sammeln. 2002 reflektierte AMÜP Bayern über ihre Ergebnisse und die vielfältigen methodologischen Probleme und sprach sich für weiter entwickelte Fragenkataloge und Erfassungsbögen aus. Wiederholte Angebote zur Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen blieben ebenso ergebnis- und erfolglos wie das bayerische Suizidregister insgesamt.

(3) Ein Suizidregister in Schweden besteht seit Februar 2006. Dort müssen alle Suizide, die innerhalb von vier Wochen nach dem letzten Arztbesuch stattfinden, dem Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen gemeldet

werden. 2007 waren es 393 Fälle. Von diesen hatten 338 – 86% – im Jahr vor ihrem Suizid Psychopharmaka verabreicht bekommen, in 77% Antidepressiva und/oder Neuroleptika. Noch deutlicher geht der Zusammenhang von Psychopharmakabehandlung und Suizidalität aus den aus Blutanalysen gewonnenen Autopsiedaten der Nationalen Schwedischen Kommission für Forensik hervor. Danach hatten sich 2007 in Schweden 1126 Menschen das Leben genommen. 724 Menschen (64%) hatte man im Jahr des Suizids Psychopharmaka verordnet [7].

30.4. Konsequenzen

- Pilotprojekt unter Mitwirkung unabhängiger Psychatriebetroffener zur Entwicklung eines Suizidregisters
- Aufklärung und Warnung vor psychopharmakabedingen Suizidrisiken, z. B durch Beipackzettel und in der Öffentlichkeit
- Einbeziehung selbstständiger, von der Pharmaindustrie unabhängiger Organisationen von Psychatriebetroffenen in Suizidpräventionsprogramme, Forschung und Lehre
- Ausschluss von Pharmafirmen und von ihnen gesponserter Psychiater aus Suizidpräventionsprogrammen
- Anwendung des Eventualvorsatzes im Strafrecht für Verordner von Psychopharmaka, die einen Suizid als Folge der Verabreichung von Psychopharmaka für möglich halten , zugleich aber billigend in Kauf nehmen
- Verantwortungsvolles Absetzen von Psychopharmaka, dafür risikoarme Behandlungsalternativen.

Bessere Kenntnisse über suizidale Wirkungen von Psychopharmaka und anderen psychiatrischen Maßnahmen könnten psychiatrisch Tätigen, Angehörigen, Freunden und Betreuern dabei helfen, die Suizidalität suizidgefährdeter Menschen nicht zu verstärken.

30.5. Literatur

1. www.enusp.org/harassment / Stand 22.7.2006.
2. Webb, D. (2010) *Thinking about suicide: Contemplating and comprehending the urge to die*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
3. Kempker, K. (2000) *Mitgift – Notizen vom Verschwinden*. Berlin: Antipsy-chiatrieverlag.
4. Ayd, F. J. (1975) *The depot fluphenazines*. *American Journal of Psychiatry*. 132: p. 491-500.
5. Müller, P. (1981) *Depressive Syndrome im Verlauf schizophrener Psychosen*. Stuttgart: Enke.
6. Bellion, R. (2008) *Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an*. In: P. Lehmann (Hg.): *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsy-chiatrieverlag, 3., akt. Aufl. 2008, S. 313-323
7. Larsson, J. (2009) *Psychiatric drugs & suicide in Sweden 2007*. psychiatric-drugs.jannel.se/#home / Stand 27.6.2010

31. Das Erleben von suizidalen Patienten und betreuenden Pflegenden

Helmut Lerzer

31.1. Einleitung

Suizidalität ist bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine häufige Begleitsymptomatik und gleichzeitig eine häufige Todesursache. Die Pflege von suizidalen Patienten stellt für psychiatrisch Pflegende eine der schwierigsten zwischenmenschlichen und fachlichen Herausforderungen dar. Diese Pflege ist häufig gekennzeichnet durch intensive Schutzmassnahmen, wie z.B. die 1:1 Betreuung, Isolation oder Fixation von Patienten, besonders in einer akuten suizidalen Phase, und andererseits einer intensiven Beziehungsaufnahme mit dem Patienten.

31.2. Fragestellung

Wie ist das Erleben von suizidalen Patienten und betreuenden Pflegenden?

31.3. Methode

Grundlage dieser Literaturarbeit bilden neun qualitative Studien mit unterschiedlichen Designs. Vier der Studien beschreiben das Erleben von suizidalen Patienten, vier das Erleben von betreuenden Pflegenden und eine Studie das Erleben von suizidalen Patienten und betreuenden Pflegenden. Die Studien wurden kritisch beurteilt und aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis gezogen. Alle Untersuchungen wurden in den Jahren 1997 bis 2009 durchgeführt. Die Studien besitzen aufgrund der dargestellten Gütekriterien eine gute Qualität.

31.4. Ergebnisse/Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass suizidale Patienten und die betreuenden Pflegenden die Situation als sehr belastend erleben. Die Patienten beschreiben ein Gefühl von Macht- und Hilflosigkeit, wie auch Gefühle von Scham und Isolation von anderen. Sie erleben ihre Suizidversuche vielfältig, als Scheitern, als Chance oder aber als Versuch wieder Kontrolle über ihr Leben zu erlangen. Die Pflegenden sind für sie wichtige Bezugspersonen, die ihnen Schutz und Hoffnung vermitteln und deren Haltung auf sie grossen Einfluss hat, im positiven, wie im negativen Sinn. Die Pflegenden beschreiben parallel dazu ebenfalls ein Gefühl von Macht- und Hilflosigkeit und sehen ihre Aufgabe darin, den Patienten einerseits vor sich selbst zu schützen und andererseits eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, die sie ins Leben zurückführt. Wissen und Erfahrung sind für sie wichtige Elemente, um den Patienten gegenüber eine möglichst gute Pflege ermöglichen zu können. In keiner der ausgewählten Studien wurden Zwangsmassnahmen, wie die Isolation oder Fixation von suizidalen Patienten, beschrieben.

31.5. Schlussfolgerungen

Die Pflegenden sollten sich ihrer Bedeutung in der Betreuungssituation für suizidale Patienten bewusst sein, da sie eine wichtige Rolle als Schützer und Hoffnungsträger übernehmen. Vor allem eine vorurteilsfreie und empathische Haltung wird von den Patienten sehr geschätzt, mindert deren Schamgefühle und erleichtert für sie die Beziehungsaufnahme. Die Pflegenden benötigen sowohl Wissen über Ursachen der Suizidalität allgemein, als auch über verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder und biografische Daten, so dass sie eine möglichst individuelle Pflege ermöglichen können. Pflegende benötigen für die Begleitung von suizidalen Patienten professionelle Unterstützung von externen Supervisoren, um ihr Verhalten zu reflektieren, Übertragungen von Machtlosigkeitsgefühlen zu erkennen und Stigmatisierungstendenzen frühzeitig aufzudecken. Freiheitseinschränkende Massnahmen, wie die Isolation oder Fixation von suizidalen Patienten sind -

wann immer möglich - zu vermeiden und eine 1:1 Betreuung von Patienten sollte stattdessen ermöglicht werden. Eine engere Zusammenarbeit und Unterstützung zwischen psychiatrischer und somatischer Pflege bei der Pflege von akut suizidalen Patienten nach einem Suizidversuch erscheint sinnvoll und sollte intensiviert werden. Weiterführende Studien sollten das differenzierte Erleben von suizidalen Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern, z.B. Depression und Persönlichkeitsstörungen, erforschen.

32. Entwicklungsschritte des neuen Entgeltsystems für psychiatrische Krankenhausleistung in Deutschland.

- Welche Rolle spielt die psychiatrische Pflege? -

Michael Löhr

32.1. Hintergrund

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.03.2009 ist die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems (§ 17d KHRG) für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen beschlossen worden. Der Gesetzgeber gibt im § 17d KHRG Absatz 3 und 4 der Selbstverwaltung den Auftrag, das neue Entgeltsystem zu entwickeln [1]. International kann auf kein pauschaliertes System als Grundlage zurückgegriffen werden. Deutschland geht mit dieser Entwicklung einen neuen Weg. Dieser Beitrag soll keine grundsätzliche Diskussion über den Sinn oder Unsinn der Entwicklung des Systems bieten, vielmehr soll die Rolle der psychiatrischen Pflege bei der Entwicklung aufgezeigt, sowie Chancen und Risiken diskutiert werden.

32.2. Zeitliche Entwicklung des neuen Entgeltsystems

Die Entwicklung des neuen Entgeltsystems erfolgt in einem sehr raschen Tempo. Die Kritik an dieser Hochgeschwindigkeitseinführung aller Fachgesellschaften ist berechtigt. Die Versuche, die Entwicklung zeitlich auszudehnen, sind gescheitert. Die groben Entwicklungsschritte sind in Abbildung 1 dargestellt.

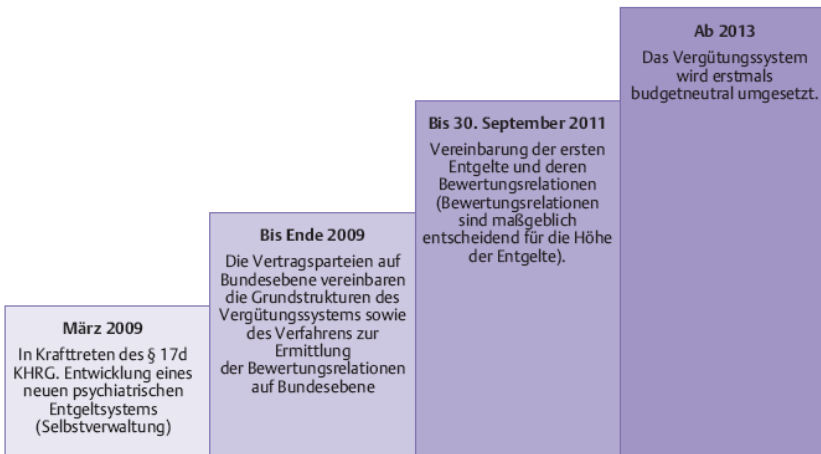


Abb. 1 Zeitplan der Einführungsschritte des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie [1]

32.3. Umgesetzte Schritte bis heute

Damit die neuen Entgelte kalkuliert werden können, müssen entsprechende Datensätze gesammelt und bewertet werden. An der Sammlung der Daten müssen alle psychiatrischen Kliniken und Abteilungspsychiatrien in Deutschland mitwirken. Für die konkrete Kalkulation der Entgelte liefern schlussendlich die sogenannten Kalkulationskrankenhäuser die entsprechenden Daten. Die komplette Datenverarbeitung läuft über das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus). Seit dem ersten Januar 2010 gibt es die Verpflichtung die sogenannten „Pseudo-OPS¹“, die erweiterten psychiatrischen OPS und die somatischen OPS zu dokumentieren. Die Pseudo-OPS ist eine Kodierung der Psych-PV-Behandlungsbereiche durch OPS-Ziffern. Sie wird Pseudo-OPS genannt, da sie keine Operation oder Prozedur kodiert [2]. Sie beschreibt vielmehr eine Kategorie, in die Patienten eingestuft werden. Die neuen Eingruppierungsempfehlungen unterscheiden sich von denen der Empfehlungen der Psychiatriepersonalverordnung durch trennschärfere

¹ OPS = Operationen und Prozeduren

Formulierungen. Sie dürfen nur genutzt werden, um die tagesgenaue Einstufung der Pseudo-OPS vorzunehmen. Eine MDK-Prüfung oder Nutzung zur Budgetverhandlung anhand der neuen Empfehlungskriterien ist nicht gestattet [3]. Die Kodierung muss bei Aufnahme und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereiches erfolgen [4]. Beispielsweise wird eine Patientin am Aufnahmetag A2 und am vierten Tag nach Aufnahme in die Kategorie A1 eingestuft. Für die Einstufungspraxis heißt das: am Aufnahmetag wird die Patienten mit der OPS-Ziffer 9-980.1 und ab dem vierten Tag mit der OPS-Ziffer 9-980.0 kodiert. Die Einstufung muss, wie schon beschrieben, tagesgenau sein. Das heißt allerdings nicht, dass an jedem Tag die Pseudo-OPS eingegeben werden muss. Tagesgenau heißt vielmehr, dass auch rückwirkend, z.B. im Rahmen einer wöchentlichen Behandlungskonferenz, der Tag, an dem ein Wechsel des Behandlungsbereiches stattgefunden hat, determiniert werden kann. Seit Anfang 2010 gilt die Verpflichtung auch für die sogenannten Komplexleistungen und weitere somatische Operationen und Prozeduren. Hierbei handelt es sich um pflegerische, ärztliche und therapeutische Leistungen, die während des (teil) stationären Aufenthaltes erbracht werden (an dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass es einen Prüfauftrag für die Leistungen der Institutsambulanzen gibt, ob deren Abrechnungssystem auch mit im neuen Entgeltsystem aufgehen kann). Die einzelnen Berufsgruppen sind verpflichtet, Ihre Leistungen einmal pro Woche zu kodieren. Die Verantwortung für die Kodierung hat allerdings der behandelnde Arzt [5]. Auch die psychiatrische Pflege muss ihre Leistungen transparent machen. In diesem Artikel wird auf die Rahmenbedingungen zur Leistungserfassung psychiatrischer Pflege eingegangen.

Grundsätzlich definiert der OPS Katalog für eine Therapieeinheit 25-49 Minuten [1]. Der gesetzte Zeitkorridor ist für alle Berufsgruppen identisch. Als Beispiel soll hier das Assessmentgespräch genannt werden. Führt eine Gesundheits- und Krankenpflegerin (GKP), auf einer Therapiestation, ein solches Gespräch über 30 Minuten, so muss eine Therapieeinheit (TE) dokumentiert werden. Sollte die GKP 50 Minuten benötigen, so muss dieses Gespräch als 2 TE dokumentiert werden. Ein weiterer Bereich in dem psy-

chiatrische Pflege, neben den Einzelgesprächkontakten, therapeutisch tätig ist, sind Gruppenangebote. Für diese gelten die gleichen Zeiteinheiten. Auch hier sind 25 Minuten als Zeitkorridor definiert worden. Allerdings wird für die 25 Minuten dauernde Gruppentherapie eine viertel TE (Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Drittel TE) gewertet [6].

32.4. Datensammlung zur Bildung von homogenen Kostengruppen

Bei der Einführung der G-DRGs im somatischen Kontext wurde und wird die Kostentrennung und damit die Preisbildung auf den kompletten Fall bezogen (Abb. 2 – „Kostenverlauf Somatik“). Bei der Kalkulation der Entgelte in der Psychiatrie wird die Kostentrennung tagesgenau abgebildet (Abb. 2 – „Kostenverlauf Psychiatrie“). Ziel ist es, wie in der Somatik, zu einer bundeseinheitlichen Definition der Entgelte und Relativgewichte² zu kommen. Für den Auftakt wurden für die Psychiatrie von den Fachgesellschaften einige Komplexkodes (OPS 9/60 bis 9/64) gebildet. Diese Komplexkodes sollen – neben den ICD-Diagnosen– Patientengruppen identifizieren, die aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauches (Abb. 2 – „Kostengruppen“) verschieden hohe Kosten verursachen und sich deshalb im Rahmen des Kalkulationsprozesses als kostentrennend erweisen. Es bleiben jedoch noch einige Fragen offen. Wenn tagesspezifische, patientenbezogene Kosten identifiziert sind, stellt sich die Frage, inwieweit diese prozentual zuzuordnen sind. Weiter ist unklar, in welcher Größenordnung tagesbezogene Kosten über gemittelte Verteilungsschlüssel definiert werden und welche Verteilungsverfahren angewandt werden [7].

² Synonyme: Bewertungsrelation, Bewertungsgewicht oder Kostengewicht. Es handelt sich hierbei um den ökonomischen Schweregrad eines Behandlungsfalls.

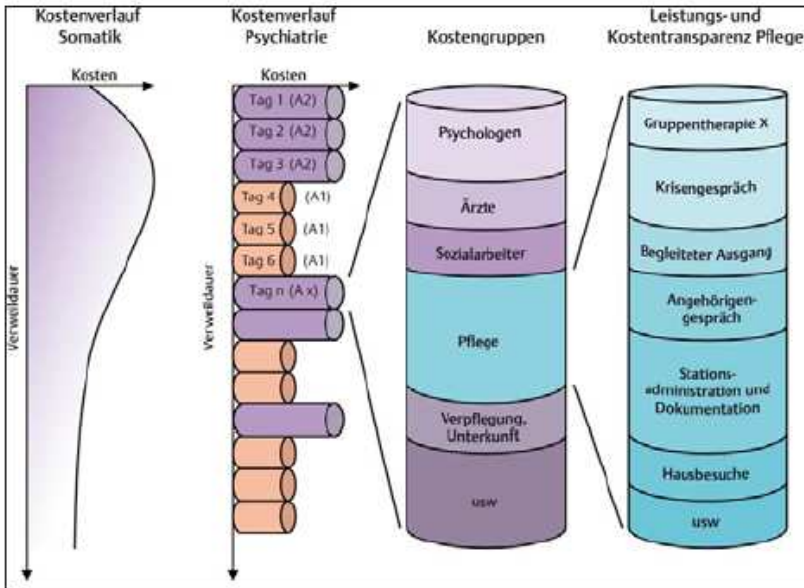


Abb. 2 [7]

32.5. Contra und Pro Stimmen zum neuen Entgelt

An dieser Stelle wird der Leser eine Pro und Contra Diskussion zum neuen Entgeltsystem erwarten. Hier soll nun erst die Contra-Position beleuchtet werden, da in der aktuellen Literatur hier deutlich mehr Hinweise zu finden sind.

Contra:

- Der Kern pflegerischer und therapeutischer Leistungen wird nicht erfasst, da dieser unter 25 Minuten liegen [8].
- Erhebliche Mehrbelastung für den Arbeitsalltag der Ärzte [8]
- Fehlende Evidenz: Die zu erbringenden pflegerischen Leistungen müssen langfristig evidenzbasierte Grundlagen erfüllen. Die Wirksamkeit von Interventionen muss wissenschaftlich nachgewiesen sein [1].
- Hoher Dokumentationsaufwand [10]

- Die Datentransparenz schafft Steuerungsmöglichkeiten für die Kostenträger. Diese versuchen möglicherweise die Patienten durch eine Verkürzung der Verweildauern in den ambulanten Sektor zu leiten [11].

Pro:

- Notwendigkeit von wissenschaftlich begründeter Leistungserstellung des multiprofessionellen Teams [8].
- Verbesserung der Schnittstellenprozesse [8].
- Das neue Entgeltsystem bietet die Chance aus den Ergebnissen und Analysen zu lernen und Verbesserungspotenziale zu erkennen [9].
- Die Transparenz des Systems fördert einen multiprofessionellen Ansatz [1, 9]
- Die Contra und Pro-Liste hat bei weitem keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie zeigt die Diskussionsspannweite der Fachpersonen in der Psychiatrie.

32.6. Schlussfolgerung

Die psychiatrische Pflege steht in der aktuellen Diskussion im Spannungsfeld der Meinungsbildung. Das Risiko abzuwarten, wie andere leistungserstellende Berufsgruppen in Psychiatrie reagieren und die eigene Reaktion, an diese anzupassen, scheint zu hoch. Die Interessenslagen sind durchaus unterschiedlich. Jedoch sollte die psychiatrische Pflege einen Blick zurückwerfen, um ihren aktuellen Standpunkt zu bestimmen. Simon hat in seiner Veröffentlichung 2009 den Abbau der Vollkräfte im Pflegedienst speziell für die Psychiatrie dargestellt. Von 1991 bis 1995 gab es einen Zuwachs von 3,3%. Von 1995 bis 2006 gab es bundesweit einen Abbau von 13,5%. Dies entspricht 5.964 Stellen weniger. Diametral entgegengesetzt zu diesem Stellenabbau gab es eine Fallzahlerhöhung von 1995 zu 2006 um 61,9%. Dies entspricht in tatsächlichen Zahlen 310.214 Fälle mehr als 1995 [12]. Simon errechnete anhand der Evaluation der Psychiatrie-Personal-Verordnung [13], die nicht besetzten Stellen im Pflegedienst. Bei der Evaluation der PsychPV wurde deutlich, dass im Bundesschnitt nur 89% der Vollzeitstellen

im Pflegedienst besetzt waren. Dies entsprach 38.319 Vollkräften im Jahr 2004. Bei einer Besetzung von 100% PsychPV im Pflegedienst würde die 4.736 noch zu besetzende Vollkräfte ausmachen. Genutzt wurden die freigesetzten Stellen zur Ressourcensteigerung anderer Berufsgruppen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die pflegerische Versorgung im aktuellen Finanzierungssystem, nicht systemkonform war. Für das Engagement der Berufsgruppe ein transparentes Finanzierungssystem zu bekommen, sollte der Blick in die Vergangenheit hilfreich sein [14]. Die Entwicklung des neuen Entgeltsystems sollte unter aktiver Beteiligung der Pflege geschehen, um eine Patientenzentrierte Versorgung zu ermöglichen. Die Aktivitäten müssen auf Mikro- und Makroebene erfolgen. Auf der Mikroebene ist die Kodierung der momentanen Leistungserstellung in Pflege wichtig um ein leistungsäquivalentes Entgelt zu bekommen. Auf Makroebene ist der Fachverband der Psychiatrischen Pflege gefordert sich intensiv am Forschlagswesen für die Weiterentwicklung der pflegerischen OPS-Ziffern einzusetzen um weitere Leistungstransparenz zu fordern. Auch hier wird der schon oft zitierte Satz „Geld folgt Leistung“ seine Anwendung finden. Die psychiatrische Pflege hat die Chance, anders als im DRG System der Somatik, die Entwicklung des Systems positiv zu beeinflussen. Aus diesem Grund ist ein engagierter Einsatz der Berufsgruppe auf allen Ebenen wichtig und richtig.

32.7. Literatur

1. Löhr, M., Kleßmann, R. (2010) *Und sonst ...? Weichenstellung für die psychiatrische Pflege durch das neue Entgeltsystem 2013.* PSYCH.PFLEGE HEUTE. 1(16): S. 9.
2. Löhr, M. (2010) *Brennpunkt OPS – Psychiatrische Leistungskodierung in Deutschland und die Rolle der psychiatrischen Pflege.* PSYCH.PFLEGE HEUTE. 2(16): S. 65 – 67.
3. *Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17 d KHG.* Online: www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Psychiatrie_Psychosomatik/Psych-PV-Eingruppierungsempfehlungen. Aufruf am 23.02.2010.

4. Krankenhausfinanzierungsgesetz
5. Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych). Allgemeine Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Online: http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Psychiatrie_Psychosomatik/. Aufgerufen am 15.5.2010
6. Operationen- und Prozedurenschlüssel 2010. Online: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/index.htm>. Aufruf am 06.06.2010
7. Löhr, M., Sauter, D., Kleßmann, R., (2010) Brennpunkt OPS – Kostentrennung als wichtiger Faktor. PSYCH.PFLEGE HEUTE. 2(16): S. 65 – 67.
8. Münzer, R. (2010) Psych-Entgeltsystem: Chance oder Risiko? Reaktionen aus psychiatrischen Kliniken auf das neue Finanzierungssystem „Eine erhebliche Mehrbelastung für Ärzte“. KU Gesundheitsmanagement 6/10. S. 42
9. Studenski, F. (2010) Psych-Entgeltsystem: Chance oder Risiko? Reaktionen aus psychiatrischen Kliniken auf das neue Finanzierungssystem „Der Aufwand für die Neuerungen ist enorm“. KU Gesundheitsmanagement 6/10. S. 43
10. Hauth, I. (2010) Mitteilung des BDK - Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie/Psychosomatik. Psychiatrische Praxis. 37(3): S. 156.
11. Belling, R. (2010) Die Prognosen verlangen neue Konzepte – Vitos befürchtet Erlöseinbußen und rüstet auf. KU Gesundheitsmanagement 6/10. S. 29 – 32.
12. Simon, M. (2009) Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hannover.
13. Gerhardt, R.-P., Schimdt-Michel, P.-O., Kunze, H. (2007) Evaluation der Psch-PV, Abschlussbericht zur Psch-PV Umfrage 2005. Aktion Psychisch Kranke e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
14. Schulz, M., Löhr, M. (2010) Psychiatrische Pflege zwischen Gestern und Morgen. Sozialpsychiatrische Informationen. 2(40): S. 49-53.

33. Hat die Bezugspflege einen Einfluss auf den Pflegeprozess?

Michael Löhr, Maria Wigger, Monika Seewald, Rita Elpers

33.1. Fragestellung und Hintergrund

In den LWL (Landschaftsverband Westfalen Lippe) – Kliniken Paderborn und Gütersloh wurde im Juli 2009, initiiert durch die Pflegedirektorinnen, eine Vergleichsstudie, mit dem Hintergrund die Pflegedokumentation sowie den Einbezug der Patienten in den Pflegeprozess zu überprüfen, in Auftrag gegeben. Eine zu untersuchende Hypothese war: „Die Bezugspflege hat einen Einfluss auf den Pflegeprozess.“ In beiden Kliniken arbeitet der Pflegedienst mit Pflegediagnosen und dem gleichen vier schrittigen Pflegeprozessmodell. Dies war Voraussetzung für die Vergleichsstudie. Im Folgenden wird der vier schrittige Pflegeprozess kurz skizziert und die Bezugspflegekonzepte der beiden Kliniken beschrieben.

33.1.1. Pflegeprozess

International gibt es einen Konsens darüber, dass professionelle Pflege im Pflegeprozess arbeitet. Zusammenfassend beschreibend, kann unter dem Pflegeprozess, ein Problemlösungs- und Beziehungsprozess verstanden werden [1]. Die LWL-Kliniken arbeiten alle, somit auch die LWL-Klinik Gütersloh und Paderborn, nach dem eigenständig entwickelten System der Pflegeordnungskategorien (POK). Die POK Klassifikation wird in 5 Ebenen unterteilt (Gesundheit und Krankheit, Körper, Psyche, Sinn und Werte, Soziales Leben). Der Pflegeprozess gliedert sich in vier Schritte:

- Assessment
- Pflegediagnose
- Maßnahmen
- Evaluation [2]

Der Schritt der Planung erfolgt implizit nach dem Definieren der Pflegediagnose. Er ist notwendig, um die Interventionen und Erfolgskriterien festzulegen. Der Planungsprozess ist keine ausschließlich individuelle Angelegenheit der Pflegeperson. Innerhalb dieses Prozesses werden der Patient und/oder Angehörige sowie weitere Teammitglieder involviert.

Assessment

Innerhalb des Assessments werden die ersten Grundpfeiler für einen guten Pflegeprozess gelegt. Um den Patienten bei der Bewältigung seiner Erkrankung zu unterstützen, bedarf es einer ausführlichen Sammlung von älteren und aktuellen Informationen. Das Assessment ist einer der entscheidendsten Schritte im Pflegeprozess. Hier wird mit dem Grad an Informationen festgelegt, in welche Richtung mit dem Patienten das weitere Vorgehen geplant wird. Sollten hier nicht genügend, oder die falschen Informationen vorliegen, wird der weitere Planungsprozess nicht zielführend sein und kann dem Patienten sogar Schaden zufügen [3]. Neben den objektiven Informationen muss das subjektive Erleben des Patienten erfasst werden [1].

Pflegediagnose

Die Pflegediagnose als solches ist der Ertrag des pflegediagnostischen Prozesses unter Berücksichtigung der im Assessment zusammengetragenen Informationen. Pflegediagnosen beschreiben im Weiteren die Auswirkung von Erkrankungen auf den Patienten und erklären so den pflegerischen Handlungsbedarf [4, 5, 6].

Maßnahmen

Maßnahmen werden angeboten, um Patientenziele und Pflegeergebnisse zu erreichen. Sie sind weiter gefasst als der enger definierte Begriff der Intervention. Unter Pflegeintervention wird eine professionsspezifische begründbare Handlung gefasst, die genutzt wird, um den Patienten vorhersehbar einen Nutzen zu bringen und ihm keinen Schaden zuzufügen [7, 3]. Der Begriff der Maßnahmen wird unter anderem benutzt, um die Praxissituation abzubilden. Da evidente Pflegeinterventionen noch Mangelware in der psychiatrischen Pflege sind, muss häufig auf Praxiserfahrung zurückgegriffen

werden, um entsprechende Maßnahmen anzubieten. Ein weiteres Problem entsteht durch häufig undifferenzierte Beschreibungen der jeweiligen Pflegemaßnahmen. Was kann konkret unter der Maßnahme „Alltagspraktisches Training“ gefasst werden? An diesem Beispiel soll deutlich gemacht werden, dass die tatsächliche Ausprägung und Differenzierung sehr unterschiedlich sein kann [1].

Evaluation

Unter der Evaluation wird die Überprüfung aller Schritte des Pflegeprozesses verstanden. Wie diese Überprüfung aussehen kann, ist in der Literatur unterschiedlich beschrieben [8, 9, 10].

33.1.2. Bezugspflege

Durch die definierte Verantwortungsübernahme für den Pflegeprozess (24 h an 7 Tagen die Woche) unterscheidet sich die Bezugspflege von anderen Pflegeorganisationssystemen (Funktionspflege, Bereichspflege, Zimmer- oder Gruppenpflege) maßgeblich. Die beiden Kliniken in dieser Studie unterscheiden sich dahingehend, dass die Bezugspflege in der LWL-Klinik Paderborn einen guten Reifegrad entwickelt hat und die Klinik in Gütersloh sich in diesem Reifungsprozess befindet. Der höhere Reifegrad in der Bezugspflege in Paderborn ist unter anderem, der konsequenten Umsetzung systemtherapeutischer Methoden, auch in der Pflege, zuzuschreiben.

33.2. Methode und Material

33.2.1. Untersuchungsdesign

In beiden Kliniken wurde die Überprüfung der Patientendokumentation und die Befragung der Patienten durch die Stabstellen der Pflegedirektionen und den entsprechenden Pflegedienstleitungen, zwischen Februar und Mai 2010, durchgeführt. Es wurden insgesamt 25% aller am Untersuchungstag auf den Stationen befindlichen Patienten zufällig ausgewählt. In die Untersuchung wurden die stationären und teilstationären psychiatrischen Abteilungen einbezogen. Für die notwendigen Fragestellungen wurde ein stan-

dardisierter Fragebogen entwickelt, der mit dieser Untersuchung auch getestet werden sollte. Zusätzlich zum Fragebogen wurden den zufällig ausgewählten Patienten fünf Fragen zu ihrer Bezugspflegeperson und die Einbindung in den Pflegeprozess gestellt. Bei der Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittstudie mit einem quantitativen Forschungscharakter.

Auswertungsmethoden

Die erhobenen Daten wurden statistischen Analysen unterzogen. Zur Analyse wurden Verteilungs- und Häufigkeits-, sowie Korrelationsrechnungen durchgeführt. Die Daten wurden mittels SPSS 15.0 ausgewertet.

33.3. Ergebnisse

Insgesamt wurden in der Klinik in Paderborn (PB) 60 und in der Klinik in Gütersloh (GT) 57 Pflegedokumentationen überprüft. Das Assessment begann in PB in 70 % und in GT in 40 % der Fälle am Tag der Aufnahme. Das Assessment wurde in PB in 48% und in GT in 28% der Fälle fortlaufend ergänzt. Pflegediagnosetitel waren in PB in 97% und GT in 90% der gesichteten Akten vorhanden. Die Frage, ob die Maßnahmen sich auf die Pflegediagnose beziehen, konnte für PB zu 82% und für GT zu 65% mit Ja beantwortet werden. Die geplanten Maßnahmen entsprachen, in PB zu 97% und in GT zu 91%, explizit der pflegerischen Kompetenz. Dass die Evaluation sich auf alle Schritte des Pflegeprozesses bezieht, konnte für PB in 55% und für GT in 30 % mit Ja beantwortet werden. Deutlich reduzierte Ergebnisse konnten im Bereich der Wirksamkeitsdokumentation gemessen werden. Eine Dokumentation der Wirkung von Maßnahmen konnte für PB in 28% und für GT in 12% der Fälle gefunden werden.

In Tab. 1 werden die Ergebnisse der Patientenbefragung dargestellt.

Frage	Klinik	JA	Gespräch nicht möglich	Ja + Gespräch nicht möglich
Kennen Sie Ihre Bezugsperson?	PB	78% (47)	18% (11)	96% (58)
	GT	33% (19)	25% (14)	58% (33)
Haben Sie ein Pflegegespräch erhalten?	PB	75% (45)	18% (11)	93% (56)
	GT	33% (19)	25% (14)	58% (33)
Ist Ihre Pflegediagnose mit Ihnen abgestimmt worden?	PB	48% (29)	18% (11)	66% (40)
	GT	14% (8)	25% (14)	39% (22)
Sind die Maßnahmen mit Ihnen besprochen worden?	PB	67% (40)	18% (11)	85% (55)
	GT	37% (21)	25% (14)	62% (35)
Fühlen Sie sich in die pflegerische Behandlung mit eingebunden?	PB	73% (44)	18% (11)	91% (55)
	GT	49% (28)	25% (14)	74% (42)

Tab1. Patientenbefragung

Über beide Kliniken und in der Einzelbetrachtung gab es verschiedene Korrelationen zwischen den einzelnen Items des Fragebogens, bezogen auf die Schritte des Pflegeprozesses, und den Items der Patientenbefragung. Es konnten aber keine Prädiktoren für die unabhängige Variable „Kennen Sie Ihre Bezugsperson?“ gefunden werden.

33.4. Diskussion

Neben der Ergebnisauswertung sollte der Erhebungsbogen getestet werden. Es wurde deutlich, dass dieser nicht konsequent konsistent ist. Der Bogen wird zurzeit durch eine Arbeitsgruppe in PB überarbeitet. Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden. Somit konnte statistisch gesehen kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bezugspflege und dem Pflegeprozess gefunden werden. Jedoch scheint deutlich, dass auch ohne diesen Zusammenhang eine gewisse implizite Plausibilität herrscht. Betrachtet man die Wirkungsdokumentation der Maßnahmen wird deutlich, dass die in der

Theorie beschrieben Schwierigkeiten der Outcome-formulierung, sich in der entsprechenden Wirkungsdokumentation wieder finden.

33.5. Schlussfolgerung

Obwohl der genutzte Erhebungsbogen noch verbessert werden muss, und keine Vorhersage im Bezug auf den Pflegeprozess durch das Kennen der Bezugspflegerperson gefunden wurde, ist die implizite Verantwortung der Bezugspflege für den Pflegeprozess eindeutig. Die Ergebnisse zeigen im Klinikvergleich, unterschiedliche Reifegrade innerhalb der Bezugspflege und Dokumentationsqualität. Sie sollten Mut machen, an der kontinuierlichen Verbesserung der Pflegeorganisation und Dokumentation zu arbeiten. Es scheint weitere Forschung in diesem Gebiet notwendig, um den Zusammenhang zwischen der Bezugspflege und dem Pflegeprozess zu ergründen.

33.6. Literatur

1. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (Hrsg.) (2004) *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. 2. Auflage. Huber Verlag.
2. ohne Autor (2005) *POK Handbuch*. nicht veröffentlichtes Manuskript
3. Behrens, J., Langner, G. (2004) *Evidence-based Nursing*. Huber Verlag.
4. Gordon, M., Bartholomeyczik, S. (2001) *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. Urban & Fischer.
5. Townsend, M.C., Abderhalden, C., Walter, G., Fischer, T. (2008) *Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege: Handbuch zur Pflegeplanerstellung*. 3. Aufl. Huber Verlag.
6. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., Geissler-Murr, A.C. (2002) *Pflegediagnosen und Maßnahmen*. 3. Aufl. Huber Verlag.
7. Buchlek, G., Mc Gloskey Tochtermann, J. (2004) *Pflegeinterventionsklassifikationen (NIC)*. Huber Verlag.
8. Dobrzyn, J. (1995) *Components of written nursing diagnostic statements*. *Nursing Diagnosis*, 6 (1). p. 29 – 36.
9. Needham, I. (1990) *Pflegeplanung in der Psychiatrie*. 2. Aufl. Recom Verlag.
10. Needham, I. (2003) *Kriterien zur Überprüfung von Pflegeplänen. Krankenpflege/Soins Infirmiers*, 96 (6). S. 28.

34. Pflege in suizidalen Krisen

Michael Löhr, Bruno Hemkendreis

34.1. Pflege in suizidalen Krisen heißt, ...

Pflege in suizidalen Krisen heißt, Menschen mit Suizidgedanken ernst zu nehmen! Das impliziert auch, dass eine Bagatellisierung in dieser Situation unangebracht und kontraindiziert ist. In der Praxis ist das nicht leicht zu erreichen. Fachkompetenz erlangt die Pflegefachkraft durch Studium, Ausbildung, durch fachbezogene Fort- und Weiterbildung, durch persönliches Interesse und nicht zuletzt durch Berufserfahrung. Gesammelte Erfahrungen mit den unterschiedlichen Krankheitsbildern und ständige Reflexion dieser Erfahrungen machen einen wesentlichen Teil der Professionalität aus. Deren wesentliche Merkmale sind soziale und kommunikative Fähigkeiten. Traditionelle pflegerische Attribute wie: wertfreies Zuhören können, Empathie, Versorgen, Halten, Tragen oder Schützen sind wirksame Diagnose- wie auch Interventionsinstrumente. Die Fähigkeit, komplexe, vernetzte Sinnzusammenhänge zu erkennen und zu beeinflussen, um Menschen in suizidalen Krisen zu unterstützen, ist originäre pflegerische Aufgabe.

34.2. Hintergrund und Epidemiologie

Mitte der 1970er Jahre haben sich in Deutschland jährlich rund 20.000 Menschen suizidiert. Derzeit hat sich diese Zahl mehr als halbiert, 2006 lag sie erstmals unter 10.000 [1]. Dies bedeutet, dass sich durchschnittlich alle 53 Minuten ein Mensch in Deutschland suizidiert. Das Durchschnittsalter liegt bei ca. 55 Jahren, demnach sind auch viele junge Menschen betroffen. Die Suizidrate bei Frauen ist deutlich geringer als bei Männern. Die Suizidrate steigt bei beiden Geschlechtern ab dem 60. Lebensjahr. Die höchste Suizidrate haben die über 80-jährigen. Die Suizidversuche können bundesweit nur geschätzt werden, da es keine Meldepflicht für diese gibt. Jedoch liegen die Schätzwerte um ca. das 10-fache höher als die Anzahl der Suizide. Ahrens beschreibt das Suizidrisiko bei psychisch erkrankten Menschen als 15- bis

30-fach höher als das der Allgemeinbevölkerung. Menschen mit folgenden psychiatrischen Diagnosen sind am stärksten gefährdet [2; 3]:

- Menschen mit depressiven Störungen
- Menschen mit Alkoholabhängigkeit
- Menschen mit Schizophrenien
- Menschen mit Persönlichkeitsstörungen
- Menschen mit Angst- und Panikerkrankungen

Bertolote et al. (2004) haben in einer Metastudie gezeigt, welche psychiatrischen Diagnosegruppen besonders gefährdet sind. Bei 98% der erfolgreichen Suizide konnte mindestens eine psychiatrische Diagnose gefunden werden. Bezogen auf alle Diagnosen waren in 30,2% affektive Erkrankungen, in 17,6% in Kombination mit Substanzgebrauch und in 14,1% schizophrene erkrankte Menschen betroffen [4]. Diese Daten zeigen wie wichtig es ist, den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Suizidalität als Pfleger, gerade im psychiatrischen Kontext, zu kennen und zu berücksichtigen.

34.3. Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Suizidalität

Die Risikobeurteilung von Suizidalität ist eine wichtige und sehr verantwortungsvolle Aufgabe in der Psychiatrie. Es existieren viele strukturierte Einschätzungsinstrumente. Zwei Assessmentinstrumente werden im Workshop vorgestellt.

Die von Cutcliffe und Barker entwickelte NGASR – Skala [5], von Chris Abderhalden et al. ins Deutsche übersetzt [6], dient der Einschätzung der Basis-suizidalität. Die 16 Fragen der Skala können auch ohne direkte Beteiligung des Patienten beantwortet werden und bieten somit eine gute Möglichkeit, zu einer gemeinsamen Einschätzung im Team zu gelangen.

Tabelle 1: NGASR-Skala

	Risikofaktoren	Punkte Wenn zu- treffend	Punkte
1	Vorhandensein/ Einfluss von Hoffnungslosigkeit	3	
2	Kürzliche, mit Stress versehene Lebensereignisse z. B.: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren	1	
3	deutlicher Hinweis auf Stimmenhören/ Verfolgungsideen	1	
4	deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude	3	
5	deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1	
6	Äußerung von Suizidabsichten	1	
7	Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung	3	
8	Familienvorgeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid	1	
9	kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3	
10	Vorgeschichte von Psychose	1	
11	Witwe/ Witwer	1	
12	Frühere Suizidversuche	3	
13	Vorgeschichte schlechter sozialökonomischer Verhältnisse	1	
14	Vorgeschichte von Alkohol- oder anderem Substanzmissbrauch	1	
15	Bestehen einer terminalen Krankheit	1	
16	Mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung	1	
	Gesamt		

Als Interpretation empfehlen Cutcliffe und Barker folgende Risikostufen:

0 - 5 Punkte = geringes Risiko

6 - 8 Punkte = mäßiges Risiko

9 - 11 Punkte = hohes Risiko

12 und mehr Punkte = sehr hohes Risiko

Zusätzlich sollte eine subjektive Risikoeinschätzung der Bezugspersonen erfolgen, dies kann beispielsweise auf einer Skala von 1 für „kleines Risiko“ bis 4 für „sehr hohes Risiko“ geschehen.

Wie groß ist nach Ihrer subjektiven, gefühlsmäßigen, intuitiven Einschätzung da Suizidrisiko? (mit X markieren)					
	Kleines Risiko	Mässiges Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	
Punkte	1	2	3	4	3

Auf der Basis der objektiven und der subjektiven Risikostufe wird nun gemeinsam vom interdisziplinären Behandlungsteam und Bezugsperson eine tatsächliche Risikostufe festgelegt. Ist diese hoch oder sehr hoch kommt das Assessmentinstrument SSF II_G (Suicide Status Form II German Version) zur Einschätzung der akuten Suizidalität zum Einsatz [7]. Die Fragen des SSF II versuchen abzubilden, was suizidale Menschen erleben. Professionelle und Patienten befassen sich gemeinsam mit der Einschätzung der Suizidalität. Jedoch kommt es auf den Blickwinkel des Patienten an. Die Selbstbeurteilung bezieht sich auf psychischen Schmerz, inneren Stress, Spannung und Erregung, Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung und eine allgemeine Selbsteinschätzung der Suizidalität [7]. Wichtig hierbei ist, dass man sich nicht gegenüber sitzt, sondern nebeneinander gemeinsam auf die Suizidalität schaut. Dadurch wird die Suizidalität des Patienten objektiviert, sinngemäß nach außen getragen, um gemeinsam betrachtet und bearbeitet zu werden. Die Anwendung des SSF II sollte auf jeden Fall vorher trainiert, und die Inhalte sollten verinnerlicht sein. Die Bearbeitung des Fragebogens ist in ein Gespräch zu integrieren. Ziel der gemeinsamen Arbeit an den Fragen ist eine tragfähige therapeutische Beziehung, in der der Patient ermutigt wird, über

sich und seine Suizidalität zu sprechen. Er soll erfahren, dass ihm wertfrei zugehört wird, und jemand Interesse an seinem inneren Erleben hat.

Wenn der Patient spürt, dass er verstanden wird, wenn er glaubt, dass ihm geholfen wird, sind die Grundvoraussetzungen für eine gemeinsame Bearbeitung der vorhandenen Probleme geschaffen. Auf dieser Basis können Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, aber beispielsweise auch vorübergehende einschränkende Maßnahmen getroffen werden. Durch die gemeinsame Entscheidungsfindung werden insbesondere die einschränkenden Maßnahmen, wie geschlossene Stationstür, sedierende Medikamente oder engmaschige Überwachung deutlich weniger verletzend für das Selbstwertgefühl des Patienten.

Die beiden Assessmentinstrumente bieten somit eine gute Grundlage dafür, einerseits eine strukturierte Einschätzung der aktuellen Situation zu bekommen und andererseits erleichtern sie den Einstieg in eine therapeutische Beziehung. Last but not least dokumentiert sie funktionierende Absprachen zwischen Patient, Pflege und Medizin.

34.4. Behandlung und Interventionen

Suizidalität ist keine Erkrankung. Dementsprechend gibt es keine Medikamente gegen die Suizidalität. In einer suizidalen Krise steht die Krisenintervention im Vordergrund. Gleichzeitig muss die Grunderkrankung mit behandelt, und darf nicht sekundär vernachlässigt werden. Innerhalb der Akutphase besteht für den Arzt die Möglichkeit, die Betroffenen medikamentös zu unterstützen. Kurzfristiges Ziel der medikamentösen Behandlung ist die Dämpfung des Handlungsdrucks, Sedierung und Anxiolyse. Ergebnis der Medikation soll Entspannung und emotionale Distanzierung sein [3]. Neben der pharmakologischen Therapie der Grunderkrankung und der Medikation zur Entlastung innerhalb der suizidalen Krise sollte möglichst eine Psychotherapie und Soziotherapie anschließen. Sowohl psychotherapeutische Verfahren wie auch medikamentöse Behandlungsformen sind nicht frei von unerwünschten Begleiterscheinungen und Nebenwirkungen. Beispielsweise wirken Antidepressiva erst nach einigen Wochen. In dieser Zeit ist höchste

Aufmerksamkeit geboten, da schon geringe Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit oder innere Unruhe als schwerwiegende Verschlechterungsanzeichen durch den Patienten gesehen werden können und durch einen verbesserten Antrieb in eine suizidale Handlung münden können. Diese Reaktion gilt äquivalent für alle Antidepressiva und Psychotherapien in gleicher Art [8]. Dämpfende, sedierende Medikamente können die vorhandene Suizidneigung verschleiern. Prävention, Patientenbeobachtung, Wirkungen und Nebenwirkungen der unterschiedlichen Therapien zu beobachten ist eine der Kernaufgaben der Pflegefachkraft [3].

Pflegepersonen haben verschiedene Möglichkeiten mit suizidgefährdeten Patienten umzugehen. Es gibt viele Interventionen die mehr oder minder gut erforscht und möglicherweise kaum wirksam sind. Im Folgenden werden zwei ausgewählte Interventionsmaßnahmen dargestellt und kritisch reflektiert.

34.4.1. Anti-Suizidvertrag

Der Anti-Suizidvertrag ist eine Vereinbarung, die in der Regel schriftlich, zwischen einem therapeutischen Mitarbeiter oder einer Pflegeperson und dem Patienten - wobei der Patient versichert, sich selbst nicht zu schaden - geschlossen wird. In einigen Literaturübersichten konnte herausgefunden werden, dass es einen Mangel an quantitativen Studien für die Wirksamkeit dieser Verträge gibt [9; 10; 11]. Trotz der mangelnden Evidenz werden diese Verträge häufig genutzt und dienen meist dem therapeutischen Beziehungsaufbau.

34.4.2. Patientenüberwachung

Eine konstante Beobachtung ist eine personalintensive und teure Intervention. Die kontinuierliche Überwachung von suizidalen Patienten im stationären Setting wird häufig so lange aufrechterhalten bis die akute Suizidalität abgeklungen ist. Cardell & Pitula untersuchten in einer qualitativen Studie wie Patienten die andauernde Überwachung empfunden haben und ob sie einen therapeutischen Nutzen dieser Schutzmaßnahme für sich sehen konn-

ten. Es wurde gezeigt, dass 13 von 20 Probanden gegenüber den überwachenden Mitarbeitern, positive Gefühle zum Ausdruck bringen konnten, vor allem wenn die Professionellen freundlich und hilfsbereit waren. Dies brachten die Studienteilnehmer mit der Einstellung und den Verhaltensweisen der Mitarbeiter in Zusammenhang. Die Patienten berichteten, dass ihre Dysphorie, Angst und Suizidgedanken von beobachtenden Mitarbeitern, die optimistisch waren und sie als Mensch anerkannten, gesenkt werden konnten [12].

34.5. Fazit

Psychiatrisch Pflegende arbeiten 24 Stunden und 7 Tage die Woche mit suizidalen Menschen, und doch ist die internationale epidemiologische Literatur, methodische Probleme ungeachtet, im Zusammenhang mit Pflegeinterventionen verbesserungswürdig. Es gibt kaum empirisch induzierte Theorien und noch weniger evidenzbasierte Konzepte für spezifische Interventionen. Schlussendlich zeigt sich der Suizid als menschliches Drama, das tägliche im Leben der Menschen gespielt wird [13]. Die Aufgabe der psychiatrischen Pflege ist die Beziehung zum Patienten herzustellen und zu halten. Dies zeigt sich im zwischenmenschlichen Bemühen der Kommunikation.

34.6. Literatur

1. Felber, W., Winiecki, P. (2008) Suizid-Statistik - aktuelle ausgewählte statistisch-epidemiologische Daten zu Deutschland und Osteuropa mit Kommentaren. www.suizidprophylaxe.de/Suizidstatistik.pdfLiteraturverzeichnis Stand 10.07.2010.
2. Ahrens, B., (1996) Mortalität und Suizidalität bei psychischen Störungen. In: Freyberger, H.J., Stieglitz, R.-D. (Hrsg.) *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie*. Karger, Basel-Freiburg-Paris, S. 533-551.
3. Löhr, M., Schulz, M. (2009) Grundlagen psychiatrischer Pflege. In: Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ulrich, L. (Hrsg.) *Thiemes Pflege - Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* - Thieme Verlag 11. vollständig überarb. Auflage. S. 1301 -1328.
4. Bertolote, JM., Fleischmann, A., DeLeo, D., Wasserman, D. (2004) *Psychiatric diagnosis and suicide: Revisiting the evidence*. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 25: 147-155.

5. Cutcliffe, JR., Barker, P. (2004) *The Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. Psychiatr Ment Health Nurs.* 11: p. 393 – 400.
6. Abderhalden, C., Grieser, M., Kozel, B., Seifritz, E., Rieder, P. (2005) *Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? Bericht über ein Praxisprojekt. Psych. Pflege Heute.* 11: S. 160-164.
7. Jobes, D., Jacoby, A., Cimboric, P., Husted, L. (1997) *Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. Journal of counseling psychology.* 44: 368 – 377.
8. Hegerl, U. (2004) *Antidepressiva und Suizidalität. psychoneuro* 30 (10): 555 – 556.
9. McMyler, C., Prymachuk, S. (2008) *Do 'no-suicide' contracts work? J Psychiatr Ment Health Nurs.* 15 (6): 512 - 522.
10. Lewis, LM. (2007) *No-harm contracts: a review of what we know. Suicide Life Threat Behav.* 37 (1): 50 - 57.
11. Kelly, KT., Knudson, MP. (2000) *Are No-Suicide Contracts Effective in Preventing Suicide in Suicidal Patients Seen by Primary Care Physicians? Arch Fam. Med.* 9 (10): 1119 - 1121.
12. Cardell, R., Pitula, CR. (1999) *Suicidal Inpatients' Perceptions of Therapeutic and Nontherapeutic Aspects of Constant Observation. Psychiatr Serv.* 50: 1066 – 1070.
13. Cutcliffe, JR., Stevenson, C. (2008) *Feeling our way in the dark: the psychiatric nursing care of suicidal people--a literature review. Int J Nurs Stud.* 45 (6): 942 - 953.

35. „Ambulante Hospitalisierung“

Regula Lüthi

Ambulant tätige Pflegefachpersonen Psychiatrie bestimmen selber, wie lange ihre Begleitung der Betroffenen dauern soll. Sie haben je nach Land, in dem sie arbeiten zwar verschiedene Finanzierungsbedingungen und dort dann auch Stundenkontingente aber innerhalb dieser rein monetären Bestimmungen sind sie frei.

Es gibt noch keine wissenschaftliche Evidenz darüber, wie lange solche ambulanten Begleitungen sinnvoll sind, wann sie wieder zu beenden sind und was ihre Wirksamkeit tatsächlich ausmacht. Aus der Psychotherapieforschung wissen wir aber, dass kurze und standardisierte Verfahren wirkungsvoller sind, als länger dauernde, offene Begleitungen.

Da auf der anderen Seite Betroffene selber im Rahmen ihrer sozialen Isolation oder sonstigen fehlenden Kontaktmöglichkeiten die Begleitung durch ambulant tätige Pflegefachpersonen schätzen oder auch Angehörige und involvierte Dienste ausserordentlich froh sind, wenn "jemand mal richtig schaut", besteht immer die Gefahr, die Begleitungen dauern zu lassen und gemeinsam mit den Betroffenen in einem überschaubaren Behandlungsetting zu verharren.

In den Psychiatrischen Diensten Thurgau haben wir mit der kurzfristigen aufsuchenden Pflege Alterspsychiatrie gute Erfahrungen gemacht. Die Akzeptanz der Krankenkassen steigt, diese Leistungen zu übernehmen und die involvierten Betroffenen und Angehörigen lernen, in erster Linie selbständig mit ihrer Erkrankung umzugehen.

Das Inputreferat soll dazu beitragen, ambulant tätige Pflegefachpersonen schon zu Beginn ihrer Behandlung an für die Beendigung ihres Auftrags zu sensibilisieren und dies auch gezielt mit den Betroffenen und den Angehörigen zu vereinbaren. Es soll ebenfalls dazu ermuntern, die „Behandlung auf Zeit“ als wirkungsvollen und gezielten Auftrag gegenüber den Kostenträgern als Beitrag einer integrierten Behandlung zu vertreten.

**36. „Mich versteht doch sowieso niemand!“ - „Das ist mir zuviel!“ – „Ich kann dort doch eh‘ nichts sagen.“
Depressionsgruppe – ein krankheitsbildspezifisches pflegerisches Gruppenangebot**

Werner Mayr

36.1. Hintergrund

An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Heidenheim/Brenz wird die „Depressionsgruppe“ (DG) angeboten, an der Patienten der beiden allgemeinspsychiatrischen Stationen und intermittierend auch Patienten der psychiatrischen Institutsambulanz teilnehmen.

Dieses krankheitsbildspezifische Gruppeangebot wurde ursprünglich von einem Psychologen ins Leben gerufen und geleitet. Von Beginn an war die Teilnahme einer Pflegekraft in co-therapeutischer Funktion vorgesehen und obligatorisch.

36.2. Problemstellung

Nach klinikinternen konzeptionellen und personellen Veränderungen war zu klären, ob das Gruppenangebot gestrichen oder durch Pflegekräfte weitergeführt werden sollte. Die Berufsgruppe der Pflegenden musste sich die Fragen stellen:

„Können und wollen wir als Pflegekräfte ein Gesprächsgruppenangebot speziell für Menschen mit Depression konzipieren und kontinuierlich (2 x wöchentlich) inhaltlich füllen, moderieren und leiten?“

„Haben wir die fachliche, kommunikative und soziale Kompetenz, sowie Zutrauen in unsere Fähigkeiten und die personelle Ausstattung?“

Ein „Ja“ zum pflegerischen Gruppenangebot

Nach intensiven Überlegungen und mit Rückendeckung des damaligen ärztlichen Teams, wurde das Angebot eingeführt und seitdem weiterentwickelt. Eine inhaltliche Verschiebung von psychologisch-orientierten Inhalten hin zu psychiatriepflegerischen Elementen war einkalkuliert und gewollt. In der Startphase wurde das Projekt von einem Oberarzt supervidiert. Die Zuweisung der Patienten erfolgt durch die jeweiligen Stationsärzte oder die Ärztin der Institutionsambulanz.

Die Leitung der im Wochenplan ausgewiesenen offenen Gruppe obliegt meist einer Fachpflegekraft. Intermittierend ist eine zweite, meist auszubildende Pflegekraft anwesend. Veranstaltungsort ist ein Therapieraum außerhalb der Stationen. Somit kann jede Gruppensitzung (GrS) ohne externe Störungen ablaufen.

Im Alltag hat sich gezeigt, dass eine Gruppe zwischen 8 und 12 Personen angemessen ist.

36.3. Ziel dieses pflegerischen Angebotes

Die Beteiligten mit Depressionen unterschiedlicher Schweregrade sollten erfahren, dass sie trotz ihrer Erkrankung

- nicht alleine sind und ernst genommen werden
- Wissen und Umgangsstrategien erlernen können
- Problemsituationen angegangen werden können
- negative Denkmuster veränderbar sind

und der

- Austausch über das persönliche kognitive, sozial – kommunikative, und emotionale Erfahren in unterschiedlichen Krankheits- und Gesundheitsphasen wertvoll ist und gegenseitig bereichernd sein kann

36.4. Inhaltliches und Vorgehen

Es werden Themenbereiche, die den Informationswünschen und -bedürfnissen der Patienten entsprechen und in Zusammenhang mit der Depression stehen, ausgewählt.

So steht z.B. die Bearbeitung folgender Fragestellungen im Vordergrund:

- Woran kann man eine Depression erkennen?
- Welche Ursachen kann eine Depression haben?
- Was kann ich im Krisenfall tun?
- Was kann ich selbst tun, um wieder gesund zu werden?
- Wie bekomme ich mein Selbstwertgefühl zurück?

Zwischenzeitlich erfolgt die Themenfindung anhand eines Manuals. Die Inhalte werden anhand eines Flip-Charts visualisiert. Somit ist ein Thema gezielt auf das nächste aufgebaut, vorgefertigte Arbeitsblätter können Einzel- und Gruppenarbeit unterstützen.

Unabhängig davon gibt es immer die Möglichkeit, vom vorgesehenen Ablauf abzuweichen und ein aktuelles Thema aufzugreifen.

Grundsätzlich sind bei der Themenfindung der GrS die Bedürfnisse der jeweiligen Teilnehmer wichtiger als das vorgegebene Thema des Manuals.

Dadurch sollen die depressiven Menschen sowohl kognitiv und emotional angesprochen werden sowie zum Mitentscheiden und zur aktiven Beteiligung motiviert werden. Das Einbringen eigener Erfahrungen – teilweise durch differenzierte Beiträge – wird dadurch gefördert. Die inhaltliche Lenkung bleibt dennoch bei der jeweils durchführenden Pflegekraft.

36.5. Struktur der GrS

- Dokumentation der Teilnehmer
- Begrüßung und der Vorstellung der Gruppenleitung (GL)
- Erklärung des Ablaufes und Hinweis auf die Schweigepflicht
- Eröffnungsrunde u.a. mit Einschätzung der eigenen aktuellen Befindlichkeit
- Bearbeitung des Hauptthemas der Sitzung mit den Teilnehmern
- Evtl. Körperübung
- Blitzlicht
- Evtl. Hinweis auf einen Ratgeber/Aufgabenstellung bis zur nächsten GrS
- Verabschiedung mit Dank, Lob und lebensbejahender Aussage

Nach Beendigung der GrS werden wichtige Informationen dokumentiert und die OPS-Kodierung durchgeführt.

36.6. Erfahrungen

36.6.1. Förderliche Voraussetzungen der Pflegekraft

Eine grundsätzliche Herausforderung ist, trotz notwendiger Strukturierung, eine Atmosphäre zu fördern, in der sich die Anwesenden angenommen und sicher fühlen. Vertrauen und respektvoller Umgang sind Grundbedingungen für die Bearbeitung von schwierigen Themen und den Austausch unterschiedlicher Erfahrungen.

In einem solchen Milieu sprechen Patienten auch Themen an, die in Gesprächen mit Nichtbetroffenen ein Tabu darstellen. Sie lassen ihren Gefühlen freieren Lauf.

Die GL muss Grundregeln im Umgang mit depressiven Menschen umsetzen können, um diese Umgebungsbedingungen herzustellen. Bedingungsfreies aktives Zuhören und Vermitteln wohlwollender emotionaler Wärme verbunden mit akzeptierender Wertschätzung sind unerlässlich, um Hoffnung zu vermitteln.

Aktivität und Eigenverantwortung sind anzuregen, gesundes Verhalten muss positiv verstärkt, depressive Verhaltensmuster können im Einzelfall auch nicht berücksichtigt werden.

Im praktischen Alltag wird deutlich, dass gemeinsames Lachen, was sich durchaus in gruppenspezifischen Prozessen ergeben kann, förderlich für das gruppenspezifische „Wir-Gefühl“ ist.

36.6.2. Modellfunktion

Die Pflegekraft ist neben der GL-Funktion auch auf Station als Bezugspflegekraft tätig und damit erfahren in professioneller Beziehungsgestaltung. Diese Kompetenz wird in die Moderation der Gruppe eingebracht und im Idealfall von Teilnehmern, die die GL gleichzeitig als Bezugspflegekraft erleben, verstärkt.

Durch die Art, in der die GL Themen wie z. B. „Aggression“, „Suizidalität“ oder „Angst“ anspricht, fungiert die Pflegekraft als Modell. Flexibilität, Spontaneität und Humor in Grundeinstellung und Kommunikation sind hilfreich.

36.6.3. Beispiele

Eine Sitzung baut auf der Nächsten auf.

Freitagsitzung:

Theoretische Bearbeitung des Themas: „Woran kann ich Wertschätzung erkennen?“

„Erlebbare Hausaufgabe“ für das Wochenende:

„Achten Sie bei den Begegnungen darauf, wo Menschen sie wertschätzen oder Ihnen positive Rückmeldung geben!“

Montagsitzung:

Aufgreifen der Fragestellung und Austausch der erlebten Erfahrungen in der Gruppe. Ergänzende Frage: „Welches Gefühl hat die Situation begleitet?“

- Die schwäbische Hausfrau macht die Erfahrung, dass sie auch wertgeschätzt wird, wenn sie die Wohnung nicht innerhalb eines Tages vollständig putzt.

Sie erhält von ihren Kindern die Rückmeldung: „Wir kommen auch gerne zu dir, wenn die Wohnung weniger perfekt ist“.

Dies kann Denkanstoß für die Relativierung der eigenen Leistungsanforderung sein.

- Mitpatienten und Besucher loben Fr. L für den guten Kuchen, den sie für die Kaffeerrunde gebacken hat.

„Anfänglich war ich verlegen, dann habe ich mich doch gefreut.“

- „Mein Ehemann hat den Hund mitgebracht. Gemeinsam sind wir spazieren gelaufen. „Der Hund hat sich so gefreut, dass ich diesmal auch dabei war. Da ist mir nach langer Zeit erstmals wieder warm ums Herz geworden.“

Die Anwesenheit ehemaliger stationärer und nun im PIA-Status befindlicher Patienten kann von der leitenden Fachkraft als Ressource betrachtet werden. Sie können in schwierigen Situationen mit der Frage: „Wer kann sich in die Situation von Hr. V einfühlen oder hat eine ähnliche Situation schon lebensbejahend gelöst?“ in die Diskussion eingebunden werden und ihre eigenen Erfahrungen (Umgang mit Suizidgedanken,...) einbringen. Gleichzeitig sind sie reales Beispiel dafür, dass die Krankheit überwunden und Lebensqualität außerhalb der Klinik wieder möglich ist. Dies kann die hoffnungsvolle Aussage der GL: „Aus der Depression kann man wieder herauskommen“ untermauern.

36.6.4. Änderung des Denkmusters

Im Verlauf des Settings können Aussagen, Rückmeldungen oder Fragen – auch von Mitpatienten – eine Änderung des Denkmusters auslösen.

Die Sinnhaftigkeit der Teilnahme an anderen Gruppenaktivitäten wird erkannt, soziale Fertigkeiten können reaktiviert werden. Positive Rückmeldung stärkt zusätzlich das Selbstwertgefühl.

36.6.5. Bindegliedfunktion

Bei entsprechendem didaktischem Vorgehen in der DG benennen Patienten eigene Bedürfnisse oder erarbeiten realistische, erreichbare Ziele.

Die GL kann sinnvolle, den Gesundheitsprozess fördernde Impulse geben.

Beispiele:

Fr. A. formuliert, dass sie Probleme habe, auf andere Menschen zuzugehen.

→ Hinweis auf das Soziale Kompetenztraining

Hr. T. beklagt sich, dass ihn die Angehörigen nicht verstehen würden.

→ Info über Angehörigengruppe

Fr. S, christlich sozialisiert, kaut am Thema „Versöhnung und Vergebung“.

→ Hinweis auf den Klinikseelsorger

Die Informationen fließen über GL auch an die Bezugspflegekräfte oder Ärzte, damit die Betroffenen auf diesem Weg gegebenenfalls Unterstützung erfahren. In der Folgesitzung werden die Vorschläge erneut aufgegriffen und auf Erfolg überprüft.

36.7. Schlussfolgerung

Die“ DG“ konnte sich als pflegerisches Angebot etablieren. Immer wieder zeigt sich, dass Patienten in diesem Rahmen den Mut haben, individuelle Probleme und Sorgen – bis hin zu Suizidgedanken – anzusprechen, die sie bisher für sich behalten haben. Die Patienten lernen durch die pflegerischen Interventionen in kleinen Schritten ihre verborgenen Ressourcen wieder kennen und integrieren diese wieder gezielter in ihren Lebensalltag. Aus der Gruppe heraus können neue soziale Kontakte geknüpft werden – auch nach Abschluss des Gruppenangebotes werden im Foyer häufig Meinungen ausgetauscht.

Die Rückmeldung, die die betreuende Pflegekraft zu jedem Patienten auf der Station gibt, wird je nach Relevanz in Visiten und Teambesprechungen nochmals aufgegriffen.

Seit der Einführung wird die „Depressionsgruppe“ kontinuierlich angeboten und bis auf wenige Ausnahmen abgehalten. Sie bildet einen gleichberechtigten und wichtigen Baustein in der Versorgung von Patienten mit einer Depression. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und oftmals positive Rückmeldung der Betroffenen ist das Gruppenangebot gegenwärtig aus dem Wochenplan nicht wegzudenken. Die Pflegekräfte zeigen damit, dass sie bereit sind, in diesem patientennahen Tätigkeitsfeld Verantwortung zu übernehmen.

36.8. Literatur

1. *Pitschel-Walz G. et al. (2003). Psychoedukation bei Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Elsevier.*
2. *Wolfersdorf, M. (1992). Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.*
3. *Wolfersdorf, M. (Hrsg). (1997). Depressionsstationen. Stationäre Depressionsbehandlung. Berlin: Springer.*
4. *Amberger S., Roll S. (2010). Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme*
5. *Sauter D. et al. (2004). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Huber*

37. Die Wirkung von Patientensuiziden auf Mitarbeiter und die Organisation

Johann Meinhof, Jochen Möller

37.1. Einleitung

Der Suizid eines Patienten stellt eine traditionelle Herausforderung der klinischen Psychiatrie dar. Die Zahlen machen deutlich, wie häufig Behandler bzw. Organisationen durch den Suizid eines Patienten betroffen sind. Die Gesellschaft setzt voraus, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens sich mit Tod und Sterben auseinandersetzen. Ärzte und Pflegende, wie auch die Organisation Krankenhaus sehen den Tod von Patienten als dazugehörig zu ihrer täglichen Arbeit an.

Der Suizid eines Patienten während seines stationären Aufenthalts im Krankenhaus hingegen stellt eine besondere Form der Begegnung mit dem Tod dar. Sie kann als Ausnahmesituation für die Behandelnden und das Management angesehen werden und bringt nicht selten beide emotional und professionell an ihre Grenzen.

Die Frage nach der Wirkung des Suizids auf die Mitarbeiter und die Organisation, und dem sich daraus ergebenden dependentem (Bezug, ein Verhältnis, Grad einer Wechselwirkung) Spiel der Veränderungen, ist weitgehend unberührt.

Die Thematik dieses Beitrags ist nicht der Suizid oder die Suizidprophylaxe, wie der Titel dieses Kongresses vermuten lassen könnte. Der Gegenstand dieses Beitrags ist die Kommunikation zwischen Mitarbeitern einer Organisation und die Wirkung dieser Kommunikation auf die strukturelle Ebene der Organisation. Das Ziel besteht darin, eine Beschreibung der „Funktionsweise“, der „Mechanismen“ zwischen Mitarbeitern und Organisation zu erreichen. Die Beschreibung geschieht auf der Grundlage und manchmal in der Sprache der Systemtheorie.

Es geht nicht um die nahe liegende Ursache-Wirkungsdarstellung: Lag es am Patienten, an den Programmen, am Mitarbeiter oder an den Strukturen der Organisation? Es geht um die Frage des Rauschens, der Störung und der damit einhergehenden Veränderung von Mitarbeitern **und** Organisation.

37.2. Mitarbeiter und Organisation

Der Mitarbeiter und hier insbesondere der pflegende Mitarbeiter, handelt auf einem Wertesystem.

„Zur Pflege gehört die Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen, und in der psychiatrischen Pflege steht die Begleitung von Menschen, die in ihrer Person als Ganzes von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen sind, im Vordergrund. Psychiatrisch Pflegenden ist bewusst, dass jeder einzelne Patient auf der Basis seiner einzigartigen Biographie, seines sozialen Umfeldes und seiner individuellen Möglichkeiten und Ziele bzw. Lebensvorstellungen, begleitet und unterstützt wird.“

Solche Definitionen versuchen beruflich Tätige in ihre Funktion und die Vision ihres Berufsstands einzubeziehen. Sie stellen damit sozusagen ein Konzentrat unseres komplexen Wertesystems dar.

Für die Arbeit mit Menschen in suizidalen Lebenskrisen ist die Beziehungsgestaltung wesentliches Instrument um Sicherheit für den Patienten zu ermöglichen. Jeder in der Psychiatrie Tätige, der suizidale Patienten im therapeutischen Team mitbehandelt hat, musste erfahren, dass es kaum eine andere Behandlungssituation gibt, in der die Beziehung zwischen Behandler und Patient so intensiviert und auf die Probe gestellt werden kann, wie es bei einer Suizidgefährdung des Patienten geschieht. Die Pflge-theoretikerin Patricia Benner weist im Rahmen der Darstellung ihres Sorgebegriffs darauf hin, dass derjenige, der einem anderen Menschen eine Bedeutung gibt, indem er sich um ihn sorgt, damit immer ein Risiko für sich selbst eingeht. Das Risiko liegt darin verborgen, dass eine Sache oder eine Person außerhalb meiner selbst für mich bedeutsam wird. Diese Konstellation macht verwundbar. Es tritt somit etwas in mein Leben, was für mein Selbst unkontrollierbar ist.

Wir wollen für unsere Betrachtung nicht die offensichtliche Möglichkeit der Traumatisierung des Mitarbeiters fokussieren. Eher geht es, mit Blick auf den Mitarbeiter, um Reaktionen, Ansprüche und Erwartungen an die Organisation, die sich natürlich auch aus dieser Bedrohung ergeben können.

Organisationen sind ein hervorstechendes Merkmal moderner Gesellschaften. Es gibt sie, seitdem der Mensch in Gemeinschaften lebt. Die heutige Form weit ausdifferenzierter Gesellschaften benötigt hoch spezialisierte Organisationen. Diese Organisationen haben nicht nur mit Menschen zu tun, sie interagieren auch mit anderen Organisationen. Menschen begegnen Organisationen täglich als Mitglieder oder Nicht-Mitglieder. Es sind der Betrieb und die Verwaltung, die Partei oder die Religionsgemeinschaft, die sich als Organisation dem Menschen zeigen. Es gibt kaum gesellschaftliche Bereiche, in denen keine Organisationen existieren. Sind Menschen Mitglieder einer Organisation, erleben sie sich als Teil der Organisation. Für diesen Status müssen sie sich an ein komplexes Netzwerk aus impliziten und expliziten Regeln halten.

„Organisation ist Gestaltung, ist Formung und Ordnung.

Formung ist Gliederung und Eignung einer Menschengruppe und einer Apparatur zu handlungsfähigen Gebilden.

Ordnung ist Regelung des Aufbaus und des Betriebsablaufs.

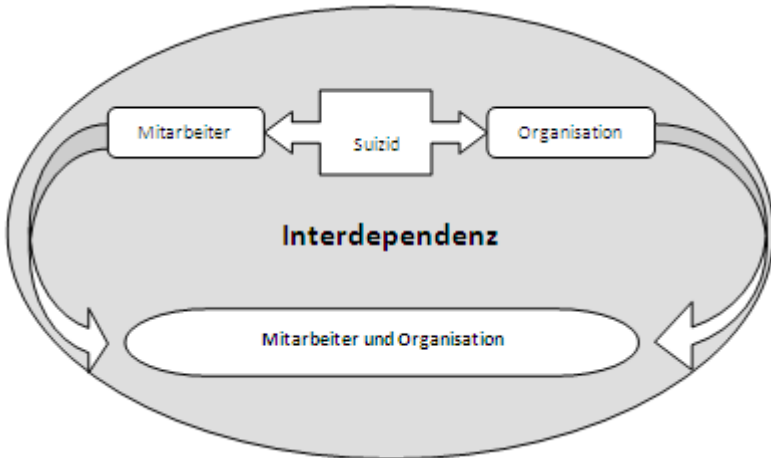
Organisation ist so rationale Zuordnung von Menschen und Sachen zur Erfüllung von Aufgaben [.....]

Organisation ist immer nur Mittel zum Zweck,
der Zweck ist mit der betrieblichen Zielsetzung gegeben“

(Konrad Mellerowicz)

Der Mitarbeiter ist nicht der Mensch an sich, sondern nur der Teil des Menschen und seiner Handlungen, den er der Organisation zur Verfügung stellt. Die Organisation besteht aus den Handlungen der Mitarbeiter. Die Organisation schafft den Rahmen dieser Ereignisse und ermöglicht sie damit gleichzeitig. Diese Handlungen werden so auf die Zweckbindung, die Regel, die

Organisationskultur verwiesen. Sie bestehen nicht aus einzelnen, sondern aus vielen dieser von mehreren Mitarbeitern erbrachten Handlungen.



37.3. Qualitative Sozialforschung

Gegenstand der Forschungsarbeit sind Pflegefachkräfte und ihre Wahrnehmung bzw. ihr Erleben und die daraus resultierende Wirkung auf ihre individuelle soziale Wirklichkeit nach einem erlebten Patientensuizid.

Aus den halbstrukturierten Interviews mit 9 Pflegefachkräften die einen Suizid erlebt haben konnten durch eine Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring) folgende Kategorien gebildet werden:

- Theoretisches und Erfahrungswissen
- Beziehungsdichte als Belastungsfaktor
- Soziale Beziehungen im Team als Belastungsfaktor
- Organisationale Belastungsfaktoren
- Bewältigungsstrategien
- Auseinandersetzung mit dem Tod und die Haltung zum Suizid

37.4. Ergebnisse

Die Wirkung von Patientensuiziden auf Mitarbeiter und die Organisation kann grundsätzlich als gegeben angesehen werden.

Die Schilderungen der Interviewten zeigten durchgehend eine emotionale Betroffenheit.

Zwischen dem Belastungserleben und der Beziehungsdichte zum Patienten, konnte eine ausgeprägte Korrelation festgestellt werden. Das Belastungserleben zeigt sich unter anderem in Selbstzweifel und nicht zugestandenen Gefühlen wie zum Beispiel Wut und Enttäuschung. Weitere Belastungsfaktoren, wie psychosomatische Symptome bis hin zur Arbeitsunfähigkeit wurden von Mitarbeitern beschrieben, die sich in einer zeitlichen und örtlichen Nähe zur Situation befanden. Die Einschätzung von Situationsnähe und Beziehungsdichte, bezogen auf den Mitarbeiter, kann somit hilfreich sein bei der Identifikation von besonders belasteten Mitarbeitern.

Außerordentlich stützend zur Bewältigung der beschriebenen Belastungen sind die sozialen Kontakte im Team und die damit verbundene Kommunikation.

Tod und Sterben sollte im Rahmen von ethischen Diskursen in psychiatrischen Einrichtungen thematisiert werden.

Die Auftragsformulierung der Organisation in Bezug auf einen Patientensuizid ist, dass die Organisation dem Patienten die Möglichkeit verschafft, eine andere Entscheidung als den Suizid zu wählen. Das hat zur Folge, dass sie im Falle eines Suizids mit der Nichterfüllung des Auftrags konfrontiert ist.

Aus der Beschreibung der Organisation geht hervor, dass eine sichere und stabile Ordnung besteht. Eine der hoch redundanten Entscheidungen ist die Anwendung der Organisationsregel eines Meldeverfahrens. Der Rückgriff der Organisation in Krisensituationen auf diese Strukturen befähigt zu sicheren Handlungen. Es ergibt sich eine Reduktion der Komplexität.

Der offensichtliche Nutzen von angelegten Strukturen würde vermutlich auch im Bereich von Wissen und Bewältigungshilfen eine zweckmäßige

Ressource der Organisation darstellen. Die Schwierigkeit des Aufbaus dieser Strukturen besteht darin, dass die Organisationseinheit Station mit dem Ereignis des Suizides nur sporadisch konfrontiert wird.

Das Management des sozialen Systems Krankenhaus kann sowohl den Mitarbeiter beeinflussen als auch die Organisationsregeln steuern. Ihm kommt deshalb für die bestehende Interdependenz zwischen Mitarbeiter und Organisation eine exponierte Rolle zu. Für die Einrichtung vorher festgelegter Strukturen scheint die Berücksichtigung der dargestellten zentralen Themen entscheidend.

Die Entwicklung hilfreicher Instrumente kann nur gelingen, wenn den Bedürfnissen einer Organisation nach sicheren Entscheidungen und denen des Mitarbeiters nach einer Wahrnehmung seines Befindens Rechnung getragen wird.

Unter Berücksichtigung dessen, dass sowohl die Organisation als auch der Mitarbeiter in der Situation selbst mit einer Defizitabwehr beschäftigt sind, scheint es angezeigt, Strukturen für diese Situation vorzuhalten.

Strukturen und Instrumente die in der Lage sind, Mitarbeiter und Organisation vor den Gefahren zu schützen, die von dramatischen plötzlichen Ereignissen ausgehen, müssen im Vorfeld des Ereignisses entwickelt und als Bestandteil der Organisation etabliert sein.

37.5. Literatur

1. *Meinhof J. , Möller J. Die Wirkung von Patientensuiziden auf Mitarbeiter und Organisation, Diplomarbeit 30.Juni 2005 Katholische Fachhochschule Nordrheinwestfalen, Abteilung Köln Fachbereich Gesundheitswesen Studiengang Pflegemanagement*
2. *Schädle-Deiningner, H.; Villinger, U.: 1997 Praktische psychiatrische Pflege, Arbeitshilfen für den Alltag, S57*
3. *Weber Hajo Seminarunterlagen, FG Soziologie Universität Kaiserslautern. Kaiserslautern, 2002*

38. ProWert – (Mehr) Wertschätzung für Pflegende?

Klaus Müller, Susanne Hellweg, Heike Schneider

38.1. Projekt ProWert

Das Projekt ProWert ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Verbundprojekt der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) Bielefeld und der Technischen Universität (TU) Dortmund. Der Titel des Projektes „ProWert“ steht für „Produzentenstolz durch Wertschätzung“. Ziel des Projektes ist es, den Stolz, den Pflegende in ihrer Arbeit erleben, zu erhöhen. Dazu gehören beispielsweise Aspekte wie:

- die Stärkung der beruflichen Identität der Pflegenden
- die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit
- die Optimierung struktureller Einflüsse auf der Einrichtungs- bzw. Teamebene
- die Erhöhung des Stellenwertes pflegerischer Arbeit innerhalb der Gesundheitsversorgung
- die positive Beeinflussung des Berufsbildes in der gesellschaftlichen Wahrnehmung.

38.2. Fragestellung

Die Grundidee des Projektes ProWert basiert auf der Annahme, dass Stolz auf die eigene Arbeit und erfahrene Wertschätzung im Arbeitsfeld „Pflege“ in einem engen Zusammenhang stehen. Studien haben gezeigt, dass Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsleistung nicht nur die Motivation und Identifikation mit dem Arbeitsfeld erhöht, sondern sich auch positiv auf die physische und psychische Gesundheit auswirkt und somit auch unter betriebs- und volkswirtschaftlichen Aspekten bedeutsam ist [1, 2, 3].

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen stetig steigen [4, 5]. Bereits jetzt ist absehbar, dass der zukünftige Bedarf personell nicht gedeckt werden kann [6]. So ist die Zahl

der Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege in der letzten Dekade tendenziell gesunken [7]. Für die Altenpflege lassen sich zwar steigende Ausbildungszahlen verzeichnen, allerdings ist die Quote der Berufsaussteiger/innen dreimal so hoch wie in der Gesundheits- und Krankenpflege [7]. Auch vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Attraktivität der Pflegerberufe aus Sicht der Pflegenden selbst, wie auch in der öffentlichen Wahrnehmung positiv beeinflusst werden kann.

Aus diesen Grundannahmen entwickelte das Team der FHdD folgende Fragestellungen:

- Wo und wie genau erleben pflegende Mitarbeiter/innen Wertschätzung für ihre berufliche Leistung?
- Wo bleiben Wertschätzungsaspekte unsichtbar oder unausgesprochen?
- Wie kann das berufliche Selbstverständnis Pflegenden gestärkt werden?
- Wie kann innerhalb des Arbeitsteams (der Institution) sowie gegenüber einer breiten Öffentlichkeit die Bedeutung und der Wert pflegerischer Arbeit sichtbar gemacht werden?

38.3. Methode

Um sich diesen Fragestellungen (siehe unter Punkt 1.2) zu nähern, wurde ein Multi-Method-Design gewählt. Am Anfang des Projektes standen für das Teilprojekt Pflegewissenschaft narrative Interviews mit Pflegenden aus unterschiedlichen Einrichtungen und Versorgungssektoren. Eingeschlossen in die Untersuchung wurden examinierte Altenpflege- und Altenpflegehelfer/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Heilerziehungspfleger/innen aber auch Mitarbeiter/innen ohne Ausbildung. Ergänzt werden die Daten durch die Perspektive von zu Pflegenden Menschen, Angehörigen, Expert/innen sowie exemplarischen Dokumentenanalysen. Parallel zur umfangreichen quantitativen Erhebung in den kooperierenden Einrichtungen durch die Mitarbeitenden der TU-Dortmund wird aktuell (Sommer 2010) ein Instrument entwickelt, das darauf abzielt, Grundpfeiler der Wertschätzungskultur in einer Einrichtung zu identifizieren, zu bewerten und einer Weiter-

entwicklung zugänglich zu machen. Im Rahmen einer solchen *Potenzialanalyse Wertschätzung* können individuelle und einrichtungsspezifische Aspekte thematisiert und aufgegriffen und in ein *Qualitätsprofil Wertschätzung* eingearbeitet werden.

38.4. Ergebnisse und Diskussion

Insgesamt wurden 31 narrative Interviews mit Pflegenden geführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe des elektronischen Datenverarbeitungsprogramms MAXQDA.

Hinsichtlich des Wertschätzungserlebens der befragten Pflegekräfte zeichnen sich aktuell u. a. folgende Tendenzen ab:

- Wertschätzung wird individuell konstruiert.
- Die Interaktion mit zu pflegenden Menschen ist für Pflegende die bedeutendste Quelle von Wertschätzung.
- Das „Schaffen“ des Arbeitspensums, administrative Tätigkeiten und die Erbringung refinanzierbarer Leistungen bewirken Wertschätzung durch Führungskräfte. Hier zeigen sich differente Kriterien.
- Zentrale Stellgrößen für Wertschätzung scheinen das individuelle Berufsverständnis und die Caring Philosophie zu sein.
- Die Kernkonzepte pflegerischen Handelns können nur schwer kommuniziert werden. Eine geeignete „Sprache“ der Berufsgruppe ist nur rudimentär entwickelt.

38.5. Schlussfolgerungen

Zum derzeitigen Auswertungsstand im Teilprojekt Pflegewissenschaft lassen sich folgende Konsequenzen formulieren:

- Damit Pflegende selbst und die pflegerische Arbeit an sich mehr Wertschätzung erhalten, sollte die Dienstleistung Pflege nach innen und außen stärker sichtbar gemacht werden.
- Dazu ist es erforderlich, dass sich Pflege ihr eigenes Profil bewusst macht und nach außen kommuniziert. Grundvoraussetzung dafür scheint eine gemeinsame Sprache innerhalb der Berufsgruppe zu sein.
- Stolz auf die eigene Arbeit können Pflegende nur innerhalb einer Wertschätzungskultur entwickeln, für deren Aufbau und Aufrechterhaltung insbesondere die Führungskräfte verantwortlich sind. Wertschätzungskultur und Führungskultur sind untrennbar miteinander verbunden.
- Eine Wertschätzungskultur zeichnet sich dadurch aus, dass sie sowohl kollektive Arbeitsprozesse und -ergebnisse erfasst, als auch der Diversität der Mitarbeiter/innen in ihrer jeweiligen Einzigartigkeit Rechnung trägt.
- Ein weiterer wesentlicher Bestandteil einer Wertschätzungskultur ist ein von Pflegenden und Führungskräften gemeinsam getragenes Qualitätsprofil.
- Darüber hinaus erscheint es sinnvoll Konzepte zu entwickeln und zu implementieren, mit denen Pflegende auch aktiv Wertschätzung einholen können.

38.6. Literatur

1. Fischer, A. W. (2006). *Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. Eine Studie an österreichischem Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits- und arbeitspsychologischen Herangehen [Dissertation]*. Universität Potsdam, Institut für Psychologie.
2. Michaelis, M. (2005). *Pflege als extreme Verausgabung: arbeitssoziologische Aspekte*. In K. R. Schroeter & T. Rosenthal (Hrsg.), *Soziologie der Pflege*. Weinheim: Juventa. S. 263-277.
3. Engelbrecht, S.; Fesenfeld, A., Hellweg, S. & Schneider, H. (in Druck). *Wertschätzung in Zeiten zunehmender Ökonomisierung*. In: M. Kastner (Hrsg.), *Leistungs- und Gesundheitsmanagement - Psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation [Tagungsband]*. Lengerich: Pabst Publisher.
4. Rothgang, H. (2004). *Demografischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“*. Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Online verfügbar unter http://www.zes.uni-bre.men.de/homepages/rothgang/downloads/Demographischer_Wandel_Pflegebeduerftigkeit.pdf
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordinaton und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Kurzfassung*.
6. Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010). *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
7. Goesmann, C. & Nölle, K. (2009). *Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik*. Technische Universität Dortmund, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsbereich Arbeitssoziologie. Online verfügbar unter http://www.berufe-im-schatten.de/data/statistik_pflege_1.pdf

39. Der Einsatz von Non-Suizidverträgen in der psychiatrischen Pflege

Xenia Narr, Bernd Kozel, Christoph Abderhalden

39.1. Einleitung

Suizide gehören weltweit zu den grössten Gesundheitsproblemen [1]. In der Schweiz sterben jährlich 1300 bis 1400 Menschen an Suizid, dies entspricht einer Suizidrate von 19,1 pro 100 000 EinwohnerInnen. Damit gehört der Suizid mit zu den häufigsten Todesursachen in der Schweiz [2]. Die Suizidprävention ist folglich ein wichtiges Thema, dem allergrösste Bedeutung beigemessen wird [3]. In der klinischen Praxis stellt der sogenannte Non-Suizid-Vertrag eine vielfach empfohlene Intervention zur Suizidprävention bei akut suizidalen PatientInnen dar [4, 5]. Für den Begriff Non-Suizid-Vertrag gibt es eine ganze Reihe synonym verwendeter Begriffe, die sehr uneinheitlich verwendet werden (Kein-Suizid-Vertrag, Anti-Suizid-Vertrag, Suizidpräventions-Vertrag, usw.) [6]. Weiterhin fehlen eine einheitliche Definition und ein Konsens über die Erstellung und Anwendung von Non-Suizid-Verträgen. Ein Non-Suizid-Vertrag ist im Wesentlichen eine Vereinbarung zwischen einer psychiatrischen Fachperson und einem suizidgefährdeten Menschen. Der suizidgefährdete Mensch verspricht dabei, sich in einem festgelegten Zeitraum nicht selbst zu verletzen oder Suizid zu begehen. Bestandteil des Vertrages kann auch das Versprechen sein, sich bei auftretenden Suizidgedanken bei einer bestimmten Person oder Institution zu melden [7]. In der Regel werden Non-Suizidverträge mündlich, schriftlich oder in einer Kombination aus beidem abgeschlossen. Die Verwendung von Non-Suizidverträgen in der klinischen Praxis wird in der Literatur sehr kontrovers diskutiert. Beispielsweise wird angeführt, dass ein Mangel an externer Evidence für die Wirksamkeit der Intervention besteht [5]. Ein weiterer Einwand gegen Non-Suizidverträge liegt darin, dass sie den Eindruck erwecken, eine therapeutische Beziehung ersetzen zu können [6]. Als Vorteil wird

unter anderem angeführt, dass der Non-Suizid-Vertrag einen Zeitgewinn zur Überwindung einer Krise darstellen kann [8]. Non-Suizid-Verträge sind nach Angaben aus der Literatur eine wichtige Pflegeintervention bei suizidgefährdeten Menschen [5, 9, 10]. Bisher fehlen jedoch genauere Erkenntnisse über die konkrete Handhabung und die Häufigkeit der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen in der psychiatrischen Pflegepraxis. Unsere Fragestellung lautete: Wie ist der „Stand der Praxis“ bei der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen durch Pflegepersonen in drei psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern (Privatklinik Münchenbuchsee, Psychiatrisches Zentrum Münsingen, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern).

39.2. Methode

Wir haben im Rahmen einer Querschnittserhebung Telefoninterviews mit Pflegefachpersonen (22 Stationsleitungen, 2 stellvertretende Stationsleitungen, 3 Pflegefachpersonen Höfa1 und eine Pflegefachperson) aus 28 Stationen von drei psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern durchgeführt. Die Befragung erfolgte anhand eines von uns entwickelten Fragebogens, der 12 Fragen (10 strukturiert, 2 offen) zum Thema Non-Suizid-Vertrag enthält. Die von uns interviewten Pflegefachpersonen sollten Auskunft geben, ob auf ihren Stationen Non-Suizidverträge verwendet werden und wie die konkrete Handhabung damit erfolgt. Vor der ersten Anwendung führten wir drei telefonische Pretests mit dem Fragebogen durch. Die erhobenen Daten wurden von uns mit der Statistik Software SPSS 15.0 deskriptiv ausgewertet. Insgesamt haben wir 37 Stationen in den drei Kliniken für eine Teilnahme angefragt (siehe Tabelle 1). Zur Befragung erklärten sich schliesslich 28 Stationen bereit (4 Münchenbuchsee, 4 Münsingen, 20 Bern). Dies entspricht einem Rücklauf von 77%. In den drei Kliniken haben wir damit 56% aller Stationen der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie befragt (Münchenbuchsee 80%, Münsingen 20%, Bern 80%). Die von uns befragten Stationen teilen sich gemäss ihres Funktionsbereiches wie folgt auf: 21 Allgemeinpsychiatrie, 3 Alter, 2 Sucht und 2 Psychotherapie. Bezogen auf das Setting wurden 11 Stationen als offen, 3 als geschlossen und 14 als eine Mischform aus of-

fen/geschlossen (individuelle Handhabung) beschrieben. 20 Stationen stammen aus dem stationären Bereich, 5 Stationen sind Tageskliniken und 3 Stationen sind Ambulatorien. Aufgrund geringer zeitlicher Ressourcen konnten nicht alle Stationen angefragt werden.

Tabelle 1: Überblick der angefragten Stationen

Klinik	Stationen	Angefragt*	Zugesagt*	Rücklauf%**
Münchenbuchsee	5	4 (80.0%)	4 (80.0%)	100.0
Münsingen	20	12 (60.0%)	4 (20.0%)	33.3
Bern	25	21 (84.0%)	20 (80.0%)	95.2
gesamt	50	36 (72.0%)	28 (56.0%)	77.7

*% bezieht sich auf alle Stationen **% bezieht sich auf die angefragten Stationen

39.3. Ergebnisse

26 Stationen (92.9%) gaben an, Non-Suizidverträge zu verwenden. Zwei Stationen arbeiten nicht mit Non-Suizid-Verträgen oder etwas Ähnlichem. Non-Suizid-Verträge werden bei suizidalen PatientInnen auf 8 Stationen (28.6%) selten, auf 9 Stationen (32.1%) häufig, auf 4 Stationen (14.3%) fast immer und auf 5 Stationen immer (17.9%) angewendet.

Die weiteren Ergebnisse unserer Telefonumfrage sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Am häufigsten werden mündliche Non-Suizid-Verträge verwendet (85.7%), der Vertragsabschluss erfolgt hauptsächlich per Handschlag und Blickkontakt (82.1%). Schriftliche Non-Suizid-Verträge werden meistens von einem Teammitglied (55.5%) oder gemeinsam mit dem Patienten formuliert (44.4%). Vordruckte Formulare werden in drei Teams gebraucht (33.3%). Die Non-Suizidverträge werden hauptsächlich von Pflegefachpersonen und ÄrztInnen angewendet (89.3% und 92.9%). PatientInnen schliessen einen Non-Suizidvertrag vor allem mit den Teammitgliedern ab, zu denen eine Beziehung besteht oder die ihnen als Bezugsperson zugeordnet sind

Tabelle 2: Übersicht der aus den Telefoninterviews erhaltenen Antworten

Welche Art von Non-Suizid-Verträgen (NSV) wenden Sie bei sich im Team an?	
Nur mündlich	17 (60.7%)
Nur schriftlich	1 (3.6%)
Mündlich oder schriftlich	8 (28.6%)
Welche Art von NSV wenden Sie bei sich im Team am häufigsten an?	
mündlich	24 (85.7%)
schriftlich	1 (3.6%)
mündlich und schriftlich	1 (3.6%)
Wie werden die NSV bei Ihnen im Team formuliert? *	
Teammitglied mit PatientIn	4 (44.44%)**
Teammitglied unterstützt PatientIn	2 (22.22%)**
Teammitglied erstellt NSV	5 (55.55%)**
Vorgedrucktes Formular	3 (33.33%)**
Wie erfolgt der Vertragsabschluss mit dem Patienten / der Patientin?*	
Handschlag und Blickkontakt	23 (82.1%)
Unterschrift PatientIn	1 (3.6%)
Unterschrift PatientIn und Teammitglied	1 (3.6%)
Mündlich im Gespräch	1 (3.6%)
Wer schliesst den NSV mit den PatientInnen ab?*	
Pflegefachperson	25 (89.3%)
SozialarbeiterIn	2 (7.14%)
MedizinerIn	26 (92.9%)
PsychologIn	12 (42.9%)

Nach welchen Kriterien wird die Person ausgewählt, die den NSV abschliesst?*

grosser Erfahrung	6 (21.42%)
Beziehung zum Patienten / zur Patientin	20 (71.42%)
Zuteilung zum Patienten / zur Patientin	24 (85.7%)
Kennen des Patienten / der Patientin	5 (17.85%)
Person die gerade da ist	2 (7.14%)

* Mehrfachantworten möglich, ** Der Prozentuale Häufigkeit bezieht sich auf die 9 Teams, die schriftliche NSV durchführen

39.4. Diskussion und Schlussfolgerung

Unsere Umfrage zum Stand der Praxis bei der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen kann als repräsentativ für die Stationen in Bern und Münchenbuchsee angesehen werden. Die Arbeit mit Non-Suizid-Verträgen auf den einzelnen Stationen ist sehr verbreitet. Dabei ist uns besonders aufgefallen, dass der mündliche Vertragsabschluss mit Handschlag und Blickkontakt überwiegt. Dies ist aus unserer Sicht ein Anzeichen für eine zumeist individuelle Nutzung dieser Intervention in der Praxis, die gemäss unseren Erwartungen vor allem von den Pflegepersonen und ÄrztInnen genutzt wird. Drei Stationen verwenden vorgedruckte Non-Suizid-Verträge. Diese Praxis wird von vielen Experten sehr kritisch beurteilt, da der „bürokratische“ Umgang mit Suizidalität zu einer Beeinträchtigung der „therapeutischen Beziehung“ führen könnte [11]. Aus unserer Sicht ist es notwendig, durch weitere Forschungsprojekte die Wirksamkeit von Non-Suizid-Verträgen zu untersuchen. Dabei sollte auch die Sicht der PatientInnen berücksichtigt werden. Grundsätzlich stellt sich uns die Frage, ob das Weiterbildungsangebot zu dieser Thematik im Verhältnis zur Häufigkeit der Anwendung dieser Intervention in der Praxis steht.

39.5. Literatur

1. Bertolote, J.M., Fleischmann, A. (2002) *A global perspective in the epidemiology of suicide*. *Suicidologi*. 2: p. 6-8.
2. Bundesamt für Gesundheit (2005) *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*. [abgefragt am 19.07.2010]; 1-41]. Erhältlich unter: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=de.
3. Mann, J.J., et al. (2008) *Suicide prevention strategies*. *Journal of the American Medical Association*. 294: p. 2064-2074.
4. Dorrman, W., (2003) *Verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen bei akuten suizidalen Krisen*. *Psychotherapie im Dialog*. 4: p. 330-339.
5. Mcmyler, C., Prymachuk S. (2008) *Do no-suicide contracts work?* *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15: p. 512-522.
6. McConnell Lewis, L., (2007) *No-Harm Contracts: A review of what we know*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 37: p. 50-57.
7. Rudd, M.D., Mandrusiak, M., Joiner Jr., T.E. (2006) *The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative*. *Journal of Clinical Psychology*. 62: p. 243-251.
8. Range, L.M., et al. (2002) *No-suicide contract: An overview and recommendations*. *Death Studies*. 26: p. 51-74.
9. Farrow, T.L. (2004) *„Kein-Suizid-Vertrag“ in ambulanten Krisensituationen – eine konzeptionelle Analyse*. *Psych Pflege*. 10: p. 273-276.
10. McCloskey Dochterman, J., Bulechek G.M. (2004) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis: Mosby.
11. Dorrman, W. (1996) *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. München: Klett-Cotta.

40. Die Kehrseite des Suizids – Die Belastung suizidaler Handlungen von PatientInnen auf Pflegende

Ian Needham, Fritz Frauenfelder, Ruth Hatcher, Cornelia Gianni, Jürg Dinkel, Niki Tiefenthaler

40.1. Einleitung

In der Schweiz gibt es jährlich rund 1300 suizidbedingte Todesfälle, wobei auf jeden vollendeten Suizid noch 10 – 15 Suizidversuche kommen [1]. Entsprechend hoch ist die Zahl der Betroffenen, in erster Linie Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Kollegen, und nicht zuletzt Pflegende, die mit suizidalen Handlungen wie Suizidandrohung, Suizidversuch oder vollendetem Suizid bei der Ausübung ihres Berufes oft konfrontiert sind.

Während in der engeren Familie und im Freundeskreis die Trauer, die Verständnislosigkeit und auch die Hilflosigkeit dem oft unfassbaren tragischen Ereignis gegenüber überwiegen mögen, kann es in der Psychiatrie bei suizidalen Handlungen zu ganz erheblichen Belastungen für die Pflegenden kommen [2-6]. An vorderster Stelle und zugleich wohl am belastendsten für Pflegende kann das Gefühl des eigenen Versagens und der Inkompetenz stehen [4, 5]. Nebst belastenden Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen können Wut oder Zorn auf die Situation oder sogar auf den in suizidaler Absicht handelnden Menschen auftreten [6]. Erfolgte suizidale Handlungen können ferner bei Pflegepersonen Ängste vor weiterer Verantwortung für suizidale PatientInnen, vor Arbeitsplatzverlust, vor Beschuldigung durch Vorgesetzte und KollegInnen oder vor Schuldzuschreibung für die suizidale Handlung erzeugen. [4-6]. Schliesslich kann die Begegnung mit Angehörigen von PatientInnen, die Suizidhandlungen durchführen zur Belastungsprobe werden [2, 6], in der Gefühle der Unzulänglichkeit oder des Versagens auftreten.

Vor diesem Hintergrund ist auch eine Betrachtung der Situation der Pflegenden – eben die Kehrseite des Suizids – angezeigt.

40.2. Fragestellung

Diese Studie ging der Frage nach: Inwiefern werden Pflegende von Suizidhandlungen von PatientInnen belastet?

40.3. Methode und Material

In einer Querschnittsbefragung bei 203 Pflegenden aus Deutschland und der Schweiz beschrieben die Teilnehmenden eine belastende Pflegesituation. Sieben Pflegende aus der Akutpsychiatrie und 19 Pflegende aus der Forensik beschrieben eine suizidale Handlung (Suizidversuch oder vollendeter Suizid). Der Erst- und Zweitautor entwickelten in einem iterativen Verfahren ein Kodierschema, wobei aufgetretene Unklarheiten im Konsensverfahren geklärt wurden. Aus den gesichteten Texten entstanden sechs Kodierungsmerkmale in drei Dimensionen: Suizidhandlung (Vollendeter Suizid oder Suizidversuch), Handlungsort (krankenhausintern oder -extern) und Folge bei Suizidversuch (keine Verletzung oder Verletzung), (vgl. Tabelle 1). Als Beispiel dienen folgende zwei Erzähleinheiten:

Tabelle 1: Einteilung in Kodierungsmerkmale

		Suizidhandlung	Handlungsort	Folge bei Suizidversuch
1	Suizid einer Patientin in ihrem WE-Urlaub	vollendet	extern	
2	Suizidversuch eines Patienten mit Erfolg reanimiert	Versuch	intern	Keine Verletzung

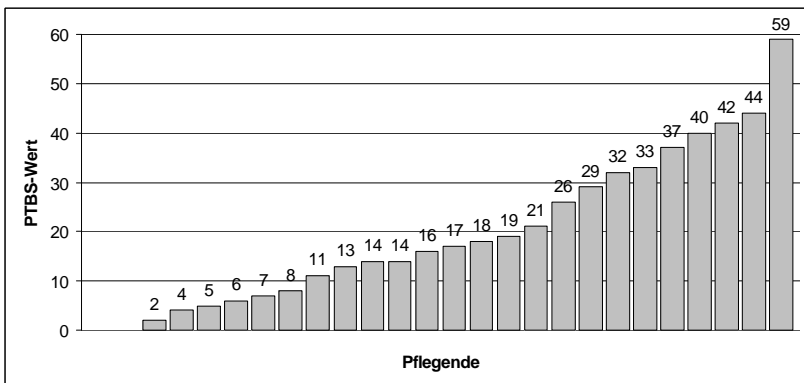
Zur Messung der Belastung wurde einerseits die überarbeitete Impact of Events Skala (IES-R) [7] eingesetzt. Diese Skala bildet drei Dimensionen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Intrusion, Vermeidung und Übererregung) ab und kann als Indikator für eine PTB eingesetzt werden [8]. Als Grenzwert für das Vorliegen einer PTBS wurden 33 oder mehr Punkte [9] angenommen.

Andererseits wurde der Professional Quality of Life Fragebogen zur Messung der Merkmale Empathiebefriedigung (die Befriedigung bzw. das Vergnügen, welches einen widerfährt, wenn man anderen Menschen hilft), Empathieermüdung (negative Gefühle, die HelferInnen aus der Konfrontation mit traumatisierenden Erlebnissen ihrer PatientInnen erfahren) und Burnout (ein berufsbedingtes Belastungssyndrom, das unter anderem durch sekundäre Traumatisierungen entstehen kann) eingesetzt [10, 11].

40.4. Ergebnisse

Zwölf weibliche und 14 männliche Pflegefachleute beschrieben eine erlebte suizidale Handlung als belastendes Ereignis. Die – vornehmlich aus der Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen – verfügen im Schnitt über 18 Jahre Berufserfahrung. Fünf der geschilderten Suizidhandlungen erfolgten innerhalb und 21 ausserhalb des Krankenhauses. Die Pflegenden schilderten 13 vollendete Suizide und 13 Suizidversuche, wovon 9 ohne schwerwiegende Verletzungen blieben. Die beschriebene suizidale Handlung lag im Schnitt 53 Monate zurück.

Der durchschnittliche PTBS-Wert der Pflegenden beträgt 19,88 ($\pm 15,6$) aus einem möglichen Maximum von 60 Punkten. Gemäss dem Grenzwert von Creamer et al. [9] sind sechs Pflegenden von einer PTBS (≥ 33 Punkte) betroffen (vgl. **Abbildung 1: PTBS-Werte der einzelnen Pflegenden**).



Einige im Fragebogen abgefragte Merkmale korrelieren statistisch signifikant mit der PTBS-Belastung: Die Merkmale Empathiebefriedigung, Anteil direkter Patientenkontakte und wöchentliche Arbeitszeit zeigen eine negative Korrelation auf. Die Merkmale Burnout und Empathieermüdung korrelieren positiv mit der PTBS-Belastung. Andere Merkmale der Pflegenden hingegen, etwa Berufserfahrung, Ausbildung, Arbeitsgebiet, Geschlecht oder zeitlicher Abstand zum beschriebenen Ereignis korrelieren nicht mit der Belastung. Auch die Merkmale der suizidalen Handlung (krankenhausintern vs. –extern, Suizidversuch vs. vollendeter Suizid, Verletzung vs. keine Verletzung) scheinen keinen Einfluss auf die Belastung zu haben. Es gab in der untersuchten Stichprobe keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Belastung durch Suizidhandlungen und Aggressionsergebnisse (19,88 versus 23,46 Punkte). Angesichts der Querschnittuntersuchung kann jedoch nicht geschlossen werden, dass die PTBS in einem kausalen Zusammenhang mit den suizidalen Ereignissen steht.

40.5. Diskussion

Ziel dieser Studie war, die PTBS bei Pflegenden, die eine suizidale Handlung als belastende Situation angaben, zu ermitteln. Gemäss dem angenommenen Grenzwert von 33 Punkten haben sechs der 26 Pflegenden (23%) eine voll ausgebildete PTBS. Diese PTBS-Rate ist höher als bei einer Stichprobe von Pflegenden in einem allgemeinen Krankenhaus (18%) [12] aber geringer als Werte, die bei Pflegenden im Intensivbereich gefunden wurden, deren Raten bei 24% [13] und sogar 41% [14] liegen. Im Vergleich zu einer nicht im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppe sind die PTBS-Werte der 26 Pflegenden mit 19,88 ($\pm 15,6$) Punkten höher als bei AnwältInnen, die traumatisierenden Gerichtsällen ausgesetzt sind, die im Schnitt 15,5 ($\pm 15,6$) Punkte erreichen [15].

Die positiven Korrelationen zwischen PTBS und Burnout, Empathieermüdung und die negative Korrelationen mit der Empathiebefriedigung entsprechen dem theoretischen Erwarren und leuchten intuitiv ein. Merkwürdiger ist der Befund, dass PTBS negativ mit dem Anteil an direktem PatientInnen-Kontakt. Anders ausgedrückt: Personen mit höherer PTBS-Ausprägung haben weniger Direktkontakt zu ihren PatientInnen. Dieser zunächst kurios wirkende Befund kann dahingehend interpretiert werden, dass der direkte PatientInnen-Kontakt nicht die Ursache sondern die Folge einer PTBS ist.

Während des Ausfüllens des Fragebogens wurden die Pflegenden ermuntert, eine stressvolle Pflegesituation zu schildern. Die Absicht war, die Pflegenden in die seinerzeitige Stimmung des Ereignisses zurück zu versetzen. In methodologischer Hinsicht kann hier nicht ausgeschlossen werden, dass die vorliegende PTBS-Rate ein Artefakt dieser Anweisung ist.

Einschränkungen dieser Studie sind die kleine Fallzahl, eine mögliche Antwortverzerrung (wobei schwer belastete Pflegepersonen den PTBS-Fragebogenteil nicht ausgefüllt haben) oder aber der Umstand, dass es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt. Angesichts dieser Einschränkungen müssen die hier vorgestellten Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden.

40.6. Schlussfolgerung

Die Belastung von Suizidhandlungen auf Pflegenden scheint individuell sehr unterschiedlich zu sein, wobei ein beträchtlicher Teil der Pflegenden offensichtlich keine erheblich negativen Auswirkungen bemerken und Suizidhandlungen von PatientInnen sehr gut zu bewältigen scheinen. Die Belastung scheint unabhängig vom Handlungsort (krankenhausintern oder -extern) des Suizides oder des Suizidversuches. Weitere Forschung zu diesem Thema könnte sich etwa mit Resilienzfaktoren Pflegender beschäftigen.

40.7. Literatur

1. *OBSAN, Suizide und Suizidversuche. 2009, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.*
2. *Gilje, F. and A.G. Talseth, Mediating consolation with suicidal patients. Nurs Ethics, 2007. 14(4): p. 546-57.*
3. *Gilje, F., A.G. Talseth, and A. Norberg, Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2005. 12(5): p. 519-26.*
4. *Linke, S., J. Wojciak, and S. Day, The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. The Psychiatrist, 2002. 26: p. 50-52.*
5. *Robertson, M., et al., Accounting for Accountability: A Discourse Analysis of Psychiatric Nurses' Experience of a Patient Suicide. The Open Nursing Journal, 2010. 4: p. 1-8.*
6. *Talseth, A.G., et al., The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. J Adv Nurs, 1999. 29(5): p. 1034-41.*
7. *Weiss, D. and C. Marmar, The Impact of Event Scale – Revised, in Assessing psychological trauma and PTSD, T. Keane and J. Wilson, Editors. 1997, Guilford Press: New York. p. 399-411.*
8. *Rosner, R. and M. Hagl, Die revidierte Impact of Event-Skala (IES-R). Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 2008. 2: p. 240–243.*
9. *Creamer, M., R. Bell, and S. Failla, Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. Behav Res Ther, 2003. 41(12): p. 1489-96.*
10. *Hudnall Stamm, B. The ProQOL Test Manual: The Professional Quality of Life Scales. 2005. Accessed 25th of February 2010 from www.proqol.org.*
11. *Hudnall Stamm, B. The concise manual for the Professional Quality of Life Scale. 2009. Accessed 25th of February 2010 from www.proqol.org.*
12. *Mealer, M., et al., The prevalence and impact of post traumatic stress disorder&burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*, 2009. 26(12): p.1118ff*
13. *Mealer, M.L., et al., Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007. 175(7): p. 693-7.*
14. *Teegen, F. and J. Muller, [Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in intensive care unit personnel]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2000. 50(9-10): p. 384-90.*
15. *Vrklevski, L.P. and J. Franklin, Vicarious Trauma: The Impact on Solicitors of Exposure to Traumatic Material. *Traumatology*, 2008. 14(1): p. 106-118*

41. Pflegerische Aspekte an der Schnittstelle Demenz und Depression

Rüdiger Noelle

In der Pflege älterer Menschen treffen wir immer wieder auch auf Menschen, die offensichtlich aufgrund einer psychischen Erkrankung mit den Dingen des alltäglichen Lebens nicht mehr gut zu Recht kommen. Gerade am Beginn solcher Krankheitsverlaufskurven [1] ist es bisweilen schwer, zwischen „normalen“ Alterserscheinungen und pathologischen Entwicklungen zu unterscheiden. Gerade bei psychischen Veränderungen kann es zudem schwierig sein, die richtige Diagnose zu stellen. Grundsätzlich gilt, dass es sowohl für die zu wählenden therapeutischen Interventionen, als auch für die Betroffenen und Angehörigen von großer Bedeutung ist, im Hinblick auf die Diagnose Sicherheit zu haben. Im Folgenden soll auf charakteristische Eigenschaften der einzelnen Krankheitsbilder, sowie Probleme der Abgrenzung eingegangen werden.

41.1. Demenz

Zunächst einmal gilt, dass es sich bei den Formen der Demenz in 90% der Fälle um so genannte „primäre Demenzerkrankungen“ (unmittelbarer Hirnschädigung) mit einer unmittelbaren Hirnschädigung handelt. Hierzu zählt die „Degenerative Demenz“ (Demenz vom Alzheimer Typ), die „Vaskuläre Demenz“ (z.B. als Multi-Infarkt -Demenz) sowie Mischformen aus beiden Typen. Die restlichen 10% entfallen auf sekundäre Demenzerkrankungen, die aufgrund von internistischen Leiden (wie z.B. Vitamin B- Mangel) oder neurologische Erkrankungen, (wie z.B. in der Folge von Hirntumoren) auftreten. Pflegende sollten immer berücksichtigen, dass es sich bei Demenzen nicht um normale psychische Altersveränderungen handelt. Im Rahmen eines normalen Alterungsprozesses kommt es z.B. im Unterschied zu einer dementiellen Entwicklung nicht zu Formen der Desorientiertheit.

41.2. Depression

Die meisten Menschen, auch die älteren, kennen Zustände, in denen sie traurig sind oder sich lustlos fühlen. Diese Formen der „Deprimiertheit“ sind abzugrenzen von klinisch relevanten Depressionen.

Für Depressionen im Alter gilt, dass die Patienten häufig über körperliche Beschwerden klagen und auch hier eine differentialdiagnostische Abklärung im Hinblick auf somatische Erkrankungen erfolgen muss, auf die aus Platzgründen an dieser Stelle nicht vertieft eingegangen werden kann.

Bei vielen Depressionspatienten finden wir ein morgendliches Stimmungstief. Im Gegensatz zu Depressionen bei jüngeren Menschen weisen depressive Erkrankungsverläufe bei älteren Menschen neben Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit oder Antriebslosigkeit weitere Symptome auf, die eine Abgrenzung zu einer Demenz schwierig machen. So klagen ältere depressive Patienten häufig über Symptome wie Gedächtnisschwäche („Ich kann mir nichts mehr merken“) oder erhöhte Ablenkbarkeit („Ich kann mich auf nichts mehr konzentrieren“), also sind es oft so genannte „neuropsychologische Symptome“ mit allgemeiner Leistungsschwäche, über die geklagt wird bei oft detaillierten Schilderungen der kognitiven Defizite [2].

41.3. Demenz oder Depression?

Wie aber kann die Demenz von der Depression abgegrenzt werden? Es gibt Symptome, die sprechen eher für eine Demenz und andere, die eher für eine Depression sprechen. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass Patienten natürlich auch sowohl eine Demenz, als auch eine Depression haben können. So entwickeln z.B. viele Menschen mit einer Altersdemenz besonders in den Anfangsstadien auch noch eine Depression. Dies ist aber auch in späteren Stadien der Demenz nicht ausgeschlossen.

Für eine Depression sprechen der rasche Beginn und eine Erkrankungsdauer von weniger als sechs Monaten, und vergleichbare Phasen in der Vorgeschichte. Für eine Demenz spricht der eher langsame Beginn. Erste Anzei-

chen liegen hier i.d.R. schon länger als ein Jahr zurück. Hier ist es wichtig, im Rahmen der Informationssammlung auch Angehörige zu befragen.

Außerdem zeigen die von einer Depression Betroffenen auffällige Leistungsschwankungen bei Aufgaben gleichen Schweregrades. Im pflegerischen Umgang könnte sich z.B. zeigen, dass die Patienten sich an einem Tag ganz gut alleine ankleiden können, am nächsten Tag aber nach viel Hilfe verlangen. Bei einer dementiellen Entwicklung sind eine gleichmäßige Leistungsminderung und deutlich weniger Schwankungen zu beobachten.

Auch die pflegerische Krankenbeobachtung während der Nacht können Hinweise auf die richtige Diagnose geben. So leiden depressive ältere Menschen häufig über Schlaflosigkeit, liegen dabei aber ruhig im Bett. Zu den Symptomen einer Demenz hingegen zählt die nächtliche Unruhe.

Besondere Bedeutung kommt der pflegerischen Krankenbeobachtung im Hinblick auf die Orientierung zu: Während demente Entwicklungen charakteristischer Weise mit Orientierungsstörungen einhergehen, gilt dies nicht für depressive Verläufe im Alter. So bittet eine depressive Patientin z.B. die pflegerische Bezugsperson, die Tochter anzurufen um den geplanten nachmittäglichen Besuch abzusagen. Dies ist eine komplexe (Funktions-)leistung, die von der Patientin erbracht wurde. Ein Mensch mit einer dementen Entwicklung fragt evtl. nach Besuch der Ehefrau, die aber schon seit einiger Zeit verstorben ist.

Auch im Rahmen der Körperpflege lassen sich differentialdiagnostische Hinweise beobachten. So weiß ein depressiver Patient z.B., dass er sich nicht anziehen will (bzw. nicht wollen kann), während sich ein dementer Mensch aufgrund seiner kognitiven Defizite nicht anziehen kann. Stattdessen unternimmt er evtl. ungeeignete Versuche, etwa indem er Kleidungsstücke in der falschen Reihenfolge anzieht.

Im Kontakt beobachten wir bei depressiven Menschen zudem eher Äußerungen der Selbstabwertung („Ich kann das nicht mehr“, „Ich bin nichts mehr wert“, „es hat keinen Sinn mehr“). Demente Patienten hingegen bagatellisieren Gedächtnisverluste oder suchen nach Strategien, diese zu kom-

pensieren. Auch kommt es vor, dass sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit überschätzen.

Die unterschiedlichen Krankheitsbilder erfordern eine differenzierte Auswahl pflegerischer Interventionen.

In der pflegerischen Interaktion ist es sowohl bei der Demenz als auch bei der Depression von großer Bedeutung, dass wir die Menschen nicht überfordern. Sätze wie: „Kopf hoch, dass schaffen sie schon“, sind unangebracht. Bei älteren Menschen mit Depression führen das geringe Selbstvertrauen und das angeschlagene Selbstwertgefühl dazu, dass sie den Kontakt zu pflegerischem Personal eher nicht suchen. Vielmehr haben sie das Gefühl, jegliche Form der Hilfe oder der Zuwendung stünde ihnen nicht zu. Von daher gilt es aus pflegerischer Sicht, diese Menschen aktiv anzusprechen und notwendige Unterstützung anzubieten. Dabei ist es wichtig, dass die Menschen sich nicht in die Enge getrieben fühlen. In der pflegerischen Beziehungsgestaltung gilt es, den Menschen und seine negative Einstellung zu akzeptieren. Dabei erreicht Pflege durch eine Grundhaltung der Akzeptanz eine Steigerung des Selbstwertgefühls des Patienten. Um Akzeptanz vermitteln zu können, muss Zeit mit dem Patienten verbracht werden. Dabei kann die pflegerische Bezugsperson dem Patienten helfen, seine Stärken und Leistungen zu erkennen und sich auf diese zu konzentrieren. Manchmal geht es auch darum, jemand zu trösten. Die Prognose ist günstig: durch psychotherapeutische Therapieansätze, durch längerfristige stabile Beziehungsangebote der Pflege, aber auch durch medikamentöse Therapien kann erfolgreich interveniert werden. Dabei sollte aber die Gefahr eines Suizides aber nicht in Vergessenheit geraten.

Im Gegensatz dazu ist die Demenz durch einen fortschreitenden Verlauf gekennzeichnet, wobei sich die Symptomatik permanent verändert. Daraus folgt, dass pflegerische Strategien, die heute passen, in ein paar Wochen vielleicht nicht mehr funktionieren.

Die pflegerische Annäherung erfolgt über Validationstechniken, ausgehend von der Überlegung: „Nicht beachtete Gefühle verstärken sich im Inneren.“

Empathisches Zuhören, Validation (Wertschätzung; to validate = für gültig erklären; abgeleitet aus dem lateinischen valere = wert sein) erleichtert den Leidensdruck“. Von daher bauen alle pflegerischen Interventionen auf einer empathischen Grundhaltung auf. So lässt sich dem Rückzug in ein Stadium (des Vegetierens) der Isolation oder der vollständigen Regression am besten verhindern [3].

Immer höhere Bedeutung kommen Arbeitsinstrumente, welche die Kommunikation versachlichen und objektivieren zu [4]. Gängige Demenz- oder Depressionsskalen wie der MMST [5] oder die GDS [6] sollten bekannt sein und ohne dass die Patienten häufig getestet werden bei der Beobachtung der Menschen eine Grundlage bilden auf der Einschätzung und Kommunikation erfolgen. Es geht nicht um das alleinige Sammeln von Daten aus dem Leben der Menschen, sondern um die Berücksichtigung des individuellen Erlebens bei der Gestaltung des Alltags mit dem Ziel, die personale Identität zu erhalten [7]. Die Schwierigkeiten des alten Menschen gehen fast immer in mehrere Richtungen, physische, psychische und soziale Elemente nehmen Einfluss auf die Befindlichkeit.

41.4. Intervention

Die Intervention beginnt schon bei der Kontaktaufnahme. Hierbei werden nicht nur die Daten für Assessmentinstrumente erhoben, sondern es beginnt eine Wechselwirkung zwischen dem Pflegenden und dem zu Pflegenden. Ein Gefühl füreinander. Je aufgeschlossener sich der Pflegende den Eindrücken gegenüber zeigt, umso kreativer kann er auf diese reagieren und unter den zur Verfügung stehenden Interventionsmöglichkeiten wählen.

Das Spektrum dieser Möglichkeiten hängt einerseits von den Berufs- und/oder Lebenserfahrungen der Pflegenden ab und andererseits von dem Austausch auf valide Informationen gestützt (auch und zunehmend allein durch die Dokumentation wenn Übergabezeiten minimiert werden und Kontinuität durch den Einsatz von Zeitarbeitskräften verloren geht).

Der Einsatz der gewonnenen Informationen ist schon Intervention:

Erfahrungen im Alltag zeigen, dass sich objektivierende Betrachtungen auf die Übergeben auswirken, die sachlicher gestaltet werden.

Angehörige können mit ihren Fragen, Sorgen und dem Bedarf an situationsangemessener Unterstützung von allen Teammitgliedern auf der Basis einer anerkannten Einschätzung begleitet werden.

Die Informationen der Pflegenden an die übrigen Pflegekräfte, ihre Rückmeldungen an die Angehörigen und an die behandelnden Ärzte nehmen entscheidenden Einfluss auf die Versorgung des Bewohners / des Patienten und den Aufenthalt in der Einrichtung bzw. den Übergang in unterschiedliche Behandlungsformen bis hin zum weiteren Lebensweg.

41.5. Literatur

1. Corbin, J./Strauss, A.: *Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten in Woog Pierre (Hg.) Chronisch Kranke pflegen, Ullstein medical, Wiesbaden 1998.*
2. Hautzinger G., „*Depression im Alter*“ *Psychologie Verlags Union, Weinheim 2000.*
3. Scharb B., *Spezielle validierende Pflege, Springer, Wien New York, 32005.*
4. Cullen B., O'Neill B., Evans JJ., Coen RF., Lawlor BA., *A review of screening tests for cognitive impairment, Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 78:790-799, London, 2007.*
5. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, *Mini-mental state A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, Journal of psychiatric research 12 (3) 189-198, München, 1975.*
6. Gauggel S., Birkner B., *Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala, Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28: 1, 18-27, Hogrefe, Göttingen, 1999.*
7. Böhm E., *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm Band I: Grundlagen, 3. Aufl., Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 2004.*

42. „Wie tue ich mir gut“? Selbstunterstützungsgruppe auf der Depressionsstation

Sabine Noelle

In der stationären Depressionsbehandlung ist die Gruppentherapie eine Säule des Behandlungskonzeptes. Dazu gehört auch die auf Achtsamkeit basierende kognitive Therapie, die der hier geschilderten Gruppe zugrunde liegt. Hilfreich ist die Therapieform auch wenn es darum geht, ein Wiederauftreten der Depression zu vermeiden.

Im Jahr 2006 entstand auf der Station A8, einer allgemeinpsychiatrischen Station der Klinik Psychiatrie und Psychotherapie des evangelischen Krankenhauses Bielefeld mit dem Schwerpunkt Depressionsbehandlung als ergänzendes Gruppenangebot die Selbstunterstützungsgruppe, die von zwei psychologischen Psychotherapeutinnen [3] entwickelt wurde. Ziel war es, ein störungs- und diagnoseübergreifendes Behandlungsmodul zu installieren, welches vorwiegend Patienten mit depressiven und/oder Angstsymptomen in ihrer Selbstwirksamkeit und ihren Ressourcen stärkt. Es sollte damit die therapeutische „Lücke“ zwischen dem theoretischen Wissen darüber „was gut ist“ und der Handlungsorientierung und Selbstmotivierung hin zur praktischen Umsetzung schließen. Die Patienten sollen in dieser Gruppe Ideen und Anregungen zur Selbstunterstützung vertiefen und austauschen, sich und die anderen Teilnehmer beraten und Selbsthilfe initiieren. Zusätzlich ergibt sich auch ein diagnostischer Blick.

42.1. Damit hat die Gruppe folgende Ziele:

- Rückfallprophylaxe durch Motivationsförderung zur Handlungsinitiierung
- Training der Perspektiveübernahme durch die Beratung in der Gruppe

- Stärkung des eigenen Bedeutungs- und Selbstwernerlebens durch die Anleitung zum konkreten Handeln

Die Selbstunterstützungsgruppe wird inzwischen schwerpunktmäßig durch die Berufsgruppe der Pflege moderiert. Dies steht im Einklang mit dem Modell von HILDEGARD PEPLAU, wonach psychiatrische Pflege Gesundheitserziehung durchführt. Die Gruppe stellt damit ein Ressourcenentwicklungsprogramm dar und fokussiert damit auf Nachhaltigkeit.

Vieles spricht dafür, die Gruppe multiprofessionell mit einem Moderatoren-tandem durchzuführen. Auch die Gruppe auf der Station A8 wurde in den ersten zwei Jahren so durchgeführt. Das Tandem bestand aus einer Diplom-Psychologin, die das Konzept entwickelt hat und einer Gesundheit- und Krankenschwester. Die multiprofessionelle Besetzung der Gruppenmoderation sichert einen breiter gefächerten Input und Erfahrungsaustausch. Zudem ergab sich die Möglichkeit der fachlichen Reflektion. Außerdem wird ein diagnostischer Blick und Kontinuität ermöglicht. Seit Herbst 2009 wird die Gruppe allerdings aus organisatorischen Gründen monoprofessionell von einer oder zwei Pflegenden durchgeführt.

42.2. Struktur und Rahmenbedingungen

Die Selbstunterstützungsgruppe ist eine halboffene Gruppe. Nach SAUTER ET AL. gehen in halb offenen Gruppen „die TeilnehmerInnen auch Beziehungen untereinander ein und richten ihre Arbeitsweise darauf aus. Der Gruppenprozess ist aber so angelegt, dass neue Mitglieder hinzukommen können, wenn sie in der Lage sind, sich an die Gruppe anzupassen. [...] Zwischen-durch können auch neue Mitglieder hinzukommen, wenn sie akzeptieren, dass der Themenablauf bestehen bleibt“ [4]. Die Teilnehmerzahl, die sich in den letzten vier Jahren stabil gehalten hat, beträgt 8 bis 10 Patienten. Bei den in allen Gruppen vorkommenden psychologischen Rollen, wie STAHL sie beschreibt, ist dies eine handhabbare Gruppengröße.

STAHL zeichnet folgende stereotyp vorkommende Rollen [6]:

- „Der Einsichtige - Unterordnung, Anpassung, Verzicht, akzeptiert Regeln, im Extrem opportunistisch
- Der Gerechte - Solidarität Gemeinschaftsdenken, Gerechtigkeit, im Extrem die «Mutter Theresa» der Gruppe
- Der Kleine - Kindliche Qualitäten: Bedürftigkeit, Fürsorglichkeit, Verbundenheit, Hilfsbereitschaft
- Der Emotionale -Empfindsamkeit, Verletztheit, Schwäche, wird als sensibel, im Extrem als Weichei oder Heulsuse bezeichnet
- Der Versager - Rücksichtnahme, Scheitern an Normen- und Leistungsdruck, erhält häufig Zuwendung oder Verachtung
- Der Karrieredenker - Selbstbehauptung, Konkurrenz, Leistung, Anpassung, kann bewundert oder verachtet werden
- Der Clown - Lust, neutralisiert Spannung und Druck, Spontaneität, Nähe, zu frühe Spannungsneutralisierung führt zu Vermeidung
- Der Fleißige - Disziplin, Gehorsam, Pflichterfüllung, unkritischer Verteidiger des Bestehenden
- Der Eigenbrötler - Unabhängigkeit, Individualität, nicht angepasst, wird idealisiert oder dämonisiert, Querkopf
- Der Frühreife - Emanzipation, eilt Entwicklungen voraus, der Große oder der Angeber
- Der Rebell - Freiheit, Regeln verletzen, Dagegensein, Opposition, bricht Tabus, Held oder «Revoluzzer»“

Es hat sich in der Gruppenmoderation als hilfreich erwiesen, sich die Möglichkeiten solch unterschiedlicher Rollen immer mal wieder bewusst zu machen.

Die Gruppe findet einmal wöchentlich für eine Stunde statt. Eine Gruppe in ihrer komplexen Interaktivität zu moderieren, stellt eine hohe fachliche Herausforderung dar. Die erfolgreiche Moderation einer Gruppe erfordert eine differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit, die Fähigkeit, sich selbst in Beziehungen zu anderen reflektieren zu können, somit sowohl mit Selbsterfahrungs- als auch Supervisionsprozessen vertraut zu sein, sowie soziale und kommunikative Kompetenzen [7].

SIMPSON beschreibt sechs Ziele von therapeutischen Gruppen [5]:

1. Die PatientInnen in den therapeutischen Prozess einbinden durch:
 - a. Beratung und Unterstützung
 - b. Informationen über die medikamentöse Behandlung
 - c. Verständnis und Bewältigung der Erkrankung
 - d. die Klärung von Beziehungen zu MitpatientInnen, Fachkräften und der Institution
2. Kommunikation mit anderen und Erfahrungen teilen
3. Probleme erkennen und untersuchen
4. Isolation verringern
5. gegenseitige Hilfe geben und dadurch das Selbstwertgefühl stärken
6. Angst vor der Psychiatrie und Stigmatisierung reduzieren.

Bei der Durchführung der Gruppe hat sich gezeigt, dass depressive Patienten oft Zeit brauchen, bis sie in der Gruppe aktiv werden und dass sie teilweise nur schwer auf ihre Ressourcen zurückgreifen können, da sie depressiv bedingt immer wieder in "Negativ-Spiralen" denken und fühlen [2]. Umso wichtiger sind die Anregungen der anderen Gruppenteilnehmer und der Moderatoren als Modelle der Aktivierung.

42.3. Aufbau der Gruppensitzungen

42.3.1. A: „Rezept“-austausch (circa 20 Minuten)

Rückmeldungen der Erfahrungen, welche Tipps möchten die Patienten weitergeben?

42.3.2. B: Sitzungsthema (circa 30 Minuten)

Leitthema: „Wie tue ich mir gut?“ aufgliedert in vier Module zu je zwei bis drei Sitzungen.

42.3.3. C: „Rezeptidee“ (circa 10 Minuten)

Rezeptvorschlag an sich selbst, um das Ausprobieren von Selbstunterstützung zu fördern.

42.4. Vorstellung der einzelnen Module

Modul I

„Gedanken - Gefühle – Verhalten“

- Es werden die Beeinflussungen und Wechselwirkungen diskutiert.
- Es geht um Gefühle und den Ausdruck derer in Mimik, Gestik, Verhalten.
- Es geht darum, wie Gefühle positiv beeinflusst werden können.
- Es werden selbstunterstützende Sätze entwickelt, um die Gedanken positiv zu beeinflussen.
- Es wird darüber diskutiert, welches Verhalten Selbstunterstützung fördert.

Modul II

„Mut und Trost sich selber geben“

- Es geht darum, sich Trost zu erlauben und auszuprobieren, welche Trostformen für den Einzelnen hilfreich sind.
- In diesem Modul wird außerdem mit den Trostkarten von MARIE BODEN gearbeitet [1].

Modul III

„Gefühle ernst nehmen und äußern“

→ Ziel ist es zu erkennen, wie die einzelnen Gruppenteilnehmer die Ernsthaftigkeit des Umgangs mit sich selbst in die Kommunikation mit anderen tragen.

→ Arbeitsmittel ist u. a. ein Arbeitsblatt mit folgenden Sätzen:

Sich selbst „Mutmachsatz“ sagen oder aufschreiben.

Eine konkrete Situation benennen: „Mir missfällt, dass...“ bzw. „Mir hat nicht gefallen, dass...“ sagen.

Gefühle benennen: „Dabei habe ich mich gefühlt...“.

Veränderungsperspektive benennen: „Damit ich mich nicht mehr so fühlen muss, würde ich mir wünschen, ...“ (Wünsche benennen).

Modul IV

„Stressbeobachtung und Stressbewältigung“

→ Es geht darum, stressauslösende Situationen bzw. Stressoren sowie die persönlichen Stressreaktionen zu erkennen und in Gefühlsstress, Gedankenstress und Verhaltensstress einzuordnen.

→ Es werden Strategien gegen Stress gesammelt und ausprobiert.

→ Den Abschluss bildet ein Arbeitsblatt mit folgenden Fragen:

Was probiere ich Neues?

Was lasse ich weg?

Was aktiviere ich wieder?

Nach SAUTER ET AL. wird ein Abschiedsritual von dem Gehenden wie ein Geschenk der Gruppe erlebt. Es kann helfen, Gefühle von Verlust der Vollständigkeit, Traurigkeit, Wut und Neid zu verschmerzen. Tränen während eines Abschieds sind normale Reaktionen und können als therapeutische Erfolge verbucht werden. Eine fröhliche Party als Abschiedsritual scheint ungünstig, weil sie dazu verführt, die wichtige Trauerarbeit nicht zu leisten und den Abschied veralbern kann“ [4].

In der Selbstunterstützungsgruppe wurde ein Abschiedsritual installiert in Form eines Wunsches für die Entlassung auf Karten, die von den Gruppenmitgliedern verfasst, vorgelesen und an den Zuverabschiedenden überreicht werden. Dadurch wird die eigene „Bedeutung“ gefördert, die in der Depression so wenig spürbar ist.

42.5. Literatur:

1. *Boden M., Rolke D.: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2008.*
2. *Krüger C., Eber I.: Depressionen vorbeugen, Hogrefe, Göttingen, 2001.*
3. *Ribbert H., Lenz E.: Selbstunterstützungsgruppe – Konzeptfassung, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Bielefeld, 2006.*
4. *Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, 2004.*
5. *Simpson I.: Inpatient group work for patients with psychosis, Nursing Times 98(41): 33-35, London, 2002.*
6. *Stahl E.: Dynamik in Gruppen, Beltz, Weinheim, 2002.*
7. *Yalom I. D.: Im Hier und Jetzt – Richtlinien der Gruppenpsychotherapie, btb-Verlag, München, 2005.*
8. *Berking M.: Training emotionaler Kompetenzen, Springer, 2. Aufl. 2010.*
9. *Fliegel S. u. Kämmerer A.: Psychotherapeutische Schätze I, dgvt-Verlag, Tübingen, 2009.*
10. *Hayes S. u. Smith S.: In Abstand zur inneren Wortmaschine, dgvt-Verlag, Tübingen, 2007.*
11. *Potreck-Rose F. u. Jacob G. : Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Klett-Cotta, Stuttgart, 4. Aufl. 2007.*

43. „Systemische Methoden in der psychiatrischen Behandlung – Behandlungskonferenzen auf einer Akutstation“

Marite Pleininger-Hoffmann, Juliane Brunnemann

- Mehr Transparenz in der Behandlung
- Mehr Beteiligung der PatientInnen an Therapieplanungen und Entscheidungen
- Verbesserung von Kooperation
- Gelebte Multiprofessionalität
- Bessere Nutzung der unterschiedlichen Ressourcen im Team
- Erhöhung von Verbindlichkeiten
- Verflachung von Hierarchien

Verbesserung der Gesprächskultur mit den PatientInnen und auch untereinander und vieles mehr waren Gründe, bei der Entscheidung eine „neue Gesprächs- und Visitenkultur“ auf unseren allgemeinspsychiatrischen Stationen einzuführen

Die klassischen „Therapiegespräche“ ohne Patienten und die Oberarztvisiten wurden von „Behandlungskonferenzen“ abgelöst. Dabei haben wir uns der systemischen Modelle des „reflektierenden Teams“ nach Tom Andersen bedient. Im Vordergrund steht eine eher fragende Reflektion des Behandlungsteams im Beisein des Patienten.

In diesem Workshop möchten wir Ihnen die Methode des „reflektierenden Teams“, und wie wir diese auf der Station nutzen, vorstellen. Anhand von Fallbeispielen haben Sie die Gelegenheit praktisch auszuprobieren, welche Vorteile diese Art von Behandlungskonferenzen haben können.

44. Die „Individualised Care Scale (ICS)“ – Ein geeignetes Instrument zur Erfassung von erlebter Individualität in der Pflege aus Sicht der Patienten?

Andrea Pöhler, Bernd Kozel, Riitta Suhonen, Theo Dassen, Christoph Abderhalden

44.1. Einleitung

44.1.1. Hintergrund

Patientenorientierung ist ein zentraler Leitgedanke in der psychiatrischen Pflege. Dazu gehört, die Individualität eines jeden Patienten wahrzunehmen, und diese in seiner oder ihrer Pflege zu berücksichtigen.

Der steigende Kostendruck aber auch eine Routinisierung der täglichen Patientenarbeit birgt die Gefahr, dass die Patientenindividualität in der Pflege verloren geht. Daher ist es für die psychiatrische Pflege von großem Interesse herauszufinden, inwieweit Patienten Individualität in ihrer Pflege erleben. Aber auch im Rahmen des Qualitätsmanagements ist diese Fragestellung von Interesse. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher kein Instrument, das Individualität in der Pflege aus Sicht der Patienten erfasst.

44.1.2. Die Individualised Care Scale (ICS)

Die Individualised Care Scale (ICS) ist ein in Finnland entwickelter Fragebogen, mit der Patienten die in ihrer Pflege erlebte Individualität einschätzen. Der Fragebogen besteht aus 2 Teilen mit jeweils 17 Fragen. Im Teil A (ICA) schätzen die Patienten ein, inwieweit ihre Individualität durch spezifische pflegerische Maßnahmen unterstützt wurde. Im Teil B (ICB) bewerten die Patienten, inwieweit sie Individualität in ihrer eigenen Pflege wahrnehmen. Beide Teile bestehen aus 3 Subskalen: Sieben Fragen befassen sich jeweils mit der klinischen Situation des Patienten (physischer und psychischer Pflegebedarf, Befürchtungen und Ängste, Fähigkeiten und Ressourcen, Gesund-

heitszustand, Bedeutung der Erkrankung, Reaktionen auf die Erkrankung, Gefühle), vier Fragen zielen auf die Lebenssituation der Patienten ab (Lebenssituation im Allgemeinen, frühere Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten, Familienbeteiligung, tägliche Gewohnheiten und Vorlieben) und sechs Fragen befassen sich mit der Einflussnahme auf Entscheidungen (Wissenstand über die Erkrankung und ihre Behandlung, Auswahlmöglichkeiten haben, Entscheidungsfindung, eigene Wünsche/ Sichtweisen ausdrücken können).

Die Fragen werden durch die Patienten beantwortet, indem sie ihre Zustimmung zu den jeweiligen Aussagen auf einer 5-Punkt-Likert Skala markieren, die von „stimme ganz und gar nicht zu“ über ein „weder/noch“ bis zu „stimme voll und ganz zu“ reicht. Dieses Instrument wurde mehrfach als reliabel und valide bestätigt und liegt inzwischen auch in englischer Sprache vor. Es wurde jedoch bisher nicht in psychiatrischen Patientenpopulationen eingesetzt [1, 2].

44.2. Fragestellung

Ist die aus dem Englischen übersetzte deutsche Version der Individualised Care Scale ein reliables und valides Instrument für den Einsatz im deutschsprachigen Raum und für psychiatrische Patientenpopulationen?

44.3. Methode

Die Übersetzung erfolgte in Anlehnung an die von der ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research) empfohlenen Schritte [3]: Zunächst erfolgte eine Vorwärtsübersetzung der englischsprachigen Version in die Zielsprache. Eine weitere bis dahin unbeteiligte Person führte dann eine Rückübersetzung in die Ausgangssprache durch. In einer anschließenden von Übersetzern, Pflegeexperten und Pflegewissenschaftlern durchgeführten Konsensuskonferenz, wurden beide englischsprachigen Versionen miteinander verglichen und die deutschsprachige Version erarbeitet. Für den Einsatz in psychiatrischen Einrichtungen wurden aufgeführte Beispiele im Fragebogen in psychiatriespezifische Beispiele umgeändert.

Es folgten zwei kognitive Pretests in Form halbstrukturierter Interviews mit insgesamt 7 Patienten und 2 Pflegepersonen einer stationären psychiatrischen Einrichtung im Raum Bern (Schweiz). Nach Auswertung der Pretests fanden jeweils weitere Überarbeitungen des Fragebogens statt. Die so erarbeitete End-Version wurde anschließend an einer Stichprobe von 90 psychiatrischen Patienten stationärer und teilstationärer/ ambulanter Einrichtungen im Raum Bern (Schweiz) getestet und statistisch ausgewertet.

44.4. Ergebnisse

Von 90 Teilnehmern war knapp die Hälfte männlich. Das Alter der Beteiligten reichte von 17 bis 69 Jahre. 85% der Patienten waren freiwillig in Behandlung. Die Aufenthaltsdauer reichte von einer Woche bis zu 28 Jahren in den ambulanten Einrichtungen (Median: 2 Monate). Die Anzahl vorheriger Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen reichte von keinem bis 24. Von den 90 Personen konnten 17 Patienten für einen Retest gewonnen werden. Die Retests erfolgten 7-11 Tage nachdem der Fragebogen das erste Mal ausgefüllt worden war.

Die deutsche Übersetzung mit psychiatriespezifischen Anpassungen erreichte ähnliche Ergebnisse bezüglich interner Konsistenz (Reliabilität) und Konstruktvalidität wie die finnische Originalversion [2]. Der Cronbachs alpha Koeffizient für Teil A der Individualised Care Scale (ICA) betrug 0.93 und für Teil B (ICB) 0.91. Vergleicht man die Cronbachs alpha Koeffizienten der zwei Subgruppen miteinander (stationäre und teilstationäre/ ambulante Patienten), so variierten die Werte nur um maximal 0.02 Punkten. Die Cronbachs alpha Koeffizienten der Subskalen reichten von 0.65 bis 0.90. Die Pearsons Korrelationen von Test und Retest betragen für die ICA 0.887 und für die ICB 0.876. Die Faktorenanalyse bestätigte drei Subskalen für die ICA. Die Faktorenladungen für die ICB konnten die drei Subskalen nicht deutlich abbilden. Die Subskalen korrelierten jedoch positiv mit ihrer jeweiligen Dimension ICA oder ICB (0.78 bis 0.95). Der Pearsons-Korrelationskoeffizient der ICA mit der ICB betrug 0.831.

Beobachtungen, die gemacht wurden während Patienten die Fragebögen ausfüllten zeigten, dass es den Patienten allgemein schwer fiel zu definieren, was psychiatrische Pflege ausmacht. Bei dem Begriff „Pflege“ wurde mehrheitlich zunächst an körperliche Pflege gedacht und daher selten ein eigener Pflegebedarf wahrgenommen. Daher wurde der Begriff „Pflege“ im Item A03 um den Zusatz „körperlich und psychisch“ erweitert und beim Item A11 der englische Begriff „care“ nicht als „Pflege“ sondern als „Betreuung“ wiedergegeben. Bei den Items A09/B09 sowie A11/B11 gab es gehäuft Schwierigkeiten beim Ausfüllen, da Patienten verunsichert waren, was sie ausfüllen sollten, wenn sie gar keine vorherigen Klinikaufenthalte hatten bzw. eine Familienbeteiligung gar nicht wünschten. Häufiger wurde auch kommentiert, dass sich die Fragen von Teil A und Teil B sehr ähnlich waren und der Unterschied dieser Fragestellungen für die Patienten nicht deutlich wurde. Einige Patienten merkten an, dass sie die Beurteilung eines ganzen Pflegeteams schwierig fanden, da die einzelnen Pflegekräfte zu Teil sehr unterschiedlich waren. Mit den Items im Teil A wird vor allem bewertet, inwieweit Pflegepersonen individuelle Aspekte der Patienten erfragt haben. Dazu sagte ein Patient, er wüsche gar nicht so viel Informationen über sich Preis zu geben, da er eine gewisse Privatsphäre wahren möchte. Zum Sinn und Nutzen, den Fragebogen in den Einrichtungen einzusetzen, waren die Reaktionen der Patienten unterschiedlich. Sie reichten von Zustimmung bis hin zur Ablehnung.

44.5. Diskussion

44.5.1. Reliabilität und Validität

Die deutsche Version der Individualised Care Scale zeigt eine zufrieden stellende bis hohe interne Konsistenz Reliabilität. Die Stabilität des Instruments über einen Zeitraum von 1-2 Wochen ist gut, jedoch war die Stichprobe mit 17 Personen klein. Zudem wurden Test und Retest *während* des Aufenthaltes der Patienten durchgeführt. Damit kann sich das zu messende Konstrukt zwischen den zwei Zeitpunkten verändert haben.

Die Faktorenanalyse unterstützt das theoretische Fundament der Individualised Care Scale. Jedoch war die Stichprobe von 90 Personen für eine Faktorenanalyse sehr klein. Starke Pearsons Korrelationen der Subskalen mit der ICA bzw. der ICB unterstützen die Konstruktvalidität der ICS.

44.5.2. Einsatz der Individualised Care Scale bei psychiatrischen Patienten

Da nur wenige fehlende Werte auftraten und die Mittelwerte denen der finnischen Stichprobe ähneln, kann darauf geschlossen werden, dass die psychiatrischen Patienten der Stichprobe die Fragen überwiegend alle beantworten konnten, die Fragen für ihre Situation relevant waren und auch verstanden wurden. Da diese Studie verschiedene Patientenpopulationen innerhalb der psychiatrischen Pflege umfasste, ist davon auszugehen, dass die Individualised Care Scale für den Einsatz in der Psychiatrie generell geeignet ist. Die Individualised Care Scale ist, trotz eines unspezifischen Titels, für die Bewertung der *pflegerischen* Betreuung konzipiert worden. Sie erweist sich jedoch auch für die Bewertung interdisziplinärer Betreuung bei psychiatrischen Patienten als geeignet.

In wie weit individuelle Pflege von Patienten gewünscht wird und wie diese aussehen sollte, ist ebenfalls individuell. Das pflegerische Erfassen der Eigenarten und Vorlieben eines jeden Patienten und ihre Umsetzung, mag von der Mehrheit der Patienten gewünscht werden, es kann jedoch auch unerwünscht sein, und sogar als Eingriff in die Privatsphäre erlebt werden. Es ist daher zu empfehlen beim Aufnahmegespräch zu erfragen, ob und wie sich Patienten eine individuelle Pflege vorstellen, inwieweit sie eine detaillierte Erfassung ihrer Wünsche, Gewohnheiten und Vorlieben wünschen, und inwieweit sie bei Entscheidungen beteiligt sein wollen. Sonst besteht die Gefahr, alle Aussagen der Individualised Care Scale als höchstes und erstrebenswertestes Ziel zu erachten, und damit die Individualität der Patienten wieder aus den Augen zu verlieren.

In der Studie hatten mehrere Patienten Schwierigkeiten, den Unterschied zwischen den Fragen der Dimension A und der Dimension B der Individualised Care Scale zu erkennen. Die starke Korrelation zwischen die-

sen beiden Dimensionen könnte daher auch Ausdruck sein, dass zwischen ihnen kein nennenswerter Unterschied besteht. Möglicherweise könnte mit der Messung einer einzelnen Dimension ähnliche Ergebnisse erzielt werden.

44.6. Schlussfolgerung

Die deutsche Version der Individualised Care Scale erweist sich für den deutschsprachigen Raum und für die psychiatrische Pflege als viel versprechendes Instrument. Die Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung mit psychiatriespezifischen Anpassungen konnte bei einer Gruppe psychiatrischer Patienten in der Schweiz bestätigt werden. Die Überarbeitung einiger Items des Fragebogens wird empfohlen.

44.7. Literatur

1. *Suhonen, R.; Välimäki, M.; Katajisto, J. (2000) Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. Journal of Advanced Nursing, 32(5): p. 1253-1263.*
2. *Suhonen, R.; Leino-Kilpi, H; Välimäki, M. (2005) Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. Journal of Evaluation of Clinical Practice, 11(1): p. 7-20.*
3. *Wild, D.; Grove, A.; Martin, M.; Eremenco, S.; McElroy, S.; Verjee-Lorenz, A.; Erikson, P. (2005) Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value in Health, 8(2): p. 94-104.*

45. Behandlungskonferenzen auf der Grundlage von Pflegediagnosen

Wolfgang Pohlmann, Lars Weigle, Henning Albes

45.1. Hintergrund

In der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I unserer Klinik werden schwerpunktmäßig Patienten mit psychotischen Störungen behandelt. Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung besteht aus dem Pflegeprozeß. Die Grundlage des Pflegeprozesses bildet dabei die Praxisorientierte Pflegediagnostik (POP). Mit der POP werden, neben individuellen Einflussfaktoren und Ressourcen, vor allem Ziele und Maßnahmen erarbeitet. Vor einigen Monaten haben wir unsere Visitenstruktur umgestellt. Einmal wöchentlich finden mit dem Patienten multiprofessionelle Behandlungskonferenzen (BK) in der Form des sog. reflecting team statt. Patientenzentriert werden hier ebenfalls Ziele und Maßnahmen des Behandlungsprozesses erfasst.

45.2. Problemstellung

Bei der Erfassung und Dokumentation des Pflegeprozesses (gestützt durch POP) und in den Behandlungskonferenzen erarbeiteten Ziele und Maßnahmen ergeben sich regelmäßig Dopplungen. Das heisst, mit dem Patienten werden in der BK Behandlungsinhalte besprochen, die bereits in der POP erfasst sind. Des Weiteren werden andere wichtige Ziele und Maßnahmen der POP nicht Thema in der BK.

45.3. Ziele

Pflegediagnosen werden in ihrer Bedeutung für den gesamten Behandlungsprozess gestärkt und besser genutzt. Gleichzeitig werden Dopplungen in der Erarbeitung und Durchführung von Zielen und Maßnahmen vermieden. Stattdessen entstehen insbesondere multiprofessionelle Synergien.

45.4. Vorgehen

Im ersten Schritt werden in die Behandlungskonferenzplanung und – Dokumentation die individuellen Pflegediagnosen mit den entsprechenden Zielen und Maßnahmen aufgenommen. Dieses erfolgt über eine Verknüpfung der Formulare der POP und der BK (per EDV). Medizinisch-psychologische Erläuterungen ergänzen dabei die individuellen Einflussfaktoren und Symptome. Die aus den Pflegediagnosen abgeleiteten Ziele und Maßnahmen werden in der Behandlungskonferenz zur inhaltlichen Strukturierung genutzt. Vom Patienten und dem multiprofessionellen Team werden während der BK die Ziele und Maßnahmen modifiziert und gfls. ergänzt. Eine multiprofessionelle Bewertung der Pflegediagnosen nach ihrer individuellen Relevanz für die BK, erfolgt mit dem Ziel einer besseren Fokussierung bzw. Priorisierung.

45.5. Ergebnisse und Erfahrungen

Dargestellt werden zum einen die entwickelten Instrumente zur Erfassung und Anwendung der Pflegediagnosen und der aus ihnen abgeleiteten Maßnahmen und Ziele, zum anderen deren Integration in die Struktur der Behandlungskonferenz. Als Ergebnis werden Pflegediagnosen systematischer in den Gesamt-Behandlungsprozess integriert.

Es erfolgt eine multiprofessionelle Beurteilung der Auswirkungen der Verwendung von „integrierten Pflegediagnosen“ als Grundlage der Behandlungskonferenzen und des Behandlungsprozesses.

45.6. Schlussfolgerung

Pflegediagnosen stellen in ihrer Patienten-, Ziel- und Handlungsorientierung ein individuelles und konkret anwendbares Instrument für die Pflege dar. Aufgrund der erheblichen Bedeutung des Pflegeprozesses für die gesamten Behandlung und die gerade im psychiatrischen Bereich erheblichen Überschneidungen zu Instrumenten anderer Berufsgruppen, ist eine Integration der Pflegediagnosen in die multiprofessionelle Behandlungsstruktur nahe liegend. Hierdurch erscheinen uns neben der Vermeidung von Redundanzen auch eine bessere multiprofessionelle Nutzung von Synergien, Kompetenzen und letztlich insbesondere ein qualitativ besserer Behandlungsprozess möglich.

46. „Angehörige im Strudel der Verwirrungen“

Wolfgang Pohlmann, Petra Klein

...ein Gruppenangebot für Angehörige von psychisch erkrankten Menschen

46.1. Einleitung

„Fragt man psychoseerfahrene Menschen, was sie in akuten Krisen brauchen, oder im Nachhinein, was zur Genesung beigetragen hat, so sind scheinbar alltägliche Dinge wichtig: Angehörige und Freunde, die zu einem halten, Menschen, die einfach nur da sind. Hilfe sollte ganzheitlich sein, im gewohnten Lebensumfeld ansetzen, sich auf die vorhandenen Ressourcen beziehen und sich vor allem auf eine verlässliche langfristige Begleitung stützen. Gerade Sie als Angehörige brauchen Unterstützung, um ihre Kraft und Ausdauer zu erhalten, um sich mal um sich selber kümmern zu dürfen, um vielleicht weiter wie selbstverständlich da zu sein und nicht in den Strudel der Verwirrung hineingezogen zu werden. In der Gruppe haben Sie Gelegenheit, Fragen zu stellen, nach Antworten zu suchen, sich gegenseitig mit anderen Angehörigen zu beraten und zu unterstützen.“

Dies ist die Einladung zu einer Angehörigengruppe, die wir seit einigen Jahren zweimal im Jahr an je 8 Abendterminen von 18.00 – 19.30Uhr anbieten.

„Angehörige sind immer Angehörige, ob sie wollen oder nicht.“ Zumindest empfinden es viele Angehörige so.

46.2. Ablauf unserer Angehörigengruppe

Zu Beginn der Angehörigengruppe sprechen wir über Verschwiegenheit. Es ist notwendig, dass Informationen aus der Gruppe nicht nach außen dringen. Auch wir versichern, dass gehörtes auch unsererseits nur nach Rücksprache zur Behandlung verwendet wird. Am ersten Abend machen wir eine Vorstellungsrunde, u.a. mit der Frage: welche Themen dürfen nicht fehlen? So entsteht eine Sammlung von, die wir in den folgenden sieben Abenden berücksichtigen.

Die Themen sind zwar von Gruppe zu Gruppe verschieden, aber manche Inhalte sind immer dabei. Z.B.: Schuld, Umgang mit dem erkrankten Angehörigen, Medikamente, Änderung der Zukunfts- und Lebensperspektive, Therapieformen.

Häufig erleben wir, oft schon am ersten Abend, dass sehr emotional berichtet wird. Tränen sind keine Seltenheit. Viele Angehörige leisten Unglaubliches, um ihr psychisch erkranktes Familienmitglied nicht im Stich zu lassen und zu unterstützen. Wir, die Moderatoren, versuchen mit einer Mischung aus Information, Edukation, Austausch untereinander und Zuhören, den Umgang mit einer psychischen Erkrankung zu erleichtern. Wohlwollend, um Verständnis werbend, möchten wir Angehörige ermutigen, auch einmal über sich zu sprechen, an eigene Wünsche, Sorgen und auch Bedürfnisse zu denken.

Gerade das Bedürfnis auch mal an sich zu denken scheint für Angehörige von psychisch erkrankten Menschen erst einmal undenkbar zu sein. Eine Mischung aus Pflichtgefühl und oft schlechtem Gewissen macht es vielen Angehörigen schwer bis unmöglich sich eigene Wünsche und Bedürfnisse einzugestehen, geschweige denn diese einzufordern. Erst wenn der eigene Leidensdruck unwahrscheinlich hoch ist, die eigene Verzweiflung sehr nahe, gelingt es manchen Angehörigen für sich selber zu sorgen; oft erst mit der Unterstützung einer eigenen Erkrankung.

Schlechtes Gewissen, oder die Frage nach der eigenen Schuld, dass alles so geworden ist, zermürbt viele Angehörige. Die Fragen nach dem warum oder was haben wir nur falsch gemacht sind häufige Fragen denen wir uns in den Gruppen stellen.

Behandlungsinhalte und Behandlungsalternativen sind weitere Fragestellungen. Auch mit kritischen Themen, wie schlecht verlaufende Behandlung oder warum spricht mit uns keiner setzen wir uns auseinander. Dazu gehört natürlich auch das Problem mit der Schweigepflicht.

46.3. Psycho- Edukation

Psychoedukation für Familien kann nachweislich den weiteren Verlauf der Gesundheit und Rehabilitation positiv beeinflussen [1]. Bei unserem Versuch den Angehörigen Wissen zu vermitteln legen wir Wert auf eine Mischung von verständlichen Erklärungen mit möglichst wenigen Fachbegriffen. Häufig gilt es Fachbegriffe, die Angehörige in Visiten oder auch sonst wo gehört haben, zu erklären.

46.4. Austausch

Zu Beginn eines jeden Abends bieten wir eine Runde für aktuelles, Fragen vom letzten Abend oder auch Geschehnisse, die dringlich besprochen werden müssen. Es zeigt sich immer wieder, dass es notwendig ist, den Angehörigen genügend Raum zu geben, aber auch darauf zu achten, dass Themen nicht zerredet werden. Desgleichen gilt es dafür zu sorgen, dass alle Angehörigen der Gruppe genug zu Wort kommen

46.5. Literatur

1. *Sibylle Prins, Angehörige-hilfreich oder hinderlich? Von (soziale psychiatrie, 34.Jahrgang/Heft 3, Juli 2010)*

47. „Sie sind okay! Und das werden wir ändern.“ Inkongruente Botschaften in der Psychiatrie: Patienten-Erfahrungen und wissenschaftliche Reflexion

Elke Prestin

47.1. Worum es mir geht

Ein wichtiges Ziel in der Behandlung depressiver Erkrankungen besteht darin, das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu stärken. Die Patientinnen und Patienten sollen ihre „Ressourcen“ erkennen und sich als handlungsfähige, wertvolle Mitglieder der sozialen Gemeinschaft erleben. Entsprechende Botschaften finden immer wieder plakativ Eingang in die Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Betroffenen: „Seien Sie nicht so selbstkritisch.“ „Seien Sie stolz auf das, was Sie geschafft haben.“ Etc. Während eines mehrmonatigen Klinikaufenthaltes habe ich jedoch erlebt, dass mindestens unterschwellig oft das genaue Gegenteil vermittelt wurde: Das kommunikative Setting hatte in seiner Gesamtheit eher eine Selbstwertschwächung zur Folge. Diese Inkongruenz ist das Thema meines Vortrages auf dem Dreiländerkongress 2010. Da ich mich als Sprachwissenschaftlerin intensiv mit interpersoneller Kommunikation beschäftigt habe, möchte ich die Wiedergabe persönlicher Eindrücke und deren wissenschaftliche Reflexion miteinander verbinden.

47.2. Der wissenschaftliche Hintergrund

Den theoretischen Hintergrund bildet das Konzept der Kontextualisierung [2, 3]. Dieser sozialkonstruktivistische Ansatz befasst sich mit der Frage, wie durch Kommunikation Wirklichkeit geschaffen und verändert wird. Peter Auer [1] hat dazu fünf „Kontextualisierungs-Schemata“ benannt, die in Gesprächen wirksam werden. Eine ausführliche Beschreibung dieser Schemata und ihrer Anwendung auf die Kommunikation in der stationären Akut-

Psychiatrie findet sich in [4]. Stark verkürzt lassen sich die entsprechenden Fragen wie folgt wiedergeben:

- Schema des Fokussierten Interagierens: Inwieweit sind die Gesprächspartner aufeinander konzentriert? Wie erfolgt die gegenseitige Bezugnahme?
- Schema des Turn-taking: Wer spricht, wer hört zu – und wer bestimmt darüber?
- Handlungsschemata: Welche vorgegebenen Handlungsmuster gibt es? Wie wird auf sie Bezug genommen?
- Thematische Schemata: Worüber wird geredet – und wer bestimmt darüber?
- Beziehungsschemata: In welchem Verhältnis stehen Sprecher und Hörer zueinander? Wie wird dieses Verhältnis kommunikativ hergestellt?
- Anhand dieser Schemata lassen sich kommunikative Abläufe systematisch analysieren. Im Anschluss an meinen Klinikaufenthalt habe ich ausgehend von meinen eigenen Erfahrungen eine entsprechende Analyse vorgenommen. (Eine ausführliche Diskussion methodischer Fragen findet sich ebenfalls in [4].)

47.3. Patienten-Erfahrungen zur Kommunikation in der Psychiatrie

Zu allen genannten Kontextualisierungs-Schemata lassen sich zahlreiche Praxisbeispiele nennen und diskutieren. Der knappe hier zur Verfügung stehende Platz erlaubt jedoch nur einen kurzen Überblick über einige zentrale Beobachtungen und Ergebnisse.

47.3.1. Schema des Fokussierten Interagierens

Meist waren es die Mitarbeiter (Aus Gründen der Vereinfachung gebrauche ich im Folgenden nur maskuline Formen; gemeint sind jedoch stets beide Geschlechter.), die Gespräche mit den Patienten begannen und beendeten. Patientenseitige Versuche der Kommunikationsanbahnung wurden hingegen oft aufgrund von Arbeitsüberlastung abgeblockt. Wenn ein Gespräch

zustande kam, dann bestimmten die räumliche und zeitliche Verortung wesentlich darüber, inwiefern gegenseitige Aufmerksamkeit überhaupt möglich war. Nicht selten mussten Mitarbeiter gleichzeitig ein persönliches Gespräch mit einem Patienten führen, den Eingangsbereich der Station im Auge behalten, Bedarfsmedikamente austeilen und das Telefon bedienen. Unter diesen Bedingungen war es kaum möglich, einfühlsam und persönlich zu kommunizieren.

47.3.2. Schema des turn-taking

Analog zur Gestaltung des fokussierten Interagierens zwischen Mitarbeitern und Patienten wurde auch die Vergabe des Rederechts im Wesentlichen von den Mitarbeitern bestimmt. Konkret zeigte sich dies im häufigen Vorkommen von Frage-Antwort-Sequenzen: Der Mitarbeiter stellte eine Frage, auf welche der Patient lediglich antworten musste; anschließend fiel das Rederecht wieder an den Mitarbeiter zurück. Je stärker die Interaktion sich an vorgegebenen Standards oder Manualen orientierte, umso deutlicher fiel die Hierarchie zwischen den Gesprächspartnern aus: Im Extremfall arbeitete der Mitarbeiter eine Liste von Punkten ab, auf welche der Patient jeweils zu reagieren hatte. Derartige Gesprächsverläufe waren vor allem im Rahmen verhaltenstherapeutischer Konzepte anzutreffen, wenn die Mitarbeiter Fragebögen oder Formblätter mit den Patienten besprachen. Ausführlichere Schilderungen waren dann unerwünscht und führten oft dazu, dass der Patient unterbrochen, ihm also das Rederecht kurzerhand entzogen wurde.

47.3.3. Handlungsschemata

Neu aufgenommene Patienten wurden in der Regel von einem Mitarbeiter über die Station geführt und in den formalen Tagesablauf, also etwa die Essenszeiten und den Termin der obligatorischen Morgenrunde, eingewiesen. Hinweise zu anstehenden Aktivitäten gaben die Mitarbeiter in Aussage- oder Anweisungsform, z.B. mit der Feststellung: „Sie haben jetzt Ergotherapie.“ Patienten dagegen nahmen auf Handlungsmuster meist in Frage- oder Bittform Bezug, also mit Formulierungen wie „Könnte ich wohl...?“, „Soll

ich...?“, oder „Darf ich...?“. Generell erhielten die Patienten die Informationen, die erforderlich waren, um sie möglichst nahtlos in die Klinikroutine einzupassen. Offen blieb jedoch, was diese Routine überhaupt mit dem einzelnen Patienten zu tun hatte und inwiefern er davon individuell profitieren sollte. Somit entstand der Eindruck zweier weitgehend getrennter Informationsflüsse: Zum einen gab es feste Vorgaben darüber, welchen therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen sich ein Patient zu unterziehen hatte, und diese Vorgaben wurden über die Mitarbeiter zu den Patienten kommuniziert. In Gegenrichtung wurden vom Patienten zahllose persönliche Informationen gesammelt, deren weitere Verwendung – und deren Bezug zur Therapie – jedoch weitgehend im Dunkeln blieben.

47.3.4. Thematische Schemata

Neben der Klärung organisatorischer Fragen drehten sich Gespräche zwischen Mitarbeitern und Patienten meist um den Themenkomplex Krankheit und Krankheitsbewältigung. Die Wahl der thematischen Schwerpunkte war dabei wesentlich von der (verhaltens-)therapeutischen Konzeption der Station bestimmt: Von Interesse war nur das „Hier und Jetzt“, und dort wiederum das Denken, Fühlen und Handeln des Patienten, soweit es krankheitsbezogen war und sich leicht in Tabellenform erfassen ließ. Tiefergehende Fragen wie die nach dem individuellen Lebenssinn des Patienten, seiner Lebenserfahrung, seinen Werten, Normen und Wünschen tauchten dagegen in der standardisierten Kommunikation nicht auf. Zum Glück gab es jedoch auch einige Therapeuten und Pflegemitarbeiter, die sich sehr bemühten, jeden Patienten als Individuum wahrzunehmen. So kam es im Beobachtungszeitraum immer wieder auch zu persönlichen Gesprächen auf Augenhöhe, deren Themen teilweise weit über Krankheit und Behandlungsstrategien hinausgingen. In solchen Kontexten durften sich Patienten als Menschen erleben, nicht nur als Symptomträger, und sie erhielten ein Ausmaß an Lebenshilfe, das weit über standardisierte Lehrbuchinhalte hinausging.

47.3.5. Beziehungsschemata

Die expliziten Aussagen von Mitarbeitern gegenüber Patienten waren oft betont wertschätzend und ermutigend. Die impliziten Botschaften beinhalteten jedoch nicht selten das genaue Gegenteil. Zu diesem Eindruck trug schon die verwendete Fachsprache bei. So hieß der für einen Patienten zuständige Arzt oder Therapeut „Fallverantwortlicher“, womit gleich zwei Punkte geklärt waren: Erstens, der Patient wurde nicht als Mensch, sondern als Fall gesehen, und zweitens, die Verantwortung für alles Geschehen lag ausschließlich bei den Professionellen. Ebenfalls implizit wurde permanent der Eindruck erweckt, dass Patienten sich durch ihre Erkrankung eines Fehlverhaltens schuldig machten. Der lerntheoretische Ansatz der Station besagte nämlich, dass erwünschtes Patientenverhalten durch (Selbst-) Belohnungen verstärkt, unerwünschtes, „dysfunktionales“ Verhalten hingegen durch Bestrafung eliminiert werden sollte (wörtliches Zitat des Oberarztes gegenüber einem Patienten: „Ich habe mir überlegt, was Ihnen wohl am meisten weh tut“). Entsprechend fühlten sich Patienten teilweise nicht als Partner in einem therapeutischen Prozess, sondern als Straftäter behandelt. Wiederrum ist jedoch hinzuzufügen, dass es einzelne Mitarbeiter gab, die entgegen dieser vorgegebenen Linie Patienten respektvoll und wertschätzend begegneten.

47.4. Fazit

In allen fünf genannten Bereichen ergibt sich der Eindruck einer weitgehend hierarchisch geprägten Kommunikation. Wenn der Patient sich als Objekt einer Be-Handlung erfährt, wird das verbal ständig propagierte „Sie sind okay“ letztlich ad absurdum geführt. Ich habe Situationen erlebt, in denen sich Psychiatrie-Patienten von Mitarbeitern respektlos behandelt, auf ihre Defizite reduziert oder gar in die Rolle von Straftätern gedrängt und mit Erziehungsmaßnahmen drangsaliert sahen. Dem entgegen standen einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich trotz enormer Arbeitsbelastung und schwieriger Rahmenbedingungen für die Patienten als Menschen interessiert und sie ernst genommen haben. Ihnen gilt mein Dank.

47.5. Literatur

1. Auer, P. (1986). *Kontextualisierung*. *Studium Linguistik*, 19, 22-47.
2. Gumperz, J. (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: C.U.P.
3. Gumperz, J. (1992). *Contextualization Revisited*. In Auer, Peter / Luzio, Aldo di (Hg.), *The Contextualization of Language*. Amsterdam / Philadelphia: Benjamins, 39-53.
4. Prestin, E. & Schulz, M. (2010). *Kommunikation in der stationären Akut-Psychiatrie: Eine interdisziplinäre Betrachtung*. (Manuskript liegt vor)

48. Evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie? – Vom Schlagwort zum Wochenprogramm einer Station der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Franziska Rabenschlag, Stephan Giesler, Toni Schär

48.1. Hintergrund

Die Station E0 ist eine im Frühling 2009 eröffnete Akutstation in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Sie umfasst 15 Betten, 1 Notbett und 1 Isolationszimmer für Patientinnen und Patienten mit sämtlichen psychiatrischen Störungen einschliesslich Suchterkrankungen. Dem Stationsleitenden war es ein Anliegen, mit dem Grundsatz der evidenzbasierten Pflegepraxis (EBP) zu arbeiten und in diesem Sinne auch das Wochenprogramm für die PatientInnen zu gestalten.

48.2. Problemstellung

Stations- oder Wochenprogramme richten sich an Betroffene, welche in einer akuten Phase der Erkrankung die Station nicht verlassen können bzw. eine stationsexterne Gruppe zu stark stören könnten. Stationsprogramme werden häufig aufgrund verschiedener Interessen, Ressourcen oder Sachzwänge gestaltet, oder es werden bestehende Konzepte oder beschäftigungstherapeutische Angebote übernommen. Evidenzbasierte Pflege (EBP) berücksichtigt die Auftragslage bzw. den Bedarf, die Erfahrungen und Ressourcen der Pflegenden, wissenschaftliche Erkenntnisse sowie die Bedürfnisse der PatientInnen [1].

48.3. Ziele

Ziel des Projekts war, über einen forschungsgestützten Wochenplan für PatientInnen sowie über ein Argumentarium der schlussendlich gewählten Angebote zu verfügen. Weiteres Ziel war es, gemeinsam mit der Leitung, den Stationsmitarbeitenden und der Pflegeforschung ein Praxisprojekt zu initiieren und durchzuführen.

48.4. Vorgehen

Analog zum Verständnis der EBP wurden aus 4 Quellen Informationen gewonnen, welche die Grundlagen für das neue Wochenprogramm bilden. Die Schritte dazu waren

- Retrospektive Erhebung der häufigsten Pflegediagnosen und zugehöriger Massnahmen der Station: bildet den Bedarf ab (was braucht es, für wen?).
- Literaturrecherche zu evidenzbasierten Interventionsformen
- Ressourcen der Station: In Diskussion mit Stationsleitung und Mitarbeitenden wurde der Bedarf und die möglichen Interventionen mit den vorhandenen Ressourcen, Erfahrungen, Vorlieben ergänzt.
- Befragung der PatientInnen beim regulären Austrittsgespräch bezüglich Wochenprogramm: Patientenpräferenzen

48.5. Ergebnisse

48.5.1. Der Bedarf der Station E0

Insgesamt traten vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 233 PatientInnen (130 bzw. 56% Frauen, 103 Männer) auf die Station E0 ein. Über die Hälfte der Eintritte (55%) erfolgte mit einem fürsorgerischen Freiheitsentzug, über ein Drittel (38%) waren freiwillige und geplante, und 8% notfallmässige Eintritte. Die (anhand NANDA-Klassifikation) am häufigsten gestellten Pflegediagnosen dieser Station waren gestörte Denkprozesse, Gefahr einer Körperschädigung, Suizidgefahr und unwirksames Coping [2, 3].

Die entsprechenden Pflegemassnahmen sind zusammengefasst das Erstellen eines Plans mit Aktivitäts- und Ruhephasen, kognitives Training, Gedächtnistraining, Informationsvermittlung, Umgebungsmanagement, Gewaltprävention, Verhaltenstherapie, motorische Aktivitäten, Patientenedukation und der Einbezug von Angehörigen [2].

48.5.2. Evidenzbasierte Interventionsformen

Evidenzen (Forschungsbeweise, Belege) können in Standards und Leitlinien auf Stationsebene, auf nationaler oder internationaler Ebene münden. Bspw. haben Australien und Neuseeland offizielle Leitlinien für die Behandlung von Schizophrenie-Erkrankten in verschiedenen Phasen erarbeitet [4]. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Grossbritannien [5] gilt international als Herausgeberin der aktuellsten Leitlinie [6]. Die Universität von Manchester (GB) veröffentlicht auf ihrer Website eine Serie mit pflegespezifischen Reviews. Im Jahr 2009 erschien eine exakt mit dem uns interessierenden Thema [7]. Für die vorliegende Arbeit wurde in den Datenbanken Pubmed und Cochrane nach weiteren, in der Review von Gray et al. (2009) nicht integrierten Übersichtsarbeiten oder Studien der letzten fünf Jahre recherchiert [6, 8-11]. Diese nicht umfassende Literaturrecherche zu evidenzbasierten Interventionsformen in der Psychiatrie ergab pflegespezifische und interdisziplinäre Ergebnisse, die sich für ein von Pflegenden gestaltetes Wochenprogramm eignen könnten.

Als evident wurden zusammengefasst die Einrichtung von Akuttageskliniken, die aufsuchende Behandlung zur Krisenintervention, Familieninterventionen (Rückfallprophylaxe, fördert Medikamentenadhärenz), kognitive Verhaltenstherapien (nicht eindeutig bei Schizophrenien und selbstverletzendem Verhalten), Kunsttherapie (bei Schizophrenien), Psychoedukation (reduziert Wiedereintritte bei Schizophrenien) und Supported Employment beschrieben. Nicht eindeutig evident scheint Case Management, Gewaltmanagement (wird trotzdem empfohlen aufgrund des Sicherheitsgefühls der Pflegenden), Medikamentenmanagement, Psychoedukation (wenn nur Informa-

tionsvermittlung), Tanztherapie. Nicht evident sind Beschäftigungstherapie und Life Skills-Programme für chronisch Erkrankte.

Neben konkreten Interventionen sind auch Grundsätze und Werte beschrieben, wie der Grundsatz des Einbezugs von Betroffenen [12], [13, 14]. Steinert (2009) [6] konkretisiert die Patientenorientierung und den Betroffeneinbezug anhand zweier Beispiele: das Schreiben lassen von subjektiven Berichten nach akuten Krankheitsepisoden und besonders bei unfreiwilligen Behandlungen sowie gemeinsam erstellte Behandlungsvereinbarungen und Vorausverfügungen. Weitere Grundsätze, die propagiert werden, sind Gesundheitsförderung [14], wenig Zwangsanwendungen und Isolationen (wenn, dann protokolliert und nachbesprochen) und regelmäßige Beachtung der physischen Gesundheit der Patienten [13].

48.5.3. Ressourcen, Erfahrung und Bedingungen der Station E0

Ein Konflikt, der immer wieder - vor allem im psychiatrischen Setting - beim Thema Evidenz zur Sprache kommt, ist der scheinbare Widerspruch zwischen gelebter subjektiver Erfahrung und verallgemeinernder Evidenz [15]. Umso mehr, als der Einbezug von Betroffenen immer mehr gefordert wird. Einige AutorInnen weisen auf die Gefahr hin, dass objektive Wissenschaftlichkeit wichtiger sein könnte als subjektive Erfahrung, Werte oder Präferenzen. Daher wurde für diese Arbeit der beschriebene Evidenzbegriff gewählt, welcher neben wissenschaftlicher Evidenz die vorhandenen Ressourcen und Erfahrungen sowie die Wünsche der Betroffenen mit einbezieht. Beides wird nachfolgend beschrieben.

Bevor die Station evidente Interventionen übernehmen wollte, erarbeitete sie folgende Kriterien: die berufsspezifische Ausübung durch diplomierte Pflegendе, stationsspezifische Vorlieben (Back- und Kochgruppe), die Gruppenfähigkeit der PatientInnen, Begrenzung von Länge und Anzahl der Programmpunkte (Konzentrationsfähigkeit der PatientInnen, Ressourcen der Pflegenden) und der Zeitpunkt (nachmittags Gruppen, morgens einzeln).

48.5.4. Präferenzen der Patientinnen und Patienten

Die PatientInnen der Station E0 wurden beim standardmässigen Austrittsgespräch um ein Feedback zum Wochenprogramm gebeten. Erfragt wurde die Nützlichkeit einiger Angebote sowie welche Angebote vermisst oder gewünscht würden. Häufig genannt wurde dabei der Wunsch nach körperlichen Aktivitäten: Walking und Tanz, Wasserfitness oder mit Hunden und Pferden. Der Morgenspaziergang wurde als besonders nützlich erwähnt. Weiter gemeinsame Spiele, die Gesprächsrunden und die Gespräche mit ÄrztInnen, Pflegenden und Sozialarbeitenden. Die Beschäftigungstherapie wurde genauso oft als nützlich wie als nicht hilfreich genannt.

48.5.5. Das Umsetzen der Resultate zum neuen Wochenprogramm

Mit dem Team werden aktuell alle Resultate auf die Realisierbarkeit und Umsetzung diskutiert. Das heisst, die Beteiligten setzen sich mit den Pflegediagnosen auseinander und stellen sie den evidenzbasierten Interventionen, den Präferenzen der PatientInnen sowie ihren Ressourcen und Erfahrungen gegenüber. Im Sommer 2010 wird aufgrund dieser Auseinandersetzung der neue Wochenplan gestaltet.

48.6. Diskussion

Evidenzen in der Literatur beziehen sich fast ausnahmslos auf medizinische Diagnosen. Mit dem gewollten pflegespezifischen Vorgehen durch die Erhebung der Pflegediagnosen besteht erhöhter Diskussionsbedarf, um die Erfordernisse des Wochenprogramms zu formulieren. Die Interdisziplinarität bzw. das Zusammenwirken verschiedener Fachexperten wurde bislang noch nicht berücksichtigt.

48.7. Schlussfolgerung

Das gewählte Vorgehen zur Umsetzung von EBP ist gut übertragbar auf andere Stationen und andere Fragestellungen und in einem für die Pflegenden in der Praxis vertretbaren Aufwand.

48.8. Literatur

1. Rycroft-Malone, J., et al., *What counts as evidence in evidence-based practice?* *J Adv Nurs*, 2004. 47(1): p. 81-90.
2. Doenges, M., Moorhouse, M. & A. Geissler-Murr, *Pflegediagnosen und Massnahmen*. 3 ed. *Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Abderhalden, Ch. & R. Ricka*. 2005, Bern: Hans Huber.
3. Büscher, A., Tackenberg, P. , *Pflegeergebnisklassifikation NOC*. 1 ed. 2005, Bern: Hans Huber.
4. *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2005. 39(1-2): p. 1-30.
5. NICE, *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. 2009, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
6. Steinert, T., [In Process Citation]. *Psychiatr Prax*, 2009. 36(8): p. 401-3.
7. Gray, R., Rance, Jo, Robson, Deborah. *A review of the efficacy of interventions delivered by mental health nurses*. [Website] 2009 [cited 2009 december 15].
8. Tungpunkom, P. and M. Nicol, *Life skills programmes for chronic mental illnesses*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008(2): p. CD000381.
9. Muralidharan, S. and M. Fenton, *Containment strategies for people with serious mental illness*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006. 3: p. CD002084.
10. Malik, N., et al., *Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months*. *J Clin Psychiatry*, 2009. 70(2): p. 201-7.
11. Xia, J. and T.J. Grant, *Dance therapy for schizophrenia*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(1): p. CD006868.
12. Abderhalden, C., et al., [Research priorities in psychiatric nursing]. *Pflege*, 2008. 21(6): p. 453-77.
13. Taylor, T.L., et al., *A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems*. *BMC Psychiatry*, 2009. 9: p. 55.
14. WHO. *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (EUR/04/5047810/7)*. in *Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit*. 2005. Helsinki: WHO.
15. Fisher, J.E. and B. Happell, *Implications of evidence-based practice for mental health nursing*. *Int J Ment Health Nurs*, 2009. 18(3): p. 179-85.

49. Suizide, Suizidversuche und ihre Prävention

Thomas Reisch

49.1. Abstract

Deutschland und noch ausgeprägter die Schweiz haben im internationalen Vergleich eine sehr hohe Anzahl von Suiziden. Keineswegs muss der traurige Spitzenplatz der Schweiz so bleiben. Denn ein besseres Verständnis der Gesamtsituation und ein daraus abgeleitetes Handeln können hier nachhaltige Änderungen bewirken, wie das in der Vergangenheit in anderen Ländern schon mehrfach aufgezeigt wurde. Die Kenntnis der Suizidzahlen, Suizidmethoden oder der Altersverteilung der Suizide ist somit wichtig für jeden der sich mit Suizidprävention beschäftigt, ist doch die Restriktion von Suizidmethoden nachgewiesener Massen einer der effektivsten Mittel in der Suizidprävention. Im Vortrag soll daher auf die Möglichkeiten eingegangen werden, die in der Schweiz vorhanden sind um mittels Methodenreduktion die Anzahl der Suizide zu verringern. Und hier sind viele Bevölkerungs- und Berufsgruppen gefragt, ob Arzt, Politiker, Angehörige oder Pflegefachkräfte, viele können einen Beitrag leisten oder ihre Bemühungen verbessern um mehr Suizide in der Schweiz zu verhindern.

50. Krisenpass für ältere, psychisch erkrankte Menschen

Elisabeth Reutimann

50.1. Hintergrund



Das Instrument *Krisenpass* befähigt Patienten und ihr Umfeld (Empowerment), wiederkehrende Krisensituationen selbständig zu bewältigen oder rasch Hilfe im Gesundheitssystem zu ersuchen. Der Krisenpass basiert auf Erfahrungen zu Krisen, deren Anzeichen und Hilfsstrategien der Betroffenen. Die Inhalte des Krisenpasses werden gemeinsam mit den Pflegenden im Vorfeld der Entlassung auf Grundlage der oben erwähnten Selbsteinschätzungskriterien Erfahrung, Anzeichen und Hilfsstrategien erarbeitet.

Krisenpässe zeigen eine tendenziell positive Wirkung im Hinblick auf praktische Informationsvermittlung in Krisen, wirken positiv auf das Selbstverständnis des Patienten und die Beziehung zwischen Klientin und Pflegeperson. Krisenpässe wie -pläne gelten als fester Bestandteil von psychoedukativen Interventionen [1]. 1989 lancierten Selbsthilfeorganisationen in Grossbritannien erste Krisenkarten (Crisis Cards). Sie enthalten Kontaktinformationen für den Krisenfall sowie Raum, in dem der Nutzer gewünschte und benötigte Informationen eintragen kann. Gleichzeitig wird im Rahmen eines Treffens zwischen Nutzer und Behandlungsteam der Inhalt des Krisenplans (Joint crisis plan) mit Schwerpunkt der Identifikation von Krisenzeichen und mit Selbstmanagementinhalten für praktische Hilfe in Krisen erarbeitet [2]. In Deutschland entwickelt 1996 der Münchner Psychiatrie-Erfahrenen e.V. in Zusammenarbeit mit Fachpersonen den Krisenpass. Pro Mente Sana passt den Krisenpass Schweizer Verhältnissen an [3].

50.2. Problemstellung

Der Krisenpass (Abb. 1) wurde in der Praxis aus Vorlagen für ältere, depressive und psychische Erkrankte sowie deren Umfeld weiterentwickelt; dabei wurde wissenschaftliche Literatur noch nicht berücksichtigt. Auf einer Station der Klinik für Alterspsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich erlebten Pflegende mehrmals Rückfälle von Patienten, nachdem diese sich kurze Zeit zuhause aufgehalten hatten, oder erfuhren von Ehepartnern, dass, weil Krisenfaktoren nicht erkannt wurden, sehr spät Hilfe im Gesundheitswesen in Anspruch genommen wurde. Der Krisenpass wurde erstmals versuchsweise bei einem Patienten eingesetzt, der vor Wiedereintritt zuhause gewalttätig wurde. Dabei standen Überlegungen zur Patientensicherheit im Vordergrund: Im Kontext der Patientensicherheit beeinflussen und verbessern die Pflegenden in Zusammenarbeit mit den Patienten und Angehörigen deren Umgang mit problematischen Gesundheitsverhalten. Eine Handlungsanleitung unterstützt und befähigt Pflegende (nursing empowerment), zu intervenieren [4].

Abb. 1 Vorlage Krisenpass

Reserve Medikation:			 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Klinik für Alterspsychiatrie	Notfallnummern:
Datum:	Medikament:	Dosis:	Krisenpass für Herrn / Frau	- Hausarzt o. behandelnder Arzt KAP - GPZ Ambulatorium 044 255 51 57 - GPZ Tagesarzt/ -ärztin 044 389 14 99 - Spitex - Ärztelefon Zürich 044 421 21 21 - KIZ Zürich 044 296 73 10 - Dargebotene Hand 143 - Notfallseelsorge 0800 202 202
Im Krisenfall ist erfahrungsgemäss folgende alternative Methode hilfreich: (z.B. Tagesplan, Aromapflege usw.)			Hilfreiche Telefonnummern von Partner / Kinder / Freunden / und Kollegen Hausärztin: Therapeutin:  Universität Zürich	Internet: - www.aerztefon.ch - www.zgpp.ch - www.psychiatrie-zuerich.ch - www.psychiatrie.ch
Anzeichen der Verschlechterung:			Was mir im Krisenfall hilft:	
Anzeichen 1			→	
Anzeichen 2			→	
Anzeichen 3			→	

Die Vorlage *Krisenpass* wurde im Verlauf von Gesprächen mit dem Patienten und dessen Ehefrau, die den Pass zuhause auf Anwendung, adressatenrelevante Inhalte und altersgerechte Darstellung erprobten, angepasst.

Patienten mit der Intervention *Krisenpass* werden eher zufällig als nach fachlichen Kriterien bestimmt [5]. Daraus folgt die Frage, welche Kriterien die Pflegenden für den Einsatz des Krisenpasses benötigen. Einsatzkriterien und Wirkung der Pflegeintervention *Krisenpass* in Bezug auf die Dauer einer gesunden Phase eines Patienten oder die Dauer der erneuten stationären Behandlung sind wenig belegt. Auch sollte eine Überprüfung des Krisenpasses die subjektive Auswirkung auf Patienten und Angehörige auf ihre Möglichkeit der Krisenbewältigung und auf Ressourcen der Selbstbefähigung eruieren.

50.3. Ziele

Auf Grundlage von evidenzbasierten Einsatzkriterien wird die Pflegeintervention mit dem Instrument *Krisenpass* bei psychiatrischen Patienten ab 65 Jahren angewendet sowie die quantitative und qualitative Wirkung evaluiert.

50.4. Vorgehen

Die Pflegenden erhalten kontinuierlich Support für die Anwendung des Krisenpasses durch die Pflegeexpertin und werden einmal jährlich auf der Station geschult.

Eine Literatursuche, die auf Publikationen in englischer Sprache, auf die Gruppe der Erwachsenen sowie weiteren, zu entwickelnden Eingrenzungskriterien beschränkt, wird in der Datenbank PubMed durchgeführt.

Die Fälle werden zu einem späteren Zeitpunkt mit literaturgestützten Einsatzkriterien überprüft. Bei Wiedereintritt in die Klinik wird ein Interview mit Patienten zur subjektiven Wirkung des Krisenpasses geplant, wobei die Interviewfragen auf der Literaturreview basieren.

50.5. Ergebnisse

50.5.1. Vorgehen Literatursuche

Die Datenbank PUBMed wurde nach verschiedenen Stichwortkombinationen durchsucht. Zur Beurteilung wurden aus 179 Artikel 18 ausgewählt.

50.5.2. Erste Ergebnisse aus den beurteilten Studien

Die Ergebnisse mit der Intervention *Krisenpass* zeigen eine Eintrittsreduktion von 30% [6-8] bis keine Signifikanz der Eintrittszahl auf [9-10]. Die Studien deuten auf eine Tendenz zur Reduktion von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen bei Patienten mit Krisenpass hin [7-8, 10], weniger Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten [9, 11] oder leicht tiefere Behandlungskosten [12].

Der Krisenpass wurde getestet mit psychiatrisch erkrankten Menschen, die mindestens eine stationäre Behandlung in den letzten 1-2 Jahren erlebten [6, 8-9, 12-13].

Das Erstellen des Krisenpasses gemeinsam mit Fachpersonen beurteilen die Betroffenen als förderlich und als potenziell nützlich, sie erhalten mehr Kontrolle über ihre Gesundheitsprobleme und empfehlen die Intervention meistens weiter [6, 9, 12-13].

Ein Krisenpass wird häufig in 2-3 Sitzungen zusammen mit Patient, Angehörigen und Fachperson erarbeitet. Im Aufklärungsgespräch wird über den Sinn, Zweck und Inhalt des Krisenpasses gesprochen. In der 2. Sitzung werden Krisenzeichen identifiziert, nach hilfreichen Massnahmen gefragt sowie neue Informationen, basierend auf dem Fachwissen der Moderatorin, diskutiert und wichtige Kontaktinformationen erfragt. Der Inhalt wird in der 3. Sitzung nach Aussagen des Patients ausformuliert und Kopien an vom Patienten bezeichnete Personen weitergeleitet [6-13].

Evaluationsmöglichkeiten im psychiatrischen Bereich bieten der *Health Promotion Interveniton Questionnaire (HPIQ)* [14] und Evaluationsfragen

[13] zur Wirkung und Effekt der psychoedukativen Intervention des Krisenpasses aus Sicht der Patientengruppe und Fachpersonen.

50.6. Schlussfolgerungen und Erfahrung

Die Einsatzkriterien werden anhand der gefundenen Literaturergebnisse in eine pflegerische Handlungsanleitung evidenzbasiert für die psychiatrischen Patienten ab 65 Jahren beschrieben.

Das Praxisfeld beobachten wir anhand der Fälle: Möglicherweise ergeben sich bereits erste Ergebnisse für Einsatzkriterien. Spontane Patientenfeedbacks werden bei Abgabe des Krisenpasses und bei Wiedereintritt erfasst.

Nur wenige Messinstrumente evaluieren die Wirkung der psychoedukativen Intervention des Instruments *Krisenpass*.

In einer komplexen Praxis drängen sich manchmal Interventionen, z.B. der Einsatz eines Krisenpasses, auf. Doch können erst im Nachhinein ihre Einsatzkriterien und Wirksamkeit evidenzbasiert belegt werden.

50.7. Literatur

1. Borbé, R.; Jaeger, S. & Steinert T. (2009) *Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie Psychiat Prax.* 36, 7-15.
2. Sutherby, K. & Szmukler, G. (1998) *Crisis cards and self-help crisis initiatives. Psychiatric Bulletin.* 22, 4-7.
3. Knuf, A. (2003) *Psychosoziales Team Pro Mente Sana. Pro Mente Sana aktuell*, 3 [abgefragt am 5.10.09]. Erhältlich unter: http://www.promentesana.ch/page.php?language=de&pages_id=163.
4. Richardson, A. & Storr, J. (2010) *Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. International Council of Nurses*, 12-21.
5. Kelley, K. & Abraham, Ch. (2007) *Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' percetions about their role. Journal of Clinical Nursing.* 16, 569-579.
6. Morgan, H.G; Jones, E. & Owen, J.H. (1993) *Secondary Prevention of Non-fatal Deliberate Self-harm. The Green Card Study. British Journal of Psychiatry* 163, 111-112.

7. Kiskey, St. (2005) A Joint crisis plan negotiated with mental health staff significantly reduces compulsory admission and treatment in people with severe mental illness. *evid Based Mental Health*, 8:17 doi:10.1136/ebmh.8.1.17.
8. Henderson, C.; Flood, Ch.; Leese, M.; Thornicroft, G.; Sutherby, K & Szmukler, G. (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *Online First bmj.com*. 7 July 2004. doi:10.1136/bmj.38155.585046.63, 1-5.
9. Moran, P.; Borschmann, R.; Flach, C.; Barrett, B.; Byford, S.; Hogg, J.; Lees, M.; Sutherby, K.; Henderson, C.; Rose, D.; Slade, M.; Szmukler, G. & Thornicroft, T. (2010) The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. *BioMed Central*. 11: 18, 1-8.
10. Henderson, C.; Swanson, J. W.; Szmukler, G.; Thornicroft, G. & Zinkler, M. A. (2008) Typology of Advance Statements in Mental Health Care. *Psychiatric Services*, January, Vol. 59, No. 1, 63-71.
11. Sutherby, K.; Szmukler, G.I.; Halpern, A.; Alexander, M.; Thornicroft, G.; Johnson, C & Wright, S. A (1999) Study of "crisis card" in a community psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand*, 100, 56-61.
12. Flood, Ch.; Byford, S.; Henderson, C.; Leese, M.; Thornicroft, G.; Sutherby, K. & Szmukler, G. (2006) Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of randomised controlled trial. *Online First bmj.com*. 16 August. doi:10.1136/bmj.38929.653704.55, 1-5.
13. Henderson, C.; Flood, Ch.; Leese, M.; Thornicroft, G.; Sutherby, K. & Szmukler, G. (2009) View of service users and providers on joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 44,: 369-376.
14. Svedberg, P.; Arvidsson, B.; Svensson, B. & Hansson, L. (2008) Psychometric characteristics of a self-report questionnaire (HPIQ) focusing on health promotion interventions in mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*. 17, 171-179.

51. Gibt es ein Recht auf Depression und Suizid? Zum Problem der Medikalisierung von Trauer und Selbsttötung

Dirk Richter

Psychiatriepflegende und mit ihnen viele weitere Professionelle in der Gesundheitsversorgung verstehen ihre Aufgabe darin, Depressionen zu lindern und zu therapieren und Suizide zu verhindern. Eine Tätigkeit in der Psychiatrie ist nahezu selbstverständlich mit diesen Zielen verbunden. Der nachfolgende Beitrag möchte anregen, diese Ziele und die damit verbundenen Selbstverständlichkeiten ansatzweise zu hinterfragen.

Der Beitrag problematisiert einen Trend in der modernen Gesundheitsversorgung, der in der Soziologie als ‚Medikalisierung‘ beschrieben wird [1]. Unter Medikalisierung versteht man die medizinische Behandlung eines eigentlich nicht-medizinischen Phänomens. Aktuelle Beispiele sind etwa die – früher unbekannte – „Sextucht“, die in jüngster Zeit durch die Eskapaden des Weltklassegolfers Tiger Woods Auftrieb bekam oder die Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen, die heute als kinder- und jugendpsychiatrische Störung betrachtet werden, so etwa das Hyperaktivitätssyndrom. Diese Tendenzen sind jedoch nicht auf die allerneueste Zeit beschränkt. Ein klassisches Beispiel früherer Jahre war die Homosexualität, die noch bis 1980 als psychiatrische Störung klassifiziert wurde.

Nun könnte man der Meinung sein, mit der Depression und der Suizidalität sei es anders. Dass es sich bei der Depression um eine dieser Mode-Störungen – wie die Multiple Persönlichkeitsstörung – handelt, wird hier auch nicht behauptet. Schwere Depressionen hat es immer gegeben und sie wurden auch immer zu Recht als psychische Krankheit angesehen. Was sich in den vergangenen Jahren jedoch deutlich geändert hat, ist der Stellenwert der Depression. Heute werden auch leichtere Formen als krankheitswertig betrachtet – und das nicht immer zu Recht.

Genauso wie das psychiatrische Konzept der Depression in den vergangenen Jahrzehnten eine Ausweitung erfahren hat, ist es auch mit dem psychiatrischen Verständnis des Suizids. Gemeinhin wird heute angenommen, dass bei nahezu jedem Suizid eine psychische Störung im Spiel ist. Das ist jedoch nicht selbstverständlich und auch historisch nicht selbstverständlich gewesen.

Dieser Beitrag stellt also in Frage, ob tatsächlich jede Form von Trauer als Depression eingestuft werden sollte und ob jeder Suizid als Folge einer psychischen Störung betrachtet werden muss. Es geht – wohlgermerkt – nicht um die professionelle Kompetenz von Psychiatriepflegenden und anderen Berufsgruppen, die hier hinterfragt wird. Vielmehr geht es um einen Blick hinter die vermeintlichen Selbstverständlichkeiten, die wir in der Pflege wie in anderen Berufen anwenden – und dies nicht immer zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.

51.1. Vor der Medikalisierung: Melancholie und Angst

Das gegenwärtige Verständnis der Depression als Krankheit ist noch nicht sehr alt. Erst seit Ende der 1970er-Jahre werden mit den Klassifikationen ICD-10 in Europa und DSM-IV in den Vereinigten Staaten diese Konzepte in die Praxis eingeführt. Im ICD-10 wird die Depression als einheitliche Störung betrachtet, die sich in erster Linie nach dem Schweregrad unterscheidet: leicht, mittel und schwer. Weitere Qualifikationen werden als Subformen betrachtet, das gilt auch für die melancholische Depression [2].

Die Melancholie war jedoch in den Jahrhunderten zuvor als das Kernproblem betrachtet worden. Der englische Schriftsteller Robert Burton beschreibt in seiner berühmten „Anatomie der Melancholie“ aus dem Jahre 1621 die Melancholie als „(...) Niedergeschlagenheit, die noch die unbedeutendsten Anlässe von Kummer, Mangel, Krankheit, Ärger, Furcht, Trauer, geistiger Unruhe, Missmut und Sorge begleitet.“ [3: 142] Mit dieser Melancholie galt es umzugehen, denn sie gehörte nach seinerzeitiger Überzeugung zur menschlichen Natur. Burton weiter: „(V)on diesen melancholischen

Anwandlungen ist keine lebende Seele frei. (...) Melancholie in diesem Verständnis ist das Signum unserer Sterblichkeit.“ [3: 143]

Diese Ansicht hielt sich bis weit in das letzte Jahrhundert hinein. Die Melancholie war das beherrschende Thema im Bereich der affektiven Störungen, und diese waren im Vergleich zu anderen psychischen Störungen zahlenmäßig relativ gering ausgeprägt. Es existierte keine wirkliches Konzept für depressive Reaktionen unterhalb der relativ schweren Melancholie.

Das vorherrschende Problem in diesen Zeiten waren die Angststörungen [4]. Während man heute von einem Zeitalter der Depression spricht, war man seinerzeit davon überzeugt, in einem Zeitalter der Angst zu leben. Wie kam es zum Wandel im Verständnis psychischer Probleme?

51.2. Die Medikalisierung der Stimmungen

Der angedeutete Wandel hatte vielfältige Ursachen, wie Psychatriehistoriker rekonstruiert haben. Eine Ursache war der Rückgang der Bedeutung psychoanalytischer Therapien seit Ende der 1960er-Jahre. Das relativ diffuse Krankheitskonzept der Psychoanalyse wurde zunehmend zugunsten einer diagnostischen Spezifizierung abgelöst. Damit wollte man die Zuverlässigkeit und die Vergleichbarkeit psychiatrischer Diagnosen erhöhen. Parallel setzte sich hinsichtlich der Ursachen psychischer Störungen die biologische Richtung mehr und mehr durch, während zuvor eben ein eher psychosoziales Verständnis existierte.

Ein zwar nicht intendierter, aber faktischer Nebeneffekt war die Ausweitung des Konzepts psychischer Störungen. Von einigen wenigen Ausnahmen wie der posttraumatischen Belastungsstörung oder den organischen Störungen abgesehen, sollte die Einteilung psychischer Störungen ohne Berücksichtigung der Ursachen geschehen. Woher die Störungen kommen, ist bis heute nicht wirklich wichtig wenn es um die Klassifikation geht. Damit war die Möglichkeit gegeben, psychische Störungen zu diagnostizieren, wo immer dies machbar war. Die amerikanischen Soziologen Horwitz und Wakefield haben unlängst in einem Buch beschrieben, wie aus der Trauer eine depressive Störung wurde. Sie beklagen den Verlust der Trauer, die zu einem ,nor-

malen' Leben einfach dazu gehört [5]. Unter dem Label der Depression konnten viele Symptome gefasst werden, die entweder vormals keinen Krankheitswert hatten oder aber unter die Angst- und Stressreaktionen fielen, beispielsweise Schlaf- oder Konzentrationsstörungen. Der soziale Kontext von Stress- und Belastungsreaktionen wurde immer weniger beachtet.

Die zunehmende Diagnostik depressiver Störungen wurde auch pharmakologisch unterstützt. Während zuvor bei den Angststörungen eher Tranquillizer eingesetzt wurden (die keinen guten Ruf besaßen), kamen nunmehr Antidepressiva der ersten Generation ins Spiel. Trotz erheblicher Nebenwirkungen waren diese offenbar akzeptabler für viele Patienten als beispielsweise Benzodiazepine.

Die fortschreitende Medikalisierung der Stimmungen ist auch einer der entscheidenden Hintergründe für die vermeintliche Zunahme psychischer Probleme und insbesondere depressiver Störungen. Im Gesundheitswesen ist es heute weitaus eher möglich, Patienten eine depressive Störung als Diagnose zuzumuten [6].

51.3. Im Alltag: Die schlechte Stimmung ist zu meiden

Der Kampf gegen die Depression hatte einen kaum spürbaren, aber immer klareren Nebeneffekt im Alltag: schlechte Stimmung ist heute nicht mehr erwünscht. Miesmacher und Bedenkenträger werden immer weniger geduldet am Arbeitsplatz und auch in Beziehungen. Stattdessen wird positives Denken proklamiert. Mit der richtigen Einstellung, so wird erwartet, kann jedes Problem gelöst werden. Motivationstrainer sind allerorten zu finden, die vermitteln, man sei selber Schuld, wenn man die Probleme nicht in den Griff bekäme.

Die amerikanische Schriftstellerin Barbara Ehrenreich hat gerade ein Buch veröffentlicht, das den Ursachen und Exzessen des positiven Denkens auf den Grund geht [7]. Sie berichtet von ihren eigenen Erfahrungen, die sie bei der Bewältigung einer Krebserkrankung gemacht hat. Immer wieder wurde

sie von den behandelnden Ärzten, aber auch im privaten Umfeld darauf aufmerksam gemacht, an die Problematik positiv heranzugehen.

Positives Denken ist Pflicht in vielen Organisationen und Teams. Eine Internetrecherche mit Stichworten wie „negatives Denken“ bringt Unglaubliches zu Tage: „Eine Auseinandersetzung zu provozieren ist ein Verstoß gegen grundlegende Prinzipien eines Teams und eine Gefahr für jedes Kollektiv. In derselben Liga spielt ‚negatives Denken‘. Wenn Mitglieder diese beiden Eigenschaften nicht ablegen können, trenne dich von ihnen.“ So heisst es beispielsweise auf der Webseite einer Coaching-Firma „HaFeWo – Have Fun at Work and in Life“ unter dem Titel „Die TOP 10 Killer am Arbeitsplatz, welche jede Organisation verseuchen und zerstören.“ [14]

Auf diese Weise verschwindet nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch im Alltag zunehmend das Recht auf negative Stimmungen wie die Trauer. Wenn jemand traurig ist, aber gleichwohl in der Lage ist, seinen Alltagsfunktionen nachzukommen, dann kommt recht schnell der Hinweis, dagegen etwas zu unternehmen, sei es in Form einer Therapie oder seien es Medikamente. Und wenn er oder sie dazu nicht bereit ist, wird rasch eine Trennung angestrebt.

51.4. Die Medikalisierung der Selbsttötung

Aktuelle psychiatrische Studien gehen davon aus, dass mehr als 90 Prozent der Menschen, die sich suizidieren, dies vor dem Hintergrund einer psychischen Störung tun [8]. Eine Selbsttötung ohne psychische Krankheit scheint damit eigentlich gar nicht möglich zu sein – wer suizidiert sich schon bei gesundem Bewusstsein?

Auch diese Einstellung ist eine recht junge Auffassung. Über lange Jahrhunderte hinweg bestand dieser Zusammenhang zwischen Suizid und Krankheit nicht. Die historisch-kulturellen Einstellungen gegenüber Suiziden schwankten zwischen der Schande, die sie über die Angehörigen brachten, bis hin zu der Rechtfertigung von Selbsttötungen in bestimmten Lebenssituationen. Noch das zwanzigste Jahrhundert kannte besondere historische Situationen, in denen sich Menschen in erheblichem Umfang suizidierten ohne dass man

eine psychische Problematik unterstellen musste, beispielsweise nach dem Ersten und nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland [9].

Natürlich töteten sich diese Menschen in der Regel, weil sie grosse Trauer über die Ereignisse empfanden, vermutlich auch hoffnungslos waren, und nicht wenige, weil sie selbst grosse Schuld auf sich geladen hatten. Trauer, Hoffnungslosigkeit, Schuld? Das alles klingt schon sehr nach einer depressiven Reaktion. Dieser historische Ausflug sollte jedoch deutlich gemacht haben, dass man die beschriebenen Stimmungsphänomene auch ohne psychische Störung erleben kann.

Die Frage, ob man auch ohne psychische Störung einen Antrieb zur Selbsttötung stellt sich heute im Gesundheitswesen an verschiedenen Stellen erneut. Man denke etwa an die Diskussion um den assistierten Suizid bei schwer oder terminal kranken Menschen. Auch hier dominieren Trauer und Hoffnungslosigkeit. Die ‚natürliche‘ Reaktion im Gesundheitswesen darauf ist ein verstärkter Einsatz von Medikamenten und therapeutischer Zuwendung. Mit einer adäquaten Hospizbehandlung – so die Meinung vieler Beteiligten – entsteht gar nicht erst der Wunsch nach dem Tod. Einschlägige Umfragen in der Bevölkerung geben da eine andere Meinung wider. Viele Menschen möchten sich selbst vorbehalten, den richtigen Zeitpunkt für den Tod zu bestimmen.

Vermutlich sind auch unter Psychiatrie-Patientinnen und –Patienten, die wegen suizidaler Äusserungen oder Handlungen behandelt werden, nicht wenige, die einen rationalen Suizid begehen wollen. Darunter wird ein Suizid verstanden, der keinen psychiatrischen Hintergrund hat [10]. Doch wie steht es um Suizidwünsche von psychisch kranken Patientinnen und Patienten? Sind diese in jeden Fall als krankhaft motiviert einzustufen?

Man weiss, dass das Suizidrisiko psychiatrischer Patienten besonders hoch in den ersten Tagen und Wochen nach Entlassung aus der stationären Behandlung ist [11]. Unter einer primär störungsbezogenen Sichtweise könnte man davon ausgehen, dass die Behandlung einfach nicht angeschlagen hat und eine erneute Behandlung notwendig gewesen wäre. Wenn man sich dieser

medikalisierenden Sichtweise entledigt, könnte man allerdings auch zu dem Schluss kommen, dass einige der Suizidenten eine gewisse Hoffnungslosigkeit und Trauer ob ihres bisher verlaufenden Lebens verspürt haben, und sie eben dies zum Anlass für ihre suizidale Tat genommen haben. So ist beispielsweise bekannt, dass unter Patienten, die einen Verlust ihres hohen Sozialstatus sowie einer Beziehung zu erleiden hatten, ein besonders hohes Suizidrisiko herrscht [12]. Unter einer Recovery-Perspektive gestehen wir psychisch kranken Menschen eine weitgehende Autonomie zu. Wie weit würden wir bei der Autonomie psychisch kranker suizidaler Patienten gehen?

51.5. Schlussfolgerungen

Mit diesem Beitrag sollte der Umgang mit depressiven und suizidalen Patientinnen und Patienten durch Psychiatriepflegende und andere Professionelle nicht vollkommen in Frage gestellt werden. Schwere Depressionen sind zu behandeln und Suizide aufgrund psychischer Störungen sind natürlich schon aus juristischen Gründen zu verhindern.

Allerdings sind viele Selbstverständlichkeiten im Umgang mit depressiven und suizidalen Patienten auf den zweiten Blick zu hinterfragen. Auch in der Pflege sollte man sich bewusst sein, wie sehr die Medikalisierung zum Alltagsgeschäft der psychiatrischen Versorgung gehört.

Zum ersten sollte bei jedem Patienten analysiert werden, inwieweit die tatsächlichen Annahmen einer schweren psychischen Störung vorliegen. Das gilt sowohl für depressive als auch für suizidale Personen. Nicht jede leichtere depressive Symptomatik rechtfertigt diese Diagnose und nicht jeder suizidale Patient wird seinen Todeswunsch vor dem Hintergrund einer psychischen Störung äussern.

Dies bedeutet zum zweiten, dass die ‚Standardbehandlung‘ mit Antidepressiva sich nicht so zwingend ergibt, wie es den Anschein hat wie es standardmässig in vielen Kliniken der Fall ist. Vor allem bei suizidalen Patienten reicht diese Form von Behandlung nicht aus, und auch die enge Beobachtung der Patienten ist nicht immer ausreichend [13]. Gerade für die psychi-

atrische Pflege ergibt sich hier die Notwendigkeit, über weitere Strategien nachzudenken, die insbesondere die Beziehungsaufnahme betreffen.

Eine besondere Herausforderung für die Psychiatrie und vor allem für die psychiatrische Pflege besteht schliesslich darin, die Autonomieproblematik neu zu denken. Suizidalen Patienten wird die Autonomie qua Gesetz und qua Aufnahme verweigert, Suizidalität und Patientenautonomie schliessen sich aus Sicht der psychiatrischen Versorgung aus. Bei allen anderen Patienten jedoch setzen wir Autonomie voraus und arbeiten darauf hin, dass diese wahrgenommen wird.

Wir nehmen vielen Menschen das Recht auf Depression und Suizid, dies ist zu rechtfertigen, wenn die psychische Störung die Entscheidungsfindung massiv beeinträchtigt. Wir sollten allerdings darauf achten, dass nicht jedem Menschen auch das Recht auf Trauer und Selbsttötung genommen wird. In früheren Jahrhunderten gehörten Trauer und Selbsttötung zur Natur des Menschen, und diese hat sich seither nicht wirklich verändert.

51.6. Literatur

1. Conrad P. (1992) *Medicalisation and social control. Annual Review of Sociology*; 18:209-232
2. Shorter E. (2007) *The doctrine of the two depressions in historical perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica*; 115(Suppl. 433):5-13
3. Burton R. (1991) *Anatomie der Melancholie. München, DTV Klassik*
4. Horwitz A.V. (2010) *How an age of anxiety became an age of depression. Milbank Quarterly*; 88:112-138
5. Horwitz A.V., Wakefield J.C. (2007) *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford, Oxford University Press*
6. Richter D., Berger K., Reker T. (2008) *Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis*; 35:321-330
7. Ehrenreich B. (2009) *Smile or Die: How Positive Thinking Fooled America and the World. London, Granta*
8. Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G. (2004) *Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. BMC Psychiatry*; 4:37
9. Goeschel C. (2009) *Suicide in Nazi-Germany. Oxford, Oxford University Press*
10. Pridmore S., Jamil M.Y. (2009) *Two models of suicide. Australasian Psychiatry*; 17:466-471
11. Qin P., Nordentoft M. (2005) *Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. Archives of General Psychiatry*; 62:427-432
12. Agerbo E. (2007) *High income, employment, postgraduate education, and marriage: A suicidal cocktail among psychiatric patients. Archives of General Psychiatry*; 64:1377-1384
13. Cutcliffe J.R., Stevenson C. (2008) *Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people - A literature review. International Journal of Nursing Studies*; 45:942-953
14. <http://www.hafawo.at/beruf-und-karriere/die-top-10-killer-am-arbeitsplatz-welche-jede-organisation-verseuchen-und-zerstoeren> (Zugriff 30.07.10)

52. Verbale Aggression in psychiatrischen Einrichtungen – Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie

Dirk Richter

52.1. Fragestellung

Im Zusammenhang mit Aggressionen in psychiatrischen Settings sind bislang fast ausschliesslich körperliche Übergriffe und ihre Folgen untersucht worden. Verbale Aggressionen, so deuten erste Studien an, können aber mindestens gleich gravierende Folgen für die betroffenen Mitarbeitenden annehmen. Die Studie geht der Frage nach, welche Erfahrungen Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen mit verbaler Aggression gemacht haben und wie sie mit der Problematik umgehen. Daneben befasst sich die Studie intensiv mit der Fragestellung der Definition verbaler Aggressionen, da diese sehr stark vom subjektiven Erleben der Betroffenen abhängt.

52.2. Methode

In verschiedenen psychiatrischen Settings (Akutpsychiatrie, Forensik etc.) in Nordrhein-Westfalen/Deutschland sind multidisziplinäre Fokusgruppen durchgeführt worden.

52.3. Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Einreichung der Beiträge findet die Datenerhebung statt, die Ergebnisse liegen zum Kongress vor.

52.4. Diskussion

Es wird erwartet, dass die Ergebnisse zu Präventionsmassnahmen im Bereich Aggressionsmanagement führen werden.

53. Merkmale guter psychiatrischer Pflege

Dirk Richter, Sabine Hahn

53.1. Hintergrund

Verschiedene Konzepte wie Recovery, Empowerment, Coaching, Inklusion, Ressourcenorientierte Pflege usw. befassen sich mit dem was gute psychiatrische Pflege beinhalten und leisten soll. Unklar ist, in wie weit diese Konzepte die Pflegepraxis beeinflusst haben und welche Inhalte für die Pflegepraxis und die Nutzenden wichtig sind.

53.2. Einleitung

Für Pflegefachpersonen der psychiatrischen Pflege ist es nicht einfach, sich bezüglich dem, was gute psychiatrische Pflege beinhalten sollte, zu orientieren. Aktuelle Konzepte stammen zumeist aus dem angelsächsischen Raum und sind oft nicht direkt auf die Verhältnisse in den deutschsprachigen Ländern übertragbar.

53.3. Thema

Thema dieses Workshops sind die Inhalte dieser Konzepte, die Überschneidungen und Wiederholungen zwischen den Konzepten und mögliche neue Sichtweisen auf die psychiatrische Pflege. Zudem wird der Frage nachgegangen, wie erprobt diese Ansätze in der Praxis sind. Aufgezeigt wird, was Nutzende, Fachpersonen und Angehörige bezüglich der Inhalten dieser Konzepte als wichtig erachten. Diskutiert wird, wie sich wichtige Inhalte dieser Konzepte in der eigene Praxis umsetzen lassen.

53.4. Ziele

Auseinandersetzung mit Kernbereichen der psychiatrischen Pflege und ihrer Umsetzung in der Pflegepraxis.

53.5. Gestaltung

- Vorstellen der Konzepte
- Vorstellen der Synthese und der Kernelemente psychiatrischer Pflege auf der Grundlage der Resultate der Delphibefragung von Nutzer, Angehörigen und Fachpersonen.
- Arbeitsauftrag: Gruppeneinteilung gemäß der verschiedenen Arbeitsbereiche in der psychiatrischen Pflege: Welche Inhalte setzen wir um bzw. können wir umsetzen (Stärken)? Wo haben wir Probleme mit der Umsetzung der Inhalte (Schwächen)? Was möchten wir verbessern (Zukunft)? Was benötigen wir, um unsere Praxis zu verbessern?
- Vorstellung und Diskussion im Plenum

53.6. Lernziele

Die Teilnehmenden sollen zentrale Konzepte der aktuellen Diskussion in der psychiatrischen Pflege kennenlernen und sich damit auseinandersetzen.

54. Konzept und Evaluation der Aromatherapie und Aromapflege an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

Regula Rudolf von Rohr, Bernhard Bührlen

54.1. Hintergrund

Seit mehr als einem Jahrhundert werden ätherische Öle auf ihre antiseptische und antibakterielle Wirkung getestet und erfolgreich angewendet.

Weite Verbreitung finden ätherische Öle in der Frauenheilkunde, in Altenheimen und in der Hospizarbeit.

Mittlerweile gibt es viele wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit von ätherischen Ölen. Die grösste Datenbank dazu führt Bob Harris, Herausgeber der Fachzeitschrift „International Journal of Aromatherapy“ (www.essentialorc.com) mit mehr als 500 wissenschaftlichen Studien zur Wirkweise von ätherischen Ölen, die in der internationalen Fachpresse veröffentlicht wurden.

Aromatherapie ist „...eine rationale Therapie mit pflanzlichen Ölen und Wässern mit den drei Therapiewegen intern, nasal und percutan“ [1], S.1.

Aromapflege orientiert sich an den individuellen Pflegeproblemen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie deren Pflegediagnosen. Sie erfolgt über den Geruchssinn und die intakte Haut und dient prophylaktischen wie pflegerischen Massnahmen [2].

Aufgrund ihres unmittelbaren Einflusses auf die emotionale Befindlichkeit und auf das autonome und zentrale Nervensystem gewinnen Aromatherapie und Aromapflege in der psychiatrischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. In den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) wird seit 1996 Aromapflege von speziell geschulten Pflegefachleuten angeboten. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde das Angebot in der Vergangen-

heit kontinuierlich ausgebaut und 2007 um die Aromatherapie ergänzt und seither begleitend evaluiert.

54.2. Problemstellung

Als komplementärmedizinisches Verfahren finden Aromatherapie und Aromapflege in der Psychiatrie noch zu wenig Beachtung, sie sind bisher wenig hinsichtlich ihrer Ergebnisse überprüft. Der Beitrag schildert das Konzept der Aromatherapie und Aromapflege in den UPK Basel und berichtet Ergebnisse aus der begleitenden Evaluation.

54.3. Ziele

In der Aromapflege wird in der Regel mit standardisierten, in der Aromatherapie mit spezifischen individualisierten Anwendungen an folgenden Themen gearbeitet

- Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens
- Entspannung und Stressbewältigung
- Verminderung von Einschlaf- und Durchschlafstörungen
- Förderung der Schmerzbewältigung und Reduktion von Schmerzempfindungen
- Förderung von Copingstrategien
- Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung
- Themenspezifische Aromaberatung
- Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung

54.4. Vorgehen

Das Klinikkonzept für Aromapflege (AP) besteht aus den Richtlinien und dem Pflegestandard zur einheitlichen Implementierung und sicheren Anwendung der AP auf den einzelnen Abteilungen.

Bisher arbeiten sechs Abteilungen mit einem speziell auf ihr Fachgebiet und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepassten Aromapflegekonzept. Jedes Konzept umfasst die allgemeinen und störungsspezifischen

Indikationen, die eingesetzten Substanzen sowie die Anwendungsmöglichkeiten, welche sich aus den Indikationen und dem verwendeten Material ergeben.

In den Richtlinien ist der Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Aromaverantwortlichen festgelegt. Diese erstellen in Zusammenarbeit mit der Aromatherapeutin und in Rücksprache mit der Abteilungsleitung das Aromapflegekonzept der Abteilung. Sie sind in AP geschult, bilden sich durch regelmässige Teilnahme am Qualitätszirkel in Aromapflege kontinuierlich weiter, sind Ansprechpersonen innerhalb des Teams, sorgen für die fachgerechte Aufbewahrung des Materials und machen die Bestellungen. Das gesamte Team einer Abteilung, die AP anbietet, ist grundlagengeschult. Die Indikationsstellung erfolgt interdisziplinär im Behandlungsteam. AP wird standardmässig dokumentiert und bei unregelmässigen Anwendungen bei den Einzelverabreichungen aufgeführt. Fachverantwortliche der AP ist die klinikinterne Aromatherapeutin.

Im Pflegestandard gilt den Prozesskriterien besondere Aufmerksamkeit. Dort ist festgelegt, dass im Erstgespräch die Bedürfnisse erfragt werden, die Indikation konkretisiert wird, Risikofaktoren und Kontraindikationen abgeklärt werden, eine allgemeine Information stattfindet und gesamthaft dokumentiert wird. Die Auswahl der Anwendungsart geschieht zusammen mit der Patientin oder dem Patienten, so dass diese/dieser eine aktive Rolle und damit Eigenverantwortung in der Selbstpflege übernehmen kann. Sicherheitsvorkehrungen werden eingehalten und die aromapflegerischen Anwendungen werden mittels Fremd- und/oder Selbsteinschätzung evaluiert. Die AP ist in den Pflegeprozess integriert. Sie wird ausschliesslich über den Geruchssinn und die intakte Haut angewendet. Häufige Anwendungsformen sind die trockene Inhalation, Selbstanwendung in Form von Einreibungen, Vollbäder, Fussbäder oder Aromamassage.

Die Aromatherapie (AT) ist eingegliedert in die Medizinisch-Therapeutischen Dienste, die Patientinnen und Patienten werden durch eine ärztliche Verordnung zu Einzelbehandlungen und -beratungen angemeldet.

Die AT umfasst trockene Inhalationen, Einreibungen, Teil- oder Vollbäder, Aromamassage, Anleitung zur Selbstpflege und Selbstmassage, Schulung der Wahrnehmung über den Riechprozess und themenspezifische Aromaberatung. Behandelt werden Patientinnen und Patienten mit allen psychiatrischen Diagnosen, ausser akuten Psychosen.

Der Schwerpunkt der aromatherapeutischen Arbeit liegt auf der bewussten Wahrnehmung von Riechreaktionen und der Befindlichkeit, wie auf dem Transfer von persönlich erfahrenen und eingeübten Handlungsweisen in den Alltag der Patientinnen und Patienten.

54.5. Ergebnisse / Erfahrungen

Seit Einführung der Aromatherapie wird das Angebot mithilfe eines selbst entwickelten Fragebogens zur Patientenzufriedenheit fortlaufend evaluiert. Die Aromatherapeutin bzw. die zuständige Pflegeperson erfasst darin die Abteilung sowie Art und Häufigkeit der Anwendung(en).

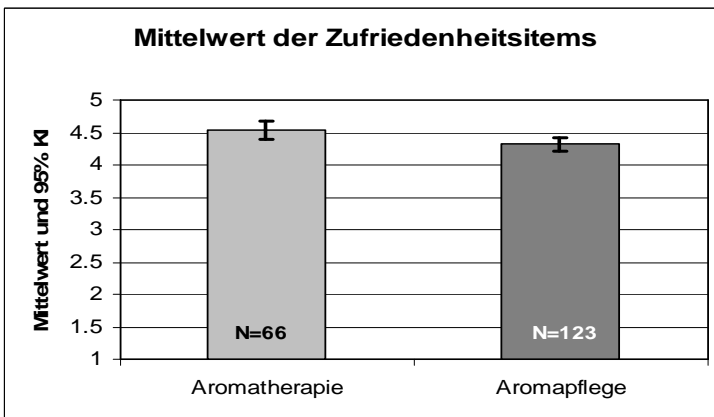
Die Zufriedenheit wird dann durch die PatientInnen selbst bezüglich dreier Aspekte erhoben:

- Begleitung und Zuwendung durch die Aromatherapeutin/ die zuständige Pflegeperson,
- Wirkung der Aromatherapie / Aromapflege
- Angebot der Aromatherapie / Aromapflege insgesamt.

Jedes Item wird mittels einer fünfstufigen Ratingskala bewertet (1 = Sehr unzufrieden, 5 = Sehr zufrieden, 0 = Weiss nicht). Ein weiteres Item erfasst, ob die PatientInnen das Angebot weiterempfehlen würden. Eine abschliessende offene Frage erlaubt den Befragten, die wahrgenommene Wirkung der Aromatherapie / Aromapflege zu beschreiben.

Die Fragebögen wurden nach einer oder zwei Behandlungswochen ausgegeben. Da es den Patientinnen und Patienten frei gestellt wurde, ob sie den Fragebogen ausfüllen, ist der Rücklauf mit ca. 40% in der Aromapflege und ca. 75% in der Aromatherapie nur mittelgut. Zwischen 12.11.2007 und 09.06.2010 wurden n=196 Fragebögen ausgefüllt, davon $n_1=66$ zur Aromatherapie und $n_2=128$ zur Aromapflege. Abbildung 1 stellt die zusammengefassten Ergebnisse zur Zufriedenheit mit Aromatherapie und Aromapflege dar.

Abb. 1: Zufriedenheit mit Aromatherapie und Aromapflege



Mittelwert: arithmetisches Mittel aus den Bewertungen auf den drei Zufriedenheitsitems; KI: Konfidenzintervall des Mittelwerts; N: Fallzahl

Die Zufriedenheit der PatientInnen mit dem Angebot und mit den wahrgenommenen Ergebnissen ist ausgesprochen hoch. Im Vordergrund steht die entspannende und beruhigende Wirkung, teilweise auch anregende und schmerzlindernde Effekte. Die Zufriedenheitsbeurteilungen beziehen sich dabei auf das komplette Setting, in dem Aromatherapie und Aromapflege stattfinden, und sind unabhängig von Details des Angebots, einzelnen Abteilungen oder Anwendungsformen.

In einer weiteren Studie an Abhängigkeitspatienten wurde neben der Patientenzufriedenheit auch die Wirksamkeit erfasst. Insgesamt fanden sich in der Selbst- und in der Fremdeinschätzung gute Effekte v.a. hinsichtlich allgemeiner Entspannung und einer Reduktion von Unruhe und Schlafstörungen.

54.6. Diskussion

Für die teilnehmenden Abteilungen wurde ein umfassendes Konzept erarbeitet, das von spezifisch ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgesetzt wird. Die Rückmeldungen von den Abteilungen sowie die Patientenbefragungen zeigen, dass das Konzept und seine subjektiven Wirkungen als nützlich betrachtet werden. Im Vordergrund stehen aus Sicht der Patientinnen und Patienten allerdings eher unspezifische Wirkungen. Das Konzept der Aromatherapie als komplementäre Therapie- bzw. Pflegemethode und ihre enge Einbettung in das Behandlungskonzept der Abteilungen erschwert es, spezifische Effekte der Aromapflege und Aromatherapie zu objektivieren.

54.7. Schlussfolgerungen

Aromapflege und Aromatherapie bieten gute Ansätze, um das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten zu verbessern und ein attraktives Angebot für die Aussendarstellung zu schaffen. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass eine vertiefte Ergebnisevaluation sinnvoll, aber auch notwendig ist.

Das Basler Konzept wird im Oktober 2010 auf einer internationalen Fachtagung „Ätherische Öle in der Psychiatrie“) an den UPK Basel diskutiert. (siehe <http://www.upkbs.ch/forms/events.asp?Q=1081&T=Agenda>)

54.8. Literatur

1. *Wabner D., Beier Ch. (Hrsg.) (2008) Aromatherapie: Grundlagen, Wirkprinzipien, Praxis. München: Urban & Fischer.*
2. *Buchmayr B., Deutsch E., Fink M. (2007) Aromapflegehandbuch. Leitfaden für den Einsatz ätherischer Öle in Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialberufen. Pflach: Verlag Grasl.*

55. Der Pflegeleitfaden - Eine Anleitung für die ambulante psychiatrische Pflege

Irene Schelkle, Johanna Wieser, Rainer Haller, Evelyn Berger

55.1. Hintergrund

Der Psychosoziale Pflegedienst Tirol (PSP) ist eine ambulante Einrichtung, deren qualifizierte MitarbeiterInnen gemäß dem Leitbild psychisch kranke Menschen bestmöglich betreuen und individuelle, zielführende Rehabilitations- und Reintegrationsmöglichkeiten anbieten.

Das Rehabilitationsangebot wird im Bundesland Tirol flächendeckend in 5 Bereichsstellen angeboten. Neben Beratung, Beschäftigungsinitiativen, Arbeitsinitiativen, Arbeitstraining, Betreuten Wohngemeinschaften/Wohnheimen stellt die Einzelbetreuung/Der Aufsuchende Dienst einen wichtigen Teilbereich dar.

Die MitarbeiterInnen in diesem Tätigkeitsbereich kommen überwiegend aus der (psychiatrischen) Gesundheits- und Krankenpflege, weiteres auch aus den Bereichen der Psychologie, Psychotherapie und Sozialarbeit.

Aufgrund dieser räumlich-strukturellen Gegebenheiten, der verschiedenen beruflichen Qualifikationen, und der Tatsache, dass die ambulante Arbeit in der Psychiatrischen Pflege ganz spezielle Anforderungen an die Betreuer stellt, ist ein gemeinsames Basiswissen unumgänglich. Kernaufgaben und Verantwortungsbereiche sind in der Stellenbeschreibung für MitarbeiterInnen im Leistungsfeld Aufsuchender Dienst und im Leistungsprofil des PSP geregelt.

Die Mitarbeiter des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegefachdienstes im Aufsuchenden Dienst des PSP verwenden bei der Erstellung der Pflegeplanung Pflegediagnosen, andere Berufsgruppen formulieren die Rehaplanung mit freien Worten. Bei Pflegevisiten, internen Fortbildungsveranstaltungen und Besprechungsgruppen wurden von MitarbeiterInnen im-

mer wieder Unsicherheiten bei bestimmten Themen in der Betreuung angesprochen.

55.2. Problemstellung

- Die mobile ambulante psychiatrische Pflege erfordert in vielen Bereichen ganz spezifische und individuelle Zielsetzungen und Maßnahmen.
- In der aktuellen Literatur wird sehr stark auf die Pflegeplanung im stationären Bereich eingegangen.
- Vor allem die Formulierung von Pflegediagnosen aus dem psychosozialen Bereich bereitet insbesondere neuen MitarbeiterInnen Schwierigkeiten.
- In der ambulanten psychiatrischen Pflege gibt es immer wieder Situationen, die bei Betreuern Unsicherheit verursachen.
- Unterschiedlicher Wissenstand der einzelnen Berufsgruppen
- Die ambulante Arbeit in der psychiatrischen Pflege ist für neue Mitarbeiter ein unbekanntes Tätigkeitsfeld.

55.3. Ziele

Erstellen eines Pflegeleitfadens speziell für MitarbeiterInnen im Aufsuchenden Dienst des PSP:

- Inhalt: fachspezifische und pflegespezifische Informationen
- Formulierung der pflegespezifischen Informationen im Format einer Pflegeplanung und in Anlehnung an die häufigsten Pflegediagnosen der Psychiatrischen Krankheitsbilder bezogen auf den ambulanten Bereich
- Mehr Sicherheit in speziellen Betreuungssituationen in der ambulanten psychiatrischen Pflege durch Vermittlung von Fachwissen
- Einheitliche Tools für alle MitarbeiterInnen im Aufsuchenden Dienst des PSP
- Orientierung am Leitbild des PSP
- Unterstützung bei der Erstellung eines individuellen Pflegeplanes als Betreuungsgrundlage

- Anregungen für die bestmögliche individuelle Betreuung

55.4. Vorgehen

Nach Anregung wird im März 2009 eine Arbeitsgruppe, bestehend aus 3 MitarbeiterInnen der Bereichsstelle St. Johann in Tirol installiert. Jedem Gruppenmitglied stehen pro Monat 4 Arbeitsstunden zur Verfügung. Die ausgearbeiteten Themen werden an den Qualitätszirkel des PSP weitergeleitet und von diesem frei gegeben. Danach wird der Leitfaden den MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt.

55.4.1. Methoden

- Erfassen jener Situationen, die bei MitarbeiterInnen Unsicherheiten verursachen
- Erfassen der wichtigsten Pflegediagnosen für jedes Krankheitsbild
- Literaturrecherche
- Internetrecherche
- Infoaustausch mit Spezialisten (Polizei, Juristin, Fachvortragenden usw.)
- Praxiserfahrungen aus der täglichen Arbeit
- Überarbeiten bereits bestehender Informationen
- Einzelarbeit
- Gruppenarbeit
- Diskussion

55.4.2. Ressourcen

- Bereits bestehende PSP interne Informationen zu verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern (aus dem Jahr 2000)
- Leitlinien, bereits bestehende Information zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen (2004)
- Motivierte Gruppenmitglieder
- Interessierte MitarbeiterInnen

55.5. Ergebnisse

55.5.1. Information über den Pflegeleitfaden (allgemein)

Die Information ist eine Einleitung und beschreibt die Entstehungsgeschichte und den Hintergrund des Pflegeleitfadens. Die MitarbeiterInnen werden über die Anwendung des Pflegeleitfadens informiert und zur Verwendung motiviert. Es wird erläutert, dass der Pflegeleitfaden eine Arbeitsgrundlage darstellt, die Pflegeplanung und die Betreuung für jeden Klienten individuell gestaltet werden müssen.

55.5.2. Leitfaden Betreuer steht vor der verschlossenen Türe des Klienten

Dieser Leitfaden beschreibt die Vorgangsweise des Betreuers im Aufsuchen des Dienst in Situationen, in denen der Klient die Türe zum vereinbarten Besuchstermin nicht öffnet und als abgängig zu bezeichnen ist. Entscheidend für die einzuleitenden Maßnahmen ist, ob der Betreuer begründete Sorgen im Sinne einer Notfallsituation hat oder nicht. Der Leitfaden beinhaltet auch Textvorlagen, die je nach Situation beim/im Wohnbereich des Klienten hinterlegt werden.

55.5.3. Leitfaden Pflege bei Depression

Der Leitfaden Pflege bei Depression wird in Kombination mit der bereits bestehenden Leitlinie Depression an MitarbeiterInnen abgegeben.

Er besteht aus den häufigsten PSP spezifischen möglichen Pflegediagnosen, möglichen Pflegezielen und möglichen Pflegemaßnahmen.

Folgende Pflegediagnosen sind angeführt: 00053 Soziale Isolation, 00083 Entscheidungskonflikt, 00095 Schlafgewohnheiten gestört, 00119 Selbstwertgefühl, chron. gering, 00130 Denkprozess verändert, 00140 Gewalttätigkeit gegen sich, hohes Risiko, 00102 Selbstpflegedefizit Essen, 00108 Selbstpflegedefizit Waschen und Sauberhalten, 00109 Selbstpflegedefizit Kleiden und Pflegen der äußeren Erscheinung, 00110 Selbstpflegedefizit Ausscheiden.

55.5.4. Leitfaden Pflege bei Angst

Von der Arbeitsgruppe wurde eine Leitlinieninformation zum Thema Angst- und Panikstörungen erstellt. Diese enthält die Definition der Angst, informiert über die verschiedenen Diagnosen, beschreibt die häufigsten Angstsymptome, die Reaktionsebenen der Angst, den Angstkreislauf, das Begriffsmodell der Angst und beinhaltet eine Angsteinschätzungstabelle.

Der Leitfaden Pflege bei Angst bezieht sich auf die Pflegediagnose 00146 Angst und kann unabhängig von der medizinischen Diagnose angewandt werden. Es sind mögliche Ursachen und Risikofaktoren, mögliche Symptome, mögliche Pflegeziele und mögliche Pflegemaßnahmen angeführt.

55.5.5. Leitfaden Pflege bei Suizidalität

Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses schriftlichen Beitrages ist der Leitfaden Pflege bei Suizidalität noch in der Endbearbeitung der Arbeitsgruppe.

Bisher wurde eine Leitlinieninformation zum Thema Suizidalität erstellt. Neben der Definition sind auch Informationen zu Ursachen, dem Präsuizidalen Syndrom, den Phasen des Suizids, zur Prävention, Instrumente zur Einschätzung, Anregungen für Gesprächsthemen mit Suizidgefährdeten, Gefahren im Umgang mit Suizidgefährdeten und zum pflegetherapeutischen Arbeiten mit chronisch Suizidalen angeführt. Weiters ist geplant, ein allgemeines und individuell ausfüllbares Notrufnummernblatt bei zu legen.

Der Leitfaden Pflege bei Suizidalität bezieht sich auf die Pflegediagnose 00150 Suizid, hohes Risiko und beinhaltet mögliche Risikofaktoren, mögliche Ziele und mögliche Maßnahmen.

55.5.6. Ressourcenpool

Eine Pflegeplanung ohne Erfassung der Ressourcen ist unvollständig. Der Ressourcenpool enthält eine diagnosenübergreifende Auflistung von körperlich-funktionellen, psychischen und sozialen Ressourcen, die speziell im ambulanten Bereich von Bedeutung sind.

55.6. Erfahrungen/Diskussion

- Sehr interessante Auseinandersetzung mit den Themen im Rahmen von Diskussionen bei der Gruppenarbeit
- Individuelle Wissenserweiterung im Rahmen von Recherchen
- Positive Rückmeldung vom Qualitätszirkel
- Positive Rückmeldungen der MitarbeiterInnen
- Verbesserung des Basiswissens bzw. Wissenserweiterung der Mitarbeiterinnen
- Mehr Sicherheit in der Einzelbetreuung, insbesondere in wenig geläufigen Situationen und in Krisensituationen
- Erleichterung beim Erstellen der individuellen Pflegeplanung, insbesondere beim Formulieren der Pflegeinterventionen
- Verbesserung der erreichbaren Punktebewertung bei der Pflegevisite
- Unkompliziertes Ausfüllen von verständlichen Textvorlagen

55.7. Schlussfolgerung

Die positiven Rückmeldungen des Qualitätszirkels und der MitarbeiterInnen im Aufsuchenden Dienst zeigen, dass der Pflegeleitfaden ein gutes und Bereichsstellen übergreifendes Werk für alle Mitarbeiter zur Vermittlung von pflegespezifischen Informationen und Tools ist. Der Pflegeleitfaden dient der Qualitätssicherung.

Es ist geplant, zu jeder bereits bestehenden Leitlinie einen Pflegeleitfaden aus zu arbeiten.

55.8. Literatur

1. *Stefan, Allmer, Eberl et al.(2003) Praxis der Pflegediagnosen, dritte, vollst. überarb. und erw. Auflage*
2. *H. Peplau Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege Ausgewählte Werke, 2007 Verlag Hans Huber*

56. Einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege

Uwe Bernd Schirmer, Brigit Vosseler, Jana Strehl, Anja Brzoska-Müller

56.1. Hintergrund

Ein Großteil pflegerischer Aufgaben spielt sich im direkten Kontakt mit Patienten ab. Dabei sind Menschen in kritischen Lebenssituationen zu begleiten bei denen kommunikative und emotionale Leistungen zu erbringen sind [3]. Im vorliegenden Projekt wurden Mitarbeiterinnen einer psychiatrischen Akutstation und einer ambulanten Pflegeeinrichtung in einem 3-tägigen Einführungsseminar in Einfühlsamer (Gewaltfreier) Kommunikation trainiert und erhielten anschließend vier Coachingtermine (je 3 Std.) in der 1., 2., 4. und 6. Woche nach dieser Methode.

56.2. Fragestellung

Wie verändert sich die emotionale und motivationale Kompetenz von Pflegenden (gemessen an zwei von vier Kompetenzbereichen nach K. Bitschnau [1] nach einem GFK-Einführungsseminar (nach [2]) und anschließenden vier Coachings?

56.3. Methode und Material

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden Erhebungs- und Auswertungsinstrumente aus der qualitativen als auch quantitativen Forschung (methodeninterne Triangulation) miteinander kombiniert.

Die Erhebung der qualitativen Daten erfolgte mittels Leitfadeninterviews und die Erhebung der quantitativen Daten durch eine schriftliche Befragung mittels standardisierter Fragebögen (EKF/Hogrefe Verlag).

56.4. Ergebnisse (Darstellung der untersuchten Kompetenzen vor dem Hintergrund der Interpretation)

56.4.1. Darstellung der qualitativen Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den erhobenen Komponenten der emotionalen und motivationalen Kompetenzen dargestellt:

Emotionale Kompetenz

Bei der Emotional- selbstreflexiven Komponente konnte festgestellt werden, dass die Pflegenden in irgendeiner Form bei sich physische bzw. psychische Erregungszustände wahrnahmen. Zwar sprachen einige Pflegenden in verallgemeinernder Form im Kontext konnte jedoch auf ein Bezug zu ihrer eigenen Wahrnehmungen geschlossen werden. Die Reduktion bei der Ausdruckskomponente ergab, dass nach der GFK-Schulung alle Pflegenden der Sozialstation ihre Gefühle benennen konnten, während dies vier von sechs Pflegenden vom ZFP Weissenau taten. Die Differenziertheit des Gefühls-Vokabulars i.S.v. Vielfalt, nahm aber im Wesentlichen nicht zu. Bei der Empathiekomponente i.S.v. Empfindsamkeit für den Gegenüber und die Ausdruckskomponente über das Emotionsvokabular fiel auf, dass bereits eine hohe Empathiefähigkeit angegeben wurde, dieses Ergebnis aber nach Seminar und Coachings nochmals einen Anstieg anzeigte. Nach der Intervention konnten bis auf eine/n Befragte/n vom Team des ZFP alle ein Gefühl ihres Gegenübers benennen.

Motivationale Kompetenz

Keiner der Befragten gab vor der Intervention an, hinter seinen Emotionen seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu benennen. Es wurden entweder keine Bedürfnisse oder im überwiegenden Fall Schuldzuweisungen sich selbst oder anderen gegenüber geäußert. Die Reduktion der Paraphrasen ergab, dass jeweils zwei aus dem Sozialstation und dem ZFP nach der Intervention eigene Bedürfnisse hinter ihren Gefühlen wahrnahmen. Während vor Seminar und Coachings keine/r der Befragten seine Bedürfnisse als Motiv seiner Handlung oder seiner Emotionen benennen konnte,

waren es danach drei Pflegende (zwei von der Sozialstation, eine Person vom ZFP), die ihre Bedürfnisse hinter ihren Gefühlen bzw. Handlungen benannten. Auch konnte kein Befragter mögliche Bedürfnisse des anderen vor der Intervention benennen, während es danach vier Befragte konnten.

56.4.2. Darstellung der quantitativen Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den erhobenen Dimensionen zur emotionalen Kompetenz dargestellt:

- Emotionale Kompetenz
- Im Gesamtergebnis (nach GFK und Coachings) kann für die TeilnehmerInnen festgehalten werden, dass zwei Pflegende einen weit überdurchschnittlichen und sieben Pflegende einen durchschnittlichen Wert mit ihren Angaben erzielten. Bei der Dimension, Erkennen von Emotionen bei anderen zeigt das Gesamtergebnis auf, dass 3 Mitarbeiter die Gefühle anderer besonders gut und sechs Pflegende durchschnittlich gut erkennen und mit ihnen in kompetenter Weise umgehen können. Bei der Dimension, Emotionale Expressivität zeigte sich, dass fünf Pflegende höhere Werte aufzeigen, davon eine/r mit weit überdurchschnittlich hoher Fähigkeit, eigene Gefühle ausdrücken zu können. Bei drei Befragten lassen sich keine Veränderungen nach GFK-Seminar und Coachings aufzeigen, einer scheint eine unterdurchschnittliche Fähigkeit zu besitzen wenn es um die adäquate Äußerungen von Gefühlen geht.
- Für alle drei aufgezeigten Dimensionen kann festgehalten werden, dass die Mitarbeiter der psychiatrischen Akutstation sich tendenziell besser einschätzen als die der ambulanten Pflegeeinrichtung.

56.5. Diskussion

Zusammenfassend können im Kontext zur Hauptfragestellung folgende Ergebnisse festgestellt werden: Grundsätzlich kann durch die Arbeit aufgezeigt werden, dass die Pflegenden bereits über eine emotionale Kompetenz verfügten. Hieraus gehen keine signifikanten Veränderungen hervor. Jedoch ist durch die qualitative Datenerhebung ersichtlich geworden, dass bei min-

destens zwei Pflegenden eine emotionale Kompetenzerweiterung stattgefunden hat. Desweiteren kann durch die quantitative Datenauswertung dargestellt werden, dass die Pflegenden des ZFP sich tendenziell besser einschätzen, als die Pflegenden der Sozialstation.

Die Erweiterung der motivationalen Kompetenzen können für diese Untersuchung als signifikantestes Ergebnis genannt werden. Vor der Intervention ließ sich für keinen der Befragten eine motivationale Kompetenz (i.S.v. Bitschnau) aufzeigen. Alle Befragten sahen hinter ihrem Konflikt nicht ihre eigenen Bedürfnisse (unerfüllten), sondern reagierten grundsätzlich mit Schuldzuweisungen sich selbst, aber im überwiegenden Fall dem anderen gegenüber. Nach der Intervention konnte bei einem Drittel der Befragten eine Kompetenzerweiterung aufgezeigt werden. Diese zeichnete sich dadurch aus, dass sie hinter ihren Handlungsmotiven die eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und auch benennen konnten.

In der Gesamtbetrachtung kann festgestellt werden, dass die Intervention (GFK-Seminar und Coachings) zu einer Verbesserung der Beziehung zwischen Pflegenden, Patienten, als auch im privaten Bereich, geführt hat.

56.6. Schlussfolgerung

Durch die Ergebnisdarstellung und deren Diskussion wird deutlich, dass eine Kompetenzentwicklung i.S. der Fragestellung bei den Pflegenden erfolgt ist.

Wichtig scheint es hierzu festzustellen, dass diese Veränderung eben nicht sofort eintreten, sondern, dass sich diese laut Bitschnau innerhalb von ein-einhalb Jahren entwickeln. Trotz rasch erlebter Anfangserfolge braucht es ein hohes Maß an Motivation und intensiven Einsatz, um letztendlich zu grundlegenden Veränderungen in beruflichen und privaten Beziehung zu gelangen. Diese Aussage wird zusätzlich von Bischoff-Wanner untermauert, indem sie darauf verweist, dass Trainingsveranstaltungen so lange stattfinden sollten, bis eine Kompetenzentwicklung erkennbar und sichtbar ist.

Tragend bleibt jedoch, dass es einer eindeutig bewussten Entscheidung der Pflegenden bedarf, an eigenen Veränderungsprozessen zu arbeiten.

56.7. Literatur

1. Bitschnau, K.I. (2008): *Die Sprache der Giraffen. Zur Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. Wie die GFK ihr Leben verändern kann.* Junfermann Verlag. Paderborn.
2. Rosenberg, M.B. (2009): *Gewaltfreie Kommunikation – eine Sprache des Lebens.* Junfermann Verlag. Paderborn
3. Schirmer, U. (2010): *Einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege.* In: *Psychiatrische Pflege Heute*; 16, S. 36-39. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart.
4. Schulze, R; Altexander Freund, P; Roberts R.D. (Hrsg) (2006): *Emotionale Intelligenz. Ein Internationales Handbuch.* Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

57. „Psychiatrische Pflege in der Krise: Zwischen Pflege als funktionaler Kompensation und Beziehungsgestaltung als psychotherapeutischer Betreuung ausgerichtet am PatientInneninteresse.“

Eckehard Schlauß

57.1. Hintergrund

Die psychiatrische Pflege – wie die Pflege im Allgemeinen – befindet sich in einer Krise. Dies betrifft sowohl inhaltliche Fragen – Handlungskonzept der Pflege – als auch Fragen der Veränderung der Versorgungslandschaft (Bettenabbau, Verringerung der Verweildauer, zunehmende Ambulantisierung der Behandlung etc.).

57.2. Problemstellung

Die psychiatrische Pflege zwischen funktionaler Kompensation und Beziehungsgestaltung als psychotherapeutischer Betreuung ausgerichtet am PatientInneninteresse. D.h. die Beziehung zwischen PatientInnen und „pflegerischem Therapeut“ muss symmetrisch ausgerichtet sein, und es sollten paternalistische Anteile vermieden werden.

57.3. Ziele

Es wird kein Konzept sondern nur Handwerkszeug angeboten, welches individuell anzuwenden ist, und permanent überprüft und kontrolliert werden sollte. Im Focus unseres Tuns hat das Wohlbefinden der PatientInnen zu stehen, d.h. sie sind der Experte, und wir sind ein Berater mit Empathie und Fachwissen. Die Beziehungsgestaltung wird hinterfragt – These:

Die Behandlung muss dem einzelnen Menschen individuell angepasst werden, dies ist unsere gemeinsame Aufgabe.

57.4. Vorgehen

Hierzu werden sowohl Studien als auch zusammenfassende Arbeiten herangezogen, mit eigenen Erfahrungen der Betreuungstätigkeit kontrastiert und Diskussionsansätze in Form von Fragen oder Thesen formuliert und diskutiert.

57.5. Einzelne Ergebnisse werden mit Erfahrungen kontrastiert

These: Die Pflege ist Bestandteil der psychosozialen Betreuung.

Psychosoziale Betreuung und Pflege bilden eine dialektische Einheit. D.h. das Pflegekonzept sollte in die psychosoziale Betreuung eingebettet sein. Das Pflegekonzept ist somit immanenter Bestandteil der psychosozialen Betreuung. Die demographische Entwicklung stellt bisherige Pflege- und Betreuungskonzepte in Frage. Sie erfordert eine neue Pflegekultur. Die Betreuenden müssen in „die Welt der Demenz“ eintreten wollen und können.

Hierzu stellen wir der quantitativen Auswertung des Health Technology Assessment (HTA, [1]) Band 80 qualitative philosophische Betrachtungen eines Psychiaters (Dr. Jan Wojnar, [2]) mit langjähriger Erfahrung in der Demenzbetreuung gegenüber.

Eine neue Pflegekultur ist auch für die psychosoziale Betreuung aller anderen PatientInnen der Psychiatrie eine unabdingbare Notwendigkeit.

Die Umsetzbarkeit, insbesondere komplexerer Versorgungskonzepte, scheint Betreuende zu erfordern, die diese neue Pflegekultur bewusst leben. Es stellt sich die Frage, ob das hiesige Pflegesystem die notwendigen Rahmenbedingungen setzt. Außerdem sollte untersucht werden, ob das Ausbildungssystem der Pflegeberufe geeignet ist, die Pflegekräfte hierauf vorzubereiten.

Frage: Welche Rolle spielt die therapeutische Beziehung bei der Besserung der Krankheitssymptomatik?

Das Diktum, das Psychopharmaka die „Grundpfeiler“ der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen sind, ist hoffentlich überwunden.

D.h. nicht alle Psychosen müssen und sollten medikamentös behandelt werden. Ein individuell-ausgerichtetes Therapiekonzept ist die Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Behandlung.

So kann ein Großteil der Wirkung von Antidepressiva durch unspezifische Effekte – Placebo-Wirkung – erklärt werden. Des Weiteren scheinen solche Aspekte wie die spezifische Rolle der PatientInnen – Therapeuten – Beziehung eine herausragende Rolle zu spielen.

These: Pflege- und Betreuungskonzepte wie Empowerment, Recovery, Coaching und Inklusion müssen mit dem Ziel eingesetzt werden, die Fähigkeit zur Selbstständigkeit, ja Selbstbestimmung des eigenen Lebens zurückzugewinnen.

These: Pflege- und Betreuungskräfte sind „die Experten für den Alltag“ – es geht um ein Ausbalancieren zwischen „Normalität“ und psychiatrischen Hilfestellungen – und dürfen nur bei Notwendigkeit intervenieren.

These: Die Versorgung/Betreuung demenziell erkrankter Menschen erfordert einen interdisziplinären-multiprofessionellen Ansatz. Eine hochspezialisierte Versorgung/Betreuung muss aus einer komplexen Versorgungsstruktur heraus erfolgen. Die vorhandene Krankenhausstruktur – zunehmende Spezialisierung – steht dem diametral entgegen.

57.6. Fazit und Schlussfolgerungen

Es geht um eine andere Kultur der Pflege von demenziell erkrankten Menschen. Wissenschaftlichkeit u.v.a.m. sind notwendige Voraussetzungen, aber die zwischenmenschliche Ebene, die empathische Beziehungsgestaltung ist der Kern der neuen Pflegekultur. Die Pflege von Demenzkranken muss eine völlig andere gesellschaftliche Wertschätzung erfahren! Sie muss von den altersdiskriminierenden Assoziationen befreit werden! Die Gesellschaft muss akzeptieren, dass die Betreuung von demenziell erkrankten

Menschen auch einen hochgradigen Sachverstand erfordert, und es braucht Qualitätssicherung, Studien und Evaluation.

Diese Einlassungen gelten in vollem Umfange für alle psychiatrisch erkrankten Menschen. D.h. die Beziehungsgestaltung zwischen den PatientInnen und den Betreuenden ist von herausragender Bedeutung.

57.6.1. Hieraus ergeben sich folgende Forderungen an die Pflegewissenschaft

1. Es muss eine Handlungstheorie für die Pflege erstellt werden.
2. Es muss einen gesellschaftlichen Konsens über die Finanzierung des zu befriedigenden Pflegebedarfs geben – diese Forderung muss gegenüber der Gesellschaft begründet werden.
3. Pflegebedarf und daraus abgeleitete Pflegeleistungen sind wissenschaftlich herzuleiten und ständig in Frage zu stellen.
4. Der Pflegebedarf sollte als individueller Anspruch verstanden werden.
5. Nach Möglichkeit sollte mittels empirischer Methoden der individuelle Pflegebedarf ermittelt werden – ausgehend von empirisch falsifizierbaren Hypothesen.
6. Die Qualitätsstandards lt. aktuellem pflegewissenschaftlichem Stand müssen definiert werden.
7. Die notwendigen Personalqualifikationen müssen bestimmt sein.

57.6.2. Entsprechend unserer Betrachtung ergeben sich folgende Forderungen an die Versorgungsforschung

1. Es sind methodisch adäquate Wirksamkeits-Studien zu den pflegerischen Versorgungskonzepten in Deutschland durchzuführen. [3]
2. Es sind Studien durchzuführen, die die Erfahrungswelt der Betreuenden – insbesondere der Familien – untersuchen. Hierbei sollte insbesondere der Aspekt der psychosozialen Betreuung im Focus stehen. D.h. diese Studien sollten eine größtmögliche Alltagsnähe aufweisen. Die Studiendesigns sollten sich wesentlich stärker an den Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen orientieren.

57.6.3. Und folgende Forderung an die Politik

Es sollten Studien zu den Rahmenbedingungen des hiesigen Pflegesystems (und Ausbildungssystems) durchgeführt werden: Ist das hiesige Pflegesystem geeignet den Anforderungen gerecht zu werden? Der Deutsche Pflegeerrat mahnt eine entsprechende Bildungsreform an [4]

57.7. Ausblick

Die Gesellschaft hat für einen wertschätzenden Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu sorgen. Nach Kant *habe der Mensch als Vernunftwesen eine Würde, und sei darum ebenso unersetzbar wie einmalig. Der Mensch als geistig-sittliches Vernunftwesen erhebt damit zu Recht Anspruch auf Achtung von Seinesgleichen, wie er umgekehrt auch damit die Pflicht habe, andere zu achten.*

Die Arbeit der Betreuenden ist dementsprechend zu würdigen, sollte damit aber auch intensiver betrachtet werden. Jeder Betreuende will den demenziell erkrankten Menschen – dies gilt für jeden psychisch kranken Menschen – „in seiner Skurrilität kennen lernen“ [5], sollte zur Maxime werden.

Es soll abschließend nicht unerwähnt bleiben, dass allerdings nicht etwa nur die Unterbringung in Heimen unter den bezeichneten Gesichtspunkten weiter entwickelt werden sollte, sondern auch die Behandlung von an Demenz erkrankten Menschen in Akutkrankenhäusern, wo sie wegen einer körperlichen Grunderkrankung vorübergehend aufgenommen werden mussten. Angesichts der demographischen Entwicklung sollten diese beginnen, sich der Perspektive „demenzfreundliches Krankenhaus“ zu verpflichten [6].

57.8. Literatur

1. Rieckmann, N.; Schwarzbach, Ch.; Nocon, M.; Roll, St.; Vauth, Ch.; Willich, St.; Greiner, W. (2009): HTA-Bericht 80: Pflegerische Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenzerkrankungen. Köln, veröffentlicht in der DATHA-Datenbank des DIMDI(www.dimdi.de – HTA und www.egms.de)
2. Wojnar, J. (2008): Was bleibt ... Lebensqualität trotz Demenz. In: Hrsg.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2009): Aktiv für Demenzerkrankte, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Band 7, Berlin, S. 475-481
3.]Halek, M./Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Hannover
4. Deutscher Pflegerat (DPR/2009): Demografischer Wandel. Pflegerat mahnt Bildungsreform an. In: Newsletter des DPR 07/2009
5. Zegelin, A. (2005): Neue Betreuungs- und Pflegekultur für Demenzerkrankte Menschen aus wissenschaftlicher Sicht. In: KDA (Hrsg./2005): Demenz und was nun? Dokumentation der Fachtagung am 8. Juli 2004 im DRK-Zentrum Bochum, Köln, S. 19-22
6. Diefenbacher, A. (2009): Psychiatrie außerhalb der psychiatrischen Versorgung – das Allgemeinkrankenhaus als „virtueller psychiatrischer Versorgungssektor“. Gemeindenahe Psychiatrie Heft 3, 1. Halbjahr, 2009, S. 135-144

58. „Pflege von demenziell erkrankten Menschen mit Down-Syndrom“

Eckehard Schluß

58.1. Hintergrund

Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung hat sich deutlich erhöht. Demenziell erkrankte geistig behinderte Menschen sind damit häufiger anzutreffen. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Down-Syndrom.

58.2. Problemstellung

Sind Behandlungsansätze aus der Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Down-Syndrom übertragbar?

Ein Erfahrungsbericht – sowohl aus der Krankenhausperspektive, als auch aus der Perspektive entsprechender Einrichtungen der Behindertenbetreuung – über die Betreuung von Menschen mit Down-Syndrom und diagnostizierter Demenz.

58.3. Ziele

Es werden entsprechende Betreuungsansätze für demenziell erkrankte Menschen – mit und ohne Down-Syndrom – vorgestellt und diskutiert.

Im Anschluss werden ein Definitionsvorschlag für den Gesamtkomplex der Betreuung – sowohl Betreuung als auch Pflege – demenziell erkrankter Menschen, und ein Vorschlag zur „Früherkennung einer Demenz“ – aus pflegerischer Sicht – für Menschen mit Down-Syndrom vorgestellt und diskutiert.

58.4. Vorgehen

Das Verhältnis von Pflege und Betreuung wird kurz dargestellt. Danach werden wesentliche therapeutische/heiltherapeutische Betreuungsansätze für Menschen mit Down-Syndrom dargestellt. Dies wird mit den praktischen Erfahrungen in der Betreuung von demenziell erkrankten Menschen ohne Down-Syndrom verglichen, und sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede thesenhaft skizziert und prononciert diskutiert.

58.5. Erfahrungsbericht – Vorbemerkungen[1]

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.

Geistige Behinderung ist keine Krankheit. Die Relativität des Erlebens für Menschen mit geistiger Behinderung ist mit den demenziell erkrankten Menschen vergleichbar.

58.6. Erfahrungsbericht – Fragen/Thesen[1, 2, 3]

Das Risiko an einer Demenz zu erkranken nimmt ab dem 60. Lebensjahr zu. Ein exponentiell hoher Anstieg erfolgt ab dem 90. Lebensjahr.

Ein geistig behinderter Mensch altert biologisch betrachtet schneller. D.h. er kommt somit schneller in ein biologisches Alter, in dem eine Demenz auftreten kann.

In vielen Studien wird der Grad der Bildung als Risikofaktor benannt. Auch hier sind geistig behinderte Menschen benachteiligt.

Wenn man Studien zur spezifischen Prävalenz von demenziell erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung betrachtet, so stellt man fest, dass in dieser Gruppe signifikant mehr Menschen an Demenz erkrankt sind als in der Durchschnittsbevölkerung.

Des Weiteren tritt die Erkrankung bereits in einem wesentlich früheren Alter auf. So werden lt. Studien 11,4% der über 50jährigen und bereits 22% der über 65jährigen geistig behinderten Menschen als demenziell erkrankt eingestuft.

Bei Menschen mit Down-Syndrom kommt es aufgrund der genetischen Disposition – bei nahezu allen über 40jährigen Menschen mit Down-Syndrom findet man alzheimerartige Ablagerungen (amyloide Plaques) in der Großhirnrinde – noch früher zum Auftreten dementieller Erkrankungen.

Lt. einer Studie von Haveman wurde entsprechend bei 42% der 50 bis 60jährigen und 56% der über 60jährigen eine Demenz diagnostiziert. Pflegebedürftigkeit und geringere Lebenserwartung bei Menschen mit Down-Syndrom sind lt. Haveman vor allem auf alzheimer-ähnliche Symptome zurückzuführen.

58.7. Thesen zu Betreuungskonzepten[1, 2]

Heiltherapeutische Behandlungsansätze:

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.

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.

Weitere Ansätze:

- 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:

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.

Der personenzentrierte 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.

Weitere Ansätze:

- Gedächtnistraining
- Milieutherapeutische Interventionen
- psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm
- 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, das 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.

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.

Beim Delir gilt dies so nicht. Beim Delir ist der Einsatz einer Delirschwester im Liaison- und Konsiliardienst dringend geboten.

58.8. Ergebnisse/Schlussfolgerungen

Definitionsvorschlag Betreuung

Als Praxis bewahrt Betreuung die Integrität des Individuums im Rahmen der Gestaltung des Beziehungsprozesses bei der Bewältigung der Alltagsprobleme. Die Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung physischer, psychischer und sozialer Funktionen erfolgen unter dem Diktat der Wahrung größtmöglicher Selbstständigkeit des demenziell erkrankten Menschen. Die Betreuung erfolgt sowohl im Sinne des Demenzkranken als auch unter Einbeziehung seiner Angehörigen bzw. Betreuenden. Die psychosozialen Aspekte der Gesundheitsförderung stehen im Vordergrund. D.h. der Demenzkranke soll sich geborgen fühlen, von liebevollen Mitmenschen umgeben, und das Gefühl der Freiheit genießen können. Die Rolle der Pflegenden ist hiermit auch bestimmt.

Im Ergebnis werden sogenannte sekundäre Symptome einer Demenz betrachtet

- Ängstlichkeit
- sozialer Rückzug
- Apathie
- Rast- und Ruhelosigkeit
- u.v.a.m.

Als ein erstes Ergebnis wird ein Vorschlag zur „Früherkennung einer Demenz“ – aus pflegerischer Sicht – für Menschen mit Down-Syndrom vorgestellt und diskutiert – dies erfolgt auf dem Kongress im Rahmen des Vortrages. Hierbei muss allerdings auch beachtet werden, dass insbesondere folgende Problemstellungen eine frühe Demenzdiagnostik erschweren:

die geistige Behinderung überdeckt nicht selten Symptome einer Gedächtnisbeeinträchtigung; für Menschen mit geistiger Behinderung sind vorhandene psychometrische Verfahren meist ungeeignet; Normwerte für geistig Behinderte sind aufgrund der Leistungsheterogenität eher nicht möglich, und ein Vergleich mit der sogenannten Normalbevölkerung ist untauglich.

58.9. Literatur

1. *Schlauß, E. (2009): Sind heiltherapeutische Behandlungsansätze aus der Pflege und Betreuung von geistig behinderten Menschen auf die Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen übertragbar? In: Hahn S; Stefan H; Abderhalden C; Needham I; Schulz M; Schoppmann S (Hrsg.): Leadership in der psychiatrischen Pflege. Eine Herausforderung für Praxis - Management - Ausbildung – For schung - Politik. IBICURA, Unterostendorf 2009; 277-282*
2. *Ackermann, A. (2004): Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Vortrag gehalten auf einer Arbeitstagung zum Thema: „Alle werden älter – Behindertenhilfe in einer sich wandelnden Gesellschaft“, Freiburg*
3. *Haveman, M.J. (1997): Alt werden mit geistiger Behinderung: Zur Epidemiologie von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen. In: Weber, G. (Hrsg.): Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Hans Huber*

59. Möglichkeiten und Grenzen der Einführung eines Bezugspersonensystems auf Stationsebene in der Gerontopsychiatrie

Arndt Schlubach, Michael Löhr

59.1. Hintergrund

Die Mitarbeiter im Pflegedienst der Station G2, innerhalb der Gerontopsychiatrie der LWL-Klinik Gütersloh, sind in den letzten Jahren einer zunehmenden Arbeitsverdichtung ausgesetzt gewesen. Hinzu kamen veränderte Arbeitsabläufe sowie die zusätzliche Übernahme ärztlicher Tätigkeiten ohne leistungsäquivalenten Ressourcenzuwachs [1, 2]. Diese Entwicklung stand zur diametralen, im Gesundheitssystem immanenten Forderung nach Qualitätssteigerung ohne Ressourcenzuwächse.

59.2. Problemstellung

Durch quantitative Veränderung der Personalbesetzung entsteht in Folge ein höherer Bedarf an Information und Abstimmung. Die Pflegemitarbeiter wurden in dieser Situation, geplant oder ungeplant, zu Koordinatoren im Behandlungs- und Betreuungsprozess. Notwendige Rücksprache vor der Dokumentation in der Patientenakte fanden nicht zuverlässig statt. In der Folge kam es zu Doppeldokumentation und nicht einheitlichen Einschätzungen. Besondere Bedeutung hat die häufige Multimorbidität des gerontopsychiatrischen Patienten.

59.3. Ziele

Als Reaktion auf die oben beschriebene Situation war die Entwicklung eines Bezugssystems auf der Station eine realisierbare Option die Arbeitssituationen zu verbessern. Die Sicherung des pflegerischen-medizinischen Behandlungserfolges und die Minimierung von Fehlerquellen wurden als Ziel zur Verbesserung der Versorgungsqualität determiniert. Um das Ziel zu errei-

chen gab es entsprechende Rollendefinition für die Mitarbeiter in Abstimmung mit der Abteilungsleitung und damit verbunden sollte eine Verminderung der Belastung der Mitarbeiter erreicht werden.

- Ein weiteres Ziel war die Klärung der hoch vulnerablen, interprofessionellen und interdisziplinären Schnittstelle in der Patientenversorgung. Hier zeigt die Praxis, dass bei nicht überbrückten Schnittstellen die Versorgungsqualität leidet.

59.4. Vorgehen

Über die Festlegung von Zuständigkeiten wird zuverlässig eine Systemstabilisierende Organisation geschaffen. Mitarbeiter, die verbindlich den Patienten in seiner Behandlung als Bezugsmitarbeiter begleiten, haben zur Aufgabe, dass sie bei der Behandlungszielplanung mitwirken und im Weiteren Patienten, Angehörige und Betreuer einbinden und integrieren. Für die Planung sind grundlegende Daten notwendig, somit ist das Vorhandensein Anamnestischer und Assessmentdaten Grundlage für eine gute Planung. Für die Assessmentdatenbeschaffung ist die Bezugspflegekraft verantwortlich. Sollten alle Informationen zusammengetragen sein, wird in Zusammenarbeit mit dem Patienten ein interprofessioneller Behandlungsplan entwickelt. Der Behandlungsplan ist Grundlage für das zielgerichtete Arbeiten. Die Bezugspflegekraft ist im Weiteren dafür zuständig, die geplanten Pflegemaßnahmen durchzuführen und die Ergebnisse (Wirkung) zu dokumentieren. Sie überprüft auch die Ergebnisse der nicht pflegerischen Maßnahmen um Erkenntnisse für die weitere Planung zu gewinnen. Eine weitere wichtige Aufgabe liegt in der Entlassplanung. Diese beginnt schon bei der Aufnahme [3]. Da in der Gerontopsychiatrie neben den psychischen Problemen der Patienten häufig Hilfestellungen bei der Grundversorgung oder weiteren Aktivitäten des täglichen Lebens von Nöten sind, wird die Entlassplanung so früh wie möglich begonnen. Hierzu gehören auch Beratungsgespräche mit Angehörigen und/oder Betreuern.

59.5. Diskussion

Seit Einführung, Anfang 2009, sind zwei Reflexionsrunden durchgeführt worden um die Zusammenarbeit zu koordinieren und die Entwicklung des Bezugssystems zu fördern. Hier stellte sich heraus, dass die Hauptschwierigkeiten bei der Umsetzung in zwei wesentlichen Punkten bestehen:

- Dem Zurechtfinden und Einhalten der Mitarbeiter innerhalb der neuen Verantwortlichkeitsstruktur
- Der Anpassung/Umstellung der individuellen Arbeitsgewohnheiten des Einzelnen.

Darüber hinaus sind positive Erfahrungen die ermittelt wurden gekennzeichnet durch Entlastung aller Beteiligten durch Zuordnung der Bezugspatienten. Eine als deutlich besser funktionierend empfundene Zusammenarbeit sowie die bessere Kenntnis der Situation der Bezugspatienten [4].

59.6. Schlussfolgerung

Die gemachte Erfahrung zeigt, dass es wichtig und notwendig ist, eine überwiegend pragmatische Sicht des lösungsorientierten Umgangs auf Stations-ebene zu erwirken. Besonders relevant hierbei scheint zu sein, eine durch kontinuierlichen Personalmangel im ärztlich-therapeutischen Bereich erzeugte Bereitschaft zur Kooperation anzuerkennen und als Ressource wahr zu nehmen um die beschriebenen Arbeitsfelder nicht nur auf dem Papier und in der praktischen Arbeit, sondern auch innerhalb der Organisationsstruktur des Krankenhauses für die Berufsgruppe zuverlässig und berechenbar zu erschließen [4].

Durch die Einführung des Bezugspersonenkonzeptes wurde die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter gesteigert und Behandlungskontinuität verbessert.

59.7. Literatur

1. *Simon, M. (2009) Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Im Internet: http://www.fakultaet5.fh-hanno-ver.de/fileadmin/media/doc/pp/Modellrechnung_Unterbesetzung.pdf Auf-
ruf 24.11.2009.*
2. *Weißflog, S., Friedeck, A., Schröder, M., Reinelt, S., Reuschenbach, B. (2009) Rationierung in der psychiatrischen Pflege: Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Hahn, S, Stefan H, Abderhalden C, Needham I, Schulz M, Schopmann S (Hrsg). Leadership in der psychiatrischen Pflege. Unterostendorf: Ibicura-Verlag, 2009: 428-434.*
3. *DNQP (Hrsg)(2002) Sonderdruck Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück.*
4. *Schlubach, A. (2010) Gute Pflege in schlechten Zeiten? Psych.Pflege Heute. 2(16): S. 94 – 100.*

60. Besondere Ereignisse auf den akutpsychiatrischen Stationen des Diakoniekrankenhauses Rotenburg/Wümmel

Britta Schneider

60.1. Projektvorstellung

Im Rahmen eines wissenschaftlichen Praxisprojektes für die Abschlussarbeit im Bachelor - Studiengang Pflegemanagement wurden für einen Zeitraum von 6 Wochen die besonderen Ereignisse der 4 akutpsychiatrischen Stationen des Diakoniekrankenhauses in Rotenburg/ Wümmel mittels einer Access - Datenbank erfasst und ausgewertet.

Ausgangssituation war eine konkrete Betrachtung des Risiko-Management-Systems in der Klinik. Dieses besteht aus folgenden Komponenten

- Seit 10 Jahren etabliertes Aggressions-Management-Training mit einem Grundkurs für alle neuen Mitarbeiter und verpflichtenden jährlichen Auffrischungen
- 6 ausgebildete Aggressions-Management-Trainer als „Beraterteam“
- Leitlinien/ Dienstabweisungen zu folgenden Themen
- Sicherheitskonzept
- Aufnahme unruhiger und aggressiver Patienten
- Unterbringung nach PsychKG und BGG
- Fixierung von Patienten
- Besondere Ereignisse

Bei der Dokumentation der „besonderen Ereignisse“ werden grundsätzlich der Ort des Vorfalls, die Uhrzeit, die Art sowie die beteiligten Mitarbeiter dokumentiert; zusätzlich wird der Ablauf per Fließtext beschrieben, damit die Situation nachvollziehbar ist.

In der Dienstanweisung zu diesem Thema ist eine konkrete Abfolge von Nachbesprechungen vorgegeben sowie eine Checkliste, anhand derer die Ereignisse systematisch nachbearbeitet werden.

In Rahmen des Praxisprojektes wurden die Daten erstmals ausgewertet, d.h. es wurde pro Station die Anzahl und die Art der jeweiligen Ereignisse des Erhebungszeitraumes erfasst.

60.2. Definition besondere Ereignisse

Besondere Ereignisse sind in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Diakoniekrankenhaus wie folgt definiert

„Als besonderes Ereignis gelten aggressives und selbstschädigendes Verhalten von Patienten, Suizide und Suizidversuche, Notfälle anderer Art sowie alle sonstigen besonders relevanten Vorkommnisse.

Solche Ereignisse müssen im Interesse von Mitarbeitern und Patienten immer wieder aufs Neue Anlass sein, über Konsequenzen nachzudenken. Dabei geht es nicht nur um die Frage nach der sofort notwendigen Reaktion, sondern auch um die Überlegung, welche Massnahmen für die Zukunft erforderlich sind, um ähnlichen Ereignissen vorzubeugen.“ (Klinik-Infomappe der Klinik für Psychiatrie und Psychiatrie am Diakonie-Krankenhaus Rotenburg/ Wümme, Kapitel 14: Besondere Vorkommnisse, Juni 2009)

Konkret werden auf dem Erhebungsbogen folgende Ereignisse benannt, wobei Mehrfachnennungen möglich sind

- Suizid oder Suizidversuch
- Selbstverletzendes Verhalten ohne Suizidversuch (nur dann, wenn die Verletzungen in einer anderen Abteilung medizinisch behandelt werden mussten)
- Medizinischer Notfall, Reanimation
- Notruf über das Protector-Telefon ausgelöst
- Anästhesie-Notruf (Tel. 567) ausgelöst
- Fixierung, unproblematisch

- Fixierung eines Patienten mit besonderen Problemen
- Zwangsmedikation nach direkter Androhung von physischer Gewaltanwendung ohne tatsächliche Gewaltanwendung
- Zwangsmedikation mit direkter physischer Gewaltanwendung
- Angriff (tätlich) auf Patienten
- Angriff (tätlich) auf Mitarbeiter
- Feueralarm oder Brandstiftung (echter Alarm, Fehlalarm, Feuer ohne Alarm)
- Sachbeschädigung (Zerstörung, grobe Verschmutzung)
- Polizei wurde gebeten, in die Klinik zu kommen und zu helfen
- Patient mit bestehendem Unterbringungsbeschluß entweicht aus der Klinik oder vom Ausgang
- Patient ohne Unterbringungsbeschluß entweicht aus der Klinik oder vom Ausgang
- AvD ruft telefonisch Pflegemitarbeiter von Station in die Notaufnahme
- Sonstiger besonderer Vorfall

60.3. Auswertung

Die Auswertung der besonderen Ereignisse zeigt einige Auffälligkeiten hinsichtlich der Verteilung über die Stationen, aber auch tageszeitliche Unterschiede.

Es gab insgesamt 71 Ereignisse, aufgeteilt nach Ort des Geschehens

Station 41 – 16 Ereignisse

Station 42 – 30 Ereignisse

Station 43 – 18 Ereignisse

Station 44 – 7 Ereignisse

Von der Art der Ereignisse waren die häufigsten:

Ereignisse	gesamt
Fixierung, unproblematisch	22
Fixierung mit besonderen Problemen	12
Selbstverletzendes Verhalten	6
Angriff auf Mitarbeiter	5
Notruf über Protector-Telefon ausgelöst	5
Sonstiger Vorfall	5
Entweichung mit bestehendem Unterbringungsbeschluß	4
Suizidversuch	4
Sachbeschädigung	3
Zwangsmedikation	2
Angriff auf Mitpatienten	2
Entweichung ohne Unterbringungsbeschluß	1
Summe	71

Einige dieser Ereignisse werden beispielhaft anhand von Originalaussagen beschrieben.

Nach Tageszeit konnten die Ereignisse wie folgt verteilt werden:

Frühdienst – 16 Ereignisse, das entspricht 23 %

Spätdienst - 38 Ereignisse, das entspricht 53 %

Nachtdienst – 17 Ereignisse, das entspricht 24 %

60.4. Zusammenfassung

Auffällig waren

- Die unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkte der einzelnen Stationen bilden sich auch bei den besonderen Ereignissen ab
- Eine deutliche Häufung durch einzelne Patienten (in einem Fall 26 Ereignisse in den 6 Wochen)
- Unklarheiten bei der Unterscheidung unproblematische Fixierung/ Fixierung mit besonderen Problemen

60.5. Auswirkungen

Nach Auswertung der Daten sind folgende Änderungen in Gang gebracht worden

- Erstellung von Kriterien zur Abgrenzung einer unproblematischen von einer problematischen Fixierung
- Einsatz der AMT-Trainer als „Experten“ – konkret benannte Ansprechpartner für die Stationen und regelmäßige Termine für interne Fortbildungen
- Konkrete Fallbesprechungen zum Umgang mit den Problempatienten und zur emotionalen Entlastung der Mitarbeiter
- Pflegerisches Gruppenangebot zur Spannungsreduktion zu bestimmten Tageszeiten
- Erneuerung des Unterstützungsangebotes für besonders betroffene Mitarbeiter
- Überarbeitung des Dokumentationsbogens

Ferner wurden im weiteren Verlauf des Projektes die pflegerischen Assessment-Instrumente zum Thema Einschätzung der Suizidalität (NGAS-R) und zur Einschätzung der Fremdaggressivität (Radar-Methode und Bröset-Violence-Scale) betrachtet.

60.6. Literatur

1. Richter, D. (2007): *Patientenübergriffe: Psychische Folgen für Mitarbeiter – Theorie, Empirie, Prävention. Psychiatrie - Verlag*
2. Sauter et al. (2004) : *Lehrbuch psychiatrische Pflege. Verlag Huber, Bern*
3. Reeger, Leo: *RADAR-Methode nach Reeger mit integrierten CFB-Techniken. Amsterdam 2007*
4. Aberhalden, C. (2009): *Strukturierte Einschätzung zum Suizidrisiko: Instrumente und praktische Erfahrungen. Vortrag beim Heidenheimer Psychiatriepflegekongress am 13.März 2009*
5. Needham, I. (2009): *Einschätzungsinstrumente für die Aggressionsvorhersage. Vortrag beim Heidenheimer Psychiatriepflegekongress am 12.März 2009*

61. Adhärenz Therapie bei an Psychose erkrankten Menschen – Ergebnisse einer randomisierten Studie (RCT)

Michael Schulz, Chris Abderhalden, Alexa Spiekermann

61.1. Hintergrund

Menschen mit Psychosen müssen im Hinblick auf langfristiges Krankheitsmanagement wirksame Strategien entwickeln. Dabei spielt die regelmäßige und langfristige Einnahme von Medikamenten zur Rezidivprophylaxe häufig eine wichtige Rolle.

Wie die WHO in ihrem Report "ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION" (2003) festgestellt hat, liegt die Adhärenzrate diagnose- und präparatübergreifend nach einem Jahr bei ca. 75% und nach zwei Jahren bei 50%. Vor diesem Hintergrund fordert die WHO "die Entwicklung von Strategien, zu einer verbesserten Akzeptanz von Therapieprogrammen. Dies soll ein wesentliches Element sein, um Krankheitsfolgen zu verringern". Adhärenz Therapie ist eine psychotherapeutische Kurzintervention zur Verbesserung der Adhärenz, die von Gray und Kollegen am Institute of Psychiatry (IOP) in London entwickelt wurde. Die Intervention wurde nun im Rahmen einer Multicenter Studie in Deutschland und der Schweiz im stationären Setting angewendet.

61.2. Ziel der Untersuchung

Ziel der Untersuchung ist es, den Einfluss der Intervention auf die Adhärenz der Patienten sowie die Psychopathologie zu überprüfen und darüber hinaus Prädiktoren für die weitere Krankheitsentwicklung herauszuarbeiten

61.3. Material/ Methode

Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie, wird die Effektivität einer mehrsitzigen psychotherapeutische Kurzintervention zur Steigerung adhärenten Verhaltens, überprüft. Die Intervention wird von

geschulten Beschäftigten aus der Pflege durchgeführt. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhalten das Standardprogramm und die Teilnehmer der Therapiegruppe zusätzlich zum Standardprogramm die zu überprüfende Intervention in Form von acht zusätzlichen Gesprächseinheiten, wovon fünf Einheiten im stationären Setting und drei Einheiten im häuslichen Umfeld des Patienten stattfinden. Zu drei Messzeitpunkten (Studieneinschluss, Entlasszeitpunkt und katamnestische Erhebung drei Monate nach der Entlassung) werden Krankheitseinsicht, Medikamenteneinstellung, Psychopathologie und Adhärenz erfasst. Es handelt sich um eine multizentrische Studie, in die zwei deutsche und eine schweizerische Klinik einbezogen sind.

62. Das Erleben und Gestalten der Pflege somatisch kranker Patienten im Maßregelvollzug

Michael Schulz, Marc Seitz, Andreas Doberschütz

Die Station G1/1 befindet sich im 3. Jahr des Bestehens; Schwerpunkt ist die medizinisch-pflegerische Versorgung von forensisch untergebrachten, alten, gebrechlichen, kranken Menschen, die nicht in der Lage sind, selbständig ihren Alltag mit Pflegebedürftigkeit zu leben.

Pflege in der forensischen Pflege, bedeutet für uns die Balance zwischen der individuellen Person des Patienten, seiner somatischen Erkrankung und seinem Delikt herzustellen.

Im Workshop soll diese spezielle Herausforderung anhand der Praxis dargestellt werden und gemeinsam durch Fallbeispiele / Erfahrungsaustausch verdeutlicht werden. In den einzelnen Behandlungsphasen passiert es häufig, dass „ nur der somatisch kranke Mensch zählt“ und alles andere nicht mehr im Blick ist. Die Balance gibt nach, da aber die im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten jedoch ständig ein Gefahrenpotential besitzen kommt der „ Zentrierung“ besondere Bedeutung zu.

63. Evidenzbasierte Pflegeinterventionen für Menschen mit schwerer Depression und Angst- Empfehlungen für die Praxis.

Ingela Skärsäter

Haben Sie vielen Dank dafür mir die Gelegenheit zu geben, Sie heute zu treffen und zu Ihnen zu sprechen. Ich fühle mich sehr geehrt.

Im ersten Teil meines Vortrags werde ich über meine Forschung sprechen. Sie fokussiert auf: 1. die Konsequenzen aus dem Leben mit einer schweren Depression und 2. dem Streben nach Genesung/Recovery (widergespiegelt in der Transitionstheorie von Meleis). Es sind Ergebnisse meiner eigenen Forschungen, die sich über eine Spanne von mehr als 10 Jahren erstrecken.

Der zweite Teil des Vortrags wird sich auf evidenzbasierte Pflegeinterventionen bezogen auf schwere Depressionen und Angstsyndrome konzentrieren. Ich war an der Erstellung einer systematischen Übersicht beteiligt, die von einer Kommission der nationalen Kammer für Gesundheit und Wohlfahrt in Schweden durchgeführte wurde. Aus den Ergebnissen dieser systematischen Übersicht kann ich Interventionen vorstellen, die anscheinend effizient zur Reduktion depressiver Symptome beitragen.

Der letzte Teil meines Vortrags beinhaltet einige Gedanken über die Konzepte von Evidenz und darüber wie Pflegende sich mit diesen befassen können.

Affektive Störungen, wie schwere Depression und bipolare Störungen haben einen deutlichen Einfluss auf das mentale und physische Wohlbefinden und auf die Lebensqualität der daran Leidenden.

Depressionen beeinflussen die Art wie Menschen funktionieren ebenso wie ihre Erfahrungen und ihr kognitives und emotionales Verständnis ihrer Welt. Diese veränderte Art des Erfahrens, Verstehens und In-der-Welt-Seins beeinflusst nicht nur die Menschen, welche unter einer Depression leiden, sondern auch ihre Angehörigen z.B. Partner, Kinder und nahe Freunde.

Die bipolare Störung bildet einen Pol des Spektrums affektiver Störungen zu denen die bipolaren Störungen 1 und 2, die Zykllothymie (die zwischen hohen und tiefen Stimmungen oszilliert) sowie die schwere Depression gehören. Die bipolare Störung 1 wird auch als klassische manische Depression bezeichnet, die durch unterscheidbare Episoden von schwerer Depression in lebhaftem Kontrast mit manischen Episoden charakterisiert wird und zu ernsthaften Funktionseinschränkungen führt. Im Vergleich dazu, ist die bipolare Störung 2 eine mildere Störung, die aus depressiven Phasen, die sich mit hypomanischen Perioden abwechseln, besteht. Hypomania kann als eine weniger ernste Form der Manie verstanden werden, die keine psychotischen Symptome beinhaltet und nicht zu schweren Einschränkungen sozialer oder beruflicher Funktionen führt. Obwohl beide Formen miteinander verflochten sind, wird sich dieser Vortrag überwiegend auf die unipolare Depression konzentrieren.

Meine Forschung fokussiert hauptsächlich auf Menschen, die mit einer schweren Depression leben und auf die Konsequenzen dieser Erkrankung. Und, da ich eine psychiatrische Krankenschwester bin, bemühe ich mich dabei um eine ganzheitliche Perspektive. So wollen übrigens auch die Patientinnen und Patienten und deren Familien sowohl von den Gesundheitsdiensten als auch von der Gesellschaft gesehen werden.

Einige epidemiologische Daten. Die WHO geht davon aus, dass die schwere Depression weltweit zu den häufigsten Erkrankungen gehört, die annähernd 12% aller Erkrankungen ausmacht [1]. 50 % der Frauen und ein Viertel der Männer bekommen im Verlauf ihres Lebens eine behandlungsbedürftige Depression. Alleine die unipolare Depression wird bis zum Jahr 2020 der zweithäufigste Grund für erkrankungsbezogene Belastung unter allen Erkrankungen sein. Nur ein Drittel aller Menschen, die wegen einer Depression Hilfe aufsuchen, werden korrekt diagnostiziert und erhalten angemessene Behandlung [2, 3]. Obwohl Depressionen effektiv behandelt werden können, verstecken potentielle Nutzer ihre Symptome und sind zurückhaltend beim Aufsuchen von Behandlung. Selbst wenn Menschen akzeptieren,

dass Depressionen das Problem sein könnten, wird die Suche nach Unterstützung aufgegeben wegen der Unklarheiten im psychiatrischen Gesundheitswesen. Potentielle Nutzer sind sich nicht darüber im Klaren welche Art von Hilfe sie benötigen, sie wissen nicht welche Hilfe sie brauchen, sie wissen nicht wo Hilfen zur Verfügung stehen und sie sind sich unsicher, ob es nützt, Hilfe aufzusuchen. Die Gründe dafür liegen in den Symptomen der Erkrankung selbst. Gefühle von Wertlosigkeit, exzessive Schuldgefühle und ein Mangel an Motivation halten die Menschen davon ab Hilfe aufzusuchen. Von denjenigen, die, zu irgendeinem gegebenen Jahr, an einer Depression leiden, machen Frauen zwischen dem 18. und dem 45. Lebensjahr die größte Gruppe aus. Alleinerziehende Mütter sehen sich, verglichen mit verheirateten Müttern, einem doppelt so großen Risiko ausgesetzt an einer Depression zu erkranken [4]. Diesen Risikofaktor müssen wir uns vergegenwärtigen, weil die schwere Depression, speziell bei Frauen, im Allgemeinen in einem Lebensalter auftritt, in denen Familien gegründet werden [5].

Depressiv erkrankte Menschen, die Eltern sind, haben spezielle Dilemmata. Wir erforschten die Wahrnehmungen der Eltern, die zum ersten Mal an einer schweren Depression erkrankten, bezogen auf die soziale Unterstützung für sich selbst und für ihre Kinder. Eltern mit Kindern unter 19 Jahren wurden bei der Aufnahme auf eine Station und ein Jahr später interviewt. Zusätzlich wurden die Schwere der Depression und ihr funktionaler Status gemessen. Die Ergebnisse zeigten, dass, obwohl die Eltern ihre psychische Gesundheit und funktionelle Kapazität bis zu einem gewissen Grad zurück erlangten, sie trotzdem in einer verletzbaren Position verblieben, was die Spannung in der ganzen Familie verstärkte. Sowohl die soziale Unterstützung für die Eltern als auch diejenige für die Kinder war gering und kam größtenteils von außerhalb der Familie [6].

Die Eltern waren auch besorgt um ihre Kinder und zwar sowohl aufgrund von Problemen in Zusammenhang mit der depressiven Episode als auch aufgrund normaler Rebellion im Teenager Alter.

Wichtige Fragen betrafen praktische Probleme z.B. ob jemand da sein würde, der sich um die Kinder kümmern könnte, wenn der Elternteil dazu nicht in der Lage wäre. Auch gab es Sorgen wie sich die veränderte Familiensituation auf die Entwicklung der Kinder auswirken würde oder ob Depressionen auch vererbbar sind. Dies zeigt sowohl den Forschungsbedarf in Bezug auf die Bedeutung sozialer Unterstützung für die gesamte Familie, wenn einer von ihnen an einer Depression erkrankt als auch den Bedarf daran multiple Aspekte sozialer Unterstützung zu erfassen, so dass die Pflege- und Behandlungsplanung alle relevanten Bereiche abdecken kann.

Wir begleiteten Menschen mit einer ersten Episode einer depressiven Erkrankung über einen Zeitraum von vier Jahren [7]. Multiple Funktionsbereiche ebenso wie die Lebensqualität waren bei den Patienten zum ersten Erhebungszeitpunkt stark betroffen. Das Funktionsniveau und die Lebensqualität verbesserten sich erheblich über die Studienperiode, allerdings nicht gleichzeitig mit der Abnahme der Schwere der Depression. Die Ergebnisse legten nahe, dass viele Alltagsaktivitäten betroffen waren. Dies führte dazu, dass die Patienten sich sehr anstrengen mussten, um ihre veränderten Rollen und die neu an sie gerichteten Erwartungen, sowohl ihre eigenen wie diejenigen ihrer Umgebung, zu bewältigen.

Psychoziale Funktionen sind ein bedeutsames Ergebniskriterium bezogen auf schwere Depressionen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich diese Funktionen unabhängig von den depressiven Symptomen verbesserten. Und dies wiederum unterstreicht die Bedeutung separater Evaluationen, die von psychiatrisch Pflegenden initiiert und durchgeführt werden, um festzulegen, ob Patienten tatsächlich einen guten Gesundheitszustand erreicht haben. Beispielsweise haben psychiatrisch Pflegende während der Genesungsphase eine gute Möglichkeit die Familie der Patienten und ihr soziales Netzwerk einzubeziehen. Psychische Erkrankung tritt in einem sozialen Kontext auf und der Lebensstil der Patienten, ihre Freundschaften und Arbeitsmuster können Einfluss auf die Behandlung und auf den Verlauf der Erkrankung nehmen.

Da frühere Ergebnisse gezeigt hatten, dass es einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezogen auf die soziale Unterstützung gab, Frauen erlebten eine unzureichende Unterstützung während die Männer die benötigte Unterstützung von ihren Partnerinnen bekamen, wollte ich gerne eine qualitative Untersuchung durchführen. Damit wollte ich mein Wissen um die Erfahrungen der Patienten bezüglich ihrer Genesungsprozesse erweitern. Das Sample bestand aus zwölf Männern und dreizehn Frauen, die sich alle von einer schweren Depression erholten. Die Informanten waren als depressive erkrankt diagnostiziert und stationär behandelt worden [8, 9].

Die Interviews wurden durch einige offen formulierte Fragen geleitet und zur Analyse wurde die Phänomenographie aus einer salutogenetischen Perspektive genutzt. Diese Studien beschrieben die Genesungsprozesse der Männer und Frauen in einigen Entwicklungsphasen, die als notwendiger Teil ihres Strebens nach Gesundheit erschienen.

Die Kategorie *'sich selbst heilen'* beschreibt welchen Raum die Frauen für ihren Genesungsprozess benötigten, um das zu erhalten, was sie sich vorher selbst versagt hatten. Sie machten sich selbst und ihre Bedürfnisse sichtbar, dies stärkte ihre Eigenständigkeit.

In der Kategorie *'Handhaben'* nahmen die Frauen wahr, dass es ihnen bei ihrer Gesundung helfen würde eigene Strategien zu haben und während der Transition neue Ressourcen in sich selbst zu finden. Diese auf die Transition gerichtete Bewegung, gab ihnen die Kraft ihre innere Stärke zu nutzen, um neue Entscheidungen zu treffen, was wiederum ihre Eigenständigkeit vergrößerte.

Wie elementar wichtig die Begegnung mit anderen Menschen war, ist in der Kategorie *'soziale Unterstützung bekommen'* beschrieben. Jemanden Vertrauenswürdigen zu haben mit dem sie über ihre Gefühle sprechen konnten, wurde als Unterstützung wahrgenommen und als Hilfe dabei sich selber besser zu verstehen. Durch diese Unterstützung erlebten die Frauen eine Entlastung und sie trug auch dazu bei das Wissen über die Erkrankung und den Umgang damit zu verbessern. Die Kategorie *'Sinn finden'* beschreibt wie

die Frauen in die Lage versetzt wurden ihre Erfahrung des deprimiert- seins in eine erweiterte Perspektive zu integrieren, was in mehr Sinnzuschreibung für das zukünftige Leben resultierte. Dies führte zu persönlichem Wachstum, was ihnen ebenso ermöglichte der Zukunft mit Vertrauen entgegen zu sehen wie über Strategien zu verfügen ihre Ressourcen zukünftig bestmöglich zu nutzen [8].

Vier beschreibende Kategorien wurden aus den Interviews mit den Männern entwickelt. Die Kategorie *'entlastet sein'* beschreibt wie die Männer einen Punkt erreichten, an dem sie nicht länger selbst in der Lage waren ihr Leben zu handhaben und Entlastung benötigten. Sie erlebten ein Gefühl des Befreit- Seins und der Sicherheit als sie im Krankenhaus aufgenommen wurden, wo sie ausruhen konnten und Hilfe bekamen. Die Männer brauchten aktive Unterstützung von anderen Menschen, von ihren Familien und von professionellen Gesundheitsdienstleistern, um die Stärke zu entwickeln, ihren passiven Zustand zu überwinden. *'Die eigene Gesundheit wieder herstellen'* beschreibt wie die Männer ihre Leben neu einschätzten, dadurch neue Einsichten gewannen und wie dies zu Veränderungen in ihrem Lebensstil führte, manchmal durch ihre eigenes Bemühen und manchmal dank der Unterstützung von anderen. Die Kategorie *'sich eingebunden fühlen'* beschreibt welchen Wert sich die Männer selbst in Bezug auf ihr berufliches Leben beimaßen. Seinen vollen Beitrag zu leisten und Verantwortung zu übernehmen, bedeutet in die Gesellschaft eingebunden zu sein und ein Gefühl der Adäquanz. In ihren Begegnungen mit professionellen Gesundheitsdienstleistern schätzten die Männer übereinstimmende Beziehungen. Dies hatte einen positiven Einfluss auf das Vertrauen in die Behandlung und Pflege, die sie erhielten. Die Kategorie *'Sinnfinden'* beschreibt wie die Männer versuchten einen Sinn in ihrem Leben zu finden und das jetzige Leben zu akzeptieren. Sie versuchten auch ihre früheren Lebensereignisse aus einer neuen Perspektive anzuschauen und mögliche Einschränkungen ihrer zukünftigen Pläne zu reflektieren [9].

Die Phasen traten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf einer externen und einer internen Ebene auf. Auf der externen Ebene veränderten die Informanten ihre Alltagsroutinen, um den Stress, dem sie ausgesetzt waren, zu reduzieren. Auf der internen Ebene beschrieben sie veränderte Wertvorstellungen und dass die existentiellen Dinge wichtiger geworden wären. Die Erfahrung an einer schweren Depression zu leiden und von ihr zu genesen wurde als fortwährender Prozess empfunden. Die Informanten berichteten auf eine dialektische Art, wie sie und ihre Leben sich verändert hatten. Während wir versuchten diesen Prozess zu verstehen und zu beschreiben, bildete sich das Konzept der Transition heraus.

Männer und Frauen mit einer schweren Depression mussten einen Prozess durchlaufen, um sowohl ein kognitives als auch ein emotionales Verständnis dafür zu entwickeln, wie sie ihr Leben erfolgreich bewältigen könnten. Dieser Prozess führte zu einer inneren Neubewertung, die ihre Vorstellung von sich selbst und von den Menschen in ihrer Umgebung veränderte. Er führte auch zu einer gesundheitsbewussteren Nutzung ihrer inneren Ressourcen. Dieser Entwicklungs- oder Wachstumsprozess leitete die persönliche Veränderung und Familie wie Freunde waren wichtig und bedeutsam für die Reintegration in die soziale Umgebung.

Wie auch immer, eine von den interviewten Frauen erzählte mir aus ihrem Leben. Sie fühlte sich wie festgeklemmt und kam mit ihrem Leben nicht voran. Sie sagte: *Es muss eine Veränderung her, aber ich weiß nicht wie ich es tun soll...* Ich konnte ihre Worte nicht vergessen und begann über unser eigenes Wissen nachzudenken und darüber welche Art von Unterstützung Menschen brauchten und darüber was mit den Menschen ist, die nicht genug eigene Ressourcen hatten oder diese nicht gut nutzen konnten. Ihre Worte brachten mich dazu nachzuschauen, ob ich in der Theorie ein Muster würde finden können, das sich nutzen ließe, um diesen Prozess zu verstehen.

Das endete mit einem Artikel, der 2006 publiziert wurde. Es handelt sich um eine Sekundäranalyse der früheren Interviews, die den Prozess, den depres-

siv erkrankte Menschen bis zur Gesundheit durchlaufen, erhellt. Ich werde Ihnen nun einige Slides zeigen, die demonstrieren, wie ich über den Gebrauch empirischer Daten von Patienten im Spiegel einer Pflgetheorie denke und wie diese klinische Implikationen für die Pflege ansprechen.

63.1. Transition

Meleis zufolge kann 'Transition', eine Theorie mittlerer Reichweite, als eine Passage oder eine Bewegung von einer Lebensphase, einer Verfassung oder einem Status zu einem anderen verstanden werden. Der Prozess und die Erfahrung des Durchlebens einer Transition können zu einer veränderten Wahrnehmung von Gesundheit, zu neuem Sinn und zu dem Gefühl die Kontrolle über das eigene Leben zu haben, führen. Transitionen führen einerseits zu und sind gleichzeitig auch das Ergebnis von Veränderungen in Leben, Gesundheit, Beziehungen und Umgebung und beziehen sich sowohl auf den Prozess als auch auf das Ergebnis von komplexen Interaktionen zwischen Person und Umgebung. Der konzeptuelle Rahmen für Transition, entwickelt von Meleis und Kollegen, setzt sich zusammen aus dem Wesen der Transition, ihren Bedingungen, Reaktionsmustern und pflegerischer Therapeutik. Obwohl auf die pflegerische Therapeutik nicht Bezug genommen wird, haben wir in unserer Studie auch pflegerische Interventionen untersucht. Ich werde Ihnen jetzt einige pflegerische Interventionen/Therapeutik zeigen, die durch die Daten, welche bei den Männern und Frauen erhoben wurden, unterstützt werden [10].

Die Erfahrung einer schweren Depression war für die Informanten ein Auslöser dafür ihre Umstände und ihren Lebensstil zu verändern und auch für ihr darauf folgendes Streben nach Genesung und Gesundheit. Die Zusammenhänge multipler Transitionen waren in alle Erzählungen der Männer und Frauen verwoben. Transitionen wie das Gründen einer Familie oder das Beenden eines Arbeitslebens waren ziemlich verbreitet. Zu den Bestandteilen der Transition gehören Bewusstsein, Verbindlichkeit, Veränderung und Unterschied, Zeitspanne sowie kritische Punkte und Ereignisse. Wir werden uns ein wenig auf 'Veränderung und Unterschiede' fokussieren.

„Veränderung und Unterschiede“ sind wichtige Bestandteile einer Transition, sie sind nicht synonym oder austauschbar. Veränderungen können in Zusammenhang mit kritischen Ereignissen oder Unterbrechungen von Routinen, Beziehungen und Wahrnehmungen stehen. Unterschiede können mit dem Gefühl selbst als merkwürdiger Mensch wahrgenommen zu werden, oder einen, von dem anderer Menschen, verschiedenen Blick auf die Welt und andere Menschen zu haben, verbunden sein. Die Daten zeigten, dass es bei der Genesung von einer Depression darum geht Veränderungen in seinem Leben und in sich selbst als Person vorzunehmen. Die Informanten milderten stressige Situation ab, sie minimierten Stressoren, um das Risiko einen Fehler zu machen zu reduzieren. Sie wurden selbstsicherer beim Treffen von Entscheidungen und begannen sowohl sich selbst als auch anderen Grenzen zu setzen; das hatten sie davor nicht getan. Die Männer veränderten ihre Arbeitsumgebung, was sie in die Lage versetzte einige Anforderungen zu verringern. Diese Veränderungen wurden von ihren Familien und Freunden unterstützt. Die weiblichen Informantinnen begannen Personen in ihrem sozialen Netzwerk Grenzen zu setzen, weil sie den Eindruck hatten, dass bestimmte Menschen zu viel von ihnen verlangten. Das war schwierig umzusetzen, da sie diesbezüglich keine Unterstützung bekamen. Familienmitglieder betrachteten es als lästig, dass die Frauen die Dinge nicht mehr so wie früher tun wollten.

Einige Informanten erlebten eine Veränderung in ihrer elterlichen Rolle aufgrund der Erkrankung. Die männlichen Informanten äußerten Unsicherheit und waren in Sorge, dass sie ihre Vaterrolle verlieren könnten. Die weiblichen Informanten mühten sich ab, um ihre Mutterrolle aufrecht zu erhalten, äußerten aber keine Sorge diese zu verlieren. Die elterliche Rolle war ein wichtiger Ansporn für die Genesung und es ist ausgesprochen wichtig, dass Pflegende die Familienmitglieder, und nicht zuletzt die Kinder, darüber informieren wie sie mit der Erkrankung umgehen können und sie in die Planung von Pflege und Behandlung einbeziehen. Die elterliche Rolle kann unterstützt werden durch Information, durch Diskussionen über Prob-

leme, Symptome, Risikofaktoren, Behandlungsmöglichkeiten und durch das Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten.

Für uns Menschen ist die Möglichkeit Gesundheit und Krankheit einen Sinn verleihen zu können von essentieller Bedeutung. Die Informanten bemühten sich zu erkennen wie das Leiden, das sie ertragen hatten, ihrem jetzigen Leben Sinn geben könnte. Einige von ihnen äußerten, dass ihre Kinder das Leben lebenswert machten. Andere Personen verließen sich auf Gott oder fanden Trost in der Natur. Obwohl sie gelitten hatten, gab ihnen die depressive Episode eine neue Tiefe und brachte sie dazu das Leben wert zu schätzen.

Mit einem mitfühlenden Gespräch können die Pflegenden die Erkrankten anregen ihre existentiellen Gedanken und Bedürfnisse auszudrücken. Erforderlich dafür sind eine Vorbereitung auf und Wissen über das, was während einer Transition zu erwarten ist, und welche Strategien bei der Handhabung hilfreich sein können, da eine mangelnde Vorbereitung ein Hemmnis sein kann. Das Gesundheitssystem ist nur selten die erste Anlaufstelle an die sich jemand um Hilfe wendet. Das nahestehende soziale Netzwerk der Patienten zu beteiligen und zu unterstützen ist Teil des Genesungsprozesses. Familien, die mit einem depressiv erkrankten Familienmitglied leben machen auch psychosoziale Prozesse durch und müssen schützende und Grenzen setzende Strategien entwickeln. Edukation und Unterstützung senkte den negativen Einfluss der Depression auf die Familienmitglieder und versetzte sie in die Lage zu interagieren. Vor allem die weiblichen Informantinnen sprachen über ihre Kontakte mit anderen Menschen, denen sie vertrauten, wie etwa professionelle Gesundheitsdienstleister und Laien. Schmerzliche Erfahrungen zu verbalisieren, grenzen ansonsten diffus bleibende Erlebnisse ein, oder gibt ihnen eine Gestalt. Dies hat einige positive Effekte auf die betroffenen Individuen wie etwa die Gelegenheit zu haben Gefühle auszudrücken und die Linderung von Leid.

In einer kontinuierlichen Beziehung können Pflegende die leidvollen Erfahrungen der Patienten teilen und diese auch eingrenzen im Sinne des Haltge-

bens. Die Fähigkeit Halt zu geben, fördert die Kapazität der Pflegenden die andere Person so wahrzunehmen wie sie tatsächlich ist und das ist von entscheidender Bedeutung.

Für einige Informanten waren die vielfältigen Einflüsse der globalisierten Welt aufreibend. Andere waren durch die vielen zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten gestresst. Pflegende können diesen Menschen dabei helfen die negativen Konsequenzen der Globalisierung zu diskutieren und herauszufinden welche Grenzen sie setzen können, um den durch diese Umgebung entstehenden Stresslevel zu reduzieren. Für diese Menschen kann es von maßgeblicher Bedeutung sein diese Unterstützung ihres neuen Lebensstils zu erfahren.

Vertrauen nimmt im Verlauf des Transitionsprozesses stufenweise zu. Die befragten Personen hatten unterschiedliche Ansichten bezüglich der Zukunft. Einige von ihnen versuchten ganz in der Gegenwart zu leben und sich auf den aktuellen Tag zu konzentrieren, während andere zuversichtlich waren, dass sie ihre eigenen Zukunft gestalten könnten. Pflegende können Patienten, die es schwierig finden der Zukunft zuversichtlich entgegen zu sehen und sich nicht darauf verstehen das Leben Tag für Tag anzugehen, unterstützen. Vor allem weil Letzteres ein starker Indikator für ein Hemmnis sein kann, das Beteiligung und Verbindlichkeit im Transitionsprozess verhindert. Um den Patienten zu ermöglichen mit Einschränkungen oder mit einem Mangel an Ressourcen im Gesundheitswesen zu leben und trotzdem Vertrauen in die der Behandlung und Genesung innewohnenden Prozesse zu entwickeln, sollten die Pflegenden mit ihnen über ihre je eigenen Kapazitäten und die Art der für den Genesungsprozess benötigten Unterstützung sprechen. Dabei sollten die individuellen Bedürfnisse und nicht der Mangel an Ressourcen des Gesundheitswesens den Ausgangspunkt bilden. Ein wichtiges Ziel aller Transitionen ist die Fähigkeit den Prozess zu handhaben. Diejenigen der befragten Personen, die ihre Gesundheit wieder gewonnen hatten, bewerteten ihr Leben neu und verfügten über die benötigten Fertigkeiten, um den Transitionsprozess zu handhaben. Im dem Bemühen mit

stressenden Umständen umzugehen, gewöhnten sie sich eine andere Form der Einschätzung an und, basierend auf dieser neuen Art sich selbst und andere zu sehen, definierten ihre Ziele neu. Sie waren zunehmend besser in der Lage sich selbst als ganze Personen wahrzunehmen mit allen Unstimmigkeiten, Stärken, und Schwächen und auch besser für sich selbst zu sorgen ohne sich dafür entschuldigen zu müssen. Die Genesung von der Depression war ein Wachstumserlebnis, da die Betroffenen Fertigkeiten und Wissen entwickelten über die sie zuvor nicht verfügten. Um die Fähigkeiten der Patienten voll auszuschöpfen, können Pflegende deren Entscheidungen bestätigen und unterstützen. Als die Befragten an diesem Punkt des Transitionsprozesses angekommen waren, zeigten sie größere Stabilität, ihre Entscheidungen basierten auf einer inneren Gewissheit und sie waren nahe am Ende der Transition.

Die Gesundheitsversorgung durchlebt eine Umwälzung: Und zwar von der Behandlung von Erkrankungen, hin zur Förderung von Gesundheit und zur Sekundärprävention. Die neue Gewichtung bei der Versorgung von Männern und Frauen mit psychischen Erkrankungen besteht darin ihre Fähigkeit, sich aktiv an der eigenen Versorgung zu beteiligen, zu entwickeln. Die Planung der Transition ist ein gangbarer Weg um dieses Ziel zu erreichen. Sie zielt darauf ab Individuen bei der Erlangung einer guten Lebensqualität zu unterstützen und hält dazu eine angemessenen Versorgung und Gesundheitsförderung bereit.

Es geht nicht nur darum auf das alte Gleis zurück zu finden oder ein neues Gleis zu finden, sondern darum die individuelle Fähigkeit schwierige Situationen bewältigen zu können zu verbessern und den Betroffenen beizubringen Probleme im täglichen Leben zu lösen.

Dies ist eine enorme Herausforderung für Pflegende, da sie den Nutzen der Früherkennung und frühen Intervention als ein Mittel zur Unterstützung von Individuen und Familien in der Prävention und der Handhabung depressiver Erkrankungen erkennen müssen.

Heutzutage ist es von extremer Relevanz zu ermitteln was Menschen gesund erhält, wie sie ihre subjektive Gesundheit zurück gewinnen können und diese Fertigkeiten zu verbessern. Eine Person dabei zu unterstützen und anzuleiten, indem Strategien vermittelt werden wie Behinderungen, Leid und Verlust in Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen bewältigt werden können, ist eine zentrale Aufgabe psychiatrischer Pflege.

63.2. Evidenz basierte Pflege

Und da wir gerade darüber sprechen wie Pflegende Menschen mit schweren depressiven Erkrankungen unterstützen können...welche Evidenz gibt es für pflegerische Interventionen? Nur wenige Erkrankungen sind so weit verbreitet wie affektive Störungen und Angstsyndrome. Diese weit verbreitete Prävalenz ist allerdings nicht mit einer klaren Definition oder einer Standardisierung der Depressionsbehandlung verbunden. Folgerichtig verursachen diese Symptome ein hohes Aufkommen von Arbeitsausfalltagen und ich kann sagen, dass dies vor allem für Schweden gilt. Deswegen brauchen wir Leitlinien, um sowohl den Klinikern in der Primär- als auch denen in der Krankenhausversorgung, evidenzbasierte Interventionen zu geben, die die Gesundheitsversorgung unterstützen können. Es gibt auch andere Leitlinien wie die NICE Guidelines im Vereinten Königreich (www.nice.org.uk) und aus vielen anderen Ländern, die sich alle ähneln. Diese Leitlinien decken medizinische, pflegerische, physiotherapeutische und beschäftigungstherapeutischen Interventionen ab, aber ich werde nun auf die pflegerischen Interventionen fokussieren.

Kurz zur Methode. Die durchgeführte Methode setzte am Einschätzungsproblem an; zunächst waren Einschlusskriterien für Studien festzulegen, dann wurde ein Plan für die Literatursuche formuliert, die Literatursuche durchgeführt und die entsprechende Literatur bereitgestellt. Im nächsten Schritt wurde die Evidenz der Studien interpretiert und in Empfehlungen, die auf der Qualität der gefundenen Evidenz basieren, integriert.

Wir führten systematische Datenbanksuchen in MedLine, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library, Embase, DARE und HTA durch. Die identifizierte und po-

tentiell relevante Literatur wurde in der multidisziplinären wissenschaftlichen Gruppe, in der ich für die pflegerische Perspektive verantwortlich war, diskutiert. Wir hatten auch eine Konsensus-Konferenz (Pflegerische, Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter) mit der wir einen Tag zubrachten und, durch eine systematische Überprüfung der Praxis, sechs Interventionen auswählten, von denen wir aufgrund unserer eigenen Erfahrungen sagen konnten, dass sie einen guten Effekt hatten.

Zum Einschluss geeignete Studien sollten jedweden Effekt auf die Symptome der Patienten, die Funktionen und die Lebensqualität evaluieren. Die Studien sollten ebenfalls Aspekte von Kosten/oder Kostenanalysen sowie mit dem Thema verbundene ethische Aspekte berücksichtigen. Es wurden nur Studien mit einem der nachfolgend genannten Designs eingeschlossen: Meta-Analysen und Übersichten, die auf randomisierten Kontrollstudien (RCT), nicht-randomisierten Kontrollstudien und auf kontrollierten klinischen Studien basierten. Eingeschlossen wurden Studien in allen Populationen und nur Studien in denen professionelle Heilberufler die Anbieter waren.

Die Instrumente wurden weiter modifiziert, um die methodologische Qualität, basierend auf nachfolgenden Informationen, einzuschätzen: klar definierte Ein- und Ausschlusskriterien, einwandfreie Verblindung, Vergleichbarkeit der Behandlungsprogramme, Vergleichbarkeit der Baseline Charakteristika, klar definierte und valide Zielkriterien (outcome measures).

Zur Darstellung der Qualität der Studien wurde eine Vier-Punkt-Skala genutzt, die folgende Items umfasste: Hohe (I), mittlere (II), niedere (III), oder unzureichende (IV) Qualität. Die mittlere Qualität (II) wurde angenommen, wenn Studien den Kriterien für hohe (I) oder niedere (III) Qualität nicht vollständig entsprachen. Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien wurden dann exzerpiert und zu einem narrativen Text synthetisiert.

Aus diesen werde ich nun die Ergebnisse der Übersicht, ausgenommen die Ergebnisse der Interventionen an Kindern und Jugendlichen, darstellen.

Diese Gebiete sind so groß und komplex, dass ich ihnen jetzt (mit dieser Zeitvorgabe) nicht gerecht werden könnte.

Ich werde mich wiederum nur auf die Darstellung der pflegerischen Interventionen konzentrieren. Wenn Sie die Bedürfnisse der Patienten aus einer holistischen Perspektive betrachten (und ich nehme an, das tun Sie), dann gäbe es viele Interventionen, die ihre Wurzeln in medizinischen oder anderen professionellen Kompetenzen haben und die ebenfalls wichtig zu berücksichtigen wären.

Die generelle Schlussfolgerung aus dieser Übersicht war, dass eine effizientere und mehr personenzentrierte Pflege und Behandlung dieser Patienten in der Primärversorgung die wichtigste Intervention wäre und beste Resultate für die Patienten erzielen würde. Zusätzlich gäbe es mehr Psychotherapieformen unter denen die Patienten wählen könnten, da insbesondere die kognitive Therapie, sowohl im direkten Kontakt als auch Internetbasiert eine starke Evidenz für die Reduktion depressiver Symptome aufweist.

Für **erwachsene Personen**, mit schweren Depressionen, gibt es überzeugendes Wissen, dass die Form der Organisation der Versorgung von großer Wichtigkeit ist. Facettenreiche Interventionen wie Casemanagement, Beratung, gemeinschaftliche Versorgung, abgestufte Betreuung sowie Organisationen, die das Wissen unterschiedlicher Teammitglieder nutzen und die Bedürfnisse der Patienten im Fokus haben, sind erfolgreich und die Patienten erhalten eine gute Pflege und Behandlung, die ihre Symptome reduziert und ihre Lebensqualität verbessert insbesondere im Bereich der primären und gemeindenahen Versorgung [11-14]. Das bedeutet, dass das Personal in der Gesundheitsversorgung als Team zusammen arbeiten sollte und dass alles Wissen den gleichen Wert hat.

Texte basierte Behandlung, etwa dass Patienten Bücher und Broschüren lesen, oder in Internetbasierte Unterstützungsprogramme eingebunden sind, hat eine gute Evidenz. Der Inhalt der Behandlung war meist auf die Kognition ausgerichtet und viele Programme hatten eine Laufzeit von 6-10

Wochen [15-17]. Wie ich vorhin schon erwähnte, hat die kognitive Therapie eine sehr gute Evidenz bei der Reduktion von Depression.

Für Menschen mit einer *milden* oder *moderaten* Depression sind Bewegungsübungen drei Mal/Woche (mit einem Pulsschlag von mindestens 70) ebenso gut wie kognitive Therapie oder antidepressive pharmakologische Behandlung [18].

Patientenedukation zeigt ebenfalls gute Resultate, allerdings gibt es nur sehr wenige Studien [14, 19-21].

Aktivität- und es scheint als sei jede Form der Aktivität gut – natürlich muss sie dem Patienten Freude machen- wie auch immer, viele Menschen mit einer schweren Depression leiden unter ihrer Schwäche und brauchen Unterstützung um ihre Vitalität zu verbessern. Unterstützung der sozialen Funktion im täglichen Leben können systematische Gespräche über Hygiene, den Alltagsrhythmus, den Schlaf und Ernährungsgewohnheiten sowie Bewegungsübungen sein. Diese Intervention kann von großer Wichtigkeit sein. Zum Beispiel können junge Menschen, die depressive werden, die Uhr umdrehen und die ganze Nacht vor dem Computer verbringen und den ganzen Tag schlafen, was ihre Familien sehr quält und ärgerlich macht. Die beiden letztgenannten Interventionen stammen aus der Konsensuskonferenz und es gibt keine wissenschaftliche Begründung dafür weder in einer Übersichtsarbeit noch in einer anderen Form.

Edukation von Patienten und auch ihrer Familien reduziert Symptome und Krankenhaustage bei Patienten mit einer **bipolaren Störung**. Familienedukation, selbst wenn der Patient nicht beteiligt war, reduzierte Expressed Emotion in der Familie und ist so von großem Nutzen für die gesamte Familie und ihre Funktion [22, 23]. Über die bipolaren Störungen wird mehr auf dem Slide über lang dauernde Interventionen zu sehen sein.

Interventionen für **Erwachsene mit Angstsyndromen** sind ähnlich wie Interventionen für Personen mit schweren Depressionen [24, 25]. Die facettenreichen Interventionen, einschließlich der Beratung, haben einen guten Effekt ebenso wie Bewegungsübungen [18] und textbasierte Behandlung

[26, 27] [28-30]. Entspannung hat nur bei Personen mit einem Paniksyndrom oder einer PTSD einen guten Effekt [31].

Und jetzt kommen wir zu den älteren Menschen mit schwerer Depression. Die facettenreichen Interventionen hatten einen guten Effekt [32-34] [11] ebenso wie die textbasierte Behandlung [35] [16] und Bewegungsübungen [18, 36]. Reminiszenztherapie [16] und Problemlösungs-Therapie [16] zeigten sehr gute Effekte in Bezug auf die Reduktion des Depressions-Scores sowie auf die Verbesserung der Funktionstüchtigkeit und der Lebensqualität. Die Reminiszenztherapie und die Problemlösungs-Therapie können als kurze psychologische Behandlungen für emotionale Symptome speziell für Patienten in der Primärversorgung beschrieben werden. Psychiatrisch Pflegende sind für die Arbeit damit sehr geeignet; die Therapien basieren auf Manualen und es ist einfach damit zu arbeiten.

Wie ich vorhin schon erwähnte, treten schwere Depressionen oft zu dem Zeitpunkt auf, der mit dem Gründen einer Familie zusammen fällt. Es ist sehr wichtig, sowohl für die Frauen als auch für die Familien, dass die Frauen die richtige Behandlung erhalten und sich erholen, wenn sie depressive werden, sei es nun **prä- oder post partum**, denn dies ist auch wichtig für eine gute Bindung zwischen Mutter und Kind. Es gibt ziemlich gute Evidenz dafür, dass sowohl Beratung als auch psychosoziale Interventionen wie Edukation und unterstützende Gruppen, effizient für die Reduktion der Depression sind [37-40].

In **lang andauernden affektiven Störungen** (zu denen sowohl die schwere Depression als auch die bipolare Störung und die Angststörungen gehören) könnten wir auch auf die Effektivität der facettenreichen Interventionen, wie oben erwähnt, schließen [11, 41-43]. Hinzu kommen regelmäßige Treffen mit einer Pflegenden [14, 42, 44-46] , körperliche Untersuchung [47, 48] und Unterstützung der sozialen Funktionstüchtigkeit im täglichen Leben.

Es gab einige Interventionen über die das wissenschaftliche Wissen nicht robust genug war, um irgendwelche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen und es wäre wunderbar wenn mehr Studien durchgeführt würden. Zum

Beispiel zu Akupunktur, Post- partum- Bewegungsübungen, Selbsthilfegruppen und Entspannung.

Die Studien zeigten uns auch einige andere Interventionen, die keinen Effekt haben, aber in der Gesundheitsversorgung angewendet werden. Screeningverfahren für unterschiedliche Arten von psychischen Störungen haben keinen anderen Effekt gezeigt als gewöhnliches klinisches Urteil und werden nicht empfohlen. Es treten so viele ‚falsch positive‘ Fälle auf, dass die Handhabung für die Organisationen des Gesundheitswesens ein Problem darstellt. Es wird nicht empfohlen, dass das Gesundheitswesen hier Ressourcen einsetzt. Auch das Debriefing mit gesunden Menschen nach einer Naturkatastrophe oder einem Missbrauch hat keinen Effekt in der Prävention einer PTSD.

Es gibt einige große Studien zu den Effekten der Lichttherapie und viele Lichttherapie- Einheiten wurden geschlossen z.B. in Schweden wo die Lichttherapie viel eingesetzt wurde. Wie auch immer, die Patientenorganisationen in Schweden sind aufgebracht, weil sich so viele Menschen durch diese einfachen Mittel erholen konnten. Die Menschen in der Gesellschaft vertrauen nicht auf die Wissenschaft und reden mit den Politikern darüber, dass diese Geld für die Interventionen reservieren sollten. Dies ist eins der vielen Probleme in Zusammenhang mit der Konzeption von Evidenz, wenn wir versuchen heraus zu finden auf welche Art wir die Patienten am besten behandeln können. Es ist gut, dass wir es tun, aber es gibt auch viele Möglichkeiten die Ergebnisse zu interpretieren so kann z.B. ungenügende Evidenz missverstanden werden im Sinn von keiner Evidenz für Effektivität.

Eine Schlussfolgerung, die wir aus dieser Erfahrung ziehen können ist, dass Forscher die systematische Übersichten oder Übersichten anfertigen, die dazu dienen sollen die klinische Praxis anzuleiten, auch die Verantwortung dafür haben, dass die Ergebnisse nicht falsch interpretiert werden. Dies ist eine pädagogische Verantwortung die Forscher gegenüber den professionellen klinischen Praktikern und den Politikern haben. Trotzdem könnte das Unterlassen der Veröffentlichung von systematischen Übersichten, aufgrund

der Resultate die sie zeigen oder gerade nicht zeigen, auch als Publikationsbias bezeichnet werden.

Speziell für die Pflegewissenschaft sind die Probleme im Zusammenhang mit einer ungenügenden, kritischen Masse an Forschungsevidenz bedrückend. Diese Probleme werden vermutlich noch für einige Zeit ungelöst bleiben, da das Pflegeforschungsfundament verglichen mit dem medizinischen Forschungsfundament nur ein Bruchteil ist. Darüber hinaus haben Pflegeforscher mehr andere Untersuchungen als Interventionsstudien durchgeführt, was die Fähigkeit Best- Practice- Leitlinien zu entwickeln ebenfalls beeinflusst. Da wir eine starke und klare Evidenz der Effektivität von Best-Practice in der Pflege erwarten, müssen die Trends in der Evidenz, die wir aktuell finden können, mit Respekt behandelt werden. Solche Trends können verstärkt werden, wenn sie um die klinische Erfahrung ergänzt werden, um die Best- Practice anzuleiten. Pflegenden können ihr Handeln nicht aufschieben bis wir eine größere Menge an Forschungsevidenz haben. Schließlich ist es sicherer klinische Entscheidungen auf der Grundlage ungenügender als auf gar keiner Evidenz zu fällen. Dies setzt aber voraus, dass eine systematische Übersicht Übereinstimmung in den einzuschließenden Studien identifizieren kann, dass die Studien valide und einwandfrei sind, und dass die Intervention machbar ist und den Patienten keinen Schaden zufügen wird.

Noch einmal, wenn Forschende wirklich die klinische Praxis anleiten wollen, dann müssen sie die Verantwortung annehmen und dürfen die Interpretation ihrer Ergebnisse nicht dem Auge des Betrachters überlassen. Heute mag das Wort Evidenz noch falsch sein für die Bezeichnung der absoluten Wahrheit. Wenn es so ist, dann können die Konsequenzen kontraproduktiv sein für die klinische Praxis und schlimmer noch, sie können die Behandlung der Patienten fehlleiten. Am Ende ist es für die Patienten von allergrößter Bedeutung, dass die Forschenden gute Forschung machen, indem sie die statistische Power und die Qualität der Zielkriterien sicherstellen und in allen Belangen nach Exzellenz streben.

Jemanden zu unterstützen und anzuleiten in Bezug auf Strategien zur Bewältigung von Behinderung, Leiden und Verlust, Dinge die eine depressive Episode mit sich bringt, ist eine zentrale Aufgabe für die psychiatrische Pflege. Das Gesundheitswesen ist selten die erste Anlaufstelle für einen Hilfesuchenden Menschen. Die Familie und nahe Freunde hingegen werden zu Beginn oft um Hilfe und Unterstützung gebeten. Nur wenn diese Hilfequelle nicht zur Verfügung steht, unterbrochen oder ausgetrocknet ist, betreten professionelle Gesundheitsdienstleister die Szene. Und dann müssen wir, die wir im Gesundheitswesen arbeiten, die benötigten Kompetenzen haben. Und zuletzt: Das amerikanische Institut der Medizin hat sechs Kompetenzen aufgelistet, über die alle verfügen müssen, die im Gesundheitswesen professionell arbeiten. Diese sind 1) Nutzung evidenzbasierten/besten Wissens, 2) kontinuierliche Qualitätsentwicklung, 3) Teambasierung, 4) Nutzung von Informatik; 5) Patientenzentrierte Versorgung und 6) kulturelle Kompetenz. Ich denke, dass diese Kompetenzen ebenso gut zu den Bedürfnissen passen, die unsere Patienten äußern wie zu den hier vorgestellten evidenzbasierten Interventionen.

Haben Sie vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

63.3. Literatur

1. *World Health Organisation, The world health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001: Geneva.*
2. *Ferro, T., et al., Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. American Journal of Psychiatry, 2000. 157(3): p. 375.*
3. *Kessler, R.C., et al., Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 1994. 51,; p. 8-19.*
4. *Weissman, M.M., et al., Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. Journal of Affective Disorder, 1993. 29(2-3): p. 77-84.*
5. *Brown, G.W. and P.M. Moran, Single mothers, poverty and depression. Psychological Medicine, 1997. 27(1): p. 21-33.*
6. *Skärsäter, I., Parents with first time major depression: perceptions of social support for themselves and their children. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2006. 3: p. 308-314.*

7. Skärsäter, I., et al., *Sense of coherence and recovery from major depression: a four-year follow-up* Archives of Psychiatric Nursing 2009. 23(2): p. 119-27.
8. Skärsäter, I., et al., *Women's conceptions of coping with major depression in daily life: A qualitative, salutogenic approach. Issues in Mental Health Nursing.* 2003. 24(4): p. 419-39.
9. Skärsäter, I., et al., *A salutogenic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. International Journal of Nursing Studies,* 2003. 40(2): p. 153-62.
10. Skärsäter, I. and A. Willman, *The recovery process in major depression - an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions. Advances in Nursing Science,* 2006. 29(3): p. 245-259.
11. Gilbody, S., et al., *Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. Jama,* 2003. 289(23): p. 3145-51.
12. Bower, P. and N. Rowland, *Effectiveness and cost effectiveness of counseling in primary care. . Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006. Art. No.: CD001025. DOI: 10.1002/14651858. CD001025.pub2. (3).
13. Kendrick, T., et al., *Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry,* 2006. 189: p. 50-59.
14. Williams, J.J., et al., *Systematic review of multifaced interventions to improve depression care. General Hospital Psychiatry,* 2007. 29: p. 91-116.
15. Andersson, G., *Internet-based cognitive-behavioral self help for depression. Expert Rev Neurother,* 2006. 6(11): p. 1637-42.
16. Frazer, C.J., H. Christensen, and K.M. Griffiths, *Effectiveness of treatments for depression in older people. Med J Aust,* 2005. 182(12): p. 627-32.
17. den Boer, P.C., D. Wiersma, and R.J. Van den Bosch, *Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. Psychological Medicine,* 2004. 34(6): p. 959-71.
18. Stathopoulou, G., et al., *Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative study. Clinical Psychology: Science and Practice,* 2006. 13(2): p. 179-193.
19. Simon, G.E., et al., *Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. American Journal of Psychiatry,* 2001. 158(10): p. 1638-44.

20. Hansson, M., O. Bodlund, and J. Chotai, *Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: a randomized controlled trial. Journal of Affective Disorder*, 2008. 105(1-3): p. 235-40.
21. Sandqvist, J. and C.M. Henriksson, *Work functioning: a conceptual framework. Work*, 2004. 23: p. 147-157.
22. Vieta, E. and F. Colom, *Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. Acta Psychiatrica Scandinavia* 2004. 110 (Suppl.422): p. 34-38.
23. Bauer, M.S., *An evidence-based review of psychosocial treatments for Bipolar Disorder. Psychopharmacological Bulletin*, 2001. 35: p. 109.
24. Katon, W.J., et al., *Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. Archives of General Psychiatry*, 2002. 59(12): p. 1098-1104.
25. Bruce, M.L., et al., *Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA*, 2004. 291(1081-1091).
26. Hirai, M. and G.A. Clum, *A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. Behav Ther. , 2006. 37(2): p. 99-111.*
27. van Boeijen, C.A., et al., *Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a systematic review. . Family Practice. 2005. 22(2): p. 192-196.*
28. Andersson, G., et al., *The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. Current Opinion in Psychiatry*, 2005. 18(1): p. 73-77.
29. Spek, V., et al., *Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. . Psychological Medicine. 2007. 37(3): p. 319-328.*
30. Kaltenthaler, E., et al., *Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technological Assessment* 2006. 10(33): p. 1-168.
31. Öst, L.-G., *Tillämpad avslappning. Manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik. 2006, Stockholms universitet (In Swe.): Stockholm. .*
32. Katon, W.J., et al., *Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. Archives of General Psychiatry* 2005. 62(12): p. 1313-1320.
33. Alexopoulos G.S, et al. *Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. Am J Psychiatry. 2005; 162(4):718-24.,*

34. Hunkeler, E.M., et al., Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006. 332: p. 256-63.
35. Anderson, L., et al., Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? Review. . *British Journal of General Practice*, 2005. 5514(387-392): p. 387-392.
36. Motl, R.W., et. al., Depressive symptoms among older adults: long-term reduction after a physical activity intervention. *Journal of Behavior Medicine* 2005. 28(4): p. 385-394.
37. Dennis, C.L. and D. Creedy, Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004(4): p. CD001134.
38. Dennis, C.L., Treatment of post-partum depression, part 2: A critical review of non-biological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry.* , 2004. 95(9): p. 1252-1265.
39. Wickberg, B. and C. Hwang, Screening for postnatal depression in a populationbased Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997. 95: p. 62-66.
40. Morrell, C., et al., Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ* 2009. 338: p. 3045.
41. Solberg, L.I., et al., Effect of improved primary care access on quality of depression care. *Annals of Family Medicine*, 2006. 4(1): p. 69-74.
42. Gilbody, S., et al., Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 2006. 166(21): p. 2314-21.
43. Gensichen, J., et al., Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2006. 36(1): p. 7-14.
44. Katon, W., et al., A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care *Arch Gen Psychiatry*. *Archives of General Psychiatry*, 2001. 58: p. 241-7.
45. Sherbourne, C.D., et al., Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 2001. 58(7): p. 696-703.
46. Simon, G.E., et al., Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Medical Care*, 2002. 40(10): p. 941-50.
47. Renders, C.M., et al., Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. 2001, *Coch-*

rane Database of Systematic Reviews. CD001481. DOI: 10.1002/14651858.CD001481 (1).

48. Murchie, P., et al., *Effects of secondary prevention clinics' on health status in patients with coronary heart disease: 4 year follow-up of a randomized trial in primary care. Fam Pract, 2004. 21: p. 567-74.*

64. Der Einfluss neurokognitiver Leistungen auf den Erfolg einer Intervention zur Steigerung adhärenenten Verhaltens bei Schizophrenie

Alexa Spiekermann

64.1. Hintergrund

Das Auftreten neurokognitiver Störungen im Rahmen einer schizophrenen Störung ist weit reichend belegt. Fioravanti et al [4] resümierten im Rahmen einer Metaanalyse, dass schizophrene Patienten in den Bereichen Gedächtnis, Sprache, Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeit Beeinträchtigungen aufweisen. Aleman et. al [1] schlussfolgerten, dass neurokognitive Defizite einen wesentlichen Faktor für die geringe Krankheitseinsicht schizophrener Patienten darstellen. Ebenso konnte gezeigt werden, dass Patienten mit starken kognitiven Defiziten eine geringere Adhärenz (Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele) zeigen als Patienten mit gering gradigen Einbußen vgl. [9]. Jeste et al [7] fanden, dass neurokognitive Funktionen, insbesondere das Gedächtnis und Konzeptualisierung, einen sehr starken Prädiktor für das Ausmaß der Adhärenz schizophrener Patienten darstellen. Dieser Befund ist insofern äußerst relevant, da im ersten Jahr nach der stationären Behandlung 50% schizophrener Patienten und im zweiten Jahr weitere 25 bis 30% ihre Medikamente selbstständig absetzen mit negativen Folgen für den Erkrankungsverlauf.

64.2. Fragestellung und Hypothesen

Es soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit kognitive Defizite das Ergebnis einer Intervention zur Steigerung adhärenenten Verhaltens beeinflussen. Es wird zunächst angenommen, dass Patienten mit deutlicheren neurokognitiven Defiziten auch eine geringere Krankheitseinsicht und Adhärenz zeigen. Darüber hinaus sollten diese Patienten auch weniger deutlich von der Intervention profitieren. Zudem ist zu vermuten, dass von den untersuchten neurokognitiven Funktionsbereichen insbesondere das Arbeitsgedächtnis ein sehr relevanter Prädiktor für den Therapieverlauf darstellt.

64.3. Material/ Methode

Im Rahmen einer randomisierten- kontrollierten Interventionsstudie, wird die Effektivität einer mehrsitzigen psychotherapeutische Kurzintervention zur Steigerung adhärenenten Verhaltens, überprüft. Die Intervention wird von geschulten Beschäftigten aus der Pflege durchgeführt. Angestrebt wird eine Stichprobengröße von mindestens 130 schizophrenen Patienten, 50% werden randomisiert der Therapiegruppe, 50% der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhalten das Standardprogramm und die Teilnehmer der Therapiegruppe zusätzlich zum Standardprogramm die zu überprüfende Intervention in Form von acht zusätzlichen Gesprächseinheiten, wovon fünf Einheiten im stationären Setting und drei Einheiten im häuslichen Umfeld des Patienten stattfinden. Zu drei Messungszeitpunkten (Studieneinschluss, Entlassungszeitpunkt und katamnestische Erhebung drei Monate nach der Entlassung) werden neben der Krankheitseinsicht, der Medikamenteneinstellung, der Psychopathologie und der Adhärenz schlussfolgerndes Denken, Aufmerksamkeit, Konzentration und das Arbeitsgedächtnis erfasst.

64.4. Literatur

1. Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K.D. & David, A.S. (2006)
2. *Insight in psychosis and neuropsychological function: meta- analysis.*
3. *British Journal of Psychiatry*, 189, 204-212.
4. Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M.E., Clare, L. (2005).
5. *A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia.*
6. *Neuropsychology Review*, 15, 73-95.
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.*
8. *Schizophrenia Research*, 63, 49-58.
9. Patterson, T.L., Lacro, J., McKibbin, C.L., Moscona, S. Hughs, T., Jeste, D.V., 2002.
10. *Medication Management Ability Assessment: results from a performance-based measure in older outpatients with schizophrenia. Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 11-19

65. Arbeit auf einer Spezialabteilung für Depressionen: Frust oder Lust?

Regine Steinauer, Silvia Muff, Sandra Schärer

65.1. Hintergrund

Die Abteilung P2 der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel ist mit ihren stationären Versorgungsaufgaben eine Spezialabteilung für Menschen mit affektiven Störungen und/oder Angststörungen. Es handelt sich um eine offene, geschlechtlich gemischte Station mit 22 Betten. Die Behandlung umfasst medikamentöse und psychotherapeutische sowie sozialtherapeutische Angebote. Das Behandlungsteam besteht aus Pflegefachpersonal (24-Stunden-Präsenz), leitender Ärztin, Oberarzt, Assistenzärztinnen und Assistenzärzten und einer Sozialarbeiterin. Schwerpunkt­mässig gliedert sich die Behandlung auf der Abteilung P2 in eine: a) Akute Behandlungsphase mit Abklärungen, medikamentöser Therapie und stützender Psychotherapie und b) Stabilisations- und Rehabilitationsphase: In dieser stehen Aktivierungs- und Förderungsmaßnahmen sowie individuelle Austrittsvorbereitungen und die Planung der sozialen Reintegration im Vordergrund

Die Abschätzung der Suizidalität stellt eine tägliche Aufgabe des interdisziplinären Teams dar. Dazu werden sowohl die deutsche Version des Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NSGAR) [1], die Abschätzung der Suizidalität nach Kielholz sowie der Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität nach Pöldinger [2] verwendet.

Die Abteilung arbeitet im Bezugspflegesystem. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, Milieugestaltung, die Motivation zur Therapie, lösungsorientiertes Denken und Handeln sowie gemeinsames Erstellen der individuellen Tagesstruktur zählen zu den Hauptaufgaben der Bezugspersonen. Neben der Bezugspersonenarbeit stellen die Gruppentherapien eine weitere zentrale Aufgabe in der Arbeit mit depressiven Menschen dar. So werden Gruppenangebote wie Atemtherapie, Balancegruppe, Expositions-

training, Farbtherapie, Gedächtnisgruppe, Koch- und Backgruppe, Progressive Muskelrelaxation, Selbstmassage wie auch eine ambulante Angehörigen-gruppe von Pflegefachpersonen geleitet.

In der Schweiz werden Menschen mit affektiven Störungen meist auf allgemeinspsychiatrischen Abteilungen stationär behandelt, Spezialabteilungen für Depressionen gibt es nur vereinzelt. Die Arbeit auf einer Spezialabteilung stellt verschiedene Herausforderungen an die Mitarbeitenden [3, 4]. Trotz vieler Belastungen ist die Personalfuktuation auf der Abteilung P2 gering. Welche Herausforderungen die Pflegefachpersonen als schwierig einschätzen und welche Aspekte der Arbeit die Motivation zur Arbeit mit depressiven Menschen erhöhen, gilt es zu erfragen.

65.2. Ziele

Wissen um die grössten pflegerischen Herausforderungen und Anreize für Pflegefachpersonen auf einer Spezialabteilung für Menschen mit Depressionen.

Fragestellungen: Welche Pflegeinterventionen stellen die grösste Herausforderung in ihrem Berufsalltag dar? Welche Aspekte erhöhen die subjektive Arbeitszufriedenheit für Pflegefachpersonen auf einer Spezialabteilung für Depressionen?

65.3. Vorgehen

Ausgehend von einer Literatursuche wurden die häufigsten Pflegeinterventionen in der Arbeit mit depressiven Menschen aufgelistet. In einer schriftlichen Umfrage unter den Pflegefachpersonen der Abteilung P2 sollten diese nach Schwierigkeit eingeschätzt werden. Die Einschätzung erfolgte auf einer vierstufigen Likertskala (leicht/eher leicht/eher schwer/schwer). Die Frage nach der subjektiven Arbeitszufriedenheit konnte mit Freitext beantwortet werden. Die Ergebnisse der ersten Frage wurden deskriptiv mit SPSS 17.0 ausgewertet und dargestellt, die Antworten der zweiten Fragen wurden in Kategorien zusammengefasst und dargestellt.

65.4. Ergebnisse

11 von den 12 verteilten Fragebögen wurden von den Pflegefachpersonen der Spezialabteilung für Depressionen ausgefüllt.

65.5. Welche Pflegeinterventionen stellen die grösste Herausforderung in ihrem Berufsalltag dar?

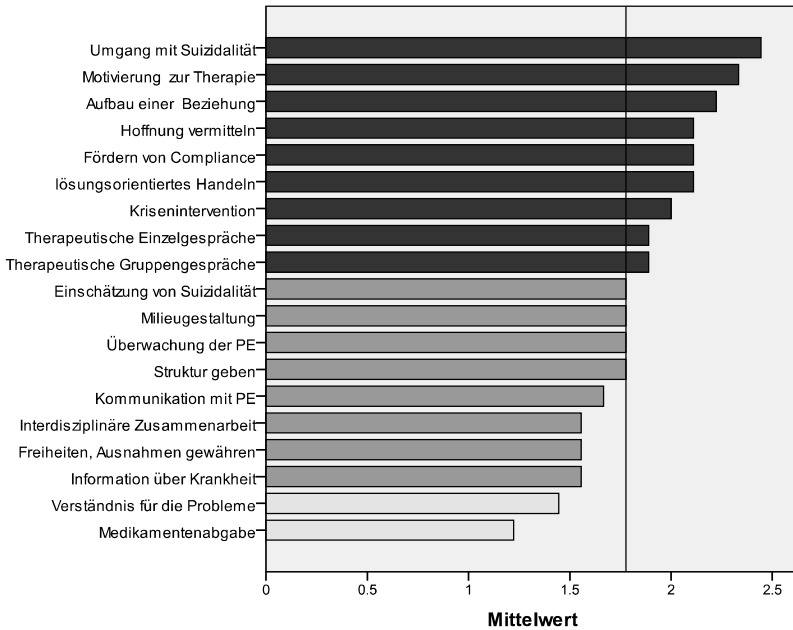


Abbildung 1 Herausforderungen

Die grösste Herausforderung sahen die Pflegefachpersonen im „Umgang mit Suizidalität“ (Mittelwert 2.36, Modalwert 3), gefolgt von „Motivation zur Therapie“ (Mittelwert 2.27, Modalwert 3) und „Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung“ (Mittelwert 2.09, Modalwert 2).

Als gering schätzten sie die Herausforderung bei den Interventionen „Medikamentenausgabe“ (Mittelwert 1.36, Modalwert 1) und Verständnis für Probleme“ (Mittelwert 1.45, Modalwert 1). Die restlichen Interventionen sind in Abbildung 1 ersichtlich.

65.6. Welche Aspekte erhöhen die subjektive Arbeitszufriedenheit auf einer Spezialabteilung für Depressionen

Die Freitextantworten liessen sich in verschiedenen Kategorien zusammenfassen. Neben einer Grundhaltung von Wertschätzung und Akzeptanz wurden sowohl ein funktionierendes Pflorgeteam, welches gut geleitet wird, als auch die Vielseitigkeit und Autonomie in der Arbeitsgestaltung als wichtiger Aspekt für die Zufriedenheit erwähnt.

- Pflorgeteam: „kollegial“, „aufgestellt“, „gut“, „transparent“, „auffan-
gend“, „unterstützend“, „hilfsbereit“, „liebenswert“, „wohlwollend“,
„kommunikativ“
- Abteilungsleitung: „Führung“, „Förderung“
- Arbeit: „Bezugspersonensystem“, „Vielfältigkeit“, „Kompetenzen“,
„Kreativität“, „Freiheit“, „Autonomie“, „Verantwortung übernehmen“,
„Neuerungen diskutieren und umsetzen“
- Patient/Innen und Patienten: „Besserung beobachten können“, „Erfolge
sichtbar“, „Ressourcenförderung“, „Nähe“
- Räumlichkeiten

65.7. Schlussfolgerungen

Es lässt sich festhalten, dass auf der vorliegenden Abteilung deutlich mehr Lust als Frust in der Arbeit mit depressiven Menschen erlebt wird. Diese positive Einstellung gegenüber der Arbeit wird vor allem der gegenseitigen Unterstützung durch das Team und durch die Leitung zugeschrieben. Mehrmals erwähnt wurde aber auch die sichtbare Verbesserung der depressiven Symptomatik während des Aufenthaltes. Dass diese positive Veränderung nicht nur die Pflegefachpersonen sondern auch die Mitpatient/innen und Patienten motivieren soll, ist einer der Gründe, welche für eine Spezialabteilung für depressive Menschen sprechen.

Auch die Vielfältigkeit und die damit verbundenen unterschiedlichsten Kompetenzen, welche eingebracht werden können, zeugen von der Attraktivität der Arbeit auf einer Spezialabteilung für Depressionen.

Es erstaunt hingegen nicht, dass die Pflegefachpersonen den Umgang mit Suizidalität als grösste Herausforderung einschätzten. 40-60% der stationär behandelten depressiven Patientinnen und Patienten zeigen eine suizidale Symptomatik, 20% treten nach Suizidversuch ein [5]. Als geeignete Massnahme im Umgang mit Suizid gelten unter anderem Training- und Präventionsprogramme für Mitarbeitende [6]. Dass die Einschätzung der Suizidalität als weniger schwierig erscheint, liegt wohl daran, dass auf der Abteilung P2 bereits seit längerem standardisierte Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Suizidalität benutzt werden und deren Anwendung immer wieder reflektiert wird.

Als eher schwierig wird der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung genannt. Gerade diese Beziehung ist aber für depressive Menschen, die sich in stationärer Behandlung befinden, sehr wichtig [7].

Durch Kreativität und Lust, Neuerungen zu diskutieren und umzusetzen, wird auf der Abteilung P2 den vielen Herausforderungen begegnet. Bleibt zu hoffen, dass sich diese positive Haltung auf die Patientinnen und Patienten der Spezialstation für Depressionen überträgt.

65.8. Literatur

1. *Kozel, B., Grieser, M., Rieder, P., Seifritz, E. & Abderhalden, C. (2007) Nurses' Global Assessment of Suicide Risk – Skala (NGASR): Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 2007, 1(1):5-17-26*
2. *Pöldinger W, Sonneck G (1980) Die Abschätzung der Suizidalität. Nervenarzt 51:147–151*
3. *Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell G, Stieglitz RD, Wolfersdorf M, Felsenstein M. & Berger M. (2004). Stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Nervenarzt. 75. 1083-1091.*
4. *Böhner, W. & Meyer, M. (2006). Affektive Störungen. In Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege — Mental Health Care. Springer Berlin Heidelberg. S. 289-295.*
5. *Wolfersdorf, M. (2003). Depressionsstationen Stand 2002. Eine Standortbestimmung. Krankenhauspsychiatrie. 14.44-48.*
6. *Käfer, Marion (2009). Sekundäre Prävention bei suizidalen Patienten aus der Sicht der Pflegeforschung - Eine systematische Literaturrecherche. http://othes.univie.ac.at/7503/1/2009-11-20_0502834.pdf*
7. *Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'ren, R., Schwärzer, F. & Eschweiler, G.W. (2003). Indicators of quality of inpatient psychiatric treatment: the patients' view. International journal for quality in health care. 15.3.213-221*

66. „Pflegeintervention Pflegeanamnese - eine Hilfe zur Selbsthilfe?“

Simone Stuhlmüller, Ansgar Brunck, Steffen Woerner, Frank Koeke, Sabine Weißflog

66.1. Hintergrund/Problemstellung

Pflegende erheben die Aktivitäten des täglichen Lebens bis heute über eine Informationssammlung in Form einer Checkliste. Diese Informationssammlung diskutierten wir innerhalb des klinischen Qualitätszirkels kritisch. Denn abgesehen von gesundheitsorientierten Kriterien des Menschen, wie Wohlbefinden und Lebensfreude, lassen sich auch nicht alle Probleme einer Checkliste zuordnen. Oft fragten wir uns, wo familiäre Belastungen, Antriebslosigkeit oder Minderwertigkeitsgefühle zu erfassen sind. Mangels Alternativen konnten wir uns dann entscheiden, ob wir Phänomene nicht erfassen oder diese interpretieren, damit sie in das Kriterienraster passen. In der Folge schlossen wir den Menschen im Pflegekontext aus.

Dadurch wurde uns deutlich, dass eine gemeinsam geteilte Sorge nach den Bedürfnissen des Menschen, einschließlich der Förderung von Selbstverantwortung und Selbsthilfe, mit diesen defizitorientierten Informationen nicht möglich ist. Wollten wir uns am tatsächlichen Bedarf des Menschen orientieren benötigen wir ein Assessment, welches die Bedürfnisse des Menschen auch erhebt.

66.2. Ziele

Unseren pflegerischen Anspruch formulierten wir über folgende Ziele

- Förderung der Selbstverantwortung und der Selbsthilfe „Hilfe zur Selbsthilfe“
- Pflegeinterventionen nach der Sichtweise des Menschen; Bedürfnis, Ziel und Ressourcen orientiert an Umwelt- und Alltagskontext
- Gemeinsame Basis durch Mitsprache und Transparenz

66.3. Vorgehen

Im Zeitraum von Juli 2008 bis Dezember 2009 entwickelten wir im Rahmen eines Praxisprojektes innerhalb der Klinik eine neue Pflegeanamnese. Diese sollte den Menschen unterstützen und damit befähigen, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen.

Die supportive (unterstützende) Pflegeanamnese ist ein gestaffeltes Assessment. Sie besteht aus den Modulen: Befindlichkeitskalen, ATL und offenen Fragen. Diese Informationen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten und zur Reflexion auch mehrmals während des Aufenthaltes erhoben werden. Je nach Befindlichkeit des Menschen wird die Anamnese durch diesen selbst oder im gemeinsamen Gespräch mit der zuständigen Bezugspflegerin erstellt. (Abbildung 1)

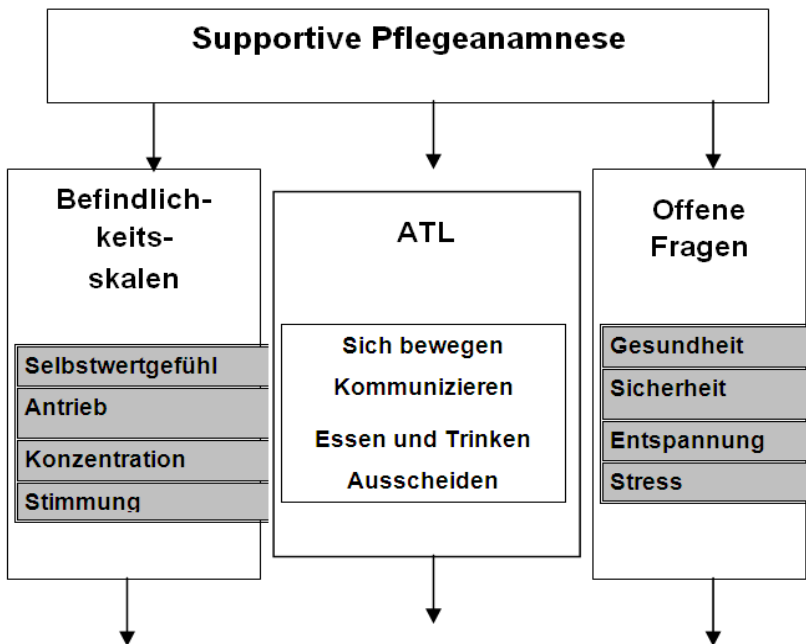


Abbildung 1: Pflegeanamnese mit Befindlichkeitskalen und offene Fragen

Der Probelauf wurde durch die Mitglieder des Qualitätszirkels in verschiedenen Behandlungssettings der Klinik durchgeführt. Durch das Feedback von Kollegen und Betroffenen erhielten wir wichtige Informationen und Anregungen um das Assessment im laufenden Prozess zu verbessern.

66.4. Ergebnisse/Erfahrungen

Nach sechs Monaten konnten wir feststellen, dass die Pflegeanamnese von Betroffenen und dem multiprofessionellen Team gleichermaßen gut angenommen wird. Folgende erste Rückmeldungen bestätigen diese Annahme:

- „...gab mir Hoffnung...“
- „Ich habe das Gefühl das ich in die Behandlung miteinbezogen werde, selbst entscheiden darf und nichts hinter meinem Rücken gemacht wird. Dadurch konnte ich mehr Vertrauen in die Behandlung und ins Team aufbauen.“
- „Ich weiß jetzt, was mein Problem ist und woran ich arbeiten will.“
- „...Ich sehe jetzt, wo ich stehe und was ich angehen will.“
- „Patienten fühlen sich ernstgenommen durch das Interesse an ihrer Person.“
- „Der Dialog zwischen Pflegepersonal und Patienten hat sich verbessert, ist jetzt lockerer.“
- „Bedürfnisse und Ziele wurden klarer.“

Nach Abschluss der ersten Probephase erhielten wir von den Kolleginnen und Kollegen Feedback und gleichzeitig wurden 55 Pflegeanamesen und Rückmeldungen der Befragten hinsichtlich der Merkmale Bedürfnis und Ziel ausgewertet.

Diese Auswertung zeigt, dass 31 Befragte die Anamnese als „...hilfreich...“ empfinden:

„...Bedürfnisse und Ziele werden schneller erkannt...“,

„...weiß woran ich arbeiten möchte.“

10 Befragte empfinden die Anamnese als „...weniger hilfreich...“:

- „...keine neuen Erkenntnisse...“, „...halt ausgefüllt...“.

12 Befragte gaben keine Rückmeldungen und 2 Befragte beantworteten den offenen Teil der supportiven Pflegeanamnese mit der Aussage:

- „zu persönlich...“, „...mit so etwas beschäftige ich mich nicht...“

Feedback der Kolleginnen und Kollegen (Gesundheits- und Krankenpflegerin, psychiatrisch-psychotherapeutische Aufnahme- und Behandlungsstation):

- „...Wochenprotokoll sehr gut, da Betroffenen angeregt werden, selbst über Stimmung, Antrieb, etc. nachzudenken.“

- „Die körperlichen und offenen Fragen geben die Möglichkeit, vieles über die Betroffene zu erfahren. Dadurch entsteht ein engerer Kontakt zu ihnen.“

- „Die offenen Fragen helfen den Betroffenen, selbst über ihr Leben nachzudenken.“

- „Durch den engeren Kontakt zu den Betroffenen fassen diese auch häufig besser Vertrauen zur Pflegeperson.“

Nach anfänglicher Skepsis der Pflegenden hinsichtlich des Mehraufwandes, interessierten uns auch diese Rückmeldungen (Gesundheits- und Krankenpflegerin, psychiatrische Intensivstation):

- „Es ist leichter eine Pflegeplanung zu erstellen, ...ich habe einen Hintergrund, ...ich habe selbst noch keine Probleme gesehen, tauchte dann durch die Anamnese auf, ...ja es rentiert sich...“
- „Für mich ist es leichter, ich habe was in der Hand..., Du hast was vor Dir, kannst nichts vergessen..., der Mehraufwand ist in Ordnung.“
- „...definitiv leichter, das mit den drei Teilen liegt mir, ...lernst den Patienten. kennen, besser einschätzen, bringt mich den Menschen näher, ...ich sehe wie der Patient zu sich selbst steht, ...Patient kann sich durch die Anamnese öffnen, ...wenn die Anamnese gemacht ist, läuft alles von alleine.“
- „Beim gemeinsamen Erarbeiten der Pflegeanamnese erkannte die Patientin was sie an ihrem bisherigen Leben verändern möchte und formulierte Ziele.“

Dieses Feedback zeigt, dass mit der *supportiven Pflegeanamnese* der Selbstverantwortungsteil der Betroffenen steigt, und Pflegende gleichzeitig, trotz des Mehraufwandes, entlastet sind.

66.5. Diskussion

Die Rückmeldungen interpretieren wir als eine gute Basis zur Genesung und Veränderung.

Gleichzeitig konnten wir feststellen, dass gerade Menschen mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung und/oder Depression das Angebot der Anamnese für sich sehr gut nutzen konnten.

So waren unter 31 Befragten, welche die Anamnese als hilfreich empfanden, 26 Befragte mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung und/oder Depression. Von diesen 26 Befragten konnten wiederum 21 ihre Ziele und Bedürfnisse klar benennen.

Was folgt nun aus diesen ersten Erkenntnissen und warum eignet sich dieses Assessment speziell für die aufgeführten Krankheitsbilder, als „Hilfe zur Selbsthilfe?“

Betroffene beantworteten uns diese Frage folgend:

„Ich denke es ist der offene Rahmen bei dem die Möglichkeit besteht sich mal alles von der Seele zu schreiben.“

„Ich kann nicht so gut reden, mich ausdrücken, beim Schreiben tue ich mir leichter.“

„Ich habe mich mit Dingen auseinandersetzen müssen die ich vorher gemieden und verdrängt habe.“

„...ich habe das Gefühl das sich jemand für mich interessiert.“

„...das Aufschreiben hat mir Hoffnung gegeben.“

„...ich habe mich als Person wertgeschätzt gefühlt.“

„Mir wurde eine andere Sichtweise der Dinge bewusst, was mir wichtig ist und wo ich hin will.“

„Ich wurde mit einbezogen, konnte mich entscheiden wie die Behandlung verläuft.“

Die Datenerhebung und Auswertung sind nicht abgeschlossen und so können wir auch noch keine abschließende Aussage treffen. Weitere Analysen sind notwendig, um die offenen Fragen beantworten zu können.

1.4. Schlussfolgerung

Aus der vorläufigen Erkenntnis heraus sehen wir das Assessment der *supportiven Pflegeanamnese* als eine wichtige Pflegeintervention, um Menschen in einer für sie belastenden Zeit zu unterstützen, zu begleiten und ihnen Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Gesehen, gehört und ernstgenommen werden, sind Grundbedürfnisse des Menschen die an der Förderung der persönlichen Entwicklung, der Selbstverantwortung und der Selbsthilfe anschließen.

67. Delegation und Substitution

Michael Theune

67.1. Hintergrund

- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Gutachten 2007
- Modelversuchsklausel im § 63 SGB V
- Aktuelle BAPP Initiative „mehr Kompetenzen – wir können mehr als man uns lässt „

67.2. Problemstellung

- Arbeitsgrundlage in der Ambulanten Pflege ist nach wie vor die Delegation von ärztlichen Leistungen
- eigene Handlungs- und Entscheidungskompetenzen existieren nicht
Widerspruch von formaler und realer Versorgungswirklichkeit
- Letztverantwortung der Ärzte vs. Durchführungsverantwortung der Pflege
- Fachpflege will, darf (kann) aber nicht in Versorgungsgestaltung einwirken

67.3. Ziele

- Darstellung der der aktuellen Lage
- Aufzeigen und Begründen von Kompetenzansprüchen in der APP

67.4. Vorgehen

- Darstellung der Kernaussagen Sachverständigenratsgutachten
- Darstellung § 63 SGB V Modelversuchsklausel
- Sammeln und Diskutieren der möglichen, erweiterten Handlungs- und Verantwortungsbereiche
- konkrete, praktische Anwendungsbeispiele zusammentragen

67.5. Ergebnisse / Erfahrungen

Bericht über die bereits stattgefundenen Sondierungen und Tendenzen

67.6. Diskussion

- Pro und Contra der Idee „mehr Kompetenzen“
- welche Eigenleistungen sollte die Pflege auch erbringen?
- wie könnte eine Qualitätssicherung aussehen?
- Braucht man die?
- Wie und warum sollten die diversen Pflegeorganisationen kooperieren?
- Wie könnte eine Umsetzung ausgestaltet werden?

67.7. Schlussfolgerungen

- sammeln konkreter weitere Aktivitäten zum Thema
- Wer kann was beitragen?

68. Ambulante Psychiatrische Pflege am Standort Andernach

Holger Thiel

Methoden der psychiatrischen Fachpflege verhindern im Rahmen eines Home treatments psychiatrische Krankenhauskarrieren.

Kommen wir dem Traum "Ambulant vor Stationär" in der psychiatrischen Versorgung näher?

Neben einem aktuell biologischen Trend, die psychischen Erkrankung auf der organisch-strukturellen Ebene zu untersuchen, finden sich Trends zu mehr Gemeindenähe (integrierte Behandlungskonzepte, Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung, zu selbständigen Wohneinheiten und zur Öffnung der Psychiatrie nach außen) und zu mehr pflegetherapeutischen Aktivitäten. In der Entwicklung der psychiatrischen Pflege wird diese Aufgabe ein zunehmend wichtiger werdendes Arbeitsfeld.

Pflegende, als Experten des Alltags, fokussieren in ihrer Arbeit neben den psychotherapeutischen Interventionen auf die Defizite des Betroffenen vor allem auch auf die noch vorhandenen Ressourcen die mit der Bewältigung des Alltags verbunden sind. Neben milieutherapeutischen Maßnahmen wie Presse/Zeitungsschau, Außenaktivitäten oder Kochen, sind Erfahrungen mit der Durchführung von spezifischen psychoedukativen Manualen Erfordernisse einer zeitgemäßen psychiatrischen Pflege.

In der APP Andernach werden evaluierte Psychoedukationsmanuale für die Hauptstörungsgruppen (F20 bis F25, F31 bis F33 und F41) bifokal angeboten. Eine besondere Stellung erhält das diagnoseübergreifende Manual zum "Training Emotionaler Kompetenzen" (TEK) von Prof. Matthias Berking. Aktuelle Forschungsergebnisse machen deutlich, welche bedeutsame Rolle emotionale Kompetenzen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen spielen. Dies impliziert, dass diese Kompetenzen in der Behandlung systematisch gefördert werden sollten. Vor diesem Hinter-

grund wurde an der Universität Bern das Training Emotionaler Kompetenzen (TEK) entwickelt. Dieser Ansatz ist als begleitende Interventionsmaßnahme zur Ergänzung störungsspezifischer Interventionen konzipiert. Das TEK fördert gezielt die emotionalen Kompetenzen, die sich für die psychische Gesundheit als besonders wichtig erwiesen haben.

- Stressregulation verbessern
- Selbstwertregulation stärken
- Umgang mit negativen Gefühlen optimieren
- Lebenszufriedenheit erhöhen
- Bewältigung psychischer Störungen und Probleme fördern
- Therapieerfolg stabilisieren
- Rückfälle verhindern helfen

Seit dem Start der „Ambulanten Psychiatrischen Pflege“ (April 2007) werden die Behandlungsprozesse für alle Patienten anhand der NANDA-Pflegediagnosen abgebildet. Sie sind die Grundlage für die Begutachtung/Genehmigung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Das KIS im Landeskrankenhaus ermöglicht es den MitarbeiterInnen der APP in ca. 20 Minuten einen durchschnittlich drei Seiten umfassenden individuellen Behandlungsplan zu erstellen.

Monitoring/Verlaufsmonitoring (z.B.: BDI, HAMD, BAI, PAS) als qualitätssichernde Maßnahme sichert die Ergebnisse unserer Arbeit und dient als Beobachtungsinstrument, insbesondere bei der Verlaufsbewertung. Der Umgang mit diesen Messmethoden ist eine wichtige Komponente der Ambulanten Psychiatrischen Pflege und hilfreich bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen. Auch konnte sich der MDK durch ein Verlaufsmonitoring im Zweifelsfall für die Weiterführung einer ambulanten psychiatrischen Versorgung entschließen.

68.1. Lernziele des Vortrags

- Strategien, mit den Krankenkassen eine Kostendeckung zu verhandeln
- Sicherer Umgang mit dem medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Konzept hilfreicher Fortbildungen für MitarbeiterInnen der ambulanten psychiatrischen Pflege

69. Einführung Bezugspflege: Zusammenspiel zwischen Fachentwicklung und Management

Reinhard Truffer, Sabine Hahn

69.1. Hintergrund

Das Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) ist eine der drei psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern (CH) und untersteht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, welche in der Leistungsvereinbarung den Behandlungs- und Ausbildungsauftrag definiert.

Das PZM gliedert sich in drei Bereiche; die Fachklinik für Psychiatrie, die Fachklinik für Alterspsychiatrie, und den Bereich Wohnen und Arbeiten.

Anlässlich eines Workshops mit den Stationsleitungen und den Fachklinikleitungen stellten wir fest, dass Bezugspflege zwar als Begriff in aller Munde war, über die Inhalte der Bezugspflege aber grundlegende Unterschiede vorlagen. Insbesondere wurde die Rolle einer Bezugsperson mit den dazugehörigen Aufgaben völlig unterschiedlich verstanden.

Aus diesem Grund wurde im 2007 durch die Stationsleitungen Pflege, mit Unterstützung des Bereichs Bildung und Pflegeentwicklung, ein klinikübergreifender Standard Bezugspflege entwickelt. Der Standard basiert auf den Empfehlungen zur Terminologie und den Qualitätsnormen von Needham & Abderhalden [1-3].

69.2. Auftrag und Projektstart

Die Pflegedirektorin erteilte den Auftrag, Bezugspflege auf allen 18 Stationen des PZM einzuführen und umzusetzen. Ein Projektplan wurde erstellt in dem Zielsetzungen erarbeitet und der Verlauf des Projekts ausführlich geplant wurde.

Die Zielsetzung des Projekts beinhalteten folgende Punkte:

- Das Einführungsprojekt schafft die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung des Standards auf Stationsebene.

- Jede Station hat ein stationsspezifisches Konzept zum Pflegestandard Bezugspflege erarbeitet, das dem Auftrag der Station entspricht.

69.3. Analyse und Projektorganisation

Die Situations- und Risikoanalyse im Rahmen der Projektplanung zeigten auf, dass neben der Pflege alle Gruppen der therapeutischen Teams vom Thema betroffen sind. Es wurde angenommen, dass die Klärung der Schnittstellen in Bezug auf diese Personengruppen und den Erfolg des Projekts von grösster Wichtigkeit sein würde. Neue Arbeitsabläufe und veränderte Zuständigkeiten könnten unterschiedliche Konfliktfelder bieten, die durch die Führungspersonen der Stationen und der Fachkliniken bearbeitet werden müssten.

Weiter wurde eingeschätzt, dass die Pflegepersonen selber eine Risikogruppe darstellten. Die Rolle der pflegerischen Bezugspersonen würde zu Beginn ungewohnt sein. Ein umfassende Begleitung, ein Beratungs- und Schulungskonzept würde daher von grösserer Wichtigkeit sein.

Ein weiteres Risiko stellte der noch wenig in der Praxis und im Pflegealltag verankerte Pflegeprozess dar. Zudem fehlten einige Instrumente für die Umsetzung des Pflegeprozess. Es mussten daher Instrumente im Pflegeprozess entwickelt und eingeführt werden, welche für die Übernahme der Rolle der pflegerischen Bezugsperson wichtig sein würden.

Als förderlich eingeschätzt wurde die gleichzeitig mit dem Projektstart im PZM begonnen Festlegung der die Soll – Prozesse der Behandlung. Da die Leiterinnen der Fachkliniken als Prozesseigenerinnen eingesetzt wurden, konnten sie die Aufgaben der pflegerischen Bezugsperson laufend in die Prozesse einfliessen lassen.

69.4. Projektorganisation und Durchführung

Um das Zusammenspiel zwischen Entwicklung und Management zu sichern wurde eine komplexe Projektorganisation gewählt welche neben einer internen Projektleitung und –gruppe eine intensive externe Projektberatung und Projektevaluation beinhaltet.

Die Projektleitung oblag dem Leiter Bildung des Psychiatriezentrums. Mit der Beratung wurde Frau Prof. Sabine Hahn vom Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule betraut. Ihr und ihren Mitarbeitenden oblag ebenfalls die Begleitevaluation dieses Projekts.

In den folgenden Ausführungen werden ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse aufgezeigt, die sich an den grundlegenden Postulaten Leadership orientiert, wie sie von Theofanidis D., Dikatanidou S. (2006) [4] umschrieben werden.

69.4.1. Visionen inspirieren

Die Erarbeitung eines übergeordneten Standards für alle Fachbereiche des PZM zeigte, dass die grundlegenden Anliegen der Bezugspflege in allen Bereichen dieselben sind und welche Ergebnisse und Erwartungen mit der Einführung der Bezugspflege erhofft wurden. Das unterschiedliche Verständnis der Rolle der pflegerischen Bezugspersonen machte allen klar, welcher Handlungsbedarf bestand.

69.4.2. Raum haben fördert die Entfaltung

Wir gingen davon aus, dass die Organisation der Bezugspflege den lokalen Eigenarten der Stationen mit ihrem unterschiedlichen Auftrag Rechnung tragen muss. Basierend auf den übergeordneten Standard Bezugspflege wurden die Stationen beauftragt mit Hilfe von Rahmenvorgaben die Umsetzung der Bezugspflege in einem stationsspezifischen Konzept darzustellen. Dies bewirkte eine starke Integration der Pflorgeteams und der interdisziplinären Teams in die Projektarbeit.

69.4.3. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wecken

Eine der wichtigen Erfahrungen war, dass alle in schwierigen Situationen mit gegenseitiger Unterstützung rechnen konnten auch im interdisziplinären Team. In dieser Phase war für die Pflegenden einerseits die Unterstützung der Stationsleitungen wichtig und andererseits die Ermunterung und die

Anerkennung für gelungene Leistungen durch die Fachklinikleitungen sehr zentral.

69.4.4. Innovationen schaffen Anreiz

Wir stellen fest, dass für die Wahrnehmung der Rolle der Bezugsperson die Schaffung eines Instruments für eine zuverlässige und schnelle Erfassung des Pflegebedarfs notwendig ist. Die vorhandene Pflegeanamnese war zu aufwendig und entsprach nicht mehr den Anforderungen der Pflege. Ein neues Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs wurde entwickelt, evaluiert und eingeführt. Die wichtigsten Pflegeprobleme konnten so unterstützt durch ein Punktesystem erfasst werden. Aufbauend darauf konnten Pflegeziele festgelegt und mit den wichtigsten Interventionen verbunden werden.

Ein weiteres flankierendes Instrument war die pflegerische Fallbesprechung. Fallbesprechungen wurden bis zur Einführung der Bezugspflege vor allem interdisziplinär durchgeführt. Unter Einbezug der Gruppe der Pflegefachpersonen mit Höher Fachausbildung in Pflege Stufe 1 wurden die Grundlagen für die pflegerische Fallbesprechungen geschaffen. Wir erarbeiteten organisatorische sowie strukturelle Bedingungen und verschiedene Hilfsmittel zur Durchführung der Fallbesprechung und führten diese parallel zur Bezugspflege ein.

69.4.5. Stärkung der Führung und der Mitarbeitenden geben Sicherheit

Die Stärkung der Führung wurde durch drei Angebote gesichert:

- Informationsveranstaltungen für die einzelnen Teilprojektgruppen und für alle interdisziplinären Teams zur Einführung der Instrumente und Auseinandersetzung der damit zusammenhängenden Rollenveränderung.
- Ein breites Beratungsangebot. Dies ermöglichte es den Stationsleitungen die anstehenden Fragen und Unsicherheiten mit Hilfe einer externen Beraterin anzugehen und zu bearbeiten. Bezugspersonen und Teams ermöglichte die direkte externe Beratung Umsetzungsprobleme zu Reflektieren und konstruktive Lösungen zu erarbeiten.

- Schulungsangebote ermöglichten allen Bezugspersonen sich mit der Rolle der Bezugspflege auseinanderzusetzen und bestimmte Fähigkeiten zu üben und zu trainieren.

69.4.6. Gemeinsames Lernen im Wandel stiftet Sinn

Bei der Einführung wurden die individuellen Geschwindigkeiten einzelner Stationen akzeptiert. Den lokalen Eigenheiten konnte so Rechnung getragen werden. Die individuelle Basis für das Lernen und Arbeiten an der Umsetzung sicherten die Ergebnisse der Begleitevaluation und ihre Bearbeitung. Ferner wurde durch den gezielten Einsatz von regelmässigen Besprechungen zwischen den Leitungspersonen der Fachkliniken und den Stationsleitungen die Umsetzung disziplinar und interdisziplinär unterstützt und als fester Bestandteil dieser Leitungsgesprächen implementiert.

Zur Überprüfung, wie vollständig die Bezugspflege umgesetzt wird, wurden interne Audits genutzt. Diese Audits mit Kernthema Bezugspflege, lieferten wichtige Erkenntnisse für die Weiterarbeit. Sie konnten in die Schlussevaluation integriert werden und ermöglichen auch nach Projektabschluss die Weiterentwicklung und Umsetzung der Bezugspflege.

69.5. Ergebnisse und Erfahrungen

Mittels der Evaluationsergebnisse konnten erfolgreich erreichte Zielsetzungen und noch bestehende Problemfelder ermittelt und sichtbar gemacht werden. Wichtige Verbesserungsmassnahmen für die weitere erfolgreiche Umsetzung der Bezugspflege im PZM wurden aufgezeigt.

69.5.1. Erfolge in der Umsetzung und Zielerreichung

Im Projekt war die Zusammenarbeit zwischen Projektleitung, externer Projektberatung, den Projektorganen und insbesondere mit den Stationsleitungen sehr gut. Dies förderte die Motivation und das Interesse, auch in schwierigeren Zeiten konstruktiv an der Projektumsetzung weiter zu arbeiten.

Die Kernanliegen des Konzepts Bezugspflege sind im Pflergeteam und im interdisziplinären Team bekannt.

Die Bezugsperson kennt ihre Aufgaben, die Organisation der Zuteilung einer Bezugsperson ist im Alltag integriert. Jeder Patient auf der Station hat spätestens nach 3 Tagen eine Bezugsperson, die explizit für den Pflegeprozess verantwortlich ist und dem Patienten bekannt ist.

Bei einer Abwesenheit von mehr als 5 Tagen setzt die Bezugsperson eine Stellvertretung ein, die über die Abmachungen mit den Patienten informiert ist.

Die pflegerischen Erstgespräche zur Erfassung des Pflegebedarfs und die Fallbesprechungen sind eingeführt und werden konzeptgerecht durchgeführt.

Die Bezugspersonen führen die nach dem jeweiligen Stationskonzept notwendigen Gespräche mit den Patienten und dokumentieren diese.

In der Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team ist die Rolle der Bezugsperson klar. Ihre Informationen werden in Rapporten, etc. mit einbezogen.

Grundsätzlich wird die neue Funktion der pflegerischen Bezugsperson von allen Beteiligten begrüsst. Es ist spürbar, dass alle Mitarbeitenden motiviert sind, und versuchen das Konzept im Alltag umzusetzen.

Der Stand der Konzeptumsetzung ist auf jeder Station unterschiedlich, und schreitet voran.

69.5.2. Problemfelder

Für die Integration der pflegerischen Bezugspersonen in interdisziplinäre Besprechungen muss noch stark geworben werden. Mängel zeigen sich vor allem deutlich in der Terminvereinbarung der Standorts- und Verlaufsgespräche, an denen die pflegerischen Bezugspersonen teilnehmen sollen. Termine werden noch zu häufig auf die anderen Berufsgruppen abgestimmt, zu spät geplant oder die Kapazität der Bezugsperson nicht berücksichtigt.

Die Evaluation des Konzepts mit hospitalisierten Patienten zeigte auf, dass es offensichtlich nur bei ca. 50 % der Patienten gelingt, gemeinsam mit diesen Massnahmen zu vereinbaren und noch weniger häufig werden die Pflege-massnahmen auch mit den Patienten ausgewertet.

Das Erstellen von Pflegeplänen mit den Patienten scheint Probleme zu verursachen. Dies in Bezug auf:

- Pflegeplanung, Verständlichkeit der Formulierungen und Integration ins Team.
- Relevante Pflegeziele zu definieren, Zielkonflikte (Pat. hat andere Ziele wie Pflege) regelmässige Anpassung der Pflegeplanung.

Das Erstellen von standardisierten Pflegeplänen muss genauer geprüft werden.

Strukturell / organisatorische Elemente müssen im Auge behalten werden, wenn sie die Bezugspflege nicht gefährden sollen.

- Bezugsgespräche benötigen Zeit. Diese ist im „dichten befrachteten Wochenprogrammen“ nicht immer in genügendem Masse vorhanden.
- Auch müssen die Ferienvertretung, die Vertretung bei längeren Absenzen kritisch überprüft und gesichert werden.
- Zuwenig Personal über längere Zeit, zu viele Patienten für eine einzelne Bezugsperson, Schicht- und Nachtarbeit können die Bezugspflege gefährden.

69.5.3. Empfehlungen der Projektleitung für ähnliche Projekte

Genügend Vorbereitungszeit und eine klare Projektbeschreibung mit Risikoanalyse bildet die unerlässliche Grundlage für ein so gross angelegtes Projekt. Die Aufteilung der Stationen in Gruppen mit ähnlichem Auftrag und die Staffelung der Entwicklung und Einführung hat sich sehr bewährt. Der Entwicklung des Konzeptes, insbesondere aber auch den notwendigen Anpassungsarbeiten, muss genügend Zeit eingeräumt werden.

Die Projektberatung der Stationen von der internen Projektleitung zu trennen hat sich in diesem Projekt bewährt und ist erfolgreich gewesen.

Die gezielte Rückmeldung der Evaluationsergebnisse an die betroffenen Pflegepersonen war wichtig und bildete die Datengrundlage für die Leitungsgespräche zwischen den Fachklinikleitungen und Stationsleitungen. Für ähnliche Projekte muss früher überlegt werden, wie die Projektleitung die Führung des Projekts in der Hand behält und gleichzeitig die Fachklinikleitungen intensiver in den Veränderungsprozess integriert bleiben.

Zu Beginn des Projekts war der Beratungsbedarf wesentlich grösser als der Schulungsbedarf. Der Schulungsbedarf entwickelte sich mit dem Fortschreiten des Projekts zunehmend.

69.6. Schlussfolgerungen

Bis zum Zeitpunkt des Projektabschlusses Ende 2009 konnten alle Grundlagen für die Umsetzung der Bezugspflege entsprechend dem Auftrag geschaffen werden. Die sorgfältige Projektplanung und die intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegemanagement, Projektleitung und externer Beratung haben sich in Bezug auf die Durchführung und die Verankerung der Projektarbeit bewährt. Die Bezugspflege wurde erfolgreich eingeführt und konnte auf allen Stationen umgesetzt werden und basiert nun auf dem einheitlichen Standard des PZM.

Jede Station hat ein stationsspezifisches Konzept erarbeitet, das dem Auftrag der Station entspricht, den aktuellen zur Verfügung stehenden Ressourcen der Station gerecht wird und die Anforderungen des Pflegestandards Bezugspflege erfüllt.

Die Hilfsmittel und Instrumente, die zur erfolgreichen Umsetzung des Pflegestandards Bezugspflege und des darin enthaltenen Pflegeprozess auf den Stationen notwendig sind wurden entwickelt, evaluiert und eingeführt.

Mit dem Projekt sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung des Standards auf Stationsebene geschaffen worden und jede Station kann das stationsspezifische Konzept Bezugspflege erfolgreich umsetzen.

Im Schlussbericht [5] und in der Schlussevaluation [6] sind die Inhalte dieses Artikels ausführlich beschrieben.

69.7. Literatur

1. *Abderhalden C, Needham I (1999) Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer Delphi-Studie (Master's Thesis). Universität Maastricht, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft*
2. *Needham I, Abderhalden C (2002) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych Pflege 8:189-193*
3. *Needham I, Abderhalden C. (2000) Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen*
4. *Theofanidis D., Dikatanidou S. (2006) Leadership in Nursing. ICUS Nurs Web J (25)1-8*
5. *Hahn S, Truffer R (2010) Schlussevaluation des Projekts Bezugspflege der Pflegedirektion des Psychiatriezentrums Münsingen CH.*
6. *Truffer R. (2009) Schlussbericht des Projekts Bezugspflege der Pflegedirektion des Pslychiatriezentrums Münsingen CH.*

70. Das systemische Pflegemodell zur Familien- und Umweltorientierten Pflege in der Anwendung bei Menschen mit Depressionen in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

70.1. Einführung

Die Depressionsbehandlung ist im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege eine komplexe Aufgabenstellung, da die Erkrankung selten unabhängig vom Umfeld und der Familie des Betroffenen gesehen werden kann [1]. Im Gegensatz zu der klinischen Psychiatrie, wo der Betroffene sich zur Behandlung aus dem System herausnimmt und die Familie meist noch als ein Informationsträger gesehen wird, wird die Pflegefachkraft im ambulanten Feld in der Häuslichkeit des Patienten in einem sehr viel höheren Maße Teil des Systems und erlebt den Betroffenen in Interaktion mit den Systemstrukturen [2]. Der betroffene Mensch ist Teil des Familiensystems und interagiert mit diesen Strukturen. Gerade psychiatrisch Pflegende in der Klinik erleben es immer wieder, dass Betroffene sich in der Klinik bessern und bei der Rückkehr in das ursprüngliche, durchaus pathologische System, wieder zum Symptomträger der Familie werden [3]. Die ambulante psychiatrische Pflege kann daher als Chance verstanden werden, durch gezielte Pflegeinterventionen indirekt auf das Familiensystem Einfluss zu nehmen, so dass eine nachhaltige Verbesserung des Zustandes des Betroffenen erreicht werden kann [4]. Die Ansatzpunkte zur Verbesserung des Gesamtzustandes des betroffenen lassen sich meist nur in einer umfassenden – holistischen Sichtweise finden [5]. Dazu ist es notwendig im Rahmen des Assessments und der Festlegung der angemessenen Pflegeinterventionen sich auch eines Pflegemodells zu bedienen, welches dem Metaparadigma der Pflegewissenschaft „Umwelt“, „Mensch“, „Gesundheit“ und „Pflege“ und einem holistischen Ansatz folgt [6]. Die Pflege-theorie des systemischen Gleichgewichts in

der familien- und Umweltbezogenen Pflege kann auf diesem Wege sehr hilfreich sei [5].

70.2. Das Modell der Familien- und Umweltorientierten Pflege

Der Mensch ist bestrebt ein angstfreies und sinnvolles Leben zu führen. Das Leben erscheint dann sinnvoll, wenn es auf klar definierten Werten, die unumstritten in die Tat umgesetzt werden können, beruht. Das eigentliche Menschsein, das Verstehen des Lebens, sowie das intellektuelle und emotionale Menschsein wickelt sich im Prozess der Individuation ab. Individuationsprozesse können sich allerdings nur in einem relativ angstfreien Zustand entfalten und sind deshalb angstbekämpfende systemische Vorgänge untergeordnet. Nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts entsteht Angst, wenn Energie nicht frei horizontal und vertikal durch die systemische Hierarchie fließen kann.

In ihrem täglichen Leben versucht die Person, ihre Angst zu bekämpfen, um Kongruenz zu erreichen, indem sie ihre systemischen Ziele und Prozesse jenen des Systems ihres Umfeldes anpasst. Das menschliche Verhalten richtet sich deshalb auf die vier Ziele: Stabilität, Wachstum, Regulation / Kontrolle und Spiritualität. Die möglichen Verhaltensweisen, die zu diesen Zielen führen, können in vier definierte Dimensionen eingeteilt werden: Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation. Im Laufe seiner Entwicklung und im Umgang mit seiner Welt eignet sich der Mensch einen ihm persönlichen entsprechenden Lebensprozess an, in dessen Rahmen er sich verhält und die vier Ziele anstrebt.

Die Ziele der Regulation / Kontrolle und Spiritualität dienen zur Erhaltung des Systems und zur Bekämpfung der Angst. Der Mensch entwickelt Schutzsysteme, in denen er angstfrei existieren kann und nicht einem Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit ausgesetzt ist. Dabei ist das Ziel der Regulation / Kontrolle von großer Wichtigkeit, denn dadurch ist dem Menschen möglich sind in die ihn umgebenden Systeme und Subsysteme einordnen, auch Schicksalsschläge und Gefahren abzuwehren sind. Auch die beiden anderen Ziele, Stabilität und Wachstum, dienen zur Bekämpfung von Angst und zur Erhal-

tung des Systems. Die Fähigkeit Stabilität zu erreichen, nennt man Morphostase. Es handelt sich dabei um kompensierende Rückkopplungsprozesse. Das System ist bestrebt, störende Wirkungen rückgängig zu machen um das vorherige Gleichgewicht, Homöostase genannt, wiederzuerlangen. Das Ziel des Wachstums geschieht dagegen anhand eines Rückkopplungsprozesses, der zur Strukturänderung oder Morphogenese im System führt.

Nach der Theorie sind auf diese vier Ziele die vier oben genannten Verhaltensdimensionen ausgerichtet. Systemerhalt ist sowohl auf das Ziel der Stabilität als auch Regulation / Kontrolle ausgerichtet. Es umfasst Selbstpflegehandlungen [7], die dem körperlichen und geistigen Wohl dienen, wie Schlafen, Bewegung, Arbeit und Erholung, Ernährung, Freizeitgestaltung und kulturelle und intellektuelle Aktivitäten. Viele dieser Aktivitäten sind seit der Kindheit trainiert und laufen in täglichen Routinen und Mustern ab. Da sie eine stabile kontrollierbare Organisation darstellen und der Person ein Gefühl von Sicherheit geben, sind solche Routinen oft nur unter Schwierigkeiten zu ändern. Zur Systemänderung benötigt der Mensch Druck von innen oder außen oder zumindest eine Unzufriedenheit mit der bestehenden Situation. Handlungen, die zur Systemänderung führen, geschehen durch Prozesse, die das Ziel der Regulation / Kontrolle sowie das Wachstum anstreben. Die Kohärenzdimension drückt den Zusammenhang der menschlichen Subsysteme aus. Sie erfasst jene Handlungen, die den Zielen der Stabilität und Spiritualität führen. Durch erfolgreiche Kohärenzaktionen erreicht der Mensch ein Gefühl der Ganzheit, des inneren Friedens und Selbstsicherheit. Er erkennt seine Grenzen und akzeptiert Schwächen, aber sieht gleichzeitig seine Fähigkeiten und setzt diese mit Mut in Leistungen um. Die Dimension der Individuation und die damit verbundenen Handlungen sind nur dann möglich, wenn die Person die innere Stärke besitzt sich nach Außen zu entfalten. Individuation führt zur Spiritualität. Individuation ist auch ein Wachstumsprozess. Handlungen der Individuation umfassen intellektuelle und körperliche Aktivitäten, die das Verständnis erweitern und die Person selbst und die Mitmenschen fördern. Dies kann eine soziale Aufgabe, die Berufsausübung,

kritisches Nachdenken über Erlebnisse, neue Erkenntnisse durch Reisen und vieles mehr sein.

Zusammenfassend sind es die Handlungen im Rahmen der vier Prozessdimensionen, die im Einklang mit den vorhandenen Grundbedingungen von Raum, Zeit, Energie und Materie stehen und zu den vier systemischen Zielen führen

- Systemerhaltung und Systemänderung fördern Regulation /Kontrolle
- Kohärenz und Individuation führen zu Spiritualität
- Systemänderung und Individuation bedeuten Wachstum
- Systemerhalt und Kohärenz fördern Stabilität
- Diese Ziele und Dimensionen gelten für die einzelne Person als auch für das Familiensystem und können in abgewandelter Form auch auf die gesamten Familienprozesse übertragen werden.

70.3. Praktische Anwendung

Die Pflege nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts wird im Idealfall, gemäß der Interaktionstheorie nach Peplau, gemeinsam, offen und aufrichtig ausgeführt [8]. Im Gegensatz zur somatischen Anwendung des Modell, wo die Ziele der Spiritualität und des Wachstum im Vordergrund stehen, zeigt sich im psychiatrischen Bereich eher der Schwerpunkt bei den Zielen der Regulation / Kontrolle und Stabilität, da gerade Patienten mit Depressionen eine starke Instabilität und Kontrollverlust erleben.

Im Rahmen der psychiatrischen Pflege nimmt die umfassende Anamnese eine wichtige Rolle ein. Die Anamnese gibt dem Pflegenden als auch dem Patienten eine reflektierende Sichtweise auf die gelebten Systemstrukturen des Betroffenen. Durch die reflektierende Analyse der Prozessdimensionen können die Problempunkte herausgearbeitet und dementsprechende Handlungsverbesserungen gemeinsam als Pflegeinterventionen definiert werden. Es zeigte sich in der praktischen Anwendung bei psychisch kranken – hier insbesondere bei depressiven Patienten – dass es eine deutliche Verschiebung zwischen den Prozessdimensionen gab, d.h. versucht der Patient so-

wohl Stabilität und Regulation / Kontrolle über sein System zu erhalten, zeigt aber deutliche Defizite im Bereich der Kohärenz und der Systemänderung auf, muss er zur Vermeidung von Angst des Systemzusammenbruch extrem viel in dem Bereich Systemerhalt tun, was zu Erstarrung der eigenen Person führt und dem reinen Existieren in Funktionalität. Diese Handlungen führen wiederum zum Zusammenbruch bis hin zur Kapitulation – dem Suizid. Dies soll in folgenden Beispielen veranschaulicht werden.

70.4. Praktische Beispiele

Das systemische Gleichgewicht bei Depression und Angst – Herr G.

Herr G. wurde mit der Diagnose der Schwere depressiven Episode (F 32.2) und einer Panikstörung (F 41.0) in die ambulante psychiatrische Pflege aufgenommen. Herr G. ist Sozialarbeiter und seine Ehefrau Leiterin eines Jugendheims. Herr G. ist von seiner Persönlichkeit schon seit jeher ein ängstlicher und verunsicherter Mensch gewesen. Die Depression kam zum Ausbruch als sein Sohn an einer schizophrenen Psychose erkrankte und es zu vermehrten innerfamiliären Konflikten mit dem Sohn und zwischen dem Ehepaar kam. Herr G. konnte diese Konflikte kaum klären. Er zeigte auf der Arbeit zunehmende Paniksyndrome, die er für sich abgetrennt von der Familienproblematik sah und zu einem klinischen Aufenthalt führte. Nach dem Aufenthalt wurde er in die APP übergeleitet, da sich seine Ängste zwar innerhalb der Klinik aber nicht außerhalb reduzierten.

Systemerhalt

Es zeigte sich in den Selbstversorgungsstrukturen, dass Herr G. dort fast zwanghafte Strukturen und Rituale vorwies. Er sah sich in der Verantwortung als Familienoberhaupt, die er aufgrund seiner Ängste nur unzureichend übernehmen konnte. In der persönlichen Beziehung klammerte er sich an seiner Ehefrau, die ihn als Schwächling ablehnte und ihn dies auch deutlich spüren ließ. Er versuchte sich krampfhaft die inneren Strukturen seiner zerbrechenden Familie aufrecht zu erhalten und konnte sein Haus allein kaum noch aushalten. Er erwarte von seiner Frau, dass sie sich Zuhause aufhielt,

war dies nicht der Fall, hielt er sich nur noch mit sinnentleerten Tätigkeiten in der Stadt auf.

Kohärenz

Herr G. hatte keinerlei innere Ruhe und akzeptierte die Rolle des Schwächlings. Er hatte deutliche Defizite im Bereich der Akzeptanz eigener Schwächen, der Konfliktfähigkeit und zeigte einen ausgeprägten Selbstwertmangel.

Individuation

Herr G. hatte seine Tätigkeit als Sozialarbeiter früher mit Herzblut ausgefüllt, wo die Arbeit durch Umstrukturierungsmaßnahmen und Versetzungen immer Sinnentleerter für ihn wurde. Auch habe er für sich in den familiären Aufgaben eine sehr wichtige Rolle gesehen, die durch die Erkrankung des Sohnes und die Ablehnung der Ehefrau sehr stark erschüttert wurden. Er versuchte nun es allen stets Recht zu machen.

Systemveränderung

Herr G. hatte ausgeprägte Ängste vor einer Systemänderung. Dabei spielte insbesondere mögliche Beziehungsabbrüche eine große Rolle.

Pflegeinterventionen

Aufbauend auf die Anamnese war eine deutliche Hyperaktivität in den Bereich des Systemerhalts und der Individuation erkennbar, während eine deutliche Reduktion in der Kohärenz und große Angst vor Systemveränderung erkennbar war. Diesen beiden Faktoren wurde in den Fokus genommen und Handlungen erarbeiten, die eine verbesserte Kohärenz und Herrn G. das Zulassen von Systemänderung gestatteten. Dadurch war eine Entlastung im Bereich des Systemerhalts und der Individuation möglich. Herr G. entwickelte eine andere Umgangsweise mit sich selbst und in der Beziehung zu seiner Ehefrau, was das Familiensystem für sich auch wieder für alle Parteien tragbar macht.

70.5. Literatur

7. *Stuart G. 2005, Emotional Responses and Mood Disorders; in Stuart/Laraia, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition, Elsevier, Missouri*
8. *Grossman J.2005; Family Interventions; in Stuart/Laraia, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition, Elsevier, Missouri*
9. *Vaughn C.E. & Leff J.P.1976; The influence of the family and social factors on the course of psychiatric illness, In: British Journal of Psychiatry; 129; 125 – 137*
10. *Finkelman A.W. 1997; Psychiatric Home Care; Aspen; Gaithersburg*
11. *Köhlen C. & Rička R.2003; Die Theorie des systemischen Gleichgewicht sind der familien- und umweltbezogenen Pflege; in Friedmann/Köhlen; Familien- und Umweltorientierte Pflege; 2. Auflage, Huber Verlag, Bern*
12. *Fawcett J. 1998, Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick, Huber Verlag, Bern*
13. *Cavanagh S.J. 1997; Pflege nach Orem; Lambertus, Freiburg*
14. *Peplau H.E. 1995; Interpersonelle Beziehungen in der Pflege; Recom, Basel/Eberswalde*

71. Abstract: „Qualitätsoptimierung durch EDV-gestützte Pflegeplanung“

Ingo Tschinke

Der Workshop gewährt Einblick in die Welt der digitalen Pflegeplanung mit einem modernen Software-System, das in Kooperation mit der BAPP e.V. (Bundesinitiative Ambulanter Psychiatrischer Pflege) speziell für ambulante psychiatrische Pflege entwickelt wurde. Diskutiert werden inhaltliche Fragestellungen der Pflegeplanungs-Modelle (insbesondere POP) und deren technische Umsetzung im Rahmen der PAPP-Softwareplattform. Langfristiges Ziel ist qualitative Optimierung der Pflegeplanung durch die Etablierung eines Standards für die ambulante psychiatrische Pflege sowie die Definition einer einheitlichen EDV-Schnittstelle.

72. Die Rolle Psychiatrisch Pflegender im Rahmen der Behandlung von Depression und suizidalem Verhalten aus Sicht der europäischen Union

Roland van de Sande, Martin Ward

Deutsche Bearbeitung: André Nienaber und Michael Schulz

72.1. Einleitung

Eine kürzlich erschienene große europäische Studie von Alonso et al. [1] verweist auf eine Versorgungslücke in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Durchgeführt wurde diese epidemiologische Studie in Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande und Spanien. Darin werden mehrere Empfehlungen abgegeben, wie Zugang und Nutzen zu allgemeinen und spezialisierten Gesundheitsdiensten in der gemeinsamen Versorgung zu verbessern sind und wie deren Effektivität und Effizienz gesteigert werden können.

6,5 Millionen Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (die größte Anzahl von Arbeitskräften im Gesundheitswesen überhaupt) sind in Europa an vorderster Stelle in eine Vielzahl von Aktivitäten der Gesundheitsversorgung einbezogen. Sie arbeiten in Bereichen der Prävention, der Schadensverminderung und der Krisenintervention [29] In sämtlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung sind Pflegende oftmals mit den Folgen von Depressionen und suizidalem Verhalten konfrontiert.

Als HORATIO, der europäischen Gesellschaft psychiatrischer Pflegender fühlten wir uns geehrt, als wir zu einem Spitzentreffen der EU zur Verhinderung von Suizid und Depression im Juni 2008 in Brüssel eingeladen wurden. Unsere Teilnahme wird unterstützt von der European Federation of Nurses Association (EFN) (Ständiger Ausschuss der Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger der Europäischen Union) und der European Specialist Nurse Organizations (ESNO). Pflegende aller Versorgungsbereiche

und Ebenen im Gesundheitswesen können zu dem Prozess der multidisziplinären Praxisentwicklung im Hinblick auf Früherkennung, Frühintervention und Überwachung von Hochrisikopatienten beitragen.

In diesem Artikel wollen wir Herausforderungen sowie hemmende und fördernde Faktoren pflegerischer Versorgung von depressiven und / oder suizidale Patientinnen und Patienten diskutieren.

Aus einer europäischen Perspektive heraus werden Empfehlungen gegeben, um Verbesserungen in der Pflege gefährdeter Menschen zu erreichen.

72.2. Folgen von Depressionen und suizidalem Verhalten

In der Gesundheits- und Sozialfürsorge ist die Depression weltweit von bedeutendem und zunehmendem Interesse. In der Tat verursachen depressive Episoden schwere Einschränkungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und der sozialen Rollenerfüllung von Millionen Menschen in Europa. In vielen EU-Mitgliedstaaten zählen Depressionen zu den fünf volkswirtschaftlich bedeutendsten Krankheiten. Auf mehreren Ebenen muss diese große Belastung mit einem multidisziplinären Ansatz in Angriff genommen werden.

Globale Schätzungen zeigen, dass etwa 80% der Menschen, die sich selbst ihr Leben genommen haben, zuvor unter depressiven Episoden litten. Alle 40 Sekunden bringt sich irgendwo auf der Welt ein Mensch um und alle 3 Sekunden unternimmt eine Person einen ernstzunehmenden Suizidversuch. Zahlen der WHO zeigen, dass sich in Europa jedes Jahr mindestens 77.000 Bürger das Leben nehmen und mindestens 70.000 versucht haben, dies zu tun. Diese Zahlen mögen zu optimistisch sein, doch allein in Frankreich werden jedes Jahr 160.000 Suizidversuche und 12.000 durchgeführte Suizide festgestellt. Berichte aus Frankreich belegen, dass viele dieser Menschen, die sich in ernstzunehmenden Notlagen befinden, in den Notaufnahmen der allgemeinen Krankenhäuser durch nicht psychiatrisch ausgebildetes Personal gesehen werden [13]. Eine ähnliche Studie von Hopkins [6] in Großbritannien behauptet, dass erhebliche Defizite in den Fähigkeiten des Krankenhauspersonals in Allgemeinkrankenhäusern bestehen, Patienten mit herausforderndem Verhalten und psychiatrischen Schwierigkeiten zu betreuen.

Dieses Phänomen ist wahrscheinlich in vielen anderen europäischen Ländern ebenso verbreitet. Wir müssen erkennen, dass die veröffentlichten Suizid- und Selbstschädigungsraten nur die Spitze eines Eisbergs darstellen. Nicht berichtete Zwischenfälle sind oftmals bedingt durch heikle kulturelle Fragen oder eine fehlende Kommunikation zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten.

Rutz und Wasserman [21] zeigten in ihrer Studie, dass in einigen Ländern die rückläufige Zahl von Suiziden durch die Zunahme unbestimmter Todesfälle begleitet wird.

Bis jetzt haben wir offensichtlich noch keinen Gold-Standard für die Registrierung und Evaluierung erfolgreicher Suizide, Suizidversuche sowie selbstverletzender Vorfälle gefunden.

Trotz dieser alarmierenden Zahlen gilt aber, dass wir angesichts dieser sozialen Tragödie nicht machtlos sind. Es gibt viele Möglichkeiten, diesen selbstzerstörerischen Eskalationen fachlich zu begegnen. In der Republik Irland scheint sich die Einführung von speziell für das Krisenmanagement ausgebildeten Pflegenden in strategischen Positionen des Gesundheitswesens als günstig auf den Bereich der Lebenssicherung ausgewirkt zu haben. Zudem scheint es eine kostengünstige Alternative im Prozess des Übergangs der Versorgung aus dem Krankenhaus heraus, hin zu einem gemeindenahen psychiatrischen Gesundheitswesen zu sein. Auf der anderen Seite ist der Rückgang der Suizide unter den irischen Erwachsenen durch die Zunahme von Suiziden irischer Jugendlicher überschattet.

Das nationale irische Amt für Suizidprävention (2007) hat die folgende Erklärung für dieses Phänomen: Aufgrund der drohenden Stigmatisierung beschäftigen sich Jugendliche selten mit Behandlungen, die die psychische Gesundheit unterstützen. Dies kann zu einer bedenklichen Verzögerung in der Erkennung von Frühwarnzeichen führen. Aus diesem Grund ist die Zunahme von Pflegespezialisten in der Behandlung von Kindern und Erwachsenen dringend erforderlich.

Diese Spezialisten sind ausgebildete Fachkräfte und bieten umfangreiche psychosoziale und psychiatrische Einschätzungen sowie kurze Interventionen wie zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie, Beratung und Betreuung an.

Die Anzahl der Pflegenden mit spezieller psychiatrischer Fachausbildung auf akademischem Niveau in der täglichen Praxis wächst schnell in Europa. Durch die Integration von Beurteilungskompetenzen, Problemlösungsinterventionen, Medikamenten-Management und wissenschaftlicher Nachweis in der Praxis können diese Pflegenden den Unterschied in der Verbesserung der klinischen Entscheidungsfindung bei der Überwachung von Hochrisiko-Patienten ausmachen [23]. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass akademisch ausgebildete Pflegende natürlich nicht die gesamte erforderliche Pflege bereitstellen können. Ihre Aufgabe besteht vielmehr darin, Entwicklungsprozesse in der Praxis, in denen Pflegende aller Ebenen beteiligt sind, voranzutreiben.

Es ist allerdings davon auszugehen, dass mehr Ressourcen benötigt werden, um die Leistungsfähigkeit der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen zu verbessern. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass solche Investitionen zu besseren Behandlungsergebnissen und einer höheren Sicherheit der Patienten führen.

Es liegen stichhaltige Beweise vor, dass Früherkennung und rechtzeitige Interventionen viele Leben retten können [27].

Es ist allgemein bekannt, dass die Mehrheit der Menschen mit selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten bereits längere Zeit auf die Hilfe von psychiatrischen Gesundheitsdiensten angewiesen gewesen waren.

Eine Studie in Frankreich zeigt, dass mindestens 50% derjenigen, die Suizide begangen haben, zuvor von psychiatrischen Diensten überwacht wurden (Rousset & Vacheron, 2007). Der Eintritt in eine psychiatrische Klinik scheint dabei nicht immer zu einem Höchstmaß an Sicherheit zu führen. Zum Beispiel treten in Frankreich etwa 5% aller Suizide in psychiatrischen Krankenhäusern auf, während in den umliegenden Ländern diese Zahl zwischen 5%

und 7% liegt. In einer finnischen Studie deckten Pirkola et al. [17] auf, dass nach mehreren Jahren des Abbaus von Krankenhausbetten in der stationären Versorgung die Suizidrate gesenkt wurde. Investitionen in aufsuchende Hilfen durch speziell ausgebildete Pflegende über einen längeren Zeitraum nach dem Austritt aus der Klinik scheinen wirksam zu sein. Es ist bekannt, dass in Großbritannien, Irland, Finnland und den Niederlanden speziell ausgebildete Pflegende eine Schlüsselfunktion in der Prävention von Suiziden und schwerem selbstverletzendem Verhalten inne haben. In baltischen Staaten hat die Bevölkerung ein höheres Suizidrisiko aufgrund einer deutlichen Stigmatisierung sowie einer fehlenden psychiatrischen Gesundheitsfürsorge und spezieller Ausbildung (Puras et al., 2004). Zahlen der WHO zeigen die höchsten Suizidraten in diesem Teil von Europa. Diese Ergebnisse spiegeln auch die soziale Ungleichheit in Europa wieder.

Vor diesem Hintergrund deckten Knapp et al. [7] auf, dass die weltweite Belastung durch psychische Erkrankungen insgesamt 12% aller Krankheiten ausmacht. Die meisten europäischen Länder verwenden aber nur 5% ihrer gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen auf den Bereich der psychischen Gesundheit. Erkenntnisse aus den baltischen Staaten zeigen, dass nur maximal 2% der gesamten Gesundheitsausgaben für den Bereich der psychischen Gesundheit aufgewendet werden, während sie die höchste Selbstmordrate in ganz Europa aufweisen (in 2004 berichtete allein Litauen von 70 Suiziden pro 100.000 männlicher Einwohner und 14 Suiziden pro 100.000 weiblicher Einwohner).

Regionale historische Unterschiede in Europa im Zusammenhang mit Suizidraten scheinen sich im Laufe der Zeit zu ändern. Zum Beispiel belegen italienische Forschungsergebnisse, dass die traditionellen Unterschiede von hohen Suizidraten in den nördlichen Teilen Europas verglichen mit denen der europäischen Mittelmeer-Regionen allmählich abzuklingen scheinen [24]. Diese Tendenz spiegelte sich auch in den nördlichen und südlichen Regionen Italiens wieder. Darüber hinaus betonten Socco et al. [24] auch die Bedeutung

des rechtzeitigen Erkennens von depressiven Episoden und suizidalem Verhalten.

Ein weiteres Problem wurde in einer Studie aufgezeigt, die herausfand, dass Suizidraten in Gefängnissen zehnmal höher waren im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung [14]. Die dunkle Seite des Prozesses der Deinstitutionalisierung von schwer psychisch kranken Menschen in Europa ist, dass einige psychiatrische Patienten mit Verhaltensstörungen begleitet von einem insgesamt niedrigen sozialen Funktionsniveau oftmals vor Strafgerichten landen. Diese gefährdeten Menschen scheinen nicht gut in das System des Strafvollzugs zu passen. Der Schwerpunkt der gemeindenahen, gesellschaftlichen psychiatrischen Gesundheitsversorgung ist für viele Patienten ein Segen. Es gibt aber auch psychisch kranke Menschen, bei denen aufgrund Defiziten in der eigenen Steuerungsfähigkeit ein hohes Risiko strafrechtlicher Unterbringung statt professioneller psychiatrischer Behandlung besteht. Aufsuchende Hilfen bzw. Kontrolle durch speziell ausgebildete Profis ist äußerst wichtig, um die Auswirkungen ansteigender stigmatisierender Vorfälle in Angriff zu nehmen.

72.3. Die Rolle der Pflegenden in der Versorgung von Menschen in schweren psychosozialen Krisen

Ein jüngst von der WHO 2007 [29] veröffentlichter Bericht über die Beobachtung und Bewertung der Gesundheitspolitik im Hinblick auf die Behandlung psychischer Erkrankungen hat deutlich gemacht, dass zur Verbesserung sowie Anpassung der Versorgungsqualität zwischen den Ländern, sieben sich gegenseitig ergänzende Strategien notwendig sind:

1. Reduzierung der psychiatrischen Betten
2. Stärkung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung
3. Verbesserung des Zugangs zu psychosozialen Diensten
4. Aktive Anwerbung und Erhaltung des Personals in der psychiatrischen Versorgung auf allen Ebenen

5. Anreicherung des psychiatrischen Fachwissens der Mitarbeiter des Gesundheitswesens
6. Etablierung von Mechanismen zur Qualitätsverbesserung in der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge
7. Verbesserung der Nutzung und bessere Überwachung psychotroper Medikamente

Entsprechend des europäischen Mental Health Nursing Curriculum der WHO (2003) sind Pflegende die größte Gruppe von "Gesundheitsarbeitern" im Bereich der psychischen Gesundheit. Obwohl sich die Verfügbarkeit von speziellen Fortbildungen für psychiatrisch Pflegende der unterschiedlichen Stufen in der EU von Land zu Land unterscheidet, haben sie Jahrzehnte zur fortschrittlichen Entwicklung im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen und der Erhöhung der Kosteneffektivität in der Pflege von psychisch erkrankten Menschen beigetragen [12].

In Europa ist die beachtliche Größe von 6,5 Millionen Pflegenden [29] an unterschiedlichen Punkten ihres Arbeitslebens mit den Folgen depressiver Episoden und Hoffnungslosigkeit, schweren Selbstvernachlässigungen, selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten konfrontiert. In Anlehnung an Repper [19] können sowohl Allgemein-Pflegende als auch Patienten, von einer insgesamt niedrigeren Schwelle in der Verfügbarkeit spezieller psychiatrischer Pflege in Zentralen Notaufnahmen profitieren.

Zusätzlich zu diesen Feststellungen zeigen Jeffrey und Warm [11], dass die Einstellung im Hinblick auf Selbstverletzendes Verhalten von Mitarbeitenden in der allgemeinen Gesundheitsversorgung von Mythen geprägt ist. Viele Fortschritte lassen sich erzielen, wenn Allgemein-Pflegende und psychiatrisch Pflegende enger in Zentralen Notaufnahmen zusammenarbeiten. Innerhalb der europäischen Staaten sind etwa 350.000 Pflegenden in einer Vielzahl von psychiatrischen Diensten beschäftigt [12]. Diese Gesundheitsexperten gelten als Hauptverantwortlichen für die Bereiche des Belegungsmanagement, der weiterführenden Beurteilung, der Überwachung und der Rehabilitation.

Die Erklärung der WHO von München [28] hat festgestellt, dass Psychiatrische Pflegeexperten die am Besten geeigneten und die kostengünstigsten Fachkräfte sind, um die täglichen Folgen psychischer Probleme, an denen Millionen europäischer Bürger leiden, anzugehen.

Eine große britische Studie [4] (N = 1361) in 136 psychiatrischen Abteilungen kam zu dem Schluss, dass Selbstmordgedanken und verletzendes Verhalten abnehmen können, wenn die folgenden Aktionen durchgeführt werden:

- Intermittierende Beobachtung durch Pflegende,
- Installierung von umfassenden Programmen, um sinnvolle Aktivitäten während des Tages zu fördern,
- Mehr qualifizierte Pflegende auf den Stationen.

In mehreren Ländern spielen gemeindenah psychiatrisch Pflegende eine Schlüsselrolle in der frühzeitigen Erkennung von alarmierenden Symptomen und der langfristigen Überwachung im Anschluss an Suizidversuche.

Ein bestimmter und nach außen gerichteter Ansatz der qualifizierten *community psychiatric nurses* ist besonders wichtig im Fall der folgenden Risikofaktoren

- Mangel an Krankheitseinsicht
- mangelnde soziale Unterstützung
- chronischer Drogen- und Alkoholmissbrauch
- Schwierigkeiten in der Organisation unterstützender Dienstleistungen [9, 23].

Systematische Follow-up-Untersuchungen nach der Entlassung unfreiwillig aufgenommenen Patienten zeigen, dass es äußerst wichtig ist, schwere und stigmatisierende Eskalationen in der Gesellschaft zu verhindern. Hier ist in der Zukunft mehr Forschung in großem Maßstab erforderlich [22]. Eine Literaturübersicht französischer Forschungsergebnisse zeigte, dass 50% der Patienten, die in Zentralen Notaufnahmen nach schweren Suizidversuchen gesehen wurden, den Kontakt mit vorherigen psychiatrischen Diensten verloren hatten [20]. In dem Prozess der Einbindung in und der Ablösung von

psychiatrischen Gesundheitsdiensten ist ein mehrstufiges Vorgehen erforderlich, um Schaden von der gefährdeten Bevölkerung abzuwenden. Ausführliche qualitative Interviews mit schwierig einzubeziehenden Patienten (N = 40) zeigen, dass ein partnerschaftliches Modell mit einem ausdrücklich aufsuchenden Ansatz, ohne zu großes Vertrauen in die Compliance bezüglich medikamentöser Behandlung zu eine länger anhaltenden therapeutische Beziehung führt [15]. In den meisten aufsuchenden Diensten und auf allen Stufen der Prävention stehen Pflegende offensichtlich in der ersten Reihe. In einer Studie über die Rolle der psychiatrisch Pflegenden in diesem anspruchsvollen Bereich zeigt McAdam [8], dass eine Balance zwischen der Einschätzung des bestehenden Risikos gegenüber dem Engagement, der klinischen Erfahrung und fachlichen Fertigkeiten von entscheidender Bedeutung ist. Darüber hinaus darf eine ständige Weiterbildung und Reflexion nicht vernachlässigt werden.

72.4. Der Ausgleich zwischen praxisbasierter Evidenz und evidenzbasierter Praxis in der psychiatrischen Pflege.

Eine ausreichende Anzahl von speziell ausgebildeten Pflegenden ist in der Lage, die Kontinuität der Betreuung, von der Krisenbegleitung bis zum Recovery, durch die Kombination von Gesundheitsförderung, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen sicherzustellen. Darüber hinaus können sie Beratungen durch andere Profis anbieten, die oft mit selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten konfrontiert sind. Natürlich sind wissenschaftlich entwickelte Leitlinien wichtige und steuernde Grundsätze in der täglichen Praxis. Das Kerngeschäft der psychiatrischen Krankenpflege ist aber die therapeutische Beziehung zu Personen, die gefährdet sind, sich selbst zu schädigen oder Suizid zu begehen. In einer qualitativen irischen Studie von Bohan & Doyle [3] werden die ständigen Bemühungen der Pflegenden herausgestellt, suizidale Patienten angemessen anzusprechen. Zudem kann sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Patienten besonders bei der Arbeit mit Hochrisikopatienten das Vorhandensein einer reflektierenden Umgebung von erheblichem Nutzen sein. Das reflektieren der klinischen

Praxis kann die Qualität der Pflege verbessern und verhindern, dass Pflegenden Burn-out-Symptome erleben.

Mittlerweile sind viele Verbesserungen in der Versorgung durch psychiatrisch Pflegenden erkennbar. In mehreren europäischen Ländern wird eine universitäre psychiatrische Pflegeausbildung auf Bachelor- und Master-Stufe angeboten. In anderen Ländern stehen diese Angebote nicht zur Verfügung und die Ausbildung der Pflegenden basiert vorwiegend auf den Grundsätzen einer allgemeinen Pflege. In vielen Ländern sind nur 10% der berufsmäßig Pflegenden auf die psychiatrische Pflege spezialisiert, obwohl rund 45% der gesundheitsbezogenen Ausgaben für die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen getätigt werden.

Es ist bewiesen, dass die Verfügbarkeit gut ausgebildeter psychiatrisch Pflegenden, die in einem multidisziplinären Team arbeiten, zu beachtlich besseren Ergebnissen in der Versorgung gefährdeter Menschen beiträgt und auch kosteneffektiv ist. Eine große Herausforderung für Europa besteht in der Verbesserung einer umfassenden Verfügbarkeit einer wissenschaftlich informierten und ganzheitlichen psychiatrischen Pflegeausbildung.

Die dadurch im Vorfeld zusätzlich entstehenden Kosten werden unzweifelhaft jene Kosten verringern, die sich aus einer höheren Effektivität der Pflege durch die so qualifizierten Pflegenden ergeben.

Das sich schnell ausbreitende Netzwerk von HORATIO, der europäischen Gesellschaft psychiatrisch Pflegenden, kann und sollte dafür genutzt werden, regional verfügbare gute und wirksame Praxisansätze und Weiterbildungsmöglichkeiten zusammenzufassen und zu vergleichen. Diese Aufwendungen können zu einer weiteren Verbesserung der präventiven Ansätze in der täglichen Praxis in Bezug auf den Umgang mit selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten führen.

72.5. Empfehlungen von HORATIO

Um die Effektivität ausgebildeter psychiatrisch Pflegender in der Prävention von schweren Depressionen und Suizid in Europa zu verbessern, sind mehrere Schritte in den nächsten Jahren unerlässlich.

- Der Aufbau eines Spitzeninstituts für psychiatrische Pflege, um gute und wirksame Methoden und Schulung auf hohem fachlichem Niveau in Europa zu verbreiten. Das verfügbare Wissen sollte systematisch entwickelt und örtlich mit Blick auf die kulturellen Gegebenheiten eingeführt werden. Die Verbreitung notwendigen Wissens sollte in wirkungsvoller Art und Weise erfolgen. Ziel sollte es dabei sein, die Experten (aller Stufen) vor Isolierung und Demoralisierung zu schützen. Die Beteiligung an Multi-Center-Forschungsprojekten, die keine hohen Kosten verursachen, sowie die Anlage internetbasierter Lernprogramme für Arbeitsbereiche psychiatrischer Pflege sollten durch Politiker erleichtert werden.
- Mehr psychiatrisch Pflegende sollten ausgebildet werden, um den Anforderungen, die aktuell in Europa durch psychische Erkrankungen verursacht werden, begegnen zu können. Die Anwesenheit spezialisierter Pflegender im gesamten Leistungsspektrum geht einher mit der Verbesserung in der Kontinuität der Pflege, der Patientensicherheit und der Kosteneffektivität.
- Psychiatrisch Pflegende sollten an unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems tätig sein. So lässt sich die Zugangsschwelle senken und die Leistungen wären für die Bevölkerung besser erreichbar. So könnte auch kritische Verzögerung bei der Früherkennung von Warnsignalen hinsichtlich suizidalen oder selbstverletzenden Verhaltens begegnet werden.

72.6. Literatur

1. *Alonso, J, Codony, V, Kovess, M, Angermeyers, S, Katz, S, Haro, G, De Girolamo, R, De Graaf, K, Demyttenaere, K, Vilagut, G, Almansa, J, Pierre Lepine, J, Brugha, T (2007) Population level of unmet need for mental health-care in Europe, British Journal of Psychiatry (2007), 190,299-306.*
2. *Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en santé (2000), La crise suicidaire, reconnaitre et rendre en charge Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en santé*
3. *Bohan, F & Doylan, L (2008) Nurses experiences of patient suicide and suicide attempts in an acute unit, Mental Health Practice, February 2008, Vol. 11, no. 5*
4. *Bowers, L & Simpson, A (2007) Observing and engaging new ways to reduce self harm and suicide, Mental Health Practice, July 2007, Vol. 10 No. 10.*
5. *Department of Health (2007) Best practice in managing risk. Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services, National Risk Management Program Development Center, London.*
6. *Hopkins, C (2002) But what about the really ill, poorly people? An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients), Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, June, Volume 9, 147-154.*
7. *Knapp, M, McDavid, D, Mossialos, K, Thornicroft, G (2005) Mental health policy and practice across Europe, Buckingham, Open University Press, 2005*
8. *Mc Adam (2005) A review of the literature considering the role of mental health nurses in assertive outreach, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2005, 12, 648-660*
9. *Mulder, C.L, Koopmans, G.T, Hengeveld, M.W (2005) Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2005, Jun;40 (6):484-8.*
10. *National Research Foundation, (2004) Young people's mental health: results from the lifestyle and coping survey, Ireland, 2004*
11. *Jeffrey, D & Warm, A (2002) A study of service providers understanding self-harm, Journal of Mental Health, 11, 3, 295-303.*
12. *Nolan, P & Brimblecombe, N (2007) A survey of the education of nurses working in mental health settings in twelve European countries, International Journal of Nursing Studies, 44, (2007), 407-414*

13. Nuns, N (2005) *Les urgences psychiatriques a l'hôpital général, Annales Medico Psychologiques* 163 (2005) 607-610
14. Preti, A & Cascio, M (2006) *Prison suicide and self-harming behaviors in Italy, 1990-2002, Medical Science Law, April, 46 (2), 127-134.*
15. Priebe, S, Watts, J, Chase, M, Matanov, (2005) *Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study, British Journal of Psychiatry* (2005), 187,438-443.
16. Proulx, M & Grundey, S (1994) *Le suicide des patients hospitalisé, Sante Ment Que, 1994, 19,131-144*
17. Pirkola, S, Sohlman, B, Heila, H, Walhbeck, K (2007) *Reductions in post discharge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland, Psychiatric Services, 2007, Jun: 58 (6):879-80*
18. Puras, D & Germanivcius, A, Povilaitis, R, Veniute, M, Jasilionis, D (2004) *Lithuania mental health country profile, International Review in Psychiatry, 2004 Feb-May; 16 (1-2):117-25*
19. Repper, L (1999) *A review of the literature on the prevention of suicide through interventions in Accident and Emergency Departments, Journal of Clinical Nursing, 1999, 8, 3-12.*
20. Rouillon, F (2008) *Epidémiologie des troubles psychiatriques, Annales Medico Psychologiques, 166 (2008) 63-70*
21. Rutz, F.M & Wasserman, D (2004) *Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region, European Child & Adolescent Psychiatry, 2004, Oct. 13 (2):321-31*
22. Salize, H.J & Dressing, H (2005) *Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? Current Opinion in Psychiatry. 18(5):576-584, September 2005*
23. Sande van de, R (2007) *Het beoordelen en bewaken van acute gezondheidssrisico's, In: De expertverpleegkundige, basisprincipes voor advanced nursing practice, Ed; Jansen, M, de Kuiper, M, Ettema, R, van de Sande, R, Bohn Stafleu van Loghum, Houten,2007*
24. Socco, P, de Girolamo, G, Vilagut, G, Alonso, J (2008) *Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study, Comprehensive Psychiatry, 2008, Jan-Feb, 49 (1):13-21*
25. Salokangas, R, Honkonen, T, Stengard, E, Koivisto, A (2002) *Mortality in chronic schizophrenia during decreasing number of psychiatric beds in Finland, Schizophrenia Research, 2002, Apr. 1:54 (3):265-75*

26. *Vidali, A, Cremades, S, Ossoart, M, Loas, G (2001) Etude des caractéristiques des tentatives de suicide graves: comparaison avec l'autre tentative de suicide, Annual Medico Psychologique 2001, 159 :128-130.*
27. *Walter, M & Tokpanou, I (2003) Identification et évaluation de la crise suicidaire, Annales Medico Psychologiques, 161, (2003), 173-178*
28. *World Health Organization (2000) Munich Declaration, Nurses and Midwives- a force for healthcare, Geneva WHO.*
29. *World Health Organization (2007) Monitoring and evaluation of mental health policies and plans, Geneva WHO.*
30. *World Health Organization (2003) WHO Europe Mental Health Nursing Curriculum, Geneva*

73. Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.: Verbesserung der Versorgung depressiv Erkrankter und Suizidprävention in einem bundesweiten Netzwerk

Manja Wagner, Ines Heinz

73.1. Abstract

Durch Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation [1] sowie der EU ist die herausragende medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen eindeutig belegt. Dies ergibt sich auch aus der Häufigkeit (ca. 4 Millionen Erkrankte in Deutschland) sowie der Schwere des damit verbundenen Leidens und der Beeinträchtigung. Depression ist die häufigste Ursache für die jährlich mehr als 9.000 Suizide in Deutschland. Mit speziellen psychotherapeutischen Verfahren und Antidepressiva stehen Behandlungen mit guter Wirksamkeit zur Verfügung. Diese werden jedoch nur bei einer Minderheit der Betroffenen in optimaler Weise genutzt. Diesbezügliche Optimierungsmöglichkeiten wurden in einem Modellprojekt, dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“, welches vom BMBF im Rahmen des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität gefördert wurde, aufgegriffen. Als Pilotprojekt kombinierte es erstmals verschiedene Interventions Ebenen im Rahmen einer gemeindebasierten Ansatzes.

Dieser Ansatz beinhaltet:

1. Die Kooperation mit Hausärzten mit dem Ziel, diagnostische und therapeutische Fähigkeiten zu verbessern.
2. Eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung über die Krankheit Depression und ihre Behandelbarkeit mittels Plakaten, Kinospots und öffentlichen Veranstaltungen.
3. Die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren, die in die Versorgung depressiver Menschen mit eingebunden sind, aber mitunter zu wenig spezifisches Wissen zum Erkennen von Depressionen besitzen (z.B. Berater, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Polizisten, Lehrer, Apotheker).
4. Angebote für Betroffene und Angehörige (Stärkung des Selbsthilfereichs, Informationsmaterial, Notfall-Hotline).

Die Idee hinter dem gleichzeitigen Ansetzen auf mehreren Ebenen war, dass Synergieeffekte erzielt werden können, welche Effekte einzelner Interventionen bei weitem übersteigen. Dies zeigte sich auch in der gleichzeitig durchgeführten Evaluation der Intervention - sowohl auf ein Ausgangsjahr als auch auf eine Kontrollregion (Würzburg) sowie einem a-priori definierten Erfolgskriterium (Rückgang der Zahl suizidaler Handlungen) bezogen. Nach der zweijährigen Intervention war ein Rückgang der Zahl suizidaler Handlungen um 24% festzustellen, ein Effekt der sich in den Folgejahren noch weiter verstärkte [2].

Es hatte sich also gezeigt, dass durch eine gemeindebasierte Intervention auf vier Ebenen die Versorgung depressiv Erkrankter verbessert und die Suizidalität deutlich reduziert werden kann. Die äußerst vielversprechenden Ergebnisse brachten eine hohe Nachfrage zahlreicher Regionen nach diesem evidenzbasierten Konzept einschließlich der entwickelten Materialien mit sich. Folglich wurde 2003 das „Deutsche Bündnis gegen Depression e.V.“ als Dachorganisation für die Ausweitung der Bündnisaktivitäten in Deutschland gegründet. Regionale Kampagnen auf Basis des 4-Ebenen-Interventionskonzepts werden mittlerweile in über 60 Städten und Regionen bundesweit durchgeführt. Innerhalb der einzelnen Bündnisse arbeiten unterschiedlich-

te Institutionen und Personen zusammen. Je nach lokalen Kooperationsmöglichkeiten gehören Ärzte, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Schulen, Apotheken, Kirchen, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und viele weitere professionelle Versorgungseinrichtungen sowie private Initiativen zum Netzwerk der Bündnisse. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet eine hohe Akzeptanz und breite Wirksamkeit des Aktionsprogramms auf lokaler Ebene.

Die Erfahrungen aus dem Nürnberger Bündnis gegen Depression sind auch im Ausland auf Interesse gestoßen. Mit Unterstützung der Europäischen Kommission konnte 2004 die „European Alliance against Depression“ ins Leben gerufen werden. Ende 2008 wurde im Rahmen des 7. Forschungsrahmenprogramms der Europäischen Kommission ein weiteres großes Projekt, basierend auf Materialien und Strategien des Deutschen Bündnisses und der EAAD, gestartet mit dem Titel „Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe“ (OSPI-Europe). Ziel ist die weitere Optimierung der gemeindebasierten 4-Ebenen-Intervention mit Schärfung insbesondere hinsichtlich der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden.

73.2. Literatur

1. *Lopez et al. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 367, 1747-57.*
2. *Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. Psychological Medicine 36(9), 1225-33.*

74. Psychiatrische Pflege in der Rolle des Case-Managers im Rahmen eines Kooperationsprojektes in der Behandlung von drogenabhängigen Eltern und deren Kindern – Ein Praxisprojekt

Jana Wand, Michael Schulz

74.1. Ausgangslage für Kinder aus suchtkranken Familien

Kinder drogenkranker Eltern stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar und bedürfen besonderer Versorgungsstrukturen. Sowohl im Rahmen von Schwangerschaft als auch in früher Kindheit, sowie folgenden Entwicklungsphasen sind viele Kinder und deren Familien deshalb auf Hilfe angewiesen.

In Deutschland leben ca. 2,65 Millionen Kinder unter 18 Jahren, die von einem elterlichen Alkoholproblem betroffen sind [1]. Weitere ca. 40.000 - 50.000 Kinder wachsen in der Obhut von Eltern auf, die illegale Drogen konsumieren [1]. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Kinder aus Suchtfamilien ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko aufweisen, selbst abhängigkeitskrank zu werden.

Bereits im Rahmen der Schwangerschaft wirkt sich die Drogenabhängigkeit auf das ungeborene Kind aus. Im weiteren Verlauf ihrer kindlichen Entwicklung zeigen sie darüber hinaus mit erhöhter Häufigkeit auffällige Symptome, insbesondere in den Bereichen Angststörungen, Depressionen, Essstörungen, Hyperaktivität, antisoziales Verhalten, Intelligenzminderung, Impulsivitätsstörungen und Störungen der Verhaltenskontrolle. Diese Risiken sind nach allgemeiner Datenlage durch den vorgeburtlichen mütterlichen Drogenkonsum, aber vor allem durch die häufig desolaten familiären und sozioökonomischen Lebensumstände, in denen die Kinder aufwachsen, bedingt [2]. Viele Frauen, die Drogen konsumieren, entscheiden sich mit ihrer Schwangerschaft bewusst für ihr Kind und sind voller Hoffnung auf ein „normales“ Leben.

In der Schwangerschaft sind die werdenden Eltern häufig motiviert, ihre Situation zu hinterfragen und Veränderungen zu zulassen. Oftmals sind die Eltern aber mit der Erziehung ihrer Kinder aufgrund ihrer eigenen Biographie und ihrer mit dem Drogenkonsum verbundenen Lebensführung oftmals überfordert.

Eine fachkompetente Unterstützung bis zur Geburt schafft Ressourcen bei den Eltern und bietet in dieser Situation die Möglichkeit einer umfassenden, frühzeitig vorgeburtlich einsetzenden, interdisziplinären und langfristig ausgerichteten Betreuung der Frauen und Familien. Aufgrund der Komplexität der Problemlagen der o.g. Zielgruppe kommen an unterschiedlichen Stellen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine Vielzahl von Fachkräften mit den Kindern und/oder ihren Familien in Kontakt. Diese Zusammenarbeit gilt es zu vernetzen und zu strukturieren, um den Betroffenen die bestmögliche Hilfestellung anzubieten.

Im Stadtgebiet Bielefeld leben ca. 2000 drogengebrauchende/ abhängige Männer und Frauen. Der Frauenanteil liegt bei ca. 25-30%. In Bielefeld werden ca. 800 Menschen aufgrund einer Abhängigkeit von illegalen Drogen substituiert. In den letzten 10 Jahren wurden im Durchschnitt jährlich 10 Neugeborene drogenabhängiger Mütter stationär in der Kinderklinik behandelt. Nach vorsichtigen Schätzungen leben in Bielefeld ca. 300 Kinder mit mindestens einem drogenabhängigen (illegale Drogen) Elternteil

74.2. KiDS & KO: ein Kooperationsprojekt zur besseren Vernetzung von Hilfen

Drogenkranke Eltern und deren Kinder geraten an unterschiedlichen Stellen ins Hilfesystem. Mögliche Institutionen sind z.B. das Kinderkrankenhaus, die Gynäkologie, die Psychiatrie, das Jugendamt oder die Drogenberatungsstelle. Damit eine optimale Hilfe geleistet werden kann, sind eine Vernetzung sowie eine Verständigung über eine gemeinsame Vorgehensweise unabdingbar.

In Bielefeld wurde deshalb im Rahmen des Projektes „KiDS & KO“ ein Kooperationsprojekt durchgeführt. Neben organisatorischen Fragen galt es

auch, ethische Haltungen gegenseitig abzustimmen. Beispielhafte Fragen waren z.B., ob Drogenabhängige Mütter überhaupt Kinder bekommen bzw. diese behalten dürfen sollen.

Ziel des Arbeitskreises ist die Schaffung eines interdisziplinären Netzwerks für die betroffenen Kinder, Mütter, Väter und Familien, um durch die vertrauensvolle und kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten ein dauerhaftes gemeinsames Zusammenleben von Kindern und ihren Eltern zu ermöglichen.

Dabei stehen die Sicherung des Wohls der betroffenen Kinder, die Optimierung ihrer Entwicklung und die Unterstützung der Mütter und Väter im Vordergrund. Außerdem gilt es, die Situation der suchtmittelabhängigen schwangeren Frauen in Bielefeld durch einen einfacheren Zugang zu den verschiedenen Maßnahmen zu verbessern.

74.2.1. Folgende Institutionen sind Mitglieder des Arbeitskreises

- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ)
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel Drogensprechstunde der Psychiatrischen Ambulanz (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld)
- Frauenklinik und Perinatalzentrum in Bethel (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld)
- Drogenberatung e.V. Bielefeld mit der Fachstelle für Suchtvorbeugung
- Lebensräume e.V.- Verein für Betreutes Wohnen und sozialpsychiatrische Hilfen in Bielefeld
- Amt für Jugend und Familie der Stadt Bielefeld

Psychiatrische Pflege war als Vertreter der Psychiatrischen Institutsambulanz an zentraler Stelle in das Projekt eingebunden.

Nach der Unterzeichnung eines Kooperationsvertrages und der Entwicklung eines Flyers hat das Netzwerk KiDS & KO 2008 seine Arbeit aufgenommen.

74.3. Die Arbeitsweise von KiDS & Co

Die an der Kooperation beteiligten Institutionen verfolgen das gemeinsame Ziel, drogenabhängigen/substituierten Eltern und ihren Kindern ein dauerhaftes gemeinsames Leben zu ermöglichen. Das Kindeswohl stellt dabei die oberste Prämisse dar. Eine Begleitung der Eltern und ihrer Kinder ist grundsätzlich unbegrenzt möglich, bezieht sich also nicht nur auf das Kleinkindalter.

Damit eine konstruktive Zusammenarbeit der betroffenen Familien mit den Kooperationspartnern sowie der Kooperationspartner untereinander zu erreicht werden kann, müssen folgende Aufgaben erfüllt werden:

So muss z.B. seitens der Kooperationspartner sichergestellt werden, dass seitens der Eltern eine aktive Beteiligung an der Gestaltung des Beratungs- und Hilfeprozesses und bei der Auswahl und Umsetzung von Hilfemaßnahmen stattfinden kann.

Grundsätzlich gilt, dass Klienten ihr Einverständnis dazu geben, dass der Fall unter den Kooperationspartnern transparent besprochen und bearbeitet werden kann. So lässt sich vermeiden, dass unkoordinierte Mehrfachbetreuung, stattfinden, ohne dass die Einrichtungen voneinander wissen. Ein Mitarbeiter des Arbeitskreises wird mit dem Casemanagement beauftragt. Im Gegensatz zu früher gibt es so immer einen zuständigen Ansprechpartner und häufige Wechsel in der Betreuung lassen sich vermeiden.

Innerhalb des Arbeitskreises war die stellte die Konsensbildung über ethische Fragestellungen und daraus folgenden Versorgungsansätzen einen wesentlichen Schritt dar. So gab es zu Beginn unterschiedliche Ansichten z.B. darüber, ob drogenkranke Mütter überhaupt Kinder haben sollten bzw. wann Kinder nicht mehr in den Familien leben sollten. Die Kooperation hat dazu beigetragen, dass ein intensiver Austausch zu diesen Fragen immer wieder stattfindet. So kann für die Klienten eine koordinierte und abgestimmte Vorgehensweise anstelle von kontroversen Ansätzen verschiedener Dienstleister in ein und demselben Fall etabliert werden.

74.4. Klientenbezogene Rahmenbedingungen

Damit KiDS & KO tätig werden kann, müssen seitens der Klienten Rahmenbedingungen gegeben sein. Unterschieden wird dabei in Materielle und Psychosoziale Basiskriterien. dazu gehören z.B.:

Materielle Basiskriterien

- Vorhandensein eines Wohnraumes mit Möglichkeiten der Beheizung sowie der Gewährung von Wasser- und Stromversorgung
- Vorhandensein von hygienischen Wohnverhältnissen (z.B. keine extreme Verschmutzungen wie Schimmel, Kot, Erbrochenes, Müll)
- Absicherung des Lebensunterhaltes
- Krankenversicherung des Kindes
- Vorhandensein einer Altersentsprechenden Grundausstattung für das Kind
- Gewährleistung einer regelmäßigen, ausreichenden und altersgemäßen Ernährung, Körperhygiene und der Jahreszeit angemessenen Bekleidung

Psychosoziale Basiskriterien

- Freiheit von Gewalt und Vernachlässigung
- Vorhandensein einer festen kontinuierlichen Bezugsperson für das Kind
- Gewährleistung der Aufsichtspflicht
- Strukturierter Alltag zur regelmäßigen täglichen Versorgung des Kindes (z.B.: verlässlicher und geregelter Tag- und Nacht Rhythmus für das Kind)
- Absicherung der ärztlichen Versorgung (z.B. Einhaltung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfterminen, Arztbesuche bei Erkrankungen und Befolgen ärztlicher Anordnungen)
- Gewährleistung einer ausreichenden pädagogischen Förderung, Erziehung und emotionalen Zuwendung (z.B. Bereithaltung von Spielmaterial, Nutzung tagesstrukturierender Angebote, wie Kindergarten, Tagesstätten, Hort, Absicherung des Schulalltages)

Sind diese Kriterien erfüllt, dann kann eine Begleitung im Rahmen des Arbeitskreises stattfinden. Im diesem Rahmen erfolgt dann eine Begleitung während der Schwangerschaft und eine Bearbeitung der akuten Suchtproblematik. Im Hinblick auf die anstehende Geburt erfolgt dann z.B. eine Anmeldung in der Geburtsklinik sowie Infotermin in der Kinderklinik. Außerdem wird die Medizinische Versorgung der Kinder nach der Geburt geplant. Dies ist von großer Bedeutung, da Kinder drogenabhängiger Mütter ebenfalls abhängig sind und nach Geburt einer Entzugesbehandlung unterzogen werden müssen.

Das Konzept baut auf einer Zusammenarbeit zwischen Netzwerkteilnehmern und Eltern auf. Natürlich gibt es Eltern, die mit einer Zusammenarbeit nicht wünschen. In diesen Fällen wird anhand der benannten Basiskriterien entschieden, ob das Kindeswohl gefährdet ist. Sollte hier ein hohes Gefährdungspotential vorliegen, kann es zu einer Meldung an das Jugendamt auch ohne Zustimmung der Eltern kommen. Auch ist es möglich, dass, bei hohem Gefährdungspotential die kooperative Mitarbeit der Eltern an die Frage der Substitution gekoppelt wird.

Grundsätzlich besetzt die Psychiatrische Pflege in diesen Prozessen eine Schlüsselposition im Hinblick auf die Motivationsarbeit und Kontinuität im Beziehungsprozess.

74.5. Bisherige Erfahrungen

Das Netzwerk hat sich als sehr wirksam erwiesen. Es ist gelungen, Eltern und Kinder in einem komplexen Hilfesystem zu begleiten und zu einer freiwilligen Zusammenarbeit zu motivieren. Im Vergleich zu der Zeit vor der Kooperation gelangen Betroffene früher ins Hilfesystem und können so auch schon vor der Geburt des Kindes entsprechend versorgt werden.

Zudem hat der vertrauensvolle Zugang dazu geführt, dass Schuld- und Schamgefühle abgebaut werden konnten. Partizipation und Verantwortungsübernahme durch die Klienten ist ein wichtiger Grundsatz im Rahmen des Netzwerks und konnte ein Abbau von Scham. Und Schuldgefühlen erreicht werden. Stattdessen stellen die realistische Selbsteinschätzung,

Transparenz sowie die Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher Hilfsangebote wichtige Ansätze im Beratungsprozess dar. So gelingt es den Betroffenen häufig, eine klare Sicht auf ihre eigene Situation zu gewinnen.

Auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages wird heute eine koordinierte Hilfe geleistet. Psychiatrische Pflege arbeitet ebenso wie andere Professionen innerhalb des Projektes im Sinne eines Case-Managements und leistet so institutionsübergreifende Hilfe. Diese richtet sich nicht nur an die substituierten sondern auch an die nicht substituierten Eltern. Insgesamt verbleiben nicht mehr Kinder bei den Eltern vor Projektbeginn. Durch die Kooperation lassen sich aber viele Krisen im Vorfeld präventiv bearbeiten.

Der Ruf nach einer stärkeren Vernetzung von unterschiedlichen Institutionen in der Versorgung von drogenabhängigen Eltern ist gerechtfertigt. In der Praxis zeigt sich aber, dass hier neben organisatorischen und Finanzierungsfragen vor allem ein Konsens in ethischen Fragen erreicht werden muss, damit Vernetzungsarbeit erfolgreich sein kann. Im Rahmen solcher Projekte kann Psychiatrische Pflege im Rahmen von Behandlungsmanagement die Kompetenz für eine hohe Verantwortung unter Beweis stellen und so ein Beispiel für ein zukunftsfähiges Berufsprofil zeigen.

74.6. Literatur

1. Klein, M (2001) *Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität*. In: Westermann B., Jellinek, C.; Bellmann, G.U. (Hrsg.) *Substitution: Zwischen Leben und Sterben*. Weinheim, Deutscher Studienverlag, S. 61-80
2. Suchmann, NE, Luthar, SA. *Maternal Addiction, Child Maladjustment and Sociodemographic Risks: Implications for Parenting Behaviour*. *Addiction* 2000; 95: 1417-1428

75. Dezentrale Qualitätsentwicklung und Pflegemanagement: Eine empirische Untersuchung zur Kompetenzentwicklung

Markus Weber, Sonja Feige

75.1. Fragestellungen

Gegenstand der Untersuchung waren Pflegende die an dem Projekt „Entwicklung von internen pflegesensiblen Qualitätsindikatoren in der stationären Altenhilfe“ der Hochschule Esslingen mitgewirkt haben. Diese wurden in Bezug auf ihre subjektive Einschätzung zu Kompetenzentwicklung befragt. Dabei sind folgende Fragestellungen handlungsleitend:

- Welche Kompetenzen beschreiben Pflegende im Zusammenhang mit ihrer täglichen Arbeit?
- Welche Kompetenzen werden von Pflegenden durch die Mitarbeit in der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung beschrieben und entwickelt?
- Welche Perspektiven lassen sich in Bezug auf das Arbeitsleben und Bildungsbiografie der Pflegenden durch die Mitarbeit in der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung ableiten?

75.2. Methode und Material

Das methodische Vorgehen zeigt sich in einer qualitativen Untersuchung zur Kompetenzentwicklung, bei der auf qualitativ charakterisierter Basis Performanz erfasst und auf die zu Grunde liegende Kompetenz ruckgeschlossen wird. Forschungsfeld waren stationäre Pflegeeinrichtungen der stationären Altenhilfe, welche mit der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung [1,6] arbeiten. Angewendet wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel [7] mit den Bestandteilen des Kurzfragebogens und Interviewleitfaden sowie der Tonbandaufzeichnung und des Postskriptums. Die Datenanalyse erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

[4,5] der das Kompetenzmodell nach Erpenbeck [2,3] und die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung als theoretischer Hintergrund diente. Dadurch konnte das strukturierende Verfahren durchgeführt werden. Interviews sind mit elf Pflegenden durchgeführt worden.

75.3. Ergebnisse

Deutlich wird, dass bei den Pflegenden Entwicklungen in Bereichen der personalen, fachlich-methodischen, sozial-kommunikativen und ethisch-moralischen Kompetenzen stattgefunden haben. Weniger erkennbar ist dies bei den aktivitäts- und umsetzungsbezogenen Kompetenzen. Zentral ist die Kompetenzentwicklung bei den fachlich-methodischen Kompetenzen, da sie in fast allen Kompetenzklassen die Grundlage der weiteren Kompetenzentwicklung darstellen. Durch den Erwerb von Fachwissen werden bei den personalen Kompetenzen die eigenen Lernprozesse reflektiert und das tägliche Verhalten überprüft. Bei den sozial-kommunikativen Kompetenzen werden die Kommunikationsfähigkeit und die Konsensfähigkeit gestärkt. Eine Förderung der Verantwortungsübernahme und eine themenbezogene Sensibilisierung geschehen bei den ethisch-moralischen Kompetenzen.

75.4. Diskussion

Die Mitarbeit bei der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung hat keinen Einfluss auf die weitere Bildungsbiografie der Pflegenden. Allerdings werden bereits durchgeführte oder geplante berufliche Bildungsprozesse positiv unterstützt. Ebenso wird erkennbar, dass der partizipative Entscheidungsprozess bei der Themenfindung eine positive Wirkung auf die Kompetenzentwicklung hat. Deutlich werden ebenfalls eine durchgängige Zunahme von Wissen und die Förderung der Reflexionsfähigkeit. Ebenso ist eine Stärkung des Selbstbewusstseins und der Teamfähigkeit erkennbar. Diese Erkenntnisse decken sich in Teilen mit bereits beschriebenen Inhalten in der Literatur; jedoch können sich zu den ethisch-moralischen Kompetenzen hierzu keine Belege finden. In der Untersuchung kann in diesem Bereich dargestellt werden, dass die Kompetenzen themenbezogen entwickelt werden. Diese zeigt

sich durch eine Stärkung der Sensibilität gegenüber ethisch-moralischen Aspekten und in der Förderung des Bewusstseins für pflegerische Dilemmatasituationen.

75.5. Schlussfolgerungen

Für die Pflegewissenschaft stellt sich die Frage inwieweit diese Entwicklungen nachhaltig sind. Ebenso sollten weitere Evaluationsforschungen durchgeführt werden. Als aufschlussreich ist hier eine ökonomische Leistungsbeurteilung einzustufen. Hinsichtlich des Pflegemanagements kann die Empfehlung ausgesprochen werden, dass die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung mehr Verbreitung finden sollte. Durch die Anwendung dieser dezentralen Qualitätsentwicklungsmethode kann eine Integration von Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung gelingen. Dies würde in der Folge bedeuten, dass die pflegerische Qualitätsentwicklung und die Kompetenzentwicklung in der betrieblichen Gesamtorganisation institutionalisiert sind.

75.6. Literatur

1. *Dahlgaard, K., Schieman, D. (1996) Voraussetzungen und Darstellung der Methode Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung: Darstellung der Methode und der Voraussetzungen für ihren Einsatz. In: Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätsentwicklung in der Pflege. Baden-Baden: Nomos, S. 1-79*
2. *Erpenbeck, J., Heyse, V. (2007) Die Kompetenzbiographie: Wege der Kompetenzentwicklung. Münster, New York, München, Berlin, Waxmann*
3. *Erpenbeck, J., Rosenstiel von, L. (2007) Handbuch: Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel*
4. *Mayring, P. (2002) Einführung in qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim, Basel: Beltz*
5. *Mayring, P. (2008) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz*
6. *Schieman, D., Moers, M. (2004) Werkstattbericht: über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: DNQP*

7. *Witzel, A. (1982) Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. Frankfurt a.M., New York: Campus*

76. Depressivität und Minussymptomatik bei Menschen denen eine chronische Schizophrenie diagnostiziert wurde: Eine Herausforderung für die ambulante psychiatrische Versorgung

Sabine Weißflog, Jürgen Rave

76.1. Phänomenologie

Wenn wir Menschen bei denen eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert wurde ambulant versorgen, fällt immer wieder auf, dass diese unter erheblichen Stimmungsschwankungen leiden. Die sonst nicht unbedingt wortkarigen Menschen verstummen fast und sprechen nur noch kurz und einsilbig. Häufig verstehen wir die leisen Laute auch nicht. Auch sind die Aktivitäten wieder sehr eingeschränkt. Die Patienten „bekommen einfach den Hintern nicht mehr hoch“. Das Gesicht wirkt blass und gequält. Die Stirn weist Falten auf, die bisher noch nicht da waren. Der Appetit ist gemindert. Sonst war das zuviel essen eher ein Thema – jetzt das wenige Essen. Die Wohnung des Patienten wird immer unordentlicher und schmutziger. Auch die Körperpflege zeigt Defizite auf. Im Ergebnis der „Verwahrlosung“ erfolgt oft die stationäre Einweisung mit der Aussicht auf einen Heimplatz.

Volker Faust et al. [1] stellen fest: „Ein besonderes Problem bietet die Beimengung depressiver Symptome zur schizophrenen Symptomatik. [...] Aus therapeutischer Sicht ist zu diskutieren, ob die Beimengung depressiver Symptome pharmakogen, krankheitsbedingt oder reaktiv ist“ [1:101].

76.2. Abgrenzung der Depression zur Minussymptomatik?

Ist so ein Mensch in seiner häuslichen Umgebung nun depressiv verstimmt oder haben wir es mit einer Verwahrlosung durch Minussymptomatik zu tun? Ganz sicher können wir diese Abgrenzung nicht vornehmen. Ist diese Abgrenzung zur Unterstützung des Menschen auf seinem Genesungsweg überhaupt notwendig? Stellt sich nicht eher die Frage, wie Menschen in

dieser Krise begleitet werden können, ohne dass sie ihre häusliche Umgebung verlassen müssen? Wie kann die ambulante psychiatrische Pflege die Schwelle zur stationären Behandlung möglichst hoch halten? So kommt es eher darauf an den Menschen mit seiner Gesundheit und Umwelt zu begleiten, um angemessene Handlungen in die Beziehung einzubringen.

76.3. Ein Raum zur Genesung

Drei Monate aushalten – keine einfachen Monate für alle Beteiligten. Dennoch, Herr Sch. konnte über seine Krise ambulant begleitet werden. Sein Wunsch, nicht in das Krankenhaus zu müssen, wurde Wirklichkeit.

Körperlich ungepflegt. Die Wohnung schmutzig, niedergeschlagen und nur das Notwendigste sprechend, so öffnete uns Herr Sch. eines Tages die Tür und sagte: „Mich bekommt ihr nicht auf die Station zurück“. Wir nahmen seine Worte ernst, sprachen mit ihm über seine derzeitige Situation und schlossen eine Vereinbarung. Vorsichtig eruierten wir krisenauslösende Faktoren und erarbeiteten Möglichkeiten zur Krisenbewältigung.

Wir versuchten die Situation zu „entdramatisieren“.

Die Medikamentenverabreichung wurde nach der Verordnung des Arztes eng abgestimmt. Und die Erwirkung notwendiger stationärer Behandlung sollte nur dann erfolgen, wenn es nicht mehr anders geht. Wir blieben im Kontakt, werteten die Situationen nicht und versuchten sie auch nicht durch unsere Aktivität zu verbessern. Dabei erkannten und benannten wir kritische Situationen und Frühwarnzeichen. Minussymptomatik oder depressive Verstimmung, der Mensch Herr Sch. mit seiner Befindlichkeit war uns wichtig und wir schätzten sein Durchhaltevermögen.

Auch wenn der stationäre Aufenthalt von Herrn Sch. erfolgreich verhindert werden konnte hat die ambulante psychiatrische Pflege dort ihre Grenze, wo eine suizidale Handlung nicht mehr auszuschließen ist. So ist es wichtig, die Einschätzung aller an der Behandlung Beteiligten wahrzunehmen und in Absprache mit dem behandelnden Arzt Entscheidungen umzusetzen.

76.4. Schlussfolgerung

Die Behandlung durch den niedergelassenen Facharzt und die Zusammenarbeit mit dem Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienst muss als Alternative der stationären Behandlung Vorrang haben. Dies ist in Deutschland sicher noch lange nicht der Fall.

76.5. Literatur

1. *Faust, V. (1995): Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung, Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer.*

77. Pflegeunterricht in den Niederlanden - Pflegeunterricht zur Behandlung von Depressivität und Suizidalität

Gert Jan Wiersma, Erik J. de Jong

77.1. Rückblick

In den 50er und 60er Jahren gab es noch viele Patienten, die stets zwischen Krankenhaus und Gesellschaft hin- und herpendelten, ohne dass sich ihr Leben dadurch wesentlich veränderte. Damals begannen erste Pflegekräfte, mit ihrem Motorrad die Patienten zu Hause zu besuchen - nicht nur, um sich deren psychiatrischer Probleme anzunehmen, sondern auch wegen Problemen im sozialen Bereich, in den Familien, bei der Arbeit, und auch bei der Haushaltsführung. Die Patienten, die mit Hilfe der Intervention der psychiatrischen Pflegekraft am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben

teilnahmen, erfuhren mehr Selbständigkeit. Damals waren die Pflegekräfte jedoch nur als Klinikpfleger ausgebildet. Die neuen Aufgaben erforderten eine zusätzliche Ausbildung - zum einen, damit

die guten Erfahrungen mit dem neuen Modell geteilt, beschrieben und untersucht werden konnten, zum anderen, damit die Pflegekräfte vom Patienten weniger autoritär und mehr partnerschaftlich wahrgenommen wurden. Hierzu trugen auch die antiautoritäre Bewegung und die autonome Patientenbewegung bei.

Auch war es wichtig, die Erfahrungen in den angelsächsischen Ländern mit einzubeziehen - das sogenannte "Community Health Nursing" -, und die Entwicklungen wissenschaftlicher Konzepte zu verfolgen, mit deren Hilfe die Pflegekräfte ihrem Handeln als Fachkräfte ein Fundament geben konnten.

77.2. Fachhochschule für Pflegekräfte in den Niederlanden

Anfang der 70er Jahre wurde die Fachhochschule für Pflegekräfte in den Niederlanden eingeführt. Der Pflegeunterricht fand in einer Laborsituation statt. Die Studenten erwarben Wissen im Bereich des sachgerechten Verhal-

tens in der Pflege, der elementaren Medizinwissenschaft, der Pharmakologie, der Humanpsychologie, der Soziologie, der Ethik und der Philosophie sowie von sozialen Strategien und Interventionen. Innerhalb von vier Jahren an der Fachhochschule konnten die Pflegekräfte grundlegende Erfahrungen in der Pflege sammeln, sich aber auch Grundsätze wissenschaftlichen Arbeitens aneignen, um wissenschaftliche Untersuchungen verstehen zu können, ihr eigenes erfolgreiches Handeln beschreiben zu können und ihr Handeln als Fachkräfte weiter zu entwickeln.

77.3. Fachhochschule Rotterdam

In der Fachhochschule Rotterdam wird heutzutage von den Studenten zunächst zwei Jahre allgemeine Pflegeausbildung absolviert. Danach folgen zwei Jahre Spezialausbildung in psychiatrischer Pflege. Hierunter fallen die Diagnostik von Depression, Kenntnisse über die Psychodynamik von Depression, theoretische Kenntnisse verschiedener biologischer, psychologischer und sozialer Interventionen, aber auch die Aneignung entsprechender Praxiskenntnisse durch Supervision und Training in der Arbeit mit depressiven Patienten. Auch Krisenintervention in Bezug auf Suizidalität ist Teil des Programms.

Wir bringen den Studenten bei, die verschiedenen Phasen von Pflege zu unterscheiden. Die Theorieausbildung umfasst nicht nur die Situation des Patienten im Krankenhaus, sondern seine Rolle in der Gesellschaft und die daraus resultierende Dynamik, sowie die Verantwortungsbereiche einer psychiatrischen Pflegefachkraft. Die ambulante Pflege in der Psychiatrie spielt heutzutage eine zunehmende Rolle - die psychiatrischen Fachkräfte leisten Tag und Nacht Krisenbeistand bei den Patienten vor Ort.

77.4. Pflegekräfte mit Fachspezialisierung Psychiatrie

Fundierte Erfahrung ist wichtig bei der ambulanten Pflege, denn nur so kann dem Menschen verständnisvoll begegnet werden und darauf zu gearbeitet werden, dass der Patient wieder sein autonomes Leben in der Gesellschaft zurückerlangt.

78. Verändern nutzergeleitete Patientengesprächsgruppen die Stationsatmosphäre? Erste Ergebnisse einer Interventionsstudie

Gianfranco Zuaboni

78.1. Ausgangslage

Die Patientenzufriedenheit gilt als wichtiger Indikator für die Qualität in klinischen Betrieben. Entsprechend sind Erhebungen bei Patientinnen und Patienten im Qualitätsmanagement der psychiatrischen Einrichtungen integriert [4, 6, 8]. In psychometrischen Analysen von bislang bekannten Zufriedenheitserhebungs-Instrumenten wurde jedoch nur ein eindimensionaler Zufriedenheitsfaktor erfasst. Demnach bilden diese Instrumente eine allgemeine Zufriedenheit ab, von der keine differenzierten Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden können. Konkret bedeutet dies, dass allgemein zufriedene Patientinnen und Patienten, bei der Fragebogenerhebung auch Bereiche positiv bewerten, die keinen relevanten Einfluss auf die Zufriedenheit hatten.

Die bisherige Erhebungspraxis ist deshalb in dreierlei Hinsicht verbesserungswürdig: a) Die Fragebogenerhebungen sollten mit Patientengesprächsgruppen ergänzt werden, b) die Daten sollten zeitnah ausgewertet werden, um die Ergebnisse entsprechend rasch für Behandlungsverbesserungen zu nutzen, und c) seitens der Betroffenen und der Angehörigen wird die stärkere Partizipation in der psychiatrischen Versorgung bereits seit langem gefordert. Deshalb ist – auch um an internationale Entwicklungen anzuschließen - die Betroffenenpartizipation in das Qualitätsmanagement zu integrieren. Letzteres steht im Zentrum dieses Praxis- und Forschungsprojekts auf einer akutpsychiatrischen Aufnahmestation.

78.2. Projekt

Dem Erfahrungs- und Wissenshintergrund der Psychiatrie-Erfahrenen wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt, denn dessen Integration bei der Patientenzufriedenheitserfassung kann sich positiv auf das Vertrauen der Patienten auswirken. Dies wiederum hat einen positiven Einfluss auf die Qualität der Rückmeldungen zur Patientenzufriedenheit [2, 7].

Darüber hinaus vermittelt die Betroffenenpartizipation für Patienten Zuversicht. Sie hilft das Machtgefüge zwischen dem Behandlungsteam und den Patienten auszugleichen. Partizipation ist schliesslich eine wirkungsvolle Massnahme gegen die Stigmatisierung von Psychiatriepatienten. Vor diesem Hintergrund wurde eine nutzergeleitete Patientengesprächsgruppe als Intervention durchgeführt. Ziel war es, die Behandlungszufriedenheit aus der Patientenperspektive zu erfassen. Dieser Ansatz ist für die psychiatrischen Einrichtungen der deutschsprachigen Schweiz neu. Deshalb war das Ziel, das Verfahren in einer psychiatrischen Klinik zu erproben und im Rahmen einer Interventionsstudie zu untersuchen.

78.3. Fragestellung

Welchen Einfluss hat die nutzergeleitete Patientengesprächsgruppe auf die Stationsatmosphäre, die therapeutische Allianz und die Patientenzufriedenheit auf einer allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestation?

78.4. Methode

Die Intervention wurde als Patientengesprächsgruppe für eine psychiatrische Aufnahmestation entwickelt. Eine Psychiatrie-Erfahrene leitete die Gespräche. Sie verfügt über eine Peerberaterin – Ausbildung und wurde zusätzlich für die Leitung der Gesprächsgruppen im Verlauf des Projektes geschult. Die in der Gruppe besprochenen Themen, orientierten sich an Fragen eines Leitfadens zur Versorgungsqualität. Die Diskussionsergebnisse der Gesprächsgruppe wurden protokolliert und in anonymisierter Form dem Behandlungsteam zur Verfügung gestellt, mit dem Ziel, dass daraus zeitnah Qualitätsverbesserungen abgeleitet wurden.

Alle Patienten der ausgewählten Station wurden angefragt, ob sie sich vor ihrem Austritt an der Studie beteiligen wollen. Die Teilnahme war freiwillig. Im Verlauf der Studie wurden insgesamt acht Gesprächsrunden durchgeführt, bei denen insgesamt 44 Patientinnen und Patienten teilnahmen.

Mittels eines Interrupted Time-Series Designs [1] wurde der Einfluss der Patientengesprächsgruppe auf drei ausgewählte Effekte untersucht:

1. die Stationsatmosphäre wurde mit dem Stationsbeurteilungsbogen erhoben [3], 2. der Therapeutischen Allianz liegt die Institutional Working Alliance Inventory zugrunde [4], und die Patientenzufriedenheit wurde mit dem Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Züpaz) erfasst.

Die Datenerhebung erstreckte sich über 8 Monate. Der Ablauf war in vier zweimonatige Zeitphasen unterteilt. Während den Phasen 2 und 3 wurde die Intervention durchgeführt. Als Kontrollgruppen dienten die Phasen 1 und 4.

Die Ergebnisse der Erfassung der Stationsatmosphäre und der Therapeutischen Allianz basieren auf den Einschätzungen der Patienten und des Behandlungsteams, diejenigen des Züpaz nur auf den Patientenergebnissen.

78.5. Ergebnisse

Die Datenerhebung findet vom 1. Dezember 2009 bis 31. Juli 2010 statt. Erste Studienergebnisse werden auf dem Dreiländerkongress in Bielefeld vorgestellt.

78.6. Literatur

1. Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advance design in nursing research* (2 ed.). London: Sage.
2. Clark, C. C., Scott, E. A., Boydell, K. M., & Goering, P. (1999). *Effects of client interviewers on client-reported satisfaction with mental health services. Psychiatr Serv, 50(7), 961-963.*
3. Engel, R. R., Knab, B., & Von Doblhoff-Thun, C. (1983). *Stationsbeurteilungsbogen (SBB)*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
4. Pulido, R., Monari, M., & Rossi, N. (2008). *Institutional therapeutic alliance and its relationship with outcomes in a psychiatric day hospital program. Arch Psychiatr Nurs, 22(5), 277-287.*
5. Richter, D. (2004). *Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung - Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme. Krankenhauspsychiatrie, 15, 104-113.*
6. Siegrist, K., Schlebusch, P., & Trenckmann, U. (2002). *[Let us Ask the Consumer]. Psychiatr Prax, 29(4), 201-206.*
7. Weinstein, J. (2006). *Involving mental health service users in quality assurance. Health Expect, 9(2), 98-109.*
8. Zastowny, T., & Lehmann, A. (1988). *Patient satisfaction with mental health services. Quality review bulletin, 14(9), 284-289*

Posterpräsentationen

79. Wellbeing – Grundlage eines Stationskonzeptes

Daniel Fischer

79.1. Einleitung

Das Sanatorium Kilchberg ist eine traditionsreiche Psychiatrische Privatklinik. Die Klinik wurde vor 140 Jahren gegründet und ist somit eine der ältesten psychiatrischen Institutionen der Schweiz. Sie verfügt über 168 Akutbetten auf 9 Stationen, zwei Ambulatorien und eine Tagesklinik. Neben der regionalen, psychiatrischen Grundversorgung wird ein überregionales Behandlungszentrum für Essstörungen betrieben.

Auf der offen geführten Privatstation mit 18 Betten werden PatientInnen sämtlicher psychiatrischer Krankheitsbilder, mit dem Schwerpunkt der affektiven Störungen behandelt. Ausgenommen sind lediglich Klienten mit starker Fremdgefährdung oder schwerer Grundpflegebedürftigkeit.

Seit Mitte 2009 beschäftigen wir uns mit Recovery-orientierter Praxis und möchten uns dem jeweils „...zutiefst persönlichen, einzigartigen Prozess der Veränderung von Haltung, Gefühlen, Werten, Zielen, Fertigkeiten und Rollen ... auf dem Weg zu einem befriedigenden Leben, trotz durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ...“ (Anthony, 1993) schrittweise annähern.

Hierfür wurden verschiedene Interventionen in den Pflegeprozess implementiert, die den von Farkas et al., 2007 formulierten Schlüsselprinzipien für Umorientierung zu Recovery entsprechen: Personen-Orientierung, Betroffenen-Einbezug, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit, Wachstumspotential.

Das Stationskonzept für die interprofessionelle Behandlung, sowohl auf Stationsebene als auch in der individuellen Bezugspersonenarbeit, orientiert sich an dem Wellbeing (Wohlbefinden, Wohlergehen) - Modell, das einem Projekt der ‚N.E.F.‘ - New Economy Foundation, England entstammt.

79.2. Konzept

Wellbeing beinhaltet eine Verbesserung der individuellen Lebensqualität, indem es sich den täglichen Herausforderungen gegenüber Umwelt und Gesellschaft stellt. Dabei sind deutliche Parallelen zum Recovery - Ansatz erkennbar. Die N.E.F. ist Bestandteil von „Foresight“, einem wissenschaftlichen Verbund des Vereinigten Königreichs, der die Regierung bei anstehenden gesellschaftlichen Herausforderungen der nächsten 20 - 80 Jahre unterstützen möchte.

79.2.1. Das Konzept des Wellbeings beruht auf zwei Elementen

- Sich gut fühlen
- Gut funktionieren

„Gefühle des Glücks, Zufriedenheit, Vergnügen, Neugierde und Engagement sind charakteristisch für jemanden, der positive Erfahrungen in seinem Leben macht. Ebenso wichtig für das Wohlbefinden ist das Funktionieren in der Umwelt. Erfahrungen mit positiven Beziehungen, Kontrolle über sein eigenes Leben zu haben und ein Ziel verfolgen sind wichtige Attribute des Wohlbefindens“ (Aked J., Marks N., Cordon C., Thompson S., Centre For Wellbeing, NEF, 2007).

Aus einer breitgefächerten wissenschaftlichen Evidenz entstand eine lange Liste von Aktivitäten, die auf 5 Schlüsselaktivitäten reduziert wurde, welche zur Verbesserung des individuellen Wohlbefindens führen:

- In Beziehung stehen
- Aktiv sein
- Achtsam sein
- Lernen
- Geben

Mit dem ressourcenorientierten Wellbeing - Modell steht das Wachstum, die Steigerung des Wohlbefindens der Patienten im Mittelpunkt. Die fünf Schlüsselaktivitäten können als Orientierung auf dem Recovery - Weg genutzt werden.

79.3. Implementation

Entsprechend dieser fünf Schlüsselaktivitäten wurde ein Stationskonzept ausgearbeitet. Darin sind Interventionen auf Gruppen- und bezugspflegerischer Ebene enthalten.

Die Bezugspfleger informieren die Patienten bei der Aufnahme über das Wellbeing – Konzept und führen danach ein spezifisches Wellbeing - Assessment durch. Dabei werden Ressourcen und Verbesserungspotentiale in den fünf Schlüsselaktivitäten erfasst, die die Grundlage bilden für die Planung des Pflegeprozesses.

Im Rahmen des Stationswochenprogramms werden verschiedene Wellbeing - orientierte Gruppen angeboten, wie z.B. Achtsamkeitstraining, Fitnessgruppen, Zeitungsgruppen etc.

Die Patienten erhalten mittels eines Flyers in der Eintrittsmappe zusätzliche Informationen zum Wellbeing- Konzept.

79.4. Literatur

Aked J., Marks N., Gordon C. , Thompson S.(2008) : A report presented to the Foresight Project on communicating the evidence base for improving people's well-being

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23

Farkas M., Gangne C., William A., Chamberlin J. (2005): Implementing Recovery Oriented Evidence Based programs: Identifying the Critical Dimensions. Community-Health Journal 41, 141-158

80. Aus der Gemeinschaft Hoffnung schöpfen.

Dieter Tillmanns, Frank Joest

80.1. Prolog

Die Teamentwicklungs- u. Erfahrung von einer allgemein psychiatrischen Station hin zur Wahlleistungsstation mit Schwerpunkt – Depressionsbehandlung ist das Thema unseres Vortrages.

Das Landhaus ist eine allgemeine psychiatrische Wahlleistungsstation am allgemeinen Krankenhaus des Florence Nightingale Krankenhauses im Düsseldorfer Norden.

Der Schwerpunkt der Station liegt in der Behandlung von Depressiv erkrankten Menschen.

Dazu haben wir uns entschlossen auch das alte Gebäude zu verlassen und mit dem Umzug in ein neu renoviertes Gebäude einen Neuanfang zu markieren.

Die Station hat heute 24 Behandlungsbetten in Ein- u. Zweibettzimmer, Küche, Ess- u. Aufenthaltsraum, Wintergarten, diverse Nebenräume und einen eigenen kleinen Garten.

Zur Behandlung steht ein Team aus 14 Pflegekräften in Voll- u. Teilzeit und zwei Stationsärzte bereit. Dazu kommen noch Chefarzt, Therapeuten und Sozialarbeiter unterschiedlichster Berufsgruppen.

80.2. Entwicklung

Ganz am Anfang unserer Entwicklung stand die Erfahrung im Alltag, dass der Anteil der depressiv Erkrankten im Verhältnis auf unserer alten Station zunahm. Früher war das Verhältnis ca. 30 % Depressiv Erkrankter/ 30 % Psychotisch Erkrankter / 30 % Erkrankter an einer frühen Persönlichkeitsstörung. Nun wuchs der Anteil der depressiv Erkrankten auf ca. 60% bis 70 %. Der Anteil an einer frühen Persönlichkeitsstörung ging auf fast 0 zurück.

Damit spiegelt sich die Situation der zunehmend depressiv Erkrankten in der Gesellschaft bei uns wieder.

Wir stellten auch mehr und mehr fest, dass sich das Stationsmilieu durch die an Depression erkrankten Menschen veränderte. Das Milieu wurde mit jedem Patienten der mit einer depressiven Störung dazukam immer BLEIENDER und SCHWERER. Die Versuche vom Team das mit Aktivitäten zu füllen, führten eher noch zum Gegenteil und dazu, dass die Stimmung auch auf die Mitarbeiter herüberschwappte. Trotz Supervision und allem Gutem was eine Klinik einem zur Reflektion bieten kann, es war wie verhext. Die Macht des Depressiven schien allen in der milieuthérapeutischen Arbeit erfahren Mitarbeiter mit in die Tiefe zu ziehen.

Die Gruppen wie Gartengruppe Freizeitgruppe Kochgruppe das ganze Training der Alltagskompetenzen wie Küchendienste, Blumengießen, Brötchen holen wirkte auf einmal wie ein unüberwindbarer Fels. Die Erfahrung auch der langjährigen Fachpflegekräfte schien in irgendeiner Weise so, als hätte man die Erdanziehung außer Kraft gesetzt. Es schien fast so als sei Depression ansteckend. Imaginäre Hoffnungslosigkeit schien der Virus zu heißen der da um sich griff und das schleichend. Dass es in dem Jahr zu einem Mitarbeiterwechsel kam, kann man sich vorstellen.

80.3. Ressourcen orientiertes handeln mit Elementen der Psycho-Education

Es war vielleicht ein bisschen Zufall, gepaart mit Beobachtungsgabe und Supervision.

In der Adventszeit dekorierten wir wie jedes Jahr die Station um und dazu hatten wir auch unsere Tische zu einer langen Tafel zusammen gestellt. Das gering veränderte Raumkonzept hatte eine positive Wirkung. Was auf dem erst Blick recht simpel erscheint, hatte jedoch eine prägende Auswirkung auf unser Milieu und später auf unser Gesamtkonzept.

Plötzlich saßen alle an einem Tisch. Oder besser an einer langen festlichen Tafel.

Wir stellten damals fest, das sich bedingt durch die unterschiedlichen Erkrankungen auch unterschiedliche Gruppen gebildet hatten, was eigentlich auch normal ist. Ich würde heute behaupten, durch unsere einzelnen Tische mit etwas 4-6 Personen, kam es dann zusätzlich noch dazu das sich die Gruppen in ihrem inneren Zusammenhalt stärkten. Und ein gemeinsame Sprache und ein gegenseitiges Verständnis für ein unterschiedliches Krankheitsbild ging verloren. Rückblickend würde ich auch behaupten das eine gute Durchmischung verschiedener psychiatrischer Erkrankungen auf einer Station ein durch aus gutes Konzept ist. Doch bei zunehmenden Anteil an einer Depression leidenden Menschen ist ein Konzeptwechsel vielleicht auch ein wechseln im Team aus meiner Sicht fast unausweichlich. Nun ist eine lange Tafel mit Sicherheit kein Credo. Sondern er war der Beginn eines Prozesses in der Arbeit mit Depressiv erkrankten Menschen.

Wir stellten fest, dass die kognitiven Einschränkungen bei den depressiv erkrankten deutlich höher waren, als wir eingeschätzt hatten. Dies könnte auch der Grund gewesen sein warum die Patienten sich aus den angebotenen milieutherapeutischen Gruppen entfernten. Die Bedürfnisse zwischen den einzelnen Patientengruppen waren zu groß und unser Angebot nicht mehr angemessen. Unsere neue konzeptionelle Ausrichtung ging nun hin zur Stärkung der therapeutischen Gemeinschaft mit Stärkung der Alltagsgeschicklichkeiten im gemeinschaftlichen Tun.

80.4. Kurz, Ressourcen orientiertes handeln mit Elementen der Psycho-Education.

Wenn wir über Depression reden, dann reden wir über einen sich ausstreuenden Verlust an Lebensfreude über die gesamte Seele und über verschiedene Lebensbereiche. Im schlimmsten Falle endet es in einer tiefen Verstockung der Gefühle die bis zur Gefühllosigkeit fortschreitet. Sie ist geprägt von einer inneren Antriebslosigkeit, inneren Unruhe, und gleichzeitigem getrieben sein, dem Empfinden nichts mehr zu fühlen, und sogar wertlos zu sein. Sie ist geprägt von Schuldgefühlen, die sich gesteigert bis zum schuldhaften Wahnsteigern kann. Eine tiefe Leere und Wertlosigkeit mit zunehmender

Hoffnungslosigkeit reicht bis zum Wunsch sich durch einen Suizid aus der Situation zu befreien. Um nur einiges aus dem Bild der Erkrankung abzulichten und zu benennen.

Ein Blick zur Seite, auf die gesamt gesellschaftliche Entwicklung mag noch mal verdeutlichen wie sehr sich die Erkrankung in der Gesellschaft ausbreitet und welche Gründe dazu angeführt werden. Dazu 3 kurze Auszüge aus der Studie der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) 2004 [1].

80.5. Psychische Erkrankungen nehmen zu

- **Ursachen für diese Entwicklung.** Als Ursachen für die Zunahme von psychischen Erkrankungen und als Hinweis auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko werden mehrere Aspekte verantwortlich gemacht: **Gesamtgesellschaftliche Veränderungen haben hierbei eine ebenso große Bedeutung wie individuelle persönliche Gründe.**
- Frauen, **Menschen in schwierigen Lebenssituationen**, allein lebende, geschiedene und verwitwete Personen weisen insgesamt höhere Erkrankungsraten auf. Auch das Lebensalter spielt eine wichtige Rolle. Das Ersterkrankungsalter für Depressionen und Angststörungen liegt im früheren bis mittleren Erwachsenenalter, doch bereits im Jugendalter ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen
- Allem voran steht die zunehmende **Unsicherheit über die zu erwartenden Lebensläufe** und die damit verbundene Flexibilität, sich auf rasch veränderte Anforderungen einzustellen. Hohe Scheidungsraten und eine **Zunahme von sozialer Gewalt** - sowohl im öffentlichen Bereich, als auch innerhalb von Beziehungen - tragen **in Verbindung dazu bei, dass der Einzelne kaum noch Möglichkeiten hat, sich in seiner näheren Umgebung Hilfe und Unterstützung zu holen.**

Zurück zu unserer langen Tafel. Wenn man den dritten Teil der Kernaussage betrachtet wird als Grund für die Zunahme an Depressiver Erkrankung **eine weitergehenden Vereinzelung (z.B. Einpersonenhaushalte)** angeführt, und eine gesellschaftliche Veränderung in der **der Einzelne kaum noch Möglichkeiten hat, sich in seiner näheren Umgebung Hilfe und Unterstützung zu holen.**

Diese beiden Aussagen mögen der Schlüssel sein für einen Teil des Erfolges der Langen Tafel. Depressive Patienten sind oft bei der Aufnahme sehr unruhig und getrieben.

Durch die Depression ist oft das Denken verlangsamt und eingeschränkt. Oft fühlen sie sich auch unter Druck gesetzt Dinge zu schaffen, die eigentlich alltäglich sind, jedoch unter der Depression unüberwindbar erscheinen. Das ist auch mit ein Grund warum sie sich lieber zurück ziehen.

Ganz gegensätzlich dazu wollen sie etwas leisten. Unsere heutige Gesellschaft ist davon geprägt das Leistung gut ist. Sehr schön wir dies in dem Buch „Die Perfektionierer“ von Klaus Werle beschrieben [2].

Bessere Jobs, attraktivere Körper, schlauere Kinder - der Wunsch nach dem perfekten Leben ist zum Credo des 21. Jahrhunderts geworden - Der Einzelne dagegen droht sich in den Paradoxien der Perfektion zu verheddern: Weil er permanent seine Schwächen ausbügelt, kann er seine Stärken nicht ausspielen. Genau das wiederum wird dem Patienten am Anfang der Therapie zum Verhängnis. Wie ein Leistungssportler im Training wird versucht die Leistungsfähigkeit zu steigern, und dass obwohl überhaupt keine Leistungsreserven vorhanden sind. Genau hier setzten die Mitpatienten im Rahmen der Milieuthérapie an. An der gemeinsamen langen Tafel erleben Patienten nach langer Zeit erst mal wieder Gemeinschaft und Fürsorge. Da neuaufgenommene Patienten hier mit schon erfahreneren Patienten zusammen treffen. So wird von den erfahrenen Patienten Verständnis gezeigt, Unterstützung geleistet und vor allem Hoffnung gespendet.

Wenn wir noch mal den Blick auf unser Konzept richten.

80.6. Lernprozess die Betroffenen trainieren uns

Bei der Neuentwicklung des Konzepts lag die therapeutische Gemeinschaft im stationären Setting im Brennpunkt. Bei der Entwicklung legten wir mehrere Säulen, auf dem unser Konzept beruht an. Dabei haben wir das bewährte Konzept der Bezugspflege zugunsten der Gemeinschaft bewusst aus dem Fokus heraus genommen.

Statt kleiner und fester Gruppen setzten wir jetzt kollektives Handeln in dem sich jeder mit seinen zur Verfügung stehenden Fähigkeiten einbringen kann. Dabei haben wir festgestellt das, bei fast überwiegend an einer Depression erkrankten Patienten, das Verständnis von Erkrankung und das Vertrauen auf den Mitpatienten mit gleicher Erkrankung durch weg größer ist, als bei einer heterogenen Durchmischung. Aus der Erfahrung mit der gemeinsamen Tafel, haben wir vermehrt auf gemeinschaftliches Handeln gebaut.

Eine weitere Erfahrung die wir gemacht haben ist, je weniger wir aktiv in der Gemeinschaft eingreifen desto mehr wird die Verantwortung von den Patienten übernommen. In unserem Stationsalltag ist eine Verweildauer von ca.4-6 Wochen. Patienten denen es besser geht, nehmen Patienten die neu aufgenommen werden mit in das alltags geschehen auf. Patienten sagen dazu- Das Patentamt. Das war im Übrigen eine Idee die am Anfang von Patienten gewünscht war. Und die bis heute noch Bestand hat.

Vielleicht ist es etwas merkwürdig zu sagen, trotz unserer jahrelangen Erfahrung und Zusatzausbildungen mussten wir noch mal in einen Lernprozess durch machen in dem die Betroffenen uns trainierten.

80.7. Literatur

1. *Auszüge aus der Studie der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) 04*
<http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/828702540CEDD7A3C1256EAE00447AFA>
2. „Die Perfektionierer“ von Klaus Werle beschrieben. ISBN 978-3-593-39093-2

81. Primäre Pflege – vom Wunsch zur Wirklichkeit

Wolfgang Leeb, Belinda Köhler, Eugen Graml

81.1. Unsere Klinik

Die Oö. Landes-Nervenklinik Linz ist eines von 10 Krankenhäusern der „gespag“ – des größten Krankenhausträgers Oberösterreichs – mit den Schwerpunkten Neurochirurgie, Neurologie, Neurologisch-Psychiatrische Gerontologie und Psychiatrie inkl. Jugendpsychiatrie. Die folgenden Leistungs- und Personalkennzahlen auf Basis 2009 sollen einen Einblick über das Leistungsvermögen dieser Sonderkrankenanstalt geben:

Tabelle 1: Leistungs- und Personalzahlen (Nervenklinik Linz, 2009)

Planbetten gem. OÖ. RSG	644
Tagesklinikplätze	61
Belagstage	251.527
Patienten/Entlassungen	16.558
Leistungen an stationären PatientInnen	1,482.751
Leistungen an ambulanten PatientInnen	533.878
Anzahl der Operationen	2.584
Ärzte	210
Akademiker	64
Diplompflege	698
SHD	158
Med.-techn. Dienst	224
Verwaltungs-, Betriebs- u. sonst. Personal	479

81.2. Der Einstieg

„Gesunde Arbeitsbeziehungen zwischen Gesundheits- und Krankenpflegekräften, ÄrztInnen und Therapeuten sind nicht nur etwas Nettos, sie sind ein Wettbewerbsvorteil.“ (Smith, 2004)

Pflegekräfte wie ÄrztInnen sehen sich heutzutage aufgefordert, immer mehr mit weniger zu tun, dieses immer schneller und effizienter – und nebenbei die Qualität und die Kostenseite zu verbessern.

81.3. Die Primäre Pflege

Dieses Pflegesystem basiert auf vier grundlegenden organisatorischen Elementen, die zusammengenommen den organisatorischen Bezugsrahmen für die auf einer Station praktizierte Organisationsform der Pflege bilden. Diese sind

- Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person
- Tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
- direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch
- Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche. (Manthey, 2005).

81.4. Drei Strategien der Zusammenarbeit:

Nach einer Selbstreflexion der Pflege an der Landes-Nervenklinik werden Strategien definiert, um die kommenden Herausforderungen bei der Implementierung der Primären Pflege bestmöglichst händeln zu können:

81.4.1. Selbstentwicklung

- Entwicklung der emotionalen Reife
- Die Perspektive des anderen verstehen
- Vermeiden der Erschöpfung / Ermattung des Mitgefühls – Burnout

81.4.2. Teamentwicklung

- Teamaufbau
- Respektvolle Verhandlungen (Aushandlungen)
- Weise Handhabung von Konflikten
- Vermeidung negativer Verhaltensweisen
- Gelegenheiten für Zusammenarbeit kreieren (z.B. Raum, Ruhe,)

81.4.3. Entwicklung von Kommunikationsstrategien

- Wirksame Kommunikation bei Notfällen
- Intelligente Nutzung der elektronischen Kommunikation

81.5. Vom Wunsch zur Wirklichkeit - die Wissensvermittlung

Um in einem großen Unternehmen wie die Landes-Nervenklinik die Veränderungsprozesse transparent zu halten, sind Strukturen gefordert, die allen Mitarbeitern sowohl eine intensive als auch zeitnahe Form von direkter Kommunikation ermöglichen. Diese Form verspricht die Installation von MultiplikatorInnen. Sie stehen den MitarbeiterInnen in der Umstellungsphase vor Ort als Ansprechpartner zur Verfügung.

81.5.1. Mit der Kraft der Überzeugung

Sinn und Zweck des Konzeptes sind klar und transparent – die Pflegeleitung der Klinik überzeugt die Mitarbeiter vom Nutzen der Veränderung. Die Stationsleitungen schlagen kompetente und motivierte MitarbeiterInnen als MultiplikatorIn vor. Diese werden nach den zuvor festgelegten Schritten entwickelt.

81.5.2. Praktische Umsetzung

Um sicher zu stellen, dass die Installation der MultiplikatorInnen auch zielorientiert erfolgt, wird auf Erfüllung klar definierter Kriterien Wert gelegt wie

- zwei MultiplikatorInnen pro Station
- Kleine Teams unter den MultiplikatorInnen (womöglich fachlich) bilden sich
- Regelmäßige MultiplikatorInnen-Treffen finden statt
- Die Teilnahme des Pflegemanagements dabei wird als unterstützend erlebt
- U.v.m.
- Die Weiterbildung der Multiplikatoren umfasst acht Tage – Verstärker-teams sind gebildet und der Aufbau von Netzwerken ist gegeben. Durch regelmäßige Evaluierung ist die Harmonisierung des erarbeiteten Konzeptes gegeben. Die Entwicklung von Fachexperten wird gefördert.

81.5.3. Die Implementierungsphasen

Die wesentliche Veränderung liegt in der Übernahme von Verantwortung der Pflegepersonen über die Pflege von PatientInnen ab dem Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung, aber auch in der Übergabe dieser Verantwortung.

Um die MitarbeiterInnen dahingehend vorzubereiten, ermöglicht das Pflegemanagement jeder Pflegefachkraft eine 4-stufige Fortbildung:

- Primäre Pflege - Basiskurs
- Primäre Pflege – Aufbaukurs
- Primäre Pflege – Umsetzung
- Primäre Pflege – Reflexion

Nach mindestens zwei Monaten werden die in der Umsetzung definierten Punkte evaluiert und der Umgang der MitarbeiterInnen und des interdisziplinären Teams mit der Primären Pflege reflektiert. Dadurch ist es möglich, frühzeitig Hilfestellung zu geben.

81.6. Primäre Pflege aus der Sicht einer Pilotstation

81.6.1. Konzeptidee

Die Konzeptidee für die Primäre Pflege auf der Station D 101 ist, die pflegerische Autonomie in ihrer ganzheitlichen Verantwortung und neuen Qualität festzuschreiben. Die Primäre Pflege soll Klarheit in der ganzheitlichen Pflegeverantwortung bringen. Biografie der PatientInnen, Gesamtverantwortlichkeit im Pflegesystem und der Pflegeprozess stellen die essentiellen Bestandteile dar.

81.6.2. Ausgangssituation

In der anfänglichen Situation kann auf das große Wissen des Teams in der bereits praktizierten kongruenten Beziehungspflege im Bezugspersonensystem und auf die hohe Fachkompetenz im Pflegeprozess zurückgegriffen werden.

81.6.3. Das „3-Säulen-Modell“

Zur besseren Übersicht wird das Pflegesystem der Primären Pflege an der Oö. Landes-Nervenklinik als ein „3-Säulen-Modell“ dargestellt:

- 1. Säule: der PFLEGEPROZESS hilft die Abhängigkeiten und Selbstpflege-defizite nach den ATL's zu klären
- 2. Säule: die PFLEGERISCHE AUTONOMIE im Pflegesystem ist durch strukturierte, verbindliche Handlungsschritte festgeschrieben
- 3. Säule: das BEZIEHUNGSMODELL nutzt die positiven Netzwerke, die Neurobiologie, welche salutogenetische Wirkung erzielen soll

Diese 3 Säulen haben eine gemeinsame Wirkung, sind aber im Einsatz getrennt zu betrachten.

81.6.4. Pflegequalität

Durch das Säulenmodell und seiner Einflüsse ist auch die Pflegequalität festzuschreiben, nämlich durch

- Die umzusetzenden Pflegehandlungen als PROZESSQUALITÄT
- Die Rahmenbedingungen als STRUKTURQUALITÄT
- Die Kennzahlen als ERGEBNISQUALITÄT

81.7. Patientensouveränität

Sind die Kriterien der Pflegequalität erfüllt, kommt es zu einer markanten Hebung der Patientensouveränität durch ein Orientierung gebendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement und durch die aktive Einbindung in den Behandlungsverlauf unter Berücksichtigung der Ressourcen, der persönlichen Werte, der Bedürfnisse der PatientInnen und deren Wünsche.

Die kontinuierliche Nutzung der positiven Biografie nach der Bedeutungsanalyse führt zur Hebung des Selbstwertes, zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte und letztlich zur eigenverantwortlichen Übernahme der Selbstpflegethemen im Sinne des „Patienten-Empowerments“, der gewollten Selbstbefähigung.

81.8. Resümee

Um eine hohe Pflegequalität zu erreichen und auch zu halten, ist dieses patientenorientierte Pflegesystem für die Landes-Nervenklinik zurzeit das geeignete Mittel. Aus den gewonnenen Erfahrungen der Pilotstation D 101 ist die Primäre Pflege nicht mehr wegzudenken und auch in alle ihre Fachdisziplinen übertragbar.

Die Primäre Pflege kann auch als Empowerment-Pflege verstanden werden, denn das Ziel dabei ist ein rasches Erreichen der vom Patienten gewollten „Eigen-Befähigung“, also möglichst früh eine schrittweise Aneignung von Kontrolle und Gestaltung eigener Lebenszusammenhänge zu ermöglichen.

81.9. Literatur

1. *Manthey M. (2005): Primary Nursing – ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern, Hans Huber Verlag*
2. *Smith Alison P. (2004): Partners at the Bedside: The Importance of Nurse-Physician Relationships. In: Nursing Economics, 3/2004, 161-164*

82. Der demenziell erkrankte Mensch im Akutkrankenhaus: Es werden Fragen an eine bedarfsgerechte Altersmedizin gestellt, und es erfolgt ein Abgleich mit der Realität als Momentaufnahme.

Eckehard Schlauß

82.1. Hintergrund

Die Behandlung von an Demenz erkrankten Menschen in Akutkrankenhäusern, wo sie wegen einer körperlichen Grunderkrankung vorübergehend aufgenommen werden mussten, soll hier betrachtet werden. Es stellt sich die Frage, ob Krankenhäuser der Allgemeinversorgung auf diese Herausforderung entsprechend vorbereitet sind. Angesichts der demographischen Entwicklung muss diese Fragestellung eine deutlich größere Beachtung finden.

82.2. Problemstellung

Einleitend wird die Frage aufgeworfen, wie die Behandlung demenziell erkrankter Menschen in Akutkrankenhäusern, wo sie wegen einer körperlichen Grunderkrankung vorübergehend aufgenommen werden mussten, erfolgt. Es werden sowohl die Institution Krankenhaus als auch die PatientInnen in Augenschein genommen.

82.3. Ziele

Ausgehend von dieser Darstellung werden Ansätze einer bedarfsgerechten Altersmedizin thesenhaft skizziert. Es wird die Frage aufgeworfen, was ein „demenzfreundliches Krankenhaus“ ist, und wie es aussehen könnte und sollte.

82.4. Vorgehen

Die Anforderungen an ein Akutkrankenhaus werden kurz dargestellt. Die Institution Krankenhaus und die PatientInnen werden in einer Momentaufnahme unter Hinzuziehung entsprechender Daten und Fakten präsentiert und diskutiert. Diese Momentaufnahme wird mit den Erfahrungen in Beziehung gesetzt, d.h. eine Kontrastierung der Wirklichkeit mit dem vorhandenen – evidenzbasierten – Wissen erfolgt [1].

82.5. Thesen zu einzelnen Ergebnissen

1. Eine stetige Zunahme der hochaltrigen PatientInnen im Akutkrankenhaus, sowohl absolut als auch relativ.
2. Die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Fachbereichen bzw. entsprechende Konsiliar- und Liasiondienste sind zwingend notwendig. Es sollte die gesamte Komplexität vorgehalten werden.
3. Eine adäquate, d.h. patientInnenorientierte, Betreuung hat in allen Fachbereichen gleichermaßen zu erfolgen.
4. Die Pflege muss in ein System der psychosozialen Betreuung eingebettet sein [2].
5. Das Akutkrankenhaus bedarf einer kommunalen Einbindung, d.h. es muss sowohl in der Kommune entsprechend verankert sein, als auch in die Kommune hinein wirken. Diese wechselseitige Beziehung muss sowohl im Interesse der PatientInnen als auch der Angehörigen erfolgen.

82.6. Fazit und Schlussfolgerungen

Die Versorgung/Betreuung demenziell erkrankter Menschen erfordert einen interdisziplinären-multiprofessionellen Ansatz. D.h. die hochspezialisierte Versorgung muss aus einer komplexen Versorgungsstruktur heraus erfolgen.

82.7. Ausblick

Ein „demenzfreundliches Krankenhaus“ wird thesenhaft dargestellt, und es werden Ansätze einer bedarfsgerechten Altersmedizin vorgestellt [3].

82.8. Literatur

1. *Rieckmann, N.; Schwarzbach, Ch.; Nocon, M.; Roll, St.; Vauth, Ch.; Willich, St.; Greiner, W. (2009): HTA-Bericht 80: Pflegerische Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenzerkrankungen. Köln, veröffentlicht in der DATHA-Datenbank des DIMDI, (www.dimdi.de – HTA und www.egms.de)*
2. *Wojnar, J. (2008): Was bleibt Lebensqualität trotz Demenz. In: Hrsg. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2009): Aktiv für Demenz- kran- ke, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Band 7, Berlin, S. 475-481*
3. *Diefenbacher, A. (2009): Psychiatrie außerhalb der psychiatrischen Versor- gung – das Allgemeinkrankenhaus als „virtueller psychiatrischer Versor- gungssektor“. Gemeindenahe Psychiatrie Heft 3, 1.Halbjahr 2009, S. 135- 144*

83. Autorinnen- und Autorenverzeichnis

*Erstautoren von Beiträgen sind mit * gekennzeichnet.*

Abderhalden Christoph, PhD, MNSc, Pflegeexperte HöFa II, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, ist Direktor Pflege und Pädagogik sowie Leiter der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik an den Universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern

Kontakt: abderhalden@puk.unibe.ch

***Abedi Gamal**, Jahrgang 1972, Erzieher, Stationsleiter in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am St. Annastiftskrankenhaus in Ludwigshafen.

Kontakt: gamal.abedi@st-annastiftskrankenhaus.de

***Aderhold Volkmar**, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin. Seit 2007 Mitarbeiter der Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald und freiberuflich tätig: Qualifizierungsmaßnahmen und Beratung von Kliniken bei der Strukturentwicklung

Kontakt: volkmar.aderhold@uni-greifswald.de

Albes Henning, Heilerziehungspfleger, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Bundesrepublik Deutschland

Berger Evelyn, allg. DGKS, Verhaltenstherapeutin , seit 1.1. 2010 selbständig tätig in eigener Praxis.

***Berner Markus**, Jahrgang 1967, Dipl. Pflegeexperte HöFa II, als Pflegeexperte in der Privatklinik Wyss AG in Münchenbuchsee CH tätig. Arbeitsschwerpunkte sind die Bezugspflege, kongruente Beziehungspflege, Pflegediagnosen, Umsetzung des Pflegeprozesses und die Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Pflege.

Internetseite: www.privatklinik-wyss.ch

Kontakt: m.berner@privatklinik-wyss.ch, markus.berner@ggs.ch

Braamt Uwe, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Heilpraktiker (Psychotherapie), Supervisor (DGSv), Gestalttherapeut, ist Pflegedirektor der LWL-Klinik Herten.

Kontakt: uwe.braamt@wkp-lwl.org

Brunck Ansgar, Gesundheits- und Krankenpfleger, Mitglied des Qualitätszirkels der Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden

Kontakt: angar.brunck@pzn-wielsoch.de

Brunnemann Juliane, Krankenschwester auf einer psychiatrischen Akutstation, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Kontakt:

Bührlen Bernhard, Dr. phil. Dipl.-Psych., Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Arbeitsbereich Psychodiagnostik und Evaluation.

Kontakt: bernhard.buehrlen@upkbs.ch

***Boden Marie**, DBT-Therapeutin für Sozial- und Pflegeberufe, Erzieherin, PN, Dipl. Fotodesignerin, freischaffende Künstlerin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel

Kontakt: Marie.Boden@evkb.de

***Bregenzer Ursula**, Dipl. Pflegeexpertin HöFa II, Dipl. Pflegefachfrau HF, ist Stv. Leiterin der Abteilung BBE (Bildung, Beratung und Entwicklung) Pflege in der ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland), Schweiz.

Kontakt: ursula.bregenzer@ipw.zh.ch

Brzoska-Müller Anja, ist Kinderkrankenschwester und Absolventin der Studiengangs Pflegepädagogik an der Hochschule Ravensburg Weingarten. Sie arbeitet seit März 2010 in der Berufsausbildung an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule.

Kontakt: anjabromue@aol.com

***Burr Christian**, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Kontakt: christian.burr@gef.be.ch

Dassen Theo, PhD, Krankenpfleger (allgemein und Psychiatrie), Professor und Direktor des Instituts Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kontakt: theo.dassen@charite.de

De Jong E.J., Master Pflegewissenschaften

Kontakt: m.schweiger@web.de

Dinkel Jürg, Jahrgang 1959, ist diplomierter Psychiatriepfleger SRK, Erwachsenenbildner AEB und Pflegeexperte HöFall. Er ist zertifizierter Trainer für Deeskalationsmanagement. In der Clenia Schlössli Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Oetwil am See arbeitet er in der Stabstelle Pflegeexperte des Bereichs Erwachsenenpsychiatrie. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind Phytotherapie in der Psychiatrie, Angehörigenarbeit und Deeskalationsmanagement

Kontakt: juerg.dinkel@schloessli.ch

Doberschütz Andreas, Krankenpfleger + stellv. Stationsleitung Station G 1/1

Donath Elke, Prof., Dr.

Kontakt: g-plus@uni-wh.de

Durman Bärbel, Heilpädagogin, Jahrgang 1972, seit 2000 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Tagesklinik für Kinder. Internetseite: www.kjp/diako-online.de

Kontakt: st63a1@diako-online.de.

***Eink Michael**, Dr.rer biol hum, Dipl. Päd., Professor mit dem Schwerpunkt Sozialpsychiatrie an der Fachhochschule Hannover, Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Redaktion „Sozialpsychiatrische Informationen“.

Kontakt: michael.eink@fh-hannover.de

***Ellenberger Urs**, Jahrgang 1967, dipl. Pflegefachmann Psychiatrie und Höhere Fachperson Pflege ist als Stationsleiter einer offen geführten Akutstation in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern tätig. Abschluss der Führungsausbildung mit Zertifikat Leadership SVF, Höherem Wirtschaftsdiplom ifks und Eidgenössischem Fachausweis Führungsfachmann im 2009. Abschluss Certificate of Advanced Studies Psychiatrische Pflege im April 2010. Master of Advanced Studies mental health in Ausbildung an der Fachhochschule Bern.

Kontakt: urs.ellenberger@gef.be.ch

Elpers Rita, arbeitet als Pflegedirektorin in der LWL-Klinik Gütersloh

Kontakt: rita.elpers@wkp-lwl.org

***Essl-Maurer Roland**, dipl. psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Stationsleitung Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, SALK – Christian-Doppler-Klinik

Kontakt: r.essl@salk.at

Fartacek Reinhold, HR Prim. Priv.-Doz. Dr. MBA, stellvertretender Ärztlicher Direktor, Leiter Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Forschungsprogramm für Suizidprävention – Inst. für Public Health PPMU, SALK – Christian-Doppler-Klinik

Kontakt: r.fartacek@salk.at

Feige Sonja, M.A. Pflegewissenschaft, B.A. Pflege/ Pflegemanagement, Rober-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Projektmanagement/ Pflegeentwicklung

Kontakt: sonja.feige@rbk.de

Feldt Doris, (geb. Rolke): DBT- Therapeutin für Sozial- und Pflegeberufe, Sozial- und Milieupädagogin, Dipl. Sozialpädagogin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Doris Feldt, Remterweg 69-71, 33617 Bielefeld

Kontakt: Doris.Feldt@evkb.de

***Finklenburg Udo**, VAPP, Pieterlen, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, NLP Practitioner, er führt gemeinsam mit 4 weiteren Pflegefachleuten Psychiatrie kollektiv den ambulanten psychiatrischen Pflegedienst "just do it" für Biel und das Seeland. Er ist Gründungsmitglied und aktuell Präsident des "Verein Ambulante Psychiatrische" Pflege", Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Dreiländerkongress Psychiatrische Pflege und Mitinitiator des Themenstrangs "Ambulante Psychiatrische Pflege" am Dreiländerkongress.

Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch

***Fischer Daniel**, Psychiatrische Privatklinik Sanatorium Kilchberg, Schweiz
Pflegefachmann HF, Fachverantwortlicher Pflege

Kontakt: d.fischer@sa-ki.ch

Frauenfelder Fritz, Pflegewissenschaftler MNSc, Pflegefachmann, Mitarbeiter der Abteilung Bildung, Beratung und Entwicklung im Psychiatriezentrum Rheinau. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Pflegeklassifikationen, Pflegeprozess, Bezugspersonenarbeit Leistungserfassungen und interprofessioneller Behandlungsprozess.

Kontakt: fritz.frauenfelder@pzs.zh.ch

***Freyer Sonja**, Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Stockumer Strasse 12, D-58453 Witten

Kontakt: Susanne.Schoppmann@uni-wh.de

Gehrmann Jochen, Dr. med., Jahrgang 1961, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am St. Annastifts Krankenhaus in Ludwigshafen am Rhein, sowie Dozent am Institut für Verhaltenstherapie in Bad Dürkheim und der SRH Hochschule in Heidelberg.

Kontakt: jochen.gehrmann@st-annastifts Krankenhaus.de

***Gianni Cornelia**, M.ScN (RbP), Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am Isar-Amper-Klinikum, München Ost. Ihrer derzeitigen Tätigkeit sind die Schwerpunkte Pflegeforschung, sowie unter anderem die Entwicklung von Pflegestandards und Pflegeleitlinien. Zu ihrem Aufgabengebiet gehört die Beratung, Information und Schulung Pflegenden in der Praxis zu pflegetheoretischen Inhalten. Zudem ist sie betraut mit der Planung und Organisation eines im zwei Jahres Rhythmus stattfindenden Pfl egetages.

Kontakt: cornelia.gianni@iak-kmo.de

Giesler Stephan, Dipl. Pflegefachmann. Fachkrankenpfleger Sozialpsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: Stephan.Giesler@puk.zh.ch

Gottwalz Evelin, Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin (VT), Familientherapeutin. Seit 2006 Ambulanzleitung am dgvt-Institut in Hamburg. Freie Trainerin für Inhouse-Seminare in systemischer Personal- und Organisationsentwicklung. Arbeitsschwerpunkte: Mehrgenerationenanalyse, systemische Therapie für klinische Teams.

Kontakt: e.gottwalz@hamburg.de

Graml Eugen, Jahrgang 1951, leitender Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger der allgemeinpsychiatrischen Station D101 an der Oö. Landes-Nervenklinik Linz

Kontakt: eugen.graml@gespag.at

Grieser Manuela, examinierte Krankenpflegerin, Diplom-Pflegewirtin (FH), Master of Arts Erwachsenenbildung, arbeitet als Pflegeexpertin an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD).

Kontakt: manuela.grieser@gef.be.ch

***Hahn Birgit**, ist Sozial- und Milieupädagogen und ist Stationleitung auf einer Station für Psychoseerkrankte Menschen. Sie ist Mitglied des Ethikberatungsdienstes im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: A4Stltg@evkb.de

Hahn Sabine, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Dipl. Pflegeexpertin und Master in Nursing Science, und PhD-Studentin. Sie 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

Haller Rainer, allg. DGKP

Kontakt: kontakt.stjohann@psptirol.org

***Hamann Ursula**, Ergotherapeutin, Jahrgang 1957, seit 2001 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Tagesklinik für Kinder. Internetseite:www.kjp/diako-online.de

Kontakt: st60a1@diako-online.de.

Hansen Ute, ist Gesundheits- und Krankenschwester und Pflegeexpertin auf einer Station für Abhängigkeitserkrankungen.

Kontakt: B5Stltg@evkb.de

Hasselmann Ulrike, med. prakt., arbeitet als Oberärztin auf der Akutaufnahmestation B (AKB), ipw

Kontakt: ulrike.hasselmann@ipw.zh.ch

Haßlöwer Heiner, Krankenpfleger, in verschiedenen Kliniken und Fachrichtungen tätig, seit 2001 Abteilungsleiter in der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Kontakt: hassloew@uke.de

Hatcher Ruth, Dr., ist Psychologin und Dozentin in forensischer Psychologie an der Universität Leicester, Vereinigtes Königreich, wo sie Kursleiterin für angewandte und legale forensische Psychologie ist. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören psychologische Interventionen für Rechtsbrecher, die Entwicklung und Evaluation geeigneter Modelle zur Behandlung von Personen im Strafvollzug, Mobbing im Gefängnis und psychologische Auswirkungen forensischer Arbeit auf Mitarbeitende.

Kontakt: rmh12@leicester.ac.uk

***Hegedüs Anna**, Mag., Absolventin des individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: anna.hegedues@gef.be.ch

Heinz Ines, Dipl.-Psych., Projektleitung /-koordination Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Hellweg Susanne, ist Diplom-Soziologin und Krankenschwester. Sie arbeitet gegenwärtig als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt ProWert, einem Verbundprojekt der TU Dortmund und der FHdD Bielefeld. Davor war sie nach langjähriger praktischer Tätigkeit in unterschiedlichen Bereichen der Pflege wissenschaftlich mit dem Thema ‚Enthospitalisierung chronisch kranker Langzeitpatienten‘ beschäftigt und arbeitete zuletzt in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften.

Kontakt: prowert@fh-diakonie.de oder susanne.hellweg@fhdd.de

***Hemkendreis Bruno**, Jahrgang 1952, ist Pflegeexperte für Psychiatrische Pflege, Er leitet den Ambulanten Pflegedienst der LWL – Klinik Gütersloh, des weiteren ist er Trainer für Adherence Therapeuten und nebenberuflich als Dozent tätig.

Kontakt: bruno.hemkendreis@wkp-lwl.org

*Herwig Gitte

Kontakt: gitteherwig@web.de

***Heuer Andreas**, MNS, Berner Fachhochschule, Murtenstrasse 10, CH-3008 Bern

Kontakt: andreas.heuer@bfh.ch

Höfflin Markus

Kontakt: 13marko@gmx.de

*Hopster Heike

Kontakt: Heike.Hopster@evkb.de

Hörr Monika

Kontakt: g-plus@uni-wh.de

Jordan Andrea, Dipl. Math., Stabsstelle Controlling und Dokumentation des Isar-Amper- Klinikums, ist zuständig für Dokumentations- und Evaluationsprojekte (z.B. Basisdokumentation, Patientenbefragung, Pflichtdokumentationen). Zudem ist sie in der gemeinsamen Servicestelle Qualitätssicherung der Bayerischen Bezirkskliniken am KBO-KU betraut mit der Konzeption, Organisation und Umsetzung aller maßgeblichen Prozesse für die bayernweite Auswertung der Ambulanten Basisdokumentation.

Kontakt: andrea.jordan@iak-kmo.de

Joest Frank

Kontakt: joest@kaiserswerther-diakonie.de

***Kaltwasser Björn**, M.A., Jahrgang 1971, ist Krankenpfleger in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der HSK in Wiesbaden, hat ein Magisterstudium mit Hauptfach Theaterwissenschaft absolviert, macht seit 13 Jahren Theater und besucht aktuell die Weiterbildung zum Theatertherapeuten.

Kontakt: b.kaltwasser@googlemail.com

Klein Petra, Sozialarbeiterin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Bundesrepublik Deutschland

Kontakt: P.Klein@evkb.de

Kobert Klaus, ist Mediziner und arbeitet als Klinischer Ethiker am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: Klaus.Kobert@evkb.de

Koeke Frank, Gesundheits- und Krankenpfleger, Mitglied des Qualitätszirkels der Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden:

Kontakt: frank.koeke@pzn-wiesloch.de

Köhler Belinda, Jahrgang 1963, leitende Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester der jugendpsychiatrischen Station J301 und Trainerin des Basis- und Aufbaukurses der Primären Pflege an der Oö. Landes-Nervenklinik Linz

Kontakt: belinda.koehler@gespag.at

***Ketelsen Regina**, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, DBT-Therapeutin, Systemische Familientherapeutin

Kontakt: regina.ketelsen@evkb.de

***Kleßmann Rainer**, Jahrgang 1972, Diplom-Pflegewirt (FH) und Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Er arbeitet in der LWL-Klinik in Gütersloh und leitet das Zentrum für Altersmedizin, des Weiteren 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)

Kontakt: Rainer.Klessmann@wkp-lwl.org

*Kolbe Nina

Kontakt: g-plus@uni-wh.de

***Kozel Bernd**, examinierter Krankenpfleger, Diplom-Pflegewirt (FH), arbeitet als Pflegeexperte an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD).

Kontakt: bernd.kozel@gef.be.ch

Kronmüller Klaus-Thomas, PD Dr. med. ist Facharzt für Psychiatrie und Dipl. Psychologe. Er ist ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Gütersloh und leitet die Abteilung Allgemeinpsychiatrie

Kontakt: k.kronmueller@wkp-lwl.org

*Krümmel Martina

Kontakt: martina.kruemmel@web.de

***Kunz Stefan**, PhD, Fachdozent- Verantwortlicher für angewandte Forschung und Entwicklung, Hochschule für Gesundheit Freiburg, www.heds-fr.ch

Kontakt: stefan.kunz@hefr.ch

***Lange Thomas**, Erzieher, Jahrgang 1971, seit 2001 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Jugendlichenstation. Internetseite:www.kjp/diako-online.de

Kontakt: st61a1@diako-online.de

***Leeb Wolfgang**, Jahrgang 1958, Pflegebereichsleiter an der Oö. Landes-Nervenlinik Linz, derzeit nebenberuflich Studium der Pflegewissenschaft an der UMIT Hall/Tirol.

Kontakt: wolfgang.leeb@gespag.at

***Lehmann Peter**, Dr. h.c., Dipl.-Soz.Päd., Autor und Verleger in Berlin. Bis Sept. 2010 Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen.

Buchpublikationen u.a.: „Der chemische Knebel“ (1986); „Schöne neue Psychiatrie“ (1996); „Statt Psychiatrie 2“ (Hg. 2007 mit Peter Stastny).

Kontakt: www.peter-lehmann.de

***Lerzer Helmut**, Psychiatrische Klinik Zugersee (Schweiz), stv. Pflegedienstleiter, Pflegeexperte HöFa II, Kontaktadresse: Helmut Lerzer, Psychiatrische Klinik Zugersee, Widenstrasse 55, CH-6317 Oberwil/ZG, Tel.: 0041 41 726 34 22.

Kontakt: helmut.lerzer@pkzs.ch

Lettner Sabine, dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, SALK – Christian-Doppler-Klinik

Kontakt: sa.lettner@salk.at

***Löhr Michael**, Jahrgang 1974, ist Diplom Kaufmann (FH) und Fachkrankenpfleger für Suchterkrankungen. Er arbeitet in LWL-Klinik Gütersloh als Pflegewissenschaftler, des weitern ist er Lehrbeauftragter der HFH-Hamburg und nebenberuflich als Dozent tätig.

Kontakt: m.loehr@wkp-lwl.org

***Lüthi Regula**, MPH, Pflegedirektorin, Psychiatrische Dienste Thurgau, Postfach 154, 8596 Münsterlingen

Kontakt: regula.luethi@stgag.ch

*Mayr Werner

Werner.Mayr@Kliniken-Heidenheim.de

Meer-Lüth Ruth, MNSc, RN

Kontakt: ruth.meer@hefr.ch

***Meinhof Johann**, Dipl. Pflegewirt (FH), Pflegeexperte, Luzerner Psychiatrie.

Kontakt: johann.meinhof@lups.ch

Miska, Holger

Kontakt: g-plus@uni-wh.de

Möller Jochen, Dipl. Pflegewirt (FH) Pflegedirektor, LVR Klinik Mönchengladbach

Kontakt: jochen.moeller@lvr.de

Muff Silvia, Pflegerische Abteilungsleiterin der Abteilung P2, Depressionsabteilung UPK Basel.

Kontakt: silvia.muff@upkbs.ch

Müller Angela, Fachpsychologin Psychotherapie FSP/SGVT, arbeitet als Psychologin auf der Depression- und Angststation (DAS), ipw

Kontakt: angela.mueller@ipw.zh.ch

***Müller Klaus**, Dr. phil., Berufspädagoge und Dipl. Gesundheitswissenschaftler (MPH), leitet das Teilvorhaben Pflegewissenschaft im Projekt ProWert. Er ist seit vielen Jahren im Gesundheits- und Sozialbereich tätig und verfügt über umfangreiche Erfahrungen im Bereich von Bildung und Management. In den letzten Jahren lag sein Schwerpunkt im Bereich Pflegebildung, wo er ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der praktischen Pflegeausbildung durchgeführt und das Transfernetzwerk innovative Pflegeausbildung (tip) koordiniert hat. Freiberuflich ist er als Coach, Berater und Trainer aktiv.

Kontakt: prowert@fh-diakonie.de, klaus.mueller@fhdd.de, mueller@bildungsimpulse.de

***Narr Xenia**, cand. Bachelor of Science in Nursing, studiert an der Berner Fachhochschule Gesundheit

Kontakt: narrx1@bfh.ch

***Needham Ian**, PhD, MNSc ist Psychiatriepflegefachmann und Pflegewissenschaftler. Sein Hauptstudium schloss er 1999 ab und promovierte 2004 an der Universität Maastricht (NL). Seit 2008 arbeitet er als Pflegeexperte in der Abteilung für Bildung, Beratung und Entwicklung am Psychiatriezentrum Rheinau, Schweiz. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind: Aggression in der Pflege, Bezugspflege, forensische psychiatrische Pflege, der Pflegeprozess und evidenzbasierte Pflege.

Kontakt: ian.needham@pzs.zh.ch

Nienaber André, Bachelor of Arts (B.A.), Pflegeexperte, PN, Heilerziehungspfleger, Krankenpflegehelfer, Trainer für Adherence-Therapie, Bankkaufmann; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel

Kontakt: Andre.Nienaber@evkb.de

***Noelle Rüdiger**

Kontakt: Ruediger.noelle@evkb.de

***Noelle Sabine**

Kontakt: a8Stlg@evkb.de

Nurse Aurelia, (RbP), Gesundheits- und Krankenpflegerin Psychiatrie, Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am Isar-Amper-Klinikum, München Ost. Ihrer derzeitigen Tätigkeit umfasst die Leitung eines Projektes zur Implementierung von Pflegediagnosen (2009 bayr. Pflegepreis, 2010 3. Platz Bundespflegepreis), die Beratung, Information und Schulung Pflegender in der Praxis zu pflegetheoretischen Inhalten, sowie die aktive Mitarbeit in div. Qualitätszirkeln.

Kontakt: aurelia.nurse@iak-kmo.de

***Pleininger-Hoffmann Marite**, Dipl. Soz.Päd. Therapeutische Abteilungsleiterin Allgemeinpsychiatrie I, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Kontakt: EvKB, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Remterweg 69-71, 33617 Bielefeld.

Kontakt: Marite.Pleininger-Hoffman@evkb.de.

Plöderl Martin, Dr. Mag., Klinischer und Gesundheitspsychologe am Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, am Universitätsinstitut für Klinische Psychologie sowie am Forschungsprogramm für Suizidprävention, Paracelsus Privatmedizinische Universität, SALK – Christian-Doppler-Klinik

Kontakt: m.ploederl@salk.at

***Pöhler Andrea**, Dipl.-Pflegepädagogin, Akademie für Gesundheit und Pflege Waldfriede, Berlin

Kontakt: an.poehler@gmx.de

***Pohlmann Wolfgang**, Fachkrankenpfleger, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Bundesrepublik Deutschland

Kontakt: Pohlmannwolfgang@t-online.de

Prankel Bernhard, Dr. med. Dipl.-Psych., Jahrgang 1959, Kinder- und Jugendpsychiater und Pädiater, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme). Arbeits- und Interessenschwerpunkte: Prinzipien und Strukturen menschlicher Entwicklung ("Rotenburger Entwicklungsmodell"), Kooperative Versorgung im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Internetseite www.kjp/diako-online.de

Kontakt: prankel@diako-online.de.

***Prestin Elke**, Dr. phil., Jahrgang 1971, Sprachwissenschaftlerin, Redakteurin und Dozentin

Kontakt: Prestin@web.de

***Rabenschlag Franziska**, Gesundheits- und Pflegeexpertin FH, MPH, PhD-Studentin. Pflegewissenschaftlerin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: Franziska.Rabenschlag@puk.zh.ch

Rave Jürgen, ist Fachpfleger für Psychiatrie und Pflegedienstleiter Fachschule für Pflegemanagement der ÖTV in Duisburg. Im Psychiatrischen Zentrum für Psychiatrie Nordbaden in Wiesloch leitet er den Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienst
Internetseite: <http://wissman-wiesloch/standort/wiesloch/292.html>

Kontakt: juergen.rave@pzn-wiesloch.de

***Reisch Thomas**, PD Dr. med Oberarzt Psychotherapiestation, Universitätsklinik für Psychiatrie Bern , Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60, Schweiz.

Kontakt: thomas.reisch@gef.be.ch

Reist Sonia, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

Kontakt: sonja.reist@gef.be.ch

***Reutimann Elisabeth**, Jahrgang 1965, dipl. Pflegeexpertin (HöFa II), dipl. Gesundheitsschwester und Pflegefachfrau HF, ist Pflegeexpertin der Direktion Pflege, Therapien und Sozialdienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich; tätig in der Klinik für Alterspsychiatrie. Ihre Hauptaufgabengebiete umfassen die Fachführung auf zwei Stationen sowie Patienten- und Mitarbeiterberatung. Fachthemen sind das Entwickeln von praktikablen Pflegeinterventionen, z.B. Krisenpass, das Konzept zur Leitung pflegetherapeutischer Gruppen und Sturzprävention in der Psychiatrie.

Kontakt: elisabeth.reutimann@pzk.zh.ch

***Richter Dirk**, Jahrgang 1962, Prof. Dr. phil., Krankenpfleger/Pflegefachmann und Soziologe, Dozent angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule. Kontaktadresse: Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Murtenstrasse 10, 3008 Bern, Schweiz.

Kontakt: dirk.richter@bfh.ch

***Rudolf von Rohr Regula**, Pflegefachfrau Psychiatrie, Aromatherapeutin ISAO und Erwachsenenbildnerin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), 1996 Einführung und Aufbau der Aromapflege, seit 2007 Aromatherapeutin und Fachverantwortliche Aromapflege der UPK.

Kontakt: regula.rudolfvonrohr@upkbs.ch

Rüsing Detlef

Kontakt: g-plus@uni-wh.de

Schäfer Alexandra, Kinderkrankenschwester, Jahrgang 1971, seit 2004 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Jugendlichenstation. Internetseite: www.kjp/diako-online.de

Kontakt: st62a1@diako-online.de

Schär Toni, Dipl. Pflegefachmann HF. Stationsleiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: Toni.Schaer@puk.zh.ch

Schärer Sandra, Jahrgang 1974, Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau HF (2003 - 2007). Tätig als Pflegefachfrau HF in den Universitären Psychiatrischen Kliniken auf der Abteilung P2, Depressionsabteilung, Basel.

Kontakt: sandra.schaerer@upkbs.ch

***Schelkle Irene**, allg. und psych. DGKS, Mediatorin, systemische Beraterin, Weiterbildung für basales und mittleres Management

Kontakt: irene.schelkle@psptirol.org

***Schirmer Uwe Bernd**, ist Diplom Pflegepädagoge. Er leitet die Bildungseinrichtung akademie südwest und den Bereich Pflegeforschung der Abteilung Versorgungsforschung (Leiter Prof. Dr. T. Steinert) des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg. Er führt seit Jahren Trainings und Coachings in Einfühlsamer Gesprächsführung durch. Lehrbeauftragter der Hochschule Ravensburg-Weingarten für Gesprächsführung. Internetseite: <http://www.akademie-suedwest.de>

Kontakt: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de

***Schlauß Eckehard**, Dipl.-Geront. und Altenpfleger in der Gerontopsychiatrie des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Herzbergstraße 79 in 10365 Berlin

Kontakt: e.schlauss@t-online.de, e.schlauss@keh-berlin.de

***Schlubach Arndt**, ist Fachkrankenpfleger Psychiatrie, QMB interdisziplinäres/ärztliches Qualitätsmanagement SAMA, cand. Pflegemanagement B.A. Seit 2002 arbeitet er als Stationsleitung einer Akutaufnahmestation in Gerontopsychiatrie der LWL-Klinik in Gütersloh.

Kontakt: arndt.schlubach@wkp-lwl.org

***Schneider Britta**, B.A. Pflegemanagement, Bereichsleitung Pflege, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Diakoniekrankenhaus Rotenburg/Wümme.

Kontakt: SchneiderB@diako-online.de

Schneider Heike, B. A., ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt ProWert an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld sowie als Krankenschwester in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Ev. Krankenhaus Bielefeld auf einer allgemeinpsychiatrischen Station tätig. Seit dem Sommersemester 2010 ist sie Studentin im Masterstudiengang Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

Kontakt: prowert@fh-diakonie.de oder heike.schneider@fhdd.de

Schnepf Wilfried, Prof., Dr., Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Stockumer Strasse 12, D-58453 Witten,

Kontakt: Susanne.Schoppmann@uni-wh.de

Schoppmann Susanne, Dr., Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Stockumer Strasse 12, D-58453 Witten

Kontakt: Susanne.Schoppmann@uni-wh.de

***Schulz Michael**, Dr., ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel und Mitglied des Ethikberatungsdienstes am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Abteilung für Forschung, Qualitätssicherung und Dokumentation, Remterweg 69/72, 33617 Bielefeld

Kontakt: Michael.Schulz@evkb.de

Schwahn Rita, Dipl. Pflegewirtin (FH) und Pflegedienstleiterin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Kontakt: rita.schwahn@st-annastiftsrankenhaus.de

Seewald Monika, arbeitet als Pflegedirektorin in der LWL-Klinik Paderborn

Kontakt: monika.seewald@wkp-lwl.org

Seidel Elena, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.

Kontakt: Elena.Seidel@stud.unibas.ch

Seitz Marc, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie + Stationsleitung Station G 1/1

***Skärsäter Ingela**, Associate Professor, PhD, RN, The Sahlgrenska Academy at Gothenburg University, Faculty of Health and Caring Sciences, Institute of Nursing and Sahlgrenska University Hospital | Psychiatry East Box 457, SE 405 30 Göteborg, Sweden

Kontakt: e-mail: ingela.skarsater@gu.se

***Spiekermann Alexa**, Dipl. Psychologin, LWL- Klinik Warstein

Kontakt: alexa.spiekermann@wkp-lwl.org, alexa_spiekermann@web.de

Steffen Woerner, Gesundheits- und Krankenpfleger, Mitglied des Qualitätszirkels der Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden

Kontakt: steffen.woerner@pzn-wiesloch.de

***Steinuer Regine**, Jahrgang 1970. Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie (1994) und Master in Nursing Science (Universität Basel, 2008). Tätig als Pflegewissenschaftlerin in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) auf der Abteilung Pflege und Qualität in Kooperation mit der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD).

Kontakt: regine.steinuer@upkbs.ch

Stoecker Ralf, Dr., ist Professor für angewandte Ethik an der Universität Potsdam.

Kontakt: ralf.stoecker@uni-potsdam.de

Strehl Jana, ist Absolventin des Studiengangs Pflegepädagogik an der Hochschule Ravensburg-Weingarten. Frau Strehl arbeitet seit Februar 2008 an einer Berufsfachschule für Altenpflege, seit 2009 auch als Dozentin in der Weiterbildung zum/r PraxisanleiterIn tätig.

Kontakt: Jana.Nikeleit@web.de

***Stuhlmüller Simone**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachpflegekraft für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Mitglied des Qualitätszirkels der Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden

Kontakt: simone.stuhlmueLLer@pzn-wiesloch.de

Sudbrak Kerstin, Dr. med. ist Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie. Sie war von 2002 bis 2008 als leitende Oberärztin in der Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation des Ev. Krankenhauses Münster (CA Dr. med. P. Kalvari) tätig. Seit 2009 ist sie Chefarztin der Abteilung für Innere Medizin im Zentrum für Altersmedizin der LWL-Klinik Gütersloh.

Kontakt: kerstin.sudbrak@wkp-lwl.org

Suhonen Riitta, PhD, RN, Quality and Development Manager/Adjunct Professor, Health Care District of Forssa, Forssa/Department of Nursing Science, University of Turku, Finland

Kontakt: suhonen.riitta@kolumbus.fi

***Theune Michael**

theune@bapp.info

***Thiel Holger**, Jahrgang 1957, Fachkrankpfleger für Psychiatrie. Er ist seit 1980 in der psychiatrischen Pflege tätig. 2000 gründet er die Rhein-Mosel-Akademie und übernimmt 2001 die Leitung der Weiterbildung zur Fachkrankenschwester zum Fachkrankpfleger für Psychiatrie. 2005/2006 parametrierte er die NANDA Pflegediagnosen im Krankenhaus-Informationen-System (KIS) des Landeskrankenhauses (Träger der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach). Seit 2007 leitet er die ambulante psychiatrische Pflege (APP) an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach.

Kontakt: holger.thiel@me.com

Tiefenthaler Niki, ist Studierende an der Fachhochschule St.Gallen. Sie ist im 4.Semester des Studienganges Bachelor of Science in Pflege.

Kontakt: niki.tiefenthaler@fhsg.student.ch

***Tillmanns Dieter,**

Kontakt: notiz@diertillmanns.de

Traunbauer Christine, dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin, Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, SALK – Christian-Doppler-Klinik

Kontakt: c.traunbauer@salk.at

***Truffer Reinhard**, Leiter Bildung Pflege, Psychiatriezentrum 3110 Münsingen

Kontakt: reinhard.truffer@gef.be.ch

***Tschinke Ingo**, Jahrgang 1962, ist Psychiatriepfleger, Dipl. Pflegewirt (FH), Master of Nursing (MN). Er ist selbstständig tätig als Inhaber von TAPP – Ambulante psychiatrische Pflege Celle. Seine derzeitigen Forschungsschwerpunkte sind die Pflegediagnostik und Wirksamkeitsforschung in der ambulanten psychiatrischen Pflege.

Kontakt: ingo.tschinke@tapp-celle.de

***Van de Sande Roland**, MSc.In Nursing, PhD candidate, Horiatio/European Psychiatric Nurses. Senior Lecturer, University of Applied Science Utrecht, Department of Nursing. Researcher / Practice Development Nurse, Bavo-Europoort Mental Health Trust, Rotterdam

Vosseler Birgit, Dr. rer. medic., Professorin, ist Studiengangsleitung des Bachelorstudiengangs Pflegepädagogik. Für den gesamten Bereich der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege übt sie die Funktion des Fakultätsrates, Professorin und der Studienkommission aus.

Kontakt: [birgit.vosseler\(at\)hs-weingarten.de](mailto:birgit.vosseler(at)hs-weingarten.de)

***Wagner Manja**, Stationsleitung PSY-4, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Department für Psychische Gesundheit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig

Kontakt: Manja.Wagner@medizin.uni-leipzig.de

***Wand Jana**, Kinderkrankenschwester, Mitarbeiterin der Drogenambulanz in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Bielefeld.

Kontakt: DrogenAmb@evkb.de

Ward Martin, RMN, Dip Nurs, RNT, Cert Ed, NEBSS Dip, MPhil Chair, Horatio European Expert Panel of Psychiatric Nursing, Director, MW Professional Development Ltd UK, Co-ordinator Psychiatric Nursing Studies programmes – University of Malta.

***Weber Markus**, M.A. Pflegewissenschaft, B.A. Pflege/ Pflegemanagement, Zfp Südwürttemberg, Pflegeentwicklung der Wohn- und Pflegeheime

Kontakt: markus.weber@zfp-zentrum.de

Weigle Lars, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Bundesrepublik Deutschland

Kontakt: Lars.Werigle@evkb.de

***Weißflog Sabine**, ist Doktorandin an der PTHV, Pflegewissenschaftlerin (MScN), Diplom-Pflegewirtin (FH) und Krankenschwester. Im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ist sie stellvertretende Pflegedienstleiterin der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II und Pflegerische Leiterin der Psychiatrischen Klinik Bruchsal.

Kontakt: sabine.weissflog@pzn-wiesloch.de

***Wiersma Gert Jan**, Dozent an der Fachhochschule Rotterdam

Kontakt: g.j.wiersma@hro.nl

Wieser Johanna, allg. und psych. DGKS, Fachkraft für Geriatrie, Weiterbildung in Basale Stimulation, Kinästhetik, Bobath und Böhm Pflege, Gedächtnistrainerin des ÖGVB

Kontakt: johanna.wieser@psptirol.org

Wiggen Maria, arbeitet als Stabstelle der Pflegedirektorin der LWL – Klinik Paderborn

Kontakt: maria.wiggen@wkp-lwl.org

Winter Andréa, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

Kontakt: a.c.winter@bluewin.ch

Woerner Steffen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Mitglied des Qualitätszirkels der Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden

Kontakt: steffen.woerner@pzn-wiesloch.de

***Zuaboni Gianfranco**, Psychiatrische Privatklinik Sanatorium Kilchberg, Schweiz, Psychiatriepfleger HF, Pflegeexperte HöFa 2, Studierender MScN by Applied Research an der WE'G Hochschule Gesundheit, Aarau, Christoph Abderhalden, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, PhD, Alte Landstrasse 70-84, 8802 Kilchberg / Schweiz, Tel: +4144 716 43 01

Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

Unter

<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/index.html>

finden Sie weiter Informationen zum jährlichen Kongress und nützliche Links. Sie können alle bisherigen Kongressbände als PDF downloaden. Zudem finden Sie auf dieser Seite auch schon frühzeitig die Ausschreibung für den Kongress 2011 in Bern.

Dieser Band dokumentiert Vorträge und Poster des siebten Dreiländerkongresses „Depressivität und Suizidalität“ vom Oktober 2010 in Bielefeld.

In diesem Jahr hat das Organisationsteam dem Kongress erstmals ein Oberthema vorangestellt, welches auf eine bestimmte Form psychischer Erkrankung fokussiert. Affektive Störungen, wie schwere Depression haben einen grossen Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden, die Alltagsgestaltung und die Lebensqualität der betroffenen Personen. Das Thema ist nicht nur bei Pflegefachpersonen in der Psychiatrie präsent. Es beschäftigt Pflegende sowie andere in der Gesundheitsversorgung tätige Berufspersonen in allen Behandlungssettings und Versorgungsbereichen. Depression und Suizidalität betrifft alle Alters-, Patienten- und Usergruppen. Depression und Suizidalität hat ebenfalls Auswirkungen auf körperliche Erkrankungen der Betroffenen und ihr soziale Umfeld. Der diesjährige Kongressband zeigt diese Breite des Themas auf, befasst sich mit Ursachen, Häufigkeit, Interventionen, Betreuung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien. Ergänzend behandeln die Themen der freien Beiträge ein spannendes Spektrum zwischen Pflegeprozess, Bezugspflege und Beziehungsprozess sowie Qualität und Kosten.