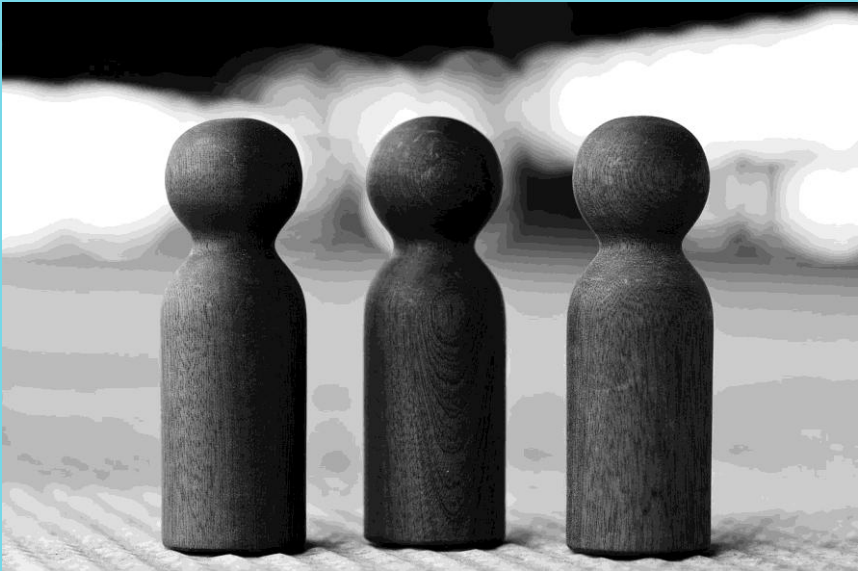


„Psychiatrische Pflege vernetzt“

mit Betroffenen und Angehörigen,
im Versorgungssystem,
in Forschung und Entwicklung,
in der Gesellschaft

Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
8. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern



Herausgeber: Sabine Hahn, Christoph Abderhalden,
Ian Needham, Harald Stefan, Michael Schulz, Susanne Schoppmann
Verlag Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Bern

„Psychiatrische Pflege vernetzt“

**mit Betroffenen und Angehörigen,
im Versorgungssystem,
in Forschung und Entwicklung,
in der Gesellschaft**

Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
8. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern

Herausgeber:

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

Verlag Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik,
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60

September 2011

„Psychiatrische Pflege vernetzt“- mit Betroffenen und Angehörigen, im Versorgungssystem, in Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft

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

Verlag Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik,
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60

September 2011

ISBN 978-3-033-03042-8

Druck und Verarbeitung: resch druck - Thomas Resch KG,
Rosinagasse 19, A-1150 Wien, office@resch-druck.at

Vorwort der Veranstaltenden:

Der 8. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie

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

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen

Dieser Band dokumentiert Vorträge, Workshops und Poster des achten Dreiländerkongresses „Pflege in der Psychiatrie“ vom Oktober 2011 in Bern. Das Motto des Kongresses ist ‚Psychiatrische Pflege vernetzt - mit Betroffenen und Angehörigen, im Versorgungssystem, in Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft‘.

Dieses Kongressmotto nimmt Bezug auf die immer grösser werdende Bedeutung von Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit, innerhalb unseres unmittelbaren Tätigkeitsfeldes, aber auch über Berufsgruppen, Einrichtungen, Versorgungssegmente, Interessengruppen und Ländergrenzen hinweg.

Mit dem Call for Abstracts wurden für den Kongress Beiträge zu folgenden Fragestellungen gesucht: *Auf welche Art und Weise sind wir innerhalb unserer Berufsgruppe vernetzt? Wie sind wir mit Betroffenen, mit Angehörigen, im Versorgungssystem, in Forschung und Entwicklung und in der Gesellschaft vernetzt? Welche Erfahrungen machen wir mit Vernetzungen? Wo liegen besondere Herausforderungen?*

Die Beiträge in diesem Band behandeln das Thema aus ganz unterschiedlichen Perspektiven, und wir freuen uns, dass das Thema nicht nur aus der Sicht der Pflege, sondern auch aus Angehörigen- und Psychiatrieerfahrenensicht behandelt wird. Es freut uns, dass der Kongress und der vorliegende Kongressband damit mindestens ansatzweise einen dialogischen Charakter gefunden haben.

In einigen Beiträgen werden pflegerische Netzwerke beschrieben und Erfahrungen mit ihrem Aufbau und Funktionieren weitergegeben, andere Beiträge fokussieren auf Netzwerke zum Beispiel von Angehörigen oder psychiatrieerfahrenen Menschen, und es wird zur Diskussion gestellt, wie wir als Pflegende mit diesen Netzen zusammenarbeiten können. Hier geht es gewissermassen um die Vernetzung von Netzwerken.

Das Vernetzungsthema steht bei verschiedenen Beiträgen zu integrierten Versorgungsmodellen im Mittelpunkt, aber auch bei Beiträgen zur berufs- und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit.

Die Dreiländerkongresse psychiatrische Pflege leisten selbst wichtige Beiträge zur Vernetzung innerhalb der psychiatrischen Pflege. Dies zeigt sich an den Workshops und Diskussionsforen, die ganz explizit dem länderübergreifenden Erfahrungsaustausch und der länderübergreifenden Meinungsbildung gewidmet sind.

Es freut uns, dass es auch am Kongress 2011 wieder gelungen ist, eine Reihe von Beiträgen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) zu integrieren. Der APP-Strang hat sich zu einem nicht wegzudenkenden Teil des Kongresses entwickelt und wir danken den Organisationen der APP in Deutschland, der Schweiz und Österreich für ihre aktive Beteiligung sowohl an der Planung als auch an der Durchführung des Kongresses. Damit wird ein wichtiger Beitrag zur Vernetzung von ambulanter und stationärer psychiatrischer Pflege geleistet. Der Kongress ist somit zu einem Begegnungsforum für Pflegende aus beiden Bereichen geworden.

Bei den freien Beiträgen finden wir erfreulich, dass sich neben der Darstellungen von Praxiskonzepten auch vermehrt Beiträge finden, in denen Theorie und wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch mit der Praxis vernetzt werden, oder in denen die Praxis systematisch evaluiert oder kritisch hinterfragt wird.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Organisationen und Einzelpersonen aus Deutschland, aus Österreich und aus der Schweiz, welche diesen Kongress unterstützt haben, und bei den AutorInnen für ihre Beiträge zu diesem Kongressband. Ein besonderer Dank geht an Friederike Thilo, wissenschaftliche Assistentin angewandte Forschung und Entwicklung, Berner Fachhochschule, die dieses Jahr den Kongressband betreut hat, und an Anna Hegedüs, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste PD Bern für die massgebliche Mitarbeit bei der Kongressorganisation.

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

Bern, Oktober 2011

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Veranstaltenden: Der 8. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie <i>Christoph Abderhalden, Sabine Hahn, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan</i>	5
1. Internationale Netzwerke Psychiatrie-Erfahrener und die Psychiatrie <i>Peter Lehmann</i>	18
2. Bedürfnisangepaßte Behandlung und Offener Dialog - Individuelle Psychiatrische Behandlung Ingo Runte	24
3. Die Soteria ist keine Insel Holger Hoffmann	25
4. Vernetzungskonzepte in der Psychiatrie Christian Zechert	30
5. Vernetzte Praxis erfordert vernetzte Ausbildungen – eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten Beat Sottas	33
6. Monitoring körperlicher Gesundheit Sulin Bänziger, Annina Sahli, Christoph Abderhalden	39
7. Ressourcenorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege Markus Berner	44
8. Gefühle erkennen, annehmen und gut mit ihnen umgehen Marie Boden, Doris Feldt	49
9. Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie (NPfP) Ursula Bregenzer, Johann Meinhof	52

10.	Wie am Schnürchen: Informationsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bärbel Durmann, Ursula Hamann, Alexandra Schäfer, Bernhard Prankel	58
11.	Der Einfluss der Monochordliege-Behandlung auf die Befindlichkeit von depressiv erkrankten Menschen Urs Ellenberger	60
12.	Angehörigenbefragungen – ein Kriterium zur Qualitätssicherung? Alexandra Fasching, Carmen Schwinghammer	63
13.	Monochord-Behandlung bei depressiven Personen Deborah Fenn	65
14.	Familienarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege Béatrice Gähler-Schwab	70
15.	Gerontopsychiatrische Vernetzungsarbeit Gertrud Geisler-Devich, Walter Egger	71
16.	Einsatz von Technologien in der Pflege und Betreuung von älteren Menschen – Entwicklungsstand – Nutzen und Risiken Michael Geissberger, Sabine Hahn	75
17.	Implementierung eines pflegerischen Wundversorgungsnetzes am Klinikum München Ost Cornelia Gianni	81
18.	Das Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) und der Qualitätsstandard Sibylle Glauser	86
19.	Vernetzen von Theorie und Praxis – Evidenzbasierte Pflegeinterventionen bei der Risikodiagnose „Suizidalität“ Manuela Grieser, Stefan Kunz, Anna Hegedüs, Andreas Heuer, Bernd Kozel	88
20.	Ambulante Alterspflege: „Ich will möglichst lange zu Hause leben“ Sabine Hahn, Thomas Schwarze	95
21.	Wie wirksam sind Interventionen zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz von Personen mit einer schizophrenen Erkrankung? Anna Hegedüs, Bernd Kozel, Christoph Abderhalden	100

22.	Der Weg der Adherence- Therapie in die Ambulante Psychiatrische Pflege - Ein Modellprojekt der Ambulanten Psychiatrischen Pflege des LWL – Klinikums Gütersloh und der Bertelsmann BKK Bruno Hemkendreis, Michael Löhr	106
23.	Vernetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege mit Psychiatrischen Kliniken Bruno Hemkendreis, Udo Finklenburg	110
24.	Vom Verstummen zur eigenen Sprache: Die wisli-Textwerkstatt – ein Recovery Projekt konkret Claus Herger, Rose Herger	117
25.	Man muss halt miteinander schwatzen Helen Himmelberger	122
26.	Soteria ist keine Insel Holger Hoffmann	129
27.	Perspektivwechsel in der stationären Behandlung – Chancen neuer psychiatrischer Behandlungskonzepte am Beispiel des „Weddinger Modells“ Ina Jarchov-Jadi, Lieselotte Mahler	134
28.	Alternativer Umgang mit Craving Ina Jarchov Jadi, Markus Heller	136
29.	Das Konzept Job-Embeddedness: Richtlinien zur Umsetzung auf einer Station des Schwerpunktes „Affektive Erkrankungen“ Milena Kienast-Dobrevá	137
30.	Patient Based Networking in der Psychiatrie - Adherence Coaching vernetzt die Leistungserbringer berufsgruppenübergreifend Tim Konhäuser	143
31.	Menschen in der ambulant-psychiatrischen Versorgung – Eine Evaluationsstudie des Niedersächsischen Weges Integrierter Versorgung für an Schizophrenie erkrankte Menschen Kirsten Kopke, Christian Koch, Anke Bramesfeld, Wulf Rössler	145
32.	Zwischen Last und Nutzen – die Angehörigen im psychiatrischen Alltag Thomas Lampert, Edith Scherer	149

33.	Komplementärmedizinische Pflegeinterventionen im psychiatrischen Setting Sarah Langenauer	157
34.	Der Konsensusbeitrag der Deutschen psychiatrischen Pflege für den Operationen- und Prozedurenkatalog (OPS) 2012 Michael Löhr, Michael Schulz	163
35.	Länderübergreifender Austausch zur Entwicklung neuer Finanzierungssysteme in der Psychiatrie Michael Löhr, Harald Müller, Georg Oppermann	170
36.	Implementierung der Peer to Peer-Beratung auf einer psychiatrischen Station: Aspekte der Zusammenarbeit von Betroffenen und Klinikmitarbeitern aus Sicht einer Stationsleitung - Praxisprojekt Werner Mayr	172
37.	Ergebnisse aus der Versorgungsforschung: Wie verändert sich die stationäre Depressionsbehandlung im 10-Jahresverlauf? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Pflegenden? Christa Mohr	179
38.	Evaluation einer Langzeiterhebung von Routinedaten stationärer gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung von 2006-2009 Rüdiger Noelle	181
39.	Gepflegte Beziehungen – Bezugspflege in der Gerontopsychiatrie Regina Petri	189
40.	Wie gehen Pflegepersonen bei der Einschätzung der Suizidgefährdung von PatientInnen in der Psychiatrie vor? Eine Umfrage in der deutschsprachigen Schweiz Franziska Rabenschlag, Sven Hoffmann, Bernd Kozel, Rosmarie Sprenger	192
41.	Aufsuchende ambulante psychiatrische Pflege im Nordteil des Kantons St. Gallen - eine Projektstudie Urs Ribi , Hans Jerratsch	198
42.	Verbale Aggression in psychiatrischen Einrichtungen: Ergebnisse eines Forschungsprojekts Dirk Richter, Caroline Gurtner	204

43.	Das therapeutische Milieu in psychiatrischen Einrichtungen – Welche Wirkung haben Architektur und Design? Dirk Richter, Holger Hoffmann	206
44.	Motivierende Gesprächsführung: Ein Instrument für die psychiatrische Pflege? Dirk Richter, Thomas Schwarze	208
45.	Evaluation: Die subjektive Wahrnehmung der Patienten zum in „Cool-Down-Pink“ gestrichenen Isolierbereich Annina Sahli, Sonja Aeby, Johann Meinhof, Bernd Kozel	210
46.	Wie verändert sich die Therapeutische Beziehung zum praktizierten Bezugspflegesystem? Anke Saß	218
47.	Eine psychische Krankheit betrifft die ganze Familie - Individuelle Angehörigenberatung als Erfolgsmodell im stationären psychiatrischen Rahmen Edith Scherer	224
48.	Medikamententrainingsprogramm (MTP): Förderung der Medikamentenadhärenz bei schizophren erkrankten Menschen. Eine randomisiert kontrollierte Interventionsstudie Schirmer Uwe B, Steinert Tilman, Borbè Raul, Flammer Erich	227
49.	Multi-, Inter- oder Transdisziplinarität? Möglichkeiten der Gestaltung von Zusammenarbeit an zwei Praxisbeispielen Arndt Schlubach, Volker Katthöfer	230
50.	Advanced Nursing Practice in der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie: Gestaltung des Möglichen - Ein Pflegeentwicklungsprojekt der Kaiserswerther Diakonie Holger Schmitte, Sebastian Dorgerloh, Wolfgang Scharf	236
51.	Peer-Support– Die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung Sybille Schnyder, Bernd Kozel	240
52.	Vernetzt oder verstrickt? Angehörige depressiv erkrankter Menschen und psychiatrisch Pflegendende Susanne Schoppmann, Wilfried Schnepf	247

53.	E-Psychnet – ein EU Projekt zur Verbreitung eines Online-Kurses für Psychiatrisch Pflegende Michael Schulz, Andreas Heuer, Roland van der Sande	253
54.	Was ist gute psychiatrische Pflege aus Sicht von Pflegenden, Nutzenden und Angehörigen? Thomas Schwarze, Dirk Richter, Sabine Hahn	255
55.	Herausforderung an eine psychiatrische Abteilung in der Umsetzung eines Mutter- Kind-Konzeptes – ein Praxisbericht Stephanie Schwarzenbach, Susan Fischer	257
56.	Vernetztes Arbeiten in der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege Regine Steinauer, Ruth Meer Lueth, Franziska Rabenschlag, Thomas Schwarze, Peter Ullmann	263
57.	Nachsorge als Teil der Behandlung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in psychiatrischen Kliniken. Eine Literaturübersicht Regine Steinauer, Barbara Weber-Souschill	265
58.	Vernetzung durch Bifokale Edukation bei Psychosen, Depressionen und Menschen mit Emotionsregulationsdefizit Holger Thiel	268
59.	Budgetvertrag in der Integrierten Versorgung in Niedersachsen - Erste Erfahrung in der Umsetzung für das ambulante Behandlungsteam Frauke Trombach, Ingo Tschinke	275
60.	DELPHI Studie zur einheitlichen Begriffsbestimmung des Bezugstherapeutensystems in der ambulanten psychiatrischen Pflege Ingo Tschinke, Alfred Karsten, Frauke Trombach, Christian Koch, Kirsten Kopke	277
61.	Der Patient als Experte - Medikamentenschulung zum selbstverantwortlichen Umgang mit Medikamenten Peter Ullmann, F. Francescutto, A. Holzknecht, M. Zuzaku, B. Achilles, R. Maier, G. Zuaboni	280

62.	ANP & APN Aspekte in der Akademisierung der professionellen Pflege Peter Ullmann, Katrin Thissen	284
63.	„Home Treatment“ - Ein neues Behandlungsangebot der LWL – Klinik Lengerich Ulrike Verrieth, Irina Rerich	287
64.	Adherence orientierte Behandlung in der Forensik -Möglichkeiten innerhalb "gesicherter" Grenzen? Frank Voss	292
65.	Das personen-zentrierte Recovery-Konzept: Eine trialogische Bewertung & Beurteilung aus der Sicht von Studierenden des Diploma of Advanced Studiengangs für Psychiatrie- Erfahrene, Angehörigen & professionell Tätigen Vera Zihlmann	295
66.	Die Austrittsgruppe – Empowerment und Recovery unter Patienten Thomas Zimmermann	297
67.	Der Weg zu Recovery – Schulungsmaterial zum Vermitteln des Recovery Ansatzes Gianfranco Zuaboni	302
68.	Qualitätskriterien in der Angehörigenarbeit: Empfehlungen des Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Evelyne Ammann	306
69.	Alles unter einem Dach - Das Suchttherapiezentrum Ulm (STZ.ulm) Ulrich von dem Berge	308
70.	Psychoedukation: Wirksamkeit von psychoedukativen Programmen bei einer Schizophrenie oder bipolar affektiven Störung Barbara Frey	310
71.	Tagesklinik der Station für Suizidprävention am Universitätsklinikum Christian-Doppler-Klinik Salzburg Sabine Lettner, Sylvia Erber, Manuel Huttegger	314
72.	Pflegeentwicklung praxisnah Peter Wolfensberger, Wilfried Aust, Michael Bialas, Brigitte Bourke- Gerber, Ursula Bregenzer, Lisbeth Gabriel-Andersen, Helene Lantheimann, Jana Prassek	319
	Autorinnen und Autoren	319

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 Schweizer Autorinnen und Autoren beibehalten.

1. Internationale Netzwerke Psychiatrie-Erfahrener und die Psychiatrie

Peter Lehmann

Selbsthilfe, Hilfe zur Selbsthilfe und deren Förderung sind für Psychiatriebetroffene von fundamentaler Bedeutung. Bei der internationalen Vernetzung in Europa spielt das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen die wichtigste Rolle. Weiterhin zu nennen sind das Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen, die Globale Allianz von Advocacy-Netzwerken und MindFreedom International

Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP)

Seit den frühen 1990er Jahren organisieren sich Psychiatriebetroffene international. 1991 wurde ENUSP (www.enusp.org) gegründet, ein Verband von Mitgliederorganisationen. Mit den Jahren wuchs ENUSP kontinuierlich und hat mittlerweile in knapp 40 Staaten nationale, regionale und lokale Mitgliedsorganisationen.

Aufgrund geographischer Entfernungen, des Sprachengewirrs, der kulturellen Unterschiede und der Vielfalt psychiatriepolitischer Überzeugungen schien die Bildung eines internationalen Netzwerks anfänglich schwer vorstellbar. Doch bald zeigte sich, dass die Meinungen so weit gar nicht auseinander lagen. Dies betraf die ehemals stalinistischen Länder Osteuropas ebenso wie die Staaten diesseits des früheren eisernen Vorhangs. Sich zu vernetzen war besonders leicht, als man das Thema Menschen- und Bürgerrechte in den Mittelpunkt stellte. Vorenthaltung angemessener psychosozialer Hilfe, Bevormundung, Diskriminierung und psychiatrische Menschenrechtsverletzungen sind weltweit recht ähnlich, wenn auch verschieden ausgeprägt. Unterschiedliche Bewertungen des medizinischen Modells und psychiatrischer Behandlungsmaßnahmen gibt es natürlich. Manche finden die Psychiatrie verabscheuungswürdig, andere in gewisser Weise durchaus hilfreich. Auf reine Liebe stößt sie jedoch nirgendwo.

Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen (WNUSP)

WNUSP (www.wnusp.net) ist eine Organisation Psychiatriebetroffener, gegründet 1993. Sie setzt sich für deren Menschenrechte ein, vertritt sie international, unterstützt ihre Bewegung weltweit und vernetzt Organisationen und Individuen. WNUSP hat die Erarbeitung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen maßgeblich mitgestaltet und ist bei der UN anerkannte Nichtregierungsorganisation mit Beraterstatus. ENUSP ist Mitglied von WNUSP.

MindFreedom International (MFI)

MFI (www.mindfreedom.org) ist eine Allianz aus gemischten Organisationen, die sich für Menschenrechte und Alternativen im psychosozialen Bereich einsetzt. Die hierzulande bekanntesten Mitglieder sind Judi Chamberlin, die 2010 gestorbene Leitfigur der internationalen Selbsthilfebewegung, der Geschäftsführer David Oaks und Loren Mosher, der 2004 gestorbene Vater der Soteria-Bewegung. In früheren Jahren konzentrierte MFI seine Aktivitäten auf den angloamerikanischen Sprachraum. International widerfährt MFI hohe Anerkennung; über Jahre arbeiteten seine Vertreter an der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen bei den Vereinten Nationen mit, wo MFI als Nichtregierungsorganisation mit Beraterstatus akkreditiert ist. In Europa hat MFI Mitglieder- bzw. Sponsorenorganisationen in Irland, Großbritannien, Frankreich, Deutschland und Norwegen. Neuerdings versucht MFI, im deutschsprachigen Raum Fuß zu fassen. Interessierte können den deutschen Ableger per E-Mail unter germany@mindfreedom.org erreichen.

Globale Allianz von Advocacy-Netzwerken (GAMIAN)

Eine völlig andere Gruppe ist GAMIAN. Ihr europäischer Ableger (www.gamian.eu) sieht sich als „... patientengeführte europaweite Vereinigung nationaler Organisationen in Europa, die Menschen hilft, die an psychischen Krankheiten leiden oder als Betreuer arbeiten.“ Sie will vor allem „das

Vorhandensein, die Erreichbarkeit und die Qualität der Behandlung aller psychiatrischen Störungen zu verbessern.“ Die Finanzen stammen zum Großteil von der Pharmaindustrie. 2007 beispielsweise kamen 88% (= 102.524 €) der Einnahmen von GAMIAN-Europe von den Firmen GlaxoSmithKline, Eli Lilly Benelux, Organon und Pfizer Europe. Optimale Behandlung heißt bei GAMIAN denn auch Verabreichung der jeweils neuesten und so auch teuersten Psychopharmaka. Niedergelassen in Brüssel, nutzt der europäische Ableger die Nähe zur Verwaltung der Europäischen Union, um an Programmen beteiligt zu werden und politischen Einfluss im Sinne ihrer Geldgeber zu nehmen. Die Präsidentin Dolores Gauci, eine Sozialarbeiterin aus Malta, legt Wert auf die Partnerschaft mit der European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

Netzwerke und die Psychiatrie – 2007 in Dresden

Im Juni 2007 kam es zur ersten gemeinsamen Aktion von ENUSP, WNUSP und MFI, als anlässlich der Konferenz „Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review“ („Psychiatrische Zwangsbehandlung – Ein Überblick“) der World Psychiatric Association (WPA) in Dresden innerhalb weniger Tage – per Internet – die „Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung“ formuliert und beschlossen wurde, in der ein Ende aller psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und die Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie gefordert wird [1]. Alle drei Organisationen waren zur aktiven Teilnahme beim Kongress eingeladen worden.

Bezeichnend war dann der Beitrag des Psychiaters Norman Sartorius, ehemaliger Präsident der WPA und WHO-Direktor der Abteilung Psychiatrie, bei der Abschlussveranstaltung des Dresdener Kongresses. Er beklagte die kritische Haltung der teilnehmenden Repräsentanten der Betroffenen und forderte für die Zukunft die Teilnahme anderer, zufriedenerer Patientenverbände ein. Beim Folgekongress in Prag im September 2008 kooperierte er denn auch mit GAMIAN. Dolores Gauci war bei Sartorius' Symposium „The Long Road: A Patient-Centered Discussion on the Chronic Management of

Mental Illness“ mit von der Partie; Sponsor war der Pharmariese Pfizer Inc., der im Symposium sein Neuroleptikum Zeldox® (Ziprasidon) bewerben ließ. Dass es unter Psychiatern Ausnahmen gibt, zeigte sich in Dresden anhand der Reaktion des WPA-Vorstands auf Dorothea Bucks Aufsehen erregende Grundsatzrede „Siebzig Jahre Zwang in deutschen Psychiatrien – Erlebt und miterlebt“ [2]. Der (seinerzeitige) WPA-Vorsitzende Juan Mezzich schrieb im Oktober 2007 im offiziellen WPA-Journal [3], die Rede habe ein von der WHO unterstütztes Treffen mit Vertretern von ENUSP und MFI zur Folge gehabt, in dem man Möglichkeiten eines dauerhaften Dialogs auf Kongressen und in anderen Settings eruierte:

„Auf Grundlage ihrer persönlichen Geschichte kritisierte sie eine Psychiatrie, welche die Kommunikation mit Patienten vernachlässigt, und forderte den Wechsel zu einem Paradigma, das auf dem Erfahrungsschatz der Patienten basiert. Nach ihrem Vortrag dankte der WPA-Präsident Frau Buck für ihren klaren und bewegenden Vortrag. Bei einer unmittelbar anschließenden Pressekonferenz hatten die auf dem Podium sitzenden Repräsentanten der WPA, des Europarats und der Betroffenenorganisationen mit Medienvertretern und dem Publikum einen lebhaften Austausch von Fragen, Antworten und Kommentaren. Ausführlich diskutierte man sowohl Themen, die auf den globalen Erfahrungen von Psychiatriebetroffenen basierten, als auch die Profile und die Verschiedenartigkeit ihrer Organisationen sowie zukünftige Gelegenheiten für das Fortsetzen des Dresdener Dialogs und die Teilnahme von Betroffenen an den Aktivitäten der WPA und ihrer nationalen Mitgliedsgesellschaften. ... Ein neu gestaltetes Arzt-Patienten-Verhältnis und die Entwicklung eines nachhaltigen Dialogs mit Patienten- und Betroffenenengruppen (ebenso Trialoge inkl. Familien), der ihre vielfältigen Perspektiven respektiert, sind äußerst wichtig.“

Allerdings wurde in Dresden ein neuer WPA-Vorstand gewählt. Wiederholte Erinnerungen an die Ankündigung des Ex-Vorsitzenden Mezzich, dass bald

der Dialog beginne, in dem auch öffentlich über Menschenrechtsverletzungen gesprochen würde, blieben seither allesamt ergebnislos. Angesichts der massiven Menschenrechtsverletzungen – Vorenthalten von angemessener psychosozialer Hilfe zur Lösung psychischer Probleme vorwiegend sozialer Natur und gewalttätige Verabreichung toxischer synthetischer Psychopharmaka – ist nicht zu erkennen, dass man das Anliegen der unabhängigen Betroffenenorganisationen ernst nimmt. Weder wollen Psychiater von ihrem Recht auf willkürliche Behandlung ohne informierte Zustimmung abgehen noch kritisch über Menschenrechtsverletzungen reden. Der in Dresden an den Gesprächen mit Mezzich beteiligte David Oaks brachte jetzt das ethische Problem der Psychiatrie, deren Repräsentanten Menschenrechtsverletzungen psychiatrisch Tätiger gerne als Werk einzelner schwarzer Schafe bezeichnen, auf den Punkt [4]:

„Aber das verblüffende Schweigen psychiatrischer Standesorganisationen, die es nicht schaffen, diese Menschenrechtsthemen zu thematisieren oder sich auch nur einen Dialog darüber führen zu wollen, bedroht die Glaubwürdigkeit und Zukunft des gesamten psychiatrischen Berufsstands.“ (S. 197)

Nur wenige psychiatrisch Tätige scheren aus ihren Reihen aus und unterstützen im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Organisationsprozess von Betroffenen. Die Selbsthilfe braucht mehr tatkräftige, ihr Selbstbestimmungsrecht aktiv einfordernde Betroffene und mehr humanistisch gesonnene Unterstützer.

Literatur

1. siehe www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/dd-deutsch.pdf
2. in: P. Lehmann & P. Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 17-26
3. Mezzich, J.: „The dialogal basis of our profession – Psychiatry with the Person“, in: *World Psychiatry*, Oktober 2007 – www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174591

4. *Oaks, D.: „The moral imperative for dialogue with organizations of survivors of coerced psychiatric human rights violations“, in: T. W. Kallert, J. E. Mezzich & J. Monahan (Hg.): „Coercive treatment in psychiatry: Clinical, legal and ethical aspects“, London: John Wiley & Sons 2011, S. 197 – www.mindfreedom.org/about-us/david-w-oaks/writing/*

2. Bedürfnisangepaßte Behandlung und Offener Dialog - Individuelle Psychiatrische Behandlung

Ingo Runte

Abstract

Ende der 60er Jahre erarbeiteten Prof. Yrjö Alanen und sein Team an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Turku, Finnland, das Modell der Bedürfnis-angepaßten Behandlung (Need Adapted Treatment, NAT) [1,2]. Ausgehend von einer psychotherapeutischen Grundhaltung wurde Patientinnen und Patienten mit einer ersten psychotischen Erkrankung eine individuelle und flexible Therapie geboten, die sowohl praktische Hilfen umfaßte als auch die Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses förderte. An der Psychiatrischen Klinik in Tornio, Finnland, wurde dieses Modell seit 1980 weiterentwickelt zum Offenen Dialog (Open Dialogue), welcher u.a. Elemente der systemischen Familientherapie integrierte.

Beide Ansätze zeichnen sich insgesamt durch eine Kombination charakteristischer Grundhaltungen mit netzwerkorientierten, ambulanten Arbeitsprinzipien aus. Die Ergebnisse einer 5-Jahresstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit des Open Dialogue bei Patientinnen und Patienten mit einer ersten Psychose in West Lappland fielen sehr positiv aus. Im Vortrag wird zudem darauf eingegangen, welche Umsetzungsmöglichkeiten in Deutschland bestehen und welche Elemente von hiesigen Kliniken bereits angewendet werden.

Literatur

1. *Alanen, Y. (2001) Schizophrenie: Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepaßte Behandlung. Stuttgart: Klett-Kotta.*
2. *Aderhold, V., Alanen, Y., Hess, G., Hohn, P. (Hrsg.) (2003) Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial Verlag.*

3. Die Soteria ist keine Insel

Holger Hoffmann

Soteria Bern wurde 1984 von Luc Ciompi als therapeutische Wohngemeinschaft für die milieutherapeutische Behandlung von Psychosen gegründet. Er folgte damit dem Vorbild Loren Moshers, der in den 70er- Jahren in den USA das Soteria¹-Konzept als Alternative zu den überfüllten, deprivierenden und meist nach dem Prinzip der „totalen Institution“ funktionierenden Grosskliniken entwickelt hatte. Die in den US-Kliniken verabreichten Neuroleptikadosen waren exorbitant. Mosher's Ziel war es in seinem Pionierprojekt, junge, akut an Schizophrenie erkrankte Menschen mittels kontinuierlicher Begleitung („being with“) im reizarmen Milieu eines Wohnhauses möglichst ohne Einsatz von Neuroleptika zu behandeln. Mehrere von ihm durchgeführte Studien zeigten, dass dies möglich ist mit mindestens ebenso guten Ergebnissen wie in den traditionellen Kliniken. Mosher's radikale Haltung bezüglich einer Behandlung möglichst unter Verzicht des Einsatzes von Neuroleptika polarisierte stark, und für viele wurde Soteria ein Synonym dafür. Damit wurde Soteria zur einsamen Insel in der damals eher trostlosen Psychiatrielandschaft.

Ciompi's Soteria-Konzept unterschied sich von Anfang an in einigen wesentlichen Punkten vom radikaleren Ansatz Moshers. So war die Soteria Bern von Anfang an integrierter Bestandteil des regionalen sozialpsychiatrischen Versorgungsangebotes, und die Behandlung wurde über die regulären Krankenkassentarife abgegolten. Auch stand für Ciompi eine medikamentenfreie Behandlung nicht im Zentrum. Vielmehr wollte er die in seinem 1982 erschienen Buch 'Affektlogik' formulierten Hypothesen in der alltäglichen Schizophreniebehandlung umsetzen und überprüfen. Zu diesem Zwecke führte er das 'Weiche Zimmer' als eines der zentralen Behandlungsinstrumente der Soteria ein.

¹ *Soteria (griechisch σωτηρία) steht in diesem Kontext für Schutz und Geborgenheit*

Soteria Bern hat den rechtlichen Status einer psychiatrischen Klinik. Der Träger ist die Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Es werden Menschen im Alter von 16 bis 40 behandelt, die sich in einer psychotischen Krise aus dem schizophrenen Formenkreis oder im Rahmen einer Adoleszenten- oder anderen Entwicklungskrise befinden.

Seit der Gründung blieben die *therapeutischen Grundsätze* der *Soteria Bern* praktisch unverändert:

- Kleines, entspannendes, reizgeschütztes und möglichst normales, familienähnliches Behandlungsmilieu
- Kontinuierliche mitmenschliche Begleitung des psychotischen Patienten
- Konzeptuelle und personelle Kontinuität über die ganze Zeit der Behandlung
- Enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und andern wichtigen Bezugspersonen
- Klare und gleichartige Informationen für Patienten, Angehörige sowie Milieuthérapeuten betr. Krankheit, ihre Behandlung und die bestehenden Risiken und Chancen
- Gemeinsames Erarbeiten von klaren und realistischen Behandlungszielen und Zukunftserwartungen auf der Wohn- und Arbeitsachse
- Zurückhaltender und mit dem Patienten gemeinsam festgelegter Einsatz von Medikamenten
- Rückfallprophylaxe aufgrund der Analyse der individuellen Krisenanzeichen und Belastungssituationen sowie Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten
- Individuell gestaltete weiterführende Betreuung im Rahmen des integrierten Behandlungsangebotes
- Der Recovery-Ansatz ist fester Bestandteil der Grundhaltung der *Soteria Bern*

Ebenfalls unverändert blieb der Geist der Soteria, geprägt vom Milieu und der darin herrschenden Atmosphäre, trotz der notwendigen Anpassung an die geänderten Rahmenbedingungen und der ständigen Erweiterung des Angebotes in Richtung integrierte Behandlung. So hat sich *Soteria Bern* im Laufe der Jahre von der therapeutischen Wohngemeinschaft zum milieutherapeutischen Zentrum gewandelt, das heute ein fester und gut vernetzter Bestandteil der psychiatrischen Versorgungslandschaft im Kanton Bern ist.

Zuweisungen erfolgen durch niedergelassene Psychiater, über den Notfall der Universitätsklinik, aus anderen Kliniken oder durch das Früherkennungs- und Therapiezentrum (FETZ Bern), welches die *Soteria Bern* gemeinsam mit den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD Bern) seit Anfang 2010 betreibt. In rund einem Drittel der Fälle melden sich die Betroffenen oder ihre Angehörigen direkt bei uns. Dank der Kooperation mit den UPD Bern ist die Soteria Bern rund um die Uhr aufnahmefähig. Die Soteria ist ein offenes Haus, das acht Bewohnern² Platz bietet. Die Behandlung basiert auf Freiwilligkeit.

Auch wenn immer noch die stationäre Behandlung im möglichst normalen, reizarmen, entspannenden und familienartigen Milieu eines von einem Garten umgebenen Wohnhauses im Zentrum des Soteria-Ansatzes steht, so hat unser integriertes Behandlungsangebot zur Erzielung einer besseren Nachhaltigkeit und zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes in den letzten Jahren sehr stark an Bedeutung gewonnen. Dieses ermöglicht uns eine kontinuierliche Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen über den stationären Aufenthalt hinaus durch das Soteria-Team.

Die Aufenthaltsdauer in der Soteria Bern hat sich in den letzten Jahren auf durchschnittlich 40-45 Tage verkürzt. Um die Behandlungskontinuität und damit die Stabilisierung über den stationären Aufenthalt hinaus zu erhöhen und das Risiko einer erneuten Hospitalisation zu vermindern, bieten wir täglich vier integrierte Tagesklinikplätze an, zusätzlich zur ambulanten Be-

² Die Patienten werden während des stationären Aufenthaltes in der Soteria Bewohner genannt

handlung beim niedergelassenen Psychiater eine ambulante Nachbetreuung, sowie Hausbesuche und Home Treatment. Für diejenigen Patienten, die eine weitere Stabilisierung benötigen und bei denen ein langer, rehabilitativer Klinikaufenthalt vermieden werden soll, oder die einen Übergang ins selbständige Wohnen im Rahmen eines Ablösungsprozesses anstreben, bieten wir eine Übergangs-Wohngemeinschaft mit Soteria-Elementen für drei Patienten unter dem Label „*Wohnen & Co.*“ an. Mit all diesen Angeboten konnten wir die Nachhaltigkeit der Soteria-Behandlung wesentlich verbessern.

Die weiterführende psychiatrische Behandlung und langfristige soziale und berufliche Wiedereingliederung werden bereits während des Aufenthalts gezielt vorbereitet. Ein erster Termin bei einem Psychiater oder einem Therapeuten muss bereits vor Austritt vereinbart sein. Es finden regelmässige Netz- und Arbeitgebergespräche statt. Unsere Sozialarbeiterin unterstützt bei der Wohnungs- und Arbeitssuche und bei ersten Kontakten mit der IV. Ein Teeladen und eine Velowerkstatt im Quartier stehen den Soteria-Patienten für ein erstes Arbeitstraining zur Verfügung.

Die Patienten werden eingeladen, sich nach dem Austritt – sei es in einer Krise oder wenn ihnen danach ist – in der Soteria zu melden. Von diesem Angebot wird immer wieder auch noch Jahre nach Austritt rege Gebrauch gemacht. Dies ermutigte uns, 2004 mit einer Gruppe für Ehemalige zu starten, die mittlerweile fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes ist.

Obwohl der Einbezug der Angehörigen von Anfang an fester Bestandteil des Soteria-Konzeptes war, trugen die Angehörigengruppe und die gelegentlichen Familiengespräche den Therapiezielen der Soteria zu wenig Rechnung. Wir intensivierten und professionalisierten deshalb die Familiengespräche in Richtung Familientherapie und bieten für die Teammitglieder eine regelmässige Supervision an. Die Angehörigengruppe wird heute von den Angehörigen weit über die Zeit des stationären Aufenthaltes hinaus genutzt. Auch bemühen wir uns, die Angehörigen, wenn immer möglich, bereits vor Eintritt miteinzubeziehen. Mit diesen Angeboten gelingt es uns, die Angehö-

rigen zu entlasten, die emotionale Spannung innerhalb der Familie zu senken, gemeinsam Lösungswege im Umgang mit dem psychotischen Geschehen zu finden und eine gemeinsame Rückfallprophylaxestrategie zu entwickeln.

Das von uns 2006 entwickelte Therapieprogramm „*Cannabis und Psychose*“, welches den Patienten helfen soll, auch über den Aufenthalt hinaus nachhaltig auf den Konsum von Cannabis zu verzichten, steht neuerdings auch den Patienten des FETZ Bern im Sinne der Primärprävention zur Verfügung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass *Soteria Bern* kein romantisch-verstaubtes Inseldasein führt als Relikt aus der angestrebten ‚menschlicheren‘ Psychiatrie bzw. ‚Antipsychiatrie‘ der Sechziger- und Siebzigerjahre, sondern sie hat sich weiterentwickelt zu einem attraktiven Schrittmacher-Modell für eine integrierte und gut vernetzte Psychosebehandlung des 21. Jahrhunderts.

Literatur

1. Ciompi, L., Hoffmann, H., Broccard, M. (Hrsg.) (2001) *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Hans Huber, (2011) als e-Book Heidelberg: Carl-Auer Verlag (www.carl-auer.de/programm/978-3-89670-802-1).
2. Ciompi, L., Hoffmann, H. (2004) *Soteria Berne - an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic*. *World Psychiatry* 3:140–146.
3. Hoffmann, H., Leisinger, S. (2006) *Soteria Bern: Ein Schrittmacher in der Schizophreniebehandlung*. *Schweizerische Ärztezeitung* 87:1859–1863.
4. Hoffmann, H. (2007) *Soteria – Atmosphäre als Therapeutikum in der Schizophreniebehandlung*. In: Debus S, Posner R (Hrsg.) *Atmosphären im Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 15–41.
5. *Konzept der Soteria Bern*: www.soteria.ch

4. Vernetzungskonzepte in der Psychiatrie

Christian Zechert

Abstract

Die Qualität von Behandlung, Pflege und sozialer Arbeit wird auch durch Prozesse der sozialen Interaktion von Netzwerken beeinflusst. Die können Arbeitsgruppen, Aktionsbündnisse, Initiativen, Fachausschüsse, Vereinsvorstände, Unterarbeitsgruppen, Projektinitiativen, Stammtische, Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften etc. sein. Das theoretische Modell hierzu liefert die sozialwissenschaftliche Netzwerktheorie. Sie behauptet u.a., dass es eine „Stärke der schwachen sozialen Beziehungen“ gibt [1]. Soziale Netzwerke können bisher Fremde miteinander verknüpfen, was z.B. dazu führen kann, dass A durch Kennenlernen B einen Job gefunden hat.

In der psychiatrischen Praxis der letzten 50 Jahre sehen wir: Nach einer langen Phase von ca. 1960 bis 1990 der materiellen und fachlichen Modernisierung der Psychiatrie mit mehr Personal, mehr Betten, mehr ambulanten Diensten, differenzierter Behandlung und Pflege sowie zahlreichen Re-Organisationen hat seit den letzten zwanzig Jahren der Ausbau eher qualitativer Netzwerke an Bedeutung gewonnen. Ob Angehörigenvisiten, ob Trialog, Behandlungsvereinbarungen, Pflegeanamnese, adherence, empowerment, recovery oder der alte sozialpsychiatrische Leitsatz: „Verhandeln statt Behandeln“ - in all diesen Ansätzen verbergen sich ausgehandelte Prozesse der sozialen Interaktion, deren Partner häufig Mitglieder sozialer Netzwerke wie z.B. Selbsthilfegruppen einerseits und professionelle Mitglieder von Arbeitsgruppen andererseits sind. Offensichtlich profitieren viele Beteiligte von diesen neuen (sozial-)psychiatrischen Netzwerken, sonst könnten sie sich nicht so erfolgreich etablieren.

Auffällig ist jedoch, dass trotz jahrzehntelanger erfolgreicher Praxis der Netzwerkarbeit in der Psychiatrie ihre theoretische Reflexion oder auch strategische Überprüfung so gut wie überhaupt nicht stattfindet. Diese Prin-

zipien des Aushandelns in mehr oder minder lockeren Zusammenschlüssen, um eine bestimmte Struktur und Qualität der Arbeit zu schaffen, mit Verbindungen zu arbeiten, die Veränderungen ermöglichen, dies ist ein Prinzip, was inzwischen generell in der Psychiatrie hervorragend beherrscht wird: Unzählige Arbeitsgruppen, Aktionsbündnisse, Initiativen, Fachausschüsse, Vereinsvorstände, Unterarbeitsgruppen, Projektinitiativen, Stammtische, Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften etc. prägen unsere Arbeitswelt. Die Entwicklung der (ambulanten) Gemeindepsychiatrie ist ohne den Beitrag dieser Arbeitsgruppen im Sinne lockerer sozialer Netzwerke kaum denkbar. Etabliert hat sich damit auch hier das Prinzip der „Stärke der schwachen sozialen Beziehung“, es ist ein bemerkenswertes Zeichen der Moderne, weil so hohe Flexibilität, viel Innovationspotential, hohes Engagement und sehr viel Identifikation zugelassen wird. Allerdings sind diese Mechanismen auch ein Instrument von Marketingstrategien geworden. Auch kann das Maß der Unverbindlichkeit als zu hoch empfunden werden und man handelt sich den Vorwurf „sozialpsychiatrischer Wildwuchs“ ein. Versuche jedoch, z.B. bei dem Gemeindepsychiatrischen Verbund mehr Verbindlichkeit, mehr Vertragscharakter hineinzubekommen, ist ein richtiger Ansatz, setzt sich aber in Deutschland, empirisch betrachtet, überhaupt nicht durch.

Neben den „bunten, sozialen Netzwerken“ sowie den vom Markt als nützlich erkannten Netzen, wurden in der Medizin seit dem Jahr 2000 auch sog. Kompetenznetzwerke entwickelt. Was ist aus ihnen geworden? Abschließend soll auf das „Netzwerk für psychische Gesundheit“ im Rahmen der Modelle „Integrierter Versorgung“ als aktuelles und innovatives Netzwerk eingegangen werden.

Abschluss: All dies verlangt einen Blick auf psychiatrische Netzwerke und ihre Organisationen zu werfen. Wir können fragen, wer bildet welche Netzwerke mit welchen Gestaltungsprinzipien und welchen Interessen aus? Reicht der häufig informelle Charakter aus? Welche Gestaltungsprinzipien brauchen wir, um ein Netzwerk erfolgreich zu machen? Ein sozialwissenschaftliches Verständnis „Sozialer Netzwerke“ kann hierbei helfen Netzwer-

ke in ihren Chancen aber auch Grenzen besser zu verstehen und offensiver mit ihnen zu arbeiten.

Literatur

1. *Granovetter (1973) The Strength of Weak Ties. In: The American Journal of Sociology, Vol. 78, No. 6, pp.1360-1380*

5. Vernetzte Praxis erfordert vernetzte Ausbildungen – eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten

Beat Sottas

1910 Jahren hat Abraham Flexner ein Lehrkonzept für die Medizin veröffentlicht, welches die Ausbildung in allen Gesundheitsberufen bis heute prägt. Weil die Prinzipien des 19. Jahrhunderts kaum noch angemessene Antworten auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts geben können, haben sich unter der Schirmherrschaft der renommierten Zeitschrift *The Lancet* 20 Persönlichkeiten aus aller Welt zu einer Standortbestimmung zusammen gefunden, um eine gemeinsame Vision und Strategie für die Ausbildung auf der Tertiärstufe in den Bereichen Medizin, Pflege und Public Health zu entwickeln.

100 Jahre nach dem Flexner-Report ist das Strategiepapier *Health professions for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world* entstanden. In einem systemorientierten Ansatz untersucht die Kommission die globale Entwicklung aus multiprofessioneller Perspektive. Der Blick reicht zudem von nationalen Bildungs- und Versorgungssystemen auf die Verflechtungen der globalisierten Welt. Dieser Report liefert überzeugende Argumente, welche die Notwendigkeit von substantiellen Reformen in der Ausbildung der Health Professionals begründen. Diese sollen die nationalen Grenzen und die Silos der einzelnen Berufe überschreiten. Zudem muss die Ausbildung im Kern auf interprofessioneller Kooperation basieren. Das neue Referenzwerk kann daher den mit der Fachspezialisierung begründeten Abschottungen zwischen den Berufen wenig abgewinnen und es hält berufsständisches Denken für überholt.

Für die Careum Stiftung in Zürich (www.careum.ch) ergab sich eine Verwandtschaft im Geiste sowohl hinsichtlich der Ziele als auch des Handlungsbedarfs und des Positionsbezugs in der öffentlichen Debatte. Mit der Über-

setzung [1] will Careum einen Beitrag zum Entstehen der sozialen Bewegung leisten, welche die „schreckliche institutionelle Trägheit“ überwindet, und im deutschsprachigen Europa den Dialog zwischen Bildungsregulatoren und den Bildungsstätten fördert.

Bildung von gestern entspricht nicht dem Bedarf von heute

Die Analysen der Lancet-Kommission bestätigen, dass weltweit viel zu wenig Health Professionals ausgebildet werden - jährlich nur rund 1 Million MedizinerInnen, Pflegefachpersonen, Hebammen und Public-Health-Fachleute, was die Ungleichgewichte innerhalb und zwischen den Staaten verschärft. Anlass zur Sorge geben die konservativen Ausbildungssysteme: die Curricula zementieren Kompetenzaufteilungen zwischen den Berufen und fördern Spezialistentum. Zudem bereiten statische Lehrpläne die Studierenden schlecht auf die sich rasch wandelnden Herausforderungen und die globalen Abhängigkeiten vor.

Im Weiteren zeigen die umsichtigen Analysen der 20 Experten aus aller Welt, dass Professionalisierung und Expertise nur Teilprobleme lösen. Die Errungenschaften, die eine Verdoppelung der Lebenserwartung ermöglichten, sind durch Lebensstile, Umweltrisiken sowie demographische und epidemiologische Umbrüche und chronische Krankheiten bedroht. Die „Gesundmacher“ dürfen sich deshalb nicht mehr nur um die Pathologie und Patientenbeziehung kümmern, sondern müssen auch Einfüsse von externen Systemen in den Blick nehmen.

Die Lancet-Kommission dokumentiert u.a. Krankheitslasten, Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung und Ausbildungskapazitäten in Weltkarten, welche die verzerrten Verhältnisse pro Land proportional wiedergeben. Sie weist aber auch auf Probleme in der Bildung hin:

- das Erlernte stimmt nicht mit dem gesellschaftlichem Bedarf überein
- Berufssozialisation verankert Muster von Hierarchien der Berufe, Spezialisierung und geschlechtsspezifische Rollen

- die künftigen Gesundheitsfachleute werden nicht auf Teamarbeit vorbereitet
- episodische Kontakte, meist technisch-instrumentelle Interventionen sind wichtiger als kontinuierliche Betreuung
- Die Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystem, Wirtschaft und Politik werden ausgeblendet
- Es domiert die Spitalversorgung zum Nachteil der Grundversorgung.
- Die Kommission kritisiert, dass Absolventen unzulänglich vorbereitet ins Gesundheitssystem entlassen und nicht darauf vorbereitet werden, Führungsverantwortung wahrzunehmen.

Eine dritte Bildungsreform ist notwendig

Ausbildungsmängel haben viele Nebeneffekte. Eine Überwindung der Schwächen ist gemäss Lancet-Kommission nur möglich, wenn auf die bisherigen Bildungsstrategien eine dritte grosse Reform folgt. Transformatives Lernen ist durch Bildungsreformen zu erreichen, der wechselseitige Austausch im Bildungsbereich dagegen setzt institutionelle Reformen voraus.

Die Lancet-Kommission verlangt dazu eine neue Denkweise und neue Formen des Lernens. Die erste grosse Reform vor 100 Jahren bestand darin, die (Natur-)Wissenschaft als Grundlage der Heilberufe zu etablieren und die Ausbildung an den Hochschulen zu verankern. Die zweite Reform setzte ein, als ab den 70er-Jahren auch in Europa das *problem based learning* Eingang in die Ausbildungskonzepte und Lernmethoden fand. Der neue Standard der dritten Reform-Generation ist transformatives Lernen, welches auf einer neuen Weltsicht basiert und das gesamte System in den Blick nimmt, ein breites Set von unterschiedlichen Kompetenzen vermittelt, neue Formen des Lernens im lokalen Umfeld und im Internet nutzt und Leadership zur Bewältigung des Wandels übernimmt.

In welcher Weise sich die Bildungsstrategien entwickelt haben, wird aus folgender Graphik deutlich.

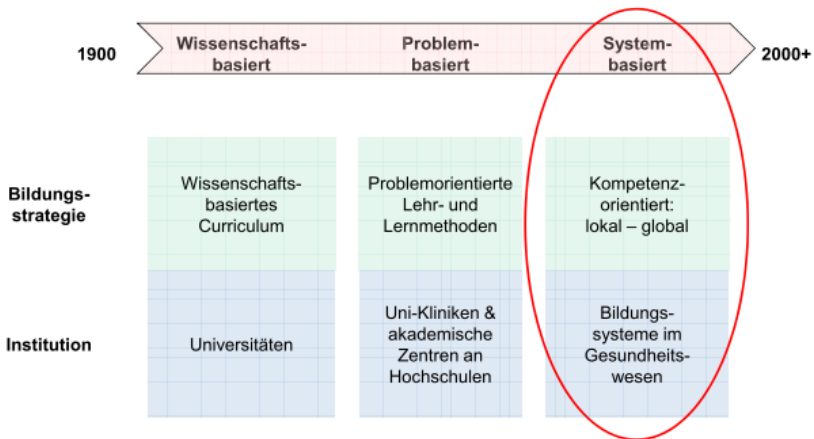


Abbildung 1: Abfolge der Bildungsstrategien, Reformen und Lernorte

Eine Bildungsstrategie für mehr Leadership in der Gesellschaft

Für die Lehre bedeutet die neue Strategie, dass die heutigen Grenzen der Ausbildung aufzugeben sind, um das gemeinsame Lernen im Dialog über Berufsgrenzen hinweg zu fördern. Zudem ist die Informationstechnologie zu nutzen. Die Errungenschaften des problembasierten Lernens (also der zweiten Bildungsreform) sollen konsolidiert und weitergeführt werden, um das Potenzial aller Lernkanäle auszuschöpfen (Vorlesungen, Lerngruppen, bedside-teaching und selbstgesteuertes Lernen). Neu soll die praktische Ausbildung in die gemeindenahen Versorgungsstrukturen hinein verlagert werden. Eine Hochschule, welche Gesundheitsfachleute ausbildet, sollte ein eigenes Ambulatorium haben und in die ambulanten Dienste eingebunden sein. Diese Lernorte sollen für länger andauernde Beziehungen zu Patienten genutzt werden und alle Akteure der Primärversorgung in einen wechselseitigen Lernprozess einbinden.

Einer der neu geprägten Schlüsselbegriffe der Bildungsstrategie ist das **transformative Lernen**. Darunter ist eine neue Leitorientierung für interprofessionelles Lernen zu verstehen, welche das Ergebnis von drei Akzentver-

schiebungen ist, die höchst bedeutsam sind, um veränderungswillige Akteure zu schaffen:

1. Vom Auswendiglernen von Fakten hin zu Recherche, Analyse und Synthese von Informationen
2. Vom Erwerb fachlicher Expertise hin zu Kernkompetenzen für wirksame Teamarbeit
3. Von der wissenschaftlichen Bildung hin zur Befähigung, globale Ressourcen für die Lösung lokaler und gemeindenaher Probleme anzupassen.

	Ziele	Ergebnisse	
Informativ	Wissen und Fertigkeiten	fachliche, professionsspezifische Expertise	Flexner-Reform 1910
Formativ	Sozialisierung, Werte	verantwortlich handelnde Professionsangehörige	PBL-Reform ab 1960
Transformativ	Führungseigenschaften	aufgeklärte, veränderungswillige Akteure	Lancet Reform 2010

Abbildung 2: Akzentverschiebungen in der Bildungsstrategie: vom Wissen zum bewussten Gestalten des Wandels

Gerade weil sich die Gesundheitsversorgung stark verändern wird, geht es um eine neue Befähigung der Studierenden: sie sollen vorhandenes Wissen umsetzen, ein kritisches Urteilsvermögen entwickeln und nach ethischen Gesichtspunkten handeln, um im Team und in der Gesellschaft Leadership zur Bewältigung des Wandels zu übernehmen.

Nicht 50 Jahre warten bis zur Reformumsetzung

Für die Gesundheitsberufe charakteristisch ist, dass sie in den Bildungsgängen darauf abzielen, die Berufsausübung zu professionalisieren und die künftigen Berufsangehörigen zu sozialisieren. Im Kern geht es darum, auf die Persönlichkeitsentwicklung Einfluss zu nehmen und einen bestimmten Habitus herauszubilden, der zu einer spezifischen Weise zur Berufsausübung befähigt. Die leidenschaftlichen Debatten insbesondere in den deutschsprachigen Ländern Europas über die Ausbildungsziele, die Zweckmäßigkeit der Ansiedlung der Ausbildung im Berufsbildungssystem oder auf Hochschulstu-

fe, das gegenseitige Ausspielen der Lernorte usw. zeigen, dass in der Bildung im Gesundheitswesen starre institutionelle Gefüge mit verhärteten Fronten entstanden sind.

Die Lancet Kommission glaubt deshalb, dass die Reform der Bildungsstrategie ein langer Prozess ist – wie bereits nach dem Flexner-Report vor 100 Jahren oder der PBL-Reform vor 50 Jahren. Sie erfordert neue Formen der Zusammenarbeit aller Beteiligten, ja eine globale soziale Bewegung, welche Bildungsinstitutionen, Ausbilder, Studierende, Berufsorganisationen und die Politik umfasst. Die Gesundheitsfachleute werden dabei ermuntert, Leadership zu zeigen und sich in „messy politics“ einzumischen.

Der Lancet-Bericht kann helfen, den dringend notwendigen Übergang vom Denken in beruflichen Hierarchien des 19. Jahrhunderts zu vernetzten Verantwortungen des 21. Jahrhundert ins öffentliche Bewusstsein zu tragen.

Literatur

1. http://www.stiftung-careum.ch/de-ch/careum/publikationen/lancet_report.html

6. Monitoring körperlicher Gesundheit

Sulin Bänziger, Annina Sahli, Christoph Abderhalden

Hintergrund

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, das heisst z.B. Menschen mit anhaltenden oder häufig wiederauftretenden Psychosen, haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger körperliche Gesundheitsprobleme und –risiken. Beispielsweise kann ihr zehnjähriges Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses im Vergleich mit der Kontrollgruppe bei Frauen um 50%, bei Männern um 34% erhöht sein [1]. Diabetes mellitus war in einer anderen Untersuchung bei 13% der Menschen mit, bei 7% der Menschen ohne schwere psychische Störung festgestellt worden [2]. Menschen mit schweren psychischen Störungen haben eine 10-25 Jahre kürzere Lebenserwartung als die Allgemeinbevölkerung [3, 4].

Die Ursachen für diese erhöhte Mortalität und Morbidität sind vielfältig. Einerseits werden Neuroleptikabehandlungen mit verschiedenen Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht, andererseits tragen ein ungesunder Lebensstil mit einseitiger Ernährung, Nikotinabusus und Bewegungsmangel zum Auftreten körperlicher Beeinträchtigungen bei [5].

Ausserdem werden Komorbiditäten und gesundheitliche Einschränkungen häufig nicht oder spät erkannt. In der ambulanten psychiatrischen Versorgung gibt es die Tendenz, die körperliche Gesundheit der Patienten zu vernachlässigen. Häufig übernehmen weder ein Hausarzt noch der Psychiater diese Aufgabe, und auch in der psychiatrischen Pflege wurden körperliche Risikofaktoren bisher kaum systematisch erfasst oder behandelt [6, 7].

Diesem Problem wird in letzter Zeit in der Gesundheitspolitik, in der Forschung und in der Praxis zunehmend Beachtung geschenkt. Die europäischen Fachgesellschaften für Psychiatrie, Diabetologie und Kardiologie weisen in einem gemeinsamen Positionspapier darauf hin, dass ein regelmässiges Screening metabolischer und kardiovaskulärer Risikofaktoren bei dieser

Patientengruppe notwendig sei [8]. International werden Programme zur besseren Berücksichtigung von körperlichen Gesundheitsrisiken entwickelt. So werden zum Beispiel Checklisten für körperliche Risikofaktoren eingesetzt, aus denen Pflegende individuelle Angebote zur Gesundheitsförderung ableiten und ihren Patienten vorschlagen können. Durch ein systematisches Screening kann die Früherkennung von körperlichen Gesundheitsproblemen verbessert werden. Im interdisziplinären Behandlungsteam bietet dies die Grundlage für eine adäquate Beratung zu gesundheitsfördernden Anpassungen des Lebensstils und der notwendigen Behandlung von Risikofaktoren [7].

Vor diesem Hintergrund wurde in ambulanten und teilstationären Einheiten der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern ein Screening durch die Pflege mit einem aus dem englischen übersetzten und angepassten „Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP^{PSY})“ eingeführt.

Screening körperlicher Gesundheitsrisiken

Folgende körperliche Bereiche sollten bei Menschen mit schweren psychischen Störungen regelmässig kontrolliert werden: Gewicht und Taillenumfang, Blutdruck, Ernährung, Bewegung, Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Substanzen, Nüchternblutwerte von Glukose und Lipiden, insbesondere Triglyceriden und High-density (HDL)-Cholesterol, Prolaktinwert (als Ausgangswert, später wenn durch Symptome angezeigt), Zahngesundheit, Leberwerte [9].

Ein Instrument aus Grossbritannien, welches diese und weitere Gesundheitsrisiken erfasst, ist das „Health Improvement Profile“ (HIP), das eine Übersicht über 27 Aspekte der körperlichen Gesundheit liefert. Das Instrument wurde eigens für Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung entwickelt, die Erfassung erfolgt durch psychiatrisch Pflegende [7]. Neben Medikamentennebenwirkungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren wird auch das Gesundheitsverhalten erfasst. Es wird unter anderem nach Ernährung, Bewegung und Raucherstatus, Zahnarztbesuch, Besuch des Augenarztes, Fusspflege, Safer Sex, Brustuntersuchung und Kaffeekonsum gefragt. Zu

jeder Frage wird eine mögliche Intervention vorgeschlagen, wie z.B. Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm, Instruktion zur Fusspflege oder Überweisung an den Hausarzt [7, 10]. Das Screening mit HIP bietet somit die Möglichkeit, die spezifischen Risiken von Menschen mit schweren psychischen Störungen zu erkennen. Damit wird eine Grundlage für die pflegerische Beratung und interdisziplinäre Behandlung geschaffen. Das Instrument wurde in verschiedenen psychiatrischen Settings eingeführt [10, 11]. Zurzeit sind noch keine Daten zu Validität und Reliabilität von HIP vorhanden. Es wird jedoch gegenwärtig in der primären und der sekundären Gesundheitsversorgung getestet (Persönliche Mitteilung, White, 18.3.2011).

Monitoring mit dem Gesundheitsförderungsprofil GEPPSY

Sahli und Schmid haben den Frageteil von HIP ins Deutsche übersetzt und erfassten in einer kleinen Pilotstudie die Gesundheitsrisiken von 23 ambulanten Patienten mit schweren psychischen Störungen in der Schweiz [12]. Das Instrument wurde dann 2011 unter dem Namen: „Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie GEP^{PSY}“ im Rahmen eines Praxisentwicklungsprojektes überarbeitet. Dabei wurden der Interventionsteil und die Referenzwerte im Hinblick auf die Evidenzbasierung überprüft und den lokalen Gegebenheiten angepasst. Zum Beispiel wird auf empfehlenswerte deutschsprachige Broschüren und Websites hingewiesen.

In den ambulanten und tagesstationären Einheiten der UPD findet seit September 2011 ein jährliches Monitoring der körperlichen Gesundheit der Patienten statt. Die Pflegenden wurden geschult, einmal jährlich mit GEP^{PSY} ein standardisiertes Screening der körperlichen Gesundheitsrisiken bei allen Patienten durchzuführen. In der Schulung wurden sie angeleitet, die Patienten gemäss den vorliegenden Risiken zu Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten zu beraten und notwendige Überweisungen an andere Gesundheitsfachpersonen vorzunehmen.

Der Fragebogen GEP^{PSY} kann, zusammen mit dem dazu verfassten Begleithandbuch, in der Abteilung Forschung und Entwicklung Pflege der UPD zum Selbstkostenpreis bezogen werden.

Ziele des Workshop

- Die Teilnehmenden kennen die besonderen Risiken von Menschen mit psychischen Erkrankungen für körperliche Begleiterkrankungen.
- Sie kennen das Instruments GEPPSY für das Monitoring von körperlichen Gesundheitsrisiken.
- Sie reflektieren die Rolle/Verantwortung psychiatrisch Pflegender im Bereich körperliche Gesundheit und die Möglichkeiten zum Einsatz eines systematischen Screenings.

Literatur

1. Goff, D.C., et al., *A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. Schizophr Res, 2005. 80(1): p. 45-53.*
2. Daumit, G.L., et al., *Characteristics of primary care visits for individuals with severe mental illness in a national sample. Gen Hosp Psychiatry, 2002. 24(6): p. 391-5.*
3. Hennekens, C.H., et al., *Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J, 2005. 150(6): p. 1115-21.*
4. Tidemalm, D., et al., *Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2008. 4: p. 23.*
5. Müller, B., D. Baciú, and H. Saner, *Kardiovaskuläres Risikomanagement bei schweren psychischen Störungen. Schweiz Med Forum, 2010. 10(40): p. 679-682.*
6. Smith, S., et al., *A well-being programme in severe mental illness. Baseline findings in a UK cohort. Int J Clin Pract, 2007. 61(12): p. 1971-8.*
7. White, J., R. Gray, and M. Jones, *The development of the serious mental illness physical health improvement profile. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2009. 16(5): p. 493-8.*
8. De Hert, M., et al., *Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry, 2009. 24(6): p. 412-24.*
9. De Hert, M. *Physical Illness in Patients with Severe Mental Disorders: Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. WPA Educational Module 2010.*

10. *Shuel, F., et al., Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: a pragmatic case series evaluation. Int J Nurs Stud, 2010. 47(2): p. 136-45.*
11. *Hardy and R. Gray, Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care. Int J Ment Health Nurs, 2010. 19(5): p. 350-5.*
12. *Sahli, A. and A. Schmid, Körperliche Gesundheit bei ambulant behandelten Menschen mit anhaltenden psychiatrischen Störungen; Bachelor-These. 2009, Fachhochschule Gesundheit: Bern.*

7. Ressourcenorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege

Markus Berner

Einleitung

Ressourcenorientierte Arbeit wird als zentraler Aspekt in der Arbeit mit Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, betrachtet. Knuf [3], der mit dem Konzept "Empowerment" die Selbstbefähigung der Patienten ins Zentrum stellt ist der Meinung, dass die Aufgabe professioneller Arbeit ist, Bedingungen bereitzustellen, die es den betroffenen Menschen ermöglichen, sich ihrer ungenutzten Ressourcen bewusst zu werden, sie zu erhalten und zu erweitern, um ihr Leben selbst zu bestimmen und ohne expertendefinierte Vorgaben, eigene Lösungen für Probleme zu finden. Während in der klassischen Psychiatrie lange Zeit hauptsächlich Symptomreduktion und Krisenprophylaxe im Vordergrund standen, stehen bei Recovery Wohlbefinden und Zufriedenheit im Mittelpunkt. Eine Erholung von einer psychischen Erkrankung ist laut dem Konzept am effektivsten, wenn ein ganzheitlicher Ansatz angewendet wird, der psychische, emotionale, spirituelle, physische und soziale Bedürfnisse und Ressourcen einbezieht. Die vielfältigen Voten für das Konzept ressourcenorientiertes Arbeiten werfen dem Autor die Frage auf, wie Pflegende die ressourcenorientierte Arbeit in ihrer Praxis anwenden können.

Problemstellung

Eine Untersuchung von Wolff [9] zeigt, dass die Pflegenden an ihren Patienten überwiegend deren Defizite wahrnehmen. Sie tun dies, weil sie den Patienten in Phasen schlechten Befindens begegnen und das in einer Umgebung, in der sich die Patienten befangen verhalten. Die Defizitorientierung ist nicht nur ein pflegerisches Problem, dies hat auch mit der Sozialisierung der Pflegenden zu tun. Das übergeordnete System der Medizin ist ausschliesslich Defizit orientiert. Medizinische Diagnosen beschreiben die Pro-

bleme und Krankheiten der Patienten. Das Diagnostizieren stellt auch in der psychiatrischen Pflege ein ähnliches Bild dar. Eine Untersuchung von Abderhalden [1] auf psychiatrischen Stationen in der Schweiz und Österreich hat gezeigt, dass Coping- Complianceprobleme, beeinträchtigte Denkprozesse, Gedächtnisleistungen, Selbstversorgungsdefizite, Angst, Störung des Selbstwertgefühls als meistgenannte Pflegediagnosen in den Dokumentationen erscheinen. Somit stellt die Pflegediagnostik ein vorwiegend problemorientiertes Instrument der Pflegenden dar.

Die Ausführungen zeigen, dass das problemorientierte Arbeiten in der psychiatrischen Pflege nicht unproblematisch ist. Schmidt [6] vertritt die Meinung, wenn Beratung hilfreich sein soll, kann sie dies nur, wenn die Patienten erleben: "Ich kann selbst hilfreiches, lösendes gestalten, ich kann das Problem Erlebte selbst erfolgreich auflösen"(S. 91). Der Fokus muss demzufolge auf alle Aspekte des eigenen Tuns des Patienten ausgerichtet sein, da dies am schnellsten und wirkungsvollsten selbst gestaltet und auch verändert werden kann.

Ergebnisse

Obwohl von wachsender Popularität ist der Begriff in der aktuellen Diskussion oft nur vage gefasst. So beschreibt Nestmann [4] Ressourcen als: „Letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt oder als hilfreich erlebt wird, kann als eine Ressource betrachtet werden (S. 362)“.

Willutzki [8] geht davon aus, dass Ressourcen für die Bewältigung alltäglicher Anforderungen von zentraler Bedeutung und somit letztlich unserer psychischen und physischen Gesundheit sowie unserem Wohlbefinden von ihrer Verfügbarkeit und ihrem Einsatz abhängig sind. Ressourcen, so argumentiert sie, sind Potentiale, deren Einsatz lebenserhaltende und verbessernde Effekte erzielen. Wie Potentiale eingeschätzt werden, hängt davon ab, inwieweit sie im Dienste zentraler Motive, Ziele und Interessen der Person stehen. Schiepek und Cremers [5] schreiben: „Ressourcen hat man nicht nur, sondern aktiviert sie, nimmt sie wahr und entwickelt sie in Abhängigkeit

von den jeweils relevanten Lebenszielen bzw. den das jeweilige Lebensstil-Szenario bestimmenden, affektiv geladenen Themen (S. 183).“ Trösken und Grawe [7] geben in ihrer Definition dem Ressourcenbegriff einen bedürfnisorientierten Anspruch und verwenden ihn zur Bezeichnung von jenen produktiven Potentialen, die es Menschen möglich machen, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen und auf diese Weise eine Balance des biopsychosozialen Wohlbefindens herzustellen.

Ressourcenaktivierung

Schiepek [5] schlägt ein Ressourcenassessment in Form eines halbstrukturierten Gesprächs vor. Als Ressourcenpotentiale werden alle Personal- und Umweltressource eingeschlossen und erfragt. Die Forscher haben festgestellt, dass es durch die ressourcenorientierte Gesprächsführung nicht nur zu einem Zuwachs der Ressourcen kam, sondern auch zu einer qualitativen Umstrukturierung. Sie deuten dies als positive Veränderung, da ein verändertes Ressourcenspektrum zur Bewältigung neuer Herausforderungen dienen kann.

Nach Bamberger [2] setzt ressourcenorientierte Beratung einen empathischen und mitfühlenden Kontakt zum Patienten voraus. Durch die Sprache kann eine Wirklichkeit oder Sichtweise formuliert werden, die eine neue Perspektive entstehen lässt. Dabei geht es darum, die Patienten mit ihrem ganzen Handlungspotential in Kontakt zu bringen, also auch mit solchen Fähigkeiten, Begabungen, von denen sie bisher keinen Gebrauch gemacht haben oder sogar vergessen haben, diese zu besitzen.

Patienten sollen gefördert werden, sich immer besser in der Lage zu sehen, geeignete Problemlösungsstrategien aus sich heraus zu entwickeln. Warum ein Problem sich ergeben hat, spielt eigentlich keine Rolle, sagt Bamberger [2]. Eine Beratung kann selbst dann effektiv sein, wenn der Berater nicht einmal weiss, was eigentlich das Problem des Klienten ist. Alles, was er wirklich wissen muss, ist, woran für den Patienten erkenntlich sein wird, dass das Problem gelöst ist. Dann nämlich kann man sich Gedanken darüber

machen, wie man zu dieser Lösung kommt, wie der erste Schritt in diese Richtung aussehen könnte. Bamberger zeigt wichtige Punkte auf, die in der Beratung wichtig sind: Zukunft fokussieren, Wahlmöglichkeiten schaffen, Ressourcen identifizieren, Kooperationen realisieren und erste Schritte begleiten. Wenn der Patient weiss, wie die Zukunft aussehen soll, kann man sich Gedanken darüber machen, wie man zu dieser Zukunft kommt, d.h. wie der erste Schritt in diese Richtung aussehen könnte. Hier werden folgende Fragen wichtig:

- Was will der Patient?
- Was kann der Patient tun?
- Was ist der nächste Schritt?

Bamberger [2] sagt, dass anzuerkennen ist, dass die Situation für den Patienten meist schwierig ist und selbst kleine Veränderungen harte Arbeit bedeuten. Wichtig dabei ist die Haltung, dass der Patient sein bester Experte ist, der Berater nichts besser weiss, jedoch darin geschult ist, Veränderungsprozesse zu begleiten. Bamberger nennt folgende Grundregeln:

- Nichts reparieren, wo nichts kaputt ist.
- Alles, was schon klappt: Davon (etwas) mehr.
- Was bisher nicht geklappt hat: Etwas anders ausprobieren.

Ressourcenorientiertes Arbeiten erfordert, um erfolgreich zu sein, in hohem Masse eine gute Arbeitsbeziehung zwischen Berater und Patient. Eine solche Beziehung entsteht durch Empathie, aktives Zuhören, Neutralität und Wertschätzung.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Während Autoren die Ansicht vertreten, dass die Person bereits über alle Ressourcen verfügt und diese Ressourcen in der Beratung „nur zu aktivieren“ sind, gibt es die Anderen, die davon ausgehen, dass der externe Beitrag wie zum Beispiel die therapeutische Beziehung einen wichtigen Beitrag zu ressourcenorientierten Arbeit leistet. Zu erwähnen ist, dass ressourcenorientiertes Arbeiten immer davon ausgeht, dass zwischen Berater und Patient

eine Kooperation eingegangen werden muss. Der Berater soll sich als Experte für die Gestaltung des Beratungsprozesses verstehen. Die Patientin wird als Expertin für das was sie will und kann gesehen. Ressourcenorientiertes Arbeiten hat eine Zielperspektive, fokussiert das Gelingende und nimmt eine Grundhaltung ein, die Zuversicht, Mut und Sicherheit vermittelt.

Die Darstellungen zeigen auf, dass ressourcenorientierte Arbeit von persönlicher Haltung und humanistisch geprägtem Menschenbild abhängig ist. Zum Anderen ist ressourcenorientiertes Arbeiten auch „Handwerk“, wie zum Beispiel Zielorientierung, offene Kommunikation und gezielter Fragetechniken. Ressourcenorientierung stellt ein wichtiges Thema für die Pflegenden in der Psychiatrie dar.

Literatur

1. *Abderhalden, C., Faust, A.M., Grywa, D., Needham, I., Quiblier, U., Stefan, H., & Willard, W. (2006) Pflegediagnostik auf akutpsychiatrischen Stationen in Österreich und in der Schweiz. Psych Pflege. Stuttgart: Georg Thieme.*
2. *Bamberger, G.(2005). Lösungsorientierte Beratung. Weinheim: Beltz.*
3. *Knuf, A. (2006). Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn: Psychiatrie Verlag.*
4. *Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 28, 359-376.*
5. *Schiepek, G., Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: Schemmel, H., Schaller, J. (Hrsg.) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt.*
6. *Schmidt, G. (2007) Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Heidelberg: Carl-Auer.*
7. *Trösken, A., Grawe, K. (2003) Das Berner Ressourceninventar. In: Schemmel, H., Schaller, J. (Hrsg.) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt.*
8. *Willutzki, U. (2003) Ressourcen – Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In: Schemmel, H., Schaller, J. (Hrsg.) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt.*
9. *Wolff, S. (2002). Wie nehmen Pflegenden in der Psychiatrie ihre Patienten wahr? Psych Pflege Heute, 8, 300-309.*

8. Gefühle erkennen, annehmen und gut mit ihnen umgehen

Marie Boden, Doris Feldt

„Wohin du auch gehst, geh mit deinem ganzen Herzen“ (Konfuzius)

Hintergrund

In der psychiatrischen Klinik Bethel moderieren wir seit 11 Jahren eine konzeptionelle Stabilisierungsgruppe, inzwischen auch mit der Unterstützung von ambulanten Teilnehmern (Psychiatrieerfahrenen), die sich besonders an Menschen mit Psychosen richtet und darüber hinaus auch an Menschen, die sich in einer Krise befinden.

Unser entsprechendes Manual zur Gruppenmoderation, das im Mai 2011 neu erscheinen wird, enthält ein umfangreiches Konzept zum Umgang mit Gefühlen.

Einleitung

Das Handbuch ist größtenteils DBT- gestützt und wurde gemeinsam mit den Teilnehmern entwickelt. Alle Arbeitsblätter, Übungen und Strategien zum Umgang mit Gefühlen sind den Ansprüchen und den Bedürfnissen der Teilnehmer angepasst und praxiserprobt. Auf besonderen Wunsch der Gruppe wurden zwei besondere Lebensthemen bearbeitet:

Trauer und Trost und ein erstes Annähern an das Thema *Verliebtheit*.

Thema

Ein guter Umgang mit den eigenen Gefühlen ist eine Grundvoraussetzung, um gut durchs Leben zu kommen. Wichtig erscheint uns dabei die besonders behutsame Auseinandersetzung mit dem Thema für psychoseerkrankte Menschen, die durch ihre besondere Sensibilität oft einen Leidensweg beschreiten, schneller das Gleichgewicht verlieren und schwerer zur eigenen Mitte zurückzufinden.

Ziele

Gefühle sind ein komplexes Gefüge. Ziel ist, den Sinn aller Gefühle, auch die, die wir nicht mögen wie Angst, Scham, Neid..., zu erkennen und ihnen Raum und Zeit zu geben. Gefühle anzunehmen, ist eine Grundvoraussetzung für einen adäquaten Umgang mit ihnen, aber auch um Veränderungen zu ermöglichen.

Die Vermittlung erfolgt über den sog. Dreiklangs: Erkennen – Akzeptieren – Verändern. Dieses Prinzip zieht sich als roter Faden durch unser gesamtes Konzept, und ist auch im Umgang mit den Gefühlen ausgesprochen hilfreich. Alle Arbeitsblätter greifen strukturell das Prinzip des Dreiklangs auf und ermöglichen somit eine gute Auseinandersetzung und Verinnerlichung des Prinzips.

Wie auch in unserem ersten Handbuch: Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen, arbeiten wir mit „besonderen Elementen“: Das Tempo der Bearbeitung richtet sich nach den Teilnehmern. Lesen und Schreiben sind weiter wichtige didaktische Elemente.

Die innere Haltung der Moderatoren sollte Schönheit, Sinnlichkeit, Freude u. Respekt ausdrücken. Rituale, Spiritualität und das Prinzip der Belohnung erleichtern das Arbeiten an inneren schwierigen Themen.

Die Intention dieser (zeit)intensiven Analyse der Gefühle ist, zu ermutigen, über Gefühle zu sprechen, sie anzunehmen oder gar zu mögen, und die innere Balance immer wieder neu zu finden.

Ablauf des Workshops

Einführung in das theoretische Konzept des neuen Handbuchs

Zeit für Fragen

Gestaltung

- Einführung in die Thematik Gefühle
- Vorstellung der besonderen Elemente

- Exemplarische Bearbeitung einiger Arbeitsblätter
- Eine Belohnung aus der Schatzkiste

Lernziele

- Kennenlernen des Gruppenkonzepts
- Einführung des sog. 3-Klangs (bezogen auf die Gefühle)
- Sensibilisierung für eine alltagstaugliche Umsetzung

9. Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie (NPfP)

Ursula Bregenzer, Johann Meinhof

Einleitung

Netzwerk ist ein Begriff der in verschiedenen Lebensbereichen anzutreffen ist. Eine Berufsgruppe, die in einem spezifischen Teil ihres Fachs - wie z.B. der Pflegeforschung - ein Netzwerk bildet, fördert gezielt den spezifischen Austausch. Das soziale Netzwerk eines Akteurs ist gemäss Definition seine soziale Interaktion zu Einzelnen.

Im Folgenden wird das **Netzwerk für Pflegeforschung Psychiatrie (NPfP)** vorgestellt – d.h. es wird kein Forschungsbeitrag beschrieben, sondern eine Struktur vorgestellt, welche für die Forschung und die forschungsnahe Praxis eine Kommunikationsplattform darstellt. Dies wird anhand der Geschichte, der formalen Struktur und an Beispielen dargelegt.

Geschichte

Das Netzwerk wurde am 7.01.2000 von interessierten Pflegeforschern ins Leben gerufen. Als Gründungsmitglied des NPfP gibt Dr. Chris Abderhalden im Rahmen eines Interviews am Dreiländerkongress Einblick in die damaligen Ideen, Bedürfnisse und Visionen, die zur Entstehung des Netzwerkes geführt haben. Interessiert haben dabei die Erfolge, die das Netzwerk bzw. die Nutzer/innen des Netzwerkes hatten, die Beleuchtung der Netzwerkmöglichkeiten und allenfalls zukünftigen Aufgaben des Netzwerkes aus seiner Sicht als Pflegeforscher.

Regula Lüthi und Dr. Chris Abderhalden arbeiteten im Jahre 2000 u.a. für die Fortbildungseinrichtung "Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe" (WE'G) in Aarau (CH). Das WE'G förderte damals die Gründung von Netzwerken. So entstand auch die Idee eine Plattform für Forschungsinteressierte an psychiatrischer Pflege zu schaffen, auf welcher diese sich austauschen

konnten. Aus dem Blickwinkel der Forschenden ging es mit diesem Netzwerk darum, auch in einen Austausch mit der Praxis zu kommen.

Eine der ersten Aktionen des Netzwerkes war, aus allen psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz eine Ansprechperson zugeteilt zu bekommen. Durch die direkte Ansprache der Pflegedienstleitungen ist dies auch gelungen.

Bei der Forschung zum Aggressionsmanagement wurde auf diesem Weg eine Rücklaufquote von 98% erreicht. Damit ist eine Struktur entstanden, von der heute noch die psychiatrische Pflegeforschung bei multizentrischen Studien profitiert.

Viele Netzwerke, die damals entstanden sind, existieren heute nicht mehr. Das NPfP dagegen hat sich relativ schnell zu einem selbstorganisierten Netzwerk entwickelt und ist vielleicht auch deshalb immer attraktiv für die Gebliebenen, die es nutzen und damit mitgestalten.

Formale Struktur

Das Netzwerk besteht aus zwei wichtigen Standpfeilern: Einer Adressen- und Mailingliste und einem offenem Treffen interessierter Netzwerkmitglieder.

Die Adressen- und die Mailingliste

Die Adressen und Mailingliste bestehen aus E-Mail Adressen von Personen, deren Anliegen der Informationsaustausch mit anderen interessierten Fachpersonen ist. Die Registrierung ist einfach: Mit einer Mail an den Mailinglisten-Master (derzeit johann.meinhof@lups.ch) und den persönlichen Angaben zu Name, Arbeitsort, Funktion, Postadresse inkl. Telefonnummer, Land, Forschungsinteresse und Arbeitsschwerpunkt kann eine Registrierung erfolgen. Mit der Registrierung erfolgt die Zusendung einer Excelliste, somit haben alle Mitglieder die oben genannten Daten aller Mitglieder.

Die E-Mail Adresse ist zusätzlich Teil einer Mailingliste. Alle Netzwerkmitglieder werden gemeinsam über die Adresse npfp@freelist.org erreicht,

über die ausschliesslich Mitglieder kommunizieren können. Hier werden beispielsweise Fragen zu pflegerischen Themen gestellt und Antworten gesendet. Dieser Mailaustausch erreicht alle Mitglieder der Mailingliste automatisch und somit können alle vom Wissensaustausch profitieren.

Aktuell sind ca. 160 Mitglieder, vor allem aus der Schweiz, Österreich und Deutschland, registriert.

Netzwerktreffen

Neben der elektronischen Kommunikation gibt es eine Plattform, auf welcher ein persönlicher Austausch stattfindet: An jeweils wechselnden Standorten in der Schweiz finden pro Jahr vier Netzwerktreffen statt. Im Rahmen der Jahresplanung erklären sich Teilnehmer des Netzwerkes bereit, zum Treffen in ihre Klinik einzuladen. Der Gastgeber übernimmt die Moderation und koordiniert den Journal Club. Die Tagesordnung des Netzwerktreffens hat in der Regel ein Schwerpunktthema, dazu findet immer ein Journal Club statt, der sich mit einem wissenschaftlichen Artikel aus der psychiatrischen Pflegeforschung auseinandersetzt. Dem fachlichen Austausch wird ein grosses Gewicht beigemessen. Ein Protokoll dieser Treffen wird über die Mailingliste verteilt.

Netzwerkkommunikation

Netzwerke können sehr unterschiedlich sein, z.B. mit strengen Regeln in denen man innerhalb eines Netzwerkes kommuniziert, mit hohen formalen Anforderungen an die Mitgliedschaft, oder mit möglichst wenig formalen Vorgaben.

Das NPfP ist darauf ausgerichtet den Dialog zwischen Forschung und Praxis zu fördern, es verzichtet weitgehend auf formale Bedingungen für die Mitgliedschaft und schreibt kaum Formalitäten der Kommunikation vor. Dass trotzdem ein zielgerichteter Fachaustausch entsteht, ist durch die Disziplin der Mitglieder gewährleistet.

- Beispiele zur Netzwerkkommunikation und daraus entstandene Aktivitäten:
- 2010 wurde in verschiedenen Medien der Schweiz über die aggressionsmindernde Wirkung des "Cool Down Pink" berichtet. Der Umgang mit Aggression ist ein gesellschaftlicher Auftrag an die Psychiatrie. Das Thema wurde im Netzwerk aufgenommen und über die Mailingliste wurde eine Anfrage zum Engagement der Kliniken diesbezüglich gemacht. Diese Mailinglistenumfrage hat dazu geführt, dass sich mehrere Kliniken zusammengetan haben. Aus diesem Austausch ist unabhängig vom Netzwerk eine Untersuchung zum Thema entstanden (siehe vorliegender Kongressband: „Evaluation: Die subjektive Wahrnehmung der Patienten zum in "Cool Down Pink" gestrichenen Isolierbereich“).
- 2005 findet sich in einem Protokoll das Thema „Einschätzungsassessments Suizidrisiko“. Unter anderem wurde ein Beitrag von Manuela Grieser und Bernd Kozel zum Thema “Nursing Global Assessment of Suizid Risk“ (NGASR) vorgestellt. Über sieben Jahre hinweg taucht das Thema immer wieder in den Protokollen auf.
- Vielleicht ist die Verbreitung dieses Instruments im deutschsprachigen Raum auch auf die Verbindungen des Netzwerkes zurückzuführen? Zumindest in drei Fällen ist gesichert, dass die Umsetzung in die Praxis von Teilnehmern des Netzwerkes in ihren Kliniken initiiert wurde.
- In den Anfängen haben Chris Aberhalden und Ian Needham das Netzwerk für ihre Forschung "Aggressionsmanagement" mitgenutzt: Sie konnten Kooperationen mit Einrichtungen schliessen, in welchen sie ihre Pflegeforschung durchführen konnten. Weiter haben sie ihre Ergebnisse im Netzwerk kommuniziert und somit dazu beigetragen, dass u.a. die Bröseteinschätzungs-Skala (Instrument zur Einschätzung der Aggressionsbereitschaft) in vielen Kliniken des deutschsprachigen Raumes angewendet wird.

Kapazitätsgrenzen des NPfP

Eine Grenze dieses Netzwerkes sind die personellen Ressourcen: Eine aussagekräftige Homepage konnte aktuell nicht gehalten werden. Projekte, wie in den Beispielen aufgezeigt, bedürfen eines Engagements das ausserhalb des Netzwerkes besteht. Das Netzwerk kann dazu dienen, Ideen für Projekte zu geben und/oder gezielt Informationen für Projekte (z.B. durch Themenabfrage mit der Mailingliste) zu bekommen.

Gewisse Themen finden bei Anfragen über die Mailingliste keine Resonanz. Das kann am Thema, am Zeitpunkt oder an der Formulierung liegen- zumindest darf nicht davon ausgegangen werden, dass eine Anfrage an das Netzwerk eine Recherche ersetzt.

Stärken des Netzwerkes

Dieses Netzwerk profitiert von der breiten Spannweite des Hintergrundes der Mitglieder: Vom Pflegenden bis zum promovierten Professor in Pflegewissenschaft, vom aktiven und präsenten Teilnehmer bis zum passiv nutzendem Mitglied werden alle angesprochen.

Die Mailingliste wird nicht als „social networking“ Plattform genutzt, sondern selektiv gehandhabt. Die fachlich soziale Ebene findet in Form von Informationsaustausch, z.B. über Entwicklungen und freie Stellen in verschiedenen Institutionen, statt.

Diskussion und Schlussfolgerung

Das Netzwerk bietet Pflegefachpersonen mit der Mailingliste eine unkomplizierte Austauschplattform und vernetzt Pflegende mit unterschiedlichem Bildungsniveaus, Erfahrungen und Fachbereichen - dieses wird als sehr wertvoll erlebt. Die Netzwerktreffen leben durch die aktive Kerngruppe, welche sich über die Jahre immer wieder erneuert hat.

Wie alle sozialen Systeme verändert sich auch das NPfP: Durch die zunehmende Akademisierung der Pflege und die damit verbundene Gründung „Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege“ (AfG) hat sich der

Schwerpunkt des Netzwerkes zunehmend auf die Forschungsanwendung im Praxisfeld und auf die Bildung möglicher Forschungsthemen verschoben. Eine Vernetzung des NPfP mit der AfG hat sich bereits bewährt.

10. Wie am Schnürchen: Informationsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bärbel Durmann, Ursula Hamann, Alexandra Schäfer, Bernhard Prankel

Hintergrund und Problemstellung

An Schnittstellen geht auch im Klinikalltag bekanntermaßen viel Information verloren.

Ziele

Die Familien, die sich uns anvertrauen, müssen im Laufe der Behandlung nicht zwangsläufig dieselben Fragen wieder und wieder beantworten. Ein intelligentes Informationsmanagement und klare Vorgaben, nach denen Ambulanz und Stationen zusammenarbeiten, sparen zum einen Zeit und Arbeit, und zum anderen erkennen die Patienten und deren Eltern immer den pädagogisch-therapeutischen "Roten Faden".

Vorgehen

Nach ersten ambulanten Gesprächen wird entschieden, dass Paul tagesklinisch behandelt werden soll. In einem *Übergabetermin* teilen die Familie und die Ambulanztherapeutin der Bezugsbetreuerin und dem Therapeutin der Tagesklinik die vereinbarten Behandlungsziele mit. Die Ambulanztherapeutin fasst die Anamnese, die im ambulanten Setting erreichten Erfolge und die Behandlungsziele in einem *Aufnahmebericht* zusammen. Dieser liegt als EDV-Datei vor. Er wird im Verlauf der zwölfwöchigen Behandlung von der Therapeutin und der Bezugsbetreuerin kontinuierlich (im Sinne eines *Behandlungsjournals*) fortgeschrieben. Danach wird die Familie nach einem erneuten *Übergabegespräch* wieder von der Ambulanztherapeutin übernommen. Das Behandlungsjournal dient, nur wenig verändert, nun als *Abschlussbericht* für die teilstationäre Behandlung. Selbstverständlich erhält auch Pauls Familie am Entlassungstag ein Exemplar davon; der Bericht ist so lesbar geschrieben, dass er selbst als Intervention angesehen werden kann:

Er klärt über die Störung auf, beschreibt die Risikofaktoren der Familie, die Ressourcen der Beteiligten, konkretisiert die Behandlungsziele, zählt die erfolgreichen pädagogischen und therapeutischen Methoden auf und schließt mit Empfehlungen: Paul soll noch ein halbes Jahr an einer ambulanten Gruppentherapie „Schwer zu bremsen...“ teilnehmen.

Ergebnisse und Erfahrungen

Wenn die erhobenen Daten von vorn herein gut dokumentiert und die Zwischenergebnisse in schriftlicher Form an den nächsten Behandelnden übergeben werden, kommt der anfangs etwas erhöhte Aufwand, der für einen Aufnahmebericht benötigt wird, letztlich allen nachfolgenden Behandlern zugute. In einem EDV-gestützten Informationssystem können sie die vorliegenden Berichte nutzen und im Verlauf verändern. Wenn auch die Sorgeberechtigten diese wohl geordneten Berichte bekommen, dann können sie den "Roten Faden" und den Fortschritt der Behandlung nachvollziehen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Möglichst weitgehend standardisierte Informations-Ressourcen (Behandlungsjournale, Übergabegespräche) tragen zu einer kurzen und wirksamen Behandlung bei. Sie fördern zudem die pädagogisch-therapeutische Allianz (Bindung). Insgesamt wird dadurch bei allen Beteiligten ein Bewusstsein dafür geschaffen, *wer* (Kind, Eltern, Betreuer, Therapeuten, ggf. Schulen und Ämter) *mit welchen Mitteln* an *welchem Behandlungsziel* mit *welchem Erfolg* gearbeitet hat (Verantwortlichkeit).

11. Der Einfluss der Monochordliege-Behandlung auf die Befindlichkeit von depressiv erkrankten Menschen

Urs Ellenberger

Hintergrund

Im Februar 2010 wurden im Pflorgeteam der Station Freiburghaus in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern Möglichkeiten von alternativen Angeboten zur Gesundheitsförderung diskutiert und in der Monochordliege-Behandlung gefunden.

Während 4 Monaten wurden 24 Patienten zwischen 20-60 Jahren mit einer depressiven Erkrankung mit der Monochordliege behandelt. Es wurden vor- und nach der Behandlung Messungen der Vitalzeichen Puls und Blutdruck sowie der punktuellen Befindlichkeit mittels dem Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) durchgeführt.

Die Monochordliege ist eine Liege aus Edelhölzern, die unten durch mit rund 50 gleichgestimmte Saiten bespannt ist. Die vielen Obertöne erzeugen einen einhüllenden Dom von feinen Schwingungen und Schwebungen sowie eine kräftige, körperlich spürbare Vibration und wirken harmonisierend auf die körperliche und seelische Ebene der Menschen.

Im Gegensatz zu anderen Methoden benötigte die Sound Meditation keine längeren regelmässigen Anwendungen um positive Effekte zu erzielen.

Fragestellung

Wie beeinflusst die Monochordliege-Behandlung die Befindlichkeit von depressiv erkrankten Menschen?

Ziele der Feldstudie

- Die Veränderung der Befindlichkeit durch die Monochordliege-Behandlung von depressiv erkrankten Menschen ist beschrieben.

- Die Miete oder die Anschaffung einer Monochordliege ist gerechtfertigt.
- Die Station erhält eine Angebotserweiterung und eine Ausrichtung auf affektive Störungen

Ergebnisse

Signifikanz: Puls, alle 3 Dimensionen sowie 19 von 24 Items waren signifikant ($p = <0.005$). Einfluss auf Vitalzeichen: Puls um 4 Herzschläge tiefer bei T2, Blutdruck keine Veränderung. Alle Patienten zeigten eine Verbesserung der Befindlichkeit: 79% zeigten eine klare Verbesserung, 54% zeigten eine starke Verbesserung (70% Frauen), 37.5% zeigten eine sehr starke Verbesserung (89% Frauen), Mittelwert um 13,5% höher von T1 zu T2 (Ausgangslage 120 Punkte = 100%). Grosse Unterschiede Frau und Mann: Frauen zeigten doppelt so viel Veränderung wie Männer. Bei den Männern stieg die Stimmung am Meisten an und die Wachheit am Wenigsten – bei den Frauen genau umgekehrt. Beste Ergebnisse und tiefste T1 Werte in der Altersstufe 34-44 Jahre. Klarer Anstieg über Skalenmittelpunkt 50-62% nach T1 unter Skalenmittelpunkt 24 25-33% nach T2 unter Skalenmittelpunkt 24.

Diskussion

Bei 80% der Patienten/Innen war eine positive Veränderung der Befindlichkeit in einem deutlichen Ausmass ersichtlich. Dass die Frauen viel bessere Resultate zeigten entspricht den Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaftler, dass Frauen auf Gesundheitsthemen besser ansprechen als Männer. Ebenso entsprechen die tiefen Ausgangswerte zwischen 34-44 Jahren weltweiten Studien über das psychische Wohlbefinden, was ich sehr spannend finde. Auch zeigte gerade diese Alterstufe die besten Ergebnisse. Diese Resultate zeigen klare Gender- und Altersunterschiede auf. Durch die Begleitstudie war das Team sehr motiviert und engagierte sich ausserordentlich für die Monochordliege-Behandlungen. Dadurch konnte dieses Angebot sehr schnell implementiert und etabliert werden. Trotz der sehr positiven Tendenz der Resultate kann wegen des mangelhaften Studiendesigns nicht

eine evidenz-basierte Aussage über die Wirksamkeit der Monochordliege-Behandlung gemacht werden. Eine kontrollierte Studie mit mehr Probanden könnte die Wirksamkeit nachweisen.

Schlussfolgerungen

- Positive Veränderung der Befindlichkeit durch die Monochordliege-Behandlung
- Weiterführung des Angebots ist begründet - Eine Miete / Kauf ist gerechtfertigt
- Die Station erhielt eine spezialisierte Ausrichtung auf Affektive Störungen
- Studie führte zu erhöhter Motivation der Mitarbeitenden sowie eine effizientere und effektivere Integration des Angebots in den Alltag
- Würde erneut bei der Implementierung von neuen Interventionsangeboten eine Feldstudie durchführen
- Eine Ausweitung für andere Patienten/Innen, Mitarbeitende oder andere Kliniken würde sich lohnen
- Die durchgeführte Feldstudie eröffnet viele weitere Forschungsfragen
- Weitergabe des neu erworbenen Fachwissens durch Vorträge und Fachartikel

12. Angehörigenbefragungen – ein Kriterium zur Qualitätssicherung?

Alexandra Fasching, Carmen Schwinghammer

Hintergrund bzw. Einleitung

Seit den 90er Jahren sind Befragungen (von MitarbeiterInnen, KlientInnen und Angehörigen) ein fester Bestandteil der Qualitätssicherung des PSP - Tirol. Das diesjährige Kongressthema bietet Anlaß das Thema "Angehörigenbefragung - ein Kriterium zur Qualitätssicherung?" näher zu beleuchten. Mit unserem Vortrag möchten wir allen Interessierten einen Einblick dazu geben.

Setting

Beim Psychosozialen Pflegedienst handelt es sich um eine Non - Profit Organisation in Form eines Vereines die mit 326 MitarbeiterInnen Vollzeitbeschäftigte / 80 % Pflegekräfte) 940 KlientInnen in verschiedenen Bezirken Tirols extramural versorgen (Stand 31.08.2010).

- Vorstellung unserer Personen
- Vorstellung des Konzeptes der Qualitätssicherung
- Vorstellung div. Fragebögen und Information zur Durchführung der Umfragen

Ziel

Ziel ist es, die bereits vorhandenen Befragungsergebnisse zu evaluieren, daraus die wichtigsten Informationen/Erkenntnisse zu filtern und entsprechende Maßnahmen auszuarbeiten.

Beschreibung der Praxis

- Durchführung und Auswertung der Befragungen
- Auseinandersetzung mit Befragungsergebnissen

Ergebnisse/Erfahrungen/Diskussion

Auswirkungen in der Angehörigenarbeit im Bezug auf die Leistungsfelder "aufsuchender Dienst" und "Wohnheim"

Schlußfolgerung

Seit vielen Jahren werden Befragungen im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführt. Die Auswertungen zeigen teilweise deutliche Verschiebungen von Prioritäten und liefern wichtige Erkenntnisse für eine professionelle Angehörigenarbeit.

13. Monochord-Behandlung bei depressiven Personen

Deborah Fenn

„Klang ist tönende Ordnung“ [1]

Hintergrund

Im April 2010 wurde probeweise die Monochordliege auf der Station Freiburghaus der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) eingeführt, weil das pflegerische Behandlungsangebot mit Entspannungstechniken erweitert werden sollte. Eine Patienten- und Patientinnenbefragung zur Wirkung auf das Wohlbefinden depressiver Personen wurde während mehrerer Monate durchgeführt und evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation führten zur definitiven Aufnahme in die Behandlungspflege der Station.

Einleitung

Das Monochord ist ein sehr altes Instrument. Es wird berichtet, der Philosoph und Mathematiker Pythagoras (570 v. Chr.) habe daran den Zusammenhang zwischen Saitenlänge und Tonhöhe erforscht [2]. Das Instrument besteht aus einem mit einer Saite bespannten Resonanzkörper (griech: monos – einzeln, chorde – Saite [3]). Das heutige Monochord verfügt über mehrere Saiten, welche auf dieselbe Tonfrequenz gestimmt sind. Beim Bespielen überlagern sich die Schwingungen des Grundtones, wodurch die zum Grundton gehörige Obertonreihe hörbar wird. Die Monochordliege nutzt dieses Prinzip. Auf der Unterseite der Liege sind gleichlange Saiten gespannt. Beim Bespielen werden die Schwingungen via Holzresonanzkörper der Liege auf die liegende Person übertragen. Gemäss einer nicht unbestrittenen Herleitung stammt das lateinische Wort persona von per-sonare, was durchtönen bedeutet [4].

Thema

Der Beziehungsaufbau zu depressiven Personen ist für psychiatrisch Pflegende oft erschwert. Klang bringt Erstarrtes wieder in Fluss - das schien uns gerade bei der Behandlung depressiver Personen von grosser Bedeutung zu sein, weshalb wir bei der Suche nach einem erweiterten Behandlungsangebot auf die Monochordliege stiessen.

„Klang ist tönende Ordnung“ – diese Aussage bezieht sich auf die durch Grund- und Obertöne entstehende Harmonie. Es sollte daher der Analogieschluss erlaubt sein, dass durch Klang hervorgerufene Ordnung auch auf den Organismus ordnend einwirken kann.

Das Wissen um diese ordnende Harmonie macht sich die Klangbehandlung zunutze, indem sie dem Klangempfänger ein Spektrum von Grund- und Obertönen zur Verfügung stellt. Dadurch soll, was aus der Ordnung geraten ist, wieder neu ausgerichtet werden. Der Klang stellt für den depressiv-erkrankten Menschen ein Angebot dar, sich wieder in eine neue Harmonie einzuschwingen, da wo er körperlich und seelisch aus dem Gleichgewicht gekommen ist. Die Behandlung kann sich sowohl entspannend als auch aktivierend-stimulierend auf den Empfangenden auswirken.

Erfahrungen und Ergebnisse

Die meist erschöpften Personen schätzen die passiv-rezeptive Behandlung sehr. Sie berichten uns von ihrem Bilderleben und ihren Wahrnehmungen wie z.B.: Wellen am Meer durch den Körper gespürt, Bild einer Bergwanderung, Spaziergang durch Laubwald, Besuch in tibetanischem Kloster, auf einer bunten Blumenwiese gestanden, Tropfen bei einem Sonnenaufgang erblickt, eine Kathedrale voller Farben und Klangwellen wahrgenommen.

Die Patientinnen und Patienten erleben diese Behandlungsmethode als willkommene Oase im Klinikalltag und viele wünschen sich baldige weitere Sequenzen.

In der pflegerischen Praxis konnten wir häufig beobachten, dass die Personen nach einer Monochord-Behandlung wertvolle Gesprächsthemen aufgrif-

fen, welche vorher nicht thematisiert wurden. Wir stellten fest, dass sich die regelmässige Anwendung (1-2-mal wöchentlich) für den Beziehungsaufbau als durchwegs förderlich erwies. Bei einem Zeitaufwand von 20-40 Minuten inklusive Nachbesprechung kann so bereits ein hoher Nutzen für den weiteren Pflegeprozess erzielt werden. Während einer Klangbehandlung wird nicht gesprochen. Danach jedoch werden die Patientinnen und Patienten mit einem für unsere Station konzipierten Auswertungsbogen befragt. Manche Behandelte wollen auch nach der Sitzung nicht sprechen, um das Erlebnis in der Stille nachklingen zu lassen.

Die erreichte Tiefenentspannung wirkt noch während Stunden nach. Auch die Pflegefachperson, welche das Monochord bespielt, erfährt eine deutliche Entspannung.

Die Monochordbehandlungen sind auf unserer Station zu einer wichtigen und geschätzten Ergänzung der Therapiemöglichkeiten geworden. Sie bietet eine alternative Möglichkeit des Beziehungsaufbaus und ermöglicht einen zunächst nonverbalen Zugang.

Auch auf anderen Stationen wuchs das Interesse, diese Methode anzuwenden. Deshalb wurden dieses Jahr weitere Mitarbeitende dafür geschult. Die Behandlung wird nun von anderen Stationen ebenfalls mit Erfolg angewendet.

Zur Qualitätssicherung und für die fortlaufende Weiterentwicklung in der spezifischen Anwendung im klinikinternen Themenschwerpunkt „Affektive Störungen“ wird nun eine betriebsinterne „Kompetenzgruppe Monochord“ gebildet. Eine professionelle Klangtherapeutin steuert hierzu zusätzliches Fachwissen bei.

Diskussion

Die Anwendungsgebiete der Monochordbehandlung im somatischen Bereich sind zahlreich. Die Wirkung von Klängen auf den Organismus wird aus der onkologischen und Neuro-Rehabilitation in wissenschaftlichen Studien beschrieben [5, 6]. Ellenberger analysiert die Evaluationsdaten der Einfüh-

rung der Monochordbehandlung in unserer Station in diesem Kongressband [7]. Ansonsten liegen aus der Psychiatrie bislang noch keine Studien vor.

Im Internet werden folgende mögliche Auswirkungen der Behandlung genannt [1], die wir teilweise selbst nachgewiesen haben, bzw. von denen die Behandelten berichteten: Blutdruck, Puls und Atemfrequenz sinken, Muskeln relaxieren, Tiefenentspannung, Schmerzmodulation, bessere Körperwahrnehmung, Förderung der Schlafqualität, Steigerung des Wohlbefindens.

Die Klangtherapie erweist sich als wertvolle Ergänzung zu schulmedizinischen Methoden. Ihre gesundheitsfördernden Auswirkungen sind belegt und messbar. Die blutdrucksenkende Wirkung und weitere Phänomene sind medizinisch-physiologisch erklärbar.

Ziel und Inhalt des Workshops

Die Teilnehmenden erhalten Einblick in eine innovative, spannungsregulierende Behandlungsmethode in der psychiatrischen Pflege.

Sie werden über Kontraindikationen und Anwendungsmöglichkeiten der Monochordliege-Behandlung informiert. Wir erläutern die sensorischen Wirkmechanismen sowie mögliche Einflüsse auf Vitalzeichen, Schlafqualität u.a.m. Der gesamte Ablauf einer Behandlung wird erklärt. Erfahrungsberichte aus unserer Station runden den informellen Teil ab. 1-2 Teilnehmende haben Gelegenheit, die Monochordliege am eigenen Körper zu erfahren.

Literatur

1. <http://www.klangarbeit.ch/index.html> abgefragt am 19.7.2011.
2. <http://de.wikipedia.org/wiki/Pythagoras> abgefragt am 19.07.2011.
3. <http://de.wikipedia.org/wiki/Monochord> abgefragt am 19.7.2011.
4. <http://de.wikipedia.org/wiki/Person> abgefragt am 19.7.2011.
5. Jochims S. (2002) in Fachner J. et al (eds.) *Dialogue and Debate -Conference Proceedings of the 10th World Congress on Music Therapy. MusicTherapy-World.Net Witten Germany: p. 911.*

6. *Rose J.P. et al. (2008) Klangmeditation in der onkologischen Rehabilitation: Pilotstudie zu einer rezeptiven Gruppenmusiktherapie mit dem Monochord. Forsch Komplementmed 15(6): S. 335-43.*
7. *Ellenberger U. (2011) in Hahn S. et al (Hrsg.) Psychiatrische Pflege vernetzt - mit Betroffenen, mit Angehörigen, im Versorgungssystem, in Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. 8. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie. Ibicura Der Verlag für die Pflege, Stuttgart.*

14. Familienarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Béatrice Gähler-Schwab

Jede in der Klinik arbeitende Fachperson weiss wie wichtig es ist das ganze Umfeld des Patienten einzubeziehen. Leider sieht der Alltag oft anders aus. Familien sind getrennt, Kinder sehen Ihr Elternteil oft Tage- oder Wochenlang nur auf Zeit.

Die Zeit nach dem Klinikaustritt ist oft geprägt durch Vorsicht und Angst. Dies zeigt sich nicht nur bei beim Klienten sondern auch bei den nächsten Angehörigen. Vor allem Kinder haben Mühe mit der Situation, sind doch die vorhergegangenen Belastungen immer noch allgegenwärtig.

Im Alltag in der ambulanten psychiatrischen Pflege werde ich als Pflegefachfrau fast täglich mit solchen Situationen konfrontiert. Kinder und Partner die voller Angst und Vorsicht versuchen den Alltag zu meistern um ein Rückfall des Erkrankten zu verhindern. Belastungen werden oft nicht oder in Form von Anschuldigungen und Streitigkeiten ausgetragen.

In der ambulanten psychiatrischen Pflege spielt neben der Beziehung auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen eine zentrale und wichtige Rolle.

Anhand einiger Fallbeispiele möchte ich aufzeigen was ambulante psychiatrische Pflege, durch aktives Einbeziehen der Angehörigen bewirken kann. Überforderungen und Angst im Alltag abgebaut werden können.

Mit dem Ziel, das sich Pflegende bewusst werden, dass nur durch ein aktives vernetztes Zusammenspiel aller Beteiligten, Stabilität und Sicherheit erreicht werden kann.

15. Gerontopsychiatrische Vernetzungsarbeit

Gertrud Geisler-Devich, Walter Egger

Die Organisation VAGET (Verbund Außerstationärer gerontopsychiatrischer Einrichtungen Tirols) entstand durch den Ausbau des Böhm'schen Grundkonzeptes der Übergangspflege in Tirol.

Zusätzlich zu der aufsuchenden psychiatrischen Pflege mit rehabilitativem Schwerpunkt bieten wir 15 Jahre nach der Gründung ein Tagestherapiezentrum, eine professionell geleitete Angehörigengruppe sowie einen psychiatrischen Pflegekonsiliardienst an.

Die psychiatrischen Pflegeleistungen werden nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz festgelegt und bezahlt, sowie von den Klienten frei finanzierte Dienste, Subventionen und Spenden nur zu einem sehr geringen Teil.

Vernetzungsarbeit zwischen den Bereichen

- Der aufsuchende Dienst (Bereichskordinatoren), Arbeitsablauforganisation
- Schwerpunkte des Tagestherapiezentrums: Tagesstruktur mit aktivierenden Schwerpunkten. Arbeitet mit Psychologen (Leiterin), Pädagogen, Auszubildende der Bereiche Krankenpflege, Sozialbetreuungsberufe, Psychologie und Erziehungswissenschaften; Zivildienstler, Freiwillige (Ehrenamt);
- Angehörigengruppe begleitet durch einen DPGKP
- Psychiatrischer Pflegekonsiliardienst durch DPGKP/S
- **Wie** - persönlich, elektronisch, fernmündlich, schriftlich
- **Wer** – Koordinatoren; berufsgruppenübergreifend nach Berufsgesetzen, z. B. Sachwalter, 24 Stunden Betreuung; Heimhilfen der Volkshilfe/Johanniter;
- **Wann** – geplant, spontan

Vernetzungsarbeit in Tirol VAGET mit Caritas, anderen Pflegediensten (Sprengel) und Stake Holdern im Bereich Demenz und Psychiatrischen Erkrankungen des Seniums.

- Vernetzungsarbeit mit Kliniken und Krankenhäusern
- Vernetzung mit Angehörigen
- Vernetzung mit zuweisenden Fachärzten.
- Vernetzungsarbeit mit Schulen (aktuelle Situation schildern).
- Vernetzung über die Landesgrenzen hinaus

Warum Vernetzung?

Maximale Heranziehung vorhandener Ressourcen für die Klienten

- Vermeiden von Doppelgleisigkeiten sowie Über/Unterangebot
- Systemübergreifende Kriseninterventionen auf kurzem Weg möglich
- Aufrechterhalten/Optimieren des Pflegemodells Bezugspflege
- Austausch der Professionen zu einem begrenzten Problem (Problemfeldlösungen vor Ort im Kontext gemeinsam betreuter/gepflegter Klienten

Was ist oder was verstehen wir unter Vernetzung?

Für uns bedeutet Vernetzung in der psychosozialen Betreuung ein Geflecht von Beziehungen zu anderen sozialen Einrichtungen, Personen in verschiedenen Organisationen, Angehörigen, Sachwaltern etc. zu unterhalten, um Informationen oder rasche Hilfe (bei Krisensituationen) zu bekommen oder Krisensituationen zu vermeiden oder zu bewältigen. Die einzelnen Bereichskoordinatoren (Tiroler Oberland, Innsbruck, Innsbruck Land Ost, Bezirk Schwaz und Bezirk Kufstein/Kitzbüchel) vernetzen sich intern mit ihren Mitarbeitern entweder persönlich, bei den verschiedenen Dienstbesprechungen, telefonisch oder per E – Mail; Auch zu den verschiedenen am Klienten tätigen sozialen Einrichtungen besteht reger Kontakt und Informationsaustausch.

Nur durch einen intakten Informationsaustausch kann man es dem Bedürftigen und auf Hilfe angewiesenen Klienten ermöglichen, zuhause in seiner gewohnten Umgebung zu bleiben.

Problemstellung

Die ambulante Versorgung älterer verhaltensauffälliger Menschen gewinnt immer mehr an Bedeutung, da die Krankenhäuser und Altenheime zum jetzigen Zeitpunkt völlig ausgelastet sind. Auch ziehen sich ältere Menschen immer mehr in die soziale Isolation zurück und auch Angehörige sind mit der Pflege und Betreuung überfordert.

Ziele

Unser Ziel als gerontopsychiatrische Einrichtung in Tirol ist es, älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen die bestmögliche individuelle Betreuung und psychiatrische Fachpflege gemäß den vereinbarten Rehabilitationszielen zu bieten.

Die Erhaltung/Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit und der Aufenthalt in dem vom Klienten gewünschten Umfeld stehen dabei im Vordergrund der im Betreuungs-/Pflegekontext zu setzenden Maßnahmen.

Vorgehen

Kontaktaufnahme zu den einzelnen Bereichskoordinatoren erfolgt in erster Linie durch Krankenhäuser, niedergelassene Fachärzte, andere soziale Einrichtungen, Angehörige, Bekannte und Verwandte.

Die Bereichskoordinatoren stellen dann den Kontakt zu den jeweiligen auf Betreuung und Pflege angewiesenen Menschen her und erheben den Bedarf an Pflege. Anschließend stellen die Bereichskoordinatoren nach Zustimmung/Einwilligung der zu betreuenden/pflegenden Klienten die erforderlichen Anträge an das Land Tirol und geben dann die Betreuung an eine Dipl. Fachkraft und Pflegehilfe weiter.

Ergebnisse/Erfahrungen

Am Anfang einer Betreuung fragt sich fast ein jeder, was können die mir schon helfen und was bringt es mir? Zunächst erfolgt Schritt für Schritt ein Vertrauensaufbau und erst wenn eine Vertrauensbasis hergestellt ist nimmt der Betroffene die Hilfe an. Wenn man dann nach einiger Zeit nachfragt ob die Unterstützung und Betreuung beendet werden sollte, so hört man immer wieder das Wort NEIN. Im Zuge der Betreuung erfolgt - wie schon vorher kurz beschrieben - eine kontinuierliche Vernetzung mit anderen Einrichtungen. Dadurch wird auch dem alten Menschen eine bessere Lebensqualität geboten.

Auch eine gewisse Stabilität und Verlangsamung des kognitiven Abbaus können wir immer wieder feststellen. Durch die wieder gewonnen Lebensqualität bleibt der alte Mensch länger in seiner gewohnten Umgebung, Angehörige sind entlastet und haben in den Betreuungspersonen kompetente Ansprechpartner bei der Betreuung und Pflege ihrer Angehörigen.

Schlussfolgerung

Durch eine kompakte Zusammenarbeit und intensive Vernetzung aller Einrichtungen kann die Versorgung alter Menschen gewährleistet, Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Angehörige entlastet und dem Betroffenen Lebensqualität zurückgegeben werden. Auch langfristig gesehen wird eine ambulante Versorgung kostengünstiger sein als stationäre Aufenthalte und Versorgung in Altenheimen.

16. Einsatz von Technologien in der Pflege und Betreuung von älteren Menschen – Entwicklungsstand – Nutzen und Risiken

Michael Geissberger, Sabine Hahn

Hintergrund

Bestimmend für den Bedarf an Pflege, Betreuung und Therapie sind neben der Bevölkerungsentwicklung die psychische und körperliche Gesundheit sowie Innovationen in Pflege, Medizin, der Medizinaltechnik und technologischen Entwicklungen im Alltag. Der technologische Fortschritt soll die Selbstständigkeit erhalten und zu einer Verbesserung des Potentials zur Selbsthilfe führen, damit ältere oder behinderte Menschen möglichst lange selbstständig in den eigenen vier Wänden wohnen können. Es wird prognostiziert, dass die Verschiebung von der stationären Gesundheits- und Altersversorgung zur ambulanten Betreuung [1] durch Technologien optimiert und beschleunigt wird.

Fragestellung

Welche Ambient Assisted Living (AAL) Technologien sind für ältere und/oder chronisch kranke Menschen im häuslichen Bereich, zur Erhaltung von Selbstständigkeit und Sicherheit in den ATL, nutzbar? Wo liegen Chancen und Risiken dieser Technologien und was bedeuten sie für die Zukunft der Pflege?

Methode

Eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken (PubMed, Cinhal, Cochrane) sowie eine Handsuche im Kongressband des vierten Deutschen AAL-Kongresses wurde durchgeführt.

Ergebnisse

Die Studienlage im Bereich der angewandten AAL-Technologien ist noch unbefriedigend. Es existiert kaum empirische Evidenz, welche den Nutzen dieser Technologien bestätigen oder widerlegen [2]. Keine Technologie wird zum heutigen Zeitpunkt regulär genutzt. Einzelne Versuche mit kleineren Nutzergruppen wurden durchgeführt und ausgewertet. Diese Evaluationsstudien basieren meist auf qualitativen Interviews und zeigen Vor- und Nachteile in der Anwendung auf. Es besteht kein nationaler oder internationaler Konsens bezüglich Terminologie, Klassifikation, Taxonomie der Geräte, Produkte oder Servicemodelle in Bezug auf Smart Home (SH) und AAL Technologien [2].

Beispiele von in der Entwicklung befindlicher Technologien

- Algorithmen: Mathematische Algorithmen führen die Daten einzelner Sensoren (Bettsensor, Türsensor, Ofensensor etc.) zusammen und sollen sie sinnvoll interpretieren, so dass eine potentielle Beeinträchtigung der Gesundheit erkannt wird und rechtzeitig ein automatischer Alarm ausgelöst werden kann [3].
- Bettsensor: Dieser wird im oder am Bett des Nutzers angebracht. Er registriert und misst die Präsenz einer Person, deren Atmungsfrequenz, Pulsrate und Bewegungsintensität im Bett. So lassen sich Abweichungen von der Norm erkennen und Aktivitätsmuster erstellen [4, 5, 6, 7].
- Druckmatte/ Bewegungsmelder/ Tür- und Schrankensensoren: Diese Technologien erkennen Bewegung und Aktivität an bestimmten Orten im Haus. Mit den erhobenen Daten lässt sich ein individuelles Aktivitäts- und Bewegungsprofil vom jeweiligen Nutzer erstellen. So lässt sich erkennen, ob Veränderungen im Normverhalten entstehen (z.B. depressive Aktivitätseinschränkung) [4, 5, 6, 7].
- Sturzsensor: Es existieren verschiedene Technologien, Stürze innerhalb des Hauses zu erfassen [4, 8].

- Ofen/ Kochplattensensor: Er erkennt, ob der Herd angeschaltet ist und ob Kochaktivität vorhanden ist. Wenn längere Zeit keine Aktivität festgestellt wird, schaltet sich der Herd automatisch aus [5, 6, 7].
- Elektronische Nase: Sie identifiziert und erkennt verderbende Lebensmittel. In einem weiteren Schritt soll die Identifikation von diversen anderen Gerüchen (Abfall-, Brand- oder Uringeruch etc.) möglich werden [9].
- KopAL: Das KopAL Orientierungssystem für demente Menschen bietet Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten. Die Nutzenden tragen ein Gerät auf sich, welches durch Text- und Audioausgabe an künftige Termine erinnert (Medikamenteneinnahme, Essenszeiten etc.) und einen Alarmknopf für Notrufe hat. Das Gerät erkennt via WLAN, wenn der Nutzer die ihm vertraute Umgebung verlässt oder betritt und sendet eine Nachricht an eine Betreuungsperson. Betreuungspersonen können auf dieses Gerät anrufen und mit dem Nutzenden kommunizieren [10].
- CAALYX: CAALYX versteht sich als komplette AAL Lösung. Das System findet sowohl in- wie auch ausserhalb des Hauses Verwendung. Mittels diverser Sensoren misst es Vitalzeichen, registriert den Aufenthaltsort via GPS, die Mobilität und Stürzte. Das System ist fähig, selbständig die erhobenen Daten zu analysieren und sinnvoll zu interpretieren und bei Bedarf Notrufe senden. So wird je nach Ereignis in Echtzeit die zuständige Person informiert [8].

Chancen und Risiken der Technologien

Chancen der Technologien liegen darin, ältere und chronisch kranke Menschen, welche alleine zuhause leben zu unterstützen. Durch ein frühzeitiges Erkennen von Veränderungen bietet sich die Möglichkeit präventiv zu wirken. Dies soll Selbständigkeit fördern und Hospitalisationsrate sowie Kosten senken. Dem gegenübergestellt wird, dass Technologien einer der Hauptgründe für explodierende Gesundheitskosten sind. Ebenso werden die ho-

hen Investitionskosten kritisiert [11]. Weiter sind viele AAL Systeme Technologiegetrieben und berücksichtigen die Bedürfnisse und Anforderungen der Nutzenden zu wenig. Zudem werden wichtige NutzerInnengruppen wie pflegende Angehörige in der Technologieentwicklung vernachlässigt [12]. Nutzende sehen die grösste Chance bei Notfällen [5]. Sie empfinden mehr Sicherheit und sehen die Möglichkeit für ein längeres selbstbestimmtes Leben zu Hause [13]. Auch die Aufrechterhaltung der Mobilität scheint wichtig [12]. Weniger Chancen sehen die Nutzenden in der Möglichkeit, Technologien zur Prävention von Erkrankungen einzusetzen [6]. Risiken sehen die Nutzenden vor allem bezüglich ihrer Privatsphäre. So könnten Technologien mehr Daten preisgeben, als gewünscht (Risiko für Datenmissbrauch).

Auswirkungen auf die Zukunft der Pflege

Aufgezeigt wird eine Zukunft der Gesundheitsversorgung die benutzerzentriert und heimbasiert ist. So machen spitalbasierte Gesundheitsfachleute Telekonsultationen und virtuelle Visiten. Durch die bei den Nutzenden installierte Technologie, welche zur integrierten Analyse der Daten fähig ist, wird die Diagnosestellung und Entscheidungsfindung unterstützt. Spitaleintritte sind nur noch nötig bei akuten Krankheiten und Untersuchungen, welche zuhause nicht möglich sind [11]. Um dies realisieren zu können, braucht es AAL (Pflege-)Fachkräfte welche den Einsatz der Systeme planen und vorbereiten. Weiter müssen die Anwender für die Benutzung befähigt und alle organisatorischen und steuernden Aufgaben durchgeführt werden [14].

Schlussfolgerung

Pflegeschwestern sind in die Bewertung der Anwendung von neuen Technologien kaum einbezogen. Sie scheinen sich wenig mit den zukünftigen Technologien und deren Auswirkungen auseinanderzusetzen. Die Resultate dieser Literaturreview von AAL Technologien zeigen Nutzen und Risiken auf, denen sich die Pflege stellen muss. Die AAL Technologien werden nicht nur die häusliche Pflege sondern auch die Pflege in Institutionen beeinflussen. Es besteht die Gefahr, dass persönliche Kontakte zu Patienten abnehmen,

sich die Beziehungsgestaltung massiv verändert, sowie von Überwachung und Datenmissbrauch. Pflegetechnologie und Pflegeinformatik fordern neue Wissens- und Kompetenzbereiche von Pflegefachpersonen, um sich diesen einerseits kritisch stellen zu können und andererseits notwendige technische Unterstützungen gewinnbringend einzusetzen.

Literatur

1. Jaccard-Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M., & Widmer, M. (2009). *Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
2. Martin, S., Kelly, G., Kernohan, W., McCreight, B., & Nugent, C. (2009). *Smart home technologies for health and social care support*. (Wiley, Hrsg.) *The Cochrane Collaboration*.
3. Feki, M. A., Biswas, J., & Tolstikov, A. (2009). *Model and algorithmic framework for detection and correction of cognitive errors*. *Technology and Health Care*, *S. 203-219*.
4. Skubic, M., Alexander, G., Popescu, M., Rantz, M., & Keller, J. (2009). *A smart home application to eldercare: Current status and lessons learned*. *Technology and Health Care*, *S. 183-201*.
5. Demiris, G., Parker-Oliver, D., Dickey, G., Skubic, M., & Rantz, M. (2008b). *Findings from a participatory evaluation of a smart home application for older adults*. *Technology and Health Care*, *S. 111-118*.
6. Demiris, G., Hensel, B. K., Skubic, M., & Rantz, M. (2008c). *Senior residents' perceived need of and preferences for "smart home" sensor technologies*. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *S. 120-124*.
7. Courtney, K. L., Demiris, G., Rantz, M., & Skubic, M. (2008). *Needing smart home technologies: the perspectives of older adults in continuing care retirement communities*. *Informatics in Primary Care*, *S. 195-201*.
8. Rocha, Martins, Freire, Boulos, Vincente, Feld, et al. (10. März 2011). *Innovations in health care services: The CAALYX system*. *International Journal of Medical Informatics*, *S. xxx-xxx*.
9. Green, G. C., Chan, A. D., & Goubran, R. A. (2009). *Identification of Food Spoilage in the Smart Home based on Neural and Fuzzy Processing of Oudour Sensor Responses*. *31st Annual International Conference of the IEEE EMBS* (S. 2625-2628). Minneapolis, Minnesota, USA: IEEE.
10. Fudickar, S., & Schnor, B. (2011). *KopAL - Orientierungssystem für demente Patienten*. 4. Deutscher AAL-Kongress. Berlin: VDE Verlag GMBH.

11. Chan, M., Campo, E., Estève, D., & Fourniols, J.-Y. (2009). *Smart Homes - Current features and future perspectives*. *Maturitas*, S. 90-97.
12. Pfaffner, K., Maucher, I., & Gök, M. (2011). *User Oriented Development of AAL-Systems*. 4. Deutscher AAL-Kongress. Berlin: VDE Verlag GMBH.
13. Schneider, C., & Häusler, E. (2011). *Mobility safeguarding assistance system - Results of an acceptance test*. 4. Deutscher AAL-Kongress. Berlin: VDE Verlag GMBH.
14. Kotterba, B., Karosser, E., Peukert, D., & Bär, A. (2011). *Das Kompetenzprofil einer AAL-Fachkraft*. 4. Deutscher AAL-Kongress. Berlin: VDE Verlag GMBH.

17. Implementierung eines pflegerischen Wundversorgungsnetzes am Klinikum München Ost

Cornelia Gianni

Hintergrund und Problemstellung

Am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost, liegt die Wundversorgung im Kompetenzbereich der Berufsgruppe Pflege. Die Anordnung zur Wundversorgung bedarf am Klinikum München Ost nach wie vor der Begutachtung und Unterschrift des Arztes. Die Behandlungsempfehlung und die Durchführung der Behandlung haben jedoch seit 2008 die **Zertifizierten WundManager (ZWM®)** und Wundversorger aus der Berufsgruppe der Pflege inne. Um eine Behandlung nach modernen Standards zu gewährleisten, wurde 2007 überlegt, wie sich eine qualitativ hochwertige, und zugleich wirtschaftliche klinikweite Versorgung durch qualifizierte Wundversorger aus der Pflege, in kooperativer Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal, gestalten kann.

Die Wundversorgung am Klinikum München Ost wurde bis 2007 unterschiedlich durchgeführt. So gab es zwar eine Pflegeleitlinie zur Wundversorgung, diese wurde jedoch nicht optimal genutzt. Die Aspekte nach denen Wunden behandelt wurden, waren sehr verschieden und oft nicht auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Auch der Umgang, mit teilweise teuren Wundtherapeutika, war manchmal weder fachgerecht noch wirtschaftlich. Patienten mit Wunden wurden zum Teil in externe Kliniken zur Wundversorgung geschickt, was für den Patienten, sowie für das begleitende Pflegepersonal eine Mehrbelastung bedeutete und zudem kostenintensiv war. Für das Pflegepersonal fielen dadurch oftmals auch Überstunden an. Um diese Situation zu verbessern, wurde im Qualitätszirkel für Pflegestandard- und Pflegeleitlinienentwicklung unter der Leitung von Cornelia Gianni, die geeignete Form einer klinikweiten Wundversorgung unter genannten Aspekten diskutiert. Ergebnis war, mit Genehmigung der Pflegedirektion sowie der

Klinikleitung, die Planung eines Wundversorgernetzes mit qualifizierten, zum Teil zertifizierten Wundversorgern. Diese Planung wurde 2008 in die Tat umgesetzt.

Ziele

Die Ziele des Wundversorgungsnetzes sind die Nutzung von Zusatzqualifikationen der Pflege, eine gesteigerte Behandlungsqualität sowie eine gesteigerte Wirtschaftlichkeit in der Wundversorgung. Eine optimale Versorgung von Wunden unter all diesen Aspekten hat, nach Meinung der Initiatoren des Wundversorgernetzes, nicht nur einen positiven Einfluss auf die Wundheilung, sondern ebenso auf die Patientenzufriedenheit und auf die Kostenentwicklung in der Versorgung eines Patienten. Ab 2011 ist es möglich, über die erhobenen Daten, die Vorgänge und Abläufe zu bewerten und ggf. zu modifizieren.

Vorgehen

Die Organisation des Vorhabens wurde im Qualitätszirkel für Pflegestandards und Pflegeleitlinienentwicklung begonnen. In den Jahren 2008 bis 2010 wurden zertifizierte Wundmanager sowie qualifizierte Wundversorger ausgebildet (ZWM®, Ausbildung nach Kammerlander, Österreich, 757 Std. sowie Wundversorger mit mindestens 5-tägiger „Initiative Chronischer Wunden“, ICW Fortbildung), die dem Wundversorgernetz zur Verfügung stehen sollten. Im Zuge der Weiterentwicklung wurde 2010 ein eigener Qualitätszirkel zur Planung und Koordination des Wundversorgungsnetzes gegründet. Die Mitarbeiter des Wundversorgungsnetzes nehmen regelmäßig die Möglichkeit zur Fortbildung wahr. Zudem finden zweimal im Jahr Treffen statt, zu denen auch interessierte Mitarbeiter eingeladen werden, die nicht im Wundversorgernetz tätig sind.

Wundversorgung

Qualifizierte ZWM®/Wundversorger stehen nach Möglichkeit an sieben Wochentagen für alle Stationen des Klinikum München Ost zur Verfügung. Dabei ist es nur im Ausnahmefall (falls alle ZWM®/Wundversorger ausfallen) nötig, Patienten zur Wundversorgung in somatische Kliniken zu überweisen. Die ZWM®/Wundversorger sind über Telefon oder Email erreichbar, die Anforderung ist formlos. Informationen werden über Intranet oder direkt über die Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft angeboten. Das Angebot der Begutachtung und Versorgung von Wunden gestaltet sich wie folgt:

- Beratung per Telefon
- und/ oder Begutachtung vor Ort
- ggf. Versorgung vor Ort durch den ZWM®/Wundversorger
- Beratung zur Versorgung einer Wunde durch Pflegende der Station
- Empfehlungen für Wundtherapeutika und deren Handhabung
- Beratung zu Kompressionstherapie und Lagerung [1] (laut Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden trägt Kompressionstherapie zu einer schnelleren Wundheilung bei)

Ein sehr wichtiger Aspekt ist ab 2010 die Teilnahme eines ZWM® an der halbjährlich im Klinikum München Ost stattfindenden Arzneimittelkommission [2] (die Apothekenbetriebsordnung ist gesetzlich vorgeschrieben und findet zweimal im Jahr statt, sie war bisher nur mit ärztlichen und pharmazeutischen Mitarbeitern besetzt, mit einem ZWM® ist erstmals auch die Pflege beteiligt). Zweck ist es, eine Empfehlungsliste für Wundtherapeutika, die von ZWM®/ Wundversorgern aus der Pflege in Zusammenarbeit mit dem Konsilchirurgen, einer Mitarbeiterin aus der Apotheke und der Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft erstellt wurde, zu vertreten. Die empfohlenen Wundtherapeutika und Hautpflegemittel werden von den ZWM®/Wundversorgern erprobt und gelistet, diese Empfehlungsliste wird im Qualitätszirkel zur Wundversorgung halbjährlich evaluiert. Die Empfehlungsliste wird von den Teilnehmern der Arzneimittelkommission als Grund-

lage für die Vorgabe genutzt, welche Medikamente zur Wundversorgung empfohlen werden, sowie zur Bestimmung des Vorratskontingents der Apotheke. Wundtherapeutika, die nicht gelistet sind, benötigen die Sonderanforderung durch den Stationsarzt. Ziel dieser Maßnahme ist es, wirtschaftlichen und fachlichen Umgang mit Material zu fördern, daraus folgend die Steigerung von Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit. Hier ist zu betonen, dass die Pflege zwar nach wie vor keine Medikamente verordnen kann, aber ein großes Mitspracherecht in der Nutzung von Wundtherapeutika durch die Empfehlungsliste erhalten hat. Eine sehr positive Entwicklung ist, dass dies von der Ärzteschaft des Klinikum München Ost akzeptiert und unterstützt wird. Um den Wundversorgern die Möglichkeit zu bieten, auch zu Zeiten in denen die Apotheke geschlossen ist, Material für eine adäquate Wundversorgung zur Verfügung zu haben, wurde von den ZWM®/Wundversorger und der Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft ein Notfallkoffer zur Wundversorgung konzipiert. In diesem Koffer befinden sich ausgewählte Wundtherapeutika und Hautpflegemittel, die somit nicht als Vorrat auf den Stationen gelagert werden müssen. Dies hat den Vorteil, dass teure Wundtherapeutika nur im Bedarfsfall von den Stationen angefordert werden müssen, wie es nach der Erstversorgung durch den ZWM®/Wundversorger empfohlen wird. Hier besteht die Hoffnung, dass sich dieses Vorgehen nicht nur auf die Qualität der Wundversorgung, sondern vor allem auf die Wirtschaftlichkeit auswirken wird. Für den Wundtherapiekoffer wurde der Standort auf einer gerontopsychiatrischen Station ausgewählt. Die Pflege und regelmäßige Befüllung obliegt den ZWM®.

Datenerhebung

Die Einsätze der Wundversorger wurden von Anfang an dokumentiert. In den Jahren 2008 bis 2010 wurden die Daten (z.B. Einsatzort, Art der Wunde) auf einem dafür entworfenen, genehmigten Formblatt niedergeschrieben. Dieses Dokument bestand drei Jahre, war aber nur mit sehr großem Aufwand auswertbar. Nun wurde mit Hilfe der Abteilung Statistik des Klinikum

München Ost im Qualitätszirkel zur Wundversorgung ein geeignetes Formular entworfen. Über eine Eingabemaske werden in der EDV Daten erfasst. Die vorgegebenen Auswertungspunkte wurden im Qualitätszirkel zur Wundversorgung erarbeitet, und haben von 01.01. bis 31.12.2011 Gültigkeit, um ein Jahr gleichbleibende Daten zur Auswertung zu erhalten. Dieses Formular bietet die Möglichkeit definierte Daten zu erheben, teils angekreuzt oder als Freitext eingefügt. Ein wichtiger Aspekt ist, dass die Daten über diese Eingabemaske wissenschaftlich auszuwerten sind.

Schlussfolgerung

Innerhalb der relativ kurzen Zeit, in der die Wundversorgung über das Wundversorgernetz am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost durchgeführt wird, sind Erfolge in der Wirtschaftlichkeit nach zu weisen. Detaillierte Informationen und Ergebnisse werden im Vortrag erörtert.

Literatur

1. *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)(2009) Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. S. 108-11.*
2. *http://bundesrecht.juris.de/apobetr_1987/index.html#BJnr005470987BJNE001003310 (2009) Apothekenbetriebsverordnung:§21 Arzneimittelrisiken, Behandlung nicht verkehrsfähiger Arzneimittel, Punkt 6.*

18. Das Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) und der Qualitätsstandard

Sibylle Glauser

Angehörigenarbeit im Rahmen der psychiatrischen Behandlung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Wert der Angehörigenarbeit wird kaum mehr in Frage gestellt, auch zahlreiche Studien belegen deren Effizienz. Dennoch verfügen in der Schweiz nur wenige psychiatrische Kliniken über ein in das Gesamtbehandlungskonzept integriertes Konzept zur Angehörigenarbeit. Mehrheitlich werden Angebote für Angehörige durch besonders motivierte und engagierte MitarbeiterInnen am Leben erhalten. In einzelnen Teilbereichen, wie etwa in der forensischen Psychiatrie steckt die Angehörigenarbeit noch in den Kinderschuhen. Am 29. März 2006 wurde in Bern von Fachpersonen der Verein „Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie“ aus der Taufe gehoben, um dem stiefmütterlichen Dasein der Angehörigenarbeit ein Ende zu bereiten. Der Verein fokussiert die Erhöhung des Stellenwertes der Angehörigenarbeit in der psychiatrischen Versorgung und Behandlung und bezweckt die Professionalisierung und Vernetzung von Fachleuten, die in psychiatrischen Institutionen in der Angehörigenarbeit tätig sind. Auch besteht Interesse an der Zusammenarbeit mit Organisationen und Einzelpersonen aus dem In- und Ausland, welche den gleichen oder einen ähnlichen Zweck verfolgen. Kernstück des Netzwerkes ist die auch Angehörigen und anderen Interessierten zugängliche Homepage www.angehoerige.ch. In einem öffentlich zugänglichen Bereich sind alle dem Netzwerk bekannten Angebote für Angehörige deutschsprachiger Kantone aufgeschaltet. Der passwortgeschützte Bereich dient dem fachlichen Austausch unter Fachpersonen. Seit Vereinsgründung findet jährlich eine durch das NAP organisierte Fachtagung statt.

Im Schweizer Gesundheitswesen befassen sich viele Akteure mit Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung, Angehörigenarbeit stand aber bisher nicht im Fokus dieser Bestrebungen. Das Netzwerk Angehörigenarbeit Psy-

chirurgie hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Lücke zu schliessen. Im Austausch mit Fachpersonen und Angehörigen hat sich das NAP aktiv und kritisch mit der Formulierung von erfahrungsbasierten Empfehlungen für qualitativ gute Angehörigenarbeit auseinandergesetzt und einen Qualitätsstandard erarbeitet. Der Qualitätsstandard beschreibt die Auslegungen des NAP in Bezug auf professionelle Angehörigenarbeit anhand von 15 Qualitätskriterien, die empfehlenden Charakter haben. Seit April 2011 steht der Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie allen psychiatrischen Institutionen zur Verfügung.

19. Vernetzen von Theorie und Praxis – Evidenzbasierte Pflegeinterventionen bei der Risikodiagnose „Suizidalität“

Manuela Grieser, Stefan Kunz, Anna Hegedüs, Andreas Heuer, Bernd Kozel

Einleitung

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO gehören Suizide zu den größten globalen Gesundheitsproblemen. Im Jahr 2000 nahmen sich weltweit 815 000 Menschen das Leben, was einer Suizidrate von 14,5 pro 100 000 Menschen entspricht [1]. Zahlreiche Studien weisen nach, dass PatientInnen psychiatrischer Institutionen besonders hohe Suizidraten aufweisen [2-4]. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner müssen das Gesundheitsrisiko „Suizidalität“ erfassen und gemeinsam mit dem Klienten einen Behandlungsplan erstellen [5]. Wie aber wählt man die richtigen Pflegemaßnahmen aus? Wie trifft eine professionell handelnde Fachperson gemeinsam mit dem Klienten die richtige Entscheidung über die Maßnahmen, welche durchgeführt werden müssen? Diese Fragen wollen wir für das Problem „Suizid, hohes Risiko“ nachgehen.

Ziele

Das Nurses Interventions Classification System NIC [6] ist ein Klassifikationssystem von Pflegeinterventionen, welches Pflegefachpersonen bei der Auswahl von Interventionen für die Risikodiagnose Suizid unterstützen kann. Das NIC wurde aus Expertenbefragungen und Dokumentenanalysen zusammengestellt. Welche externe Evidenz (= durch Studien wissenschaftlich belegt) die einzelnen Interventionen haben, beschreibt das Klassifikationssystem nicht. Damit eine Pflegefachperson in ihre Alltagspraxis sowohl eigenes Wissen/ eigene Erfahrungen/ eigene Intuition aber auch Expertenwissen und genauso wissenschaftliches Wissen einbeziehen kann, sollte sie wissen, welche Ergebnis- Qualität die angewendeten Interventionen haben. Aus dieser Herleitung ergibt sich für uns folgende Fragestellung:

- 1) Welche Pflegeinterventionen beschreibt das NIC für die Pflegeintervention „Suizidprävention“ und welchen externen Evidenzgrad (welche Studiendesignqualität) haben diese?

Methode

Um die Fragestellung zu bearbeiten haben wir die im NIC gelisteten empfohlenen Interventionen übersetzt, inhaltlich strukturiert und mit Überbegriffen versehen. Wir haben in den Datenbanken Medline, Cochrane und in der „Best Practice Registry für Suicide Prevention“ nach Interventionsstudien gesucht. Wir haben ausschliesslich die Studien mit der höchsten externen Evidenzstufe ausgewählt. Um den externen Evidenzgrad festzulegen, haben wir die Evidenzpyramide von Behrens und Langer verwendet [7]: 1a Homogene systematische Übersichtsarbeit/ Metaanalyse von RCTs, 1b einzelne RCT (mit engem Konfidenzintervall), 2a Homogene systematische Übersichtsarbeiten/ Metaanalyse von Kohortenstudien, 2b Einzelne Kohortenstudien (inkl. RCT minderer Qualität), 3a Homogene systematische Übersichtsarbeit/ Metaanalyse von Fall-Kontroll-Studien, 3b Einzelne Fall-Kontroll Studien, 4 Fallserien und qualitativ mindere Kohorten und Fall-Kontroll-Studien, 5 Meinungen von Experten, Konsensuskonferenzen, Erfahrungen von Autoren.

Ergebnisse

Im Tabelle 1 wird ein Auszug der NIC- Interventionen mit den gefundenen Studien vorgestellt. Aufgezeigt wird das externe Evidenzlevel und die wichtigsten Ergebnisse:

Tabelle 1: NIC Interventionen mit externem Evidenzlevel

NIC - Interventionen	Lit.	Evidenz	Hauptergebnisse
Screening Bestimme Vorhandensein und Grad der Suizidalität	[8]	4 N=1729	Von 1729 auf Depression gescreente Jundenliche in den USA zeigten 42% suizidales Verhalten und davon waren 37% dem professionellen Personal der Schulen nicht aufgefallen
Assessment regelmässige Erfassung der akuten Suizidalität Veränderungen in Stimmung und Verhalten erfassen, rapportieren und dokumentieren	[9]	5 Guideline	Screening und Assessment im klinischen Setting sind wichtige Interventionen zur Suizidprävention
Kommunikstionsart - Suizidrisiko direkt ansprechen -regelmässige Kontaktaufnahme und Erfagen der Gefühle	[10]	3 Zwei Telephon- nothilfe- Center wurden verglichen	Am besten waren <i>Akzeptanz</i> und das <i>direkte Ansprechen</i> des suizidalen Verhaltens, Probanden zeigten am Ende des Gesprächs weniger depressives Verhalten
Non – Suizidverträge	[11]	4 N=112	Ein detaillierter/ individualisierter Non- Suizidvertrag ist besser als ein einfacher
	[12]	4 N=135	Schriftliche Non-Suizidverträge werden von Klienten positiv bewertet (unabhängig vom Alter, Geschlecht, Erkrankung)
	[13]	5	Der Non-Suizdvertrag kann den Professionellen in falscher Sicherheit hegen, sodass keine ausführliche Risikoeinschätzung vorgenommen wird und das Suizidrisiko steigt

NIC - Interventionen	Lit.	Evidenz	Hauptergebnisse
Therapeutische Allianz -bezieht den Betroffenen in die Massnahmenplanung ein	[14]	2a Metaanalyse (MA) von 73 Kohortenstudien	Hat eine geringe Wirkung auf die Symptomreduktion, wird von den Betroffenen als sehr wichtig und bedeutend empfunden
Kontrolle/ Restriktion -gefährliche Gegenstände abnehmen, Zugang zu potentiellen Waffen verhindern, Zugang zum Fenster verhindern -in einer Umgebung unterbringen, die engmschigen Kontakt zulässt, in der Nähe Stationszimmer unterbringen -physische Restriktionen -Klienten und Angehörige über Sicherheitsmassnahmen aufklären	[15]	3a MA von 93 Studien unterschiedlicher Qualität/ Design	Die Verhinderung des Zugangs zu letalen Waffen/ Methoden verhindert Suizide
Medikamente -Mundkontrolle -Medikamente zur Stabilisierung von Angst, Agitation, Psychose oder Stimmung zu stabilisieren	[15]	3a MA von 93 Studien unterschiedlicher Qualität/ Design	Selektive Serotonin Inhibitoren (SSRI) und stimmungsstabilisierende Medikamente zeigen in einigen Fallstudien einen positiven Einfluss auf das suizidale Verhalten (noch ungesicherte Erkenntnisse)
	[16]	1a	Clozapine und Lithium reduzieren das Suizidrisiko (gesicherte Erkenntnisse)

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung konnte aufzeigen, dass einige im NIC aufgeführte Interventionen wissenschaftlich überprüft wurden. Das ermittelte Evidenzlevel ist keine Aussage darüber, wie gut oder schlecht eine Intervention ist sondern gibt lediglich darüber Auskunft, mit welchem wissenschaftlichen Studiendesign die einzelne Intervention bisher untersucht wurde. Welche Qualität (interne Validität) jede dieser Studien hat, kann an dieser Stelle aus Platzgründen nicht dargestellt werden, wird jedoch im Vortrag aufgezeigt. Keine der Untersuchungen wurde von der Pflege durchgeführt, sie alle entstammen der medizinischen oder psychologischen Profession.

Schlussfolgerung

- Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner müssen ein Wissen darüber haben, welche Pflegemassnahmen nach wissenschaftlichen Kriterien als wirksam gelten, welche durch Studien untersucht wurden und welche einer Expertenmeinung entsprechen. Nur so können sie einen Betroffenen umfassend beraten.
- In der Forschung mangelt es an Studien welche die Wirksamkeit von Pflegeinterventionen untersuchen. Dies wäre jedoch notwendig, damit Pflegende ihren Klienten effektive, evidenzbasierte Massnahmen empfehlen können.
- Pflegefachpersonen müssen im Sinne des Lebenslangen lernens in der Lage sein, wissenschaftlicher Literatur lesen und bewerten zu können. Diese Kompetenz kann in Studiengängen an Fachhochschulen erworben werden.
- Bildungsträger müssen spezialisierte Studiengänge oder Weiterbildungen anbieten, welche psychiatrische Pflegediagnosen fokussieren und vertieft Kompetenzen in Prävention, intervention und Postvention vermitteln.

Literatur

1. WHO (2003) "Suicide prevention." World Health Organization, http://www5.who.int/mental_health Accessed 12.01.2005
2. Heinrich, K. and Klimke, A. (1990) "Selbsttötungen von psychiatrischen Klinikpatienten." *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie.* 38: 99-108.
3. Wolfersdorf, M., et al.(2001) *Die Entwicklung der Suizidzahlen und -raten im Bezirkskran-kenhaus Bayreuth 1976 - einschliesslich 2000.* *Psychiatrische Prax.* 28: p. 337-340.
4. Wolfersdorf, M. and Keller, F., *Patientensuizide waehrend stationärer psychiatrischer Therapie. Neue Entwicklungen.* *Psychiatrische Praxis.* 27: p. 277-281.
5. Thompson, C. and Dowding, D.(2002) *Clinical Decision Making and Judgement in Nursing,* ed. E. Churcill Livingstone. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto.
6. Johnson, M., et al.(2001) *Nursing Diagnoses, Outcomes and Interventions.* NANDA, NOC, and NIC Linkages, ed. Mosby. St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto.
7. Behrens, J. and Langer, G., *Handbuch Evidence-based Nursin (2010),* ed. Hans Huber Verlag. Bern.
8. Scott, M., Shaffer, D. and Wilcox, H.(2004) *The columbia suicide screen: Does screening indentify new teens ad risk?* Washington DC: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
9. Gaynes, B.N., et al. (2004) *Screening for Suicide Risk in Adults. Summary of the Evidence.* *Ann Intern Med.* 140: p. 822-35.
10. Mishara, B.L. and Daigle, M. (1997) *Effects from different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers.* *American Journal of Community Psychology.* 25: p. 861-895.
11. Buelow, G. and Range, L.M. (2001). "No-suicide contracts among college students ". *Death Studies.* 25: 583-592.
12. Davis, S.E., Williams I.S., and Hays, L.W. (2001) *Psychiatric Inpatients' Perceptions of Written No-Suicide Agreements: An Exploratory Study.* *Suicide and Life-Threatening Behavio.* 32(1).
13. Simon, R.I. (2004) *Assessing and managing suicide risk: guidelines for clinical based risk management.* Arlington, VA, American Psychiatric Publication.
14. Martin, D.J., Garske, J.P. and Davis, M.K. (2000) *Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 63(3): p. 438-450.

15. Mann, J.J., et al. (2005) *Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. Journal of American Medical Association.* 294 (16): p. 2064-2074.
16. Baldessarini, R.J., et al.(2006) *Decreased suicidal risk during long-term lithium treatment. Metaanalysis. Bipolar disorder.* 8: p. 625-639.

20. Ambulante Alterspflege: „Ich will möglichst lange zu Hause leben“

Sabine Hahn, Thomas Schwarze

Hintergrund

Der Anteil der Personen ab 65 Jahren steigt in der Schweiz von 15,4% im Jahr 2000 auf einen Anteil von 28,3% bis ins Jahr 2060. Dies wird zu einer steigenden Anzahl von älteren Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf führen [1, 2].

Ältere Menschen möchten ihren Alltag möglichst lange und weitgehend selbst meistern können. Auch haben ältere Menschen zudem höhere Erwartungen an Wohlbefinden und Gesundheit als frühere Generationen [3, 4] und werden mehr psychiatrische Dienstleistungen beanspruchen [5]. Depression und Demenz werden im Zusammenhang mit der demographischen Alterung ansteigen und im häuslichen Bereich den psychosozialen Unterstützungsbedarf erhöhen [2, 5].

Die gestiegene Erwerbstätigkeit der Frauen, die Zunahme von Einpersonenhaushalten und die erhöhte Mobilität der Bevölkerung verändern die Möglichkeiten der familiären Betreuung [6]. Die Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung ist eine grosse Herausforderung.

Eine detaillierte Erfassung dieses Bedarfs, der erbrachten Unterstützung und der Defizite der Betreuung aus Sicht der betroffenen alten Menschen existierte bisher nicht.

Methodik

Die Bestandesaufnahme wurde mittels Interviews mit den zu Hause lebenden Menschen (70+) mit Pflege- und Unterstützungsbedarf durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte durch eine Schweizer Krankenkasse.

Die Potentiale, Grenzen und Lücken der nichtprofessionellen und professionellen Pflege wurden mit pflegenden Angehörigen, Freiwilligen und spitalin-

ternen und -externen Fachleuten in Einzel- und Gruppeninterviews diskutiert.

Resultate und Diskussion

Teilnehmende

712 Personen nahmen an der Studie teil (29.1% Männer, 70.8% Frauen). Der Altersdurchschnitt der Befragten betrug 81.9 Jahre. Die Mehrheit der unter 80-jährigen Personen war verheiratet, die Mehrheit der mindestens 85-Jährigen verwitwet. 92.4% der Befragten sind Schweizer Staatsbürger. 47.8% der befragten Personen wohnen in der Agglomeration (47.8%). Im Verhältnis zur durchschnittlichen Wohnbevölkerung nahmen überdurchschnittlich viele Frauen und Protestanten an der Studie teil.

Unterstützungsbedürftigkeit

87% der befragten Personen möchten trotz Unterstützungsbedürftigkeit so lange als möglich zu Hause wohnen bleiben.

Mittels einer Clusteranalyse konnten drei verschiedene Pflege- und Betreuungsarrangements unterschieden werden.

- Im ersten Arrangement befinden sich jene 58 Personen (8%), die eine hohe Bedürftigkeit und eine starke Inanspruchnahme aufweisen. Da viele Alltagsaktivitäten nicht mehr selbständig ausgeführt werden können, bedarf es einer grossen Unterstützung. Ein typisches Merkmal dieser Gruppe ist die Einschränkung der Mobilität.
- 180 Personen mit mittlerer Bedürftigkeit und einer mittelstarken Inanspruchnahme von Unterstützung wurden dem zweiten Arrangement zugeordnet. Unterstützung wird vor allem in der Haushaltsführung benötigt.
- Personen mit geringer Bedürftigkeit und geringer Inanspruchnahme wurden dem dritten Arrangement zugeordnet. Die 474 Personen in dieser Gruppe benötigen im Durchschnitt nur in einer Aktivität des täglichen Lebens Unterstützung.

Leistungserbringer und Koordination

Unter den stark unterstützungsbedürftigen Personen befinden sich überproportional viele Männer und verheiratete Personen. Dies, macht deutlich, dass den Ehepartnerinnen eine zentrale Rolle als Leistungserbringerin zukommt. Die Gründe für den relativ schlechteren Gesundheitszustand der Männer können im oft höheren Lebensalter der Männer liegen und/oder in den Auswirkungen eines über viele Jahre hinweg riskanteren Lebensstils.

Verheiratete Personen haben öfter Kinder, die sich in der Unterstützung ihrer Eltern engagieren. Unter denjenigen Personen, die nur geringer Unterstützung bedürfen, befinden sich überdurchschnittlich viele ledige, geschiedene oder getrennt lebende Personen. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass allein stehende Personen bei einer grösseren Unterstützungsbedürftigkeit nicht mehr ambulant versorgt werden können.

Die Analyse der verschiedenen Formen der Leistungserbringung macht deutlich, dass insbesondere Partnerinnen eine Schlüsselstellung in der Pflege und Betreuung zu Hause einnehmen. Sie leisten sowohl im Bereich der haushaltsbezogenen Aktivitäten als auch bei der Mobilität und Körperpflege sehr viel. Die Spitex erbringt vor allem in den Basisaktivitäten Mobilität und Körperpflege Leistungen. Töchter werden am häufigsten zu den drei wichtigsten unterstützenden Personen gezählt; insbesondere bei alleine lebenden Personen.

Drei Viertel der befragten Personen sagen aus, dass es bei ihnen keine Absprachen zwischen den leistungserbringenden Personen und Organisationen gebe. Am häufigsten findet eine solche Koordination bei stark pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen statt. Seitens der Spitex ist man sich der Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit den involvierten Akteuren bewusst.

Unterstützungslücken

Knapp 30% der Befragten wünschen sich in gewissen Bereichen mehr Unterstützung. Es sind vor allem Personen mit relativ geringen Einschränkungen, die sich mehr Unterstützung im Haushalt wünschen. Personen mit einer

grösseren Unterstützungsbedürftigkeit nehmen eher Lücken in der Unterstützung ihrer Mobilität wahr. Der Wunsch nach mehr sozialen Kontakten ist nicht zu unterschätzen.

Die Angehörigen bestätigen insgesamt das Bild einer adäquaten Versorgung. Es wurde aber deutlich, dass bei einem grösseren Pflege- und Betreuungsbedarf die Angehörigen eine zentrale Rolle in der Pflege und Betreuung einnehmen. Dieses Unterstützungssetting ist jedoch relativ fragil. Dem Wunsch der betreuten Person zu Hause bleiben zu können kann bei Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes oder durch Ausfall einer pflegenden Angehörigen plötzlich nicht mehr nachgekommen werden. Der Eintritt in ein stationäres Setting wird nötig.

In den Gesprächen mit Pflegefachpersonen zeigt sich ein Verbesserungspotenzial für die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer. Wichtig sei dies bei der Schnittstelle Spitin/Spitex. Kürzer werdende Spitalaufenthalte bleiben nur bei einer reibungslosen Zusammenarbeit ohne negative Auswirkungen. Auch gebe es im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung Verbesserungsmöglichkeiten.

Sozialkontakte und psychisches Wohlbefinden

Die meisten sozialen Kontakte haben die Befragten im Familien-, Verwandtenkreis.

Das dichteste soziale Netzwerk weisen die Personen auf, welche am wenigsten pflege- und unterstützungsbedürftig sind. Die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten scheint nur möglich, wenn die eigene Mobilität nicht eingeschränkt ist. Bereits bei einer mittleren Pflege- oder Unterstützungsbedürftigkeit nimmt die Zahl der sozialen Kontakte deutlich ab.

In der Agglomeration oder auf dem Land lebende Personen haben häufiger Kontakt zu eigenen Kindern, als in der Stadt lebende Personen.

Signifikante Prädiktoren der allgemeinen Lebenszufriedenheit sind das Alter der Befragten, die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung in den *Aktivitäten des täglichen Lebens* und die Dichte des sozialen Netzwerks.

Für das psychische Wohlbefinden sind die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung und die Dichte des sozialen Netzwerkes wichtige Prädiktoren. Das Alter hingegen spielt als Prädiktor für das psychische Wohlbefinden keine Rolle.

Interessant ist die zentrale Stellung, welche die Zufriedenheit mit der bei den *Aktivitäten des täglichen Lebens* erhaltenen Unterstützung einnimmt. Dieses Ergebnis knüpft an den Befund von [7] an, wonach die Qualität der Beziehungen zu unterstützenden Personen darüber entscheidet, ob erhaltene Unterstützung sich positiv oder negativ auf die Lebenszufriedenheit auswirkt.

Literatur

1. Kickbusch, I., R. Ospelt-Niepelt, and L. Seematter, *Alter, in Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums*, K. Meyer, Editor. 2009, Hans Huber: Bern. p. 123-146.
2. Höpflinger, F., *Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen*. 2004, Universitäres Institut «Alter und Generationen» (INAG): Sion.
3. Dawson, S., et al., *Engaging with Care - A Vision for the Health and Care Workforce of England*. 2007, London: The Nuffield Trust.
4. Dill, M.J., Salsberg, and E. S., *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections Through 2025*. 2008, Association of American Medical Colleges: Washington.
5. Vernon, D.J., et al., *Planning the future mental health workforce: with progress on coverage, what role will psychiatrists play?* *Acad Psychiatry*, 2009. 33(3): p. 187-92.
6. Bundesamt für Statistik, *Haushaltsszenarien Entwicklung der Privathaushalte zwischen 2005 und 2030*. 2008, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel. p. 1-12.
7. Merz, E.M. and O. Huxhold, *Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults*. *Ageing & Society*, 2010. 30 (843-857).

21. Wie wirksam sind Interventionen zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz von Personen mit einer schizophrenen Erkrankung?

Anna Hegedüs, Bernd Kozel, Christoph Abderhalden

Hintergrund

Adhärenz beschreibt die Einhaltung der von PatientInnen und Behandlungsteam gemeinsam vereinbarten Therapieziele. Vor allem bei langanhaltenden Erkrankungen spielt die regelmäßige Einnahme der verschriebenen Medikamente eine große Rolle in der Rückfallprophylaxe. Die WHO stellte in ihrem Report „Adherence to Long-term Therapies Project“ fest, dass die Adhärenzrate bei Menschen mit einer langanhaltenden Erkrankung, unabhängig von der Diagnose, nach 2 Jahren im Durchschnitt nur noch 50% beträgt [1]. Einigen Studien zufolge liegt dieser Wert bei Personen mit einer schizophrenen Erkrankung sogar nur bei ca. 25% [2, 3]. Die regelmäßige Einnahme von Neuroleptika kann Rückfällen vorbeugen, wodurch wiederum stationäre Wiederaufnahmen vermieden werden können [4]. Eine vielversprechende Intervention zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz ist die Compliance Therapie [5, 6]. Hierbei werden Elemente des Motivational Interviewing, der Verhaltenstherapie und der Psychoedukation angewendet. In etwa 4-8 Sitzungen von je 30-60 Minuten werden 3 Phasen behandelt. Phase 1 befasst sich mit der Behandlungserfahrung des Betroffenen. In Phase 2 werden Ambivalenzen in Bezug auf die Behandlung und Medikation diskutiert und Phase 3 fokussiert auf die langfristige Prävention und Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Rückfällen [6]. Die Compliance Therapie und andere auf ihr basierenden Interventionen (z.B. Adherence Therapie von Gray [7]) stoßen vermehrt auf Interesse und werden immer häufiger in der klinischen, stationären Praxis eingesetzt [8]. Daher ist es von Bedeutung zu erfahren, wie wirksam diese Interventionen sind.

Fragestellung

Wie wirksam sind Interventionen zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz bei Personen mit einer schizophrenen Erkrankung?

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage führten wir ein systematisches Literaturreview durch. Eine umfangreiche Suche in den Datenbanken PUBMED, CINAHL, PsycINFO, PSYINDEX, EMBASE und The Cochrane Central Register of Controlled Trials ergab 540 Treffer. Wir schlossen nur Studien ein, die die Compliance Therapie oder eine Intervention, die auf dem Compliance Therapie Manual basiert, untersuchten. Die Artikel mussten entweder in Deutsch oder Englisch sein und es mussten Ergebnisse vor und nach der Intervention sowie eine Randomisierung der Teilnehmenden vorliegen. Die Qualität der eingeschlossenen Studien beurteilten wir mit einer Checkliste und vergaben Noten (1=sehr gute Qualität bis 5=sehr schlechte Qualität).

Ergebnisse

Wir konnten 7 Studien in das systematische Review einschließen. Die Ergebnisse der Studien (Interventionsgruppe verglichen mit Kontrollgruppe) sind mit Pfeilen in Tabelle 1 grafisch dargestellt.

Tabelle 1: Beschreibung und Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Studienqualität	Autor/Jahr	Stichprobengröße		Intervention	Kontrollgruppe	Follow-up	Ergebnisse								
		IG	KG				Adherence	Symptome	Ein-sicht	Funktions-fähigkeit	Ne-ben-wirkung	Allianz	Lebens-qualität	Empowerment	
3	Anderson 2010 [9]	12	14	Adhärenz Therapie	reguläre Behandlung	nach Intervention	↘	→	NU	NU	NU	NU	NU	NU	NU
3	Hayward 2009 [10]	19	20	Alliance Enhancement Therapie	Psycho- edukation	6 Monate	→ ¹ ↘ ²	↘	↘	↘	↘	NU	→	NU	→
3	Maneskorin 2007 [11]	16	16	Adhärenz Therapie	reguläre Behandlung	nach Intervention	↗	↗	NU	→	↘	NU	NU	NU	NU
1	Gray 2006 [12]	20 4	20 5	Adhärenz Therapie	didaktische Gesundheits- edukation	1 Jahr	↘	↘	NU	NU	NU	NU	→	NU	NU
4	Gray 2004 [13]	34	38	Compliance Therapie	reguläre Behandlung	6.5 Monate	↗	↗	NU	NU	↘	NU	NU	NU	NU
3	O'Donnell 2003 [14]	28	28	Compliance Therapie	unspezifische Beratung	1 Jahr	↘	↘	↘	↘	NU	NU	↘	NU	NU
4	Kemp 1996, 1998 [5, 6]	39	35	Compliance Therapie	unterstützende Beratung	1.5 Jahre	→ ³ → ⁴	→	→	↗	NU	NU	NU	NU	NU

IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; NU = nicht untersucht

- ↗ Ergebnis in Interventionsgruppe signifikant ($p < 0.05$) besser als in Kontrollgruppe
- Ergebnis in Interventionsgruppe besser, aber nicht signifikant
- ↘ kein Unterschied zwischen Gruppen oder Kontrollgruppe besser

¹ wenn gemessen mit dem Drug Attitude Inventory DAI [15]; ² wenn gemessen mit dem Attitudes to Medication Questionnaire AMQ [16],

³ Medikamentenadhärenz 1 Monat nach der Intervention; ⁴ Behandlungscompliance

Diskussion und Schlussfolgerung

Alle von uns eingeschlossenen Studien untersuchten Interventionen basierend auf dem Compliance-Therapie Manual von Kemp [5, 6]. Da sich die Ergebnisse der Studien widersprechen und wir die Qualität der Studien nur mittelmäßig und in einigen Fällen sogar schlecht beurteilten, ist die Wirkung der Therapien bis zum heutigen Zeitpunkt wissenschaftlich nicht belegt. Es gibt aber Hinweise darauf, dass sich durch die Interventionen PatientInnenoutcomes verbessern können. So erzielten in den untersuchten Studien die Interventionsgruppen meist signifikant bessere Ergebnisse, wenn sie mit der regulären Behandlung verglichen wurden. Wenn jedoch die Kontrollgruppe eine andere Intervention erhielt (z.B. didaktische Gesundheitsedukation), verbesserten sich die Outcomes in beiden Untersuchungsgruppen und es zeigten sich keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede [10, 12, 14]. Um zu erfahren, ob es die untersuchte Intervention ist, welche zu den Verbesserungen bei den Betroffenen führt oder es vielmehr der vermehrten Zuwendung zuzuschreiben ist, brauchen wir eine randomisierte Studie, die eine Intervention zur Adhärenz-Verbesserung und eine unstrukturierte Therapie (z.B. Beratung) mit regulärer Behandlung vergleicht.

Auffallend an den Ergebnissen ist auch, dass ganz unterschiedliche Messwerte für die Wirksamkeit der Interventionen untersucht wurden. Alle Studien erhoben den Grad der Adhärenz und alle außer einer den Schweregrad der psychischen Symptome. ExpertInnen sind sich jedoch einig, dass der Schweregrad der Symptome kein geeigneter Indikator für Medikamentenadhärenz ist [17]. Auch kann das gemeinsam vereinbarte Ziel der Adherence-Therapie sein, keine Medikamente einzunehmen [7]. Daher ist der Grad der Medikamenten-Adhärenz ebenfalls kein geeigneter Messwert für die Wirkung der Intervention. Wir brauchen deshalb dringend eine Diskussion und Einigkeit über die geeigneten Ergebnis-Indikatoren der Adherence-Therapien.

Obwohl die spezifische Wirksamkeit der Adherence oder Compliance-Therapie noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist, sprechen die vorhandenen Ergebnisse nicht gegen die Anwendung der Compliance Therapie und die auf ihr basierenden Interventionen.

Literatur

1. *World Health Organization, Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003: Geneva.*
2. *Lieberman, J.A., et al., Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine, 2005. 353(12): p. 1209-23.*
3. *Weiden, P., et al., Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. Psychiatric Services, 1995. 46(10): p. 1049-54.*
4. *Robinson, D., et al., Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Archives of General Psychiatry, 1999. 56(3): p. 241-7.*
5. *Kemp, R., et al., Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. BMJ, 1996. 312(7027): p. 345-9.*
6. *Kemp, R., et al., Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. Br J Psychiatry, 1998. 172: p. 413-9.*
7. *Gray, R., et al., Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. International Journal of Mental Health Nursing, 2010. 19(1): p. 36-44.*
8. *Schulz, M., et al., Compliance und Adherence. Pflegende unterstützen Patientenverhalten. PADUA, 2007. 2(3): p. 44-49.*
9. *Anderson, K.H., et al., An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. International Journal of Mental Health Nursing, 2010. 19(5): p. 340-9.*
10. *Hayward, P., et al., Promoting therapeutic alliance in clozapine users: An exploratory randomized controlled trial. Clinical schizophrenia and Related Psychoses, 2009. 3(3): p. 127-132.*
11. *Maneesakorn, S., et al., An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. Journal of Clinical Nursing, 2007. 16(7): p. 1302-12.*
12. *Gray, R., et al., Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 2006. 189: p. 508-14.*

13. Gray, R., et al., *Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia: cluster randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry*, 2004. 185: p. 157-62.
14. O'Donnell, C., et al., *Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. BMJ*, 2003. 327(7419): p. 834.
15. Hogan, T.P., A.G. Awad, and R. Eastwood, *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychological Medicine*, 1983. 13(1): p. 177-83.
16. Hayward, P., et al., *Medication self-management: a preliminary report on an intervention to improve medication compliance. Journal of Mental Health*, 1995(4): p. 511-517.
17. Velligan, D.I., et al., *The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. Journal of Clinical Psychiatry*, 2009. 70 Suppl 4: p. 1-46; quiz 47-8.

22. Der Weg der Adherence- Therapie in die Ambulante Psychiatrische Pflege - Ein Modellprojekt der Ambulanten Psychiatrischen Pflege des LWL – Klinikums Gütersloh und der Bertelsmann BKK

Bruno Hemkendreis, Michael Löhr

Hintergrund

Die Adherence Therapie ist als Intervention im ambulanten Kontext durch Richard Gray in England entwickelt worden [1,2,3]. Die Intervention wird aktuell durch Michael Schulz als sektorübergreifendes Instrument zwischen stationären und ambulanten Setting eingeführt und evaluiert. Adherence Therapie ist mittlerweile in Deutschland, Österreich und der Schweiz in vielen psychiatrischen Kliniken implementiert [4]. Isoliert betrachtet ist die Intervention jedoch im ambulanten Sektor, der über andere Finanzierungsmechanismen gesteuert wird, in Deutschland noch nicht angekommen.

Problemstellung

Die Verordnungen zur Vergabe und Überwachung der Medikamenteneinnahme sind oftmals für die Klienten belastend, und für Pflegende ein kontinuierliches Spannungsfeld. Sie stellen eine „Ambulante Psychiatrische Pflege Light“ dar, die aufgrund der Vergütungssituation in etwa 5 Minuten erledigt sein sollte, wenn der Pflegedienst am Markt überleben will.

Die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) in Gütersloh hat mit der Betriebskrankenkasse Bertelsmann (BKK) ein Modellprojekt vereinbart, in dem bei einer definierten Zielgruppe die persönliche Adhärenz verbessert werden soll. Patienten mit psychischen Erkrankungen, für die eine Verordnung zur Vergabe und Überwachung der Medikation angedacht ist, und die kognitiv in der Lage sind, durch die gezielte Intervention mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu übernehmen, werden die Adherence- Therapie von der Bertelsmann BKK finanziert bekommen. Die Verordnungs-

kompetenz der Therapie sowie die Evaluationskriterien des Projektes werden zurzeit noch mit der Krankenkasse verhandelt.

Aktueller Projektstand

Die ersten Sondierungsgespräche mit der Krankenkasse begannen vor einem Jahr. Grundsätzliche Informationen zur Adherence – Therapie wurden ausgetauscht und gemeinsam überlegt, ob die Intervention sowohl für Patienten nach Klinikaufhalten, wie auch für ambulante Patienten, z.B. niedergelassener Fachärzte, sinnvoll sein kann. Es folgten weitere Sondierungsgespräche um die Patientengruppe einzugrenzen, die für die Adherence- Therapie in Frage kommen soll. In der Anfangsphase sollte die Maßnahme für alle psychisch erkrankten Versicherten gelten, die Psychopharmaka verordnet bekommen, und bei denen von einer mangelnden Compliance ausgegangen wird. In weiteren Verlauf der Gespräche wurde die Patientengruppe auf Wunsch der Krankenkasse auf Menschen mit einer Schizophrenie eingegrenzt, um die Gruppe in der Modellphase möglichst klein zu halten. Erst nach einer erfolgreichen Umsetzung des Modellversuches, soll die Adherence – Therapie auf weitere psychischer Erkrankungen ausgeweitet werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Kasse war der Hinweis darauf, dass das Verordnungsvolumen von Ambulanter Psychiatrischer Pflege nicht ausgeweitet wird.

An diesem Punkt zeigt sich eine Problematik, die immer wieder in Verhandlungen mit Kostenträgern auftaucht, wenn es darum geht innovative ambulante Behandlungsmodelle zu verhandeln. Aus Kassensicht sind sie nicht finanzierbar, wenn nicht gleichzeitig Kosten im stationären Bereich eingespart werden. Erfahrungen zeigen, dass gute ambulante Modelle zusätzlich zu den stationären Behandlungsangeboten genutzt werden, und es letztlich insgesamt zu Kostensteigerungen kommt. Nun ist es für einen Ambulanten Dienst kaum möglich, Einfluss auf die Belegungsstrategien der Kliniken zu nehmen. Eventuell wird es möglich sein, nach einem Zeitraum von etwa

einem Jahr zu evaluieren, ob Patienten, die Adherence- Therapie erhalten haben, seltener in einer Klinik aufgenommen werden mussten.

Dieser Faktor könnte in die Evaluation des Modellprojektes mit einfließen. Die Evaluation im aktuellen Projektstand noch nicht abschließend festgelegt. Einigkeit besteht darüber, dass Methoden wie „Pill-Counting“, also das Nachzählen der Medikamente ebenso wie die Bestimmung des Medikamentspiegels ausscheiden. Tendenziell soll eine Patientenbefragung zu einem späteren Zeitpunkt - z.B. nach einem Jahr - Auskünfte über die subjektive Zufriedenheit der Betroffenen geben. Dabei können auch Fragen wie die Wiederaufnahmen in Kliniken, oder Veränderungen des eigenen Krankheitsmanagements behandelt werden.

Hauptziele des Projektes sind Erhöhung der Lebensqualität, Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Patienten.

Zum Projekt wird ein Flyer mit grundsätzlichen Informationen zur Adherence – Therapie erstellt. Der Flyer wendet sich an Patienten und soll bei Bedarf von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und von Fachärzten für Neurologie ausgegeben werden. Der Ambulante Pflegedienst wird alle Fachärzte, mit denen er zusammenarbeitet in einem persönlichen Gespräch ausführlich über das Projekt informieren.

Nach derzeitigem Projektstand sollen Patienten identifiziert werden, die eine Verordnung zur Medikamenteneinnahme bekommen, weil beim verordnenden Arzt Zweifel an der Compliance bestehen. Derartige Verordnungen stellen im Kreis Gütersloh mittlerweile einen sehr großen Teil der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP)- Verordnungen dar.

Durch die beschriebenen Vorgaben wird die ambulante Adherence – Therapie in der Projektphase nur eine relativ kleine Patientengruppe erreichen. Sollte das Projekt erfolgreich sein, könnte in einem zweiten Schritt das Projekt auf weitere psychische Erkrankungen und auf die gesamten Betriebskrankenkassen in Ostwestfalen-Lippe ausgeweitet werden. Damit würde ein Weg geebnet, die Adherence- Therapie in ambulanten Versorgungsstrukturen zu etablieren.

Literatur

1. Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., et al. (2006). *Adherence*
2. *Therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 189, 508-514.*
3. Gray, R., White, J., Schulz, M., & Abderhalden, C. (2010). *Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research. Int J Ment Health Nurs, 19(1), 36-44.*
4. Schulz, M., Stickling-Borgmann, J., Spiekermann, A. (2009). *Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege am Beispiel der Adhärenz-Therapie. Psychiatrische Pflege heute, 15 (5), 226- 231.*
5. <http://www.dv-adherence.de/>

23. Vernetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege mit Psychiatrischen Kliniken

Bruno Hemkendreis, Udo Finklenburg

Anlässlich eines Treffens Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienste (APP) aus Österreich, der Schweiz und Deutschland wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Arbeitsweise und den Rahmenbedingungen für die APP diskutiert. Von allen Teilnehmern wurde berichtet, dass die Angebote der APP nicht flächendeckend bekannt sind. Oft sind persönliche Bekanntschaften und Arbeitsbeziehungen ausschlaggebend dafür, dass Klienten vermittelt werden. Dieses Phänomen sei in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten, wie auch mit den Stationen der Psychiatrischen Kliniken vorhanden[1].

Damit stellt sich die Frage, ob eine Empfehlung zur APP von der therapeutischen Notwendigkeit, oder von zufälligen Informationen und persönlichen Arbeitsbeziehungen zu einem Pflegedienst abhängt.

Die Möglichkeit, APP zu erhalten, sollte allen Patienten zur Verfügung gestellt werden, die diese benötigen. Durch ein geregeltes Entlassmanagements könnte diese Forderung insofern umgesetzt werden, dass APP grundsätzlich abgefragt, und dort wo nötig, angeboten wird. „Versorgungsbrüche manifestieren sich besonders beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich. Sie führen zu unnötiger Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber auch durch die damit oftmals verbundenen „Drehtüreffekte“ zur Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen [2].“

Dazu zwei Zitate aus der Evaluation „Patientenüberleitung in Essen“, einem Modellprojekt im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und des Gesundheitsamtes Essen [3]: „Grundböck et al. (2005) haben ein Modellprojekt zum Entlassmanagement evaluiert und zeigten, dass den Patienten Informationen über Beratungsangebote fehlten.

Gut beratene Patienten fühlen sich sicherer und stufen ihre Zufriedenheit mit der Beratung als sehr hoch ein [4].“

„Eine Evaluation des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2005) hatte die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ihren Kooperationspartnern zur Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung der Patienten zum Ziel. Die Ergebnisse zeigen, dass das Entlassmanagement die Wiederaufnahmerate senken kann [5].“

In Deutschland ist die APP weit von einem flächendeckenden Angebot entfernt. Vielerorts existieren keine ambulanten psychiatrischen Pflegedienste. Oft sind die Voraussetzungen für die APP so hoch, dass kein Dienst diese Hürde nimmt. Z.B. werden als Voraussetzung für die APP sieben Fachpflegekräfte Psychiatrie gefordert [6].

In einer Pressemitteilung zum Barmer GEK Report Krankenhaus 2011, Schwerpunkt: *Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen* [7] heißt es: „Nirgendwo sonst sind individuelle Behandlungskonzepte und sektorübergreifende Ansätze dringlicher als im Bereich der psychischen Erkrankungen [8].“ Leider wird ambulante Behandlung hier ausschließlich als Psychotherapie beschrieben. Die APP, die oft einen wesentlichen Beitrag zur Behandlung psychischer Erkrankungen leistet, bleibt unerwähnt. Dazu zeigt die Umfrage deutlich, dass sowohl in Hinblick auf Verordnungshäufigkeit, wie auf Wichtigkeit, APP und Psychotherapie gleichrangig sind.

Umfrage

Mit Hilfe eines Fragebogens wurde erhoben, in wieweit in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken ein Entlassmanagement besteht, ob APP oder andere ambulante Angebote im Fokus stehen, und wie der Informationsstand bzgl. ambulanter Nachsorge ist. Die Fragebögen wurden über diverse Netzwerke psychiatrisch Pflegenden verteilt. Aus der Schweiz kamen zeitnah Fragebögen online, und in Papierform zurück. Beteiligt haben sich viele Kliniken und Pflegepersonal. Aus Österreich haben sich primär die Kliniken

beteiligt, in deren Einzugsgebiet APP zugänglich ist. Der Rücklauf aus Deutschland war anfangs sehr verhalten, steigerte sich jedoch. Beteiligt haben sich Kliniken, in deren Einzugsgebiet APP genutzt wird, wie auch Kliniken aus Gegenden, in denen keine APP existiert. Der Fragebogen besteht aus 11 Fragen dazu ob ein geregeltes Entlassmanagement von Pflegenden oder von anderen Berufsgruppen durchgeführt wird, wann damit begonnen wird und welche ambulanten Maßnahmen vorwiegend empfohlen werden. Es folgen Fragen wie viele Patienten ambulante Angebote benötigen, wie viele diese tatsächlich erhalten, und wie die Wichtigkeit der Maßnahmen: APP, Ambulant Betreutes Wohnen, Psychotherapie, Soziotherapie und Ambulante Ergotherapie eingeschätzt wird.

Abgefragt wird außerdem Berufsgruppe, Tätigkeitsbereich, Kontakte zu Anbietern, und Informationsdefizite zu den Angeboten. Ein Freitextfeld bietet die Möglichkeit zu weiteren Kommentaren.

Stationäre und teilstationäre Nachsorgemöglichkeiten wurden nicht abgefragt. Im Freitextfeld wurde mehrfach eine höhere Differenzierung der Fragen gewünscht. Insgesamt gab es viele positive Rückmeldungen zur Wichtigkeit der Befragung. Mehrfach wurde das Entlassmanagement als wichtig und notwendig beschrieben, im klinischen Alltag würde es jedoch nicht selten an Abstimmungsproblemen zwischen den Berufsgruppen, oder an institutionellen Problemen, z.B. vorschnelle Entlassungen auf Grund von Aufnahmedruck scheitern.

Fragestellungen an ambulant Tätige

Wie erlebt ambulant tätiges Pflegepersonal die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kliniken? Wird die APP ernst genommen, bemühen sich die Kliniken, einen sinnvollen Informationsfluss, eine konstruktive Zusammenarbeit zu gewährleisten? Oder funktioniert APP nur, wenn freundschaftliche Kontakte das Angebot in den Fokus rücken?

Methode

Auch hier wurde eine Umfrage genutzt, welche aus 17 Fragen, geordnet nach 5 Blöcken bestand. (Herkunft, Zeitpunkt, wer informierte, wie fand die Information statt, Einbezug des Klienten) Der Fragebogen wurde online an die im Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP) organisierten Freiberuflichen Pflegefachkräfte der (deutschsprachigen) Schweiz (CH), über Newsletter der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) an die APP Organisationen Deutschlands (D) und per Mail an ambulant tätige Fachpersonen in Österreich (A) versandt. Der Rücklauf aus A (16 Antworten von rund 30 Anfragen) und CH (46 Antworten von rund 140 Anfragen) war realistisch, aus D eher verhalten (16 Antworten von rund 4000 Anfragen), im gesamten standen 78 Beantwortungen zur Verfügung. Als Indikator vermutet der Autor den Zeitpunkt und die Art der Information der APP über bevorstehende Austritte.

Ergebnisse

Unter den beteiligten Ländern gab es keine signifikanten Unterschiede. Überall wurde in annähernd 50% der angemeldeten Patienten 7 bis 14 Tage vor Austritt die APP informiert und in den Austrittsprozess einbezogen. Es fällt auf, dass in rund 30% die APP vor dem Austritt des Klienten NICHT informiert wurde. Die Sozialarbeiter in den Kliniken scheinen für das Entlassmanagement zuständig zu sein, in über 50% der Fälle organisieren sie den Austritt, die (Bezugs-)Pflege scheint für die Sozialarbeit einzuspringen, Ärzte übernehmen diese Aufgabe eher selten. Gelegentlich kommt es vor, dass Klienten selber aus der Klinik heraus Nachbetreuung organisieren. Der direkte Kontakt scheint den Kliniken wichtig, rund 80% der Klienten werden per Telefon angemeldet. Aber auch Anfragen per Mail gewinnen an Bedeutung. Nur gelegentlich wird der APP ein Austrittsbericht zur Verfügung gestellt, auch besteht selten die Möglichkeit, den pflegerischen Bedarf während eines Erstgesprächs in der Klinik zu erheben. Die Österreicher haben hier am häufigsten Gelegenheit. Verwirrender erscheint die Frage nach dem

Einbezug des Klienten. Einerseits gibt es klare Einschränkungen z.B. durch das begrenzte Angebot an APP in der jeweiligen Region, insbesondere findet sich häufig in den entsprechenden Kreisen, falls überhaupt, nur ein APP Anbieter. Gelegentlich kommt es vor, dass Klienten nicht in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden oder nicht über APP informiert worden. Es lässt sich aber mehrheitlich feststellen, dass die Kliniken sich bemühen, den Klienten umfassend zu informieren und ihn in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Diskussion

Das reine Zahlenmaterial lässt kaum Rückschlüsse über die Zusammenarbeit Klinik/APP zu. Einzig die geringe Anzahl abgegebener Austrittsberichte könnte einen Hinweis darauf geben, dass die APP nicht zwingend wahr und ernst genommen wird. Vielmehr erscheint sogar vordergründig der Eindruck, dass viele Erwartungen der APP schon erfüllt werden (rechtzeitige Information, Einbezug des Klienten, direkte Kontaktaufnahme). Erst ein Blick auf die abgegebenen Kommentare lässt Schlussfolgerungen zu:

- Frühzeitige Information erfolgt nur, wenn die betreffende Pflegeperson regelmässig mit der Klinik / Station im Kontakt ist
- Sozialarbeiter sind zwar mit der Organisation der Nachbetreuung beauftragt, verfügen aber häufig über wenige Informationen, was APP eigentlich beinhaltet.
- Die (Klinik-)Pflege tritt kaum auf, vertraut nicht auf eigenes Fachwissen und verweist gerne an die Ärzte.
- Klienten werden oft nur oberflächlich informiert, vielen wird die APP aufgedrängt, manche nutzen sie, um schneller entlassen zu werden und sie kurz nach Austritt zu kündigen.
- Aber: das Angebot würde mehr genutzt werden, wenn es flächendeckender angeboten würde.

Alles in allem scheint sich die Vermutung zu bestätigen, dass die Zusammenarbeit mit den Kliniken mit der Qualität persönlicher Kontakte steht und

fällt. Das Wissen über APP ist, wo überhaupt bekannt, eher lückenhaft, zum Teil mit unrealistischen Ansprüchen („Helfen Sie dem Klienten die Wohnung putzen“) bis die Möglichkeiten nicht kennend („Ach, das tun Sie auch?“). Das stationäre Pflegepersonal als unser berufliches Gegenüber wirkt eher unschlüssig, nicht auf die eigenen Fähigkeiten vertrauend.

Schlussfolgerung

„Psychiatrische Pflege“ sollte als Gesamtkonzept verstanden werden, nicht beschränkt auf „Klinik“ oder „Ambulant“. Alle Teile der Psychiatrie arbeiten (in den letzten Jahren im Rahmen von Recovery und Empowerment vermehrt) an der Genesung und der Verselbstständigung des Klienten. Ein Klinikaufenthalt ist kein Scheitern der ambulanten Betreuung, und die Klinik ist kein um alles zu verhindernder Umstand. Vielmehr sollte sich die Haltung durchsetzen, dass „die Nachbetreuung beim Eintritt“ anfängt, und dass alle Akteure lernen müssen, die anderen zum Nutzen des Klienten mit einzubeziehen.

Folgende Massnahmen könnten zum Erfolg führen:

- Fester und gleichberechtigter Einbezug ambulanter Themen in die Stoffpläne der Pflegeschulen
- Regelmässige Kontaktaufnahme der APP Verbände (BAPP, VAPP) mit den Kliniken, um die Möglichkeiten der APP zu diskutieren und sie bekannt zu machen
- Konstruktive Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, um verbindliche Strukturen für die APP zu erarbeiten

Natürlich wäre es auch hilfreich, wenn die Politik in den jeweiligen Ländern sich klar für die APP ausspricht und durch entsprechende Gesetze den Weg ebnet.

Literatur

1. *Hemkendreis, B., Ambulante psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum, in Psych Pflege Heute, 130-132, 3/2011*

2. *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück 2009*
3. *IMIBE, Evaluation des Modells Patientenüberleitung in Essen, Universitätsklinikum Essen 2008*
4. *Grundböck A., Rappauer A. Müller G. Sticker, S., Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen. Pflege (2005), Heft 18, 121-127*
5. *Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wien: bmgf. 2005*
6. *Schulz, M., Hemkendreis, B., Löhr, M., Haßlinger, V. Ambulante Gesundheits- und Krankenpflege in der Gemeindepsychiatrie, Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie, 12-15, 2009*
7. *ISEG, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Barmer GEK Report Krankenhaus 2011*
8. <https://www.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal>

24. Vom Verstummen zur eigenen Sprache: Die wisli- Textwerkstatt – ein Recovery Projekt konkret

Claus Herger, Rose Herger

Einleitung

Manchmal fehlen mir die Worte – so beschreibt ein Mitglied der wisli-Textwerkstatt sein sprachliches Verstummen. Die wisli-Textwerkstatt ist seit drei Jahren alle vierzehn Tage Treffpunkt für 6 - 8 Menschen mit einer lang-jährigen, chronischen, psychischen Beeinträchtigung. Sie treffen sich zum gemeinsamen Schreiben und Austausch ihrer Geschichten. Die Gruppe wird geleitet und moderiert von Rose und Claus Herger, Erwachsenenbildnerin, Pflegefachfrau FH und Psychologe. Wisli umfasst ein breit gefächertes sozialpsychiatrisches Angebot in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur und Integration. Träger ist der Verein für Sozialpsychiatrie, Zürcher Unterland. Die Gruppe trat im März 2011 mit einem Buch, dem Wörterbuch, und einem 30 minütigen Dokumentarfilm an die Öffentlichkeit.

Die Gruppe und ihre Mitglieder

Beim aktuellen Buchprojekt gehören der Gruppe 2 Frauen und 5 Männer im Alter zwischen 40 und 60 Jahren an. Alle sind in psychiatrischer Behandlung und erhalten Psychopharmaka. Alle Gruppenmitglieder gehen einer Arbeit an einem geschützten Arbeitsplatz nach, mehrheitlich halbtags. 2 Teilnehmer leben in einer festen Beziehung, die übrigen sind alleinstehend, 3 haben Kinder, 2 wohnen in einer betreuten oder begleiteten Wohnform, 5 leben selbstständig. Ihre Freizeitgestaltung erfolgt individuell organisiert oder in einem sozialpsychiatrischen Freizeitclub. Ausser einem Gruppenmitglied sind alle in ein familiäres Netz eingebunden, übrige Freundschaften pflegt nur ein Gruppenmitglied. Die meisten von ihnen haben die normale obligatorische Schule besucht, einige davon mit Lehrabschluss.

Sämtliche Teilnehmer beziehen auf Grund ihrer psychischen Beeinträchtigung Leistungen der IV (Schweizerische Invalidenversicherung, Rente).

Die Gruppe wird offen geführt. Neue Mitglieder können jederzeit dazu stossen, ein Austritt ist auch jederzeit möglich. Die Teilnahme ist kostenlos, die räumliche Infrastruktur stellt das wisli, die Tätigkeit der Gruppenleiter erfolgt unentgeltlich und ehrenamtlich.

Erfahrungen in der stationären Psychiatrie, Dauermedikationen über viele Jahre, Isolations- und Ausgrenzungserfahrungen tragen bei den Gruppenmitgliedern dazu bei, dass sie sich in soziale Nischen und Privatwelten zurückgezogen haben. Auch sprachlich passten sie sich dem psychiatrischen Jargon an. Sie lernten über sich in diagnostischen Kategorien zu reden. Ihre Gedanken und Handlungen kreisten immer wieder um Krankheit und Behinderung.

Einzelne Gruppenmitglieder sind sehr rede- und schreibgewandt. Andere verfügen nur über ein eingeschränktes Ausdrucksrepertoire. Eindrücklich bleibt dabei jedoch, wie auch ein reduzierter Wortschatz zu präzisen, oft tiefgründigen Formulierungen führen kann.

Die Gruppenleiter verfügen über langjährige berufliche Erfahrung im psychiatrischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Feld. Sie verstehen sich als Teil der Gruppe und beteiligen sich am Schreibprozess mit eigenen Textbeiträgen, sind aber klar in einer Leitungsposition und steuern den gruppendynamischen Prozess der Gruppe.

Die Gruppe ist keine Therapiegruppe, der Prozess hat jedoch durchaus therapeutische Effekte. Buch- und Filmprojekt wurden durch das wisli, diverse externe Sponsoren und den Verkauf der Bücher finanziert.

Ablauf einer Textwerkstatt Sitzung

Die Gruppe trifft sich 14 täglich für 90 Minuten in der Tagesstätte des wisli abends um 18 Uhr, nach der Arbeit. Zunächst begrüsst man sich und tauscht aus über Erlebtes und Geschehenes der letzten Tage. Dann folgt in der Regel ein Input durch die Leiter: Z.B. Vorlesen eines Textes (Zeitungsnotiz, Gedicht, Geschichte, Textauszug), gemeinsames Musikhören, Fotobetrachtung, Themen und/ oder Projektvorgabe. Der Input dient der Anregung zum eigentlichen Kerngeschäft der Gruppe: dem Schreiben. Manchmal sind es auf 20 Minuten begrenzte Schreibsequenzen mit nachfolgendem Vorlesen und Austauschen. Manchmal erstreckt sich das Schreiben über mehrere Sitzungen und Überarbeitungen zu Hause. Nach einer Stunde folgt ein kurzer Unterbruch für die gemeinsame Kaffeepause, um 19. 30 Uhr trennt sich die Gruppe.

Im Ablauf eines Abends folgen konzentrierte auf lustig, entspannte aber auch langweilige Momente; es wird viel gelacht, oft muss man den Redefluss eines Erzählers unterbrechen, andere müssen herausgefordert werden. Es entstehen immer wieder Sequenzen voller Komik oder auch Momente tiefer Betroffenheit.

Projekt Buch und Film

Über ein Jahr arbeitete die Gruppe an dem Projekt Buch und Film. Am Beginn des Projektes stand eine simple Konzentrationsübung: Um sich auf das Schreiben einzulassen, haben wir eine einfache Vorgabe gemacht: „Schreibt alle Wörter, die Euch zum Buchstaben A in den Sinn kommen auf, und bildet zu jedem Wort noch einen Satz oder Spruch, der das Wort erklärt.“ So sind wir mit der Gruppe im Laufe mehrerer Monate das ganze Alphabet durchgegangen. Während des Schreibprozesses kam die Idee auf, wir könnten die Wörterlisten zu einem – zu unserem persönlichen – Wörterbuch zusammenstellen.

Wir wollten es aber nicht dabei bewenden lassen. In einem weiteren Arbeitsschritt schrieben wir zu ausgewählten Wörtern noch kurze Geschich-

ten. Die Gruppenteilnehmer verfassten diese Geschichten in maximal 20 Minuten, lasen diese sich dann gegenseitig vor und diskutierten darüber. So entstanden aus Buchstaben Wörter und aus Wörter Geschichten.

Um die Lebendigkeit dieses Prozesses noch zu verdeutlichen, entschieden wir uns in der Gruppe für ein weiteres Gestaltungselement: Den Film. Wir suchten nach einer filmischen Sprache, mit der man für Aussenstehende nachvollziehbar darstellen kann, was in der Textwerkstatt geschieht und welche Menschen sich hinter den Geschichten verbergen.

Der Film beginnt bei den Buchstaben, vom plakativen A, über M und S bis zum Z. Die Buchstaben bilden den leuchtend, farbigen Hintergrund für das Suchen nach Wörtern, das Suchen nach Ausdruck, nach Sprache. Der Film führt von den Wörtern an Geschichten heran. Zunächst sind es kurze Gedankensplitter, Erinnerungsfetzen, Kommentare. Diese werden verdichtet mit Erlebtem, mit Schicksal, mit Biographie. Aus dieser Verdichtung entstehen Geschichten mit persönlicher, individueller, intimer Färbung.

Die filmische Realisierung erfolgte mit einem professionellen Team unter Leitung von Edgar Hagen, Filmmemacher und Regisseur aus Basel.

An verschiedenen Anlässen (Wildwuchsfestival Basel, Jahreskongress Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Interlaken, Tag der psychischen Gesundheit 2011 in Winterthur, Dreiländer Pflegekongress Oktober 2011 in Bern, Jahresversammlung Spitex Dielsdorf etc.) treten die Mitglieder der Textwerkstatt mit Lesungen aus dem Buch und mit dem Film auf. Diese Auftritte sind ein wesentlicher Aspekt des Projektes, geht es doch auch darum, im öffentlichen Raum Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung eine Stimme zu geben. Diese Möglichkeit ist von den Gruppenmitgliedern mit grossem Engagement aufgenommen worden. Nach Überwindung des ersten Lampenfiebers gehen sie inzwischen sehr routiniert mit diesen öffentlichen Auftritten um. Der Schritt nach Draussen soll auch andere Gruppen animieren, ähnliche Initiativen zu starten.

Das Wiedererlangen der eigenen Ausdrucksmöglichkeiten, das zur Sprache bringen der eigenen Geschichten, setzt einen vertrauensvollen, respektvol-

len Rahmen voraus. Der Respekt vor den Beiträgen jedes Einzelnen bildet den Nährboden für ein fruchtbares Zusammenarbeiten in der Gruppe. Es gibt keine „falschen“ Geschichten, es gibt keine Noten oder Bewertungen. Das Arbeiten an der Ausdrucksfähigkeit, das Erweitern des Wortschatzes findet in der Textwerkstatt durchaus statt. Die Gruppenmitglieder exponieren sich mit sehr persönlichen Aussagen, sie zeigen sich, sie setzen sich der Kritik aus. Wieviel Mut dies braucht weiss jeder, der schon einmal einen eigenen Text vor Publikum vorgetragen hat.

Die Gruppe geht nicht von den Defiziten sondern von den Ressourcen ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus. Jeder hat etwas zu erzählen und beizutragen. Das Schreiben in der Gruppe aktiviert Selbstheilungskräfte, indem es zur Selbstreflexion und zur kreativen Auseinandersetzung mit anderen anregt. So gesehen realisiert das Projekt zentrale Anliegen des Recovery Gedankens. Das Formulieren und Vortragen der eigenen Geschichten ist für die Gruppenmitglieder über das Gruppengeschehen hinaus heilsam und wertvoll. Es stärkt ihr Selbstwertgefühl nicht nur in der Gruppe, sondern auch in ihren alltäglichen, sozial Bezügen.

Zusammenfassung

Eine Gruppe von Menschen mit langjährigen psychischen Beeinträchtigungen trifft sich vierzehntäglich zum gemeinsamen Schreiben und Austauschen von Geschichten. Daraus ist ein Buch und ein 30 minütiger Dokumentarfilm entstanden. Buch und Film werden von der Gruppe an öffentlichen Anlässen vorgeführt und zur Diskussion gestellt. Sprachlosigkeit überwinden, Mut machen, um den eigenen Anliegen einen Ausdruck zu geben, dies sind Ziele der Textwerkstatt. Damit stellt sich das Projekt in die Tradition anderer Recovery orientierter Initiativen.

25. Man muss halt miteinander schwatzen

Helen Himmelberger

Hintergrund

Eine Demenzerkrankung ist für alle Beteiligten eine grosse Herausforderung. Dies gilt für alle die an dieser Dreiecksbeziehung beteiligt sind [1] Bewohner, deren Angehörige sowie das Behandlungspersonal. Wir Pflegende treten deshalb nicht nur mit den Erkrankten in eine Beziehung, sondern auch mit deren Angehörigen. Wir im Pflegeheim Eggfeld (Station 3/E) verwenden beispielsweise rund ein Drittel unserer Arbeitszeit für die Betreuung der Angehörigen.

In unserer geschlossenen Wohngruppe werden auf zwei Gruppen verteilt, 20 an Demenz erkrankte Bewohner betreut. Da wir uns auf dem Areal der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Wil befinden, somit auch von ärztlicher Seite gut abgedeckt sind, auch mal kurzfristig verlegen können, betreuen wir vor allem verhaltensauffällige Bewohner, die in einem so genannt „normalen Pflegeheim“ nicht tragbar wären.

Problemstellung

Die Angehörigen von Demenzerkrankten sind grossen, vor allem emotionalen Belastungen ausgesetzt. Zu Beginn der Erkrankung sind sie vom Verhalten ihres Familienmitglieds oft befremdet. Angehörige verstehen die Verhaltens-Auffälligkeiten meist nicht, weil sie diese nicht immer der Krankheit zuordnen, sondern glauben, der Demenzkranke verhalte sich absichtlich so. Ist die medizinische Diagnose einmal gestellt, hoffen viele darauf, dass ihr Angehöriger wieder gesund wird oder sich zumindest sein Zustand verbessert. Solche Erwartungen werden sehr oft enttäuscht, was wiederum zu negativen Gefühlen wie Ärger, Zorn oder Ohnmacht führen kann. „Wir haben ihn doch zu euch gebracht, damit es ihm und uns besser geht, jetzt macht doch etwas“. Wir stellen fest, dass viele Angehörige zwar gut über die

Krankheit informiert sind, aber die Tatsachen oder die Realität verdrängen oder vergessen.

Verständlicherweise will man sich nicht mehr an die schlaflosen Nächte erinnern, an die oft durch aggressives Verhalten geprägte anspruchsvollen und schwierigen Situationen, an den Umstand, dass man die demenzerkrankte Person nicht mehr alleine lassen kann, oder an die Ängste, Ohnmacht und vieles mehr. Die meisten Angehörigen sind an ihre Grenzen gestoßen. Wir haben die letzten Jahre die Erfahrung gemacht, dass Angehörige ihre Partner oder Eltern erst in ein Heim bringen, wenn sie schon lange überfordert sind oder schon selber erkrankt und aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr fähig sind die demenzerkrankte Person weiterhin zu betreuen. Viele leiden danach an Schuld- und Schamgefühlen und müssen oft auch aus ihrem Umfeld hören, dass sie ihren Partner „abgeschoben“ haben. Auf diesem Hintergrund entsteht oft ein Rechtfertigungsdrang. So erleben wir öfters, dass die „Schuld“ bei Pflegenden gesucht und natürlich auch gefunden wird. Sie beschwerten sich über das nicht immer korrekte angezogene Kleidungsstück, über eine schlechte Rasur, und über „verlorene“ Gegenstände wie etwa Brillen, Prothesen oder Schuhe. Wir wissen inzwischen aber, dass das oft die einzige Möglichkeit ist, sich für ihre Angehörigen einzusetzen und können uns dementsprechend verhalten.

Ziel

Das Ziel aller Beteiligten ist eine gut funktionierende Dreiecksbeziehung zwischen Bewohner, Angehörige und Behandlungspersonal. Konkret heisst das: Angehörige sollen sich auf unserer Station wohl und vor allem willkommen fühlen. Sie sollen uns vertrauen können. Dafür müssen wir in ständigem Kontakt mit ihnen sein, sie direkt bei ihren Problemen abholen. Das heisst, die Angehörigen immer sofort ansprechen, sie begrüßen, ihnen etwas anbieten und nach ihrem Befinden fragen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Ängste und Unsicherheit auszusprechen.

Vorgehen

Wir haben mit der Angehörigenarbeit bei der Eröffnung im Jahr 2002 begonnen und sie laufend angepasst und weiter ausgebaut.

Angehörigentreffen jeden letzten Mittwoch alle zwei Monate

Zuerst haben wir die Angehörigen zu Treffen eingeladen, weil wir gemerkt haben, wir müssen die Angehörigen zusammenbringen. Vorteilhaft ist es, wenn Angehörige Informationen zur gleichen Zeit gemeinsam erfahren, da sie die Gelegenheit haben sollen, sich untereinander auszutauschen und kennen lernen.

In der ersten halben Stunde des Treffens referieren die Pflegenden über ein Thema – etwa die Behandlung, Stadien und Symptome der Demenz, Kommunikation, Würde, rechtliche oder finanzielle Aspekte der Krankheit. Anschliessend diskutieren wir das Thema mit den Angehörigen.

Bei diesen Treffen entsteht unter den Angehörigen ein Wir-Gefühl, wobei sie erkennen, dass sie nicht allein sind und dass es den andern genau so geht. Scham- und Schuldgefühle werden angesprochen und somit vermindert. Typische Rückmeldungen von Angehörigen sind etwa: „Es erleichtert und tut gut, wenn ich höre, dass sich nicht nur mein Partner so verhält“ oder „hier kann auch mal darüber gelacht oder geweint werden“. Befremdende Verhaltensweisen, wie auch aggressives Verhalten können gemeinsam diskutiert und erklärt werden.

Auch für uns Pflegende gibt es eine gewisse Sicherheit, damit wir uns nicht immer rechtfertigen müssen. Dies zeigt sich so: Angehörige verstehen, wenn ihr Partner z.B. nicht fertig rasiert ist, dass **er** nicht mehr wollte und nicht etwa, dass **wir** keine Zeit dazu hatten. Die Angehörigen kennen und lernen unser Konzept zu verstehen und unterstützen uns so auch dabei. Die Treffen sind so beliebt, dass fast alle Angehörige daran teilnehmen. Oft schlagen die Angehörigen selbst Themen für das nächste Treffen vor.

Angehörigensprechstunde jeden Dienstag von 09.00 bis 11.00 Uhr

Als weiteres Angebot bieten wir jeden Dienstagmorgen zwei Stunden an, wobei das Telefon speziell für die Angehörigen reserviert ist. Hier können Termine für Gespräche abgemacht, oder Probleme direkt besprochen werden. Die Sprechstunde wird vor allem von den „neuen Angehörigen“ in Anspruch genommen. Sie werden beim Eintritt darüber informiert und erhalten eine Visitenkarte der Station mit den wichtigsten Informationen. Die Anzahl der Anrufe variiert zwischen keine und zehn Anrufen. Die häufigsten Themen sind finanzielle Fragen oder persönliche, familiäre Probleme.

Familiengespräche – Eintritts- und regelmässige Standortgespräche

Beim Eintrittsgespräch wird mit den Angehörigen zusammen die Biografie mit Hilfe eines speziellen Assessment-Formulars für Vorlieben und Eigenheiten der Kranken erarbeitet. Diese Angaben benötigen wir vor allem für die integrative Validation, Aktivierung und die Betreuung allgemein. Weitere Standortgespräche finden je nach Bedarf statt, in denen Themen wie Palliative Care, Sterbebegleitung, Einsatz von Antibiotika, Zwangsmassnahmen oder Aggressionsmanagement, Finanzen und Hilfsangebote geht. Bei diesen Gesprächen nehmen Angehörige, die Stationsleitung oder deren Stellvertretung, die Heimärztin, wenn möglich die Heimleitung, und bei Bedarf Sozialarbeiter oder Beistand teil.

Anlässe

Was uns die Angehörigen auch näher bringt, sind die Einladungen an unsere verschiedenen Feste – etwa an Weihnachten, am 1. August, an Ostern – oder spontane „Grillpartys“ in unserem geschlossenen Garten. Eine familiäre Atmosphäre entsteht auch dadurch, dass wir keine festen Besuchszeiten haben. Angehörige sind immer willkommen. Die Kaffeemaschine und Getränke stehen ihnen zur Verfügung. Angehörige werden ferner in die Pflege und Betreuung mit einbezogen. Sie dürfen mitessen oder ihren Angehörigen beim Essen helfen. Da viele Angehörige dadurch regelmässig, fast täglich kommen, sind sie immer gut informiert. Sie erleben so auch viele gute Mo-

mente ihres Angehörigen und können so auch besser mit schlechten oder anspruchsvollen Momenten umgehen.

Ergebnisse und Erfahrungen

Durch diese enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen, stellen wir fest, dass sie bei Anliegen oder Sorgen direkt zu uns kommen und uns ansprechen. Angehörige, deren Demenzerkrankte schon länger bei uns sind, übernehmen oft die Betreuung oder Anleitung von so genannten neuen und unerfahrenen Angehörigen. Bei den regelmässigen Treffen entstehen bisweilen auch Freundschaften unter ihnen, sie spüren, dass sie nicht alleine sind und entfliehen so der Gefahr zu vereinsamen.

Dadurch dass auch wir immer direkt und sofort auf die Angehörigen zugehen und sie ansprechen, erhalten wir Kritik aus erster Hand, aber auch Lob und Anerkennung. Wir stellen auch fest, dass wir viel weniger Konflikte mit den Angehörigen austragen müssen und erleben sie sind ausgeglichener und geduldiger im Umgang mit ihren Partnern. Somit lernen Angehörige, dass sie mit uns zusammen Probleme konstruktiv und lösungsorientiert anzugehen. Sie dürfen und können in der Rolle als Angehörige oder Besucher kommen, die Belastung und grosse Verantwortung der Betreuung konnten sie abgeben, denn diese Rolle wird jetzt von einer professionellen Pflege übernommen.

Auch unser Verhalten den Angehörigen gegenüber hat sich verändert. Wurden Angehörige vorher im Team schnell als Störfaktor [2] angesehen, lernen wir, dass wir die Angehörigen zu unseren Verbündeten machen müssen und sie dabei mit einbeziehen, beraten und aufklären. Die positiven Erfahrungen Angehöriger führen dazu, dass über Mundpropaganda unser Heim in der Öffentlichkeit positiv wahrgenommen wird. Das Pflegeteam selbst wird durch Weiterbildung (Angehörigenarbeit VASK, Kommunikation, Validation, Transaktionsanalyse, Aggressionsmanagement) Supervisionen, Fallbesprechungen oder Teamsitzungen unterstützt und begleitet.

Diskussion

Obwohl keine systematische Auswertung der Angehörigenarbeit vorliegt, sind aus unserer Sicht die Ziele – die direkte Kommunikation und das Vertrauen der Angehörigen – weitgehend erreicht. Das heisst aber nicht, dass wir uns auf unseren Lorbeeren ausruhen können, wir müssen immer dranbleiben, da immer wieder neue Angehörige und damit neue und andere Probleme, Situationen oder Konflikte dazukommen. Durch entlastete und selbstbewusste Angehörige, erleben wir weniger Agitation bei den Bewohnerinnen und Bewohnern und gleichzeitig eine vermehrte subjektive Zufriedenheit bei den Pflegenden. Dank der Angehörigenarbeit fällt der Rechtfertigungszwang der Pflegenden gegenüber den Angehörigen weg und setzt Kräfte frei für die anspruchsvolle Betreuung der Demenzerkrankten. Haben Angehörige unser Pflegekonzept verstanden, so erhalten wir als Pflegende von den meisten Angehörigen Unterstützung, Lob und Anerkennung.

Probleme können – nach unserer Erfahrung – dann entstehen, wenn etwa Angehörige selbst an Demenz erkrankt sind und dadurch Verständigungsschwierigkeiten entstehen, wenn die Kinder jüngerer Demenzerkrankte noch nicht mit der Krankheit umgehen können oder wenn Kinder Demenzerkrankter vom Verhalten des erkrankten Elternteils verletzt oder traumatisiert sind.

Nicht zu unterschätzen ist ferner der relativ grosse Arbeitsaufwand, was auch den höheren Stellenschlüssel rechtfertigt und auf keinen Fall irgendwelchen Sparmassnahmen zum Opfer fallen darf.

Schlussfolgerung

Die Angehörigenarbeit im Pflegeheim Eggfeld, Station 3-E, ist eine der wichtigsten Säule unserer Arbeit und stärkt die Beziehung zwischen Bewohnern, Angehörigen und Pflegenden. Die Bilanz zwischen Aufwand und Ertrag ist sehr gut. Nach unserem Dafürhalten sollte Angehörigenarbeit im Leitbild jedes Heimes existieren. Angehörigenarbeit darf nicht zufällig oder situativ geschehen, sondern muss geplant und strukturiert sein.

Literatur

1. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (Hrsg.) (2004) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Huber, Bern.
2. Lepthin, T. (2007) *50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der Altenpflege*. Hannover, Brigitte Kunz Verlag.

26. Soteria ist keine Insel

Holger Hoffmann

Soteria Bern wurde 1984 von Luc Ciompi [1,2] als therapeutische Wohngemeinschaft für die milieutheraeutische Behandlung von Psychosen gegründet. Er folgte damit dem Vorbild Loren Moshers, der in den 70er- Jahren in den USA das Soteria-Konzept (Soteria (griechisch σωτηρία) steht in diesem Kontext für Schutz und Geborgenheit) als Alternative zu den überfüllten, deprivierenden und meist nach dem Prinzip der „totalen Institution“ funktionierenden Grosskliniken entwickelt hatte. Die in den US-Kliniken verabreichten Neuroleptikadosen waren exorbitant. Mosher's Ziel war es in seinem Pionierprojekt, junge, akut an Schizophrenie erkrankte Menschen mittels kontinuierlicher Begleitung („being with“) im reizarmen Milieu eines Wohnhauses möglichst ohne Einsatz von Neuroleptika zu behandeln. Mehrere von ihm durchgeführte Studien zeigten, dass dies möglich ist mit mindestens ebenso guten Ergebnissen wie in den traditionellen Kliniken. Moshers radikale Haltung bezüglich einer Behandlung möglichst unter Verzicht des Einsatzes von Neuroleptika polarisierte stark, und für viele wurde Soteria ein Synonym dafür. Damit wurde Soteria zur einsamen Insel in der damals eher trostlosen Psychiatrielandschaft.

Ciompi's Soteria-Konzept unterschied sich von Anfang an in einigen wesentlichen Punkten vom radikaleren Ansatz Moshers. So war die *Soteria Bern* von Anfang an integrierter Bestandteil des regionalen sozialpsychiatrischen Versorgungsangebotes, und die Behandlung wurde über die regulären Krankenkassentarife abgegolten. Auch stand für Ciompi eine medikamentenfreie Behandlung nicht im Zentrum. Vielmehr wollte er die in seinem 1982 erschienen Buch 'Affektlogik' formulierten Hypothesen in der alltäglichen Schizophreniebehandlung umsetzen und überprüfen. Zu diesem Zwecke führte er das 'Weiche Zimmer' als eines der zentralen Behandlungsinstrumente der Soteria ein.

Soteria Bern hat den rechtlichen Status einer psychiatrischen Klinik. Der Träger ist die Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Es werden Menschen im Alter von 16 bis 40 behandelt, die sich in einer psychotischen Krise aus dem schizophrenen Formenkreis oder im Rahmen einer Adoleszenten- oder anderen Entwicklungskrise befinden.

Seit der Gründung blieben die *therapeutischen Grundsätze der Soteria Bern* praktisch unverändert:

- Kleines, entspannendes, reizgeschütztes und möglichst normales, familienähnliches Behandlungsmilieu
- Kontinuierliche mitmenschliche Begleitung des psychotischen Patienten
- Konzeptuelle und personelle Kontinuität über die ganze Zeit der Behandlung
- Enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und andern wichtigen Bezugspersonen
- Klare und gleichartige Informationen für Patienten, Angehörige sowie Milieuthérapeuten betr. Krankheit, ihre Behandlung und die bestehenden Risiken und Chancen
- Gemeinsames Erarbeiten von klaren und realistischen Behandlungszielen und Zukunftserwartungen auf der Wohn- und Arbeitsachse
- Zurückhaltender und mit dem Patienten gemeinsam festgelegter Einsatz von Medikamenten
- Rückfallprophylaxe aufgrund der Analyse der individuellen Krisenanzeichen und Belastungssituationen sowie Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten
- Individuell gestaltete weiterführende Betreuung im Rahmen des integrierten Behandlungsangebotes
- Der Recovery-Ansatz ist fester Bestandteil der Grundhaltung der **Soteria Bern**

Ebenfalls unverändert blieb der Geist der Soteria, geprägt vom Milieu und der darin herrschenden Atmosphäre, trotz der notwendigen Anpassung an die geänderten Rahmenbedingungen und der ständigen Erweiterung des Angebotes in Richtung integrierte Behandlung. So hat sich *Soteria Bern* im Laufe der Jahre von der therapeutischen Wohngemeinschaft zum milieutherapeutischen Zentrum gewandelt, das heute ein fester und gut vernetzter Bestandteil der psychiatrischen Versorgungslandschaft im Kanton Bern ist.

Zuweisungen erfolgen durch niedergelassene Psychiater, über den Notfall der Universitätsklinik, aus anderen Kliniken oder durch das Früherkennungs- und Therapiezentrum (FETZ Bern), welches die *Soteria Bern* gemeinsam mit den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD Bern) seit Anfang 2010 betreibt. In rund einem Drittel der Fälle melden sich die Betroffenen oder ihre Angehörigen direkt bei uns. Dank der Kooperation mit den UPD Bern ist die *Soteria Bern* rund um die Uhr aufnahmefähig. Die Soteria ist ein offenes Haus, das acht Bewohnern (Die Patienten werden während des stationären Aufenthaltes in der Soteria Bewohner genannt) Platz bietet. Die Behandlung basiert auf Freiwilligkeit.

Auch wenn immer noch die stationäre Behandlung im möglichst normalen, reizarmen, entspannenden und familienartigen Milieu eines von einem Garten umgebenen Wohnhauses im Zentrum des Soteria-Ansatzes steht, so hat unser integriertes Behandlungsangebot zur Erzielung einer besseren Nachhaltigkeit und zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes in den letzten Jahren sehr stark an Bedeutung gewonnen. Dieses ermöglicht uns eine kontinuierliche Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen über den stationären Aufenthalt hinaus durch das Soteria-Team.

Die Aufenthaltsdauer in der *Soteria Bern* hat sich in den letzten Jahren auf durchschnittlich 40-45 Tage verkürzt. Um die Behandlungskontinuität und damit die Stabilisierung über den stationären Aufenthalt hinaus zu erhöhen und das Risiko einer erneuten Hospitalisation zu vermindern, bieten wir täglich vier integrierte Tagesklinikplätze an, zusätzlich zur ambulanten Behandlung beim niedergelassenen Psychiater eine ambulante Nachbetreu-

ung, sowie Hausbesuche und Home Treatment. Für diejenigen Patienten, die eine weitere Stabilisierung benötigen und bei denen ein langer, rehabilitativer Klinikaufenthalt vermieden werden soll, oder die einen Übergang ins selbständige Wohnen im Rahmen eines Ablösungsprozesses anstreben, bieten wir eine Übergangs-Wohngemeinschaft mit Soteria-Elementen für drei Patienten unter dem Label „*Wohnen & Co.*“ an. Mit all diesen Angeboten konnten wir die Nachhaltigkeit der Soteria-Behandlung wesentlich verbessern.

Die weiterführende psychiatrische Behandlung und langfristige soziale und berufliche Wiedereingliederung werden bereits während des Aufenthalts gezielt vorbereitet. Ein erster Termin bei einem Psychiater oder einem Therapeuten muss bereits vor Austritt vereinbart sein. Es finden regelmässige Netz- und Arbeitgebergespräche statt. Unsere Sozialarbeiterin unterstützt bei der Wohnungs- und Arbeitssuche und bei ersten Kontakten mit der IV. Ein Teeladen und eine Velowerkstatt im Quartier stehen den Soteria-Patienten für ein erstes Arbeitstraining zur Verfügung.

Die Patienten werden eingeladen, sich nach dem Austritt – sei es in einer Krise oder wenn ihnen danach ist – in der Soteria zu melden. Von diesem Angebot wird immer wieder auch noch Jahre nach Austritt rege Gebrauch gemacht. Dies ermutigte uns, 2004 mit einer Gruppe für Ehemalige zu starten, die mittlerweile fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes ist.

Obwohl der Einbezug der Angehörigen von Anfang an fester Bestandteil des Soteria-Konzeptes war, trugen die Angehörigengruppe und die gelegentlichen Familiengespräche den Therapiezielen der Soteria zu wenig Rechnung. Wir intensivierten und professionalisierten deshalb die Familiengespräche in Richtung Familientherapie und bieten für die Teammitglieder eine regelmässige Supervision an. Die Angehörigengruppe wird heute von den Angehörigen weit über die Zeit des stationären Aufenthaltes hinaus genutzt. Auch bemühen wir uns, die Angehörigen, wenn immer möglich, bereits vor Eintritt miteinzubeziehen. Mit diesen Angeboten gelingt es uns, die Angehörigen zu entlasten, die emotionale Spannung innerhalb der Familie zu senken, ge-

meinsam Lösungswege im Umgang mit dem psychotischen Geschehen zu finden und eine gemeinsame Rückfallprophylaxestrategie zu entwickeln.

Das von uns 2006 entwickelte Therapieprogramm „*Cannabis und Psychose*“, welches den Patienten helfen soll, auch über den Aufenthalt hinaus nachhaltig auf den Konsum von Cannabis zu verzichten, steht neuerdings auch den Patienten des FETZ Bern im Sinne der Primärprävention zur Verfügung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass *Soteria Bern* kein romantisch-verstaubtes Inseldasein führt als Relikt aus der angestrebten ‚menschlicheren‘ Psychiatrie bzw. ‚Antipsychiatrie‘ der Sechziger- und Siebzigerjahre, sondern sie hat sich weiterentwickelt zu einem attraktiven Schrittmacher-Modell für eine integrierte und gut vernetzte Psychosebehandlung des 21. Jahrhunderts.

Literatur

1. Ciompi, L., Hoffmann, H. & Broccard, M. (Hrsg.) (2001) *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Hans Huber, (2011) als e-Book Heidelberg: Carl-Auer Verlag (www.carl-auer.de/programm/978-3-89670-802-1).
2. Ciompi, L. & Hoffmann, H. (2004) *Soteria Berne - an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic*. *World Psychiatry* 3:140–146.
3. Hoffmann, H. & Leisinger, S. (2006) *Soteria Bern: Ein Schrittmacher in der Schizophreniebehandlung*. *Schweizerische Ärztezeitung* 87:1859–1863.
4. Hoffmann, H. (2007) *Soteria – Atmosphäre als Therapeutikum in der Schizophreniebehandlung*. In: Debus S, Posner R (Hrsg.) *Atmosphären im Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 15–41.
5. *Konzept der Soteria Bern: www.soteria.ch*

27. Perspektivwechsel in der stationären Behandlung – Chancen neuer psychiatrischer Behandlungskonzepte am Beispiel des „Weddinger Modells“

Ina Jarchov-Jadi, Lieselotte Mahler

Hintergrund

Es gibt einen steigenden Bedarf nach trialogischen psychiatrischen Behandlungskonzepten die individuelle Krankheits- und Genesungskonzepte psychisch erkrankter Menschen konsequenter und umfassender in die moderne evidenzbasierte Psychiatrie zu integrieren. Die Stärkung von Ressourcen und Selbstwirksamkeitserwartung, der Erhalt und Wiedergewinn von Autonomie ebenso wie die Übernahme von Verantwortung in der eigenen Therapie stehen oft noch Krankenhausstrukturen gegenüber, die dies schwer ermöglichen.

Ziel

Impulssetzung zur Umsetzung einer personenzentrierten, trialogischen Perspektive sowie einer heilungsfördernden therapeutischen Haltung und Behandlungsplanung in psychiatrischen Kliniken.

Ablauf

Erster Impulsvortrag (Mahler): Vorstellung eines neuen Therapiekonzeptes für psychiatrische Krankenhäuser (Weddinger Modell), welches auch in einem Berliner Problembezirk nach klinikweiter Neustrukturierung alltäglicher Abläufe die flächendeckende konsequente Umsetzung der personenzentrierten und trialogischen Perspektive so wie einer heilungsfördernden therapeutischen Haltung beim Personal gewährleisten kann.

(Power Point Präsentation)

Zweiter Impulsvortrag (Jarchov-Jadi): Vorstellung von Strategien zur Implementierung neuer Konzepte: multiprofessioneller Perspektivwechsel – Erfahrungen mit dem „Weddinger Modell“

(Power Point Präsentation)

Diskussion und Erfahrungsaustausch

28. Alternativer Umgang mit Craving

Ina Jarchov Jaji, Markus Heller

Hintergrund

Die Station 34 war ursprünglich eine Station für Abhängigkeitserkrankungen. 2005 wurde zusätzlich ein Behandlungskonzept für Borderline Patienten mit komorbider Abhängigkeitserkrankung (DBT-S) implementiert. Diese Patienten erlernen in der Therapie Fertigkeiten (Skills) um u.a. mit Craving umzugehen. Von diesem Ansatz profitierten nicht nur die DBT-S Patienten sondern prägte insgesamt die Herangehensweise bei allen Patienten mit Craving. Dies hat nicht nur zur Folge, dass der Verbrauch von Bedarfsmedikation deutlich zurückgegangen ist, sondern die Patienten erlernen einen funktionalen Umgang mit Craving und verlassen ihr Konsummuster.

Ziele

Die Teilnehmer des Workshops lernen Anti – Craving – Skills kennen und können diese Patienten vermitteln

Ablauf

Der Workshop findet in Form einer Power Point Präsentation und praktischer Übungen statt.

29. Das Konzept Job-Embeddedness: Richtlinien zur Umsetzung auf einer Station des Schwerpunktes „Affektive Erkrankungen“

Milena Kienast-Dobrevá

Hintergrund

Das Konzept der Sozialen Eingebundenheit (Job Embeddedness) fasst verschiedene Ideen, welche die Bindung der Mitarbeitenden am Arbeitsplatz begünstigen (1). Die Anwendung dieses Konzeptes auf einer Station mit Schwerpunkt „Affektive Erkrankungen“ hat das Ziel, dass die Station ein attraktiver Arbeitsort wird, in dem die Mitarbeitenden Innovationen vorantreiben und eine qualitativ hochwertige Pflege angeboten wird.

Problemstellung

Bleibt die Psychiatrie ein attraktiver Arbeitgeber für Pflegefachpersonen und wie sieht die zukünftige Entwicklung aus?

Das Pflegemanagement steht vor der grossen Herausforderung, die Berufsidentifikation, die fachliche Kompetenz, die Leistungsfähigkeit und die Leistungsbereitschaft des Pflegepersonals zu fördern. Der Stationsleitung stehen zahlreiche Wege offen, um die Motivation und Begeisterung der Mitarbeitenden zu erhalten. Dabei reichen monetäre Anreize langfristig nicht aus. Eine sich ergänzende Kombination von materiellen und immateriellen Anreizen, welche auch die intrinsische Motivation fördert und sich den Bedürfnissen der Pflegenden anpasst, führt eher zu einer besseren Mitarbeitendenzufriedenheit. In diesem Kontext steht das Pflegemanagement in psychiatrischen Kliniken vor der Herausforderung, wie sie ihre qualifizierten Arbeitskräfte binden können. Eine der Aufgaben der Stationsleitung ist es, die Kraft der sozialen Bindung der Mitarbeitenden zu entdecken und zu fördern und dadurch ihre Begeisterung zu wecken und ihre Identifikation

mit dem Arbeitgeber zu vertiefen. Mitarbeitende, die sich verbunden fühlen, engagieren sich stärker für die Erreichung der Ziele.

Wissen identifizieren und erhalten

Das Wissen, welches die Pflegenden in ihre Arbeit einbringen, ist die Grundlage zum Aufbau von Kernkompetenzen. Ihr Wissen wird in den Mittelpunkt gestellt und als Basis betrachtet, um ein spezifisches Behandlungsangebot zu entwickeln und zu erbringen. Weitergegeben wird das Wissen vor allem im persönlichen Gespräch [2]. Der Schwerpunkt Affektive Erkrankungen setzt auf den Transfer der Mitarbeiter zwischen den verschiedenen Einheiten und unterstützt damit eine Kultur des Austauschs (Bildung von gemeinsamen Gruppenangeboten).

Das Konzept Job Embeddedness legt den Fokus nicht auf die Gründe für eine Kündigung, sondern auf die Gründe für das Verbleiben. Die ressourcenorientierte Perspektive hilft dem Arbeitgeber in der Konzeption von Erhaltungsmaßnahmen.

Das Konzept Job Embeddedness

Mitchell et al. [1] stellen zum ersten Mal das Konzept der Job Embeddedness vor. Die Individuen in einer Organisation bleiben, weil sie sich in den sozialen Strukturen eingebunden fühlen. Drei Schlüsselfacetten zeigen auf, wie sich die Einzelpersonen verbunden fühlen: Verbindungen (*Links*), Passung (*Fit*) und Verluste (*Sacrifice*).

Die *Verbindungen* charakterisieren die Art und das Ausmass der Verbundenheit – formell oder informell – der Einzelperson mit anderen Leuten oder Tätigkeiten. Die Anzahl Teams oder Gemeinschaften, in denen die Einzelperson arbeitet, die Anzahl Kollegen, auf die sie einwirkt und die Zeitdauer dieser Einwirkung bestimmen den Grad der Verbundenheit.

Die *Passung* reflektiert das Niveau der Übereinstimmung zwischen dem Job und anderen Bereichen des Lebens. Gemäss dem Modell der Job Embeddedness müssen die individuellen Werte, Karriereziele und Pläne für

die Zukunft mit der Unternehmenskultur und den Anforderungen der Arbeitsstelle – erforderliches Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten – übereinstimmen.

Der Faktor *Verluste* entspricht dem Umfang des Verlustes bei einer Trennung der Verbindungen, falls die Person die Organisation verlässt. Die Verluste sind der angenommene Preis des materiellen und psychologischen Nutzens, welcher bei einem Arbeitswechsel verloren gehen würde. Diese Aspekte sind sowohl für die Organisation (on-the-job) als auch für die Gesellschaft (off-the-job) wichtig. Die Einschätzung des Verlustes wird im Verhältnis zu anderen Positionen bei einem eventuellen Arbeitswechsel bemessen. Relevant dabei sind Faktoren wie Mitbestimmungsmöglichkeiten, Autonomie, der Lohn und die Sicherheit dieses Arbeitsplatzes, Kollegen und interessante Projekte.

Die Job Embeddedness ist Schlüsselkonzept für den Personalerhalt zwischen den spezifischen on-the-job- und off-the-job-Faktoren. Der Effekt variiert je nach Person, Arbeitsstelle, Arbeitgeber und Alter des Angestellten [1]. Wie dieses Modell auf der Station umgesetzt wird und welche Aktivitäten zur Entwicklung und zur Erhaltung der sozialen Eingebundenheit beitragen, werden im folgenden Kapitel aufgezeigt.

Erfahrungen mit Massnahmen zur Stärkung der Job Embeddness

Person-Organisation-Passung

Die Identifikation und Auswahl von Mitarbeitenden, die zur Organisation passen, wird als wichtiger Faktor für den Erhalt und für die Bindung angesehen. Ein subjektiver Fit ist mit höherer Arbeitszufriedenheit und höherem organisationalem Commitment verbunden, und auch mit einer Reduktion des Wunsches, den Arbeitgeber zu wechseln [3].

Die Passung der Organisation vereint verschiedene Vorstellungen. Es geht einerseits darum, wie empfinden die Pflegenden den Fit mit Kollegen, Gruppe, Arbeit, Firma und Unternehmenskultur. Im Gegensatz dazu existieren

Forschungen, welche den Fit auf der Basis von Persönlichkeit, Bedürfnissen, Zielen und Werten definieren [1].

Massnahmen in der Einarbeitungsphase –Sozialisation und Mentoring

Um der Problematik der hohen Fluktuation im ersten Jahr nach der Einstellung entgegenzuwirken, entwickeln die meisten Arbeitgeber spezifische Integrationsprogramme [4]. Als „organisationale Sozialisation“ wird der Anpassungsprozess bezeichnet, dem der neue Mitarbeiter und der Arbeitgeber bzw. die Organisation und die Kollegen ausgesetzt sind. „Personalsozialisation“ ist das Ergebnis formeller und informeller Normen. Spezifische Einführungsprogramme tragen dazu bei, eine tiefe und dauerhafte Bindung zwischen den Beteiligten herzustellen und die Leistungsfähigkeit zu steigern. Es besteht aber die Gefahr einer „Übersozialisation“, d.h. einer kompletten Adaptation der neuen Mitarbeiter, welche dem Unternehmen die Chance nehmen würde, von den Erfahrungen und den neuen Ideen der Anfänger zu profitieren [4].

Ein weiteres Konzept zur Unterstützung der Integration ist das Mentoring. Mentoren werden als Integrationshilfe für neue Pflegende bei der Einführung eingesetzt. Dadurch soll eine starke innere Bindung zur Abteilung entstehen. Des Weiteren soll der Mitarbeitenden die Ziele verstehen und internalisieren und sich die notwendigen Informationen aneignen. Die Verbindung zum Mentor verstärkt die soziale Eingebundenheit, indem sich die entstandene interpersonelle Beziehung auf die Organisationsebene überträgt.

Motivierende Arbeitsausgestaltung

Das Prinzip der intrinsischen Motivation nimmt im Konzept der sozialen Eingebundenheit eine wichtige Stelle ein. Der Anreiz, welcher die intrinsische Motivation unterstützt, ist die Arbeit selbst. Je spannender und sinnvoller die zugewiesenen Aufgaben erscheinen, desto stärker ist der Anreiz, diese Arbeit weiterhin auszuüben. Wenn die Pflegenden für die Ergebnisse ihrer Arbeit verantwortlich sind, sie kennen und sie als bedeutsam empfinden

wächst das Interesse an ihrer Tätigkeit [1]. Die Überlegung, welche Tätigkeiten zu welchen Arbeitsaufgaben gehören sollen, spielt eine entscheidende Rolle für die Motivation.

Arbeiten in Gruppen

Der Mensch denkt, fühlt und handelt sowohl bei der Arbeit als auch im Privatleben als Mitglied von Gruppen. Die Mitglieder der Gruppe beeinflussen sich gegenseitig. Die Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber könnte mit der Zeit nachlassen, aber die Loyalität gegenüber den Kollegen bleibt meistens erhalten. Die Förderung der sozialen Verbindungen der Schlüsselmitarbeiter führt zur Reduktion der Fluktuation [5]. Die Interaktionen in der Gruppe und der Zugang zu den sozialen Netzwerken beeinflussen die Entstehung und Stärkung der gesellschaftlichen und organisationalen Vernetzung. Ausser den strukturierten formellen Arbeitsgruppen existieren auch informelle Gruppen. Diese entstehen aufgrund der sozialen Bedürfnisse ihrer Mitglieder. Für das Verbleiben der Pflegefachleute beim gleichen Arbeitgeber ist die Gruppe mit ihren Gelegenheiten zu sozialen Kontakten wesentlich. Die sozialen Kontakte beeinflussen den Wunsch vieler Mitarbeitenden in einer Arbeitsgruppe mitzumachen. Kleine Projekte auf der Abteilung durchzuführen wirkt sich positiv auf die Arbeitsleistung sowie auf die intrinsische Motivation aus. Die Gruppe befriedigt individuelle Bedürfnisse nach Anerkennung, Wertschätzung und Geborgenheit. Wie die Gruppe diese Bedürfnisse erfüllt, hängt vom Zusammenhalt der Gruppe ab.

Schlussfolgerung

- Motivierte Pflegende brauchen mehr als nur Lohn und monetäre Anreize
- Herausfordernde Aufgaben in einer lernenden Organisation begeistern die Pflegenden
- Sich im Team eingebettet fühlen steigert die Motivation und die Bindung

Literatur

1. Mitchell, Terence/Holtom, Brooks/Lee, Thomas/Erez, Miriam (2001) *Why People Stay: Using Job Embeddedness to Predict Voluntary Turnover*. In: *Academy of Management Journal*, 44. Jg. 1989, Nr. 6, S. 1102-1121.
2. Hansen, M. et al. (1999) *What`s your strategy for managing knowledge?* In: *Harvard Business Review*, 77. Jg. 1999, Nr. 2, S. 106-116.
3. Alvesson, M. (1995) *Management of Knowledge-Intensive Companies*. Berlin 1995.
4. Allen, D. (2001) *Do Organizational Socialization Tactics Influence Newcomer Embeddedness and Turnover?* In: *Journal of Management*, 32. Jg. 2001, Nr. 2, S. 237-256.
5. Cappelli, P. (2000) *A Market-Driven Approach to Retaining Talent*. In: *Harvard Business Review*, 78. Jg. 2000, Nr. 1, S. 339-365.

30. Patient Based Networking in der Psychiatrie - Adherence Coaching vernetzt die Leistungserbringer berufsgruppen-übergreifend

Tim Konhäuser

Adherence Coaching beschreibt eine hoch individualisierte Maßnahme zur Begleitung psychisch erkrankter Menschen in ihrem häuslichen Umfeld. Dabei werden Elemente der Behandlungspflege, der Soziotherapie und ein spezielles Psychoedukationstraining individuell adaptiert für den Patienten angeboten. Der Adherence Coach wird auf ärztliche Weisung tätig und versteht sich als integrierender Teil des Gesamtbehandlungsteams, der durch seine Tätigkeit am Patienten alle Beteiligten koordiniert.

Der Ist-Zustand der Versorgung psychiatrischer Patienten ist in Deutschland kommt einem Flickenteppich gleich. Gebiete mit guter Versorgung durch Verzahnung aller Maßnahmen gibt es. Häufiger ist aber ein Nebeneinander konkurrierender Strukturen: Klinik und PIA vs. niedergelassene Ärzte, diese untereinander im Netzwerk Wettbewerb, Wettbewerb der Krankenkassen mit unterschiedlichen Programmen für Patienten, KV-Einflüsse auf die Verordnung von Medikamenten, unterschiedliche Dichte und Qualifikation von Pflegediensten – das sind nur einige Zutaten von Ungleich- und Schlechtbehandlung.

Um eine Versorgungsstruktur für den Patienten wirklich Need-adapted gestalten zu können, müssen alle am Therapieprozess Beteiligten aufeinander abgestimmt werden. Hierzu gehören im üblicherweise beschriebenen Prozess sowohl die ambulant tätigen Fach- und Hausärzte, die niedergelassenen Therapeuten sowie die stationären und teilstationären Einrichtungen. Für die Arbeit eines Adherence Coaches beginnt ab hier die Vernetzungsarbeit. Integration und Vernetzung kann eine elektronische Patientenakte bedeuten, muss es aber nicht. Gleiches gilt für die 24 Stunden-Notfallversorgung. Entscheidend ist die Identifikation geeigneter Patienten für das Adherence

Coaching. Für die ICD-Diagnosen F20, F25, F30 und F33 gilt dies als bewiesen. Unser vierachsiges Patientenassessment erlaubt darüber hinaus eine Quantifizierung der Adherence Response und befindet sich gerade in der Phase der Validierung.

GPS Grosch Patienten Service hat in einem einjährigen Pilotprojekt an fünf Zentren in Deutschland gezeigt, dass Patient Based Networking machbar ist. Nicht der Patient kommt in das Netz, sondern vom Patienten aus wird vernetzt. Dies leisten Adherence Coaches, die von GPS eine Zusatzausbildung erhalten haben. Behandelnde Ärzte in Klinik und Praxis, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten und weitere Leistungserbringer konnten so zielgerichtet von den Adherence Coaches unter Führung des behandelnden Arztes integriert werden. Dies geschah ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Alle Energie kam den Patienten zugute. Die Resonanz der betreuten F20-Patienten auf dieses Vorgehen war äußerst positiv, belegbar durch die hohe Einschlussquote und nur minimale Drop-outs. Nach erfolgreichem Übergang in die Häuslichkeit gehört auch eine Integration der noch bestehenden Sozialkontakten, der Familie und Lebensgefährten in das Gesamtbehandlungskonzept.

Eine optimierte ambulante Behandlung auch in Krisensituationen mit der hier erforderlichen Sicherheit kann nur dann erfolgen, wenn die professionellen Behandler und der Patient in einem großen funktional und kommunikativ vernetzten Umfeld agieren. Dieses Umfeld mitzugestalten und zu schaffen ist eine der vielen Aufgaben eines Adherence Coaches.

31. Menschen in der ambulant-psychiatrischen Versorgung – Eine Evaluationsstudie des Niedersächsischen Weges Integrierter Versorgung für an Schizophrenie erkrankte Menschen

Kirsten Kopke, Christian Koch, Anke Bramesfeld, Wulf Rössler

Hintergrund und Fragestellung

Schizophrenie trifft im Laufe des Lebens ca. sieben von 1000 Personen [1]. Die Erkrankung gehört weltweit zu den 10 Hauptursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre (YLD=years of life lived with disability) [2]. Die Konsequenzen der Krankheit auf individueller und gesamtgesellschaftlicher Ebene sind erheblich. Bedingt durch den zumeist frühen Beginn in der späten Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter, dem häufig rezidivierendem Verlauf und dem Vorliegen residualer Symptome, zählt Schizophrenie zu einer der teuersten einzelnen psychiatrischen Erkrankungen in Deutschland. Neben den direkten Behandlungskosten spielen dabei auch indirekte Kosten durch Produktivitätsausfälle eine große Rolle [3].

In der Behandlung der Schizophrenie wurden große Fortschritte in den letzten Jahrzehnten erzielt und es liegen nationale Leitlinien für die evidenzbasierte Therapie vor. Die Versorgungsrealität in Deutschland weist demgegenüber deutliche Defizite auf. Neben Lücken in der Versorgung wie einer stark regional schwankenden, zugleich insgesamt zu niedrigen Fachärztedichte im ambulanten Bereich, wird die starke Fragmentierung im Gesundheitswesen immer wieder als Hindernis für eine optimale Behandlung hervorgehoben [4]. Aufgrund der Chronizität und dem frühen Krankheitsbeginn wäre eine kontinuierliche und auf den in unterschiedlichen Lebens- und Krankheitsphasen differierenden Bedarf angepasste Behandlung und Begleitung bedeutsam [5]. Aktuell stehen Patienten mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen zum Beispiel im Antrieb und den Kognitionen zumeist ohne begleitende koordinierende Hilfen einem intransparen-

ten Dschungel an einzelnen, wenig vernetzten Institutionen mit jeweils unterschiedlichen Eigeninteressen gegenüber. An den Schnittstellen gehen Informationen verloren, es kommt zu Doppel- und Fehlbehandlungen, Synergien bleiben ungenutzt, was zu vermeidbaren nachhaltigen menschlichen, finanziellen und sozialen Belastungen führt. Moderne Versorgungskonzepte setzen auf Gemeindenähe sowie Integration und Kooperation der an der Versorgung beteiligten Akteure. Diese sind in Deutschland jedoch bisher selten umgesetzt und wissenschaftlich evaluiert worden [6].

So ist es das Ziel des Forschungsvorhabens, welches durch den EFRE Fonds der Europäischen Union sowie das Land Niedersachsen gefördert wird, ein solches modernes Versorgungskonzept, das Niedersächsische Modell der Integrierten Versorgung von an Schizophrenie erkrankten Personen (IVS) hinsichtlich seiner Effektivität in Bezug auf Gesundheit und die psychosoziale Funktion der Betroffenen sowie seiner Effizienz hin zu untersuchen. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt: „Benötigen an Schizophrenie erkrankte Patienten, die eine IVS Behandlung erhalten, signifikant weniger Tage an stationärer psychiatrischer Versorgung als Patienten, die eine Regelversorgung erhalten?“ Über diese zentrale Frage hinaus, werden weitere Forschungsfragen bearbeitet, die z.B. Inhalte des gesundheitlichen und psychosozialen Nutzens für den Betroffenen, des ökonomischen Nutzens allgemein, des Nutzens für die Leistungserbringer sowie die Nachhaltigkeit dieser untersuchten Komplexintervention berücksichtigen.

Methode und Material

Die Effektivität und Effizienz der integrierten Versorgung von an Schizophrenie erkrankten Patienten wird in einem kontrollierten prospektiven Studiendesign untersucht. Der Beobachtungszeitraum beträgt 12 Monate mit drei unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten (t_0 , t_1 , t_2).

Bei einer angenommenen kleinen Effektstärke ($F= 0,23$) mit der Power 80 % und einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ wird eine Stichprobengröße von 242 pro Untersuchungsgruppe benötigt. Um einen möglichen Drop-Out von Probanden je Erhebungszeitpunkt vorab zu berücksichtigen, wird eine

Gesamtstichprobengöße von N=540 angestrebt. Die Probandenrekrutierung wird über die Kooperation mit der Managementgesellschaft IVPNetworks vorgenommen, welche die Umsetzung des zu evaluierenden Versorgungskonzeptes verantwortet und damit über den Kontakt zu einem etablierten Netz von niedergelassenen Nervenärzten verfügt.

Die Datenerhebungen erfolgen mittels Selbstauskunft der Patienten und Fremdauskunft des behandelnden Arztes anhand von standardisierten Fragebögen. Die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wird darüber hinaus kontinuierlich alle drei Monate erhoben.

Alle erhobenen Daten sind pseudonymisiert, so dass von den Forschern zu keiner Zeit ein Personenbezug herzustellen ist. Die Studie wurde der Ethikkommission der Ärztekammer Niedersachsen zur Begutachtung vorgelegt und mit einem positiven Votum beschieden.

Eine Dokumentation von Non-Respondern in den Studienpraxen erfolgt hinsichtlich des Geschlechtes, des Alters und des Global Assessment of Functioning (GAF)-Wertes.

Zur Prüfung von Unterschiedshypothesen werden ANOVAs mit Messwiederholungen verwendet bzw. in Abhängigkeit zum Skalenniveau Odds Ratios berechnet. Für die Zusammenhangshypothesen finden regressionsanalytische Verfahren (lineare bzw. logistische Regression) Verwendung.

Zu erwartende Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis wird eine allgemeine Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen erwartet. Dies wird zunächst durch eine Verschiebung der lange Zeit eher stationär ausgerichteten Behandlung von Schwersterkrankten in den ambulanten Sektor erreicht. Aus der Betroffenenperspektive kann dies im Speziellen eine positive Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus sowie der Lebenszufriedenheit bedeuten. Eine wohnortnahe Behandlung kann weiterhin stetigen Kontakt zum gewohnten Umfeld ermöglichen und soziale Isolation vermeiden. Auf Seiten der Leistungsträger ist vor allem die Vermeidung von Krankenhaustagen mit

Kostensparnissen verbunden. Die unterschiedlichen Leistungserbringer kooperieren in einem gemeinsamen Netzwerk, welches einen kontinuierlichen Informationsaustausch über die aktuelle Behandlungssituation von Patienten ermöglicht. Somit ist jederzeit eine schnelle und individuelle Anpassung der Therapie - vor allem bei drohenden Krisensituationen – möglich.

Schlussfolgerung

Sollte sich der Niedersächsische Weg der Integrierten Versorgung als ein effektiver und effizienter Ansatz der ambulanten Versorgung von an Schizophrenie erkrankten Personen erweisen, kann er für die gesamte Gesundheitslandschaft zukunftsweisend sein. Einerseits ist eine Umsetzung dieses Weges bzgl. anderer psychiatrischer jedoch auch somatischer Erkrankungen zu denken, andererseits kann es dann zu einer Angebotsausweitung auch über die Grenzen Niedersachsens hinaus kommen.

Literatur

1. McGrath, J.; Saha, S., Chant, D.; Welham, J. (2008) *Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiologic Reviews, 30 (1): p. 67-76.*
2. *The World Health Organisation (2001) The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneve.*
3. Konnopka, A., Klingberg, S., Wittorf, A., & König, H. (2009) *Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick. Psychiatrische Praxis, 36: p. 211-218.*
4. Berger, M. (2004). *Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“.* *Nervenarzt, 75; p. 195- 204.*
5. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2006) Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopf, Darmstadt.*
6. Weinmann, S.;Puschner, B.; Becker, T. (2009) *Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. Nervenarzt, 80, 31-39.*

32. Zwischen Last und Nutzen – die Angehörigen im psychiatrischen Alltag

Thomas Lampert, Edith Scherer

Systemische Konzepte

Angehörige sind wichtige Bezugspersonen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Die Beziehungen sind bedeutungsvoll und oft über Jahre gewachsen. Dies bedeutet nicht automatisch, dass diese Beziehungen stets unproblematisch sind. Die Gratwanderung zwischen Fürsorge und Achtung der Autonomie, unterschiedlichen Ansichten und Blickwinkel enthalten Potenzial für Verstrickungen und Beziehungskrisen. Diese Sicht bekräftigt die Prämisse, dass Personen in engen, intimen Beziehungen einander in erheblichem Masse beeinflussen.

Merkmale intimer Beziehungen [1]

- Verantwortung zeigen
- Achtung zeigen
- Innere Verpflichtung zeigen
- Sich kümmern, fürsorglich sein
- Offen bzw. selbstoffen sein
- Sich sicher fühlen beim Geben und Empfangen von Feedback
- Verstehen zu erkennen geben
- Ärger konstruktiv gebrauchen
- Konflikte gemeinsam regeln
- Gemeinsame Aktivitäten
- Zeit zusammen verbringen
- Eine nicht ausbeutende Sexualität (sofern Definitionsbestandteil)

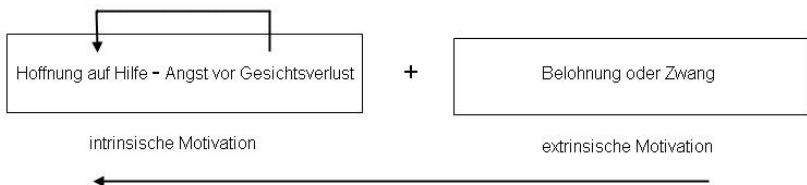
Der Einbezug von Bezugspersonen in die Behandlung ist nicht automatisch das Beste für die betroffene Person. Es gilt zu klären, zu welchem Zeitpunkt

welche Ressourcen nutzbar gemacht werden können oder welche Problemstellungen sich als entwicklungshemmend äussern. In einer familienorientierten Haltung geht es nicht um Herstellung familiärer Strukturen, sondern um die Nutzbarmachung dieser kognitiven und emotionalen Ressourcen.

In familiären, intimen Beziehungen sind Grundformen menschlichen Erlebens wie Bindung, Loyalität, Verpflichtung, Rücksicht, Freiheit, Toleranz, Geborgenheit und Aufrichtigkeit ausschlaggebend. Der Einbezug der Bezugspersonen in die Behandlung eröffnet in dieser Hinsicht neue, entwicklungsfördernde Formen der Transaktion, was bedeutet, dass Entwicklung in intimen Beziehungen die Entwicklung der Individuen fördert (was umgekehrt nicht immer gilt). Einzeltherapie ohne Einbezug wichtiger Bezugspersonen kann zu Entwicklungs-Asymmetrien, zu Krisen durch Informationsdefizite mit Einengung des Coping-Repertoirs und zu Beziehungsverlusten führen [2].

Therapiemotivation [3]

Menschen sind immer motiviert – es bleibt nur die Frage, wofür. In der Mehrpersonenarbeit sind Fragestellungen um Motivation zentral und komplex, oftmals stehen verschiedene Ansichten und Einschätzungen hinter den Begebenheiten. Dieser Umstand ist daher für die Prozessgestaltung elementar.



Die beiden Motivationsveränderungen – einerseits von der Angst, das Gesicht zu verlieren hin zur Hoffnung auf Hilfe, von der extrinsischen zur intrinsischen Motivation andererseits – sind für den Therapieprozess naturgemäss von Wichtigkeit [2].

Im Mehrpersonenkontext bedeutet die Klärung der individuellen Motivationen das Feststellen von Unterschieden und folglich die Suche nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner.

Der konsiliarische Einbezug des Indexpatienten

Die Existenz unterschiedlicher Motivationen erhöht die Gefahr der Triangulation zwischen den Parteien. Eingriffe in die individuelle Selbstbestimmung des Patienten sind ethisch problematisch und müssen gerechtfertigt werden. Der bloße Hinweis auf das Vorliegen einer psychischen Krankheit reicht dafür nicht aus [4]. Die systemische Haltung nach der Suche des kleinsten gemeinsamen Nenners integriert diesen ethischen Anspruch, indem die Mitbestimmung aller Beteiligten gesucht wird. Beim konsiliarischen Einbezug des Indexpatienten hilft der „Patient“ weiteren Beteiligten, ihr eigenes Problem zu lösen.

Fallvignette:

- Problemdefinition Umfeld: Peter gefährdet durch sein Verhalten in der Manie sich selbst und andere. Wir machen uns grosse Sorgen.
- Problemdefinition Patient: mir geht es gut, habe keine Probleme.
- Dilemma in der Behandlung: unterschiedliche resp. widersprüchliche Problemdefinitionen führen zur Gefahr der Triangulation.

Der Ansatz gründet in den unterschiedlichen Motivationen und Sichtweisen einzelner und berücksichtigt dabei die Ressourcen des Systems.

- Berater: Peter, Sie haben also kein Problem. Gut, das kann ich so verstehen. Offenbar haben Ihre Eltern eine grosse Sorge, dass Ihnen etwas zustösst. Was denken Sie, Peter, was könnte Ihre Eltern beruhigen, damit ihre Sorge kleiner würde?
- Peter: Wenn ich die Medis schlucken würde und in der Klinik bleibe. Aber das werde ich nicht.
- Berater: Okay, Sie möchten das nicht. Das ist verständlich, denn Sie haben ja kein Problem, das Problem sehen die andern. Was denken

Sie, was erhoffen sich die Eltern, was würde sich ändern, wenn sie die Medikamente einnehmen und in der Klinik bleiben würden? ...

Die Rolle der Angehörigen

- Folgende Prämissen und Untersuchungen sollen die Rolle der Angehörigen und die Bedeutung für den Einbezug in den Behandlungsprozess skizzieren.
- „Alle Familienmitglieder leiden gleich viel (...) wenn ein Familienmitglied psychiatrisch erkrankt, bedeutet dies ein Familienproblem, an dem alle anderen Familienmitglieder – Ehepartner, Eltern, Kinder, Geschwister – beteiligt sind, aktiv und passiv, als „Täter“ und als „Opfer“. Ich möchte diese Handwerksregel noch mehr zuspitzen: Möglicherweise leiden die Angehörigen noch mehr als die Patienten.“ [5]
- 50 – 90% der schwer psychisch kranken Menschen leben unmittelbar nach der Akutbehandlung bei ihren Angehörigen. [6]
- Diverse Studien belegen positive Effekte fachlicher Interventionen für Angehörige, wie Wissensvermittlung über die Krankheit, Umgang mit Betroffenen, rechtliche Fragen, Entwicklung von Copingstrategien, Umgang mit Konflikten, Bearbeitung von Schuldgefühlen... etc [7]

Die Rolle der Angehörigen – Eine Familienkatastrophe [8]

Die grosse Kränkung

Die Familie reagiert mit Verleugnung, Zorn, Angst und Hilflosigkeit.

- Krankheiten werden vertuscht, bagatellisiert
- worüber nicht gesprochen wird ... ist auch nicht
- die grosse Angst vor Stigma und Schuld

Die Bedrohung des Familienzusammenhalts

- Familienmitglieder gelangen zu unterschiedlichen Auffassungen über „das Problem“ und mögliche Lösungsansätze.

- gegenseitige Schuldzuweisungen
- Familiensysteme „zerbrechen“
- „Die Gesunden ziehen aus“

Der Verlust der Selbstverständlichkeit

- Nichts ist mehr wie es war, was bleibt ist einzig die Unsicherheit.
- der Alltag gerät aus den Fugen
- Rollen verändern sich
- Planungen werden schwierig

Die Ungewissheit

- Die Ungewissheit des Ausgangs und des Verlaufs der Krankheit ist allgegenwärtig.
- eine Gratwanderung zwischen Hoffnung und Realität

Die Veränderung der eigenen Biographie

- Die eigene Biographie wird durch die psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes nachhaltig beeinflusst.
- der Abschied von Lebensentwürfen
- Kinder als vergessene Angehörige
- die eigene Angst vor der Genetik

Was wird nach dem eigenen Tod?

- Die Frage, was nach dem eigenen Tod aus dem kranken Angehörigen wird, ist für die Eltern oft eine grosse Sorge.

-

Einflüsse auf die Belastung von Angehörigen

-

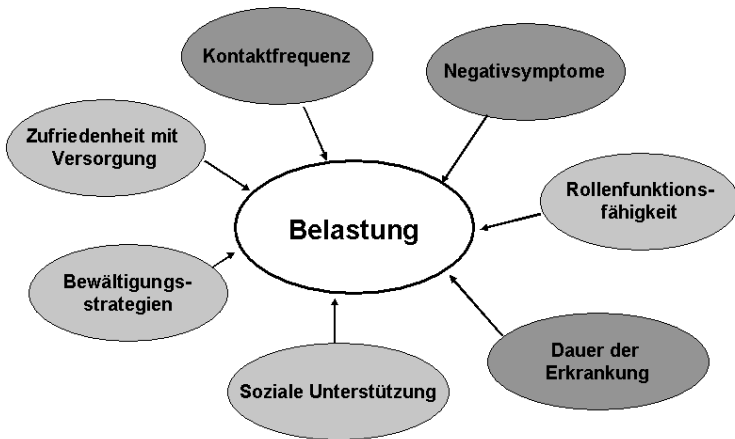


Abbildung 1: Einflüsse auf die Belastung von Angehörigen [9]

Leipziger Angehörigenstudie

Die Leipziger Angehörigenstudie [10] beschreibt drei Themenbereiche, wie Angehörige die psychiatrische Behandlung wahrnehmen. Diese können als hilfreiche Aspekte für professionellen Helfer im Kontakt mit Angehörigen gesehen werden.

Information und Aufklärung

- zeitnah zum Krankheitsbeginn; ausführlich und verständlich; individuell; konkret auf den Alltag bezogen; Angehörigenseminare

Längerfristige Kooperation

- kontinuierlicher Informationsaustausch
- Behandlungsplanung in Absprache mit Angehörigen
- gemeinsame Gespräche
- feste Ansprechpartner
- engagiert, partnerschaftlich

- empathisch, verständnisvoll, freundlich
- aktive Kontaktsuche zu den Angehörigen

Schweigepflicht

In der Schweiz regelt das schweizerische Strafgesetzbuch die Schweigepflicht (Art. 321). Grundsätzlich kann gesagt werden, dass der Artikel den Schutz der Privatsphäre von Patienten wahren soll und die Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen der Fachperson und dem Patienten bildet.

Welche Hindernisse begegnen Pflegefachleuten im Berufsalltag im Zusammenhang mit der Schweigepflicht?

- Eigene Unsicherheit
- Interpretationsspielraum der Schweigepflicht
- Rolle als Pflegeperson
- Mangel an Zeit
- Die therapeutische (pflegerische) Beziehung gefährden

Was ist unter Berücksichtigung der Schweigepflicht auch ohne Einwilligung des Patienten möglich?

Allgemeine Informationen und Konzepte, beispielsweise wenn die Diagnose den Angehörigen bekannt ist:

- Grundsätzlich ist es günstig, wenn akut erkrankte schizophrene Patienten nicht zu vielen Reizen ausgesetzt sind.

Es darf Angehörigen ein grundsätzliches Verständnis für Ihre Sorgen und Belastungen entgegengebracht werden:

- Ich kann ihre Sorge gut verstehen, wenn Sie sagen, dass sie Angst haben, Ihr Sohn könnte sich das Leben nehmen.
- Es scheint wirklich belastend, wenn Ihr Mann eine so unterschiedliche Sichtweise vertritt.

Auch im Kontakt mit Angehörigen sind Validierungsstrategien hilfreich:

- Zuhören und Wahrnehmen (signalisieren von Interesse)
- Spiegeln (Verständnis für die Äusserungen des Angehörigen)
- Artikulation des Unausgesprochenen (fragendes Ansprechen von Gefühlen, Reaktionen etc.)

Zu beachten gilt eine pragmatische Handhabung der Schweigepflicht, welche vom Normalen ausgeht; so gibt es nur selten Klagen wegen Verletzung der Schweigepflicht. Wichtig scheint dabei eine offene Kommunikation, bspw. nach dem Anruf von Angehörigen oder die Klärung, was Schweigepflicht bedeutet und was nicht. Zentrales Element bleibt, die Aspekte der Beziehungsarbeit im Arbeitskontext nicht zu gefährden, was als eigentliche Herausforderung und gelegentliche Gratwanderung gesehen werden kann.

Literatur

1. Nelson – Jones, R. (1990) *Human Relationship Skills*. London: Continuum International Publishing Group.
2. Liecht, J., Eggel T., Rufer, M. (2005) *Weiterbildungsunterlagen ZSB Bern*.
3. Edelmann, W. (1993) *Lernpsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union; zitiert: Atkinson 1975.
4. Schramme, T. (2009) *Department of Philosophy, History and Law; Swansea University Weiterbildungsunterlagen Fachtagung NAP 2009 in Bern*.
5. Dörner, K. (2001) *Freispruch der Familie*, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
6. Lauber et al. (2003).
7. Brodaty et al. (2000) *Dörner, Katschnig*.
8. Finzen, A. (2001) *Psychose und Stigma*, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
9. Gavois, Paulsson, Fridlund (2006) .
10. *Leipziger Studie (2001)* in: Jungbauer J. (2005) *Unser Leben ist jetzt anders*, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

33. Komplementärmedizinische Pflegeinterventionen im psychiatrischen Setting

Sarah Langenauer

Bachelor Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen (FHS) im Auftrag vom Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ausgangslage

Die Ausgangslage für die Problemstellung war ein laufendes Projekt im Sanatorium Kilchberg, wo eine qualitative Studie zur Wirksamkeit von Phytotherapie, Aromatherapie und Wickeln bei psychiatrischen Langzeitpatientinnen und -patienten gemacht wurde. Parallel dazu sollte anhand der hier präsentierten Bachelor Thesis die bestehende Evidenz zu diesen komplementärmedizinischen Interventionen gesammelt und analysiert werden, um konkrete Anhaltspunkte in der Praxis zu erhalten.

Politische Relevanz

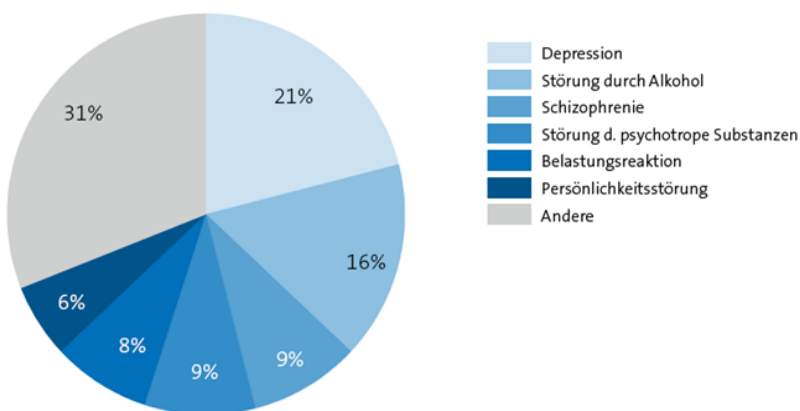
Im Jahr 2005 wurden fünf alternative Heilmethoden durch einen Bundesratsentscheid aus der obligatorischen Krankenversicherung gestrichen. Der Entscheid fiel mit dem Argument, dass diese fünf Therapien nicht genügend wirksam und zweckmässig, somit also auch nicht wirtschaftlich seien, was dem Artikel 32 KVG widerspricht.

2009 hat das Volk mit einem Abstimmungs-Ja zur Komplementärmedizin entschieden, diese in der Bundesverfassung zu verankern. Im 2011 entschied Herr Bundesrat Didier Burkhalter, dass die fünf Heilmethoden, welche im 2005 aus der Grundversicherung gestrichen wurden, per 2012 wieder eingeführt werden. Dies mit dem Auftrag, dass die Heilmethoden vermehrt wissenschaftlich nachgewiesen werden.

Methode

Als Methode wurde eine systematische Literaturübersicht gewählt. Um die Suche nach relevanten Studien durchzuführen, habe ich mich auf die Leitsymptome der vier häufigsten in der Schweiz auftretenden Diagnosen [8] konzentriert.

Prozentanteile der häufigsten Diagnosegruppen, 2006



Bei der Diagnosegruppe Störungen durch psychotrope Substanzen lag der Fokus der Literatursuche auf Heroin- und Kokainabhängigkeit. Dies sind im Sanatorium Kilchberg die am häufigsten behandelten Störungen im Bereich der illegalen Drogen.

Verwendete Suchbegriffe

phytotherapy (MeSH), medical plants (MeSH), plant extracts (MeSH), aromatherapy (MeSH), hot or cold pack, hot or cold cataplasm, poultice, fomentation, depression (MeSH), schizophrenia (MeSH), alcoholism (MeSH), substance related disorder (MeSH), heroin dependence (MeSH), cocaine related disorders (MeSH)

Verwendete Datenbanken

Als Quelle dienten die Datenbanken Medline®, Cochrane®, Cinahl® und PsycInfo®. Jedoch habe ich die relevanten Studien ausschliesslich auf Medline und PsycInfo gefunden, was sich damit begründen lässt, dass PsycInfo® eine Datenbank ausgerichtet auf Psychologie und psychologisch relevante Teilgebiete ist und Medline® das gesamte Spektrum der Gesundheitsversorgung beinhaltet. Cochrane® hingegen zeigt ausschliesslich medizinische Inhalte auf, damit erkläre ich mir die erfolglose Suche. Weshalb ich auf Cinahl® nicht fündig wurde ist mir nicht ganz klar. Gerade deswegen, weil Cinahl® auf Krankenpflege und deren verwandte Berufsbilder fokussiert ist.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Stationäre Erwachsenenpsychiatrie (18-60 Jahre)	Kinder- und Jugendpsychiatrie (unter 18 Jahren), somatische Behandlung
Direkter Bezug zu Frage und Ziel der Bachelor Thesis (Diagnosen, Symptome, Behandlungsform)	Kein Bezug zu Frage und Ziel der Bachelor Thesis
Primär- oder Sekundärliteratur	Tertiärliteratur
Verwendung von MeSH-Begriffen	Keine MeSH-Begriffe (Ausnahme Wickel)
Psychotische Symptome im Hintergrund	Akute Psychose
Literatur jünger als 10 Jahre (ab 2000)	Literatur älter als 10 Jahre (vor 2000)
Keine Tierversuche	Tierversuche
Übertragbarkeit ins psychiatrische Setting	Keine Übertragbarkeit ins psychiatrische Setting möglich
In der Schweiz legale Wirkstoffe	In der Schweiz illegale Wirkstoffe

Ziel

Übergeordnetes Ziel: Komplementärmedizinische Pflegeinterventionen analysieren, die zur adjuvanten Behandlung der Leitsymptome von Depression, Schizophrenie, Störungen durch Alkohol und Störungen durch psychotrope Substanzen eingesetzt werden können.

Untergeordnetes Ziel: Wissenschaftliche Schlüsse aufgrund der Literaturbeurteilung ziehen, die den Einsatz von phytotherapeutischen oder aromathe-

rapeutischen Anwendungen und Wickelanwendungen bei erwachsenen Menschen mit Depression, Schizophrenie, Störungen durch Alkohol oder Störungen durch psychotrope Substanzen empfehlen oder davon abraten.

Fragestellung

Tragen adjuvante Pflegemethoden wie Phytotherapie, Aromatherapie und Wickel zur Verbesserung der Symptomatik bei erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten im stationären Setting bei?

Resultate

Total relevante, in die Literaturübersicht einbezogene Studien: 8. Design der Studien: 5 Reviews, 3 randomisiert kontrollierte Interventionsstudien.

Phytotherapie zur Behandlung von Depressionen

Johanniskrautpräparate wirken bei leichten und mittelschweren Depressionen (jedoch nicht bei schweren) symptomlindernd. Eine klar erhöhte Wirkung gegenüber Placebo wird nachgewiesen, eine ähnlich starke Wirkung wie die von Imipramin (z.B. Tofranil) ist erwiesen [2].

Safranpräparate wirken bei leichten und mittelschweren Depressionen symptomlindernd, bei schweren Depressionen besteht keine Evidenz zu Safran. Im Vergleich zu Placebo wirkt Safran stärker, die Wirkintensität von Fluoxetin (z.B. Fluctin) ist vergleichbar [7].

Omega-3-Fettsäure-Präparate wirken bei leichten Depressionen symptomlindernd, bei mittelschweren und schweren Depressionen konnte dazu keine Evidenz gefunden werden. Omega-3-Fettsäuren können die symptomfreien Phasen bei bipolaren Störungen verlängern [1].

Aromatherapie zur Behandlung von Depressionen

Aromatherapeutische Anwendungen mit Orangen-, Geranien-, Basilikumextrakt [7] und solche mit Ylang-Ylang-Öl [3] haben einen relaxierenden Effekt, was bei innerer Unruhe bei Depressionen helfen kann. Massagen mit Lavendelöl in Kombination mit Antidepressiva haben eine höhere antidepressive Wirkung als Antidepressiva bei alleiniger Anwendung [7].

Phytotherapie zur Behandlung von Schizophrenie

Berberin (Extrakt aus der Berberitze) unterdrückt das Prolyl Oligopeptidase-Enzym, welches bei psychotischen Syndromen unkontrolliert ausgeschüttet wird [4]. Kamishoyosan (japanisches Phytotherapeutikum) wirkt mildernd bei Spätdyskinesien, vor allem bei ungewollten Bewegungen der Zunge [5].

Phytotherapie zur Behandlung von Störungen durch Alkohol

Daidzin (phytotherapeutisch verwendeter Stoff aus der Kudzu-Pflanze) suggeriert dem Leberkreislauf ähnliche Mechanismen wie Alkohol und mindert so das Verlangen nach diesem. Ein ähnlicher Effekt wurde auch bei Johanniskraut nachgewiesen [6].

Wickel

Zu Wickeln wurde keine Evidenz in Bezug auf die gewählten Diagnosen gefunden. Auch zur Diagnosegruppe Störungen durch psychotrope Substanzen im Zusammenhang mit den untersuchten Methoden ist dies der Fall.

Schlussfolgerungen

Die Anwendung der untersuchten Methoden gemäss der Resultate ist möglich im psychiatrischen Setting, jedoch sind folgende Limitationen zu beachten: Auch komplementärmedizinische Interventionen sind nicht nebenwirkungsfrei. Die Nebenwirkungen müssen vor der Behandlung abgewogen, das Klientel umfassend darüber informiert und nach der Anwendung beobachtet werden. Komplementärmedizinische Interventionen bedürfen einer

spezifischen, anerkannten Ausbildung. Die verwendeten Stoffe müssen rein und von hoher Qualität und in der Schweiz als legal eingestuft sein. Aktuelle Literaturempfehlungen müssen dringend berücksichtigt werden.

Literatur

1. *Andreescu, C. Mulsant, B. H. & Emanuel, J. E. (2007). The evidence base of complementary and alternative therapies in depression. Journal of Affective Disorders. 2008.*
2. *Gupta, R. K. & Möller, H.-J. (2003). St. John's Wort: An option for the primary care treatment of depressive patients? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Oktober 2003.*
3. *Hongratanaworakit, T. & Buchbauer, G. (2006). Relaxing Effect of Ylang ylang Oil on Humans after Transdermal Absorption. Phytotherapy Research. Juni 2006.*
4. *Kulkarni, S. & Dhir, A. (2010). Berberine: a plant alkaloid with therapeutic potential for central nervous system disorders. Phytotherapy Research. März 2010.*
5. *Lee, J. G. Shin, B.S. Lee, Y. C. Park, S. W. & Kim, J. H. (2007). Clinical effectiveness of the Kampo medicine kamishoyosan for adjunctive treatment of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia:A 16-week open trial. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2007.*
6. *Overstreet, D. H. Keung, W.-M. Rezvani, A. H. Massi, M. & Lee, D. Y. W. (2003). Herbal Remedies for Alcoholism: Promises and Possible Pitfalls. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2003.*
7. *Thachil, A. F. Mohan, R. & Bhugra D. (2006). The evidence base of complementary and alternative therapies in depression. Journal of affective disorders. 2007.*
8. *Schuler, D. (2008). Obsan fact sheet. Stationäre Psychiatrie in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Abgefragt am 27. Apr. 2010] Erhältlich unter: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/04.Document.113922.pdf>*

34. Der Konsensusbeitrag der Deutschen psychiatrischen Pflege für den Operationen- und Prozedurenkatalog (OPS) 2012

Michael Löhr, Michael Schulz

Das Neue Entgeltsystem in Deutschland

Das geplante neue Entgeltsystem in Deutschland für die Psychiatrie, das sich z. Zt. in der Entwicklungs- und Kalkulationsphase befindet, soll ab dem Jahr 2013 umgesetzt werden. Auch wenn es sich zuerst um eine budgetneutrale Umsetzung handelt, sind die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in der Vorbereitung auf das neue System jetzt schon sehr aktiv. Die Entwicklung des neuen Vergütungssystems beruht auf der Sammlung und Auswertung von Daten, die durch psychiatrische Kliniken in Deutschland gesammelt werden. Alle psychiatrisch/ psychosomatischen Kliniken und Abteilungen sind aufgefordert, definierte Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) zu übermitteln [1]. Darüber hinaus gibt es Kliniken und Abteilungen, die sich für das Kalkulationsverfahren als Kalkulations-Klinik beworben haben und als solche tätig sind. Diese generieren differenziertere Daten für den Kalkulationsprozess. Um die Kosten für eine psychiatrische Behandlung zu bemessen wird in der Kalkulation nach sogenannten Kostentrennern gesucht. Diese können unterschiedlicher Natur sein. Z. B. sind hier die Diagnosen, das Alter und das Psych-PV-Kennzeichen zu nennen [2].

Leistungsorientierung

Neu ist, dass mit der Kalkulation auch leistungsbezogene Aspekte in den Prozess mit aufgenommen werden. Um die Leistungen in der Psychiatrie zu explizieren, wurde im OPS-Katalog 2010 das erste Mal so genannte Psych-OPS eingeführt. Hier wurden Leistungen definiert, die einen 25-Minuten-Aufwand in Gruppen oder Einzeltherapien mit sich bringen. Neben den definierten 25 Minuten Einheiten wurden weitere OPS-Kennzeichnungen definiert, die zu einer Identifikation von kostenaufwändigen Patienten dienen sollen. Über die Explizierung der Therapieeinheiten von 25 Minuten können je nach Expertenmeinung 15-30% des Aufwandes in der Psychiatrie dargestellt werden. Die restlichen Tätigkeiten innerhalb des psychiatrischen Kontextes werden in der Begrifflichkeit „Residualgröße“ zusammengefasst. Die Kalkulation der Residualgröße obliegt ebenfalls dem INEK. Hier bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse aus der ersten Kalkulation resultieren [2].

Engagement der Psychiatrischen Pflege

Die psychiatrische Pflege hat sich in der Entwicklung des Kataloges 2010 und 2011 nur bedingt eingebracht. Dies hat verschiedene Gründe. Der Organisationsgrad der psychiatrischen Pflege ist noch sehr gering. In Deutschland gibt es ca. 60.000 psychiatrisch Pflegende [3]. Diese sind kaum organisiert. Einige psychiatrisch Pflegende sind Mitglied im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK), einige wenige sind Mitglied in der Deutschen Fachgesellschaft für Fach-krankenpflege (DGF) und der größte Organisationsgrad in der psychiatrischen Pflege ist innerhalb der Bundesfachvereinigung leitender Pflegepersonen in der Psychiatrie (BfLK) zu finden. Die BfLK ist seit Jahren politisch aktiv und vertritt das Interesse der psychiatrischen Pflege auf unterschiedlichen Ebenen. Trotz aller Bemühungen gelang es der BfLK im Jahr 2011 nicht, die Interessen der psychiatrischen Pflege im OPS-Katalog durchzusetzen.

Die Entwicklung eines tragfähigen Verfahrens

Es muss festgestellt werden, dass die Verfahrensstringenz des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für die Berufsgruppe neu war. Die bilaterale Kommunikation zwischen BfLK und Vertretern des DIMDI bzw. des INEK führte nicht zu den gewünschten Ergebnissen. Das Verfahren zur Einreichung neuer Vorschläge für den OPS-Katalog ist für alle Verbände und Fachgruppen verbindlich.

Mit dem Erscheinen des OPS-Katalogs 2011 (im Oktober 2010) wurde deutlich, dass die psychiatrische Pflege im Verfahren mangelhaft berücksichtigt wurde. Es gab inhaltlich eklatante Mängel, die dazu führten, dass Tätigkeiten wie z. B. die Psychoedukation oder das Gespräch mit Angehörigen ausschließlich in den Bereich der Ärzte und Psychologen aufgenommen wurde. Diese Situation ist abgekoppelt von der täglichen Praxis.

Anfang des Jahres 2010 wurde eine Initiative durch Michael Löhr und Michael Schulz ins Leben gerufen. Diese hatte zum Ziel, psychiatrische Pflege im OPS-Katalog 2012 gut zu positionieren und sachgerecht an der Entwicklung des Entgeltsystems mitzuwirken. Die Initiative wurde durch die BfLK, den DBfK, die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) und dem Deutschen Pflegerat (DPR) mitgetragen [4].

Folgendes Vorgehen wurde geplant und umgesetzt:

1. Die Berufsgruppe musste über das Verfahren zur Einreichung von Vorschlägen für den OPS-Katalog sensibilisiert und informiert werden.

Dies erfolgte durch die Nutzung verschiedener Netzwerke, die den Initiatoren zur Verfügung standen. Des Weiteren wurde über die Fachpresse über das Vorhaben zur Einreichung von Vorschlägen informiert. Die Initiatoren planten, dass jeder Pflegende Vorschläge für den Operationen- und Prozedurenkatalog an einer zentralen Stelle einreicht. Dort wurden die Vorschläge gesammelt, gesichtet und mit Hilfe der Netzwerkteilnehmer katego-

riert. Die Initiatoren luden zu einer Konsensusveranstaltung ein. In dieser sollten die eingereichten Vorschläge diskutiert und bewertet werden.

2. Durchführung der Konsensusveranstaltung.

In der Konsensusveranstaltung wurden die Vorschläge diskutiert. Im Vorfeld bekamen alle Teilnehmer, die sich zur Konsensusveranstaltung angemeldet hatten, die entsprechenden Vorschläge zur Vorbereitung zugeschickt. Insgesamt wurden auf der Konsensuskonferenz 17 Vorschläge diskutiert. Von diesen 17 Vorschlägen wurden 7 angenommen [5]. Diese wurden von einer Expertengruppe nach der Konsensuskonferenz so aufgearbeitet, dass sie dem DIMDI vorgelegt werden konnten. Zur Expertengruppe gehörten Michael Löhr (Gütersloh), Dr. Michael Schulz (Bielefeld), Georg Oppermann (Augsburg) und Manuela Harms (Gütersloh).

Eingereichte Vorschläge

Folgende sieben Vorschläge wurden dem DIMDI zur Veränderung des Kataloges eingereicht:

1. Die Begriffskombination Betreuung und Behandlung soll durch die einheitliche Bezeichnung Behandlung und eine entsprechende Definition aufgenommen werden.
2. Der Begriff „Psychosoziale Pflege“ muss durch „Psychiatrische Pflege“ ersetzt werden.
3. Psychoedukation, Gespräche mit Betreuern, Angehörigengespräche, Angehörigengruppen, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie, Durchführung therapeutischer Gruppen, müssen in die Verfahren der spezialisierten psychiatrischen Pflege mit aufgenommen werden. Im Weiteren wurde der Vorschlag eingereicht, den Begriff Complianceförderung durch den Begriff Adhärenzförderung zu ersetzen.
4. Separate Kodierbarkeit der Therapieeinheiten für die Berufsgruppe Pflege und Spezialtherapeuten, wie es im OPS-Katalog 2010 schon der Fall war.

5. Ergänzung und Differenzierung der Zusatzkodes 9-641 und 9-690. Änderung der Mindestmerkmale:

- Behandlung von psychosozialen oder psychischen Krisen, die tagesbezogen einen hohen Personaleinsatz erfordern. Die psychische Krise beschreibt eine akute vorübergehende psychische Störung als Reaktion auf außergewöhnliche Ereignisse und Lebensumstände, so dass dringliches therapeutisches Handeln erforderlich wird.
- Die ärztliche oder psychologische oder pflegerische Dokumentation zeigt an, dass eine psychosoziale oder psychische Krise vorliegt.
- Die therapeutischen Kontakte können durch die ärztliche und psychologische Berufsgruppe und Pflegefachkräfte erbracht werden.

6. Aufnahme der Milieuthherapie in die Mindestmerkmale der psychiatrischen Schlüsselnummer durch folgende Formulierung: „Milieuthherapie ist Grundlage jeder weiteren therapeutischen Maßnahme und wird durch Pflegefachkräfte in besonderer Weise im Behandlungskontext durchgeführt“.

7. Streichung des Begriffes psychiatrische Grundpflege [5].

Weitere Entwicklung

Die BfLK hat Anfang des Jahres 2011 die Einführung eines Netzwerk Entgelt beschlossen. Dies soll zur besseren Koordinierung der Arbeit in Bezug auf die neue Entgeltsystematik dienen. Das Netzwerk wird geleitet von Michael Löhr. An diesem Netzwerk können alle interessierten Kolleginnen und Kollegen teilnehmen. Die Netzwerkarbeit hat im Juni 2011 in Mannheim begonnen. Die ersten Termine stehen fest und die nächste Konsensuskonferenz ist schon geplant.

Einige der Vorschläge der psychiatrischen Pflege wurden am 16.06. innerhalb der Beratung der Fachgesellschaften zu Vorschlägen für den OPS-Katalog 2012 im DIMDI beraten. Herr Michael Löhr vertrat im DIMDI die Positionen der psychiatrischen Pflege. Auch wenn der Katalog 2012 bei der Erstellung dieses Artikels noch nicht vorlag, kann davon ausgegangen wer-

den, dass Vorschläge der psychiatrischen Pflege in den Katalog 2012 mit einfließen.

Folgender Diskussionstand liegt im Juli 2011 vor:

1. Um die kostenintensiven Patienten besser identifizieren zu können kann ab 2012 die psychiatrische Pflege auch die Krisenintervention nach den gleichen Kriterien, wie sie bisher für den medizinisch-therapeutischen Dienst galten, dokumentieren.
2. Der Begriff „Psychosoziale Pflege“ wird gestrichen und durch den Begriff Pflegefachpersonen ersetzt.
3. Die Tätigkeitsbereiche der Psychoedukation, Gespräche mit Angehörigen und Betreuern usw. werden ab dem Jahr 2012 auch als Verfahren der Pflege gelistet sein.

Weitere Vorschläge befinden sich z. Zt. in der Diskussion oder sind auf Wiedervorlage für das Jahr 2013 genommen worden [6].

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die psychiatrische Pflege auch ohne hohen Organisationsgrad die erste Hürde zur Entwicklung des neuen Systems genommen hat. Das Konsensusverfahren wird auch für das Jahr 2013 wiederholt werden.

Alle Kolleginnen und Kollegen sind aufgerufen, Vorschläge für den OPS-Katalog 2013 einzureichen. Die Einreichungen können zu folgender Email-Adresse gesandt werden: M.Löhr@bflk.de. Die Einreichungsfrist endet am 15. Dezember 2011. Die Konsensuskonferenz wird am 16.01.2012 in Gütersloh stattfinden.

Im Weiteren muss festgehalten werden, dass die Beteiligung der psychiatrischen Pflege im Kontext der weiteren Fachverbände einerseits gewünscht und gewollt ist. Die konstruktive Beteiligung in der Entwicklung des Systems ist eine der relevanten Aufgaben in den nächsten Jahren für die psychiatrische Pflege. Neben der Beteiligung am OPS-System muss die psychiatrische Pflege sich auch künftig um die Kalkulation der Residualgröße kümmern.

Hier ist das Netzwerk Entgelt schon aktiv geworden. Die Entwicklung eines neuen Vergütungssystems ohne die aktive Beteiligung der größten Berufsgruppe innerhalb der Psychiatrie wäre fatal und würde ein unvollständiges Bild der psychiatrischen Landschaft skizzieren. Jedoch wird niemand auf die Berufsgruppe der psychiatrischen Pflege zukommen. Die Berufsgruppe muss sich aktiv in die Entwicklung dieser Prozesse einbringen.

Literatur

1. Löhr, M. (2010) Brennpunkt OPS - Psychiatrische Leistungskodierung in Deutschland und die Rolle der psychiatrischen Pflege -. PSYCH.PFLEGE HEUTE (16) Heft 2/10. S. 65 – 67
2. Löhr, M., Sauter D., Kleßmann R. (2010) Brennpunkt OPS - Kostentrennung als wichtiger Faktor bei der Entwicklung des neuen deutschen Entgeltsystems in der Psychiatrie. Für die PSYCH.PFLEGE HEUTE. (16) Heft 3/10. S. 118 – 120
3. Simon, M. (2008) Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Im Internet: http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Modellrechnung_Unterbesetzung.pdf. Aufgerufen am 26.07.2011
4. Löhr, M. (2011) Brennpunkt OPS – OPS Katalog 2011 – Die wichtigsten Änderungen in Kürze. PSYCH.PFLEGE HEUTE. (17) Heft 1/11. S. 5 – 7
5. Löhr, M. (2011) Brennpunkt OPS – Vorschläge für den OPS-Katalog 2012. PSYCH.PFLEGE HEUTE. (17) Heft 2/11. S. 63
6. Siegmund, C., Löhr, M. (2011) Brennpunkt OPS – Erstes Treffen des Netzwerkes Entgelt. PSYCH.PFLEGE HEUTE. (17) Heft 3/11. S. 177

35. Länderübergreifender Austausch zur Entwicklung neuer Finanzierungssysteme in der Psychiatrie

Michael Löhr, Harald Müller, Georg Oppermann

Hintergrund

In der Schweiz und Deutschland werden parallel neue Finanzierungssysteme zur Vergütung psychiatrischer Krankenhausleistung entwickelt. Die Art der Entgeltentwicklung scheint unterschiedliche Richtungen zu nehmen, die psychiatrische Pflege und alle weiteren Leistungserstellungen unterscheiden sich in ihrer Arbeitleistung, länderübergreifend, aber nur marginal.

Einleitung

Die Finanzierung psychiatrischer Krankenhausleistung ist Grundlage für eine quantitative und qualitative bedarfsgerechten Versorgung und damit für die Vergütung von Pflegeleistungen implizit wichtig. Die Finanzierungssysteme in Deutschland, Schweiz und Österreich unterscheiden sich sehr deutlich. Österreich hat seit 1997 ein Fallpauschalensystem, auch in der Psychiatrie. Deutschland rechnet zurzeit noch nach Tagessätzen ab. Das System wird im Jahr 2013 auf Tagespauschalen umgestellt und befindet sich derzeit in der Vorbereitungsphase. Die Schweiz wird ihre Finanzierung der Spitäler, ab dem Jahr 2012, auf ein Fallpauschalensystem umstellen. Ausnahme ist hier die Psychiatrie. Aktuell wird durch die Zürcher Gesundheitsdirektion und dem Spitalverband H+ ein neues leistungsbezogenes und anreizorientiertes Finanzierungssystem erarbeitet (TARPSY). Ziel ist es, Anreize zu schaffen für eine Verkürzung der Hospitalisationsdauer bei gleichbleibender Behandlungsqualität. Dies wird frühestens im Jahre 2015 das alte System ablösen können.

Ziel

Ziel des Workshops soll sein, eine moderierte Austausch- und Ideenplattform für Experten und Interessierte aus den verschiedenen Ländern zu bieten.

Ablauf

- Kurze Vorstellungen der zukünftigen Entgeltsysteme
- Die Leiter des Workshops werden Leitfragen zur Diskussion stellen.
- Ist die psychiatrische Pflege in Leistungskomplexen abbildbar?
- Wie werden psychiatrische Pflegeleistungen transparent und kalkulierbar?
- Welche Auswirkungen haben leistungsorientierte Entgeltsysteme?
- Wie kann die Behandlungsqualität sichergestellt werden?

Gestaltung

Nach Kurzvorstellung der Entgeltsysteme werden die Leiter des Workshops die Teilnehmer/innen aktiv in die Diskussion einbinden und die Erfahrungen bzw. Ideen sammeln.

Lernziel

Der Workshop verfolgt das Ziel, dass die Teilnehmer/innen ein Forum des Austauschs von Erfahrungen und Ideen bekommen. Dies kann zu einer besseren Vernetzung der Akteure führen und damit zur besseren Entscheidungsfindung auf nationaler Ebene.

36. Implementierung der Peer to Peer-Beratung auf einer psychiatrischen Station: Aspekte der Zusammenarbeit von Betroffenen und Klinikmitarbeitern aus Sicht einer Stationsleitung - Praxisprojekt

Werner Mayr

Setting

Die Station 41 ist eine offene, akutpsychiatrische Station mit 26 Betten, die alters-, diagnosen- und geschlechterdurchmischt belegt wird. Die Station ist Teil der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Heidenheim, die mit insgesamt 78 stationären Betten, einer Tagesklinik und einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) die psychiatrische Vollversorgung für den Landkreis Heidenheim leistet.

Problemstellung und Idee

Im Stationsalltag ergeben sich häufig Gespräche zwischen Patienten oder zwischen Patienten und besuchenden ehemaligen Patienten, in denen Fragen nach Sinn und Wirksamkeit einer Therapie, der nachstationären Wohnsituation oder der Perspektive auf dem Arbeitsmarkt aufkommen. Auch wenn nicht jedes dieser Gespräche zu kompetenten oder befriedigenden Aussagen führt, wird deutlich, dass der Erfahrungsschatz aller Betroffenen wertvoll ist. Insider-Verständnis für die eigene Situation kann vorausgesetzt werden und von den Erfahrungen Anderer kann profitiert werden. Diese Beobachtungen weckten bei Klinikmitarbeitern (KMA) und Patienten die Idee, diese Erfahrungen systematischer zum Wohle aller Betroffenen zu nutzen.

Zunächst muss abgewogen werden, wie das Wissen Betroffener für andere Betroffene zielgerichtet zugänglich gemacht werden kann. Als ein möglicher Ansatz wurde das Modell einer Sprechstunde für Betroffene, die von einem

Betroffenen abgehalten wird, identifiziert. Davon ausgehend ergaben sich konkrete Fragestellungen:

- Wer könnte, wann und wo, diese Sprechstunde abhalten?
- Welche strukturellen Rahmenbedingungen sind notwendig?

Ziele des Angebotes

- Betroffene und Interessierte des Einzugsgebietes unserer Klinik sollen die Möglichkeit haben, im Rahmen einer Sprechstunde von den Erfahrungen einer anderen betroffenen Person zu profitieren.
- Selbstbefähigung“ soll erfahrbar werden.
- Betroffene sollen Sinn im eigenen Handeln erfahren
- Die regionalen Selbsthilfebewegung und deren Instrumente sollen gestärkt werden

Rückschau im sozialpsychiatrischen Miteinander

Das Einbeziehen anderer Betroffener zum Wohl psychiatrisch erkrankter Menschen ist im Heidenheimer Modell von Beginn an Teilelement professioneller pflegerischer Arbeit. Daher ist für viele KMA der konstruktiv-kritische fachliche Austausch mit Psychiatrie- Erfahrenen (PE) in Gremien, Arbeitskreisen, Foren etc. eine bekannte Arbeitssituation. Exemplarisch seien hier das engagierte Miteinander von Betroffenenvertretern und KMA bei der pflegerisch initiierten Standardgruppe oder der Arbeitsgruppe zur Erstellung einer Behandlungsvereinbarung genannt. Aus der Tatsache, dass PE intermittierend auch als Referenten zu klinikinternen Fortbildungen eingeladen werden oder als Zuhörer an anderen Fortbildungen teilnehmen können, ergibt sich die Möglichkeit zum gezielten Gespräch. Ebenso wird ein Kennenlernen der Sicht des Anderen durch Begegnungen bei Fachtagungen oder bei Sitzungen des Psychiatrie-Arbeitskreises des Landkreises Heidenheim ermöglicht. So wird das Einnehmen der jeweils anderen Position als Grundvoraussetzung für erfolgsversprechende Vereinbarungen und damit bessere

Ergebnisse erlebt. Die Implementierung der Peer to Peer-Beratung nimmt dies auf und ist logische Konsequenz dieses Entwicklungsprozesses.

Neue Herausforderung für alle Klinikmitarbeiter

- Gelingt es uns, dem Berater einen Vertrauensvorschuss entgegenzubringen, das Projekt angemessen zu fördern und zu unterstützen, aber gleichzeitig keinen Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Beratungsgespräche zu nehmen?
- Sind wir in Krisensituationen in der Lage – wenn nötig – doch stellvertretende Entscheidungen zu treffen?
- Erkennen wir, wann die Entscheidungsübernahme zurückgegeben werden kann?
- Schaffen wir es in diesen unterschiedlichen Ansprüchen die Balance zu halten?

Zustimmung zur Peer to Peer - Beratung

In einem konstruktiven und zielorientierten Gespräch zwischen den Führungskräften und dem zukünftigen Berater wurde die Idee der Sprechstunde nochmals vertieft und über Werbung sowie potentiell schwierige Situationen gesprochen. Hier wurde klar, dass die Führungskräfte unserer Klinik das geplante Projekt tragen und fördern würden. Als Ergebnis wurden u. a. die zeitlichen und räumlichen Rahmenbedingungen sowie die Entlohnung des Beraters per Honorarvertrag festgelegt. Eine Supervision für den Berater steht zur Verfügung.

Bekanntmachung, Sensibilisierung und Motivation

Nachfolgend wurde für das Angebot in der gesamten Klinik geworben. Die Bekanntmachung auf den Stationen, in der PIA, in der Klinikzeitung und auf der Klinikhomepage erfolgte durch KMA.

Neben Werbung und dem Engagement des Betroffenenberaters, ist von professioneller (v. a. pflegerischer) Seite viel Planungsaufwand und Motivationsarbeit nötig, damit das Angebot in Anspruch genommen wird.

Im praktischen Alltag gibt es eine Aufgabenteilung:

- Der Berater gestaltet das Werbematerial. Die Pflegenden vervielfältigen dieses und unterstützen bei der Verteilung an zentralen Stellen der Klinik.
- Der Berater wird zur Stationsversammlung eingeladen, um sich und sein Angebot vorzustellen.

Beratung „Betroffener berät Betroffene“

Wie geplant bietet ein PE seit Januar 2010 für alle Interessierten unserer Region kostenlos „eine Beratung zur Genesung (recovery), zum Leben mit der Erkrankung, zum Erkennen der eigenen Ressourcen, zum Wahrnehmen von Rechten und zur Stärkung der Autonomie“ an auf unserer Station an [1].

Der PE selbst absolviert eine, sich an einem internationalen Curriculum orientierte, anerkannte, EX-IN (Experienced-Involvement) Ausbildung zum Genesungsbegleiter. In den Jahren 2005 -2007 wurde dieses Projekt vom europäischen Fonds Leonardo da Vinci gefördert. Im Artikel „Experten durch Erfahrung“ ist nachzulesen: „Die Ausbildung soll Psychiatrie- Erfahrenen die Gelegenheit bieten, die eigene Erfahrung zu reflektieren und sich Methoden- und Hintergrundwissen anzueignen, um als Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten oder als Ausbilder zu arbeiten“ [2].

Nutzer und Themen

Nutzer nehmen das Angebot aus unterschiedlicher Intention wahr:

- Aus eigener Motivation, weil spezieller Klärungsdruck besteht.
- Aus Neugierde, weil sie von Mitpatienten angesprochen wurden.
- Weil sie von Mitarbeitern der Station für das aus Patientensicht „ungewohnte und neue Angebot“ sensibilisiert und motiviert werden können.

Beratungsstunden, in denen kein Beratungssuchender das Angebot wahrnimmt, sind die Ausnahme, können jedoch vorkommen. Diese Situation ohne gegenseitige Schuldzuweisung auszuhalten, ist für alle engagiert Beteiligten eine Herausforderung.

Aus der Beobachtung des Stationsalltags heraus lassen sich auch vielerlei Gründe feststellen, weshalb Patienten das Angebot – das freiwillige Inanspruchnahme voraussetzt – trotz vieler Hinweise und Motivationsarbeit von professioneller Seite, nicht nutzen (z. B. Vergesslichkeit, Unsicherheit oder Besuch von Angehörigen, etc.).

Erfreulicherweise kommt es auch vor, dass mehr Personen die Beratung aufsuchen möchten, als Zeit zur Verfügung steht. Daraus erfährt der Genesungsbegleiter Bestätigung.

Der Inhalt der Gespräche dreht sich z. B. um Themen wie Krankheitsbewältigung, Angst um Beziehung, Angst wegen des drohenden Verlustes des Arbeitsplatzes, um Medikamente in Zusammenhang mit Alkohol und Drogen, Schulden, potentielle oder geplante Veränderungen der Wohnsituation wie z. B. der Umzug in eine betreute Wohneinrichtung oder ein Heim.

Weitere Erfahrungen

Vereinzelte Unsicherheiten zeigten sich sowohl bei den Mitarbeitern der Station, als auch beim Berater. Beispiele hierfür sind: Wann soll der Berater von Mitarbeiterseite darauf hingewiesen werden, dass ein Patient zur Sprechstunde gehen möchte, sich aber nicht traut? Wann soll der Berater eine Rückmeldung an die Mitarbeiter der Station geben, obwohl Verschwiegenheit ein wichtiges Beratungselement ist?

Wichtig ist, dass der PE sein Angebot als Genesungsbegleiter intermittierend auf den Stationen persönlich vorstellt und sich dabei von der Beschwerdestelle abgrenzt.

Festzustellen ist auch, dass das Angebot positive Auswirkungen auf die Stationsatmosphäre hat, da es die Grundhaltung des Stationsteams für die Patienten der Akutstation erlebbar macht. Viele Patienten sind über das Angebot überrascht und bewerten die Option zur Teilnahme positiv, auch wenn sie sich letztlich entschließen, es nicht in Anspruch zu nehmen.

Im Alltag erleben wir oft, dass sich Patienten wegen ihrer Erkrankung schämen, gleichzeitig aber die Peer to Peer-Arbeit nicht als Anti-Stigma-Arbeit einordnen können.

Fazit

Nach über eineinhalbjähriger Erfahrung hat sich die Implementierung, auch Dank der hohen Identifikation des Beraters, der seine Arbeit nach eigener Auskunft gern macht, bewährt. Es ist ein positiver ergänzender Baustein bei der gelebten Förderung von Empowerment. In unserer Stationsversammlung ist der Hinweis auf die Beratung inzwischen selbstverständlich geworden. Unabhängig davon sind wir noch in der Anfangsphase; eine intermittierende Thematisierung des Angebots ist, auch bei den KMA, notwendig. Ziel ist jedoch, dass das Angebot fester Bestandteil im Bewusstsein jedes Einzelnen wird.

Neben dem Angebot für alle Betroffenen ist es gelungen, dem Berater eine sinnstiftende Tätigkeit zu ermöglichen. So leistet die Institution einen wertvollen Beitrag zu Recovery und Empowerment.

Außer Frage steht, dass Patienten, die die Beratung in Anspruch nehmen, profitieren. Das Erfahren von Selbsthilfemöglichkeiten aus dem Mund eines Betroffenen, der als Berater selbst Beispiel gibt für „Offensive zeigen und sich selbst helfen“, „sei wohltuend und mache Hoffnung“ – wie immer wieder zum Ausdruck gebracht wird.

Ausblick

Es wird davon ausgegangen, dass sich das Angebot unter den Nutzern noch mehr herumspricht und folglich mit der Zeit mit einer steigenden Nachfrage zu rechnen ist.

Eine weitere Interessentin, die die Peer to Peer-Beratung gerne durchführen möchte, hat bereits hospitiert. Die Mitwirkenden gehen davon aus, ein nachhaltiges Angebot innerhalb der Versorgungslandschaft unseres Landkreises initiiert zu haben.

Literatur

1. http://www.kliniken-heidenheim.de/klinik/Kliniken_und_zentrale_Einrichtungen/Psychiatrie/index.php?navanchor [abgefragt am 28.07.2011]
2. Utschakowski, J. (ohne Jahr) „Experten durch Erfahrung“ in: *Textbuch für das EX-In Curriculum*. (ohne Jahr) Hrsg: HPM van Haaster, Amsterdam [abgefragt am 28.07.2011] Erhältlich unter:
http://www.adam-europe.eu/prj/1871/prd/8/1/Reader_deutsch%20i.pdf

37. Ergebnisse aus der Versorgungsforschung: Wie verändert sich die stationäre Depressionsbehandlung im 10-Jahresverlauf? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Pflegenden?

Christa Mohr

Anliegen

Die vollstationäre Versorgungssituation in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik von depressiven Menschen (F32/F33) wird mittels Analyse der Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) über einen 10-Jahreszeitraum dargestellt. Neben den soziodemographischen Entwicklungen, werden auch Veränderungen in der Behandlungszeit, Rezidivrate und Krankheitsschwere analysiert.

Methode

Die Analyse basiert auf Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) aller in den Jahren 1997 bis 2006 in die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg konsekutiv vollstationär aufgenommenen Patienten (n=3862) mit an erster Stelle angeführten Diagnosen gemäß ICD-10 depressive Episode (F32.xx) bzw. rezidivierende depressive Störung (F33.xx).

Ergebnisse

Im Zeitraum von 10 Jahren konnte beobachtet werden: Patienten mit der Diagnose F32 und F33 werden tendenziell jünger und leben mehr alleine. Das mittlere Alter bei der Aufnahme ist vergleichsweise hoch und liegt bei 53 Jahren. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, wobei die männlichen Behandlungsfälle im Jahresverlauf signifikant zunehmen. Es zeigt sich ein signifikanter Anstieg der schulischen und beruflichen Bildung. Die diagnostizierten psychiatrischen Komorbiditäten steigen im Laufe der Jahre signifi-

kant an. Die mittlere Krankenhausverweildauer ist im nationalen Vergleich relativ kurz und in den 10 Jahren um 16,7% rückläufig. Die mittlere kumulierte Verweildauer verkürzt sich nur tendenziell. Die Patienten werden gemäß GAF-, und CGI-Werten kränker aufgenommen und kränker entlassen. Der in der kürzeren Zeit zu erzielende Behandlungserfolg ist geringer und die Patienten werden kränker entlassen. Die im schlechteren Zustand entlassenen Patienten kommen häufiger binnen Jahresfrist wieder zur Aufnahme.

Schlussfolgerung

Über einen längeren Zeitraum (5 Jahre) egalisieren sich durch die häufigeren Rezidive die vermeintlichen Kostenvorteile durch die kürzere Dauer der einzelnen Behandlungsepisode. Der „gefühlte Drehtüreffekt“ hat sich bestätigt. Das Stationskonzept und das Therapieangebot muss den veränderten Bedingungen angepasst werden.

38. Evaluation einer Langzeiterhebung von Routinedaten stationärer gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung von 2006-2009.

Rüdiger Noelle

Hintergrund

Die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung befindet sich an einer besonderen Schnittstelle des Gesundheitswesens. Die Entwicklung des Krankheitspanoramas innerhalb der Bevölkerung führt zu immer mehr chronischen Krankheitsbildern, auf die die Medizin keine kurativen Antworten finden kann [1]. Der Pflegebedarf im Sinne des SGB XI, welcher bei Patienten festgestellt wird, bleibt i. d. R. auch während und nach der stationären Behandlung erhalten. Auf ihrer persönlichen Krankheitsverlaufskurve befinden sich die hier behandelten Patientinnen, mit ihren komplexen Hilfebedürfnissen, häufig an einem Punkt, der über den weiteren Verlauf dieser Kurve entscheidet [2]. Psychiatrische Pflege vernetzt hier Betroffene, Angehörigen und das Versorgungssystem, um für die Betroffenen eine möglichst hohe Konstanz der Pflege zu sichern.

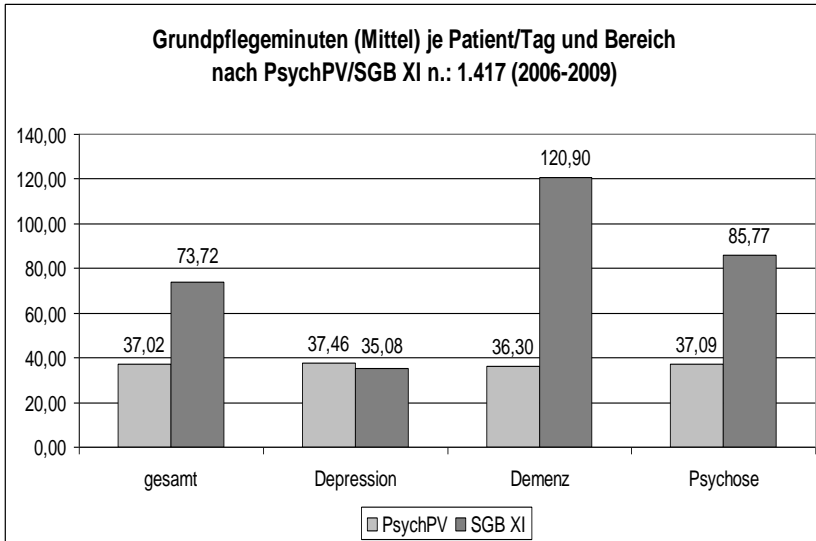
Fragestellung

Welche Zusammenhänge zwischen der Versorgungsform der Patienten vor und nach dem Klinikaufenthalt lassen sich aus den Routinedaten ableiten?

Material

Psychiatrie Personalverordnung und Pflegeversicherung

Die unterschiedlichen Ressourcenbemessungen für einen Grundpflegebedarf in der Pflegeversicherung und in der Psychiatrie-Personalverordnung wurden auch durch die aktuell erhobenen Routinedaten, wie schon in den Vorjahren, weiter bestätigt [3].



In der Folge wurde den Schwerpunktbereichen Depression, Demenz und Psychosebehandlung ein weiteres Aufnahmekriterium, die Grundpflegebedürftigkeit, hinzu gefügt. Hierdurch sollen die pflegerischen Ressourcen innerhalb der Abteilung optimal genutzt werden.

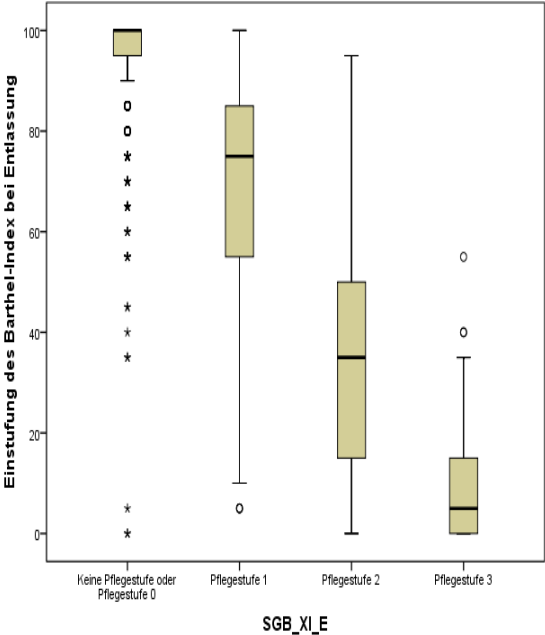
Dabei steht bei den Zuordnungen der Patienten zu den Bereichen, den Pflegeplanungen und der Pflegedurchführung immer der rehabilitative Anspruch der Pflege im Vordergrund.

Beispielsweise findet sich bei dem Schwerpunkt Depressionsbehandlung eine Station mit einem weitgehend gruppenorientierten Angebot. Die Station ist auf Patienten mit einer somatisch geringeren Pflegebedürftigkeit eingerichtet. Die enge Kooperation mit dem Bereich für dementiell erkrankte Menschen ermöglicht eine Pflegeressourcenverschiebung zugunsten der Patientinnen mit einem hohen somatischen Versorgungsaufwand. Gleichzeitig ist mit der Depressionsstation eine Station vorhanden, auf der Menschen, die erste Erkrankungszeichen einer demenziellen Entwicklung oder

einer Altersdepression zeigen, aufgenommen werden, ohne dass ihnen extreme Ausprägungen solchen Krankheitsgeschehens Angst einflößen.

Veränderungen bei der Selbstpflegefähigkeit

Mit Blick auf die Veränderungen der Selbstpflegefähigkeit zwischen der Aufnahme (T₁) und der Entlassung (T₂) fällt das grobe Raster der Einteilung nach der Pflegeversicherung auf. Zwar sind die Werte der Pflegeversicherung mit einem nominieren Zeitwert versehen, aber zur Beurteilung einer Entwicklung der Selbstpflegefähigkeit kaum geeignet. Zur differenzierten Betrachtung der Selbstpflegefähigkeit wurde der Barthel-Index [4] bei T₁ und T₂ erhoben und zu den anderen Parametern in Beziehung gesetzt. Vergleichende Erhebungen von Barthel-Index und dem SGB XI zeigen die hohe Korrelation der beiden Instrumente.



Besondere Aufmerksamkeit soll Barthel-Index-Werten um und unter 50 gewidmet werden. Dieser Wert befindet sich an der Schwelle von der Einstufung der Stufen ≤ 1 zu den Stufen ≥ 2 und markiert damit einen erheblichen Unterschied in der Selbstpflegefähigkeit der Patienten.

Zusammenhänge BI-Index und Lebenssituation

Bei diese Darstellung wurden nur die Behandlungen erfasst, bei denen die Patientinnen nicht aus einem somatischen Krankenhaus kamen oder dorthin verlegt wurden, da hier der akute Zustand keine längerfristigen Schlüsse auf die Veränderung der Selbstpflegefähigkeit erlaubt. Damit wird der Definition der Pflegeversicherung gefolgt, die eine Festschreibung eines Pflegebedarfs von mindestens 6 Wochen für die Pflegebedürftigkeit vorsieht. Ebenfalls fehlen in der Darstellung die Todesfälle $n = 1.196$.

Ergebnisse

Bei 715 (59,8%) der Behandlungen ergab sich keine Veränderung des BI zwischen Aufnahme und Entlassung. 331 (27,7%) der Patienten verfügten am Ende über eine größere Selbstpflegefähigkeit und 150 (12,5%) benötigten mehr Unterstützung bei der Selbstpflege.

Dabei fand sich bei der Gruppe ohne Veränderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme ein BI von im Mittel 77,8 [Median 95; SD: $\pm 30,93$], bei erhöhter Selbstpflegefähigkeit 56,31 [Median 60; SD: $\pm 28,88$] und verringerter Selbstpflegefähigkeit 64,10 [Median 70; SD: $\pm 29,57$]. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind auf einem Niveau von 0,000 signifikant.

Die im Allgemeinen angenommenen Versorgungsintensitäten im Verhältnis zur Selbstpflegefähigkeit spiegeln sich in den BI-Einstufungen zum Zeitpunkt der Aufnahme wieder:

Lebenssituation vor der Aufnahme	N	%	Mittelwert	Median	SD
Allein lebend	425	35,5%	80,15	95	26,04
Mit Angehörigen	384	32,1%	72,34	85	31,35
Betreutes Wohnen	95	7,9%	71,47	80	28,50
Wohngemeinschaft	50	4,2%	64,80	80	33,82
Heimunterbringung	242	20,2%	49,63	50	31,68

Diese Linearität findet sich bei den Entlassungswerten nicht wieder:

Lebenssituation nach der Entlassung	N	%	Mittelwert	Median	SD
Allein lebend	302	25,3%	87,04	100	21,20
Mit Angehörigen	325	27,2%	80,78	95	27,47
Betreutes Wohnen	106	8,9%	81,23	95	26,84
Wohngemeinschaft	77	6,4%	70,32	85	32,12
Heimunterbringung	386	32,3%	73,31	55	31,04

Für eine genauere Betrachtung wurde nun die Gruppe der Patientinnen untersucht, die im Durchschnitt unter die mit besonderem Unterstützungsbedarf verbundene Punktzahl von einem Barthel-Index unter 50 kamen. Diese Werte finden sich im Schnitt bei den Patientinnen, die aus dem Heim in die Klinik kamen und dorthin wieder zurückverlegt wurden (n= 240):

Differenz des Barthel-Index Aufnahme zu Entlassung gruppiert	Mittelwert des Barthel-Index bei Aufnahme	n
minus	47,21	34
gleich	53,48	128
plus	43,33	78
insgesamt	49,29	240

Differenz des Barthel-Index Aufnahme zu Entlassung gruppiert	Differenz des Barthel-Index von Aufn. zu Entl.	n
minus	-14,56	34
gleich	0,00	128
plus	15,71	78
insgesamt	3,04	240

Diskussion

Hier muss als Erstes auf die starken Deckeneffekte bei einem Instrument wie dem Barthel-Index hingewiesen werden. Bei einem recht hohen Wert ist es allein schon dadurch erschwert, die Punktzahl deutlich zu steigern. Neben anderen Schwächen wie einer unsicheren Interrater-Reliabilität [5] soll hier noch darauf hingewiesen werden, dass die starke Ausrichtung des Barthel-Index auf die Bewegungsitems gerade bei umtriebigen, gerontopsychiatrischen Patienten noch Hilfebedarf verdecken kann.

Die Fokussierung auf so einen kleinen Teil von erhobenen Routinedaten kann nur blitzlichtartig Elemente aus dem komplexen Arbeitsfeld der akutstationären gerontopsychiatrischen Krankenbehandlung erfassen.

Die auffallend gleich große Spanne sowohl in positive wie in negative Richtung bei Veränderung macht deutlich, welche Chancen aber auch Gefahren bei einer Klinikeinweisung zu berücksichtigen sind. Immerhin ist die quantifizierte Spanne an Verlustmöglichkeiten ausreichend, bei einem Patienten die Veränderung auszudrücken, die sich aus einer evtl. leichten Harninkontinenz zu einer kompletten Harn- und Stuhlinkontinenz ergeben kann.

Schlussfolgerung

Der rehabilitative Ansatz von Pflege, wie er auch in der Pflegeversicherung gefordert wird, kann offensichtlich im klinischen Zusammenhang wirkungsvoll eingesetzt werden, während gleichzeitig die großen Belastungen, die sich durch den Ortswechsel gerade für verwirrte Menschen ergeben, nicht vernachlässigt werden dürfen. Trotz des gesetzlichen Vorrangs von Rehabilitation [6], der hier angeführt werden kann sollte im Vorfeld sehr genau, bezogen auf den einzelnen Behandlungsauftrag erwogen werden, ob die Behandlung auch im vertrauten Rahmen durchgeführt werden könnte oder ob davon ausgegangen werden kann, dass das fördernde Potenzial der stationären gerontopsychiatrischen Komplexbehandlung erforderlich ist und genutzt werden kann.

Auf jeden Fall sollte durch die Auswertung der vorhandenen Daten und die Erhebung von weiteren Parametern verstärkt nach Prädiktoren gesucht werden, die bei dieser Entscheidung eine Hilfe sein könnten.

Für die Betroffenen liegen hoher Nutzen und Risiko nah beieinander.

Literatur

1. Beske, F., *Gesundheitsversorgung der Zukunft jetzt gestalten*, ed. I.F. Beske. 2007, Kiel.
2. Corbin, J.M. and Strauss, A., *Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. Chronisch Kranke pflege - Das Corbin-Strauss-Pflegemodell*, ed. W. Pierre. 1998, Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft.
3. Noelle, R., et al., *Der Arbeitsaufwand professioneller Pflege in der stationären Gerontopsychiatrie – Vergleichende Ressourcenbemessung nach der Logik von*

Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung. Gesundheitswesen, Thieme Verlag, Stuttgart New York, 2009.

4. *Nikolaus, T. and Pientka, L., Funktionelle Diagnostik: Assessment bei älteren Menschen. 1999, Wiebelsheim: Quelle und Meyer.*
5. *Ranhoff, A.H. and Laake, K. The Barthel ADL Index: Scoring by Physician from Patient Interview is not Reliable. Oxford Journals, 1992.*
6. *Hofemann, K. and Naegele, G., Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, in Handbuch Pflegewissenschaft, B. Rennen-Allhoff and D. Schaeffer, Editors. 2003, Juventa: Weinheim München. p. 217-242.*

39. Gepflegte Beziehungen – Bezugspflege in der Gerontopsychiatrie

Regina Petri

Hintergrund

„Weil ich für alles Verantwortlich bin, aber nicht am Behandlungserfolg teilhaben darf, macht die Arbeit, in der psychiatrischen Krankenpflege, mich krank.“ So die Aussage einer Kollegin im Mitarbeitergespräch. Im Anschluss an dieses Mitarbeitergespräch habe ich das Thema mit in eine Teambesprechung genommen und wir haben im Team „Systembedingte“ Punkte herausgearbeitet, welche zu dieser Aussage führen.

- Hohes Stresslevel bei der täglichen Arbeit
- Fehlende Informationen zu den Patienten/innen und Abläufen
- Unklare Kommunikationsstrukturen und Rollenverteilung im pflegerischen und im Multiprofessionellen Team
- Fehlende Wertschätzung für die pflegerische Arbeit
- Teamkonflikte im pflegerischen Team
- Körperliche- und verbale Gewaltereignisse
- Belastung durch Schichtarbeit

Eine größere Zufriedenheit kann nur durch eine Veränderung des Systems geschaffen werden. Für diese Veränderungen sind wir alle verantwortlich und können diese durch professionelles Handeln, im Rahmen der Bezugspflege, mitgestalten.

Ziele der Veränderungen

Die Ziele, die wir unter den Mitarbeiter/innen erreichen möchten sind vielfältig. Die wichtigsten sind: Gesundheitsförderung und Steigerung und Erhaltung der Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit. Diese Ziele sollen dadurch erreicht werden, dass die Mitarbeiter/innen mehr agieren wie rea-

gieren, mehr eigenverantwortlich entscheiden und letztendlich durch die Übernahme von Verantwortung aktiver am Erfolg der Behandlung teilhaben.

Vorgehen

An erster Stelle steht eine Mitarbeiterschulung in der die Mitarbeiter/innen für das Thema sensibilisiert werden und wir gemeinsam die neuen Rollen der Pflegemitarbeiter/innen definieren.

In dieser Entwicklung haben wir uns für ein „3 Rollenmodell“ entschieden.

Erstbegleiter: In dieser Rolle stellt die Pflegekraft den ersten Kontakt zum Patienten her, macht den Patienten mit den Räumlichkeiten und Personen (Mitpatienten, Personal) bekannt und stellt die Hausordnung vor. Der Erstbegleiter nimmt am ärztlichen Aufnahmegespräch aktiv teil und ergänzt dieses mit pflegerelevanten Fragen.

Prozessbegleiter: Der persönliche Prozessbegleiter nimmt innerhalb von 48 Stunden seine Aufgabe auf. (Erstbegleiter ist bestenfalls auch Prozessbegleiter). Die Aufgabe des Prozessbegleiters ist die Kommunikation zwischen dem Patienten, seinen ambulanten Helfern und dem multiprofessionellen Team herzustellen und aufrechtzuerhalten. Er ist verantwortlich für die Erstellung der Pflegeanamnese, der Pflegeplanung, der Informationsbündelung und für die Weitergabe ans multiprofessionelle Team. Außerdem ist der Prozessbegleiter maßgeblich am Kontakt zu außerklinischen Hilfesystemen beteiligt. Er plant zusammen mit dem behandelnden Arzt die Ziele, welche erreicht werden sollen, sowie die Entlassung und führt verantwortlich die fallbezogene Dokumentation.

Spezialist: Spezialisten werden bei gezielten Fragestellungen zu besonderen Themen beauftragt. Spezialisierungen sind z.B. einschätzen der Gewaltbereitschaft eines Patienten/in (Deeskalationstrainer), Umgang mit deliranten Patienten (Suchtspezialisten) und Kostenaufbau bei Sondenernährung (Ernährungsberater).

Im Rahmen des 3 Rollenmodells hat jede Pflegeperson bei jedem Patienten eine unterschiedliche Rolle, welche sie übernimmt.

Die 24 Stunden Betreuung der Patienten wird im Bezugspflegesystem abgedeckt. Krankenpflegekräfte arbeiten nach dem aktuellen, durch den persönlichen Prozessbegleiter erstellten Pflegplan und dokumentieren Ihre Pflegemaßnahmen.

Erwartungen des Teams

Als unmittelbarer Nutzen der persönlichen Prozessbegleitung erhoffen wir uns patientenbezogen weniger Verlust von Informationen und eine zielgerichtete Diagnose, Therapie und Entlassungsplanung. Die verantwortliche Pflegekraft erlebt den Erfolg der Therapie viel näher aber auch die Kritik – weg von Kollektivlob und vor allem von Kollektivschuld.

Als mittelbarer Nutzen sehen wir eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit. Im Rahmen meiner Führungstätigkeit kann ich die Mitarbeiter/innen individueller fördern. Als einen wichtigen Punkt sehe ich, dass Pflegende durch dieses Modell pflegerische Fähigkeiten aufwerten können.

Ergebnisse / Schlussfolgerung

Erste Ergebnisse werden im Herbst vorliegen und können somit beim Kongress im Oktober vorgestellt werden.

40. Wie gehen Pflegepersonen bei der Einschätzung der Suizidgefährdung von PatientInnen in der Psychiatrie vor? Eine Umfrage in der deutschsprachigen Schweiz.

Franziska Rabenschlag, Sven Hoffmann, Bernd Kozel, Rosmarie Sprenger

Einleitung

Der Suizid gehört weltweit zu den 20 häufigsten Todesursachen in allen Altersgruppen [1]. Jedes Jahr sterben über eine Million Menschen an Suizid, das entspricht einer globalen Mortalitätsrate von 16 pro 100 000 Menschen oder alle 40 Sekunden ein Suizid [2]. Die Weltgesundheitsorganisation lancierte deshalb weltweit Kampagnen zur Verbesserung der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Depressionen und Suizidalität [3]. Eine dieser Kampagnen ist das Bündnis gegen Depression, an dem sich neben 18 EU-Mitgliedstaaten auch die Schweiz beteiligt. Das Bündnis plädiert dafür, dass Pflegenden vermehrt über Kompetenzen zur Erkennung und Einschätzung von Suizidalität verfügen [4].

In der Schweiz betragen die Suizidraten in den letzten Jahren zwischen 17 und 21 pro 100 000 Einwohner [5]. Dabei stellen Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Bevölkerungsgruppe dar, bei der das Suizidrisiko erheblich erhöht ist [6]. Das Suizidrisiko bei stationär behandelten Patienten in der Psychiatrie ist beispielsweise um einiges höher als in der Gesamtbevölkerung [7]. Psychiatriepflegepersonen leisten demnach im Rahmen des interdisziplinären Behandlungsprozesses einen wichtigen Beitrag zur Wahrnehmung und Einschätzung der Suizidgefährdung von PatientInnen [8]. Das Stellen der Pflegediagnose „Risiko eines Suizids“ [9] ist eine verantwortungsvolle und komplexe Aufgabe, bei der verschiedenste Bereiche der Risikoeinschätzung berücksichtigt werden müssen [10]. Bisher ist nichts darüber bekannt, ob und wie die Pflegepersonen in der Psychiatrie der deutschsprachigen Schweiz die Suizidgefährdung der PatientInnen beurteilen. Unsere Studie verfolgte das Ziel, im Rahmen einer Querschnittserhebung in

der deutschsprachigen Schweiz den „Stand der Pflegepraxis“ bei der Beurteilung des Suizidrisikos zu beschreiben.

Fragestellung

Wie beurteilen Psychiatriepflegepersonen in der deutschsprachigen Schweiz die Suizidgefährdung von PatientInnen?

Methode und Material

Befragt werden Pflegende (Stationsleitende) aller 32 deutschsprachigen psychiatrischen Institutionen in der Schweiz sowie deren angeschlossene ambulante/teilstationäre Angebote von Dezember 2010 bis Januar 2011. Die Befragung wird mittels eines elektronischen, von der Arbeitsgruppe entwickelten und vorgetesteten Fragebogens mit 30 Items durchgeführt. Das Sampling erfolgt mit Unterstützung der Konferenz der PflegedirektorInnen Psychiatrischer Institutionen der Schweiz (KPP). Die Daten werden deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 235 Fragebögen aus 25 Institutionen (von total 32, Liste der KPP, Januar 2011) retourniert, was einem Rücklauf auf Institutionsebene von 80% entspricht. Nicht alle Stationen einer Klinik haben sich gemeldet: der Rücklauf auf Stationsebene betrug 61%. Alle retournierten Fragebögen wurden einbezogen, obwohl viele unvollständig ausgefüllt wurden. Die 235 Fragebögen wurden zu 81% von Abteilungsleitenden oder deren Stellvertretungen (n=192) ausgefüllt und zu 1.27% von Leitenden der Pflege (n=3), von 3% anderen (n=7, 2.9%), bei 33 missings (14%).

Die Hälfte der Pflegenden verwendet Instrumente zur Einschätzung

Auf die Frage, ob Pflegende auf der Station Instrumente anwenden, um die Suizidgefährdung ihrer PatientInnen einzuschätzen, antwortete ein Drittel mit Ja (34.89%, n= 82), und ein Drittel mit Nein (35.31%, n=83). Knapp 16% antworteten mit teilweise (15.74%, n=37), 33 Personen beantworteten

diese Frage nicht (14.04%). Werden die „ja“ und „teilweise“ zusammengezählt, benutzen die Hälfte (n=119, 50.63%) der Pflegenden in dieser Erhebung Instrumente zur Einschätzung der Suizidalität.

Die proportionale Verteilung in den Kliniken derjeniger, welche Instrumente einsetzen, zeigt, dass fast 70% (68.7%) der Pflegenden aus Privatkliniken Instrumente einsetzen, im Vergleich zum Verhältnis derjeniger aus Kantonalen Kliniken (52%), und aus Universitätskliniken (36.5%).

Die Suizidalität wird mit Instrumenten häufiger bei einer vermuteten Gefährdung eingeschätzt (151 Nennungen, bei Mehrfachnennungen), als beim Eintritt einer Person (73), oder deren Austritt (11 Nennungen).

Zur Art der Instrumente gab es insgesamt 160 Nennungen bei möglichen Mehrfachnennungen. Davon betreffen 13% der Nennungen erforschte Instrumente (n=21), (Bsp. NGASR; SSF-II), fast die Hälfte der Angaben (75, 47%) betreffen Instrumente, welche klinikeigen, den Autoren unbekannt oder kaum erforscht sind (Bsp. Einschätzung nach Ringel, Magnettafel), über ein Drittel der Nennungen (64, 40%) sind nicht einteilbare oder unklare Angaben (Bsp. „Stationsmanager“). Bei den klinikeigenen Instrumenten sind wohl einige dabei, die Literatur- bzw. forschungsgestützt, aber nicht validiert sind.

Einschätzung ohne Instrumente

Ohne Instrumente schätzen Pflegende die Suizidalität von Patientinnen und Patienten am häufigsten mit Hilfe ihres Fachwissens ein (101 Nennungen bei Mehrfachantworten). Aufgrund der Erfahrung wurde 93mal genannt, aufgrund des Gefühls/der Intuition 77mal. Auch ohne Instrumente wird eine Einschätzung am häufigsten bei einer vermuteten Gefährdung vorgenommen (170 Nennungen, bei Mehrfachnennungen), weniger bei Eintritt (78 Nennungen) oder Austritt (26 Nennungen).

Mit freien Kommentaren (89) konnte angegeben werden, weshalb die Teilnehmenden keine Instrumente einsetzen. Die Kommentare wurden zusammengefasst und betreffen hauptsächlich die Äusserungen, dass in der Klinik

keine Instrumente vorhanden seien (26 Nennungen), dass die Einschätzung nicht zum pflegerischen Aufgabenbereich gehört (12 Nennungen), dass die Einschätzung ohne Instrumente genüge (12 Nennungen), dass suizidale PatientInnen nicht aufgenommen würden (10 Nennungen) sowie einzelne weitere Kommentare.

Diskussion

Pflegende schätzen Suizidalität von PatientInnen etwa zu gleichen Teilen mit und ohne Instrumente ein: ein Drittel in dieser Untersuchung gab an, Instrumente einzusetzen, ein Drittel verwendete keine, und ein Drittel teilweise oder ohne Angabe. Werden die „teilweise“ Einsetzenden dazu gerechnet, setzen knapp über die Hälfte der Antwortenden Instrumente ein. Die Tatsache, dass einige keine Angaben zu dieser Frage gegeben haben, erstaunt und wäre es wert, ethisch und berufspolitisch zu diskutieren, da eine Einschätzung der Suizidalität eigentlich bei allen PatientInnen erfolgen sollte [11]. Ob mit oder ohne Instrumente; die Suizidalität wird in dieser Untersuchung kaum beim Austritt eingeschätzt. Dies überrascht, da mittlerweile erwiesen ist, dass Suizide meist während des Austritts oder kurz nach dem Austritt geschehen und ein Suizid-Assessment vor dem Austritt empfohlen wird [11].

Auffällig und für die Autoren nicht erklärbar ist der hohe Anteil derer, die ein Instrument anwenden innerhalb der Privatkliniken (70%), sowie der tiefere Anteil innerhalb der Universitätskliniken (36.5%). Insgesamt zeigen die Resultate, dass die verwendeten Instrumente nur bei 13% der Nennungen erforschte Instrumente betreffen. Bei den klinikeigenen Formen sind jedoch interessante Beispiele beschrieben, wie die Magnettafel, auf der sich PatientInnen selber einschätzen. Unter dem Gesichtspunkt des Einbezugs und der Selbsteinschätzung der PatientInnen stellt das eine sehr gute Variante dar.

Als Schwäche der vorliegenden Erhebung fiel auf, dass die Begrifflichkeiten (z.B. Station, Standard) nicht einheitlich verwendet werden und diesbezügliche Fragen nicht ausgewertet werden konnten.

Schlussfolgerung

Für die Prävention von Suiziden von Menschen in psychiatrischen Institutionen wäre es sinnvoll, den Zeitpunkt, bei welchem in dieser Untersuchung die Einschätzungen erfolgen, nämlich bei einem Verdacht, zu Gunsten einer Einschätzung vor einem Austritt zu beachten oder zu ergänzen. Berufspolitisch wäre es wert, den Unterschieden der Einschätzung zwischen den Universitäts-, Kantonalen und Privaten psychiatrischen Kliniken in Folgestudien nachzugehen.

Literatur

1. *World Health Organization (2011) Suicide prevention: Magnitude of the problem [abgefragt am 20.6.2011]; Erhältlich unter: www.who.int/mental_health/prevention/en/.*
2. *World Health Organization (2011) Suicide prevention: the Problem [abgefragt am 20.6.2011]; Erhältlich unter: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html*
3. *World Health Organization (WHO) (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen.*
4. *Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Me. 36(9): p. 1225-1233.*
5. *World Health Organization (2007). Suicide rates by gender, Switzerland, 1950-2007 [abgefragt am 20.6.2011]; Erhältlich unter: www.who.int/mental_health/media/swit.pdf.*
6. *Harris, E.C., Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. British Journal of Psychiatry. 170: p. 205-228.*
7. *Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, T., Rössler, W. (2009) In-patient suicide – a 13-year assessment. Acta Psychiatrica Scandinavica. 120: p. 71-75.*
8. *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.*
9. *NANDA International (2008) Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikationen. 2007-2008. Bad Emstal: Recom.*

10. Bryan, C.J., Rudd, M.D. (2006) *Advances in the assessment of suicide risk. Journal of Clinical Psychology. 62: p. 185-200.*
11. Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, S. & W. Rössler (2009) *Inpatient suicide – a 13-year assessment. Acta Psychiatrica Scandinavica. 120: 71-75.*

41. Aufsuchende ambulante psychiatrische Pflege im Nordteil des Kantons St. Gallen - eine Projektstudie

Urs Ribi, Hans Jerratsch

Hintergrund und Problemstellung

Im Zuge der De- bzw. Transinstitutionalisierung (Entlassung bzw. Überführung in Heime) von Langzeitpatienten seit den 80er Jahren wurde der Ruf nach mehr Gemeindenähe in der psychiatrischen Versorgung immer lauter. Die aufsuchende ambulante psychiatrische Pflege etablierte sich in den letzten zehn Jahren vorwiegend ausserhalb der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Sektor Nord (KPD-SN). Infolge Restrukturierungsmassnahmen fokussiert sich die Behandlung im stationären Bereich bei einer zunehmenden Anzahl Patienten auf Krisenintervention und Akutbehandlung. Es verbleibt auf der Station immer weniger Zeit, die nachstationäre Behandlung sorgfältig aufzugleisen. Viele Patienten – etwa Obdachlose, Personen ohne Beschäftigung und feste Strukturen - befinden sich bei Entlassung noch in instabilen psychischen und sozialen Verhältnissen. Der Übergang vom stationären in ein ambulantes Behandlungssetting wird dadurch schwieriger. Die Behandlungsbrüche in diesem Übergang führen bei diesen Patienten oft zu erneuten Krisen und zu einer stationären Wiederaufnahme. In Bezug auf die ambulanten aufsuchenden Dienstleistungen wurde die Pflege in den KPD-SN marginalisiert, da die Finanzierung nicht die richtigen Anreize setzt.

Ziele

Ziele der Projektstudie sind

- ...die historische Entwicklungslinie hin zur modernen, gemeindenahen KPD-SN nachvollziehbar zu machen,
- ...die aktuelle Situation bezüglich der aufsuchenden ambulanten psychiatrischen Pflege lokal, national und international aufzuzeigen, soweit sie für die KPD-SN von speziellem Interesse sind und

- ...eine beschränkte Anzahl für die KPD-SN geeigneter Modelle aufsuchender ambulanter psychiatrischer Pflege vorzustellen und dabei Aspekte des Managements, der Organisation und der Finanzierung zu beleuchten.

Vorgehen

Literatur und anderes Quellenmaterial wurden zusammengetragen und rezipiert. Für die Beschreibung der historischen Aspekte orientierte ich mich nach der Theorie der Entwicklungsphasen von Unternehmen nach Glasl und Lievegoed [3]. Bezüglich der Beschreibung Modelle aufsuchender psychiatrischer Pflege stützte ich mich unter anderem auf Becker et al. [1]. Folgende sieben Modelle aufsuchender ambulanter psychiatrischer Pflege wurden vorgestellt:

- Psychiatrische Institutionsambulanz (PIA)
- Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) am Beispiel Luzern
- Psychiatrisches Case Management am Beispiel integrierte Psychiatrie Winterthur
- Assertive Community Treatment (ACT)
- Kooperationsverträge mit freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen
- Aufsuchende ambulante psychiatrische Pflege aus den Stützpunkten
- Psychiatrische Spitex

Ausser der psychiatrischen Spitex wurden die Modelle unter anderem nach folgenden Kriterien hinsichtlich Eignung für die Implementierung in den KPD-SN bewertet:

- Die Fachabteilung Akut- und Notfallpsychiatrie wird durch Reduktion der Anzahl der Aufnahmen signifikant entlastet.
- Die kontinuierliche Behandlung und/oder Koordination durch eine Bezugsperson über verschiedene Behandlungssettings ist gewährleistet.

- Die Angehörigen sind in die Behandlung mit eingebunden und erhalten durch die Behandler direkt vor Ort Unterstützung.
- Der Informationsfluss ist verbessert.
- Die Behandlung orientiert sich an den Bedürfnissen des Betroffenen in seinem Lebensumfeld und wird akzeptiert.

Als wichtige Grundlage für das Management der Umsetzung ist Doppler und Lauterburg [2] zu nennen. Experten wurden zu Fragen der lokalen Gegebenheiten und Finanzierung in schriftlicher und mündlicher Form befragt.

Ergebnisse und Erfahrungen

Die Theorie der Entwicklungsphasen von Unternehmen nach Glasl und Lievegoed [3], der Pionier-, der Differenzierungs-, der Integrations- und der Assoziationsphase, wurde aufgezeigt. Die Entwicklungsgeschichte der KPD-SN von der kustodialen Anstalt hin zur gemeindenahen Versorgung wurde angelehnt an dieser Theorie beleuchtet und nachvollziehbar gemacht. Dabei konnten mit diesem Entwicklungsmodell Konflikte und Herausforderungen in Organisationen, wie etwa der KPD-SN, besser eingeordnet werden.

Die aktuell lokale, nationale und internationale Situation der aufsuchenden ambulanten psychiatrischen Pflege wurde, soweit sie für die KPD-SN von speziellem Interesse sind, dargestellt. Die Aufnahmestationen der Akutpsychiatrie würden vor allem mit dem favorisierten Modell der Gemeindeintegrierten Akutbehandlung (GiA) entlastet. Bei einer settingübergreifenden (Übergang stationär, teilstationär, ambulant) Patientenbehandlung durch die gleichen Behandler werden Ressourcen und Kosten eingespart. Die Behandlungsergebnisse und Behandlungszufriedenheit bleiben gleich. Das Case Management stellt bei der Koordination und Überwachung des settingübergreifenden Behandlungsprozesses eine wichtige Funktion dar.

Die Finanzierung ist ein Knackpunkt. Zurzeit gibt es immer noch finanzielle Fehlanreize zu Gunsten der stationären und ärztlichen Leistungen. Grundsätzlich neue Formen der Finanzierung, wie beispielsweise das psychiatrische Regionalbudget, wären durch die Garanten zu prüfen.

Die Implementierung des favorisierten Modells GiA erfolgt am besten im Rahmen der Organisationsentwicklung mit einem Projekt. Abgeleitet von den in Doppler und Lautenburg [2] beschriebenen Stolpersteinen bei Projekten wurde ein Instrument zur Einschätzung der Bedingungen erfolgreicher projektbezogener Veränderungsprozesse entwickelt. Die wichtigsten Bedingungen sind:

- Das obere Management und die Projektleitung verfügen über ein ausreichendes Know how in Projektmanagement.
- Funktionen und Rollen zwischen der Projektorganisation und der bestehenden Hierarchie sind geklärt.
- Die Betroffenen sind über das Veränderungsvorhaben / Projekt informiert und über die Chancen und Risiken in voller Transparenz aufgeklärt.
- Projektorganisation: Die Zusammensetzung der Projektgruppe ist ausgewogen, das Anforderungsprofil des Projektleiters ist realistisch.
- Personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen sind ausreichend eingeplant.
- Das Veränderungsprojekt ist bereichsübergreifend getragen.

Diskussion

Die ambulante und stationäre Behandlung ergänzen sich wechselseitig und darf nicht gegeneinander ausgespielt werden. Jedes Setting hat in bestimmten Situationen seine Notwendigkeit. Es ist darauf zu achten, dass das soziale Umfeld des Patienten nicht mit einer frühzeitigen Entlassung überfordert wird. Deshalb ist ein individuell ausgelegtes Assessment unter Einbezug der Angehörigen noch während der stationären Behandlung essentiell für eine erfolgreiche ambulante Weiterbehandlung. Für die Pflegenden stellt diese neue Arbeitsweise der settingübergreifenden Patientenbehandlung eine neue, bereichernde Horizonterweiterung und Herausforderung dar.

Als Voraussetzung für eine gelungene Umsetzung sind erfolgreiche Verhandlungen mit den Garanten notwendig. Die Umsetzung soll schrittweise mit der Methode des Projektmanagements erfolgen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Für die KPD-SN bieten sich vier Modelle aufsuchender ambulanter psychiatrischer Pflege als geeignet an, die der Geschäftsleitung zur Umsetzung empfohlen werden:

- Gemeindeintegrierte Akutbehandlung nach dem Luzerner Modell integriert im Psychiatriezentrum der Stadt St. Gallen.
- Ausbau aufsuchender ambulanter psychiatrischer Pflege aus den Psychiatriezentren mit Schwerpunkt Wattwil und Rorschach.
- Psychiatrische Institutionsambulanz integriert auf einer der Aufnahme-Stationen der Akut- und Notfallpsychiatrie, später auch auf den übrigen Stationen mit Einzugsgebiet Wil.
- Kooperationsverträge mit freischaffenden Psychiatriepflegefachpersonen und dem Hilfsverein für Gemütskranke.

Den Projektverantwortlichen wird empfohlen, das in der Projektstudie entwickelte Instrument zur Einschätzung der Bedingungen erfolgreicher, projektbezogener Veränderungsprozesse einzusetzen.

Vision 2020

In der Klinik Wil sind inzwischen in jeder Fachabteilung Psychiatriepflegefachpersonen nach dem Modell PIA, in St. Gallen nach dem Modell GiA, sowohl stationär wie ambulant tätig. Die settingübergreifende Behandlung wird wissenschaftlich begleitet. Ergebnisse haben gezeigt, dass durch die verbesserte Kontinuität der Bezugspersonenarbeit im Vergleich zur ursprünglichen Situation die allgemeine Behandlungszufriedenheit deutlich gestiegen ist und die Wiederaufnahmerate um 15% gesenkt werden konnte. Die Anzahl der Aufnahmen auf den beiden Stationen der Akut- und Notfall-

psychiatrie in der Klinik Wil ist im Vergleich zu 2010 um 20% auf ca. 750 pro Jahr gesunken.

Inzwischen ist eine enge Kooperation der Klinik und den Psychiatriezentren mit den Spitex – Organisationen und anderen Stakeholdern der ambulanten Pflege etabliert.

Die Spitex hat in den letzten Jahren die aufsuchende ambulante psychiatrische Pflege weiter ausgebaut und ihr psychiatrisches Know how verstärkt. Die Aufgabenteilung zwischen den ambulant tätigen Mitarbeitenden der Klinik und der Spitex sind inzwischen geklärt. Die Klinik konzentriert sich auf komplexe akupsychoiatrie Patienten im Sinne einer Übergangsbehandlung sowie auf die chronisch, schwer psychisch Kranken mit häufigen akuten Krisen (Heavy User). Die Spitex profiliert sich im Bereich Früherkennung von psychischen Erkrankungen, Alltagsbewältigung und präventiven Massnahmen sowie dem vorzeitigen Auffangen von psychischen Krisen.

Der Systembruch bezüglich der Finanzierung stationär/ambulant konnte mit der Einführung einer adaptierten Form des Regionalen Psychiatriebudgets ab 2017 überwunden werden.

Die Patienten sind als Experten in sozialen Netzwerken in eigener Sache stark präsent und sind in die Entscheidungsprozesse umfassend mit einbezogen. Die gegenseitige Unterstützung der Betroffenen (Peer to Peer) gewinnt an Bedeutung. Um diese Vision Wirklichkeit werden zu lassen, sind noch einige Taten erforderlich. In diesem Sinne schliesst der Beitrag mit einem Japanischen Sprichwort: „Visionen ohne Taten werden zu Träumereien, Taten ohne Visionen zu Alpträumen.“

Literatur:

1. *Becker, T., Hoffman, H., Puschner, B. und Weinmann, S. (2008) Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart.*
2. *Doppler, K. und Lauterburg, C. (2008) Change Management – Den Unternehmenswandel gestalten, Frankfurt/New York.*
3. *Glasl, F. und Lievegoed, B. (1996) Dynamische Unternehmensentwicklung – Wie Pionierbetriebe und Bürokratien zu Schlanken Unternehmen werden, Bern/Stuttgart/Wien.*

42. Verbale Aggression in psychiatrischen Einrichtungen: Ergebnisse eines Forschungsprojekts

Dirk Richter, Caroline Gurtner

Hintergrund

Für Pflegende und andere Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen sind verbale Aggressionen von PatientInnen und Angehörigen häufige Begleiter in ihrem Arbeitsalltag. Wissenschaftliche Untersuchungen hierzu sind bislang jedoch noch kaum vorhanden.

Einleitung

In diesem Workshop werden Resultate einer Studie vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert, die verbale Aggressionen in verschiedenen psychiatrischen Settings in Deutschland untersucht hat. Die Studie basiert auf qualitativen und quantitativen Datenerhebungen und ist von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, finanziell unterstützt worden.

Thema

Verbale Aggressionen lassen sich oftmals nur schwer von Alltagskommunikation unterscheiden und ihre Wirkung auf Mitarbeitende hängen sehr stark vom subjektiven Erleben und Bewerten der Betroffenen ab. Nicht zuletzt aus diesen Gründen gibt es bis anhin kaum präventive Massnahmen für den Umgang mit verbalen Aggressionen.

Ziele/ Lernziele

Der Workshop zielt darauf ab, den Teilnehmenden die Besonderheiten und Problemlagen im Umgang mit verbalen Aggressionen zu verdeutlichen. Ein weiteres Ziel ist die Erarbeitung von möglichen Präventionsmassnahmen, die in psychiatrischen Einrichtungen eingesetzt werden können.

Ablauf

- 1) Einleitung und Hinführung zum Thema
- 2) Qualitative Studienergebnisse
- 3) Quantitative Studienergebnisse
- 4) Möglichkeiten der Prävention von und des Umgangs mit verbalen Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen

Gestaltung

Vortragspräsentation der Ergebnisse und Diskussion der verschiedenen Teilaspekte

43. Das therapeutische Milieu in psychiatrischen Einrichtungen – Welche Wirkung haben Architektur und Design?

Dirk Richter, Holger Hoffmann

Fragestellung

Die Gestaltung des therapeutischen Milieus ist eine der Hauptaufgaben der psychiatrischen Pflege. Neben der Kommunikation werden hierzu architektonische und designerische Elemente eingesetzt. Der Vortrag geht der Frage nach, welche Studienergebnisse zu den Auswirkungen von Architektur und Design in der internationalen Forschung vorliegen.

Methode

Wir haben eine systematische Literaturübersicht in verschiedenen Datenbanken mit gesundheitswissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Ausrichtung durchgeführt.

Ergebnisse

Von den 1960er-Jahren bis in die 1980er-Jahre hat diese Thematik sehr viel Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Literatur erfahren. Seit dieser Zeit sind jedoch nur sporadische Forschungsprojekte zu finden. Die gegenwärtigen Forschungsmethoden sind nach wie vor stark von den Ansätzen der 1960er-Jahre geprägt. Quantitative Studiendesigns sind dabei dominierend, qualitative Studien werden nur selten durchgeführt. Es gibt nur wenige Studien, welche einen Effekt von Architektur und Design auf das therapeutische Milieu gefunden haben.

Diskussion

Insgesamt ist die Studienlagen zur Fragestellung der Wirkung von Architektur und Design auf das therapeutische Milieu als unbefriedigend zu bezeichnen. Eindeutige starke Effekte sind bislang kaum nachgewiesen worden.

Schlussfolgerungen

Angesichts der Vermutung, Architektur und Design hätten einen starken Einfluss auf das therapeutische Milieu in psychiatrischen Einrichtungen, muss festgestellt werden, dass die Forschungslage dies nicht bestätigen kann. Notwendig sind sowohl neue theoretische als auch methodische Anstrengungen zur Konzeptionalisierung des Milieubegriffs und zur Messung von räumlichen Umwelten auf das Milieu.

44. Motivierende Gesprächsführung: Ein Instrument für die psychiatrische Pflege?

Dirk Richter, Thomas Schwarze

Hintergrund

Der Umgang mit wenig motivierten PatientInnen gehört zum Alltag von Pflegenden in der Psychiatrie.

Einleitung

In diesem Workshop wird die Motivierende Gesprächsführung in ihren Details vorgestellt. Desweiteren soll mit den Teilnehmenden diskutiert werden, inwieweit diese Interventionsform für die psychiatrische Pflege von Nutzen sein kann.

Thema

Motivierende Gesprächsführung ist eine der am besten untersuchten psychosozialen Interventionen in der Psychiatrie. Sie wurde für die Motivation von PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen konzipiert und überwiegend von PsychologInnen angewendet. In der letzten Zeit ist die Motivierende Gesprächsführung bei allgemeinspsychiatrischen KlientInnen genutzt worden und auch die Pflege hat diese Form des Beziehungsaufbaus und der Zielsetzung für sich nutzen können.

Ziele/ Lernziele

Der Workshop zielt darauf ab, den Teilnehmenden die Details der Motivierenden Gesprächsführung vorzustellen und die Anwendung in der psychiatrischen Pflege zu diskutieren. Einzelne Lernübungen werden exemplarisch mit den Teilnehmenden durchgeführt.

Ablauf

- 1) Einleitung: Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung

- 2) Demonstration und Übung verschiedener Techniken der Motivierenden Gesprächsführung: offene Fragen, aktives Zuhören, Anpassung an Widerstand etc.
- 3) Erfahrungen und Einschätzungen der Teilnehmenden

Gestaltung

Vortragspräsentation, Übungen, Diskussion

45. Evaluation: Die subjektive Wahrnehmung der Patienten zum in „Cool-Down-Pink“ gestrichenen Isolierbereich.

Annina Sahli, Sonja Aeby, Johann Meinhof, Bernd Kozel

Hintergrund

Einem speziellen Farbspektrum der Farbe Pink, dem sogenannten „Cool Down Pink“ oder „Baker-Miller Pink“, wird eine beruhigende Wirkung auf Menschen nachgesagt [1, 2, 3]. Dies veranlasste einige Institutionen in der Schweiz dazu, Räumlichkeiten zur Aggressionsprävention in Pink zu streichen. Dazu gehören unter anderem das Gefängnis in Pfäffikon [4], aber auch Schulen und psychiatrische Kliniken [5]. Die bestehende externe Evidence [6] für das „Cool Down Pink“ ist momentan als eher dürftig zu bezeichnen [1, 2, 3]. Seit 2010/2011 besitzen eine Station der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und drei Stationen der Luzerner Psychiatrie (LUPS) ein in „Cool Down Pink“ gestrichenes Isolierzimmer. Bisher wurde diese architektonische Massnahme in den Psychiatrien in Bern und Luzern nicht systematisch evaluiert.

Problemstellung

Die Massnahme - Färbung der Isolierbereiche mit „Cool Down Pink“ (Bern und Luzern) - sollte als architektonische Maßnahme zur Beruhigung und Aggressionsprävention systematisch evaluiert werden. Da ein Wirkungsnachweis für die beruhigende Wirkung des „Cool Down Pinks“ sehr aufwendig ist, haben wir uns für eine Befragung der PatientInnen und des Pflegepersonals entschieden.

Ziele

Das Ziel unserer Evaluation ist es, mehr über die Einschätzung der PatientInnen und des Pflegepersonals (Bern und Luzern) zur subjektiv empfundenen Wirkung des mit „Cool Down Pink“ gestrichenen Isolierzimmers zu erfahren. Die Fragestellungen lauten daher: 1. Wie erleben die PatientInnen den Iso-

lieberbereich in „Cool Down Pink“? 2. Wie beurteilen die Pflegepersonen die Reaktionen der PatientInnen auf den in „Cool Down Pink“ gestrichenen Isolierbereich?

Vorgehen

Die PatientInnen, die sich im mit „Cool Down Pink“ gestrichenen Isolierzimmer aufgehalten hatten, wurden von uns innerhalb von 24 Stunden nach dem Aufenthalt gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen bestand aus insgesamt neun Fragen. Die ersten fünf Fragen fokussierten auf die subjektive Wahrnehmung des „Cool Down Pinks“ durch die PatientInnen.

Für diese ersten fünf Fragen gab es einen zweiten identischen Fragebogen, der unabhängig von den Bezugspflegerpersonen ausgefüllt wurde und der eine Fremdbeurteilung der fünf PatientInnen-Fragen zu ihrer Wahrnehmung des „Cool Down Pinks“ darstellte. Zusätzlich wurden von den Bezugspflegerpersonen soziodemographische und klinische Merkmale der PatientInnen erfasst. Die gesammelten Daten wurden von uns deskriptiv mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet.

Die Selbstbeurteilungen der Patienten zu den ersten fünf Fragen wurden mit den Fremdbeurteilungen der Bezugspflegerpersonen verglichen. Dazu wurden von uns nur die Fälle zur Datenanalyse ausgewählt, bei denen eine Selbstbeurteilung durch die PatientInnen und eine Fremdbeurteilung durch die Bezugspflegerpersonen vorhanden waren. Die ordinal skalierten Daten wurden von uns inhaltlich zusammengefasst und in eine dichotome Form gebracht (Beispielsweise „angenehm“ oder „unangenehm“). Zur Überprüfung der Übereinstimmung der Selbst- und Fremdbeurteilungen wurden mit SPSS der Kappa-Koeffizient (statistische Kenngröße für den Grad der Übereinstimmung von mindestens zwei Einschätzungen) und der Phi-Koeffizient (statistische Kenngröße für die Enge und Richtung eines Zusammenhanges zwischen zwei Merkmalen) berechnet [7].

Ergebnisse

Soziodemographische Daten

Wir konnten insgesamt 29 PatientInnen (13 Bern, 16 Luzern) in unsere Evaluation einbeziehen (siehe Tabelle 1).

Der Altersdurchschnitt der 29 PatientInnen lag bei 38,6 Jahren (SD 13 Jahre). Die häufigste Hauptdiagnose nach ICD-10 [8] war aus dem Bereich F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) gefolgt von den Diagnosen aus dem Bereich F30-F39 (Affektive Störungen). Zehn PatientInnen (34,5%) hatten zusätzlich zur Hauptdiagnose eine zweite Diagnose.

Fremdgefährdung (37,9%) und Selbstgefährdung (37,8%) waren die Hauptgründe für einen Aufenthalt im Isolierbereich. Etwa 60% der PatientInnen waren unfreiwillig im Isolierbereich, die Türen waren dabei in 65% der Fälle geschlossen und in 25% der Fälle geöffnet. Die meisten PatientInnen waren bis zu 24 Stunden (69%) im Isolierbereich.

Tabelle 1: Soziodemographische und klinische Merkmale (N=29)

Merkmal	Häufigkeit	Prozent
- Geschlecht	-	-
- Männlich	10	34,5%
- Weiblich	19	65,5%
- ICD-10 Diagnose	-	-
- F10-F19	4	13,7%
- F20-F29	11	37,9%
- F30-F39	6	20,6%
- F40-F48	2	6,9%
- F60-F69	5	17,2%
- F70-F79	1	3,4%
		-

Merkmal	Häufigkeit	Prozent
- Grund des Aufenthaltes im Isolierbereich	- 11	- 37,9%
- Fremdgefährdung	- 11	- 37,9%
- Selbstgefährdung	- 7	- 24,2%
- Sonstiger		
- Art des Aufenthaltes im Isolierbereich	- 11	- 37,9%
- Freiwillig	- 18	- 62,1%
- Unfreiwillig		
- Dauer des Aufenthaltes im Isolierbereich	- 20	- 69%
- Bis zu einem Tag	- 2	- 6,9%
- Zwei Tage	- 6	- 20,7%
- > Drei Tage		
- Türe während der Isolation	-	-
- Offen	- 7	- 24,1%
- Geschlossen	- 19	- 65,5%
- beides	- 3	- 10,3%

Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung

Bei unserer Befragung gaben 15 PatientInnen (51,7%) an, einen Pink gestrichenen Isolierbereich grundsätzlich einem weißen vorzuziehen. Sechs PatientInnen (20,7%) würden grundsätzlich einen weiß gestrichenen Isolierbereich vorziehen. Einen Schulnotendurchschnitt von 4,2 (SD 1,8) gaben 22 PatientInnen dem in Pink gestrichenen Isolierbereich. Wenn sie die Wahl hätten, würden sich 12 PatientInnen (41,4%) eine ganz andere Farbe im

Isolierbereich wünschen. Dabei würden von 75% dieser PatientInnen helle Farbtöne (hellblau, gelb und hellgrün) bevorzugt.

Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass etwa 50% der PatientInnen angaben, über das Pink im Isolierbereich überrascht gewesen zu sein. Weiterhin gaben etwa 50% der PatientInnen positive Rückmeldungen zur Farbe Pink (angenehm, gefallen, positive Wirkung auf Emotionen). Etwa 40% der PatientInnen hatten den Eindruck, dass sie das Pink beruhigt hat.

Etwa 30% der Bezugspflegepersonen hatten den Eindruck (siehe Tabelle 2), dass die PatientInnen vom Pink im Isolierbereich überrascht waren und etwa 51% glaubten, das Pink gefalle den PatientInnen. Ungefähr 57% der Bezugspflegepersonen hatten den Eindruck, dass das Pink von den PatientInnen als „angenehm“ empfunden wurde, die Emotionen „beeinflusste“ und zur „Beruhigung“ beitrug.

Tabelle 2: Selbstbeurteilung der PatientInnen (N=29) und Fremdbeurteilungen durch die Bezugspflegepersonen (N=29)

	PatientInnen Häufigkeiten (%)	Bezugspflegep. Häufigkeiten (%)
Überrascht über Pink im Isolierbereich		
Sehr	10 (34,5%)	6 (20,6%)
Etwas	5 (17,2%)	3 (10,3%)
Kaum	5 (17,2%)	9 (31,0%)
Überhaupt nicht	1 (3,4%)	11 (37,9%)
Fehlend	8 (27,6%)	
Pink Isolierbereich empfunden		
Sehr angenehm	7 (24,1%)	6 (20,7%)
Eher angenehm	7 (24,1%)	11 (37,9%)
Eher unangenehm	4 (13,8%)	6 (20,7%)
Sehr unangenehm	3 (10,3%)	4 (13,8%)
fehlend	8 (27,6%)	2 (6,9%)
Pink gefallen		
Sehr gut	3 (10,3%)	5 (17,2%)
Gut	11 (37,9%)	10 (34,5%)

	PatientInnen Häufigkeiten (%)	Bezugspflegep. Häufigkeiten (%)
Nicht so gut	3 (10,3%)	6 (20,7%)
Überhaupt nicht gut	3 (10,3%)	6 (20,7%)
Fehlend	9 (31,0%)	2 (6,9%)
Eindruck, Pink beeinflusst Emotionen		
Ja	7 (24,1%)	5 (17,2%)
Eher ja	7 (24,1%)	12 (41,4%)
Eher nein	3 (10,3%)	8 (27,6%)
Nein	4 (13,8%)	4 (13,8%)
Fehlend	8 (27,6%)	
Eindruck, Pink beruhigt		
Ja	7 (24,1%)	4 (13,8%)
Eher ja	5 (17,2%)	13 (44,8%)
Eher nein	4 (13,8%)	7 (24,1%)
Nein	4 (13,8%)	5 (17,2%)
Fehlend	9 (27,6%)	

Selbstbeurteilung versus Fremdbeurteilung

Wir konnten einen starken, statistisch signifikanten Zusammenhang der Selbst- und Fremdbeurteilung bei der Frage nach der Empfindung zum Pink Isolierbereich (Φ .886, $p = .000$) feststellen, diese Beurteilungen hatten auch eine hohe Übereinstimmung (K .879).

Tabelle 3: Selbstbeurteilung versus Fremdbeurteilung (N=25)

	Selbstb. Häufigkeit (%)	Fremdb. Häufigkeit (%)	Phi	Kappa
Überrascht über Pink				
Überrascht	18 (72%)	9 (36%)	.248	.185
Nicht überrascht	6 (24%)	16 (64%)	($p = .224$)	
fehlend	1 (4%)			

	Selbstb. Häufigkeit (%)	Fremdb. Häufigkeit (%)	Phi	Kappa
Pink Empfundnen				
Angenehm	17 (68%)	16 (64%)	.886	.879
Unangenehm	7 (28%)	7 (28%)	(p= .000)*	
fehlend	1 (4%)	2 (8%)		
Pink gefallen				
Gut	16 (64%)	13 (52%)	.528	.505
Nicht gut	7 (28%)	11 (44%)	(p= .013)*	
fehlend	2 (8%)	1 (4%)		
Pink beeinf. Emotionen				
Beeinflusst	16 (64%)	15 (60%)	.182	.175
Nicht beeinflusst	7 (28%)	10 (40%)	(p= .382)	
fehlend	2 (8%)			
Pink beruhigt				
Beruhigt	14 (56%)	14 (56%)	.332	.330
Nicht beruhigt	8 (32%)	11 (44%)	(p= .119)	
fehlend	3 (12%)			

* Signifikanz $p < .05$

Diskussion und Schlussfolgerung

Unsere Evaluation ist limitiert, da sie lediglich auf einer kleinen Stichprobe beruht. Zusammenfassend können wir sagen, dass sich je nach Frage etwa 12-15 PatientInnen positiv zum Pink im Isolierbereich geäußert haben, etwa 6-8 haben das Pink negativ wahrgenommen. Die Bezugspflegepersonen liegen mit ihren Fremdbeurteilungen gemäß prozentualer Übereinstimmung nicht sehr weit neben den Selbstbeurteilungen der PatientInnen. Eine hohe statistisch signifikante Übereinstimmung konnten wir jedoch nur bei der Frage nach der Empfindung des Pink finden.

Mit dieser Stichprobengrösse und diesen Ergebnissen können wir nicht sagen, ob ein Großteil der PatientInnen die Farbe Pink als etwas Positives wahrnimmt.

Gemäß unseren Evaluationsergebnissen lässt sich vermuten, dass die Wirkungsweise von Farben auf Menschen eher etwas sehr individuelles ist.

Literatur

1. Profusek, P.J., Rainey, D.W. (1987) *Effects of baker-miller pink and red on state anxiety, grip strength, and motor precision. Perceptual and motor skills.* 3: p. 941-942.
2. Schauss, A.G. (1985) *The physiological effect of color on the suppression of human aggression: research on baker-miller pink.* [abgefragt am 19.01.2011]. Erhältlich unter: www.predesign.org/baker-miller.html
3. http://www.colormotion.ch/download/Cool%20Down%20Pink_wissenschaftlicher%20Kurzbericht.pdf
4. www.blick.ch/news/schweiz/zueroch/pink-kuehlt-wilde-knastis-ab-148031 Stand 20.07.2011
5. www.colormotion.ch/download/Aargauer%20Zeitung%2020.02.2011.pdf Stand 20.07.2011
6. Behrens, J., Langer, G. (2004) *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft.* Bern: Verlag Hans Huber.
7. Bortz, J., Döring, N. (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer-Verlag.
8. Dilling, H., Freyberger, H.J. (2006) *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.* Bern: Hans Huber Verlag.

46. Wie verändert sich die Therapeutische Beziehung zum praktizierten Bezugspflegesystem?

Anke Saß

Ausgangslage

Ein sehr umstrittenes Versorgungsmodell der Integrierten Versorgung nach §140 SGB V zur Versorgung der Schizophrenie erkrankten Menschen in Niedersachsen überträgt zum ersten Mal Pflegediensten eine Budgetverantwortung. Das Versorgungsmodell beinhaltet als wesentliches Element die ambulante psychiatrische Pflege und das Bezugspflegesystem, das innerhalb dieses IV- Systems als Bezugstherapeutensystem definiert wird [1]. Es wird von den Pflegediensten erwartet, in der Bezugspflege zu arbeiten und unter Umständen, ihre bisherige Arbeitsorganisation auf das Bezugstherapeutensystem umzustellen [1].

Die gesetzlichen Qualitätsanforderungen für die Pflegedienste sind durch die Rahmenverträge gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege reglementiert [2]. Besondere Qualitätsanforderungen werden an die Pflegedienstleitung gestellt. Sie ist für die Planung der Touren und die fachgerechten Pflegeprozesse zuständig. Darüber hinaus ist sie verantwortlich für den Personaleinsatz, der linear zum individuellen Bedarf des Patienten verlaufen muss [2]. Ihre Aufgabe ist damit die Steuerung der Pflegeleistungen. Im Interesse des Patienten ist, gemäß § 22 des Rahmenvertrags für ambulante psychiatrische Pflegedienste, eine Ablauforganisation gefordert, die so zu gestalten ist, dass der Patient möglichst durch eine kleine Anzahl von Personen (Pflegeteams) versorgt wird [2].

Durch den kontinuierlichen Kontakt zu wenigen Pflegepersonen kann sich eine gute Beziehung zwischen dem Patienten und den Pflegenden entwickeln, aufgrund dessen eine verbesserte Behandlungsqualität zu erwarten ist [3].

Die Bezugspflege schafft solch einen Rahmen. Das Verständnis von Bezugspflege, mit den Merkmalen der Entscheidungsbefugnis und Hauptverantwortung für einen Patienten [5] durch eine Pflegeperson wird aus strukturellen und ökonomischen Gründen (Steuerung der abrechnungsfähigen Leistungen) in Niedersachsen/Deutschland nicht einheitlich umgesetzt. Wenn die Verantwortung für den Pflegeprozess auf mehr als einer Pflegeperson ruht sind diese Formen der Bezugspflege nach dem Qualitätsstandard von Needham/Abderhalden als Teampflege anzusehen [5].

Forschungsfrage und Hypothese

Die Frage ist, ob nicht auch eine Form der Bezugspflege in der mehr als eine Verantwortliche für die Leistungsvergabe und den Pflegeprozess zuständig ist, die gleiche Pflegequalität erzeugt. Dabei wird davon ausgegangen, dass die therapeutische Beziehung ein Indikator für verbesserte Behandlungsergebnisse ist [3]. Die Hypothese lautete, dass sich die Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Bezugspflegeperson durch das praktizierte Bezugspflegesystem in ambulanten psychiatrischen Pflegediensten in Niedersachsen verändert.

Methodisches Vorgehen

Um die Qualität der Beziehung zu prüfen und mit dem praktizierten Bezugspflegesystem in Korrelation zu setzen, nahmen in der Zeit vom 28. März bis 06. Mai 2011 acht Pflegedienste in Niedersachsen/ Deutschland an einer quantitativen Studie zur Beziehungsqualität zwischen Patient und Bezugspflegeperson teil. Die Pflegeperson mit dem quantitativ höchsten Stundenkontingent war als Bezugspflegeperson definiert. Das Bezugspflegesystem wurde durch einen Fragebogen abgebildet, der die übliche Praxis der Umsetzung von Bezugspflege durch drei Statements abbildete:

- 1. Alleinige Bezugspflegeperson von der Aufnahme bis zur Entlassung
- 2. Alleinige Bezugspflegeperson mit einer unterstützenden Pflegeperson

- 3. Aufnahme durch Pflegedienstleitung, danach Zuteilung von einer oder zwei Bezugspflegepersonen

Eine vierte Frage zum Bezugspflegesystem war als offene Frage formuliert. Sie sollte sicherstellen, dass auch eine Ausprägung die nicht bekannt war, erfasst wurde und hatte Kontrollcharakter.

Da auch weitere Faktoren auf die therapeutische Beziehung Einfluss nehmen, wurden die Merkmale Ausbildung, Tätigkeitsdauer und der Tätigkeitsbereich der Pflegeperson durch Statements abgebildet. Eine Auswertung ist im Rahmen einer späteren Diplomarbeit geplant.

Für die Überprüfung der therapeutischen Beziehung wurden die Fragebögen Scale to Assess the Therapeutic Relationship (STAR) in der Übersetzung von Aberhalden/Hegedüs verwendet. Das Instrument misst aus der Sicht der Pflegeperson (STAR-C) und aus der Sicht der Patienten (STAR-P) die Beziehung in den Dimensionen: Positive Zusammenarbeit, positiver Input (STAR-C und P), emotionale Schwierigkeiten (STAR-C) sowie Nicht-unterstützender Input (STAR-P) [4]. Die Fragebögen bilden 12 Statements ab, die mit einer Ratingskala und den Werten 0 bis 4 gemessen werden. Die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde in dieser Studie nicht in den drei möglichen Dimensionen abgebildet, sondern nur durch den Gesamtscore [4]. Je höher der Gesamtscore, desto positiver wird die Qualität der therapeutischen Beziehung bewertet.

Das Forschungsdesign eines Quasi-Experimentes hatte Auswirkungen auf die Stichprobe, weil sich die Untersuchungsgruppen erst im Verlauf der Studie bildeten. Eine Zufallsstichprobe, die die Realität abformt war nicht zu bilden, da die Merkmale der Grundgesamtheit nicht bekannt waren. Die Stichprobe bildete sich willkürlich aus einer theoriegeleiteten Auswahl. Die Patienten sollten mindestens 6 Wochen durch ambulante psychiatrische Pflege betreut worden sein, jedoch nicht länger als 4 Monate. 11 Niedersächsische Pflegedienste die potentiell von dem IV Vertrag betroffen sein könnten, bildeten mit fünf Pflegepersonen und fünf ihrer Patienten die gewünschte Stichmenge.

Ergebnisse

In der Studie eingeschlossen waren 8 Pflegedienste und 37 Pflegepersonen. Von den 37 Pflegepersonen gab es insgesamt 126 vollständige Datensätze zur Qualität der Therapeutischen Beziehung und eine Zuordnung zu einem Bezugspflegesystem. Eine weitere Bezugspflegeform war nicht genannt. Unter Sonstiges war von einem Pflegedienst der Vermerk, dass es für die Alleinige Bezugspflegeperson eine feste Vertretungsregelung gibt.

Tabelle 1: Statistische Ergebnisse zur Qualität der Therapeutischen Beziehung

Bezugssystem		Gesamtscore STAR C	Gesamtscore STAR P
Alleinige Bezugspflege- person	Mittelwert	36,69	42,87
	Median	40,50	44,00
	N	54	54
	Standardabweichung	4,446	5,769
Bezugspflege mit einer unter- stützenden Pflegeperson	Mittelwert	40,07	41,89
	Median	41,00	42,00
	N	27	27
	Standardabweichung	3,941	4,154
Aufnahme Pflege- dienstleitung und Zuteilung einer oder zwei Bezugspflege- personen	Mittelwert	41,24	42,47
	Median	42,00	44,00
	N	45	45
	Standardabweichung	5,019	5,949
Insgesamt	Mittelwert	40,33	42,52
	Median	41	44
	N	126	126
	Standardabweichung	4,580	5,505

Für die Beurteilung inwiefern die unterschiedliche Einschätzung der therapeutischen Beziehung aus Sicht der Pflege und der Patienten nicht zufällig ist, wurde ein Mittelwertvergleich mit Hilfe des Wilcoxon-Test durchgeführt. Die Nullhypothesenüberprüfung, dass der Median der Differenzen zwischen

Pflegekraftscore und Patientenscore gleich 0 ist ergab, dass die Einschätzung der Patienten und die der Pflegepersonen signifikant unterschiedlich ist (Signifikanzniveau $p = 0.05$). Die Überprüfung der Nullhypothesen einer identischen Verteilung von Pflegekraftscore je nach Ausprägung der Bezugssysteme, zeigte mittels Kruskal-Wallis-Test, dass die Beurteilung der Patienten sich nicht signifikant unterscheiden. Ein gleiches Testverfahren für die Pflegepersonen kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede je nach Bezugssystem gibt. Für Diekmann ist ein Signifikanztest auch Entscheidungshilfe bei Nichtzufallsstichproben [6].

Diskussion & Schlussfolgerung

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Qualität der Therapeutischen Beziehung gibt, wenn der Patient mehr als eine hauptverantwortliche Pflegeperson hat. Den Vorteil einer Steuerung der Leistungsstunden pro Patient, die als Managementaufgabe in der Hand der Pflegedienstleistung bleibt ist kein negativ beeinflussender Faktor für die Beziehung zwischen der Hauptpflegeperson und ihrem Patienten. Das gibt Pflegedienstleitungen Spielraum aktiv die Behandlung des Patienten im IV-System zu steuern. Die geforderten Behandlungskonferenzen könnten damit als Managementleistung von der Leitung statt der Bezugspflegerperson übernommen werden. Die Initiatoren versprechen, dass sich die Qualität der Behandlung „dramatisch“ verbessert und die Gesamtkosten dadurch zukünftig sinken [1]. Eine Vorgabe der Pflegeorganisation für die Pflegedienste scheint nicht nötig.

Literatur

1. Walle, M. (2010) *Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems*. In Walle, M. et al. (Hrsg.): *p7Netzwerksysteme für Integrierte Behandlung und Versorgung Band I* Berlin: Weingärtner p 7,54.
2. AOK (2011) *Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst*. <http://www.aok->

- gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/pflege/ambulant/nds_pflege_amb_kv_psych_hkp_vereinb_2010.pdf [Stand 30.06.2011]*“.
3. Hegedüs, A., Needham, J. (2010) *Wie können wir die Qualität pflegerischer Beziehungen messen? Erfahrungen mit dem Scale To Assess Therapeutic Relationships (STAR)*. In: Hahn S. (Hrsg.): „*Depressivität und Suizidalität*“ *Prävention-Früherkennung Pflegeinterventionen-Selbsthilfe Vorträge und Posterpräsentationen 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. Unterostendorf: Ibicura: 86-90.*
 4. McGuire-Snieckus, R. et al. (2007) *A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR*. *Psycho Me.* 37/1: p. 85-95.
 5. Needham J.; Abderhalden C (1999) *Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen*. http://www.needham-abderhalden.ch/Qualitatsnormen_Bezugspflege.PDF [Stand: 30.06.2011]“.
 6. Diekmann, A.(2010) *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. 4. Aufl., Reinbek: Rowohlt. p. 720.

47. Eine psychische Krankheit betrifft die ganze Familie - Individuelle Angehörigenberatung als Erfolgsmodell im stationären psychiatrischen Rahmen

Edith Scherer

Hintergrund

Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind oft über lange Zeit massiven Belastungen ausgesetzt. Um in diesen Stresssituationen nicht selber zu erkranken, brauchen Angehörige professionelle Unterstützung.

Angehörigenarbeit gilt heute als ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung psychisch kranker Menschen. Diverse Studien und Fachpublikationen belegen deutlich positive Effekte fachlicher angehörigenzentrierter Interventionen sowohl auf die Befindlichkeit der Angehörigen selbst als auch auf den Krankheitsverlauf der Patienten. (Binder/Bender: Die dritte Dimension in der Psychiatrie; 2003) Angehörigenarbeit innerhalb einer psychiatrischen Institution ist als wichtiger kunden-, ressourcen- und lösungsorientierter Ansatz zu betrachten.

Ein Beratungsangebot für Angehörige von psychisch kranken Menschen ist ein wichtiges Element der Angehörigenarbeit in einer fortschrittlichen Psychiatrie und es ist ein Zeichen von Wertschätzung einer Institution gegenüber diesen Menschen, die nach wie vor die Hauptversorgung von psychisch kranken Menschen leisten.

Problemstellung

Die Angehörigenarbeit im Behandlungsprozess kann oft aus unterschiedlichsten Gründen einen erhöhten Gesprächsbedarf von Angehörigen nicht abdecken.

Zu dem sind die Belastungen der Angehörigen auch losgelöst von der Situation der Betroffenen anzusehen und in diesem Zusammenhang ist es wich-

tig, dass Angehörige einen „eigenen Raum“ für Ihre Sorgen, Anliegen und Fragen haben. Angehörigen brauchen bei der Bewältigung ihrer Belastung professionelle Hilfe und Unterstützung. Die Angehörigenberatung versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe und soll Angehörige respektvoll unterstützen, Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen und die Vernetzung von Angehörigen fördern.

Eine Institution kann als Zeichen von Wertschätzung den Angehörigen einen solchen Raum anbieten.

Ziele

Das Referat stellt das Modell der Angehörigenberatung in der Psychiatrischen Klinik Wil vor.

Wie kann eine Angehörigenberatung ein ergänzendes Angebot zur Angehörigenarbeit auf der Station darstellen, ohne dabei in Konkurrenz zu geraten.

Mittlerweile gibt es in der Schweiz 5 Beratungsstellen für Angehörige mit ausgewiesenen Stellenprozenten. Diese fünf Beratungsstellen erfassen gemeinsam statistische Angaben in der Angehörigenberatung. Somit entstehen schweizweit interessante Zahlen, welche für den Aufbau einer Beratungsstelle von Nutzen sein können.

Vorgehen

Referat mit Powerpoint Präsentation.

Ergebnisse, Erfahrungen

- Erfahrungen aus der Praxis einer Angehörigenberatung.
- Vorstellen des Konzepts Angehörigenberatung in der KPD – SN.
- Präsentation von relevanten Zahlen aus den fünf Angehörigenberatungsstellen in der Schweiz.

Diskussion

Fragen aus dem Plenum.

Schlussfolgerungen

Das Modell der Angehörigenberatung anhand bestehender Angehörigenberatungsstellen mit ausgewiesenen Stellenprozenten soll aufzeigen, dass individuelle Angehörigenberatung in keiner Weise als Konkurrenz zur Angehörigenarbeit im Behandlungsprozess stehen soll. Erfahrungen aus der Praxis zeigen auf, dass individuelle Angehörigenberatung als Ergänzung und Entlastung in der Institution wahrgenommen wird und für eine Institution durchaus als Qualitätsmerkmal im Bereich von Imagepflege von der Öffentlichkeit bewertet wird.

48. Medikamententrainingsprogramm (MTP): Förderung der Medikamentenadhärenz bei schizophren erkrankten Menschen. Eine randomisiert kontrollierte Interventionsstudie.

Schirmer Uwe B, Steinert Tilman, Borbè Raul, Flammer Erich

Schizophrene Erkrankungen können schwere Folgen für Betroffene und Umwelt haben. Bei der Behandlung der Schizophrenie ist die kontinuierliche antipsychotische, medikamentöse Langzeittherapie zur Rezidivprophylaxe von großer Bedeutung. Ein bekanntes Problem der Langzeittherapie ist die mangelnde Adhärenz. Bereits in den ersten Wochen nach der Entlassung setzen bis zu 25% der Patienten die Medikamente ab. Die Verbesserung der Adhärenz war bereits Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Bisher wurden jedoch kaum Programme untersucht, die Fertigkeiten und alltagspraktische Gewohnheiten schulten und bei denen die Patienten stationär für ihre Aufgaben im Rahmen des Medikamentenregimes zu Hause vorbereitet wurden. Hier wurde deshalb ein Medikamententrainingsprogramm (MTP) entwickelt mit dem Ziel der Förderung der nachstationären Medikamentenadhärenz.

Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit dieses standardisierten Medikamententrainingsprogramms auf die poststationäre Medikamentenadhärenz zu untersuchen. Primäre Fragestellung: Führt das Schulungsprogramm „Medikamententraining“ (MTP) zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Medikamentenadhärenz nach Entlassung aus der stationären Behandlung?

Die Fragestellung wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie in einem Beobachtungszeitraum von Januar 2009 bis Juli 2010 untersucht. Die Studie war multizentrisch an drei Kliniken des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg angelegt. Es konnten die Daten von 102 Probanden mit den Diagnosen F20.x und F25.x (nach ICD-10) im Alter von 18-60 Jahren mit oraler Antipsychotikaverschreibung ausgewertet werden. Wäh-

rend die Patienten der Interventionsgruppe (n=52) an einem standardisierten MTP teilnahmen, erhielten die Patienten der Kontrollgruppe (n=50) Ersatzleistungen durch persönliche Zuwendung im selben zeitlichen Umfang. Kurz vor der Entlassung wurde als Ausgangswert die Plasmakonzentration des verordneten Antipsychotikums im Blutserum bestimmt. Im Durchschnitt 32 Tage nach Entlassung wurde ein 1-2 Tage vorher angekündigter Hausbesuch durchgeführt, bei dem neben der persönlichen Einschätzung der Patienten bezüglich ihrer Medikamenteneinnahme eine unangemeldete Tablettenzählung stattfand und Blut zum Vergleich der Serumkonzentration des höchstdosierten Antipsychotikums mit dem Ausgangswert abgenommen wurde.

Zwischen den zu vergleichenden Gruppen (Kontroll- und Interventionsgruppe) bestand in hohem Maße Homogenität. Das Hauptoutcome wurde mit drei Methoden gemessen. Der Pillcount und die Bestimmung der Plasmakonzentration weisen darauf hin, dass das durchgeführte Medikamententraining zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Medikamenteneinnahme nach der stationären Entlassung führte. So waren beim Pillcount 98% der Patienten der Interventionsgruppe adhären versus 76% der Patienten der Kontrollgruppe ($p = 0,003$). Beim Plasmakonzentrationsvergleich der Antipsychotika waren 88% der Patienten der Interventionsgruppe adhären versus 70% der Patienten der Kontrollgruppe ($p = 0,02$).

Bei der dritten Analyse, der Selbsteinschätzung der Patienten, ob sie ihr Antipsychotikum „immer wie verordnet eingenommen“ hatten, zeigte sich eine Tendenz zu Gunsten der Interventionsgruppe (92%) gegenüber der Kontrollgruppe (84%) ($p = 0,18$). Die Prüfung von Zusammenhängen zwischen den Messmethoden zeigte einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Tablettenzählung und Plasmakonzentration der Antipsychotika.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass durch ein MTP die Adhärenz im ersten Monat nach der Entlassung signifikant verbessert werden kann. Das manualisierte Programm zum Medikamententraining stellt einen Baustein

zur Verbesserung der Adhärenz dar und sollte daher zukünftig zu einer stationären Routinebehandlung gehören.

Interessant für zukünftige Studien könnte die Frage sein, wie sich das MTP über einen längeren Zeitraum auswirkt.

49. Multi-, Inter- oder Transdisziplinarität? Möglichkeiten der Gestaltung von Zusammenarbeit an zwei Praxisbeispielen

Arndt Schlubach, Volker Katthöfer

Hintergrund

Die Forderung nach disziplinübergreifender Zusammenarbeit in Forschung, Lehre und Praxis ist eine Reaktion auf die zunehmende Komplexität von gesundheitlichen, sozialen und umweltbezogenen Problemen, welche eine mehrdimensionale Bearbeitung verlangen. Gründe liegen im ungebremsten Wissenszuwachs (und damit oftmals Spezialisierung) innerhalb der einzelnen Disziplinen, in den Veränderungen in den Versorgungsstrukturen, sowie den gestiegenen Anspruchshaltungen des Klientels [1].

Auf beiden Behandlungseinheiten (eine Station zur vollstationären Behandlung in der Klinik Gerontopsychiatrie und einer teilstationär arbeitenden Tagesklinik der Klinik Allgemeinpsychiatrie/ beide im LWL-Klinikum Gütersloh) hat in den letzten Jahren eine zunehmenden Arbeitsverdichtung stattgefunden. Hinzu kamen sich kontinuierlich verändernde Arbeitsabläufe (vollstationärer Bereich), eine Umverteilung von Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen ohne leistungsäquivalenten Ressourcenausgleich und ein sukzessiver Stellen/bzw. Stundenabbau im Bereich der ärztlich/psychologischen Versorgung der Tagesklinik.

Diese Entwicklung steht im Gegensatz zu der im Gesundheitssystem immanenten Forderung nach Qualitätssteigerung.

Problemstellung

„Je arbeitsteiliger der Prozess [der Behandlung und Pflege] gestaltet ist, umso dringender ist eine organisatorische Strukturierung notwendig, weil sonst nicht organisierte Ad-hoc Absprachen notwendig werden, die in der Regel sehr aufwendig sind“ [2].

Durch quantitative Veränderungen der Personalbesetzung sowie einer Umstrukturierung der Therapie- und Behandlungsangebote stieg die Ausfallrate der geplanten Angebote deutlich an. Des Weiteren war der aufzubringende Planungsaufwand, die verschiedenen berufsgruppenbezogene Therapieangebote für den Patienten nachvollziehbar in einen verständlichen Wochenplan zusammenzuführen und zu steuern, erheblich. Besondere Bedeutung hatte hier einerseits die häufige Multimorbidität des gerontopsychiatrischen Patienten mit einem allgemeinen hohen Bedarf an Orientierung und der hohe Anspruch teilstationärer Patienten, die eine lückenlose Therapie ohne Leerzeiten und Ausfälle erwarten.

Ziele

Als Reaktion auf die oben beschriebene Situation im vollstationären Bereich war die Entwicklung eines in Gruppen- und Einzelangeboten geplanten, Berufsgruppenübergreifenden Therapieangebotes eine sinnvolle Lösung. Konkret wurde neben einer Umstrukturierung im Bezugssystem das pflegerische Gruppenangebot überarbeitet und in einen Gruppenplan überführt, der durch Mitarbeiter der Berufsgruppen Pflege, Ergotherapie, Psychologie und Sozialarbeit getragen wird.

- Minimierung der Ausfallzeiten von Behandlungsangeboten.
- Verbessern / erhalten der Behandlungsqualität
- Klärung der Aufgaben und Rollendefinition für die Mitarbeiter in Abstimmung mit der Abteilungsleitung und damit
- Verminderung der Belastung der Mitarbeiter
- angemessenere Verteilung der Aufgaben
- Nutzung von Synergieeffekten durch Verbesserung und Koordination der Abläufe

Im teilstationären Bereich wurde bei identischer Zielsetzung die traditionell vorhandene multidisziplinäre Zusammenarbeit weiter differenziert, die einzelnen Arbeitsprozesse und Abläufe der Einheit wurden analysiert, beschrieben und daraufhin Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten neu geregelt.

Dieses Vorgehen hatte Auswirkungen auf alle Mitarbeiter der Tagesklinik, die sich aus den Berufsgruppen Psychologie, Sozialarbeit, Pflege, Sport-Bewegungstherapie, Kunst-Ergotherapie, Schreibdienst und der Medizin rekrutieren sowie auf den generellen Behandlungsplan.

Vorgehen

Nach Erarbeitung der einzelnen Konzepte durch die Mitarbeiter der Station wurde die konzeptionelle Planung mit der Abteilungsleitung und der Leitung der zentralen therapeutischen Dienste abgestimmt. Hieraus entstand der für Alle verbindliche Rahmenplan der Station, der im Verlauf der Behandlung patientenindividuell angepasst wird.

- Die Einteilung der Patienten zu den einzelnen Angeboten ist fester Bestandteil der einmal wöchentlich stattfindenden OA- Visite.
- Überprüfung einmal wöch. In der Behandlungskonferenz.
- Wochenplan ist Planungsvorgabe für alle im multiprofessionellen Team.
- Erweiterung der EDV gestützten (Excel-Tabelle) Gruppenverwaltung.

Innerhalb der in den Tageskliniken entwickelten Manuale werden Arbeitsabläufe konkret und differenziert beschrieben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Berufsgruppen und Einbezug von Schnittmengen benannt. Verbindliche realistische Vertretungsregelungen wurden festgelegt und entsprechender Qualifikationsbedarf fand sich im Fortbildungsplan der Tagesklinik wieder.

- Die Verordnung der einzelnen Therapiemaßnahmen findet im Rahmen der wöchentlichen Behandlungsplanung statt
- Die Information und Beteiligung des Patienten erfolgt in der wöchentlichen OA Visite, dort erfolgen ggf. Anpassungen
- Dort erhält jeder Patient einen Ausdruck einer Excel- Tabelle die, die individuelle Behandlungsmatrix wiedergibt

- Kernpunkt der tagesklinischen Behandlung ist die Zuordnung einer Bezugsperson. Diese Bezugspersonenarbeit wird von allen Berufsgruppen geleistet. Jeder Patient hat zudem eine therapeutische und eine pflegerische Bezugsperson, insofern diese nicht Hauptbezugsperson sind. An dieser Aufgabe sind alle dazu qualifizierten Mitarbeiter beteiligt. Ihre Aufgaben sind konzeptionell festgelegt
- Für jede Therapiegruppe wurde eine Vertretungsregelung getroffen. In der Regel sind die Gruppen doppelt besetzt und diese Tatsache hat Auswirkungen auf die Urlaubsplanung
- Die ökonomisch motivierte Anforderung Fachtherapeuten über die Zentralen Dienste des Klinikums im Sinne von Dienstleistung anzufordern, konnte zurückgewiesen werden
- Zur Wahrung der Behandlungsqualität wurde auf eine Aufnahme über die Einheit Zentrale Aufnahme des Klinikums verzichtet.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Das Behandlungs- und Betreuungsangebot der Station und der Tagesklinik setzt sich heute aus Einzel- und Gruppenangeboten zusammen. Die Gruppenangebote sind in einem interprofessionellen Wochenplan organisiert.

Das bedeutet, dass die Gruppen auch berufsgruppenübergreifend und gemeinsam durchgeführt werden. Jeder Patient erhält aus diesem Angebot einen individuell abgestimmten Wochenplan aus einzel- und gruppentherapeutischen Behandlungsmaßnahmen. Für die Erstellung gibt es im Team gemeinsam festgelegte Regeln, die für alle Berufsgruppen als verbindliche Vorgaben dienen. Im Wesentlichen haben die durchgeführten Veränderungen eine Verbesserung der Kontinuität gegeben. Da im stationären Bereich unverändert Angebote ausfallen, bleibt zu überprüfen, welche Ursachen hierfür verantwortlich sind und inwieweit bei gegebenen Rahmenbedingungen noch Einfluss genommen werden kann. Seit Einführung, Anfangs 2009, sind Reflexionsrunden durchgeführt worden um die Zusammenarbeit zu koordinieren und die Entwicklung zu fördern.

In der Tagesklinik konnte die Behandlungsintensität trotz verminderter Personalstärke gehalten werden. Dennoch ist eine Anpassung des Behandlungsprogramms nunmehr nur sehr bedingt möglich. Früher vorhandene Spielräume sind nicht mehr vorhanden und in Krankheitsphasen von Mitarbeitern fallen nun tatsächlich Therapiegruppen aus. Neue Therapieangebote können kaum entwickelt und erprobt werden. Die Belastung der Mitarbeiter ist insgesamt gestiegen. Die Auswirkungen des veränderten Abrechnungssystems sind schon absehbar. Beispielsweise gefährden Abrechnungsfähigkeiten von Leistungen durch verschieden ausgebildetes Personal sowie die Abrechnungsfähigkeit durch kleinere Gruppengrößen die Organisation erheblich. Die ökonomisch motivierte Aufstockung der Behandlungsplätze von 20 auf 24, um dann drei Gruppen à 8 Patienten behandeln zu können, ist in der Diskussion, ungeklärt bleibt aktuell, ob und in welcher Weise personelle und räumliche Ressourcen ausgebaut werden können.

Schlussfolgerung

Die gemachte Erfahrung zeigt, dass es wichtig und notwendig ist, eine überwiegend pragmatische Sicht des lösungsorientierten Umgangs auf Einrichtungsebene zu erwirken. Besonders relevant scheint hierbei 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.

Durch die Einführung des berufsgruppenübergreifend getragenen Wochenplans auf der Station wurde die Behandlungskontinuität verbessert und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter gesteigert.

Die Entwicklung differenzierter Manuale und konkrete Beschreibungen der Arbeitsabläufe führten neben der Zuordnung der Verantwortung, auch zu Transparenz und regten im Team zur Reflektion der jeweiligen beruflichen Rolle an. Hier lag der Fokus nicht in der Abgrenzung, sondern im Wahrneh-

men von Überschneidungen innerhalb der Disziplinen. Die Arbeit wurde dadurch ökonomischer organisiert und Belastungen wurden verteilt. Therapieausfälle konnten weitest gehend vermieden werden und der Kerncharakter Tagesklinischer Arbeit, das gemeinsame Erleben und Bearbeiten psychischer Störungen in einer Gruppe, einer therapeutischen Gemeinschaft konnte erhalten bleiben.

Literatur

1. Schöniger, U. (2011): *Systematisierung der Pflegepraxis, unveröffentlichtes Script. HS Osnabrück.*
2. Zapp, W (2008): *Prozessorganisation In: Schmidt-Rettig, B. u. Eichhorn, S. [Hrsg.]: Krankenhaus-Managementlehre. Stuttgart. Kohlhammer. S.257.*

50. Advanced Nursing Practice in der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie: Gestaltung des Möglichen - Ein Pflegeentwicklungsprojekt der Kaiserswerther Diakonie

Holger Schmitte, Sebastian Dorgerloh, Wolfgang Scharf

Hintergrund

Das Konzept der Advanced Nursing Practice (ANP) stellt ein Bindeglied zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis dar [1], „verbreitet sich weltweit zunehmend“ [2, S. 590] und kann als zukunftsweisenden Ansatz in der Gesundheitsversorgung betrachtet werden [3,4]. Mit ANP wird die Praxis von universitär auf Master- oder Doktoratsebene ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegenden umschrieben, die sich in einem bestimmten Fachgebiet spezialisieren [5]. Es geht darum, was Pflegenden in einer entsprechenden beruflichen Rolle tun [6]. Panfil und Meyer [7] konstatieren allerdings, dass zwar die Rolle der ANP angesichts der Herausforderungen im Gesundheitssystem von vielen Akteuren als bedeutsam anerkannt wird, derzeit in Deutschland aber vor allem ein politischer Diskurs geführt wird, um die Aufgaben im Rahmen der erweiterten Pflegerolle juristisch abzusichern. Dies sei enttäuschend und vor dem Hintergrund gestalterischer Notwendigkeiten und Möglichkeiten an verschiedenen Schnittstellen im Gesundheitswesen stellen sie fest: „Für diese Rolle bräuchte es keine Gesetzesveränderungen. Nötig wäre der Gestaltungswille der eigenen Berufsgruppe, diese Stellen auszudifferenzieren und einzurichten.“ [7, S. 368]. In der direkten Pflegepraxis der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie steht die Ausübung von ANP durch Pflegeakademiker noch ganz am Anfang.

Problemstellung

Die Kaiserswerther Diakonie richtete 2010 in verschiedenen pflegerischen Abteilungen unterschiedlicher Fachdisziplinen ihres Florence-Nightingale-Krankenhauses Stellen für ‚Klinische PflegeexpertInnen‘ ein, darunter auch

eine Stelle in der traditionsreichen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Das fachspezifische Tätigkeitsprofil für diese Stelle und die daraus resultierende klinische Praxis galt es im Sinne von ANP bedarfsgerecht zu entwickeln und auszdifferenzieren. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine typische deutsche Abteilungspsychiatrie für Erwachsene. Es besteht ein Regional- bzw. Pflichtversorgungsauftrag für den Düsseldorfer Norden.

Ziel

Verbunden mit der Implementierung von ANP, verstanden als erweiterte pflegerische Praxis [vgl. 8], ist die Entwicklung einer wissenschaftlich basierten, nachhaltigen und wirksamen psychiatrischen Pflege im interdisziplinären Team der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Vorgehen

Im September 2010 wurde die Stelle des ‚Klinischen Pflegeexperten‘ in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Florence-Nightingale-Krankenhauses der Kaiserswerther Diakonie besetzt. Nach einer mehrmonatigen Einarbeitungsphase und Evaluation des pflegerischen Handlungsfeldes wurden erste Schwerpunkte der Ausübung von ANP als Klinischer Pflegeexperte entwickelt und ausdifferenziert.

Ergebnisse

Die ANP-Schwerpunkte sind gegenwärtig

- die psychiatrische Akutpflege in Verbindung mit der Implementierung eines professionellen Deeskalationsmanagements,
- die Adherence Therapie
- sowie die Gestaltung des regelmäßigen pflegefachlichen Austausches.

Im Vordergrund steht dabei die exzellente direkte klinische Praxis (>50% der Arbeitszeit) mit kontinuierlicher Unterstützung von Patienten und Angehörigen. Wissenschaftliche Arbeit sowie Beratungs- und Bildungstätigkeiten werden in so genannten ‚Theoriezeiten‘ geleistet.

Längerfristig sind weitere ANP-Schwerpunkte vorstellbar:

- Klinische Supervision, Beratungs-, Konsiliar- und Liaisondienste
- Fachbereichs-, Institutions- und Sektorenübergreifendes Casemanagement bei vulnerablen Gruppen
- Fallverantwortliche Behandlung mit spezifischen Verfahren und Interventionen der Beziehungs- und Milieugestaltung zur Krankheits- und Alltagsbewältigung

Diskussion und Schlussfolgerung

Das fachspezifische Aufgabengebiet für die Stelle des ‚Klinischen Pflegeexperten‘ in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Florence-Nightingale-Krankenhauses der Kaiserswerther Diakonie befindet sich in der Entwicklung und stellt eine Erweiterung der bisher dort ausgeübten Pflegepraxis dar. Im Fokus steht die Gestaltung des Möglichen im Sinne von ANP in einer typischen Einrichtung der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie. Am Bedarf ausgerichtet wurden erste ANP-Schwerpunkte entwickelt und ausdifferenziert. Längerfristig sind weitere ANP-Schwerpunkte vorstellbar.

Im Unterschied zu etablierten Rollen in der Pflegebildung oder im Pflegemanagement ist nach dem Konzept der Advanced Nursing Practice (ANP) die Verankerung in der klinischen Praxis zentrales Kennzeichen einer damit verbundenen beruflichen Rolle für Pflegeakademiker. Insgesamt umfasst das professionelle Handeln im Sinne von ANP mehr Kompetenzen, als dass durch eine klassische Weiterbildung erworben werden [8, 9]. Als notwendige und zentrale Kernkompetenz [9] ist dabei die Ausübung exzellenter direkter klinischer Praxis mit kontinuierlicher Unterstützung von Patienten und Angehörigen zu nennen. ANP setzt einen erhöhten Grad an (Handlungs-)Autonomie voraus. Zwar ist ANP in Teilbereichen psychiatrischer Pflege auch ohne Gesetzesveränderungen nötig und möglich, allerdings bedarf es in Deutschland für bestimmte ANP-Schwerpunkte und damit verbundene berufliche Rollen flankierender Regulierungen im Berufs-, Leistungs-, Haftungs- und Sozialrecht [8].

Erste Erfahrungen mit der Ausübung von ANP als Klinischer Pflegeexperte in der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie, weitere Ergebnisse und Entwicklungsmöglichkeiten werden nach einjähriger Implementierungsphase am Dreiländerkongress 2011 in Bern dargelegt und diskutiert.

Literatur

1. Mendel, S., & Feuchtinger, J. (2009). *Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice*. *Pflege*, 22(3), 208–216.
2. Görres, S., & Reif, K. (2011). *Neue Steuerungsaufgaben in der Pflege*. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 581–598). Weinheim, München: Juventa.
3. DBfK (2007). *Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsfürsorge in Deutschland*. [Abgefragt am 20.11.2010] Erhältlich unter <http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice-final2007-08-29.pdf>.
4. DBfK (2011). *Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. [Abgefragt am 30.07.2011] Erhältlich unter http://www.dbfk.de/download/download/ANP-Broschuere_web.pdf.
5. Spirig, R., & Geest, S. de (2004). Editorial: "Advanced Nursing Practice" lohnt sich! *Pflege*, 17(4), 233–236.
6. Bryant-Lukosius et al. (2004). *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 519–529.
7. Panfil, E. M., & Meyer, G. (2010). *Advanced Nursing Practice in Deutschland: Fokussierung auf die juristischen Grenzen statt auf die Gestaltung des Möglichen*. *Pflege*, 23(6), 367–369.
8. DBfK (2011). *DBfK zu Advanced Nursing Practice in Deutschland*. [Abgefragt am 30.07.2011] Erhältlich unter <http://www.dbfk.de/download/download/DBfK-zu-ANP-in-Deutschland-2011-07-05.pdf>.
9. Hamric, A. B. (2009). *A Definition of Advanced Practice Nursing*. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing. An integrative approach* (4th ed., pp. 75–94). St. Louis: Saunders/Elsevier.

51. Peer-Support– Die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Sybille Schnyder, Bernd Kozel

Einleitung

Das Konzept „Peer-Support“ beruht darauf, dass Psychatrieerfahrene andere Menschen mit aktuellen psychischen Erkrankungen emotional und sozial unterstützen [1]. Peer-Support kann eine wichtige Rolle bei der Förderung von Recovery einnehmen [2, 3]. In erster Linie bedeutet Recovery, trotz einer psychischen Erkrankung oder Funktionseinschränkung ein selbstbestimmtes und befriedigendes Leben führen zu können [4]. Peer-Support Programme in der Psychiatrie gibt es im anglo-amerikanischen Raum schon seit den 90er Jahren [5]. In den letzten Jahren konnten wir auch im deutschsprachigen Raum eine Zunahme entsprechender Programme in psychiatrischen Kliniken beobachten [6,7]. Inwieweit Psychatrieerfahrene überhaupt bereit sind, andere Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu unterstützen, ist bisher eher wenig bekannt. Unsere Piloterhebung hatte das Ziel, näheres über die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu erfahren.

Fragestellung

1) Sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung bereit, anderen Menschen mit einer psychischen Erkrankung Unterstützung anzubieten? 2) In welcher Form würden sie diese Unterstützung anderen Menschen mit einer psychischen Erkrankung anbieten? 3) Inwieweit sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung bereit, Unterstützung durch andere Menschen mit einer psychischen Erkrankung anzunehmen?

Methode

Es wurden PatientInnen eines gemeindepsychiatrischen Ambulatoriums zwischen Juli und September 2010 befragt. Dazu wurde ein von den Verfassern entwickelter Fragebogen verwendet, der geschlossene und offene Fragen enthält. Der Fragebogen wurde von uns vor dem Beginn der eigentlichen Datenerhebung in einem Pretest mit zwei PatientInnen getestet (Dauer der Befragung, Verständnis und Schwierigkeit der Fragen für die Befragten). Die Befragung wurde durch 5 MitarbeiterInnen des Ambulatoriums durchgeführt, die als Bezugspersonen bei den befragten PatientInnen fungierten, und die eine Instruktion zur Durchführung der Interviews von der Erstautorin erhielten. Die Daten wurden im Rahmen eines Bezugspersonengesprächs im Interviewstil erfasst und schriftlich in den Fragebögen festgehalten.

Die erfassten Daten wurden von uns deskriptiv ausgewertet, mögliche Gruppenunterschiede (Geschlecht, Alter) wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Testes überprüft. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden von uns thematisch kategorisiert.

Ergebnisse

Soziodemographische Daten

Von 100 PatientInnen des gemeindepsychiatrischen Ambulatoriums haben insgesamt 65 PatientInnen an unserer Befragung teilgenommen. Davon waren 38 (58,5%) Männer und 27 (41,5%) Frauen. Das durchschnittliche Alter betrug 42,9 Jahre, die Standardabweichung (SD) lag bei 12,3. Durchschnittlich waren die PatientInnen 5 Jahre im Ambulatorium in Behandlung (SD 4,8) und hatten 5,2 stationäre Aufenthalte. (SD 6,2). Die 65 PatientInnen hatten folgende Hauptdiagnosen nach ICD-10 [8] (siehe Tabelle 1): 1,5% F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), 72,3% F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), 13,8% F30-F39 (Affektive Störungen), 6,2% F40-F48 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) und 6,2% F60-F69 (Persönlichkeits- und

Verhaltensstörungen). 15 (23,1 %) PatientInnen hatten zusätzlich eine zweite Diagnose.

Tabelle 1: Soziodemographische und klinische Merkmale (N=65)

Merkm ^{al}	Ausprägung	Kennwert
Alter	Jahre, MW (SD)	42, 9 (12,3)
Geschlecht	Männlich, n (%)	38 (58,5%)
	Weiblich, n (%)	27 (41,5%)
Behandlungsdauer im Ambulatorium	Jahre, MW (SD)	5 (4,8)
Stationäre Aufenthalte	Aufenthalte, MW (SD)	5,2 (6,2)
Diagnose (ICD-10)	F10-F19, n (%)	1 (1,5%)
	F20-F29, n (%)	47 (72,3%)
	F30-F39, n (%)	9 (13,8%)
	F40-F48, n (%)	4 (6,2%)
	F60-F69, n (%)	4 (6,2%)

Bereitschaft zur Unterstützung

Von den 65 befragten PatientInnen waren 43 (66,2%) grundsätzlich dazu bereit, andere Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch ihre eigenen Erfahrungen und Fähigkeiten zu unterstützen. Es gab keine Unterschiede bezüglich des Geschlechts ($p = .322$) und des Alters ($p = .331$), Peer-Support anzubieten. Dabei konnten sich die 43 zur Unterstützung bereiten PatientInnen ein Angebot in verschiedenen Bereichen vorstellen, beispielsweise gemeinsame Treffen oder Gespräche über die eigene Krankheitserfahrung (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Angebote der zur Unterstützung bereiten PatientInnen (N=43)

Unterstützungsangebote	Bereitschaft, n (%)
Gemeinsame Treffen	38 (88,37%)
Spaziergang	37 (86,04%)
Einkaufen	37 (86,04%)
Gemeinsamer Ausflug	33 (76,74%)
Gespräche über die eigene Krankheitserfahrungen	32 (74,41%)
Kochen	31 (72,09%)
Begleitung zu wichtigen Gesprächen / Terminen	31 (72,09%)
Hoffnung vermitteln	30 (69,76%)
Klinikbesuche	28 (65,11%)
Austrittshilfe nach Klinikaufenthalt	24 (55,81%)
Hausbesuche	23 (53,48%)
Gemeinsam Sport treiben	23 (53,48%)
Unterstützung Wohnungssuche	21 (48,83%)
In Gruppen mitwirken	18 (41,86%)
Hilfe im Umgang mit dem Handy	15 (34,88%)
Hilfe im Umgang mit dem Computer	12 (27,90%)

Unterstützung annehmen

38 (58,47%) der Befragten PatientInnen gaben an, „eher“ oder „auf jeden Fall“ selbst Unterstützung durch Menschen mit einer psychischen Erkrankung annehmen zu wollen. 27 (41,53%) PatientInnen würden „überhaupt keine“ oder „eher keine“ Unterstützung durch Menschen mit einer psychischen Erkrankung annehmen. Wir konnten auch hier keine Unterschiede bezüglich des Geschlechts ($p = .805$) und des Alters feststellen ($p = .290$). Die Annahme der Unterstützung durch Peers wurde unter anderem damit begründet, dass „*psychisch Kranke sich auskennen*“ oder dass der „*Austausch unter Betroffenen zur Rückfallprophylaxe*“ beiträgt (siehe Tabelle 3). Für die

Ablehnung der Peer-Unterstützung gab es beispielsweise das Argument, „nichts damit anfangen zu können“ (siehe Tabelle 3.).

Tabelle 3: Auswahl der Begründungen für die Annahme oder Ablehnung der Unterstützung durch Peers

- Begründung für die Annahme von Peer-Support
- „Erfahrungsaustausch, Parallelen entdecken“
- „Austausch unter Betroffenen zur Rückfallprophylaxe“
- „Weil psychisch Kranke sich auskennen“
- „Betroffene können sich besser einfühlen, haben mehr Verständnis“
- „Anderer Blickwinkel als gesunde Menschen“
- „Um in dieser Situation nicht alleine sein zu müssen“
- Begründung für die Ablehnung von Peer-Support
- „Kann nichts damit anfangen“
- „Möchte keine Verantwortung übernehmen“
- „Will nicht von kranken Menschen unterstützt werden“
- „Will für mich sein- möchte mich abgrenzen“
- „Bevorzuge Profis“

Diskussion

Die Ergebnisse unserer Untersuchung beziehen sich hauptsächlich auf die PatientInnenpopulation eines gemeindepsychiatrischen Ambulatoriums, das vor allem von Menschen mit lang anhaltenden psychischen Erkrankungen (ICD-10 F20-F29) genutzt wird.

Unsere Ergebnisse machen deutlich, dass bei den PatientInnen eines gemeindepsychiatrischen Ambulatoriums eine große Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung vorhanden ist. Zwei Drittel der PatientInnen waren grundsätzlich bereit, vor

allem alltagsnahe und ihren eigenen Fähigkeiten entsprechende Unterstützung anzubieten. Dies macht ersichtlich, dass unter Umständen ein großes Potential und viele Ressourcen für das Konzept Peer-Support auf der Seite der PatientInnen vorhanden wären.

Etwas weniger PatientInnen sind dazu bereit, ein entsprechendes Unterstützungsangebot von Peers anzunehmen. Immerhin sind es aber auch hier fast zwei Drittel der Befragten, die Unterstützung durch Peers annehmen würden. In den Begründungen gegen Peer-Support zeigt sich, dass es PatientInnen gibt, die mit diesem Angebot wenig anfangen können, beziehungsweise die einen persönlichen Nutzen in Frage stellen.

Es stellt sich aus unserer Sicht noch die Frage, inwieweit die Bereitschaft der PatientInnen zum Peer-Support in der Psychiatrie sinnvoll genutzt werden kann und welche Strukturen dazu noch bereitgestellt werden müssten? Als erster Schritt in diese Richtung können die Ex-In Ausbildungen angesehen werden, die zukünftige „Peer-Supporter“ für ihre Aufgaben vorbereitet [9].

Schlussfolgerungen

- Die Bereitschaft der PatientInnen, Peer-Support anzubieten und selbst in Anspruch zu nehmen, ist relativ groß.
- Einige PatientInnen lehnen das Konzept Peer-Support ab.
- Eine Strategie für die Rekrutierung und den Einsatz von „Peer-Supportern“ in der Psychiatrie ist notwendig.

Literatur

1. Dennis, C.L. (2003) *Peer support within a health care context: a concept analysis. International Journal of Nursing. 40: p. 321-332.*
2. Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., Ward-Griffin, C. (2006) *Peer support relationships: An unexplored interpersonal process in mental health. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 13: p. 490-497.*
3. Davidson, L. (1999) *Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. Clinical Psychology. 2: p. 165-187.*
4. Amering, M. (2008) *Recovery – warum nicht? Psychiatrische Praxis. 35: p. e9-e11.*

5. Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., Rowe, M. (2006) *Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field*. *Schizophrenia Bulletin*. 32: p. 443-450.
6. Kozel, B., Winter, A., Abderhalden, C. (2010) *Die Wirksamkeit der Peer-Unterstützung bei psychischen Erkrankungen. Eine Übersicht der „externen Evidence“ aus den Jahren 2004-2009*. *Psych Pflege*. 16: p. 324-327.
7. Winter, A., Burr, C. (2011) *Gruppe Gesundheit und Wohlbefinden. Ein Angebot von Betroffenen für Betroffene*. *Krankenpflege*. 7: p. 16-19.
8. Dilling, H., Freyberger, H.J. (2006) *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber Verlag.
9. www.gesundheit.bfh.ch/upload/tx_frppublikationen/flyer_DAS_ex-in_1_02.pdf
Stand 14.07.2011

52. Vernetzt oder verstrickt? Angehörige depressiv erkrankter Menschen und psychiatrisch Pflegende

Susanne Schoppmann, Wilfried Schnepf

Hintergrund

In Deutschland leiden jährlich 5 bis 6 Millionen Menschen an einer depressiven Erkrankung [1] und ein ansteigender Trend wird erwartet [2]. Das Zusammenleben mit einem depressiv erkrankten Menschen bringt zahlreiche Belastungen für betroffene Familien mit sich wie z.B. den Verlust von Unbeschwertheit, eigener Zuversicht, sozialen Kontakte und des vertrauten Umgangs miteinander. Diese Erfahrungen können einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Familienmitglieder haben [3]. Deswegen sollte die Unterstützung betroffener Familien von hoher Bedeutung sein für die Berufsgruppe psychiatrisch Pflegenden.

Fragestellung und Zielsetzung

Mit dem Ziel eine unterstützende Intervention für die Angehörigen depressiv erkrankter Menschen zu entwickeln, wurden sowohl Angehörige als auch psychiatrisch Pflegende zum Unterstützungsbedarf betroffener Familien befragt. Einen Teilaspekt bildet dabei die Frage, wie Angehörigen und Pflegenden sich gegenseitig wahrnehmen.

Methode und Material

Die Untersuchung orientiert sich an der Methode der Grounded Theory [4]. Nach dem Vorliegen eines ethischen Clearings wurden 24 interaktive Interviews mit Angehörigen depressiv erkrankter Menschen und mit psychiatrisch Pflegenden geführt.

Der Datenbestand setzt sich zusammen aus 15 Interviews mit 9 weiblichen und 6 männlichen Pflegenden. Die Pflegenden verfügen über eine durchschnittliche Berufserfahrung von 15 Jahren und arbeiten in sieben verschie-

denen Krankenhäusern. Hinzu kommen 9 Interviews mit Angehörigen depressiv erkrankter Menschen. Hierbei handelt es sich um 4 Ehemänner und 5 Ehefrauen. Unter den Ehefrauen waren 2, die zugleich auch Tochter bzw. Mutter einer depressiv erkrankten Person waren.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und entsprechend der Grounded Theory verschiedenen Kodierverfahren sowie einer konstanten komparativen Analyse unterzogen.

Ergebnisse

Als zentrales Phänomen wurde ein 'stiller Wettbewerb' zwischen Pflegenden und Angehörigen identifiziert. Dabei geht es um die Frage, wer besser für die erkrankte Person sorgt. Der Wettbewerb ist still, weil weder die Angehörigen noch die Pflegenden diese Frage explizieren.

Angehörige und Pflegende begegnen sich ganz überwiegend in stationären psychiatrischen Settings. Den Angehörigen fällt es nicht leicht, die erkrankte Person im Krankenhaus zurückzulassen:

„Dass man unsicher ist, dass man irgendwie äh auch wissen will, ob man den Angehörigen da an einer Stelle abgibt wo er gut aufgehoben ist. Also das fand ich schon ziemlich schwierig in der Situation.“

Die Angehörigen haben nicht automatisch Vertrauen in die Behandlung, sondern gehen davon aus, dass niemand sich gleichermaßen für ihr erkranktes Familienmitglied verantwortlich fühlt wie sie selbst.

„Also im Krankenhaus et wurde einem dat Zepter komplett aus der Hand genommen. Man hatte gar kein Mitspracherecht mehr. Dat war auch schwierig, man war nicht mehr einbezogen, im Grunde genommen ja, war ich 'nen Störfaktor in der Klinik.“

Die Familien fühlen sich in den Krankenhäusern nicht willkommen und haben den Eindruck, dass in der Klinik die Erkrankten im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen, die Behandelnden nicht auf Gespräche mit Angehörigen eingerichtet sind und sich hinter ihrer Schweigepflicht verstecken.

Dabei wünschen sie sich von den professionell Tätigen neben medizinischen Informationen, praktischen Tipps, und emotionaler Entlastung auch Informationen über den stationären Tagesablauf. Allerdings sind die Adressaten dieser Wünsche die Ärzte und Therapeuten. Die Pflegenden als mögliche Ansprechpartner tauchen in den Interviews mit den Angehörigen nicht auf. Insofern sind sie für die Angehörigen eine Randerscheinung.

Diese Situation spiegelt sich in den Interviews mit den Pflegenden wider. Für sie sind die Angehörigen:

„ [...] wie Trabanten, die kommen und gehen.“

Im Stationsalltag suchen die Pflegenden von sich aus keinen Kontakt zu den Angehörigen und berichteten nur wenig über deren Situation zu wissen. Dies ist anders, wenn die Pflegenden z.B. an Angehörigengruppen beteiligt sind. Dann widmen sie ihre Aufmerksamkeit den Angehörigen und können sich gut in deren Situation einfühlen.

Aber im alltäglichen Leben auf psychiatrischen Stationen spielen die Angehörigen auch für diese Pflegenden kaum eine Rolle und werden eher als Problem wahrgenommen:

„Wenn wir jetzt die Angehörigen einbeziehen würden, dann hätten wir ein neues Problem an der Backe.“

Dies hat mit der hohen Arbeitsbelastung der Pflegenden zu tun. Sie befürchten, dass Gespräche mit Angehörigen zu viel Zeit kosten würden und fühlen sich für solche Gespräche auch nicht gut vorbereitet. Hinzu kommt, dass die Loyalität der Pflegenden den Patienten gehört. Sie gehen davon aus, dass Angehörige zu wenig über die Erkrankung wissen und deswegen die Erkrankten unter Druck setzen könnten:

„ [...] aber manchmal sind ja die Interessen etwas anders, also das übergeordnete Interesse, dass der gesund wird der Patient, ist schon da. Aber wenn der Patient nicht aufstehen kann, es nicht schafft, wie auch immer und der, der Angehörige dann Druck ausübt, wo ich dann eher der, der Anwalt des Patienten sein will, ne.“

Hier zeigt sich ein Interessenskonflikt: Die Anwaltschaft für den Patienten schließt ein gleichzeitiges Unterstützen der Angehörigen aus. Dies deutet darauf hin, dass die Pflegenden in ihrer Arbeit auf duale Beziehungen fokussieren. Dafür spricht auch, dass die Pflegenden sich gut in die Situation der Angehörigen einfühlen und entsprechend handeln können, wenn sie die Angehörigen als Klienten wahrnehmen, wie dies in Angehörigengruppen der Fall ist.

Ein weiterer Grund für den 'stillen Wettbewerb' könnte sein, dass die Pflegenden ihre Lebenserfahrung auch zum Ausgangspunkt ihrer beruflichen Handlungen machen:

„Ich zum Beispiel habe zwei Söhne und ich hatte bei ihrer Erziehung Prinzipien. Wenn ich mir andere Leute anschau, dann denke ich oft: Oh nein, warum seid ihr Leute denn nicht in der Lage mal ein paar Grenzen zu setzen. Und ich denke, wenn man das jetzt auf die Situation von Angehörigen überträgt, dass die auch neue Verhaltensweisen lernen sollten, vor allem mehr Grenzen zu setzen.“

Hier wird auf die Erfahrung als Mutter und nicht auf das professionelle Wissen einer psychiatrisch Pflegenden zurückgegriffen. Damit wird der Unterschied zwischen der subjektiven Expertise eines Angehörigen und der professionellen Expertise einer psychiatrisch Pflegenden nivelliert, so dass sich einfach zwei Angehörige gegenüberstehen.

Allerdings zeigen die Interviews mit den Pflegenden auch, dass Reflexion Einfühlung ermöglicht. Je mehr Zeit die Pflegenden hatten, um sich mit dem Gegenstand zu beschäftigen, desto besser konnten sie sich in die Lage der Familien versetzen. Sie entwickelten Vorstellungen dazu, wie es sein muss, täglich mit einem antriebsgeminderten Menschen zusammen zu sein, welche Stigmatisierung die Erkrankung für die Familie mit sich bringen kann, wie viele zusätzlichen Pflichten sich ergeben und wie ungewiss und verunsichernd die Zukunftsperspektive für diese Familien ist. Dieses Einfühlen in die Situation der Familien führte dazu, dass einige Pflegenden eigene Vorschlä-

ge entwickelten wie z.B. ein pflegerisches Gruppenangebot für Angehörige zu machen, in dem die Pflegenden praktische Tipps geben könnten.

Diskussion und Schlussfolgerung

Wie die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen, fällt es den Angehörigen nicht leicht ihre an einer Depression erkrankten Familienmitglieder in eine psychiatrische Klinik zu bringen. Sie haben den Eindruck, dass sie selbst im Rahmen einer stationären Behandlung keine Rolle spielen. Von den professionell Tätigen wünschen sie sich zum einen medizinische Informationen über die Erkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten, den Ablauf der stationären Behandlung und praktische Tipps zum Umgang mit der erkrankten Person und andererseits auch emotionale Entlastung für sich selbst. Allerdings richten sich diese Wünsche vornehmlich an Ärzte und Therapeuten. Die Pflegenden sind für die Angehörigen eine Randerscheinung. Dies gilt auch umgekehrt. Im Stationsalltag nehmen die Pflegenden von sich aus keinen Kontakt mit den Angehörigen auf. Sie befürchten, dass dies zuviel Zeit kosten würde und sie fühlen sich nicht gut auf solche Gespräche vorbereitet. Hinzu kommt dass ihre Loyalität den Patienten gilt. Diese Orientierung auf duale Beziehungen führt im Zusammenspiel damit, dass die Pflegenden ihre jeweilige Lebenserfahrung auch zum Ausgangspunkt ihrer beruflichen Handlungen machen zu einem 'stillen Wettbewerb' zwischen Pflegenden und Angehörigen. Gleichwohl ermöglicht die Reflexion es den Pflegenden sich in die Situation der Angehörigen einzufühlen und Vorstellungen zu pflegerischen Unterstützungsangeboten zu entwickeln.

Dies legt den Schluss nahe, dass psychiatrisch Pflegende mehr Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen und ein gezieltes Training in familienorientiertem Denken und Handeln benötigen, wenn sie diese Familien unterstützen wollen.

Literatur

1. Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). *Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie*. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie*, 53-86. Berlin: Springer.
2. WHO -World Health Organization, *WHO health topics-depression 2011*. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (Accessed 27.03.2011)
3. Schoppmann, S., Metzinger-Blau, S. & Schnepf, W. (2011): *Zur Situation von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen – eine integrative Literaturstudie*. *Pflegen: Psychosozial* (4): I-VIII.
4. Strübing, J. (2004): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

53. E-Psychnet – ein EU Projekt zur Verbreitung eines Online-Kurses für Psychiatrisch Pflegende

Michael Schulz, Andreas Heuer, Roland van der Sande

Hintergrund

In allen Ländern der europäischen Union kommt der Frage der Attraktivität und Qualität von Bildung in der Psychiatrischen Pflege eine besondere Bedeutung zu. E-Learning, also die Nutzung von Bildungsangeboten, die über das Internet zur Verfügung gestellt werden, gewinnt in diesem Zusammenhang an Bedeutung. Mittlerweile gibt es vielfältige Möglichkeiten von E-Learning im Bereich der Gesundheitsberufe. Die Qualität der E-Learning-Produkte ist allerdings in den verschiedenen Ländern sehr heterogen. Das vorliegende Projekt reagiert auf diese Herausforderung

Ziel des Projektes

Ziel des Projektes ist es, die Qualität, Attraktivität des lebenslangen Lernens in der Psychiatrischen Pflege zu erhöhen und den Zugang zu dieser Form von Bildung innerhalb der Mitgliedsstaaten der europäischen Union zu erleichtern. Dies geschieht, indem ein in einem Vorgängerprojekt bereits entwickelter E-Kurs mit dem Namen „E-PsychNurse.Net“ (<http://www.med.utu.fi/epsychnurse/>) in verschiedene klinische Kontexte und unterschiedliche Sprachräume transferriert wird. Zudem wird ein Qualitätsmanagementinstrument entwickelt, um die Implementierung des E-Kurses zu überprüfen.

Um dies zu erreichen wurden in das Projekt, welches von der Universität in Turku/ Finnland gesteuert wird, unterschiedliche Länder eingeschlossen. Neben Finnland gehören Italien, Litauen, Portugal, England, Holland, Deutschland und die Schweiz (eigene Finanzierung) dazu. So konnte sichergestellt werden, dass unterschiedliche europäischen Kontexte und vor allem unterschiedliche Sprachräume miteinander verbunden werden konnten.

Insgesamt arbeiten in dem Projekt zwölf Partner aus unterschiedlichen Gesundheitssystemen, unterschiedlichen Versorgungsbereichen mit Vertretern aus unterschiedlichen Bildungsorganisationen oder Pflegeverbänden zusammen.

HORATIO als europäische Vereinigung zur Förderung der Interessen der Psychiatrischen Pflege übernimmt in dem Projekt eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Verbreitung der Projekthalte, sowie der Ergebnisse.

Zu erwartende Ergebnisse

Das Projekt wird zählbare und weniger zählbare Ergebnisse produzieren. Ein wesentliches, sichtbares Ergebnis wird die Übersetzung und Anwendung im deutschsprachigen Raum (Schweiz, Österreich und Deutschland) sein. Zudem erfolgt eine Übersetzung des Kurses in Holländisch. Erwartet wird zudem, dass das Projekt sowohl kurzfristig als auch langfristig einen positiven Einfluss auf qualifizierte Pflegepersonen in der Psychiatrie haben wird und auch Managern sowie Lehrenden im Hinblick auf die Nutzung von E-Learning im Rahmen von Lebenslangem Lernen haben wird.

Im Rahmen des Dreiländerkongresses werden zentrale Inhalte des E-PsychNet Kurses vorgestellt.

54. Was ist gute psychiatrische Pflege aus Sicht von Pflegenden, Nutzenden und Angehörigen?

Thomas Schwarze, Dirk Richter, Sabine Hahn

Hintergrund

In den letzten Jahren ist ein Wandel bezüglich der Inhalte und Merkmale guter psychiatrischer Pflege in den deutschsprachigen Ländern festzustellen. Verschiedene aus dem angelsächsischen Raum stammende Konzepte (Recovery, Empowerment, Coaching, etc.), die sich mit der Frage beschäftigen, was gute psychiatrische Pflege beinhalten soll, beeinflussen stark die psychiatrische Pflege und Versorgung.

Einleitung

Pflegefachpersonen sehen sich mit diesen Konzepten zur psychiatrischen Pflege und Gesundheitsversorgung konfrontiert und sind verunsichert, ob die Inhalte und Charakteristika guter psychiatrischer Pflege für die Verhältnisse in den deutschsprachigen Ländern geeignet und übertragbar sind.

Thema

Thema dieses Workshops sind die Resultate eines Forschungsprojektes der Berner Fachhochschule Gesundheit bezüglich der Merkmale guter psychiatrischer Pflege aus der Sicht der Pflegenden, den Nutzenden und den Angehörigen. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, welche Charakteristika guter psychiatrischer Pflege von allen Gruppen gutgeheissen und welche Bereiche guter psychiatrischer Pflege unterschiedlich bewertet werden. Es wird diskutiert, wie den Bedürfnissen aller Gruppen von der Pflege Rechnung getragen werden kann.

Gestaltung

Vorstellung des abgeschlossenen Forschungsprojektes „Best Practice in der Psychiatrischen Pflege und Betreuung“ (Ziel und Zweck), Vorstellung der

methodologischen Aspekte (Literaturanalyse, Fokusgruppendifkussionen, Delphibefragung in zwei Runden), Vorstellung der Gesamt- und Gruppenergebnisse der Delphibefragung und Diskussion unter den Teilnehmenden zu folgenden Aspekten:

- Gruppeneinteilung gemäss den verschiedenen Arbeitsbereichen in der psychiatrischen Pflege.
- Welche Charakteristika guter psychiatrischer Pflege sind Pflegende bereit, in ihrer alltäglichen Arbeit umsetzen?
- Was sind Barrieren bei der Umsetzung?
- Wie können die aus Sicht von Nutzenden und Angehörigen gutgeheissenen Charakteristika, Bereiche guter psychiatrischer Pflege von Pflegefachpersonen gehandhabt werden um den Bedürfnissen von Nutzenden und Angehörigen gerecht zu werden?

Lernziele

Die Teilnehmenden erkennen, dass nicht alle Charakteristika guter psychiatrischer Pflege von allen Gruppen (Pflegernden, Nutzenden und Angehörigen) gleich, resp. gleich hoch bewertet werden und setzen sich mit den unterschiedlichen Haltungen aller Gruppen auseinander.

55. Herausforderung an eine psychiatrische Abteilung in der Umsetzung eines Mutter- Kind-Konzeptes – ein Praxisbericht

Stephanie Schwarzenbach, Susan Fischer

Hintergrund

In den ersten sechs Monaten nach der Geburt eines Kindes haben Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken [1]. Ungefähr 10-15% aller gebärenden Frauen entwickeln eine postpartale Depression [1]. Zudem zeigen sich auch Störungsbilder psychotischer Erkrankungen nach der Geburt bei einer bis zwei von 1000 Frauen [1]. Des Weiteren leidet etwa ein Drittel der depressiven Mütter unter Zwangsgedanken [1]. Nicht zu vernachlässigen ist die Anzahl Mütter, welche bereits vor der Geburt psychisch erkrankt waren und nach der Geburt professionelle Unterstützung benötigen. Gemäss epidemiologischen Studien erkranken weltweit 25% der Frauen einmal in ihrem Leben an einer Depression [2]. Durch die Anforderungen der Mutterschaft können sich psychische Störungen verstärken oder sich ungünstig auf die Entwicklung des Kindes auswirken [2]. Eine gemeinsame Betreuung von Mutter und Kind auf einer spezialisierten Abteilung kann deshalb eine geeignete Therapiemassnahme darstellen. Der Pflegedienst ist dabei aufgrund seiner Rolle und der 24-Stunden -Präsenz, prädestiniert sich dem Thema Mutter-Kind-Behandlung anzunehmen.

Problemstellung

Die stationäre Behandlung und Pflege von Mutter und Kind stellt spezielle Herausforderungen an das interdisziplinäre Team und insbesondere an die Pflegefachpersonen. So entstehen zusätzliche, vielseitige Aufgaben für den Pflegedienst.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den Angehörigen und anderen externen Systemen ist in diesem Behandlungskonzept von zentraler Bedeu-

tung. Erst die Ressourcennutzung ermöglicht eine bedarfsorientierte, individuelle, effiziente und kostengünstige Behandlung.

Ziele

- 1. Es liegt ein Konzept vor in welchem die zusätzlichen pflegerischen Aufgaben in der Behandlung von Mutter und Kind (postpartal) erklärt werden.
- 2. Es liegt ein Konzept vor, welches alle involvierten Personen vernetzt und die Nutzung derer Ressourcen zulässt.

Vorgehen

Im folgenden Beitrag wird das bereits implementierte Mutter-Kind- Konzept (MuKi-Konzept) einer mittelgrossen psychiatrischen Klinik vorgestellt. Das Konzept wurde im Jahr 1994 durch Pflegefachpersonen HF in einer Arbeitsgruppe entwickelt und durch diese in den Jahren 2005 und 2009 überarbeitet. Es beinhaltet Aufgaben der Pflege und enthält Arbeitsblätter und Checklisten. Zudem werden Praxiserfahrungen durch Pflegefachpersonen beschrieben. In den Schlussfolgerungen werden Stärken und Schwächen des Konzeptes erwähnt und konkrete Verbesserungsvorschläge angebracht.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Das Behandlungskonzept und die Rahmenbedingungen

Im Zentrum des Praxiskonzeptes stehen die individuelle und bedürfnisorientierte Behandlung und Pflege von Mutter und Kind. Dabei wird der Fokus auf die Erholung und die Entlastung der Patientin gerichtet. Im Konzept werden klare Indikationen aufgezeigt, die für oder gegen eine Hospitalisation sprechen.

Neben der Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankung wird die Patientin in ihrer Rolle als Mutter unterstützt und gestärkt. Indem die Anwesenheit des Kindes während dem stationären Aufenthalt in der Klinik gewähr-

leistet werden kann, wird ein Unterbruch in der Mutter-Kind-Beziehung verhindert.

Die Patientin wird während dem Klinikaufenthalt in der Alltagsbewältigung und in der Versorgung des Kindes unter Einbezug verschiedener Unterstützungssysteme selbstbefähigt. Insgesamt bedeutet die Umsetzung des MuKi-Konzeptes in der Praxis, dass verschiedene Ressourcen in der Klinik vorhanden sein müssen. Dazu zählen auf personeller Ebene das Behandlungsteam, welches sich aus dem pflegerischen, ärztlich-psychologischen und fachtherapeutischen Team zusammen setzt, sowie weitere klinikinterne Dienste. Auf struktureller Ebene gehören Schulungen, Rapporte, Subteams (Austausch zwischen der pflegerischen und ärztlich-psychologischen Bezugsperson), Fallbesprechungen, Einzel- und Angehörigengespräche dazu. Weiter erforderlich sind räumliche Ressourcen. Damit gemeint ist die bedarfsgerechte Einrichtung der Abteilung und des Patientinnenzimmers. In Hinblick auf finanzielle Ressourcen geht es um die Finanzierung des Aufenthaltes. Die Krankenversicherung deckt die Kosten der Mutter. Die Co-Hospitalisation und Betreuung des Kindes fällt häufig zulasten der Mutter. Diese Tatsache bedingt genügend finanzielle Ressourcen durch die Patientin oder deren Angehörige.

Erfahrungen und Aufgaben durch Pflegefachpersonen

Im pflegerischen Alltag fallen bei der Mutter-Kind- Behandlung zusätzliche koordinative und organisatorische Arbeiten an. Die im Konzept enthaltenen Checklisten und Arbeitsblätter bieten in der Umsetzung dieser Arbeiten Unterstützung. Für die Schaffung von Transparenz im Behandlungsteam ist ein kontinuierlicher Austausch mit dem ärztlich-psychologischen und fachtherapeutischen Team von zentraler Bedeutung. Benötigt die Patientin externe Unterstützung, helfen Pflegefachpersonen der Patientin in der Herstellung des Kontaktes und der Umsetzung der entsprechenden Massnahmen.

Pflegefachpersonen sind auch für die Gewährleistung der Sicherheit auf der Abteilung mitverantwortlich. Durch die Anwesenheit eines Kleinkindes verändert sich die Abteilungssituation. Mitpatienten werden ausreichend über das Mutter-Kind-Angebot informiert. Auswirkungen und Reaktionen durch Mitpatienten werden durch den Pflegedienst beobachtet.

Der Kontakt zu Angehörigen bezüglich Intensität und Häufigkeit wird unterschiedlich erlebt. Grundsätzlich bestimmt die Patientin wie oft und eng die Angehörigen einbezogen werden sollen und welche Unterstützungsmassnahmen sie darin benötigt.

Die Rolle und Behandlung der Patientin

Erkrankte Frauen werden erst hospitalisiert, wenn dies nach dem Abklärungsgespräch indiziert ist. Für eine Aufnahme sollten sich die Erwartungen der Frau mit dem Angebot des Konzeptes decken. Als Aufnahmekriterium ist hervorzuheben, dass sich die Frau in einem Zustand befindet, in welchem sie noch die Hauptverantwortung für das Kind tragen kann. Zudem muss die Frau fähig sein die 24-Stunden- Betreuung des Kindes zu übernehmen. Wenn dies nicht möglich ist oder sich der Zustand der Patientin akut verschlechtert, muss die Patientin Personen im Hintergrund haben, die vorübergehend und innerhalb kurzer Zeit für das Kind sorgen können. Ein wichtiges Ausschlusskriterium ist ein Kind im gehfähigen Alter. Dies ist aus Sicherheitsgründen nicht möglich.

Damit die Patientin entlastet wird oder eine bestimmte Therapie wahrnehmen kann, bietet der Pflegedienst täglich einen einstündigen Hütedienst an. Falls die Patientin weitere Entlastung braucht, kann diese mit Unterstützung der pflegerischen Bezugsperson organisiert werden. Oft erfahren Patientinnen Entlastung durch Angehörige. Bei Bedarf gibt es in der Ortschaft der Klinik einen reservierten Platz in der Kindertagesstätte. Jede Patientin erhält ein individuelles und bedürfnisorientiertes Therapieprogramm. Zudem erfolgen wöchentlich zwei Sitzungen mit der zuständigen ärztlich-

psychologischen Betreuungsperson und jeweils eine Sitzung mit der pflegerischen Bezugsperson.

Diskussion

Das Behandlungskonzept sieht eine bedarfsorientierte Behandlung vor. Das Individuum steht im Zentrum und wird vom Behandlungsteam unterstützt. Für die Pflege wird ersichtlich, welche zusätzlichen Aufgaben anfallen und welche Kompetenzen durch eine MuKi-Behandlung erforderlich sind. Bei weiteren Disziplinen und Diensten, die in die Behandlung involviert sind, sind die Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten nicht verbindlich festgelegt.

Für den Pflegedienst bedeutet die MuKi-Behandlung eine vielseitige Tätigkeit, was eine Bereicherung und Abwechslung sein kann. Dies ist aber nur eine Vermutung und sollte unbedingt evaluiert werden.

Die Pflegefachpersonen haben seit der Konzept Einführung im Jahre 1994 schon manche Erfahrungen mit der MuKi-Behandlung gemacht. Dieses Erfahrungswissen sollte bei allfälligen Verbesserungsvorschlägen oder Konzeptanpassungen berücksichtigt werden.

Für die Patientin kann eine MuKi-Behandlung eine Entlastung darstellen. Das Konzept beschreibt ein Setting, in welchem die Patientin Unterstützung und Erholung finden kann. Durch die Hospitalisation mit einem Kind wird ein Unterbruch der MuKi-Beziehung verhindert. Systemische Faktoren können je nach Bedarf der Patientin einbezogen und behandelt werden.

Die für die Patientin anfallenden Kosten für die Co-Hospitalisation des Kindes, können sich als finanzielle Belastung heraus stellen.

Die im Konzept vorgesehene Befragung bei Austritt bezieht sich auf ein Instrument zur Qualitätsmessung. Bei der Auswertung hat sich gezeigt, dass die Aussagen aufgrund des verwendeten Fragebogens beschränkt auf Aspekte sind, welche die Zufriedenheit mit den organisatorischen Abläufen betreffen. Es können jedoch keine Aussagen zur Zufriedenheit in Bezug auf inhaltliche Komponenten des MuKi-Konzeptes getroffen werden. An dieser

Stelle muss erwähnt werden, dass bisher pro Jahr nur eine geringe Anzahl MuKi-Aufenthalte zu verzeichnen sind, so dass eine quantitative Auswertung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht geeignet erscheint. Aus diesem Grund wird auf eine ausführliche Darstellung dieser Resultate verzichtet.

Dennoch lässt sich ein Trend feststellen, dass die behandelten Mütter mit ihrem stationären Aufenthalt im Allgemeinen zufrieden waren.

Schlussfolgerung

Patientinnen könnten mehr von diesem Angebot profitieren, wenn das Konzept multiprofessioneller ausgerichtet wäre. Die Rollen aller am Setting beteiligten Personen sollten geklärt und aufeinander abgestimmt werden. Damit deutlich wird, wie die Patientin den Aufenthalt erlebt hat, sollte eine entsprechende Evaluation stattfinden.

Es wäre von Wichtigkeit die Erfahrungen der Patientinnen zu erfragen, um Stärken und Schwächen des Konzeptes zu beleuchten. Eine Möglichkeit wäre ein Fragebogen sowohl mit offenen wie auch geschlossenen Fragen zu formulieren.

Literatur

1. *Langenbrunner, U., Horstein, C., Hohm, E., Rave, E., Schwarz, M. (2008) Die Leistung der Pflege in der Mutter-Kind-Behandlung – eine quantitative Erhebung zur zeitlichen Inanspruchnahme. Stuttgart, Psych Pflege 14: S. 208-212.*
2. *http://www.depression.de/depression/tx_3haeufigkeit.html Stand 27.07.2011.*
3. *Schenk, S, Hornstein, C., Jourdan, F., Wald, M., Schwarz, M. (2006) Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychiatrischen Erkrankungen - Voraussetzungen und besondere Aufgaben aus der Perspektive des Pflegeteams. Psych Pflege 2006; 12: p. 340-345.*
4. *Privatlinik Wyss AG. (2009) Betreuung von Mutter und Kind. Mu-Ki Konzept. Münchenbuchsee. S. 1-19.*
5. *<http://www.postnatale-depression.ch/joomla/index.php> Stand 25.07.2011.*

56. Vernetztes Arbeiten in der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

*Regine Steinauer, Ruth Meer Lueth, Franziska Rabenschlag,
Thomas Schwarze, Peter Ullmann*

Die Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (AFG) - gegründet 2005 - ist eine Vereinigung von derzeit 23 wissenschaftlich ausgebildeten Pflegefachpersonen. Sie setzt sich dafür ein, dass psychisch erkrankte Menschen auf wirksame Betreuung zählen dürfen. Neben Einflussnahmen auf berufs-, gesundheits- und bildungspolitische Entwicklungen gehören Stellungnahmen und Positionspapiere sowie die Vernetzung von Personen und Institutionen zu den Tätigkeiten der Mitglieder.

Die AFG und einige ihrer Tätigkeiten werden an Beispielen vorgestellt:

Vernetzung

Einzelne Mitglieder der AFG arbeiten in folgenden Arbeitsgruppen mit: Aktionsbündnis Psychische Gesundheit, Bündnis Depression, Psychiatriekommission SBK, Schweizerische Vereinigung der PflegedienstleiterInnen (SVLP).

Forschung

- Wie schätzen KollegInnen der Pflege die Suizidalität bei Patientinnen und Patienten ein? Erhebung in psychiatrischen Institutionen der deutschsprachigen Schweiz (Rabenschlag, Hoffmann, Kozel, Sprenger): Das Bündnis gegen Depression, an dem sich neben 18 EU Mitgliedstaaten auch die Schweiz beteiligt, plädiert dafür, dass Pflegende vermehrt über Kompetenzen zur Erkennung und Einschätzung von Suizidalität verfügen. Obwohl Pflegende für den Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Einschätzung von Suizidalität ausgebildet werden und gültige und zuverlässige Instrumente in deutscher Sprache und für verschiedene Pflegebereiche vorliegen, ist nicht bekannt ob

und welche Instrumente in der Pflegepraxis angewendet werden. Die vorgesehene Erhebung soll einen Überblick über den Stand des Einsatzes von Erhebungsinstrumenten zur Einschätzung der Suizidalität durch Pflegende in der deutschsprachigen Schweiz geben. Die Befragung wurde mittels eines elektronischen Fragebogens durchgeführt, die Daten werden am 3-Länderkongress ausführlich vorgestellt.

- Basisassessment Pflege

Publikation

Artikel „Pflege weiter denken“ in PsychPflegeHeute: (Hahn, Kozel, Malo-
jer, Meer Lueth, Rabenschlag, Sprenger, Steinauer, Ullmann, Zuaboni; 2011).
In einer kurzen Onlinediskussion haben Mitglieder der AFG sich zur Zukunft
der psychiatrischen Pflege ausgetauscht und eine Vision entwickelt.

Positionspapiere

- Soll der schweizerische Verein für Pflegewissenschaft (VfP) die Eigenständigkeit aufgeben und sich dem Schweizerischen Berufsverband Pflege (SBK) anschliessen? Auch diese Diskussion wurde elektronisch geführt und das Ergebnis dem Vorstand des VfP zugestellt.
- Ausgehend von der Frage nach Entwicklung und Berufsrollen der psychiatrischen Pflege wurde das 'Positionspapier ANP in der psychiatrischen Pflege' ausgearbeitet.
- Aktionsagenda 2005: Die AFG Psychiatrie hat sich zum Ziel gesetzt die evidenzbasierte Praxis und das evidenzbasierte Lernen zu fördern. Die Diskussionen, die innerhalb der AFG psychiatrische Pflege zu diesem Thema stattfanden, wurden in einem Positionspapier festgehalten.
- Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit: www.zppg.eu Sie enthält eine Rubrik mit den Mitteilungen der AFG.
- Homepage:
http://www.pflegeforschung/vfp.ch/home/page.aspx?page_id=2974

- Die Präsentation soll einen Einblick in die unterschiedlichen Arbeitsfelder der AFG Psychiatrische Pflege geben.

57. Nachsorge als Teil der Behandlung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in psychiatrischen Kliniken. Eine Literaturübersicht

Regine Steinauer, Barbara Weber-Souschill

Einleitung

In stationären, spezialisierten Therapieeinrichtungen werden in der Schweiz jedes Jahr mehr als 1000 Personen mit dem Hauptproblem Alkohol behandelt, zwei Drittel davon sind Männer, ein Drittel Frauen [1]. Viele dieser Personen planen anschliessend an ihren stationären Aufenthalt eine ambulante Behandlung. Dies, weil sie die Erfahrung gemacht haben, dass der Transfer der in der Institution gelernten neuen Verhaltensmuster in den Alltag nicht einfach ist und sie auf ihrem Weg zur dauerhaften Abstinenz oder zum moderaten Substanzkonsum Begleitung benötigen. Der Übergang von stationärer Behandlung zur ambulanten Behandlung ausserhalb der Klinik stellt für viele Betroffene allerdings eine Hürde dar. Es gelingt ihnen nicht, die ambulante Behandlung bei Beratungsstellen, ambulanten Psychotherapeuten, aufsuchenden ambulanten Diensten, in Selbsthilfegruppen oder in Tagesstätten aufzugleisen. Rückfälle in alte Konsummuster machen einen Wiedereintritt wahrscheinlich.

Viele Kliniken bieten deshalb eine Begleitung auch nach dem stationären Aufenthalt an. Diese sind selten konzeptionell verankert und basieren auf dem Engagement der Behandlungsteams der Abteilungen. Ob und in welcher Form es strukturierte und evaluierte ambulante Behandlungsangebote gibt, die stationäre Abteilungen psychiatrischer Kliniken für Menschen mit einer Abhängigkeitsstörung anbieten, ist Fragestellung dieser Literaturrecherche.

Methode

Ausgehend von der Forschungsfrage wurden Suchstrings für die systematische Suche in den Datenbanken formuliert. Anschliessend wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die Suche erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PsycINFO sowie der Cochrane Library und wurde auf deutsch- und englischsprachige Studien beschränkt. Es wurden ausschliesslich Studien in die Überblicksarbeit eingeschlossen, die zwischen 2000 und 2010 zur Publikation gelangten.

Ergebnisse

Insgesamt konnten sieben Studien in die Literaturübersicht einbezogen werden [2-8]. Folgende Arten der Nachsorge wurden von Abteilungen psychiatrischer Kliniken im Anschluss an den stationären Aufenthalt angeboten: 1. Telefonische Kontakte, 2. Persönliche Kontakte (Gruppengespräche, social reinforcement), 3. Schriftliche Kontakte (email, sms). Die Ergebnisse der Studien zeigen positive Effekte auf den Alkoholkonsum, die Rückfallrate und das Wohlbefinden alkoholabhängiger Menschen.

Schlussfolgerungen

Auffallend war, dass lediglich sieben Studien gefunden werden konnten, die eine Nachsorge ausgehend von Abteilungen psychiatrischer Kliniken untersuchten. Nachsorge scheint in der Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitsstörung auf spezialisierte ambulante Institutionen beschränkt zu sein.

Alle vorgeschlagenen Interventionen sind auch im europäischen Kontext durchaus vorstellbar und werden teilweise bereits angeboten. Sie stellen keine Konkurrenz zum gut ausgebauten Suchthilfenetzwerk in der Schweiz dar und bieten vor allem für schwerstabhängige Menschen die Möglichkeit einer kontinuierlichen Behandlung ihrer chronischen Abhängigkeitsstörung. Die Nachsorge als Teil der Behandlung in psychiatrischen Kliniken sollte vermehrt implementiert und evaluiert werden.

Literatur

1. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/alkohol/behandlung/>
2. Bjerke, T. N., Kummervold, P. E., Christiansen, E. K., & Hjortdahl, P. (2008). "It made me feel connected" -- an exploratory study on the use of mobile SMS in follow-up care for substance abusers... short message service. *Journal of Addictions Nursing*, 19(4), 195-200.
3. Chong, J., & Herman-Stahl, M. (2003). Substance abuse treatment outcomes among American Indians in the Telephone Aftercare Project. *J Psychoactive Drugs*, 35(1), 71-77.
4. Collins, G. B., McAllister, M. S., & Ford, D. B. (2007). Patient-provider e-mail communication as an adjunctive tool in addiction medicine. *J Addict Dis*, 26(2), 45-52.
5. Horng, F. F., & Chueh, K. H. (2004). Effectiveness of telephone follow-up and counseling in aftercare for alcoholism. *J Nurs Res*, 12(1), 11-20.
6. Lash, S. J., Burden, J. L., Monteleone, B. R., & Lehmann, L. P. (2004). Social reinforcement of substance abuse treatment aftercare participation: Impact on outcome. *Addict Behav*, 29(2), 337-342.
7. Rus-Makovec, M., & Cebasek-Travnik, Z. (2008). Long-term abstinence and well-being of alcohol-dependent patients after intensive treatment and aftercare telephone contacts. *Croat Med J*, 49(6), 763-771.
8. Sannibale, C., Hurkett, P., van den Bossche, E., O'Connor, D., Zador, D., Capus, C., et al. (2003). Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. *Drug Alcohol Rev*, 22(2), 181-190.

58. Vernetzung durch Bifokale Edukation bei Psychosen, Depressionen und Menschen mit Emotionsregulationsdefizit

Holger Thiel

Hintergrund

In der Rhein-Mosel-Fachklinik startete im April 2007 die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) mit dem Auftrag der Krankenkassen, eine bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen, bei der der aktuelle, allgemein anerkannte Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse gewährleistet wird.

Vom Start an war unser Ziel, Betroffene, deren Angehörige und den behandelnden Arzt in das Krisenmanagement einzubinden. Die Frage war also: "Kann eine bifokale Edukation im Haushalt des Betroffenen die Angehörigen und den behandelnden Arzt näher zusammen bringen?" Eine Verlaufsdocumentation, die nach Abschluss der APP weiter geführt wird, soll zeigen, ob eine derartige Vernetzung einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf hat.

Problemstellung

Die hohen Rückfallraten sind das Hauptproblem in der Behandlung schizophrener und affektiver Erkrankungen. Betroffene bekommen eine umfangreiche Gesundheitsberatung in Form einer Psychoedukation i.d.R. nur im stationären Setting und das häufig, wenn der Betroffene kognitiv noch stark eingeschränkt ist. Ein funktionaler Krisenplan wird daher unter erschwerten Bedingungen nur mit dem Betroffenen erarbeitet. Psychoedukation und der daraus resultierende Krisenplan ist aber nur die Hälfte wert, wenn dieser ohne die Rolle der Angehörigen zu berücksichtigen erstellt wird.

Der Maßnahmenkatalog eines individuellen Krisenplans greift ab der 2. Stufe häufig auf eine Medikamentenanpassung zurück (für Beispiele wenden Sie sich an den Autor per Mail). Der "Königsweg" wäre es, den behandelnden

niedergelassen Arzt zu involvieren. Angehörige sind i.d.R. bereits ab der 1. Stufe eingebunden.

Wenn nun Angehörige und ambulanter Behandler im Krisenplan nicht berücksichtigt sind, fühlt sich der Krisenplan unvollkommen an und greift im Alltag der Betroffenen vielfach nicht.

Tabelle 1: Rückfallraten schizophrener Patienten Rückfallraten schizophrener Patienten

	In 1 Jahr	In 5 Jahren
Rückfallrate	48%	82%
Wiederaufnahmerate	41%	74%

Ziele

Allen im Versorgungssystem Beteiligten ist die Wirkung von Psychoedukation auf die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen bekannt und in Studien belegt.

Tabelle 2: Langzeitergebnis der (Paediatric Investigation Plan) PIP-Studie: Kliniktage pro Patient (Teilstichprobe der TUM; n048)

	Nach 1 Jahr	Nach 7 Jahren
Mit Psychoedukation	18	75
Ohne Psychoedukation	28	225

Das Einsparpotenzial ist enorm. Kissling und Vogel der TU München haben für die Schizophrenie Einsparungen von ca. 6.600,00€ pro Patient pro Jahr errechnet. Durchschnittlich kostet die Versorgung eines Patienten durch APP ca. 1.250,00€. Das ergibt eine Nettoeinsparung pro Patient pro Jahr von ca. 5.350,00€. Mögliche Einsparungen in der BRD (1 Mio Patienten) von ca. 5 Milliarden Euro pro Jahr.

Diese Zahlen sind auch für die Krankenkassen kein Geheimnis und so wurden folgende Behandlungsziele vereinbart:

- Erarbeiten eines Krankheitsmodells mit dem Patient und dessen Umfeld.
- Identifizieren und Aufdecken dysfunktionaler (krankheitsfördernder) Kognitionen und Konfliktfelder.
- Bewältigung von Krisensituationen anhand eines individuellen Krisenplans.
- Begleitende Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten.
- Störungsbildabhängige Begleitung/Entwicklung entlang individueller Behandlungsmodelle wie das Training von Alltagskompetenzen, soziales Kompetenztraining, Selbstsicherheitstraining, Training emotionaler Kompetenzen, Psychoedukation, Expositionstraining.
- Erreichen und Sichern einer größtmöglichen Selbstständigkeit/Selbstbestimmung.
- Verbleib in der häuslichen Umgebung.
- Erhalt/Verbesserung der Orientierung.
- Erhalten/Verbessern von Autonomie und eigenverantwortlicher Lebensführung.

Vorgehen

- Im Vertrag mit den Krankenkassen wird für alle Mitarbeiter eine Fachausbildung Psychiatrie gefordert. Dennoch wurden zusätzliche Fortbildungen notwendig, um die gewünschten Behandlungsziele zu erreichen.
- Kognitiv-Verhaltenstherapeutischer Techniken (KVT) in der ambulanten Beratung
- Aufdecken dysfunktionaler kognitiver Grundannahmen und automatischer Gedanken

- Das ABC-Modell von Ellis
- Interpretation und Anwendung von Wochenplänen
- Anwendung des Motivationsdreiecks
- Der Sokratische Dialog
- Euthymes Erleben im Einzel und der Familie – Der ambulante Euthymie- und Aromakoffer
- Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression
- Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst- und Panikstörung
- NANDA-Diagnosen und Evaluation der Behandlungsprozesse
- Monitoring zur Qualitätskontrolle und Verlaufsdokumentation
- Systemische Gesprächsführung
- Zertifizierte Weiterbildung zum Training Emotionaler Kompetenzen

Emotionale Kompetenz als Fähigkeit, konstruktiv mit Stress und belastenden Gefühlen umzugehen, ist zentral für die psychische Funktionsfähigkeit und effektive Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die Beeinträchtigung dieser Fähigkeit stellt ein bedeutsames Risiko für die Entwicklung und Chronifizierung psychischer Probleme und Störungen dar. Das Training Emotionaler Kompetenzen (TEK) wurde an der Universität Bern entwickelt. Es basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, welche in Störungen der Emotionsregulation die Wurzel psychischer Störungen sehen.

Der Kerngedanke für eine Weiterbildung aller Kollegen war, dass bei den Hauptstörungsgruppen aller Patienten der Ambulanten Psychiatrischen Pflege, der Umgang mit „schwierigen“ Gefühlen (Stress) gestört ist. Stress findet sich in den Ätiologiemodellen der Schizophrenie, Depression und Angststörung ebenso, wie bei den aufrechterhaltenden Bedingung wieder. Als recht universelles Interventionsmodul kommt es auch bei den deutlich zunehmenden komorbiden Störungen zum Einsatz, wie beispielsweise bei Depression und Emotional-Instabilen-Persönlichkeitsstörungen oder Depression und Sucht.

Ergebnisse

Verlaufsdokumentation während der Behandlung:

- Art der Versorgung - Wird die ärztliche Versorgung unterstützt oder wird Krankenhausbehandlung verhindert - § 37 Abs. 1 oder 2 SGB V.
- Anzahl der Besuchstermine
- durchschnittlicher Besuchsfrequenz
- Behandlungszeitraum
- Evaluation der Behandlungsprozesse
- Klinikaufenthalte der vergangenen 5 Jahren

Verlaufsdokumentation nach der Behandlung:

- Nach Beendigung der APP wird ein telefonischer Kontakt zum Pat. gehalten und Krisen die zur erneuten Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik führten, erfasst

Im Zeitraum vom April 2009 bis Dezember 2010 wurden viele spannende Daten erhoben. Wir wollten wissen, wie viele Monate die Patienten im Schnitt besucht werden und wie viele Kontakte in der Zeit realisiert werden. Wie viele Patienten brechen ab und aus welchem Grund? Wie viele Patienten werden von der Krankenkasse oder durch die Ambulante Psychiatrische Pflege abgelehnt? Wer verordnet, Facharzt oder Allgemeinmediziner und welche medizinischen Diagnosen finden sich am häufigsten? Aber vor allem wollten wir wissen, ob wir wirksam waren, im Sinne von Vernetzung durch bifokale Psychoedukation, und ob Krankenhausaufenthalten reduziert werden konnten.

Von insgesamt 149 Patienten wurden 24 telefonisch/postalisch nicht erreicht, bzw. haben sich nicht gemeldet. Bei den anderen 125 Patienten konnten wir folgendes festhalten:

- 15 Patienten waren vor unserer Behandlung noch nie in einer psychiatrischen Fachklinik gewesen und wir konnten eine Ersteinweisung verhindern.

110 Patienten hatten in den Jahren 2005 bis 2009 im Durchschnitt drei Aufenthalte in einer psychiatrischen Fachklinik. Von denen sind:

- 27 Patienten nach unserer Behandlung stationär aufgenommen worden und
- 83 Patienten hatten bis August 2011 keine weitere stationäre Aufnahme.

Unter den 27 Patienten mit stationärer Behandlung gab es Patienten, die die Krankenhaustage deutlich reduzieren konnten. Bei einigen Patienten hatten wir das Gefühl, dass wir zu „spät“ kamen, weil die Krise bereits derart akut war, dass eine tragfähige Beziehungsgestaltung nicht mehr möglich erschien.

Neben Studien, die zeigen, dass das Einbeziehen von Angehörigen in die Edukation die Rückfallrate innerhalb von 2 Jahren im Mittel um 20% reduzieren konnten, ist es vor allem der günstige Effekt auf das Ausmaß an Expressed Emotion innerhalb der Familie, der allgemeine Einfluss auf das Familienklima zur Verringerung von Stress und Belastung der Angehörigen den wir erkennen konnten.

Schlussfolgerung

Es ist immer wieder beeindruckend, wenn ein Krisenplan durch Angehörigen alltagstauglicher wird. Wie verblüfft Betroffene sind, wenn Angehörige ihre wahrgenommenen Frühwarzeichen beisteuern. Natürlich haben wir viel dem Zeitfaktor zuzuschreiben. Haben wir in der Klinik häufig nur 5 bis 6 Gruppenstunden zur Verfügung, nutzen wir in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege zwischen 8 und 14 Std.

Spannend ist auch, wenn wir den Euthymiekoffer mitbringen und uns mit der ganzen Familie ein Genussstraining gönnen. Grundsätzlich arbeiten auch wir hierbei mit den drei Wirkdimensionen:

- Positive Emotionen
- Genuss als erlaubter Oberplan
- Selbstfürsorglichkeit als ein guter Oberplan

High-Expressed-Emotions-Familien stellen bei der Euthymie oft fest, dass ein gelegentliches Genießen zu kurz kommt und das Planen und Umsetzen von genussfreundlichen Regeln etwas Fahrt aus dem Alltagsstress nimmt.

Grundsätzlich nehmen wir den ambulant weiter behandelnden Arzt mit ins Boot beim Krisenplan. Unserer Erfahrung nach macht es vor allem Sinn, wenn dieser ein Facharzt für Psychiatrie ist.

Zahlen und Gefühl sagen uns, dass bifokale Psychoedukation unter Einbezug von Angehörigen und des behandelnden Facharztes die Wiederaufnahmerate reduzieren konnte.

59. Budgetvertrag in der Integrierten Versorgung in Niedersachsen - Erste Erfahrung in der Umsetzung für das ambulante Behandlungsteam

Frauke Trombach, Ingo Tschinke

Hintergrund

Seit dem 01.10.2011 wurden in Niedersachsen von der AOK Niedersachsen und die Techniker Krankenkasse in ersten Pilotregionen budgetgesteuerte Verträge zur ambulanten psychiatrischen Versorgung umgesetzt. Kernpunkt dieses Versorgungskonzeptes ist das Ambulante psychiatrischen Behandlungsteam, welches zentral aus der Fachärztlichen und der ambulanten psychiatrischen Pflege besteht.

Problemstellung

Die Stadt, Kreis Hildesheim sowie die Stadt Wolfsburg gehört zu den ersten Pilotregion in Niedersachsen, die sich seit dem durch das Ambulante psychiatrischen Zentrum Hildesheim an der integrierten Versorgung beteiligen. Am Beispiel des Ambulanten psychiatrischen Zentrums Hildesheim sollen ersten Erfahrungen mit diesem neuen Versorgungskonzept dargelegt werden. Hierzu wird auf die Institution und der langjährige Erfahrung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung und deren zentrale Inhalte eingegangen.

Ziele

Es ist das Ziel das Versorgungskonzept mit dem ambulanten psychiatrischen Behandlungsteam, der Behandlungskonferenzen, der Psychoedukationsgruppen, dem Rückzugsraum und vernetzten Zusammenarbeit durch den Hildesheimer Reha-Pfad darzustellen. Das neue Versorgungskonzept hat im Vergleich zu der Regelversorgung und anderen integrierten Verträge nicht

nur die akute Versorgung im Blick sondern eher die langfristige Anbindung mit präventiven Charakter der Versorgung.

Erfahrungen

Im Rahmen der Erfahrung in der Umsetzung des neuen Versorgungskonzeptes wird die Implementierung der neuen Verträge der AOK Niedersachsen und der Technikerkrankenkasse kritisch reflektiert. Als wichtiger Aspekt innerhalb der Versorgung ist die Steuerung des Ressourcenverbrauches im Rahmen der bedarfsgerechten ambulanten psychiatrischen Pflege und der Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten durch den Pflegedienst zu sehen.

Diskussion

In der Diskussion wird die zentrale Rolle der ambulanten psychiatrischen Pflege in dem neuen Versorgungskonzept in Bezug auf die bedarfsorientierte Steuerung, die Psychoedukation sowie die Kooperation innerhalb der Versorgung thematisiert.

Schlussfolgerung

Im Rahmen der Schlussfolgerungen wird ein Ausblick auf die zukünftige Entwicklung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in der Region Hildesheim und Wolfsburg gegeben. Im Weiteren wird dargestellt welche wichtigen Konsequenzen sich aus den ersten Erfahrungen in Zusammenarbeit mit den Patienten, dem Sozialpsychiatrischen Verbund und den psychiatrischen Fachkliniken ergeben.

60. DELPHI Studie zur einheitlichen Begriffsbestimmung des Bezugstherapeutensystems in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke, Alfred Karsten, Frauke Trombach, Christian Koch, Kirsten Kopke

Hintergrund

Die Bezugspersonenpflege als Pflegeorganisationsform ist im stationären Bereich definiert durch die Qualitätsnormen von Neeham und Abderhalden [1] ein relativ verbreiteter Standard. Die Übertragung in den ambulanten Sektor gestaltet sich allerdings problematisch, da es sich um ein differenziertes Setting handelt. Ebenso sind gesetzliche Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege zu berücksichtigen [2], die im stationären Setting keine Rolle spielen. Gerade in Bezug auf Struktur- und Prozesskriterien zeigten sich in der Überprüfung und Reflexion der Praxis im ambulanten Bereich vielfältige Unterschiede in der Umsetzung der Bezugspersonenpflege in ambulanten Bereichen. Dies betrifft insbesondere die Rolle der Pflegedienstleitung bzw. Fachliche Leitung eines Pflegedienstes, die gemäß den geltenden Pflegeverträgen die Verantwortung für den Pflegeprozess, die Personaleinsatzplanung sowie die Routenplanung trägt und die Qualität der Versorgung zu sichern hat [2]. Im Rahmen der fachlichen Diskussionen der ambulanten Pflegedienste in Niedersachsen in den Zukunftworkshops zur Verbesserung der Integrierten Versorgung unter Leitung des Landesfachbeirates Psychiatrie in Niedersachsen wurde deutlich, dass es notwendig ist, eine einheitliche Empfehlung zur Umsetzung der Bezugspersonenpflege zu definieren. Durch wissenschaftliche Mitarbeiter des Forschungsprojektes „Vernetzte Versorgung - Grundlagen und Evaluierung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen“ im Rahmen des EU-Großprojektes Innovations-Inkubator der Leuphana Universität und Praxisexperten der ambulanten psychiatrischen Pflege wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die in Anlehnung

an die Arbeit von Needham und Abderhalden eine Delphi Studie durchzuführen, um diese Empfehlung für die Bezugspersonenpflege zu erarbeiten.

Fragestellung der Delphi Studie

Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es, allen in Niedersachsen zugelassenen Diensten der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) analog der stationären Versorgung einen einheitlichen professionellen Bezugsrahmen ihrer Tätigkeit bieten zu können. Im Rahmen dieser Studie ist die Forschungsfrage handlungsleitend: „Was wird unter einem Bezugspflegesystem in der ambulant psychiatrischen Versorgung verstanden, wie ist es umzusetzen und zu evaluieren?“

Methode und Durchführung der Studie

Zur einheitlichen Begriffsbestimmung wird die Methode einer DELPHI Befragung angewandt. In dem systematisierten und mehrstufigen Befragungsverfahren von Experten mit entsprechenden Rückkopplungen soll eine einheitliche Begriffsdefinition erarbeitet werden. Neben den Ergebnissen einer systematischen Literaturrecherche werden ebenfalls Praxiserfahrungen und Expertenmeinungen zum Thema mit einbezogen. Im ersten Schritt wurden diese Informationen durch eine schriftliche Vorabbefragung aller niedersächsischen APP Dienste gesammelt. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde der zu bewertende Thesenkatalog zusammengestellt. Die Bewertung erfolgte in zwei weiteren Befragungsrunden und getrennt voneinander.

Zu erwartende Ergebnisse

Mit Abschluss der Befragung soll ein Konzept zum „Bezugspflegesystem in der ambulanten psychiatrischen Pflege“ vorliegen. Dieses wird ein wesentlicher Baustein innerhalb eines Gesamtkonzepts der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie eines ergänzenden Qualitätshandbuches in Niedersachsen sein.

Schlussfolgerungen

Die aktive inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Begriff Bezugspflegesystem ist ein wichtiger Schritt für die stetige Weiterentwicklung pflegerelevanter Inhalte innerhalb der Integrierten Versorgung auf einem hohen wissenschaftlichen sowie einheitlich qualitätsgesichertem Niveau.

Literatur

1. *Needham I.; Abderhalden C. (2000) Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz Ergebnisse einer Delphi-Studie Online im Internet: „URL: http://www.needham-abderhalden.ch/Delph_Bezugspflege_Vollstandige_Fassung_1999.pdf .*
2. *AOK (2011) Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst.*

61. Der Patient als Experte - Medikamentenschulung zum selbstverantwortlichen Umgang mit Medikamenten

Peter Ullmann, F. Francescutto, A. Holzknacht, M. Zuzaku, B. Achilles, R. Maier, G. Zuaboni

Problemstellung

Medikamente sind, seit über 50 Jahren, die bedeutendste Behandlungsoption in der psychiatrischen Versorgung [1].

Bei dem Eintritt in eine psychiatrische Klinik werden den meisten Betroffenen die Medikamente abgenommen und erst nach Austritt wieder ausgehändigt. Innerhalb des Aufenthaltes werden diese vom Behandlungsteam bereitgestellt. Dementsprechend obliegt der eigenverantwortliche Umgang damit nicht den Patientinnen und Patienten, sondern dem Behandlungsteam. Für Murray [2] ist dieser Prozess ein Ausdruck des vorherrschenden medizinischen Modells, worin u.a. die Behandelnden primär als Experten und die Patienten und Patientinnen als Empfänger der Dienstleistungen auftreten. Sich mit den Medikamenten selbst auseinander zusetzen, ist unseren Erachtens dadurch kaum oder nur im eingeschränkten Mass möglich.

Ziele

Das vorliegende Konzept der Medikamentenschulung dient dazu die Patienten zu Befähigen selbstständig mit ihren Medikamenten umzugehen. Im Verlauf der Schulung werden Angebote gemacht, die darauf abzielen das Wissen über die Zusammenhänge von Alltag, Krankheit und Medikament zu verifizieren und zu erweitern.

Im Detail werden folgende Ziele verfolgt:

- Stärkung der Selbstständigkeit (Empowerment) des Patienten in Bezug auf das Medikamentenmanagement

- Förderung der Expertise, des Wissenszuwachs in Bezug auf die verordneten Medikamente (Wirkung, Nebenwirkung, Einnahmевorschriften) und der Krankheit, dabei Förderung von Fähigkeiten zur Symptomdeutung
- Unterstützung bei der Kommunikation und Interaktion mit professionellen Akteuren / Förderung der Adherence und Reduktion von Adhärenzstress
- Erhöhung der Lebensqualität

Vorgehen

Das Konzept Medikamentenschulung wurde für die offenen psychiatrischen Aufnahmestationen B2-1 und D3 des Sanatorium Kilchberg erstellt. Die Durchführung der Medikamentenschulung erfolgt in einem dreistufigen Programm. Ausserdem werden 2 Assessment (Fremdassessment / Patientenassessment) erhoben.

Das Programm beginnt mit der Stufe 1, die Beratungsphase. In dieser Stufe werden vom Oberarzt oder dem Assistenzarzt die einzelnen Medikamente vorgestellt. Des Weiteren erfolgt ein Vergleich zwischen den Arzneimittelvorschriften und der praktischen Umsetzung im Alltag des Betroffenen. Die Beratung dauert zwischen einer und zwei Stunden.

In der Stufe II wird bereits die Verantwortung geteilt. Die Bezugsperson evaluiert das vorhandene Wissen, falls notwendig werden Angebote für weitere Beratungen gemacht. Gemeinsam mit der Patientin, dem Patient werden die einzelnen Tagesdosen gerichtet. In dieser Phase besteht die Möglichkeit, die einzelnen Tagesdosen selbständig zu verwalten und bei sich im Zimmer aufzubewahren. Diese Phase dauert 2 – 14 Tage.

Die Stufe III, wird als Phase der Selbstverantwortung bezeichnet. Das Wissen wird weiterhin von der Bezugsperson evaluiert und wo notwendig Angebote für weitere Beratungen gemacht. Nun werden für die gesamte Woche die Medikamente gemeinsam gerichtet und entschieden, ob der Patient, die

Patientin die gerichteten Medikamente bei sich im Zimmer aufbewahren kann.

Um die allgemeine Patientensicherheit auf den Stationen zu gewähren, wurden entsprechende Kontrollmassnahmen festgelegt. Über diese Massnahmen werden die Patientinnen und Patienten im Vorfeld der Intervention informiert.

Die Evaluation erfolgt mittels der Verlaufskontrolle der Bezugspersonen und eines Fragebogen, der den Patientinnen und Patienten zu Beginn und zum Abschluss der Intervention abgegeben wird.

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Evaluationsphase läuft bis 30.6.2011. Anhand der Evaluationsergebnissen wird darüber entschieden, ob die Intervention in das bestehende Angebot integriert werden kann.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Häufig wird die Beratung von Medikamenten nicht oder nur oberflächlich durchgeführt. Wir gehen davon aus, dass Schulungsprogramme effektiver sind, die nicht nur die reine Beratung, sondern auch das Training beinhalten. Insbesondere kann mit einer solchen Intervention auch die Selbstverantwortung gefördert werden. Nicht zuletzt soll noch erwähnt werden, dass durch das strukturelle Vorgehen, Zeit mit dem Patienten verbracht wird. Zeit wird vielfach als wichtigster Faktor für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung genannt [3,4].

Literatur

1. Harris, N., Baker, J., & Gray, R. (2009). *Medicines Management in Mental Health Care (Vol. 1)*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
2. Murray, A. (2011). *The implementation of a self-administration of medication programmes within older persons mental health*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 113-121.

3. *Peplau, H. E., Mischo-Kelling, M., & Kelling, G. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel [etc.]: Recom-Verlag.*
4. *Stenhouse, R. C. (2011). 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18, 74-80.*

62. ANP & APN Aspekte in der Akademisierung der professionellen Pflege

Peter Ullmann, Katrin Thissen

Hintergrund

Mit der Einführung der ersten Pflegestudiengänge, erfährt die Pflege einen Wandel in ihrer Profession. Ihr Handeln begrenzt sich fortan nicht mehr auf die Ausführungen von delegierten Aufgaben, sondern hinterfragt es und entwickelt eigene Aufgabenbereiche. Das Modell Advanced Practice Nursing zeichnet den Einsatz von akademisch ausgebildeten Personen auf Masterlevel in der direkten Pflege. Hierbei steht der direkte Patientenkontakt im Zentrum der Aufgaben und Kompetenzen der Advanced Practice Nurse. Die Grundlage ihrer Ausbildung ermöglicht es, komplexe Fallbearbeitung, Beratung und Coaching von Patienten & Pflegenden, die Leitung von Projektgruppen, klinisches Assessment, evidenzbasierter Einsatz von Methoden und Techniken, klinische Forschung (fokussiert auf Aktions- & Evaluationsforschung) und die fachliche Führung.

Die ersten Masterstudiengänge sind bereits in Deutschland etabliert. Mittlerweile sind die Fachhochschulen Jena (M.Sc. Schwerpunkt Advanced Nursing Practice) und Frankfurt (Advanced Practice Nursing) bereits an der Vorbereitung von jenen Abschlüssen, die zukünftige Personen berechtigen, im Spannungsfeld Advanced Practice Nursing zu arbeiten. Die Schweiz bietet hierzu bereits seit einigen Jahren an der Universität Basel einen speziellen Kurs ANP an, welche dazu ausgerichtet ist, *„...die Rollenfindung der Pflegeexpertinnen MNS und PhD zu unterstützen, sie in ihrer fachlichen Entwicklung weiter zu fördern und die diversen Krankheitsmanagementprogramme zu vernetzen...“* [1]. Ebenfalls beschäftigen sich die österreichischen Kolleginnen mit dem Thema ANP. Hierzu führt die Fachhochschule Krems eine entsprechende Ausbildung durch.

Problemstellung

Jedoch verzeichnete man lange Zeit auch eine Bewegung weg vom Patientenkontakt. Grund dafür ist ein fehlendes Modell, welches die Einsatzbereiche von akademisch ausgebildeten Personen in der direkten Pflege benennt. Weitere Gründe liegen in dem Fehlen von Fachstellen, der rechtlichen Grundlage und der dafür speziell akademisch ausgebildeten Personen.

Ziele

Der Verein setzt sich dafür ein, die Vernetzung von APN und ANP vorantreiben, den Erfahrungsaustausch (auch international) zu fördern, dadurch die Pflegeforschung in diesem Bereich zu unterstützen und so einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege leisten. Nicht zu kurz kommen soll dabei allerdings auch die Unterstützung und Förderung einer wirksamen, kompetenten und erweiterten Pflegepraxis direkt mit den Betroffenen und seinen Angehörigen. Zusätzlich wird sich der Verein auch politisch engagieren.

Vorgehen

Aus einer Studentischen Arbeitsgruppe hat sich am 10. April 2008 das Deutsche Netzwerk - Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice an der Fachhochschule Jena gegründet. Bereits im selben Monat konnte dann die neu entwickelte Internetplattform www.dnagn.de eröffnet werden. Im Dezember 2010 wurde das Netzwerk in einen Verein überführt, so dass nun weitere Aktivitäten, wie den 1. APN & ANP Kongress 2011 in Essen auszurichten, möglich waren. Ebenfalls erschien das 1. Positionspapier zu Entwicklungen im Bereich von APN & ANP. Nach 2010 konnte die Gründung der Akademische Fachgesellschaft ANP Mental Health Care erfolgreich durchgeführt werden. Hierdurch ist es möglich, dass die Mitglieder ihre eigene profunde berufliche Expertise einbringen können.

Im ersten Kongress im Mai 2011 werden Begrifflichkeiten und Stellungen in Bezug auf APN & ANP diskutiert. Insbesondere sollen Vorstellungen von

Pflegedirektoren, Pflegewissenschaftlern und Pflegepraktikern in die Diskussion einfließen.

Literatur

1. *Universität Basel. (2011). Advanced Nursing Practice (ANP). Abgerufen am 27. 2 2011 von <http://www.kpw-dcn-uhbs.ch/unsere-programme/praxisentwicklung/advanced-nursing-practice-anp/index.html>*

63. „Home Treatment“ - Ein neues Behandlungsangebot der LWL – Klinik Lengerich

Ulrike Verrieth, Irina Rerich

Hintergrund

Patienten bzw. Klienten, die sich aufgrund verschiedener Merkmale einem Betreuungs- bzw. Behandlungsangebot entziehen, sind in unserem Versorgungsbereich Kreis Steinfurt auf mindestens 10% aller Patienten zu schätzen.

Kennzeichnende Merkmale für diese chronisch psychiatrisch erkrankten Menschen sind: Aggressivität und Impulsivität, mangelnde Anpassungsfähigkeit, häufiger Substanzkonsum und manchmal auch Delinquenz.

Die Kontakte mit unserer Klinik finden meistens im Rahmen von stationären Behandlungen statt, die auf der Grundlage einer Zwangseinweisung per Psych KG beruht. Diese Patienten sorgen für eine enorme Inanspruchnahme von Personalressourcen und sind auch Anlass für Mitarbeiterunzufriedenheit bei den negativen, nicht weiterführenden Behandlungsverläufen. Die Patienten gehen nach dem Krankenhausaufenthalt in ihr gewohntes Umfeld zurück und dekompensieren in Kürze wieder. Um dagegen etwas zu unternehmen, entschied unsere Klinikleitung im letzten Jahr einen neuen Behandlungsweg zu gehen, der durch enge Zusammenarbeit von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern gekennzeichnet ist.

Eine Projektgruppe, die aus Pflegemitarbeitern, Ärzten und Sozialarbeitern bestand, erarbeitete ein Konzept für eine aufsuchende integrierte psychiatrische Behandlung. Seit April 2011 haben wir unser stationäres und ambulantes Behandlungsangebot mit „Home Treatment“ (HT) erweitert.

Unser HT- Team ist darauf spezialisiert, Menschen zwischen 18 und 60 Jahren, die an schizophrener oder schizoaffectiver Psychose erkrankt sind, in ihrem gewohnten Umfeld störungsspezifisch zu behandeln und in ihrem Alltag zu begleiten.

Problemstellung

Im Gegensatz zu unseren bisherigen ambulanten Angeboten, die auf längere Zeit angelegt sind und schwerpunktmäßig auf Stabilisierung, Rehabilitation und Vermeidung von Rehospitalisierung abzielen, verlegt sich HT vorwiegend auf die Akutbehandlung schwer krisenhaft erkrankter Menschen und als Alternative zur klassischen Krankenhausbehandlung.

Ziele

Vorrangiges Ziel von HT ist, Menschen in schweren psychischen Krisen und akuten Phasen psychotischen Erlebens eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten.

Die zugrunde liegende Erkrankung soll geheilt oder gelindert werden, damit der Patient trotz seiner krankheitsbedingten Einschränkungen eine höchst mögliche Lebensqualität erhalten bzw. erlangen kann.

Durch ein funktionierendes Netzwerk sollen stationäre Behandlungstage verkürzt bzw. ganz vermieden werden.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist zunächst eine deutliche Kostenreduktion zu erwarten.

Wir erhoffen uns eine Lebensfeld-orientiertere Behandlung unserer Patienten. Erst wenn wir das reale häusliche Umfeld unserer Patienten kennen, können wir auch besser die dortigen Unterstützungsmöglichkeiten nutzen und nachvollziehen, weshalb sie sich im virtuellen Leben einer Station so verhalten, wie sie es tun.

Vorgehen

Im HT arbeitet ein multiprofessionelles Team, bestehend aus ärztlich-therapeutischem Dienst, Pflegedienst, Sozialdienst und Sekretariat.

Das HT Team arbeitet eng mit bisher behandelnden Ärzten und Therapeuten, Angehörigen bzw. nächsten Bezugspersonen, dem Betreuten Wohnen, anderen sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten, Arbeitgebern und Werkstätten zusammen.

Grundlage des HT ist ein Behandlungsplan, der mit allen Beteiligten gemeinsam erarbeitet wird. Die Behandlungsziele werden patientenorientiert aufeinander abgestimmt.

Das HT Team steht 7 Tage in der Woche in engerer Zusammenarbeit sowohl mit den Mitarbeitern der assoziierten Akutstation der Klinik als auch mit den diensthabenden Ärzten unserer Klinik persönlich oder telefonisch zur Verfügung. Der Patient kann die 24-stündige Rufbereitschaft jederzeit nutzen.

Die Aufgabenverteilung der HT Mitarbeiter ist nach Berufsgruppen aufgeteilt. Der Arbeitsablauf des Tages ist im Tourenplan organisiert.

Intensive Angehörigenarbeit und die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten sind die Schwerpunkte der pflegerischen Leistungen. Der behandelnde Arzt erfasst die psychiatrische Befunderhebung und Diagnostik. Medikamentöse, psychotherapeutische, fachpflegerische und sozialarbeiterische Interventionen und Compliance-fördernde Maßnahmen werden vordergründig von allen Berufsgruppen umgesetzt.

Wenn das psychische Befinden verbessert, bzw. das Erreichen einer ausreichenden Alltagskompetenz des Patienten gelungen ist, erfolgt eine Überleitung in eine ambulante Weiterbehandlung.

Falls in besonderen schweren Krisen doch eine stationäre Aufnahme in unserer Klinik notwendig werden sollte, kann die Behandlung auch im stationären Bereich durch das HT Team erfolgen.

Anhand eines Fallbeispiels stellen wir jetzt unsere Arbeit dar.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Die Behandlung der HT Patienten findet überwiegend in ihrem häuslichen Umfeld statt. Dies erleben die psychisch kranken Menschen häufig als eine Entlastung. Ein hohes Maß an Autonomie und Lebensqualität bleibt ihnen durch die Behandlung im vertrauten Umfeld erhalten.

Das Risiko der Hospitalisierung ist als gering einzuschätzen, da die Krankenhausaufenthalte entweder komplett vermieden oder auf ein Minimum reduziert werden sollten.

Falls ein stationärer Aufenthalt nicht vermieden werden kann, erfolgt die Behandlung auch im stationären Bereich durch das HT Team. Durch die Behandlung „aus einer Hand“, erfolgt ein effektiver Informationsaustausch und eine reibungslose Behandlung findet statt. Die Zeit der Behandlung im stationären Rahmen kann dadurch deutlich reduziert werden. Sollte im Ausnahmefall eine längere Behandlung auf der geschützten Station notwendig sein, besteht eine enge Kooperation zwischen den Behandlungs- und HT Teams.

Die positiven Erfahrungen der HT Patienten mit den psychiatrischen Behandlungen stehen unmittelbar mit einer vertrauensvollen Beziehungsbasis in Verbindung. Nach unseren bisherigen Erfahrungen führen sie zur Abnahme der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Ausbrüchen der Patienten. Somit tragen sie auch zu erhöhter Mitarbeiterzufriedenheit bei.

Durch das HT Angebot findet eine Verabschiedung vom Anstaltsparadigma statt. Der Hilfesuchende kommt nicht mehr zur helfenden Institution, sondern das Behandlungsteam kommt zum Patienten.

Die Hausbesuche durch unser HT Team erfolgen in einer höheren Intensität als in der ambulanten Behandlung. Die Besuchs- bzw. Behandlungstermine können flexibel und individuell auf die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden.

Allerdings ist das HT Projekt noch zu jung, um eine umfassende und auf Fakten basierende Berichtserstattung der Ergebnisse bzw. Erfahrungen zu erlauben.

So gibt es z.B. noch keine strukturierte Datensammlung zur Nutzen- Kostenanalyse und keine Verhandlungen mit den Kostenträgern bzgl. der Kostenübernahme für die HT Behandlung.

Schlussfolgerung

HT – ein neues Behandlungsangebot unserer Klinik – könnte sich als eine sinnvolle Alternative zur traditionellen vollstationären Krankenhausbehandlung erweisen.

Insbesondere die Patienten, deren Behandlungsbedarf weit über das Angebot der ambulanten Behandlung reicht, die aber die stationäre Behandlung meiden, könnten von dem alternativen Leistungsprogramm des HT profitieren.

Aus der gesundheitspolitischen Sicht ist noch abschließend zu erwähnen, dass die Kostensituation für die ambulanten Tätigkeiten in Deutschland eindeutig defizitär ist. Solange diese Tatsache existiert, ist das von der Politik und den Kostenträgern geforderte Prinzip „Ambulant vor Stationär“ nur als nichts bedeutendes Schlagwort zu akzeptieren.

Allerdings sind auch die Leistungsanbieter der Gesundheitsbranche in der Verantwortung zu sehen. Hier sind viele sehr weit von der Implementierung der alternativen Behandlungsmodelle entfernt.

Literatur

1. *Aderhold, V., Alanen, J.O., Hess, G. und Hohn, P. (Hg): Psychotherapie der Psychosen, Integrierte Behandlungsansätze aus Skandinavien, Psychosozial-Verlag 2003.*
2. *Internet: Bezirkskrankenhaus Günzburg, mobiles Krisenteam (Home Treatment), PDF-Datei*
3. *Home treatment: Alternativen zum Krankenhaus, Deutsches Ärzteblatt, Heft 2, Februar 2006*
4. *Krisenintervention und Home treatment in Berlin, Internet: www.krisenpension.de*
5. *Konzeptentwurf der Aufsuchenden integrierten psychiatrischen Behandlung der LWL Klinik Lengerich*

64. Adherence orientierte Behandlung in der Forensik - Möglichkeiten innerhalb "gesicherter" Grenzen?

Frank Voss

Hintergrund und Einleitung

Man könnte den Eindruck gewinnen, angesichts der vielen aktuellen Veröffentlichungen in der Fachpresse, dass der Begriff Adherence zu einem absoluten "IN-Thema" in der Psychiatrie, aber vor allem auch in der psychiatrischen Pflege geworden ist.

Worum geht es eigentlich dabei?

Adherence steht frei übersetzt für das Festhalten, bzw. Befolgen von z. B. Behandlungsempfehlungen. In der Diskussion um die allgemeine Problematik der zuverlässigen Umsetzung von Behandlungsempfehlungen im Rahmen der psychiatrischen Behandlung plädiert eine Reihe von Autoren dafür, den weit verbreiteten Begriff der Compliance durch den Begriff der Adhärenz zu ersetzen.

Compliance wird von den Kritikern, nicht zuletzt aber auch von den Betroffenen, als längst überholter Terminus für eine einseitige Therapieplanung (von den "Profis") angesehen, die in der weiteren Konsequenz möglichst "komplikationslos" von den Betroffenen anzunehmen ist. Und somit auch die Verantwortung für den weiteren Verlauf der Therapie einseitig zu den Betroffenen schiebt. Sowohl in positiver, als auch in negativer Hinsicht.

Das von Gray und Kollegen entwickelte Konzept der Adherencetherapie ist wesentlich weiter gefasst. Hierbei geht es vor allem um die gemeinsame Festsetzung von Behandlungszielen und deren Einhaltung im multiprofessionellen Setting. Im Rahmen strukturierter Behandlungseinheiten ist das zentrale Ziel, den Betroffenen in die Lage zu versetzen eigene Entscheidungen bezüglich seiner Behandlung zu formulieren und entsprechend mit dem Behandlungsteam umzusetzen. Was auch bedeuten kann sich bewusst z. B. gegen eine medikamentöse Behandlung zu entscheiden.

Was grundsätzlich eine wichtige sozialpsychiatrische Entwicklung im Hinblick auf eine aktivere Betroffenenpartizipation und die notwendige Reflexion von institutionellen Machtverhältnissen innerhalb von Betreuungs- und Behandlungsbeziehungen darstellt. Zunächst für den ambulanten Bereich entwickelt, findet es inzwischen eine immer weitere Verbreitung im stationären Behandlungssettings der Allgemeinpsychiatrie.

Ablauf

- 1. Hintergründe zur gesundheitspolitischen Entwicklung
- 2. „Outsourcing“ der Compliance?
- 3. Vorstellung des Adherencekonzeptes
- 4. Transfer in die forensische Psychiatrie / Möglichkeiten und Grenzen

Diskussion

Der Workshop wird im ersten Teil einen Überblick über die grundsätzlichen Ansätze und Inhalte der Adherencetherapie geben und warum gesundheitspolitisch der Begriff Compliance zunehmend durch den Begriff der Adhärenz verdrängt wird (Stichwort "Compliance" und Psychiatrie im Zeitalter von Recovery).

Im zweiten Teil der Frage nachgehen, ob die Adherencetherapie überhaupt eine Möglichkeit für die forensische Psychiatrie sein kann. Sowohl in Bezug auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen, als auch in Bezug auf die Behandlungspraxis in der Forensik. Die vor allem bei Patienten mit schizophrenen Psychosen, eine grundsätzliche "Compliance" in Bezug auf die Behandlung und Medikamenteneinnahme zum Gegenstand hat. Hierbei wird es im Wesentlichen auch um die grundsätzlichen Probleme der psychiatrisch-kriminologischen Prognose von Patienten, und dem direkten Zusammenhang von Lockerungsentscheidungen und der Compliance, bzw. der Adhärenz gehen.

Und auch der Frage nachgehen, wie die aktuellen Erkenntnisse bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen von pharmakologischer Behandlung in der Psychiatrie sich auf die Forensik und den Ansatz der Adherence auswirken.

Abschließend erfolgt eine Diskussion und Reflexion bezüglich der Chancen und Grenzen der Adherencetherapie in der Forensik.

65. Das personen-zentrierte Recovery-Konzept: Eine trialogische Bewertung & Beurteilung aus der Sicht von Studierenden des Diploma of Advanced Studiengangs für Psychiatrie- Erfahrene, Angehörigen & professionell Tätigen

Vera Zihlmann

Abstract

Das personen-zentrierte Recovery-Konzept, der Trialog und der erste Studiengang Experienced-Involvement (Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen) an der Berner Fachhochschule für Gesundheit, stehen im Fokus dieser Masterarbeit. Die Arbeit leistet einen innovativen Beitrag zur Verbreitung und Akzeptanz von Recovery und Experienced-Involvement (EX-IN) in der Sozialen Arbeit und stellt den Professionellen (wie auch medizinisch-psychiatrisch Tätigen) ein Reflexionsinstrument für die eigene Handlungspraxis zur Verfügung.

Ausgehend von einer Recovery-Definition wurde ein strukturierter und moderierter Round-Table mit EX-IN Studierenden, Angehörigen und Professionellen durchgeführt, um aufzudecken, was aus Sicht der Befragten eine Genesung (Recovery) oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen behindert oder erschwert, aber auch, welche Visionen die Befragten haben, dass Recovery künftig erleichtert. Die Struktur (Phasen der Kritik, Vision, Realität) ist angelehnt an die Grossgruppenmethode der Zukunftswerkstatt, welche weiterführend Veränderungen und Verbesserungen in der Handlungspraxis beabsichtigt. Die Ergebnisse, ausgewertet mit der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring, wurden weiterführend mit einem weiteren Studierenden Round-Table und einem Experteninterview kontrastiert. Diese Perspektiventriangulation ermöglichte eine weitere Verdichtungen und Ergänzungen der Kategorien aus dem ersten Round-Table.

Aus dem weiterführenden Vergleich der theoretischen Erkenntnisse mit den empirischen Ergebnissen geht hervor, dass die fehlende Gleichbehandlung, Partizipation und Selbstbestimmung, sowie eine unreflektierte Expertenmacht den Genesungsprozess erschweren können. Professionelle können Kolonialisierungstendenzen mit einer verständigungsorientierten Haltung entgegenwirken, in dem sie die Wünsche, Bedürfnisse und Ziele der Betroffenen in den Vordergrund stellen und nicht das Expertenwissen über richtige und falsche Behandlungen. Die Arbeit zeigt ausserdem auf, dass EX-IN, respektive die Peer-Arbeit in Bezug auf die Überwindung von Stigmatisierung und Diskriminierung, eine Schlüsselfunktion inne hat, welche künftig dazu beitragen kann, die Vision von partizipierenden und selbstbestimmten Betroffenen zu verwirklichen.

Der Link zur Arbeit kann bei der Autorin per Mail erfragt werden.

66. Die Austrittsgruppe – Empowerment und Recovery unter Patienten

Thomas Zimmermann

Das Konzept „Austrittsgruppe“

Ausgangslage – Wie ist die Gruppe entstanden?

Mitte 2008 wurde durch den Besuch einer Erwachsenenbildnerin das Thema Austrittsvorbereitung und Rückfallprophylaxe im Pfltegeteam ausgiebig besprochen und es entwickelte sich die Idee eine Patientengruppe zu diesen Themen zu installieren. Wir erstellten in der Folge ein Konzept dazu und anfangs 2009 wurde die „Austrittsgruppe“ ins Leben gerufen.

Zielsetzung – Vorbeugung von Hospitalismus / Empowerment und Recovery

In dem Patienten Befürchtungen und Ängste bezüglich dem Austritt äussern, entsteht ein reger Erfahrungsaustausch. Oftmals wird besprochen, weshalb es zu einem Wiedereintritt gekommen ist und was hilfreich gewesen wäre um diesen zu verhindern. Durch den Austausch werden Ratschläge von Direktbetroffenen gegeben, welche für viele Patienten in einem hohen Masse ermutigend sein können. Das verbalisieren von Ängsten und Problemen zeigt ihnen auf, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind und wirkt somit stärkend auf die Persönlichkeit. In dem der Fokus sehr früh auf den Austritt gelegt wird, kann die Behandlung in der Klinik optimiert werden und zielorientiert erfolgen. Das frühe thematisieren des Austritts bewirkt, dass viele Patienten sich vermehrt Gedanken über die Zeit nach dem Austritt machen und so besser vorbereitet die Klinik verlassen und im optimalen Fall zu Hause langfristig Stabilität erlangen. Durch die Diskussion werden Schwachstellen wie Rückfälle, Medikamentenabsetzen, soziale Isolation oder alte Verhaltensmuster früher oder später gezielt thematisiert. Das regelmässige Teilnehmen an der Gruppe befähigt Patienten vermehrt Ver-

antwortung für sich selbst zu übernehmen und somit können eigene Ressourcen wiederentdeckt und neu mobilisiert werden.

Zielgruppe – Wer kann teilnehmen?

Die Gruppe wird als sogenannte „offene Gruppe“ geführt. Das bedeutet, dass alle Patienten teilnehmen können, aber nicht müssen. Mit Personen welche nicht fähig sind an einer Gruppe teilzunehmen, akut psychotische Symptome zeigen, starke kognitive Einschränkungen haben oder ungenügende Kenntnisse in der deutschen Sprache mitbringen und sich trotzdem an der Gruppe beteiligen wollen, wird die Sinnhaftigkeit einer Teilnahme kurze Zeit vor Sitzungsbeginn besprochen und bilateral und spontan entschieden.

Inhalt – Ein Einblick von verschiedenen Themen und Abläufen

Im Vordergrund steht der Erfahrungsaustausch zwischen den Patienten, welcher Themen wie Ressourcen, Coping- Strategien, Notfallplan oder die Gestaltung der Freizeit sein kann. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil ist das Ansprechen von Ängsten und Befürchtungen im Bezug auf die Behandlung und den Austritt. Die Individualität der Genesungsverläufe und die damit variierenden Behandlungen bei gleichen Diagnosen werden oft diskutiert. Auch das gegenseitige Motivieren zur Einrichtung einer Tagesstruktur ist ab und zu Thema während den Sitzungen. Zu dem bietet die Austrittsgruppe neuen Patienten die Möglichkeit sich vorzustellen und sich somit schneller in die bestehende Gruppe integrieren zu können und Patienten welche austreten, können gebührend verabschiedet werden.

Durchführung - Rahmenbedingungen

Die Begleitung der Gruppe ist allen Mitgliedern des Pflereteams, sowie Schülern und Praktikanten möglich. Die Sitzungen werden von jeweils zwei Pfllegenden besucht, von denen mindestens einer diplomiert sein muss. Zudem besucht eine Ex- In- Mitarbeiterin jede dritte bis vierte Sitzung, dies zusätzlich zur beschriebenen Begleitung. Die Verantwortung zur Organisati-

on, Durchführung und Gewährung der Durchführung liegt bei drei diplomierten Pflegefachkräften. Die Pflege versteht sich als Moderation und nicht als Leitung. Die Austrittsgruppe ist nicht eine Konsumgruppe, sie ist viel mehr wie eine betreute Selbsthilfegruppe zu verstehen. Als festen Bestandteil des Wochenprogramms wird auf eine kontinuierliche Durchführung geachtet und wertgelegt. Eine Sitzung dauert zwischen mindestens 30 Minuten und normalerweise 60 Minuten und findet immer am gleichen Wochentag, immer zur gleichen Uhrzeit und stets am gleichen Ort statt. Die Teilnehmerzahl ist in unserem Setting nur durch die Grösse des Raumes begrenzt, die grösste Gruppe hatte 14 Teilnehmer, die kleinste Zwei. Es besteht eine Dokumentation, in der nach jeder Sitzung ein minimaler Eintrag erstellt wird, mit der Aufzählung der angesprochenen Themen, allenfalls einem Thema für die nächste Sitzung, der Zahl der Teilnehmenden, dem Datum und dem Visum der Hauptverantwortlichen Begleitung.

Evaluation – Wie war die Sitzung?

Unmittelbar nach jeder Gruppe wird die Sitzung durch die Begleitenden reflektiert und evaluiert. Es wird angesprochen, wie das subjektive Empfinden zur Dynamik, Stimmung und Produktivität ist, was als störend und was als förderlich gesehen wurde. Zudem gibt man sich gegenseitig Feedbacks, damit die Gruppe stetig optimiert werden kann. Zudem wird der Sinn der Durchführung der Austrittsgruppe sporadisch an Teamsitzungen thematisiert, um frühzeitig auf allfällige Probleme reagieren zu können.

Die Diskrepanz zwischen leiten und moderieren

Gerade in Gruppen mit zurückhaltenden und schweigsameren Teilnehmern kommt es häufig vor, dass unangenehme Leerzeiten entstehen, welche sich nur schwer auflösen lassen. Um diese Momente des Schweigens zu verhindern werden häufig Inputs von der pflegerischen Begleitung gegeben, welche die Gruppendynamik stark (negativ oder positiv) beeinflussen können. Problematisch daran ist, dass die Aufmerksamkeit und Teilnahme an der Diskussion besser und nachhaltiger ist, wenn die Inputs von den Patienten

selbst kommen. Die Schwierigkeit beim Begleiten der Austrittsgruppe liegt daran, die beschriebenen Leerzeiten auszuhalten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass in den meisten Fällen das Schweigen von den Patienten genutzt wird um Gesagtes zu reflektieren oder bereits Gedanken weiterzuführen. In der Regel kommt nach einiger Zeit, dies kann zum Teil mehr als eine Minute sein, ein Input, welcher durchdacht und wertvoll ist. Nach einer solchen Pause ist der Austausch oft dynamischer und offener als zuvor. Wird das Schweigen zu lange, das heisst eine der beiden Begleitungen erträgt es nicht mehr, so sollte durch direktes Ansprechen von Teilnehmern versucht werden die Diskussion wieder ins Rollen zu bringen, ohne die Thematik zu beeinflussen. Dies kann zum Beispiel dadurch erreicht werden, in dem man das zuletzt Gesagte zitiert und einen oder mehrere Teilnehmer direkt dazu befragt. Als hilfreich hat sich auch erwiesen, wenn man den Teilnehmern in solchen Situationen einen Moment lang in die Augen sieht, dies scheint viele Personen das Gefühl zu geben, dass etwas von ihnen verlangt wird. Wird, um Leerzeiten aufzuheben, ein neues Thema von der Begleitung in den Raum gestellt, so kann es sein, dass die Diskussion dynamisch weitergeht, aber bei weitem nicht mehr so offen gesprochen wird, wie zuvor. Es macht den Eindruck, als würden sich Patienten besser identifizieren können, wenn es ein Austausch unter Betroffenen ist und bleibt. Manchmal gibt es nach solchen Inputs sogar einen kurzen Moment der Stille und danach wird das vorherige Thema weiterbesprochen.

In wie weit kann die Austrittsgruppe zu einer optimaleren Genesung und einer kleineren Rückfallquote beitragen?

Durch das frühzeitige thematisieren des Austritts können die Patienten ihren Blick, bereits während der Behandlung, auf die Zeit nach dem Austritt richten. Durch den Austausch von Erfahrungen mit anderen Direktbetroffenen, wird die Wichtigkeit den Austritt gut zu planen unterstrichen. Die Notwendigkeit einer Tagesstruktur, eines Notfallplanes oder eines nachbehandelnden Therapeuten erhält viel mehr Gewicht, wenn man hört, wie andere gescheitert sind, weil ebendiese gefehlt haben. Der Austausch ermöglicht

den Patienten auch einen gewissen Vergleich untereinander, der dazu führen kann, dass das Gefühl aufkommt, mit seinen Problemen nicht alleine zu sein. So kann eine Erfahrung eines Patienten einem anderen andeuten, dass es ihm vielleicht doch nicht so schlecht geht. Die Schilderung eines positiven Verlaufes kann zum Nacheifern animieren und dadurch die Genesung positiv beeinflussen.

67. Der Weg zu Recovery – Schulungsmaterial zum Vermitteln des Recovery Ansatzes

Gianfranco Zuaboni

Ausgangslage

In zahlreichen angelsächsischen Ländern ist die „Recovery Orientierung“ bereits fester Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Seit einigen Jahren findet dieser Ansatz auch im deutschsprachigen Raum zunehmend Beachtung.

Die Einführung des Recovery Ansatzes in die psychiatrische Versorgung bedingt jedoch einen Paradigma – Wechsel. Der Abschied eines vom Paternalismus geprägten medizinischen Modells, hin zu einem personenzentrierten Ansatz, vollzieht sich nicht ohne Schwierigkeiten. Dabei werden Werte und Ansichten, die über Jahre gewachsen sind und ihre Berechtigung hatten, grundsätzlich in Frage gestellt.

Um diesen Wandel, der sich nicht zuletzt in der persönlichen Einstellung und Haltung vollziehen wird, unterstützen zu können, sind u.a. auch Schulungsunterlagen notwendig. Die bereits verfügbaren Unterlagen sind vorwiegend in englischer Sprache verfasst.

Mit den „Realising Recovery Learning Materials“ des National Health Service (NHS) Scotland [1], existieren sehr geeignete Lernunterlagen. Kostenlos können diese auf der Homepage der NHS Scotland heruntergeladen werden. Die modular aufgebauten Schulungsunterlagen können von Einzelpersonen oder auch von Gruppen bearbeitet werden.

Mitte 2010 ist die Idee entstanden, diese Unterlagen ins deutsche zu übersetzen. Zu diesem Zweck haben wir eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich dieser Aufgaben angenommen hat. Diese Gruppe setzt sich zusammen aus einer Betroffenenvertreterin, einer Sozialarbeiterin und vier Pflegefachpersonen, die aus Deutschland und der Schweiz stammen.

Zielsetzung

Die übersetzten und überarbeiteten Schulungsunterlagen werden wir kostenlos allen Interessenten zur Verfügung stellen. Auf deren Basis können Schulungen geplant und durchgeführt werden.

Vorgehen

Von der NHS Scotland erhielten wir die Genehmigung, ihre Schulungsunterlagen verwenden zu dürfen.

Um die Finanzierung des Vorhabens sicherzustellen wurden verschiedene Kliniken und Gremien angefragt: Die Klinik Bethel, Bielefeld, die Klinik St. Priminsberg, Pfäfers, das Sanatorium Kilchberg, die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern, die Psychiatrische Dienste Thurgau und das LWL Klinikum Gütersloh haben ihre finanzielle Unterstützung bereits zu gesagt.

Nach der Übersetzung ins Deutsche werden die einzelnen Module durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe überarbeitet, und dabei den hiesigen kulturellen Gegebenheiten angepasst.

Die fertige Publikation wird danach zur Nutzung an interessierte Personen und Institutionen freigegeben werden. Sie wird im Internet, auf verschiedenen Homepages, zum Herunterladen bereitstehen.

Aktueller Stand

Mit der Übersetzungsarbeit wurde bereits begonnen. Die einzelnen Module werden fortlaufend überarbeitet. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, im Herbst 2011 die Schulungsunterlagen veröffentlichen zu können.

Am Dreiländerkongress 2011 können wir die einzelnen Module der Schulung präsentieren und hoffen das Datum der Veröffentlichung bekannt geben zu können.

Literatur

1. *NHS Scotland. Realising Recovery Learning Materials. In. Edinburgh: NHS Education for Scotland; 2007.*

Posterpräsentationen

68. Qualitätskriterien in der Angehörigenarbeit: Empfehlungen des Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie

Evelyne Ammann

Einleitung

Der Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) bezweckt die Professionalisierung und Vernetzung von Fachleuten, die in psychiatrischen Institutionen in der Angehörigenarbeit tätig sind. Angehörige sind Menschen, die in enger Beziehung zur erkrankten Person stehen. Dabei ist es uns ein Anliegen, dass auch minderjährige Kinder als Angehörigengruppe wahrgenommen werden.

Zwei unserer vielfältigen Vereinsaufgaben sind die:

- Formulierung von erfahrungsbasierten Empfehlungen für qualitativ gute Angehörigenarbeit, welche interessierten Fachleuten zugänglich gemacht werden.
- Erhöhung des Stellenwertes der Angehörigenarbeit in der psychiatrischen
- Versorgung/Behandlung sowie Förderung des Wissens und der Vernetzung unter Fachpersonen.

An der Fachtagung 2008 des NAP wurde in mehreren Arbeitsgruppen die Grundlage geschaffen für Empfehlungen zu einem Qualitätsstandard zur Angehörigenarbeit in der Psychiatrischen Versorgung. In einem weiteren Schritt wurden diese Grundlagen in einem Vernehmlassungsprozess durch die Mitgliederinstitutionen, Patienten- und Angehörigenvereinigungen wie auch den Berufsverbänden geprüft.

Headlines zu den 15 Qualitätskriterien

- Die Angehörigenarbeit ist ein integrierter Bestandteil der Strategie sowie des Leitbildes der Institution

- Es besteht ein Konzept für die Angehörigenarbeit
- Das Konzept der Angehörigenarbeit wird umgesetzt
- Die Angehörigenarbeit wird regelmässig überprüft
- Die Mitarbeitenden sind im Umgang mit Angehörigen geschult
- Die Zuständigkeiten, Kompetenzen und Prozesse für die Angehörigenarbeit sind geregelt und bekannt
- Eine empathische, wertschätzende Grundhaltung Angehörigen gegenüber ist Bestandteil der professionellen Haltung
- Der Umgang mit der Schweigepflicht ist geregelt und umgesetzt
- Der Einbezug der Angehörigen von Eintritt bis und mit Austritt ist ein Bestandteil des Behandlungsprozesses
- Es besteht eine klare Informationspolitik
- Es besteht umfangreiches schriftliches Informationsmaterial für Angehörige
- Angehörige werden mündlich umfassend und zeitnah informiert
- Die Angehörigen fühlen sich entlastet
- Die Angehörigen sind zufrieden
- Die Patientinnen und Patienten sind zufrieden

Ausblick

Sehr erfreulich ist, dass viele Institutionen die eigene Grundhaltung gegenüber der Angehörigenarbeit in diesen Empfehlungen wieder finden und das Dokument als Grundlage für ein Konzept nutzen wollen. Die Konkretisierung für den eigenen Betrieb dieser 15 Qualitätspunkte liegt in den Händen der Institutionen. Je nach Behandlungsauftrag, Organisationsstruktur oder Strategie des Betriebes werden die Empfehlungskriterien sicher unterschiedlich ausgelegt und mit Inhalten gefüllt. Das vorliegende Dokument beschreibt die Auslegung des NAP in Bezug auf professionelle Angehörigenarbeit und hat empfehlenden Charakter. Gerne stellen wir den Institutionen diese Qualitätsempfehlungen zur Verfügung.

69. Alles unter einem Dach - Das Suchttherapiezentrum Ulm (STZ.Ulm)

Ulrich von dem Berge

Das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg betreibt im Geschäftsfeld Sucht ein Komplexangebot für Abhängigkeitskranke am Standort Ulm in der Wilhelmstraße 22. Die Einrichtung umfasst die Bausteine Tagesklinik, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Ambulante Ergo- und Kunsttherapie und Medizinisches Versorgungszentrum (Facharztpraxis).

Durch enge Kooperationen mit der von der Zieglerschen betriebenen Tagesrehabilitation für Suchtkranke und der örtlichen Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke (PSB) wird das Angebot ergänzt und so ein Suchttherapiezentrum gebildet. Das Suchttherapiezentrum verfolgt das Ziel, einen abgestimmten und kontinuierlichen Behandlungsprozess durch Vernetzung vorhandener Behandlungsangebote zu schaffen. Damit wollen wir erreichen:

- Eine verbesserte Patienten- /Kundenorientierung durch die Einrichtung eines wohnortnahen und vernetzten Versorgungsangebots
- Eine Verbesserung der Leistungsqualität durch schnelle und effektive Kommunikation

Das Suchttherapiezentrum Ulm bietet die ganze Vielfalt professioneller Angebote an einem Ort.

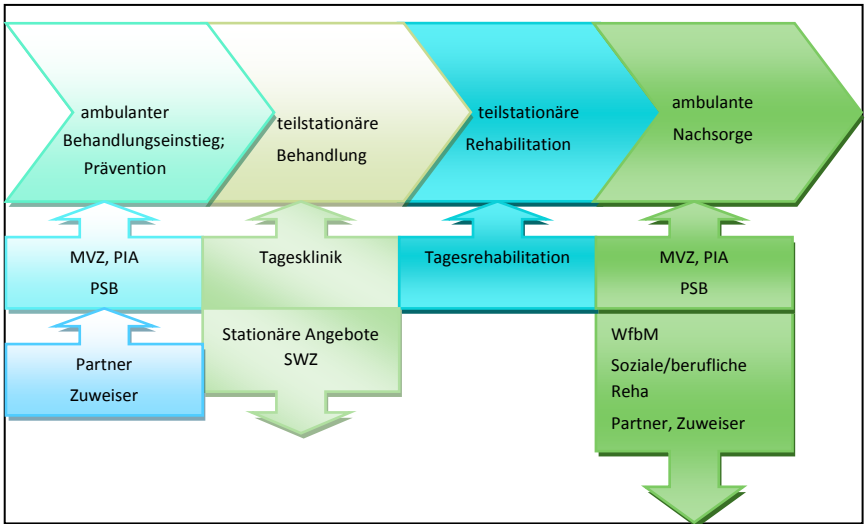
Das Gebäude Wilhelmstraße 22 befindet sich in zentraler Lage von Ulm, etwa 10 Minuten zu Fuß vom Ulmer Hauptbahnhof entfernt.

Wir bieten unter einem Dach für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen und ihren Angehörigen Information, Beratung, psychosoziale Begleitung, psychiatrische und allgemeinmedizinische Behandlung, ambulante und tagesklinische Akutbehandlung, Therapie, Nachsorge, Schulungen und Prävention.

Wir können vom „Ulmer Modell“ sprechen, denn eine solche Vernetzung von suchttherapeutischen Angeboten sucht in der Tat bundesweit Ihresgleichen.

Die Patienten profitieren durch:

- maßgeschneiderte Hilfsangebote unter einem Dach
- Gewährleistung von Beziehungskontinuität
- kurze, überschaubare Wege
- klare Orientierung
- optimale Zusammenarbeit aller Berufsgruppen



70. Psychoedukation: Wirksamkeit von psychoedukativen Programmen bei einer Schizophrenie oder bipolar affektiven Störung

Barbara Frey

Einleitung

Die Ursachen für psychische Krankheiten sind multifaktorell und ebenso vielfältig sind die Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene. Therapien werden in verschiedenen Settings durchgeführt und finden in der Regel in multi-professionellen Teams statt. Eine der möglichen Therapieformen ist die Psychoedukation, mit welcher PatientInnen- bzw. Angehörigengruppen dazu angeleitet werden, ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern[1].

Unter Psychoedukation versteht man in der Regel psychoedukative Gruppen, welche systematisch nach einem Manual durchgeführt werden. Diese Programme wurden für ein spezifisches Setting und/oder ein psychisches Krankheitsbild entwickelt.

Fragestellung

Welche psychoedukativen Programme sind wirkungsvoll bei erwachsenen PatientInnen mit einer schizophrenen Erkrankung oder bipolaren affektiven Störung [2]?

Methode

Mit einer Literaturrecherche wurden in den Datenbanken Public Medline (PubMed) Studien zur Psychoedukation mit den Suchbegriffen "psychoeducation" und „schizophrenia“, „bipolar disorder“, „weight gain“ sowie „integrated psychological therapy“ und „schizophrenia“ gesucht. Dabei wurden alle experimentellen Studien zu erwachsenen PatientInnen in englischer und deutscher Sprache aus den Jahren 2003 bzw. 1998 bis 2008

berücksichtigt. Ausgeschlossen waren Untersuchungen aus dem asiatischen und afrikanischen Raum.

Ergebnisse

Elf experimentelle Studien (sieben RCT's und vier Quasi-Experimente) zur Psychoedukation konnten zur weiteren Analyse eingeschlossen werden. Diese elf Untersuchungen wurden allesamt in Industrieländern durchgeführt, insgesamt vier Studien davon prüften deutschsprachige psychoedukative Programme.

In allen einbezogenen Untersuchungen zur Psychoedukation von PatientInnen und/oder deren Angehörigen konnten signifikante Zustandsverbesserungen der PatientInnen mit einer schizophrenen Erkrankung oder bipolaren affektiven Störung festgestellt werden. Entsprechend den Fragestellungen der Forschung und den untersuchten Parametern fanden sich positive Wirkungen in den Bereichen der

- Psychopathologie
- Anzahl Rückfälle
- Compliance
- sozialen Fertigkeiten

Ebenfalls statistisch signifikante Werte konnten in den Untersuchungen zur Wirksamkeit von psychoedukativen Programmen beim Gewichtsmanagement bei der Behandlung mit Neuroleptika nachgewiesen werden. Die Teilnehmenden der beiden untersuchten Programme erlebten markant tiefere Gewichtszunahmen bzw. deutliche Gewichtsreduktionen.

Diskussion

Diese eindrücklichen Ergebnisse lassen auf die Relevanz der Psychoedukation für die psychiatrische Behandlung schliessen. Zumal sich die elf Studien auf einem hohen Evidenzlevel bewegen und grundsätzlich von guter methodischer Qualität sind. Damit sind sie in ihrer Aussagekraft bedeutsam für die Übertragung in die Praxis.

Als Einschränkung müssen die zum Teil geringen Stichprobengrößen angesehen werden (n=33 bis n=335). Sieben Studien weisen eine Stichprobe von weniger als 100 PatientInnen aus. Die Ausfallrate beträgt in allen Studien durchschnittlich 25.3 % und reicht bis zu 51 %.

Schlussfolgerungen

Wirksamkeit

Die nachgewiesene Wirksamkeit der Psychoedukation – trotz Einschränkungen in den Untersuchungen – lässt die Folgerung zu, dass systematische, psychoedukative Therapien bei schizophrenen und bipolaren PatientInnen als Behandlungsmöglichkeit angeboten werden sollten. Der Handlungsbedarf in den psychiatrischen Institutionen ist gross und in Anbetracht der veränderten Rahmenbedingungen nötig.

Setting

Insgesamt erscheint es sinnvoll, die Psychoedukation vernetzt in stationären und ambulanten Settings anzubieten. Die durchgeführten Untersuchungen fanden in unterschiedlichen Settings statt. Zum Teil wurden die psychoedukativen Programme stationär angeboten oder stationär begonnen und danach ambulant weitergeführt. Aber einige wurden auch ambulant bzw. mit den Angehörigen durchgeführt.

Multiprofessionalität

Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich in der Mehrzahl der Untersuchungen bei den Therapeuten um Psychiater oder klinische Psychologen mit einem Bachelor als Mindestabschluss handelte. Nur in zwei Studien wurden explizit Pflegefachpersonen als Behandelnde eingesetzt. Dies bedeutet eine Einschränkung für die Übertragbarkeit der Ergebnisse in die pflegerische Praxis.

Da die Psychoedukation als therapeutische Aufgabe in den Kompetenzbereich der psychiatrischen Pflege gehört [3] oder diese multidisziplinär ange-

boten werden kann, sollte dieses Behandlungsangebot vermehrt in den psychiatrischen Institutionen angeboten werden. Allenfalls müssen die Kompetenzen der Pflegenden durch Weiterbildung gestärkt werden.

Literatur

1. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). (2004). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber.
2. Frey, Barbara (2009). *Psychoedukation. Welche psychoedukativen Programme sind wirkungsvoll bei erwachsenen PatientInnen mit einer schizophrenen Erkrankung oder bipolaren affektiven Störung? Diplomarbeit Pflegeexpertin Höfa II WE'G, Aarau.*
3. Trapp, W., Hasmann, A. & Günther, W. (2008). *Psychoedukation als pflegerische Aufgabe. Psychiatrische Pflege Heute, 14, p. 9-16.*

71. Tagesklinik der Station für Suizidprävention am Universitätsklinikum Christian-Doppler-Klinik Salzburg

Sabine Lettner, Sylvia Erber, Manuel Huttegger

Hintergrund

Die Station für Suizidprävention ist Teil der Salzburger Landeskliniken. Die Salzburger Landeskliniken bestehen aus dem Landeskrankenhaus Salzburg, der Christian Doppler Klinik und der Landesklinik St. Veit. Die Suizidprävention befindet sich in der Christian-Doppler-Klinik in der Abteilung Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I. Die Station umfasst zwölf Betten und zehn Tagesklinikplätze. Durch den Umzug in ein anderes Gebäude und den damit verbundenen räumlichen Veränderungen wurde die Station umstrukturiert. Dies führte dazu, dass die Betreuungsspektren der Station und der Tagesklinik erweitert wurden. Speziell in der Tagesklinik veränderte sich das Pflegeangebot, da dort jetzt verstärkt pflegetherapeutische Gruppen geführt werden.

Therapeutische Inhalte

Ein tagesklinischer Aufenthalt bietet für die PatientInnen eine Entlastung in Krisensituationen, Unterstützung bei tiefgreifenden Veränderungen im Alltagsleben (Verlusterlebnisse, Einstiege in neue Lebensabschnitte), eine ganzheitliche Betreuung durch ein multiprofessionelles Team und Verknüpfung von professioneller Hilfe und dem Alltag. Inhalte der therapeutischen Arbeit können im Alltag erprobt und überprüft werden. Weiters stellt das Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (Bus fahren, soziale Kontakte knüpfen, Selbstständigkeit, Haushaltsführung) einen Schwerpunkt dar und die Tagesklinik ist eine Alternative zum vollstationären Aufenthalt. Unter der Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams der Station entstand ein Betreuungskonzept mit einem, für den Patienten, ausgewogenen Tagesablauf. Der Tag wird am Morgen mit einer Befindlichkeitsrunde, geführt von der Pflege, begonnen. Nach der Visite finden die mit dem Patienten/der

Patientin persönlich vereinbarten Termine statt. Zu den möglichen Therapien gehören Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie (Einzel- und/oder Gruppenangebote), Bewegungsanalytische Therapie (Einzel- und/oder Gruppenangebote), Gesprächstherapie und Bezugspflegetermine. Viermal pro Woche finden auf der Station themenzentrierte Gruppen statt, die von den verschiedenen Berufsgruppen geführt werden. Die Themen umfassen u. a. Gesunder Schlaf, Ernährungsberatung, Entspannungsübungen, Vorstellung des Behandlungsteams, Medikamentengruppe etc. Der Tag in der Tagesklinik wird mit einer Befindlichkeitsrunde abgeschlossen.

Ziel

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sollen die Tagesklinik und die therapeutischen Inhalte mit einem Plakat vorgestellt werden.

Vorgehen

Die Präsentation des Plakates erfolgt am Tag der offenen Tür auf der Station sowie bei der Teilnahme an der Pflegestraße in einem großen Einkaufszentrum. So soll ein breites Publikum erreicht werden. Die Pflegestraße ist eine jährlich stattfindende Veranstaltung bei der verschiedenste Bereiche der Pflege ihre Tätigkeitsfelder darstellen.

Bei der Pflegestraße 2010 konnten wir viele Menschen erreichen. Mittels des Plakates und der Folder soll das Angebot der therapeutischen Tagesklinik des Sonderauftrages für Suizidprävention in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden, um somit Personen zu erreichen, die psychiatrische Unterstützung benötigen und dies im Rahmen eines tagesklinischen Aufenthaltes besser in ihr Leben integrieren können. Ein weiteres Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist der Stigmatisierung in der Psychiatrie entgegenzuwirken.

72. Pflegeentwicklung praxisnah

Peter Wolfensberger, Wilfried Aust, Michael Bialas, Brigitte Bourke-Gerber, Ursula Bregenzer, Lisbeth Gabriel-Andersen, Helene Lanthemann, Jana Prassek

Ausgangslage

Die Fusionierung von zwei Institutionen zur Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) – Zürcher Unterland – stellt ein weiterer Meilenstein in der integrierten psychiatrischen Versorgung des nördlichen Kantonteils Zürich dar. Der integrierte Ansatz verlangt von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen erweiterte Kompetenzen, sowie den Einsatz von neuen Behandlungsmodellen und aktuellem Fachwissen. Zudem nimmt die Spezialisierung in der Psychiatrie stetig zu und die Angebote in den Bereichen der Adoleszenten-, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie werden daher fortlaufend modifiziert. Auf diesem Hintergrund ist eine kontinuierliche Fachentwicklung in der Pflege unumgänglich.

Projektdarstellung

In einem ersten Schritt wurde in der ipw ein Pflegefachentwicklungskonzept erarbeitet und interdisziplinär verabschiedet. Das Konzept definiert die Eckwerte der Pflegefachentwicklung und schafft die Voraussetzungen dieser Entwicklungen. Auf jeder Station ist der Einsatz einer Pflegefachverantwortlichen vorgesehen, welche in enger Zusammenarbeit mit der Stationsleitung und einer zuständigen Pflegeexpertin für die Fachentwicklung der Pflege vor Ort verantwortlich ist. Eine fachspezifische Weiterbildung auf Stufe Diploma of Advanced Studies ist eine von mehreren Voraussetzungen für die Funktion der Pflegefachverantwortlichen.

In einem zweiten Schritt wurden Kooperationen mit Fachhochschulen eingegangen, um die wissenschaftliche Begleitung aktueller Entwicklungen zu gewährleisten und als Praxispartner einen aktiven Beitrag an die Berufs- und Fachentwicklung zu leisten.

Resultate

Die Umsetzung des Konzeptes ist noch nicht auf allen Stationen gleich weit fortgeschritten. Wo die Funktion der Pflegefachverantwortlichen auch organisatorisch bereits gut verankert ist, werden Fachschwerpunkte aufgenommen und durch gezielte Projekte gefördert. Die intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegemanagement, Pflegefachverantwortlichen und Pflegeexpertinnen ermöglicht zudem eine optimale Positionierung der Pflege in der interdisziplinären Ausrichtung des Behandlungsangebotes.

In der Kooperation mit Fachhochschulen wurden bisher ein Rahmenvertrag mit der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, angewandte Forschung & Entwicklung unterzeichnet und es konnten gemeinsame Themenfelder skizziert, sowie erste konkrete Projekte in Angriff genommen werden.

Diskussion und Ausblick

Noch ist der Gewinn für die Praxis nicht überall gleich stark ersichtlich und wird daher teilweise kritisch betrachtet. Die Positionierung der Pflegefachverantwortlichen in den einzelnen Teams bedarf klarer Unterstützung durch das Pflegemanagement. Gleichzeitig ist der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, um Fachentwicklungen breit abstützen zu können. Im Rahmen der skizzierten Entwicklungen, vermehrter Skill- und Grademix und knapper werdenden Ressourcen, ist der Ansatz der praxisnahen Pflegefachentwicklung bereits heute nicht mehr wegzudenken. Mittel- bis langfristig ist vorstellbar, dass auf jeder Station eine entsprechend ausgebildete APN (Advanced Practice Nurse) im Einsatz ist, welche auch im interdisziplinären Kontext eine noch wichtigere Funktion ausüben wird. ANP (Advanced Nursing Practice) wird in der Literatur mit den vier Elementen 1) selbstständiges Handeln 2) selbstverantwortliches klinisches Entscheiden 3) organisatorische Fähigkeiten in der Koordination von Gesundheitsdiensten und 4) aktive Teilnahme an Pflegeforschung und Entwicklung der Pflege beschrieben [1]. Pflegefachverantwortliche mit den notwendigen Kompetenzen und Ausbildungen (z.B. mit

einem pflegewissenschaftlichen Studium auf Masterstufe, fachspezifischer Weiterbildung und entsprechender Expertise) könnten inskünftig die Rolle einer APN übernehmen.

Die Kooperation mit Fachhochschulen wird weiter gezielt und entsprechend den fachlichen Schwerpunkten vorangetrieben.

Literatur

1. Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (2004) *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 3rd ed. Elsevier: St. Louis, USA

Autorinnen und Autoren

Christoph Abderhalden, 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

Sonja Aeby, Höfa1, Pflegefachfrau Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Kontakt: sonja.aeby@bluewin.ch

B. Achilles, Dr. med., Oberarzt D3, Sanatorium Kilchberg AG, Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg

* **Evelyne Ammann**, Vizepräsidentin NAP, Pflegefachfrau Psychiatrie HF, Ausbilderin EFZ, Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie alte Landstrasse 70 – 84, 8802 Kilchberg, Telefon: 044 716 43 04, Fax: 044 716 42 14

Kontakt: e.ammann@sanatorium-kilchberg.ch

Wilfried Aust, Pflegefachmann HF mit Zusatzausbildung

* **Sulin Bänziger**, BSc (Nursing), Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern/Schweiz, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60.

Kontakt: sulin.baenziger@stud.unibas.ch

* **Ulrich von dem Berge**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Dipl. Pflegewirt (FH), Abteilung für Suchterkrankungen Bad Schussenried, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg. Kontaktadresse: Pfarrer-Leube-Strasse 29, 88427 Bad Schussenried

Kontakt: ulrich.vdberge@zfp-zentrum.de

* **Markus Berner**, Pflegeexperte HöFa II, Dipl. Psychiatriepfleger, ist Dozent an der Berner Fachhochschule Gesundheit im Bachelor-Studiengang Pflege.

Kontakt: markus.berner@bfh.ch

Michael Bialas, Pflegefachmann HF mit Zusatzausbildung

***Marie Boden**, DBT-Therapeutin für Sozial- und Pflegeberufe, Erzieherin, PN, Dipl. Fotodesignerin, freischaffende Künstlerin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) – Klinik für Psychiatrie

Kontakt: Marie.Boden@evkb.de

Brigitte Bourke-Gerber, Integrierte Psychiatrie Winterthur und Zürcher Unterland (ipw), Bildung, Beratung und Entwicklung (BBE), HöFa II, Pflegeexpertin

Kontakt: brigitte.bourke@ipw.zh.ch

Anke Bramesfeld, Prof. Dr. ist Internationale Tandempartnerin und strategische Leitung des Forschungsprojekts „Vernetzte Versorgung - Grundlagen und Evaluierung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen“ im Rahmen des EU-Großprojektes Innovations-Inkubator der Leuphana Universität, *Lüneburg*

Kontakt: anke.bramesfeld@inkubator.leuphana.de

***Ursula Bregenzer**, Integrierte Psychiatrie Winterthur und Zürcher Unterland (ipw), Bildung, Beratung und Entwicklung (BBE), HöFa II, Pflegeexpertin, Stv. Leiterin BBE

Kontakt: ursula.bregenzer@ipw.zh.ch

Rosmarie Bürki, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), HöFa II, Pflegeexpertin, Wiss. Mitarbeiterin Pflege und Pädagogik

***Gianni Cornelia**, M.ScN (RbP), Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost hat in Ihrer derzeitigen Tätigkeit als Schwerpunkte Pflegeforschung, sowie unter anderem die Entwicklung von Pflegestandards und Pflegeleitlinien. Zu ihrem Aufgabengebiet gehört die Beratung, Information und Schulung Pflegender 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

Sebastian Dorgerloh, Diplom-Pflegewirt (FH), ist Pflegedirektor des Florence-Nightingale Krankenhauses der Kaiserswerther Diakonie.

Kontakt: dorgerloh@kaiserswerther-diakonie.de

***Bärbel Durmann**, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme); Tel. ++49 +4261/77-6451, FAX –6452.

Kontakt: st63a1@diako-online.de

Walter Egger, DPGKP Führungsaufgaben/Bereichsordinator, Bereichsordinator Hall/Schwarz VAGET / Übergangspflege, Schmiedtorgasse 5 / II, A-6060 Hall in Tirol, Tel. +43 / (0)5223 - 54 9 11 - 52

Kontakt: walter.egger@vaget.at

***Urs Ellenberger**, Jahrgang 1967, Psychiatriekrankenpfleger und Höhere Fachperson Pflege ist als Pflegedienstleiter in der Klinik SGM Langenthal tätig. Abschluss der Führungsausbildung mit Zertifikat Leadership SVF, Höherem Wirtschaftsdiplom ifks und Eidgenössischem Fachausweis Führungsfachmann im 2009. Abschluss Diploma of Advanced Studies Psychische Gesundheit; Konzepte und Methoden im Januar 2011. Master of Advanced Studies mental health in Ausbildung an der Fachhochschule Bern. Klinik SGM Langenthal, Weissensteinstrasse 30, 4900 Langenthal, Schweiz, Tel. G: 062 919 22 27

Kontakt: urs.ellenberger@klinik-smg.ch

Sylvia Erber, Mag. (FH), dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, SALK-Christian-Doppler Klinik.

Kontakt: s.erber@salk.at

***Alexandra Fasching**, Dipl. psych. Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bereichsordinatorin, Psychosozialer Pflegedienst Tirol, Bundesstrasse 28, 6111 Volders, Österreich, Telefon: 0650/4601152

Kontakt: alexandra.fasching@psptirol.org

Doris Feldt, DBT-Therapeutin für Sozial- und Pflegeberufe, Sozialarbeiterin, Sozial- und Milieutherapeutin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) – Klinik für Psychiatrie.

Kontakt: Doris.Feldt@evkb.de

***Deborah Fenn**, Dipl. Pflegefachfrau HF mit Schwerpunkt Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

Kontakt: deborah.fenn@gef.be.ch

Udo Finklenburg, VAPP, Silbergasse 2, CH 2502 Biel.

Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch

Susan Fischer, Studentin Master in Nursing Science, Bachelor in Nursing Science,

Kontakt: su.fischer@privatklinik-wyss.ch

F. Francescutto, Stationsleiter D3, Höfa I, Diplom Pflegefachmann, Sanatorium Kilchberg AG, Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg

***Barbara Frey**, Pflegeexpertin Höfa II, dipl. Pflegefachfrau HF Psychiatrie, arbeitet als Pflegeexpertin Höfa II an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: barbara.frey@puk.zh.ch

Lisbeth Gabriel-Andersen, Pflegefachfrau HF mit Zusatzausbildung

***Béatrice Gähler-Schwab**

Kontakt: b.gaehler@just-do-it.ch

***Gertrud Geisler-Devich**, Mag. iur./DGKS, Gesamtkoordinatorin des Vereines VAGET, Schmiedtorgasse 5 / II, A-6060 Hall in Tirol, Tel. +43 / (0)5223 - 54 9 11 - 52

Kontakt: gertrud.geisler-devich@vagat.at

***Michael Geissberger**, Pflegefachmann BScN, arbeitet in der PDAG Klinik Königsfelden auf einer Aufnahmestation mit Schwerpunkt Bipolare Erkrankungen.

Kontakt: michael@geissberger.cc

* **Sibylle Glauser**, Präsidentin NAP, lic. phil. Psychologin, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.

Kontakt: sibylle.glauser@gef.be.ch

***Manuela Grieser**, RN, Diplompflegewirtin, Master of Arts Erwachsenenbildung, Dozentin Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit, Murtenstrasse 10, CH-3008 Bern, Telefon: 0041 31 848 8550. Wissenschaftliche Mitarbeiterin Fachhochschule Fribourg, Hochschule für Gesundheit Freiburg / Haute école de santé Fribourg, Route des Cliniques 15 CH- 1700 Freiburg / Fribourg

Kontakt: manuela.grieser@bfh.ch

***Sabine Hahn**, PhD-Studentin, MNSc, Pflegeexpertin HöFa II, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, ist Leiterin der Angewandten Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege der Berner Fachhochschule. Ihre Forschungsthemen sind Psychosoziale Gesundheit, Patientenedukation und Aggression im Gesundheitswesen sowie Qualitätssicherung und Wirkungsorientierung.

Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch

Ursula Hamann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme); Tel. ++49 +4261/77-6451, FAX –6452.

Kontakt: st63a1@diako-online.de

***Anna Hegedüs**, 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

Markus Heller, Krankenpfleger für Psychiatrie, DBT-Co–Therapeut, DBT–Co–Trainer; Stellvertretender Stationsleiter, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin, Deutschland, Station St. Felicitas (Stations für Abhängigkeitserkrankungen und DBT-S).

***Bruno Hemkendreis**, Ambulante Psychiatrische Pflege, Projektmanagement, LWL-Klinikum, Gütersloh, Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh, Deutschland, Tel. + 49 5241 – 502 2161.

Kontakt: bruno.hemkendreis@wkp-lwl.org

***Claus Herger**, lic. phil. I, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, selbstständiger Psychotherapeut in Praxisgemeinschaft in Bülach. Einzel-, Paar- und Familientherapien, Supervisionstätigkeit in verschiedenen, vor allem psychiatrischen, Institutionen.

Kontakt: ppgherger@bluewin.ch

Rose Herger, Erwachsenenbildnerin, diplomierte Pflegefachfrau Psychiatrie FH. Teamleitung der Tagesstätte wisli, Verein für Sozialpsychiatrie in Bülach. Langjährige Erfahrung im Ausbildungsbereich angehender Pflegefachleute. Verschiedene Leitungsfunktionen in sozialpsychiatrischen Institutionen.

Kontakt: rose.herger@wisli.ch

Andreas Heuer, arbeitet als Dozent für Pflege an der Fachhochschule in Bern und ist sort zuständig für Bildungsangebote zum Thema Psychiatrische Pflege.

Kontakt: Andreas.Heuer@bfh.ch

***Helen Himmelberger**

Kontakt: Helen.Himmelberger@gd-kpdw.sg.ch

***Holger Hoffmann**, PD Dr. med., Abteilungsleiter an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD), Chefarzt der Soteria Bern, Murtenstr. 46, Postfach 52, CH-3000 Bern 10

Kontakt: hoffmann@spk.unibe.ch

Sven Hoffmann, MNSc, Pflegeexperte in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik, CH-Liestal.

Kontakt: sven.hoffmann@kpd.ch

Manuel Huttegger, Mag. (FH), Multimedia Artist

A. Holznecht, Stationsleiter B 2-1, Diplom Pflegefachmann, Sanatorium Kilchberg AG, Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg

***Ina Jarchov-Jadi**, Pflegedirektorin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin

Hans Jerratsch, Leiter Pflege

Kontakt: hans.jerratsch@gd-kpdw.sg.ch

Alfred Karsten, Fachpfleger in der Psychiatrie, Geschäftsführer der Ambulanten psychiatrischen Pflege Hemmoor

Kontakt: info@app-hemmoor.de

Volker Katthöfer, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, Euthyme Therapie, Adherence Therapeut, Stationsleitung Tagesklinik

Kontakt: volker.katthoefer@wkp-lwl.org

***Milena Kienast-Dobрева**, Stationsleiterin Schwerpunkt Affektive Erkrankungen UPD Bern, Dipl. Pflegefachfrau, HöFa1 Schwerpunkt Pflege, BsBA, Cand. MsBA Universität Bern.

Kontakt: milena.kienast-dobрева@gef.be.ch; Milena.kienast@gmx.ch

Christian Koch, Krankenkassenbetriebswirt, ist Business Development Agent des Forschungsprojekts „Vernetzte Versorgung - Grundlagen und Evaluierung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen“ im Rahmen des EU-Großprojektes Innovations-Inkubator der Leuphana Universität, Lüneburg

Kontakt: ckoch@inkubator.leuphana.de

***Tim Konhäuser**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Fachwirt für Organisation und Führung, Leiter Patientenmanagement, GPS Grosch-Patienten-Service.

Kontakt: tim.konhaeuser@grosch-ps.de

*** Kirsten Kopke**, Dr. rer.cur. Dipl.-Pflegerin (FH), Gesundheits- und Krankenpflegerin; ist Koordinatorin und operative Projektleitung im Forschungsprojekt „Vernetzte Versorgung - Grundlagen und Evaluierung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen“ im Rahmen des EU-Großprojektes Innovations-Inkubator der Leuphana Universität, Lüneburg

Kontakt: kirsten.kopke@inkubator.leuphana.de

Bernd Kozel, RN, Diplompfleger FH, Pflegeexperte, exam. Krankenpfleger, Abteilung Forschung/ Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD, Bolligenstrasse 111, CH- 3000 Bern 60

Kontakt: bernd.kozel@gef.be.ch

Stefan Kunz, PhD, Fachdozent - Verantwortlicher Forschungsbereich Performance-Indikatoren, Hochschule für Gesundheit Freiburg / Haute école de santé Fribourg Route des Cliniques 15, CH- 1700 Freiburg / Fribourg

***Thomas Lampert**

Kontakt: thomas.lampert@psych.ch

***Sarah Langenauer**, BScN Vertiefung Management and Public Health, Pflegefachfrau HF (DNII Ausbildung Schwerpunkt Psychiatrie), Pflegecontrollerin bei Helsana Versicherungen AG

Kontakt: sarah.langenauer@hotmail.ch

Helene Lanthemann, Pflegefachfrau HF mit Zusatzausbildung

* **Sabine Lettner**, dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, SALK – Christian-Doppler-Klinik

Kontakt: sa.lettner@salk.at

* **Peter Lehmann**, Dr. phil. h.c., Dipl.-Sozialpädagoge. Autor, Verleger und Versandbuchhändler in Berlin. Bis 2010 Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. 2010 Ehrendoktorwürde in Anerkennung des „außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener“ von der Psychologischen Abteilung der Aristoteles-Universität Thessaloniki. Buchveröffentlichungen u. a.: „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“, „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“ (Hg.), „Statt Psychiatrie 2“ (Hg. mit Peter Stastny). Mehr siehe www.peter-lehmann.de

Kontakt: mail@peter-lehmann.de

***Michael Löhr**, Jahrgang 1974, ist Master of Arts, Diplom Kaufmann (FH) und Fackrankenpfleger für Suchterkrankungen. Er arbeitet als Leitung der Stbasgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh, des weitern begleitet er Lehraufträge an verschiedenen Hochschulen. Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh, Deutschland, Tel. + 49 5241 – 502 2123.

Kontakt: m.loehr@wkp-lwl.org

Ruth Meer Lueth, Hochschule für Gesundheit Freiburg

Lieselotte Mahler, Dr., Oberärztin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin

R. Maier, Dr. med., Oberarzt B 2-1 Sanatorium Kilchberg AG, Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg

***Werner Mayr**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie am Klinikum Heidenheim/Brenz. Stationsleiter auf einer offen geführten allgemeinspsychiatrischen Akutstation in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Arbeitsschwerpunkte: „Offene Tür“, Psychiatrische Pflege im psychosozialen Kontext, Vernetzung der stationären und nachstationären Behandlung.

Kontakt: Werner.Mayr@Kliniken-Heidenheim.de

Johann Meinhof, Diplom-Pflegewirt (FH), Pflegeexperte, examinierter Krankenpfleger, Luzerner Psychiatrie (LUPS)

Kontakt: johann.meinhof@lups.ch

***Christa Mohr**, Dr. rer. medic., Stellv. Institutsleiterin, Dipl. Pflegepädagogin (univ.), Krankenschwester f. Psychiatrie.

Kontakt: christa.mohr@dr-w-mohr.de

Harald Müller, MAS, MSG, Pflegeexperte, Pflegedirektor, Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Alte Landstrasse 70, CH- 8802, Kilchberg, Schweiz, +41 44 716 42 42

Kontakt: h.mueller@sa-ki.ch

***Rüdiger Noelle**, M. A., Diplom-Pflegewirt (FH), Diakon, Pflegerische Abteilungsleitung Gerontopsychiatrie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Gilead III, Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld, Tel.: 0521-772/78701 Fax: /77111.

Kontakt: Ruediger.Noelle@evkb.de

Georg Oppermann, Dr., Pflegedirektor, Bezirkskliniken Schwaben, BKA Augsburg Mack – Str.1, 86156 Augsburg, Deutschland, Tel. + 49 821- 4803-3000

Kontakt: georg.oppermann@bkh-augsburg.de

***Regina Petri**, Bereichsleitung Gerontopsychiatrie, Untere Zahlbacherstrasse 8, 55131 Mainz, Tel.: 06131-176942

Kontakt: petri@psychiatrie.klinik.uni-mainz.de

Bernhard Prankel, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme); Tel. ++49 +4261/77-6451, FAX –6452.

Kontakt: st63a1@diako-online.de

Jana Prassek, Pflegefachfrau HF mit Zusatzausbildung

***Franziska Rabenschlag**, Gesundheits- und Pflegeexpertin FH, MPH, PhD-Studentin. Pflegewissenschaftlerin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: franziska.rabenschlag@puk.zh.ch

***Irina Rerich**, FKS für Psychiatrie, HT-Projektbegleiterin, Pflegemanagementstudierende an der FH-OS, stellvertretende Stationsleitung Stat. 16.2 der LWL-Klinik Lengerich.

Kontakt: irina.rerich@wkp-lwl.org

***Urs Ribi**, stv. Leiter Pflege, St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste – Sektor Nord, Zürcherstrasse 30, CH-9500 Will.

Kontakt: urs.ribi@gd-kpdw.sg.ch

***Dirk Richter**, Prof. Dr. Phil., Krankenpfleger/Pflegefachmann und Soziologe, Dozent angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule.

Kontakt: dirk.richter@bfh.ch

* **Ingo Runte**, Dr. med., Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitender Oberarzt der psychiatrischen Tageskliniken in Herford und BündeKlinikum Herford, Psychiatrische Tagesklinik Bünde Spradower Schweiz 12-14, 32257 Bünde

Kontakt: Ingo.Runte@klinikum-herford.de

Wulf Rössler, Prof. Dr. Dipl.Psych. ist Vorsteher der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, und Leitung des Forschungsprojekts „Vernetzte Versorgung - Grundlagen und Evaluierung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen“ im Rahmen des EU-Grossprojektes Innovations-Inkubator der Leuphana Universität, Lüneburg

Kontakt: roessler@dgsp.uzh.ch

***Annina Sahli**, BSc (Nursing), Universitäre Psychiatrische Dienste Bern/Schweiz, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60.

Kontakt: annina.sahli@gef.be.ch

Roland van de Sande, ist Sekretär von HORATIO und arbeitet an der Hoogeschool in Utrecht.

Kontakf: roland.vandesande@hu.nl

***Anke Saß**, Krankenschwester, Dipl.-Pflegerwirt –Studentin, Pflegedienstleitung in der Medizinische Hochschule Hannover

Kontakt: anke.sass@mh-hannover.de

Alexandra Schäfer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme); Tel. ++49 +4261/77-6451, FAX –6452.

Kontakt: st63a1@diako-online.de

Wolfgang Scharf, Diplom-Pflegerwirt (FH), ist Pflegedienstleiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Lungenklinik des Florence-Nightingale-Krankenhauses der Kaiserswerther Diakonie.

Kontakt: scharf@kaiserswerther-diakonie.de

***Edith Scherer**, Pflegefachfrau Psychiatrie HF, Erwachsenenbildnerin HF Leitung Angehörigenberatung, Kantonale Psychiatrische Dienste – Sektor Nord, Will, Vorstand NAP, Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie, Kantonale Psychiatrische Dienste – Sektor Nord, Zürcherstrasse 30, 9500 Will, Tel.:071 913 12 98.

Kontakt: edith.scherer@gd-kpdw.sg.ch

***Uwe B. Schirmer**, Dr. biol. hum., Diplom Pflegepädagoge. In den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten vertritt er die Arbeitsgruppe Pflegeforschung des Geschäftsbereiches Forschung und Lehre im Bereich Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind die Adhärenzforschung sowie die Fortbildung. ZfP Südwürttemberg, akademie südwest, Bildungseinrichtung des ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Str. 29, 88427 Bad Schussenried, Tel. 07583/33-1040 Fax 07583 / 33-1045.

Kontakt: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de

***Arndt Schlubach**, B.A. Pflegemanagement - Student, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, QMB ärztl. /interdisziplinäres QMt(SAMA), Stationsleitung, G2 - Klinik für Gerontopsychiatrie, Projektmanagement

Kontakt: arndt.schlubach@wkp-lwl.org

***Holger Schmitte**, Pflegewissenschaftler M.Sc., Diplom-Pflegewirt (FH) und Fachkrankenpfleger für psychiatrische Pflege, ist Klinischer Pflegeexperte (ANP) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Florence-Nightingale-Krankenhauses der Kaiserwerther Diakonie.

Kontakt: schmitte@kaiserswerther-diakonie.de

Wilfried Schnepf, Prof.

Kontakt: wilfried.schnepf@uni-wh.de

***Sybille Schnyder**, Spital STS AG Thun, Psychiatrische Dienste Thun (PDT), CAS Psychische Gesundheit, Höfa1, Leitung Pflege Tagesklinik.

Kontakt: sybille.schnyder@spitalstsag.ch

* Susanne Schoppmann, Dr.

Kontakt: susanne.schoppmann@uni-wh.de

***Michael Schulz**, Prof. Dr. ist Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Zudem ist er Mitorganisator des Dreiländerkongresses und Herausgeber der Fachzeitschrift „Psychiatrische Pflege heute“.

Kontakt: Michael.Schul@fhdd.de

***Thomas Schwarze**, MNS, BfS, dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, arbeitet an der Berner Fachhochschule im Bereich der Angewandten Forschung und Entwicklung / Dienstleistung Pflege als wissenschaftlicher Mitarbeiter. Seine Forschungsthemen sind Suchtkrankenpflege, ambulante Alterspflege und psychiatrische Pflege.

Kontakt: thomas.schwarze@bfh.ch

***Stephanie Schwarzenbach**, Bachelor in Nursing Science

Kontakt: s.schwarzenbach@privatklinik-wyss.ch

Carmen Schwinghammer, Psychosozialer Pflegedienst Tirol, Bundesstrasse 28, 6111 Volders, Österreich.

* **Beat Sottas**, Dr., ist seit 2008 einerseits selbstständiger Berater für Bildungsfragen im Gesundheitsbereich (www.formative-works.ch) und andererseits Stiftungsrat und Mitglied des Leitenden Ausschusses der Careum Stiftung in Zürich (www.careum.ch). In Kaderstellen der Bundesverwaltung leitete er u.a. Projekte zur Gesetzgebung betr. Aus- und Weiterbildung der Medizinalberufe und der Akkreditierung. Als Berater definierte er u.a. die Abschlusskompetenzen der Gesundheitsberufe der Fachhochschulen und erarbeitete das Konzept und die Ziele für die Fachmaturität Gesundheit in der Westschweiz.

Kontakt: sottas@formative-works.ch

Rosmarie Sprenger, MNSc, Pflegeexpertin in den Kantonalen Psychiatrischen Diensten, Sektor Nord, CH-Wil.

Kontakt: rosmarie.sprenger@gd-kpdw.sg.ch

***Regine Steinauer**, MSc(nursing), Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel und Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Tel: 061 325 58 06

Kontakt: regine.steinauer@upkbs.ch

***Holger Thiel**, Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Leiter der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. Institution: Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Deutschland, Tel: +49/ 026324075177 und +49/ 026324075828

Kontakt: h.thiel@rmf.landeskrankenhaus.de

Katrin Thissen, Vizepräsidentin des Deutschen Netzwerkes Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice

***Frauke Trombach**, Gesundheits- und Krankenpflegerin mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung, Soziotherapeutin, ist Geschäftsführerin des Ambulanten Zentrums Hildesheim, Almsstraße 32, 31134 Hildesheim, Tel.: 05121 – 2081777, Fax: 05121 / 6972008

Kontakt: f.trombach@ambulantes-zentrum-hildesheim.de

***Ingo Tschinke**, MN, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Inhaber und Fachliche Leitung des ambulante psychiatrischen Pflegedienstes TAPP in Celle

Kontakt: ingo.tschinke@tapp-celle.de

***Peter Ullmann**, Diplom Pflegewirt, Diplom Pflegefachmann, can. M.Sc., Fachverantwortung Pflege B 2-1, Sanatorium Kilchberg AG, Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg, Tel: +41 44 716 4313.

Kontakt: peter.ullmann@sanatorium-kilchberg.ch

Präsident des Deutschen Netzwerkes Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice, Tel: 0041 21 550 27 49, Heilenstraße 7, 58452 Witten, Deutschen Netzwerkes Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V.

Kontakt: peter.ullmann@dnapn.de

Ulrike Verrieth, Krankenschwester mit Sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung, Pflegedienstleitung, Case-Managerin und Leitung der Ambulanten Pflege der LWL Klinik Lengerich.

Kontakt: ulrike.verrieth@wkp-lwl.org

***Frank Voss**, Sozialtherapeutische Fachkraft im MRV Dozent für psychiatrisch forensische Themen, z. Zt. Bachelorstudium für Medizinalfachberufe an der FH Nordhessen, Assistent der Pflegedirektion der Rhein-Mosel-Fachklinik, Vulkanstr. 58, 56626 Andernach, Tel. 02632-407-5204

Kontakt: F.Voss@rmf.landeskrankenhaus.de

Barbara Weber-Souschill, Mag.

***Peter Wolfensberger**, cand. MScN, Pflegeexperte, Pflegefachmann HF

Kontakt: peter.wolfensberger@ipw.zh.ch

*** Christian Zechert**, Dipl.-Soziologe, Dipl.-Sozialarbeiter, 2006 bis 2008 Geschäftsführer des Dachverbands Gemeindepsychiatrie. Studium der Soziologie an der Universität Bielefeld (1978-1982), Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei dem BMFT-Projekt "Selbsthilfe im öffentlichen Gesundheitssystem, Rahmenbedingungen, Modelle und Strukturen" der Universität Bielefeld (1979-1983), Wissenschaftlicher Mitarbeiter im "Modellprogramm Psychiatrie", Prognos AG Basel/Köln (1984-1986), Klinischer Soziologe am Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Klinik Gilead, Bielefeld (1988-2006), Lehrbeauftragter der Fachhochschule Bielefeld (1998 - 2006) und Ev. Fachhochschule Hannover (2000 - 2008). Zurzeit Mitarbeiter des Evangelischen Krankenhauses Bethel, Bielefeld. Mitherausgeber der Zeitschriften Soziale Psychiatrie und Psychosoziale Umschau.

Kontakt: christian.zechert@evkb.de

***Vera Zihlmann**, Soziokulturelle Animatorin (FH), MSc Soziale Arbeit

Kontakt: vera.zihlmann@bluewin.ch

*** Thomas Zimmermann**, diplomierter Pflegefachmann DNII/HF mit Schwerpunkt Psychiatrie, ist Pfleger auf einer Abteilung im Bereich „affektive Störungen“ der Universitären psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: thomas.zimmermann@gef.be.ch

***Gianfranco Zuaboni**, Psychiatriepfleger HF, Pflegeexperte HöFa 2, Studierender MScN by Applied Research an der WE'G Hochschule Gesundheit, Aarau, Leiter Pflegeentwicklung im Sanatorium Kilchberg.

Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

M. Zuzaku, Pflegefachmann B 2-1, Sanatorium Kilchberg AG, Alte Landstrasse 70, CH-8802 Kilchberg

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 2012 in Wien.

