

„Sprachen“

***Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in
Praxis - Management - Ausbildung – Forschung***

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
12. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien**

Herausgeber:
Susanne Schoppmann, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg,
Ian Needham, Michael Schulz, Caroline Gurtner, Sabine Hahn
Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
September 2015

„Sprachen“

***Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in
Praxis - Management - Ausbildung – Forschung***

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
12. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien**

Herausgeber:
Susanne Schoppmann, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg,
Ian Needham, Michael Schulz, Caroline Gurtner, Sabine Hahn
Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
September 2015

Sprachen

Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis - Management -
Ausbildung – Forschung

12. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien

Hrsg.: Susanne Schoppmann, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg,
Ian Needham, Michael Schulz, Caroline Gurtner, Sabine Hahn

Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit

Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,

September 2015

ISBN 978-3-033-05233-8

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

Vorwort der Veranstalter:

12. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie Sprachen

Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis -
Management - Ausbildung - Forschung

*Susanne Schoppmann, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian
Needham, Michael Schulz, Caroline Gurtner, Sabine Hahn*

Liebe Leserinnen und Leser

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Weltweit kommunizieren Menschen in etwa 6000 Sprachen. Sprachen können in konstruierte Sprachen wie z.B. Esperanto oder Programmiersprachen in der Computertechnologie und in natürliche Sprachen sogenannte Einzelsprachen wie Deutsch oder Kiswaheli unterteilt werden. Die menschliche Sprache wird darüber hinaus noch in Lautsprache und Körpersprache unterschieden. In Deutschland und Österreich z.B. wurde die Gebärdensprache im Zuge der Inklusionsdebatte als eigenständige Sprache gesetzlich anerkannt.

Edward Sapir, ein US-amerikanischer Ethnologe und Linguist, definiert Sprache als eine ausschließlich dem Menschen eigene Methode zur Übermittlung von Gedanken, Gefühlen und Wünschen mit Hilfe frei geschaffener Symbole. Sprache ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Entwicklung von Kultur: Sprache ermöglicht uns die Verständigung über Ideen, Konzepte und Begriffe und erlaubt uns Wissen in allen Formen zu entwickeln und zu sammeln und ist damit eine zentrale Eigenschaft des Menschseins überhaupt. Sprache formt unsere Kultur und unsere Kultur schafft neue Wörter und Begriffe so wäre z.B. der Satz: "Ich google das eben mal" für unsere Urgroßeltern sicherlich gänzlich unverständlich gewesen. D.h. Sprache ist nicht etwas einmalig entwickeltes, starres, unveränderbares, sondern

ein Medium das sich in kontinuierlicher Wechselwirkung mit dem menschlichen (Zusammen-)Leben weiterentwickelt und verändert.

Sprache bestimmt unser Denken und daraus resultierend auch unser Verhalten. So hat z.B. unsere Muttersprache Einfluss auf unser Denken. Die Journalistinnen Schramm und Wüstenhagen (2012) beschreiben in einem Artikel zur Macht der Worte (ZEIT Wissen Nr. 06/2012) eine linguistische Untersuchung bei der deutsche und spanische Testpersonen den Begriff Brücke beschreiben sollten. Im Deutschen sind Brücken weiblich und im Spanischen männlich. Entsprechend nannten deutsche Testpersonen Worte wie elegant, schön und friedvoll, Spanier hingegen fanden Brücken eher gewaltig und stark. Aber nicht nur unsere Muttersprache hat Einfluss auf unsere Assoziationen sondern auch die Worte, die wir zur Beschreibung eines Sachverhaltes wählen, beeinflussen unsere Reaktionen auf diesen Sachverhalt: Im gleichen Artikel wird ein weiteres Experiment von Psychologen der Universität Stanford beschrieben. Dort wurden Probanden zwei Versionen eines Textes zur Kriminalitätsbekämpfung in einer fiktiven Stadt vorgelegt und die Probanden sollten Vorschläge machen wie man die Kriminalität bekämpfen könnte. In einem Text wurde die Kriminalität als „wildes Tier“ bezeichnet und im anderen Text als „Virus“. Diejenigen Teilnehmer welche den Text mit dem Kriminalitätsbegriff des „wildes Tieres“ gelesen hatten, sprachen sich eher dafür aus Verbrecher zu fangen, ins Gefängnis zu bringen und hart zu bestrafen. Die anderen Probanden, welche den Text mit dem Kriminalitätsbegriff des „Virus“ gelesen hatten, plädierten hingegen für Ursachenforschung, Armutsbekämpfung und Bildungsverbesserung. Dies scheint in sich konsistent, geht es bei wilden Tieren doch um deren Zähmung und bei Virenbefall um Behandlung.

Mit solchen Studien wird eindrücklich aufgezeigt welchen starken Einfluss die Sprache und unser Sprachgebrauch auf unser Denken und Verhalten haben können und wie gut wir deswegen daran tun unsere Worte sorgfältig zu wählen.

Für die psychiatrische Pflege ist Sprache ein zentrales Medium im Umgang mit Patient/-innen, Kolleg/-innen, Mitgliedern anderer Berufsgruppen und der Gesellschaft allgemein. Deswegen haben wir für den 12. Dreiländerkongress für psychiatrische Pflege das Thema „Sprachen“ ausgewählt. Der Kongress stellt ein Forum zur Verfügung um gemeinsam über Sprachen, ihre Nutzung und Bedeutung nachzudenken und sich für das Thema zu sensibilisieren.

Wie immer zeigen die Beiträge auch in diesem Band auf wie sich die psychiatrische Pflege dem Thema annähert. Praxisprojekte, Fachbeiträge aus dem Management, Erfahrungsberichte aus der Betroffenenarbeit, Forschungsarbeiten und Keynotes und die aus all diesen Beiträgen gewonnenen Erkenntnisse, ermöglichen den Austausch und sind hoffentlich Anlass zu einer vielfältigen Diskussion.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Organisationen und Einzelpersonen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz, welche diesen Kongress unterstützt haben, und bei den Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge zu diesem Kongressband. Ein großes Dankeschön geht an Sabine Seiler, Caroline Gurtner und Maurus Ruf im Team von Sabine Hahn von der Berner Fachhochschule, sie haben die Beiträge zum Kongressband sorgfältig aufbereitet. Wir freuen uns Sie in Wien begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen einen ereignisreichen Aufenthalt sowie viel Freude bei der Lektüre dieses Kongressbandes.

Das Kongresskomitee

Susanne Schoppmann, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian Needham, Michael Schulz, Caroline Gurtner, Sabine Hahn

Inhaltsverzeichnis

Präsentationen und Workshops	15
1. Von Psychiatrie-Erfahrenen lernen - Probleme in der Kommunikation erkennen Erfahrungsberichte aus EX-IN Kursen und einer Forschungswerkstatt Christel Achberger	16
2. Ohne oder mit wenig Sprache ausgestattet sein und trotzdem professionell Handeln – positive Erfahrungen einer Pflegefachfrau mit einer Sprachstörung und Sprachverlust in der direkten Arbeit mit Betroffenen auf einer Akut-station. Sulin Bänziger, Christian Burr	18
3. Der Nutzen des Messinstruments IzEP© für die Etablierung der Bezugspflege Andrew Bay	21
4. Den Stimmen eine Sprache geben – von einem anderen professionellen sprachlichen Umgang mit Symptomen psychischer Erkrankungen am Beispiel von akustischen Halluzinationen - auch Stimmenhören genannt Christian Burr	24
5. Patientenversorgung in der Nacht auf akutpsychiatrischen Stationen – zeitgebundene Kontrollgänge oder individuelle Kontaktmodi aufgrund von Risikoeinschätzungen. Ein Praxisprojekt Michael Durrer, Johann Meinhof, Dominic Zemp	30
6. Die Implementierung einer Ohrakupunkturgruppe nach dem NADA-Protokoll in der Gerontopsychiatrie Henning Eckert, Janina Geib, Florian Gerhard Metzger	36
7. Selbststigmatisierung - Interventionen der Psychiatrischen Pflege Udo Finklenburg	39
8. Emotionale Intelligenz und Resilienz bei Betreuern von Patienten mit schizophrenen und bipolaren affektiven Störungen Beatrice Frajo-Apor, Alex Hofer, Georg Kemmler, Silvia Pardeller,	41

9.	NANDA-I in der stationären psychiatrischen Pflege Fritz Frauenfelder, Maria Müller Staub	43
10.	Auch Fische können sprechen: Treffpunkt Aquarium auf einer gerontopsychiatrischen Station Sonja Freyer, Heidi Sommer	46
11.	Psychoedukation in einfacher Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten unter Berücksichtigung des Recovery Konzeptes Sabine Fuchs	51
12.	Professionelle Zusammenarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege Béatrice Gähler-Schwab	57
13.	Schuhwerk: ein Projekt der Theatergruppe WYLER 60 Eine Koproduktion des psychiatrischen Ambulatoriums Ost der UPD Bern, der Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie IGS in Bern Martin Gallati, Steffi Urech, Gabrielle Dietsche, Melanie Gerber, Jean Pierre Saxer, Hans Thennig, Ramona Voumard, Christian Burr	60
14.	Mitreden - Mitdenken – Mitgestalten - Aufbau von Nutzendenenbezug in die Lehre und Forschung im Bereich der psychiatrischen Pflege und Betreuung Caroline Gurtner, Joy Duxbury, Sabine Hahn	64
15.	„Ethikberatung in der Psychiatrie – Ethische Werte in der Behandlung von Menschen mit Psychosen zur Sprache bringen“ Birgit Hahn	67
16.	Verstehen wir uns? Понимаем мы друг друга? Möglichkeiten und Grenzen der Beziehungsgestaltung zu russischen Spätaussiedlern in der stationären Suchtbehandlung Gitte Herwig, Michael Ziebold	73
17.	Peitschenhieb schlägt Striemen, Zungenhieb bricht Knochen. Über die Opfer sprachlicher Gewalt Erich Hoffmann, Cornelia Schindler	78
18.	Psychiatrie-Erfahrung und Migratiionshintergrund im Kontext der Pflege und Beratung Sanja Ilic	84

19.	Recovery ermöglichen: Sprache und Kommunikationsstrukturen im Weddinger Modell	90
	Ina Jarchov-Jádi, Lieselotte Mahler	
20.	Exzellente psychiatrische Pflege – erste Projekterfahrungen	95
	Majbritt Jensen, Daniel Oberli, Regina Rufibach, Marianne von Dach Nicolay	
21.	Von der Vision zur Realität – Die Entwicklung von ANP in der psychiatrischen Klinik des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EvKB)	101
	Wolfram Kämmer, Sabine Noelle	
22.	Pflegebedarfe und -interventionen bei älteren Suchtkranken in der Altenpfleger: Konzeptweiterentwicklungen durch ExpertInnendiskurse und Handlungs-empfehlungen	105
	Karsten Keller, Tanja Hoff, Michael Isfort, Ulrike Kuhn, Nina Färber	
23.	Pflegerische Begleitung beeinflusst die Lebensqualität nachweislich- Ergebnisse des QLIS (Quality of Life in Schizophrenia) nach 6- und 12-monatiger Begleitung.	107
	Tim Konhäuser	
24.	Überleitungsmanagement als Pflegerische Herausforderung - Praktische Umsetzungsbeispiele und Modellversuche aus Deutschland und der Schweiz	110
	Tim Konhäuser, Britta Schneider, Ingo Tschinke, Béatrice Gähler-Schwab	
25.	Überleitungsmanagement als Pflegerische Herausforderung: Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflege- Welche Sprache sprechen wir?	113
	Béatrice Gähler-Schwab	
26.	Zukunftswerkstatt ANP: die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache	115
	Sabrina Laimbacher, Mirjam Kurz, Ursina Zehnder	
27.	„Worte waren ursprünglich Zauber“ – Noch immer! Sprache und Kontext in der Beratung	120
	Thomas Lampert	
28.	Motivierende Gesprächsführung (MI): Die Technik für eine recovery-orientierte Pflege-Sprache.	122
	Maya Locher	

29.	Lern von mir! Ein Trainingsprogramm zur Schulung von Klinikpersonal in Allgemeinkrankenhäusern im Umgang mit Menschen mit Demenz	124
	Michael Löhr, Maren Baumeister, Bernd Meißnest, Rüdiger Noelle	
30.	Die pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen verstehen	129
	Claudia Lötscher, Franziska Rabenschlag, Thomas Leyhe	
31.	Forever Young? Vorausschauendes Generationenmanagement in der Pflege	133
	Kurt Mayer, Marianne von Dach Nicolay	
32.	Excellenz in der Pflege 2015: Wie wird Wissen am/ an der PatientIn wirksam?	135
	Kurt Mayer, Marianne von Dach Nicolay	
33.	Sprache vertont unsere Haltung	137
	Johann Meinhof, Doris Blank, Susi Heinrich, Anina Binz Straumann	
34.	Pingo ergo sum - ich male, also bin ich.	143
	Günter Meyer	
35.	Erste empirische Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes 'Interdisziplinärer Demenzkoordinator'	148
	André Nienaber, Benjamin Volmar, Pascal Wabnitz, Michael Löhr	
36.	Celebrating the Power of Humour. A practical success story of verbal and non-verbal communication.	152
	Marianne Obi	
37.	Sprachenvielfalt im geriatrischen Betreuungs- und Pflegesetting – Herausforderungen und Chancen in einer globalisierten Welt	154
	Susanne Ogris, Thomas Barth	
38.	Strategieentwicklung Magnet Hospital	159
	Klaus Pöschel, Michael Beune	
39.	Ethikberatung in der Gerontopsychiatrie – Wenn Betroffene nicht mehr sagen können was ihnen wohltut!	166
	Klaus Pöschel	

40.	Die Gestörte – das bin ich Patienten-Erfahrungen mit Sprache und Kommunikation in der Psychiatrie	172
	Elke Prestin	
41.	'Ich fürchte, ich könnte mir oder anderen etwas antun!' Kommunikation von Pflegefachpersonen mit Menschen, die Zwangsgedanken über Selbst- oder Fremdgefährdung äussern.	178
	Volker Röseler	
42.	„Ohne Worte erfolgreich?“ Zur nonverbalen Behandlung eines schwer regressiven (traumatisierten) Flüchtlings	180
	Alexandra Schäfer	
43.	Bausteine professioneller Sprache: Klassifikationssysteme und deren Auswirkung auf Denken und Handeln	182
	Kurt Schalek, Harald Stefan	
44.	Darüber reden hilft Mit Angehörigen ins Gespräch kommen	185
	Edith Scherer	
45.	Verbesserung der Empathiefähigkeit durch ein Trainingsprogramm "Einfühlsame Gesprächsführung"	187
	Uwe B. Schirmer, Marina Schall	
46.	Multiprofessionelle, Selbsterhaltungstherapie (SET) basierte psychosoziale Behandlung von Menschen mit Demenz in der akuten Gerontopsychiatrie	190
	Eckerhard Schlauß, Björn Kruse, Barbara Romero	
47.	Praxisprojekt zum gezielten Umgang bei verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen bei Menschen mit Demenz (BPSD) im gerontopsychiatrischen Bereich	195
	Martin Schmid, Jürgen Roth	
48.	Praxisprojekt „Ich red‘ mit“ - Eine Adherence-Therapie Gruppe für Jugendliche, die mit Neuroleptika behandelt werden	201
	Cornelia Schneidtinger, Kerstin Wimmer	
49.	Recovery und Peereinsatz – Von der Theorie in die Praxis.	206
	Stefanie Schwarz, Dragica Deicha, Cornelia Jäger-Dalbert	
50.	Sprachen	208
	Inge Seidel	

51.	Multilevelinterventionen zu Medikamentenadhärenz: Stand der Wissenschaft in der Psychiatrie	214
	Manuel Stadtmann, Sabina De Geest	
52.	Pflegerische Fallführung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung – ein Zukunftsmodell? Erfahrungen und Erkenntnisse aus Praxis und Forschung im Diskurs	220
	Manuel Stadtmann, Irena Mikic, Udo Leute, Peter Wolfensberger	
53.	Solutiointalk- what else? Lösungsfokussierung – was sonst?	225
	Monika Stich	
54.	Gerontopsychiatrie in Bewegung. Ein multiprofessionelles Programm zur körperlichen Aktivierung	230
	Andrea Trost, Tim Fleiner, Wiebren Zijlstra, René Depiereux, Peter Häussermann	
55.	Ursache und Prävention von aggressionsfördernden Faktoren aus Sicht der Betroffenen	235
	Simone Tschanz, Sabine Hahn	
56.	Kooperative Behandlung von Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) durch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im Rahmen der Integrierten Versorgung	240
	Ingo Tschinke, Friederike Oppermann-Schmid	
57.	Ausser Kontrolle! Recovery-Sprache im Wandel - ein kritisches Plädoyer aus der Sicht einer Betroffenen	246
	Stephanie Ventling	
58.	Die Arbeit des Demenz-Koordinators im Alltag	248
	Benjamin Volmar	
59.	Den Dialog zwischen Angehörigen und Fachpersonen aktiv gestalten – Einblick in eine ungewöhnliche Aus- / Weiterbildungsform	251
	Franca Weibel, Ruth Marti, Fabio Razzai	
60.	Standardisierter Prozess von Lockerungsentscheidungen im Maßregelvollzug und Darstellung des Entscheidungsprozess in einem EDV-basierten Krankenhausinformationssystem	256
	Wolfgang Weidmann	

61.	„Ich verstehe dich!“ Sprache in spezieller Form an Hand der Situation von Hörgeschädigten und taubblinden Menschen im psychiatrischen Setting.	260
	Antje Werner, Verena Brandt, Mark Brinkmann	
62.	Weshalb in einer forensisch-psychiatrischen Klinik die Pfleger bei ihren Patienten die Tradition des mündlichen Geschichtenerzählens aufgreifen.	263
	Jessica Wilson	
63.	Musik als Sprache der Gefühle – eine Singgruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	269
	Kerstin Wimmer	
64.	Mehr als Grüezi und GüleGüle	271
	Katharina Wolf-Grauwiler	
65.	KISS - „Wenn Pflege bereits auf der Station ambulant spricht“	274
	Roman Wyss	
66.	Was ist erweiterte und vertiefte Pflege für Menschen mit einer ersten psychotischen Episode?	278
	Ursina Zehnder, Fritz Frauenfelder	
67.	"Empathische Kommunikation – ist sie erlernbar? Theorie und Praxis“ - Praxisprojekt	283
	Ewa Zemann, Johann Steinberger, Gerhard Schossmaier, Claudia Gundacker	
68.	Manifestiert sich Professionalität durch die Sprache? Im Spannungsfeld zwischen Entwicklung der Profession, interprofessioneller Zusammenarbeit und professioneller Praxis	289
	Gianfranco Zuaboni	
69.	Koproduktion: Ein Weg zur gemeinsamen Weiterentwicklung von psychiatrischen Dienstleistungen	292
	Gianfranco Zuaboni	
	Posterpräsentationen	294
70.	Das Leben wieder in den Griff bekommen – Selbstmanagementunterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch Peers und Pflegefachpersonen	295
	Christian Burr	

71.	Pflegekurse für Angehörige von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen nach Sozial-Gesetz-Buch XI (SGB XI) [1]	298
	Jens-Olaf Grune	
72.	Medienkompetenz von Jugendlichen fördern – „Ich like, also bin ich“	301
	Nicole Y. Häusler	
73.	"Weniger ist oft mehr!" – Über das Auswählen, Auslassen und Schweigen im therapeutischen beziehungsweise beraterischen Kontext	305
	Lukas Hohl	
74.	Eine Kommunikationswand zur Unterstützung des Kontakts in Absonderungsräumen.	307
	Erik Kuijpers	
75.	Die Versorgungsqualität bei gedolmetschten Elternberatungsgesprächen in einem Kinderspital: Unterschiede zwischen professioneller und Ad-hoc-Dolmetscher	309
	Silvia Passalacqua, Agnes von Wyl	
76.	Wenn darüber sprechen nicht mehr hilft. Bewegungsbegleitung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Gerontopsychiatrie	311
	Klaus Pöschel, Sabine Rohde	
77.	Delirprävention im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)	313
	Eckehard Schlauß, Albert Diefenbacher, Uwe Kropp, Torsten Kratz	
78.	Ambulante psychiatrische Brückenpflege (APBP) – ein Praxisprojekt zur Vermeidung von Rehospitalisierung	316
	Pamela Wersin	
	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. Von Psychiatrie-Erfahrenen lernen - Probleme in der Kommunikation erkennen

Erfahrungsberichte aus EX-IN Kursen und einer Forschungswerkstatt

Christel Achberger

Hintergrund

In Projekten zu Peerinvolvement kann man viel über die Kommunikation zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und in der Psychiatrie Tätigen erfahren. Die Probleme betreffen alle Arbeitsfelder und Berufsgruppen in der Psychiatrie. Die im folgenden aufgeführten Beispiele sind gesammelte Erfahrungen aus EX-IN (Experienced-Involvement) Kursen, in denen Psychiatrie-Erfahrene ihre Erfahrungen reflektieren und ordnen, um sie in psychiatrische Arbeitsfelder einzubringen, sowie aus einer Forschungswerkstatt, einem partizipativen Forschungsprojekt, in dem Psychiatrie-Erfahrene die Psychiatrie erforschen.

Einleitung

Benennen Psychiatrie-Erfahrenen in diesen Projekten ihre in der Erkrankung erworbenen informellen Kompetenzen, treffen sie in Abgrenzung zu den Kompetenzen der Profis Aussagen wie wir verstehen den Klienten leichter, wir erreichen ihn eher, wir stellen andere Fragen, wir nehmen eine andere Perspektive ein, wir sind Modell usw.

Beschreiben Psychiatrie-Erfahrene ihre Rollen in der psychiatrischen Arbeit fallen Umschreibungen wie Dolmetscher, Kulturbeauftragter, Vermittler, Wächter der Klientenperspektive, Hoffnungsträger, Vertrauensbildner, Sensor für Stigmatisierung, usw.

Die Aussagen über die informellen Kompetenzen und die Rollen weisen auf Kommunikationsprobleme in der psychiatrischen Versorgung hin. Auf einige soll im Beitrag eingegangen werden.

Thema

Jenny T. sagt in Fortbildungen zu den Teilnehmern, ihr sprecht nicht „borderlinerisch“ und kennt nicht die „Borderliner-Kultur“. Sie führt in Metaphern ein und erläutert die durch die „Borderline-Kultur“ geprägten Verhaltensweisen. So wird das gegenseitige Verstehen gefördert und Missverständnisse werden aufgedeckt. Jenny T. ist Dolmetscherin und zugleich Kulturbeauftragte.

In der Forschungswerkstatt haben wir uns mit der Frage beschäftigt, über welche Themen nicht mit den Profis gesprochen wird. Es sind Themen wie Stimmen hören, Suizidgedanken, Sexualität, spirituelles Erleben, usw. Für jedes Thema gibt es eine besondere Begründung. Diese Themen sind in Gesprächen zwischen Peers, Gleichbetroffenen immer Thema. EX-INler können Brücken zu uns Profis bauen, Vertrauen bilden und wir Profis erhalten so ein vollständigeres Bild von dem psychisch erkrankten Menschen, den wir begleiten.

Augenhöhe ist ein beliebter Begriff, um die gleichberechtigte Beziehung zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Profis zu beschreiben. Was aber können Profis tun, damit Augenhöhe entsteht. Die partizipative Entscheidungsfindung oder das Prinzip des disziplinierten persönlichen Einlassens könnten Grundsätze für das Handeln der Profis werden.

So lassen sich die Beispiele fortsetzen und vieles für eine gelingende an Recovery orientierte Kommunikation erfahren.

2. Ohne oder mit wenig Sprache ausgestattet sein und trotzdem professionell Handeln – positive Erfahrungen einer Pflegefachfrau mit einer Sprachstörung und Sprachverlust in der direkten Arbeit mit Betroffenen auf einer Akutstation.

Sulin Bänziger, Christian Burr

Hintergrund und Problemstellung

Kommunikation gilt als das zentrale „Instrument“ der psychiatrischen Pflege. Dabei sind das Zuhören, das Sprechen lassen des Gegenübers und das Einräumen genügender Zeit dafür, zentrale Kompetenzen. In der täglichen Arbeit, die von viel Hektik und Zeitnot geprägt ist, scheinen diese zentralen Kompetenzen oft in den Hintergrund zu treten.

Einschränkungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit, wie das nicht Beherrschen einer Landessprache, gelten bei der Qualifikation oder Anstellung von Psychiatriepflegerinnen oft als Kontraindikation.

Eine Pflegefachfrau mit einer unfallbedingten Sprachstörung hatte den Wunsch, ihren ersten Arbeitsversuch auf einer psychiatrischen Akutstation zu machen. Dies wurde zusammen mit allen Beteiligten angeschaut und dann umgesetzt.

Ziel

Das Ziel dieses Versuchs war, eine Unterstützung bei der Wiederaufnahme der beruflichen Praxis zu bieten. Zudem sollte abgeklärt werden, inwiefern die sprachliche Einschränkung ein Hemmnis für die Arbeit ist.

Massnahmen

Der Start auf der Station begann mit einer Phase „Arbeitsversuch“. Es ging vorerst darum, die Anwesenheitszeiten auszutesten und, noch sehr frei von „Müssen“, die Belastungsgrenzen auszuloten. Danach kam das Arbeitstraining, in welchem es darum ging, konkrete Arbeitssituationen, Aufgaben und Arbeitsbereiche zu testen und zu trainieren. Danach konnte eine geregelte Arbeit mit klar definierten Aufgaben in Angriff genommen werden. Die Pflegefachfrau konnte im Umgang mit den Betroffenen schon rasch sehr gute Erfahrungen mit ihrer „Einschränkung“ sammeln. Die durch die Sprachstörung entstandenen stillen Momente und Sprechpausen ermöglichten dem Gegenüber nachzudenken und für Antworten genügend Zeit zu bekommen. Dadurch entstand Neues, das durch eine schnelle Sprache gar nicht möglich gewesen wäre.

Diese Sprachlosigkeit und die daraus entstandenen Kommunikationskompetenzen wurden von den Betroffenen und auch von Arbeitskolleginnen und –Kollegen als „professionelles“ Handeln, sowie als „Zusatzqualifikation“ wahrgenommen und anerkannt.

Es kam aber auch zu herausfordernden und teilweise negativen Auswirkungen, indem sich die Pflegefachfrau nicht immer so verständigen konnte, wie sie beabsichtigte.

Ihre Erfahrungen mit der „Stille“ waren meist positiv.

Im Umgang mit Situationen, in welchen schnelle Antworten gefragt waren, wendete sie hilfreiche Strategien an. Sie setzte Hilfsmittel ein, wie Notizbüchlein mit Standardsätzen, Flipcharts, sowie Karten mit Informationen und Anweisungen. Diese werden in einer „stillen“ Präsentation vorgestellt. Dabei werden Video, Text, Bilder und andere Hilfsmittel einbezogen.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Dieses „Praxisprojekt“ zeigt, dass sich der Aufwand gelohnt hat, den Arbeitswiedereinstieg in der psychiatrischen Pflege zu wählen. Es zeigt, dass „Sprachlosigkeit“ in der psychiatrischen Pflege durchaus auch ihre Vorteile haben kann und professionelles Handeln trotzdem möglich ist – aus Sicht der Pflegenden, wie auch der Betroffenen. Trotzdem war und bleibt es eine grosse Herausforderung, die positiven Aspekte zu nutzen, sowie auch die negativen Aspekte zu bewältigen. „Stille“ hat eine Qualität. Es ist wichtig dass auch im hektischen Alltag die Pflegenden sie aushalten und Sprechpausen zulassen.

3. Der Nutzen des Messinstruments IzEP® für die Etablierung der Bezugspflege

Andrew Bay

Hintergrund

Die Akutpsychiatrie ist eine von vier Bereichen der stationären Psychiatrie in Münsterlingen. Da das Akuthaus (Haus A) in die Jahre gekommen war, wurde es im Jahr 2012 umfassend renoviert. Neben dem Umbau wurden, aus Gründen der Effizienz, die Stationen strukturell neu organisiert. So wurden aus den bisherigen vier nun drei Stationen.

Problemstellung

Durch die Neuorganisation der Teams ging es darum, die Strukturen aufzugreifen und den Bezugspflegestandard wieder zu etablieren.

Ziele

- Der Standard Bezugspflege ist etabliert
- Qualitätsmessung zur Evaluation der pflegerischen Arbeitsorganisation/Bezugspflege
- Gezielte Prozesssteuerung
- Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen

Vorgehen

Die Messungen auf den Akutstationen in den Psychiatrischen Diensten Thurgau wurden im Auftrag der Pflegedirektion zwischen August 2012 und September 2013 durchgeführt. Die drei Re-Evaluationen fanden Ende 2014 und im Januar 2015 statt. Pro Station entsprach der Arbeitsaufwand der Evaluatorsin für die Interviews, Dokumentenanalyse und Eingabe in die Software zirka einem Arbeitstag, die Anwesenheit auf der Station betrug dabei maximal drei Stunden.

Die Ergebnisse wurden jeweils zuerst mit der Stationsleitung und der Bereichsleitung besprochen. Danach wurden diese in einer interdisziplinären Teamsitzung der Station vorgestellt und diskutiert.

So konnte für jedes Stationsteam individuell analysiert werden, ob die angestrebten Arbeitsprozesse und Ziele erreicht wurden und wo gegebenenfalls Optimierungsmöglichkeiten bestehen.

Jede Station konnte so aus ihrem Bericht individuell Optimierungspotenzial ableiten.

Ergebnisse/Erfahrungen

Alle drei Stationen konnten klinisch signifikante Verbesserungen bei der Izep Messung erreichen.

Die Station A1 ist mit einem IzeP© [1] Gesamtscore von 87% in der Bezugspflege organisiert. Die Steigerung gegenüber der Messung 2013 beträgt 23%.

Die Station A2 ist mit einem IzeP© Gesamtscore von 83% in der Bezugspflege organisiert. Dies bedeutet eine Steigerung seit der letzten Befragung vom 29.10.2012 von 5%.

Die Station A3 ist mit einem IzeP© Gesamtscore von 85% in der Bezugspflege organisiert. Die Steigerung gegenüber der Vormessung beträgt 7%.

Diskussion

Die Evaluation der Bezugspflege fand bei den Mitarbeitenden nach anfänglichen Bedenken grosses Interesse. Viele Pflegende, die Stationsleitungen, aber auch die interdisziplinären Teams fühlten sich in ihrem Engagement für die Bezugspersonenarbeit positiv bestätigt [2].

Die Möglichkeit der gemeinsamen gezielten Weiterentwicklung der pflegerischen Organisation [3], gerade auch stationsübergreifend voneinander lernen zu können und gemeinsame Schwerpunkte zu erarbeiten, geben der Pflegeentwicklung einen strukturellen Rahmen und Orientierungshilfe.

Die Führung kam zu der Überzeugung, dass man pflegerische Arbeitsprozesse abbilden und gezielt optimieren kann. Gerade der Stationsleitung, die den Dreh- und Angelpunkt einer erfolgreichen patientenorientierten Pflege darstellt, können die IzEP©-Ergebnisse eine wertvolle Hilfestellung geben.

Schlussfolgerung

Das Instrument IzEP© ist besonders in der Psychiatrie geeignet den Grad der Durchdringung der Bezugspflege darzustellen [4]. Die wiederholten Messungen und Feedbackschlaufen, auf Führungsebene, wie in den Teams, eignen sich für konkrete Rückmeldungen, wie die Bezugspflege auf den Stationen optimiert werden kann. Zudem lässt das Instrument Vergleiche unter den Stationen zu und gibt zuverlässig Auskunft über die Umsetzung des Standards Bezugspflege [5].

Literatur

1. *IzEP©. Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen. Im Internet: www.izep.info; Stand: 04.01.2015*
2. *Dobrin Schippers A. Systematische Weiterentwicklung der Bezugspflege. Psych Pflege 2015; 21: 94–98*
3. *Dobrin Schippers A. Kann man Primary Nursing überall umsetzen? Vom „Ob“ zum „Wie“. Die Schwester Der Pfleger 2012; 5. Im Internet: http://www.izep.info/media/Dobrin%20DBfK-Aktuell_05-2012.pdf; Stand: 12.12.2014*
4. *Abderhalden C, Baraka A, Becker C, Dobrin Schippers A, Feuchtinger J, Schori E, Welscher R. Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP© – Handbuch. 2. Aufl. Bern: Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; 2010*
5. *Schneider J. Standard Bezugspflege. Thurgau: Psychiatrische Dienste; Version vom 27. Mai 2014*

4. Den Stimmen eine Sprache geben – von einem anderen professionellen sprachlichen Umgang mit Symptomen psychischer Erkrankungen am Beispiel von akustischen Halluzinationen - auch Stimmenhören genannt

Christian Burr

Hintergrund

Studien zeigen, dass zwischen 5-15% aller Menschen auf dieser Welt einmal in ihrem Leben Stimmenhören, die nicht auf eine entsprechende Reizquelle zurückzuführen sind [1]. Bei Psychosen und Schizophrenie gelten akustischen Halluzinationen wie Stimmenhören als ein Hauptsymptom. Die Behandlung mit Neuroleptika, als *Stat of the Art*, hat zum Ziel, Symptome wie akustische Halluzinationen zu eliminieren [2]. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass dieses Ziel aber bei einem Drittel bis einem Viertel der betroffenen Personen nicht erreicht werden kann und die Stimmen auch nach einer Behandlung anhalten [3]. In der traditionellen Psychiatrie geht es beim Erheben der Stimmen als Teil des Assessments vor allem um formale Aspekte der Stimmen (wie häufig, wie intensiv, wie lange usw.) und meist weniger um die Inhalte oder die Erklärungen dafür der betroffenen Personen selber. Es gibt Berichte die zeigen, dass Fachpersonen nicht über die Inhalte der Stimmen sprechen wollen, da dies nicht zu einem professionellen Umgang mit Stimmen gehöre [4, 5]. Betroffene Personen selber, erleben dies auch so in der Behandlung [4, 6].

Auf dem Weg zu einem hilfreichen Umgang mit den Stimmen, scheint aber gerade diesen Austausch über die Inhalte, das Eingehen darauf von Seiten der Fachpersonen und das Offenlegen dieser auf der Seite der Betroffenen, ein wichtiger Aspekt zu sein [5, 7]. Beeinflusst durch die in verschiedenen angloamerikanischen, aber auch angelsächsischen Ländern entstandene Stimmenhörenden Bewegung (*hearing voices movement*), die sich für dieses

Anliegen einsetzt, entfalteteten sich verschiedene neue Ansätze im Umgang mit den Stimmen. So entwickelten Escher und Romme [8] unter Berücksichtigung vieler Erfahrungen von Menschen die Stimmen hören, eine Beratungsform für Fachpersonen, die den Fokus auf das Verstehen und den Sinn der Inhalte der Stimmen legt. Im deutschen Sprachraum ist diese als *Erfahrungsfokussierte Beratung (experienced focussed counselling, EFC)* bekannt. Ferner entwickelten sich in Grossbritannien durch Betroffenen geleitete Gruppen, in denen Stimmenhörende die Möglichkeit erhalten, sich bezüglich ihren Erfahrungen und einem hilfreichen Umgang mit den Stimmen unter ihresgleichen auszutauschen [9]. Auch in der Psychologie wurden ähnliche Ansätze in die spezifische kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit Stimmen und Wahn übernommen und weiterentwickelt [3]. Gemeinsam ist all diesen Interventionen, den Stimmen genügend Raum zu geben und sie als etwas Sinnhaftes verstehen zu lernen. Dies kann dazu führen, dass Betroffene beginnen einen aktiveren Umgang mit den Stimmen zu etablieren und dadurch mehr Kontrolle über diese zu bekommen. Dabei wird der Gebrauch einer neuen, an den Erfahrungen der Betroffenen orientierten Sprache gefordert. Die diagnostizierende und pathologisierende Fachsprache ist nicht gefragt [10].

Problemstellung

Trotz dieser neuen Interventionsmöglichkeiten, welche sich mehr an den Erfahrungen der Betroffenen orientieren und vor allem den sprachlichen Austausch bezüglich den Erfahrungen und der Sinnhaftigkeit der Stimmen zwischen Fachpersonen und Betroffenen, aber auch unter Betroffenen ins Zentrum stellen, ist deren Anwendung in der täglichen Arbeit im deutschsprachigen Raum meist sehr marginal umgesetzt. Neben der Diskussion zum Umgang mit den Stimmen aber auch zur Wahl der Sprache dabei, gibt es auch sonst in der Pflege die Diskussion bezüglich der Rolle der Fachsprache in der pflegerischen Arbeit aber auch bei der Entwicklung der Pflege als Profession. Dabei geht es auch um die Frage, in wie fern professionelles

Handeln möglich ist, trotz der Abkehr von der traditionellen, eher an medizinischer Fachterminologie orientierten Fachsprache [11, 12].

Die erfahrungsfokussierte Beratung

Die erfahrungsfokussierte Beratung bietet der Pflege und anderen Berufsgruppen eine hilfreiche Unterstützung, um mit Menschen die Stimmenhören in einen professionellen Kontakt treten zu können, ohne dabei die herkömmliche Fachsprache zu benutzen, resp. in einen neuen sprachlichen Austausch mit den Betroffenen und deren Stimmen zu treten. Das Demonstrieren eines völlig offenen Interessens an den Stimmen wird als grundlegende Kompetenz beschrieben. Dies soll unterstützen, dass sich Menschen die Stimmenhören ermutigt fühlen, über ihre Stimmen zu sprechen und sie das Gefühl erhalten, dass diese vom Gegenüber anerkannt werden. Dies kann dazu führen, dass sie sich sicher und beruhigt fühlen. Dabei zählt einzig und allein die Erfahrung der stimmenhörenden Person und die von ihr gewählte Sprache und Ausdrucksform. Diese Aspekte sollten von der beratenden Person, als die zu berücksichtigende Realität, anerkannt werden. Interpretationen der Informationen durch die beratende Person scheinen hier kontraproduktiv.

Gegenüberstellung des traditionellen und des erfahrungsfokussierten Ansatzes

Die folgende Tabelle (Tabelle 1) widerspiegelt einen Versuch, den traditionellen medizinischen sowie den erfahrungsfokussierten Ansatz einander gegenüber zu stellen. Sie hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit und widerspiegelt alleine die Perspektive des Autors. Diese Gegenüberstellung soll sie als lesende Person dazu animieren, sich mit dem Aspekt der (hier geschriebenen) Sprache auseinander zu setzen und sich selber ein Bild machen, wie die beiden Aspekte wirken können. Hilfreich dabei kann sein, sich vorzustellen, man hätte die Erfahrung, Stimmen zu hören, selber schon gemacht.

Tabelle 1: Gegenüberstellung des traditionellen und des erfahrungsfokussierten Ansatzes im Umgang mit Stimmenhören

	Traditioneller psychiatrischer Ansatz	Erfahrungsfokussierter Ansatz
Definition der Stimmen	Akustische Halluzinationen in Form von Stimmen, keine nachvollziehbare Reizquelle, Krankheitssymptom u.a. der Schizophrenie/Psychose	Stimmen als Lebensphänomen, Träger von hilfreichen Botschaften, Reaktion auf Lebensereignisse, jeder Mensch hat eine eigene Erklärung
Was interessiert	Formale Aspekte, Inhalte sind wenig relevant	Möglichst umfassendes Verständnis erlangen, Inhalte sind wichtig
Ziel der Interventionen	Beseitigen oder vermindern der Stimmen und des dadurch entstandenen Leidens	Stimmen kennen und verstehen lernen, Botschaft erkennen, einen neuen konstruktiven Umgang mit den Stimmen finden, Stimmen können auch in den Hintergrund treten, Leben mit Stimmen als Option
Rolle der Fachperson	Fachperson als Experte für die Therapie	Stimmenhörende Personen sind die Experten, Fachpersonen oder Betroffene können zu Beratern werden
Art der Intervention	Medikamente, Verhaltenstherapie (nur bei motivierten Personen ohne kognitiven Einschränkungen)	Gespräch, möglichst viel erzählen lassen, schriftliche Dokumentation, Stimmendialog

Diskussion/Schlussfolgerungen

Die Sprache scheint bei diesem neuen Zugang zum Stimmenhören zentral. Diese orientiert sich vor allem an den ganz konkreten individuellen Erfahrungen der Betroffenen und auch denen der Fachpersonen. Und genau dieses Vorgehen und diese Art der Intervention und Interaktion scheinen von Betroffenen als sehr professionell wahrgenommen zu werden. Gerade weil man dabei vollkommen auf die herkömmliche Fachsprache verzichtet. Es scheint, dass sich das aneinander Annähern auf der sprachlichen Ebene dazu führt, dass das Verständnis für einander zunimmt. Dies ermöglicht einen gleichberechtigteren, professionellen Umgang miteinander.

Literatur

1. Hubl, D., *Die Neurobiologie des Stimmhörens. Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie*, 2008. **26**(4): p. 8-10.
2. Kopp, I., et al., *ICD-10-GM 2012 Alphabetisches Verzeichniss. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Verwandten Gesundheitsprobleme. Version 2012 ed. 2012*, Göttingen: Deutscher Ärzte-Verlag.
3. Vauth, R., *Wenn Antipsychotika nicht helfen. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei persistierendem Wahn und chronischem Stimmhören. Nervenheilkunde*, 2010. **30**(4): p. 239-244.
4. Coffey, M. and J. Hewitt, 'You don't talk about the voices': voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 2007. **17**(12): p. 1591-1600.
5. Martin, P.J., *Hearing voices and listening to those that hear them. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2000. **7**(2): p. 135-141.
6. Gray, B., *Hidden demons: a personal account of hearing voices and the alternative of the hearing voices movement. Mental Health Nursing*, 2008. **28**(4): p. 18-19.
7. Jones, M. and M. Coffey, *Voice hearing: A secondary analysis of talk by people who hear voices. International Journal of Mental Health Nursing*, 2012. **21**(1): p. 50-59.
8. Romme, M. and S. Escher, *Stimmhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmhörern*. 2008, Köln: Psychiatrie Verlag.
9. Dillon, J. and E. Longden, *Hearing voices groups. Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*, 2013: p. 129.
10. Schnackenberg, J.K. and C.R. Martin, *The need for Experience Focused Counselling (EFC) with voice hearers in training and practice: a review of the literature. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2014. **21**(5): p. 391-402.
11. Sixel, M., *Pflege zwischen Kunst und Wissenschaft – Berufserfahrung und Probleme ihrer sprachlichen Formulierung in der Pflege. Pflege*, 2001. **14**(2): p. 85-91.
12. Barker, P. and P. Buchanan-Barker, *Das Gezeitenmodell. Der Kompass für die recovery-orientierte psychiatrische Pflege* 2013, Bern: Huber.

5. Patientenversorgung in der Nacht auf akutpsychiatrischen Stationen – zeitgebundene Kontrollgänge oder individuelle Kontaktmodi aufgrund von Risikoeinschätzungen. Ein Praxisprojekt

Michael Durrer, Johann Meinhof, Dominic Zemp

Hintergrund und Problemstellung

In der Pflege herrscht das weitverbreitete Phänomen, dass in der Nacht alle zwei Stunden ein „Kontrollgang“ bei den PatientInnen gemacht werden muss. Diese Regelung gilt aktuell in mehreren psychiatrischen Kliniken in der Schweiz, auch in der Luzerner Psychiatrie (*lups*). Dieser Kontrollgang etablierte sich in der Pflege unter dem Begriff „Runden“. Für dieses Vorgehen gibt es gegenwärtig keine genaue Rechtsgrundlage und auch dessen Zweck ist unklar [1]. Der 2-Stunden-Turnus ist auf die Soldatenversorgung von Florence Nightingale im Krimkrieg zurückzuführen [1].

In der Praxis der Akutpsychiatrie führte diese Regelung zu Diskussionen über die Diskrepanz zwischen der damit gewährleisteten Sicherheit und der individuellen und patientenorientierten Versorgung. Diese Haltungsänderungen können der Recovery-Bewegung zugewiesen werden, welche auch in der *lups* einen Teil der Unternehmensstrategie darstellt. Dabei spielen Begriffe wie Selbstmanagement, Empowerment, Machtübertragung, Aufbau von partnerschaftlichen Beziehungen und andere eine zentrale Rolle [2].

Um die aktuelle Praxis zu überprüfen, wurde ein Projekt lanciert, um das scheinbar vorherrschende Problem zu deklarieren und aufgrund dessen einen Veränderungsprozess einzuleiten.

Ziele des Projekts

Ziel ist ein Konzept mit Empfehlungen zu erstellen, welches Pflegende im Nachtdienst unterstützt, eigene, individuelle Entscheidungen bezüglich des Kontaktmodus zu treffen. Entscheidend sind der Einbezug von rechtlichen und fachlichen Aspekten sowie der Patientenpräferenzen.

Vorgehen

Zur Erstellung des Konzepts „aktive Patientenkontakte in der Nacht“ wurden im Rahmen der IST-Analyse Interviews mit vier PatientInnen und fünf Pflegenden auf vier Akutstationen durchgeführt. Anschliessend fand eine Literaturrecherche statt. Die zusammengeführten Ergebnisse wurden in einer interdisziplinären Fachdiskussion - in der auch eine Peermitarbeiterin involviert war - bezüglich der Relevanz und Handhabbarkeit überarbeitet und finalisiert. Aus der Fachdiskussion resultierte eine Indikatorenliste für die Einschätzung und Planung der Kontaktmodi durch Pflegende im Nachtdienst. Nach Fertigstellung des Konzepts „aktive Patientenkontakte in der Nacht“ wurden die Pflgeteams der Akutstationen auf den Inhalt und die Handhabbarkeit des Konzepts im November 2014 geschult. Nach einer Durchführungsphase von sechs Monaten fand im Mai 2015 die Evaluation des Projekts statt. Dazu führte die Projektleitung zwei Fokusgruppeninterviews durch, eines mit PatientInnen und eines mit Pflegenden. Die Ergebnisse beider Interviews wurden analysiert und kategorisiert.

Ergebnisse

Der Tabelle 1 sind die Indikatoren aus der interdisziplinären Fachdiskussion zu entnehmen. Die Risikokriterien weisen auf eine erhöhte Anzahl aktiver Patientenkontakte hin. Bei den Kriterien Schlafstörungen und Reizüberflutung ist je nach Situation ein intensiverer oder extensiver Kontaktmodus angebracht. Es gilt situativ unter Einbezug des vorhandenen Kontexts zu beurteilen.

Tabelle 1: Indikatorenliste zur Einschätzung der Kontaktmodi vgl. [3,4,5]

Wunsch der PatientInnen besondere Anliegen zu Kontakten
Fachwissen, Erfahrung, Intuition
Risikokriterien
Zustandsveränderung somatisch/psychisch → Verwirrtheit, Desorientierung, Krisen am Tag, Medikamentenneueinstellung
Instabiler Zustand akutes Delir, akuter Entzugsverlauf, Sturzgefahr
Einschätzung Tagesdienst Fürsorgerische Unterbringung vorhanden, geschlossener Status, kein Ausgang, noch kein Wochenende zu Hause geschlafen
Nächtlicher Grundpflegebedarf Inkontinenz
Neueintritte
Erste Nacht im Arbeitsblock
Fluchtgefahr oder besondere Aufsichtspflicht
Potenzielle Selbst- und Fremdgefährdung Broeset-Summenscore
Zurückweisung der Fix- oder Reservemedikation
Suizidalität, Isolation und Fixation → Anwendung der <i>lups</i> -Standards → Das Konzept „aktive Patientenkontakte in der Nacht“ kommt nicht zur Anwendung.
Schlafstörungen , unruhiger Schlaf / qualitativ tiefer Schlaf, keine Schlafstörungen Reizüberflutung von der Umwelt

Neue Regelung und Anwendung der Indikatorenliste

Zu Beginn des Nachtdienstes gilt es die PatientInnen aufzusuchen, wie auch am Ende vor dem Übergaberapport an den Tagdienst. Für die Zeit dazwischen wird die, mittels systematischer Einschätzung festgelegte Anzahl der aktiven Patientenkontakte, durchgeführt. Die Risikoeinschätzungen werden im ersten Nachtdienst des Arbeitsblocks, bei Neueintritten und bei sich während des Nachtdienstes akut veränderten Situationen durchgeführt und dokumentiert. Die Indikatorenliste ist nicht als Checkliste zu verwenden, sondern hat einen reflektierenden Charakter. Sie soll den Pflegenden als Unterstützung für die Einschätzung und Dokumentation der klinischen Zustandsbilder der PatientInnen dienen. Weitere fachliche Argumente, die von Pflegenden angewendet werden können, sollen damit nicht ausgeschlossen werden.

Evaluation

Die Kernaussagen der Fokusgruppeninterviews können in vier Kategorien eingeteilt werden; zwei Kategorien welche mit Aussagen aus beiden Interviews entstanden sind (*Partizipation, Sicherheit*), eine Kategorie mit Aussagen von PatientInnen (*Wohlbefinden und Privatsphäre*) und eine Kategorie mit Aussagen von Pflegenden (*Veränderungen aus Sicht der Pflege*).

Partizipation

Der Einbezug der PatientInnen in die Planung der pflegerischen Betreuung wurde in beiden Interviews stark hervorgehoben. PatientInnen nehmen die Betreuung sehr unterschiedlich und personenabhängig wahr, jedoch fühlen sie sich allgemein ernstgenommen und betrachten den Nachtdienst als aufmerksam. Pflegende sind freier in der Patientenbetreuung. So können beispielsweise individuelle Abmachungen und Absprachen mit PatientInnen getroffen werden. Dem obligatorischen Erstkontakt des Nachtdienstes wird ebenfalls beiderseits grossen Wert zugeschrieben. Während es PatientInnen Sicherheit vermittelt, nutzen Pflegende die Gelegenheit, sich einen Eindruck zu verschaffen und können darauf basierend die Betreuung planen.

Sicherheit

Die Einführung des Konzepts zeigte, dass ein hohes Sicherheitsgefühl, sowohl für PatientInnen, als auch für Pflegende entstanden ist. Was Pflegenden Sicherheit vermittelt, ist der erste Patientenkontakt mit der anschließenden Dokumentation, wie auch die Selbstreflexion, die während dessen geschieht. Bei PatientInnen sind es das aktive Nachfragen, der Einbezug, das Anbieten von Abmachungen und das Wissen, dass jemand da ist, was Sicherheit vermittelt. Bei der Durchführung spielt die Intuition und Erfahrung eine zentrale Rolle.

Wohlbefinden und Privatsphäre

Allgemein wird der Privatsphäre grosse Beachtung geschenkt und individuelle Anliegen vom Pflegepersonal respektiert, wie beispielsweise Abend- oder Morgenrituale. Der einflussreichste Faktor für Wohlbefinden und Privatsphäre der PatientInnen ist die allgemeine Geräuschkulisse auf der Station. Als störend werden schnarchende Zimmernachbarn, laut redende Pflegenden auf dem Gang, Zimmertüren und weitere Beispiele genannt.

Veränderungen aus Sicht der Pflege

Es wurde berichtet, dass Pflegenden zum Teil Mühe mit der Anwendung der neuen Regelung hatten. Ein erhöhter Aufwand durch die systematische Einschätzung und der Dokumentation wurde während der Startphase erwähnt. Nach einer gewissen Zeit wurden zunehmend die Vorteile als überwiegend angesehen und der Aufwand reduzierte sich durch die Übung. Übergaberapporte gestalten sich effizienter mit direktem Bezug zu den Risikokriterien.

Schlussfolgerungen

Die Umsetzung des Projekts ist überwiegend positiv ausgefallen. Allem voran ist der Einbezug der PatientInnen in die Entscheidungsfindung über die Festlegung des Kontaktmodus zu nennen. Durch die neue Vorgehensweise steht den Pflegenden in ihrem Handeln mehr Eigenständigkeit und fachliche Kompetenz zu. Negative Aspekte des Projekts sind lediglich auf individuelle Situationen bezogen und nicht auf die Grundsätze des Konzepts zurück zu führen.

Es gibt keine Evidenz für den Nutzen zeitgebundener Kontrollgänge in der Nacht. Alle Ergebnisse aus Analyse, Entwicklung, Implementierung und Evaluation weisen einheitlich darauf hin, dass Regelungen wie jene des 2-Stunden Kontrollgangs, die Erwartungen die an sie gestellt werden nicht erfüllen. Die Evaluation zeigt, dass ein individuelles, patientenorientiertes und sicherheitsorientiertes Konzept diese Erwartungen besser erfüllen kann.

Literatur

1. Böhme, H. (2014). *Sind Kontrollgänge im Nachtdienst erforderlich? Die Schwester Der Pfleger*, 53 (12), 1230.
2. Slade, M. (2009) *100 ways to support recovery*. London: Rethink Mental Illness. Retrieved from www.rethink.org/100ways. Stand 26.6.2015
3. Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., & Löhr, M. (2013). *Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis*, 40, 14–20. doi10.1055/s-0032-1327294
4. Shugar, G., & Rehaluk, R. (1990). *Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation. Comprehensive Psychiatry*, 31(1), 48-55.
5. Stewart, D., & Bowers, L. (2012). *Under the gaze of staff: special observation as surveillance. Perspectives in psychiatric care*, 48(1), 2-9.

6. Die Implementierung einer Ohrakupunkturgruppe nach dem NADA-Protokoll in der Gerontopsychiatrie

Henning Eckert, Janina Geib, Florian Gerhard Metzger

Hintergrund

Vor dem Hintergrund der Häufigkeit depressiver Erkrankungen in der alternden Bevölkerung und bei abnehmender Verträglichkeit von Psychopharmaka mit zunehmendem Alter, ist die Implementierung alternativer antidepressiver Therapiemöglichkeiten in der Gerontopsychiatrie notwendig. Die Ohrakupunktur ist aufgrund der Durchführbarkeit in der Gruppe und als Therapieform, die nicht an Ärzte als Ausführende gebunden ist, gut geeignet, in die Gerontopsychiatrie eingeführt zu werden.

Problemstellung

Kann die Ohrakupunktur als komplementäres Therapieangebot in das ohnehin dichte Setting einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingeführt werden? Wird sie von Patienten und vom therapeutischen Team angenommen?

Ziele

Pro und Contra bzgl. der Ohrakupunktur und bisher bekannte Wirksamkeitshinweise sollten mit qualitativen und quantitativen Methoden untersucht werden.

Vorgehen

Die Patienten werden bei der Aufnahme in einem persönlichen Gespräch mit der Bezugspflegeperson über das Angebot der Ohrakupunkturgruppe informiert. Bei Interesse erhalten sie ein Informationsblatt und Aufklärungsbogen, den sie und der/die zuständige Arzt/Ärztin unterschreiben.

Die Ohrakupunkturgruppe wird zweimal pro Woche zur jeweils gleichen Zeit angeboten und von einer Pflegefachkraft begleitet. Eine weitere Pflegefach-

kraft hilft beim Setzen der Nadeln. An jedem Ohr werden 5 Nadeln platziert. Die Teilnehmerzahl ist auf 8 begrenzt. Während der Therapie wird nicht geredet, gegessen und getrunken, im Hintergrund ist Entspannungsmusik zu hören. Nach dem Entfernen der Nadeln können sich alle Teilnehmer bei einem Heilkräutertee kurz austauschen. Die Dauer einer Sitzung beträgt 45 Minuten. Begleitend werden Interviews und standardisierte Testinstrumente durchgeführt.

Ergebnisse

Erste Befragungen deuteten auf positive Effekte hin, vor allem hinsichtlich einer Besserung der allgemeinen Befindlichkeit, der Fähigkeit zu entspannen, der Linderung von (Kopf)Schmerzen und der depressiven Stimmungslage [1]. Das Interesse an dieser Gruppentherapie übertraf die Zahl der angebotenen Plätze, so dass eine Wartegruppe eingerichtet werden musste.

Nach einem halben Jahr konnte eine ambulante Ohrakupunkturgruppe als IGEL-Leistung für entlassene Patienten eingeführt werden. Sie findet wöchentlich nachmittags statt.

Ab Februar 2015 wurde die Ohrakupunkturgruppe im stationären Bereich eingeführt. Auch hier zeigten sich bei den Teilnehmern erste positive Effekte hinsichtlich Entspannung, Erholung und Schlafregulation. Die Nachfrage und Teilnehmerzahl waren deutlich geringer als im tagesklinischen Setting. Dies liegt vermutlich an dem Schweregrad der Krankheitsbilder und der höheren Zahl an Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium. Um dieses Gruppenangebot auch im stationären Rahmen zu verankern, werden weitere Mitarbeiter geschult.

Das Angebot der Ohrakupunktur als komplementäres Therapieangebot erzeugt bisher zunehmendes Interesse bei Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen.

Diskussion

Die Ohrakupunktur ist eine sehr wirksame, kostengünstige und nebenwirkungsarme Therapie, die auf hohe Akzeptanz stößt. Die bislang erhobenen Daten der Forschungsliteratur untermauern die Erfahrungen vor Ort. Auch wenn die Wirkungsweise(n) der Ohrakupunktur noch nicht eindeutig geklärt ist (sind) [2], so zeigt ihre Anwendung ein breites Wirkungsspektrum [1, 3]. Im stationären Rahmen kann man dieses Therapieangebot aufgrund des Dreischichtbetriebs im Pflegebereich hoch frequent anbieten und damit für Patienten spürbare positive Effekte erzielen.

Schlussfolgerung

Aufgrund der permanent angespannten Finanzlage im deutschen Gesundheitswesen und der günstigen Beeinflussung vieler Krankheitssymptome, bietet sich die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll als komplementäre Therapie im (teil)stationären und ambulanten Rahmen wie auch in sämtlichen Pflegeeinrichtungen an, da viele Beschwerden, unter denen gerontopsychiatrische Patienten leiden, zu den bewährten Indikationen gehören [4].

Literatur

1. Schonegger, S., Ots, T. (2013) *Wirksamkeit der NADA-Ohrakupunktur bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im ambulanten Bereich*. Dt. Ztschr. f. Akup. 56: S. 9-12
2. Peuker, E. T. (2003) *Wissenschaftliche Grundlagen der Ohrakupunktur*, Dt. Ztschr. f. Akup. 45: S. 8-13
3. Ogal, H. et al. (2004) *Beginn der Anxiolyse und Relaxation unter Ohrakupunktur*, Dt. Ztschr. f. Akup. 47: S. 6-12
4. Ogal, H.P., Kolster, B. (2011) *Ohrakupunktur für Praktiker*, Stuttgart, S. 22-23

7. Selbststigmatisierung - Interventionen der Psychiatrischen Pflege

Udo Finklenburg

Hintergrund

Häufig berichten Klienten von Situationen, in denen sie sich aufgrund ihrer Erkrankung benachteiligt fühlen. Vielfach ist dies eine Form der Stigmatisierung, aber es fällt auf, dass häufig die Klienten Situationen als Stigmatisierend interpretieren, obwohl dem ganz andere, meist banale Ursachen zugrunde liegen.

Selbststigmatisierung beginnt aber schon früher – bei der Einsicht, an einer Krankheit erkrankt zu sein, welche in der Gesellschaft Vorurteile, Angst, Unverständnis, Ausgrenzung und Spott auslöst.

Antistigma – Arbeit gab es vielfältig und weltweit. „Die meisten hatten das Ziel, die Stellung der Betroffenen durch Aufklärung der Öffentlichkeit zu stärken. Man kann sich vorstellen, wie mühsam solche Versuche sind, nimmt man sich doch nichts weniger vor, als die Einstellung und Haltung der ganzen Bevölkerung zu ändern“[1].

Da trotz beherzter Versuche die stigmatisierende Haltung weiter Teile der Bevölkerung nicht oder nur zögerlich einzudämmen ist, bleiben die Klienten ihr ausgesetzt und sie verstärken sie durch selbststigmatisierende Reaktionen.

Zielsetzung

Folglich drängt es sich auf, den Fokus von der Öffentlichkeit weg hin zu den einzelnen Klienten zu legen und sie, die Klienten, darin zu fördern, gestärkt und selbstbewusst der Stigmatisierung zu begegnen und nicht der Selbststigmatisierung anheim zu fallen.

Methode

Im Rahmen einer MAS Mental Health Arbeit wird auf der Basis einer Literaturübersicht eine Fokusgruppendifkussion geführt, welche die möglichen Interventionen in der ambulanten psych. Pflege aufzeigen soll, welche gegen Selbststigmatisierung und internalisierter Stigmatisierung wirken.

Ergebnisse

Die Arbeit ist aktuell in Entstehung, Abgabetermin 31.5.15

Literatur

1. Finzen, A. (2013). *Stigma Psychische Krankheit*. Köln: Psychiatrie Verlag.

8. Emotionale Intelligenz und Resilienz bei Betreuern von Patienten mit schizophrenen und bipolaren affektiven Störungen

Beatrice Frajo-Apor, Alex Hofer, Georg Kemmler, Silvia Pardeller,

Einleitung

Betreuer von Patienten mit psychischen Erkrankungen sind im Rahmen der Ausübung ihres Berufes erheblichen emotionalen Belastungen ausgesetzt. Trotz der naheliegenden Annahme, dass Emotionale Kompetenz und Resilienz in der Betreuung von Patienten mit schizophrenen und affektiven Störungen grundlegende Voraussetzungen darstellen, gibt es bisher keine Untersuchungen in diesem Bereich. Hier werden erste Ergebnisse einer explorativen Querschnittstudie präsentiert, die zum Ziel hatte, Emotionale Intelligenz (EI) und Resilienz innerhalb einer Gruppe von professionellen Betreuern genauer zu untersuchen.

Methodik

In einer Querschnittsstudie wurden 61 Betreuer aus dem aufsuchenden psychosozialen Pflegedienst mit 61 Kontrollpersonen ohne beruflichen Bezug zu psychisch Kranken hinsichtlich ihrer emotionalen Intelligenz und Resilienz verglichen. Zur Messung der emotionalen Intelligenz wurde der Mayer-Salovey-Caruso-Emotional Intelligence Test (MSCEIT) verwendet, die Erfassung der Resilienz erfolgte mit der Resilienzskala (RS-25). Gruppenunterschiede wurden mittels Mann-Whitney-U Test berechnet.

Zusammenfassung

- Betreuer und Kontrollpersonen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrer Emotionalen Intelligenz oder Resilienz
- Zwischen Emotionaler Intelligenz und Resilienz besteht ein positiver Zusammenhang

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass Betreuer von Patienten mit schizophrenen und bipolaren affektiven Störungen keine bessere Performance im Bereich EI oder Resilienz erreichen als Kontrollpersonen, die nicht im psychiatrischen Bereich tätig sind. Allerdings ergibt die Korrelationsanalyse einen positiven Zusammenhang zwischen dem EI-Level und dem Resilienz-Level. Diese Ergebnisse könnten für Aus- und Weiterbildungsprogramme bzw. arbeitsgesundheitliche Belange - zum Beispiel im Sinne einer Burn-out Prävention - relevant sein.

9. NANDA-I in der stationären psychiatrischen Pflege

Fritz Frauenfelder, Maria Müller Staub

Hintergrund

Die Anwendung von standardisierten Terminologien in der Pflege fördern die adäquate und nachvollziehbare Beschreibung der pflegerischen Praxis und liefern eine Basis für Entscheidungen zur Steigerung der Wirksamkeit und Kontinuität [1]. Die NNN Klassifikation (NANDA-I, NOC, NIC) erwies sich als das weltweit etablierteste System [2], wobei die NANDA-I Klassifikation die Pflegediagnosen abbildet. Im Bereich der stationären Psychiatrie besteht ein Forschungsbedarf zur Bestimmung des Abbildungsgrads der NANDA-I Klassifikation bezüglich pflegerelevanter Phänomene.

Fragestellung

Welche in den Verlaufsdocumenten beschriebenen menschlichen Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse in der stationären Psychiatrie sind in der NANDA-I Klassifikation abgebildet.

Methode

Die Studie identifiziert anhand eines mehrstufigen inhaltsanalytischen Prozesses nach Mayring [3] Phänomene im Zusammenhang mit menschlichen Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse in Verlaufsdocumentationen bei Menschen mit schweren, chronifizierten psychischen Erkrankungen im stationären Setting. Diese Phänomene wurden anhand einer systematischen Vorgehensweise mit den Pflegediagnosen der NANDA-I Klassifikation auf den Ebenen der Definitionen und den bestimmenden Merkmalen und beeinflussenden Faktoren verglichen.

Resultate

In den Verlaufsdokumentationen von 70 Patienten wurden 1818 Eintragungen analysiert. Dabei wurden 1021 Hinweise auf menschliche Reaktionen identifiziert, welche wiederum 142 Phänomenen zugeordnet werden konnten. In 29 Fällen (451 Hinweise) konnten Phänomene den NANDA-I Diagnosen auf der Ebene der Definitionen zugeordnet werden. Rund 15 Phänomene (361 Hinweise) konnten bestimmten Merkmalen und beeinflussenden Faktoren von Pflegediagnosen zugeordnet werden und 9 Phänomene (130 Hinweise) konnten nicht zugeordnet werden. Diese wurden aufgrund ihres Inhaltes mit einem Arbeitstitel versehen und zur Entwicklung als neue Pflegediagnosen vorgeschlagen. Rund 89 Phänomene (124 Hinweise) erwiesen sich als zu vage formuliert, um eine inhaltlich Kernaussage zu einem Phänomen zu machen. Die häufigsten identifizierten Phänomene waren „Somatische Schmerzen“, „Ineffektives Coping“, „Unruhe“, „Noncompliance“ und „Negative-Emotionale Reaktionen“.

Diskussion

Die meisten in Verlaufsdokumentationen identifizierten Phänomene sind in der NANDA-I Klassifikation abgebildet. In einigen dieser Fälle braucht es inhaltliche Modifikationen, um eine adäquate Abbildung der stationären psychiatrischen Pflege in NANDA-I zu gewährleisten (z.B. die Phänomene „Unruhe“, „Beeinträchtigte/limitierte Kognition“, „mangelnde Einsicht“). Im Weiteren besteht Bedarf gewisse Phänomene in bestehende Pflegediagnosen zu integrieren bzw. solche neu zu entwickeln.

Schlussfolgerung

Die Studie zeigt, dass die NANDA-I Klassifikation einen grossen Teil pflegerelevanter, menschlicher Reaktionen im Bereich der stationären Psychiatrie beinhaltet. Dennoch besteht ein Bedarf nach weiteren Forschungen, um die Abbildung des Fachgebietes zu vervollständigen.

Literatur

1. Keenan, G., & Yakel, E. (2005). *Promoting Safe Nursing Care by Bringing Visibility to the Disciplinary Aspects of Interdisciplinary Care*. *AMIA Annual Symposium Proceedings, 2005*, 385–389.
2. Anderson, C., Keenan, G., & Jones, J. (2009). *Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set*. *Comput Inform Nurs*, 27(2), 82-90.
3. Mayring, P. (2010). *Qualitative inhaltsanalyse (pp. 601-613)*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

10. Auch Fische können sprechen: Treffpunkt Aquarium auf einer gerontopsychiatrischen Station

Sonja Freyer, Heidi Sommer

Hintergrund

Auf der Station G0, einer spezialisierten Station für Menschen mit Demenz, werden seit Februar 2010 zwei Aquarien eingesetzt. Das Süßwasser Aquarium befindet sich im Aufenthaltsraum der Station und beinhaltet diverse Süßwasserfische, wie den Feuermaul-Buntbarsch oder der afrikanische Schmetterlingsbuntbarsch sowie diverse Pflanzen.

Aus der Literatur ist bekannt, dass tiergestützte Therapie einen positiven und gesundheitsfördernden Einfluss auf Menschen mit Demenz hat [1]. Es finden sich Hinweise, dass Aquarien sich positiv auf die Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz auswirken, so zeigt dies eine Studie von Edwards, N. und Beck, A. [2]. Die Autoren beschreiben in ihrer Interventionsstudie eine Gewichtszunahme bei den Patienten, nachdem ein Aquarium eingesetzt wurde. Darüber hinaus wirken die Aquarien beruhigend und bieten Gesprächsanreize, wie zum Beispiel die unterschiedlichen Fische oder die Farben der Pflanzen.

Bei dem Einsatz von Tieren unterscheidet die Delta Society Australia, eine „not-for-profit“ Organisation, die zwei Begriffe: Animal Assisted Activities (AAA) von Animal Assisted Therapy (AAT) und zwar abhängig davon, in welcher Rolle die Tiere eingesetzt werden [3]. Auf der Station G0 wird „Animal Assisted Activities (AAA)“ eingesetzt. Das bedeutet, es kommt zu einer gemeinsamen Aktivität, in Anwesenheit der Tiere (Fische im Aquarium). Es kann zu einem spontanen Zusammentreffen, ohne zuvor festgelegte Ziele, kommen [3]. Bei der „Animal Assisted Therapy (AAT)“ sind die Tiere „integraler Bestandteil des therapeutischen Konzeptes“ [3]. Hier werden vor dem Einsatz klare Ziele formuliert.

Im pflegerischen Alltag, in Gesprächen zeigt sich, dass Tiere in der Biographie eines Menschen eine wichtige Rolle einnehmen [3].

Problemstellung

Das Thema „Sprachen“ bzw. Kommunikation begegnet den Pflegenden im Arbeitsalltag auf der gerontopsychiatrischen Station auf sehr unterschiedliche Weisen. Es ist immer wieder eine Herausforderung mit Menschen mit Demenz in Kontakt zu treten. Durch ihre kognitiven Einschränkungen ist diese Personengruppe oftmals nicht in der Lage alle Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten [4]. Weiter können sich auch Phänomene, wie dauerndes reden, schreien oder ein schwer verständliches Sprechen zeigen [4].

Ziele

- Durch den Einsatz der Aquarien erfolgt ein weiteres pflegerisches Angebot auf der Station G0, welches sich beruhigend aber auch kommunikationsfördernd auswirkt.
- Passive Verhaltensmuster der Patienten können aufweichen bzw. sich hin zu Aktivität verändern.
- Förderung der Interaktionen zwischen den Patienten und auch ihren Angehörigen.
- „Förderung des Wohlbefindens, positive Wirkung auf die kognitiven, sozialen und emotionalen Prozesse sowie die Anregung aller menschlichen Sinne“ [3].

Vorgehen

Auf der Station G0 stehen zwei Aquarien im Aufenthaltsraum, die zur Sicherheit der Patienten und der Fische verschlossen sind und somit auch ein hineingreifen nicht möglich ist. Am Nachmittag um 15 Uhr werden die Aquarien gezielt in Kombination mit Finger Food und Getränken eingesetzt. Gleichzeitig werden die Fische im Aquarium gefüttert, wenn möglich über-

nimmt das einer der Patienten. Zu diesem Zeitpunkt wird situativ an einem Stehtisch Fingerfood bereitgestellt und/oder an den Tischen, an denen die Patienten sitzen. Zu dem Fingerfood wird ein Getränk beispielsweise in Form eines Milchshakes oder einer Saftschorle gereicht. Die Idee dahinter ist, gerade unruhige, umherlaufende Patienten für einen Moment zu fokussieren und Ihnen zusätzliche Kalorien anzubieten.

Die Pflegeperson, die die Situation leitet, richtet das Gespräch auf das Aquarium, gibt Gesprächsimpulse, wie z. B. das Verhalten einiger Fische auf das Futter oder die Farben der Blumen. Sie klopft auch mal an die Scheibe des Aquariums, um Impulse bei den Fischen auszulösen. Ebenfalls kann der Fokus auf die unterschiedlich beleuchteten Aquarien gerichtet werden.

Im Rahmen von Erinnerungspflege werden Erinnerungen gefördert. Beispielsweise hatten Patienten evtl. selber ein Aquarium oder über die Fische wird das Gespräch auf andere Tiere gelenkt. Oftmals hatten die Patienten in ihrem Leben einmal ein Haustier und können dann in diesem Zusammenhang davon berichten und erzählen von erlebten Situationen, von ihren Tieren.

Ergebnisse und Erfahrungen

Das Aquarium im Aufenthaltsraum der Station stellt einen Treffpunkt dar, an dem die Patienten die Bewegungen der Fische beobachten und darüber sprechen. Bei der Fütterung der Fische werden die Patienten aktiv mitbeteiligt, dies bildet einen Teil der Tagesstruktur. Interessant zu beobachten ist, dass immer wieder einige Patienten vor den Mahlzeiten zu den Aquarien gehen, die Fische beobachten, zeitweise sprechen die Patienten auch zu den Fischen und gehen dann zu Tisch, um etwas zu essen oder zu trinken.

Aussagen, wie „*die Fische sind meine Familie*“, wirken sehr eindrücklich. Dies äusserte beispielsweise eine 85 jährige Patientin, mit einer wahnhaften Störung sowie leichten kognitiven Defiziten. Die Patientin hatte keine Angehörige mehr. Diese Patientin begrüßte morgens immer zuerst die Fische bevor sie frühstückte. Sie beobachtete die Bewegungsabläufe der Fische

und klopfte mit den Fingern an die Scheibe, um Reaktionen der Fische herauszufordern. Im Laufe des Tages wiederholte sie dies. Dabei wirkte sie von der Mimik und Körperhaltung her oftmals sehr entspannt.

Ebenfalls sehr imposant, war ein Erlebnis mit einer sehr agitierten Patientin, die permanent über die Station ging und monotone Worte in Form von Gedankenkreisen äusserte: „*ich muss nach Hause*“. Diese Patientin konnte Phasenweise in Begleitung für 5 bis 10 Minuten vor dem Aquarium sitzen, die Fische beobachten und über die Fische, Blumen sowie das Gesehene sprechen.

Der Einsatz des Fingerfoods weckte zum Teil auch Neugierde, beispielsweise bei einem Patienten mit einer schweren emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Alter. Er konnte über das angebotene Getränk Kontakt zu der Pflegeperson aufnehmen, was ihm sonst kaum auf einer adäquaten Weise möglich war. In diesem Kurzkontakt konnte die Pflegeperson den Patienten anders erleben, als im sonstigen Stationsalltag, wo der Patient kaum in eine positive Interaktion mit den Pflegenden trat.

Von den Kollegen aus dem Nachtdienst ist zu erfahren, dass einige Patienten selbst äusseren, dass es sie beruhigt, die Fische sehen zu können.

Es entsteht bei den Patienten Freude durch die Beobachtung. Die Aquarien bilden einen Blickfang und einen Treffpunkt. Sie stellen ebenfalls eine Kommunikationsplattform für Angehörige und Patienten, aber auch für Pflegenden dar.

Gemeinsames Füttern der Fische mit Patienten, die dazu in der Lage sind, kann ein Teil der Tagesstruktur sein. Beim Füttern der Fische, muss genau darauf geachtet werden, dass jeweils nur eine Portion pro Aquarium abgegeben wird. Dies ist in der Verantwortung der Pflegenden

Der Einsatz des Stehtisches ermöglicht es auch umherlaufenden, unruhigen Patienten eine kurze Pause einzulegen und für wenige Minuten ihre Konzentration auf das Aquarium mit den Fischen zu richten.

Die Erfahrungen im Arbeitsalltag zeigen, dass das Aquarium im Gegensatz zu einem Fernseher keine Reizüberflutung auslöst.

Diskussion

Der bisherige Einsatz der Aquarien auf der Station hat sich bewährt, es wird als pflegerisches Therapieangebot wahrgenommen und eingesetzt. Darüber hinaus wirken die Aquarien auch positiv auf das Milieu. Die Erfahrungen auf der Station decken sich mit den bereits bekannten Erkenntnissen aus der Literatur.

Schlussfolgerung

Der gezielte Einsatz der Aquarien in Kombination mit dem Fingerfood und den Getränken hat sich auf der Station bewährt. Die Kombination, einen Stehtisch zu nutzen oder sich mit einzelnen Patienten gezielt vor das Aquarium zu setzen, fördert die Aufmerksamkeit der Patienten und ermöglicht Ihnen Ruhepausen. Da einige Patienten nicht ausreichend essen und trinken, erhalten sie in Form von Fingerfood und Milchshake ein weiteres Angebot Kalorien aufzunehmen, was gerade bei sogenannten „Umherlaufenden“ wichtig ist [4].

Die Pflegeperson, die diese Intervention durchführt, muss wissen, ob bei einigen Patienten eine Lebensmittelallergien oder beispielsweise ein Diabetes besteht.

Mit dem Aquarium und den Fischen findet das Thema Sprachen einen neuen Ansatzpunkt auf der Station und wird gezielt eingesetzt. Es zeigt eine positive Auswirkung auf Patienten, Angehörige und Mitarbeiter aller Berufsgruppen.

Literatur

1. Richeson, N. E.; McCullough W., T. (2004): *Animal assisted Living* 2004
2. Edwards, N.E.; Beck A. M. (2002): *Patients respond to Aquariums*
3. *Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009) S. 137-140*
4. Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. (2015): *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*

11. Psychoedukation in einfacher Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten unter Berücksichtigung des Recovery Konzeptes

Sabine Fuchs

Hintergrund

Im Jahr 2012 eröffnete ein Wohnheim für Menschen mit psychischer Erkrankung und, neu für alle Beteiligten, Lernschwierigkeiten.

Das Team (Diplompädagogen, Arbeitserzieher und Heilerziehungspfleger) arbeitet seither an einer Verbesserung des Wohnklimas und sämtlicher Abläufe. Im Zusammenleben der acht Bewohner kamen u.a. Fragen bezüglich der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und deren Symptomen auf. Die Sinnhaftigkeit einer Psychoedukationsgruppe wurde zum Thema.

Zeitgleich stieß das Team auf das Arbeitsmaterial „Das Leben wieder in den Griff bekommen – ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery“ [1].

Einer der Arbeitserzieher hatte die Idee beides zu kombinieren und die Autorin bekam den Auftrag ein Konzept zu erstellen.

Problemstellung

Oft erleben Pflegende im Alltag, dass psychosoziale Interventionen nicht zielführend sind. Patienten und Behandler bleiben ratlos mit dem Gefühl alle Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben zurück. Zwei mögliche Gründe hierfür sind:

a) Die Korrelation zwischen Kommunikation und Noceboeffekt: Häuser, Hansen & Enck [2] haben das Thema beforscht und eine Übersichtsarbeit veröffentlicht. Noceboeffekte seien Beschwerden, die unter einer Scheinbehandlung und/oder durch Suggestion negativer Erwartungen entstünden. Zugrundeliegende Mechanismen seien Lernen durch Pawlowsche Konditionierung und Reaktion auf Erwartungen, ausgelöst durch verbale Informatio-

nen oder Suggestionen. Noceboantworten könnten durch unbeabsichtigte negative Suggestionen von Ärzten und Pflegepersonal hervorgerufen werden. Die Aufklärung über mögliche Komplikationen einer Therapie und negative Erwartungen des Patienten erhöhten die Häufigkeit unerwünschter Wirkungen. Schlussfolgerung sei, dass Ärzte sich in dem ethischen Dilemma zwischen der Aufklärungspflicht und der Pflicht Risiken für den Patienten zu minimieren befänden, inkl. der Induktion von Noceboeffekten durch Aufklärung. Eine mögliche Strategie der Lösung dieses Dilemmas sei die Fokussierung auf die Verträglichkeit von Maßnahmen.

Nach Meinung von Dorothea Sauter [3] befindet sich auch die Pflege in diesem Dilemma. Grundsätzlich gelte für Pflegediagnosen dasselbe wie für ärztliche Diagnosen: Sie könnten stigmatisierend wirken, würden zu Schubladendenken führen und Patientinnen und Patienten könnten sich etikettiert fühlen.

b) Kommunikationsstörungen: Aus unterschiedlichen Gründen kann das Gesprochene nicht, nicht ganz oder falsch beim Gegenüber ankommen. Die Ursachen sind vielfältig und sollten aufgedeckt und behoben werden. Wiesner-Mantz, Müller-Dannecker & Kunert [4] beleuchten einen Teil des Feldes und nehmen Bezug auf die Bedeutung des gesprochenen Wortes, verweisen aber auch auf die Wichtigkeit des sprachlichen Ausdrucks. Gesprächskompetenz zeige sich auf zwei Ebenen: Die professionelle innere Gesprächshaltung und der kompetente sprachliche Ausdruck. Letzterer zeichne sich aus durch Wortschatz, Körpersprache, Sprechtempo, Sprachstruktur, Sprechmelodie, Eindeutigkeit, Empathie und Kompetenz.

Form und Inhalt der Kommunikation sind also von entscheidender Bedeutung. Es ist notwendig sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten den Behandler verstehen.

Eine Möglichkeit Sprachbarrieren für Menschen mit Lernschwierigkeiten abzubauen, ist Texte in „Leichte Sprache“ zu „übersetzen“.

Ziele

Patientinnen und Patienten sollen durch Psychoedukation wissen woran sie erkrankt sind, dennoch nicht ängstlich und mutlos sein. Das Gelernte soll in die Lage versetzen mündige Entscheidungen zu fällen.

Sind psychoedukative Maßnahmen mit der Recovery Philosophie überhaupt zu vereinbaren?

Regine Kuck [5] schreibt dazu, Psychoedukation könne dazu dienen Copingstrategien zu entwickeln und Empowerment zu fördern. Kuck findet aber auch kritische Worte und verweist auf die Notwendigkeit des Überdenkens psychiatrisch Tätiger ihrer Rolle weg von Experten der Erkrankung hin zu Begleitern und Unterstützern auf individuellen Lebenswegen. Leiter psychoedukativer Gruppen sollten wissen, dass es Patienten möglich sei die Erfahrung der Erkrankung zu nutzen über ihr Schicksal hinauszuwachsen und sie dabei begleiten. Betroffene würden häufig nicht da abgeholt wo sie stehen, sondern entsprechend eines vorgegebenen Manuals instruiert. Als Fazit hält sie fest, Psychoedukation sei ein etabliertes Instrument der Wissensvermittlung – wenn die Haltung der Moderatoren stetig überprüft werde.

Vorgehen

Um lernen zu können was „Leichte Sprache“ ist, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales einen Ratgeber [6] ins Netz gestellt, der mit praktischen Beispielen versehen ist. Unter Einbezug dieser Informationen kam es zur Bezeichnung des neuen Programms. Psychoedukation ist ein Fremdwort, dies soll vermieden werden. Die Wahl fiel deshalb auf:

Das „Die-Krankheit-verstehen“-Programm.

Ideal wäre das Programm von einer Prüfungskommission lesen zu lassen, um deren Rückmeldungen einfließen zu lassen. Da dies momentan finanziell nicht machbar ist, greifen wir auf Anraten der Lebenshilfe Bremen auf die Patientinnen und Patienten vor Ort zurück und verbessern das Programm sukzessive während der Durchführung. Die Entstehung des Programms ist

also ein Prozess: Noch nicht evaluiert, noch nicht fest installiert und nie vollständig - ein Anfang.

Grundsätzliche Bausteine der Sitzungen wie Einladung, Begrüßung, Befindlichkeitsrunde und Reflektion werden nicht extra aufgeführt.

Jeder Teilnehmer bekommt eine rote Karte die er heben kann/soll, sobald er etwas nicht verstanden hat.

Das neue Programm beruht inhaltlich auf den Arbeits- und Informationsblättern des Buches „Diagnosenübergreifende Psychoedukation“ [7] und ist angepasst an die Bedürfnisse von Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Weitere Zielgruppen könnten davon profitieren: Asylbewerber, Immigranten, Menschen mit Konzentrationsschwierigkeiten, Menschen ohne medizinische Vorkenntnisse...

Erfahrungen

Das „Die-Krankheit-verstehen“-Programm wurde mit ersten PatientInnen durchgeführt, vorerst im Einzelkontakt, später in Kleingruppen. Einheiten von 30 Minuten Länge waren das Maximum, eine 15 minütige Pause war nötig. Teile des vierten Treffens (Psychopharmaka) waren für einige zu detailliert, andere konnten gut folgen. Hier braucht der Gruppenleiter Finger-spitzengefühl und muss individuell vorgehen. Desweiteren war es nötig alle Einheiten mehrmals abzuhalten. Nach der dritten Wiederholung war eine Verfestigung der Lerninhalte feststellbar. Evtl. stellt sich nach Abschluss des Pilotprojektes heraus, dass aus den fünf Einheiten besser acht werden, o.ä.

Die bisher erzielten „Aha- Effekte“ haben uns erstaunt, die PatientInnen loben die Verständlichkeit und freuen sich über erkannte Zusammenhänge.

Diskussion und Schlussfolgerung

Abderhalden & Needham [8] betrachten Psychoedukation kritisch und zitieren hierzu zum einen Bock et al.: „Lassen Sie sich nicht einreden, Ihre Krise sei nur körperlich bedingt, die Psychose nur eine Transmitterstörung. [...] Wenn Sie an einer Psychoedukation teilnehmen, hören Sie gut zu: Sie werden entdecken, dass auch das Wissen der Psychiater relativ begrenzt ist. Die wirklichen Antworten lassen sich nicht per Edukation, sondern nur im Dialog finden“, zum anderen Phil Barker: „Die gegenwärtigen Verfahren wie etwa Psychoedukation zeugen davon, wie Professionelle von Betroffenen verlangen, dass sie ihre eigenen Erfahrungen leugnen und sich zur psychiatrischen Auffassung bekehren, eingedenk deren Grundsätze, Annahmen und Sprache“.

Zu diskutieren bleibt: Wer profitiert wann von einer Diagnose? Ist Aufklärung Pflicht, oder kann sie schaden? Wer entscheidet wann darüber?

Hypothese: Wenn das Wissen dazu dient selbstbestimmt zwischen Behandlungsmöglichkeiten zu wählen und das Leben zu gestalten, ist Aufklärung richtig und wichtig, andernfalls unnötig und schädlich.

Fazit der Autorin: Richtig verstanden und angewandt kann Psychoedukation zu mehr Unabhängigkeit verhelfen und somit die Lebensqualität verbessern.

Literatur

1. Winter, A. (2009). *Mein persönlicher Recovery Plan*. In Abderhalden, C., Schulz, M., Stefan, H., Winter, A. (Hrsg.), *Das Leben wieder in den Griff bekommen* (S. 1-44). Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD). Englische Originalausgabe: perkins, R., Rinaldi, M., (2007). *Personal Recovery Plan*. (2. Auflage). London: South West London and St. George`s Mental Health NHS Trust.
2. Häuser, W., Hansen, E. & Enck, P. (2012). Nocebophänomene in der Medizin. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 109, Heft 26, S. 459-466.
3. Sauter, D. (2011). Dokumentation und Pflegesprache. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 392). Bern: Hans Huber/Hogrefe AG (3., vollständig überarbeitete Auflage).
4. Wiesner-Mantz, S., Müller-Dannecker, E., & Kunert, K. (2013). *Sprich, damit ich Dich sehe, Profi! Padua – Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und –bildung*, Band 4, September 2013, S. 233-239.
5. Kuck, R. (2013). *Auf dem Weg vom Lehrenden zum Unterstützer*. *Psych Pflege Heute*, 5/13, S. 192-196.
6. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (Juli 2013). *Leichte Sprache – Ein Ratgeber*. Zugriff am 1.3.2015
http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/StdS/UN_BRK/LS_EinRatgeber.pdf?__blob=publicationFile
7. Jensen, M., Hoffmann, G., Spreitz, J. & Sadre Chirazi-Stark, M. (2014). *Diagnosen-übergreifende Psychoedukation*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
8. Abderhalden, C., Needham, I. (2011). In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 540). Bern: Hans Huber/ Hogrefe AG (3., vollständig überarbeitete Auflage).

12. Professionelle Zusammenarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Béatrice Gähler-Schwab

Hintergrund

Innerhalb der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen (auch interprofessionelle Zusammenarbeit genannt) unabdingbar und wird sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting gefördert. Gerade die unterschiedlichen Anbieter in der Begleitung von psychisch erkrankten Menschen sind auf eine gegenseitige Zusammenarbeit angewiesen um möglichst „zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich“ handeln zu können.

Einleitung

In der ambulanten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen ist die interprofessionelle Zusammenarbeit aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen ein Thema, das mehr Beachtung erfordert. Zwar funktionieren die bereits vorhandenen Strukturen in der Regel gut, aber die Behandlungsprozesse werden zunehmend komplexer und erfordern von Fachpersonen aus verschiedenen Professionen eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit untereinander, um den zunehmenden Anforderungen gerecht zu werden.

Thema

Jeder psychisch Erkrankte hat einen individuellen Bedarf an seinem professionellen Setting, welches in einem Höchstmass flexibel reagieren muss, um die allenfalls komplexe Problemlage zu überwinden. Dabei sollte er die Möglichkeit haben, für sich selber die definierte optimale Begleitung zu organisieren. Verschiedene Faktoren wie Angst, Scham, Unsicherheit und/oder

Überforderung sind Teile, die häufig eine klare, strukturierte Behandlung oder eine Zusammenarbeit verschiedener Professionen erschweren.

Ambulante psychiatrische Pflege begleitet psychisch betroffene Menschen im Alltag. Sie bietet Unterstützung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen im Zusammenhang mit der psychischen Beeinträchtigung. Im Mittelpunkt steht die professionelle Beziehung. Psychisch erkrankte Menschen ziehen sich oft zurück und vermeiden soziale Kontakte. Die ambulante psychiatrische Pflege fungiert daher oft als Bindeglied zu anderen Berufsgruppen und ermöglicht, durch gezieltes individuelles Fördern die soziale Integration.

Problemstellung

Die beteiligten Fachpersonen oder Fachstellen stellen nur die wichtigsten Verbindungspunkte in einer Zusammenarbeit dar. Je nachdem welcher individuelle Bedarf der einzelne Betroffene hat, kann dieses Netzwerk an Fachpersonen unterschiedlich und auf verschiedenartige Art und Weise zusammengesetzt sein.

Voraussetzung für eine Zusammenarbeit ist, dass die einzelnen Dienstleister Kenntnis voneinander haben, und die Aufgabenbereiche definiert sind. Das setzt voraus, dass die Fachpersonen untereinander die gleiche Sprache sprechen.

Die ambulante psychiatrische Pflegefachperson hat vielfach die Übersetzungsfunktion bei den Betroffenen und die Aufgabe, die unterschiedlichen Fachpersonen untereinander zu vernetzen.

Vorgehen/Ziel

Anhand von Fallbeispielen wird aufgezeigt, wie wichtig eine gemeinsame Sprache in der professionellen Zusammenarbeit mit allen Beteiligten in der ambulanten Versorgung ist, mit dem Ziel, Pflegefachpersonen auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Vernetzungsarbeit zu sensibilisieren.

Lernziele

Klare Informationsstrukturen innerhalb der Zusammenarbeit schaffen ein tragfähiges und stabiles Umfeld, in dem sich die Betroffenen ernstgenommen, als Partner und als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft fühlen.

13. Schuhwerk: ein Projekt der Theatergruppe WYLER 60

Eine Koproduktion des psychiatrischen Ambulatoriums Ost der UPD Bern, der Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie IGS in Bern

Martin Gallati, Steffi Urech, Gabrielle Dietsche, Melanie Gerber, Jean Pierre Saxer, Hans Thennig, Ramona Voumard, Christian Burr

Einleitung

Im Rahmen der Entwicklung sozialpsychiatrischer Strukturen wurden in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts im Bern die sozialpsychiatrischen Klinikambulanzen geschaffen. Dies mit dem Ziel, die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wohnortsnaher zu behandeln und zu betreuen und die soziale Integration der Betroffenen zu fördern [1]. Um diese Integration zu fördern wurde die Zusammenarbeit des Ambulatoriums Ost [2] mit der Gemeinde und den Quartiervereinen intensiviert. Mit Unterstützung der Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie (IGS) [3] in Bern entstand daraus im Berner Nordquartier das Projekt Integration Bern Nord (IBN) [4]. Dieses hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten aus dem Ambulatorium und den Quartierbewohnern einen Begegnungsraum zu ermöglichen. Inhalte dieser Begegnungen sind einerseits ein Mittagstisch mit anschliessendem Freizeitprogramm, sowie ein 'Marktkaffee' am Samstagmorgen.

Im Rahmen dieses Freizeitprogramms findet seit einigen Jahren eine Theatergruppe unter der Leitung eines Theaterpädagogen / Psychodramatikers und einer Pflegefachfrau aus dem Ambulatorium statt. Über Improvisationen, ganz persönlichen Inputs und die Auseinandersetzung mit verschiedenen Themen, sind schon mehrere kleinere Präsentationen in jeweils vertrautem Rahmen entstanden. Es ist in der Zwischenzeit sehr viel positive Gruppendynamik, Mut sich in verschiedenen Rollen zu zeigen, Auftrittskompetenz und Selbstbewusstsein entstanden. Der nächste Schritt ist dadurch

logisch. Es ist das Bedürfnis entstanden, sich in einem grösseren Projekt in einer breiteren Öffentlichkeit zu zeigen.

Das Projekt - Ein mutiger Schritt aus dem Schatten ins Licht

Durch den biografischen Hintergrund und die psychiatrische Erfahrung der Einzelnen, ist die Idee entstanden ein Stück zum Thema „Geschichten die das Leben schrieb“ zu machen. Diese sollen sich in einem Stück zu einem künstlerischen Ganzen verweben. Jeder bekam die Aufgabe vier Geschichten aus seinem Leben (Kindheit, Freie Wahl, Psychiatrie und Traum/Sehnsucht) in der Gruppe zu erzählen. Jede dieser Geschichten wird einem Paar Schuhe zugeordnet, welche auch als Bühnenbild dienen. Im Laufe des Stückes kann jeder in jedes paar Schuhe steigen und die zugeordnete Geschichte als seine eigene erzählen, und vielleicht auch Parallelen zu seinem eigenen Leben finden. Ein wichtiger Teil ist die Geschichte „eine wahre“ Geschichte die nie stattgefunden hat (ein Traum/eine Sehnsucht), im Sinne von Begrenzungen auflösen, sich Neues vorstellen können, die Träume wiederfinden. Die Bühne bietet die ideale Plattform und die nötige Freiheit, dieser Dynamik des Wachsens, Verzweigens, Erweiterns, Bewegens Raum zu geben. Es ist geplant, dieses Projekt im November 2015 zur Aufführung zu bringen.

Ziele

Den Teilnehmenden aber auch dem Publikum zu ermöglichen, neue Geschichten zu hören, eigene Grenzen zu spüren, sich darauf einzulassen, seine Perspektiven zu erweitern, weiter zu denken, zu verstehen, näher zu bringen und wertfrei zuhören zu können.

Gestaltung Workshop

Ablauf

- Theatrale Anwärmung
- Technik des Geschichten Erzählens üben
- eigen Geschichten erzählen
- Geschichten im Rollentausch erzählen

Leitung

Durch Theaterpädagoge und Psychodramatiker und unterstützt durch eine Pflegefachfrau und Psychiatrieerfahrene.

Weitere Aspekte

Es sind kurze Inputs, viel praktisches Üben und auch ein reflexiver Austausch geplant.

Lernziele

Sich selber Mut machen sowie Patientinnen und Patienten zutrauen, eigene Geschichten vor Publikum zu erzählen.

Entwickeln:

- von Empathie für andere Geschichten,
- eines Bewusstseins für sprachlichen Ausdruck,
- von Rollenflexibilität und Auftrittskompetenz.

Möglichkeiten kennen lernen, wie ein solches Vorhaben auf eine unkonventionelle Weise angegangen werden kann.

Literatur

1. Hoffmann, H., E. Hartmann, and J. Zaugg-Nimmerrichters, *Erfahrungen aus einer gemeindenahen, sozialpsychiatrischen Ambulanz*. *Psychiatrische Praxis*, 1989. 16: p. 8-13.
2. *Universitäre Psychiatrische Dienste. Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Gemeindenahe Psychiatrie. Ambulatorium Ost*. 2015 [cited 2015 07. July]; Available from: http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/angebote-erwachsene/angebote_fuer_erwachsene/schwerpunkt_psychose/gemeindenahe_psychiatrie/ambulatorium_ost.html.
3. *Interessensgemeinschaft Sozialpsychiatrie IGS. Begleitetes Wohnen und Freizeitangebote*. 2015 [cited 2015 06. July]; Available from: <http://www.igsbern.ch/de/wohnen/index.php>.
4. *Quartierzentrum Wylerhuus. Unsere Arbeit im Quartier*. [cited 2015 22. Juni]; Available from: <http://www.wylerhuus.ch/quartierarbeit/>.

14. Mitreden - Mitdenken – Mitgestalten - Aufbau von Nutzendenbezug in die Lehre und Forschung im Bereich der psychiatrischen Pflege und Betreuung

Caroline Gurtner, Joy Duxbury, Sabine Hahn

Hintergrund

Angebote von Gesundheitsdienstleistungen sollen in Zukunft nicht nur effizienter und wirtschaftlicher gestaltet werden, sondern sich auch vermehrt an den Bedürfnissen der nutzenden Personen orientieren.

Studien und Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass Personen mit Krankheitserfahrung eine wichtige Ressource für die Forschung und die Entwicklung von Dienstleistungen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung darstellen. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Nutzenden ermöglicht neue Sicht- und Herangehensweisen bei Forschungsprojekten, stellt den Realitätsbezug zum Krankheitserleben in der Lehre sicher und liefert innovative Inhalte für die Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen. Diese Entwicklung wurde besonders in England durch eine nationale Gesundheitsstrategie ermöglicht, welche explizit fordert, dass die Betroffenen einerseits im Mittelpunkt der Behandlung stehen und andererseits in die Pflege- und Behandlungsplanung miteinbezogen werden [1].

In der Schweiz setzte die Agenda für klinische Pflegeforschung in der Schweiz (SRAN) die Forderung nach einer verstärkten Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten auf ihre Prioritätenliste [2]. Der Bundesrat prüft ebenfalls Vorschläge und Massnahmen, wie die Stellung der Patientinnen und Patienten einerseits gestärkt und andererseits in welcher Form ihre Interessen in die gesundheitspolitischen Prozesse einbezogen werden können [3]. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung etabliert sich zurzeit vor allem der Nutzendeneinbezug in Form von Peer-Arbeit. Dieser partizipative Ansatz soll jedoch in Zukunft darüber hinaus auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung in der Schweiz implementiert und gestärkt werden [2, 4]

Zielsetzung

Mit unserem Projekt PIONEERS soll der Einbezug von Nutzenden in die Lehre, Forschung und Entwicklung an der Berner Fachhochschule systematisch aufgebaut, entwickelt und evaluiert werden. Dabei orientiert sich das Vorgehen an einem erfolgreichen Beispiel zum Nutzendeneinbezug aus England und eine enge Kooperation mit Nutzenden und Forschenden aus diesem Projektteam wurde vereinbart.

Methode

Das Vorgehen im Projekt ist mehrstufig und orientiert sich am zyklischen Prozess der Aktionsforschung nach Stringer [5]. Die partizipative Aktionsforschung eignet sich besonders, um Fragestellungen für und mit Betroffenen zu erarbeiten und einen gemeinsamen Veränderungsprozess durch die Kombination von Untersuchung, Intervention und Evaluation zu schaffen [5].

Gestartet wird im Bereich der psychiatrischen Versorgung, jedoch ist eine Ausweitung auf andere Disziplinen angedacht. Ziel ist es, die Perspektiven aller Stakeholder (Nutzende, Forschende, Dozierende) von Anfang an miteinzubeziehen und eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herzustellen.

In der ersten Phase des Projekts sind Interviews und Fokusgruppen geplant, um die institutionellen Voraussetzungen und Anforderungsprofile für den Einbezug von Nutzenden in die Forschung und Lehre zu diskutieren und gemeinsam zu definieren. Relevante Begriffe aus dem englischsprachigen Raum sollen gemeinsam mit allen Beteiligten übersetzt werden und zur Entwicklung einer Sprache beitragen, die nicht stigmatisierend wirkt.

Ergebnisse

Mit den Ergebnissen aus den Befragungen soll eine Richtlinie für den Einbezug von Nutzenden in die Forschung und Lehre erarbeitet werden. Zusätzlich

wird ein Anforderungsprofil für Nutzende erstellt, die zukünftig im Bereich der Forschung/ Lehre oder Weiterbildung tätig sein möchten.

Beitrag zur Gleichstellung und Integration

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass ähnliche Projekte zum Abbau von Stigmatisierung und zum Aufbau von Expertise bei krankheitserfahrenen Personen beitragen. Neben einem Wissens- und Erfahrungsgewinn können die Nutzenden von einer Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstkompetenz profitieren. Zudem sollen Mitarbeitende aus der Forschung, der Lehre und der Weiterbildung durch dieses Projekt für den Einbezug von Betroffenen sensibilisiert und motiviert werden. Das Projekt wird finanziell unterstützt vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen, von der Berner Fachhochschule/ Fachbereich Gesundheit und einer Stiftung.

Ausblick

Das Projekt ist im Sommer 2015 gestartet. Erste Ergebnisse und Erfahrungen sollen im Beitrag vorgestellt und mit einem Diskurs zu einem nichtstigmatisierenden Sprachgebrauch ergänzt werden. Zudem wird eine Vernetzung im Bereich der Nutzendenforschung innerhalb der Schweiz angestrebt.

Literatur

1. McKeown, M., Malihi-Shoja, L., & Downe, S. (2010). *Service User and Carer Involvement in Education for Health and Social Care: Wiley-Blackwell*.
2. Imhof, L., Abderhalden, C., Cignacco, E., Eicher, M., Mahrer-Imhof, R., Schubert, M., & Shaha, M. (2008). *Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz. Pflege, 21(6), 375-384.*
3. *Schweizerische Eidgenossenschaft (2015). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Bern*
4. Schwappach, D.i. (2014). *Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz Swiss Academies Reports (Vol. 1): Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften.*
5. Stringer, E. T. (2007). *Action Research 3 rd. America: SAGE Publications.*

15. „Ethikberatung in der Psychiatrie – Ethische Werte in der Behandlung von Menschen mit Psychosen zur Sprache bringen“

Birgit Hahn

Hintergrund

Im Tätigkeitsfeld der Psychiatrie ist die Durchführung von reflektierenden Gesprächen, Fallgesprächen oder Fallsupervisionen ein bewährtes interdisziplinäres Arbeitsmittel. Um ethische Fragestellungen, die innerhalb von Behandlungsentscheidungen in Krankenhäusern stark an Bedeutung gewonnen haben, ins Bewusstsein der Behandlungsteams zu bringen, hat sich in der Psychiatrischen Klinik des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld das Arbeitsmittel des ethischen Fallgesprächs bewährt.

Ethische Fragestellungen im Hinblick auf richtige fallbezogene Pflege- und Behandlungsentscheidungen treten im Tätigkeitsfeld der Psychiatrie häufig auf. Dabei entstehen die Fragen nicht in Grenzsituationen am Lebensende sondern rund um Themen in der Mitte eines Lebens. Die Selbstverantwortung der Patienten ist inzwischen an die Seite der Expertenverantwortung getreten [1, 2]. Des Weiteren können die in der Medizinethik akzeptierten und angewandten Konzepte wie z.B. die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress oder das Konzept des Informed Consent auch im Bereich der Psychiatrie als gültig angesehen werden [3].

Als besondere Themen einer Ethik in der Psychiatrie sind die besondere Achtung der Menschenwürde, der Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten (Autonomie) und der Fremdbestimmung durch die Klinik als auch die Durchführung von Zwangsbehandlungen zu nennen. Der Konflikt zwischen der Selbstbestimmung der Patienten und einer paternalistischen, von Fürsorge geprägten Haltung der in der Psychiatrie tätigen Mitarbeiter wird von Steinert als Grundkonflikt der Psychiatrie benannt [4]. Fragestellungen innerhalb dieses Grundkonflikts machen einen großen Stel-

lenwert der psychiatrisch-ethischen Fragestellungen aus. In psychiatrischen Behandlungsverläufen ist es deshalb immer wieder erforderlich, die Balance zwischen diesen genannten Polaritäten zu suchen. Erhält die Autonomie das ausschließliche Leitprinzip, kann dies u. U. auch zum langfristigen Schaden der Patienten führen [2]. Dagegen fördert die paternalistische Haltung der professionell Tätigen Regression und begünstigt die Durchführung von Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen.

Aufgrund der aus Sicht der Betroffenen besonders einschneidenden und kränkenden Erfahrungen in Bezug auf Zwangsmaßnahmen und -behandlungen sollten Maßnahmen gegen den Willen eines Patienten nach Möglichkeit vermieden werden [3]. Beharrliche Überzeugungsarbeit durch das Gespräch mit den Patienten – wie von Steinert vorgeschlagen – scheint die für alle Beteiligten beste Lösung zu sein [4]. Die knappen personellen und zeitlichen Ressourcen zeigen in der Praxis dabei deutliche Grenzen auf.

Falldarstellung

Eine Patientin wird seit vier Jahren von einem Team der allgemeinen Psychiatrie behandelt. Ein halbes Jahr nach dem Tod der Mutter erfolgte die erste Einweisung der damals 20-jährigen Studentin der Philosophie und Literaturwissenschaften aufgrund von Erregungszuständen und massiven Ängsten. Die junge Frau hat Angst, selbst zu sterben und hört die kommentierende Stimme ihres Nachbarn. Bei der Entlassung erhält sie die psychiatrische Diagnose „paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F20.0)“, die Diagnose verändert sich im Verlauf der Behandlung nicht.

Einer längerfristigen Behandlung mit Neuroleptika steht die Patientin im gesamten Behandlungsverlauf ambivalent gegenüber. Nach Einstellungsversuchen mit unterschiedlichen Neuroleptika findet sie dabei ein Medikament, welches ihr Entlastung von psychotischen Symptomen bringt. Allerdings verursacht dieses Neuroleptikum extreme Müdigkeit bei der Patientin, deshalb setzt sie es auch immer wieder ab.

Die Patientin hat nach der ersten Behandlungsepisode das Studium nicht wieder aufnehmen können. Sie lebt sehr isoliert und hat kaum noch Kontakt zu ihrer Familie. Es kommt zu häufigen Aufnahmen aufgrund von Erregungszuständen, wegen derer die Patientin schließlich wohnungslos wird. In der nun langfristig gemeinsam geplanten Behandlung mit dem Ziel der Perspektivklärung kommt es immer wieder zu Erregungszuständen mit einerseits suizidalen Äußerungen aber auch zu fremdgefährdenden Handlungen.

Der skizzierte Behandlungsverlauf führte im Behandlungsteam als auch mit der gesetzlichen Betreuerin immer wieder zu Diskussionen, ob nicht eine längerfristige Behandlung mit Neuroleptika auch gegen den Willen der Patientin indiziert sei.

Ziele

Ethische Werthaltungen können im Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen und haben keinen Anspruch auf Richtigkeit. In ethischen Entscheidungen gibt es nicht unbedingt ein richtig oder falsch. Durch ethische Werthaltungen wie z.B. Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit oder Wahrheit können jedoch Entscheidungen und Handlungen begründbar, transparent und deshalb verstehbar gemacht werden. Dies ist in Bezug auf die Pflegebeziehung zum Patienten als auch im Austausch innerhalb des interdisziplinären Teams von großer Wichtigkeit.

Vorgehen

Die Diskussion über die Durchführung einer Zwangsbehandlung führte zu der Einberufung eines ethischen Fallgesprächs durch die Primäre Pflegekraft. Zu Beginn wurde die ethische Fragestellung formuliert:

„Kann dem selbstbestimmten Willen der Patientin in der Wahl der neuroleptischen Medikation weiter gefolgt werden? Muss eine dauerhafte Medikation als auch eine andere Wahl des Medikaments auch gegen den Willen der Patientin erfolgen?“

Im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld gGmbH werden ethische Fallgespräche nach der Nimwegener Methode [5] durchgeführt. Dies ist eine speziell auf den klinischen Alltag zugeschnittene strukturierte Moderationsmethode, die den Austausch über ethische Fragestellungen und Werthaltungen im Behandlungsteam zum Ziel hat. Nach konkreter Problemdefinition und ausführlicher Informationssammlung aus dem Blickwinkel aller Beteiligten führt die Diskussion zur Abwägung von ethischen Argumenten, die i.d.R. in einem Konsens zusammengefasst werden können. Das Gespräch wird nach einer festgelegten Struktur protokolliert. Die Nimwegener Methode stammt aus der Somatik und wurde auf die Bedürfnisse der Psychiatrie erweitert [6]. An den ethischen Fallgesprächen im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld gGmbH können Patienten und Angehörige auf Wunsch teilnehmen [7].

Ergebnisse/Erfahrungen

In der im Behandlungsteam geführten Diskussion konnte der Blickwinkel aller Beteiligten des Behandlungsteams berücksichtigt werden. Dabei kamen die unterschiedlichen Werthaltungen zur Sprache, z.B. der Respekt vor der Patientenautonomie, Schutz und Fürsorge für die Patientin aber auch für andere Patienten und Mitarbeitende. Die Bewertung der therapeutischen Beziehung nahm einen großen Stellenwert ein. Darüber hinaus wurde der Wert des Nicht-Schaden-Wollens und der gerechten Behandlung thematisiert.

Unter Berücksichtigung aller Beteiligten und ihrer Werthaltungen als auch in der Abwägung aller Pro- und Contra-Argumente wurde im dargestellten Fall ein Konsens erzielt:

Pro-Argumente

stärkere Symptombeeinflussung durch Medikamentenwechsel – keine Behandlungsoption vorenthalten – *Schutz vor weiterer Gefährdung und Chronifizierung*

Contra-Argumente:

Zwangsbehandlung wäre extrem demütigend – Patientin ist sehr stolz und hat bisher auf ihre körperliche Unversehrtheit großen Wert gelegt – *Destabilisierung durch Verlust der PsychoseInhalte – subjektiv geeignetes Medikament gefunden – Nutzen nicht sicher zu erwarten – Veränderungsbereitschaft zu beobachten – Zerstören von Sicherheit und Vertrauen*

Konsens:

Behandlungsversuch mit einem anderen neuroleptischen Präparat wünschenswert – weitere Unterstützung der Patientin im Krankheitsverstehen und Finden von Bewältigungsstrategien – Umsetzung einer Zwangsbehandlung aufgrund der Rechtsprechung unklar

Diskussion und Schlussfolgerung

Psychiatrisch Pflegende sollten für die Wahrnehmung ethischer Werte in der Auseinandersetzung mit Patienten sensibilisiert sein. Dafür braucht es zeitliche und inhaltliche Strukturen, die solche Diskussionsprozesse in einem Behandlungsteam möglich machen. Die Reflexion der ethischen Werte, die einer Pflege- und Behandlungsentscheidung zugrunde liegen, ist ein Beitrag, eigenes Handeln in der psychiatrischen Pflege und Behandlung zu begründen. Ethisches Denken hilft, Worte für Entscheidungen zu finden und eigenes pflegerisches Handeln zu verstehen. Darüber hinaus hilft die Benennung von ethischen Werten einer einheitlichen pflegerischen und interdisziplinären Sprachentwicklung.

Literatur

1. Stoecker, R. (2011). *Grundlegende Überlegungen zur klinischen psychiatrischen Ethik*. In: *Psych Pflege* 17 (05), S. 233–239.
2. Wolfersdorf, M., Schüler, M. (2009). *Grenzen der Autonomiefähigkeit – Ethische Fragestellungen in der Psychiatrie und Psychotherapie*. In: D. Meier-Allmendinger & R.
3. Meier-Allmendinger, D. (2009). *Psychiatrie – Dilemmas im Umgang mit einer fragilen Psyche*. In: C. Arn & T. Weidmann – Hügler (Hrsg.). *Ethikwissen für Fachpersonen (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 2)* (S. 195 – 210). Basel: Schwabe AG
4. Steinert, T. (2001). *Ethische Probleme in der psychiatrischen Behandlung und Pflege*. In: *Psych Pflege* 7 (01), S. 32–36.
5. Steinkamp, N. & Gordijn, B. (2000). *Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen*. *Rheinisches Ärzteblatt* 5, S. 22 – 23.
6. Bossle, M. & Zwick, B. (2004). *Ethische Problemstellungen in psychiatrischen Kliniken*. *Psych Pflege* 10. S. 244 – 248.
7. *Ethikberatungsdienst (2015). Klinische Ethikberatung*. Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH (Hrsg.). Zugriff am 07.05.2015.
http://evkb.de/fileadmin/content/download/Klinische_Ethik/klinische_ethikberatung_201304.pdf

16. Verstehen wir uns? Понимаем мы друг друга?

Möglichkeiten und Grenzen der Beziehungsgestaltung zu russischen Spätaussiedlern in der stationären Suchtbehandlung

Gitte Herwig, Michael Ziebold

Hintergrund

Kommunikation (verbale und nonverbale) ist das wichtigste Instrument, mit dem eine therapeutische Beziehung hergestellt wird. Die Art und Weise, wie eine Beziehung zwischen Pflegenden und deren Patienten geschaffen wird, hängt in hohem Maße davon ab, wie Pflegende die Kommunikation mit ihren Patienten gestalten.

Allgemein gilt, dass sich die Kommunikation zwischen Menschen durch vielschichtige Aspekte zusammensetzt und störanfällig ist [1, 2]. Psychische Störungen stellen darüber hinaus eine weitere Beeinträchtigung dar, weil sie zu Verhaltens- und Wahrnehmungsveränderung führen und Beziehungsaufbau behindern [3].

Vor dem Hintergrund einer Suchterkrankung, kann die Beziehungsgestaltung durch suchtspezifische Faktoren gestört werden [4], aber auch sprachliche und/oder kulturelle Ursachen haben [5]. Menschen mit Migrationshintergrund und Suchtproblematik sind demnach in besonderem Maße gefährdet, dass die therapeutische Beziehung nicht bedürfnis- bzw. bedarfsgerecht ausgestaltet ist. Die Folge hiervon kann bedeuten, dass sie vom Behandlungsangebot weniger profitieren können, als Menschen ohne Migrationshintergrund [6]. Die Gruppe der Spätaussiedler (Russlanddeutsche) stellt in Deutschland die größte Gruppe von Migranten dar [7] und steht hier im Fokus der Betrachtung.

Problemstellung

Die Autoren haben in ihrem Berufsalltag auf einer Station für niederschweligen Drogenentzug und einer Maßregelvollzugsstation nach §64 StGB die Beobachtung gemacht, dass russische Spätaussiedler im Kontext einer stationären Suchtbehandlung häufig eine Subgruppe innerhalb der Patientengruppe bilden. Die Folge davon können Verhaltensweisen wie Rückzug aus dem Therapiebündnis und unerlaubtes Sprechen der Muttersprache sein, außerdem Misstrauen gegenüber der Institution, dem Behandlungsangebot sowie gegenüber dem therapeutischen Team. Hierdurch entsteht eine klare Abgrenzung und Distanz, was den Aufbau von Beziehungen und deren Gestaltung als Grundlage für therapeutisches Handeln und Veränderungsprozesse deutlich erschwert.

Das Sprechen einer gemeinsamen Sprache als Voraussetzung für Beziehungsgestaltung und damit auch die Möglichkeit, therapiegefährdenden Phänomenen entgegen zu wirken, kommt daher eine Schlüsselrolle zu.

Daraus ergibt sich für die Autoren die Fragestellung, welche Möglichkeiten und Grenzen der Beziehungsgestaltung zu russischen Spätaussiedlern in der stationären Suchtbehandlung bestehen.

Vorgehen

Die Autoren vernetzen Erfahrungswissen mit den Erkenntnissen aus einer Literaturrecherche zum Thema Kommunikation, Interaktion und Pflegebeziehung und gleichen diese mit den Ergebnissen aus der qualitativen Studie einer der Autoren ab.

Als Basiswissen werden die Kommunikationstheorien von Watzlawik und Schulz von Thun vorgestellt, um anschließend die Problemfelder der Sprachbarriere und der Drogenondersprache darzustellen. Desweiteren werden Erkenntnisse aus der Bezugswissenschaft Psychologie zu Grunde gelegt, sowie auf Konzepte mit den Schwerpunkten Beziehung und Kommunikation wie klientenzentrierte Gesprächsführung [8] und motivierende Gesprächsführung [9, 10] eingegangen.

Abschließend wird ein Abgleich mit den Ergebnissen aus der qualitativen Studie [11] vorgenommen. In der Studie wurde mithilfe der teilnehmenden Beobachtung, einem Forschungstagebuch und einem Fokusgruppeninterview (N=2) der Frage nach Subgruppenbildung von russischen Spätaussiedlern und deren Auswirkungen auf einer Drogenentgiftungsstation nachgegangen.

Das im Interview gewonnene Datenmaterial wurde anhand einer wörtlichen Transkription niedergeschrieben. Die anschließende Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Dafür wurde der Originaltext in Passagen zergliedert, paraphrasiert und anschließend zu Kategorien und Subkategorien reduziert. Dieser Vorgang wurde mittels der zusammenfassenden Analyse [12] durchgeführt, da die Rohdaten bereits in sehr eindeutiger Weise vorlagen. Somit musste weder eine Explikation, noch eine Strukturierung vorgenommen werden.

Ergebnisse/Erfahrungen

Die Beziehungsgestaltung zu russischen Spätaussiedlern erweist sich je nach Ausmaß ihres Integrationsgrades als problematisch. Je besser sich die Betroffenen im Ankunftsland integrieren konnten und die Sprache erlernt haben, desto eher gelingt es, eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen.

In direktem Bezug steht ebenfalls die Zusammensetzung der Patientengruppe. Im stationären Kontext zeigt die Erfahrung, dass die Einflussmöglichkeiten pflegerischer Interventionen sinken, wenn eine bestimmte Anzahl an russlanddeutschen Patienten überstiegen wird.

Ein weiteres Hemmnis bildet der Faktor Sprache. Hier ist nicht nur die unterschiedliche Sprache als solches zu sehen, sondern zusätzlich der Gebrauch von Drogenondersprache, mit der sich die Betroffenen bewußt von der Gesellschaft abgrenzen.

Sprache, Denken und Kultur sind nach Forgas [13] untrennbar miteinander verbunden. So zeigen sich kulturelle Unterschiede in spezifischen Denkmus-

tern und Machtdemonstrationen, die eine klare Diskrepanz zwischen der hierzulande individuellen gesellschaftlichen Ausrichtung und den kollektivistischen Prägungen des Herkunftslandes verdeutlichen.

Die Möglichkeiten für interkulturelle Beziehungsgestaltung liegen zum einen im Wissen und Anwendung der benannten Kommunikationstheorien. Insbesondere spezifische Gesprächstechniken und deren Elementen, die in einer Beziehung ein wachstumsförderndes Klima schaffen [3], kommt eine besondere Bedeutung zu. Die Drogensondersprache gilt zwar einerseits als Hemmnis, bietet aber zumindest bei Behandlungsbeginn auch die Möglichkeit zum Aufbau von Nähe und Vertrauen. Als hilfreich zu erachten ist auch ein gewisses Maß an Basiswissen über die historischen Besonderheiten der Russlanddeutschen, die von Diskriminierung und Vertreibung geprägt sind.

Sobald sprachliche Interventionen an ihre Grenzen stoßen, kommt nicht-sprachlicher Interaktion eine wichtige Bedeutung zu. So tragen gemeinsame Aktivitäten zum Aufbau und der Stabilisierung von Beziehung, im Sinne von vertrauensbildenden Maßnahmen, bei. Dabei geht es in erster Linie darum, die persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten wahrzunehmen und diese zu fördern.

Schlussfolgerung

Rückführend auf die Eingangsfrage „Verstehen wir uns?“ kommen die Autoren zunächst zu dem Ergebnis: NEIN!

Es gibt jedoch vielfältige Möglichkeiten eine Grundlage zur besseren Verständigung zu schaffen. Deutlich wurden durch die Ergebnisse der Studie und der Praxiserfahrung, dass die Russlanddeutschen, obwohl sie eine abweisende, misstrauische Haltung einnehmen, beziehungsmotiviert sind. Dadurch ergibt sich, dass der aktiven Beziehungsgestaltung seitens der Pflegenden eine besondere Bedeutung zukommt. Hierfür erscheint eine interessierte, offene Haltung und Basiswissen von den biografisch-historischen Besonderheiten dieser Patientengruppe wichtig. Ebenso wünschenswert erscheint es den Autoren, dass die russischen (Spät-)Aussiedler ein gewisses

Maß an Integrationswillen mitbringen. Insbesondere das Erlernen der Sprache sowie eine offene, an der neuen Heimat interessierte Haltung erleichtern die gemeinsame Zusammenarbeit und gewährleisten, dass sie vom Behandlungsangebot besser profitieren.

Literatur

1. Schulz von Thun, F. (2009): *Miteinander Reden 1. Störungen und Erklärungen*. 47. Aufl. Reinbek: Rowolt.
2. Watzlawick, P.; Bavelas, J. B.; Jackson, D. (2011): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. 12. Aufl. Bern: Huber.
3. Sauter, D.; Abderhalden, C; Needham, I.; Wolff, S. (2011): *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. 3. Aufl. Bern: Huber.
4. Reinicke, M. (2009): *Drogensondersprache – Tabu oder hilfreiches Mittel im Kontext der Pflege von abhängigen oder Rauschmittel missbrauchenden Menschen?* In: *Psych. Pflege Heute* (15), S. 181–187.
5. Böhme, I.; Englert, I.; Holzbach, R. (2010): *Suchtkranke Migranten aus dem russischen Sprachraum. Besonderheiten bei der stationären Behandlung*. In: *Konturen* (5), S. 20–25.
6. Czycholl, D. (1998): *Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und gefährdeter Migranten*. Berlin: VWB Verlag.
7. Rühl, S. (2009): *Integrationsreport. Grunddaten der Zuwandererbevölkerung in Deutschland*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Internetdokumen, abgerufen am 09.07.2015:
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp27-grunddaten.pdf?__blob=publicationFile
8. Rogers, C. (1985): *Die nicht-direktive Beratung*. Berlin: Fischer.
9. Miller, R. W.; Rollnick, S. (2009): *Motivierende Gesprächsführung*. 3. Aufl. Freiburg i. Breisgau: Lambertus.
10. Arkowitz, H.; Westra, H.A.; Miller, W.R.; Rollnick, S. (2010): *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz.
11. Ziebold, M. (2015): *„Kultursensible psychiatrische Pflege am Beispiel russische-Spätaussiedler auf einer Station für abhängigkeitskranke Menschen“ - Eine qualitative Studie, Bachelorarbeit im Rahmen des Studiums Psychiatrische Pflege, Bielefeld, unveröffentlichtes Dokument*.
12. Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
13. Forgas, J. P. (1999): *Soziale Interaktion und Kommunikation*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.

17. Peitschenhieb schlägt Striemen, Zungenhieb bricht Knochen. Über die Opfer sprachlicher Gewalt

Erich Hoffmann, Cornelia Schindler

Hintergrund

Dass Menschen durch Sprache verletzt werden können, belegt eine zeitgenössische Studie [2]; es ist aber auch eine uralte Menschheitserfahrung [1]. *Wo in unserer Sprache* steckt verletzendes und gewalttätiges Potential?

Problemstellung

Am Universitätsklinikum Freiburg wird zurzeit ein Aggressionsmanagement eingerichtet. Das bedeutet unter anderem Training in Gewaltverhütung und deeskalierender Kommunikation, aber auch Training in Körperinterventionen. Für den Fall nämlich, dass Menschen (nicht das Mobiliar!) vor Untaten unmittelbar tätig geschützt werden müssen. Dabei bleibt das Problem, dass auch schützende Körperinterventionen verletzen und Schmerzen zufügen können; dies ist die Debatte um das „pain compliance“ [3, 4]. Wer Andere oder sich selbst bei Leib und Leben in Gefahr bringt, ob in der U-Bahn oder in der Psychiatrie, *muss* daran gehindert werden; anders formuliert: *Muss unter Kontrolle gebracht werden*. Aber nicht um jeden Preis.

Im Training der Körperinterventionen ergab sich folgendes Problem:

Ist es ethisch vertretbar, mit Schmerzreizen zu arbeiten, um Aggressoren unter Kontrolle zu bringen?

„Aua machen“, „Weh tun“, „Schmerzen verursachen“, „Schmerzen zufügen“, „Schmerzreize setzen“ - diese Worte sind Vertreter einer jeweils verschiedenen Sprache.

Wenn die einen etwas tun, wobei die anderen Schmerzen erleben, so kann das gut sein und akzeptabel (Zahnbehandlung), oder schlecht und inakzeptabel (Folter). Inakzeptabler reeller Gewalt durch Sprache die Wirkung von

Akzeptabilität oder Normalität zu verleihen, das ist sprachliche Gewalt. Es gibt sprachliche Gewalt in *positiver* und *negativer* Form.

Vorgehen

Es sei ein Sprachmodell vorgeführt, das als Instrument dienen soll, um auf zwei Fälle aus der Wirklichkeit angewendet zu werden.

Unser Sprachmodell ist eine modifizierte, auf das vorliegende Thema angepasste Version des „Organon-Modells“ von Karl Bühler [5]. In diesem Modell hat die sprachliche Kommunikation 3 Aspekte oder Funktionen: Die Ausdruckfunktion, die Appellfunktion und die Darstellungsfunktion. Schulz v. Thun [6] gliedert die Appellfunktion noch in Appell- und Beziehungsfunktion; ein Unterschied, der hier nicht gebraucht wird.

Fall 1

Der Autor wurde von einem verwirrten Patienten bei der Körperwäsche ins Gesicht geschlagen. Dieser Schlag lässt sich wie eine sprachliche Mitteilung analysieren. Ausdruckfunktion: „*Ich fühle mich bedroht*“, „*Ich bin nicht einverstanden*“. Appellfunktion: „*Finger weg!*“ „*Wahre die Integrität meiner Person!*“ Darstellungsfunktion: „*Du hast mich angefasst*“.

Fall 2

Eine Krankenpflegerin wird in der Öffentlichkeit von einem Patienten laut angerufen: „*He! Häng 'mal deine Titten 'n bisschen höher!*“ Ausdruckfunktion: „*Ich handle nach meinen Bedürfnissen*“, „*Ablehnung durch meine Gegenüber ist mir nicht wichtig*“. Appellfunktion: „*Entblöße Dich vor meinem Publikum*“, „*Gib deine Selbstbestimmung auf und mach dich zu meinem Objekt!*“ Darstellungsfunktion: „*Du bist eine Frau*“, „*Du hast Titten*“ (Es versteht sich, dass diese Sprache explizit *zitiert*, nicht aber gut geheißt wird).

In welcher Funktion ist die Gewalt zu finden? - In der Ausdrucksfunktion nicht. Zwar enthält die Ausdrucksfunktion Fall 2 im Gegensatz zu Fall 1 ein *Gewaltpotential*, aber noch keine konkrete Tat. Viel eher ist sie in der Appellfunktion. Fall 1 bleibt durchgängig defensiv; Fall 2 dagegen wird offensiv

und fordert zur Unterwerfung auf. Mehr noch: Während Fall 1 ganz auf ein Handeln zielt, zielt „Gib deine Selbstbestimmung auf“ auf die Person. Das ist eindeutig Gewalt.

Dieselbe Gewalt hätte der Betroffene allerdings auch gestisch, etwa durch Anfassen, ausüben können. Unser Thema hier ist die *sprachliche* Gewalt. Diese ist in der Darstellungsfunktion zu finden, und sie hat eine positive und eine negative Form.

In Fall 1 besteht die Gewalt im Schlag, nicht aber in der Darstellungsfunktion („Du hast mich angefasst“). Der Satz: „Häng 'mal deine Titten 'n bisschen höher“ enthält die Sachbotschaft: „Du hast Titten“. Das Wort „Titten“ ist eine Benennung, die zugleich eine Abwertung transportiert.

Es ist sinnvoll, „Benennung“ und „Bewertung“ zu *unterscheiden*. Aber voneinander lösen können wir sie nicht. Was ist mit dem Satz: „Morgen bringe ich mich um“? Ist er *Ankündigung eines Suizids*, so ist er ein psychiatrisches Symptom. Ist er eine *Selbstmorddrohung*, so ist er eine Erpressung. Ist er *Entschluss zum Freitod*, so kann er als Zusicherung eines Aktes hoher Moralität gelten, und so fort. Von der Benennung hängt ab, was etwas *ist*. Ebenso hängt von der Benennung ab, zu welcher Haltung und zu welchen Handlungen die Anderen aufgerufen sind; zu welchen Handlungen die Anderen berechtigt sind. Symptomträger sollte ich behandeln, Erpresser muss ich bestrafen, Helden will ich verehren: Benennungen schaffen Lizenzen, und damit Handlungsfreiräume.

Die Benennung „Du hast Titten“ räumt dem Sprecher die Erlaubnis ein, die Angesprochene zu verachten und von ihr Handlungen zu fordern, die er sich gegenüber einer Respektsperson wie z.B. der Kanzlerin des Landes oder der eigenen Mutter gegenüber niemals erlauben würde. Die eigene Mutter, so lange sie respektiert wird, hat keine „Titten“, und die Frau mit „Titten“ braucht von Mann nicht respektiert zu werden. Dies ist die *positive Form sprachlicher Gewalt*. Mit dem Wort „Schmerzreiz“ ist es genau so. Schmerzreize, Lachreize, Juckreize, die sind einfach da, oder sie lassen sich „setzen“ wie ein Glas Wasser auf den Tisch. Nennen wir dieselbe Handlung „*weh*

tun“, so ändert sich alles. Es werden verschiedene Handlungen, die ganz verschieden *verantwortet* werden wollen.

Aber nicht jede Gewalt macht sofort Opfer. Woran kann ein Mensch erkennen, ob sie oder er Opfer *von Sprache* geworden ist? Erstens durch die Erkenntnis des gewalttätigen Gehalts der Sprache (s.o.), zweitens durch Selbsterkenntnis, was mit der eigenen Person geschehen ist. Ein Aggressionsmanagement hat auch die Aufgabe, die potentiellen Opfer von Gewalt in jeder Form darin zu schulen, ihr Erleben zu *benennen*, und sie hat selber Position dazu zu beziehen, was aus den Betroffenen wird. Nicht alle Menschen können sich artikulieren. Träfen diese auf Widerstand, oder auch nur Unwillen, schlecht formulierte Sachverhalte nicht gelten zu lassen; würde Professionalität verstanden als „Immunität gegen Verletzungen“ – dann wäre dies auch ein Problem der Institution und dadurch die furchtbarste Form sprachlicher Gewalt: ***Negative sprachliche Gewalt besteht darin, dass etwas nicht gesagt werden darf; - oder, noch schlimmer, nicht gesagt werden kann.***

Ergebnisse/Erfahrungen

Es gibt einfache Opfer und doppelte Opfer. Wem etwas widerfährt, ist einfaches Opfer. Bleibt er damit allein, wird er doppelt zum Opfer. Das Alleinbleiben-Damit kann schlimmer sein als das ursprüngliche Trauma.

Drei Formen sprachlicher Gewalt: Die direkte, die positive und die negative. Die direkte sprachliche Gewalt unterscheidet sich nicht wesentlich von einer körperlichen; Peitschenhiebe und Zungenhiebe unterscheiden sich, aber nur im Grad.

Die positive sprachliche Gewalt besteht in der Bagatellisierung. Über Entwertung („Titten“) oder Normalisierung („Schmerzreiz“) erhalte, oder beanspruche ich, Rechte.

Wirklich maligne ist die negative sprachliche Gewalt. Sie besteht darin, dass die Opfer keine Sprache, und damit keine Stimme haben. Dass sie nicht gehört werden, schlimmer: Dass sie sich nicht artikulieren können.

Hier positioniert sich die Institution: *Indem sie Strukturen und Pfade schafft, Menschen zu Stimme und Wort kommen zu lassen*. Auch dies ist „Aggressionsmanagement“. Unsere Aufgabe als Trainer ist einerseits die Schulung im Benennen, und die Schulung im Hören-Können. Wir haben dazu ein einfaches Mittel. Wir können unsere Expertise und unsere Erfahrungen einbringen: In die Seminare und Trainings und in die Strukturen.

Diskussion

Hier wurden Pflegeleute als „Opfer“ benannt.

Was ist mit den Patientinnen und Patienten?

Als Trainer im Aggressionsmanagement ist es unsere Haltung und unsere „Botschaft“, dass wir nur dann die Anliegen der Unterlegenen, der Wortlosen, der Opfer, vertreten können, wenn wir uns selber *in Sprache fassen*, und *öffentlich machen* können, was Menschen widerfahren kann und wo sie verletztlich sind. Dies ist die Funktion des Anwalts. Nur die, die aussprechen können, was ihnen selber widerfahren kann, können auch für Andere Anwalt sein. Wenn ich hier über KollegInnen spreche und als Trainer KollegInnen weiterbilde, so arbeite ich im Interesse Aller.

Eigenengagement und Initiative der Einzelnen ist das A und O. Aber es reicht nicht aus, dass alle ihr Bestes geben. Ich würde nicht vor ihnen stehen mit dem, was ich soeben „Botschaft“ nannte, wäre ich nicht Teil einer in der Institution verorteten, größer angelegten, systematischen Einrichtung namens „Aggressionsmanagement“. Es ist gut, dass meine Institution ein Aggressionsmanagement einrichtet. Ohne tragende Strukturen und zielführende Pfade, die sicher verortet und verankert sind, ohne Strukturen und Pfade ist alles nichts.

Auch dieser Kongress ist eine Struktur und stellt Pfade bereit.

Wir Teilnehmenden haben die Aufgabe, Strukturen zu füllen und Pfade zu gehen.

Literatur

1. *Altes Testament, Buch Jesus Sirach 20:17*
2. *Dirk Richter DOI_10.1055/s-0031-1301026*
3. *Walter, Nau, Oud: „Aggressions und Aggressionsmanagement“. Bern 2012*
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Pain_compliance (16.07.2015, 17:00 MESZ)
5. <https://de.wikipedia.org/wiki/Organon-Modell> (16.07.2015, 17:00 MESZ)
6. *F. Schulz von Thun: Miteinander reden 1-3. Reinbeck: Rowohlt 2002*

18. Psychiatrie-Erfahrung und Migratioshintergrund im Kontext der Pflege und Beratung

Sanja Ilic

Hintergrund

Das eigene Land zu verlassen ist ein einschneidendes Lebensereignis, welches von großen Belastungen begleitet ist [1]. Die tiefgreifende und anhaltende Veränderung des sozialen Gefüges kann zur Veränderung des Verhaltens und zu unterschiedlichen psychischen Störungen führen [2]. Die Korrelation zwischen Migration psychischer Auffälligkeit wird häufig mit Phasenmodellen zu verdeutlichen versucht [3, 4]. Sluzki (2010) beschreibt den Verlauf des Migrationsprozesses in Phasen, mit jeweils spezifischen Verläufen, diversen Symptomen und familiären Copingstrategien. Nach Sluzkis ist die vorletzte Phase der Migration, die sogenannte Dekompensation, von Problemen und Konflikten geprägt. Die meisten Familien, die beratende oder therapeutische Hilfe suchen, befinden sich mehr oder weniger in dieser Phase. Die Konfliktpathologie ist damit zu erklären, dass wichtige Gewohnheiten, Regeln, Werte und Copingstrategien nicht mehr in den neuen Lebensbereich passen [5].

Hinzu kommt, dass in vielen relativ homogenen Ländern wenige Impulse vorhanden sind, um der kulturellen Vielfalt mit spezifischen Maßnahmen zu begegnen. Von den Neuankömmlingen wird eine Anpassung an das bestehende System erwartet [6]. Weiss (2005) spricht in ihrer transdisziplinären Analyse der Gesundheit von MigrantInnen von der Phase der kulturellen Begegnung, einer Divergenz zwischen innerer und äußerer Perzeption, die von Symptomen wie Angst, Verunsicherung, Trauer, Feindseligkeit und Verzweiflung begleitet wird [7]. Familienmitglieder akkommodieren sich unterschiedlich in das neue Umfeld. Die Anpassung der Kinder an die neue Kultur und Sprache verläuft schneller als die der Eltern. Familienmitglieder, die eine Arbeit gefunden haben, emanzipieren sich schneller als jene ohne Be-

schäftigung. Viele MigrantInnen erproben neue Verhaltensstrategien, entdecken ungeahnte Potentiale und positive Aspekte der Lebenswandlung. Bei anderen aber kommt es zur Kriseneskalation und zum Persistieren von Problemen. Gefühle des Anpassungsversagens mindern das Selbstwertgefühl und bedingen eine erhöhte Vulnerabilität. Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen ist bei MigrantInnen höher als im Durchschnitt der Population.

Die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen erweist sich in vielerlei Hinsicht als defizitär. So sind bspw. spezifische Beratungs- und Informationsangebote beschränkt. Psychiatrische Behandlung innerhalb dieser Population ist häufig von Verständigungsschwierigkeiten, Wertekollisionen und Missverständnissen geprägt [8]. Versorgungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund wie z.B. spezifische Migrationsstunden, fehlen.

Aspekte der Interkulturalität sind im ganzen Gesundheitsbereich zu beachten. In der Psychiatrie kommt denen aber noch eine erhöhte Bedeutung zu [9]. In diesem Kontext ist Achtsamkeit geboten, da kulturelle Unterschiedlichkeiten vielfach als psychisches Abweichungsverhalten fehlgedeutet werden können.

Fragestellung

Vor diesem Hintergrund wurde in Rahmen dieser Arbeit das Phänomen Migration als Belastung bzw. als auslösender Faktor einer Krise sowohl theoretisch als auch aus der Sicht von psychiatriee erfahrenen MigrantInnen empirisch erfasst. Die Studie bezog sich spezifisch auf den psychiatrischen Kontext.

Durch die PatientInneninterviews sollten am Ende folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

»Wie haben betroffene psychisch erkrankte Personen ihre Migration erlebt und sehen sie selbst zwischen ihrer Erkrankung und Migration einen Zusammenhang? «

»Welche Ereignisse und Risikofaktoren haben sich als besonderes belastend erwiesen? «

»Welche Maßnahmen werden in ihrer Behandlung als heilend eingeschätzt, welche haben sich bereits als hilfreich erwiesen? «

Forschungsziel der ExpertInnen-Interviews (in der Psychiatrie tätige Personen) waren folgende Fragen:

»Können bei diesen PatientInnen spezielle den Behandlungserfolg behindernde oder Widerstand begründende Faktoren identifiziert werden? «

»Lassen sich diese mit präventiven bzw. gesundheitsfördernden Maßnahmen positiv beeinflussen? «

Eine gezielt durchgeführte Literaturübersicht vorhandener Beratungskonzepte hat die Antwort auf die Forschungsfrage intendiert:

»Welche migrationsspezifisch pflegebezogenen Beratungskonzepte im Bereich der Psychiatrie erweisen sich als effizient oder sind ggf. methodisch noch weiter zu entwickeln? «

Methode und Material

Durchgeführt wurde eine Literaturrecherche und empirische Untersuchung mit qualitativem Forschungsdesign. Dazu wurden leitfadengestützten Interviews durchgeführt und nach Mayring's zusammenfassender Inhaltsanalyse ausgewertet. Im Zeitraum von Mai bis August 2014 wurden insgesamt sechs hospitalisierte psychisch kranke Patienten mit Migrationshintergrund aus zwei verschiedenen psychiatrischen Kliniken in Deutschland und der Schweiz und vier Experten aus anderen psychiatrischen Kliniken befragt. Einer der Experten arbeitet als Oberarzt in der Psychiatrischen Polyklinik Winterthur und bietet Psychotherapie in türkischer Sprache an. Des Weiteren wurde ein Oberarzt und eine Psychiatriepflegefachfrau der Spezial-Station des Kantons Zürich für Trauma Folgen befragt, sowie ein Psychiatriepflegefachmann einer Akut-Aufnahme-Station für Erwachsene des Kantons Zürich.

Erkrankungen der PatientInnen waren Polytoxikomanie, Alkoholabhängigkeit, Angst, Depression und somatoforme Störungen. Bei den PatientInnen

handelte es sich um eine Roma, eine Italienerin, eine Kenianerin, einen Mazedonier, einen Jordanier und einen Iraker. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig und wurde mit dem Smartphone aufgenommen und nachfolgend transkribiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigten, dass mehr als die Hälfte der befragten PatientInnen die Zeit vor der Migration als belastend erlebt hat. Belastungsfaktoren, die genannt wurden, waren Trennung der Familie, Aufwachsen ohne Eltern bei Verwandten, traumatische Erlebnisse im Krieg und während der Flucht, Erleben von Gewalt und sexueller Misshandlung. Ein Drittel berichtete über belastende Erlebnisse während der Migration, wie Verhaftung und Unterbringung in einem Asylheim.

Auch die Zeit nach der Migration wurde als belastungsreich beschrieben. Als besonders belastend wurden Diskriminierungserlebnisse, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und der unsichere Aufenthaltsstatus im Aufnahmeland genannt.

Traumatische Erlebnisse vor der Migration werden als Auslöser einer Krise in der Postmigrationszeit genannt.

Nur ein Drittel der befragten PatientInnen verbindet die belastenden Erlebnisse der Migration mit der Entstehung von psychischen Problemen.

Die Vorbeugung gegen Risikofaktoren für psychische Störungen infolge einer Migration sowie spezifische Gesundheitsförderung werden von den befragten ExpertInnen als gesundheitspolitische Aufgabe der Aufnahmegesellschaft eingeschätzt, die z.B. durch Investitionen in Bildung und Sprache in der Frühphase der Integration bzw. unmittelbar nach der Ankunft erfolgen sollte.

Die psychiatrische Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund, sowie der Behandlungserfolg könnten nach deren Einschätzung mit einer Erweiterung des Therapieangebots auf muttersprachliche Behandlung und durch den Ausbau von Migrationsstationen günstig beeinflusst werden.

Die befragten PatientInnen erachten dolmetschergestützte Gespräche, muttersprachliche Behandlung, einen wertschätzenden, verständnisvollen und emphatischen Umgang des Personals als hilfreich für ihre Genesung.

Bezüglich der Frage nach spezifischen mit der Migration zusammenhängenden Problemkonstellationen mit einem Einfluss auf das pflegepsychologische Beratungssetting wurden Kommunikationsprobleme und kulturell bedingte Behandlungsschwierigkeiten identifiziert. Kommunikationsprobleme traten vor allem dann auf, wenn komplexe Situationen besprochen werden sollten oder wenn erklärt werden sollte, wie Medikamente einzunehmen sind. Hinsichtlich der kulturell bedingten Behandlungsschwierigkeiten wurden vor allem Schwierigkeiten und Spannungen beschrieben, die sich auf das Geschlecht von Bezugspersonen bezogen.

Dies steht damit im Zusammenhang, dass es in manchen Kulturen ungewöhnlich ist, über Gefühle mit einer Frau zu sprechen. Beratungskonzepte, die in der Beratung von PatientInnen mit Migrationshintergrund im Bereich der psychiatrischen Pflege effizient umgesetzt werden könnten, sind ressourcen-, lösungs-, präventions- und gesundheitsfördernden Beratungskonzepte für Gesundheits- und Krankenpflege von Roswitha Engel [10]. Diese wären durch interkulturelle, alltags- und lebensweltorientierte Ansätze zu ergänzen. Allerdings würde das eine Erweiterung der Beratungskompetenzen durch interkulturelle Kompetenzen und Kompetenzen des sozialtherapeutischen Beratungsansatzes erforderlich machen.

Schlussfolgerung

Prämigrationserlebnisse zeigen sich für mehr als die Hälfte von psychisch erkrankten MigrantInnen als eine belastende Zeitperiode, die häufig mit schwer überwindbaren Auswirkungen in der Postmigrationszeit einhergeht. Bei Ankommen in Residenzland sind die Integrationsbemühungen größtenteils von den Neuankömmlingen zu leisten und die evtl. gesundheitsschädlichen Prämigrationsauswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit werden kaum beachtet. Staatliche Interventionen zur Förderung der Integration sind in vielen europäischen Ländern unterschiedlich und von dem Aufenthalts-

status der MigrantInnen abhängig. Interkulturelle Behandlungsangebote in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung sind kaum vorhanden und eine Pflegeberatung für Migranten fehlt. Ihren Ausbau erfordert gesundheitspolitischen Maßnahmen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene.

Literaturverzeichnis

1. Zapotoczky, K. (2004) *Wechselwirkungen zwischen Mensch und Gesellschaft. Flüchtlinge und Asylanten*. S. 100.
2. Möller, H. J.; Laux, G.; Deister, A.; Braun-Sscharm, H. (2013) *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie: Anpassungsstörungen*, S. 260.
3. Hubertus, A. (2009) *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie: Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien*. 58. 2009/4, S. 246;
4. Von Wogau, R.; Eimmermacher, H.; Lafranchi A. (Hrsg) (2004) *Therapie und Beratung von Migranten: Bewältigung von Übergängen*. S. 16
5. Sluzki C.E. (2010) *Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen*. In Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.) *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. S. 108.
6. Kirmayer, L., Minas, H. (2000) *The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective*. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol.45/5: p 438-446.
7. Weiss, R. (2005) *Macht Migration krank?* S. 149
8. Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. (2004) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege: Gesundheitsförderung und Prävention*. S. 834.
9. Engelsmann, F. F. (2000) *Transcultural Psychiatry: Goals and Challenges*. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 45/5. p 1-4
10. Engel, R. (2011) *Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits-und Krankenpflege*. S. 39

19. Recovery ermöglichen: Sprache und Kommunikationsstrukturen im Weddinger Modell

Ina Jarchov-Jádi, Lieselotte Mahler

Hintergrund

Spätestens seit der UN-Behindertenrechtskonvention (2006) sind psychiatrische Konzepte gefordert, die Selbstbestimmung, Barrierefreiheit, Partizipation, Inklusion und Chancengleichheit für Menschen mit psychischer Erkrankung fokussieren. Sprache und Kommunikationsstrukturen spielen dabei die zentrale Rolle. Als Barriereabbau gibt es die UN-Behindertenkonvention beispielsweise auch in *einfacher Sprache*, denn nur wer seine Rechte versteht, kann sie für sich auch selbstbestimmt einfordern.

Traditionelle und paternalistische Klinikstrukturen und deren zugrundeliegende Haltung finden in den innerklinischen Kommunikationsstrukturen sowie in der Sprache ihren Ausdruck und werden von Patienten, Angehörigen sowie Professionellen häufig als *hinderlich* erlebt.

Das Weddinger Modell

Seit 2010 wird in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus nach dem Weddinger Modell gearbeitet. Es ist ein aus der Praxis heraus entwickeltes Konzept, welches bereichsübergreifend umgesetzt wird und einen Perspektivwechsel (Haltungswechsel) in der gängigen psychiatrischen Behandlungspraxis beinhaltet. Dabei steht die Individualisierung der Therapie sowie die Förderung von Genesung im Sinne von Recovery im Zentrum der Behandlung. Der Umsetzungsprozess zu einem multiprofessionell getragenen, recoveryorientierten und dialogisch ausgerichteten Modell geht mit einem konsequenten Abbau von *sprachlichen Schwellen* und Grenzen einher.

Die Erfahrung zeigt, dass es auch im innerklinischen Kontext mit relativ wenig Aufwand möglich ist, den Wissens- und Erfahrungsschatz der Profis mit

dem Erfahrungswissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen wertschätzend sowie gewinnbringend zusammenzuführen. „Die Deutungshoheit von Gesundheit liegt beim Betroffenen und orientiert sich an seinen Stärken und nicht an seinen Schwächen.“ Dabei muss „gesund“ nicht zwingend symptomfrei bedeuten. „Ein Mensch kann ein normales stabiles Leben führen, auch wenn er gelegentlich Stimmen hört“ [1] Diese Auffassung entspricht der WHO 2001, die Gesundheit als „...ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine eigenen Fähigkeiten erkennt, mit den normalen Anforderungen des Lebens umgehen kann, produktiv arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag für seine Gemeinschaft zu leisten.“ definiert [2].

Sprachliche Barrieren abbauen

Das Weddinger Modell baut auf einer hierarchie- und berufsgruppenübergreifenden, gleichberechtigten Zusammenarbeit auf, bei der die Patienten mit ihrem sozialen Umfeld im Mittelpunkt stehen. Dabei werden sie in alle sie betreffenden Klinikstrukturen wie Behandlungsplanungen, Visiten etc. von Anfang an mit einbezogen. Kommunikationsräume sind also immer dialogisch gestaltet, wobei auf „separate“, nur dem Team zugängliche Entscheidungsräume verzichtet wird.

Diese Herangehensweise fördert eine gemeinsame Sprache und Reflexion und führt so zur gegenseitigen Akzeptanz und Wertschätzung. Zudem kommt es zu einer deutlichen Effizienz in der Behandlung sowie Fehlervermeidung, die mit einer erhöhten Zufriedenheit aller im psychiatrischen Prozess Beteiligten einhergeht.

Notwendig ist es, die Patienten bei größtmöglicher Transparenz umfassend in die Therapieplanung mit einzubeziehen. Dies macht auch einen *anderen Umgang mit Sprache* notwendig. Es gilt, die Inhalte immer wieder in beide Richtungen zu übersetzen und verstehbar zu machen, was die Chance des gegenseitigen Lernens beinhaltet. Dabei sind Sprache, Lebensweise, individuelle Möglichkeiten und Interessen des Patienten und seines sozialen Umfeldes maßgeblich. Techniken aus dem *Open Dialog* und dem *Reflecting Team* finden hier eine sinnvolle Anwendung [3].

Transparente Therapie – Visiten ohne Vor- und Nachbesprechung

Ein gutes Beispiel hierfür ist die Visite, die zum Alltag jeder Klinik gehört und deren therapeutischer Wert in der herkömmlichen Form bisweilen durchaus in Frage gestellt werden darf. Um einen größtmöglichen therapeutischen Nutzen für den Patienten zu erreichen, ist eine Abkehr von traditionellen Visitenstrukturen notwendig. Insbesondere drei Punkte sind betroffen: die personelle Zusammensetzung, die thematischen Schwerpunkte und die *Form der Gesprächsführung*. „Um das zu gewährleisten, ist eine Veränderung sowohl in der therapeutisch-empathischen Ausrichtung als auch in der multiprofessionellen Gestaltung unverzichtbar.“ [4].

Im Weddinger Modell wird die Visite in Form einer Multiprofessionellen Bezugstherapeuten-Visite (MBT-Visite) durchgeführt und sieht sich in Abgrenzung zu einer „Arzt-fokussierten“ Visite. Dies stärkt die multiprofessionelle Ausrichtung der Behandlung, den direkten kontinuierlichen Informationsaustausch und ermöglicht einen Abgleich der einzelnen Elemente einer multiprofessionellen Behandlung. Durch die geforderte Anwesenheit der Patienten und ihrer Bezugspersonen (Keine Vor- und Nachbesprechungen!) wird der Verlust von Informationen, das Entstehen von Missverständnissen und somit von Fehlern auf ein Minimum reduziert. Gleichzeitig wird die therapeutische Effektivität dadurch deutlich gesteigert, dass der Betroffene direkt berufsgruppenübergreifend abgestimmte Informationen bezüglich seiner Behandlung und des Behandlungsverlaufes erhält, als aktiver Teil der MBT-Visite selbstbestimmend teilhat, Verantwortung im Rahmen seiner Möglichkeiten mit trägt und ihm durch die Techniken des „*reflektierenden Teams*“ den therapeutischen Prozess stärkende Informationen vermittelt werden können [4].

Therapieplanung mit dem Patienten

Ähnlich verhält es sich mit der Therapieplanung (auch als „Teambesprechung“ oder „Fallkonferenz“ bekannt). Der Erfahrungsaustausch mit anderen Kliniken zeigt, dass dieses im Grunde therapeutisch wichtige, personal-

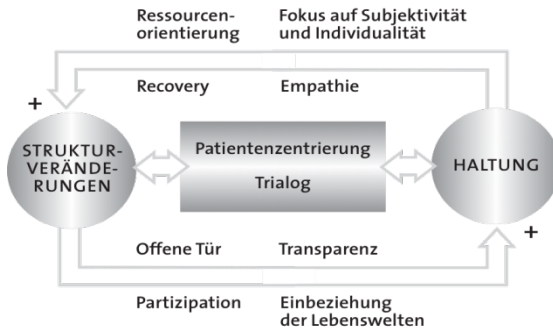
wie zeitaufwendige multiprofessionelle Zusammentreffen häufig als eine langatmige Veranstaltung mit mäßiger Effizienz erlebt wird. Wenig zielführende Diskussionen und Spekulationen, primär über Diagnosen und Behandlungsdauer, sorgen häufig für einen konfliktreichen Diskurs zwischen den Berufsgruppen, für die letztendlich das ärztliche Wort maßgeblich ist. Erst im zweiten Schritt folgt meist unter Zeitdruck ein (Be)-Raten über den „Hilfebedarf“ des Betroffenen. Nicht selten entsteht dadurch eine unspezifische Therapieplanung mit unkonkreten Therapiezielen wie Stabilisierung, Medikamenten-Optimierung und baldige Entlassung. Dies erhöht die Gefahr von Mängeln und Fehlern bei der Entlassungsplanung mit den bekannten Folgen [4]. Unabhängig davon können auch in sich schlüssige, gut durchdachte und wertschätzende Therapieplanungen dann scheitern, wenn sie mit dem Betroffenen im Vorfeld nicht konsensorientiert besprochen wurde.

Diese Erfahrung war maßgeblich für die Entwicklung des Weddinger Modells mitverantwortlich und hat zur Konsequenz, dass nunmehr die Patienten aktiv an der Therapieplanung teilhaben.

Das Ziel der Therapieplanung *mit dem Patienten* ist eine aktive Beteiligung des Betroffenen an der Therapie- und Entlassungsplanung, bei der die Übernahme von Eigenverantwortung innerhalb der Behandlung ermöglicht wird und es zu einer *Konsensfindung* in Bezug auf Therapieziele und -gestaltung kommt. Die Therapieplanung ermöglicht es dem Betroffenen, das therapeutische Team mit Funktion und Namen kennenzulernen sowie seine Wünsche und Ziele an die Behandlung zu äußern. Dieses *Gespräch* sollte empathisch moderiert und weder als therapeutische Intervention noch als anamnestisches Gespräch verstanden werden. Zudem dient es auch der gemeinsamen Evaluation der Behandlung, ggf. der Korrektur sowie als Feedback der Patienten und ihrer Bezugspersonen, was beispielsweise als hilfreich oder weniger hilfreich erlebt wurde [4].

Lernziel

Im klinischen Alltag können wir erleben, wie sehr Struktur und Kommunikation als Ausdruck einer Haltung in wechselseitiger Wirkung zueinander stehen.



L. Mahler et al. 2014

Veränderungen in Richtung eines recoveryorientierten Behandlungs- oder auch Kommunikationsansatzes müssen demnach Struktur und Haltung im Sinne eines „lernenden Systems“ gleichermaßen berücksichtigt werden. Voraussetzung ist eine von oben getragene Bereitschaft Veränderung zu wagen und auf lange Sicht zu prozesshaft zu begleiten.

Literatur

1. Mahler, L. (2015) *Zusammenspiel als Chance, Interprofessionelle Teams im Krankenhaus: Neue Wege für die Psychiatrie*. In: *Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL* 7-8 /15, 18. Jahrgang, S.4
2. WHO-World Health Organization (2001): *Strengthening Mental Health Promotion*. Geneva (Fact Sheet No.220)
3. Aderhold, V., Greve, N. (2009) *Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge*. *Konetxt*, 40 (3)
4. Mahler, L., Jarchoy-Jádi I., Montag, C., Gallinat, J. (2014): *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext* (1. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag, S.77-100

20. Exzellente psychiatrische Pflege – erste Projekterfahrungen

Majbritt Jensen, Daniel Oberli, Regina Rufibach, Marianne von Dach Nicolay

Hintergrund

Zunehmender Wettbewerb zwischen den Institutionen sowie drohender Mangel an gut qualifiziertem Personal [1] sind bekannte Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Als die grösste Berufsgruppe ist die Pflege besonders betroffen.

Die Pflege ist ein komplexes Geschehen, bedingt vielschichtige Kompetenzen und befindet sich in einem ständigen, sich immer schneller verändernden Prozess [2]. Das Kerngeschäft der Pflege ist die Steuerung des Pflegeprozesses [3]. Damit steht die Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen im Zentrum.

In der Privatklinik Meiringen (PM) sind, in Form von Dienstleistungsbereichen, drei Unterstützungsstrukturen zur Bewältigung der zusätzlichen Herausforderungen gewachsen: Management (u. a. zuständig für die Rahmenbedingungen der Stationen, Personalrekrutierung und Qualitätsmanagement), Fachentwicklung (Augenmerk auf Evidence-based Nursing und die Entwicklung der Pflegerolle) und Bildung (Durchführung der praktischen Ausbildung für verschiedene Grades innerhalb der Pflege). Auf den Stationen gab es vergleichbare Strukturen: Stationsleitung, stv. Stationsleitung (Management), Fachgruppenmitglied (Fachentwicklung) und Berufsbildner (Bildung).

Mit diesen Strukturen wurden die direkte Pflege und die Dienstleistungsbereiche getrennt wahrgenommen. Für den gesamten Pflegebereich wurden unterschiedliche finanzielle und personelle Ressourcen, wie beispielsweise Weiterbildungen und Supervisionen, aufgewendet.

Problemstellung

Eine kritische Überprüfung der Organisationsstrukturen in Bezug auf die Wirksamkeit des Ressourceneinsatzes und die Zusammenarbeit wurde bisher nicht durchgeführt. Die Pflegedirektion vermutete, dass die Dienstleistungsbereiche ihre Fokuse und Tätigkeiten nicht primär auf den Pflegeprozess sondern auf ihre „Spezialaufgaben“ setzten. Auch das Verständnis von Wissensvermittlung sowie die Lernprozesse waren aus Sicht der Pflegedirektion zu wenig entwickelt. Daher war unklar, inwiefern die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen überhaupt von den Bemühungen der Pflege profitierten.

Ziele

Das Projekt verfolgte das Ziel herauszufinden wie die Ressourcen der Pflege optimal genutzt werden, damit sie bei den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen wirksam werden können. Zentral war dabei ein Bewusstsein für Lern- und Übersetzungsprozesse zu entwickeln.

Vorgehen

In einem ersten Schritt, der Strategieklausur, hat die Pflegedirektion einen Ist-Zustand der Direktion Pflege erstellt. Dabei wurden alle Ressourcen (personell und strukturell), interne und externe Einflussfaktoren sowie interne Abläufe kritisch beleuchtet. Anhand verschiedener Analysen wurden anschliessend ein Soll-Zustand und die Pflegestrategie der Privatklinik Meiringen erarbeitet.

Im Spannungsfeld vom Ist zum Soll wurde deutlich, dass die Umsetzung des Pflegewissens verbessert werden muss. Es wurden strategische Leitziele und Eckpfeiler formuliert:

Strategische Leitziele „Exzellenz in der Pflege“

- ...mehr als gewohnt und nicht weniger als erstklassig...

- Die Pflegenden sind sich ihrer Kompetenzbereiche bewusst und treffen gezielt pflegerische Entscheidungen
- Pflegerische Entscheidungen sind grundsätzlich am Patientenwohl orientiert und basieren immer auf Patientenexpertise, auf Umgebungsfaktoren sowie auf interner und externer Evidenz

Stratgische Eckpfeiler

- Der Pflegeprozess wird konsequent umgesetzt
- Skill- und Grademix ist auf allen Stationen umgesetzt
- Sicherstellung von Führung, Koordination und Entwicklung der Station (Stationsleitungsteams)
- Entwicklung von Schlüsselindikatoren für die Qualitätsüberprüfung
- Die Stationen verstehen sich als lernende und entwickelnde Einheiten

Die bisherigen Strukturen zeigten sich dabei als nicht funktional. Daher wurden alle Verantwortungs- und Aufgabenbereiche auf Ebene Pflegedirektion und auf Ebene Station genauer überprüft und es konnte festgestellt werden, dass neue Kooperationen und eine Neuverteilung der Aufgaben initiiert werden mussten. Die Organisationsstrukturen wurden so angepasst, dass die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche neu auf vier Personen aufgeteilt werden: Managment, Qualität & Controlling, Potentialentwicklung (Ausbildungs- und Fachverantwortung) und Personalsektion. Die neuen pflegerischen Stationsleitungsteams bestehen jetzt aus Stationsleitung, Fachverantwortung und Ausbildungsverantwortung. Die Rolle der stv. Stationsleitung hat entweder die Fach- oder die Ausbildungsverantwortung.

Alle Mitarbeitenden der Pflege wurden in einem partizipativen Entwicklungsprozess zu einem Workshop eingeladen, in dem die Pflegestrategie und die neuen Strukturen vorgestellt wurden. Die Mitarbeitenden legten fest, wie sie diese gemeinsamen Ziele erreichen wollen. Dies war der Grundstein für die gemeinsame Sprache innerhalb der Pflege in der Privatklinik Meiringen. Die neuen Strukturen bedeuteten auch Veränderungen in der Rollenbesetzung. Als die neuen Rollen personell geklärt waren, fanden wiederum

Workshops mit den neuen Stationsleitungsteams und der Pflegedirektion zur Rollenschärfung sowie zur Umsetzung der strategischen Eckpfeiler statt. Der ganze Prozess wurde extern begleitet, dies beinhaltete auch regelmässige Reflexionsworkshops mit der Pflegedirektion. Das Projekt hat bis zur Implementierung knapp drei Jahren gedauert (Tab. 1).

Tabelle 1 Projektübersicht anhand Meilensteine

Projekt	Meilensteine
August 2012	Strategieklausur (Pflegedirektion)
Oktober 2012	Genehmigung Projekt durch die Klinikdirektion
Juni 2013	Festlegung Vorgehensweise und Arbeitspakete
November 2013	Reflexionsworkshop Pflegedirektion
Januar 2014	Vorbereitung Zukunftswshops
April 2014	Zukunftswshops mit alle MA der Direktion Pflege Reflexionsworkshop Pflegedirektion
November 2014	Workshops mit den Stationsleitungsteams und der Direktion Pflege Reflexionsworkshop Pflegedirektion
Februar 2015	Umsetzung neue Strukturen

Ergebnisse/Erfahrungen

Durch das Projekt hat die Pflegedirektion mutige Entscheidungen im Sinne des Leadership-Gedankens „die richtigen Personen am richtigen Ort“ getroffen. Hierzu gehört, dass junge, talentierte Pflegefachpersonen explizit gefördert werden und die Erfahrungsschätze der langjährigen Mitarbeitenden gezielt für die pflegerische Behandlung eingesetzt werden. Die Pflege verfolgt gemeinsame Ziele und ist besser informiert als je zuvor. Aus den Ideen und Inputs der Mitarbeitenden während den Workshops, wurden verschiedene Handlungsfelder für die Projektumsetzung festgelegt. Konkrete Änderungen haben auf verschiedenen Ebenen stattgefunden, z. B.:

Stationsebene

- Die Stationsleitungen nutzen gezielt Kennzahlen als Führungsinstrument
- Die Fach- und Ausbildungsverantwortlichen vertreten sich in den Gremien gegenseitig und haben gemeinsame Aufgaben, z. B. gemeinsam mit der Potentialentwicklung pflegerische Weiterbildungen zu gestalten
- Kommunikationssettings und neue Lernmethoden wurden umgesetzt, z. B. werden berufsfremde Personen eingeladen, um der Pflege eine kritische Aussensicht zu ermöglichen
- Fragen und Anliegen von Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen sowie von Lernenden und Studierenden werden gezielt genutzt, um bestehende Strukturen kritisch zu reflektieren

Direktionsebene

- Die Rollen werden weiterhin geschärft und es herrscht eine offener Umgang in der Aufgabenverteilung
- Es besteht eine Zusammenarbeit innerhalb der Potentialentwicklung und interne und externe Netzwerke werden gezielter genutzt, z. B. zur Förderung von Lernenden, Studierenden und Mitarbeitenden
- Ein neues Verständnis von Führung und Leadership sowie von Verantwortung und gemeinsamem Lernen wurde entwickelt

Schlussfolgerung

Für die Pflegedirektion gab es wesentliche Grundvoraussetzungen zur Umsetzung des Projektes: Einbezug aller Beteiligten, externe Projektbegleitung und Zeit für die Haltungsänderungen.

Alle Mitarbeitenden der Direktion Pflege legten gemeinsam fest, in welcher Form die neuen Strukturen im Alltag umgesetzt werden sollten. So wurde ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Sprache entwickelt. Es ist uns allen klar geworden, dass die Direktion Pflege sich in einem ständigen Entwicklungsprozess befindet. Wir sind uns bewusst geworden, dass die gemeinsam festgelegten Handlungen zu Haltungen werden müssen und

dazu benötigen wir Zeit in der Implementierungsphase. Hiermit ist beispielsweise die Rollenschärfung gemeint. Die Stellenbeschreibungen sind neu erstellt worden und nun folgt die Phase der Umsetzung und Anpassung. Die externe Begleitung hat es uns erlaubt, die eigene Organisation kritisch zu reflektieren. Sie hat uns auch geholfen, die positiven Aspekte der bisherigen Strukturen und die Möglichkeiten und Gefahren von neuen Strukturen aufzuzeigen. Es wurde in den Reflexionsworkshops der Pflegedirektion immer wieder klar, wie wichtig eine Rollenschärfung für die Umsetzung ist. Zudem war das gegenseitige Vertrauen einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren sowie die Tatsache, dass die Pflegedirektion sich absolut als Dienstleistungsstelle sieht.

Im Kontext der Gesamtklinik wird die Pflege heute anders wahrgenommen und zentrale Begriffe des Pflegeprojektes wie „Exzellenz“ und „Potentialentwicklung“ werden von anderen Disziplinen übernommen und genutzt. Das zeigt uns schlussendlich, dass das Projekt nicht nur in der eigenen Direktion wirkt. Diese Erkenntnis kann und muss genutzt werden, um die Patientenbehandlung zu optimieren, weil:

Wenn sich die Pflege verändert, verändert sich die Behandlung!

Literatur

1. Hahn, S., Richter, D., Beck, M. & Thilo, F. (2013). *Panorama Gesundheitsberufe 2030. Projektbericht. Auftraggeberin: Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Kanton Bern. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit*
2. Ludwig, I. (Hrsg) (2015). *Wir brauchen sie alle – Pflege benötigt Differenzierung. Soins et accompagnement – une diversité nécessaire des métiers. Nidda: hpsmedia*
3. Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A. & Hofer, B. (2014). *Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP*

21. Von der Vision zur Realität – Die Entwicklung von ANP in der psychiatrischen Klinik des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EvKB)

Wolfram Kämmer, Sabine Noelle

Hintergrund

In der psychiatrischen Klinik des EvKB mit einer langen sozialpsychiatrischen Tradition, wird bereits seit vielen Jahren daran gearbeitet, das Aufgabenspektrum und die Kompetenzen von Pflegenden zu erweitern. Mit dem Ziel einer verbesserten, patientenzentrierten und recoveryorientierten Versorgung wird die Rolle von Pflegenden durch ein verändertes Pflegeorganisationssystem, systematische Förderung von akademischen Bildungsabschlüssen und die Implementierung von Pflegeentwicklungs- und Pflegeexpertenstellen gestärkt und gefördert.

Frage/Problemstellung

Trotz der vergleichsweise in Deutschland ungünstigen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pflege soll es gelingen, ANP-Rollen auf breiter Basis in der direkten Patientenversorgung zu etablieren. Dabei stellt der regionale Versorgungsauftrag in einer Abteilungspsychiatrie eine besondere Ausgangslage dar.

Vorgehen

Ausgehend von einem bereits etablierten aber inhaltlich nicht klar definierten Bezugspflegesystem wurde bereits 2010 „Primary Nursing“ als verbindliches Pflegeorganisationssystem in der Psychiatrischen Klinik eingeführt. Damit gab es erstmals differenzierte Aufgabenprofile innerhalb der Pflege. Pflegenden in der PN-Funktion müssen klar definierten, fachlichen Anforderungen entsprechen und arbeiten fallbezogen und mit hoher Verantwortung. Alle organisatorischen Abläufe, insbesondere Dienstplangestaltung

und Dokumentations- und Kommunikationsstrukturen innerhalb der Klinik wurden auf das PN-System abgestimmt. Alle Pflegenden in PN-Funktion sind verpflichtet, an einer internen PN-Fortbildung teilzunehmen oder einen akademischen Abschluss im 2011 neu etablierten Studiengang „Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit“ zu erlangen. Teilnehmer des Studiengangs werden von der Klinik mit einem Stipendium gefördert. Perspektivisch sollen möglichst alle Pflegenden in der PN-Funktion einen akademischen Abschluss haben und pflegerische Fallverantwortung auf einem hohen, fachlichen Niveau übernehmen.

Parallel zur Einführung des PN-Systems wurden für jede Abteilung der Klinik Stabsstellen für klinische Pflegeentwicklung geschaffen. Dabei galt ein Studienabschluss in einem einschlägigen Bereich als Voraussetzung. Kernaufgabe wurde neben der fachlichen Beratung von Pflegebasis und Pflegemanagement vor allem der Theorie-Praxis-Transfer, also die Einführung, Begleitung und Auswertung pflegerischer Konzepte und Interventionen auf der Basis aktueller, evidenzbasierter Pflegeforschung. Gleichzeitig sind die Pflegeentwickler in der direkten klinischen Praxis in der Funktion als „Primary Nurse“ tätig.

Eine weitere Kernaufgabe der klinischen Pflegeentwickler ist die kontinuierliche Weiterentwicklung und Evaluation von Primary Nursing in der Klinik. Zahlreiche weitere Projekte, wie beispielsweise der Einsatz von Genesungsbegleitern und das Angebot einer eigenen, berufsgruppenübergreifenden Recovery-Fortbildungsreihe, die stationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Begleitung und Beratung von Suchtmittelabhängigen im Rahmen des „Community Reinforcement Approach - CRA“ in personeller Kontinuität und die Einführung einer in Deutschland neuen Form der systemischen Angehörigenarbeit im Bereich Abhängigkeitserkrankungen in pflegerischer Verantwortung, konnten durch die klinische Pflegeentwicklung verwirklicht werden.

Durch die ersten Absolventen des Studiengangs „Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit“ ist es seit 2014 möglich, das pflegerische Versor-

gungsangebot auf hohem, fachlichem Niveau weiter auszubauen. So konnte das CRA-Beratungsangebot durch die Schaffung einer CRA-Pflegeexpertenstelle erweitert werden und neue Angebote in der Versorgung forensischer Patienten durch einen Pflegeexperten gemacht werden.

Ergebnisse

Wie bei jeder Veränderung von etablierten Strukturen hat auch die Entwicklung von ANP sowohl innerhalb der Pflege, als auch bei anderen Berufsgruppen zu Verunsicherung, Skepsis und teilweise auch offener Ablehnung geführt. Vier wichtige Faktoren haben dabei geholfen, den Veränderungsprozess kontinuierlich fortzusetzen und Erfolge zu erzielen.

- Die gesamte pflegerische Führungsebene (Pflegedirektor, Abteilungs- und Stationsleitungen) waren und sind fest entschlossen den Veränderungsprozess voranzutreiben. Alle verfügbaren Handlungsspielräume und Ressourcen werden ausgeschöpft und eingesetzt.
- Die stattfindenden Veränderungen und die zugrundeliegenden Ziele wurden und werden kontinuierlich und offen innerhalb der Pflege und interdisziplinär kommuniziert.
- Der Veränderungsprozess wird stetig evaluiert und angepasst. Fehlentwicklungen, wie sie zum Beispiele durch zu starre Dienstplanvorgaben für PN's entstanden sind, wurden zeitnah korrigiert.
- Möglichst viele Pflegenden werden durch gezielte Förderung (akademisch) fortgebildet und entsprechend eingesetzt.

Insbesondere der letzte Punkt führt zu einer veränderten, positiven Grundhaltung zum eingeleiteten Veränderungsprozess. Durch das praktische Vorbild von Kollegen, die auf akademischem Niveau in der direkten Pflegepraxis arbeiten, steigt unter den Pflegenden zunehmend die Bereitschaft, sich selbst weiterzuentwickeln. Die Motivation, sich aktiv an den Veränderungen hin zu einer patientenorientierten Pflegepraxis mit hohem persönlichen Entscheidungsspielraum und vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten zu beteiligen, steigt.

Schlussfolgerung

Trotz der Beschränkungen durch existierende Rahmenbedingungen ist auch in Deutschland eine Entwicklung in Richtung einer erweiterten Pflegepraxis möglich. Voraussetzung hierfür ist eine klare Vision des Pflegemanagements, der interdisziplinäre Ansatz und vor allem die Förderung von akademischer Bildung von Pflegenden. Die Schaffung entsprechender Aufgabenprofile in der direkten Pflegepraxis auf möglichst breiter Basis sichert die langfristige Perspektive.

Literatur

1. Burr, C. (2013). *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln: Psychiatrie Verlag.
2. Manthey, M. (2005). *Primary Nursing: ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
3. Meyers, R. J., Smith, J. E., & Lange, W. (2011). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich ; [inklusive Downloadmaterial]*. Bonn: Psychiatrie-Verl.
4. Nienaber, A., Kämmer, W., Noelle, S., Rohde, S., & Schulz, M. (2013). *Evaluation von Primary Nursing in einer Psychiatrischen Klinik*. *Pflegezeitschrift*, 66(3), 150–154.
5. Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M., & Winter, A. (Eds.). (2012). *Recovery praktisch! Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern*.

22. Pflegebedarfe und -interventionen bei älteren Suchtkranken in der Altenpflege: Konzeptweiterentwicklungen durch ExpertInnendiskurse und Handlungs-empfehlungen

Karsten Keller, Tanja Hoff, Michael Isfort, Ulrike Kuhn, Nina Färber

Fragestellung

Alten- wie auch Suchthilfe sind zunehmend mit älteren Suchtkranken konfrontiert, die infolge des Substanzkonsums häufig vorgealtert sind und neben allgemeinen Pflegeaufgaben auch krankheitsspezifische Pflegebedarfe aufweisen. In dem dreijährigen, BMBF-geförderten Projekt „SANOPSA“ sollten Pflegeeinrichtungen bei der Konzeptfindung bzw. -weiterentwicklung für diese Zielgruppe unterstützt werden, um eine verbesserte Versorgung der Zielgruppe zu erzielen.

Methode und Material

In Kooperation mit 13 bundesweiten Partnern aus Altenpflege und Suchthilfe wurden experten- und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen (legale Substanzen) und ein Pflegemanual (illegale Substanzen) entwickelt, basierend auf qualitativen ExpertInnen- und KlientInnen-Interviews (N=33) sowie einer kriteriengeleiteten, inhaltsanalytischen Auswertung vorhandener Konzepte aus der Praxis und aus Publikationen der Jahre 1990 bis 2013. Darüber hinaus wurde eine Online-Plattform (www.sanopsa.de) aufgebaut, die neben themenspezifischen Informationen ein geschlossenes Intranet für ProjektteilnehmerInnen vorhielt, in dem über Vorgehensweisen und Konzepte intern diskutiert werden konnte. Teile des Intranets wurden zu Projektende öffentlich zugänglich gemacht.

Ergebnisse

Die beteiligten Praxisinstitutionen wiesen zu Projektbeginn größtenteils einen relativ niedrigen verschriftlichten Konzeptionsgrad zum Thema Sucht

im Alter auf. Anhand der Vorgabe von Kriterien sowie auch durch die Motivation in der Projektteilnahme konnte die Mehrheit der Einrichtungen wesentlich in einer Weiterentwicklung unterstützt werden. Handlungsempfehlungen wie auch Pflegemanual werden positiv aufgenommen, aber eher partialisiert in die Praxis implementiert. Ein onlinegestütztes Wissensmanagement führte hingegen nicht zum angestrebten Erfolg, da es in der Nutzung an den Rahmenbedingungen des Pflegealltags scheiterte; möglicherweise profitieren hier stärker Einrichtungen wie Suchtberatungsstellen oder aber auch Leitungskräfte in der Pflege.

Diskussion

Im Beitrag werden Barrieren und Möglichkeiten der Kommunikation mittels des Mediums Online-Plattform in der Altenpflege und Suchthilfe diskutiert. Die angewandten Kriterien, die den Partnern zur Konzeptentwicklung und -diskussion zu Verfügung gestellt wurden, werden einer kritischen Reflektion im Hinblick auf die Unterstützung der Kooperationspartner unterzogen. Darüber hinaus wird die Kompetenz- und Wissensvermittlung anhand der entwickelten Pflegehandlungsempfehlungen und des Pflegemanuals vorgestellt; durch sie werden bereits bestehende, aber noch zu wenig standardisierte und eingeführte Vorgehensweisen in der pflegerischen Versorgung gebündelt, zugänglich gemacht sowie zielgruppenspezifisch erweitert.

Schlussfolgerung

Für eine verbesserte Versorgung älterer Suchtkranker sollten Konzepte und Vorgehensweisen fortlaufend diskursiv weiterentwickelt werden und zwar unter Zuhilfenahme kriteriengeleiteter und evidenzbasierter Konzepte. Für die Sensibilisierung von Fachkräften spielt ein nachhaltiger personalisierter, aktiver, gegenseitiger Wissenstransfer eine wichtige Rolle, für die in der Praxis zukünftig Ressourcen vorzuhalten sind.

23. Pflegerische Begleitung beeinflusst die Lebensqualität nachweislich- Ergebnisse des QLIS (Quality of Life in Schizophrenia) nach 6- und 12-monatiger Begleitung.

Tim Konhäuser

Hintergrund:

GPS Grosch Patienten Service begleitet Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Auftrag der Krankenversicherer über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten. Ziel der Begleitung ist es den Klienten sozial-psychiatrisch in der Häuslichkeit zu vernetzen sowie seine Kompetenzen, Teilhabe und Integration zu fördern.

Problemstellung

Die Forderung ambulant vor stationär in der Behandlung hat sich noch immer nicht durchgesetzt. In gleichem Masse wird immer noch der 'medizinische Outcome' als das wichtigste Ergebnis in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesehen. Wie es dem Menschen dabei geht spielt in vielen Bereichen nur eine untergeordnete Rolle. Der von Prof. Dr. Michael Franz entwickelte QLIS ist eine validierte, schizophreniespezifische deutschsprachige Lebensqualitätsskala.

Ziele

Mithilfe des Fragebogens soll erfasst werden, ob während der Begleitung eine Verbesserung der Lebensqualität für die an einer Schizophrenie erkrankten Menschen messbar ist.

Vorgehen

Während der Kennenlernphase mit dem Klienten wird dieser gebeten am iPad unserer Mitarbeiter den QLIS als Ersterhebung auszufüllen. Danach werden im Abstand von ca. 6 Monaten weitere Erfassungen durchgeführt.

Ausgewertet wurden einerseits die Ergebnisse über alle befragten Klienten pro Messung um einen ersten Hinweis auf eine mögliche Veränderung zu bekommen.

Im zweiten Schritt wurden die Ergebnisse im Vergleich erster zur zweiter Erhebung und erster zur dritten Erhebung untersucht.

Der Fragebogen besteht aus 52 plus zwei Fragen die auf 12 plus ein Lebensbereich umgerechnet werden. Die Aussagen werden anhand einer vierstufigen Rating-Skala beantwortet. Zur Berechnung der einzelnen Skalenmittelwerte wird der Mittelwert der in der jeweiligen Skala enthaltenen Fragen gebildet. Von den 54 Fragen sind 24 positiv und 30 negativ formuliert. Die Skalenmittelwerte werden dann in einen Wertebereich von eins-zehn transformiert.

Ergebnisse/Erfahrungen

Eine vergleichende Auswertung der ersten zur zweiten Erhebung konnte bei 65 Klienten durchgeführt werden. Bei fünf der 13 Lebensbereiche ist eine signifikante Verbesserung und bei zwei weiteren Lebensbereiche eine Verbesserung im hochsignifikanten Bereich nach zu weisen.

Die zweite vergleichende Auswertung der ersten mit der dritten Erhebung (nach 12 Monaten) konnte bei 34 Klienten erfolgen. Hier konnte in vier Lebensbereichen eine signifikante Verbesserung, in drei Lebensbereichen eine hochsignifikante Verbesserung und bei einem Lebensbereich (Zuversicht) sogar ein höchstsignifikantes Ergebnis gezeigt werden.

Diskussion

In der Erfassung konnte eine Verbesserung in den meisten Lebensbereichen nachgewiesen werden. Leider kann aber kein Rückschluss auf den Auslöser der Verbesserung gezogen werden. Zudem sind drei Erhebungen zwar ein Nachweis eines temporären Erfolges, eine mittelfristige oder langfristige Veränderung ist noch nicht bewiesen.

Schlussfolgerung

Bei einer mittelfristigen Begleitung konnte während der Begleitung eine Verbesserung in mehreren Lebensbereichen nachgewiesen werden. Ob und welchen Anteil die psychiatrische Pflege an diesem Ergebnis hat ist unklar, soll aber in weiteren Untersuchungen geklärt werden.

24. Überleitungsmanagement als Pflegerische Herausforderung -Praktische Umsetzungsbeispiele und Modellversuche aus Deutschland und der Schweiz

Tim Konhäuser, Britta Schneider, Ingo Tschinke, Béatrice Gähler-Schwab

Hintergrund

In den letzten Jahren hat sich die Liegezeit in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen deutlich verkürzt. Sowohl die Krankenhäuser als auch die GKV sind durch § 11.4 (Versorgungsmanagement) und den § 39.1 (Entlassmanagement) des SGB V verpflichtet dem Patienten beim Übergang von einem Versorgungssektor in den anderen zu unterstützen.

Problemstellung

Praktisch findet nur in einzelnen Regionen eine wirksame Umsetzung des Überleitungsmanagements statt. Noch seltener sind die verschiedenen Berufsgruppen im Sinne eines multiprofessionellen Behandlungsteams im ambulanten Bereich miteinbezogen. Wirksame Ressourcen der ambulanten Versorgungslandschaft werden somit vom Klienten nicht in Anspruch genommen.

Ziel

Ziel der Dienstleistung von GPS Grosch Patienten Service ist, im Auftrag der Krankenkassen dem Klienten eine geplantes Überleitungsmanagement mit allen am Prozess Beteiligten anzubieten. Der Klient soll bedarfsorientiert im ambulant psychiatrischen Versorgungssetting begleitet und vernetzt werden.

Vorgehen

- Assessment der individuellen Bedarfe des Klienten und die Planung der Entlassung mit dem interdisziplinären Team der stationären Einrichtung

GPS setzt hierfür nur Pflegefachkräfte mit Erfahrung im psychiatrischen Versorgungssektor ein.

- Unterstützung bei der Umsetzung der Hilfeplanung in der Häuslichkeit (Krankenkasse, ambulantes Versorgungssystem, soziales Umfeld u.a.)

Nach dem Übergang in die Häuslichkeit wird in weiterführenden Besuchen des Klienten sowohl die Umsetzung der geplanten Maßnahmen als auch der Abgleich der Bedarfe mit der Ist-Situation durchgeführt. Sollten sich nach der Evaluation geänderte Bedarfe ergeben, kann die Anpassung an die reale Situation und Bedarfe erfolgen. Nach vier bis sechs Wochen endet die Begleitung des Überleitungsmanagements in der Häuslichkeit.

Ergebnisse/Erfahrungen

Das Angebot der Krankenkassen an ihre Versicherte wird von den Klienten gut angenommen. Bei den meisten Klienten hat sich während der Begleitung ein veränderter Bedarf ergeben, der in Absprache mit dem multiprofessionellen Team und den Leistungsfinanzierern zeitnah umgesetzt werden konnte. Gelegentlich wurde ein deutlich vermehrter Versorgungsaufwand ersichtlich, der erst durch die Begleitung in der Häuslichkeit klar ersichtlich wurde.

Diskussion

Ein solches Angebot durch die Krankenkasse kann die ambulante Versorgung vieler Klienten beim Übergang in die Häuslichkeit verbessern. Die Befürchtung, dass Klienten eher zurückhaltend auf ein Angebot der Krankenkasse reagieren, hat sich nicht bewahrheitet. Teilnehmende stationäre Einrichtungen stehen dem Konzept anfänglich eher skeptisch gegenüber, gelegentlich wird das Angebot schlichtweg abgelehnt.

Schlussfolgerung

Die Mitplanung und Umsetzung der Überleitung durch Pflegefachkräfte beeinflusst die Überleitung wirksam. Die Behandlungserfolge der stationären Behandlung werden nachhaltig gesichert, der Klient besser im ambulanten Versorgungssetting vernetzt. Eine wissenschaftliche Begleitung ist angezeigt und wird zeitnah angestrebt. Eine geplante pflegerische Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor kann nachhaltige die individuelle Versorgungssituation verbessern und die stationären Erfolge sichern.

25. Überleitungsmanagement als Pflegerische Herausforderung: Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflege- Welche Sprache sprechen wir?

Béatrice Gähler-Schwab

Hintergrund

In der Schweiz haben sich die stationären Aufenthalte deutlich verkürzt.

Einleitung

Aufgrund des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ werden die Betroffenen nicht selten nach kurzer Behandlungszeit entlassen. Je nachdem wie das soziale Umfeld des Betroffenen gestaltet oder ausgelegt ist, übernehmen Angehörige oder ambulant tätige Fachpersonen die Weiterbetreuung der Betroffenen. Nicht selten aber kommt es zur sogenannten „Drehtürbehandlung“, da dieses Setting nicht vorhanden ist oder die Fachpersonen untereinander zu wenig koordinieren.

Thema

Dabei ergeben sich unterschiedliche Probleme. Aus Sicht der ambulanten Versorgung in Form von unabgesprochenen Austritten, fehlenden Austritts- oder Übertrittsgesprächen, schlechter Koordination untereinander wie fehlende Berichte oder nicht abgemachter Nachsorgetermine.

Aus Sicht der stationär Versorgenden sind aktuell in der ambulanten Versorgung noch zu wenig verfügbare Fachpersonen vorhanden, andererseits ist der Informationsfluss zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht optimiert und hängt sehr stark mit der Bereitschaft des Betroffenen zusammen, welcher ein wichtiger Informationsträger ist. Nicht selten „vergisst“ der Betroffene den stationär Tätigen zu erzählen, dass er bereits über ein gutes Betreuungsnetz verfügt und diese allenfalls über wesentliche Informationen verfügen.

Der Zeitdruck und die mangelnde Vernetzung untereinander ist ebenfalls ein wichtiger Faktor, der eine Schnittstellenproblematik fördern kann.

Ziele

Wichtig für die Zukunft ist es, diese Schwierigkeiten zu benennen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, um ein gegenseitiges Verständnis zu fördern.

26. Zukunftswerkstatt ANP: die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache

Sabrina Laimbacher, Mirjam Kurz, Ursina Zehnder

Hintergrund

Die Zukunft unseres Gesundheitswesens wird geprägt sein von einem grundlegenden Wandel infolge demographischer und epidemiologischer Entwicklungen sowie neuen Versorgungsmodellen [1, 2]. Die aktuelle Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Behandlung von akuten Gesundheitsproblemen erfordert eine Neuorientierung, da chronische Erkrankungen und Polymorbidität deutlich zunehmen [3]. Ferner sehen sich die Berufsgruppen der Pflege und Medizin mit einem Fachkräftemangel konfrontiert, welcher voraussichtlich in Zukunft weiter ansteigen wird [4]. Erhebliche Kosten und eine zunehmende Nutzung der Angebote im Gesundheitswesen verlangen im Weiteren eingreifende Strategien für mehr Kosteneffektivität und –reduktion [1]. Diese Herausforderungen erfordern neue Versorgungsstrukturen und sind der Anstoss für die Entwicklung von neuen Rollenprofilen. Vor dem Hintergrund dieser Veränderungen leistet die konzeptuelle Entwicklung und Integration von Advanced Nursing Practice (ANP) einen bedeutenden Beitrag für die zukünftige Gesundheitsversorgung [5, 6].

Einleitung

Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist eine Pflegefachperson mit Berufserfahrung und einem erworbenen Hochschulabschluss, die über eine Spezialisierung verfügt [6]. Die zentrale Kompetenz einer APN ist die direkte klinische Praxis. Weitere Tätigkeiten sind Experten-Coaching, Beratung, Forschung, Fachentwicklung und Führung und ethische Entscheidungsfindung [7]. Für ANP in der Schweizerischen psychiatrischen Pflege liegen aktuell erste Erfahrungsberichte und Entwicklungen von Konzepten vor, wie zum Beispiel im Bereich Erstpsychosen oder Abhängigkeitserkrankungen.

ANP für Menschen die eine erste Psychose erleben zielt ab auf die Stärkung des Behandlungsenagements mittels einer partnerschaftlichen, kontinuierlicheren und engagierten Beziehung. Die Förderung des Selbstmanagements der Betroffenen und deren Angehörigen fokussiert auf Information und Orientierung zur Entwicklung eines individuellen Krankheitskonzepts. Eine stetige Entwicklung der Pflegepraxis mittels Forschungstätigkeiten und Beratung von Pflegefachpersonen soll eine qualitativ hochwertige Behandlung sicherstellen.

Die konzeptuelle Grundlagenarbeit für ANP für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und zusätzlich bestehenden Komorbiditäten ist aktuell in Entwicklung. Die APN ist neben der konzeptuellen Arbeit vorerst einmal in der ambulanten Versorgung fallführend für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zuständig. Dabei integriert sind auf der Basis einer therapeutischen Beziehungen u.a. psychoedukative Elemente, Aspekte des Selbstmanagements und Empowerment, verhaltenstherapeutische Inhalte und im Weiteren koordinative Tätigkeiten zwischen den verschiedenen Versorgungs-beteiligten. Pflegeentwicklungs- und Forschungstätigkeiten innerhalb des Spezialisierungsbereiches sind weitere Aufgaben.

Die Integration dieser APN-Rollen in der psychiatrischen Praxis wirkt sich auf alle beteiligten Berufsgruppen aus. Insbesondere die Disziplin der Pflege steht vor der Herausforderung der Entwicklung einer gemeinsamen Vision für ein einheitliches Verstehen von ANP.

Thema

Die Konzeptionierung von ANP hat Pioniercharakter und die Autorinnen sind im Rahmen dieser Tätigkeit mit Chancen und Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen konfrontiert.

Herausforderungen sind u. a. ein noch diffuses Verständnis von ANP inner- und ausserhalb der Disziplin Pflege, ein unzureichender Austausch und Einbezug der Pflegefachpersonen in der direkten Pflegepraxis, was mit dem Risiko einer „Nicht-Integration“ der APN verbunden sein kann. Chancen von

ANP sind die Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, die Senkung der Aufenthaltsdauer oder positive Effekte auf pflegesensitive Ergebnisse [8].

Für den erfolgreichen Einsatz von APN-Rollen in der Psychiatrie sind ein konstruktiver Austausch über die Chancen & Herausforderungen von ANP, der Einbezug von Fachpersonen aller Bereiche sowie die Entwicklung einer gemeinsamen Vision für ein einheitliches Verstehen notwendig.

Ziele

Der Workshop zielt auf eine Auseinandersetzung mit den Chancen und Herausforderungen von ANP in der psychiatrischen Pflege ab. Fachpersonen und Betroffene aus dem deutschsprachigen Raum und aus allen Bereichen der Psychiatrie entwickeln - im Sinne einer Vision - eine visuelle, bildliche Sprache für ein gemeinsames Verstehen von ANP. Das Ergebnis des Workshops - ein in Echtzeit gemaltes Bild - dient der zukünftigen Entwicklung des Themas und soll in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden.

Gestaltung

In Anlehnung an eine Zukunftswerkstatt wagen wir eine kreative und neue Herangehensweise an das Thema ANP in der psychiatrischen Pflege.

Im Rahmen einer semistrukturierten Diskussion werden wir die Phasen *Standortbestimmung, künftige Herausforderungen, ideales Zukunftsbild/Vision, Ansätze/Wege* sowie allenfalls *erste Schritte* durchlaufen. Die besprochenen Inhalte aus der Gruppe werden durch eine Gestalterin mit pflegerischem Hintergrund vor Ort mittels Skizzen visualisiert.

Im Anschluss an den Workshop werden diese zu einem gesamten Stimmungsbild verdichtet, das für die weiterführende Kommunikation und Entwicklung von ANP in der psychiatrischen Pflege verwendet werden kann.

Lernziele

Der Workshop fokussiert die Erreichung folgender Lernziele:

- 1 Die Teilnehmer kennen das Konzept ANP
- 2 Chancen & Herausforderungen von ANP sind bekannt
- 3 Gemeinsames Verstehen und visuelle Kommunikation von ANP in der Psychiatrie

Das übergeordnete Lernziel des Workshops ist die Auseinandersetzung mit einem fachlichen und berufspolitischen Thema auf eine neue Art und Weise. Die zukunftsgerichtete Diskussion und visuelle Dokumentation kann das gemeinsame Verstehen von ANP und APN-Rollen in der psychiatrischen Pflege fördern, regt den inneren Dialog an und ermöglicht so eine konstruktive Weiterentwicklung des Fachgebiets.

Literatur

1. Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit 2020*. Heruntergeladen am 18.06.2015 unter <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>
2. Spycher, S., Jaccard Ruedin, H., Wiedenmayer, G. & Junker, C. (2009). *Die wichtigsten Herausforderungen in den nächsten Jahren*. In K. Meyer (Ed.), *Gesundheit in der Schweiz - Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (pp. 325-355). Bern: Hans Huber Verlag.
3. Organization for Economic Co-Operation and Development. (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD ilibraby. OECD / European Union. Heruntergeladen am 08.06.2015 unter http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en
4. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG. (2014). *Fachkräftemangel in der Schweiz - Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern. Studie im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO)*. Heruntergeladen am 06.07.2015 unter http://edudoc.ch/record/115238/files/Fachkräftemangel_Schlussbericht.pdf
5. Bauer, W., Allaz, A. -F., Bader, C., Gassmann, B., Gyger, P., de Haller, J., Mahrer-Imhof, R., Tschudi, P., & Wildhaber-Isler, P. (2007). *Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis*. SAMW-Arbeitsgruppe „Berufsbilder und Berufsidentitäten“. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 1942-1952.
6. Mahrer-Imhof, R., Eicher, M., Frauenfelder, F., Oulevey Bachmann, A., & Ulrich, A. (2012). *Expertenbericht APN. Expertengruppe Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP)*.
7. Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. St.Louis, Missouri: Saunders Elsevier
8. Kleinpell, R. M. (2009). *Measuring Outcomes in Advanced Practice Nursing*. In R. Kleinpell (Ed.), *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing* (2 ed., pp. 1-62). New York: Springer.

27. „Worte waren ursprünglich Zauber“ – Noch immer! Sprache und Kontext in der Beratung

Thomas Lampert

Hintergrund

Sprache hat in der Behandlung psychiatrischer Patienten Tradition. Konversation ist vielfältig - naturgemäss beklagt der Patient zu Beginn der Beratung sein Leid; und lenkt den Fokus der Betrachtung automatisch auf das Problem. Doch wie kann ich mit Worten, die vielseitig sind, sagen, was ich weiss? Dies setzt voraus, dass es nur Kontexte ohne absolutes Verankerungszentrum gibt (Derrida 1988) und Sprache als Versuch betrachtet werden kann, die eigene Realität zu beschreiben.

Problemstellung

Sprache erreicht in zwischenmenschlicher Interaktion nur eine relative Semantik, welche geprägt ist durch die eigene Wahrnehmung und Zuschreibungen. Entsprechend kann die beraterische Auseinandersetzung lediglich als Versuch betrachtet werden, sein Gegenüber nur annähernd zu verstehen – oder zu jedem gegebenen Zeitpunkt ein Missverstehen wahrscheinlicher ist als ein Verstehen (de Shazer 1991). Derartiges Missverstehen konstruiert Gespräche, macht sie im Grunde erst möglich. Würden wir uns einfach (total) verstehen, hätten wir nichts mehr zu besprechen. Aus dieser Optik rückt Missverstehen in den Vordergrund, was eine Suche nach pragmatischen Lösungsansätzen erfordert.

Ziele

Das Referat stellt sprachwissenschaftliche Aspekte ins Zentrum, welches die Teilnehmenden für die Bedeutung von Grenzen der Sprache sensibilisieren soll. Aus dieser Betrachtung werden Konsequenzen für die Durchführung von Beratungsgesprächen abgeleitet, welche sich am Erleben des Patienten orientieren und Lösungsoptionen in den Vordergrund stellen.

Vorgehen

Referat mit PowerPoint Präsentation.

Ergebnisse, Erfahrungen

- Sprachwissenschaftliche Erörterung
- Die Bedeutung des Kontext
- Pragmatische Ansätze lösungsorientierter Beratung

Diskussion

Fragen aus dem Plenum.

Schlussfolgerungen

Beratung kann als Versuch des Therapeuten betrachtet werden, den Patienten dabei zu unterstützen, sein eigenes Scheitern zu regulieren (J. Liechti). Entsprechend sind Beratende gefordert, sich am Erleben des Patienten zu orientieren, um mittels geschickter Fragestellung dem Patienten die Erfahrung neuer Lösungsansätze zu ermöglichen. So gehen wird das Scheitern zur Ressource, Veränderungsprozesse zu initiieren.

28. Motivierende Gesprächsführung (MI): Die Technik für eine recovery-orientierte Pflege-Sprache.

Maya Locher

Hintergrund

Veränderungen stellen grundsätzlich eine Herausforderung dar. Unterschiedliche Ziele und Bedürfnisse erschweren diesen Prozess. Auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung können Pflegefachpersonen mittels der Motivierenden Gesprächsführung (MI) Patientinnen und Patienten dabei begleiten Entscheidungen zu treffen und Veränderungen anzugehen. MI wurde in den 70er Jahren von Miller und Rollnick zur Förderung von Veränderungsschritten im Suchtbereich entwickelt. Mittels der Methoden der MI werden selbstwirksame Äusserungen und die Zuversicht eine Veränderung anzugehen gestärkt. Dabei sind der Glaube und die Hoffnung sowie der Support durch die beratende Person ein wichtiger Aspekt der Wechselwirkung.

Der Recovery Prozess wurde von erfahrenen Personen als eine Reise beschrieben, welche in unterschiedlichen Phasen verlaufen kann [1]. Die Übergänge zwischen den Phasen stellen für die betroffenen Personen eine Herausforderung dar. Ein wesentliches Merkmal von Recovery ist, dass dieser Prozess alleinig von der betroffenen Person initiiert werden kann. Im Verlauf dieses Prozesses können Fachpersonen die Rolle eines Coaches oder einer Begleitperson übernehmen [2]. Doch wie kann so eine Begleitung gestaltet werden? Mittels MI steht den psychiatrischen Pflegefachpersonen eine Kommunikationstechnik zur Verfügung, die diesen Prozess unterstützen kann. Die Grundhaltung der MI erfordert Partnerschaftlichkeit, geschmeidigen Umgang mit Widerstand wie Wertschätzung im Beziehungsaufbau. Erkenntnisse der Hirn- und Verhaltensforschung bestätigen die Effektivität dieses Ansatzes, welcher eine hohe Evidenz aufweist. Eine Integration dieses

Beratungsmodells in die pflegerische Arbeit verspricht eine Stärkung der Beratungskompetenz.

Problemstellung

Eine recovery-orientierte Pflege fordert die Fähigkeit von Pflegenden eine beratende Rolle zu übernehmen und die Selbstwirksamkeit der PatientenInnen zu fördern. Dies bedeutet eine neue Haltung und Kommunikationsform zu etablieren.

Vorgehen

Im Vortrag werden Kernaussagen von MI und Recovery verglichen, praktische Erfahrungen und Erkenntnisse vorgestellt.

Ergebnisse/Erfahrungen

Ergebnisse zeigen, dass die Recoveryhaltung und MI parallelen in der Grundhaltung aufweisen und Betroffene MI Gespräche, als unterstützend erleben.

Durch die MI nehmen Adhärenz und Partnerschaftlichkeit in der Behandlung zu.

Diskussion & Schlussfolgerungen

Eine Schwierigkeit ist die Verhaltensänderung auch bei den Pflegefachpersonen, mögliche Empfehlungen werden für die Praxis dargelegt. Die Möglichkeiten durch gezielte Beratung Recovery zu fördern und durch MI Selbstwirksamkeit und Autonomie in der pflegerischen Intervention zu fördern.

Literatur

1. *Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(11-12), 972-980.*
2. *Burr, C., Schulz, M., Winter, A., & Zuaboni, G. (2012). Recovery in der Praxis Voraussetzungen, Interventionen, Projekte (Vol. 1). Köln: Psychiatrie Verlag.*

29. Lern von mir! Ein Trainingsprogramm zur Schulung von Klinikpersonal in Allgemeinkrankenhäusern im Umgang mit Menschen mit Demenz

Michael Löhr, Maren Baumeister, Bernd Meißnest, Rüdiger Noelle

Hintergrund

Bei Menschen mit Demenz in somatischen Krankenhäusern handelt es sich aus mehreren Perspektiven um eine vulnerable Patientengruppe. Im somatischen Krankenhaus zu sein, kann für jeden eine beunruhigende und verwirrende Situation darstellen. Für Menschen mit einer Demenz muss es entsetzlich sein. Es gilt als gesichert, dass sie verglichen mit Patienten ohne Demenz häufiger:

mangelnde Ernährung und Flüssigkeitsversorgung erfahren

ein Delir entwickeln

unzureichend mit Schmerzmitteln versorgt werden

lange Krankenhausaufenthalte erfahren

vom Krankenhaus in ein Pflegeheim kommen

Das "Lern von mir"-Programm wendet sich an Mitarbeitende mit verschiedensten Qualifikationen, die in Kontakt mit Patienten stehen, die aufgrund einer zusätzlichen demenziellen Erkrankung eine besondere Bedürfnisorientierung benötigen. Gerade in einem ablauforientierten Allgemeinkrankenhaus kann es zu unerwünschten negativen Krankenhausaufenthaltsfolgen bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen kommen.

In Deutschland leben gegenwärtig mehr als 1,4 Millionen Menschen mit Demenz mit steigender Tendenz. Für das Jahr 2050 werden 3,0 Millionen Erkrankte erwartet. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 25% aller Patienten in Allgemeinkrankenhäusern auch an einer Demenz leiden.

Das „Lern von mir“ Programm möchte dabei helfen zu verstehen, was unter Demenz verstanden wird und bietet unkomplizierte und umsetzbare Vor-

schläge für die Versorgung von Menschen mit Demenz in der somatischen Krankenhausumgebung. Emotionen sind wesentlicher Bestandteil jeglicher Kommunikation. Diese ermöglichen den Pflegenden einen Zugang zu den Menschen, die über Worte nicht mehr zu erreichen sind. Dies ist Ausgangspunkt und bereits erste Maßnahme bei der Pflege von an Demenz erkrankten Menschen, in dem für sie ungewohnten klinischen Umfeld. Auf der Basis entwickeln sich dann nach einem im Grundsatz gleichen Vorgehen bei allen zu Pflegenden spezielle Pflegemaßnahmen, die dem einzelnen, einzigartigen Menschen anzupassen sind. Das Trainingsprogramm wurde von Prof. John Keady und seinem Team an der University of Manchester entwickelt. Die Entwicklung des Trainingsprogrammes für Mitarbeiter hatte in England einen langen Vorlauf. Das National Health Service hatte das Thema Demenz im Allgemeinkrankenhaus für sich als Prioritär identifiziert. Der Grund für die Fokussierung des Themas ist komplex und simpel zugleich. Die einfache Version ist: Ältere Menschen sind die größten Konsumenten von Gesundheits- und Sozialleistungen in der Gesellschaft. Prozentual machen ältere Menschen die größte Patientengruppe im Allgemeinkrankenhaus aus. Zudem haben ältere Menschen das größte Risiko an einer Demenz zu erkranken. Schulungen von Mitarbeitern, die mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen arbeiten, haben nicht immer prioritäre Bedeutung. Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus haben in der Regel einen längeren Aufenthalt als nötig. Dies kann zur Hospitalisierung führen und eine erschreckende und verwirrende Erfahrung für die Menschen sein. Die tägliche Pflege für Menschen mit Demenz könnte im Allgemeinkrankenhaus verbessert werden, einschließlich der räumlichen Umgebung. Für die Entwicklung der Schulungsmaterialien nutzte das Team um Prof Keady die (begrenzt) verfügbare Evidence. Diese half, die Schulung in Inhalt, Dauer und Flexibilität der 6 Module, zu konzipieren. Darüber hinaus wurde Form, Struktur und Inhalt jedes Moduls von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen mitgestaltet. Der Einbezug von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen war von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der Schulungsmaterialien. Diese Beteiligung wird in jedem Modul und den dazugehörigen Videos deut-

lich. Im Rahmen dieser Arbeit wurden zwei Assessmentinstrumente entwickelt und pilotiert, die dabei helfen sollen, das Wissen der Mitarbeiter und das Vertrauen in ihre Arbeit mit Menschen mit Demenz zu identifizieren [1].

Problemstellung

Die Schulungsunterlagen von „Getting to know me“ lagen nur in englischer Sprache vor.

Ziele

Übersetzung der Schulungs- und Evaluationsmaterialien und Anpassung an den deutschen Sprachraum.

Vorgehen

Herr Löhr und Herr Meißnest durften im Jahr 2013, während einer Studienreise zum Service Dementia Development Centre in Sterling, John Keady und das Programm „Getting to know me“ kennenlernen. Herr Löhr hat dann die Rechte zur Übersetzung und Anpassung an den deutschen Sprachraum bekommen. Diese Übersetzung und Anpassung hat durch ein transdisziplinäres Team (Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr, Dr. rer. medic. Rüdiger Noelle, Diplom Pädagogin Maren Baumeister, Diplom Mediziner Bernd Meißnest) stattgefunden. Diese Arbeit hat von 2013 bis 2015 gedauert. Seit April 2015 stehen die Dokumente für das Trainingsprogramm „Lern von mir“ auf der Homepage www.lernvonmir.fh-diakonien.de zur Verfügung. Im Folgenden wird auf das Trainingsprogramm im speziellen eingegangen. Das Trainingsprogramm umfasst sechs Module. Jedes Modul hat ein spezifisches Thema und dauert circa 1 Stunde.

Ergebnisse

Das Trainingsprogramm wurde übersetzt und besteht aus folgenden Elementen:

- Sechs PowerPoint Foliensets, die für die Schulung genutzt werden können

- Sechs Filme, die während der sechs Schulungsmodule eingesetzt werden
- Ein Manual für Trainer/innen
- Ein Begleitheft für Mitarbeiter/innen
- Mini-Karte: 10 Tipps für eine bessere Verständigung mit demenzerkrankten Menschen
- Die „Lern von mir“ Karte. Eine vierseitige Dokumentationsform die von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ausgefüllt wird und am Bett des Pat. bleiben sollte.
- Evaluationsbögen

Diskussion

Das Programm baut auf der aktuell verfügbaren Evidenz in der Versorgung von Menschen mit Demenz in somatischen Krankenhäusern auf. Die Wirksamkeit im Sinne des Wissenszuwachses ist durch Elvish et al. (2014) untersucht worden. Dieser wurde mit den Instrumenten Confidence in Dementia Scale (CODE) und Knowledge in Dementia (KIDE) überprüft. Auch wurden die psychometrischen Eigenschaften von CODE und KIDE in der von Elvish et al. (2014) überprüft. Es konnte gezeigt werden, dass ein signifikanter Wissenszuwachs, im prä-post-Vergleich, vorhanden ist. Dabei konnte eine deutliche Verbesserung der klinischen Praxis über den CODE dargestellt werden [2]. Den deutschen Herausgebern ist es ein großes Anliegen die Materialien freizugänglich zur Verfügung zu stellen. Alle Materialien sind über die Homepage der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld als PDF-Dokumente abrufbar (<http://www.lernvonmir.fh-diakonie.de>). Neben den Downloads stehen die original Schulungsvideos, mit deutschen Untertiteln, als Link zur Verfügung. Auch die Evaluationsinstrumente CODE und KIDE sind in der deutschen Version downloadbar. Neben den kostenlosen Downloads gibt es die Möglichkeit die Materialien im Webshop als Druckexemplare zu bestellen.

Schlussfolgerung

Mit den „Lern von mir“ Schulungsmaterialien liegt ein evidencebasiertes Trainingsprogramm für Mitarbeiter in somatischen Krankenhäusern und Abteilung im Umgang mit Menschen mit Demenz für den deutschen Sprachraum vor. Die Schulungsunterlagen sind freizugänglich im Internet. Damit steht das Wissen in diesem Kontext nicht im Zusammenhang mit Barrieren, die erst überwunden werden müssen. Die deutschern Herausgeber der „Lern von mir“ Schulungsunterlagen gehen davon aus, dass mit der Nutzung der Unterlagen mehr Wissen im Umgang mit Menschen mit Demenz in die somatischen Kliniken einzieht und damit die Versorgungssituation verbessert wird [3].

Literatur

1. Burrow, S., Elvish, R. and Keady, J. (2015) *„Lern von mir“ Unterstützung von Menschen mit Demenz in Allgemeinkrankenhäusern*. Löhr, M., Noelle, R. Bau-meister, M., Meißnest B. (dt. Hrsg.). Im Internet: http://www.fh-diako-nie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Lern_von_mir/Lern_von_mir_Handbuch_fue_r_Trainer.pdf Aufruf am: 4.6.2015
2. Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K., Graham, P., Pilling, M., Gregory, J., Roach, P., Fossey, J. & Keady, J. (2014). 'Getting to Know Me': the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & mental health*, 18(4), 481-488.

30. Die pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen verstehen

Claudia Lötscher, Franziska Rabenschlag, Thomas Leyhe

Hintergrund

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz (MmD) findet zunehmend im häuslichen Bereich, dem gewünschten Standort der Betroffenen, statt.

Die Pflege/Betreuung von Familienangehörigen wird meist aus emotionaler Verbundenheit mit dem Angehörigen geleistet. Die Unterstützung impliziert für die pflegenden Angehörigen eine hohe physische und psychische Verfügbarkeit über Jahre hinweg sowie das Zurückstellen eigener Bedürfnisse und sozialer Kontakte [1, 2]. Dies kann dazu führen, dass die Betreuenden an ihre Belastungsgrenzen kommen und schliesslich selbst an einer Depression, Schmerzen, Ermüdung etc. erkranken. Überlastung des sozialen Umfeldes, Unter- oder Überversorgung, negativen Verhaltensweisen gegenüber dem MmD, gehäuften Spital-/Klinikeinweisungen und/oder einer Platzierung in einer Langzeitinstitution sind mögliche Konsequenzen davon [1, 3, 4].

Problemstellung

Durch den chronisch progredienten und sich ständig verändernden Verlauf der Demenzerkrankung wünschen sich Angehörige eine kontinuierliche, langandauernde Wegbegleitung, die ihnen phasengerechte Unterstützungen beim Erwerb der Fähig- und Fertigkeiten zur Unterstützung der MmD vor Ort bieten [5]. Aktuell werden bereits zahlreiche Ansätze und Aktivitäten zur Prävention, Früherkennung und Versorgung von MmD und ihren Angehörigen umgesetzt. Dennoch bestehen Lücken, die vor allem bei der Koordination von Dienstleistungen, Kriseninterventionen, beim Erwerb von Fähig- und Fertigkeiten in konkreten alltagsnahen Situationen und während intensiven Betreuungs- und Pflegesituationen zu sehen sind. Es fehlt an vorausschau-

ender Planung, die eine zeitgerechte Reaktion bei neu auftretenden Problemen ermöglicht oder eine Überlastung der Angehörigen verhindert [5, 6].

Ziele

Gewährleistung einer kontinuierlichen, leitlinienbasierten und auf die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen ausgerichteten Versorgung:

- zur Stärkung der Versorgungssituation zuhause
- zur Förderung des Selbstmanagements von Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung in verschiedenen Erkrankungsphasen

Vorgehen

Die Fachstelle Demenz 55+ ist neu aufzubauen. Sie richtet ihr Angebot konsequent am aktuellsten Stand des Wissens und den Bedürfnissen der MmD und ihrer Angehörigen aus. Die Fachstelle Demenz 55+ wird nach den Prinzipien eines Pflegestützpunktes aufgebaut: niederschwellig organisiert, telefonisch erreichbar und bietet nutzerfreundliche Öffnungszeiten. Die Dienstleistungen umfassen: (1) proaktive aufsuchende Beratung, (2) Befähigung der betreuenden und pflegenden bei praktischen Alltagsproblemen und (3) Koordination, Kooperation und Vernetzung im Sinne einer Fallführung.

Einbezogen in den Beratungs- und Begleitprozess werden sowohl die pflegenden Angehörigen und der MmD. Ziel ist es, beide von Beginn an aktiv am Beratungs- und Begleitprozess zu involvieren. Weitere Familienmitglieder und andere Versorgungsakteure werden bei Bedarf beigezogen. Der Beratungsprozess ist klar strukturiert Die Beratung selbst ist wenig strukturiert und der individuellen Situation angepasst. Die Beratungen finden überwiegend im häuslichen Umfeld der Familie statt.

Da sich viele Situationen nicht standardisieren lassen werden interdisziplinäre Fallbesprechungen und Supervisionen für das Team durchgeführt. Mindestens zwei bis viermal im Jahr organisiert die Fachstelle Demenz 55+ eine erweiterte Fallkonferenz. Dazu werden, unterschiedliche an der Versorgung

beteiligte Personen eingeladen, bspw. Hausärztin/-arzt, Spitex, Alzheimervereinigung etc.

Das Projekt wird von einem Fachbeirat begleitet werden. Für die Evaluation resp. das Aufzeigen der Effektivität sind Dokumentation, Analyse und Verifikation von standardisierten Daten unumgänglich. Die Fachstelle Demenz 55+ wird als Pilotprojekt gestartet und wissenschaftlich begleitet.

Diskussion

Mit der Entwicklung Fachstelle Demenz 55+ könnte eine Versorgungslücke hinsichtlich Koordination sowie langfristiger kontinuierlicher, störungsspezifischer Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen geschlossen werden.

Die Sicherung der Finanzierung der Fachstelle Demenz 55+ wird eine Herausforderung. Mit dem aktuellen Tarifsysteem kann integrierte Versorgung mit ambulanter Pflege und Betreuung nicht kostendeckend erbracht werden. Die Fachstelle Demenz 55+ ist auf Subventionen der öffentlichen Hand und Stiftungsgelder angewiesen, um die Aufbaukosten zu decken und die für eine hohe Betreuungsqualität notwendige Erfahrung zu akquirieren.

Auch wird erst die Evaluation des Projekts zeigen, ob die Zielgruppe pflegende Angehörige proaktiv und frühzeitig angesprochen werden kann und ob die pflegenden Angehörigen sich verstanden fühlen.

Literatur

1. Grässel, E. (2009). *Subjektive Belastungen und deren Auswirkungen bei betreuenden Angehörigen eines Demenzerkrankten - Notwendigkeit zur Entlastung*. In G. Stoppe & G. Stiens (Hrsg.), *Niedrigschwellige Betreuung von Demenzerkrankten. Grundlagen und Unterrichtsmaterialien* (1. Aufl., S. 42–46). Stuttgart: Kohlhammer.
2. Boss, P. & Bopp-Kistler, I. (2014). *Da und doch so fern: Vom liebevollen Umgang mit Demenzerkrankten*. Zürich: Rüffer & Rub.
3. Emme von der Ahe, Hartmut, Weidner, F., Laag, U., Isfort, M. & Meyer, Sinia, Henrike. (2010). *Entlastungsprogramm bei Demenz - EDE I: Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. Köln, Minden: MV-Verlag.
4. Perrig-Chiello, P. (2012). *Familiale Hilfe und Pflege-ein näherer Blick auf eine komplexe Realität*. In P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.), *Pflegepraxis. Pflegenden Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege* (1. Aufl., S. 109–111). Bern: Huber.
5. Bischofberger, I., Jähnke, A., Rudin, M. & Stutz, H. (2014). *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige: Schweizweite Bestandsaufnahme*. Zürich/Bern. Abgerufen von http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F14437%2Findex.html%3Flang%3Dde%26download%3DNHzLpZeg7t%2Clnp6iONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMdYJ2e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=KSK2VMmvCcKAPMyggbaI&usq=AFQjCNGQTEQ4hb_YIKOGbdNY16DLY_FM sQ&bvm=bv.83640239,d.ZWU
6. *Bericht des Bundesrates*. (Dezember, 2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige: Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz*. Bern. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=de>

31. Forever Young? Vorausschauendes Generationenmanagement in der Pflege

Kurt Mayer, Marianne von Dach Nicolay

Hintergrund

Vier Generationen arbeiten bereits jetzt unter dem Dach einer Klinik. Die demographische Entwicklung prognostiziert weiterhin einen starken Altersanstieg der erwerbsfähigen Bevölkerung. Die jüngste Generation wird zur immer knapperen Ressource am Arbeitsmarkt.

Gleichzeitig steigt auch die kulturelle Kluft zwischen den Generationen: Während die Baby Boomer in der Zeit des Wirtschaftswunders groß geworden sind und Laufbahndenken, Hierarchien und Autoritäten als relevante berufliche Leitplanken wertschätzen, wächst die Generation Y mit Internet, Facebook und You Tube auf. Ihr Blut fließt über WLAN, sie ist permanent online. Diese Generation erwartet Sinnstiftung und Abwechslung im Beruf, wünscht sich eine flexible Balance zwischen Arbeit und Freizeit und setzt auf Selbstführung.

Fragestellung

Wie können Kliniken an diese Widersprüche proaktiv herangehen und ihr Mitarbeiterpotenzial bestmöglich entwickeln?

Wie kann es Krankenhäusern gelingen, sich auf die Anforderungen der Generation Y einzustellen ohne dabei die Bedürfnisse und Ansprüche der älteren Generationen aus den Augen zu verlieren? Denn gerade die Erhöhung und Nutzung der Potenziale des immer größer werdenden Anteils älterer ArbeitnehmerInnen ist ebenso ein relevanter Schlüssel zum Erfolg?

Wie kann die Sicherung von Kooperation und generationsübergreifendem Wissenstransfer im Krankenhaus gelingen?

Thema

Generationenmanagement scheint daher das Gebot der Stunde. Im Lichte dieses Konzepts wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Instrumenten entwickelt: Arbeitsbewältigungsindex, Konzepte lebensphasengerechter Führung, altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplatz, Arbeitszeit- und Arbeitsorganisation, Methoden der generationenübergreifenden Zusammenarbeit und des Wissensmanagements, Altersgemischte Teams, Know-how-Tandems, Generationenworkshops etc.

Doch in den Organisations- und Personalentwicklungsstrategien von Kliniken finden sich diese Konzepte bislang kaum wieder. Somit bleibt das Potenzial sowohl der Generation Y als auch das der älteren MitarbeiterInnen bislang ungenutzt.

Führungskräfte in der Pflege stehen vor der Aufgabe die jüngste Generation erfolgreich zu integrieren, gleichzeitig das Potenzial älterer Pflegekräfte optimal zu entfalten und altersgemischte Teams zu führen.

32. Exzellenz in der Pflege 2015: Wie wird Wissen am/ an der PatientIn wirksam?

Kurt Mayer, Marianne von Dach Nicolay

Fragestellung

Wie kann der Gedanke der Exzellenz im Handeln der Pflege einer psychiatrischen Klinik nachhaltig verankert werden, so dass der/ die PatientIn tatsächlich nach dem jeweils aktuellen Pflegewissen bestmöglichst betreut wird?

Hintergrund

Ein Schlüssel für die Pflegeexzellenz ist die Anbindung der Klinik an das jeweils aktuelle globale Pflegewissen und ein adäquater klinikinterner Lern- und Übersetzungsprozess, der abstrakte pflegewissenschaftliche Konzepte und Methoden für das Pflegepersonal so handhabbar macht, dass es im Pflegeprozess am/ an der PatientIn tatsächlich wirksam wird. Denn die wissenschaftliche Fachsprache muss erst durch vielfältige und schleifenförmige Lern- und Interaktionsprozesse tatsächlich im klinischen Betreuungsalltag wirksam.

Problemstellung

Am Beispiel einer psychiatrischen Privatklinik in der Schweiz soll die Implementierung des Exzellenzgedankens im Rahmen eines dreijährigen Organisationsentwicklungsprozesses anschaulich und diskutierbar gemacht werden.

Ziele

Im Rahmen eines Diagnoseworkshops im August 2012 stellte das Team der Pflegedirektion dieser Klinik fest, dass das relevante Pflegewissen zwar in der Klinik vorhanden ist und auch neues Wissen immer wieder absorbiert

wird, dennoch wird dieses Wissen am/ an der PatientIn nur unzureichend wirksam.

Vorgehen

Folgende Hypothesen wurden formuliert:

- Es dominiert in der Klinik ein lineares Verständnis von Wissensvermittlung, demgegenüber ist ein Verständnis von Lernen und Lernprozessen kaum entwickelt.
- Mittels einer eigens dafür geschaffenen Stelle „Fachentwicklung“ gelingt es der Klinik zwar aktuelles Pflegewissen an der Klinik anzudocken, dieses Wissen findet kaum Niederschlag in den klinikinternen Prozessen
- Die Führungsstruktur an den Stationen mit der Trennung der drei Rollen Stationsleitung, Fachverantwortung Pflege und Ausbildungsverantwortliche/r wirkt als Barriere dafür, dass der/die PatientIn gemäß dem neuesten Pflegewissen versorgt wird.
- Die Führungsstruktur auf Ebene der Pflegedirektion ist dafür ebenfalls nicht funktional.

Ergebnisse/Erfahrungen

Anknüpfend an diese Diagnose wurden im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprojektes 'Exzellenz in der Pflege 2015'

- eine Pflegestrategie entwickelt
- Qualitätsindikatoren und ein QM-System im Bereich der Pflege etabliert
- Neue Lernformen zur Übersetzung und Integration des wissenschaftlichen Pflegewissens geschaffen
- die Führungsstruktur im Team der Pflegedirektion neu aufgesetzt
- an den Stationen Führungsteams etabliert
- Kulturveränderung wirksam, insofern als sich über die verschiedenen Prozessschritte nach und nach ein neues Verständnis von Führung, Verantwortung und gemeinsamen Lernen entwickelte.

33. Sprache vertont unsere Haltung

Johann Meinhof, Doris Blank, Susi Heinrich, Anina Binz Straumann

Hintergrund

In einer Organisation gibt es viele Sprachen: die Sprache der MitarbeiterInnen, der PatientInnen, der Angehörigen und die der Professionen des Gesundheitswesens. Aus diesen unterschiedlichen Sprachen bildet sich gleichwohl eine Verständigung.

Verstehen ereignet sich nicht nur aus Sprache sondern auch aus einer Haltung. Sprache und Haltung stehen in einem interdependenten Verhältnis zueinander. Die Sprache "verkörpert" eine Haltung und ist an der Entstehung von Haltung beteiligt.

Wie können wir sie beeinflussen und verändern?

Einleitung

Projekte werden ins Leben gerufen, wenn verschiedene Interessen, Ebenen, Gruppen und Disziplinen zusammenarbeiten sollen. Projekte zielen auf Veränderungen und beeinflussen damit die Haltung einer Organisation. Wenn diese Projekte einer Strategie folgen, die Gemeinsamkeiten wie Augenhöhe und Vernetzung fördert, muss auch die Adaption der Sprachen in der Folge sichtbar werden.

In den letzten 5 Jahren wurden in der Luzerner Psychiatrie (lups) verschiedene Projekte umgesetzt. Diese nehmen Einfluss auf die Forderung nach Patientenorientierung und Interdisziplinarität. Sie sind scheinbar sehr unterschiedlich, verfolgen aber doch die gleichen Ziele. Aus diesen Projekten wollen wir folgende vorstellen und an ihnen die Veränderung der Organisation, mit dem Fokus auf Sprache, deutlich machen:

Recovery: Eine Haltung, eine weitere Berufsgruppe und eine andere Sprache.

KIS: Interdisziplinarität, die Sprache des Patientinnen und des Kernteams.

Fallführung: Vielfalt mit anderen Chancen auf Passung zum Patienten.

Ziele

Die in fast jedem Leitbild beschriebene Patientenorientierung braucht eine Operationalisierung in konkreten Handlungen. Patientenorientierung heisst, dass wir eine Vielfalt brauchen, die die Passung möglich erscheinen lässt. Auf dieser Basis können wir eine Behandlungsstrategie entwickeln, die für die PatientInnen und allen Beteiligten "Sinn macht". Voraussetzung ist ein Dialog unter den Menschen, welche mit den PatientInnen verbunden sind - ihrem Netzwerk. Ziel ist eine möglichst grosse Patientenorientierung zu erreichen. Voraussetzung ist eine gemeinsame Sprache.

Erfahrungen/Ablauf

Vorstellung der drei Projekte und ihrer Ergebnisse:

Recovery:

Die Bedeutung und Wirksamkeit vom Einbezug von psychiatriee erfahrenen Menschen in die verschiedenen Bereiche der psychiatrischen Angebote ist evident.

Es ist unumgänglich, dass zwischen Erfahrungswissen und Fachwissen oftmals ein Graben besteht. Die Sprache aus der Perspektive einer Person mit Erfahrung in psychischer Erschütterung, kann und wird nicht die Sprache einer Fachperson sein, die sich ein Bild aus Theorie und sekundärem Erleben zusammenstellt.

Das Projekt "Einbezug von ExpertInnen aus Erfahrung (Peers)" ist ein wichtiger Schritt in Richtung Annäherung an die Sprache des jeweils Anderen.

Im Kontakt mit PatientInnen, mit Angehörigen, in Gruppenangeboten und in Behandlungsteams bringen Peers, aufgrund ihrer Erfahrungen, ihre Sicht ein, losgelöst von Fachwissen und Fachsprache. Dies führt für alle Beteilig-

ten und auf allen Ebenen zu einer erweiterten Einsicht. ExpertInnen aus Erfahrung nehmen hier eine wichtige "Brückenfunktion", gewissermassen die Rolle von "Dolmetschern" ein.

Ein weiterer Schritt Richtung interdisziplinäre Zusammenarbeit und Patientenorientierung war die erste Durchführung der Weiterbildung "Recovery praktisch" für Fachpersonen und Betroffene. Nebst notwendiger Theorie zum Thema Recovery haben viele Aktivitäten in Kleingruppen und Diskussionen im Plenum dazu geführt, die Realität des Anderen verstehbarer werden zu lassen.

Miteinander reden, bedeutet nicht immer einander verstehen. Aber versuchen in einer Sprache miteinander zu sprechen, die der Andere verstehen kann, zeugt von wertschätzender Haltung.

Krankenhaus-Informationssystem – KIS:

KIS führt das Behandlungsteam näher zueinander. Es fordert das multiprofessionale Behandlungsteam auf, interdisziplinär miteinander auf dasselbe Ziel hin zu arbeiten. In der lups besteht eine Organisation, in der das Kernbehandlungsteam aus PatientInnen, Fallführender/-dem und Bezugsperson besteht. Gemeinsam mit dem PatientInnen wird ein Behandlungsplan und bei Bedarf ein Fokusplan erstellt. Ausgangslage des Behandlungsplans sind die Änderungsvorstellungen der PatientInnen. Im Erarbeitungsprozess werden diese zu erreichbaren, fachlich verantwortbaren Zielen. Dadurch weist der Behandlungsplan den Blick des Behandlungsteams nicht nur auf die Defizite des Patienten, sondern auch auf seine Wünsche und damit auf seine Motivation hin. Dadurch entsteht ein Prozess, in dem individuelle Bewegungen in der Gruppe möglich werden. Klassische Behandlungshierarchien werden abgebaut, Synergien können genutzt werden. Die Begleitung von PatientInnen wird personenzentrierter und ist vermehrt auf seine subjektive Lebenswelt gerichtet. Die PatientInnen können durch den Behandlungsplan ihren Therapieprozess aktiv mitgestalten, Ressourcen werden mobilisiert und genutzt. Dies alles sind Elemente der Pflegeplanung inklusive der Mechanismen des Regelkreises. Die Pflegeplanung wurde durch den Behand-

lungsplan und die fokussierte Veränderungsplanung ersetzt. Der Regelkreis war die Vorlage, für diese vom Kernteam genutzten Instrumente. KIS verstärkt den Anspruch die Sprache der PatientInnen zu respektieren, es fordert eine transparente Kommunikation, "Sprich damit ich dich sehe" (Sokrates). Die Sprache ist ein wichtiger Bestandteil unserer Identität. "Der Praktiker (z.B.: Profis) hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken" [1].

Fallführung:

Vor drei Jahren wurde das Projekt Fallführung durch Pflegende und SozialarbeiterInnen in der lups eingeführt. Dahinter steht eine Idee der Vielfalt und der Passung. So entsteht die Möglichkeit, gezielt interdisziplinäre Ressourcen und Fähigkeiten in Abhängigkeit des Bedarfs des Patienten dort einzusetzen, wo sie hilfreich sind. Fallführung ist definiert durch die gesamte Koordination eines "Falls", inklusive Austrittsbericht (Arztbrief). Pflegende, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen können als Fallführende Entscheidungen authentisch, im Rahmen der Absprachen, mit dem OA treffen. Pflegende haben durch ihre Schicht- und Wochenenddienste andere Kontakte zu PatientInnen, und durch ihre häufig längere Zugehörigkeit zu einem Team, eine andere Kontinuität. Erste Begegnungen, unbelastende Gespräche und Beziehungsaufbau entstehen meist vor einem entscheidenden Gespräch. Die Sprache des Patienten und die Sprache seiner Angehörigen sind bereits bekannt. Bei zentralen Ereignissen oder Krisen sind Pflegende vielfach vor Ort. Sie lernen die Reaktionen, die Sprache und Ausdrucksweise des Patienten sehr schnell kennen. Fallführung durch Pflegende kann Vor- und Nachteile bringen. In der Abwägung der Vor- und Nachteile ergibt sich eine Patt-Situation. Noch nicht stattgefunden hat die Umstellung der Berufsgruppen, sich als Behandlungsteam zu fühlen und zu handeln. Immer wieder wird auf die Aufgaben aus der Berufsgruppenzugehörigkeit verwiesen. Ohne diese Umstellung der Haltung auf eine gemeinsame Versorgungsverantwortung aller Behandlungsteammitglieder, wird die Organisation der

Fallführung durch Pflegende, trotz der vielen Vorteile, auf Dauer nicht möglich sein.

Die Zusammenfassung und Diskussion

Wir verändern unsere Haltung durch Handlungen - Kommunikation ist eine Handlung. Die drei Projekte zeigen auf, dass es darum geht mehr Vielfalt zu erzeugen, mehr Passungen in der Behandlung möglich zu machen und Entscheidungen mit PatientInnen und in den Gruppen zu erzeugen. Dadurch kann sich ein gemeinsamer Nenner des Sinns der Behandlung entwickeln. In den drei Projekten kommt diese Kondensation der Kommunikation unterschiedlich daher.

Schlussfolgerung

Wir haben uns auf die Betrachtung der Sprachen fokussiert. Es darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Projekte eine Menge ungeklärter Fragen zur Folge haben.

In Bezug auf Haltung und Sprache, die den multilateralen Dialog fördern, konnte durch diese Veränderungen ein Anfang gemacht werden. Über diesen Dialog schreibt Volkmar Aderhold, „Offensichtlich geht es um etwas Einfaches das für Fachleute schwer zu machen ist, weil diese ihre fachlich-medizinische Ausstattung mitbringen: die Fachsprache mit der sie sich wappnen, die Distanz mit der sie die „kranken“ Äusserungen abwehren... . Ein gemeinsames Suchen nach Verstehen und Lösungen wird in diesem Kontext gar nicht mehr als Aufgabe gesehen" [2].

Die Beeinflussung von Sprache und Haltung einer Organisation scheint möglich. Auch wenn wir es nicht gemessen haben ist heute Vieles selbstverständlich, z.B der Einbezug der PatientInnen in Entscheidungen und Planungen, der Einbezug von Peers, die Arbeit in Kern- und Behandlungsteams.

Nicht stabil ist diese Veränderung in Krisensituationen, in denen ein Rückfall in die alten Strukturen zu beobachten ist. Entscheidend scheint bei der Veränderung, dass aus verschiedenen Projekten, also Veränderungsprozessen,

dieselbe Haltung gefordert wurde. Wir hoffen, dass bei einer Fortsetzung dieser Strategie auch das Vertrauen in die eigene Haltung und die Struktur der Behandlung wächst.

Literatur

1. *Barker, Ph. , Buchanan-Barker, P. (2013) Das Gezeitenmodell: Bern, p.50*
2. *Aderhold, V, Vorwort in: Seikkula J., Arnkil T.E. (2007) Dialoge im Netzwerk, Bonn p.18*

34. Pingo ergo sum - ich male, also bin ich.

Günter Meyer

Das Bild

Die Sprache gilt bei vielen Philosophen als wesentliche Voraussetzung des Denkens. Innerhalb kommunikativer Prozesse ist Sprache jedoch nur ein Aspekt des Informationsaustausches und zählt neben beispielsweise der Gestik, der Formel oder dem Bild zur großen Familie der Semiotik [1]. Begrifflichkeiten aus semiotischer Sicht können in dieser Hinsicht sowohl sprachlich als auch schriftlich oder bildlich zum Ausdruck gebracht werden. „Ein ›Bild‹“, so Hans Belting, „ist mehr als ein Produkt der Wahrnehmung. Es entsteht als das Resultat einer persönlichen oder kollektiven Symbolisierung.“ [2] In diesem Sinne hat man in der modernen Psychiatriegeschichte immer wieder versucht, das Bild als ein medizinisches Ikon zu interpretieren. Bilder von psychisch kranken Menschen wurden entsprechend ihrer pathologischen Symptomatik ikonographisch gedeutet. Doch neben ihrer medizinischen Deutung gab es immer auch eine ästhetische Würdigung oder Ablehnung. Die Geschichte von Art Brut beruht auf dieser Ambivalenz von medizinisch-ikonographischer und ästhetischer Betrachtungsweise.

Art Brut

Die Geschichte von Kunst und Psychiatrie ist gewiss so alt wie die Kulturgeschichte selbst. Wir dürfen mit einiger Bestimmtheit bereits in der Archäologie Kunstwerke von psychiatrisch erkrankten Menschen vermuten, aber erst seit dem 14. Jahrhundert verfügen wir über gesicherte Überlieferungen von ästhetischen Werken psychisch erkrankter Menschen, wie z.B. durch die Bilderhandschrift des italienischen Mönchs Opicinus de Canistris. Allerdings ist jeder Ansatz einer retrospektiven Betrachtung, die etwa im Mittelalter Psychosen zu diagnostizieren versucht, aus geschichtswissenschaftlicher Sicht eine heikle Angelegenheit. Beispielsweise würden viele moderne Psy-

chiater die Visionen eines heiligen Franziskus heute tendentiell als eine Psychose beschreiben und weniger als eine theologische Äußerung betrachten wollen [3]. Vor diesem Hintergrund dürfen zeitgenössische Definitionen nicht pauschal bei der Bewertung von mittelalterlichen Quellen angewendet werden.

Ebenso wissen wir, dass die mittelalterliche Gesellschaft ein durchaus ambivalentes Verhältnis zu psychisch kranken Menschen hatte. Auf der einen Seite wurden diese als vom Teufel besessen geächtet, auf der anderen Seite erlaubte das mittelalterliche Weltbild durchaus eine Form der Integration für die Ausgegrenzten, nämlich sich künstlerisch zu äußern. Und nicht nur im Mittelalter, selbst im Zeitalter der Aufklärung lassen sich diese zwiespältig schillernden Beziehungen erkennen. Ein Beispiel hierfür mag die Villa Pallagonia geben. Im 18. Jahrhundert schuf der sizilianische Prinz Pallagonia auf seinem Landsitz in Bagheria, nahe Palermo, ein komplett psychotisches Kunst-Weltbild. Goethe beschreibt in seiner „Italienischen Reise“ die ungewöhnlichen Skulpturen als einen Ausdruck von „Unsinn“ und von „Torheiten“ [4].

Den ersten positiven Zugang zu Kunst von psychiatrisch erkrankten Menschen haben wir Hans Prinzhorn Anfang des 20. Jahrhunderts zu verdanken. In seiner Doppelfunktion als Arzt und Kunsthistoriker erkennt er sehr früh die Qualität künstlerischer Arbeiten aus der Psychiatrie. Allerdings vermeidet er noch das Wort „Kunst“ und spricht von der „Bildnerei der Geisteskranken“. Ungeachtet dessen vollzog sich in der klassischen Moderne ein Wandel, in dem Kunst auf die Psychiatrie zu wirken begann und umgekehrt diese die Kunst beeinflusste. Es entstand ein zunehmendes Interesse an künstlerischen Werken aus der Psychiatrie. Genau diese Entwicklung in der klassischen Moderne wurde ab 1933 dann auch zu ihrem Verhängnis: im Nationalsozialismus wurde diese Reziprozität dämonisiert und mit dem Begriff „entartet“ stigmatisiert. Und aufgrund eben jener nationalsozialistischen Pervertierung taten sich die deutsche Kunst und die Kunstwissen-

schaft nach 1945 ausgesprochen schwer damit, sich positiv mit der Liaison von Kunst und Psychiatrie auseinanderzusetzen.

In Frankreich wurde bereits 1947 mit dem Begriff „Art Brut“ von Jean Dubuffet eine Allianz gesehen, im deutschsprachigen Raum dagegen begann man mit einer angemessen differenzierten Anschauungsweise erst ab 1970. Hier spielt sicherlich der Psychiater Leo Navratil eine große Rolle, der mit der Gründung des Künstlerhauses auf dem Gelände der Landesnervenheilstation Maria Gugging bei Wien die Kunst von psychiatrisch erkrankten Menschen gezielt gefördert hat.

Künstler

Eine der berühmtesten Persönlichkeiten aus Gugging ist sicherlich August Walla (1936-2001), welcher inzwischen zu den renommierten Künstlern der Art Brut gezählt wird. Er entwickelte ein eigenes religiöses System, das er in seinen Bildern immer wieder darzustellen versuchte und seine Werke sind aus den meisten Museen nicht mehr wegzudenken. Dieser Erfolg steht für eine Entwicklung, in der die Verbindung von psychiatrischer Erkrankung und zeitgenössische Kunst nicht mehr als Stigma wahrgenommen, sondern oft sogar als Ausdruck einer besonderen Freiheit angesehen wurde. Professionelle Künstler, man denke hier beispielsweise an Arnulf Rainer, haben ihre psychiatrische Erkrankung nicht mehr verheimlicht, sondern bewusst öffentlich thematisiert. Arnulf Rainer, geboren 1929, vielen bekannt durch seine berühmten Übermalungen, war jedoch bereits ein professioneller Künstler als er in die Psychiatrie eingewiesen wurde, wohingegen Walla erst in der Anstalt zur Kunst fand und dort die Malerei für sich entdeckte. Die beiden Beispiele verdeutlichen jedoch, wie sehr sich Kunst und Psychiatrie nach 1945 wieder aufeinander zu bewegten.

Allerdings scheinen über einen langen Zeitraum hinweg nur ganz bestimmte psychiatrische Krankheitsbilder auch hoffähig genug gewesen zu sein, um von der Kunstöffentlichkeit akzeptiert zu werden. Die Demenz allerdings wurde noch bis ins 21. Jahrhundert hinein stigmatisiert und durfte in Zusammenhang mit Kunst kaum je diskutiert werden. Auf der großen Retro-

spektive Willem de Koonings 2005 in Wien wurden dessen späte Gemälde beispielsweise nicht in den Zusammenhang mit seiner mittlerweile bekannt gewordenen dementiellen Erkrankung in Verbindung gebracht sondern ausschließlich als Alterswerk thematisiert.

Demenz

Erst seit kurzem ändert sich aber auch hier die Haltung der Öffentlichkeit und das Interesse an Kunst von Menschen mit Demenz steigt - ein Phänomen, das nun auch in die moderne neurowissenschaftliche Forschung Einzug hält. Die „Neuroästhetik“ ist noch eine sehr junge Wissenschaft und kommt aus der aktuellen Hirnforschung. Ihr Hauptinteresse gilt der Verknüpfung von neuronalen Mustern mit dem künstlerischen Prozess sowie mit der ästhetischen Wahrnehmung. Dabei ist beabsichtigt, mit Hilfe bildgebender Messtechnik Kreativität im Gehirn zu lokalisieren und die verantwortlichen Neuronen zu identifizieren. Wie und wo lässt sich neurophysiologisch ein künstlerischer Schaffensprozess verorten? Kann man eine künstlerische Begabung neurobiologisch erklären?

Vom neurologischen Standpunkt aus wissen wir, dass sich die zeichnerische Kompetenz bei Alzheimer-Erkrankungen verändert. Die Betroffenen verlieren ihre visuokonstruktiven Fähigkeiten, sind also irgendwann nicht mehr in der Lage, z.B. räumlich zu malen. Die Zeichnungen werden immer einfacher und lassen essentielle Details vermissen, nicht selten werden schriftliche Elemente hinzugefügt, um die Darstellung zu vervollständigen. Die Bilder haben einen starken Rechtsdrall und man merkt ihnen ein eigenartiges Bedürfnis nach Verkleinerung an, Winkeldarstellungen werden vermieden und einzelne Elemente oft wiederholt („repetierendes Element“). Einige dieser Merkmale können wir auch bei Willem de Kooning wiedererkennen. Dürfen wir nun diese Bilder, oder ganz allgemein gesprochen, Bilder von Menschen mit Demenz, auch wenn sie kompositorisch gelungen und in sich geschlossenen wirken, ausschließlich unter neurologischen Gesichtspunkten betrachten?

Ein kleiner Exkurs über Lovis Corinth spitzt das Problem zu. Wir wissen aus der medizinhistorischen Forschung, dass Lovis Corinth 1911 einen schweren rechtshemisphärischen Hirnschlag erlitten hat. Ein typisches Symptom kortikaler Verletzungen ist der visuelle Neglect, im Falle von Corinth ein linker. Dieser linke visuelle Neglect äußert sich sehr eindrucksvoll in seinen Selbstporträts. Doch unabhängig von der medizinischen Einschränkung gelten die Selbstporträts nach 1911 als wichtige Zeugnisse der klassischen Moderne. Die Kunstwissenschaft hat diese Bilder nie ausschließlich neurologisch bewertet, sondern immer als eine typische Ausdrucksform der modernen Kunst im frühen 20. Jahrhundert angesehen [5].

Unter diesem Aspekt können und müssen wir auch Bilder von Menschen mit Demenz künstlerisch bewerten und dürfen sie nicht nur neurologisch reduzieren. Die Demenz ist sicherlich noch die letzte Domäne, die als Bestandteil der „Art Brut“-Kunst akzeptiert und in der Kunstszene ihre ästhetische Würdigung erhalten muss. Immer dann, wenn das Bild die Ebene der subjektiven Symbolisierung verlässt und als eine kollektive Symbolisierung wahrgenommen wird, ist eine wesentliche Voraussetzung für ein Kunstwerk geschaffen und das Bild wird zu einer visuellen Sprache.

Literatur

1. Bentele, G.; Bystrina I. (1978) *Semiotik - Grundlagen und Probleme*. Stuttgart, S. 16.
2. Belting, H. (2001) *Bild-Anthropologie*. München (4. Aufl.), S. 11.
3. Lütz M. (2009) *Irre! Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen*. Gütersloh, S. 28.
4. Beyer, A.; Miller, N. (Hrsg.) (1992) *Johann Wolfgang Goethe – Die italienische Reise, Münchner Goethe-Ausgabe, Band 15, München, S. 301*.
5. Clausbert, K. (1999) *Neuronale Kunstgeschichte. Selbstdarstellung als Gestaltungsprinzip*. Wien, S. 125.

35. Erste empirische Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes 'Interdisziplinärer Demenzkoordinator'

André Nienaber, Benjamin Volmar, Pascal Wabnitz, Michael Löhr

Hintergrund

Die Versorgung von Patienten mit Demenz im Gesundheitswesen stellt eine zunehmende Herausforderung für die beteiligten Professionen dar. Besonders im Falle einer stationären Behandlung z. B. aufgrund einer körperlichen Erkrankung, wenn die Patienten nicht in ihrer vertrauten und gewohnten Umgebung sind, werden an die Pflegenden, Ärzte und anderen Berufsgruppen besondere Anforderungen im Rahmen der Begleitung und Behandlung gestellt.

Problemstellung

Vor diesem Hintergrund ist in Gütersloh das Projekt „Interdisziplinärer Demenzkoordinator“ ins Leben gerufen worden. Das Projekt ist ein Kooperationsprojekt des LWL-Klinikums Gütersloh mit dem Städt. Klinikum Gütersloh [1] und wird von der örtlichen Bürgerstiftung unterstützt.

Ziele

Ziel des Projektes „Interdisziplinärer Demenzkoordinator“ ist es, die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz im somatischen Krankenhaus zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, wirkt der Interdisziplinäre Demenzkoordinator auf drei Ebenen: in der direkten Patientenversorgung bietet er Unterstützung und Beratung z. B. für die Angehörigen, in der Begleitung der Mitarbeitenden durch die Durchführung von Schulungen und auf organisatorischer Ebene durch Beratung für die Gestaltung von Strukturen und Prozessen. Hierfür ist im LWL-Klinikum eine Stelle im Umfang von 0,5 Vollkraftstellen (VK) geschaffen worden. Der Mitarbeiter ist direkt im Städt. Klinikum eingesetzt. Seine Aufgaben umfassen die Beratung von Mitarbeitenden der

verschiedenen Berufsgruppen in komplexen Behandlungs- und Versorgungssituationen bei Patienten mit Demenz sowie die Durchführung von Schulungen anhand der Schulungsunterlagen „Getting to know me“ [2].

Vorgehen

Die Evaluation des Projektes erfolgt in Anlehnung an die Beschreibung von Elvish et al. [3]. Grundlage der Evaluation sind drei Instrumente: die Confidence in Dementia Scale (CODE), die Knowledge in Dementia Scale (KIDE) sowie die Controllability Beliefs Scale (CBS). Die CODE-Skala sowie die KIDE-Skala sind von Elvish et al., die CBS-Skala ist von Dagnan, Grant und McDonnell entwickelt worden [4].

Die drei Instrumente sind nach Rücksprache mit den Erstautoren in einer Vorwärts- und Rückwärtsübersetzung in die deutsche Sprache übersetzt worden.

Ergebnisse

Im Rahmen des Symposiums werden die Ergebnisse aus der ersten Phase der Evaluation im Vorfeld der ersten Schulung vorgestellt. Insgesamt haben sich 28 Personen aus der Berufsgruppe der Pflege an der Erhebung beteiligt (Tab. 1).

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe (n=28)

Merkmal	Ausprägung
Alter (Mittelwert)	44,5 (SD=11,8)
Geschlecht	
Weiblich	89,3%
Männlich	3,6%
Berufsgruppe	
Pflege	96,4%
k. A.	3,6%

Im Hinblick auf die Reliabilität weisen die drei Skalen unterschiedliche aber insgesamt zufriedenstellende bis gute Werte aus. Im Hinblick auf die CODE-Skala sind die Mittelwerte in Tab. 2 dargestellt. Die Summenwerte bewegen sich im Bereich von 27 bis 43 und im Mittel bei 34,37 (SD 2,62). Fehlende Werte wurden durch Einsetzen der Mittelwerte der entsprechenden Fragestellung ersetzt.

Tab. 2: Ergebnisse der CODE-Skala

Nr.	Item ^a	Mittelwert (SD)
1	Ich bin in der Lage, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu verstehen, auch wenn sie diese nicht verbal ausdrücken können	3,96 (0,58)
2	Ich bin in der Lage, mit Menschen mit Demenz zu interagieren, wenn sich diese nicht verbal ausdrücken können.	3,00 (0,00)
3	Ich bin in der Lage, mit Situationen sicher umzugehen, in denen Menschen mit Demenz unruhig werden.	3,86 (0,71)
4	Ich bin in der Lage, Menschen mit Demenz zu identifizieren	3,96 (0,58)
5	Ich bin in der Lage, wichtige Informationen zu sammeln, um die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu verstehen.	4,00 (0,68)
6	Ich bin in der Lage, Menschen mit Demenz ein Gefühl von Sicherheit während ihres Krankenhausaufenthaltes zu vermitteln.	3,61 (0,63)
7	Ich bin in der Lage mit Menschen zu arbeiten, die eine Demenz-Diagnose haben.	3,89 (0,57)
8	Ich bin in der Lage, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu verstehen, wenn sie diese verbalisieren können.	3,96 (0,43)
9	Ich bin in der Lage, mit Menschen mit Demenz in Kontakt zu treten, wenn sich diese verbal ausdrücken können.	4,18 (0,48)

^a Antwortmöglichkeiten 1-5, eindeutig nicht zutreffend - eindeutig zutreffend

Diskussion

Die bisherigen Ergebnisse lassen sich mit denen aus der Untersuchung von Elvish et al. [3] vergleichen. So beschreiben Elvish et al. für die CODE-Skala, dass die Cut-off-Punkte im Bereich 0-18 Punkte für „nicht sicher/zuversichtlich“, 19-35 Punkte für „ein wenig sicher/zuversichtlich“ und 36-45 Punkte für „sehr sicher/zuversichtlich“ stehen. Den Ergebnissen dieser ersten Stichprobe zufolge schätzen sich die Teilnehmenden als „ein wenig sicher“ und „sehr sicher“ im Umgang mit Menschen mit Demenz ein. Im Symposium werden darüber hinaus die Ergebnisse der beiden hier nicht erwähnten Instrumente vorgestellt.

Schlussfolgerung

Insgesamt zeigen diese ersten Ergebnisse der Pretestung der beschriebenen Instrumente, dass sie für den Einsatz im Rahmen der Evaluation geeignet sind. In wie weit die Schulung zu einer Verbesserung der Ergebnisse führt, bleibt abzuwarten.

Literatur

1. Lücke, S. (2015). *Projekt mit Vorbildcharakter. Die Schwester Der Pfleger*, 54(7), 26-28.
2. Burrow, S., Elvish, R. and Keady, J. (2015) "Lern von mir" Unterstützung von Menschen mit Demenz in Allgemeinkrankenhäusern. Löhr, M., Noelle, R. Bau-meister, M., Meißnest B. (dt. Hrsg.). Im Internet: http://www.fh-diako-nie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Lern_von_mir/Lern_von_mir_Handbuch_fue_r_Trainer.pdf Aufruf am: 4.6.2015.
3. Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R. et al. (2014). 'Getting to Know Me': the devel-opment and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & mental health*, 18, 481-488.
4. Dagnan, D., Grant, F., McDonnell, A. (2004). *Understanding challenging behav-iour in older people. Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 501-506.

36. Celebrating the Power of Humour. A practical success story of verbal and non-verbal communication.

Marianne Obi

Background

Our work focuses on the physical and psychological well-being of sick, suffering and needy people. This presentation depicts the long-lasting success of our special programme, Circus Patientus, first introduced in 2004.

Aims

Within its framework, long-term patients in paediatric and adolescent psychiatric facilities are catered for through interactive play and humour. Our professionally trained performing artists aim to help create an enabling and supportive environment, which facilitates the patient's adaptation process to the hospital setting and further improves their acceptance of medical procedures and staff.

Methods

All our artists are masters of the art of verbal and non-verbal communication techniques, which is the key secret to the success of our programmes. For Circus Patientus, an experienced team is specially trained to use a variety of holistic approaches, focussing on the playful art of clowning and improvisational theatre.

The programme is customised and rehearsed with the children no matter what their physical or psychological state. For one week, the artists immerse themselves in the world of the children. Reaching out to them, they build up a bond, irrespective of origin, age, disability, medical problem, etc.

Being sensitive to their medical condition, the artists concentrate on the receptiveness and emotional status of the participants, supporting their social abilities and natural instinct to play, a basic right essential for healthy

development. Although every child reacts differently, their creativity emerges during this psychosocial intervention stimulating enthusiasm and vitality, whereby they even often create their own play script.

Results

A setting is created where the children are transformed into artful magicians, dazzling artists, skilled unicycle riders and muscular weightlifters. At the end of the week, the grand performance in front of doctors, staff and family members is met with standing ovations!

The children's passive role in everyday hospital routine fades into the background, even if only temporarily. As full attention is given to new skills and active participation is encouraged, they discover a new side to themselves, exploring their abilities and combatting aggression or negative feelings.

This sense of "normality" in abnormal situations alleviates fears through humorous and self-expressing activities. Our artists make the hospital environment more humane and "less scary" for the patients by using the language of humour.

Conclusion

We offer sick children in psychiatric wards a much-needed stimulus, boosting their self-confidence and self-esteem, providing coping strategies and increasing their positive reactions to treatment. In 2014, we celebrated the magic of circus performances in hospitals with more than 2,500 children in Austria, the Czech Republic, Lithuania, Slovakia and Slovenia.

The power of humour is used as a valuable communication tool to encourage and empower vulnerable groups. The fight against social stigmas and discrimination is promoted, enabling the individuals to participate and integrate better within the hospital environment and the community.

37. Sprachenvielfalt im geriatrischen Betreuungs- und Pflege-setting – Herausforderungen und Chancen in einer globalisierten Welt

Susanne Ogris, Thomas Barth

Hintergrund und Problemstellung

Die globalisierte Welt von heute hat Auswirkung auf alle Lebensbereiche, so auch auf die Bedingungen im geriatrischen Pflege- und Betreuungssetting. Waren wir bis vor kurzem primär mit einer multikulturellen Vielfalt im Pflege- und Betreuungsteam konfrontiert, finden in letzter Zeit aufgrund der durch die Assimilation verursachten Auflösung traditioneller Familien- und Sozialstrukturen auch vermehrt alternde MigrantInnen ihren Weg in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. So sind wir dort mit einer Vielfalt an Sprachen, nonverbalen kulturellen Ausdruckformen, soziokulturellen Deutungsmustern und Weltbildern konfrontiert, die gegenseitiges Missverstehen begünstigen und sich auf die Arbeit im Team sowie im Umgang mit den KlientInnen und damit auf professionelle Pflege- und Betreuungsprozesse auswirken.

Sprache – verbal und ihre nonverbalen Ausdrucksformen - ist aber bereits in einer „monokulturellen“ Gesellschaft ein komplexes Medium, nicht zuletzt deswegen, weil sie immer auch bewusster/unbewusster Ausdruck des dahinter liegenden Weltbildes und der damit verbundenen impliziten Haltungen ist. Wie wir die Welt sehen, spiegelt sich in der Weise, wie wir Dinge benennen und kategorisieren wider. Ebenso finden unsere Wahrnehmungen und unser Denken im Rahmen unserer sprachlichen Kategorien und Ausdrucksformen statt [1].

Ziele und Fragestellung

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Fragen und Ziele für einen multikulturellen geriatrischen Betreuungs- und Pflegebereich: Welche Fak-

toren fördern generell die Verständigung in einem mono- oder multikulturellem Betreuungssetting? Welchen Einfluss haben verschiedene Aspekte der Sprache, des Sprachgebrauchs, ihrer nonverbalen Ausdrucksformen und der reflektierte/unreflektierte Umgang damit in Interaktionen sowohl innerhalb des Teams als auch mit KlientInnen? Was schafft Gemeinsamkeiten und welche Methoden führen dorthin?

Sprache im praktischen Betreuungsalltag

Mit diesen Fragen beschäftigen wir uns seit mehr als 15 Jahren im jüdischen Tageszentrum für SeniorInnen in Wien. Die großteils jüdischen KlientInnen, einige von ihnen Überlebende des Holocaust und deren Nachkommen, stammen aus unterschiedlichen Herkunftsländern mit insgesamt 13 Muttersprachen.

Bereits in einem monokulturellen Betreuungssetting mit älteren Menschen kann ein unreflektierter Umgang mit Sprache zu Problemen in Interaktionen führen. So kann z. B. eine patronisierende Kommunikation, die jüngere Menschen aufgrund unbewusster Altersstereotypen gegenüber Älteren anwenden, deren Selbstbild, Selbstwertgefühl und Wohlbefinden nachhaltig negativ beeinflussen [2]. Gerade bei Menschen, die durch Verfolgung, Flucht und Migration traumatisierende Erlebnisse erfahren haben, kann ein derartiges Kommunikationsverhalten unserer Beobachtung nach sogar Retraumatisierungen auslösen. Damit häufig verbunden ist die „Seelenblindheit“, d.h. die Unfähigkeit, den anderen Menschen in seiner inneren Realität, grundsätzlichen Gefühlen und Bedürfnissen wahrzunehmen [3], die sich ebenfalls im sprachlichen Umgang mit KlientInnen äußert.

Ein mehrsprachiges, multikulturelles Setting im Rahmen der Langzeitbetreuung und –pflege von SeniorInnen erhöht zusätzlich die Komplexität der eben erwähnten Phänomene, da man nicht auf die eine gemeinsame Muttersprache zurückgreifen kann. So müssen Gemeinsamkeiten und alternative Verständigungsmöglichkeiten mit den KlientInnen seitens des Personals gefunden und angewendet werden. Unserer Ansicht nach führt der direkteste Weg über die Beziehungsebene und die emotionale Kommunikation. Damit

ist nicht so sehr das perfekte Beherrschen einer Fremdsprache mit all ihren Vokabeln und Feinheiten gemeint, sondern vielmehr die Fähigkeit, über eine Art universeller Sprache einen Weg zu den KlientInnen zu finden und über diese emotionale Metasprache ihre Bedürfnisse erfassen zu können.

Methoden und Werkzeuge

Unser grundsätzlicher methodischer Ansatz orientiert sich an den Erkenntnissen von Charles Darwin [4] und in weiterer Folge u.a. Paul Ekman [5] bezüglich kulturübergreifend geltender Basisemotionen mit allen Menschen in allen Kulturen gemeinsamen biologisch determinierten Ausdrucksformen (vor allem Gesichtsausdruck). Somit nehmen wir an, dass es eine Art universeller Kommunikation gibt, bei der Menschen, sofern sie dafür offen, bereit und dazu fähig sind, den nonverbalen Ausdruck für Basisemotionen kulturübergreifend in gleicher Weise zeigen, übermitteln, empfangen und verstehen können. Unter den Basisemotionen wie Freude, Wut, Ekel, Furcht, Verachtung, Traurigkeit und Überraschung ist für den Aufbau einer professionellen Beziehung und das Entstehen einer Grundgeborgenheit die der Freude, vermittelt durch Freundlichkeit, Wertschätzung und Verbundenheit, die Wichtigste.

Als wichtiges Werkzeug im interkulturellen Umgang hat sich die Fähigkeit zu „szenischem Verstehen“ [6] erwiesen, die unserer Erfahrung nach MitarbeiterInnen mitbringen, die längere Auslandsaufenthalte, Migrationsbiographien oder Zugehörigkeit zu einer ethnischen/religiösen Minderheit aufweisen bzw. neben ihrer psychosozialen Berufsqualifikation Zusatzinteressen und -fähigkeiten im musischen/künstlerischen Bereich haben.

Ebenso kann das Beherrschen einiger Schlüsselwörter in der jeweiligen Landessprache in Verbindung mit dem kongruenten nonverbalen Ausdruck im wahrsten Sinne des Wortes Welten öffnen. Dazu gehören Gruß- und Abschiedsformeln, Ausdrücke der Höflichkeit, wie z.B. das Fragen nach der Befindlichkeit oder die adäquate, landesübliche Anrede der jeweiligen Personen, sowie Begriffe für „bitte“, „danke“, „ja“ und „nein“ und Worte für basale Bedürfnisse, wie Essen, Trinken, Ausscheiden, Schmerzen, weiters

Wochentage und Fragewörter. Dadurch werden „kognitive Brücken“ [7] auf einer verbalen Ebene etabliert und emotionale Verbundenheit im Sinne einer tragfähigen Betreuungsbeziehung geschaffen.

Hinter all diesen Elementen steht eine Grundhaltung, die die unabdingbare Voraussetzung für geglückte Interaktionen im mono- und multikulturellen Bereich bildet.

Ergebnisse und Erfahrungen

Zusammengefasst haben sich für das Zustandekommen gelingender Interaktionen in der intra- und interkulturellen Verständigung im Rahmen der geriatrischen Langzeitbetreuung und –pflege Kompetenzen des Personals wie Offenheit, Neugier, generelles Interesse an anderen Menschen und Lebenszusammenhängen, Wahrnehmungsgenauigkeit, Lernbereitschaft, die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und szenischem Verstehen, Anpassungsbereitschaft ohne Angst, die eigene Identität zu verlieren sowie die Fähigkeit, sich in die Situation eines anderen Menschen einfühlen zu können, als günstig erwiesen. Kurzum: emotionale und soziale Intelligenz, deren Entwicklung in den Ausbildungen viel mehr Berücksichtigung finden sollte.

Schlussfolgerung

Eine funktionale Sprachkompetenz ist notwendig, wenn es um Informationstransfer geht wie z. B. im Rahmen diagnostischer Prozesse (sachlicher Informationsaustausch); sie wird aber in der Langzeitbetreuung und -pflege unserer Erfahrung nach überbewertet, solange nicht auch die interaktionelle emotionale Komponente berücksichtigt wird. Denn in der Betreuung kommt es nur bedingt auf verbale sprachliche Verständigung an; vielmehr geht es um eine geglückte professionelle Beziehung zwischen den AkteurInnen.

Literatur

1. *Wygotski, L. S. (1986) Denken und Sprechen. Frankfurt a. M.: Fischer.*
2. *Ryan, E. B. et al (1995) Communicaten Predicaments of Aging. Patronizing Behavior toward Older Adults. Journal of Language and Social Psychology 14, 144-166.*
3. *Wurmser, L. (2002) Die zerbrochene Wirklichkeit. Vortrag im Rahmen der 52. Lindauer Psychotherapiewochen (www.Lptw.de), S. 10.*
4. *Darwin, C. (1872) The Expression of the Emotions in Man and Animals. London: John Murray.*
5. *Ekman, P. (1999) Basic Emotions. In Dalglish, T. & Power, M. J. (Eds.), Handbook of Cognition and Emotion. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd (45-60).*
6. *Lorenzer, A. (2006) Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewußten (Kulturanalysen. Bd. 1). Hrsg. von Ulrike Prokop und Bernard Görlich. Marburg: Tectum.*
7. *Kubik, G. (2007) „Floating“ – eine ethnoanalytische Feldforschungstechnik. Wien: Österreichische Zeitschrift für Volkskunde Bd. LXI/ 110, (249-268).*

38. Strategieentwicklung Magnet Hospital

Klaus Pöschel, Michael Beune

Hintergrund

Ein Magnet Hospital (MH) [1] oder auch ein Krankenhaus mit Anziehungskraft, beschreibt ein Haus in dem Pflegende mit hoher Fachkompetenz überdurchschnittliche Patientenergebnisse erzielen [2]. Dort erleben Pflegende eine große Berufszufriedenheit und weisen eine geringe Fluktuation auf. Dieses Konzept, das auf Qualitätsindikatoren und pflegerischen Standards basiert, entstand in den USA in einem Zeitraum als es zunehmend schwierig wurde qualitativ sehr gut ausgebildete Pflegekräfte zu rekrutieren und am Haus zu halten [3]. Dieses Programm wird gleichermaßen dazu genutzt, erfolgreiche pflegerische Strategien und Methoden weiterzugeben. Die Attraktivität eines Magnet Hospitals resultiert aus der gezielten Umsetzung der 14 Magnetkräfte, unter Berücksichtigung der acht Handlungsgrundsätzen, die im Magnet Modell, vgl. Tab. 1, zusammengefasst werden [1, 3, 4]. Bis zum Jahr 2015 wurden weltweit insgesamt 419 Krankenhäuser in Nordamerika, Australien, Neuseeland und dem Libanon als MH anerkannt [5].

Problemstellung

In einem Pflegeworkshop Herbst 2012 [6], mit 100 Pflegenden, wurde eine Standortbestimmung für die Pflege im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) vorgenommen. Daraus gingen Pflegeprojekte hervor die sich in das Gesamtprojekt Zukunft Gestalten eingliederten [6].

Ziele

An das Pflegeprojekt – Strategie Magnete Hospital - wurde der Auftrag vergeben, die Positionierung der Pflege des EvKB zu den Kernelementen eines

Magnet Hospital in einem Positionspapier darzulegen. Darüber hinaus sollte ein Realisierungsleitfaden entstehen der exemplarisch Projekte beschreibt.

Vor dem Hintergrund des Leitbilds des EvKB „Nah am Menschen“, fand dazu eine intensive Auseinandersetzung mit dem US-amerikanischen Modell des Magnet Hospital und dessen "Übertragung / Übersetzung“ auf das Evangelische Krankenhaus statt.

Tabelle 1: Modellkomponenten und Magnetkräfte eines Magnet Hospitals [3]

Modell-Komponenten	Magnetkräfte
Transformative Führung	Qualität der pflegerischen Führung Managementstil
Strukturelle Befähigung	Organisationsstrukturen Personalpolitik und -programme gemeindeorientierte Versorgungsangebote Image der Pflege Professionelle Entwicklung
Beispielhafte professionelle Praxis	Professionelles Pflegemodell Qualität der Versorgung Qualitätsverbesserung Beratung und Ressourcen Autonomie Pflegerische als Lehrer / Bildungspersonen Interdisziplinäre Beziehungen
Neues Wissen, Innovationen und Verbesserungen	Qualität der Versorgung Qualitätsverbesserung
Empirische Outcomes/messbare Versorgungsergebnisse	Qualität der Versorgung

Dieser Beitrag bezieht sich auf Ergebnisse dieses Strategieentwicklungsprozesses sowie exemplarischen Realisierungsmöglichkeiten, die für den Prozess zur Entwicklung zu einem, aus pflegerischer Sicht, Krankenhaus mit Anziehungskraft, notwendig sind.

Vorgehen

Das mit Mitgliedern der Geschäftsführung, Pflegedirektoren, dem theologischen Leiter, Pflegeexperten und -wissenschaftlern des Krankenhauses und der benachbarten Fachhochschule hochkarätig besetzte Projektkernteam, begleitete diesen Positionierungs- und Strategieentwicklungsprozess intensiv.

Dazu gehörte zunächst die gründliche Auseinandersetzung mit der zugänglichen Literatur, dem Magnetmodell und den damit verbundenen Handlungsgrundsätzen sowie den zu Grunde liegenden Magnetkräften.

Im Rahmen der Auseinandersetzung wurde deutlich, dass eine größere Anzahl von deutschsprachigen Veröffentlichungen vorlag, die sich mit dem Modell und dessen Möglichkeiten auseinandersetzten. Daraus gingen jedoch nur wenige praktischen Umsetzungserfahrungen für Deutschland hervor, die Orientierung boten (z.B. [2, 7]). Zudem kristallisierte sich heraus, dass eine direkte Übertragung des Magnetmodells auf Deutschland nicht möglich wäre und damit Anpassungen erforderlich seien [2].

Damit wurde ein aus Sicht der Projektleitung ein Zwischenschritt notwendig, um die inhaltliche und damit strategische Relevanz der Magnetkräfte mit Pflegemitarbeitenden des EvKB zu überprüfen, die Erkenntnisse gegebenenfalls zu erweitern oder zu bestätigen.

Im Rahmen des Projekts Strategie Magnet Hospital wurden dazu acht der Magnetkräfte durch das Projektkernteam ausgewählt, bzw. zusammengeführt, um diese hinsichtlich ihrer Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken zu analysieren. Diese so genannte SWOT-Analyse ist ein Werkzeug des strategischen Managements, wird aber auch für die Qualitätsentwicklung von Programmen und Projekten eingesetzt. Dazu fand unter anderem ein Workshop mit 20 Experten der Berufsgruppe der Pflege und 6 Mitgliedern des Projektkernteams statt.

In einem stark formalisierten Ablauf wurden zu den Magnetbereichen: **Pflegeführung, Managementstil, Personalpolitik und berufliche Entwicklung, Bild (Image) der Pflege, Professionelles Pflegemodell, Pflegequalität und ständige Qualitätsverbesserung, Autonomie und interdisziplinäre/s Arbeiten /Beziehungen**, Stichworte gesammelt und zu Themenkomplexen gebündelt. Hernach wurden diese Themenkomplexe dann nach ihrer Relevanz und Ausprägung bewertet.

In einem zweiten Schritt fand ein Perspektivwechsel statt. In einem offenen Diskussionsrahmen konnten Chancen und Risiken zu den Magnetkräften benannt und wiederum konzentriert werden.

Die interne SWOT-Analyse ergab, dass alle ausgewählten Magnetkräfte eines Magnet Hospitals auf das EvKB übertragbar und relevant sind. Diese Impulse (Magnetkräfte) und sehr viele pflegerelevante Themen waren jedoch nur mittel bis schwach ausgeprägt. Ergänzend fand dazu noch eine Umfeld/Umweltanalyse statt, die hier aber nicht weiter ausgeführt werden können, ebenso wie der Prozess der Erstellung eines Realisierungsleitfadens mit den exemplarischen Maßnahmen (vgl. Tab. 2).

Ergebnisse

Treibende Kraft: messbare Zufriedenheit

Der entscheidende Antrieb für ein magnetisches (also ein anziehendes) Krankenhaus ist die messbare und überdurchschnittliche Patienten- und Mitarbeitendenzufriedenheit mit der pflegerischen Dienstleistung. Da die Berufsgruppe der Pflegenden eine historisch gewachsene statusschwächere Ausgangsposition als die der Medizin einnimmt, wurde in diesem Strategieentwicklungsprojekt, bewusst eine monoprofessionelle Sichtweise eingenommen.

Tabelle 2: Magnetische Handlungsfelder & Maßnahmenvorschläge

Maßnahmen/ Inhalte		B4 Transparenz, Informationsfluss		
	A3 Pflegerische Karrierewege	B3 Qualitative und quantitative Personalausstattung	C3 Hohes Fachwissen und Erfahrung	D3 Werte (Konzepte/Leitbild)
	A2 Demographisches Karrieremodell	B2 Pflegeorgani- sationsmodelle	C2 Patientenedu- kationsprogramm	D2 Führung und Kommunikation
	A1 Arbeitszeit- und Schichtmodelle	B1 Transfer in die Praxis	C1 Einarbeitungs- konzept für neue Mitarbeiter	D1 Führungs- verständnis und Führungsstruktur
Handlungs- feld	Organisationsstruktur	Pflegeprozess	Wissenszirkulation	Leitung und Kommunikation

Um diese zentralen Ziele der messbaren Zufriedenheit zu erreichen, ergaben sich für das EvKB vier relevante Handlungsfelder (vgl. Tab. 2), für die jeweils konkrete, nicht priorisierten Maßnahmen beschrieben wurden. Für die exemplarische Maßnahmenentwicklung, für die das Projektteam erweitert wurde, lagen die Nachfolgenden Definitionen der Handlungsfelder zu Grunde.

Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur für die Pflegenden zeichnet sich durch ein funktionierendes System der gemeinsamen Entscheidungsfindung und Ausführung aus. Die von den Pflegenden geleisteten Dienste sind als Pflegeprozess ein unentbehrlicher Bestandteil der Patientenversorgung und führen als Kernprozess die Aktivitäten des interdisziplinär arbeitenden Behandlungsteams zusammen.

Pflegeprozess

Pflegende koordinieren und verantworten ihre eigene Praxis. Pflegemodelle ermöglichen Kontinuität. Qualität ist der Antrieb für die Pflegenden und die Organisation. Die Organisation stellt dafür adäquate Ressourcen und Unterstützung zur Verfügung.

Wissenszirkulation

Es gibt ein Mentoring- und Entwicklungsprogramm für Mitarbeiter und Auszubildende. Die Organisation unterstützt die Entwicklung ihrer Mitarbeiter und deren professionellen Wachstum. Zudem liegt für Patienten ein Edukationsprogramm vor.

Leitung und Kommunikation

Das EvKB hat kompetente und risikofreudige Führungspersonen, die sich in besonderem Maße für Personal- und Patienten einsetzen. Geschäftsführung (gibt die strategische Ausrichtung vor) und Direktionen schaffen und erhalten eine partizipierende Umgebung. Zu Rückmeldung und Beteiligung wird

ermutigt. Diese Form der Mitarbeiterbeteiligung ist geschätzt und betrifft alle Ebenen des EvKB.

Diskussion

In der Essenz dieses aufwändigen Entwicklungsprozesses ergab sich, und das überrascht nicht, dass die Patienten- und Mitarbeitendenzufriedenheit, die Kundenzufriedenheit in einem künftig immer transparenter werdenden Gesundheitssystem zunehmend wichtig ist. Diese messbaren Zufriedenheiten bilden damit ausschlaggebende Kriterien, ob sich Patienten, Mitarbeitende und andere Kunden für oder gegen ein Krankenhaus entscheiden. Im Verlauf des Projekts war es nicht immer einfach die Möglichkeiten aber auch die Grenzen auszuloten, die eine Auseinandersetzung mit der Magnetphilosophie mit sich bringt. Das ist ernüchternd da sich z.B. herausstellte, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine systematische Strategie zur kontinuierlichen Verbesserung der Zufriedenheit der Berufsgruppe der Pflege erkennbar war. Demgegenüber war der kreative Prozess der "Übersetzung" der Impulse des Magnetkonzepts auf die Bedürfnisse der Pflegenden in unserem Krankenhaus ein erfreulicher Prozess, aus dem sich konkrete und viel versprechende Impulse für die Zukunft ergeben haben.

Schlussfolgerung

Ein solcher Strategieentwicklungsprozess für die Pflege ist ein umfangreiches und zeitintensives Unterfangen. Das ist nur möglich wenn das durch die Geschäftsführung gewünscht und mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet wird. Eine Umsetzung des Magnetkonzepts ist in Deutschland mit Anpassungen möglich, jedoch eine wirkliche Herausforderung. In diesem Projekt ist es gelungen eine umsetzungsfähige Strategie dazu zu entwickeln, die aber, und das ist dann die nüchterne Realität viel Unterstützung, Energie, Engagement und Zeit brauchen wird, ehe sie auch umgesetzt sein wird.

Literatur

1. <http://www.nursecredentialing.org/Magnet>. Online im Internet, am 30.07.2015
2. Feuchtinger, J. (2013). Jeder hat eine Stimme. Die Schwester der Pfleger. 03 (52) 2013, S. 290 - 294
3. Kramer, M. Schmalenberg, C. (1988). Magnet Hospitals, Institutions of Excellence I & II. In: *Journal of Nursing Administration*. 1, (18) 1988, S. 13-24 & 2, (18) 1988 S. 11-19
4. von Eiff, W. 2014. Magnetkrankenhäuser. Magnetphilosophie schafft Qualität und Zufriedenheit. In: *Health&Care Management*. 1 (5) 2014, S. 40 - 43
5. <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility>. Online im Internet, am 30.07.2015
6. EvKB, Arbeitsgruppe des Projekts ZUKUNFT GESTALTEN; Hrsg. (2012). Zukunft gestalten. Projektinformation No.1 & No. 2. Informationen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH und der Krankenhaus Mara gGmbH. - Krankenhausinterne Auflage! –
7. Pabst, I. (2009): Aushängeschild >>Magnet<<. In: *CNE magazin*. 02, 2009 S. 12 - 15

39. Ethikberatung in der Gerontopsychiatrie – Wenn Betroffene nicht mehr sagen können was ihnen wohl tut!

Klaus Pöschel

Einleitung

Immer häufiger werden in der Gerontopsychiatrie unterschiedlicher Art Grenzen erreicht. Nicht selten sind therapeutische und medikamentöse Möglichkeiten ausgeschöpft, nicht oder nicht mehr wirksam. Belastungen verschieben sich aus anderen Bereichen in die Gerontopsychiatrie wenn an anderer Stelle nichts mehr geht. Das stellt hohe Anforderungen an die Belastbarkeit, v. a. an die fachliche und persönliche Elastizität der Beteiligten und deren Bereitschaft, den inneren Deutungsrahmen für die Interaktion, Kommunikation und moralisch ethische Vorstellung zur (pflegerischen) Arbeit mit Patienten und Kollegen zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verschieben.

Was passiert, wenn scheinbar nichts mehr geht? Was passiert, wenn Vorstellungen, Konzepte und Interessen von den Beteiligten weit auseinanderliegen und der Betroffene nur indirekte Hinweise geben kann [1, 2, 3]?

Mit dem Angebot eines ethischen Fallgespräch oder einer Ethikberatung kann in einem Krankenhaus [2] oft sehr kurzfristig eine teambasierten Entscheidung herbeigeführt werden. Die Teilnehmenden kommen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und -feldern des Krankenhauses und dem Umfeld des Betroffenen. Zumeist nehmen nahestehende Angehörige und **wenn möglich der Betroffene** selbst teil. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Beratungsdauer von 60 Minuten und ein personeller Aufwand von etwa acht Personen [3].

Das Evangelische Krankenhaus Bielefeld hat mehr als zehn Jahre Erfahrung in der Ethikberatung. Von 2006 bis 2013 wurden 319 ethische Fallbesprechungen und Beratungen durchgeführt [4]. Davon fanden 39 Beratungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie statt. Die Inhalte bezogen sich

v. a. auf ethische Fragestellungen zu Zwangsbehandlung und Selbstgefährdung [4].

Das Ethikgespräch wird nach einem festgelegten Schema der Nimwegener Methode [5] von einem externen Beraterteam, einem Moderator und einem Protokollant auf Anregung der primären Pflegekraft, dem behandelnden Arzt oder Therapeuten durchgeführt [6].

Vier Bewertungsdimensionen zur Problemklärung/Annäherung:

- **Autonomie:** Was möchte der Patient? Was ist dazu bekannt? Ist er gut informiert? Wie erlebt er seine Krankheit? Was wissen wir? Was wissen wir nicht?
- **Wohltun/Wohlbefinden** (Lebensfreude, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Angst, Entscheidungsfreiheit usw.): Wie wirkt sich das Problem auf das Wohlbefinden aus? Was verbessert oder verschlechtert das Wohlbefinden?
- **Nicht Schaden** (Verantwortung der Akteure des Teams und anderer Betreuender): Gibt es Meinungsverschiedenheiten zur Behandlung, Pflege, Betreuung? Können Konflikte benannt/eingegrenzt werden? Sind Verantwortlichkeiten geklärt? Welche Interessen/Richtlinien usw. müssen berücksichtigt werden?
- **Gerechtigkeit/Verteilungsgerechtigkeit:** Bekommt der Patient mehr als andere Mitpatienten? Müssen andere Patienten/Mitarbeiter/Angehörige darunter leiden oder werden beeinträchtigt? Werden „Leistungen“ vorzuziehen? Sind die Ideen umsetzbar? Was bedeutet das für die Einrichtungen [5]?

Ziel dieser ergebnisoffenen Beratung ist es einen gut strukturierten Raum zu schaffen, in dem alle Beteiligten ihre Perspektive einbringen können, um so eine einvernehmliche Empfehlung im Sinne und zum Wohle des Patienten zu ermöglichen [6].

Falldarstellung

Im Mittelpunkt des ethischen Fallgesprächs steht Frau X. Sie ist etwa 75 Jahre alt und, vermutlich schon seit Jahrzehnten, an einer chronifizierten paranoiden Schizophrenie erkrankt. Bis zum Jahr 2012 war sie in ihrem Umfeld nicht auffällig geworden, vorangehende biografische Daten sind unbekannt! Erst 2012 wurde ihr Verhalten so auffällig, dass sie nicht mehr in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnte. Diagnostisch bleibt unklar, ob ihre Verhaltensauffälligkeiten durch eine zusätzliche dementielle Veränderung verstärkt werden. Obwohl sie offensichtlich unter den Auswirkungen ihrer Erkrankung leidet, ist keine Krankheitseinsicht vorhanden.

Im klinischen Setting eines Voraufenthalts wurde eine medikamentöse Zwangsbehandlung beantragt und durchgeführt. Die erhoffte Krankheitseinsicht und Einwilligungsfähigkeit zur freiwilligen Weiterbehandlung stellte sich nicht dauerhaft ein, da aus rechtlicher Sicht im Setting ihrer Langzeiteinrichtung eine Zwangsmedikation nicht durchgeführt werden kann.

Aus der Biografie ist außer wenigen Eckdaten nur wenig zu ihrer Einstellung und ihren „natürlichen“ Wünschen bekannt. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik bis etwa zwei Wochen danach war Frau X sehr kommunikativ, hielt sich gern im Tagesraum auf und suchte die Nähe von Mitpatienten, bevor sie begann, sich langsam wieder abzugrenzen und Pflege- und Betreuungsangebote abzulehnen. Das Betreuungskonzept ihrer Einrichtung hat jedoch die Akzeptanz des Selbstbestimmungsrechts fest verankert und deshalb wenig bis gar nicht interveniert. Aus dem vorherigen Klinikaufenthalt war bekannt, dass Frau X sehr gut auf klare und direktive Strukturen reagiert, die jedoch in ihr Selbstbestimmungsrecht eingreifen und eine angemessene Autonomie nicht berücksichtigen.

Bei Wiederaufnahme in die Klinik hat Frau X sich weitestgehend in ihr Bett zurückgezogen, vernachlässigt ihre Körperpflege und möchte sich nicht mehr anziehen. Hinzu kommt, dass sie die Versorgung der inzwischen entstandenen Hautdefekte nicht zulässt. Sie isst und trinkt nur wenig, jedoch insoweit ausreichend, dass sie nicht vital gefährdet ist. Sie macht einen

leidenden und unglücklichen Eindruck. Nachdem sie in einem vollstationären Pflegesetting ohne Weiterführung der Medikation gewohnt hat, war unklar, ob sie von einer erneuten Zwangsmedikation profitieren würde.

Ethische Fragestellung

An dem ethischen Fallgespräch nahmen das Moderatorenduo, Mitarbeitende aus dem Bereich der behandelnden Station, der Langzeiteinrichtung und die gesetzliche Betreuerin teil. Die Betroffene konnte und wollte an dem Gespräch nicht teilnehmen. Gemeinsam sollte die folgende ethische Fragestellung unter Berücksichtigung der vier Bewertungsdimensionen besprochen und ein patientenorientierter Konsens gefunden werden:

Von welchem Behandlungs- und Pflegekonzept kann die Patientin in welchem Setting am meisten profitieren? Wird ihr ein die Autonomie begrenzender direkter Umgang eher gerecht?

Diskussion und konsensuale Empfehlung

Aus medizinischer Sicht wurde zwar eine Zwangsbehandlung als Möglichkeit erachtet, jedoch nicht wirklich in Erwägung gezogen, da sich aktuelle Verbesserung auch ohne Medikation erreichen ließ.

Binnen eines kurzen Zeitraums hatte sich, durch klar vorgegebene Strukturen und einem konsequenten und nachdrücklichen Umgang der Allgemeinzustand von Fr. X verbessert was sich positiv auf Stimmung und Angsterleben auswirkte. Sie fühlt sich sichtlich wohler, entwickelte Interesse an der Körperpflege und begann sich auf eigene Initiative den Mitpatienten anzunähern. Es entstand erneut der Eindruck, dass sie durch die direkte pflegerische Begleitung, anscheinend entlastet von überfordernden alltäglichen Entscheidungen, zunehmend Sicherheit und Wohlbefinden gewann.

In der Langzeiteinrichtung ist ein solches direktives Pflege- und Behandlungskonzept nicht dauerhaft umsetzbar. Einerseits widerspricht es dem Konzept des Hauses, andererseits wäre es aus Sicht der Gerechtigkeit/Verteilungsgerechtigkeit gegenüber den anderen Mitbewohnern nicht

akzeptabel, eine Streuung im Umgang und der zeitlichen Zuwendung zu praktizieren.

Es entstand folgende Empfehlung: Das bereits begonnene und in einem Voraufenthalt bewährte Konzept eines direktiven Umgangs mit Frau X sollte weiter aufrecht gehalten werden. Damit würde sie zwar in ihrer Autonomie begrenzt, da sich aber ihr Allgemeinzustand darunter verbessert hatte und ein Zugewinn an Lebensqualität beobachtet werden konnte ist dieser Ansatz für Frau X ethisch vertretbar.

Da das Hauskonzept und die Zielgruppe der bisherigen Langzeiteinrichtung sich nicht mit den Bedürfnissen von Frau X deckten, sollten Alternativen gesucht werden.

Schlussfolgerung

Mitarbeitende in der psychiatrischen Arbeit, und nicht nur dort, werden häufig mit den ethischen Grenzbereichen ihrer Tätigkeit konfrontiert. Aus Sicht der Pflege wird diese besondere Beratungsform des ethischen Fallgesprächs genutzt, um die eigene Position und eigene Haltung zu überprüfen und ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen.

Bereichsübergreifend ist es eine Herausforderung zu überprüfen, was in einem gegebenen konzeptionellen oder institutionellen Rahmen möglich ist. Das kann annähernd aber auch polarisieren. Etwas das z. B. konzeptionell in einer klinischen Station möglich ist, kann für ein Langzeitsetting richtig sein, findet aber seine Grenze wenn es dort nicht konzeptuell zu verankern ist.

Aus Sicht der Betroffenen und Akteure geht es, gerade in den ethischen Grenzbereichen, um gemeinsame Entscheidungen mitten im Leben, für ein Leben mit einer psychiatrischen Erkrankung und der Überlegung was dafür "Wohltut". Ziel eines ethischen Fallgesprächs in der Psychiatrie ist es in Grenzbereichen Verstehens-, Interpretations- und Haltungshorizonte für den Betroffenen und Akteuren zu schaffen.

Literatur

1. *Klinkhammer, G. (2009). Ethische Fallbesprechung. Das Beste für den Patienten. Deutsches Ärzteblatt 43(106) 2009, S. 2142 - 2145*
2. *Ethikberatungsdienst (2015). Klinische Ethikberatung. Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH (Hrsg.). Zugriff am 31.07.2015. http://evkb.de/fileadmin/content/download/Klinische_Ethik/klinische_ethikberatung_201304.pdf*
3. *Kobert, K. et al. (2008). Der klinische Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Hintergrund, Konzepte und Strategien zur Evaluation. In: Ehtik in der Medizin. Ausgabe2 (20), 2014, S. 122 – 133*
4. *Löbbing, T. et al. (2014). Ethikberatung in der Psychiatrie. Eine Kasuistik. In: Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie. Ausgabe 3 (32), 2014*
5. *Steinkamp, N. & Gordijn, B. (2000). Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. Rheinisches Ärzteblatt 5, S. 22 – 23.*
6. *Heesch, E., Kobert, K. (2011): <<Mit dem Zweiten sieht man besser ...>> Das Konzept der dualen Moderation von Ethikberatungsgesprächen. In: Klinische Ethik. Jahresbericht 2011. Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH (Hrsg.). Zugriff am 31.07.2015. http://evkb.de/fileadmin/content/download/Klinische_Ethik/2011_jahresbericht_klinische_ethik.pdf*

40. Die Gestörte – das bin ich

Patienten-Erfahrungen mit Sprache und Kommunikation in der Psychiatrie

Elke Prestin

Kommunikation in der Psychiatrie: ein komplexes Thema

Wenn im Rahmen der Psychiatrie-Forschung das Thema Sprache beleuchtet wird, so steht meist die professionelle Kommunikation in therapeutischen bzw. pflegerischen Settings im Mittelpunkt. Gefragt wird beispielsweise nach der optimalen Informationsvermittlung in der Psychoedukation oder nach speziellen Methoden der Gesprächsführung, die den Patienten zur Mitarbeit bei der Erreichung therapeutischer Ziele bewegen sollen.

Aus eigenem Erleben als Patientin weiß ich jedoch, dass die Wirkung von Sprache und Kommunikation in der Psychiatrie wesentlich umfassender ist. Meine Erfahrungen sind u.a. in einen längeren Aufsatz [1] eingeflossen, der sprachwissenschaftlich fundiert verdeutlicht, wie durch das Zusammenwirken von verbalen, nonverbalen und paraverbalen Signalen komplexe, durchaus nicht immer intendierte Botschaften entstehen. Zudem wird gezeigt, dass zwischen dem, was Professionelle verbal vermitteln, und dem, was sie durch die Gestaltung des kommunikativen Settings zum Ausdruck bringen, teils massive Widersprüche bestehen.

Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung von Patienten

Dieser Befund erhält dadurch ein besonderes Gewicht, dass Menschen in akuten psychischen Krisen vulnerabel und in ihrer Selbstwahrnehmung verunsichert sind. Dies führt zu einer hohen Sensibilität gegenüber den Botschaften, die das Umfeld vermittelt oder zu vermitteln scheint. Gelingende Kommunikation kann maßgeblich zur Genesung beitragen. Aus Sicht der Betroffenen misslingende Kommunikation kann aber auch zusätzlich kränkend und krank machend wirken.

Vor diesem Hintergrund rückt die Frage in den Fokus, wie sich das gesamte kommunikative Setting der Akut-Psychiatrie auf das Selbstbild von Patientinnen und Patienten auswirkt: Was wird über Patienten gesagt? Was wird zu Patienten gesagt? Wie wird mit Patienten kommuniziert? Und was bedeutet das alles für die Selbstwahrnehmung der Betroffenen? Im Folgenden werden dazu einige Aspekte und Beispiele genannt.

Was wird über Patienten gesagt?

Das Selbstbild psychisch kranker Menschen wird zum einen durch das gesellschaftlich vermittelte Bild bestimmt. Neuere Untersuchungen der Stigma-Forschung [2] zeigen, dass zwar viele Menschen glauben, es gebe mittlerweile mehr Toleranz gegenüber psychischen Erkrankungen. Die gleichen Befragten lehnten aber mehrheitlich einen persönlichen engen Kontakt zu Betroffenen, z.B. als Kollegen, Freunde oder Nachbarn, ausdrücklich ab. Diese persönliche Ablehnung nahm im Vergleich zu früheren Befragungen sogar zu. (Die Untersuchungen stammen übrigens aus der Zeit vor dem vorsätzlich herbeigeführten Flugzeugabsturz vom März 2015; inzwischen dürften die Ergebnisse noch deutlich negativer ausfallen.)

Eine weitere Quelle für die Selbstwahrnehmung von Psychiatrie-Patientinnen und Patienten sind öffentliche Äußerungen von professionell in der Psychiatrie Tätigen (die natürlich zudem auch die öffentliche Meinung insgesamt beeinflussen). Hier ist eine große Divergenz der vermittelten Haltungen festzustellen: Es gibt Publikationen, die sich über die Betroffenen mit Respekt und Sensibilität äußern [3] und sie selbst zu Wort kommen lassen [4]. Nicht wenige Fachbeiträge von Professionellen bringen aber das genaue Gegenteil zum Ausdruck. Zur Veranschaulichung möge das folgende Zitat eines leitenden Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie dienen, das sich pauschal und ohne diagnostische Einschränkungen auf „schwierige Patienten“ bezieht:

„Der Tendenz zu sadistischer Projektion, Verleugnung, Entwertung, Sucht, Suizidalität, Angst, Wut, Perversion und Depression auf Patientenseite steht

die permanente Verpflichtung des Therapeuten gegenüber, zuzuhören, sich einzufühlen und standzuhalten.“ [5]

Was wird zu Patienten gesagt?

Nun wird die medizinische Fachliteratur, möglicherweise zum Glück, von Patientinnen und Patienten i.d.R. höchstens am Rande wahrgenommen. In den ambulanten und noch viel intensiver in den stationären Behandlungs-Settings sind die Betroffenen jedoch unmittelbar mit den Haltungen der Professionellen konfrontiert. Für die Selbstwahrnehmung psychisch kranker Menschen macht es dabei einen erheblichen Unterschied, ob sie, beispielsweise im Rahmen der „Psychoedukation“, über ihre Krankheit belehrt werden, oder ob ihnen selbst der Experten-Status für ihre Erkrankung und für ihr Leben zuerkannt wird und ein Austausch mit den Professionellen auf Augenhöhe erfolgt. Ich erinnere mich noch gut an den Satz, mit dem ein leitender Psychologe während meines Klinikaufenthaltes jede so genannte Depressions-Runde einleitete: „Sie haben heute die Möglichkeit, von einem Experten fundierte Informationen zu erhalten. Nutzen Sie diese Chance.“ Der Experte war er selbst; die Chance, ihm zu lauschen, wurde den Patienten gewährt.

Ebenso aussagekräftig ist der Begriff „Fallverantwortliche“ für die behandelnde Therapeutin: Ich bin der „Fall“, die Verantwortung für mich liegt bei meinem Gegenüber. In der Pflege haben sich zudem Formulierungen wie „soziales Kompetenztraining“ für einen gemeinsamen Einkauf oder „Belastungserprobung“ für eine Übernachtung zuhause etabliert. Auch hier liegen die Implikationen auf der Hand: Patienten gelten pauschal als sozial inkompetent, ein Verlassen der Klinik wird ausschließlich als Belastung wahrgenommen – beides ohne Ansehen der einzelnen Person und ihrer aktuellen Ressourcen.

Wie wird mit Patienten kommuniziert?

Nicht nur das Gesagte selbst, sondern auch die gesamte Rahmung der Kommunikation vermittelt Botschaften. Ich selbst habe Oberarztvisiten

erlebt, die in Setting und Inhalt den Charakter von Gerichtsverhandlungen hatten – mit entsprechend traumatischen Folgen (vgl. [1], [6]).

Dies war nur der extremste Ausdruck einer auch sonst häufig erlebten klar hierarchischen Strukturierung, in der die psychisch kranken Menschen zu passiven Empfängern von Anweisungen und Hilfe-Leistungen wurden. In einem solchen Kontext wirkten dann auch therapeutische Standardsätze wie „Das haben Sie gut gemacht“, „Sie sind auf einem guten Weg“ etc. teils nicht mehr selbstwertstärkend und ermutigend, sondern eher auf eine herablassende Weise wohlwollend.

Die Kommunikation mit Pflagemitarbeitern wurde teils schon dadurch erschwert, dass aus Zeitnot ein wirkliches In-Beziehung-Treten gar nicht möglich war. Äußere Hinweise dafür waren z.B. eine häufig geschlossene Stationszimmertür, die eine Kontaktaufnahme von vornherein verhinderte, oder fehlender Blickkontakt in Gesprächen, weil nebenbei in Akten geblättert wurde.

Umso mehr ist es andererseits zu würdigen, dass sich einzelne Professionelle trotz schwieriger Rahmenbedingungen erkennbar bemühten, den Patienten mit Empathie, Respekt und persönlicher Offenheit zu begegnen. Bei diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern konnte ich die Erfahrung machen: Es darf mir auch mal schlecht gehen, ohne dass ich deshalb ein schlechter und schuldiger Mensch bin. Diese oft implizit, wesentlich auch nonverbal vermittelte Botschaft – zum Beispiel schlicht durch Handhalten in einer Krisensituation - hat mir dabei geholfen, die Erkrankung als einen Teil meines Lebens anzunehmen und meine persönlichen Wege des Umgangs damit zu finden.

Folgen für die Selbstwahrnehmung der Betroffenen

Nach meinem persönlichen Eindruck werden die erheblichen Selbstzweifel, Schuldgefühle und Ängste, die z.B. mit einer Depression (aber auch mit vielen anderen psychischen Erkrankungen) einhergehen, gar nicht ausschließlich durch die Krankheit selbst verursacht. Vielmehr tragen sowohl die ge-

sellschaftliche Stigmatisierung als auch die Zuschreibung der Patientenrolle in einem hierarchischen psychiatrischen Behandlungssystem dazu bei, dass psychisch kranke Menschen auch außerhalb akuter Krankheits-Episoden an sich selbst (ver-)zweifeln.

Andererseits kann die Psychiatrie durchaus zu einer positiven Selbstwahrnehmung von Patientinnen und Patienten beitragen. Auch das habe ich, wie oben bereits erwähnt, selbst erlebt und bin dafür dankbar. Eine solche heilsame Wirkung entsteht dann, wenn die Kommunikation soweit irgend möglich auf Augenhöhe erfolgt, die Betroffenen also nicht in die Rolle passiver Anweisungsempfänger gedrängt werden, sondern Subjekte ihres Lebens und ihres persönlichen Genesungsprozesses sind, wie es beispielsweise der Recovery-Ansatz [7] vorsieht. Wichtig ist zudem, dass die psychische Erkrankung selbst als ein (vielleicht vorübergehend in den Vordergrund getretener) Bestandteil einer vielfältigen, lebendigen Persönlichkeit gedeutet wird. Die „Störung“ mag aus professioneller Sicht nur eine Diagnose sein, doch bekommt sie – vor allem im stationären Behandlungsrahmen – ein enormes Gewicht, wenn sie in den Mittelpunkt sämtlichen Redens und Handelns rückt. Schlimmstenfalls entsteht daraus ein ganzes Selbstbild: Die Gestörte, das bin ich.

Literatur

1. *Prestin, E. & Schulz, M. (2011). „Ich habe mir überlegt, was Ihnen wohl am meisten weh tut“ - Kommunikation in der stationären Akut-Psychiatrie. Psych Pflege. 17: pp. 87-98.*
2. *Angermeyer, M. et al. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. Eur Psychiatry. 29 (6): pp. 390-5.*
3. *Bock, Th. (2014). Eigensinn und Psychose: „Noncompliance“ als Chance. Paranus.*
4. *Schulz, M. & Zuaboni, G. (Hg.) (2014). Die Hoffnung trägt. Psychisch erkrankte Menschen und ihre Recoverygeschichten. BALANCE buch + medien verlag (Köln).*
5. *Wettig, J. (2006). Der schwierige Patient. Risiken der Psychotherapie. Ars Medici. 25/26: p. 1213.*
6. *Prestin, E. (2015). Heilsames Risiko: Inakzeptanz als Weg der Genesung. Psych Pflege. 21: pp. 41-44.*
7. *Barker, P. & Buchanan-Parker, P. (2013). Das Gezeiten-Modell: Der Kompass für eine recovery-orientierte psychiatrische Pflege. Verlag Hans Huber (Bern).*

41. 'Ich fürchte, ich könnte mir oder anderen etwas antun!' Kommunikation von Pflegefachpersonen mit Menschen, die Zwangsgedanken über Selbst- oder Fremdgefährdung äussern.

Volker Röseler

Hintergrund

In psychiatrischen Settings fallen regelmässig Äusserungen über Selbst- oder Fremdgefährdung von Betroffenen. Diese lösen bei den Pflegefachpersonen zu Recht einen dringenden Klärungs- und Handlungsbedarf aus. Eine mögliche Ursache für derartige Äusserungen kann eine Zwangsstörung sein.

Einleitung

Zwangsgedanken sind neben den Zwangshandlungen ein Leitsymptom der Zwangsstörung. Bei 95% der Betroffenen bestehen Zwangsgedanken, die den Zwangshandlungen voraus gehen [1]. Bei etwa 25% stehen die Zwangsgedanken allein im Vordergrund [2]. Dies sind Vorstellungen, Bilder oder Handlungsimpulse, die sich mit einschliessendem Charakter unangenehm aufdrängen und bei den Betroffenen ausgeprägte aversive Gefühle wie Angst, Ekel oder Scham auslösen. Die Gedanken stehen in deutlichem Widerspruch zu den moralischen und ethischen Wertvorstellungen der Betroffenen und haben meist sexuelle, aggressive und religiöse Inhalte. 'Entgegen den Befürchtungen der Betroffenen werden Zwangsgedanken mit dem Charakter von Handlungsimpulsen nicht umgesetzt'[2]. Insofern bedürfen Situationen, in denen es sich um Zwangsgedanken handelt, gänzlich anderer Interventionen durch die Pflegefachpersonen als bei anderen Störungsbildern oder bei suizidalen Krisen.

Thema

Wie kann man erkennen, dass es sich um Symptome einer Zwangsstörung handelt und nicht um handlungsrelevante Selbst- oder Fremdgefährdung anderer Störungsbilder?

Welche störungsspezifischen Denkmuster und Denkfehler der Zwangsstörung gibt es bei den Betroffenen?

Welches sind die wichtigsten Differentialdiagnosen?

Welche Kommunikationsstrategien können von psychiatrischen Pflegefachpersonen angewendet werden?

Ziele

Die Pflegefachpersonen können Zwangsgedanken von handlungsrelevanten selbst- und fremdgefährdenden Zuständen anderer Störungsbilder unterscheiden und störungsspezifische Interventionen anwenden.

Literatur

1. *Neumann, A., Geissner, E. (2007) Die Bedeutung von Metakognitionen für das Verständnis und die Psychotherapie von Zwang. Verhaltenstherapie 17/2/07. Seite 116 – 121*
2. *Poppe, C. (2014) Wege aus der Endlosschleife: Therapie von Zwangsgedanken. Neurologie & Psychiatrie 2/2014. Seite 15-17*

42. „Ohne Worte erfolgreich?“

Zur nonverbalen Behandlung eines schwer regressiven (traumatisierten) Flüchtlings

Alexandra Schäfer

Hintergrund

Der 16-jährige Ahmed spielt mit seinen Brüdern Basketball. Er lacht und beteiligt sich lebhaft am Gespräch. Seine Mutter strahlt: „Das ist wieder mein Junge!“ Noch vor wenigen Wochen fiel es den professionellen Helfern schwer, ihrer Angabe Glauben zu schenken, alles sei früher „ganz normal gewesen“.

Problemstellung

Zu Beginn seiner stationären Behandlung war Ahmed ein Pflegefall. Er sprach und aß nicht, war bettlägerig, wurde gewaschen und gewickelt. Seine Familie war aus Ostafrika geflüchtet und über mehrere europäische Länder nach Deutschland eingereist. Kein Familienmitglied sprach Deutsch, die wenigsten Englisch bzw. ein paar Brocken Italienisch. Ahmed war anfangs stuporös, er reagierte auf keinerlei Ansprache, auch nicht auf die Verwandten und seine Muttersprache. Was Ahmed wahrnahm oder verstand, war uns völlig verschlossen. Auch wenn seine Mutter stetig das Gegenteil beteuerte, zogen wir schließlich sogar in Betracht, dass Ahmed möglicherweise schon immer autistisch und intellektuell schwer beeinträchtigt war. Wie sollten wir Ahmed behandeln, angesichts der hohen sprachlichen, kulturellen und vielleicht auch Traumabedingten Barrieren?

Ziele

In den ersten Tagen reagierte Ahmed nur minimal. Immerhin beobachtete er die Betreuer bei ihren Tätigkeiten; er wehrte sie mitunter ab und wirkte bisweilen panisch. Das Team versuchte gleichwohl, ihm Sicherheit zu vermit-

teln und eine Beziehung anzubahnen. Wir hofften, ihn dadurch zu einem intuitiven Lernen zu bewegen.

Ergebnisse und Erfahrungen

Wir entschlossen uns zunächst, Ahmed unter Mithilfe seines 21-jährigen Bruders zu versorgen und nahmen ihn mit auf. In kleinen Schritten versuchten wir nun, Ahmed in den Stationsalltag einzubeziehen. Wir ließen ihn zunächst durch die Zimmertür den Stationsalltag beobachten, brachten ihn in seinem Bett mitten ins Stationsgeschehen und boten ihm Gruppenaktivitäten an. Die Jugendlichen der Station begegneten ihm unvoreingenommen; spielten und redeten „mit“ ihm und lasen ihm vor. Nach einiger Zeit verließ Ahmed sein Bett, erkundete schrittweise seine Umgebung, begann, sich selbst zu versorgen und schloss sich der Jugendgruppe an. Wir fertigten einen deutsch-englisch-italienischen Reflexionsplan an und bebilderten ihn zusätzlich; so vermittelten wir Ahmed nach und nach wieder alle Fähigkeiten und Fertigkeiten des Alltags. Währenddessen entwickelten wir zusammen mit dem Jugendamt und weiteren Helfern ein stützendes Netzwerk für das häusliche Umfeld, in das wir Ahmed einige Wochen später entließen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Professionelle Helfer sind, selbst wenn Sprachlosigkeit das Anfangssymptom ist, auf eine gemeinsame Sprache mit ihren Klienten angewiesen. Einiges ist universell, so der Blickkontakt, die Mimik und die Körpersprache. Inhaltlich einen uns die Grundbedürfnisse, der Wunsch nach Zuwendung und die Lernbereitschaft, zu der wir bei jedem Klienten den individuellen Anschluss finden müssen, und zwar je nach Entwicklungsstand, vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten.

43. Bausteine professioneller Sprache: Klassifikationssysteme und deren Auswirkung auf Denken und Handeln

Kurt Schalek, Harald Stefan

Hintergrund

Die Fachsprache in der Pflege muss mit den Entwicklungen des Fachs mithalten und immer neuen Herausforderungen genügen. Viele Aspekte sind für die Anwendung von standardisierter Pflegefachsprache zu bedenken: Fachbegriffe prägen die berufliche Kommunikation in der Pflege maßgeblich und wirken auf Interaktion und Verhalten. Die Anwendung in EDV-gestützter Pflegesoftware ist nicht mehr wegzudenken und bringt Anforderungen mit sich denen strukturiert zu begegnen ist.

Einleitung

Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse – für diejenigen die den Pflegeprozess systematisch darstellen möchten, stellt sich zwangsläufig die Frage nach der Verwendung einer standardisierten Pflegefachsprache, z.B. in Form von Pflegeklassifikationen. Pflegeklassifikationen bieten Pflegewissen, welches in strukturierter und standardisierter Form aufbereitet wurde. Die zunehmende Implementierung von IT-Systemen in der Pflege – sowohl im Krankenhausbereich als auch im Langzeitpflegesektor – mit ihren Möglichkeiten für gezielte Auswertungen von Pflegedaten ist zunehmend ein Faktor, der den Einsatz von Pflegeklassifikationen attraktiv macht.

Der Einsatz von Klassifikationen in der Pflege ist auf zwei verschiedenen Ebenen interessant. Zum einen in der direkten Pflege von Menschen: Hier geht es um strukturierte Kommunikation im Team und zwischen Organisationen, um Kriterien für die Evaluation der Pflege, um Leistungsbegründung und -nachweis und nicht zuletzt auch um Nachvollziehbarkeit und Transpa-

renz der Pflege für Menschen mit Pflegebedarf, Angehörige, und das Pflegeteam selbst.

Zum anderen bietet die standardisierte Information auch Nutzen für Management und Wissenschaft. Zusammengefasste, aggregierte und verallgemeinerte Pflegedaten dienen zur Leistungsdarstellung, Abrechnung, Bedarfplanung und zur Bearbeitung von pflegerelevanten Forschungsfragen.

Die Anbieter von elektronischen Pflegedokumentationssystemen haben längst auf die Nachfrage reagiert und viele bieten bereits unterschiedliche Klassifikationen in ihren jeweiligen Softwareprodukten an, aus denen die Kundinnen und Kunden wählen können.

Nicht immer ist jedoch klar, welchen Anforderungen Pflegeklassifikationen genügen müssen – sowohl nach wissenschaftlichen Kriterien als auch in der praktischen Anwendung.

Thema

Es ist zu diskutieren, welche Rolle standardisierte Fachsprache in Form von Klassifikationssystemen in der modernen Gesundheits- und Krankenpflege spielen soll. Welchen Anforderungen ist nachzukommen?

Welche Folgen kann die Verwendung von Klassifikationssystemen mit sich bringen? Die verwendeten Wörter im Klassifikationssystem setzen sich als Begrifflichkeiten im Denken und im folgernden Handeln der AnwenderInnen fest. Auf was ist zu achten, und welche Möglichkeiten gibt es, damit achtsam umzugehen?

Welche Voraussetzungen sollten bei der Nutzung von Klassifikationssystemen in der Pflege berücksichtigt werden?

Diese und weitere Fragen der TeilnehmerInnen sollen in dem Workshop behandelt und vertieft werden.

Ziele

Die TeilnehmerInnen reflektieren über Pflegeklassifikationen und deren Anwendung und erwerben ein vertieftes Verständnis für Möglichkeiten,

Fragestellungen und Argumentationen in diesem Zusammenhang. Die Auseinandersetzung mit standardisierten Pflegefachsprachen ermöglicht den TeilnehmerInnen, in der Praxis sensibel und fundiert mit Pflegeklassifikationen umzugehen.

Gestaltung

Der Workshop wird mit Vortrag und Gruppendiskussionen gestaltet.

Lernziele

Die TeilnehmerInnen können die Aufgaben und Funktionen von Pflegeklassifikationen benennen

Die TeilnehmerInnen kennen die allgemeinen Anforderungen an Pflegeklassifikationen und können darüber hinaus auch ihre eigenen Erfordernisse aus der konkreten Praxis benennen.

Die TeilnehmerInnen verfügen über nachvollziehbare Argumente in der Diskussion über die Nutzung von standardisierter Pflegefachsprache.

44. Darüber reden hilft

Mit Angehörigen ins Gespräch kommen

Edith Scherer

Hintergrund

Im Arbeitsalltag in der Psychiatrischen Institution haben wir mit ganz unterschiedlichen Angehörigen zu tun. Ihre Bedürfnisse und ihre Belastungen setzen uns Fachpersonen oft vor eine grosse Herausforderung.

Im Gegenzug beschreiben Angehörige oft, dass sie sich in der Institution nicht ernst genommen und - „NICHT GEHÖRT“ - fühlen.

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.

Dafür müssen wir mit Angehörigen ins Gespräch kommen. Das Gespräch ist eine wichtige Grundlage, damit Angehörige sich verstanden und gehört fühlen.

Darüber reden hilft ist das Motto und die Grundhaltung der individuellen Beratung für Angehörige in der Psychiatrischen Klinik in Wil.

Problemstellung

Oft getrauen sich Angehörige nicht, selber professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei haben sie eine Vielzahl an Fragen und sind für Patientinnen und Patienten nach wie vor die verlässlichsten und wichtigsten Partner,

wenn es um Behandlungsakzeptanz geht. Dazu brauchen die Angehörigen ihrerseits Wissen und Information.

Ziele

Das Referat stellt die individuelle Beratungsstelle für Angehörige und deren Angebote für die Angehörigen vor. Anhand eines Praxisbeispiels wird aufgezeigt, wie man den Angehörigen Gehör verschaffen kann und welchen Nutzen dies auch für die Behandlung haben kann.

Im weiteren wird das Schweizer Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP und deren Tätigkeit vorgestellt.

Vorgehen

Referat mit Powerpoint Präsentation.

Ergebnisse, Erfahrungen

- Vorstellen des Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie vom NAP
- Konkrete Umsetzung in einer Institution
- Vorstellen von Angeboten für Angehörige

Diskussion

Fragen aus dem Plenum.

Schlussfolgerungen

Das Referat soll aufzeigen, dass es wichtig ist, mit den Angehörigen ins Gespräch zu kommen. Nur so fühlen sich die Angehörigen ernst genommen und verstanden. Damit leisten wir einen Gewinn für die Behandlung und für das Ansehen der Psychiatrie im Allgemeinen.

45. Verbesserung der Empathiefähigkeit durch ein Trainingsprogramm "Einfühlsame Gesprächsführung"

Uwe B. Schirmer, Marina Schall

Zusammenfassung

Kann man Empathie, also Einfühlung lernen? In der folgenden Studie gingen wir dieser Frage nach, indem wir die Veränderung in empathischen Fähigkeiten bei 39 Teilnehmenden, MitarbeiterInnen psychosozialer Berufe in psychiatrischen Einrichtungen, vor und nach der Teilnahme an einem Trainingsprogramm „Einfühlsame Gesprächsführung“, mittels Fragebogen mit teils offenen Fragen, untersuchten.

Wir nahmen an, dass Teilnehmende nach dem Training „Einfühlsame Gesprächsführung“ [1] mehr Gefühle und Bedürfnisse bei der eigenen Person und beim Gesprächspartner erkennen und formulieren würden als vor dem Training, was eine zentrale Kompetenz im kognitiven empathischen Prozess darstellt. Weiterhin gingen wir explorativ der Frage nach, welche Auswirkungen das Trainingsprogramm auf den beruflichen Alltag und die Beziehungsfähigkeit der Teilnehmenden hat.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Analysen zeigten, wie erwartet, eine Verbesserung der Fähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse in der Konfliktsituation zu erfassen und verbalisieren.

Die Ergebnisse der qualitativen Analysen zeigten zudem Veränderungen in der Beziehungsfähigkeit der Teilnehmenden, wie beispielsweise höhere Reflexionsfähigkeit über Interaktionsvorgänge sowie erhöhtes Maß an Verständnis, Akzeptanz und Annahme für das Befinden und Handeln der Patientinnen und Patienten.

Diskussion

Empathie stellt im professionellen psychosozialen Kontext einen signifikanten Prädiktor für den Erfolg von Therapie und Beratung dar [2,3]. Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass eine gänzliche Erfassung von Empathie durch eine empirische Untersuchung in Anbetracht der Komplexität im Gesamten nicht möglich ist [4]. Einzelne Fähigkeiten im kognitiven-empathischen Prozess zu beschreiben, zu qualifizieren und deren Erfolg zu untersuchen wird zum einen durch die Komplexität des Prozess limitiert, aber auch dadurch, dass die Ergebnisvarianz erheblich von Klientenfaktoren abhängig ist [5]. Kognitive Empathie ist sicher nicht allein aus einer wirkmechanistischen Sicht der Gefühle und Bedürfnisse zu erklären, gleichwohl werden hier zwei wichtige Schlüsselfertigkeiten der Handlungskompetenz im kognitiven empathischen Prozess betrachtet [6, 7]: die Fähigkeit, die Gefühle und die Bedürfnisse der eigenen und anderen Personen wahrzunehmen und zu verbalisieren. Die Befunde dieser Arbeit legen nahe, dass diese Schlüsselfertigkeiten durch das Training verbessert werden können.

Die Ergebnisse aus der qualitativen Analyse zeigten außerdem, dass die Befragten als besondere Vorteile durch das Training die Entwicklung ihrer Handlungskompetenzen, bessere Beziehung und stärkere Bindung zum Gegenüber beschreiben.

Schlussfolgerung

Die von den Teilnehmenden berichtete Förderung ihrer Fähigkeiten, Patienten besser zu verstehen und anzunehmen, sowie einem veränderten Umgang mit Konflikten zu pflegen, sind höchst wünschenswerte Auswirkungen und wichtige Wirkfaktoren für den Erfolg in Pflege, Therapie, Beratung und Education und stellen die Grundlage professionellen Handelns für Angehörige in psychosozialen Berufen dar. Neben der Qualifizierung von speziellen Gesprächsführungstechniken ist es von großer Bedeutung explizit die Fähigkeit zu Empathie bei den Angehörigen der psychosozialen Berufe zu entwi-

ckeln, wie dies durch die einfühlsame (gewaltfreie) Gesprächsführung möglich ist.

Literatur

1. Rosenberg M. B. (2007) *Gewaltfreie Kommunikation*. Junfermann Verlag Paderborn.
2. Liekam, S. (2004) *Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. Analysen zu einer vergessenen Schlüsselvariable der Pädagogik*. eDissertation an der LMU München, verfügbar unter: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/2514/1/Liekam_Stefan.pdf.
3. Nystul, M. (2005). *Introduction to Counseling. An Art and Science Perspective*. Allyn& Bacon, London.
4. Tometten-Iseke A. (2012) *Empathie in der Beratung*. Waxmann Verlag, Münster.
5. Lambert, M. J. (2003) *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectictherapists*. In John C. Norcross & Marvin R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration (94-129)* Oxford University Press. New York.
6. Saarni C. (2002). *Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen*. In: von Salisch M. (Hrsg.) *Emotionale Kompetenz entwickeln*. Kohlhammer S. 3-30.
7. Denham, S. A. (1998) *Emotional development in young children*. Guilford Press.

46. Multiprofessionelle, Selbsterhaltungstherapie (SET) basierte psychosoziale Behandlung von Menschen mit Demenz in der akuten Gerontopsychiatrie

Eckerhard Schlauß, Björn Kruse, Barbara Romero

Ausgangslage

Psychosoziale Behandlungsstandards bei Demenz sind erst in der Entwicklung. Die Demenz wird in akuten Krankenhäusern nur als „Nebendiagnose“ betrachtet und in die Behandlung nicht ausreichend miteinbezogen. Die Chance, Menschen mit Demenz (MmD) in einem Akutkrankenhaus wegen (und nicht nur „trotz“) Demenz zu behandeln, wurde bis jetzt vollständig vernachlässigt.

Zielsetzung/Fragestellung

Im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin wird das im Rehabilitationsbereich etablierte Konzept der SET erstmalig auf einer gerontopsychiatrischen Akutstation implementiert und von einem multiprofessionellen Team umgesetzt. Dabei sollen Erfahrungen gewonnen werden, wie die Integration der „Kümmerer“ und die verstärkte Berücksichtigung der nachhaltigen Therapieziele unter den Bedingungen einer akutpsychiatrischen Station optimiert werden können. Ein innovativer Leitgedanke dabei ist, dass nicht nur Risiken und Belastungen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, durch geeignete Maßnahmen reduziert werden. Vielmehr kann der Aufenthalt als eine Chance genutzt werden, Kranke auch wegen der Demenz zu behandeln.

Materialien/Methoden

Die Implementierung der SET erfolgt in der Zusammenarbeit des multidisziplinären Therapeutenteams mit Frau Dr. Barbara Romero, Autorin des Konzeptes [vgl. 1].

Vorgehensweise

- Demenzdiagnose klären und im Team kommunizieren,
- Die Versorgungssituation in Hinblick auf diese Diagnose überprüfen,
- Realistische und für den Kranken bedeutende Therapieziele formulieren (Schwerpunkte, berufsspezifische Ziele),
- Individuelle Ressourcen der Kranken erkennen und die hierzu gewonnenen Erfahrungen der Pflege und der anderen Therapeuten den häuslichen Betreuern vermitteln,
- Maßnahmen einleiten, um die häufig bestehenden Versorgungslücken (auch solche, die die Unterstützung der Angehörigen betreffen) zu schließen.

Beispiel Frau Meier [Name und Details der Anamnese geändert]

Frau Meier wurde in die Gerontopsychiatrie nach einem Sturz zu Hause (Schädel- und Hüftprellung), über Rettungsstelle und Chirurgie, aufgenommen. Sie wurde von Nachbarn in ihrer Wohnung, wo sie alleine lebte, hilflos am Boden liegend vorgefunden.

Diagnosen: mittelschwere, gemischte Demenz (G30.1+ F00.1*); ND: N39.0; B96.2; M81.99; S69.8(L)

Bei der Aufnahme zeigte Frau Meier eine wahnhaft Symptomatik, die Stimmung war vorwiegend gedrückt (oft aus wahnhaften Gründen). Im Kontakt schwankte die Patientin zwischen freundlicher Zuwendung und aggressiver Ablehnung.

Versorgungssituation

Frau Meier hat keine Familie. Die Unterstützung durch Bekannte, ambulanten Pflegedienst und eine amtliche Betreuerin erschien wegen der Demenzentwicklung nicht ausreichend. Alleine zu Hause, entwickelte Frau Meier Erregungszustände, wahnhafte Ängste und fühlte sich bedroht. Auf der Suche nach Hilfe und Orientierung kontaktierte sie Nachbarn und Bekannte

– oft und wiederholt in der Nacht. In der Vergangenheit stürzte sie mehrmals, und sie musste deswegen mehrfach stationär behandelt werden.

Therapieziele

Schwerpunkte: (1) Reduktion der wahnhaften und depressiven Symptomatik,
(2) Anpassung der Wohnsituation an die Bedürfnisse der Patientin.

Berufsspezifische und interdisziplinäre Ziele

(1) Reduktion der Belastungen, die mit dem Krankenhausaufenthalt verbunden sind (u. a. Beziehungsaufbau, Beschäftigung),
(2) Nach dem Sturz die eingeschränkte Mobilität verbessern (Physiotherapie und andere Maßnahmen, z.B. (Sitz)Tanz, Spaziergehen),
(3) Individuelle Ressourcen der Kranken erkennen,
(4) Schriftliche Vorbereitung der „Therapeutischen Empfehlungen“ für die Betreuer im Wohnumfeld.

Ergebnisse

Frau Meier wurde in einem verbesserten Zustand (reduzierte wahnhafte Symptomatik, behobene Folgen des Sturzes) **in eine Wohngemeinschaft (WG) für MmD entlassen**. Ihr Wunsch „nach Hause zu gehen“ konnte nicht berücksichtigt werden. Krankheitsbedingt war sie nicht in der Lage die Vorteile und Nachteile des Wohnens privat bzw. in einer Einrichtung schlüssig abzuwägen. Durch angepasste Kommunikationsformen ist es gelungen, den Wohnungswechsel relativ konfliktfrei vorzunehmen.

Erfahrungen der Pflege und der anderen Therapeuten zu **Ressourcen und Bedürfnissen der Kranken** wurden schriftlich den MA der WG vermittelt [vgl. 2].

Auszug aus diesen „Therapeutischen Empfehlungen“

Sprachliche Kommunikation

Die frühere Journalistin war gut zugänglich für ruhige, ernsthafte Gespräche, in denen sie von Aufmerksamkeit für ihre Belange profitiert hat. Sie sprach biographisch verankerte Themen an, die sie zum Teil fehlerhaft erinnerte oder zeitlich falsch platzierte. In Gesprächen sind auch durch die Demenz bedingte Sprachfehler und Wortfindungsstörungen erkennbar. Biographisch verankerte Gespräche, ohne Versuche Ihre Fehler dabei zu korrigieren, sind sehr zu empfehlen.

Singen und Musik hören

Im KEH hat Frau Meier an der Musiktherapie teilgenommen. Sie hat früher Sopran gesungen und wollte gern ihre Stimme wieder trainieren. Mit musikalischer Begleitung (Keyboard) sang sie Volkslieder. In der Gruppe konnte sie sich zum Teil an Gesprächen über Themen, die in den Liedern vorkamen, beteiligen.

Sie spielte früher Klavier (u. a. Mozart und Beethoven) und erkennt bekannte klassische Musikstücke. Eine Motivation von Frau Meier zum Singen (z. B. „es tut Ihrer Stimme gut“) wie auch vorspielen von klassischer Musik sind sehr zu empfehlen.

Nachsorge

Frau Meier wurde in die WG von einem Mitarbeiter des KEH begleitet, der die Erfahrungen der Pflege und der anderen Therapeuten mit der Kranken in direkten Gesprächen und in Form der „Therapeutischen Empfehlungen“ [schriftlich] vermittelt hat.

Ein weiterer Kontakt 14 Wochen später zeigte, dass **die stabile soziale Umgebung, mit einer kontinuierlichen Präsenz von Betreuern und anderen Mitmenschen, die zuvor von Angst und Misstrauen geprägte Stimmung der Kranken verbessert hat.** Betreuer haben bei der Gestaltung der sozialen

Teilhabe von Fr. Meier aus den „Therapeutischen Empfehlungen“ profitiert.
Frau Meier äußert nicht mehr, dass sie „nach Hause möchte“!

Ausblick

Erfahrungen, die mit der Implementierung der SET - eines spezifischen therapeutischen Angebotes für Demenzkranke - in der Gerontopsychiatrie zu gewinnen sind, werden auch in akuten somatischen Stationen des KEH von Bedeutung sein. Ein demenzsensibles Krankenhaus soll nicht nur bei Betroffenen die Belastungen, die mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, reduzieren, sondern auch und gerade nachhaltige psychosoziale Interventionen initiieren und sichern. Dabei hat eine Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Akteuren der lokalen Versorgung eine zentrale Bedeutung.

Literatur

1. *Romero B., (2014) Psychosoziale Interventionen bei Demenz. Neuroreha, 6, 175-180*
2. *Schlauß E., Diefenbacher A., (2011) Psychosoziale Betreuung und Pflege von Demenzkranken In: Stoppe G. (Hrsg.) Konsekutive Publikation zum Symposium: Die Versorgung psychisch kranker Menschen. Report Versorgungsforschung, Band 3, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 171-179*

47. Praxisprojekt zum gezielten Umgang bei verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen bei Menschen mit Demenz (BPSD) im gerontopsychiatrischen Bereich

Martin Schmid, Jürgen Roth

Hintergrund

Demenz ist bereits heute der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit im Alter und Demenzerkrankungen sind in der Schweiz die dritthäufigste Todesursache nach Herz-Kreislaufleiden und Krebs [1]. Im Zuge der demographischen Entwicklung einerseits und der weitestgehenden Spezialisierung sowie Optimierung der medizinischen Leistungen andererseits, werden vermehrt ältere Menschen mit psychiatrisch-somatischer Komorbidität in der stationären Psychiatrie behandelt. Bezugspersonen in der häuslichen Pflege fühlen sich überfordert oder die Tragfähigkeit in einem Pflegeheim ist aufgrund des akuten Zustandsbildes nicht mehr gegeben. Trotz konzeptionell durchdachter Versorgungsstrukturen weiss niemand so recht, wohin mit den Patienten. Dabei stellen behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) in Verbindung mit dazukommenden somatischen Erkrankungen ein Verlegungsgrund in eine psychiatrische Klinik dar, obwohl das akute stationäre Setting für demenzbetroffene Menschen sich im Zuge der Hospitalisation nachteilig auf das vorherrschende Zustandsbild auswirken kann. Ebenso berichten Mitarbeitende von hohen emotionalen Anforderungen im Zusammenhang mit aggressionsbegründeten Belastungen in der Behandlung dieser Patientengruppe. Auch werden die traditionellen pharmakotherapeutischen Interventionen, welche zur Beruhigung der Situation beigetragen haben, zunehmend kritisch betrachtet, weil sich die Einsicht etabliert hat, diese Medikamente bei dieser vulnerablen Population aufgrund möglicher Nebenwirkungen mit Bedacht einzusetzen [2,3,4]. Der nachfolgende Bericht schildert die Umsetzung des „Serial Trial Intervention“ (STI), welches in Anlehnung an das bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell

bei Demenz (NDB-Strukturmodell) [5] eine assessmentgeleitete Behandlung zulässt. Unser Anliegen auf der Station für Neuropsychiatrische und Depressive Erkrankungen 50plus der Privatklinik Clenia Schlössli ist es, die psychosozialen und pflegerischen Interventionsmöglichkeiten systematisch zu berücksichtigen und diese im Behandlungsprozess abzubilden.

Problemstellung

Ein erster Grund für die fehlende Systematik in der Behandlung lag nach unserer Auslegung im uneinheitlichen Verständnis des „veränderten Verhaltens bei Demenz“ und den damit verbundenen internalen Überzeugungen der Behandlungspersonen. In deren Folge lag der Fokus der Behandlung oft bei den zu behandelnden Symptomen. Dies führte im interprofessionellen Behandlungsteam eher zu Diskutieren, Psychopharmaka zur Kontrolle dieser BPSD-Symptome einzusetzen. Deren Anwendung unterdrückt zwar intrapsychischen Wirkungszusammenhänge, führt aber zu nicht tolerierbaren Nebenwirkungen (Übersiedlerang, erhöhte Sturzgefahr, extrapyramidale motorische Störungen etc.) bei gerontopsychiatrischen Patientinnen. Die Gefahr einer inadäquaten Verwendung besteht und wird zunehmend kritisch diskutiert. Unser Behandlungsteam fühlte sich herausgefordert, weniger eingreifende Interventionen zu entwickeln.

Des Weiteren berichteten die Mitarbeitenden über hohe aggressionsbegründete Belastungen, welche sich negativ auf ihre Zufriedenheit auswirkten, beziehungsweise zu hohen Personalfluktuationen führten. Das etablierte Konzept des Aggressionsmanagements [6] wurde mit Blick auf die schwer voraussehbaren aggressionsverursachenden Auslöser, gezielt auf die Schulungsbedürfnisse dieser Mitarbeitenden hin ausgerichtet. Mitarbeitende wurden, ergänzend zu den bekannten Indikatoren der kurzfristigen Einschätzung des Risikos der Gewalttätigkeit gegen Personen [7], auf weitere Indikatoren der kognitiven, behavioralen und psychologischen Symptome der herausfordernden Verhaltensweisen hin sensibilisiert.

Auch nahmen wir unterschiedliche Erwartungshaltungen hinsichtlich fachlicher Zusammenarbeit zwischen den Berufsfeldern Medizin und Pflege, be-

ziehungsweise Ergo -und Aktivierungstherapie wahr. Währendem die Ärzte differenzierte Verhaltensbeobachtungen und Zustandsbeschreibungen einforderten, fühlten sich die Pflegefachpersonen in der Bewältigung der konkreten klinischen Herausforderungen (Patientenaggression, Sturz, Schmerzbehandlung, kurativer/palliativer Behandlungsausrichtung etc.) mangelhaft unterstützt. Ebenso erfolgten die therapeutischen Interventionen der Ergo- und Aktivierungstherapie in geschlossenen Therapiegruppen und waren wenig flexibel auf den dynamischen Behandlungsalltag ausgerichtet. Dazu kam eine ungenügende und wenig ritualisierte Tagesstruktur auf der Station. Nachdem die Patienten pflegerisch und medizinisch versorgt waren, erfolgten wenig gezielte, individuelle Interaktionen zwischen Behandlungspersonen und den Patienten im Wohnbereich der Station.

Ziele

Die Überwindung der multiplen Problemlage verlangt nach einem interprofessionellen konzeptionellen Vorgehen.

1. Etablierung von Assessmentverfahren der Ursachensuche zur Erklärung von BPSD- Symptomen bzw. von herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz [8, 9]
2. Befähigung des Behandlungsteams zur Beschreibung dieser Verhaltensweisen mittels einer „verstehenden Diagnostik“ [10] zu beschreiben, um anhand eines schrittweisen Assessments eine gezielte Ursachensuche vornehmen zu können
3. Kompetenzentwicklung im interdisziplinären Team zu schrittweisen gezielten Pflegeinterventionen beruhend auf den Ergebnissen des Assessments [4]

Vorgehen

Das Leitungsteam entwickelte ein Bildungs- und Umsetzungskonzept zur Etablierung der aufgeführten Zielsetzungen, welche inhaltliche und strukturelle Interventionen umfassten. Zu den Inhalten lassen sich interdisziplinäre teambasierte Schulungen zur Umsetzung des Behandlungsprozesses nach

dem Modell STI einreihen. Zudem versuchten wir mit Blick auf die Pflegeanmese Herausfordernde Verhaltensweisen aus der Perspektive des Menschen mit Demenz zu beschreiben, welche auf ein Verstehen des Verhaltens und deren erklärende Aspekte abzielten (Erkennen der Verhaltensänderung). Auch wurde der Pflegeprozess, welcher eine fünfstufige Abfolge von Assessments und Interventionen im Umgang mit herausforderndem Verhalten zulassen sollte, weiterentwickelt. Als weitere inhaltliche Veränderung lassen sich die Schärfung der Rahmenbedingungen bei kritischen Entscheidungsprozessen betreffend Schmerzmanagement, Dehydratation, Palliation sowie Reanimationsentscheidungen (Handlungsstandards) ebenso aufzählen, wie die Gestaltung von Pflegeangeboten zur Sicherstellung der affektiven Betreuung. Hier lag der Blickpunkt auf Einzel- und Gruppenangeboten mit dem Fokus Bewegung und körperliche Aktivität, Kreativität sowie basaler kognitiver Angebote.

Auf struktureller Ebene wurde ein umsichtiges Bettenmanagement verwirklicht. Es war augenscheinlich, dass die Belastungsgrenzen des Behandlungsteams dann erreicht waren, wenn gleichzeitig mehrere Patienten mit akuten BPSD- Verhaltensweisen in Verbindung mit einem hohen Pflegebedarf zur stationären Behandlung auf der Station weilten. In Absprache mit der ärztlichen Leitung wurden Kriterien abgesprochen, welche eine Reaktion auf Belastungsgrenzen der interdisziplinären Teams ermöglichten. Ebenso wurde das Stationskonzept so erweitert, dass nicht nur ausschliesslich demenzbetroffene Patienten, sondern auch kognitiv beeinträchtigte Depressionspatienten behandelt werden konnten.

Ergebnisse/Erfahrungen

Mit Blick auf die zurückliegende Entwicklung der vergangenen zwei Jahre, können wir feststellen, dass Pflegefachpersonen gerontopsychiatrische Verhaltensphänomene gegenüber der Medizin gezielter benennen und ursachenbezogene Interventionen einleiten. Dies führt insgesamt zu einer differenzierteren Ursachenforschung und somit auch zu einem überlegteren Einsatz von Psychopharmaka durch die Medizin bei demenzbetroffenen

Menschen. Die Verknüpfung von Assessmentsschritten mit daraus ableitbaren Interventionen schärft im Behandlungsteam den Blick auf das Wesentliche, was zu weniger zeitraubenden Spontanaktionen, jedoch zu gezielteren Pflegeinterventionen führt.

Die mit diesem Veränderungsprozess einhergehenden Haltungsänderungen bewirken koordinierte interprofessionelle Arbeitsabsprachen und beruhigen die Stationsatmosphäre. Ergebnisse des standardisierten Assessments und erfolgsversprechender Interventionen werden durch das schrittweise Vorgehen augenscheinlicher, Institutionen oder pflegende Angehörige profitieren mit Blick auf die Nachbehandlung vermehrt von den Erfahrungen der stationären Behandlung.

Diskussion

Das Verfahren STI leistet die notwendige Operationalisierung, um das NDB-Strukturmodell in die Komplexität der Praxis zu übertragen. Bedingt durch den Prozessablauf kann der Erfolg der jeweiligen Behandlungsschritte zeitnah überprüft, bzw. bei Bedarf der nächste Assessmentsschritt/Interventionsschritt eingeleitet werden. Einmal etabliert spart das Verfahren Zeit, welche direkt den Patienten zu Gute kommen kann. Der eingeleitete Veränderungsprozess setzte eine Offenheit betreffend der mentalen Modelle der Mitarbeiterinnen, der Stationsstrukturen und Prozesse voraus.

Schlussfolgerung

STI kann helfen, den Behandlungsprozess zu strukturieren, indem verschiedene auf den Demenzpatienten ausgelegte Massnahmen in einen Zusammenhang gebracht- und bewertbar werden („gemeinsame Sprache“). Ein gemeinsames Verständnis über den Begriff „Herausfordernde Verhaltensweise“, das zu Grunde liegende Assessment und die damit verbundene ursachenbezogene Sichtweise eröffnet den demenzbetroffenen Menschen, den Behandlungspersonen bzw. pflegenden Angehörigen mehr Handlungsspielräume in der Bewältigung der krankheitsbedingten Anforderungen.

Literatur

1. WWW 01: Bundesamt für Statistik, Zahlen für das Jahr 2014.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>;
Stand am 13.07.2015
2. Pantel, J., et al. (2006) *Psychopharmakaversorgung im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Studie unter Berücksichtigung medizinischer, ethischer und juristischer Aspekte*. Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht, Verlag Peter Lang
3. Kuhlmeiy, A.; S., (2010) *Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachenbezogenen Reduktion von herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz*. Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“
4. Savaskan, E., et al. (2014) *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz*
5. Kolanowski Ann M. (1999). *An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model*. *Journal of Gerontological Nursing* 25(9): 7-9
6. WWW 02: Verein Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheitswesen und Sozialwesen Schweiz (NAGS):
<http://www.aggressionsmanagement.net/index.php>. Stand am 13.07.2015
7. Abderhalden, C., et al (2006) *Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist. Instrument development and clinical application*. *BMC Psychiatrie* 6:17 Kovach, C.; Noonan, P.;
8. Reynolds, S.; Schlidt, A.: (2005) *The Serial Trial Intervention (STI) Teachig Manual. An innovative Approach to Pain and Unmet Need Management in People with Late Stage Dementia*.
9. Hackenberg, A., (2010) *Skript Serial Trail Intervention - Das STI Verfahren. Reduktion heraudfordernder Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz*. Qua:bera GbR, 60318 Frankfurt am Main
10. Halek, M., Bartholmeyczik, S. (2010) *Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen in der professionellen Pflege IdA als Instrument zur Klärung der Gründe*. *Zeitschrift Psychotherapie in Alter* Band 4, S. 507

48. Praxisprojekt „Ich red‘ mit“ - Eine Adherence-Therapie Gruppe für Jugendliche, die mit Neuroleptika behandelt werden

Cornelia Schneidtinger, Kerstin Wimmer

Hintergrund

Studien zeigen, dass die Adhärenzrate Jugendlicher, die mit Neuroleptika behandelt werden, ähnlich der Erwachsener, bei nur 50% [1] liegt, bei Erst-erkrankten sogar darunter [2]. Die Non-Adhärenz kann bedeutende Folgen haben. So haben zum Beispiel Jugendliche, die an einer Erstmanifestation einer Psychose leiden und im Bezug auf ihre Medikamente non-adhären sind, ein drei Mal so hohes Rückfallrisiko, als adhären PatientInnen [3]. Neben den Faktoren, die bei Erwachsenen die Adhärenz beeinflussen, wie komplexe Behandlungsregimes oder das Vergessen der Medikamenteneinnahme [4], wird die Medikamentenadhärenz von Jugendlichen, die Neuroleptika einnehmen, durch folgende Faktoren zusätzlich erschwert:

- Wenige Neuroleptika sind für Jugendliche zugelassen, der „ off-label use“ ist gängige Praxis. Langzeitstudien zu Wirkungen und Nebenwirkungen in dieser Altersgruppe sind kaum vorhanden [5].
- Es gibt Hinweise darauf, dass typische Nebenwirkungen, wie Gewichtszunahme oder extrapyramidale Symptome, bei Jugendlichen verstärkt auftreten [6].
- Jugendliche und ihre Erziehungsberechtigten sind emotional eng verbunden. So wirkt sich die Beziehung zu den Erziehungsberechtigten auf die Medikamentenadhärenz der Kinder aus [7]. Der Prozess der Ablösung von den Erziehungsberechtigten ist durch eine psychiatrische Erkrankung zusätzlich erschwert [8] und wird auch über die Medikamenteneinnahme ausgetragen. Die Jugendlichen sind hin- und hergerissen zwischen dem, was sie als Unterstützung empfinden, zum Beispiel in

Form von Erinnern an die Medikamenteneinnahme, und was sie als Kontrolle ablehnen.

- Durch die rechtliche Ausgangslage kann es zu schwierigen Situationen kommen. Zum Beispiel, wenn ein/e mündige/r Minderjährige/r die Behandlung verweigert und die Erziehungsberechtigten diese befürworten, oder umgekehrt [9].
- Die Beziehung zu gleichaltrigen Peers nimmt im Alltag von Jugendlichen eine große Rolle ein und wirkt sich auf deren Medikamentenadhärenz aus [7].

Es wird deutlich, dass ein dringender Bedarf an Interventionen besteht, die Jugendliche bei ihrer Medikamentenadhärenz unterstützen und dabei die speziellen Bedürfnisse von Jugendlichen und des sozialen Umfelds berücksichtigen.

Problemstellung

Auch wenn die Medikamenten-Non-Adhärenz bei psychiatrisch erkrankten Jugendlichen ein ernstzunehmendes Problem ist, gibt es Unklarheiten darüber, wie die Medikamentenadhärenz speziell bei Jugendlichen und ihren Erziehungsberechtigten unterstützt werden kann [10].

Die Adherence Therapie wurde nicht speziell für Jugendliche entwickelt, was sich auch an randomisierten kontrollierten Studien zu diesem Thema zeigt, die ausschließlich volljährige PatientInnen untersuchten [11–14].

Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass die Adherence-Therapie für die Unterstützung der Medikamentenadhärenz Jugendlicher geeignet ist: Brown et al bezogen in ihre Mirror-Image-Studie zur Effektivität der Adherence-Therapie Minderjährige mit ein und kamen zu dem Ergebnis, dass Rückfälle bei PatientInnen mit frühen Stadien einer Psychose abnahmen, nachdem ein Betreuungsteam in der Durchführung der Adherence-Therapie geschult wurde [2].

Vorgehen

An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien wurde im Rahmen eines Praxisprojektes ein Konzept für eine Adherence-Therapie Gruppe speziell für minderjährige PatientInnen, die mit Neuroleptika behandelt werden, entwickelt. Dazu wurde eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt. Das erarbeitete Konzept unterscheidet sich in den folgenden Punkten von dem bestehenden Adherence-Therapie Manual [4]:

- Für den Großteil der Schlüsselinterventionen wird ein Gruppensetting gewählt. Gruppendynamische Prozesse werden damit bewusst eingesetzt. Die Elemente der Adherence-Therapie werden zu diesem Zweck adaptiert.
- Um die Adherence-Therapie jugendorientierter zu gestalten werden die Erziehungsberechtigten miteinbezogen. Diese sind sowohl zu einem ersten Assessment Gespräch eingeladen, als auch zu einem „Elternabend“ bei dem Jugendliche und Erziehungsberechtigte Informationen zu Neuroleptika und Adhärenz erhalten und sich austauschen können.
- Neueste Konzepte in der Betreuung psychisch Erkrankter werden integriert: Der Gedanke des Peer-Supports [15] wird aufgegriffen und eine ehemalige Patientin eingeladen, die den Jugendlichen Hoffnung vermittelt und Wege aufzeigt, wie Krisen bewältigt werden können.

Ergebnisse/Erfahrungen

Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurde eine Adherence-Therapie Gruppe mit vier Jugendlichen, die mit Neuroleptika behandelt werden, und fünf Erziehungsberechtigten durchgeführt. Davon beendeten drei PatientInnen die Gruppe, ein Jugendlicher brach die Teilnahme ab.

Die PatientInnen schätzten zu Beginn und am Ende der Gruppentermine die Wichtigkeit, ihre Bereitschaft und ihre Zuversicht in Bezug auf ihre Medikamenteneinnahme auf einer Skala von Null bis Zehn ein. Dabei konnten Veränderungen bei der Einschätzung von Wichtigkeit, Bereitschaft und Zuversicht der Jugendlichen beobachtet werden.

Drei PatientInnen füllten nach dem letzten Gruppentermin einen Feedback-Bogen aus, anhand dessen sie die einzelnen Gruppentermine auf einer vierstufigen Likert Skala von „Sehr hilfreich“ bis „Nicht hilfreich“ bewerten konnten. Auffallend dabei, dass alle teilnehmenden Jugendlichen den interdisziplinär gestalteten Elternabend und den „Peer Support-Termin“ mit einer ehemaligen Patientin „Sehr hilfreich“ oder „Eher hilfreich“ bewerteten.

Diskussion

Sowohl die durchgeführte orientierende Literaturrecherche zum Thema „Jugendliche und Medikamentenadhärenz“ als auch die Erfahrungen aus der Adherence-Therapie Gruppe geben Hinweise darauf, dass Jugendliche im Bezug auf ihre Medikamentenadhärenz besondere Bedürfnisse haben und diese bei der Adherence-Therapie berücksichtigt werden müssen. Besonders bedeutend sind offenbar der Einbezug der Erziehungsberechtigten und der Austausch mit den Peers.

Schlussfolgerung

Das Konzept der Adherence-Therapie Gruppe „Ich red‘ mit“ berücksichtigt die speziellen Bedürfnisse, die Jugendliche im Bezug auf ihre Medikamentenadhärenz haben. Aufgrund der geringen Fallzahlen können noch keine allgemeingültigen Schlüsse gezogen werden. Die Durchführung weiterer Gruppen und deren wissenschaftliche Begleitung und Evaluation ist dazu notwendig.

Literatur

1. Pogge, D. L., et al. (2005), „Rates and predictors of adherence with atypical anti-psychotic medication: a follow-up study of adolescent inpatients“, *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, no. 6, pp. 901–912.
2. Brown, E., et al. (2013), „Effectiveness of adherence therapy in patients with early psychosis: a mirror image study“, *International journal of mental health nursing*, no. 1, pp. 24–34.

3. Gearing, R. E., et al. (2009), "Medication adherence for children and adolescents with first-episode psychosis following hospitalization", *European child & adolescent psychiatry*, no. 10, pp. 587–595.
4. Gray R. and Robson D., Herausgeber: Schulz, M. and Löhr, M. (2011), "Adherence-Therapie Manual Version 1.21: Ein Handbuch für Professionelle in Psychiatrischen Einrichtungen", Bielefeld, Gütersloh.
5. Bachmann, C. J., et al. (2014), "Antipsychotic prescription in children and adolescents: an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005 to 2012", *Deutsches Ärzteblatt international*, no. 3, pp. 25–34.
6. Krill, R. A., et al. (2014), "Metabolic consequences of second-generation antipsychotics in youth: appropriate monitoring and clinical management", *Adolescent health, medicine and therapeutics*, pp. 171–182.
7. Hanghøj, S., et al. (2014), "Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: a systematic review", *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, no. 2, pp. 121–138.
8. Von Hagen, C., (2011), "Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter", 1. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart.
9. Gößler, R., et al. (2010), "Mit viel Fingerspitzengefühl: Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie", *neuropsy*, no. 2, pp. 20–24.
10. Dean, A. J., et al. (2010), "A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness", *Archives of disease in childhood*, no. 9, pp. 717–723.
11. Gray, R., et al. (2006), "Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial", *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, pp. 508–514.
12. Maneesakorn, S., et al. (2007), "An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand", *Journal of clinical nursing*, no. 7, pp. 1302–1312.
13. Anderson, K. H., et al. (2010), "An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia", *International journal of mental health nursing*, no. 5, pp. 340–349.
14. Schulz, M., et al. (2013), "Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial", *Schizophrenia research*, no. 1-3, pp. 59–63.
15. Lloyd-Evans, B., et al. (2014), "A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials to peer support for people with severe mental illness", *BMC psychiatry*, pp. S.1-12.

49. Recovery und Peereinsatz – Von der Theorie in die Praxis.

Stefanie Schwarz, Dragica Deicha, Cornelia Jäger-Dalbert

Hintergrund

Seit gut 20 Jahren gewinnt der Recovery-Gedanke in der zukunftsorientierten Psychiatrie an Bedeutung und lässt neue Hoffnung bei psychisch erkrankten Menschen keimen [2]. Recovery ist ein Prozess der Auseinandersetzung und will den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt einer Behandlung rücken, ohne dass primär Defizite benannt und aufgezählt oder Abweichungen von einer scheinbaren Normalität definiert werden [1]. Recovery bietet somit die Chance eines Paradigmenwechsels in Hinblick auf Konzepte von psychischen Erkrankungen und infolgedessen auch auf die Frage nach entsprechenden Behandlungsangeboten und Versorgungssettings [3]. Ein wesentliches Merkmal von Recovery ist die stärkere Einbeziehung von Nutzenden psychiatrischer Dienstleistungen, in allen Aspekten der Versorgung [3]. Ein Ansatz der Recoveryförderung ist der Einsatz von Peers (Psychiatrieerfahrene) in einer Institution. Peers können unmittelbar zur Recovery anderer Betroffener beitragen und dabei unterstützen, trotz psychischer Probleme ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen [2].

Ziele

Die Umgestaltung der traditionellen zu einer recovery-orientierten Betreuung stellt eine grosse Herausforderung dar. Der recovery-orientierte Betreuungsansatz ist in unserer Institution im Jahr 2007 initiiert worden und bietet auch heute weiterhin ein Verbesserungspotential. Der Fokus liegt hierbei auf den akutpsychiatrischen Stationen, die sich in einem langfristigen Wandlungsprozesses befinden.

Vorgehen

Eine Peer-Mitarbeiterin und zwei Pflegefachpersonen berichten aus ihrer Sicht, wie Recovery und die Peerarbeit in einer psychiatrischen Klinik gelebt werden. Sie zeigen auf, welchen Herausforderungen im Berufsalltag sich Peers und Fachpersonen einer akutpsychiatrischen Station stellen müssen und welche Vorteile aus der recovery-orientierten Betreuung entstehen.

Erfahrungen

Patienten und Fachpersonen schätzen und nützen Peers als Gesprächs- und Vertrauenspersonen und machen die Erfahrung, dass Peers fähig sind Hoffnung zu vermitteln. Es zeigt sich andererseits, dass Recovery-Werte noch nicht von allen Fachpersonen gelebt werden und nicht umfassend in die Alltagspraxis eingebettet sind.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Schulung von Recovery (Manual Recovery Praktisch! [4]) auf Stationsebene ist geplant, um eine gemeinsame Wertehaltung zu erlangen. Nach Möglichkeit werden alle Fachdisziplinen eingeschlossen. Die Erwartungen und Hoffnungen, welche sich aus der gemeinsamen Wertehaltung entwickeln, sind individuell und können je nach Perspektive unterschiedlich sein.

Literatur

1. Kammer-Spohn, M. (2013). Recovery - ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 96, 1450–1452.
2. Pro Mente Sana. Recovery für Fachleute. Retrieved from http://www.promentesana.ch/page.php?language=de&pages_id=242
3. Schulz, M., Abderhalden, C., Löhr, M., & Zuaboni, G. 100 Wege um Recovery zu unterstützen: Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. *Rethink Mental Illness-Serie Recovery*. Band 1 von Mike Slade. Retrieved from http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20%282%29.pdf, S. 3 – 9
4. Schulz, M., Abderhalden, C., Schulz, M. & Winter, A. (Hrsg.). (2012). *Recovery praktisch!* Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste UPD

50. Sprachen

Inge Seidel

Hintergrund

Herzlich Willkommen, so könnte die Begrüßung eines Patienten aus einem Flüchtlingsgebiet sein.

Aber, verstehen wir uns immer richtig?

Diese Frage stellen wir uns oft im Klinikalltag im Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen und unweigerlich, wenn politische Aspekte hinzukommen, verbunden mit traumatischen Erfahrungen. Das Bewusstsein Professioneller, diesen Anforderungen nicht zu genügen, steigt Zusehens. Die Folgen sind Hilflosigkeit, Unsicherheit und Unzufriedenheit auf beiden Seiten. Sprache heißt sprechen, verbal und nonverbal. Auch unser Verhalten und Handeln spricht eine eigene Sprache. Was beutet sie für uns Menschen? Die Sprache beinhaltet mehrere Instrumente zur Verständigung, wie miteinander reden können, einander verstehen können, Kontaktaufnahme und nicht zuletzt unsere Neugier zum Ausdruck bringen zu dürfen. Jede Sprache ist kulturell geprägt und bringt die unterschiedlichsten Verhaltensweisen, individuelles Verständnis, Äußerung von und Umgang mit körperlichen Beschwerden zum Ausdruck. Unsere Aufgabe ist es einen gemeinsamen Nenner des Verstehens zu finden.

Einleitung

Täglich werden wir durch die Medien über Krieg, Folter, Mord, Naturkatastrophen, Flüchtlingen und Armeeinsätzen im Ausland informiert. Was einst für uns so weit weg war, ist plötzlich ganz nah. Im Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis gibt es Jemanden, der z.B. nach Afghanistan in den Einsatz fliegt, während in Afghanistan Menschen aus Gründen wie Verfolgung oder Folter ihr Land verlassen müssen. Das einst Vertraute, Haltgebende und Stabilisierende ist nicht mehr greifbar. Für diese Menschen bedeutet

Flucht eine Entwurzelung. Entwurzelt sein heißt keine Identität zu haben und keine Identität zu erfahren heißt für diese Menschen ihre individuelle Kultur zu verlieren.

Thema

Diese Verlusterfahrungen im Zusammenhang mit körperlicher Gewalt führen oft zu psychischen Traumatisierungen, gehen mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einher und bewirken somit eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis [1]. Umso wichtiger ist da die Verständigung für Patienten in der Fremde sowohl mit ihren Angehörigen als auch mit dem professionellen Team. Im Klinikalltag ist die Sprachbarriere oft groß. Patienten aus den Flüchtlingsgebieten hatten keine Zeit, eine neue Sprache zu erlernen oder sich darauf vorzubereiten. Auch für uns ist es oft eine Herausforderung. Nicht alle Kollegen und Kolleginnen können sich in einer anderen Sprache verständigen. Und die, die helfen könnten, stehen oft nicht tgl. zu Verfügung.

Trotzdem können wir teamübergreifend im Klinikum auf Mitarbeiter mit verschiedenem kulturellem Hintergrund zählen, die sich in ihrer Muttersprache verständigen können. So sehen wir diese Möglichkeit als eine große Ressource die weiter ausbaufähig ist. Gemeinsam mit der Sprache gibt es im Umgang, nicht nur mit den traumatisierten Patienten, einen weiteren wichtigen Aspekt, das Hintergrundwissen.

Fehlendes Hintergrundwissen schafft Berührungsängste. Um dem Patienten optimal zu begegnen und zu verstehen, ist ein Grundwissen der Kultur Voraussetzung, beispielweise über Religion, Essgewohnheiten oder alltägliche Rituale. Wichtig ist das Wissen und Verstehen der gegenwärtigen Flüchtlingssituation der Betroffenen. Wo und wie sind diese Menschen untergebracht? Wie ist der Aufenthaltsstatus? Droht die Abschiebung? Oft lösen diese lagerähnlichen Unterbringungen eine Re-Traumatisierung aus, verbunden mit der Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Oft liegen die Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen auch in der gewohnten und damit „festen“ Vorstellung unserer Arbeitsabläufe.

Dabei ist es wichtig, uns selbst einmal zu reflektieren. Was habe ich für kulturelle Werte? Wie gehe ich damit um? Was ist mir wichtig?

Denken wir an die vielen Flüchtlingstracks im 2. Weltkrieg. Tausende von Menschen mussten fliehen, wo anders neu ankommen und sich neu orientieren. Da ist die Frage nach „unseren eigenen Wurzeln“ unwiderruflich. Sind wir selbst die nächste oder schon die übernächste Generation von Flüchtlingen? Habe auch ich einen anderen kulturellen Hintergrund?

Die Antworten auf diese Fragen können uns helfen besser zu verstehen und dem Patienten helfen, sich schneller zu integrieren. Unser Verständnis von: „Was braucht der Patient jetzt gerade und warum?“ wird für uns dadurch deutlicher.

Die Psychologin Barbara Abdallah-Steinkopff schreibt folgendes dazu:

„Für eine effektive und professionelle therapeutische Begleitung von Flüchtlingen ist entscheidend, dass Therapeuten über interkulturelle Kompetenz verfügen. Grundvoraussetzung dafür ist es, die eigenen kulturellen Wertvorstellungen zu kennen und zu würdigen. Ein weiterer Aspekt dieser interkulturellen Kompetenz ist das Reflektieren und Akzeptieren eigener Stereotypen, die sich bei jedem im Laufe des Lebens trotz Aufgeschlossenheit gegenüber Menschen aus anderen Kulturen entwickelt haben.“ [2]

Bei Sprachschwierigkeiten befindet sich die Pflege in einer Beobachterposition, um körperliche sowie seelische Schmerzen und Verhalten richtig zu verstehen und zu interpretieren. So beschreiben in einigen arabischen Ländern betroffenen Menschen Depression mit „Herzleiden“. Ein großes Thema sind Scham- und Schuldgefühle. Sexuelle Gewalt bleibt in vielen Ländern ein Tabuthema. So werden Frauen, die diese Gewalt erlebt haben nicht immer bereit sein darüber zu sprechen. Zu groß sind Scham und Angst aus der familiären Gemeinschaft verstoßen zu werden.

Durch die Traumatisierungen wurden tiefe Spuren auf der Seele hinterlassen. Der Schmerz ist in diesem Zusammenhang die verkörperte Erinnerung. Für Patienten ist dies immer wieder ein bedrohliches Gefühl, verbunden mit Alpträumen, wiederkehrenden, belastenden und erlebten Bildern, die Hilflo-

sigkeit, Scham und Unsicherheit hervorrufen! Hier gilt es, den Patienten dort abzuholen, wo er steht. Vielleicht möchte er angesprochen werden oder sich auf seine Art mitteilen? Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es hilfreich ist, den Patienten Fragen zu stellen, neugierig zu sein, die Patienten erzählen lassen.

Wichtig ist es, dem Menschen zu sagen und zu zeigen: „Erzählen Sie von sich und ihrem Land, ich bin neugierig, ich höre zu.“ Natürlich lässt uns der Klinikalltag oft nicht genügend Zeit für derartige längere Gespräche, aber dennoch bleibt die Zeit, dass wir diesen Menschen ein Gefühl geben, Gesehen zu werden, hier zu sein und sich mitteilen zu dürfen.

Praxisbeispiel

Ein junger traumatisierter afghanischer Patient kommt zur Traumatherapie auf Station. Er hatte einen ersten Grundkurs in Deutsch erhalten. Die Verständigung war nur mäßig. Der Pat. war zu Beginn sehr motiviert, höflich und freundlich. Er klagte über ständige Kopfschmerzen durch die Folter in seinem Heimatland. In den Gesprächen waren Gefühle von Traurigkeit, Hilflosigkeit und Ängsten, wieder abgeschoben zu werden, vordergründig. Er setzte sich Zusehens unter Druck, da er schnell gesund werden wollte. Nach 4 Wochen veränderte sich bei ihm die Stimmung. Er nahm nicht mehr regelmäßig an den Therapien teil. Seine Motivation lies nach, auch eine gehemmte Aggression war spürbar. Was war passiert? In dem therapeutischen Setting, wie z.B. in den Gruppengesprächen mit psychologischen Inhalten konnte er nicht folgen, er fühlte sich fremd und hilflos. Seine Kopfschmerzen wurden stärker, so dass er fast täglich Bedarfsmedikation einnahm. Hier wird die Zunahme der Schmerzen durch die Verschlechterung seiner Stimmung deutlich. Der Körper reagiert mit Schmerzen auf sein psychisches Befinden. Die Rolle der Pflege in der Position des Beobachters kommt hier zum Tragen. Durch Fachwissen und Erfahrungen können wir hier der hemmenden Hilflosigkeit entgegenwirken, indem wir verstehen, wie sich der Patient fühlt.

Wichtig zu wissen ist, dass die Patienten Hilfslosigkeit bereits in einem hohen Maß erfahren hat. Wenn wir dies selbst sind bzw. vermitteln, helfen wir den Menschen nicht.

Problemstellung

Wenn Menschen aus politischen Gründen aus ihrem Land fliehen mussten, dann werden sie wahrscheinlich in dem Aufnahmeland bleiben. Sie versuchen sich zu integrieren, eine Arbeit zu finden, sofern es ihnen gesundheitlich möglich ist bzw. es die Rahmenbedingungen zulassen. Sie gründen eine Familie und werden in dem „fremden“ Land alt. Im schlimmsten Fall können ihre Kinder sie nicht zu Hause pflegen, so wie es sonst in ihrer Familiengemeinschaft üblich ist.

Diese Problematik wird sich nicht erst in Zukunft darstellen. Wir werden bereits damit konfrontiert, aber wir sind nicht genügend darauf vorbereitet, ob in der medizinische Versorgung, der therapeutischen Begleitung notwendig oder der Altenpflege. Die Situation fordert eine konsequente und engagierte Auseinandersetzung mit dem Thema der Verständigung.

Ziele

Unser Ziel muss es sein, eine Kompetenz im Umgang mit (traumatisierten) Patienten aus anderen Kulturen zu erreichen, die Ängste und Vorurteile abbaut und Vertrauen aufbaut. Nicht zuletzt sollten wir unsere Wahrnehmung der Selbstreflexion aus dem Schatten holen und uns dafür sensibilisieren, sensibel zu sein für eine Pflege bzw. den Umgang mit anderen Kulturen, Fragen zu stellen wie: Was kann jeder Einzelne dazu beitragen? Wie und wo kann jeder Einzelne oder ein ganzes Team seine Ressourcen mobilisieren?

Kulturspezifischen Beiträge im Team könnten in Zukunft feste Bestandteile sein, so wie Arbeitsgruppen bilden. Es gibt viele Möglichkeiten, diese mit auf den Weg zu nehmen in die Zukunft einer Interkulturelle Kompetenz, die es möglich macht, unsere Patienten mit Würde zu begegnen und einen respektvollen, offenen und freundlichen Umgang zu gestalten.

Jeder von uns bringt eine oder mehrere Ressourcen mit, wie z.B. Zuhören, Geduld, Sprachbegabt sein, Sportbegeistert sein oder Neugier. Instrumente, die wir im Alltag bereits beherrschen und die uns täglich im Miteinander Klang und Farbe geben. Da stellt sich die Frage: „Auf welchem Instrument spielst Du?“

Lassen Sie uns gemeinsam mit Neugier unsere Arbeit in Zukunft gestalten, um durch besseres Verstehen mehr Bewegen zu können und Botschaften zu transportieren. Jeder kann dazu beitragen.

Literatur

1. *Fischer u. Riedesser, (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie, S.299 ff*
2. *Sack, Sachsse, Schellong, (2013) Komplexe Traumafolgestörung, S. 442*

51. Multilevelinterventionen zu Medikamentenadhärenz: Stand der Wissenschaft in der Psychiatrie

Manuel Stadtmann, Sabina De Geest

Hintergrund

In der Schweizer Bevölkerung ist bereits jede zweite Person im Verlauf ihres Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen [1]. Die Inzidenz wird auf 1% der Population geschätzt. Gleichzeitig wird in der Schweizer Bevölkerung in den letzten 10 Jahren eine Zunahme von etwa 10% beim Medikamentenkonsum beobachtet [1]. Von allen psychiatrischen Patienten wurden in der Schweiz 44.5% mit Psychopharmaka behandelt. Die erwähnten Angaben geben einen Hinweis auf die Relevanz der Medikamente in der Behandlung von psychisch erkrankten Personen. International ist Medikamentenadhärenz ein klinisch relevantes Thema. Obwohl Medikamente effektiv in der Behandlung von psychischen Erkrankungen sein können, können sie ihre Wirkung nicht wie gewünscht entfalten. Ein Grund dafür ist, dass ungefähr 50% der Patienten ihre Medikamente nicht wie verordnet einnehmen [2]. Eine Taxonomie für Medikamentenadhärenz wurde im Jahre 2012 publiziert [3]. Die Autoren beschreiben Medikamentenadhärenz als einen Prozess bei dem die Patienten ihre Medikamente wie verordnet einnehmen. Dieser Prozess wurde in drei Phasen unterteilt. Bei der Initiierungsphase wird binär differenziert ob der Patient seine medikamentöse Behandlung beginnt oder nicht. Bei der Implementierungsphase wird differenziert ob der Patient eine höhere Dosierung einnimmt, eine Dosierung auslässt oder die Einnahme verzögert. Die Persistenzphase wurde als Zeitpunkt definiert bei dem der Patient die medikamentöse Behandlung abbricht.

Ziele und Fragestellung

Das Ziel dieser Übersichtsarbeit war es aktuelle Literatur betreffend Medikamentenadhärenz in der Psychiatrie zu identifizieren. Dabei wurde gezielt

nach Literatur aus den folgenden Bereichen gesucht: Prävalenzen von Medikamentenadhärenz, Messmethoden, Einflussfaktoren und Interventionen bei erwachsenen Patienten mit einer affektiven Störung oder einer Schizophrenie

Methode

Eine systematische Literaturrecherche fand im Zeitraum zwischen Juni 2014 und Januar 2015 statt. Für diese systematische Literaturübersicht erfolgte die Suche über die Datenbanken MedLine, PsycINFO, CINAHL und Cochrane Library. Die Literatursuche ohne Sprachlimitationen umfasste die Periode von 2009–2015. Dabei wurde nach Studien, Reviews und nach Metaanalysen im Zusammenhang mit Medikamentenadhärenz und Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung oder einer Schizophrenie gesucht. Zudem erfolgte eine Suche bei Google Scholar. Referenzen der berücksichtigten Artikel wurden gesichtet und entsprechend den Ein- und Ausschlusskriterien ex- bzw. inkludiert. Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: Adhärenz, Medikamentenadhärenz, Nichtadhärenz, Compliance, Nichtcompliance.

Ergebnisse

Wir fassen die Evidenz von insgesamt 69 Publikationen zusammen. Es wurden 39 Studien aus dem Bereich der Schizophrenie und 30 aus dem Bereich der affektiven Störungen identifiziert. Im Folgenden werden die Ergebnisse sortiert nach affektiven Störungen und Schizophrenie präsentiert.

Prävalenzen von Medikamentenadhärenz: Für affektive Störungen konnte eine Prävalenz von Nichtadhärenz von 23.6%-56.6% und für Schizophrenie von 30%-61% beschrieben werden (Tab. 2. und Tab. 3.).

Messmethoden: Bei den affektiven Störungen wurden fünf Befragungsmethoden angewendet und zwei Messungen durch Apothekeaufzeichnungen. Um Nichtadhärenz bei der Schizophrenie zu messen wurden zwei Mal Befragungsmethoden durchgeführt, zwei Messungen mittels Apothekeauf-

zeichnungen, zwei Mal mittels Messung des Medikamentenspiegels im Blut und einmal durch das Nichtvorhandensein von Persistenz.

Tab. 1: Prävalenzen und Messmethoden zur Nichtadhärenz bei affektiven Störungen

Autor / Jahr	Anzahl Patienten	Population	Land	Messmethode	Nicht-adhärenz	Implementierung	Persistenz
Sajatovic et al. (2007)	44,637	Erwachsene ambulant	USA	Apothekeaufzeichnung	45.9%	24.5%	12 Monate
Sajatovic et al. (2006)	32,993	Erwachsene ambulant	USA	Apothekeaufzeichnung	48.1%	21.2%	12 Monate
Sott & Pope (2002)	98	Erwachsene ambulant	USA	Strukturiertes Interview	47%	32%	24 Monate
Baldessarini et al. (2008)	429	Erwachsene ambulant	USA	Selbstreport	56.5%	54%	1 Monat
Sharma et al. (2012)	400	Erwachsene ambulant	Indien	Selbstreport	38%	n.a.	12 Monate
Hong et al., (2011)	1341	Erwachsene amb/stat	Europa	Report Pat/Arzt	23.6%	n.a	21 Monate
Arvilommi et al. (2014)	168	Erwachsene amb/stat	Finnland	Selbstreport	50%	n.a	18 Monate

Tab. 2: Prävalenzen und Messmethoden zur Nichtadhärenz bei Schizophrenie

Autor / Jahr	Anzahl Patienten	Population	Land	Messmethode	Nicht-adhärenz	Implementierung	Persistenz
Jónsdóttir et al. (2010)	280	Erwachsne ambulant	Norwegen	Serum	42.6%	23%	3 Monate
Dibonaventura et al. (2012)	876	Erwachsne ambulant	USA	Serum	57.5%	n.a	13 Monate
Adelufosi et al. (2012)	313	Erwachsne ambulant	Nigeria	Selbstreport	40.3%	n.a	6 Monate
Gilmer et al. (2004)	1619	Erwachsne ambulant	USA	Apothekeaufzeichnung	59%	35%	24 Monate
Valenstein et al. (2004)	63,214	Erwachsne amb/stat	USA	Apothekeaufzeichnung	40%	n.a	12 Monate
Perkins (2008)	400	Erwachsne stationär	USA	Nichtpersistenz	37.1%	n.a	12 Monate
Valenstein et al. (2006)	34,128	Erwachsene ambulant	USA	Apothekeaufzeichnung	61 %	43%	48 Monate
Dassa et al. (2010)	291	Erwachsene ambulant	Frankreich	Selbstreport	30.0%	n.a	n.a

Einflussfaktoren: Spezifische Einflussfaktoren zu Nichtadhärenz bei psychisch Kranken konnten identifiziert werden. Diese werden in der folgenden Grafik dargestellt.



Abb1: Einflussfaktoren auf die Medikamentenadhärenz

Interventionen: Insgesamt konnten bei affektiven Störungen 13 Studien und bei Krankheitsbild Schizophrenie 17 Studien identifiziert werden.

Auf Patientenebene werden in der Literatur die folgenden Interventionen diskutiert: Patienten schulen und motivieren von Beginn an. Dies beinhaltet zum Beispiel Patientenberatungen, angepasste Informationsbroschüren, Patientengruppen und Links zu Homepages. Eine weitere Intervention ist die Diskussionskultur zu fördern, Erwartungen, Glauben und Ängste im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme zu thematisieren. Komplexe Verordnungen und Dosierungszeiten anpassen. Erinnerungssysteme wie Handy, Alarmer, Onlinekalender, Apps implementieren.

Auf der Anbietererebene werden die folgenden Empfehlungen gegeben: Fachpersonen im Gesundheitsbereich befähigen für die Erhebung von Pati-

entenpräferenzen, Skills, Verhalten, Zuversicht und Barrieren. Schulen im Gebrauch von patientenzentrierte Kommunikationsmethoden. Schulen im Gebrauch von Interventionen zur Verhaltensänderung. Gebrauch von kollaborative Behandlungsplanungen.

Auf der Ebene der Gesundheitsorganisation werden in der Literatur die Implementierung von chronischen Krankheitsmanagementstrategien und die Befähigung der Fachteams mit Skills und Instrumenten empfohlen. Zusätzlich wird darauf hingewiesen Zeit für die Implementierung von Verhaltensänderungsinterventionen zu geben und die Koordination von Kontinuität wie Follow-ups und die Zusammenarbeit mit Externen zu fördern. Für die Ausbildungsstätten werden die Schulung und Praktizierung von Verhaltensmanagement empfohlen.

Diskussion

Unterschiedliche Angaben zur Prävalenzen wurden in de Literatur identifiziert. Dies kann einerseits auf die Populationen zurückzuführen sein. Andererseits werden von verschiedenen Autoren die unterschiedliche Messmethoden als eine Hauptursache für diese Diskrepanzen identifiziert. Aktuelle Literatur empfiehlt eine Kombination der Messmethoden um eine möglichst akkurate Messung zu erhalten. Die Einflussfaktoren indes können als Risikofaktoren betrachtet werden. Diese könnten benutzt werden um Risikopatienten zu identifizieren. Modifizierbare Faktoren könnten benutzt werden um individuelle Adhärenzinterventionen zu entwickeln [4]. Die Effekte der Interventionen in der aktuellen Evidenzlage sind inkonsistent. Die Interventionen waren meist komplex und nicht immer effektiv. Oft wurden Angehörige, Peers oder mehrere Professionen miteinbezogen [5].

Schlussfolgerung

Medikamenten-Nichtadhärenz ist in der Psychiatrie ein weit verbreitetes Problem welches mit schlechteren klinischen und ökonomischen Ergebnissen assoziiert ist (z.B. Rehospitalisationen, niedrigere Lebensqualität und erhöhte soziökonomische Kosten im Gesundheitssystem). Zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz scheinen Multilevelinterventionen effektiver zu sein als Unilevelinterventionen. Die Verbesserung von Medikamentenadhärenz ist ein laufender Prozess, der die Einbindung von Fachpersonen, Patienten und deren Angehörigen benötigt. Es wird empfohlen Messungen und Evaluationen von Interventionen durchzuführen.

Literatur

1. Schuler D & Burla L. *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2012 Contract No.: Obsan Bericht 52.
2. World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: A report of the World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. In: WHO, editor. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004
3. Vrijens B, et al. *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*. *British journal of clinical pharmacology*. 2012;73(5):691-705.
4. Higashi K, et al. *Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review*. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2013;3(4):200-18.
5. Nieuwlaat R, et al. *Interventions for enhancing medication adherence*. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2014;11.

52. Pflegerische Fallführung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung – ein Zukunftsmodell? Erfahrungen und Erkenntnisse aus Praxis und Forschung im Diskurs

Manuel Stadtmann, Irena Mikic, Udo Leute, Peter Wolfensberger

Hintergrund

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland betreibt seit ihrer Gründung vor bald 15 Jahren neben einem vielfältigen stationären Angebot unter anderem auch tagesklinische und ambulante Angebote. Psychiatrische Pflege wird seit vielen Jahren in den Tageskliniken und Ambulatorien nicht nur in der Leitung von Gruppenangeboten, sondern analog zu Ärzten und Psychologen auch in der Fallführung eingesetzt. Die pflegerische Fallführung in der psychiatrischen Versorgung ist im deutschsprachigen Raum ziemlich einzigartig und noch kaum verbreitet.

Pflegerische Fallführung erfordert weitreichende Kompetenzen und Verantwortung. Anders als in vielen Ländern, wo die Pflege längst eine akademische Ausbildung verlangt und entsprechende Aufgaben und Kompetenzen eine lange Tradition aufweisen, ist in der Schweiz die Gesundheits- und Krankenpflege per Gesetz nach wie vor ein medizinischer Hilfsberuf. Trotzdem wird der Pflege in der Schweiz seit jeher hohe Fach- und Methodenkompetenz zugesprochen. Unter diesen Voraussetzungen haben sich in ärztlicher Delegation neue Möglichkeiten des Einsatzes professioneller Pflege ergeben.

Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz wird bis ins Jahr 2030 mit einem Ungleichgewicht zwischen Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter psychiatrischer Dienstleistungen konfrontiert sein [1]. Falls die Anzahl der angebotenen Behandlungen gleich bleibt wie zwischen 2001 und 2006, dürften etwa 25 % zu wenige Behandlungen angeboten werden. Nach See-

matter-Bagnoud, Junod [1] würden somit weniger als zwei Millionen Behandlungen im Jahre 2030 angeboten werden, was in der Psychiatrie einen Nachfrageüberhang von rund 700 000 Behandlungen im Jahr 2030 bedeuten würde. Verschärft wird die Situation durch den sich bis 2020 eindeutig abzeichnenden Mangel an Gesundheitsfachpersonal von schätzungsweise 13 % [2]. Die pflegerische Fallführung in der ambulanten, psychiatrischen Versorgung der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland bietet eine Möglichkeit, Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer durch Erfahrung, sowie Aus- und Weiterbildung erworbenen Kompetenzen einzusetzen. Erfahrungsberichte aus der Praxis, welche die Chancen, Möglichkeiten und die Grenzen der pflegerischen Fallführung beleuchten, werden durch Ergebnisse einer Forschungsarbeit ergänzt. Die Studie befasste sich mit den spezifischen Charakteristika und Behandlungsergebnissen, der in einem Ambulatorium betreuten Patienten. Zusätzlich konnten die Patientenergebnisse zwischen den Patienten der psychiatrischen Pflegefachpersonen und der Psychiatern verglichen werden.

Ziele

Das Ziel der vorliegenden Präsentation ist die Beschreibung der Synthese von wissenschaftlichen Patientenergebnissen nach Konsultationen durch psychiatrische Pflegefachpersonen mit der klinischen Erfahrung von Pflegefachpersonen. Als Patientenergebnisse werden die soziodemographischen Angaben, die Anzahl an Konsultationen, die Art und Häufigkeiten verschriebener Medikamente nach Behandlungsabschluss, die Anzahl allfälliger Rehospitalisationen, die Kosten der gesamten ambulanten Behandlung, die Patientenzufriedenheit, die psychopathologische Symptombelastung, die zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die soziale Integration erfasst.

Methode

Auf Basis der Erfahrungsberichte und der Erkenntnisse aus der Forschungsarbeit werden in der Präsentation weiterführende Inhalte diskutiert. Diese

Resultate könnten zur Weiter- oder Neuentwicklung ähnlicher Angebote dienen. Der Diskussion werden folgende Fragestellungen zu Grunde gelegt:

- Was könnten weitere sinnvolle Ergebnisse sein, mit denen sich pflegerische Fallführung zusätzlich legitimieren liesse?
- Was sind konkrete Herausforderungen in der pflegerischen Fallführung?
- Welche Limitierungen müssen allenfalls in Kauf genommen werden?
- Welche Berufsprofile sind für entsprechende Aufgaben anzustreben?
- Was sind mögliche Perspektiven in der Weiterentwicklung solcher Angebote?

Forschungsumgebung

Die Untersuchung fand im Ambulatorium des gemeindepsychiatrischen Zentrums Winterthur (GEZ) der integrierten Psychiatrie Winterthur im Kanton Zürich in der Schweiz statt. Im Ambulatorium werden Patienten zwischen 18 und 60 Jahren durch ein Team bestehend aus einem Oberarzt, zwei psychiatrischen Pflegefachpersonen und zwei Psychiatern konsultiert. Die psychiatrischen Pflegefachpersonen haben einen Abschluss der Höheren Fachschule (HF) und entsprechen somit der Standardausbildung einer diplomierten Pflegefachperson in der Schweiz. Der inhaltliche Schwerpunkt der Ausbildung der beiden Pflegefachpersonen war die psychiatrische Pflege. Die im Ambulatorium behandelten Diagnosen stammen aus dem schizophrenen Formenkreis (z.B. Schizophrenie), den Persönlichkeitsstörungen (z.B. paranoide Persönlichkeitsstörung), den Verhaltensstörungen (z.B. nicht näher bezeichnete Verhaltensstörungen) und den affektiven Störungen (z.B. Depressionen).

Stichprobe

Einbezogen wurden alle Patienten zwischen 18 und 60 Jahren, die sich zur Teilnahme bereit erklärten und die im GEZ die psychiatrischen Konsultationen in Anspruch nahmen und die Einschlusskriterien erfüllten. Für die Studie

wurden routinemässig erhobene Daten des Zeitraums vom 3. September 2013 bis zum 31. März 2014 verwendet.

Diskussion

Die Teilnehmer/innen kennen die Aufgaben und Kompetenzen der pflegerischen Fallführung im ambulanten psychiatrischen Setting einer Institution in der Schweizer Psychiatrie. Sie setzen sich mit den praktischen Erfahrungen, sowie aktuellen Erkenntnissen eines Forschungsprojektes auseinander, welches den patientenspezifischen Charakteristika und Ergebnisse im vorgestellten Setting nachgegangen ist. Herausforderungen und Perspektiven sind benannt und helfen der Weiterentwicklung oder Neugestaltung ähnlicher Angebote.

Literatur

1. Seematter-Bagnoud, L., et al., *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030, 2008, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Neuchâtel.*
2. Jaccard Ruedin, H. and F. Weaver, *Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020, (Originaltitel: Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu’en 2020). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2009. Arbeitsdokument 35.*
3. Giger, M. and S. De Geest, *Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. Schweizerische Ärztezeitung 2008. 89(43): p. 1839-1843.*
4. Wand, T., et al., *Introducing a new model of emergency department-based mental health care. Nurse Res, 2010. 18(1): p. 35-44.*
5. Yakimo, R., *Outcomes in psychiatric consultation-liaison nursing. Perspect Psychiatr Care, 2006. 42(1): p. 59-62.*
6. Yakimo, R., L.H. Kurlowicz, and R.B. Murray, *Evaluation of outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing practice. Arch Psychiatr Nurs, 2004. 18(6): p. 215-27.*
7. Mahrer-Imhof, R., et al., *Expertenbericht APN. Verein für Pflegewissenschaft, 2012.*
8. Ketefian, S., et al., *The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. Int Nurs Rev, 2001. 48(3): p. 152-63.*
9. Imhof, L., et al., *Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): the development of an agenda for clinical nursing research in Switzerland. Pflege, 2008. 21(6): p. 375-84.*
10. Abderhalden, C., et al., *Forschungsprioritäten für die Pflege in der Psychiatrie. Pflege, 2008. 21(6): p. 453-477.*

53. Solutiontalk- what else?

Lösungsfokussierung – was sonst?

Monika Stich

Hintergrund

In der psychiatrischen / psychosozialen Arbeit ist der Paradigmenwechsel zu einer partnerschaftlichen und Ressourcen orientierten Arbeit mit den Klienten vollzogen. Nicht zuletzt unterstreichen die Erkenntnisse der Adherence- und Ressourcenforschung und insbesondere der Wirkfaktorenforschung [1, 2,3] die Notwendigkeit. Erfolge sind umso wahrscheinlicher, je mehr die außertherapeutischen Wirkfaktoren (im Wesentlichen die Lebenswelt und die Ressourcen der Klienten) einbezogen werden, je besser die (pflege-)therapeutische Beziehung ist, je mehr Hoffnung und Placebo gestützt werden, und je mehr Klienten gestärkt werden. Die Lösungsfokussierte Kommunikation „bedient“ alle diese Wirkfaktoren, und fördert so die Lösungsfindung der Klienten auf der Basis der eigenen Ziele und eigenen hilfreichen Ressourcen. Berater/innen (Pfleger, Therapeuten) nehmen die Klienten in ihrer Expertenrolle für ihr Leben ernst und unterstützen dies durch eine Haltung des „Nicht-wissens“. [4, 5, 6]

Einleitung

Solutionfocused Therapy (Lösungsfokussierte Therapie) wurde am BFTC (Brief Family Therapy Center) Milwaukee (USA) von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg entwickelt. Die Fragetechniken spiegeln eine Grundannahme und Haltung wider, die die Kernvariablen für einen würdigen, ernstnehmenden und wertschätzenden Umgang mit Klienten deutlich und wirksam werden lassen. In einer besonderen Art und Weise kommen Berater und Klienten ins Gespräch. Das Gespräch ist aber nicht problemorientiert, sondern in fast schon radikaler Art lösungsfokussiert. „Reden über Probleme schafft Probleme, reden über Lösungen schafft Lösungen.“ [4, 7, 8]

Thema

Im Beratungskontext sind Helfende/ psychiatrisch Pflegende oft aktiver und intensiver auf Lösungssuche (und Ratschlag gebend), als es Klienten sind, und diese es überhaupt wollen. Immer wieder geraten Helfende in Situationen der erlebten Hilflosigkeit, weil sie mit ihrer Ideensuche für den Klienten am Ende sind. Vor allem, wenn Klienten nicht mit ihnen gehen wollen (zu genau dem Ziel - mit der einen Maßnahme, die man/frau für sie gedacht hatte). Wenn Probleme das Gespräch dominieren, mündet es schnell in einer Sackgasse. Je prekärer die Situation des Klienten ist, umso mehr greifen Helfende schnell nach einer scheinbaren Lösung, wie Ertrinkende nach einem Strohalm, der vorbei schwimmt. Am Ende bleibt Frust auf beiden Seiten.

Mit den Lösungsfokussierten Fragetechniken, die repräsentativ für eine Haltung der Wertschätzung und Empathie stehen, ermöglichen wir den Klienten sich ihrer Ziele bewusst zu werden, denn Klienten wissen, was sie nicht mehr wollen, aber auch was sie wollen. [5] Sie brauchen jedoch gute Fragen, um das klar (im Sinne einer Zielkonstruktion) vor Augen zu haben. Im Weiteren richtet sich bei dieser Art zu arbeiten der Blick auf Ausnahmen („Wann war das Problem weniger da? Was war da anders?“) und nach Copings („Wie haben Sie es geschafft, was haben Sie getan?“). [6] Unterstützt mit einer durch Würdigung und Wertschätzung geprägten Haltung können so Ressourcen in den Vordergrund gerückt werden. Wichtig hierbei ist, die jeweils eigenen und als hilfreich erlebten Ressourcen in den Focus zu rücken, denn nur so können Klienten wissen, wie es ist - wie es sich anfühlt, wenn sie ihre Anteile - ihre Ressourcen hilfreich eingesetzt haben.

Ziele

Vor Allem sollten Kurzinterventionen

- so gestaltet werden, dass eine verlässliche Arbeitsbeziehung zwischen Klient und Beraterin vom ersten Kontakt an entsteht;
- Ziele konkretisiert werden und Klienten zur Zielerreichung motiviert sind;

- durch Lösungsfokussierung erste kleine Schritte initiiert werden, die weitere Veränderungen unausweichlich machen.

Klienten erhalten die Möglichkeit ihre Ziele zu finden und zu konkretisieren, anstatt die Probleme zu beklagen bzw. die Abwesenheit eines Problems zu fordern („Was wollen Sie stattdessen?“) [5, 6, 9, 10]

Vorgehen

Psychiatrisch Pflegende und weitere Personen verschiedener Berufsgruppen, die mit Menschen mit psychischem Handicap oder psychiatrischen Erkrankten arbeiten, nehmen zunächst an einem zwei - tägigen Workshop zu den Grundlagen Kommunikation, Beratung und der Lösungsfokussierten Arbeit teil. Sie lernen erste Lösungsfokussierte Fragen zu stellen, führen Übungen zu aktivem Zuhören durch und praktizieren die Haltung des Nichtwissens. In Demonstrationen wird an konkreten Alltagsbeispielen die unterschiedliche Gesprächsführung verdeutlicht.

Mit der Vereinbarung für erste Umsetzungsschritte gehen die Teilnehmenden in die Praxis, nach vier Wochen reflektieren sie die Praxiserfahrungen. Im Weiteren werden Alternativen überlegt und vertiefende Fragevarianten eingeübt.

Erfahrungen

Pflegende und andere Helfende berichten bei einer offenen Befragung über ihren Erfolg bei der Umsetzung erster konkreter Schritte der Lösungsfokussierten Arbeit.

- Gelingen ist besonders die Wunderfrage, weil diese Lösungsansätze eröffnet hat.
- Durch die offene Wertschätzung und Würdigung entstand Kooperation statt Konfrontation. Das Ernstnehmen eröffnete die Basis für eine gute Beziehung.

- Fragen statt vorschnelle Ratschläge führen zu einer enormen Erleichterung, die Klienten haben während des Gesprächs kreativ gearbeitet, die Berater haben lediglich gute Fragen gestellt.
- Die Fragen zur Ausnahme und Copings ermöglichten den Blick auf Ressourcen. Diese Ressourcen, die eigenen Anteile und das daraus resultierende Verhalten konnten dadurch benannt werden und in mögliche Schritte umgewandelt werden.
- Ziele, die Klienten selbst benannt haben wurden auch erfolgreich verfolgt.
- Skalierungsfragen ermöglichen Unterschiede (Problem zur Lösung) [6, 8] konkret zu benennen, und leiten so schon Veränderung ein.

Schlußfolgerung

Lösungsfokussierte Gespräche (geplante Beratungs- als auch [ungeplante] Kurzinterventionsgespräche) sind durch Ernstnehmen und Wertschätzung geprägt, Klientenaussagen werden nicht interpretiert, die Sprache/ Worte der Klienten werden benutzt. Klienten beklagen weniger, was sie nicht mehr wollen, sie konkretisieren was sie „stattdessen“ wollen. [6, 9] Helfer/ Pflegenden sind die Expert/innen für gute Fragen, Klienten sind Expert/innen für ihr Leben. Das zu akzeptieren ist ein wichtiger Schritt zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit, Adherenceförderung und Recovery. „Was lösungsfokussierte Therapie (...) auszeichnet, ist ihre normalisierende Haltung, ihre Orientierung an vorhandenen Ressourcen, ihre Fokussierung auf effektive oder potentielle Bewältigung und ihr Verzicht auf jegliche Etikettierung und Pathologisierung.“ [11]

Lösungsfokussierung ist nicht nur eine Technik sondern eine Haltung, die es ermöglicht, nicht wertend, empathisch und Ressourcen fördernd mit Klienten zu arbeiten. Diese Art zu arbeiten nimmt gerade von psychiatrisch Pflegenden Druck und erleichtert die tägliche Arbeit.

Lösungsfokussierte Gesprächsführung sollte daher in allen Gesprächen mit Klienten zur Anwendung kommen, auch und gerade in Kurzinterventionen.

Die Wirkung auf Klienten und auch Profis durch diese Art partnerschaftlich und Ressourcen orientiert zu arbeiten sollte explizit für die psychiatrische Pflege erforscht werden.

Literatur

1. Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A., (2000): *Jenseits von Babel*, Stuttgart
2. Grawe, K. et al (1994): *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*, Göttingen
3. Grawe, K. (1992): *Diskussionsforum- Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre*, Sonderdruck aus: *Psychologische Rundschau*, 1992, 43 132-162, Göttingen
4. de Shazer, S. (1998): *Worte waren ursprünglich Zauber. Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis. Band 14, Systemische Studien*, Dortmund
5. Linßen, F. (2003): *Lösungsfokussierte Therapie, unveröffentlichte Seminarunterlagen*, Bielefeld/ Warstein
6. Linßen, F. (2001): *Bielefelder Multicenterstudie - Manual zur Lösungsfokussierten Therapie*, Bielefeld
7. de Shazer, S. (2006): *Der Dreh*, Heidelberg
8. de Shazer, S.(1992): *Das Spiel mit Unterschieden*, Heidelberg
9. de Jong, P., Berg, I.K. (2003): *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*, Band 17, systemische Studien, Dortmund
10. Walter, J.L., Peller, J. E. (2002): *Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehrbuch und Lernbuch. Band 9, Systemische Studien*, Dortmund
11. Kaimer, P.(1999) *Lösungsfokussierte Therapie*, in: *Psychotherapie Forum Vol. 7.1,1999, S. 8-20(P.17)*

54. Gerontopsychiatrie in Bewegung.

Ein multiprofessionelles Programm zur körperlichen Aktivierung

Andrea Trost, Tim Fleiner, Wiebren Zijlstra, René Depiereux, Peter Häussermann

Hintergrund

Körperliche Aktivierung sowie Erhalt und Förderung der Mobilität sind aktuellen Erkenntnissen zufolge wichtige Elemente der nicht-medikamentösen Behandlung in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung. Erhaltung und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit stehen ebenso im Fokus wie psychosoziale Effekte körperlicher Aktivierung.

Entgegen der Erkenntnis um die Wichtigkeit von Sport und Bewegung als Interventionen für ältere Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung sind entsprechende Angebote nur in sehr geringem Maß in den gerontopsychiatrischen Versorgungsalltag integriert [1, 2]. Demnach gilt es, Anreize zu schaffen, Motivation und Hilfestellung zu bieten, die körperliche Aktivierung nachhaltig in diesem Setting zu etablieren. Der Fokus soll hierbei auf die individuellen Wünsche, Fähigkeiten sowie Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Betroffenen gelegt werden.

Im Rahmen des Projekts „Gerontopsychiatrie in Bewegung“ legt die Abteilung für Gerontopsychiatrie der LVR-Klinik Köln in Kooperation mit dem Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln einen Schwerpunkt auf körperliche Aktivierung sowie Erhalt und Förderung der Mobilität der Patienten. Zentrales Ziel dieser multiprofessionellen Konzeption ist es, jedem Patienten wöchentlich 150 Minuten zielgerichtete körperliche Aktivität anzubieten.

Methode und praktisches Vorgehen

Projektbeteiligte Berufsgruppen sind die Pflege(wissenschaft), Sportgerontologen, Bewegungstherapeuten, Psychologen und Mediziner.

Im Rahmen des multiprofessionellen gerontopsychiatrischen Assessments werden das funktionelle Leistungsniveau sowie die körperliche Aktivität jedes Patienten erfasst. Hierzu werden anhand eines Mobilitätsalgorithmus standardisierte Tests zur Erfassung des funktionellen Leistungsniveaus durchgeführt. Diese Assessments werden unter anderem vom sich in der Entwicklung befindlichen nationalen Expertenstandard in der Pflege „Erhalt und Förderung der Mobilität“ empfohlen [3]. Die objektive Erfassung der körperlichen Aktivität erfolgt mittels Bewegungssensoren. Die Durchführung der initialen Tests findet innerhalb von 72 Stunden nach Übernahme des Behandlungsauftrags statt.

Basierend auf den Assessmentergebnissen erfolgt die multiprofessionelle Ziel- und Maßnahmenplanung, deren Durchführung und Evaluation. Die Dokumentation erfolgt für alle am Behandlungsprozess Beteiligten transparent im elektronischen Krankenhausinformationssystem.

Seitens der Pflegenden werden Assessmentergebnisse sowie eine individuelle Ziel- und Maßnahmenkonzeption in der Pflegeprozessplanung und -dokumentation berücksichtigt auf der Grundlage der NANDA-I-Pflegediagnosen im Bereich der Domäne Aktivität/Ruhe [4].

Zum aktuellen Zeitpunkt sind verschiedene Maßnahmen implementiert, die von den jeweiligen Berufsgruppen zielgerichtet angeboten werden:

Der „bewegte Flur“, das „aktive Treppenhaus“, die „bewegte Mittagspause“, offenes Ergometertraining, „Rollator-Fit“ und „Fit-für-100“.

Die Evaluierung und Weiterentwicklung der Maßnahmen sind zentrale Aspekte der „Gerontopsychiatrie in Bewegung“.

Aktuell wird ein RCT im Rahmen des Teilprojekts Trainingskarrussell für Menschen mit einer Demenzerkrankung (N=80) durchgeführt [5]. Neben der Erfassung der Mobilität und Aktivität sowie des circadianen Bewegungsver-

haltens mittels Bewegungssensoren kommen psychopathometrische Instrumente (CMAI, NPI, CGIG) und neuro-biologische Messverfahren (BDNF, Cortisol) zum Einsatz.

Im Rahmen des Pilotprojekts zu diesem RCT (N=16) nahmen die Patienten an durchschnittlich 68% (SD=35%) der angebotenen Therapieeinheiten teil (=135 Min./Woche; SD=70 Min./Woche). 11 Patienten nahmen an 182 Min./Woche teil (SD=44 Min./Woche) und 5 Patienten an 43 Min./Woche (SD=35 Min./Woche). In diesem Zusammenhang konnten erste Verbesserungen der funktionellen Leistungsfähigkeit und der Verhaltenssymptomatik beobachtet werden.

Stand Mitte Juli 2015 wurden 52 Patienten mit einer Demenzerkrankung in diese Studie eingeschlossen. Erste Ergebnisse aus diesem Projekt werden Anfang 2016 (N=80) erwartet.

Zur Evaluierung des gesamten Projekts Gerontopsychiatrie in Bewegung ist ein RCT geplant (N=260).

Ergebnisse

Die strukturierte Erfassung der Mobilität und des Bewegungsverhaltens zu Beginn und zum Ende der klinischen Behandlung sowie im Rahmen der Pflegeprozessevaluation bieten objektive Grundlagen für ein individuelles, ressourcenorientiertes, interdisziplinäres Behandlungsangebot.

Die Messinstrumente und Maßnahmen werden von den Patienten gut angenommen und bieten Motivation zur selbständigen körperlichen Aktivierung. Insbesondere die objektiven Assessment- und Evaluationsergebnisse stellen hier Anreize dar.

Die Resultate des Pilot-Projekts zum RCT zur Evaluation des Trainingskarusells deuten auf eine gute Akzeptanz der Interventionen seitens der Patienten und der beteiligten Berufsgruppen hin und zeigten erste positive Ergebnisse hinsichtlich der Verbesserung der Leistungsfähigkeit und demenzspezifischer Verhaltenssymptome.

Seitens der Mitarbeitenden werden die einzelnen Aspekte des Projekts „Gerontopsychiatrie in Bewegung“ gut angenommen. Hier werden insbesondere die Messbarkeit und Auswertungsmöglichkeiten sowie der evidenzbasierte Hintergrund benannt. Zudem stellt die Einbindung in den Pflege- und Behandlungsprozess einen wichtigen Beitrag der inter- und intradisziplinären Zusammenarbeit dar.

Die Kooperation zwischen der LVR-Klinik Köln und der Sporthochschule stellt einen effektiven Transfer zwischen bewegungs- und pflegewissenschaftlicher Forschung und klinischer gerontopsychiatrischer Versorgung sicher.

Schlussfolgerung/Ausblick

Die „Gerontopsychiatrie in Bewegung“ steht im Einklang mit der Forderung nach mehr strukturierter körperlicher Aktivierung und Mobilitätsförderung in der gerontopsychiatrischen Versorgung [6] und dem Nationalen Expertenstandard zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität [3]. Erste Ergebnisse des Projekts zeigen, dass die Empfehlungen, ab einem Alter von 65 Jahren wöchentlich 150 Minuten gezielt in moderater Intensität körperlich aktiv zu sein [7], auch in der klinischen gerontopsychiatrischen Behandlung realisierbar ist. Die Effekte auf Alltagsfunktionalität und Verhaltenssymptome der Betroffenen werden derzeit und zukünftig im Rahmen mehrerer RCTs untersucht.

Ein Schlüsselement im Rahmen des Projekts ist die Implementierung der Nursing Interventions Criteria (NIC) [8] und Nursing Outcome Criteria (NOC) [9] in die Pflegeplanung. Auf diese Weise wird erwartet, eine Vergleichbarkeit und Messbarkeit im Pflegeprozess herstellen zu können.

Nicht zuletzt ist die Übertragbarkeit der Interventionen aus dem Projekt „Gerontopsychiatrie in Bewegung“ ein wichtiger Bestandteil zur Förderung der Nachhaltigkeit. Es besteht bereits eine Kooperation mit einem örtlichen Sportverein, der die klinischen Räumlichkeiten für die Durchführung von entsprechendem Rehabilitationssport nutzt.

Zusätzlich werden die Angebote aus dem klinischen Setting für die häusliche Umgebung der Patienten adaptiert. Hierzu wird derzeit ein Konzept entwickelt, dass die Überleitung von „Bewegung und körperlicher Aktivität“ vom Klinikalltag in die Häuslichkeit gewährleisten soll. Informationsangebote für Patienten und Angehörige ergänzen dieses Konzept.

Literatur

1. Scherder EJA, Bogen T, Eggermont LHP, Hamers JPH, Swaab DF: *The more physical inactivity, the more agitation in dementia. International Psychogeriatrics* 2010, 22:1203-1208.
2. Lautenschlager NT: *Physical activity in Alzheimer's disease: research in its infancy or why we need more randomized controlled trials. International Psychogeriatrics* 2014, 26:7.
3. *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014): Arbeitsunterlagen zur Fachkonferenz zum Expertenstandard nach § 113a SGB XI Thema: Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: interne Publikation.*
4. *NANDA-International (Hrsg.) (2013): Pflegediagnosen 2012-2014. Definitionen und Klassifikation. Kassel: Recom-Verlag.*
5. *Fleiner, Tim; Zijlstra, Wiebren; Dauth, Hannah; Haussermann, Peter (2015): Evaluation of a hospital-based day-structuring exercise programme on exacerbated behavioural and psychological symptoms in dementia - the exercise carousel: study protocol for a randomised controlled trial. In: Trials* 16 (1), S. 228. DOI: 10.1186/s13063-015-0758-2.
6. *Initiative for Exercise in Medicine: Initiative for exercise in medicine [http://www.exerciseismedicine.org/].*
7. *American College of Sports Medicine (ACSM) (2009): American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. In: Medicine and science in sports and exercise* 41 (7), S. 1510–1530. DOI: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c.
8. *Moorhead, S.; Johnson M., Maas, M., Swanson, E. (Hrsg.) (2013): Pflegeergebnisklassifikation NOC. Bern: Hans-Huber-Verlag.*
9. *Bulechek, G.; Butcher, H.; Dochterman, J.; Wagner, C. (Hrsg.) (2013). Pflegeinterventionenklassifikation NIC. Bern: Hans-Huber-Verlag.*

55. Ursache und Prävention von aggressionsfördernden Faktoren aus Sicht der Betroffenen

Simone Tszanz, Sabine Hahn

Hintergrund

Aggressionsereignisse führen nicht nur zu therapeutischen oder juristischen Problemen, sondern stellen gleichzeitig eine grosse Belastung für die involvierten Patientinnen und Patienten sowie das Fachpersonal in der Psychiatrie dar. In den letzten zwanzig Jahren hat sich jedoch dank verstärkter Prävention und professioneller Intervention der Umgang mit dem Risiko für Aggression und Aggressionsereignissen verbessert. Trotz dieser Fortschritte wird die Sichtweise der Betroffenen noch zu wenig einbezogen, um einen verbesserten patientenorientierten Umgang mit aggressiven Interaktionen zu finden. Fachliteratur basiert hauptsächlich auf Expertenmeinungen und Forschungsergebnisse basieren meist auf der Sicht der Fachpersonen oder auf indirekten Rückschlüssen aus epidemiologischen Daten [1]. Es ist unbestritten, dass Aggression ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklungen in der psychiatrischen Versorgung ist. Einerseits, da die Reduktion von Aggression für die Mitarbeitenden- bzw. Patientensicherheit entscheidend ist. Aggressionsereignisse beispielsweise, können zu Sicherheitsmassnahmen mit Isolation und Zwangsbehandlungen führen und bei den betroffenen Patientinnen und Patienten stärkere Angstgefühle bis hin zu Traumatisierungen auslösen. Dies kann ihnen bestätigen, dass die psychiatrische Abteilung kein sicherer Ort ist. Andererseits, weil der Umgang mit Aggressionsereignissen hohe fachliche Kompetenzen der Fachpersonen fordert [2].

Wird in aggressiven Interaktionen nicht adäquat gehandelt, können diese zu noch mehr Aggressionen seitens der Patientinnen und Patienten führen. Aus dieser Problematik heraus fordern betroffene Patientinnen und Patienten vermehrt, dass sie ihre Sichtweise und Auffassungen zu aggressionsauslö-

senden Faktoren und zum Aggressionsmanagement in die Präventions- und Interventionsbemühungen einbringen können [1]. Es besteht daher ein grosser Bedarf aggressive Interaktionen und Aggressionsprävention bzw. Intervention, aus Sicht der betroffenen Patientinnen und Patienten, zu betrachten. Betroffene sollten vermehrt in der Planung, Organisation, Evaluation sowie Umgebungsgestaltung psychiatrischer Versorgungsangebote einbezogen werden und die Möglichkeit erhalten, ihre Sicht darzulegen [1].

Fragestellung

Diese Pilotstudie hatte daher zum Ziel das Erleben und die Sichtweise betroffener Patienten auf einer Akutstation zu erfassen. Folgende Fragestellungen leiten die Studie:

Wie erleben die Betroffenen Aggressionsauslösefaktoren auf der Station?

Welche Empfehlungen geben Betroffene, um eine Verbesserung der primärpräventiven Massnahmen zur Reduktion der Aggression zu erreichen?

Methode und Material

Zur Datenerhebung wurden zehn qualitative, leitfadengestützte, halbstrukturierte Einzelinterviews durch die Erstautorin durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde deduktiv, basierend auf dem Modell von Nijman [3] entwickelt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [4] systematisch zusammengefasst und interpretiert.

Ergebnisse

Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, drei Frauen und sieben Männer, waren zum Zeitpunkt der Befragung auf einer akutpsychiatrischen Station in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) hospitalisiert. Diagnostiziert waren sie mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, Depression, Bipolare Erkrankungen, Suizidalität, Alkoholabhängigkeit). Für die qualitative Datenauswertung wurden die folgenden drei Themengebiete, abgeleitet vom Modell nach Nijman [3], definiert:

Kommunikationsfaktoren, Umweltfaktoren und kognitive Faktoren. Zusammenfassend zeigen die Resultate auf, dass das Zusammenleben, in den nicht frei gewählten Gruppen, viele Konfliktsituationen birgt. Die Befragten erleben es jedoch als unterstützend für die Genesung, wenn unter Patientinnen und Patienten gute Beziehungen entstehen. Als generell einengend und fördernd für ein aggressives Klima wird beschrieben, wenn die Stationsabläufe und -regeln von den Fachpersonen nicht individuell gehandhabt werden. Nehmen Fachpersonen ihre Verantwortung für ein Stationsmilieu, welches das Zusammenleben unter verschiedensten Personen und Generationen ermöglicht nicht wahr, wirkt dies Aggressionsfördernd. Eine attraktive Umgebungsgestaltung und Privatsphäre auf der Station wird für die Aggressionsprävention als sehr wichtig erachtet.

Diskussion

Kommunikation und Beziehungen

Die Interviewten berichten, dass im Zusammenleben allgemein auf der Station wenig Rücksicht genommen wird. Eine Ursache dieser Defizite könnte darin bestehen, dass die Betroffenen vor dem Eintritt längere Zeit sozial isoliert gelebt haben. Zudem scheinen bei psychisch kranken Menschen Missverständnisse in der Kommunikation und Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung häufig [5]. Diese wirken sich eventuell fördernd auf die Aggressionsentstehung aus.

Ein weiterer Stressfaktor im Zusammenleben sind die männlichen Mitpatienten. Mehrere der Interviewten nehmen wahr, dass Männer über ein erhöhtes Aggressionspotential verfügen. Die Leitlinie der DGPPN [1] schreibt diesbezüglich, dass das männliche Geschlecht, auf akut psychiatrischen Stationen, keine höhere Prävalenz für aggressives Verhalten vorweist und eine geschlechtliche Durchmischung die Aggressionsrate eher senke. Es scheint also sinnvoll diese Empfehlung mit der Sicht der Betroffenen und die Auswirkung der Empfehlung z.B. auf weibliche Patientinnen zu überprüfen.

Umweltfaktoren

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass eine unruhige Stationsatmosphäre als häufige Ursache von Aggression gilt. Die Station wird generell als zu klein, für die Anzahl Personen die sich auf der Station aufhalten, beschrieben. Möglichkeiten für Privatsphäre und Räumlichkeiten, welche Rückzugsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten ermöglichen und sie zur Ruhe kommen lassen, fehlen. Dass solche Missverhältnisse der Belegung und der zur Verfügung stehenden Raumangebote aggressives Verhalten fördern können, bestätigen auch Nijman [3] und die DGPPN [1].

Kognitive Faktoren

Nijman [3] kommt zum Schluss, dass Auslöser der Aggression bereits beim unfreiwilligen Eintritt vorhanden sind und dazu führen können, dass sich Menschen entwürdigt und ungerecht behandelt fühlen. Dieser Ansicht waren auch einige der Interviewten. Unfreiwillige Eintritte werden von den Betroffenen oft als Bestrafung angesehen, dies konnten auch Duxbury und Whittington [6] nachweisen. Betroffene fühlten sich in solchen Momenten machtlos und entwickeln grosse Ängste. Auch die Ergebnisse von Abderhalden et al. [7] bestätigen dies.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Pflegefachpersonen ihre Verantwortung für die zwischenmenschliche Atmosphäre auf der Station stärker wahrnehmen sollten. Hierzu scheint ein flexibleren Umgang wichtig, welcher der individuellen Situation bzw. die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und die allgemeinen Regeln des Zusammenlebens berücksichtigt.

Literatur

1. Steinert, T., Bergk, J. Bosch, S., Driessen, M., Kallert, T., et al. (2010). *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.). S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). Deutschland: Springer.
2. Abderhalden, C., Needham I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. & Haug, H. J. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3 (1), 30.
3. Nijman, H. à Campo, J., Ravalli, D. & Merckelbach, H. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv*, 50, 832-834.
4. Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Inhalte und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
5. Eikelmann, B., Reker, T. & Richter, D. (2005). Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73, 664-673.
6. Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 469 – 478.
7. Abderhalden, C., Malojer, G., Zuaboni, G. & Needham, I. (2005). Was empfehlen Psychiatrie-Erfahrene zur Prävention von Gewalt und Zwangsmassnahmen während stationärer psychiatrischer Behandlung. In Abderhalden, C. & Needham, I. (Hrsg.). *Psychiatrische Pflege-Verschiedene Settings, Partner, Populationen* (S.232-245). Unterostendorf: Ibicura.

56. Kooperative Behandlung von Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) durch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im Rahmen der Integrierten Versorgung

Ingo Tschinke, Friederike Oppermann-Schmid

Hintergrund

Die Kooperative Behandlung von Patienten wird durch eine Arbeitsgruppe geleistet, die aus niedergelassenen Ärzten aus Stadt und Landkreis Celle, einer Schwerpunktpraxis für die Behandlung von Traumafolgestörungen und einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst besteht. Durch die enge Kooperation zwischen der Schwerpunktpraxis und dem Pflegedienst bildet sich ein Netzwerk zur zeitnahen und unbürokratischen, fachkompetenten ambulanten Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen

Die psychiatrische Pflege bietet Leistungen gemäß der Regelversorgung [1] und der Integrierten Versorgung an. Daraus ergeben sich Behandlungsphasen von vier Monaten (RV), zwei Jahren mit einem Kontingent von 100 Behandlungsstunden (BKK IV) und einem bedarfsorientierten Versorgungskonzept (TKK IV) [2]. Je nach Schweregrad der Erkrankung wird die Versorgung in enger Absprache zwischen Pflegedienst und Schwerpunktpraxis gestaltet.

Ziele der Behandlung

Der Behandlungsprozess beginnt mit der Anmeldung der Patienten mit Traumafolgestörungen durch die niedergelassenen Kollegen. Die Schwerpunktpraxis nimmt Kontakt zu den Patienten auf und vergibt den Ersttermin, an dem Anamnese-Erhebung, Diagnostik und Therapieplanung erfolgen. Die zuweisenden Ärzte haben die Möglichkeit, auf dem Anmeldeformular spezielle Anliegen, zum Beispiel auch die Dringlichkeit, zu vermerken. Die

Schwerpunktpraxis stellt auch den Kontakt zur ambulanten psychiatrischen Pflege her.

Dem Betroffenen in einem ausführlichen Aufnahmegespräch die Aufgabenteilung zwischen Facharzt und APP erläutert. In dem Aufnahmegespräch werden das Erstassessment und die beginnende Pflegediagnostik durchgeführt. Dies bedeutet, dass akute Pflegephänomene (Symptome), Risikofaktoren (z.B. Suizidalität) und Entwicklungspotenziale (Ressourcen wie Hoffnung etc.) ermitteln und die ersten Aktivitäten des folgenden Pflegeprozesses umrissen werden [3, 4, 7]. Es ist dabei zu ermitteln, in welchem Umfang durch das Trauma Funktionsstörungen vorliegen, die den Alltag beeinflussen, wie z.B. bereits vorhandene Dissoziationen, Flashbacks und sonstige Symptome der psychischen Erkrankung. Im Weiteren werden Triggerfaktoren (Geräusche, Gerüche, Personen etc.) ermittelt, die den Alltag, Arbeit und Freizeit beeinflussen. Die ambulante Pflege erarbeitet neben der Stabilisierung auch wichtige anamnestische Daten, die im Rahmen einer Traumalandkarte, wie sie in der EMDR-Methode üblicherweise verwendet wird, dokumentiert werden. Diese vorbereitende Arbeit ermöglicht den zeitnahen Beginn der Traumaexpositionsarbeit mit der EMDR-Methode. Die Patienten haben im Rahmen der APP-Arbeit sichere und stabile therapeutische Beziehungen erfahren können und sind dadurch motiviert und in der Lage, die Arbeit am Trauma zu beginnen.

Die parallele Begleitung durch die APP bietet Kontakte, Stabilität und Sicherheit zwischen der aktiven EMDR-Sitzungen. Das Setting ist von Sicherheit und Vertrauen geprägt. Ein 24-Stunden-Telefon bietet Patienten die Möglichkeit, in Krisensituationen, zum Beispiel bei Introjekten oder Hyperarousal, jeder Zeit einen Kontakt herstellen zu können. Das gewährleistet die Möglichkeit der ambulanten Behandlung auch für komplextraumatisierte oder erheblich symptomatische akut traumatisierte Patienten.

Vorgehen im Behandlungsprozess

Die Behandlung mit EMDR erfolgt nach dem von Francine Shapiro [9] entwickelten Standardprotokoll im 8-Phasenschema:

1. Anamnese und Behandlungsplanung: Nach Anmeldung durch den niedergelassenen Arzt erfolgt die zeitnahe Terminvergabe für das Erstgespräch mit ausführlicher Anamnese, psychologischer Testung, Beurteilung der bisherigen Interventionen und Therapieplanung. Insbesondere die Therapieplanung erfolgt im engen Dialog mit dem Team der APP.
2. Vorbereitung und Stabilisierung mit Unterstützung der APP: Nach Herstellung des Kontaktes mit der APP erfolgt die Terminvergabe für das Erstgespräch. Zwei Bezugstherapeuten stehen den Patienten an zwei Terminen pro Woche zur Verfügung, sie arbeiten an Stabilisierung und Ressourcen (z.B. Imaginationsübungen), stehen aber auch für ganz praktische Themen, z.B. Gespräche mit Arbeitgeber oder Amt, Umgang mit Formularwesen zur Verfügung, und beziehen auch das Umfeld des Patienten in die Arbeit ein. Das Krisentelefon stellt einen zusätzlich stabilisierenden Faktor dar [2].
3. Bewertung der belastenden Erinnerung: Nach ausreichender Stabilisierung, welche im Team immer wieder überprüft wird, beginnt die Expositionstherapie mit EMDR. Ein für das Trauma repräsentatives „Standbild“, die dazu gehörige negative Kognition (z.B. ich bin schuld), eine positive Kognition, die ausdrückt, wie der Patient statt dessen gerne jetzt über sich denken würde (z.B. ich habe getan, was ich konnte), die Einschätzung der Stimmigkeit der positiven Kognition auf einer Skala von 1 bis 7, wobei 1=gar nicht und 7=völlig stimmig ist, die mit dem Ereignis verbundene Emotion (z.B. Angst), die Einschätzung der subjektiven Belastung durch die Erinnerung auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0=keine und 10=die maximal vorstellbare Belastung wieder gibt, schließlich das mit der Erinnerung an das Trauma verbundene Körpergefühl [8, 9].
4. Desensibilisierung und Durcharbeiten: Das zu bearbeitende Ereignis wird durch das repräsentative belastende „Standbild“ des Ereignisses, die damit verbundene negative Kognition und das Körpergefühl in Erinnerung gerufen

und so die mit dem traumatischen Ereignis verbundenen Erinnerungsfragmente getriggert, gleichzeitig wird der Patient mit bilateralen Reizen stimuliert, meist durch Augenbewegungen. Dadurch wird beim Patienten ein individueller Verarbeitungsprozess initiiert. Zwischen den bilateralen Bewegungssets von ca. 25 Augenbewegungen fragt der Behandler nach: was ist jetzt da? die Belastung durch das Ereignis nimmt so im Verlauf deutlich ab. [9]

5. Verankerung: Wenn durch das oben beschriebene Prozessieren die Belastung auf 0 zurückgegangen ist, erfolgt die Verankerung, bei der zunächst abgefragt wird, ob die positive Kognition, wie der Patient im Zusammenhang mit dem belastenden Ereignis heute gerne über sich denken möchte, noch zutrifft oder eine andere Kognition besser passt. Es wird danach abgefragt, wie stimmig diese positive Kognition jetzt erlebt wird.

Durch weitere bilaterale Stimulation mit Schwerpunkt auf die positive Kognition wird diese weiter generalisiert, bis der Satz (z.B. ich habe getan, was ich konnte) völlig stimmig ist [8,9]

6. Körpertest: Wenn die positive Kognition stimmig ist, wird das Körperempfinden gescannt, eventuelle Missempfindungen mit bilateraler Stimulation prozessiert, bis der Patient ein angenehmes und freies Körpergefühl empfindet. Bei Patienten mit komplexer PTBS entfällt die Stimulation während des Körpertests, da die Gefahr besteht, dass über das Körpergefühl weitere belastende Erinnerungen aktiviert werden könnten [8, 9].

7. Abschluss: Konnte eine traumatische Erinnerung abschließend bearbeitet werden, wird das Erarbeitete besprochen. Für den Fall, dass im weiteren Verlauf belastende Erinnerungen auftreten, werden Hilfsangebote besprochen und vereinbart. Konnte eine traumatische Erinnerung in der Sitzung nicht abschließend bearbeitet werden, das heißt, die Belastung nicht auf 0 gesenkt werden, wird mit Hilfe von Distanzierungstechniken (z.B. Tresorübung) ein stabiler Zustand erarbeitet, Hilfsangebote für die Zeit zwischen den Sitzungen (Kontaktaufnahme, Bezugstherapeuten, Krisentelefon) besprochen und vereinbart [8, 9].

8. Überprüfung: Sie erfolgt zu Beginn der folgenden Therapiestunde, dabei werden Belastung und Entlastungsskala nochmals überprüft und Belastungen nachprozessiert [8].

Abschluss des Behandlung

Die Reintegration in den Alltag erfolgt mit Unterstützung der ambulanten psychiatrischen Pflege und ist geprägt von Unterstützung zur Förderung der Selbständigkeit im Alltag [3, 4, 5, 6]. Es wird dabei auf die ermittelten Ressourcen des Patienten zurückgegriffen, um die begleitenden Symptome von Angst, Antriebstörung, Schuldvorwürfen etc. zu bearbeiten [5, 6, 7]. Es wird dabei auch stets berücksichtigt, um welche Form der Traumata es sich handelt (Typ 1 – One Blow Trauma oder Typ 2 – langjähriger Missbrauch, Gewalterfahrung, Vernachlässigung), dementsprechend ist auch die Versorgung anzupassen [3]. Erst wenn ein gewisser Grad an Stabilität durch die APP gegeben ist, kann die EMDR Behandlung beginnen.

Erfahrungen

Während dieser Abläufe findet intensiver Austausch zwischen den Behandlern der APP und der Schwerpunktpraxis statt. Die Schwerpunktpraxis sorgt für den Informationsfluss zu den zuweisenden Ärzten und bietet außerdem für die zuweisenden Ärzte einen Qualitätszirkel, in dem aktuelle Themen und Fragen, sowie Patientenbeispiele besprochen werden.

So bietet die Zusammenarbeit zwischen EMDR-Therapeut und der ambulanten psychiatrischen Pflege ein Höchstmaß an Behandlungseffektivität bei gleichzeitiger Stabilität und Sicherheit für den Patienten im ambulanten Behandlungssetting.

Literatur

1. HKP Richtlinie für ambulante psychiatrische Pflege https://www.g-ba.de/downloads/62-492-924/HKP-RL_2014-07-17.pdf
2. Walle et al.; *Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystem*, Wingärtner, 2010
3. Sauter et al.; *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, Huber Verlag, 2011
4. Gail W. Stuart; *Anxiety Responses and Anxiety Disorder in Stuart & Laraia; Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, Elsevier, 2005
5. Eimar Muir-Cochrane, *The person who experiences anxiety in Phil Barker Hrsg.; Psychiatric and Mental Health Nursing*, Hooder Arnold, 2009
6. Townsend M.; *Essentials of Psychiatric and Mental health Nursing*, F A Davis, 2008
7. Schulz J. & Videbeck S.; *Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans*, Lippincott Williams & Wilkins, 2013
8. Hofmann, Arne: *EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Stuttgart: Thieme: 5. Auflage; 2014
9. Shapiro, F.: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. 2nd ed. New York; Guilford Press; 2001

57. Ausser Kontrolle! Recovery-Sprache im Wandel - ein kritisches Plädoyer aus der Sicht einer Betroffenen

Stephanie Ventling

Menschen, die sich in einer psychischen Krise befinden, leiden oft unter den ungeschriebenen Machtansprüchen und Ratschlägen ihres wohlwollenden Umfelds. Dazu gehört die medizinische Fachsprache einer vermeintlich besserwissenden psychiatrischer Versorgung, die Hilfesuchenden in ihren Entscheidungen zu deren Ungunsten lange geprägt hat und es heute noch tut. Leider ist es damit nicht getan, solche Machtverhältnisse und erfahrbare Distanzen aufzubrechen, indem man sie einfach umkehrt. Wer meint, Nutzenden von psychiatrischen Dienstleistungen unreflektiert mit anglikanischen Wortschöpfungen wie Empowerment, Kontrolle und Risiko ein Mitbestimmungsrecht einzuräumen, rutscht sprachlich aus. Konkurrenzierende Begriffe aus Wirtschaft und Management haben wenig mit Gesundheit zu tun. Leider übernehmen Betroffene selber heutzutage die professionell geprägten Schlagwörter, die ihnen vorgestellt werden. Dabei stellen sie sich unwissentlich auf eine pädagogische Unterordnung ein und diskriminieren sich weiterhin selbst.

Erst die sorgfältige Untersuchung von lebensbejahenden Genesungsprozessen lässt uns die geeignete Sprache finden, für das, was ist. Wenn alle Bezugsgruppen miteinander lernen, Ausschau zu halten auf das, was bekräftigt, auf das, was fließen möchte und auf das, was neugierig macht, wird Recovery von Inhalten gefüllt, die Sinn machen.

Aus Schlagwörtern kreieren wir Tragwörter, die durch ihre Transformationskraft besser zu einer Sprache der Hoffnung passen. Richtungsweisende Alternativen wie Ermächtigung, Einfluss und Neugier und ihre Bedeutung für potentielle, persönliche und lustvolle Veränderung beleben und fördern die Genesung. Wer sich abwendet vom schweren Rucksack im Leben, entdeckt über die sprachliche Hinwendung zum Füllhorn ein Sinnbild für einen Träger

von vielfältigem Lebensgut. Eine kritische wie differenzierte Durchleuchtung von psychiatrischen pflegesprachlichen Ausdrücken soll für Betroffene wie Fachpersonen zu einer verbesserten recoveryorientierten Betreuung anregen.

58. Die Arbeit des Demenz-Koordinators im Alltag

Benjamin Volmar

Hintergrund

Immer mehr hochaltrige Menschen werden stationär in Akutkrankenhäusern behandelt. Je älter diese Menschen sind, desto höher ist das Risiko, das sie an einer Demenz erkrankt sind. Ein Großteil dieser Patienten lebt im häuslichen Umfeld und wird erstmalig im Krankenhaus kognitiv auffällig. Die bisherigen Krankenhausstrukturen sind auf diese multimorbiden und hochsensiblen Patienten nicht ausgelegt. Häufig kommt es im Rahmen der stationären Behandlung zu weiteren Beeinträchtigungen und Komplikationen durch die demenziell bedingten Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen [1]. Zudem gibt es bei vielen Mitarbeitenden geringe Kenntnisse über verschiedenen Demenzerkrankungen, und wie sich diese in dem Alltag des betroffenen Menschen auswirken [2].

Einleitung

Das Klinikum Gütersloh und die gerontopsychiatrische Abteilung des LWL-Klinikums Gütersloh haben in Kooperation die Stelle des Demenz-Koordinators entwickelt, um das gerontopsychiatrische Fachwissen, bezüglich der Versorgung von Menschen mit Demenz, in die Akutsomatik zu übertragen. Diese Stelle wird mit Fördergeldern der Bürgerstiftung Gütersloh finanziert [3].

Der Demenz-Koordinator beschäftigt sich mit Fragestellungen rund um den Versorgungskontext von Menschen mit Demenzerkrankungen während des Krankenhausaufenthaltes. Dabei wird der Person-zentrierte-Versorgungsansatz von Tom Kitwood als Arbeitsgrundlage verwendet.

Thema

In diesem Vortrag wird der Arbeitsalltag des Demenz-Koordinators vorgestellt. Dabei werden drei Arbeitsbereiche gesondert betrachtet, die Einfluss auf diese Tätigkeit haben.

- Pflegerische Liaisondienste für Menschen mit Demenz im Klinikum Gütersloh.
- Interdisziplinäre Mitarbeiterschulungen basierend auf dem „Lern von Mir“- Konzept.
- Entwicklung und Identifizierung von demenzfreundlichen Strukturen und Orientierungshilfen für das Akutkrankenhaus.

Bedingt durch diese weit gestreuten Themenfelder ist die Arbeit hochanspruchsvoll. Die Bewältigung der Arbeitsanforderung bedingen Kenntnisse im Bereich der Demenzerkrankungen und -behandlung, der gerontopsychiatrischen Versorgungspraxis und den Abläufen in der somatischen Klinik.

Ziele

Der Demenz-Koordinator soll eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Akutklinik ermöglichen. Dabei ist er in drei Ebenen tätig.

Einerseits führt er Pflegekonsile durch, um individuelle Versorgungsaspekte zu erfassen und entsprechend mit einem Person-zentrierten-Ansatz diese Bedürfnisse zu identifizieren, kommunizieren und abzudecken. Dabei werden sowohl die Bedürfnisse des Patienten als auch die des informellen Patientennetzwerkes aufgenommen und abgedeckt. Ein Schwerpunkt liegt auf der Identifizierung von Menschen mit Demenz im Klinikalltag. Oft muss dabei differenziert werden zwischen verschiedenen Demenzerkrankungen und einem akuten Delir. Des Weiteren bietet er Hilfestellungen und Beratungsangebote für das interdisziplinäre Behandlungsteam, sowie die Angehörigen von Menschen mit Demenzen an.

Als Zweites ist der Demenz-Koordinator für die Durchführung von Mitarbeiterschulungen verantwortlich. Dabei greift er auf die Schulungsmaterialien des „Lern von Mir“ –Programmes zurück. In diesen Schulungen erwerben die Mitarbeitenden Kenntnisse über verschiedene Demenzformen und Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz.

Zudem soll er in der Strukturebene Maßnahmen identifizieren und entwickeln, die eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz im Klinikalltag gewährleisten. Dieses umfasst z.B. die Schaffung von demenzfreundlichen Orientierungshilfen oder die Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten. Und damit einhergehend eine Behebung der Schnittstellenproblematik zwischen der stationären Versorgung und den ambulanten Dienstleistern, die sowohl akute Versorgungsproblematiken als auch Kenntnisse über Demenzdiagnose beinhalten [4].

Literatur

1. Löhr, M., Schulz, M., & Behrens, J. (2014). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Psych. Pflege Heute*, 20(04), S. 189–195
2. Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)
3. Lücke, S. (2015). Projekt mit Vorbildcharakter. *Die Schwester Der Pfleger*, 54(7/15), S. 26–28.
4. Kleina T., Wingenfeld K. (2007) *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

59. Den Dialog zwischen Angehörigen und Fachpersonen aktiv gestalten – Einblick in eine ungewöhnliche Aus- / Weiterbildungsform

Franca Weibel, Ruth Marti, Fabio Razzai

Hintergrund

Im Alltag einer psychiatrischen Klinik treffen Angehörige psychisch kranker Menschen und Fachpersonen in verschiedenen Situationen aufeinander. Sie arbeiten oft und intensiv zusammen, doch das gegenseitige Verständnis der verschiedenen Anliegen, Erwartungen und Problemen gelingt nicht immer. Um diesen Dialog bereits in der Ausbildung zu fördern, sollte das Thema Angehörigenarbeit in den klinikinternen Unterricht von Pflegestudierenden integriert werden. Der Unterricht soll es den Studierenden ermöglichen, die Thematik der Angehörigenarbeit aus erfahrungsbasierter sowie evidenzbasierter Sicht zu bearbeiten.

Problemstellung

Solche Themen, die stark durch die Haltung und Erfahrungen der Beteiligten geprägt sind, in Weiterbildungen zu schulen, stellen Dozenten vor eine grosse Herausforderung. Bei der Entwicklung des Unterrichts wurde der Fokus auf die Verknüpfung von evidenzbasiertem und erfahrungsbasiertem Wissen gelegt. Die Studierenden sollten die Möglichkeit erhalten, ihre eigenen Erfahrungen einzubringen und in Austausch mit einer Angehörigenvertreterin zu kommen.

Ziele

Durch die Verbindung von erfahrungsbasiertem und evidenzbasiertem Wissen zur Angehörigenarbeit entsteht für die Studierenden die Gelegenheit, sich mit ihrer eigenen Haltung gegenüber Angehörigen psychisch Kranker auseinanderzusetzen. Gleichzeitig erhalten die Studierenden einen Einblick

in mögliche Tätigkeiten im ambulanten Bereich und in das wissenschaftliche Arbeiten.

Vorgehen

In der Unterrichtsvorbereitung wurde auf die Bedürfnisse der Studierenden gegen Ende des letzten Ausbildungsjahres geachtet. Daher wurde der Fokus auf eine Verbindung von wissenschaftlichem Inhalt und Diskussion mit einer Angehörigenvertreterin gelegt. Durch die Bachelorarbeit von R. Marti [1] mit dem Titel: „Angehörigenarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie - Was Angehörige von Pflegenden erwarten und welche Hindernisse Pflegenden den Angehörigenkontakt erschweren.“, konnte der wissenschaftliche Bereich abgedeckt werden. Die Fragestellungen der Bachelorarbeit bildeten den Einstieg in die Thematik und waren für die Studierenden gut diskutierbar.

Der zweite Teil des Unterrichts sollte der Erfahrungsexpertise einer Angehörigenvertreterin gewidmet sein. Hier konnte mit F. Weibel auf einen bestehenden Kontakt mit einem enormen Erfahrungsschatz in der dialogischen Arbeit und Moderation zurückgegriffen werden. Die Dozenten traten an F. Weibel heran, mit der Idee sie in den Unterricht zu holen, damit sie zum einen ihre persönlichen Erlebnisse mit der stationären Psychiatrie und deren Angestellten darlegt und Fragen der Studierenden aufnehmen kann, zum anderen aber auch von ihrer jetzigen Arbeit bei der Pro Mente Sana berichtet und einen Einblick in die klinikunabhängige ambulante Versorgung in der Schweiz bietet. Nachdem die Bereichsleiterin Berufsbildung die Zusammenarbeit mit der Pro Mente Sana bewilligt hatte, konnte der Unterricht nun bereits zum vierten Mal durchgeführt werden.

Ergebnisse / Erfahrungen

Aus Sicht der Fachexpertin: Die zwei Fragestellungen aus der Bachelorarbeit der Fachhochschule St. Gallen bieten einen idealen Einstieg ins Thema für die Studierenden. Sie diskutieren miteinander die Themen Erwartungen von Angehörigen bei einem Besuch auf einer psychiatrischen Station und Hin-

dernisse die Pflegenden den Umgang mit Angehörigen erschweren. Zu diesen beiden Themen haben die Studierenden im dritten Ausbildungsjahr bereits einen breiten Erfahrungsschatz. So kommen die Studierenden in ihren Diskussionen auf die meisten Erwartungen und Hindernisse, die auch wissenschaftlich belegbar sind. Sie machen zum Beispiel ganz klar die Erwartung der Angehörigen nach Zusammenarbeit fest, aber erkennen auch die Machtlosigkeit [2], in der sich die Angehörigen oft befinden. Auch die von Spiessl et al. in einer quantitativen Erhebung [3] belegten Haupteerwartungen nach einer erfolgreichen Behandlung und der offenen und verständlichen Information der Patienten und Angehörigen, sind für die Studierenden wichtige Erwartungen. Ebenfalls bieten die Diskussionen ein gutes Beobachtungsfeld für F. Weibel für den anschliessenden, erfahrungsbasierten Teil des Unterrichts.

Aus Sicht der Angehörigenvertreterin: F. Weibel berichtet zum Beispiel über die letzte Zwangseinweisung ihrer Tochter im vergangenen Dezember. Ihre Tochter (36 Jahre alt) hatte sie gebeten mit der Oberärztin zu reden, da man ihr als Sofortmassnahme, von einem Tag auf den anderen, das Temesta von 7 auf 2 Milligramm reduzieren wollte. Das Gespräch wurde ihr verweigert, es hiess sie habe keine Ahnung und alles Reden nütze nichts. Sie, die Ärztin, sei diejenige, die hier das Sagen habe. F. Weibel konnte ihre Kontakte nutzen. So rief sie den Chefarzt an und erreichte, dass die Tochter innert 15 Minuten ihre Medikamente erhielt, so wie sie von ihrem langjährigen Psychiater verordnet worden waren. Die eigene, subjektive Sicht als Angehörige miteinflussen zu lassen, ist für F. Weibel eine enorme positive Veränderung, die schlussendlich zu gegenseitigem Verständnis und Respekt führt. Ebenso wichtig ist es, jeweils zu erwähnen, dass auch Angehörige sich in Akutsituationen im Ausnahmezustand befinden und sehr oft ganz hilflos und völlig irrational reagieren. Das hören die Studierenden meist zum ersten Mal. Sie reagieren darauf mit grosser Betroffenheit und Empathie und äussern dies, indem sie sagen, dass sie in Zukunft ganz anders mit Angehörigen auf den Stationen umgehen werden. Das kann nur der gleichberechtigte, dialogische Austausch bewirken.

Aus Sicht des Dozenten: Die Glaubwürdigkeit von real erlebten Situationen und das Lernen durch Geschichten sind bekannt. Schon Benner, Tanner und Chesla beschreiben [4], wie wichtig Erzählungen zum Erlangung von Kompetenzen sind. Nicht nur Wissen, sondern auch komplexe Situationen und ethische Fragen können geschult werden. Das erlebte Beispiel der Angehörigen konfrontiert die Studierenden mit der eigenen Wahrnehmung, fördert das Verständnis für die Angehörigen und häufig zeigt sich Betroffenheit, was einen Lernprozess auslösen kann. Das Beispiel zeigt in wenigen Worten, wie schwierig und beschwerlich es für Angehörige sein kann. In diesem Ansatz geht es darum, dass sich die verschiedenen subjektiven Wahrnehmungen an wissenschaftlichen Resultaten orientiert und gemeinsam neue Möglichkeiten erarbeitet und diskutiert werden. Durch den Dialog entsteht eine neue Intersubjektivität, welche sich an objektiven Daten orientiert. Damit ermöglicht es gegenseitiges Verständnis, was Einfluss auf die Einstellung, die Wahrnehmung und das Handeln hat.

Diskussion und Schlussfolgerung

Eine noch intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik würde eine aktive Teilnahme an einem trialogischen Seminar erwirken. Dies ist ein grosser Aufwand für die Studierenden und müsste auf einer freiwilligen Basis stattfinden. Die Teilnahme an einem trialogischen Seminar wird daher den Studierenden als Möglichkeit aufgezeigt, als diplomierte Pflegefachpersonen diese Thematik noch zu intensivieren. Es bestand bei der Unterrichtskonzipierung auch die Überlegung, den Unterricht nach dem Konzept eines Trialoges aufzubauen. Da aber die Anzahl Studierende das Gleichgewicht zwischen Professionellen, Angehörigen und Betroffenen stark beeinflusst, wurde die beschriebene Unterrichtsform ausgewählt.

Diese angestrebte Verbindung von Erkenntnissen aus der Forschung und der Erfahrungsexpertise von F. Weibel als Angehörigenvertreterin, kann nach der mehrmaligen Durchführung deutlich positiv gewertet werden. Passend zum zweiten Ausbildungsjahr, wo direkt Betroffene, sogenannte Expertinnen / Experten aus Erfahrung, einbezogen werden, ist der Blick auf die Ar-

beit mit Angehörigen eine ideale Ergänzung. Durch diese dialogische Sicht auf die Arbeit, kann die Haltung der Studierenden gegenüber Betroffenen und Angehörigen sensibilisiert und die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache gestärkt werden. Abschliessend können wir diese Unterrichtsform nicht nur in der Ausbildung, sondern auch in der Weiterbildung von allen Fachpersonen, die in der psychiatrischen Klinik tätig sind, empfehlen.

Literaturverzeichnis

1. Marti-Blumer, R. (2012). *Angehörigenarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie - Was Angehörige von Pflegenden erwarten und welche Hindernisse Pflegenden den Angehörigenkontakt erschweren*. Fachhochschule St. Gallen.
2. Wilkinson, C. & McAndrew, S. (2008). 'I'm not an outsider, I'm his mother!' A phenomenological enquiry into carer experiences of exclusion from acute psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 392-401.
3. Spiessl, H., Schmid, R., Vukovich, A. & Cording, C. (2004). *Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung*. *Nervenarzt*, 75, 475-482.
4. Benner, P., Tanner, CH. A. & Chesla, C. A. (2000) *Pflegeexperten: Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik Taschenbuch*. Bern: Hans Huber.

60. Standardisierter Prozess von Lockerungsentscheidungen im Maßregelvollzug und Darstellung des Entscheidungsprozess in einem EDV-basierten Krankenhausinformationssystem

Wolfgang Weidmann

Hintergrund

Die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher dient zur Besserung und Sicherung. Die Patienten sollen nach § 63 StGB in der BRD so lange untergebracht werden, bis von ihnen infolge ihres Zustandes keine erheblichen rechtswidrigen Taten zu erwarten sind.

Elementarer Bestandteil dieser Behandlung ist die Realerprobung außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtungen. Diese Vollzugslockerungen geschehen in Abstufungen von begleiteten Ausgängen durch Mitarbeiter der Einrichtungen, Ausgängen mit Angehörigen oder Bezugspersonen, Einzelausgängen, Freigang zur Arbeitserprobung und anschließender Beurlaubung aus dem stationären Maßregelvollzug.

Problemstellung

Die Entscheidungen zu diesen Vollzugslockerungen werden in der Regel in den Behandlungsteams getroffen und durch die Klinikleitung genehmigt. Je nach Bundesland muss das Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde und/oder der Staatsanwaltschaft hergestellt werden.

Lockerungsentscheidungen sollen die Deliktvergangenheit, das Störungsbild, den therapeutischen Fortschritt, die Zukunftsperspektive und die möglichen von dem Patienten ausgehenden Gefahren berücksichtigen. Bezugnehmend auf standardisierte Prognoseinstrumente sollte der Entscheidungsfindungsprozess nachvollziehbar und hinreichend dokumentiert sein.

Aufgrund dieser Anforderungen sind komplexe Teamprozesse erforderlich, bei denen Zuständigkeitsfragen, Kompetenzen und Aufgabenverteilungen geklärt werden müssen.

Weiter muss der Entscheidungsfindungsprozess und die zur Entscheidung führenden Informationen schlüssig dokumentiert und nachgehalten werden. In den Abteilungen und Stationen werden mitunter unterschiedliche Standards zu Lockerungsentscheidungen genutzt, die bei einer Verlegung des Patienten nicht kompatibel sind und dadurch einen erhöhten Arbeitsaufwand darstellen.

Ziele

- Strukturierung der multiprofessionellen Beteiligung im Entscheidungsfindungsprozess sowie einheitliche, schriftliche Ausarbeitung der Lockerungsentscheidung.
- Darstellung des Entscheidungsprozess in einem Dokument im Krankenhausinformationssystem, dass in der Lage ist wichtige Stammdaten zum Patienten, Delikt, Diagnose, Aspekte zum Behandlungsverlauf automatisch zu befüllen und über einen Link wichtige Informationen wie Urteil, Gutachten und Beschlüsse den an der Ausarbeitung und Entscheidung beteiligten Personen zu Verfügung stellt.
- Bei weiteren Lockerungsentscheidungen dient die vorherige Lockerungsausarbeitung als Dokumentenvorlage. Hierdurch können wesentliche Textpassagen übernommen und Veränderungsprozesse anhand vorheriger Beschreibungen und Einschätzungen besser dargestellt werden. Bei der Patientenverlegung kann das neue Behandlungsteam auf die vorherigen Informationen zurückgreifen, was langfristig zur besseren Entscheidungsfindung und Arbeitserleichterung führen soll.

Vorgehen

In der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach wurde neben einem verbindlichen Lockerungskon-

zept eine Dokumentenvorlage für das Krankenhausinformationssystem (KIS Nexus AG) entwickelt, das die oben benannten Kriterien zu Lockerungsentscheidungen und systemisch/technischen Anforderungen berücksichtigt.

Ergebnisse

Zum 01.07.2015 wurde nach 2 ½ Jahren Entwicklungszeit das Dokument zur Lockerungsausarbeitung in das Krankenhausinformationssystem übernommen.

Folgende Aspekte können in der Diskussion betrachtet werden

Rolle der Bezugspflege in der Lockerungsbearbeitung

- Case Management
- Schriftliche Ausarbeitung

Multiprofessionelle Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit von Bezugstherapeut und Bezugspflegeperson
- Fallvorstellung
- Entscheidungsfindung
- Begleitung des Patienten

Vorstellung des entwickelten Dokuments für das Krankenhausinformationssystem

- Aufbau/Funktionen
- Beispiele von Lockerungskriterien
- Einbindung ins KIS

Prozess der Einführung

- Abstimmung mit der Klinikleitung
- Vorstellen in Chefarztrunde und anschließend den Leitungskreisen der Abteilungen
- Einführung in die Praxis zum 01.07.2015
- Erste Erfahrungen

Schlussfolgerungen

Die Entwicklung und Einführung war ein komplexer Prozess, bei der fachlich/inhaltlich, IT-systemisch, multiprofessionell, berufspolitisch und Umsetzungstechnisch vieles zu beachten war.

Erste Erfahrungen und Rückmeldungen aus den verschiedenen Behandlungsteams und Behandlungsbereichen stehen noch aus, es gibt aber sowohl hohe Erwartungen als auch Vorbehalte.

Literatur

1. *Qualitätsstandard: Grundsätze für Lockerungsentscheidungen im Maßregelvollzug; Nordrhein-Westfalen; 2013*
2. *Strafgesetzbuch Bundesrepublik Deutschland*

61. „Ich verstehe dich!“

Sprache in spezieller Form an Hand der Situation von Hörgeschädigten und taubblinden Menschen im psychiatrischen Setting.

Antje Werner, Verena Brandt, Mark Brinkmann

Hintergrund

In Deutschland gibt es ca. 80.000 Gehörlose, davon sind zwischen 2500-6000 Menschen zusätzlich von einer Erblindung betroffen.

Deutschlandweit gibt es zwei stationäre Abteilungen für psychische kranke Hörgeschädigte: Behandlungszentrum für Hörgeschädigte, Lengerich (NRW) und Abteilung für psychisch kranke Hörgeschädigte, Erlangen (Bayern) [1].

Taubblinde haben die Möglichkeit in beiden Abteilungen mit behandelt zu werden.

In beiden Abteilungen verfügen alle Mitarbeiter über Gebärdenkompetenz [1].

Einleitung

In der Behandlung spielt Sprache eine entscheidende Rolle, lautsprachlich sowie schriftlich.

Für hörgeschädigte Menschen ist der Zugang zur Lautsprache umfassend gestört. Gestische und mimische Ausdruckskomponenten oder das Ablesen des Gesprochenen vom Mund bieten eine gewisse Unterstützung in der Sprachwahrnehmung, reichen aber bei Weitem nicht aus. Der Erwerb der Schriftsprache und das Lesen und Verstehen eines Textes sind ebenfalls mit Schwierigkeiten verbunden [2].

Das Hauptkommunikationsmittel ist die Deutsche Gebärdensprache (DGS). Diese Sprache ist ein unkompliziertes, vollwertiges Kommunikationssystem,

welches einen sprachlichen Austausch, soziale Kontaktaufnahme und Vermittlung von Informationen und Wissen ermöglicht [2].

Taubblinde Menschen benutzen je nach Sozialisation taktile Gebärden oder das Lormen. Diese Kommunikationsformen basieren auf Berührung.

In einem psychiatrischen Setting können taubblinde Menschen nur von einer Therapie profitieren mit Hilfe ausgebildeten Personals, die die spezielle Kommunikation gewährleisten können. In Lengerich sind mittlerweile zwei Mitarbeiter als Taubblindenassistenten ausgebildet.

Seit 2008 wird im Behandlungszentrum für Hörgeschädigte Adherence Therapie durchgeführt [3]. Bei der Durchführung der Therapiemodule fiel auf, dass Fragen und Aussagen von hörgeschädigten Menschen nur teilweise oder gar nicht verstanden wurden und dass die Therapeuten für die Durchführung eine erweiterte Gebärdenkompetenz benötigen.

Ziele

Darstellung der Situation von Taubblinden Menschen in Deutschland und im Alltag einer psychiatrischen Behandlung.

Möglichkeiten von Kommunikation ohne Licht und Schall werden gezeigt. Wie ist ein Gedankenaustausch möglich ohne zu hören, ohne zu sehen?

Vorstellung des Projektes „Adherence Therapie in anderer Sprache“ [4].

Gestaltung

Impulsvorträge zu den Themen „Adherence Therapie in anderer Sprache“ und „Kommunikationsformen für Menschen ohne Hör- und Sehsinn“.

Lernziele

Verdeutlichung der speziellen Situation von Hörgeschädigten und taubblinden Menschen, den damit verbundenen erhöhten Zeitaufwandes in der Kommunikation.

Einblicke in die verschiedenen Kommunikationsformen.

Darstellung des speziellen Bedarfs, z. B. besonders geschultes Personal, spezifische räumliche Ausstattungen, Umgang mit der Situation von Taubblinden aus der Sicht eines Sehenden.

Literatur

1. *LWL-Klinik Lengerich (2013) Leitlinie: Spezifische Anforderung an die Kommunikation im Behandlungszentrum für Hörgeschädigte.*
2. *www.zur-situation-gehoerloser-aelterer-menschen.de/Stand 25.11.2014.*
3. *Schulz, M. (o. J.) Adhärenz-Therapie als psychotherapeutische Kurzintervention durch Pflegende in der stationären Psychiatrie Intervention und Bildungsmaßnahme.*
4. *www.einfach-fuer-alle.de/artikel/gehoerlos/Stand 25.11.2014.*

62. Weshalb in einer forensisch-psychiatrischen Klinik die Pfleger bei ihren Patienten die Tradition des mündlichen Geschichtenerzählens aufgreifen.

Jessica Wilson

Einleitung

2008 habe ich als Krankenschwester auf der forensisch-psychiatrischen Frauenstation eines Krankenhauses im Süden von Wales/UK begonnen, die Tradition mündlichen Geschichtenerzählens in meine Arbeit einzubeziehen. Diese Tradition umfasst Märchen, Legenden, Mythen und Volkserzählungen aus der ganzen Welt.

Ich betreute eine etwa dreissig jährige Patientin, die wegen ihrer hochgradigen Gewaltsamkeit und Aggressivität sich selbst und anderen gegenüber im Isolierzimmer untergebracht war. Man hatte alles Mögliche versucht, sie zu beschäftigen, aber nichts schien sie von ihrer destruktiven Haltung abzubringen. In provozierendem Ton erklärte sie mir, sie langweile sich. Ich begann, ihr eine traditionelle Geschichte zu erzählen, an die ich mich aus meiner Kindheit erinnerte. Die Patientin beruhigte sich rasch und hörte zehn Minuten lang dem Märchen zu. Es überraschte mich, dass sie so lange still dasass und am Ende mit der Aufforderung reagierte: 'Erzähle es nochmal'. Also wurde die Geschichte wiederholt. In den folgenden zwei Stunden war die Patientin entspannt und konnte etwas zur Ruhe kommen.

Ich begann mich mit dem Geschichtenerzählen zu beschäftigen. An der International School of Storytelling lernte ich, wie man Geschichten erzählt. Anschliessend erfuhr ich von Plänen, mit Patienten eine Arbeitsgruppe einzurichten, die sich mit dem Thema Wachsamkeit gegenüber Schikanen auseinandersetzt. Sie fragte das Pflgeteam, ob es irgendwelche Ideen für eine Gruppenaktivität der Patienten gäbe, in die diese sich am Ende der Sitzung einbringen könnten. Es wurde vorgeschlagen, dass man eine Geschichte erzählen könnte. Die Sitzungen liefen einmal wöchentlich während sechs

Wochen auf allen sieben Stationen. Nur auf der Frauenstation wurde bei regelmässiger Teilnahme von Woche zu Woche eine Geschichte erzählt. Am Ende der sechs Wochen meldete sich eine Gruppe Patientinnen und bat darum, mit dem Erzählen fortzufahren.

Nach einer Weile wurde auf zwei Stationen ein 'Storytelling Club' gegründet. Er folgte dem Modell solcher Clubs, die es in den meisten Städten in Grossbritannien gibt. Man trifft sich einmal im Monat, um einander Geschichten zu erzählen. Im Krankenhaus war es ein Ort, zu dem Patienten kommen und wo sie entspannen und Gespräche über die Geschichten führen konnten. Zumeist war es jemand vom Pflegepersonal, der die Geschichten erzählte und die Patienten hörten zu. Jedoch übernahmen mehrfach auch Patienten den Part des Erzählers.

Die Patienten wussten den ruhigen, aber strukturierten Raum zu schätzen wussten. Hier gab es kein 'sollst' oder 'musst', sondern ein Ort zum Stillsein und Zuhören, von dem dich die Imagination anderswohin trägt, wenn du es denn zulässt. Nie wurden Patienten von diesen Clubs aus der Spur geworfen; manchmal bleibt aber jemand weg, wenn er spürt, dass er gerade nicht in der Stimmung zum Zuhören ist. Schwestern und Pfleger begannen sich dafür zu interessieren, wie man Geschichten erzählt. Bislang haben 36 von ihnen in England und Wales von Weiterbildungsangeboten über den Einsatz des Geschichtenerzählens in ihrer Berufspraxis Gebrauch gemacht.

Hintergrund

Menschen erzählen allerlei Arten von Geschichten, in vielen unterschiedlichen sozialen Kontexten, zu unterschiedlichen Zwecken und mit unterschiedlichen Wirkungen. Manchmal sollen Geschichten eine Anregung geben, motivieren, überzeugen oder täuschen. Manchmal haben sie die Funktion einer Warnung oder einen Bildungsauftrag, aber häufig sollen sie auch nur unterhaltsam oder amüsant sein. Das Erzählen geschieht oft spontan und informell, kann aber auch regelmässig oder an einem vereinbarten Termin stattfinden, etwa die abendliche Routine der Gute-Nacht-Geschichte oder der Auftritt eines professionellen Geschichtenerzählers.

Geschichten sind eine Schatztruhe der Zeichen, Symbole, inneren Bilder und Metaphern. Viele Autoren und Denker wie Sigmund Freud, Bruno Bettelheim, Joseph Campbell, Ernst Bloch und Clarissa Pinkola Estes haben darüber nachgedacht, in wie weit solche Geschichten Aspekte der Psyche reflektieren und die Lösung innerer Konflikte erleichtern oder eine Arena der Wunscherfüllung bereitstellen könnten. Geschichten ermöglichen es, schwierige Fragen in der Fantasie zu bearbeiten, ohne allzu große Ängste zu provozieren [1]. In einer Untersuchung aus jüngerer Zeit nannte Jon Kabat-Zinn [2] solche Geschichten 'weise, altüberkommene, überraschend differenzierte Baupläne für unsere unverkürzte Entwicklung als menschliche Wesen'.

Thomas und Killick [3] zufolge hat das Hören traditioneller Geschichten einen beachtlichen Anteil an der Förderung von emotionaler Intelligenz, der Sensibilisierung, Selbstregulierung, Motivation, von Empathie und sozialer Kompetenz. Geschichten können ein emotionales Trainingsgelände für kindliche und erwachsene Gemüter sein; man hat sogar davon gesprochen, dass Geschichten womöglich die natürliche Sprache der Gefühle sind [4].

Emotionen machen den Kern einer Geschichte aus. Patienten einer forensischen Klinik tun sich damit schwer, sie nachvollziehbar auszudrücken. Manche verfügen nicht über ausreichende sprachliche Mittel, um ihrer schwierigen Gefühlswelt Ausdruck zu verleihen. Wenn ein Pfleger oder eine Schwester eine Geschichte erzählt, kommen die Gefühle der Figuren dieser Geschichte zur Sprache – allesamt echte menschliche Gefühle. Die Geschichte gibt den Gefühlen einen Rahmen und lässt sie am Ende zu etwas Sinnhaft-Stimmigen werden. Für Patienten wie Pfleger ist dies der leichtere Weg, ein Gespräch über Gefühle zu beginnen. Dabei wird von dem Patienten nicht verlangt, etwas von seinem seelischen Gepäck zu offenbaren, und der Pfleger verbringt für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sinnvolle Zeit mit dem Patienten.

Auf einer einfachen Ebene sind Geschichten etwas Unterhaltsames, das die Neugier weckt. Fähigkeiten des Sprechens und Zuhörenkönnens werden

genutzt, gelernt und verbessert. Geschichtenerzählen verhilft zum Verstehen der Emotionen und bietet einen Modus, von Emotionen zu sprechen. Geschichten geben uns eine kulturelle Identität. In der Klinik haben Patienten etwas über die kulturelle Heimat ihrer aus anderen Ländern stammenden Pfleger erfahren, weil diese ihnen Geschichten von Zuhause erzählt haben. In manchen Fällen war dies ein Ansatz, rassistische Vorurteile zu bekämpfen. Die Patienten haben aber auch Geschichten zugehört, die ihrer eigenen Tradition entstammten, und so etwas über ihr eigenes kulturelles Herkommen in Erfahrung gebracht. Alle Geschichten haben das Vermögen, gesellschaftliche Werte weiterzugeben. Killick [3] gibt jedoch zu bedenken, dass dem Geschichtenerzählen etwas Bevormundendes zuwächst, wenn die Moral oder der zu vermittelnde Wert allzu offen lehrhaft daherkommen. Im Allgemeinen kann der Zuhörer selbst in seiner freien Zeit herausfinden, was er sich davon als etwas zu ihm Passendes aneignen will; Sache des Erzählers ist das nicht. Geschichten können informativ sein, uns sagen, wie die Welt funktioniert und wie die Menschen ticken. Es gibt wahre Geschichten und Lügen. Wenn man Patienten Geschichten erzählt, ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass ganz klar verstanden wird, was für eine Geschichte erzählt wird. Das geschieht ganz einfach dadurch, dass mit der alten Formel begonnen wird: 'Es war einmal...'. Damit steht außer Zweifel, dass jeglicher Unglaube jetzt einmal suspendiert werden muss und man in die Welt der Imagination eintritt. Auch eine Sensibilisierung für die physische Welt und Umwelt kann eine Aufgabe des Erzählens sein.

Methode/Ergebnisse

Eine ganze Reihe von Denkern, Psychologen und Sozialwissenschaftlern haben ihre Theorien über den Wert des Geschichtenerzählens zu Papier gebracht, aber zum Thema des Erzählens im Arbeitsbereich der Krankenpflege hat sich keine Forschungsarbeit finden lassen. Im Jahre 2012 wurde ich gefragt, ob ich bereit wäre, einen Master-Studiengang in der Pflege-Forschung mit dem Forschungsthema Erzählen in der Pflege aufzunehmen.

Inzwischen habe mit meiner abschließenden Dissertation begonnen, die im September 2015 beendet werden soll.

Die Leitfrage meiner Forschung lautet: Weshalb setzen Pfleger in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus bei ihren Patienten die Tradition des mündlichen Erzählens ein? Es handelt sich um eine qualitative vergleichende Analyse. Die Datensammlung geschieht durch semi-strukturierte Befragungen der beteiligten Pfleger. Alle Pfleger sind darin unterrichtet worden, wie man das Geschichtenerzählen professionell einsetzt, und haben davon in den vergangenen zwei oder drei Jahren Gebrauch gemacht, oder auch nicht. Die Datensammlung wird in zwei Krankenhäusern in Südwales und in Manchester vorgenommen. Präsentiert wird diese Arbeit in meiner MSc-Dissertation in Professional Practice Research am Department of Health and Social Sciences der University of South Wales (UK).

Derzeit ist eine systematische Literatursuche im Gange; eine wissenschaftliche Forschungsarbeit über Pflege und Geschichtenerzählen war nicht zu finden. Im erziehungswissenschaftlichen Kontext läuft derzeit an der Universität Warwick ein Forschungsprojekt. In einer Reihe von Arbeiten werden Pfleger und Schwestern beschrieben, die kranken Kindern Geschichten erzählen. Zudem wurde über die Verwendung persönlicher Geschichten vom Gesundwerden nach einer Krebserkrankung geschrieben. Die Tradition mündlichen Geschichtenerzählens selbst befindet sich im Bereich der Unterhaltung im Aufschwung. Aber auch im Rahmen des Gesundheitswesens wird inzwischen von erfahrenen Praktikern zunehmend davon Gebrauch gemacht. Die wissenschaftliche Bearbeitung aller Bereiche des Geschichtenerzählens steckt jedoch in ihren Anfängen. Im Jahr 2014 haben sich erstmals Mitglieder eines internationalen Forschernetzwerks zum Thema Geschichtenerzählen, im Süden von Wales unter der Leitung von Dr. Steve Killik, University of Cardiff und Arlete Willis University in Edinburgh getroffen.

Literatur

1. Bettelheim, B. (1976). *The use of enchantment*. New York: Knoph.
2. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
3. Thomas, T., & Killick, S. (2007). *Telling tales: Storytelling as emotional literacy*. Educational Printing Services Limited.
4. Sunderland, J. (2000). *Issues of language and gender in second and foreign language education*. Cambridge University Press.

63. Musik als Sprache der Gefühle – eine Singgruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kerstin Wimmer

Hintergrund

Das Hören von Musik, das Erzeugen von Klängen, das Musizieren oder das Singen, gemeinsam oder allein, wirkt sich auf nahezu jeden Menschen aus. Musik stellt ein Ausdrucksmittel, ein Ventil, ein Zeichen für Gemeinschaft und noch vieles mehr dar. Vor allem das aktive Singen und Musizieren scheint sich positiv auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auszuwirken [1]. Musik hören, aber auch aktives Musizieren und Singen, kann als Skill/Bewältigungsstrategie eingesetzt werden. Eine Singgruppe im stationären Setting einer Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt eine Einsatzmöglichkeit dar, dieses Potential aktiv zu nutzen.

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Singgruppe „7singt“ wird seit Mai 2011 angeboten. Sie findet in der Regel 14-tägig statt, dauert ca. 1,5 Stunden und wird mit 3-9 Teilnehmern durchgeführt. Die Teilnehmer kommen aus der Gruppe der aktuell stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das einzige Kriterium, um mitmachen zu dürfen, ist der Spaß und das Interesse am Singen und Musizieren.

Zu Beginn der Gruppe werden für etwa 10-15 Minuten Aufwärmübungen durchgeführt. Aus einer Mappe mit über 80 Liedern können die Teilnehmer aussuchen, was sie singen möchten. Auf den Aspekt der Wahlfreiheit im Rahmen des vorhandenen Notenmaterials wurde bei der Konzepterstellung für die Gruppe großer Wert gelegt. Den Abschluss der Gruppe bildet eine Feedbackrunde, in der auch Liedvorschläge zur Erweiterung des Angebots gesammelt werden. Im Rahmen dessen berichten viele Patienten, dass sie davor traurig oder angespannt waren und sich nur schwer für die Teilnahme

motivieren konnten. Meistens äußern sie, froh darüber zu sein, dennoch mitgemacht zu haben, da es eine gute Ablenkung war und sie sich nun etwas besser fühlen.

Es ist erstaunlich, wie z.B. sozial phobische Patienten ihre Ängste überwinden, um an der Singgruppe teilnehmen zu können, weil ihnen das Singen so viel Freude bereitet. Häufig sind diese sozial phobischen Züge innerhalb der Singgruppe nicht zu beobachten. Im gemeinschaftlichen Tun, dem Abstimmen aufeinander, können sie ihre sozialen Kompetenzen trainieren, lernen ihre eigenen Bedürfnisse zu äußern und üben, sich auf die Bedürfnisse der anderen Teilnehmer einzustellen. Sich als Teil der Gruppe zu fühlen, gemeinsam vielleicht schwierige, oder anfangs unbekannte Lieder einzustudieren bringt verborgene Ressourcen zum Vorschein und die Erfolgserlebnisse stärken das oft angeschlagene Selbstwertgefühl. Gerade jene Kinder, die sich schwer in die Patientengruppe integrieren können oder häufig in Konfliktsituationen geraten, profitieren vom Singen in der Gruppe und dem daraus erwachsenden Gemeinschaftsgefühl ungemein.

Lernziele

- Wie können die positiven Wirkungen von Musik und Gesang im stationären Setting einer Kinder- und Jugendpsychiatrie praktisch eingesetzt werden?
- Inwiefern kann Musik und Gesang für Kinder und Jugendliche als Skill/Bewältigungsstrategie dienen?

Literatur

1. *Blank, Thomas; Adamek, Karl (2010): Singen in der Kindheit. Eine empirische Studie zur Gesundheit und Schulfähigkeit von Kindergartenkindern und das Canto elementar-Konzept zum Praxistransfer; [eine Veröffentlichung des Canto-Forschungsinstituts]. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.*

64. Mehr als Grüezi und GüleGüle

Katharina Wolf-Grauwiler

Fragestellung

Ist die Übertragung psychiatrie-pflegerischer Methoden und Grundsätze aus dem westlichen Kulturkreis über kulturelle und sprachliche Grenzen hinweg möglich und rechtfertigen der Prozess und das Ergebnis den Aufwand an zeitlichen und finanziellen Ressourcen?

Hintergrund/Problemstellung

Psychiatrische Erkrankungen haben es im westlichen Kulturkreis seit Ende des letzten Jahrtausends zusehends geschafft aus dem Bann der Tabuisierung heraus zu treten. Seither ist es Betroffenen wie Professionellen im Zuge der Entstigmatisierung möglich geworden Erleben und Behandlung psychischer Erkrankungen öffentlich zu thematisieren, zu beforschen und weiter zu entwickeln. Im östlichen Kulturkreis ist die Situation psychisch erkrankter Menschen und deren Angehörigen noch immer durch Tabuisierung und Scham gekennzeichnet. Somit sind auch der Weiterentwicklung psychiatrischer Behandlungsangebote sehr enge Grenzen gesteckt und Betroffene und deren Familien bleiben mit ihrem Leiden oft sich selbst überlassen [2].

Betroffene, welche sich im Kontext einer Migration in psychiatrische Behandlung begeben, erleben oft im eigenen Krankheitsverlauf eine grosse Diskrepanz zwischen den unterschiedlichen kulturellen Voraussetzungen und den daraus resultierenden spezifischen Behandlungsansätzen [1].

Anfang 2014 wurde die Autorin vom damaligen Chefarzt einer psychiatrischen Privatklinik in Istanbul, Herr Prof. Dr. Tarik Yilmaz, angefragt, ob sie bereit wäre mittels eines Coachingauftrags die pflegespezifische Fachentwicklung und Organisation des Pflegedienstes seiner Klinik zu begleiten und zu unterstützen.

Ziele

Ziel des Auftrags war es, mittels der organisatorischen wie auch der fachlichen Ausrichtung des Pflegedienstes vor Ort die Entwicklung des medizinischen Behandlungsangebots der Klinik zu unterstützen, sowie gemeinsam Massnahmen zur Reduzierung der Fluktuation des Pflegepersonals und zu dessen fachlicher Weiterentwicklung zu formulieren [3].

Vorgehen

Da die Klinik in Istanbul von einer gemeinnützigen, schweizerisch-türkischen Trägerschaft und einer schweizerisch-französischen Schwesterngemeinschaft getragen wird, waren nebst der Auftragserteilung durch den Chefarzt und den Klinikdirektor vorgängig Gespräche in der Schweiz mit Vertretungen der Ordensgemeinschaft notwendig.

Daraufhin folgte ein einwöchiger Aufenthalt in Istanbul während dessen die Autorin als Gast der Ordensschwestern im Hospital wohnte. In dieser Zeit war es ihr möglich durch Besuche in den Stationen der Klinik wie auch in Diskussionen und Interviews mit der Pflegedienstleitung, ihrer Stellvertretung, dem Direktor, dem Chefarzt der Klinik und in Gesprächen mit Pflegenden eine erste Situationsanalyse vorzunehmen. Dazu hielt sie an zwei aufeinanderfolgenden Tagen Vorträge zu den Themen evidenzbasierte, psychiatrische Pflege und diagnosespezifische, pflegerische Interventionen.

Die Pflegedienstleitung vor Ort und Ihre Stellvertretung wurden zu Fragen des Managements des Pflegedienstes und zu ihrer persönlichen Arbeitsorganisation interviewt.

Nach der Rückkehr der Autorin in die Schweiz wurde das Coaching der Pflegedienstleitung und ihrer Stellvertretung via Skype mittels monatlichen Sitzungen weiter geführt. Zudem konnte die Pflegedienstleitung aus Istanbul während zehn Tagen in die Schweiz kommen und bei der Autorin in der Klinik hospitieren.

Ergebnisse/Erfahrungen

Ein Besuch ein Jahr später in der Klinik in Istanbul zeigte, dass organisatorische Änderungen wie die Einführung von Stationsleitungen und die Anstellung einer Pflegefachfrau mit Bachelorabschluss als Fachverantwortliche bereits erfolgreich umgesetzt waren. Unsicherheiten bestanden noch immer in der Betreuung der Patienten, wobei Fragen der Alltagsstrukturierung und Interventionsmethoden bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung die grössten Themenkomplexe waren.

Der Coachingauftrag wurde in Absprache mit dem Klinikdirektor um ein weiteres Jahr verlängert und die nächste Herausforderung wird es sein, die anstehenden Themen mit der gebotenen Kultursensitivität anzugehen und den örtlichen Gegebenheiten anzupassen.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Die prägendste Erfahrung war, dass durch den Austausch von Fach- und Erfahrungswissen aus unterschiedlichen kulturellen Perspektiven sowohl die Coaches wie auch die Referierende viel Neues lernten.

Es ist vorgesehen dass die Pflegedienstleitung der Klinik in Istanbul am Dreiländerkongress teilnehmen wird um aus ihrer Perspektive die Möglichkeiten und Grenzen des Projekts zu diskutieren.

Die Entwicklungen hatten einen direkten Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit [3]. In der Folge stellt sich die Frage inwieweit sich dies auf die Fluktuation und die Rekrutierung gut ausgebildeter Fachkräfte auswirken wird.

Literatur

1. Hartkamp, N., (2004) *Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven*
2. *Psychoneuro.* 30 (2): p. 109–111
3. Cattacin, S., et al (2014) *Healthcare and Social Services in the Face of*
4. *Complex and Plural Identities. A Global Journal of 2014*
5. *Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice.* 3: p. 24-37.
6. Tewes, R., et al (2014) *Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen: Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland*

65. KISS - „Wenn Pflege bereits auf der Station ambulant spricht“

Roman Wyss

Hintergrund

Abstinez ist der Gold-Standard für Menschen, welche an einer Abhängigkeitserkrankung leiden. Die Motivation zur Abstinenz ist bei einigen Betroffenen nach Erfahrung des Projektteams nur in geringem Masse vorhanden. Eine Veränderungsmotivation, anders oder weniger zu konsumieren, ist oftmals vorhanden[1]. Diese zu festigen und zu fördern kann durch die Sprache des Motivational Interviewing (MI) nach Millner und Rollnick gelingen [2].

Durch das Programm Kompetenz im Selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS) gelingt es den Betroffenen zu handeln und ihren Konsum aktiv zu verändern [3].

Problemstellung

Der Substanzkonsum ist oftmals so hoch, dass er für die Betroffenen psychisch und körperlich schädigend ist. Betroffene schaffen es trotz wiederholten Versuchen nicht, längere Zeit abstinent zu bleiben. Heftige Rückfälle, teils direkt nach Austritt aus dem stationären Setting, sind häufig.

Was kann also das Pfl egeteam stationär tun um diesen Rückfällen vorzubeugen oder sie zu verhindern?

Ziele

Durch das Programm *Kompetenz im Selbstbestimmten Substanzkonsum* (KISS) reduzieren die Patientinnen und Patienten die Konsummenge ihrer gewählten Problemsubstanz. Sie lernen bereits stationär, ihren Konsum in Tagebüchern zu erfassen. Ambulant wird im Verlauf der 12-wöchigen Grup-

penphase der Konsum weiter erfasst und ab der 4. Woche individuell geplant.

Die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen aufgrund von Konsumrückfällen wird reduziert.

Voraussetzungen

Die Stationsregeln werden angepasst und Diskussionen über Grenzen geführt. Beispielsweise mit wieviel Promille darf ein tagesstationärer Patient auf der Station erscheinen?

Die Haltung im interdisziplinären Team, hin zu mehr therapeutischer Zieloffenheit wird durch Weiterbildungen im Bereich der Motivierenden Gesprächsführung geöffnet und erweitert.

Vorgehen

Um eine möglichst fließende Behandlung *stationär-ambulant* zu ermöglichen wurde ein Konzept erstellt, welches den Patientinnen und Patienten ermöglicht sich transparent und realistisch mit ihrem Austritt zu befassen.

Stationär: Die pflegerische Bezugsperson erhebt ein Suchtassessment in welchem Veränderungsmotivation und Ziele bezüglich des künftigen Konsums offen erfragt werden. Einmalig besuchen alle Patientinnen und Patienten, welche an einer Suchterkrankung leiden, eine KISS-Info Gruppe. Interdisziplinär wird gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten deren Ziel festgelegt.

Sind die Patientinnen und Patienten motiviert für eine Veränderung ihres Konsums so können sie bereits stationär an einer KISS-Vorbereitungsgruppe teilnehmen. Hier werden erste Inhalte des Programms vermittelt (z.B. Verbündete gewinnen, Umgang mit Rückfällen, Risikosituationen etc.). Eine Erfassung des Konsums findet statt, jedoch mit Übungssubstanzen wie Energie Drinks, Cremeschnitten, Kaffee, Zigaretten etc.

Alle zwei Wochen findet im angegliederten Suchtambulatorium eine offene Runde statt („Fritigs-Kafi“). Patientinnen und Patienten besuchen so in einem ungezwungenen Rahmen das Suchtambulatorium *CleaNex*.

Ambulant: Die zwölf Gruppensitzungen finden im angegliederten Suchtambulatorium *CleaNex* statt und werden von zwei KISS-Trainern, davon stets mindestens eine Pflegefachperson, geleitet. Zusätzlich führen ambulante Pflegefachpersonen wöchentliche Bezugspersonengespräche und Alltagstrainings durch.

Die neun Pflegefachpersonen, sowohl aus dem stationären wie ambulanten Setting absolvierten eine Ausbildung zum KISS-Trainer. Die angewandte *Sprache* der KISS-Trainer beim Leiten der Gruppen und in den Bezugspersonengesprächen basiert auf den Techniken und Grundsätzen des MI.

Drei Pflegefachpersonen, darunter der Autor, arbeiten im Rahmen des Projektes sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich.

Ergebnisse

Zwischen März 2014 und März 2015 starteten 22 Patientinnen und Patienten verteilt auf 4 Gruppen das KISS-Programm. Davon rekrutierten sich 21 aus der stationären Psychiatrie, 1 Patient meldete sich selbständig direkt an. 12 Patientinnen und Patienten beendeten die Gruppe, indem sie alle Module besuchten. 10 Patientinnen und Patienten konnten die Gruppe aus unterschiedlichen Gründen nicht beenden. Die Konsumdaten wurden anhand einer öffentlich geführten Konsumkurve erhoben und basieren auf den Angaben der Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Reduktion des Substanzkonsums im Vergleich von Gruppenmodul 1 zu Modul 12 beträgt 59%. Ein Patient konnte für eine Substanz eine komplette Abstinenz (> 4 Wochen) erreichen.

Von den 12 Patientinnen und Patienten welche alle 12 Module absolviert haben, kam es bei 3 in den folgenden Monaten zu kurzen, stationären Aufhalten (< 5 Tage).

Diskussion und Schlussfolgerung

- Der Substanzkonsum konnte deutlich (59%) reduziert werden. Es fehlt der Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Auch ist die Stichprobe eher klein. Von den 3 Patientinnen und Patienten welche erneut stationär aufgenommen wurden haben 2 auch eine Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis, was die Ursachen für einen Wiedereintritt komplexer machen.
- Die wenigen stationären Wiedereintritte waren nur von kurzer Dauer.
- Dadurch, dass einzelne Pflegefachpersonen sowohl stationär wie auch ambulant arbeiten, ist der Informationsfluss optimal gewährleistet.
- Die Patientinnen und Patienten führen eine kohärente Diskussion miteinander zum Thema „Pro & Kontra KISS - Pro & Kontra Abstinenz“.

Literatur

1. Al-Otaiba, Z.; Worden, B.; McCrady, B. S.; Epstein, E. (2008) *Accounting for self-selected drinking goals in the assessment of treatment outcome. Psychology of Addictive Behaviors, Vol 2: P. 439-443.*
2. Miller, W.; Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus*
3. Körkel, J. (2006) *Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. University of Applied Sciences in Nuremberg, Bavaria, Germany: Vol. 14, No. 1, Pages 35-49.*

66. Was ist erweiterte und vertiefte Pflege für Menschen mit einer ersten psychotischen Episode?

Ursina Zehnder, Fritz Frauenfelder

Hintergrund

Psychosen sind schwere psychische Störungen, die durch vorübergehende Veränderungen im Erleben der Realität gekennzeichnet sind [1]. Erstmalige Symptome einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis treten meist im Verlauf des frühen Erwachsenenalters auf, im Übergang in ein unabhängiges Leben [2]. Zu Beginn stehen unspezifische Symptome im Vordergrund, wie z.B. gedrückte Stimmung, Lustlosigkeit, innere Unruhe, erhöhtes Misstrauen, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen und sozialer Rückzug. Die Symptome werden leicht als Reaktion auf normale Entwicklungen im Rahmen der Adoleszenz fehlinterpretiert.

Untersuchungen haben gezeigt, dass eine möglichst kurze Dauer der unbehandelten Psychose sowie eine störungs- und phasenspezifische Behandlung während den ersten drei Jahren den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen können [3,4]. Effektive Versorgungsmodelle bieten während zwei bis fünf Jahren phasenspezifische und Setting übergreifende Angebote an, um das Behandlungsengagement zu erhöhen, den Krankheitsverlauf zu unterbinden und die bestehenden Symptome zu mildern [5]. Wesentliche Interventionen sind eine kontinuierliche Begleitung mittels einer engagierten Beziehung während drei Jahren, Psychoedukation und Erarbeitung eines individuellen Krankheitskonzeptes, Einbezug der Angehörigen, soziales Kompetenztraining, supported employment, niederschwelliger Zugang und eine „jugendfreundliche“ Gestaltung der Angebote [6].

Problemstellung

Eine bedeutende Problemstellung bei einer ersten psychotischen Episode liegt im frühzeitigen Ausstieg oder in der Beendigung der Behandlung (Di-

sengagement) sowie in der längerfristigen Behandlungsakzeptanz [7]. Aktuelle Zahlen zeigen, dass 58% der betroffenen Personen ambulante Nachbehandlungstermine nach einem stationären Aufenthalt nicht wahrnehmen und dass 40% den Kontakt zum Gesundheitssystem innerhalb eines Jahres abbrechen [8,9]. Eine optimale Zusammenarbeit der Leistungserbringer sowie eine patientenorientierte Gestaltung der Angebote kann das Behandlungsentagement erhöhen, die Prognose verbessern, die Lebensqualität stärken und das Risiko von chronischen Verläufen senken [4]. Die Herausforderung im aktuellen Versorgungsmodell liegt darin, eine nachhaltige und hochwertige Behandlung, die über die verschiedenen Behandlungssettings hinweg reicht, zu konzipieren und umzusetzen.

Ziele

Um die beschriebenen Herausforderungen aus einer pflegerischen Perspektive zu adressieren und eine qualitativ hochstehende Pflegepraxis zu gewährleisten, entwickelten die Autoren ein das Konzept der Advanced Practice Nurse (APN) für Menschen mit einer Erstpsychose. Das Konzept befindet sich gegenwärtig in der Umsetzungsphase.

Vorgehen

Für die erweiterte und vertiefte Pflege von Menschen mit einer Erstpsychose wurde ein theoretisches Konzept erarbeitet. Gleichzeitig lancierten Führungspersonen aus der Medizin in Zusammenarbeit mit den Autoren ein interprofessionelles Projekt zur Optimierung der Schnittstellen.

Das Konzept APN für Menschen mit einer Erstpsychose wurde mittels einer ausgedehnten elektronischen und manuellen Literaturrecherche der Einbeziehung von Erfahrungs- und Fachwissen entwickelt und dient als Grundlage für die klinische Umsetzung.

Ergebnisse

Eine APN ist eine Pflegefachperson, welche sich durch eine wissenschaftliche Ausbildung Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung in

hochkomplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis angeeignet hat [10]. Sie verfügt über vertieftes klinisches Wissen in einem Fachgebiet. Die Kernkompetenzen sind: direkte klinische Praxis, Coaching und Führung, Beratung und Konsultation, Forschungskompetenzen, Leadership, Zusammenarbeit und ethische Entscheidungsfindung [11].

Das Konzept APN für Menschen mit einer Erstpsychose basiert auf vier Ebenen. Die Grundlage stellt eine systematisch erarbeitete Definition von professioneller Pflege dar. Pflege zielt darauf ab Menschen im Umgang mit den Auswirkungen von Krankheit und Behandlung zu unterstützen [12]. Auf der zweiten Ebene wird die theoretische Perspektive beschrieben, in der die wesentlichen Bereiche aufgeführt sind, die von den Auswirkungen einer Psychose betroffen sein können. Zentral ist die Lebenswelt, die geprägt ist durch Adoleszenz, Rollenfindung, Übergänge und der sozialen Welt. Weitere Bereiche die betroffen sind von den Auswirkungen einer Psychose sind Kontinuität, die pflegerische Beziehung, das zu Stande kommen von Caring sowie das Selbstmanagement. Auf der Dritten Ebene wurde der Pflegeprozess operationalisiert, der aus Assessment, Phänomen (Problem/Diagnose), Ergebnis, Intervention, Evaluation und Pflegeentwicklung besteht.

Die vierte und letzte Ebene bilden die drei Kernaufgaben für die klinische Umsetzung der APN für Menschen mit einer Erstpsychose: Behandlungskoordination, Förderung des Selbstmanagement und Praxisentwicklung.

Diskussion

Die klinische Umsetzung basiert auf dem erarbeiteten Konzept APN Erstpsychose. Dieses ist handlungsanleitend für die Integration der Funktion APN in die Praxis. Die theoretische Auseinandersetzung ermöglicht eine Fokussierung auf den Nutzen für die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie die Pflegefachpersonen.

Die APN Erstpsychose arbeitet zur Zeit auf neun Akutstationen, begleitet Patienten und Patientinnen mit einer Erstpsychose im stationären und am-

bulanten Setting, fördert die Fachentwicklung im Fachgebiet und arbeitet aktiv im interprofessionellen Setting mit.

Die Umsetzung der APN Erstpsychose in die Praxis soll mit einer Evaluation überprüft werden.

Schlussfolgerung

Eine optimale Behandlungsqualität und die Setting übergreifende Behandlungskoordination stellen neue Anforderungen an die Berufsgruppe der Pflege. Aufgrund des spezialisierten Fach- und Erfahrungswissens der APN ist ihre Rolle geeignet, um die herausfordernde Pflege von Menschen mit einer ersten psychotischen Episode zu unterstützen. In der Rolle eines „partnership-brokers“ gewährleistet sie durch ihre Fähigkeiten in Empowerment, Beratung und Leadership eine optimale Versorgung der Zielgruppe und eine enge Vernetzung aller Akteure. Für eine erfolgreiche Integration einer APN Rolle in die Praxis hat sich die Orientierung am konkreten Patientennutzen sowie die theoretische Auseinandersetzung als sehr hilfreich erwiesen.

Literatur

1. Cullberg, Johan. (2008). *Therapie der Psychosen: Ein interdisziplinärer Ansatz*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
2. NICE, National Institute for Clinical Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management (2014)*. Heruntergeladen am 17.4.2014 unter <http://guidance.nice.org.uk/CG178/NICEGuidance/pdf/English>
3. Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). *Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis*. *Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 53-59.
4. Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). *Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis*. *Am J Psychiatry*, 162, 1785-1804.
5. Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Hjorthoj, C. R., Hastrup, L. H., & Jorgensen, P. (2013). *From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark*. *Early Interv Psychiatry*.
6. Zehnder, U., Heekeren, K., & Kaiser, S. (2015). *Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen*. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 13 (accepted).
7. Stewart, K. D. (2013). *Factors contributing to engagement during the initial stages of treatment for psychosis*. *Qual Health Res*, 23(3), 336-347.
8. Doyle, Roisin, Turner, Niall, Fanning, Felicity, Brennan, Daria, Renwick, Laoise, Lawlor, Elizabeth, & Clarke, Mary. (2014). *First-episode psychosis and disengagement from treatment: a systematic review*. *Psychiatr Serv*, 65(5), 603.
9. Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). *Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature*. *Schizophr Bull*, 35(4), 696-703.
10. SBK, SwissANP, VfP & IUFRS. (2012). *Reglementierung der Pflegeexpertin APN*. Heruntergeladen am 17.7.2015 unter <http://swiss-anp.ch/w/media/Akutelles/Eckpunktepapier.pdf>
11. Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (2009). *Advanced Practice Nursing - An Integrative Approach (Vol. 4)*. St.Louis, Missouri: Saunders Elsevier
12. Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., & De Geest, S. (2006). *Professionelle Pflege-Entwicklung und Inhalte einer Definition*. *Pflege*, 19(1), 45-51.

67. "Empathische Kommunikation – ist sie erlernbar? Theorie und Praxis" - Praxisprojekt

Ewa Zemann, Johann Steinberger, Gerhard Schossmaier, Claudia Gundacker

Hintergrund

Das zurzeit gültige Curriculum für die spezielle Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege definiert u.A. folgende Ziele, die zu den Basisfertigkeiten einer/s psychiatrischen Gesundheits- und Krankenschwester oder –pflegers gehören sollen:

- Sich selbst und Anderen empathisch gegenüberstehen
- Unterschied zwischen Ursache und Auslöser von Gefühlen erkennen
- Verstehen von inneren Bedürfnissen der PatientInnen
- Soziale Prozesse sehen und verstehen können

Um den Auszubildenden ein Werkzeug zu geben, mit dem sie ihre Emotionalität retro- und prospektiv betrachten können, wurde ein Konzept entwickelt, nach dem sowohl selbstreflexives wie fremdreflexives Verhalten eingeübt werden kann. Das Projekt bietet den Auszubildenden ein umfangreiches Angebot an kommunikationsfordernden Maßnahmen. Es erstreckt sich über drei Ausbildungsjahre. Dabei wurden verschiedene bestehende Konzepte zu folgenden Themen gesichtet: Selbstreflexion, Selbstempathie, explizites und implizites Wissen, Mentalisierung, Beobachtung, Bindungstheorie.

Problemdarstellung

Die zentrale Aufgabe der psychiatrischen Pflege wird in der Beziehungsgestaltung gesehen. Mit Beziehungsgestaltung hängt eine emotionale Auseinandersetzung der Pflegepersonen mit den zu betreuenden Personen zusammen. Diese Auseinandersetzung kann zu negativen Reaktionen führen, wenn sie nicht ausreichend reflektiert betrachtet wird. Daher erscheint es

von Bedeutung, den Prozess einzuleiten, durch den das Selbst als mentaler Urheber der interpersonalen Erfahrung begriffen wird [4].

Mentalisierung bedeutet, äußerlich wahrnehmbares Verhalten im Zusammenhang mit inneren, „mentalenen“ Zuständen und Vorgängen zu erleben und zu verstehen (und umgekehrt). Bei dieser inneren Realität handelt es sich z.B. um Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Wünsche, Begründungen und ganz persönliche Lebenserfahrung [2]. Bolm beschreibt, dass die Folgen der entwickelten Mentalisierungsfähigkeit einen großen Einfluss auf das Selbsterleben haben, da die persönliche Identität gestärkt wird, was sich in Folge auf die zwischenmenschliche Interaktion auswirkt. [2].

Fonagy et al. stellen das Konzept der „mentalisierten Affektivität“, als einer weiterentwickelten Form der Affektregulierung, dar [4].

Um eigene Affekte modulieren zu können, müssen sie zunächst identifiziert werden.

Viele SchülerInnen haben große Schwierigkeiten, ihre Gefühle und Affekte wahrzunehmen und zu verbalisieren. Nach Rosenberg [1] kann die Benennung der eigenen Gefühle zur Lösung von zwischenmenschlichen Spannungen beitragen. Dies bestätigt ein Zitat von Fritsch [5]: „Nur wenn Menschen sich ihrer selbst bewusst werden, [...] sind sie in der Lage, sich den Gefühlen und Bedürfnissen anderer Menschen mitfühlend zuzuwenden.“ Aus diesem Grund wird im Rahmen des Projektes in der ersten Stufe die Fähigkeit zur Selbstempathie geschult. Als Grundlage dient das Modell der gewaltfreien Kommunikation (GfK) nach Marshall B. Rosenberg.

Dabei geht es um „das Wahrnehmen und Benennen der eigenen Bedürfnisse und Gefühle in diversen Lebenslagen und die damit verknüpften eigenen Lebensnarrative“ [9].

Im nächsten Stadium der Schulung soll das Verständnis der Mentalisierung als „Fähigkeit, das eigene Verhalten und das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren“ [2] eingeübt werden. Dies bedeutet, zu der Erkenntnis zu gelangen, dass sowohl eigenes Verhalten, als auch das Verhalten anderer Menschen, oft affektive Ursachen

hat. Diese Erkenntnis ist die Grundlage von sozialer Intelligenz und Kompetenz, sowie Voraussetzung dafür, mit Menschen in krisenhaften Situationen zu arbeiten.

Sobald Affekte erkannt wurden, können sie verändert werden, z.B. in Bezug auf Intensität oder Dauer [4], oder im Zuge einer komplexeren Modulierung durch Umbewertung. Ein dadurch erreichter Effekt ist, dass sich durch die Affekregulierung der Mensch selbst verändert.

Das beschriebene Schulungsprogramm impliziert auch einen Mechanismus, der zur Psychohygiene anregt und im weiteren Sinne eine Burnout-Prophylaxe für die Berufstätigen darstellt. Affektiv aufgeladene Situationen können nur intuitiv erfasst und bewältigt werden und erst später einer Reflexion zugeführt werden. In dieser schwierigen Pendelbewegung zwischen impliziter und expliziter Wissensvermittlung setzt unser dreijähriges Ausbildungsprogramm an.

Ausdruck der Emotionen – Sprache

Eines der wichtigsten Werkzeuge der psychiatrischen Pflege ist die Sprache – ohne eine adäquate Kommunikation ist die Erfüllung der Aufgaben professioneller psychiatrischer Pflege nicht möglich.

Kommunikation hat einen informativen Charakter, gleichzeitig fördert sie das soziale Verhalten. Doch Kommunikation wird von Gefühlen beeinflusst. Sich dessen bewusst zu sein, ist der erste Schritt zur Selbstreflexion. Reflexion definiert Fonagy [4] als die Fähigkeit, die innere und äußere Realität wahrzunehmen und gleichzeitig die Unterschiede zwischen „Ich“ und „Du“ zu erkennen.

Kommunikation vollzieht sich auf einer verbalen und einer nonverbalen Ebene und beherrscht jede Begegnung.

Deshalb finden die Phänomene, die wir mit den SchülerInnen reflektieren möchten, permanent statt. Auszubildende lassen ihre Erfahrungen und Überforderungen in der Begegnung wieder aufleben und vermitteln dem Lehrkörper dieselben Gefühle, die sie erlebt haben. Dieses Phänomen tritt

unbewusst auf und kann durch einen erfahrenen Lehrer bzw. erfahrene Lehrerin reflektiert werden.

Projektbeschreibung

1. Ausbildungsjahr:

Die Themenbereiche, die im Rahmen der Sitzungen erarbeitet werden, sind u.A.:

- Was löst mein Gegenüber in mir aus?
- Was sind meine Anteile in der Begegnung mit PatientInnen?
- Was ist der Unterschied zwischen Bedürfnis und Strategie?
- Was ist der Unterschied zwischen Interpretation und Beobachtung?
- Was ist der Unterschied zwischen Gedanken- und Gefühlswelt?

2. Ausbildungsjahr:

Folgende theoretische Inhalte sollen während der Sitzungen im zweiten Ausbildungsjahr bearbeitet werden:

- Theorien zu emotionalen Aspekten der Persönlichkeit
- Einführung in die Tiefen- und Kognitionspsychologie (Bindungstheorie, TOM, psychodynamisches Verstehen, Dualistisches- und Strukturmodell, Abwehrmechanismen, Krankheitsmodelle, Entwicklungstheorien, explizit Mentalisierungstheorie nach Fonagy)
- Beobachten von PatientInnen und deren Interaktion mit anderen Personen

Jede Kleingruppe wird von einem Supervisor/ einer Supervisorin begleitet. Die Auszubildenden sollen während des Praktikums jede Woche eine Stunde lang eine Beobachtung durchführen, danach ein Beobachtungsprotokoll verfassen und in der Gruppensitzung reflektieren. Diese Art der Gruppensitzungen basiert auf der Annahme, dass sich die Fähigkeit zur Mentalisierung in Abhängigkeit von Bindungs- und Beziehungserfahrungen entwickelt [8, 3, 6].

Am Ende dieses Ausbildungsschrittes sollen die Auszubildenden auf folgende Kompetenzen zurückgreifen können:

Kompetenz betreffend:

1. Beobachtung und passive Präsenz auf der Grundlage einer mentalisierenden Haltung
2. mit den eigenen Gefühlen arbeiten (explizit/implizit)
3. Interaktion und Intersubjektivität
4. Aufbau einer hilfreichen Beziehung
5. Umgang mit Affekten und Konflikten

Die Anwendung dieses Wissens in der täglichen Arbeit erleichtert die Differenzierung zwischen eigenen und fremden Anteilen und hilft in der besseren Bewältigung des beruflichen Alltags.

Im **dritten Ausbildungsjahr** können die Schülerinnen und Schüler die erworbenen Fertigkeiten in einer klassischen Fallsupervision einsetzen und erproben. Die Besprechungen der Fallbeispiele erfolgt unter professioneller Anleitung einer Supervisorin/ eines Supervisors.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Die Überprüfung der Effektivität der Schulung erfolgt mittels Giessentest II. Der Test beinhaltet Fragebögen zu Selbstbild, Idealselbst, Fremdbild. Die Daten werden in das Programm SPSS 21 eingegeben und im September 2015 ausgewertet.

Die Ergebnisse der quantitativen Überprüfung der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen werden im September 2015 vorliegen und während des Kongresses präsentiert werden.

Literatur

1. *Altmann Tobias (2015): Empathie in sozialen und Pflegeberufen. Springer-Verlag, Wiesbaden*
2. *Bolm Thomas (2009): Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen; Deutscher Ärzte-Verlag*
3. *Fonagy Peter (2009): Bindungstheorie und Psychoanalyse, Klett-Cotta Verlag. 3.Auflage*
4. *Fonagy Peter, Gergely György, Jurist L. Elliot, Target Mary (2011): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst; Klett-Cotta Verlag. 4.Auflage*
5. *Fritsch Gerlinde Ruth (2012): Der Gefühl- und Bedürfnisnavigator; Gefühle und Bedürfnisse Wahrnehmen. Junfermann Verlag. Paderborn. 2. Auflage*
6. *Lackinger Fritz, Dammann Gerhard, Wittmann Bernhard (Hrsg.) (2008): Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz, Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie; Schattauer Verlag*
7. *Rosenberg Marshall B. (2007): Gewaltfreie Kommunikation: eine Sprache des Lebens. Junfermann Verlag. Paderborn. 7.Auflage*
8. *Sieberth, Wolfgang, Steinberger Johann (2013): Beobachtung: ein mentalisierungsgestütztes Pädagogikkonzept. In: Ernstson Sven, Meyer Christine (Hrsg.) (2013): Praxis geschlechtersensibler und interkultureller Bildung. Springer Verlag. Wiesbaden*
9. *Steinberger J., Sieberth W., Ewa Zemann (2013): P2: Ein mentalisierungsgestütztes Pädagogik-Konzept in der Ausbildung für Krankenpflegepersonal In: Heilberufe Science 2013. Springer-Verlag. Wien*

68. Manifestiert sich Professionalität durch die Sprache? Im Spannungsfeld zwischen Entwicklung der Profession, interprofessioneller Zusammenarbeit und professioneller Praxis

Gianfranco Zuaboni

Einleitung

In der Folge der Professionalisierung der psychiatrischen Pflege, hat die Standardisierung der pflegerischen Fachsprache Eingang in verschiedene Bereiche gefunden. Die Vermittlung dieser Fachsprache ist mittlerweile ein fester Bestandteil in den Curricula zahlreicher Ausbildungsstätten.

Diese Entwicklung kann anhand der Beschreibung von pflegerelevanten Problemen nachvollzogen werden. In den Pflegeplanungen werden die frei formulierten Problembeschreibungen zunehmend durch Begriffe und Kategoriensysteme ersetzt. Mit der Einführung der standardisierten Pflegediagnostik beabsichtigt man jedoch nicht nur die schriftliche Ausdrucksweise zu verändern, sondern auch die Mündliche. Darüber hinaus, wird über den diagnostischen Prozess eine spezifische, kritische Denkweise gefördert und praktische Handlungen (pflegerische Massnahmen) eingeleitet.

Die Pflege erbringt ihre Dienstleistung mehrheitlich in interdisziplinären Settings. Gemäss dem Lehrbuch *Psychiatrische Pflege (1)* trägt die Pflegediagnostik dazu bei, innerhalb dieser disziplinübergreifenden Zusammenarbeit ein umfassenderes Bild der Situationen der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Für die praktische Implementierung der standardisierten Fachsprache wird gegenwärtig ein grosser Aufwand unternommen, der neben zahlreicher Publikationen und Schulungsprogramme auch IT-Unterstützung beinhaltet. Dennoch ist die Sprache der stationär tätigen Pflegenden nach wie vor stark von medizinischen - psychologischen Fachbegriffen geprägt, die den fachli-

chen Austausch zwischen den Professionen dominieren. Für die Pflegenden bildet sich daraus eine Diskrepanz heraus; einerseits die eigene Professionalität über die standardisierte Fachsprache zu fördern, andererseits im interprofessionellen Dialog sich mittels primär medizinischen-psychologischen Fachbegriffen zu beteiligen.

Mit dem Aufkommen und der Auseinandersetzung mit dem Recovery-Ansatz, hat der Entwicklungsprozess der Fachsprache eine neue Richtung genommen. Eine zentrale Rolle spielt dabei der verstärkte Austausch von Fachpersonen mit Nutzenden psychiatrischer Dienstleistungen. Im Rahmen des Austausches mit Betroffenen werden Fachpersonen mit neuen Begrifflichkeiten konfrontiert, die von den Nutzenden selbst gebraucht und geprägt wurden und ihre Erfahrungen sehr viel treffender zum Ausdruck bringen. Diese Begegnungen führen zu sprachlichen Adaptionen auf Seite der Pflege und bewirken, dass sich der Sprachschatz der Pflegefachperson erweitert. Damit stehen ganz neue, nicht medizinsprachlich geprägte Begriffe zur Verfügung, um menschliche Erfahrungen zu beschreiben: „Stimmen hören“, „Insel der Klarheit“, „professionelle Nähe“, „psychische Erschütterung“, „Traum im Wachzustand“, etc.

Erfahrungsgemäss wird von Patientinnen und Patienten sehr geschätzt, wenn Fachpersonen sich bemühen, sich verständlich auszudrücken. In der recovery-orientierten Fachliteratur wird vielfach darauf hingewiesen, dass Fachpersonen die Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe begegnen (2; 3) und dabei auf die Form der Kommunikation achten sollen, um eine therapeutische Arbeitsbeziehung zu ermöglichen (4). Nicht die Patientinnen und Patienten haben sich dem dominierenden, medizinischen Fachjargon anzupassen, sondern im Gegenteil die Fachperson macht einen Schritt auf die Patientin oder Patienten und bemüht sich, die Sprache des Gegenübers zu verwenden (5; 6). Dennoch gilt es zu bedenken, dass auch die recovery-geprägte Sprache und Begriffe nicht zwingend von jeder Patientin und jedem Patienten auf Anhieb verstanden werden. Selbst wenn die verwendete

ten Begrifflichkeiten von Nutzenden geprägt worden sind, sind oftmals zusätzliche Erklärungen nötig.

Gemäss diesen Ausführungen scheinen sich verschiedene Entwicklungen und Positionen herauszubilden, die untereinander nicht vereinbar sind: Die pflegerische, die medizinisch-psychologische, die recovery-orientierte Fachsprache und die Alltagssprache der Patientinnen und Patienten.

Doch was bedeutet dies konkret für die psychiatrische Pflege? Wie kann sie sich in diesem Spannungsfeld positionieren?

Im Vortrag werden diese Fragestellungen aufgenommen und auf der Grundlage von Fallbeispielen praktische Hinweise vermittelt.

Lernziele

- Kritische Reflektion der verwendeten Fachsprache
- Hinweise für den praktischen Umgang mit Fachsprachen

Literatur

1. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege (3., vollst. überarb. und erw. Aufl. ed.)*. Bern: Huber: Seite 361-362.
2. Repper, J. & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery a model for mental health practice*. Edinburgh: Baillière Tindall.
3. Slade, M. (2013). Schulz, M., Zuaboni, G., Loehr, M., & Abderhalden, C. (Eds.). *100 Wege um Recovery zu unterstützen*. Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie.
4. Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A. & McCabe, R. (2011). *Good communication in psychiatry--a conceptual review*. *Eur Psychiatry*, 26(7), 403-407.
5. Barker, P. J., Buchanan-Barker, P. (2013). *Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*. Bern: Huber.
6. Tondora, J., Miller, R., Slade, M. & Davidson, L. (2014). *Partnering for recovery in mental health: a practical guide to person-centered planning (Second edition. ed.)*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Inc.

69. Koproduktion: Ein Weg zur gemeinsamen Weiterentwicklung von psychiatrischen Dienstleistungen

Gianfranco Zuaboni

Hintergrund

Der Miteinbezug von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen in die Entwicklung und Erbringung von psychiatrischen Dienstleistungen wird aktuell in zahlreichen psychiatrischen Dienstleistungen gefördert. Im Zusammenspiel mit den Fachpersonen gelten Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörige als wichtige Partner bei der Weiterentwicklung der Psychiatrie (1). Durch ihre Mitarbeit können sie darauf einwirken, dass sich die Psychiatrie in ihrem Sinn entwickelt.

Für die Weltgesundheitsbehörde (2) ist Empowerment ein zentrales Element zur Förderung der psychischen Gesundheit. Im Verständnis der WHO fördert der konsequente Miteinbezug in psychiatrischen Dienstleistungen das Empowerment der einzelnen Betroffenen. Aus diesem Grund, müssen Dienstleistungen Möglichkeiten schaffen, die Partnerschaften mit Nutzenden und deren Angehörige fördern. Die Form der Zusammenarbeit sollte alle Phasen und Ebenen der Dienstleistungen beinhalten, von der Entwicklung und Erbringung bis hin zur Evaluation.

Doch wie müsste demnach eine zukunftsgerichtete Kooperation in der psychiatrischen Pflege aussehen? Welche Form der Beteiligung muss angestrebt werden und wie lassen sich die Bedürfnisse der verschiedenen Akteure aufeinander abstimmen?

Ein vielversprechender Ansatz ist die „Koproduktion“. Dieser Ansatz wird aktuell in den öffentlichen Diensten Englands breit diskutiert und in Praxisprojekten umgesetzt (3). Die „Koproduktion“ ermöglicht auf der Basis wechselseitiger und gleichberechtigter Beziehungen Veränderungen gemeinsam und erfolgreich zu gestalten.

Zielsetzung

Das Ziel des Vortrages ist auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen hinzuweisen und der Ansatz der „Koproduktion“ als einen möglichen Weg der Zusammenarbeit vorzustellen und kritisch zu diskutieren.

Vorgehen

Der Vortrag fokussiert auf die Ausgangslage, welche zu einem wachsenden Interesse an neuen Formen der Zusammenarbeit in der psychiatrische Pflege geführt haben.

Der Ansatz der „Koproduktion“ wird mittels bestimmender Merkmale vorgestellt. Anhand praktischer Beispiele soll verdeutlicht werden, wie „Koproduktion“ umgesetzt werden kann und welche Chancen/Perspektiven sich für die psychiatrische Pflege daraus ergeben.

Literatur

1. Burr, C., Schulz, M., Winter, A. & Zuaboni, G. (2012). *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln: Psychiatrie Verlag.
2. WHO. (2010). *User empowerment in mental health: A statement by the WHO Regional Office of Europe*. Copenhagen: WHO.
3. Slay, J. & Robinson, B. (2011). *In This Together: Building knowledge about coproducion*. London: nef.

Posterpräsentationen

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.

70. Das Leben wieder in den Griff bekommen – Selbstmanagementunterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch Peers und Pflegefachpersonen

Christian Burr

Hintergrund

Auswirkungen des demografischen Wandels erfordern weltweit eine Anpassung der Gesundheitsversorgung, um dem steigenden Vorkommen von chronischen Krankheiten gerecht zu werden [1]. Psychische Erkrankungen gelten zu den häufigsten und für die betroffenen Personen und ihre Angehörigen zu den belastetsten chronischen Erkrankungen in Europa, wie auch weltweit [2-5]. Für eine diesen Umständen angepasste Versorgung von chronischen Erkrankungen, fordert das weltweit anerkannte Chronic Care Modell (CCM)[6] u.a. die Stärkung von Selbstmanagement-Interventionen.

Problemstellung

Stand der Forschung

Als neue Ausrichtung in der Psychiatrie fordert Personal Recovery, mehr Hoffnung, Betroffenenpartizipation, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit als leitende Konzepte in der Versorgung [7, 8] und wird als ein in Stadien durchlaufender Prozess verstanden [9]. Recovery-Orientierte Selbstmanagementprogramme können zu Verbesserungen in den Bereichen Symptomreduktion, wahrgenommene Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität sowie der Kompetenz, seine eigenen Interessen zu vertreten (self-advocacy) beitragen [10].

Das Handbuch ‚das Leben wieder in den Griff bekommen‘

Vergleichbar mit dem in Rosenbachs Übersichtsarbeit [10] erwähnten Programm WRAP, ist das im deutschsprachigen Raum bekannte Handbuch ‚Das Leben wieder in den Griff bekommen‘ [11], die deutsche Übersetzung des englischen Originals. Das Handbuch besteht aus drei Teilen: einer Anleitung, sowie einem persönlichen Recovery Plan und einer Vorausverfügung. Die letzten zwei werden als Arbeitshefte von den betroffenen Personen bearbeitet.

Vor allem im stationären Rahmen scheint eine Unterstützung bei der Umsetzung durch Pflegefachpersonen aber auch durch Peers sinnvoll. Was sie dabei genau übernehmen sollen, scheint unklar.

Ziele

Klärung der Rolle und der Aufgaben von Pflegefachpersonen und Peer-Mitarbeitende bei der Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Bearbeiten des Selbsthilfebuches.

Massnahme

Es wurde ein Konzept erarbeitet, das die Aufgaben von Pflegenden und Peer-Mitarbeitenden klärt. Das Konzept nutzt die von Leamy et al. [9] vorgeschlagene Verknüpfung des Recovery-Prozesses und der Phasen des Trans-theoretischen Modells (TTM) mit dem Ziel, zu den verschiedenen Stadien spezifische Interventionsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen und Peer-Mitarbeitende abzuleiten.

Literatur

1. World Health Organisation, *Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme, 2009, WHO: Kopenhagen.*
2. Ajdacic-Gross, V. und M. Graf, *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie, Bundesamt für Statistik, Editor 2003, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchatel, Schweiz.*
3. Rössler, W. *Epidemiologie der Schizophrenie. Swiss Medical Forum, 2011. 11, 885–888.*
4. Wittchen, H.U., et al., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 2011. 21: p. 655-679*
5. Whiteford, H.A., et al., *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 2013. 382(9904): p. 1575-1586.*
6. Wagner, E.H., et al., *A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?... reprinted from Managed Care Quarterly, Vol. 7, No. 3, pp. 56-66, © 1999 Aspen Publishers, Inc. Journal of Nursing Care Quality, 2002. 16(2): p. 67-80.*
7. Amering, M. und M. Schmolke, *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5 ed. 2012, Bonn: Psychiatrie Verlag.*
8. Farkas, M., *The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry, 2007. 6: p. 68-74.*
9. Leamy, M., et al., *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry, 2011. 199(6): p. 445-452.*
10. Rosenbach, F. und M. Ewers, *Selbstmanagementförderung in der psychiatrischen Versorgungspraxis. Konzept, Verbreitung und Forschungsstand. Psychiatrische Praxis, 2013. 40 p. 372-379.*
11. Perkins, R. und M. Rinaldi, *Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery, 2008, Bern: UPD Verlag.*

71. Pflegekurse für Angehörige von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen nach Sozial-Gesetz-Buch XI (SGB XI) [1]

Jens-Olaf Grune

Warum Angehörigen-Pflegekurse in der Psychiatrie?

Gerade Angehörige stellen mit ihrer, oft weit über die Grenzen der denkbar möglichen erbrachten Arbeit, eine große stützende und oft ungesehene Leistung dar. Ohne die Angehörigen wäre das Pflegeaufkommen in unserem Lande nicht leistbar und eine Finanzierung kaum möglich [2].

Angehörige brauchen einen Ansprechpartner, der sie nicht von oben herab anweist, zu pflegen, sondern in Form einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit diese Arbeit fördert. Diese Investition an Zeit, Fachwissen und Hilfestellung sorgt bei den Angehörigen dafür, wertgeschätzt zu sein, sowie Wissen und Verständnis für alle Beteiligten zu gewinnen, was bedeutet, einen Ansatzpunkt im Behandlungs- und Pflegekonzept zu haben, wovon neben den Angehörigen auch der Betroffene selbst einen großen Nutzen hat. All dieses hilft den Angehörigen dabei, sich ressourcenorientiert mit der Pflege der Betroffenen auseinanderzusetzen, Selbstfähigkeiten, aber auch Grenzen des Möglichen zu erkennen und in die Pflege einfließen lassen zu können.

Weitere Ziele dieses Konzeptes sind:

- Reduzierung des Gefühls der Hilflosigkeit der Angehörigen
- Schaffen einer Problemlösung in außergewöhnlichen Situationen mit dem zu Pflegenden
- „Emotionale-Entlastung“ als Motivator zur Selbstpflege für die Pflegenden
- Überforderungen erkennen und vermeiden (Burn-out-Prophylaxe)

- Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Patient, Angehörigen und Einrichtungen (Behandlungsverbund)
- Entstigmatisierung psychisch Kranker Menschen
- Anbieten und Aufzeigen von Hilfs- und Entlastungsangeboten (Ambulante fachpsychiatrische Pflege, Ambulante Hilfe, Tagespflege, Ergotherapie im häuslichem Umfeld und weitere externe Dienstleistungen professioneller Anbieter)
- Angehörigen mit einer verständlichen Sprache begegnen
- Antworten auf die Frage „Was geht, wenn nichts mehr geht?“

Vorgehen

Projektstart 03.08.2011, Pflegekurse a 90 Minuten ausschließlich durch Fachpflegekräfte, Gruppengröße 3 – 10 TN (Ø 5 TN), Einzelne Module als abgeschlossene Einheit (Aktuell 13 verschiedene Module), Handout zu jedem Modul. Schulungsräume im „Zentrum für ambulante Pflege und Betreuung“ (ZaP), Volle Kostenübernahme durch Kooperationspartner und der Asklepios Psychiatrie Niedersachsen GmbH (APN) unabhängig von der Kranken-/ Rentenkassenzugehörigkeit.

Evaluation

Die Pflegekurse werden regelmäßig im Rahmen von Dozententreffen evaluiert. Problemfelder waren u.a. ausfallende Veranstaltungen mangels Teilnehmer. Die Gründe lagen im großen Einzugsgebiet mit langen Anfahrtszeiten, Zeitfenster wurden von Angehörigen anders genutzt und die bestehende „Scheu“ und „Scham“ in Zusammenhang mit der Einrichtung.

Ein Lösungsansatz war die Gründung von „ZaP mobil“, einem externen Angebot der Pflegekurse. Mit „ZaP mobil“ wurde eine zweite Säule des Modells gebildet. Interessierte Personengruppen, Einrichtungen und Firmen haben dadurch die Möglichkeit, dass Pflegekurse in ihrem Umfeld abgehalten werden. Wir fahren in die Gemeinde- oder Pflegeeinrichtungen und halten dort die im Vorfeld besprochenen Pflegekurse ab. Hierdurch werden lange Wegezeiten für die Teilnehmer vermieden und örtliche Besonderheiten

können in den Pflegekurs integriert werden. Beispiel: In der Stadt stehen andere Möglichkeiten zur Verfügung, wie auf dem Lande.

Durch folgende Maßnahmen sollen weiterführende Verbesserungen erzielt werden:

Der Bereich „Sucht“ und „Junge Erwachsene“ soll integriert werden, Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit u.a. durch die Erstellung eines Informationsstandes in Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen des Zentrums ambulante Pflege und Betreuung (ZaP).

Mitarbeiterschulung zum Thema „Angehörigenarbeit - Fluch oder Segen für die Pflegenden“

Lernziel

Angehörige bekommen noch nicht die Anerkennung und Wertschätzung, die ihnen gebührt. Vielerorts werden Angehörige eher als Belastung anstelle Entlastung und wichtiger Behandlungspartner angesehen. Ein Umdenken vom Rand in Richtung Zentrum ist eine Bereicherung für alle an der Pflege beteiligten Personen. Alle Beteiligte, egal ob Patient, Therapeut oder Angehöriger müssen in der Behandlungsorganisation vernetzt zusammenarbeiten und eine, für alle nutzbare Sprache verwenden.

Literatur

1. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45a.html, Stand 17.12.2014.
2. *Elke Hotze (Juni, 2011). Angehörige pflegen – Balance zwischen Beruf und Familie. Vortrag bei der Informationsveranstaltung der Firma Mahr, Göttingen.*

72. Medienkompetenz von Jugendlichen fördern – „Ich like, also bin ich“

Nicole Y. Häusler

Hintergrund

In der täglichen Arbeit als Berufsbildnerin, ist mir aufgefallen, welchen grossen Stellenwert das Smartphone bei den Jugendlichen hat. In der Pause konnte ich beobachten, dass die Lernenden, fast keine direkte Kommunikation miteinander pflegten und wenn doch, ging es darum der Kollegin zu zeigen, was sie auf dem Smartphone hatten.

Dieser Zustand hat mich einerseits beunruhigt und auf der anderen Seite auch neugierig gemacht. Ich wollte mehr zu diesem Thema erfahren - was bedeutet das Smartphone für die Jugendlichen, wie oft nutzen sie es, welche Gefahren sind damit verbunden und was brauchen Jugendliche, um angemessen damit umzugehen. Aufgrund dessen beschloss ich einen Kurs, im Rahmen meiner Weiterbildung, zu erarbeiten.

Für meine Recherche, habe ich mich mit dem Studienbuch von Daniel Süss [1] „Medienkompetenz“, mit den Ergebnissen der JAMES [2] Studie 2014, den Unterlagen von Pro Juventute [3], mit Blogbeiträgen bei Twitter [4], mit dem nationalen Programm für Jugend und Medien [5] und Beiträgen aus Zeitungen wie Der Bund und die NZZ auseinander gesetzt.

Mit dem mir angeeigneten Wissen habe ich im Frühjahr 2015 einen Kurs zum Thema Medienkompetenz durchgeführt.

Das Poster für den diesjährigen „Drei Länder Kongress“ ist eine Zusammenfassung des Kurses wobei die Kursziele gleichermassen die Hauptelemente meines Posters, mitwelchen sich die Lernenden auseinander gesetzt haben:

- Beurteilung Vor- & Nachteile der Medienwelt
- Wissenszuwachs: Gefahren im Internet
- nötige Kompetenzen - also Medienkompetenzen

Problemstellung

Was geben die Jugendlichen von sich im Internet preis? Wie sieht es mit dem Schutz der eigenen Daten aus? Wissen sie um die Gefahren im Internet? Wirken sich Äusserungen im Netz z.B. über den Beruf, auch auf den Arbeitgeber aus? Sind sich die Jugendlichen der Tragweite des eigenen Handelns im Internet bewusst?

In meinem Kurs bin ich auf diese und andere Fragen eingegangen und habe mit den Jugendlichen zusammen, die nötigen Kompetenzen zusammengetragen. Die Konkreten Erkenntnisse des Kurses sind auf meinem Poster dargestellt.

Meine Ziele

In meinem durchgeführten Kurs ging es darum, dass sich die Jugendlichen kritisch mit der digitalen Welt und den daraus folgenden Konsequenzen, auseinandersetzen. Die Lernenden beurteilten die Vor- und Nachteile der Medienwelt, erhielten einen Wissenszuwachs im Bereich Gefahren im Internet und erarbeiteten die nötigen Kompetenzen welche dafür nötig sind.

Vorgehen

Der Kurs, fand im Frühjahr 2015 statt. Mein Poster zeigt nun die Ergebnisse meiner Arbeit mit Jugendlichen, zum Thema Medienkompetenz.

Erkenntnisse/Erfahrungen

Die Jugendlichen sind, aus meiner Erfahrung heraus, sehr neugierig, wenn es um Themen wie WhatsApp, Twitter, Facebook und Co. geht. Ich nutzte diese Neugier und versuchte so, das Thema an die Lernenden heran zu führen. Mein Poster zeigt, welches die Vor- und Nachteile der modernen Medien sind. Ergänzt durch die möglichen Gefahren des Internets und die dafür nötigen Kompetenzen. Einerseits zum Schutz der Jugendlichen selbst und andererseits um Äusserungen, welche der Klinik oder dem Berufstand schaden können, vorzubeugen, weil – „das Internet vergisst nie“

Als Berufsbildnerin, stehe ich täglich im Kontakt mit Jugendlichen. Die Sprache untereinander ist dabei, nebst der Fachsprache, ein wichtiger Teil der Kommunikation in der Berufswelt. Es ist mir persönlich ein grosses Anliegen, mich mit dem Thema Sprache der Jugendlichen auseinander zu setzen und die Lernenden so auf ihrem Weg zu unterstützen.

Diskussion

Die Jugendlichen, auch Digital Natives [6] genannt, nutzen eine andere Sprache, als noch die Generation vor ihnen. Experten [7] behaupten sogar, dass die modernen Medien, die Sprache der Jugendlichen aktiv verändert.

Aufgrund der Tatsache, dass Jugendliche mit modernen Medien aufgewachsen sind, bedeutet nicht zwingend, dass sie auch angemessen damit umgehen können. Ich bin der Meinung, dass sogar das Gegenteil der Fall ist. Erwachsene bringen Lebenserfahrung und ein gewisses Mass an kritischem Denken mit, was den Jugendlichen in ihrer Entwicklung noch fehlt.

Schlussfolgerung

Die Reflexion des eigenen Medienverhaltens, der Lernenden, stand von Beginn an im Vordergrund, denn nur durch gezielte Reflexion kann eine Entwicklung stattfinden.

Medienkompetenzen sind in der heutigen Zeit unverzichtbar. Es ist meiner Meinung nach wichtig, mit den Lernenden zusammen, mögliche Strategien im Umgang mit neuen Medien, zu erarbeiten. Medienkompetenzen helfen den Jugendlichen sich kritisch mit Medien auseinander zu setzen, sodass sie gestärkt und sicherer agieren können.

Literatur

1. *„Medienpädagogik - Ein Studienbuch zur Einführung“ (2013)*
ISBN 978-3-531-18430-2, Prof. Dr. Daniel Süss, ZHAW
2. *Jugend, Aktivitäten, Medien - Erhebung Schweiz*, <http://psychologie.zhaw.ch>
3. <http://www.projuventute.ch/Medienkompetenz>
4. u. A. Philippe Wampfler (Twitter @phwampfler)
5. <http://www.jugendundmedien.ch>
6. http://de.wikipedia.org/wiki/Digital_Native Definition:
„Als digital natives (deutsch: „digitale Ureinwohner“) werden Personen bezeichnet, die in der digitalen Welt aufgewachsen sind.“
7. <http://www.jugendundmedien.ch>, *Jugendsprache - Wandel statt Zerfall*

73. "Weniger ist oft mehr!" – Über das Auswählen, Auslassen und Schweigen im therapeutischen beziehungsweise beratenden Kontext

Lukas Hohl

Hintergrund

In der Recovery-Gesprächsgruppe, in der ich personenzentriert/patientenorientiert arbeite, bin ich mit der Frage konfrontiert, welche Beiträge ich selbst in die Gruppe einbringe. Es ist klar, dass die Beispiele der TeilnehmerInnen mehr Gewicht haben als meine eigenen.

Einleitung

Es geht darum, bis zum Ende zuzuhören, den anderen ausreden lassen, nicht dreinzureden. Kleine bestätigende Worte, angepasst an die Person, ermöglichen es, im Fluss der Selbsterforschung zu bleiben. "Eisbrecher" können z. B. die Berichte anderer sein, die zum eigenen Erzählen anregen.

Thema

In verschiedenen Gesprächssituationen (Gruppe, Einzelgespräch, sich zufällig ergebendes Gespräch) gibt es wichtige Inhalte und andere, die eher weggelassen werden sollten. Die Rolle der verschiedenen Gesprächsteilnehmer (Ärzte, Fachpersonen, Peers, Patienten) ist zu berücksichtigen. Der Therapeut darf sich nicht wichtig machen und imponieren wollen! Für die Betroffenen selbst ist es immer ein Thema, was sie wem mitteilen (Mitpatienten/Pflege/Angehörige/Ärzte).

Ziele

Die Unterschiede der Gesprächssituationen in einer Klinik und ausserhalb müssen gesehen werden.

Es soll erkannt werden, welche Beiträge das Gespräch fördern, welche es bremsen und welche vom Thema wegführen.

Gestaltung

Ich möchte meine eigenen Erfahrungen und Beobachtungen einbringen, aber auch berücksichtigen, welche Haltungen zur Gesprächsführung in der Psychiatrie, beispielsweise in der Suizidprävention, vertreten werden [1].

Lernziele

Die Kommunikation in der Beratung/Therapie ist eine Beziehung zu anderen, bei der nach dem gesucht wird, was hilfreich ist. Gespräche bieten immer die Chance, auf andere einzugehen und sie zu verstehen. Dabei ist es wichtig, wie die Begegnung gestaltet wird. Da ist es gut, wenn man weiss, welche Inhalte besser weggelassen werden.

Literatur

1. *Jobes, D. A. (2000). Collaborating to Prevent Suicide: A Clinical-Research Perspective. Suicide and Life-Threatening Behavior: Volume 30, Issue 1, pp. 8–17*

74. Eine Kommunikationswand zur Unterstützung des Kontakts in Absonderungsräumen.

Erik Kuijpers

Hintergrund

Im Rahmen von Zwangsunterbringungen kommt es bei psychotischen Patienten häufig zu Ohnmacht und Fremdbestimmung. Zur Minderung von Streit und Aggressionen werden adäquate Hilfsmittel und Strategien benötigt, welche eine gewaltlose Interaktion möglich machen.

Problemstellung

Es sollten Hilfsmittel entwickelt werden, um Menschen zu helfen, die sich in psychotischen Krisen befinden und wegen Aggressivität separiert werden müssen.

Vorgehen

In die Niederlande wurde eine Kommunikationswand entwickelt. Diese Kommunikationswand bietet ganz neue Möglichkeiten im Bereich der Betreuung schwerer Krisen psychotischer Patienten. Das Produkt wird seit vorigem Jahr in Kliniken regulär genutzt und stellt eine ganz neue Erfragung für Patienten und Betreuer dar!

Die Kommunikationswand ist ein großes Tablett, auf dem wie bei einem iPad App's angetippt werden können, um verschiedene Funktionen auszulösen. Das Glas ist besonders dick und sozusagen unzerstörbar, aber trotzdem interaktiv zu nutzen. Über ein Bildtelefon können Patienten, die wegen akuter Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung eingesperrt wurden, mit Betreuern oder Familienangehörigen Kontakt aufnehmen und selbständig beenden, wenn es ihnen zu viel wird. Die Kommunikationswand bietet auch neue Entspannungsmöglichkeiten durch eine spezielle Bildauswahl. Es können auch spezielle Profile mit App's angelegt werden. So können Patienten

beispielsweise selbst vorsorgen und für den Fall von Krisen ihre eigene Auswahl an Fotos in dem System „platzieren“. Betreuer und Patienten können im Rahmen einer Krisenplanung auch gemeinsam überlegen, wie eine neu-erliche Krisenperiode mit Hilfe der Wand so gut wie möglich bewältigt werden kann. Zum Kommunizieren steht Betreuer ein kleines Tablett zur Verfügung, mit dem die App's auf die Wand festgelegt werden können. Die 1 zu 1 Betreuung stehen somit im Mittelpunkt. So können auch bestimmte Farben bzw. ein bestimmtes Licht erzeugt oder bei Ruhebedarf Naturbilder auf den Schirm geholt werden.

Ergebnisse/Erfahrungen

Es liegen Ergebnisse einer Pilotstudie in Eindhoven, Niederlande vor. Diese habe ergeben, dass „es damit gelingt, Personen kürzer isolieren zu müssen“. Zwei Jahre lang sind die Erfahrungen mit hunderten Menschen ausgewertet worden, bis um die Hälfte habe dabei die Zeit im Absonderungsraum mit Hilfe der Wand verringert. Auch die Patienten und Betreuer selbst haben sich positiv geäußert.

75. Die Versorgungsqualität bei gedolmetschten Elternberatungsgesprächen in einem Kinderspital: Unterschiede zwischen professionelle und Ad-hoc-Dolmetscher

Silvia Passalacqua, Agnes von Wyl

Hintergrund

Gesundheitliche Chancengleichheit ist keine Selbstverständlichkeit. Migrantinnen und Migranten sind auf Grund von Sprachbarrieren grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und finden weniger leicht Zugang zum Gesundheitssystem.

Die Kommunikation zwischen dem Arzt und den Patienten ist das Fundament einer guten Behandlung. Sie bietet die Möglichkeit, eine tragende und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Zwei Dolmetscheransätze wurden in den Schweizer Spitäler am meisten gefördert. Auf der einen Seite wurde die Kooperation mit professionellen Dolmetscherdiensten verstärkt, auf der anderen Seite kommen Ad-hoc-Dolmetscher vermehrt zum Einsatz und werden durch Schulungen vorbereitet.

Problemstellung

Im klinischen Alltag werden sowohl aus praktischen als auch als Kostengründen vorwiegend Ad-hoc-Dolmetscher eingesetzt, meistens Mitarbeiter der Institution mit einer eigenen Migrationsbiographie.

Bis heute wurde die Qualität der Sprachvermittlung durch Ad-hoc-Dolmetscher gegenüber den offiziellen Dolmetschern kaum untersucht.

Ziele

Diese Pilotstudie untersucht aus Elternperspektive die Zufriedenheit mit der Versorgungsqualität, die Arzt-Patient-Interaktion und die wahrgenommene

Empathie der gedolmetschten ambulanten Elternberatungsgespräche in Abhängigkeit der Sprachvermittlung (professionelle Dolmetscher versus Ad-hoc-Dolmetscher).

Sowohl die sprachlichen Kompetenzen der professionellen Dolmetscher und der Ad-hoc-Dolmetscher im medizinischen Kontext wie auch ihre sozialen Kompetenzen werden untersucht.

Vorgehen

Vorgesehen sind 80 Elternberatungsgespräche. Eine Hälfte wird von professionellen Dolmetschern übersetzt, die andere von internen Ad-hoc-Dolmetschern.

Die Datenerhebung wird am Ende des gedolmetschten Beratungsgesprächs in schriftlicher Form mit folgenden Fragebögen stattfinden:

- Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientenperspektive (ZAPA)
- Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion (FAPI)
- Deutsche Version des Consultation and Relational Empathy (CARE).

Nebst der Qualität der sprachlichen Übersetzung, welche von Sprachwissenschaftler untersucht wird, soll durch das Inventar sozialer Kompetenzen (ISF) die sozialen Kompetenzen der Dolmetscher abgebildet und mit der erhobenen Versorgungsqualität in Verbindung gesetzt werden.

Diskussion/ Schlussfolgerungen

Mit diesem Projekt möchten wir ein Konzept für die sprachliche Verständigung im Kinderspital erstellen und Richtlinien für den Dolmetschereinsatz und für das Qualitätsmanagement entwerfen. Aus den Ergebnissen werden zukünftige spezifische Schulungen für das Spitaldolmetschen definiert.

76. Wenn darüber sprechen nicht mehr hilft. Bewegungsbe- gleitung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Gerontopsychiatrie

Klaus Pöschel, Sabine Rohde

Hintergrund/Problemstellung

Die pflegerische Arbeit in der Gerontopsychiatrie findet sich häufig im Grenzbereich zwischen psychiatrischer und somatischer Pflege wieder. Das ist einerseits mit der Zielgruppe, Menschen über 65 Jahren und andererseits mit dem Schwerpunkt der Gerontopsychiatrie selbst zu erklären. Körperliche Hinfälligkeit, aber auch kognitive Einschränkungen bzw. Einengungen stellen für sich allein schon pflegerische Ansprüche, kommen beide zusammen, kann sich für Patient und Mitarbeitende ein anspruchsvolles Szenario entfalten. So kommt es mit der Begründung der Selbst- oder Fremdgefährdung immer wieder, ohne dies weiter zu bewerten, zu Einschränkungen in der Selbstbestimmung für die Patienten, da es nicht immer gelingt den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Als erste Indikatoren für die Entscheidungen der Mitarbeitenden, in Richtung Beschränkung der Selbstbestimmung, kann z.B. die Anzahl der Stürze oder die der registrierten Aggressions- und Gewaltvorfälle dienen. Zwar immer seltener, doch immer wieder, kommt es zu bewegungseinschränkenden Interventionen, die in das Selbstbestimmungsrecht der Patienten eingreifen und gegebenenfalls ihre tatsächlichen Bedürfnisse nicht berücksichtigen. Für Patienten und Mitarbeitende wäre es häufig schonender durch Bewegungsangebote eine entlastende Intervention anzubieten.

Vorgehen

Nach mehreren beharrlichen Anläufen ist es gelungen ein Projekt durchzuführen, um dem empfundenen Mangel abzuhelfen. Das über Spendenmittel finanzierte und deshalb zeitlich befristete Projekt ist als ein zusätzliches

Betreuungsangebot für Menschen mit auffälligen Verhaltensweisen und oder einem Sturzrisiko angelegt.

Ergebnisse/Erfahrungen

Dieses zusätzliche Bewegungsangebot findet inzwischen seit dem 01.10.2014, an drei Tagen die Woche, jeweils für 3 Stunden statt. Durch diese zusätzliche und gezielt eingesetzte Aktivität kann eine erste Veränderung im Verhalten einiger Patienten und einen Zuwachs ihrer Bewegungsmöglichkeiten festgestellt werden. Diese Bewegungsintervention wird direkt über die Primary Nurse oder nach erfolgter Rücksprache mit dem therapeutischen Team angefordert. Die Art, Umfang und Häufigkeit der Intervention werden gemeinsam, wenn möglich mit dem Patienten gemeinsam, geplant und dann von der Bewegungsbegleitung umgesetzt.

Ursprünglich sollte begleitend zu diesem Projekt, eine kontinuierlich systematische Erfassung von herausfordernden Verhaltensweisen stattfinden. Diese „Begleitforschung“ ist jedoch auf Grund verschiedener Umstände nicht zustande gekommen. Damit kann mit dieser erfolgreichen Intervention kein direkter empirischer Nachweis geliefert werden, es entsteht jedoch ein spannender Projektbericht in Form einer Projektevaluation, die im Juni 2015 vorliegen wird.

77. Delirprävention im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)

Eckehard Schluß, Albert Diefenbacher, Uwe Kropp, Torsten Kratz

Vorbemerkungen

Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung von Delirien älterer Patienten auf chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus, um Verlegungen in die Psychiatrie möglichst zu vermeiden. Dies soll durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) erfolgen.

Ausgangssituation

Das Delir bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt und nicht selten zu Spannungen zwischen unterschiedlichen Fachabteilungen führt, wobei psychiatrische Abteilungen häufig gedrängt werden, „umtriebige alte Patienten mit Weglauftendenz auf einer geschlossenen Station unterzubringen“ (so könnte eine entsprechende Konsilanforderung lauten) [1, 2].

Wir wollten speziell wissen, ob die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt und ob sich damit das Management dieser hochbetagten Patientengruppe innerhalb einer chirurgischen Fachabteilung im KEH verbessern und Verlegungen in psychiatrische Abteilungen verringern lassen.

Zielsetzung

Etablierung eines Demenz-Delir-Managements in allen Bereichen des KEH.

Methoden

2-Jahres-Studie (2011-2012): einjährige Nicht-Interventions-Phase ("Prävalenz Phase") in der wir die Häufigkeit des Delirs auf zwei chirurgischen Stationen im KEH dokumentiert haben, gefolgt von einer einjährigen Interventions-Phase auf einer der beiden Chirurgischen Stationen. Die andere chirurgische Station war Kontrollstation. Die Interventionen, die verwendet wurden, waren nicht-pharmakologische, wie z. B. beschrieben im Hospital Elder Life Program (HELP) [3, 4].

Ergebnisse

Insgesamt wurden 239 Patienten in beiden Phasen der Studie untersucht. In der Prävalenzphase entwickelten auf beiden Station jeweils 20% der Patienten ein postoperatives Delir. In der Interventionsphase reduzierte sich das postoperative Delir auf der Interventionsstation auf 4,9%, während es in der Kontrollgruppe bei einer Häufigkeit von 20% verblieb. Der Gruppenunterschied erwies sich als signifikant ($p=0,048$) [5].

Zusammenfassung

Die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal führt zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien. Das Management dieser hochbetagten Patientengruppe innerhalb einer chirurgischen Fachabteilung im KEH wurde verbessert, und Verlegungen in psychiatrische Abteilungen verringert. Der Erfolg dieser intervenierenden Studie wurde durch das chirurgische Pflegepersonal erkannt. D.h. auch nach der Studie, erfolgte eine Umsetzung einiger Strategien durch das Pflegepersonal der Interventionsstation.

Ausblick

Wir haben 2013 begonnen ein multiprofessionelles Delirmanagement in den einzelnen Fachabteilungen zu etablieren. Einen pflegerischen Konsiliardienst haben wir bereits aufgebaut. Ein entsprechender Liaisondienst befindet sich

im Aufbau. 17 Pflegeexperten Demenz für die Stationen sind ausgebildet. Gemeinsam mit dem Diakonieverein Zehlendorf und der AOK Nordost bilden wir Pflegeexperten Demenz für die Krankenhäuser aus. Im Rahmen dieser Kooperation mit der AOK Nordost setzen wir nachstationäre Behandlungskonzepte (Pflege in Familien fördern – PfiFF) um.

Im Rahmen des durch die Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes: Akutkrankenhaus als „window of opportunity“ für nachhaltige Demenzbehandlung sind z.B. neue Behandlungs- und Betreuungskonzepte geplant.

Literatur

1. *NiceGuidelinesDelir:*
<http://guidance.nice.org.uk/CG103/NICEGuidance/pdf/English> letzter Zugriff am 29.06.2015 um 13.45 Uhr
2. M. Wolf, V. Arolt, R. Burian, A. Diefenbacher (2013) *Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik – Ein Überblick. Nervenarzt* 84(3): 639-647
3. Inouye SK: *The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med* 1994, 97(3):278-288
4. Inouye SK: *A Practical Program for Preventing Delirium in Hospitalized Elderly Patients. Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2004, 71(11): 890-896
5. Kratz T, Heinrich M, Schlauß E, Diefenbacher A: *Prävention des postoperativen Delirs – Eine prospektive Intervention mit gerontopsychiatrischer Liaisonpflege auf chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus. Dtsch Arztebl* 2015; 112: 289-96. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0289
<http://www.aerzteblatt.de/pdf/112/17/m289.pdf>

78. Ambulante psychiatrische Brückenpflege (APBP) – ein Praxisprojekt zur Vermeidung von Rehospitalisierung

Pamela Wersin

Hintergrund/Problemstellung

Das Sanatorium Kilchberg ist eine Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Station B 2/1 ist auf die Behandlung von affektiven Störungen und auf die Kriseninterventionen ausgerichtet. Zur Anschlussbehandlung werden nach Bedarf eine ambulante oder stationäre Psychotherapie oder ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Tagesklinik terminiert. Die Wartezeiten für Weiterbehandlungen können bis zu 12 Wochen betragen. Die Betroffenen werden somit in ein „Behandlungsvakuum“ entlassen, das häufig zu Rehospitalisierungen führt [1].

Ziele

Die APBP unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung von Krisen zwischen Austritt und Anschlussbehandlung. Rehospitalisierungen sollen vermieden und der Genesungsprozess der Patientinnen und Patienten gestärkt werden.

Vorgehen

Die APBP kombiniert die Nachversorgung durch den Erkrankten bereits bekannte Pflegenden aus dem Transitional Discharge Modell [2] mit der Entlassungsplanung des Needs-Orientated Discharge Planning and Monitoring [3].

Für die strukturierte Austrittsvorbereitung werden Elemente der pflegerischen Kurzintervention „Übergangsbegleitung“ [1] und des Persönlichen Recovery-Plans [4] verwendet. Diese sind als Baustein-System vorbereitet und werden im Rahmen eines für alle Patientinnen und Patienten der Station geöffneten Gruppenangebotes erarbeitet. Zu jedem Baustein erhalten

die Teilnehmenden Karten mit einem Theorieinput sowie Platz zur individuellen Gestaltung. Diese können in einer Mappe in praktischem Format gesammelt und nach dem Austritt in Tasche oder Rucksack mitgeführt werden. Individuelle Themen oder Bedarfe hinsichtlich der Austrittsplanung werden zusätzlich in Bezugspflegegesprächen erarbeitet.

In der behandlungsfreien Zeit können die Betroffenen ein niederschwelliges telefonisches oder persönliches Gesprächsangebot an zwei Tagen pro Woche wahrnehmen. Dies ist ausreichend, um die Sicherheit in psychischen Belastungssituationen zu gewährleisten [5]. Die APBP setzt auf die Stärkung des Selbstmanagements der Erkrankten, indem der Gesprächsbedarf von diesen angemeldet wird und nur in begründeten Einzelfällen die Initiative von den Pflegenden ausgeht [6].

Ergebnisse/Erfahrungen

Der Start der APBP ist im September 2015. Zur Evaluation werden eine prä/post-Erhebung zum Austrittsmanagement durchgeführt, interdisziplinäre Teamsitzungen geplant sowie die Rehospitalisierungsrate als Indikator herangezogen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Eine Herausforderung des Projekts ist die Einbettung ambulanter Leistungen in das stationäre Setting. Die APBP hat jedoch bei geringem Budget und vertretbarem Aufwand sowohl für die Betroffenen, als auch ökonomisch und politisch einen hohen Nutzen. Häufige Rehospitalisierungen wirken sich sowohl auf den Genesungsprozess der Betroffenen, wie auch auf die Haltung der Health Care Professionals negativ aus. Sie sind zudem ein wesentlicher Faktor der Gesundheitskosten [7]. Die APBP birgt ferner ein grosses Potenzial für die Einbettung in ein integriertes Versorgungskonzept und erfüllt damit die Vorgaben nationaler Strategien der Gesundheitsversorgung. Zudem stärkt sie den Stellenwert psychiatrischer Pflege, sodass eine positive Bilanz für die Umsetzung gezogen wird.

Literatur

1. Hegedüs, A., Kozel, B., Sebos, L., Behrens, J. & Abderhalden, C. (2013). Brücken bauen. *Psych. Pflege Heute*, 19(02), 99–103.
2. Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M.-L. & Jensen, E. (2007). Transitional discharge based on therapeutic relationships: state of the art. *Archives of psychiatric nursing*, 21(2), 80–86.
3. Puschner, B., Steffen, S., Gaebel, W., Freyberger, H., Klein, H. E., Steinert, T., ... (2008). Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): design and methods. *BMC health services research*, 8, 152.
4. Abderhalden, C., Schulz, M., Stefan, H. & Winter, A. (2012). *Das Leben wieder in den Griff bekommen* (4. Aufl.). Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste.
5. Hasselberg, N., Gråwe, R. W., Johnson, S. & Ruud, T. (2011). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC psychiatry*, 11, 183.
6. Smith, T. E., Easter, A., Pollock, M., Pope, L. G. & Wisdom, J. P. (2013). Disengagement from care: perspectives of individuals with serious mental illness and of service providers. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(8), 770–775.
7. Adams, P. & Nielson, H. (2012). Evidence based practice: decreasing psychiatric revisits to the emergency department. *Issues in mental health nursing*, 33(8), 536–543.

Autorinnen und Autoren

***Achberger Christel**, Diplom-Psychologin.

Kontakt: chrisachberger@magdahaus.de

***Bänziger Sulin**, Dipl. Pflegefachfrau MScN, arbeitet seit 2013 auf einer Akutstation mit Schwerpunkt Psychose, Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD Bern

Kontakt: sulin.bänziger@gef.be.ch

Barth Thomas, Doktor der Psychotherapiewissenschaften und Psychoanalytiker in freier Praxis. Leitung des Gedächtnistrainings des Tageszentrums im jüdischen Elternheim in Wien.

Kontakt: barth.pth@gmail.com

Baumeister Maren, Dipl.-Päd., Projektkoordinatorin, Abteilung für Gerontopsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: maren.baumeister@evkb.de

***Bay Andrew**, MAS ZFH in Health Care Management, diplomierter Pflegefachmann, seit 5 Jahren Bereichsleitung Akuttherapie/Psychotherapie in den Psychiatrischen Diensten Thurgau.

Kontakt: andrew.bay@stgag.ch

Beune Michael, B.Sc., Krankenpfleger, Pflegeentwickler/ANP im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Binz Straumann Anina, Diplom Pflegefachfrau Luzerner Psychiatrie, Co-Leitung Recovery Praktisch.

Kontakt: anina.binz@lups.ch

Blank Doris, Expertin aus Erfahrung psychischer Erschütterung, Peer in der Luzerner Psychiatrie, Fortbildungen, Unterricht und Vorträge in verschiedenen Kontexten, Co-Leitung Recovery Praktisch, Im Vorstand von EX-IN Bern.

Kontakt: doris.blank@lups.ch

Brandt Verena, Krankenschwester, Taubblindenassistentin.

Kontakt: v.brandt@lwl.org

Brinkmann Mark, Krankenpfleger, B.A. Pflegemanagement, Taubblindenassistent, in Ausbildung zum Adherence Therapeut.

Kontakt: *m.brinkmann@lwl.org*

***Burr Christian**, RN, MScN, seit 2011 Bereichsleiter Pflege Schwerpunkt Psychose, Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD Bern

Kontakt: *christian.burr@gef.be.ch*

De Geest Sabina, RN, PhD, Professorin Ordinaria, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.

Kontakt: *sabina.degeest@unibas.ch*

Deicha Dragica, Peer, seit 3 Jahren im Bereich Aufnahme Station Akut A, St. Gallische Psychiatrische Dienste Sektor Süd, Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers, Schweiz.

Kontakt: *dragica.deicha@psych.ch*

Depiereux René, Pflegedienstleitung Abt. für Gerontopsychiatrie, stellv. Pflegedirektor, LVR-Klinik Köln

Diefenbacher Albert, Prof. Dr. med.; CA Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik KEH

Dietsche Gabrielle, Teilnehmende Theatergruppe.

***Durrer Michael**, BScN, RN, Fachbeauftragter Pflege, Akutpsychiatrie, Luzerner Psychiatrie St. Urban

Kontakt: *michael.durrer@lups.ch*

Duxbury Joy, Prof. Dr. ist Professorin für Psychiatrische Pflege an der University of Central Lancashire (UK)

***Henning Eckert**, Fachwirt für Organisation und Führung, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, ist pflegerische Bereichsleitung der geronto-psychiatrischen Abteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen. Er hat zusammen mit Kolleginnen die „Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll“ im Rahmen einer Förderung durch die Versorgungsforschung erlernt.

Färber Nina, Sozialarbeiterin/-pädagogin M.A., Katholische Hochschule NRW, Abt. Köln, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung. Ihre Forschungsschwerpunkte und -interessen sind Netzwerkanalyse und -methodik, Gesundheitsförderung und Sucht.

***Finklenburg Udo**, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie Er führt gemeinsam mit 4 weiteren Pflegefachleuten kollektiv den ambulanten psychiatrischen Pflegedienst "just do it" und ist Präsident des "Verein Ambulante Psychiatrische Pflege".

Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch

Fleiner Tim, Sport- und Bewegungsgerontologe (M.A.)

***Frajo-Apor Beatrice**, Dr., arbeitet an der med. Universität Innsbruck Departement f. Psychiatrie und Psychotherapie

***Frauenfelder Fritz**, RN, MNSc, Vizedirektor der Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Schweiz.

Kontakt: fritz.frauenfelder@puk.zh.ch

***Freyer Sonja**, BA Pflegewissenschaft und Public Health, cand. MSc APN, Fachexpertin Station GO, Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: sonja.freyer@puk.zh.ch

***Fuchs Sabine**, Heilerziehungspflegerin, seit 15 Jahren im Gruppendienst, Bereich „Menschen mit seelischer Erkrankung“ in Herzogsägmühle (Diakonie in Oberbayern) in Peiting tätig. Seit Oktober 2013 eingeschrieben an der FH der Diakonie in Bielefeld, Studiengang Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege.

Kontakt: fuchs.ruf@t-online.de

***Gähler-Schwab Béatrice**, Just do it, Büren an der Aare, Schweiz

Kontakt: b.gaehler@just-do-it.ch

***Gallati, Martin**, freischaffender Theaterpädagoge und Psychodramatiker.

Kontakt: mgallati@outlook.com

Geib Janina, Dr., ist Assistenzärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen sowie am Geriatrischen Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen. Sie hat ihre Akupunkturausbildung bei der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Akupunktur abgeschlossen und sich im Bereich der Ohrakupunktur weitergebildet. Für das Projekt „Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll in der Gerontopsychiatrie – eine Machbarkeitsstudie“ wurde sie von der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung des Landes Baden-Württemberg gefördert.

Gerber Melanie, Teilnehmende Theatergruppe.

***Grune Jens-Olaf**, Fachkrankenpfleger, stellv. pflg. Ebenen-Leitung Akutpsychiatrie, Leitender Dozent „Pflegekurse für Angehörige“, Beruflich registrierte Pflegekraft, Honorar-Dozent, Publikationspreisträger 2009, Pflegepreisträger 2012 und 2014.

Kontakt: j.grune@asklepios.com

Gundacker Claudia, Mag.a, Studium der Psychologie (2004), Klinische- und Gesundheitspsychologin (2006), Psychoanalytikerin in freier Praxis (Gruppenpsychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie, 2015), Supervisorin im Otto-Wagner-Spital im Rahmen der psychiatrischen Krankenpflegeausbildung.

Kontakt: claudia.gundacker@gmx.at

***Gurtner Caroline**, RN, BScN arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, in der Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung Pflege.

Kontakt: caroline.gurtner@bfh.ch

***Hahn Birgit**, ist Sozial- und Milieupädagogin und Stationsleitung auf einer Station für psychoseerkrankte Menschen. Sie ist Mitglied des Ethikberatungsdienstes im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: [Birgit.Hahn@evkb.de](mailto:birgit.hahn@evkb.de)

Hahn Sabine, Prof. Dr. Pflegefachfrau und Pflege- bzw. Gesundheitswissenschaftlerin; leitet am Fachbereich Gesundheit, der Berner Fachhochschule die Disziplin Pflege und die angewandte Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege.

Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch

***Häusler Nicole Y.**, Fachfrau Gesundheit EFZ, Berufsbildnerin (SVEB1) im Ressourcen-/ Lernzentrum RLZ, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern

Kontakt: nicole.haesler@gef.be.ch oder nicole.y.haesler@gmail.com

Häussermann Peter, PD Dr Chefarzt Abt. für Gerontopsychiatrie, LVR-Klinik Köln

Heinrich Susi, Diplom Pflegefachfrau, Fachbeauftragte Luzerner Psychiatrie , Fallführende, Co-Leitung Recovery Praktisch

Kontakt: susi.heinrich@lups.ch

***Herwig Gitte**, Gesundheits- und Krankenpflegerin für Psychiatrie, Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, Studentin der Psychiatrischen Pflege an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld.

Kontakt: g.herwig@zfp-emmendingen.de

Hofer Alex, A. o. Prof. Dr., arbeitet an der med. Universität Innsbruck Departement f. Psychiatrie und Psychotherapie

Hoff Tanja, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, hat an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln die Professur für Psychosoziale Prävention, Intervention und Beratung inne. Sie ist Projektleiterin am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung. Ihre Forschungsthemen sind Suchtprävention, Sucht im Alter und lebensweltorientierte Beratung.

***Hoffmann Erich**, Krankenpfleger, Krankenpfleger für Psychiatrie, Deeskalationstrainer, Schutztechniktrainer, Magister Artium in Philosophie und Deutscher Philologie.
Kontakt: erich.hoffmann@uniklinik-freiburg.de

***Hohl Lukas**, Pfarrer, Psychologischer Berater (PCA), Dipl. Experte durch Erfahrung, seit 3 Jahren in den Akut-Stationen B2/1 und D3 im Sanatorium Kilchberg tätig. Mitarbeiter in der eBeratung der Stiftung Pro Mente Sana, Zürich.
Kontakt: hohl.l@bluewin.ch

***Ilic Sanja**, MSc Advanced Nursing Counseling, arbeitet als Dipl. Pflegefachfrau und zertifizierte Wundmanagerin in der Integrierte Psychiatrie Winterthur-Zürcher Unterland.
Kontakt: sanja.ilic@ipw.zh.ch

Isfort Michael, Prof. Dr., ist Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsfor- schung im Fachbereich Gesundheitswesen an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln. Er ist stellvertretender Geschäftsführer des Deutschen Instituts für ange- wandte Pflegeforschung e.V. Seine Forschungsthemen sind Sucht im Alter, Pflege- wissenschaft und Evaluation.

Jäger-Dalbert Cornelia, Pflegeexpertin HöFa I, Dipl. Pflegefachfrau HF, Bereich Auf- nahme Station Akut A, St. Gallische Psychiatrische Dienste Sektor Süd, Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers, Schweiz.
Kontakt: cornelia.jaeger-dalbert@psych.ch

***Jarchov-Jádi Ina**, Pflegedirektorin im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin seit 2012, zuständig für die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig- Krankenhaus seit 2005. Mitinitiatorin des Weddinger Modells.
Kontakt: i.jarchov@alexianer.de

***Jensen Majbritt**, MScN, Leiterin Potentialentwicklung Pflege, Privatklinik Meiringen.
Kontakt: majbritt.jensen@privatklinik-meiringen.ch

***Kämmer Wolfram**, B.Sc. Health Communication, Heilerziehungspfleger, Klinischer Pflegeentwickler/ANP in der psychiatrischen Klinik des evangelischen Krankenhauses Bielefeld/Abt. Abhängigkeitserkrankungen.

Kontakt: wolfram.kaemmer@evkb.de

***Keller Karsten**, Dipl. Psych., Katholische Hochschule NRW, Abt. Köln, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung. Seine Forschungsschwerpunkte und –interessen sind Forschungsmethoden und statistische Verfahren, Gesundheitsförderung, Medienforschung und Entwicklungspsychologie.

Kontakt: ka.keller@katho-nrw.de

Kemmler Georg, arbeitet an der med. Universität Innsbruck Departement f. Psychiatrie und Psychotherapie

***Konhäuser Tim**, Fachwirt für Organisation und Führung, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Leiter Patientenmanagement, GPS Grosch Patienten Service.

Kontakt: tim.konhaeuser@gmail.com

Kratz Torsten, Prof. Dr. med.; leitender OA der Gerontopsychiatrie KEH

Kropp Uwe, Pflegedirektor KEH

Kruse Björn, Dr. med., OA der Gerontopsychiatrie KEH

Kuhn Ulrike, Dr., Katholische Hochschule NRW, Abt. Köln, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung. Ihre Forschungsschwerpunkte und -interessen sind Psychoonkologie, Versorgungsforschung, Palliativmedizin und betriebliche Gesundheitsförderung.

***Kuijpers Erik**, ehemaliger Pfleger

Kontakt: erik.kuijpers@reconnect.com

Kurz Mirjam, dipl. Pflegefachfrau HF, arbeitet seit 2009 an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Parallell dazu langjährige Erfahrung in gestalterischen Aufträgen (www.gestaltungmikuto.ch)

Kontakt: mirjam.kurz@puk.zh.ch

***Laimbacher Sabrina**, MScN, dipl. Pflegefachfrau, arbeitet seit 2001 in den Kantonalen Diensten Sektor Nord in der Psychiatrie Wil, seit 2008 im Bereich der Suchttherapie und seit 2015 als Advanced Practice Nurse für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Kontakt: sabrina.laimbacher@gd-kpdw.sg.ch

***Lampert Thomas**, Pflegefachmann Psychiatrie HF; Systemischer Berater ZSB Bern; Koordinator Prävention und Angehörigenarbeit, St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd; Vize-Präsident Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz

Kontakt: thomas.lampert@psych.ch

Leute Udo, RN, HF

Kontakt: udo.leuter@ipw.zh.ch,

Leyhe Thomas, Prof. Dr. med, Chefarzt Zentrum für Alterspsychiatrie UPK Basel

***Locher Maya**, Leiterin Pflegepädagogik und Ausbildungsverantwortliche, Pflegefachfrau HF Psychiatrie, diplomierte Erwachsenenbildnerin HF, Coach&Supervisor Motivierende Gesprächsführung, Sanatorium Kilchberg AG, CH-8802 Kilchberg.

Kontakt: m.locher@sa-ki.ch

***Löhr Michael**, Prof. Dr. rer. medic. Lehrstuhl für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld.

Kontakt: michael.loehr@fhdd.de

***Lötscher Claudia**, MScN, Fachverantwortliche APN Alterspsychiatrie UPK Basel.

Kontakt: Claudia.loetscher@upkbs.ch

Mahler Lieselotte, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Oberärztin an der Psychiatrischen Universität der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus und Initiatorin des Weddinger Modells.

Kontakt: lieselotte.mahler@charite.de

Marti Ruth, Bachelor of Science in Pflege FHO und Lehrperson Berufsbildung, seit 13 Jahren in der Klinik Clienia Schlössli tätig, davon drei Jahre in der Ausbildung von Pflegenden, Clienia Privatklinik Schlössli CH-8618 Oetwil am See.

Kontakt: ruth.marti@clienia.ch

***Mayer Kurt**, Mag. MSc, studierte Politikwissenschaft, Volkswirtschaftspolitik und Organisationsentwicklung. Er ist Geschäftsführer und Gesellschafter bei ICG-Integrated Consulting Group und begleitet Unternehmen vor allem in der Strategieentwicklung und Führungsentwicklung und in Veränderungsprozessen. Sein Fokus und Interesse liegen in der wirksamen Koppelung des Lernens von Personen – insbesondere von Führungskräften – mit der Entwicklung von Organisationen: „Wie können Lernen und Entwicklung in der Organisation nachhaltig verankert werden?“ Kurt Mayer lehrt als Gastdozent an mehreren Fachhochschulen und Universitäten.

Kontakt: kurt.mayer@integratedconsulting.at

***Meinhof Johann**, Dipl. Pflegewirt, Pflegeexperte Luzerner Psychiatrie, Projektleiter Recovery, KIS und Fallführung. Im Vorstand von EX-IN Bern und SBK Zentralschweiz.

Kontakt: johann.meinhof@lups.ch

Meißnest Bernd, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie am LWL-Klinikum Gütersloh.

Kontakt: bernd.meissnest@wkp-lwl.org

Metzger Florian Gerhard, Dr., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und hat die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Er ist als Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen sowie am Geriatriischen Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen tätig. Er ist in verschiedenen Versorgungsforschungsprojekten im Bereich der Geriatrie und Gerontopsychiatrie engagiert.

***Meyer Günter**, Dr. phil., Krankenpfleger und Historiker. Vorstandsmitglied BAPP

Kontakt: gue.mey@web.de

Mikic Irena RN, BScN,

Kontakt: irena.mikic@ipw.zh.ch,

Müller Staub Maria, PhD, EdN, RN, FEANS; Direktorin, Pflege PBS (Projekte, Beratung, Schulung), Wil, Schweiz, Professor Adjunct, Lectorat Nursing Diagnostics, Hanze University Groningen, The Netherlands

***Nienaber André**, M.Sc., Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, LWL-Klinikum Gütersloh, Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung (SKF), Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh.

Kontakt: andre.nienaber@lwl.org

Noelle Rüdiger, Prof. Dr. rer. medic, Lehrstuhl Betriebswirtschaftslehre im Sozial- und Gesundheitswesen an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld.

Kontakt: ruediger.noelle@fhdd.de

Noelle Sabine, B.A. Psychiatrische Pflege, Krankenschwester, Klinische Pflegeentwicklerin/ANP in der psychiatrischen Klinik des evangelischen Krankenhauses Bielefeld/Abt. Allgemeinpsychiatrie I.

Kontakt: sabine.noelle@evkb.de

Oberli Daniel, Leiter Qualität & Controlling Pflege, Stv. Pflegedirektor, Privatklinik Meiringen.

Kontakt: daniel.oberli@privatklinik-meiringen.ch

***Obi Marianne**, Dr. phil. / Head of Scientific Research, RED NOSES Clowndoctors International, Österreich

Kontakt: marianne.obi@rednoses.eu

***Ogris Susanne**, Klinische und Gesundheitspsychologin, Doktorin der Pädagogik und zertifizierte Beraterin für Managing Gender and Diversity. Sie leitet das Tageszentrum für SeniorInnen im jüdischen Elternheim in Wien und ist dort u. a. verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung eines integrativen und transkulturellen Betreuungskonzeptes.

Kontakt: s.ogris@maimonides.at

Oppermann-Schmid Friederike, Dr., Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, EMDR – Therapeutin (EMDRIA zertifiziert)

Kontakt: dr.friederike@googlemail.com

Pardeller Silvia, arbeitet an der med. Universität Innsbruck Departement f. Psychiatrie und Psychotherapie

***Passalacqua Silvia**, lic.phil., ZHAW Angewandte Psychologie.

Kontakt: pasa@zhaw.ch

***Pöschel Klaus**, Diakon, Dr. rer. pol. , Pflegerische Abteilungsleitung der Gerontopsychiatrie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Kontakt: klaus.poeschel@evkb.de

***Prestin Elke**, Dr. phil., promovierte im Fach Linguistik an der Universität Bielefeld und arbeitete in Forschung und Lehre an mehreren deutschen Hochschulen. Sie ist zudem ausgebildete Redakteurin und derzeit hauptberuflich als Referentin für Öffentlichkeitsarbeit tätig. Ihre Erfahrungen aus mehreren stationären Aufenthalten aufgrund von Depressionen reflektiert sie in Vorträgen, Workshops und Publikationen.

Kontakt: prestin@web.de

Rabenschlag Franziska, Dr. phil., Pflegewissenschaftlerin, Entwicklung & Forschung Pflege, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel

Kontakt: franziska.rabenschlag@upkbs.ch

Razzai Fabio, Psychiatrischer Krankenpfleger, diplomierter Erwachsenenbildner und MAS in Adult and Professional Education (A&PE), seit 10 Jahren in der Ausbildung für Pflegende in der psychiatrischen Klinik Clenia Schöllli AG tätig.

Kontakt: fabio.razzai@clenia.ch

Rohde Sabine, Klinische Pflegeentwicklerin Gerontopsychiatrie, Fachkrankenschwester Psychiatrie, Diplom Sozialarbeiterin im Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Romero Barbara, Dr. phil. Dipl. Psych. (freie Mitarbeiterin; Beratung zu Behandlungskonzepten für MmD)

***Röseler Volker**, Pflegefachmann HF, DAS Psychiatrische Pflege, seit 1994 in verschiedenen Funktionen und Bereichen in der Psychiatrie in Deutschland und der Schweiz tätig. Seit 2009 Fachverantwortlicher Pflege auf der Psychotherapiestation im Sanatorium Kilchberg / Schweiz. Seit 2014 Dozentenanstellung bei der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit in Zürich (OdAG ZH). Schwerpunkte der Arbeit liegen in der Begleitung von Betroffenen mit Zwangsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Veröffentlichung: Better Care. Professionelle Pflege bei Zwangsstörungen (2015) Psychiatrie Verlag. Köln

Kontakt: volker.roeseler@sanatorium-kilchberg.ch

Roth Jürgen, ist Stationsleiter, Fachkrankenpfleger f. Psychiatrie, Station Neuropsychiatrische und depressive Erkrankungen 50plus in der Clenia Privatlinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See.

Kontakt: jürgen.roth@clenia.ch

Rufibach Regina, Leiterin Personalselektion Pflege, Privatlinik Meiringen.

Kontakt: regina.rufibach@privatlinik-meiringen.ch

Saxer Jean Pierre, Teilnehmender Theatergruppe.

***Schalek Kurt**, Mag., Wohnhaft in Wien/A; Studium der Soziologie sowie der Publizistik und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien, seit 2006 Beschäftigung bei der Caritas Österreich im Referat Sozialpolitik und Grundlagen, zuständig für die Themenbereiche Betreuung und Pflege, selbstständiger Sozialwissenschaftler. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheits- und Krankenpflege (insbesondere Pflegediagnostik und Pflegeprozess), Langzeitbetreuung und -pflege (mobil und stationär), Angehörigenarbeit, Gesundheitsförderung, Systemgestaltung im Bereich Betreuung und Pflege (z. B. Versorgung, Finanzierung)

Kontakt: kurt.schalek@infact.at

Schall Marina, Dr., Psychologin. Empirische Bildungsforschung, Universität Konstanz

Kontakt: marina.schall@uni-konstanz.de

***Schäfer Alexandra**, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg gGmbH

Kontakt: a.schaefer@diako-online.de

***Scherer Edith**, Kantonale Psychiatrische Dienste, Pflegefachfrau Psychiatrie HF, MAS A & PE, Leitung Angehörigenberatung, Kantonale Psychiatrische Dienste – Sektor Nord, Will, Vorstand NAP, Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie

Kontakt: edith.scherer@gd-kpdw.sg.ch

Schindler Cornelia, Krankenschwester, Dipl.Pflegewirtin (FH)/Pflege-wissenschaft, Pflegeexpertin

***Schirmer Uwe B.**, Dr., Dipl. Pflegepädagoge, seit 20 Jahren Leiter der akademiesüdwest des ZfP Südwürttemberg. Trainer für Gewaltfreie Kommunikation.

Kontakt: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de

***Schlauß Eckehard**, Altenpfleger, Dipl.-Geront., Stabsstelle bei der Pflegedirektion;

Kontakt: e.schlauss@keh-berlin.de

***Schmid Martin**, Pflegeexperte, Master of Science Health Education arbeitet seit 12 Jahren in dieser Funktion in der *Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See* und beieitet Stationen im Erwachsenen -und Alterbereich als Fachexperte bei inhaltlichen Themen der Stationsentwicklung.

Kontakt: martin.schmid@clenia.ch

Schneider Britta, BA Pflegemanagement, arbeitet am Zentrum für psychosoziale Medizin am AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg.

Kontakt: bri.da.schneider@t-online.de

***Schneidtinger Cornelia**, Diplomierte Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien, Trainerin für Adherence-Therapie.

Kontakt: cornelia.schneidtinger@akhwien.at

Schossmaier Gerhard, Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (1999), Weiterbildung spezielle Pflege psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher (2001), Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits- und Krankenpflege (2007), Trainer für gewaltfreie Kommunikation nach M.B. Rosenberg (2014). Stellvertretender Direktor und Bereichsleitung Praxis der Schule für psychiatrische und allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Berufspraxis in der stationären psychiatrischen Pflege und in der Pflege von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen.

Kontakt: gerhard.schossmaier@wienkav.at

***Schwarz Stefanie**, BScN FHO, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Bereich Aufnahme Station Akut A, St. Gallische Psychiatrische Dienste Sektor Süd, Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers, Schweiz.

Kontakt: Stefanie.Schwarz1@psych.ch

***Seidel Inge**, Krankenschwester mit Zertifikat, im Bereich Psychotraumatologie, seit 6 Jahren auf der Station für Psychotraumatologie in der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden tätig.

Kontakt: inge.seidel@uniklinikum-dresden.de

Sommer Heidi, MNSc, Pflegeexpertin Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: heidi.sommer@puk.zh.ch

***Stadtmann Manuel**, RN, MSc, Doktorand, APN integrierte Psychiatrie Winterthur

Kontakt: manuel.stadtmann@ipw.zh.ch

Stefan Harald, Dr., MSc., Wohnhaft in Wien/A, Philosophiae doctor nursing Science, Master of Science in nursing, akademischer Pflegemanager, Diplom für psych. Gesundheits- und Krankenpfleger (1985). Führungsaufgaben in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege seit 1987 in Wien/A. Trainer für Pflegeprozess und Pflegediagnostik seit 1998. Ausgebildeter Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement seit 2004. Vortragstätigkeiten an Fachhochschulen und Universitäten. Internationale Tätigkeit in Netzwerken für Pflegeforschung und Pflegeklassifikationssystemen. Mehrfache Buchpublikationen zu den Themen Pflegeprozess und Pflegediagnostik. Publikationen zum Thema Aggressions- und Sicherheitsmanagement. Mitorganisator des Dreiländerkongress Psychiatrie Pflege. Organisation von TrainerInnenbildungen für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheitswesen

Kontakt: haraldstefan@gmx.at

Steinberger Johann, Mag., Univ.Lektor an der Sigmund-Freud-Privatuniversität, in privater psychotherapeutischer Praxis tätig, Forschungsschwerpunkte: Ausbildung (MBP-Mentalisierungsbasierte Pädagogik), Ethnopädagogik, Persönlichkeitsstörungen und Gewalt.

Kontakt: js@psychotherapie-vienna.at

***Stich Monika**, Lehrerin, LFT-Beraterin, Trainerin in der Erwachsenenbildung, Pflegeausbildung, seit 16 Jahren Leiterin des LWL-Fort- und Weiterbildungszentrums der LWL-Kliniken im Kreis Soest (FWZ-Warstein).

Kontakt: monika.stich@lwl.org

Thennig Hans, Teilnehmender Theatergruppe.

***Trost Andrea**, BA of Nursing, M.A. Beratung und Vertretung im Sozialen Recht, Adherencetrainerin; tätig als Pflegeexpertin ANP in den Abteilungen Gerontopsychiatrie und Forensische Psychiatrie, LVR-Klinik Köln.

Kontakt: andrea.trost@lvr.de

***Tschanz Simone**, Fachverantwortliche Pflege (MAS), in der Tagesklinik in den Universitären Psychiatrischen Dienste Bern tätig.

Kontakt: simonetschanz@hotmail.com

***Tschinke Ingo**, Master of Nursing, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Fachliche Leitung der ambulanten psychiatrischen Pflege im Pflegedienst Caspar & Dase, Wedemark und Celle

Kontakt: i.tschinke@fachpflegedienst.de

Urech Steffi, dipl. Pflegefachfrau Ambulatorium Ost, Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern.

Kontakt: stefanie.urech@gef.be.ch

***Ventling Stephanie**, MSc. Mental Health Recovery & Social Inclusion, Dipl. Kommunikationsfachfrau, Peer Support Spezialistin für Stigma, leitet in der Schweiz die Anti-Stigma Kurse „In Würde zu sich stehen“ für Betroffene. Sie ist am Sanatorium Kilchberg in der Abt. Pflegepädagogik und Pflegeentwicklung angestellt und begleitet angenehme Pflegefachpersonen im recovery-orientierten Unterricht und in der Praxis. Als Peer-Vertreterin ist sie in diversen Gremien aktiv und hält Vorträge und Workshops an Kongressen und Tagungen in Europa.

Kontakt: sky_lit@gmx.ch

***Volmar Benjamin**, B.A. Psychiatrische Pflege, Case Manager (DGCC), Gesundheits- und Krankenpfleger, Seit 01.03.2015 Demenz-Koordinator am Klinikum Gütersloh und dem LWL- Klinikum Gütersloh.

Kontakt: benjamin.volmar@klinikum-guetersloh.de

von Dach Nicolay Marianne, MSc OE, Pflegedirektorin, Privatklinik Meiringen.

Kontakt: marianne.vondachnicolay@privatlinik-meiringen.ch

von Wyl Agnes, Prof., ZHAW Angewandte Psychologie

Voumard Ramona, Teilnehmende Theatergruppe.

Wabnitz Pascal, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych. LWL-Klinikum Gütersloh, Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung (SKF), Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh.

Kontakt: pascal.wabnitz@lwl.org

***Weibel Franca**, Fachmitarbeiterin Selbsthilfe / Trialog, Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, 8031 Zürich. Gründerin Schulprojekt „Aufklärung statt Ausgrenzung“.

Kontakt: f.weibel@promentesana.ch

***Weidmann Wolfgang**, Gesundheits- und Krankenpfleger, Sozialtherapeutischer Fachausbildung zur Fachkraft im Maßregelvollzug, Absolvent Führungskolleg an der RheinMosel-Akademie, Stationsleitung, Prozessteamleitung KIS für den Fachbereich Forensik/Landeskrankenhaus, Key-User in der Abteilung Informationssysteme.

Kontakt: w.weidmann@kng.landeskrankenhaus.de

***Werner Antje**, Krankenschwester, B.A. Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege, Pflegeentwicklerin, Adherence Therapeutin.

Kontakt: a.werner@lwl.org

***Wersin Pamela**, BA Pflege und Gesundheitsförderung, cand. MScN FHS St. Gallen, Fachverantwortung der Station B 2/1, Sanatorium Kilchberg.

Kontakt: pamela.wersin@sanatorium-kilchberg.ch

***Wilson Jessica**, Senior Staff Nurse, MSc student University of South Wales, Llanarth Courth Hospital, Wales, U.K.

Kontakt: jessica.wilson@partnershipsinicare.co.uk

***Wimmer Kerstin**, B.A., Diplomierte Kinderkrankenschwester, Studium Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege an der FHdD in Bielefeld, seit 6 Jahren an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien tätig, Adherence Therapeutin, stellvertretende Stationsleitung.

Kontakt: kerstin.wimmer@akhwien.at

***Wolf-Grauwiler Katharina**, MAS Mental Health FH. Seit fünf Jahren Leiterin Pflegedienst in den psychiatrischen Dienste der Solothurner Spitäler AG.

Kontakt: katharina.wolf@spital.so.ch

Wolfensberger Peter, RN, MScN, Ph.D (c)

Kontakt: peter.wolfensberger@ipw.zh.ch

***Wyss Roman**, BScN Berner Fachhochschule, Dipl Pflegefachmann Psychiatrie, seit 7 Jahren auf der Akutstation „Schneeberger“ (Schwerpunkt Sucht) sowie im angegliederten Suchtambulatorium in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern tätig. KISS-Projektmanager, Ausbildung in Motivierender Gesprächsführung.

Kontakt: roman.wyss@gef.be.ch

***Zehnder Ursina**, MScN, dipl. Pflegefachfrau, arbeitet an der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich als Advanced Practice Nurse für Menschen einer mit Erstpsychose.

Kontakt: ursina.zehnder@puk.zh.ch

***Zemann Ewa**, Mag.^a, Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (1994), Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (2000), akademische Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege (2005), Trainerin für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement (2009), Magistra der Pflegewissenschaft (2012). Stellvertretende Direktorin der Schule für allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Bereichsleitung Theoretische Ausbildung. Berufspraxis im akuten und subakuten Bereich der Psychiatrie, in der Suchtkrankenpflege sowie in der forensisch-psychiatrischen Pflege.

Kontakt: ewa.zemann@wienkav.at

Zemp Dominic, BScN, RN, Fachbeauftragter Pflege, Akutpsychiatrie, Luzerner Psychiatrie St. Urban

Kontakt: dominic.zemp@lups.ch

Ziebold Michael, Pflegeexperte (B.A.), Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie, Stabsstelle Pflegeentwicklung am Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, Absolvent des Studiums Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld.

Kontakt: m.ziebold@zfp-emmendingen.de

Zijlstra Wiebren, Prof. Dr. Leiter des Institutes für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln

***Zuaboni Gianfranco**, Dipl. Pflegefachperson HF, MScN, cand. PhD, Medizinische Fakultät InGrA Universität Halle-Wittenberg, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter, Sanatorium Kilchberg AG.

Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

Unter

<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/>

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 2016 in Bielefeld.

Dieser Band dokumentiert Vorträge, Workshops, Symposien und Poster des zwölften Dreiländerkongress „Pflege in der Psychiatrie“ vom September 2015 in Wien zum Thema „Sprachen“. Die hier publizierten Beiträge zeigen auf, welche Grenzen gesprengt wurden, wie Übergänge geschaffen werden und wo es gilt Barrieren zu überwinden. Sie fördern den Diskurs und ermöglichen eine Denkpause, um herausfordernde Übergänge zu reflektieren, voneinander zu lernen und Fachwissen aufzufrischen.

ISBN 978-3-033-05233-8



Verlag Berner Fachhochschule,
Fachbereich Gesundheit
Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
September 2015
Druck und Verarbeitung:
resch druck - Thomas Resch KG,
Rosinagasse 19, A-1150 Wien,
office@resch-druck.at

