

---

# **Interventionen Psychiatrischer Pflege**

Hrsg.  
Petra Krause  
Michael Schulz  
Rüdiger Bauer



# **Interventionen Psychiatrischer Pflege**

Hrsg.  
Petra Krause  
Michael Schulz  
Rüdiger Bauer

## Vorwort

»Aufbruch im Umbruch – Interventionen psychiatrischer Pflege«, so lautete der Titel der Veranstaltung, die im November 2004 in Bielefeld stattfand, und dessen Referentenbeiträge in diesem Band ausführlich dokumentiert sind. Mit dem Schwerpunkt auf Wissenschaftlichkeit psychiatrischer Pflege stellt ein solcher Kongress in der psychiatrischen Pflegelandschaft ein Novum und für die Veranstalter ein Wagnis dar. Die Fachöffentlichkeit hat diesen Kongress angenommen und relativ schnell waren keine Plätze mehr zu bekommen. Alle, die damals, aus welchen Gründen auch immer, nicht an dem Kongress teilnehmen konnten, bekommen hier Gelegenheit, sich ausführlich mit den Inhalten zu befassen.

Die unterschiedlichen Beiträge machen deutlich, in welchem Spannungsfeld sich die Profession gegenwärtig befindet. Demographische und epidemiologische Entwicklungen sowie die ökonomischen Rahmenbedingungen zwingen zur verstärkten wirtschaftlichen und fachlichen interdisziplinären sowie interinstitutionellen Kooperation. Sie sind zu verstehen als deutliche Anzeichen eines tiefgreifenden Wandels unseres Gesundheitssystems und damit auch der Profession der psychiatrisch Pflegenden.

Geht man davon aus, dass die psychiatrische Pflege im Rahmen von Psychiatrieenquete und Sozialpsychiatrie in den 70er Jahren einen Paradigmenwechsel erlebt hat, so spricht einiges dafür, dass wir am Beginn des 21. Jahrhunderts wiederum aufgerufen sind, Aufgaben, Kompetenzen und Berufsprofil(e) psychiatrischer Pflege neu zu definieren. Mit diesem Themenkomplex (gestern – heute – morgen) befassen sich die Beiträge von Winter von-Lersner, Biley und Schulz. Dabei wird deutlich, dass die Aufgaben psychiatrischer Pflege vielfältiger werden und wir hinsichtlich der Qualifikationsniveaus und der zugewiesenen Verantwortungsbereiche, wie Schädle-Deiningner zeigt, entsprechende Differenzierung vornehmen müssen.

Nicht nur im Zuge des Akademisierungsprozesses, sondern auch im Zuge gesetzlicher Forderungen, wird die Frage der wissenschaftlichen Begründbarkeit und Effizienz, der im Rahmen von psychiatrischer Pflege durchgeführten Interventionen, ein zunehmender Stellenwert beigemessen werden. Die zunehmende Fokussierung auf pflegewissenschaftliche Erkenntnis darf allerdings nicht dazu führen, Elemente wie Intuition, Erfahrungswissen und Willen des Patienten, und somit die Arbeit vor Ort, herabzuwürdigen. Ziel des Kongresses und dieses Bandes ist es vielmehr, einen beiderseitig befruchtenden Austausch zwischen Theorie und Praxis anzustoßen.

Dabei holen wir eine Entwicklung nach, die, wie Gournay vom Institute of Psychiatry in London zeigt, in England seit Ende der 70er Jahre des 20. Jahr-

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme  
Hrsg.: Petra Krause, Michael Schulz, Rüdiger Bauer  
Interventionen Psychiatrischer Pflege  
IBICURA, Unterostendorf 2004

ISBN 3-9809304-8-3

IBICURA © Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gestaltung: Das Projekt, Kaufbeuren  
Layout und Satz: Bauer & Bauer, Kaufbeuren  
Druck und Verarbeitung: Schnitzer Druck, Marktoberdorf

hunderts die dortige Landschaft und das Denken prägt und so die Entwicklung der Profession dort nachhaltig beeinflusst hat. Ein Ergebnis daraus ist die Arbeit von Gray zum Thema Compliance und Medikamentenmanagement. Die Beiträge der Schweizer Kollegen Abderhalden und Needham benennen Ergebnisse zur systematischen Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos auf Akutstationen sowie zur Wirksamkeit von Trainingsprogrammen im Aggressionsmanagement. Sie bearbeiten damit einen für psychiatrische Pflege ebenso relevanten wie häufig auch tabuisierten Themenkomplex.

Die längere akademische Tradition psychiatrischer Pflege in England ist für den deutschen Sprachraum von daher von großem Interesse, als sich zwei Richtungen entwickelt und ausgeprägt haben, die auf einen wesentlichen Punkt psychiatrischer Pflege hin fokussieren. Dabei geht es um die Frage danach, was psychiatrische Pflege ist, ob ich Interventionen psychiatrischer Pflege messen kann und wenn ja, ob ich dabei eher qualitative oder quantitative Methoden zum Einsatz bringe. Im englischen Sprachraum sprechen wir hier von der Barker – Gournay – Achse als jeweilige Pole dieser Entwicklung. Dabei vertritt Kevin Gournay einen stark positivistischen Ansatz, in welchem psychiatrisch Pflegenden wissenschaftlich überprüfte Interventionen durchführen und verhaltenstherapeutische Ansätze eine große Rolle spielen. Auf der anderen Seite befindet sich Barker, welcher mit der Entwicklung des sog. Tidal-Modells eine pflegetheoretische Begründung des Beziehungsprozesses erarbeitet hat und bei dem eine Vorgehensweise mittels qualitativer Forschungsmethoden deutlich mehr Raum bekommt. In diesem Band wird die „Barker-Richtung“ von Biley und Watson vertreten, während Gray und Gournay für die andere Richtung stehen. Bei der Frage, was für uns als Profession, aber auch was für jeden einzelnen von uns psychiatrische Pflege ist oder nicht ist, werden diese Pole eine Rolle spielen. Die Bildung solcher extremen Pole kennen wir z.B. auch bei der Frage nach einer biologischen oder sozialpsychiatrischen Ausrichtung oder bei der Frage nach quantitativen oder qualitativen Forschungsmethoden. Selbst wenn wir die jeweiligen Pole fast nie in Reinform antreffen und häufig aus der Gegenüberstellung etwas Neues hervorgeht, bestimmen sie häufig unser Denken oder führen dazu, dass wir uns dem einen oder dem anderen Lager zugehörig fühlen. Die Beiträge bieten von daher Gelegenheit, sich in diese spannende Diskussion einzudenken.

Bezüglich des psychiatrischen Pflegebedarfs von älteren Menschen ist sowohl innerhalb als auch außerhalb von psychiatrischen Kliniken qualitativ und quantitativ von steigenden Anforderungen auszugehen, wie Behrens und Wingenfeld in ihren Beiträgen deutlich machen.

Schoppmann geht auf pflegerische Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten ein und bezieht sich auf die Ergebnisse einer qualitativen Studie zu diesem Thema. Der Beitrag von Bauer beleuchtet den zentralen Stellenwert der pflegerischen Beziehung und steht damit thematisch in engem Zusammenhang mit dem Beitrag von Watson.

Aus unserer Sicht als Veranstalter ist eine wissenschaftliche Betrachtungsweise psychiatrischer Pflege notwendig und an der Zeit. Von daher freut es uns, dass dieser Veranstaltung eine zweite folgen wird, die von Christoph Abderhalden im nächsten Jahr in Bern geplant ist. Ziel ist es, dauerhaft im deutschsprachigen Bereich Kongresse zur psychiatrischen Pflege mit wissenschaftlichem Schwerpunkt durchzuführen.

Besonders bedanken möchten wir uns bei den Kooperationspartnern, die uns bei der Durchführung dieses Projektes unterstützt haben. Dies sind: die Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern in Person von Christoph Abderhalden (Leiter der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik), das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld (IPW) in Person von Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg in Person von Prof. Dr. Johann Behrens.

Bedanken möchten wir uns außerdem bei Frau Außendorf und bei Frau Haider, die durch ihre organisatorische Arbeit den Kongress erst möglich gemacht haben, sowie Frau Bauer, die für den ibicura-Verlag die Erstellung dieses Bandes maßgeblich betreut hat. Danken möchten wir darüber hinaus der Robert-Bosch-Stiftung, die die Durchführung des Kongresses finanziell unterstützt und damit die Bedeutung dieser Veranstaltung besonders hervorgehoben hat. Als Veranstalter gilt abschließend unser Dank den Teilnehmern, die mit der großen Nachfrage zu diesem Kongress und damit zum Themenkomplex Psychiatrische Pflege und Wissenschaft auf eine professionelle Weiterentwicklung und eine verbesserte pflegerische Betreuung der uns anvertrauten Menschen hoffen lassen.

Bielefeld im November 2004

Petra Krause

Dr. Michael Schulz

Rüdiger Bauer

# Inhaltsverzeichnis

<b>Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege .....</b>	<b>10</b>
<i>Dr. rer. medic. Michael Schulz (Krankenanstalten Gilead, Bielefeld)</i>	
<b>Das Feld, in dem sich psychiatrische Pflege bewegt .....</b>	<b>11</b>
<b>Psychiatrische Pflege in der Krise .....</b>	<b>11</b>
<b>Rekonzeptionalisierung tut Not .....</b>	<b>14</b>
<b>Der Wandel kann gelingen.....</b>	<b>15</b>
<b>Die Zukunft hat begonnen.....</b>	<b>15</b>
<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>17</b>
<b>Mein Leben: Begegnungen mit dem Irresein .....</b>	<b>18</b>
<i>Dr. Francis C. Biley (Cardiff University, Wales, UK)</i>	
<b>Zur Wirksamkeit von Trainingsprogrammen in Aggressionsmanagement .....</b>	<b>30</b>
<i>Ian Needham (Fachhochschule der Gesundheit, Freiburg im Üchtland, Schweiz)</i>	
<b>Einleitung .....</b>	<b>31</b>
<b>Literaturübersicht .....</b>	<b>33</b>
<b>Fragestellung und Methode.....</b>	<b>34</b>
<b>Resultate .....</b>	<b>34</b>
<b>Wirksamkeit der Trainingskurse.....</b>	<b>36</b>
<b>Diskussion .....</b>	<b>37</b>
<b>Pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten: Zum Stellenwert psychiatrischer Pflege in der Heimversorgung .....</b>	<b>44</b>
<i>Dr. Klaus Wingenfeld (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld)</i>	
<b>Verhaltensauffälligkeiten als Pflegeproblem im vollstationären Setting .....</b>	<b>45</b>
<b>Versorgungsalltag .....</b>	<b>46</b>
<b>Defizitäre Strukturen.....</b>	<b>49</b>
<b>Herausforderungen für die psychiatrische Pflege in der Heimversorgung .....</b>	<b>50</b>
<b>Qualifikationsniveau und Tätigkeiten psychiatrischer Pflege.....</b>	<b>52</b>
<i>Hilde Schädle-Deiningner (J. Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main)</i>	
<b>Einleitung .....</b>	<b>53</b>
<b>Rückblick zu bildungspolitischen Aspekten.....</b>	<b>54</b>
<b>Politische Streiflichter.....</b>	<b>56</b>
<b>Qualitätsniveau und Tätigkeiten in der Psychiatrischen Pflege .....</b>	<b>59</b>
<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>67</b>

<b>Systematische Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos auf Akutstationen .....</b>	<b>70</b>	<b>Das Selbst als DAS Umweltfeld von Nächstenliebe und Verbundenheit (Caritas-Communitas) überdenken .....</b>	<b>114</b>
<i>Christoph Abderhalden (Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz)</i>		<b>Fragen zum Feld von Caritas-und-Communitas:.....</b>	<b>115</b>
<b>Einleitung .....</b>	<b>71</b>	<b>Beziehung als Intervention - Eine wissenschaftlich begründbare Praxis der Beziehungspflege - .....</b>	<b>120</b>
<b>Risikoeinschätzung in der Psychiatrie.....</b>	<b>72</b>	<i>Rüdiger Bauer, Magister im Management</i>	
<b>Die Norwegische Brøset-Gewalt-Checkliste .....</b>	<b>74</b>	<b>Einleitung: .....</b>	<b>121</b>
<b>Validierung der BVC in der Schweiz und Weiterentwicklung.....</b>	<b>76</b>	<b>Bezugspflege und Beziehungspflege:.....</b>	<b>122</b>
<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>78</b>	<b>Beziehungspflege:.....</b>	<b>121</b>
<b>Definitionen der 6 Verhaltensweisen .....</b>	<b>82</b>	<b>Was ist die Beziehungspflegeplanung? .....</b>	<b>123</b>
<b>Verbesserte Einhaltung von Medikamentenvorgaben bei Menschen mit Psychose .....</b>	<b>84</b>	<b>Empirische Ergebnisse der Caring Forschung im Überblick.....</b>	<b>124</b>
<i>Dr. Richard Gray RN PhD (Institute Psychiatry, London)</i>		<b>Die wissenschaftliche Begründung für pflegerische Beziehungsarbeit:.....</b>	<b>125</b>
<b>Die Einhaltung von Therapievorgaben durch den Patienten als Herausforderung .....</b>	<b>85</b>	<b>Der Forschungsablauf einer Grounded Theory:.....</b>	<b>127</b>
<b>Wirksame Interventionen zur Verbesserung des Einnahmeverhaltens.....</b>	<b>86</b>	<b>Umsetzung der Grounded Theory in die Beziehungspflegeplanung.....</b>	<b>130</b>
<b>Auswirkungen des Medikamentenmanagement Trainings auf Fähigkeiten und Wissen .....</b>	<b>92</b>	<b>Schlusswort: .....</b>	<b>135</b>
<b>Auswirkungen des Medikationsmanagement Trainings auf das klinische Outcome .....</b>	<b>92</b>	<b>Interventionen bei der Pflege von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten .....</b>	<b>138</b>
<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>93</b>	<i>Dr. S. Schoppmann (private Universität Witten/Herdecke)</i>	
<b>Evidence-basierte psychiatrische Pflege – Eine kurze Geschichte - .....</b>	<b>94</b>	<b>Psychiatrische Pflege – ein Rückblick und ein Ausblick.....</b>	<b>148</b>
<i>Prof. Kevin Gournay, CBE (Institute of Psychiatry, Kings College, London)</i>		<i>Prof. Dr. C. Winter von Lersner (FH Fulda / University of Applied Sciences)</i>	
<b>Eine ethische Betrachtung von Selbst und Gemeinschaft aus dem Blickwinkel der Wissenschaft der menschlichen Zuwendung (Caring Science) .....</b>	<b>102</b>	<b>Rückblick.....</b>	<b>149</b>
<i>Jean Watson, PhD, RN, HNC,FAAN (University of Colorado)</i>		<b>Die Jahre von 1965 und 1975: Zwischen Rückschritt und Fortschritt: .....</b>	<b>149</b>
<b>EINFÜHRUNG .....</b>	<b>104</b>	<b>Ausblick.....</b>	<b>151</b>
<b>Caritas und Communitas: Eine ethische Betrachtung vom Selbst und der Gemeinschaft mittels der Caring Science .....</b>	<b>104</b>	<b>Was heißt schon Evidence? Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen .....</b>	<b>152</b>
<b>Die ursprünglichen zehn Carativen Faktoren:.....</b>	<b>104</b>	<i>Prof. Dr. Johann Behrens, Stephanie Hanns, Steffi Riedel-Heller, Prof. Dr. Matthias Angermeyer, Bettina Kuske</i>	
<b>Caritas und Communitas .....</b>	<b>105</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>153</b>
<b>Caring als ein sich entwickelndes Bewusstsein für das Selbst und die Gemeinschaft: .....</b>	<b>105</b>	<b>Kommunikation und die Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit der Welt.....</b>	<b>154</b>
<b>Empirisches Verständnis von Caring .....</b>	<b>107</b>	<b>Kommunikation und chronische Krankheit und Pflegebedürftigkeit .....</b>	<b>155</b>
<b>Bio-Natur-Kontinuum von Caring-Beziehungen.....</b>	<b>109</b>	<b>Kommunikation und die Gefahr einer nur verrichtungsorientierten EbN.....</b>	<b>158</b>
<b>Beruflicher Zusammenhang zwischen dem Selbst und der Verbundenheit/Gemeinschaft:.....</b>	<b>110</b>	<b>Projektbeispiel .....</b>	<b>160</b>
		<b>Autorinnen und Autoren .....</b>	<b>181</b>

## Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege

Dr. rer. medic. Michael Schulz (Krankenanstalten Gilead, Bielefeld)

### Das Feld, in dem sich psychiatrische Pflege bewegt

Die sich rasch wandelnden Rahmenbedingungen auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft und im Gesundheitswesen erfordern von der psychiatrischen Pflege, ebenso wie von allen Beteiligten, ein hohes Innovations- und Anpassungspotential. Zentrale Themen des Gesundheitswesens sind für die psychiatrische Pflege übergeordnete Rahmenbedingungen. Durch die Entwicklungen im Fach Psychiatrie ergeben sich weitere Rahmenbedingungen. Nationale sowie internationale Entwicklungen im Berufsfeld der (psychiatrischen) Pflege sind als innerprofessioneller Bereich ebenfalls zu berücksichtigen.

Beispielhaft für die gegenwärtig prägenden Themen im Gesundheitswesen sind unter anderem:

- eine zunehmende Ökonomisierung der Krankenhauslandschaft, dahingehend, dass wir heute nicht mehr darüber diskutieren, ob Rationierungen im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sind, sondern vielmehr die Frage zu beantworten ist, welche Rationierungen im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sind (Lauterbach, Schrappe, 2004)
- eine Verkürzung der Liegezeiten, was v.a. auch auf die Art der psychiatrischen Behandlung Auswirkungen hat
- eine durch eine älter werdende Gesellschaft bedingte demographische epidemiologische Verschiebung hin zu einem Anstieg von chronischen Erkrankungen.

Ebenfalls für die Weiterentwicklung psychiatrischer Pflege nicht zu unterschätzen ist die Entwicklung und der Erkenntnisstand innerhalb des Fachgebietes Psychiatrie. Aktuell genießen so genannte biologische Forschungsparadigmen (beispielhaft sei auf molekulare Forschungsvorhaben oder die Fortschritte im Bereich der bildgebenden Verfahren verwiesen) einen hohen Stellenwert. Gleichzeitig gewinnen Fragen der Versorgungsforschung, z.B. über Evaluation vorhandener Therapieelemente und die Frage nach Evidenzbasierung zunehmend an Gewicht.

Psychiatrische Pflege ist außerdem Teil der Pflege und hier mit nationalen und als Fachpflege zunehmend auch von europäischen Entwicklungen beeinflusst. Dies kann mit Bestrebungen der EU, eine Vergleichbarkeit der Berufsabschlüsse und Tätigkeiten mit dem Ziel verbesserter Migrationsmöglichkeiten innerhalb der Grenzen in Verbindung gebracht werden.

### Psychiatrische Pflege in der Krise

Die psychiatrische Pflege in Deutschland befindet sich in einer Identitätskrise, womit sie aber innerhalb der Profession durchaus nicht alleine steht. Folgt man der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Susan McCabe, dann befindet sich die psychiatrische Pflege an einem Scheidepunkt, an dem sie Gefahr läuft, sowohl ihre Bedeutung als auch Ihre Identität innerhalb der Profession

und des Fachgebietes zu verlieren (McCabe, 2000). Für diese Krise macht die Wissenschaftlerin v.a. den Umstand verantwortlich, dass es die psychiatrische Pflege bis heute versäumt hat, auf die dramatisch veränderten Rahmenbedingungen, auf die eingangs hingewiesen wurde, mit entsprechenden Konzepten zu reagieren (McCabe, ebd.).

Es ist davon auszugehen, dass diese Argumentation sowohl in den USA als auch in Deutschland oder England gültig ist, wenngleich die Begründungen dafür, warum dies so ist, je nach Land unterschiedlich sein dürften.

Auf Deutschland übertragen lässt sich die McCabsche Argumentation, wonach es versäumt wurde, auf veränderte Rahmenbedingungen mit entsprechenden Konzepten zu reagieren. Dies lässt sich u.a. durch den Verweis auf die folgenden Entwicklungen stützen.

Psychiatrische Pflege findet statt, wo Menschen mit psychiatrischem Pflegebedarf sind, aber nicht überall wo Menschen mit psychiatrischem Pflegebedarf sind, findet psychiatrische Pflege statt.

Geht man davon aus, dass psychiatrisch Pflegende einen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten, den nur sie leisten können (Voraussetzung für eine Profession), dann ist nicht nachvollziehbar, warum psychiatrische Pflege nicht zunehmend auch außerhalb von psychiatrischen Kliniken tätig wird. Sowohl in somatischen Häusern als auch in der ambulanten Pflege und in Heimen besteht ein hoher Bedarf an psychiatrischen Pflegeinterventionen.

### **Psychiatrische Pflege verharrt im Krankenhaus**

Im Gegensatz zu den anderen Mitgliedern des interdisziplinären Teams wie z.B. den Ärzten, den Psychologen, aber auch den Ergotherapeuten, denen es gelungen ist, gemeinsam mit den Patienten den Weg aus dem Krankenhaus zu machen und im ambulanten Bereich entsprechende Strukturen und Interventionsformen zu entwickeln, konnte die psychiatrische Pflege bisher kein stabiles Interventionsprofil im ambulanten Bereich etablieren. Dies lässt vermuten, dass hier Entwicklungen innerhalb der Berufsgruppe Pflege eine Rolle spielen. Obwohl es im „somatischen Bereich“ ambulante Pflege gibt, so haben die Kollegen außerhalb der Klinik, trotz der gesetzlichen Vorgabe »ambulant vor stationär« neben einem geringem Ansehen häufig auch eine schlechtere Bezahlung gegenüber den Kollegen in der Klinik. Dies ist insofern nicht nachvollziehbar, als die Arbeit im direkten Lebensumfeld des Patienten mit der Möglichkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen und häuslichem Umfeld als eines der originären Arbeitsfelder von Pflege bezeichnet werden kann, wenn es um die Bewältigung chronischer Krankheiten geht. Corbin und Strauss (1998) sehen das häusliche Umfeld als Mittelpunkt der Pflege und Krankenhäuser und Rehakliniken als Hilfsmittel an, um die häusliche Pflege zu erleichtern. Obwohl gerade auch psychische Erkrankungen häufig mit einem chronischen Verlauf einhergehen, sind wir in unserem psychiatrischen

Pflegeverständnis weit davon entfernt, dies konzeptuell zu verankern und entsprechende Kompetenzen und Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln, darin auszubilden und diese Maßnahmen flächendeckend vorzuhalten. Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass entsprechende gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten solcher Angebote bisher nicht vorliegen. Klar ist aber auch, dass wir es hier mit einem systemischen Fehler im Aus- bzw. Weiterbildungsbereich zu tun haben: Sowohl die Krankenpflegeausbildung als die Weiterbildung zur Fachpflegekraft Psychiatrie sind eng mit dem stationären Sektor verbunden und werden über ihn finanziert. Von daher setzen diese finanzierenden Institutionen hinsichtlich der Inhalte, aber v.a. hinsichtlich der Einsatzorte innerhalb der Aus- bzw. Weiterbildung ihre Interessen durch, was immer zu Lasten von Einsätzen im ambulanten Bereich geht. Für Inhalte, Berufsprofil und Einsatzorte sind nicht nur die Kostenträger, sondern ist auch die Berufsgruppe verantwortlich. Dass ambulante Arbeit nicht unbedingt ein schlechtes Image haben muss, zeigt ein Blick nach England, wo sogenannte Community Psychiatric Nurses (CPN) ein wesentlich höheres Qualifikationsprofil aufweisen als dies ihre Kollegen aus dem stationären Sektor tun und als tragende Säule der psychiatrischen Versorgung eine hohe Anerkennung genießen.

Vor dem Hintergrund, dass Beziehungsgestaltung und Beziehungspflege im Sinne von Peplau bis heute eines der begründenden Konzepte psychiatrischer Pflege darstellt, ist die Verweildauerverkürzung im stationären Bereich eine zunehmende Bedrohung für das gegenwärtige Leistungsprofil psychiatrischer Pflege. Die damit einhergehenden veränderten Bedürfnisse der Patienten verlangen immer weniger nach traditionellen Angeboten wie Koch- oder Haushaltstraining. Vielmehr rücken Kriseninterventionen, Assessmentverfahren und Einbindung in berufsgruppenübergreifende Therapieprogramme zunehmend in den Vordergrund.

### **Psychiatrische Pflege fokussiert auf Krankheit und nicht auf Gesundheit**

Unsere Berufsbezeichnung verweist auf ein Verständnis, die die psychische Fehlfunktion des einzelnen Patienten ins Zentrum stellt. Für präventive Konzepte psychischer Gesundheit oder zur psychischen Gesundheit von Gruppen wird wenig Raum gelassen. Das neue Ausbildungsgesetz für Pflegeberufe führt die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger ein und weist somit auf die Verantwortung der Pflege für die Erhaltung von Gesundheit explizit hin, und lässt so auch Platz für salutogenetische Ansätze. Im angloamerikanischen Raum hat diese Diskussion bereits stattgefunden und als Resultat haben wir dort nun die Bezeichnung »psychiatric and mental health nurse«, was nach McCabe (2002) sowohl einen Blick in die Vergangenheit (psychiatric) als auch einen in die Zukunft (»mental health«) erlaubt. Bei der Rekonzeptio-



nalisierung eines Berufsprofils muss der Frage der Gesundheitsförderung ein hoher Stellenwert beigemessen werden.

## Rekonzeptionalisierung tut Not

Der vorangegangene Problemaufriss macht deutlich, dass psychiatrische Pflege entweder in einen tiefgreifenden Neuorientierungsprozess einsteigt oder Gefahr läuft, dauerhaft im Status eines Hilfsberufes zu versinken, während andere Berufsfelder originär pflegerische Themen für sich deklarieren oder, wenn notwendig, neue Berufsfelder entwickelt werden.

In ihrem erwähnten Artikel zur psychiatrischen Pflege im 21. Jahrhundert benennt McCabe (2000) vier Bereiche, in die sich ein Rekonzeptionalisierungsprozess unterteilen lässt (*Übersetzung durch den Autor*):

- Rekonzeptionalisierung dessen, was psychiatrische Pflege im Kern beinhaltet und was das erkenntnistheoretische Herz der Profession darstellt
- Identifikation der klinischen Kompetenzen, die diesen Kern widerspiegeln, Rolle und Geltungsbereich psychiatrischer Pflege repräsentieren und die gegebenen Realitäten entsprechend berücksichtigen
- Identifikation und Standardisierung messbarer klinischer Outcomes, bezogen sowohl auf Inhalt und Kompetenzen, welches psychiatrisch Pflegenden erlaubt, in aussagefähiger Art und Weise, die Auswirkung ihrer Tätigkeit auf Patienten zu messen
- Die Etablierung einer Forschungsagenda, welche es der psychiatrischen Pflege erlaubt, ihre eigene Wissensbasis zu schaffen

Am Ende eines solchen Rekonzeptionalisierungskonzeptes, so ist zu erwarten, steht für die psychiatrische Pflege ein Paradigmenwechsel im Kuhnschen Sinne. Paradigmen sind nach Kuhn Linsen, durch die wir die Welt betrachten. Sie sind die weitgehend verborgenen Grundannahmen über die Funktionsweisen unserer (psychiatrischen Pflege-) Welt. Neue Erkenntnisse sind im Grundsatz zunächst nur innerhalb des herrschenden Paradigmas möglich. Erst wenn das Paradigma einer wachsenden Zahl von Anomalien, das heißt Widersprüchen und Gegenargumenten nicht mehr standhalten kann, wird es nach Kuhn geradezu sprunghaft gegen ein neues Paradigma ausgetauscht, das sowohl das alte Paradigma, wie auch weitgehend seine Anomalie erklären kann. Die Psychiatrie Enquete setzte innerhalb der Psychiatrie und bei den dort Pflegenden einen Prozess in Gang, der rückblickend als Paradigmenwechsel gewertet werden kann (vgl. Schulz, 2003). Wesentliche Annahmen zu Therapie und der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wurden damals neu entwickelt und haben die Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen im Krankenhaus tiefgreifend und dauerhaft verändert.

Einen weiteren Paradigmenwechsel erlebt die psychiatrische Landschaft gegenwärtig durch biologische Forschungsbestrebungen (Stichwort: »Decade of the brain«), die zunehmend das Verständnis psychischer Erkrankung

beeinflussen. Für den Nobelpreisträger Kandel ergibt sich aus den neuen Erkenntnissen ein neues theoretisches Rahmenverständnis. Dazu führt er aus, dass die Analyse von Interaktionen sozialer und biologischer Determinanten als Domäne der Psychiatrie dann am besten verstanden werden, wenn ein umfassendes Verständnis biologischer Verhaltenskomponenten bekannt ist (vgl. Kandel 1998, 1999). Für die psychiatrische Pflege heißt dies nun sicher nicht, dass nun alle über explizite Kenntnisse der Neurobiologie verfügen müssen. Befremdlich wirkt allerdings, dass eine Diskussion darüber, ob oder welche Relevanz diese Erkenntnisse für die psychiatrische Pflege haben, weitgehend ausgeblieben ist. Zu diskutieren wäre u.a. darüber, wie ein Curriculum für eine Fachweiterbildung Psychiatrie diese Erkenntnisse im Lehrplan berücksichtigen könnte, um deren Aufnahme in den Wissenkorpus der Profession für diese höchste Qualifikationsstufe voranzutreiben.

## Der Wandel kann gelingen

Den skizzierten Rahmenbedingungen und dem sich daraus ergebenden Innovationsdruck sowie den Defiziten innerhalb der psychiatrischen Pflege stehen Ressourcen gegenüber, mit denen ein Wandel des Leistungsprofils hin zu einem zukunftsfähigen und qualitativ hochwertigem Beitrag zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung möglich ist. Eine Reihe von psychiatrisch Pflegenden leisten auf den Stationen qualifizierte Arbeit und sind nicht selten implizite Leistungsträger der jeweiligen Einheiten. Zudem setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass ein tiefgreifender Wandel notwendig ist, in welchem nicht nur psychiatrische Pflege, sondern auch andere Sozialsysteme ein zukunftsfähiges Profil entwickeln müssen. Es ist die Aufgabe der Verantwortlichen im Management, aber auch Aufgabe eines jeden einzelnen von uns, darüber nachzudenken, wie der Beruf aussehen muss, damit wir ihn noch viele Jahre machen können, damit junge Menschen, die sich für diesen Beruf entscheiden, den Beruf mit Freude ausüben und eine zukunftsfähige Perspektive haben. Da wir heute nicht wissen, welches Profil der Beruf in 15 oder 20 Jahren haben wird, kommt es vor allem darauf an, in das System Mechanismen zu implementieren, welche ein lebenslanges Lernen jedes Einzelnen, aber besonders der Organisationen sicherstellt.

## Die Zukunft hat begonnen

Der Akademisierungsprozess erreicht die psychiatrische Pflege verzögert. Gründe dafür können sein, dass psychiatrische Pflege in den Curricula der Pflegestudiengänge an den Fachschulen und Universitäten kaum eine Rolle spielt. Möglich ist auch, dass Pflegenden in der Psychiatrie mit ihrer Arbeitssituation bisher zufrieden waren und von daher die Motivation, über ein Hochschulstudium die eigenen Möglichkeiten zu erweitern, nicht wirklich

eine Alternative darstellte. Gleichwohl ist zu beobachten, dass v.a. über den Weg von Stabsstellen im Managementbereich mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt dieser Entwicklung Rechnung getragen wird.

Zu beobachten ist auch, dass man sich an mehreren Kliniken mit dem Thema Primary Nursing beschäftigt. Dies ist nicht selten ein Reorganisationsprozess der Bezugspflege, mit dem Ziel einen höheren Organisationsgrad zu erreichen. Viele Kliniken haben erkannt, dass nur über ein funktionierendes Bezugspflegesystem verantwortungsvolle Tätigkeiten dauerhaft an die Pflege zu binden sind, was für die Attraktivität des Berufes unerlässlich erscheint (vgl. Schulz 2003). Ein solcher Reorganisationsprozess mit dem Ziel, Verantwortungsbe- reiche zu klären, hat auch zur Folge, dass innerhalb der Berufsgruppe stärker differenziert wird und nicht mehr jeder für alles zuständig ist. Qualifikationen, z.B. über eine Fachweiterbildung Psychiatrie, müssen einen entsprechenden Zuwachs an Verantwortung und eine Veränderung des Tätigkeitsbereiches haben, d.h. Entlastung von einfachen Tätigkeiten, und entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt werden. Zu klären ist in diesem Zusammenhang die Frage, wieviel Menschen mit welcher Qualifikation für welche Tätigkeitsbereiche benötigt werden. Hier hat die Zukunft insofern begonnen, als Geschäftsführer und Krankenkassen zunehmend diese Frage stellen. Um die Fachweiterbildung zu schützen bzw. weiterzuentwickeln, sollte möglichst schnell deutlich werden, wofür wir diese Menschen brauchen, was sie tun und was sie kosten. Dahinter steht ein grundsätzlicher Kulturwechsel, weg von einer Kultur, in der jeder für alles zuständig ist, hin zu einer Kultur, in der Tätigkeiten nach Quali- fikationsstufen zugeteilt und verantwortet werden. In diesem Zusammenhang müssen wir uns, McCabe folgend (s.o.), auch mit der Messbarkeit von psych- iatrischer Pflege und deren Interventionen befassen (vgl. Schulz, 2002).

## Schlussfolgerung

In diesem Beitrag wurde der Versuch unternommen, sich der komplexen The- matik »Rekonzeptionalisierung« zu stellen und dies v.a. deswegen, weil wir das Problem einer Weiterentwicklung bzw. Neuorientierung nicht negieren sollten oder können. Ein solcher Wandlungsprozess ist als Aufgabe wohl zu groß, als dass einzelne Menschen hier befriedigende Antworten entwickeln könnten. Von daher handelt es sich um einen thematischen Vorstoß, verbunden mit der Hoffnung, er möge, als Anstoß verstanden, die Debatte innerhalb der psychiatrischen Pflege voranbringen. Psychiatrische Pflege muss sich ändern, will sie sich treu bleiben. Der Wandel als ein nicht endender Prozess muss zwangsläufig unvollendet bleiben, was uns als Berufsgruppe aber nicht von der Pflicht entbindet, sich dieser Frage weiter und immer wieder neu zuzu- wenden, selbst wenn ein abschließendes Ergebnis nicht zu erwarten ist. Zu diesem Thema meint Aristoteles:

*Wenn wir alles unterließen,  
was wir nicht vollenden können,  
hätte die Menschheit wenig vorzuweisen.*

## Literatur

- Corbin, J.M.; Strauss, A.:** Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Pierre Woog (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen – Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ull- stein-Medical, 1998.
- Kandel, E.R.:** A new intellectual Framework for Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 155 (4), 1998, 457-469
- Kandel, E.R.:** Biology and the future of Psychoanalysis: A new intellectual Framework of Psychi- atry. American Journal of Psychiatry, 156 (4), 1999, 505-524
- Kuhn, T.S.:** Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt: Suhrkampverlag, 2003.
- Lauterbach, K. W.;** Schrappe, M.: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence- based Medicine – Eine systematische Einführung. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2004.
- McCabe, S.:** Bringing psychiatric nursing into the twenty-first century. Archives of Psychiatric Nursing, 2000, 14 (3):109-16
- McCabe, S.:** The nature of psychiatric nursing: the intersection of paradigm, evolution, and his- tory. Archives of Psychiatric Nursing, 2002, 16 (2):51-60
- Schulz, M.:** Zur Messung von Outcome-Kriterien im Bereich der psychiatrischen Pflege – Möglich- keiten, Grenzen und methodische Probleme. Psychiatrische Pflege Heute, 2002; (6) 339-342
- Schulz, M.:** Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativen hochwertigen psychiatrischen Pflege. Pflege und Gesellschaft, 2003 (4), 133-160
- Schulz, M.;** Krause, P.: Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. Psychiatrische Pflege Heute, 2003; 8: 242-248

## Mein Leben: Begegnungen mit dem Irresein

Dr. Francis C. Biley (Cardiff University, Wales, UK)  
Der Text wurde von Ruth Ahrens ins Deutsche übertragen

### Tagebucheintrag, irgendwann um 1965

Ich bin etwa 7 Jahre alt; ich begleite meinen Vater bei einem Besuch bei seinem Kollegen, der in die Irrenanstalt vor Ort aufgenommen wurde. Wir gehen durch lange, leere Korridore und betreten ein fast leeres, neutral gestrichenes Zimmer. Mein Vater und sein Kollege reden eine Weile; der Mann scheint ziemlich normal zu sein. Später – mein Vater und ich gehen im Wald spazieren und ich spiele in einem Bach. Die Sonne scheint.

Meine Karriere in der psychiatrischen Pflege begann 1976 - um genau zu sein: um die Mittagszeit des 14. August. Ich ging etwas verwirrt in eine vergessene, muffige Station, die sich im hinteren Bereich einer der edelsten und teuersten psychiatrischen Privatkliniken des Landes befand. Ich war 18 Jahre alt und trug den weißen Kittel, der mich amtlich rechtfertigte und war einer von drei Mitarbeitern, die sich um eine bunte Gruppe von circa 30 ziellos umherwandernden Unfällen kümmerte – ziellos umherwandernden Unfällen der Psychiatrie. Bloße Schatten früherer Personen. Ungeheure Institutionalisierung – Nachkriegs-Präfrontal-Leobotomien - Insulintherapie - EKT (Elektrokrampftherapie) bei fast allen Patienten - 20 Jahre Thioridazin und Abhängigkeit von der neuen Wunderdroge Phenobarbital. All das hatte das Interesse am Leben und den größten Teil des Lebenswillens der Patienten entfernt.

Der verantwortliche Pfleger hieß Ken. Seine Hauptaufgabe war die Verabreichung von Medikamenten, endlose Runden mit Sirup, Täuschungen mit zerdrückten Tabletten und misstrauische Non-compliance. Auch gab er Zigaretten und Schokolade aus, manchmal die Inhalte der Fresspakete, die von geographisch oder emotional entrückten Verwandten gelegentlich geschickt wurden. Die Patienten reihten sich erwartungsvoll auf, schienen ihre Finger unbedingt an kurzen Zigarettenstummeln verbrennen zu wollen und sich die ohnehin schon verdorbenen Zähne an der Schokolade weiter verderben zu wollen.

Joe war der dritte Mitarbeiter. Er war der Stationshaushälter, ein herzenguter, kettenrauchender Ire, der sein Bestes tat, die Patienten dreimal täglich zu füttern und zu tränken. Dies machte er Tag um Tag, über Jahre, vielleicht Jahrzehnte hinweg. Essen war scheinbar das einzig Andere, was die Patienten in Erregung versetzte. Joe versuchte auch die Station sauber zu halten, eine vergebliche Beschäftigung, aber er tat sein Bestes um Staub, Silberfischchen und Kakerlaken, die verloschenen Zigarettenstummeln, ausgespuckte Tabletten und andere Überreste dieses Schattendaseins auf ein Minimum zu reduzieren.

Die offizielle Pflegeausbildung begann ich einige Monate später. Mir wurde alles über Psychiatrie beigebracht, die Anzeichen und Symptome psychiatrischer Störungen und das Verabreichen von Injektionen. »Paraldehyd muss in einer Glaskolbenspritze aufgezogen werden, es schmilzt die Plastikkolben weg«, erzählte uns der irische Pflegelehrer. Wir übten Fixierungs-Techniken. Drei Jahre praktische Erfahrung auf den Stationen wurde durch ein ausgedehntes Vorlesungsprogramm ergänzt. Führende Psychiater unterrichteten uns in allem über Psychiatrie und Geisteskrankheiten. Wir hatten ein Lehrbuch (»Verständnis der Geisteskrankheit und ihre Pflege«), das heute noch bei mir im Bücherregal steht.

Die Dinge fingen an, schief zu laufen.

**Tagebucheintrag, irgendwann 1978.**

In einem der Zimmer gab es Tumult. Es klang als ob zwei Personen kämpften, darum bin ich zwischen sie hineingesprungen, damit nicht jemand verletzt wird. Der große Kerl war obenauf und schlug den Kleineren, wahrscheinlich ein Teenager. Ich glaube mich zu erinnern, dass ich den Kampf beendete. Der große Kerl war der verantwortliche Pfleger. Der kleinere war der Patient. Solche Sachen passieren. War ein übles Stück Arbeit, der Pfleger. Pinel hätte ihn nicht gemocht.

Wir verabreichten eine Menge EKT, Valium, Largactil und Melleril; chemische Beschränker. Wir setzten weitere Medikamente ein, um die Nebenwirkungen einzuschränken. Doch auf dem Weg zur und von der Arbeit konnte man immer einen oder zwei der einsamen Insassen einfangen, die auf dem Klinikgelände herumwanderten – mit diesem veränderten Gangbild, als wären sie nicht ganz da.

Zusätzlich zu den chemischen Beschränkern und abgeschlossenen Türen, »managten« wir die Patienten durch den Gebrauch des Token-Economy-Systems (token = Belohnungszeichen, die als Verstärker eingesetzt werden, Anm. d. Übersetzerin). Benahmen sich die Patienten schlecht und verdienten daher keine Token, bekamen sie ein übel schmeckendes Proteingetränk statt einer Mahlzeit.

Man musste auf seine Rückseite achten. Dreh' den Rücken einem der Insassen zu und du wirst geschlagen. Wir trugen Notfallpiepser bei uns. Im schlimmsten Kuckucksnest gab es eine Eins-zu-Eins-Betreuung. Die Patienten zu »kontrollieren« war eine gefährliche Sache. Vielleicht nahmen sie es übel, dass sie keine anständigen Mahlzeiten bekamen. Bis heute versuche ich unter Menschen immer noch mit dem Rücken zur Wand zu sitzen, damit ich keinen Schlag von hinten abbekomme.

Ich verstand nicht, warum viele der Leute überhaupt im Krankenhaus waren. Als Ergebnis ihrer Hospitalisation waren sie ungeheuer institutionalisiert worden, passive, uninteressierte Hüllen ehemaliger Lebewesen, und konnten kein unabhängiges oder halbwegs unabhängiges Leben mehr führen.

Ein Patient hatte ein Fahrrad gestohlen und war eingewiesen worden. Eine Patientin war schwanger geworden. Eine Weitere hatte zu viel gesprochen und ihr war so oft gesagt worden, sie sollte still sein, dass sie seit 40 Jahren geschwiegen hatte. Andere hatten über Jahrzehnte hinweg bizarre und beängstigende Bewältigungsrituale entwickelt - zu komplex um hier näher darauf einzugehen - die vielleicht dazu bestimmt waren, auf irgendeine Art persönliche Identität und Integrität zu wahren. Die meisten von uns hatten vergessen (vielleicht haben wir es nie wirklich gewusst), warum diese Patienten ursprünglich eingeliefert worden waren.

Manche Patienten kamen und gingen natürlich auch wieder. Oft kamen und gingen sie und kamen und gingen wieder. Und wieder. Und wieder. Unfähig, ihr Leben mit Depression, Schizophrenie, Homosexualität oder Sucht zu bewältigen. Oder sie waren unfähig, die Reaktion der Gesellschaft auf ihre Depression, Schizophrenie, Homosexualität oder Sucht zu bewältigen. Also machten wir die erforderliche Erstversorgung und Intensivbetreuung, vielleicht eine Serie EKT, Kurznarkosen oder natürlich die vom Psychiater wie aus der gewöhnlichen Speisekarte ausgewählten gemütsverändernden Medikamente.

Die Patienten erreichten ein Stadium, in dem sie fit genug waren, ohne die Anstalt klar zu kommen und sie gingen wieder in ihr früheres Leben zurück. Dies war ein sich wiederholender Kreislauf von Abhängigkeit und für die Professionellen natürlich: Beschäftigung.

Ab da fing es an, falsch zu laufen. Ich begann darüber nachzudenken, was ich tat. Obwohl ich häufig, vielleicht überwiegend beispielhaftes mitfühlendes Verhalten bei meinen Kollegen erlebte, fühlte ich mich immer unbehaglich bei diesen Versuchen einer (wie ich fand) gedankenlosen biologisch begründeten Psychiatrie (Keen, 2003) und dem Kontrollieren-wollen von vermeintlichen Abweichungen. Meiner Ansicht nach war die Kontrolle von politischen und sozialen Abweichlern nicht nur im ehemaligen Ostblock in Betrieb. Sie existierte ebenso bei uns im Hinterhof, unter der Oberfläche. Und ich war Teil dieses Systems und fühlte mich unbehaglich. Ich verriegelte Türen und verabreichte Medikamente, die den Geist erstarren lassen.

Verstehen Sie mich nicht falsch, ich will es nicht negativ klingen lassen. Ich weiß, dass die Situation ein komplexes Zusammenspiel einer Reihe von sozialen Kräften war. Dennoch war es die Situation, wie ich sie sah und erlebte in den späten 70er und frühen 80er Jahren.

Ich verstand nicht, warum ich Vorlesungen über die psychiatrische Abnormalität der Homosexualität besuchen musste, ich verstand nicht, warum schwarze Menschen häufiger bestimmte psychiatrische Diagnosen bekamen

als weiße Menschen. Ich konnte nicht verstehen, warum eine Diagnose an den sozialen und ökonomischen Status und an die soziale Klasse gebunden war. (Wer reich und verrückt war, galt als exzentrisch. Wer arm und verrückt war, war bloß verrückt.)

#### **Tagebucheintrag, irgendwann 2003**

Insulintherapie  
Barbiturate  
Largactil und Melleril  
Die Benzodiazepine: Valium und Ativan  
Modecate und Depixol  
Fluctin  
Seroxat und Clozapin  
Psychiatrische Erfolgsgeschichten?  
Stelazin – das Gute: es ermöglicht einer Frau aus meinem Bekanntenkreis herauszukommen aus der Ecke ihres Schlafzimmers, in der sie gelegentlich wie angewurzelt steht, starr vor Angst und sich nicht mehr bewegen kann. Es reduziert auch die Anzahl der Insekten, die sie überall am Körper über sich krabbeln fühlt. Leider macht es sie fett, zerstört ihre Libido und anderes mehr. Egal, das Seroxat, das sie auch nimmt, kann das in Schach halten.

Ich musste da raus. Im Vereinigten Königreich haben wir seit beinahe 100 Jahren eine spezialisierte psychiatrische Pflegeausbildung. Das ist keine Weiterbildung wie das in vielen anderen Ländern üblich war und ist (Welch, 1995), sondern eine Grundausbildung. Ich ging und absolvierte eine generalistische Krankenpflegeausbildung. Das schien eine vernünftige Wahl zu sein. Kurz bevor ich ging, arbeitete ich mit Leuten, die suchtkrank waren, oft verknüpft mit körperlichen Problemen, die entweder Ergebnis des Suchtmittelgebrauchs waren oder (was häufiger vorkam, weil es kurzfristiger auftrat) Ergebnis der Behandlung waren.

Die Krankenpflegeausbildung war interessant, es schien hier möglich zu sein, mit mehr Menschen zu sprechen. Sie litten scheinbar unter echten, wenn auch kurzfristigen (aber immer noch medikamentös bedingten) Problemen. Mit präoperativer Angst, mit Angst vor dem Sterben umzugehen und die Beruhigung von Angehörigen, gehörten jetzt mit zum Beruf.

Ich schloss die Krankenpflegeausbildung ab und ging zurück in die Psychiatrie, jedoch nur für wenige Monate.

Nachdem ich mich einem weiterführenden Studium unterzogen hatte – ich wollte herausfinden was Pflege wirklich sein kann, anstatt sie so zu nehmen,

wie sie war – ging ich wieder in ein Allgemeinkrankenhaus. Dort machte ich gelegentlich auch Beratung für psychiatrisch Pflegende. Das war 1987. Seit dieser Zeit bin ich nicht wieder zurückgekehrt. Meine Anwesenheit hier kann also als seine Art Schwindel bezeichnet werden. Andererseits ist es vielleicht kein solcher. Es ist schon irgendwie ironisch, dass ich mich heutzutage vielmehr bei meinen psychiatrischen Kollegen zu Hause fühle, sowohl bei denen in Cardiff und in ganz Großbritannien (jedenfalls bei den etwas radikaleren Kollegen, die vorherrschende Ansichten in Frage stellen). Und in den letzten 10 Jahren gilt dieses Gefühl des Daheimseins auch für Deutschland, länger als in den USA.

Wir scheinen die gleichen inneren Werte zu vertreten.

#### **Tagebucheintrag, irgendwann 1980**

Sie hieß Betty, eine liebe alte Dame in den 60ern, an die ich mich erinnere. Sie hatte eine schwere Hirnschädigung, ich kann mich nicht genau erinnern, wie es dazu gekommen war. Sie hatte »Verhaltensprobleme«. Sie war auf die Station aufgenommen worden und schnell und systematisch institutionalisiert worden. Schnell war ihre eigene Identität geraubt worden, damit wir die »Therapie« beginnen konnten, die aus Verhaltensmodifikation mittels Token-Economy bestand. Sie fügte sich drein und befolgte alles, bis auf eine Sache. Sie bestand immer darauf, ihre Handtasche mit sich zu führen. Wahrscheinlich war das etwas, was sie schon ihr ganzes Leben getan hatte. Die Mitarbeiter mochten das nicht – und sie bekam die ekelhaften Proteingetränke statt ihrer Mahlzeiten. Sie behielt ihre Handtasche immer noch. Ich mochte die Mitarbeiter nicht mehr, die es nicht ausstehen konnten, wenn sie ihre Handtasche dabei hatte. Ich mochte das Wesen der Bestrafung nicht (sie nannten es Belohnungssystem, ich nannte es Bestrafung). Ich wurde in einen anderen Bereich versetzt. Mir wurde mehr als nur angedeutet, dass ich für diese Arbeit eindeutig ungeeignet sei.

Vielleicht muss ich ein bisschen raten, um herauszufinden, dass gegenwärtig Entwicklungen in der psychiatrischen Pflege stattfinden.

Ich sehe eine Reihe von Kernthemen, die die Profession weiter voran bringen. Zu diesen Kernthemen können offiziell wohl folgende gezählt werden, die noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben:

- Entwicklungen in der Krankenpflegeausbildung, mit einer erkennbaren Bewegung hin zu weiterführender Bildung; die Verbesserung des Bildungsstandards für psychiatrisch Pflegende sowie die Entwicklung von Spezialkursen und -rollen (dies schließt Rollen als Kognitiv-Therapeuten, Kognitiv-verhaltenstherapeutisch tätige Pflegekräfte, psychodynamisch

orientierte Pflgeetherapie usw. mit ein). Dies geht einher mit einem wachsenden Interesse an zu verwirklichende Forschungsvorhaben im Bereich der psychiatrischen Pflege und verwandten Bereichen.

- Schnelle, kurze Interventionen als Reaktion auf z.B. Selbstverletzendes Verhalten.
- Frühe und/oder psychosoziale Interventionen bei psychiatrischen Krankheiten.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Pflege und Veränderungen bei den Gesundheits- und Sozialpflege-Schnittstellen.
- Die schrittweise Veränderung der Rolle von psychiatrisch Pflegenden und die Verwischung bzw. das Verschwinden von traditionellen hierarchischen Grenzen.
- Entwicklungen in der Pflege alter, demenzerkrankter Menschen mit psychiatrischen Problemen.
- Die auftauchenden Kämpfe zwischen den unterschiedlichen Schulen der psychiatrischen Pflege (die mehr als nur semantischer Natur sind) und die geistlos-gehirnlosen, biologisch-sozialen Paradigmen betreffen.
- Der Tod der humanistisch begründeten »Interventionen« und schließlich
- Die Herausbildung einer 24-stündig erreichbaren Gemeindepflege, sowie sich mehr und mehr durchsetzende Programme, die aus dem klinischen Rahmen hinausreichen, um eine adäquate Pflege in der Gemeinde gewährleisten (entgegen den wiederholten Behauptungen einiger Regierungsbeauftragter, die Gemeindepflege habe versagt – denn dazu gibt es in der Realität zu wenig Beweise, die diesen Schluss nahe legen; Ashmore et al, 2002; Hannigan and Cutcliffe 2002).

Soweit meine offizielle Aufzählung. Meine inoffizielle Aufzählung würde ganz anders aussehen.

#### **Tagebucheintrag, November 1994**

Ich sitze an einem Fensterplatz in einem Schnellrestaurant am Times Square, New York. Bin gerade fertig mit den Spaghetti zum Abendessen. Jeder, der mal in Amerika war, kennt die riesigen Portionen und ich habe eine beträchtliche Menge auf dem Teller zurückgelassen. Ganz plötzlich saust eine junge schwarze Frau wie ein Tornado herein und setzt sich mir gegenüber. Sie könnte hübsch sein; sie ist schmutzig und von wunden Stellen übersät, sie zittert und ist nass von dem Herbstregen und kaum angezogen mit einem schmutzig-grauen Fetzen. Sie schnappt die übrig gebliebenen Spaghetti und isst sie, wie ein sehr, sehr hungriges, wildes Tier. Ich kann ihre Angst und den Wahnsinn in ihren Augen sehen.

»Macht sie Ihnen Ärger?« fragt der Kellner.

»Nein«, entgegne ich, »lassen Sie sie aufessen.«

Es gibt Anzeichen, dass als Ergebnis der Regierungspolitik im Vereinigten Königreich, Pflege »zunehmend aufgezwungen wird« (Hannigan and Cutcliffe, 2002). Anscheinend findet eine Verlagerung weg von der psychiatrischen Gemeindepflege hin zur Zwangseinweisung auf Akutaufnahmestationen statt. Und das kometenhafte Ansteigen der Zahl forensischer Stationen könnte dafür symptomatisch sein. Mit der Forderung nach mehr Professionalität und der Übernahme neuer Aufgaben, z.B. durch eine Reihe quasi-psychotherapeutischer Aufgaben (inklusive kognitive Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie usw.), scheint die wahre Rolle der psychiatrisch »Pflegenden« rasch zu verschwinden, sich zu verwandeln hin zu einer Art generalistischem Psychiatriearbeiter. Keen (2003) hat sich eine Definition der Rolle psychiatrisch Pflegender angeschaut, die 2002 von sog. verwandten Professionen kam und lautet:

»Die Rolle der Pflegenden hat sich dahingehend entwickelt, dass Symptome eingeschätzt werden, Risiken abgewogen, Sicherheit gewährt wird und Medikamente verabreicht werden. Das Anbieten von therapeutischen Aktivitäten und die Beschäftigung mit Erholung und Hobbies wird als Tätigkeit anderer angesehen...«

Daneben gibt es eine humanistisch-biologische Debatte mit einem neuen biologischen Absolutismus (Keen 2003) und einem strengen Diagnosesystem, das als Reaktion der psychodynamischen Bewegung auf den nahen Kollaps der Psychiatrie entstanden ist.

Ich besuchte die Universität um etwas über Pflege zu lernen. Weil und obwohl ich Krankenpfleger war, war ich beunruhigt darüber, dass ich noch immer nicht wusste, was Pflege war. Ich schien ja nicht viel davon zu machen.

Und hier will ich die Chance nutzen einige Sätze zu wiederholen, die ich schon bei vielen Gelegenheiten in Deutschland von mir gegeben habe:

»Pflege ist nicht das, was Pflegende tun.«

Oder, nicht minder: »Pflege ist auch nicht das, was Pflegende denken, das sie tun.«

An der Universität habe ich wirkliche Pflege studiert, drei Jahre lang, Vollzeit. Ich lernte etwas über die philosophischen Grundlagen von Pflege und das Potenzial von Pflgeetherapie. Ich begann zu verstehen, was in der psychiatrischen Pflege falsch lief – und erfuhr etwas über ihr größtes Problem: dass sie überhaupt keine psychiatrische Pflege war.

Psychiatrische Pflege bestand aus: Wärtern, Apothekern, Pseudo-Psychiatern, Pseudo-Psychologen oder Pseudo-Analytikern. Es war ein Pseudo-Allesmögliche, aber im Grunde nichtig.

Es gab Lösungen für dieses Problem. Für mich konnte Pflege zunächst definiert und tief verwurzelt werden in Betty Neuman's Gesundheitspflege-Systemmodell, später in Roy's Adaptionsmodell, bis ich mich schließlich beständig auf Martha Roger's Wissenschaft vom unitären Menschen bezog.

(Letzteres sollte vielleicht mit einem Warnhinweis versehen werden – die negative Haltung zu Pflegetheorien und –modellen ist so verbreitet, dass eine Verbindung zu einer davon auch heißen kann, dass man den Job, den man gerne hätte, nicht bekommt).

Das letztgenannte Modell hat meine Arbeit der letzten 17 Jahre dominiert (obwohl die Arbeit auch Exkursionen in die wunderbar stimulierende Welt von Watson's Caring Theorie, Newman's Gesundheit als erweitertes Bewusstsein und Parse's Theorie des Menschlichen Werdens zum Inhalt hatte).

Ich fing an, die Pflege zu entdecken und die Pflegeherapie.

#### **Tagebucheintrag, irgendwann Mitte 1990**

Brian, ein Pfleger auf einer somatischen Station, hat die letzte halbe Stunde mit einer älteren jüdischen Dame verbracht. Ihr Ehemann ist gerade gestorben, plötzlich, aber nicht unerwartet. Er hat ihren Worten gelauscht und eine ganze Weile lang saßen sie einfach nur schweigend zusammen da. Echte Gegenwart, in jeder Hinsicht. Als es Zeit wurde zu gehen, langte Brian in seine Tasche und holte ein Gedicht heraus, eins von mehreren, die er mit sich herumträgt, um sie dabei zu haben.

Die Dame ging von der Station, sie trug 50 Jahre Erinnerungen an ihren Mann mit sich, vielleicht ein wenig geheilt durch Brians Gegenwart. Und das Gedicht.

Folgendes zukünftiges Risiko gilt es zu vermeiden:

»Eine machtvolle Synthese von neurologischem Wissen, genetisch-kartographischer Technologie, Orthomolekularbiologie und Psychopharmakologie wird tief durchdringen zu einer zunehmend angespannten, dümmlich gewaltbereiten und gleichzeitig überregulierten und Risiko vermeidenden Kultur« (Keen, 2003)

Darum ist es lebenswichtig, dass wir erkennen, worum es in einer wahren Pflege geht. Das scheint früheren Vorhersagen zu widersprechen und reicht vielleicht heran an das Kernstück der Barker-Gournay-Achse, die in der Fachliteratur auftaucht.

Ich glaube ich habe angedeutet, was das Gournay-Ende dieses Psychiatrischen-Gesundheitsarbeiters-Kontinuums sein könnte. Und, in einer ungeheuren Über-Simplifizierung, und vielleicht in der Missinterpretation einer solch vorhergesagten Situation, sehe ich jedoch eine Welt, die dominiert wird von Psychopharmakologie - in der die Pflegetätigkeit der psychiatrischen Medizin und letztlich der pharmazeutischen Industrie untergeordnet wird. Dies wurde bereits als reduktiv-pharmazeutisches Lager bezeichnet (Clarke, 2002).

Das Barker-Ende des Kontinuums wird durch Pflegetätigkeiten innerhalb des Gezeiten-Modells repräsentiert. Diese aufstrebende Pflegetheorie wird zweifellos genauso viele reaktionäre Feindseligkeit hervorrufen wie vorangegangene Pflegetheorien. Jedoch behaupte ich, dass die Zukunft der psychiatrischen **Pflege** in der Akzeptanz und Übernahme der Theorien in großer Reichweite liegt, besonders in solchen wie dem Gezeiten-Modell.

Ohne diese wird die psychiatrische **Pflege** verschwinden.

Das Gezeiten-Modell wurde aus einer von Barker und anderen durchgeführten Studie abgeleitet, die untersuchte, wozu Menschen »... die psychiatrische Pflegeperson brauchen« (Barker, 2002). Sie stellt eine

»...radikale Rekonzeptionalisierung von psychiatrischen Problemen dar, in dem sie sie als Bezugsrahmen als eindeutig *menschlich* formuliert, anstatt auf einen Bezugsrahmen von psychologischen, sozialen oder körperlichen Problemen zurückzugreifen«.

Eigentlich sollte hier im Tagungsprogramm Platz sein, der Arbeit von Barker gerecht zu werden. Weil ich hier nur einen sehr kurzen Überblick geben kann, mag das eine Anregung für zukünftige Tagungen sein.

Einfache, frühe Ergebnisse der Studie (Barker et al, 1999) führten zu der Idee, dass das zentrale Thema auf einer komplexen Aufgabe basiert: der „um mich und um dich wissen“-Beziehung. In dieser bewegen sich Pflegende zwischen dem Zeigen

- ihres »gewöhnlichen Ichs« (»Ordinary Me« = OM – Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit, was die Offenbarung von eigenen Lebensaspekten und die Beziehung zum Patienten angeht)
- und dem Zeigen eines »Pseudo-gewöhnlichen oder konstruierten Ichs« (»Pseudo-ordinary or Engineered Me« = POEM – begrenzter und oberflächlicher Dialog bei der Enthüllung von Lebensereignissen)
- oder ihrem »Professionellem Ich« (»Professional Me« = PM – charakterisiert durch Aufrechterhalten von Distanz und Abtrennung).

Das Gezeitenmodell gründet daneben auch auf der Grundlage von Peplau's Modell der Interpersonalen Beziehungen. Es weist eine ganze Reihe von Konzepten auf, einschließlich das des Pflegekontinuums und besteht aus den Komponenten Lebenskrise, Übergang und Entwicklung. In bestimmter Hinsicht gibt es deutliche Parallelen zu Parse's Theorie des menschlichen Werdens und zu Richard Cowling's profunder, innovativer Arbeit über unitär-wertschätzendes Nachfragen. Das Gezeitenmodell konzentriert sich mehr auf das »Erreichen der Person« statt auf die »Beschäftigung mit der Krankheit« (Barker 2001). Es zielt auf ein Verständnis des Menschen und seiner Welt. Im Gezeitenmodell ist Menschsein dargestellt durch die drei Dimensionen von

- »Welt« (der Fokus liegt hier auf dem Bedürfnis des Menschen, von anderen verstanden und validiert zu werden)
- »Selbst« (hier liegt der Schwerpunkt darauf, Bedürfnisse nach Sicherheit und Schutz zu erforschen und auf diese zu reagieren) und
- »Andere« (Bedürfnisse nach eventuell benötigter Hilfe und Unterstützung für das Führen eines »gewöhnlichen« Lebens werden hier untersucht).

Die Pflegeperson zielt darauf ab, durch die Nutzung von Narrativen (Erzählungen) ein therapeutisches Bündnis aufzubauen, damit weitere Bereiche von Sorgen und Anliegen erforscht werden können. Dabei lernt sie die Ziele des Menschen kennen, und kann Interventionen besser mit ihm abstimmen und zu diesen beitragen.

Das Gezeitenmodell »geht davon aus, dass Pflegenden den Menschen in ihrer Pflege nahe kommen müssen, so dass es ihnen möglich wird (gemeinsam) die Erfahrung von Krankheit und Gesundheit zu erforschen« (Barker 2001). Das wurde anscheinend auch von bestimmten Mitgliedern der psychiatrischen Pflegegemeinschaft erkannt und es gibt Anzeichen dafür, dass das Gezeitenmodell weltweit an Popularität gewinnt.

Im letzten Absatz möchte ich gern einen kleinen gemäßigten Punkt setzen – vielleicht am ehesten um mögliche Kritik abzuschirmen. Burnard (2002) weist darauf hin, dass:

»...das Gehen neben Barker sehr nützlich durch die 'Technologie' von Gournay ergänzt werden kann.«

Diese Position wird auch von Barker (2002) selbst wiedergegeben, obwohl er daran festhalten würde, dass das Gezeitenmodell vollständig in der Lage ist, Gournay's »technische« Position zu umfassen.

Die Barker-Gournay-Debatte ist wenig mehr als lediglich ein akademisches Geplänkel - ein Wetteifern um Position, Sichtbarkeit und Status. Beim Erstel-

len und dem Halten dieses Vortrags mache ich mich dessen genauso schuldig wie die anderen.

Ich bin jedoch wie Barker (2001) unglücklich darüber, wenn ich akzeptieren muss, dass die Pflege »...eine untergeordnete Rolle innerhalb einer medizinisch orientierten Psychiatrie« einnehmen muss.

Und ich dränge darauf, dass Sie diesen Blickwinkel ebenfalls einnehmen, nicht nur für das Wohl der Profession und um deren weitere Existenz fortzuführen, sondern damit wir ganz oder wenigstens teilweise das gewaltige therapeutische Potenzial einer Pflegepraxis erkennen, die authentisch mit Menschen in Beziehung tritt, statt sich hinter dem schattigen Vorhang der durch Medikamente hervorgerufenen Anonymität zu verstecken.

*Der Autor möchte gerne einigen Menschen für ihre Hilfe bei diesem Manuskript seinen Dank aussprechen, z.B. Ben Hannigan, Alex Nute und Professor Gary Rolfe und seiner Gattin Lyn. Verantwortlich für den endgültigen Inhalt ist jedoch der Autor.*

## Literatur

**Ashmore R, Cutcliffe and Collier E** (2002) An examination of the last ten years of mental health nursing. *British Journal of Nursing* 11, 503-505.

**Barker P** (2001) The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 233-240.

**Barker P** (2002) Doing what needs to be done: A respectful response to Burnard and Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 232-236.

**Barker P, Jackson S and Stevenson C** (1999) The need for psychiatric nursing: toward a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry* 6, 103-111.

**Burnard P** (2002) Not waving but drowning: a personal response to Barker and Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 229-232.

**Clarke L** (2002) Doubts and certainties in the nursing profession: a commentary. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 225-229.

**Hannigan B and Cutcliffe J** (2002) Challenging contemporary mental health policy: time to assuage the coercion? *Journal of Advanced Nursing* 37, 477-484.

**Keen TM** (2003) Post-psychiatry: paradigm shift or wishful thinking: A speculative review of future possibilities for psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 29-37.

**Welch M** (1995) Recent developments in psychiatric nurse education in the countries of Central and Eastern Europe. *International Journal of Nursing Studies* 32, 366-372.



## Zur Wirksamkeit von Trainingsprogrammen in Aggressionsmanagement

Ian Needham RN, NT, MNSc (Fachhochschule der Gesundheit, Freiburg im Üchtland, Schweiz)

### Einleitung

Von Patienten ausgehende Gewalt und Aggression in der Pflege, insbesondere in der psychiatrischen Pflege, ist ein bekanntes und in der Literatur gut dokumentiertes Problem (Hansen 1996). Verschiedene Autoren äußern die Vermutung, die Zunahme von Gewalt und Aggression in den Krankenhäusern sei unter anderem ein Spiegelbild der allgemein steigenden Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft (Gates, Fitzwater et al. 1999; Rippon 2000). Neuere Daten deuten auf einen Anstieg der Gewalt von psychiatrischen Patienten gegenüber Pflegepersonen (Hansen 1996; Cutcliffe 1999). Das Pflegepersonal akutenpsychiatrischer Aufnahmestationen gehört zu einer Hochrisikogruppe für äußere Gewaltwirkung, vergleichbar nur mit Sicherheitsdiensten und der Polizei. Nach Love und Mitarbeitern ist beim Pflegepersonal die aggressionsbedingte Verletzungsgefahr größer als bei klassischem Risikopersonal wie Waldarbeitern, Bergleuten und Arbeitern der Schwerindustrie (Love & Hunter 1996). Weltweit werden daher Anstrengungen unternommen, um die Risikoeinschätzung zu verbessern, und der Patientenaggression besser zu begegnen.

Das Pflegepersonal psychiatrischer Krankenhäuser gehört zu den gewaltexponiertesten Berufsgruppen überhaupt. In einer kürzlich durchgeführten Umfrage unter 729 in der Deutschschweiz auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen tätigen Pflegenden gaben 72% an, während der Berufsausübung tätlich angegriffen worden zu sein (Abderhalden, Needham et al. 2002). Diese Schweizer Daten decken sich gut mit größeren Umfragen aus Großbritannien und Deutschland. Nach diesen Studien enden bis zu 2% aller Gewaltübergriffe von Patienten mit schweren Verletzungen beim Personal.

Angelsächsische Autoren verzeichneten 0.25 Gewaltereignisse pro Bett und Jahr (Cooper & Mendonca 1989), oder 16 Verletzungen pro 100 Angestellte (Carmel & Hunter 1989), bzw. gehen von einem Anteil aggressiver Patienten von 13.7% aus (Barlow, Grenyer et al. 2000). Eine in Deutschland durchgeführte Studie erfasste 179 aggressive Vorfälle auf 2243 Betten, dies entspricht einer Rate von 0.07 Vorfällen pro Bett pro Jahr (Steinert, Vogel et al. 1991; Richter 1998). Nach einer Untersuchung an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich waren rund 10% der neu aufgenommenen Patienten in Aggressionsergebnisse involviert (Geser 1999).

Aggressives Verhalten von Patientinnen und Patienten verursacht eine ganze Reihe negativer Konsequenzen für PatientInnen, das Pflegepersonal oder die Gesundheitseinrichtung.

Aggressionsergebnisse und vom Personal wahrgenommene Fremdgefährlichkeit sind oft Anlass zu Zwangsmaßnahmen wie Zwangsmedikation und/oder

Isolierungen. Diese Maßnahmen werden von den Patienten in den meisten Fällen als Demütigung, Kränkung oder Strafe erlebt, und eine Mehrzahl der betroffenen Patienten meint rückblickend, dass die Zwangsmaßnahmen vermeidbar gewesen wären. An der Durchführung der Zwangsmaßnahmen sind bis zu 11 Mitarbeiter beteiligt, das Vorgehen wird von den Betroffenen oft als »brutal« erlebt (Finzen, Haug et al. 1993).

Übergriffe von Patienten betreffen alle MitarbeiterInnen des interdisziplinären Teams in der Psychiatrie. Mehr als die Hälfte aller Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter aus vier psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland wurden im Verlaufe ihrer Berufsausübung von aggressiven Patienten mindestens einmal ernsthaft verletzt (Steinert, Beck et al. 1995). Eine US-amerikanische Studie berichtete von 35 übergriffbedingten Verletzungen pro 100 Angestellte pro Jahr (Bensley, Nelson et al. 1997). Vor allem das Pflegepersonal ist Opfer von Patientenübergriffen (vgl. etwa Hanson & Balk 1992; Geser 1999), mit einer jährlichen Inzidenzrate von 16 Verletzungen pro 100 Pflegepersonen und einer Inzidenzrate bezogen auf das gesamte Berufsleben von nahezu 100% (Carmel & Hunter 1989), verglichen mit 61% für andere Therapeuten (Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter) (Wynn & Bratlid 1998). Diese Daten decken sich mit einer eigenen Untersuchung in der Schweiz (Aberhalden, Needham et al. 2002), wonach 70% von 729 in der Psychiatrie in der Deutschschweiz tätigen Pflegepersonen bei ihrer Berufsausübung schon einmal oder mehrmals tätlich angegriffen wurden. Richter geht in einer Übersichtsarbeit von einer durchschnittlichen Rate in den westlichen Industrieländern von über 80% aus (Richter 1998). Das Pflegepersonal gilt als vulnerabler für Patientenübergriffe, da es mehr Zeit mit dem Patienten verbringt und mehr Kontakt hat als andere Berufsgruppen (Haller & Deluthy 1988; Noble & Rodger 1989; Hanson & Balk 1992; Whittington, Shuttleworth et al. 1996).

Aus Deutschland wird berichtet, dass nach Übergriffen von Patienten 10% der betroffenen Pflegepersonen medizinische Leistungen beanspruchen, und in einem Fall erlitt eine Pflegeperson lebensbedrohliche Verletzungen (Richter & Berger 2001b). In einer über 12'000 Aggressionsereignisse von psychiatrischen Patienten erfassenden britischen Studie betrug die Rate der schweren physischen Verletzungen 2%, in 39% kam es zu kleineren physischen Schäden (Hautabschürfungen, Prellungen usw.), bei 59% resultierten keine somatischen Folgen (Noble & Rodger 1989).

Häufiger als physische Verletzungen sind psychologische und emotionale Folgezustände (Rippon 2000) wie etwa posttraumatische Stressreaktion (Ryan & Poster 1989; Flannery, Fulton et al. 1991; Whittington & Wykes 1992; Flannery, Hanson et al. 1995; Hubschmid 1996; Richter 1998; Rippon 2000;

Richter & Berger 2001), Essstörungen (Whittington & Wykes 1992), Zittern, Schwitzen, oder beschleunigte Atmung (Hauck 1993), aber auch psychiatrische Zustandsbilder wie Störungen von Stimmung und Antrieb (Lanza 1983; Gates, Fitzwater et al. 1999), oder Angst und Ängstlichkeit (Lanza 1983; Ryan & Poster 1989; Whittington & Wykes 1992; Hauck 1993; Flannery, Hanson et al. 1995; Chambers 1998; Gates, Fitzwater et al. 1999; Vincent, Perl et al. 2000; Richter & Berger 2001). Auch andere emotionale Reaktionen wie Wut, Verachtung, Schuldgefühl und Verletzung der eigenen Integrität (Lanza 1983; Ryan & Poster 1989; Whittington & Wykes 1992; Hauck 1993; Chambers 1998; Gates, Fitzwater et al. 1999; Vincent, Perl et al. 2000) werden als Konsequenzen genannt. Ferner sind Folgen für das Sozialleben (Lanza, Kayne et al. 1991), die Beziehungen zu den Mitarbeitern (Lanza 1983) oder zu den Patienten betreffen, (Flannery, Hanson et al. 1995; Gates, Fitzwater et al. 1999) zu nennen.

## Literaturübersicht

Eine der Lösungen zum besseren Umgang mit Aggression von PatientInnen sind Trainingsprogramme. Viele Studien untersuchen die Wirksamkeit solcher Schulungsmaßnahmen. Solche Studien sind mit Blick auf Trainingskurse und deren Ziele und untersuchte Zielvariablen sehr heterogen, wie die folgende Literaturübersicht zeigt.

In vielen Studien wurde die Häufigkeit von Aggressionsereignissen als Maßstab für die Wirksamkeit von Schulungs- oder Trainingsprogrammen verwendet (Goodykoontz & Herrick 1990; Cooper 1994; Maxfield, Lewis et al. 1996; Arnetz & Arnetz 2000; Fitzwater & Gates 2002).

Zu den untersuchten Merkmalen des Pflegepersonals gehören Selbstwirksamkeit, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Reduktion von Unsicherheit und Angst, sowie „Sich-schützen-können“ (Goodykoontz & Herrick 1990; Wondrak & Dolan 1992; Collins 1994; Cooper 1994; Beech 1999; McGowan, Wynaden et al. 1999; Grube 2001; Lee 2001; Calabro, Mackey et al. 2002; Fitzwater & Gates 2002). Es handelt sich bei solchen Untersuchungen vornehmlich um die eigenen Einschätzungen der Pflegenden selbst. Nur in seltenen Fällen wurde eine Fremdeinschätzung vorgenommen.

Ausgehend von der Annahme, dass die Haltung oder die Einstellung des Pflegepersonals gegenüber PatientInnen-Aggression einen Einfluss auf deren konkretes Handeln haben kann, wurden Trainingskurse zur Beeinflussung der Haltung entwickelt (Feldt & Ryden 1992; Collins 1994; Goodridge, Johnston et al. 1997; Beech 1999).

Verschiedentlich wurde ein Zusammenhang zwischen PatientInnen-Aggres-

sion und Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals vermutet und untersucht (Goodykoontz & Herrick 1990; Paterson, Turnbull et al. 1992; Goodridge, Johnston et al. 1997).

In manchen Aggressionstrainings wurde ein Schwerpunkt auf die Vorhersage aggressiven Verhaltens gelegt (Collins 1994; Beech 1999; Arnetz & Arnetz 2000; Grube 2001). Die Überlegung, die dahinter steht, ist einleuchtend: Kann man PatientInnen-Aggression vorhersagen, so können bereits vor der Eskalation geeignete Maßnahmen zur Entschärfung der Situation getroffen werden.

## Fragestellung und Methode

Angesichts solcher Forschungsergebnisse drängt sich das Erfordernis nach geeigneten Maßnahmen zur Reduktion solcher Probleme auf. Ein möglicher Lösungsansatz ist eine fachgerechte Schulung der Pflegenden zur Steigerung ihrer Kompetenzen im Umgang mit aggressivem Verhalten von PatientInnen. Zahlreiche AutorInnen aus den verschiedensten Pflegebereichen haben hierzu Trainings im Aggressionsmanagement vorgeschlagen (Chervinski 1995; Jenkins, Rocke et al. 1998; Levin, Hewitt et al. 1998; Vanderslott 1998; Nolan, Dallender et al. 1999; Saines 1999; Bin Abdullah, Khim et al. 2000) (Lehmann, McCormick et al. 1999). Bisher wurden viele Berichte zur Wirksamkeit von Trainingskursen in der Psychiatriepflege publiziert. In dieser Übersicht erfolgt eine Bearbeitung von einer nicht systematischen Auswahl von Forschungsberichten auf dem Gebiet der psychiatrischen Pflege.

## Resultate

### Inhalte der Trainingskurse

In den Trainingskursen werden verschiedenartige Inhalte angeboten. Zahlenmäßig werden – in dieser Reihenfolge - Abwehr oder Abwehrtechniken, Kontrolle und/oder Halten (control and restraint) und Prävention am meisten angeboten (vgl. Tabelle 2).

### Gemessene Variablen

Beim Personal werden die folgenden abhängigen Variablen nach erfolgtem Training gemessen: Wissen (Aggressionsursachen und -auslöser), Einstellung oder Haltung zu Patientenaggression, Merkmale des Personals (Selbstwirksamkeit, Sicherheitsgefühl), Verletzungen, betriebswirtschaftliche Konsequenzen (Fehlzeiten, Kosten). Auf der Ebene der PatientInnen werden die folgenden Variablen geprüft: Zwangsmaßnahmen (Isolierung, Fixierung), Aggressionsraten und -schweregrad, Übergriffe auf das Personal, Suizid oder Wohlbefinden. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die gemessenen Variablen in den verschiedenen Studien.

Tabelle 2: Übersicht über die Trainingsinhalte

Studie	Abwehr	Deeskalation	Dynamik	Ethik	Gesetz	Kommunikation	Kontrolle und Halten	Management	Nachsorge	Prävention	Selbstsorge der Pflegenden	Sicherheit	Skalen	Teamzugang	Theorie	Vohersage, Vorboten	Zwang
Calabro, Mackey, Williams (2002)	■					■											
Gammel, Hunter (1990)						■											
Forster, Cavness, Phelps (1999)	■																
Hahn (2003)	■																
Ilkiv-Lavalle, Grenyer, Graham (2002)	■																
Martin (1995)	■	■															
McGowan et al (1999)	■				■												
Morales, Duphorne (1995)	■				■												
Needham et al (in press)	■																
Ramirez, Bruce, Whaley (1981)		■															
Rice et al. (1985)	■																
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

## Wirksamkeit der Trainingskurse

Die meisten Trainingskurse konnten eine Veränderung in die gewünschte Richtung bewirken. Zunächst soll die Wirksamkeit aus dem Blickwinkel der PatientInnen beschrieben werden.

Alle Studien stellen eine günstige Entwicklung bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen dar. Es wird sowohl ein – allerdings nicht immer statistisch signifikanter - Rückgang der Anzahl der Isolierungen und Fixierungen (Forster, Cavness et al. 1999; Needham, Abderhalden et al. In Press) und auch teilweise deren Dauer (Ramirez, Bruce et al. 1981; Morales & Duphorne 1995; Forster, Cavness et al. 1999) berichtet. In einer Studie (Ramirez, Bruce et al. 1981) konnte ein Rückgang von Suizidraten festgestellt werden. Rice et al. stellten eine teilweise Zunahme des Wohlbefindens (Selbstvertrauen und Stimmung) der PatientInnen fest (Rice, Helzel et al. 1985).

Die Aggressionsraten konnten in allen Studien positiv beeinflusst werden, auch wenn nicht alle Ergebnisse statistisch signifikant waren. Die Studien vermelden sowohl eine Senkung der Aggressionsraten (Martin 1995; Needham, Abderhalden et al. In Press) als auch eine Senkung von Übergriffen gegen Pflegende (Ramirez, Bruce et al. 1981; Rice, Helzel et al. 1985; Needham, Abderhalden et al. In Press).

Bei den Pflegenden wurden in der Regel positive Effekte der Trainingskurse festgestellt. Das Wissen (zum Beispiel die Erkennung von Angst bei PatientInnen oder Methoden zur Entspannung von Aggressivität) der Pflegenden (Calabro, Mackey et al. 2002; Ilkiw-Lavalle, Grenyer et al. 2002) und die Sensibilisierung bezüglich der Auslöser von Aggression (Ramirez, Bruce et al. 1981) nahmen zu. Widersprüchliche Ergebnisse wurden im Hinblick auf die Einstellung der Pflegenden erzielt: Calabro et al. registrierten statistisch signifikante Einstellungsveränderungen (Calabro, Mackey et al. 2002), während Hahn eine stabile Einstellung nach der Intervention vorfand (Hahn 2003). Drei Studien berichten von einer Steigerung der Selbstsicherheit oder Selbstwirksamkeit (Martin 1995; McGowan, Wynaden et al. 1999; Calabro, Mackey et al. 2002) und drei weitere Studien melden einen Rückgang von Verletzungen bei den Betreuenden (Carmel & Hunter 1990; Martin 1995; Forster, Cavness et al. 1999). Weitere positive Effekte der Trainingskurse sind eine Reduktion von Fehlzeiten (Rice, Helzel et al. 1985; Martin 1995), von Kosten und Angst beim Personal (Martin 1995) und von Angst beim Personal. Martin meldet auch eine Zunahme der Arbeitszufriedenheit (Martin 1995).

## Diskussion

Diese Studie setzte sich zum Ziel, Auswirkungen von Kursen in Aggressionsmanagement für die psychiatrische Pflege aus entsprechenden Forschungsberichten zu ermitteln. Im Allgemeinen lässt sich zusammenfassend sagen, dass solche Kurse zu einer ganzen Reihe von positiven Effekten sowohl für PatientInnen, als auch für Pflegende führen. Positiv für die PatientInnen ist eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Suizidraten und eine Zunahme ihres Wohlbefindens. Positiv für das Pflegepersonal sind eine Zunahme des Wissens, der Sensibilisierung, der Selbstsicherheit und der Arbeitszufriedenheit, und eine Abnahme von Verletzungen, Angst und Fehlzeiten.

Die widersprüchlichen Befunde bezüglich Einstellungen des Personals sind auf die verschiedene Operationalisierung vom Begriff Einstellung zurückzuführen: Calabro et al. begriffen Einstellung als Einverständnis mit der Anwendung der im Training vermittelten Techniken (Calabro, Mackey et al. 2002), während Hahn sich auf das Einstellungskonzept von Duxbury (Duxbury 1999) bezog. Dieses Konzept sieht drei mögliche »Modelle« für die Ursache von PatientInnen-Aggression vor: Das »internale Modell« (Merkmale der PatientInnen – etwa Pathologie, Anlage), das »externale Modell« (Beschaffenheit der Umgebung, Merkmale des Umfelds) und das »situativ/interaktionale Modell« (Interaktion mit anderen Menschen) (Duxbury 1999; Hahn 2003).

Laut der hier bearbeiteten Studien und laut meiner persönlichen Erfahrung scheint es, dass die Einstellung von Pflegenden ungleich schwieriger zu beeinflussen ist als etwa das Wissen über Aggressivität. Offenbar ist Wissensaneignung einfacher zu erreichen als eine Einstellungsveränderung. Dies mag teilweise mit den Ermittlungsmethoden zusammenhängen, denn Wissen ist einfacher zu operationalisieren – und zu messen – als Einstellungen.

Auffallend sind die Unterschiede bei den Trainingskursen, mit Blick auf Inhalt und Dauer. In einer kürzlich durchgeführten Studie zur Identifizierung von Inhalten von Trainingskursen in Aggressionsmanagement wurden die folgenden praktischen Kerninhalte ermittelt:

PatientInnen zu Boden bringen, Aggressionsmanagement mit einem Dreipersonenteam, PatientInnen setzen und aufnehmen, die PatientInnen durch Türen und in Treppenhäusern begleiten, PatientInnen halten, Rollen der Betreuenden im Team, PatientInnen wenden, Losreisstechniken usw. (Lee, Wright et al. 2001). Das gleiche Autorenteam empfiehlt unter anderem auch die Vermittlung von Ethik und Refresherkurse zur Sicherstellung des Praxistransfers (Lee, Wright et al. 2001).

Die Dauer der in dieser Übersicht behandelten Kurse bewegt sich zwischen 8 und 35 Stunden. Die Kurslänge ist angesichts der derzeitigen knappen Mittel in Gesundheitseinrichtungen ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor bei der Wahl des Trainingskurses. Aufgrund der derzeitigen Datenlage können allerdings keine Schlüsse zum Kosten-Nutzen-Verhältnis gezogen werden.

Wegen der Unterschiedlichkeit der verschiedenen hier untersuchten Studien sind Vergleiche schwer möglich. Da (noch) keine randomisierten kontrollierten Studien vorliegen, ist derzeit an eine systematische Übersicht über die

Wirksamkeit von Trainingskursen in Aggressionsmanagement nicht zu denken. Da die Auswahl der analysierten Studien in diesem Artikel nicht auf einer systematischen Erhebung von Studien zum Thema beruht, sind die Schlussfolgerungen mit entsprechender Vorsicht zu behandeln.

Trotz dieser Vorbehalte kann man schlussfolgern, dass Trainingskurse von erheblichem Nutzen sein können. Es ist anzunehmen, dass solche Auswirkungen von PatientInnen und Pflegenden gleichermaßen positiv aufgenommen werden.

**Tabelle 3: Die Wirksamkeit von Trainings in Aggressionsmanagement in der Psychiatrie**

Autoren	Design	Sample	Trainingkurs	Messvariablen	Messung	Wirkung
Calabro, Mackey, Williams (2002)	PP	180 ID	12h, Prävention, Kontrolle, Theorie, Abwehr, Kontrolle	Stf: Wissen, Einstellung, Selbstwirksamkeit	Unmittelbar nach Intervention	Wissen ↑, Einstellung ↑, Selbstwirksamkeit ↑ sign
Carmel, Hunter (1990)	C	744	16h, Kommunikation, Praxis	Stf: Personalverletzung	cohorts measured at same time	Personalverletzung ↓ sign
Forster, Cavness, Phelps (1999)	PP	? ID	8h, Kontrolle von Aggression, Abwehr, Kontrolle	Stf: Personalverletzung Pt: Isolierungsraten, und -dauer	12 Monate nach Intervention	Fixierung = 13.8% ↓, Isolierung = 54,6% ↓, Personalverletzung = 18.8% ↓
Hahn S (2003)	Knt	63 Pfl	35 h Aggressionstheorie, Skalen, Prävention, Deeskalation, Nachsorge, Ethik, Kontrolle und Halten, Teamzugang, Zwang	Stf: Haltung: Aggressionsursachen, Aggressionsmanagement	3 Monate nach Intervention	Haltung →, Aggressionsursachen →, Aggressionsmanagement →
Ilkiw-Lavalle, Grenyer, Graham (2002)	C	103 ID	16h, Gesetz, Dynamik, Vorboten, Vorhersage, Rapportieren, Selbstsorge, Abwehr, Management	Stf: Wissen	Unmittelbar nach Intervention	Wissen ↑ sign
Martin (1995)	CS	? ID	8h, Management, Deeskalation Sicherheit, Abwehr Teamzugang	Stf: Personalverletzung, Fehlzeiten, Kosten, Inzidenzraten	2 Jahre nach Intervention	Personalverletzung ↓, Fehlzeiten ↓, Kosten ↓, Inzidenzraten ↓, Angst des Personals ↓: Arbeitszufriedenheit ↑, Selbstsicherheit ↑
McGowan et al (1999)	PP	70 Pfl	8h, Gesetz, Ethik, Kommunikation, Vorboten, Abwehr, Sicherheit	Stf: Selbstsicherheit	6 Monate nach Intervention	Selbstsicherheit ↑ sign
Morales, Duphorne (1995)	R	?	?h, Diskussion über weniger invasive Techniken	Pt: Isolierung, Fixierung	Unmittelbar nach Intervention	Isolierungszeit 50% ↓
Needham et al (in press)	PP	2 Akutstationen	35 h Aggressionstheorie, Skalen, Prävention, Deeskalation, Nachsorge, Ethik, Kontrolle und Halten, Teamzugang, Zwang	Pt: Zwang, Aggression, Attacken, Schweregrad	3 Monate nach Intervention	Zwangsmaßnahmen ↓ sign, Aggression ↓, Attacken ↓
Ramirez, Bruce, Whaley (1981)	EV	400 Pfl	16h, Prävention, Kontrolle, Isolation, Prävention	Stf: Sensibilisierung für Auslöser, Schweregrad Pt: Isolierungsdauer, Suizidraten	18 Monate nach Intervention	Positive Meldungen: Sensibilisierung von Auslöser, Schweregrad von Attacken, Isolierungsdauer, Suizidraten
Rice et al. (1985)	Knt	126 ID	35h, Prävention, Kommunikation, Kontrolle, Abwehr	Stf: Abwehrtechniken, Attacken, Fehlzeiten Pt: Wohlbefinden	Nach Intervention	Praxisperformanz ↑, Attacken gegen Personal ↓, Fehlzeiten ↓ sign; Wohlbefinden teilweise ↑

PP = Prä- Post-Test, Knt = Fall-Kontroll-Studie : Stf = Personal,

Pt = PatientIn : sign = statistische Signifikanz ( $p \leq 0.05$ )

## Literaturverzeichnis

- Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T** (2002) Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 Supplementum(412):110-117
- Arnetz JE, Arnetz BB** (2000) Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *Journal of Advanced Nursing* 31(3):668-80
- Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O** (2000) Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6):967-74.
- Beech B** (1999) Sign of the times or the shape of things to come? A 3-day unit of instruction on aggression and violence in health settings for all students during pre-registration nurse training'. *Nurse Education Today* 19(8):610-6.
- Bensley L, Nelson N, Kaufman J, Silverstein B, Kalat J, Shields J** (1997) Injuries due to assaults on psychiatric hospital employees in Washington State. *American Journal of Industrial Medicine* 1(1):92-9
- Bin Abdullah AM, Khim LYL, Wah LC, Bee OG, Pushpam S** (2000) A study of violence towards nursing staff in the emergency department. *Singapore Nursing Journal* 27(3):30-37
- Calabro K, Mackey TA, Williams S** (2002) Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing* 23(1):3-15
- Carmel H, Hunter M** (1989) Staff injuries from inpatient violence. *Hospital Community Psychiatry* 40(1):41-46
- Carmel H, Hunter M** (1990) Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry* 41(5):558-60
- Chambers N** (1998) 'We have to put up with it--don't we?' The experience of being the registered nurse on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 27(2):429-36
- Chervinski D** (1995) Workplace violence. *Canadian Journal of Medical Technology* 57(3):132-5.
- Collins J** (1994) Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at „The prevention and management of aggressive behaviour programme“. *Journal of Advanced Nursing* 20:117-131
- Cooper A** (1994) Prevention and management of aggressive behavior. *The Canadian Nurse* 90(6):53-5.
- Cooper A, Mendonca J** (1989) A prospective study of patient assaults on nursing staff in a psychogeriatric unit. *Canadian Journal of Psychiatry* 34(5):399-404.
- Cutcliffe JR** (1999) Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 36(2):105-116
- Duxbury J** (1999) An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *Journal of Psychiatric and mental health Nursing* 6:107-114
- Feldt K, Ryden M** (1992) Aggressive behavior. Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing* 18(5):3-12
- Finzen A, Haug HJ, Beck A, Lüthy D** (1993) Hilfe wider Willen: Zwangsmassnahmen im psychiatrischen Alltag. Bonn, *Psychiatrie-Verlag*
- Fitzwater E, Gates DM** (2002) Testing an Intervention to Reduce Assaults on Nursing Assistants in Nursing Homes: A Pilot Study. *Geriatr Nurse* 23(1):18-23
- Flannery R, Fulton P, Tausch J** (1991) A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. *Hospital and Community Psychiatry* 41(9):935-938
- Flannery R, Hanson M, Penk W** (1995) Patients' threats. Expanded definition of assault. *General Hospital Psychiatry* 17(6):451-3
- Forster PL, Cavness C, Phelps MA** (1999) Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing* 13(5):269-271
- Gates DM, Fitzwater E, Meyer U** (1999) Violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*(4):12-22
- Geser AM** (1999) Aggressionen von hospitalisierten psychisch Kranken: Eine systematische Evaluation von knapp 2000 Aggressionsfällen. Unpublished Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde, Universität Zürich, Zürich
- Goodridge D, Johnston P, Thomsen M** (1997) Impact of a nursing assistant training program on job performance, attitudes and relationships with residents. *Educational Gerontology* 23:37-51
- Goodykoontz L, Herrick CA** (1990) Evaluation of an inservice education program regarding aggressive behavior on a psychiatric unit. *The Journal of Continuing Education* 21(3):129-33.
- Grube M** (2001) Aggressivität bei psychiatrischen Patienten - Einflussmöglichkeiten durch ein Selbstschutzing. *Nervenarzt* 72(11):867-871
- Hahn S** (2003) Effekt einer Schulung auf die Haltung von Pflegepersonen zu Ursache und Management von Patientenaggression. Unpublished Masters thesis, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht
- Haller R, Deluthy R** (1988) Assaults on staff by psychiatric in-patients: A critical review. *British Journal of Psychiatry* 152:174-179
- Hansen B** (1996) Workplace violence in the hospital psychiatric setting. An occupational health perspective. *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 4(12):575-580
- Hanson R, Balk J** (1992) A replication study of staff injuries in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry* 43(9):836-837
- Hauck M** (1993) Die Wut bleibt - Gewalt von Patienten gegenüber Pflegenden (The anger remains - patient violence towards nurses). Unpublished Unpublished Thesis, Kaderschule für die Krankenpflege, Aarau
- Hubschmid T** (1996) Erfahrungen im Umgang mit Gewalttätigkeit in der psychiatrischen Klinik. *Psychiatrische Praxis* 3(1):26-8
- Ilkiw-Lavalle O, Grenyer BF, Graham L** (2002) Does prior training and staff occupation influence knowledge acquisition from an aggression management training program? *International Journal of Mental Health Nursing* 11(4):233-9
- Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, Hughes DM** (1998) Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 15(4):262-5
- Lanza M, Kayne H, Hicks C, Milner J** (1991) Nursing staff characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing* 12(3):253-265
- Lanza ML** (1983) The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hospital Community Psychiatry* 34(1):44-7.
- Lee F** (2001) Violence in A&E: the role of training and self-efficacy. *Nursing Standard* 15(46):33-38
- Lee S, Wright S, Sayer J, Parr A-M, Gray R, Gournay K** (2001) Physical restraint training for nurses in English and Welsh psychiatric intensive care and regional secure units. *Journal of Mental Health* 10(2):151-162
- Lehmann LS, McCormick RA, Kizer KW** (1999) A survey of assaultive behavior in Veterans Health Administration facilities. *Psychiatric Services* 50(3):384-9
- Levin PF, Hewitt JB, Misner ST** (1998) Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image Journal of Nursing Scholarship* 30(3):249-54
- Love CC, Hunter ME** (1996) Violence in public sector psychiatric hospitals. Benchmarking nursing staff injury rates. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 34(5):30-34
- Martin KH** (1995) Improving staff safety through an aggression management program. *Archives of Psychiatric Nursing* 9(4):211-5
- Maxfield MC, Lewis RE, Cannon S** (1996) Training staff to prevent aggressive behavior of cognitively impaired elderly patients during bathing and grooming. *Journal of Gerontological Nursing* 22(1):37-43.

**McGowan S, Wynaden D, Harding N, Yassine A, Parker J** (1999) Staff confidence in dealing with aggressive patients: a benchmarking exercise. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 8(3):104-8.

**Morales E, Duphorne PL** (1995) Least restrictive measures: alternatives to four-point restraints and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 33(10):13-6

Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG, Fischer JE (In Press) The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* In press

**Noble P, Rodger S** (1989) Violence by psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry* 155:384-390

**Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B** (1999) Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing* 30(4):934-41

**Paterson B, Turnbull J, Aitken I** (1992) An evaluation of a training course in the short-term management of violence. *Nurse Education Today* 12(5):368-375

**Ramirez LF, Bruce J, Whaley M** (1981) An educational program for the prevention and management of disturbed behavior in psychiatric settings. *Journal of Continuing Education in Nursing* 12(5):19-21

**Rice MF, Helzel MF, Varney GW, Quinsey VI** (1985) Crisis prevention and intervention training for psychiatric hospital staff. *American Journal of Community Psychology* 13:289-304

**Richter D** (1998) Gewalt und Gewaltprävention in der psychiatrischen Pflege- eine Übersicht über die Literatur. In: Sauter D, Richter D (Hrsg). *Gewalt in der psychiatrischen Pflege* Bern, Huber.

**Richter D, Berger K** (2001) Patientenübergreifende auf Mitarbeiter - Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situation und Folgen. *Nervenarzt* 72(9):693-9

**Rippon TJ** (2000) Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 31(2):452-60

**Ryan JA, Poster EC** (1989) The assaulted nurse: short-term and long-term responses. *Archives of Psychiatric Nursing* 3(6):323-31

**Saines JC** (1999) Violence and aggression in A & E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing* 7(1):8-12.

**Steinert T, Beck M, Vogel W, Wohlfahrt A** (1995) Gewalttätige Patienten: Ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? *Nervenarzt* 66:207-211

**Steinert T, Vogel W, Beck M, Kehlmann S** (1991) Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik: Eine 1-Jahres-Studie an vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern. *Psychiatrische Praxis* 18(5):155-161

**Vanderslott J** (1998) A study of incidents of violence towards staff by patients in an NHS Trust hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5(4):291-298

**Vincent C, Perit D, Sørensen S, Winther L** (2000) Violence against trainees - a questionnaire study. Copenhagen, Socialt Udviklingscenter SUS: 38

**Whittington R, Shuttleworth S, Hill L** (1996) Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 24:326-333

**Whittington R, Wykes T** (1992) Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing* 17(4):480-486

**Wondrak RF, Dolan BM** (1992) Dealing with verbal abuse: evaluation of the efficacy of a workshop for student nurses. *Nursing Education Today* 12(2):108-15

**Wynn R, Bratlid T** (1998) Staff's experiences with patient's assaults in a Norwegian psychiatric hospital: A pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 12:89-93

## **Pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten: Zum Stellenwert psychiatrischer Pflege in der Heimversorgung**

Dr. Klaus Wingefeld (Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld)

Die Pflege in Deutschland zeichnet sich durch eine bemerkenswerte Trennung verschiedener Stränge ihres fachlichen Diskurses aus, die eher den charakteristischen Merkmalen von Arbeitsorten als den Problemlagen der Patienten und den daraus erwachsenden Versorgungserfordernissen folgt. Die Frage nach Stellenwert und Perspektiven der psychiatrischen Pflege in Altenheimen bietet in dieser Hinsicht ein aufschlussreiches Beispiel. Ausgehend von Ergebnissen einer empirischen Studie soll der vorliegende Beitrag den Versorgungsalltag in vollstationären Pflegeeinrichtungen beleuchten und die These untermauern, dass dieses Versorgungsfeld dringend der Expertise psychiatrischer Pflege bedarf und ebenso sehr einer konzeptionellen Reorientierung, wenn der Anspruch einer bedarfsgerechten Versorgung eingelöst werden soll.

### **Verhaltensauffälligkeiten als Pflegeproblem im vollstationären Setting**

Derzeit leben knapp 600.000 Personen dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen. Ungeachtet des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ hat die stationäre Langzeitpflege kaum an Bedeutung verloren, die vorliegenden Daten weisen für die letzten Jahre sogar eine deutliche Zunahme der Versorgungskapazitäten aus (BMFSFJ 2002: 259). Zugleich vollzieht sich schon seit längerem ein Wandel der Bewohnerstruktur: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind heute vorrangig Institutionen zur Versorgung schwer- und schwerstpflegebedürftiger Personen in hohem Alter. Sie haben sich mehr und mehr von Stätten langjährigen Wohnens zu Einrichtungen der Pflege in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheit entwickelt. Frühere Konzepte der stationären Altenhilfe, die den Wohncharakter der Heime in den Vordergrund stellten, entsprechen heute ebenso wenig wie ihre personelle Ausstattung dem Wandel von Bewohnerstruktur und Versorgungsbedarf.

Demenz zählt inzwischen zu den häufigsten Diagnosen von Personen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Ihre zunehmende Bedeutung führt zu wachsenden Anforderungen im Umgang mit Verhaltensweisen, die für die Erkrankten selbst und ihre soziale Umgebung eine Gefährdung oder Belastung darstellen. Sowohl in der Forschung wie auch in der Versorgungspraxis wurde dieser Problematik lange Zeit verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Das Interesse richtete sich hier vorrangig auf die für dementielle Erkrankungen charakteristischen kognitiven Einbußen und ihre Konsequenzen für den Lebens- und Versorgungsalltag, Interventionskonzepte konzentrierten sich vor allem auf die Förderung kognitiver Ressourcen und die Verhinderung bzw. Verzögerung des Verlustes von Identität. Etwa ab Mitte der 1980er Jahre setzten verstärkt Forschungsbemühungen ein, die sich den sog. nicht-kognitiven Symptomen dementieller Erkrankungen zuwandten und eindringlich die Frage nach geeigneten Formen der auf Verhaltensweisen gerichteten Unter-



stützung aufwarfen (vgl. z.B. Burns et al. 1990, Haupt/Kurz 1991, Corey-Bloom/Galasko 1995). Verhaltensauffälligkeiten stellen einen der wichtigsten Gründe für Heimaufnahmen dar (Sattel et al. 1993; vgl. auch Schaeffer 2001). Sie sind häufig ausschlaggebend für die Überforderung der Angehörigen und den Entschluss, nach einem Heimplatz Ausschau zu halten.

Wie auch bei anderen psychischen Krankheiten fällt es schwer, die als »auffällig« bezeichneten Verhaltensweisen dementiell Erkrankter von anderen abzugrenzen und zu charakterisieren. Handlungen, die in der häuslichen Umgebung von den Angehörigen als belastend oder überfordernd empfunden werden, gelten in einem stationären Versorgungssetting zum Teil als völlig unproblematisch und als Bestandteil von Normalität (vgl. Algase et al 2001). Nach den in der internationalen Forschung gebräuchlichen Spezifizierungen können Verhaltensauffälligkeiten im Großen und Ganzen als Verhaltensweisen charakterisiert werden, die im jeweiligen sozialen Milieu als unangemessene Abweichung von sozialen Normen gelten. Das Spektrum erstreckt sich auf alle Formen der Selbst- und Fremdgefährdung, auf Verhaltensweisen, die von anderen Personen als belastend, beängstigend oder stark störend empfunden werden, aber auch auf Verhalten, durch das die Erkrankten selbst in einen emotional belastenden Zustand oder in soziale Isolation geraten (vgl. Cohen-Mansfield et al. 1990, Whall et al. 1992, Beck/Shue 1994).

## Versorgungsalltag

In den Jahren 1999 bis 2001 führte das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld gemeinsam mit dem Dortmunder Institut für Gerontologie die Studie »Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen« durch, mit der Strukturen der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in vollstationären Pflegeeinrichtungen abgebildet werden sollten (Wingenfeld/Schnabel 2002). Kern der Untersuchung war eine Erhebung in 27 Einrichtungen (jeweils eine Wohnetage/Pflegegruppe). Sie umfasste eine ausführliche Leistungsdokumentation über einen Zeitraum von drei Wochen sowie eine durch die Mitarbeiter der Einrichtungen durchgeführte Einschätzung der Pflegeabhängigkeit und anderer pflegerelevanter Merkmale der einbezogenen Bewohner. Die Ergebnisse umfassen Daten über insgesamt 731 Bewohner. Ihr Durchschnittsalter lag bei knapp 83 Jahren, rund zwei Drittel waren älter als 79 Jahre, 22% älter als 89.

Die Ergebnisse dokumentieren ein komplexes Profil körperlicher und psychischer Problemlagen, die dem Alltagsleben und der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen eine besondere Charakteristik verleihen. Ein Großteil der Bewohner zeigte eine stark ausgeprägte Pflegeabhängigkeit bei alltäglichen Aktivitäten. Als besonders weitreichend erwiesen sich Einschränkungen

im Bereich der Körperpflege. So belief sich der Anteil der Bewohner, die bei Verrichtungen wie Körperwaschungen, Aufstehen/Zubettgehen, Sich kleiden oder Toilettengang auf Unterstützung angewiesen waren, auf Werte zwischen 65% und 90%. Ein hoher Anteil der Bewohner war von Inkontinenz betroffen (Harninkontinenz: 80%, Stuhlinkontinenz: 65%). Charakteristisch für das Profil der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern war ferner eine weitreichende Einschränkung der Mobilität. Knapp 70% der Bewohner zeigten hier deutliche Einschränkungen.

Die vorliegenden Daten lassen des Weiteren erkennen, dass kognitiv beeinträchtigte Bewohner inzwischen eine große Mehrheit unter den Heimbewohnern ausmachen: Beeinträchtigungen des Langzeitgedächtnisses lagen bei 70% der Bewohner vor, und die Ergebnisse zu Einschränkungen der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung bewegten sich in der gleichen Größenordnung. Im Einklang mit diesen Befunden stehen hohe Anteile von Bewohnern mit weitergehenden psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten. Für jeweils rund 80% wurden Beeinträchtigungen der Fähigkeit, soziale Kontakte herzustellen, und der Motivation zur Selbstversorgung angegeben. Rund 70% litten unter einer mäßig oder schwer ausgeprägten depressiven Stimmungslage, nahezu 60% waren regelmäßig von Angstzuständen betroffen, und 45% ließen regelmäßig Sinnestäuschungen erkennen. Eine Tendenz zu fremdgefährdendem Verhalten wurde für jeden fünften Bewohner angegeben. Ein regelmäßiges Auftreten aggressiven Verhaltens war bei 42% der Bewohner zu verzeichnen. Vergleichsweise gering fiel die Zahl der Personen mit einer Wanderungstendenz aus (unbefugtes Betreten von Räumlichkeiten oder Verlassen des Wohnbereichs/der Einrichtung). Hier ergab sich ein Anteil von 22%, der allerdings vor dem Hintergrund der oben erwähnten Mobilitätseinschränkungen interpretiert werden muss.

Eine große Mehrheit der Bewohner zeigte somit nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch ausgeprägte kognitive Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten. Inwieweit es gelingt, den vielschichtigen Bedarfslagen im Versorgungsalltag gerecht zu werden, lässt sich anhand der Untersuchungsergebnisse zu Art und Umfang der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen abschätzen, also der Maßnahmen, die im direkten Kontakt mit Bewohnern durchgeführt wurden. Diese Maßnahmen wurden in standardisierte Zeitwerte umgerechnet (Zeit je Bewohner im Tagesdurchschnitt), in denen sich der Leistungsaufwand ausdrückt (beispielsweise wurde der Zeitaufwand für Gruppenaktivitäten je Bewohner nur anteilig berücksichtigt). Der so berechnete Zeitaufwand belief sich auf durchschnittlich knapp 83 Minuten je Bewohner und Tag. Auf Hilfen bei Alltagsverrichtungen (analog zum Verrichtungskatalog des §14 Abs. 4 SGB XI, ohne hauswirtschaftliche Versorgung) entfielen knapp 62 Minuten, d.h. drei Viertel des Gesamtzeitaufwandes. Für die Behandlungspflege

wurde ein Durchschnittswert von knapp 7 Minuten errechnet. Der Anteil der Maßnahmen schließlich, die nicht den Charakter einer Hilfestellung bei Alltagsverrichtungen bzw. einer auf körperliche Funktionen abzielenden Pflegehandlung haben, sondern sich auf psychische und soziale Bedürfnisse bzw. Problemlagen der Bewohner richten (psychosoziale Unterstützung, psychiatrische Pflegeinterventionen), lag bei nur 17% (14 Minuten im Tagesdurchschnitt). Hilfen bei Alltagsverrichtungen standen somit stark im Vordergrund der Versorgung. Die in diesem Zusammenhang durchgeführten Maßnahmen waren, wie eine nähere Auswertung der Daten ergab, zeitlich meist so knapp bemessen, dass in diesem Rahmen auf Bedürfnisse und psychische Probleme der Bewohner schwerlich zielgerichtet eingegangen werden kann. Jenseits der für den Erhalt der körperlichen Gesundheit erforderlichen Maßnahmen wird im Versorgungsalltag in erster Linie auf akuten, unmittelbar wahrnehmbaren Hilfebedarf reagiert. Die Unterstützung konzentriert sich m.a.W. auf solche Bewohner, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner, also je weniger ihre Bedürfnisse und Problemlagen im Wohnbereichsalltag präsent sind, um so geringer ist ihre Chance, außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen Unterstützung zu erhalten. Die Versorgung ist also verhältnismäßig wenig an der individuellen Ausprägung psychischer Problemlagen ausgerichtet. Sie führen vor allem dann zu Reaktionen, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung (oder auch eine Belästigung anderer Bewohner) abgewendet werden soll oder wenn sie der Durchführung von geplanten Pflegemaßnahmen entgegenstehen.

Heimbewohner bleiben ungeachtet der Komplexität ihres Unterstützungsbedarfs die überwiegende Zeit des Tages auf sich allein gestellt, möglicherweise unter Beobachtung des Pflegepersonals, jedoch ohne direkte Unterstützung oder Einbindung in Gruppenangebote. Während eines 14 bis 15 Stunden umfassenden Tagesdienstes (Früh- und Spätdienst) waren die Bewohner nach den erhobenen Daten im Durchschnitt knapp anderthalb Stunden lang in eine Interaktion mit dem Betreuungspersonal eingebunden. Dabei zeigten sich, abgesehen von Personen mit einer ausgeprägten Tendenz zur Selbstgefährdung, nur moderate Unterschiede zwischen den nach Grad der Verhaltensauffälligkeiten differenzierten Bewohnergruppen. In der Regel blieben auch Bewohner mit schwer ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten während des Tagesdienstes mindestens 12 Stunden lang ohne direkte Einbindung in eine Einzel- oder Gruppenbetreuung durch Einrichtungsmitarbeiter. Psychosoziale Betreuung und spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen können, wenn sich der Zeitumfang wie im Falle des erhobenen Leistungsprofils auf durchschnittlich 14 Minuten je Bewohner und Tag (Früh- und Spätdienst: rund 12 Minuten) beläuft, angesichts des hohen Anteils psychisch kranker Bewohner schwerlich

als bedarfsgerecht eingestuft werden. Der Alltag der vollstationären Pflege ist, so lässt sich zusammenfassen, in weiten Teilen einseitig auf die Kompensation von körperlichen Einbußen ausgerichtet. Die Unterstützung und Entlastung bei anderen Problemlagen steht deutlich im Hintergrund des Versorgungsgeschehens und erweist sich als wenig zielgerichtet.

## **Defizitäre Strukturen**

Dem umfangreichen Unterstützungsbedarf und den hohen fachlichen Anforderungen in der vollstationären Pflege steht keine adäquate Personalausstattung gegenüber. Die oben skizzierten Daten bilden eine Versorgung ab, die – nach Umrechnung in eine Betreuungsrelation, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann – im Bundesvergleich als überdurchschnittlich umfangreich gelten muss. Ungeachtet der knapp bemessen erscheinenden Zeitwerte lässt sich ein Leistungsumfang vergleichbarer Größenordnung mit der gegebenen Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen selten erreichen. Es kommt hinzu, dass die Personalstruktur durch einen vergleichsweise hohen Anteil an Mitarbeitern ohne dreijährige Pflegeausbildung gekennzeichnet ist. Differenziert man den mit der Untersuchung erfassten Leistungsaufwand nach Mitarbeitergruppen, so zeigt sich, dass Pflegefachkräfte lediglich 47% der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen erbringen, Pflegehelfer mit einjähriger Ausbildung 22% und angelernte Mitarbeiter (ohne Pflegeausbildung) 18%. Weitere 10% entfallen auf Mitarbeiter, die nicht dauerhaft angestellt sind (wie etwa Zivildienstleistende, Praktikanten und Pflegeschüler), und schließlich 3% auf Sozialpädagogen/-arbeiter, therapeutische Berufe und Erzieherinnen. Pflegekräfte mit Zusatzqualifikationen bilden nur eine kleine Minderheit des Personals, Mitarbeiter mit einer Fachweiterbildung zur psychiatrischen Pflege sind so gut wie gar nicht vorhanden.

Doch nicht nur die Personalausstattung, sondern auch der strukturelle Rahmen und die konzeptionelle Basis sind wenig an die heutige Klientel der Einrichtungen angepasst. Die in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung elementare Anforderung einer geeigneten Tagesstrukturierung etwa kann zu meist nur unzureichend umgesetzt werden. Die Struktur des Lebensalltags folgt in der Regel der zeitlichen Lage von Früh-, Spät- und Nachtdienst, was überwiegend mit mangelnder Flexibilität infolge der schlechten Personalausstattung begründet wird. Es existieren bislang nur wenige Einrichtungen, die Zwischendienste oder zusätzliche Angebote für die Bewohner in den Abendstunden eingeführt haben. Präventiv orientierte Handlungskonzepte finden sich nur selten; es fehlt an einer Pflege, die Verhaltensauffälligkeiten nicht nur als Erschwernis einer auf körperliche und kognitive Einbußen bezogenen Unterstützung oder als Störung des Zusammenlebens im stationären Setting, sondern als eigenständiges Pflegeproblem begreift, das eines sorgfältigen Assessments und zielgerichteter Interventionen bedarf.

## Herausforderungen für die psychiatrische Pflege in der Heimversorgung

Psychiatrische Pflege stellt nicht eine Summe von Aufgaben oder Tätigkeiten dar, die von anderen klar unterschieden werden könnten. Psychiatrische Pflege ist nicht abschließend definierbar, weder innerhalb der Pflege noch in Abgrenzung zur medizinischen Versorgung oder Rehabilitation (vgl. Expertenkommission 1988: 147ff). Sie weist allerdings eine spezifische Kompetenz auf, durch die sie sich von anderen Zweigen der Pflege abhebt – die Kompetenz, gestützt auf ein umfangreiches Wissen über psychische Erkrankungen und Interventionsmöglichkeiten die Problemlagen der Erkrankten in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen, individuelle Defizite und Ressourcen im Hinblick auf selbständige Lebensführung, soziale Teilhabe und den Umgang mit krankheits-, behandlungs- oder umgebungsbedingten Belastungen und Anforderungen verlässlich einzuschätzen und auf dieser Basis sowohl planvolle, zielgerichtete Unterstützung zu leisten als auch ein den individuellen Problemlagen angepasstes Milieu herzustellen. Es gibt viele Bereiche im Heimaltag, die heute in hohem Maße darauf angewiesen sind. Zwei Aspekte seien jedoch hervorgehoben:

Wirksame Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten dementiell Erkrankter setzt ein sorgfältiges pflegerisches Assessment und hierbei eine spezifische diagnostische Kompetenz voraus. Verhaltensauffälligkeiten erwachsen aus einem komplexen Bedingungsgefüge und können nicht einfach als Folge der Erkrankung angesehen werden. Sie stehen in einem engen Zusammenhang mit emotionalen, sozialen oder auch körperlichen Problemlagen der Betroffenen, die sie nicht mehr autonom bewältigen, zum Teil nicht einmal kommunizieren können, ferner mit Umgebungseinflüssen, mangelnden Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, kognitiven Einbußen und allgemeinem Kontroll- bzw. Autonomieverlust, nicht selten auch mit einem inadäquaten Medikamentenregime (Hutchinson/Wilson 1998, Liu et al. 2000, Bair et al. 1999).

Ferner bedarf es einer Stärkung fachlicher Kompetenz zur Wahrnehmung von Gestaltungsaufgaben. Für die Grenzziehungen im Pflegediskurs ist charakteristisch, dass der Begriff „soziotherapeutische Aufgaben“ in die Diskussion um die vollstationäre Pflege seit jeher kaum Eingang gefunden hat, wenngleich die damit verknüpften Handlungsorientierungen gerade hier von zentraler Bedeutung sind. Die Herstellung einer geeigneten Tagesstrukturierung beispielsweise, die Stimulation von Kommunikationsprozessen, Einzel- und Gruppengespräche oder die Unterstützung bei der Bearbeitung von Alltagskonflikten werden zwar durchaus als Aufgabe gesehen, häufig aber nicht als Maßnahmen mit spezifischen Zielsetzungen, sondern unabhängig von Fragen der Krankheitsbewältigung als Anforderungen einer allgemeinen Bedürfnisorientierung im Versorgungshandeln. Vieles wird zudem nicht als

»Pflege« definiert, sondern als »soziale Betreuung« und damit vorrangig der Verantwortung anderer Berufsgruppen zugeordnet.

Eine Stärkung der angesprochenen Kompetenzen in den Heimen ist aufgrund der Dominanz psychischer Erkrankungen und ihrer Folgen im Versorgungsalltag dringend geboten. Vor allem bedarf es – abgesehen von einer Verbesserung der Personalsituation – einer Systematisierung des Pflegehandelns und einer konzeptionellen Neuorientierung, um den schwierigen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten auf eine professionelle Basis zu stellen.

## Literatur

- Algase, D.L./Beattie, E.R./Bogue, E.L./Yao, L.** (2001): The Algase Wandering Scale: initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 16, Nr. 3, 141-152
- Bair, B./Toth, W./Johnson, M.A./Rosenberg, C./Hurdle, J.F.** (1999): Interventions for disruptive behaviors: Use and success. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 1, 13-21
- Beck, C.K./Shue, V.M.** (1994): Interventions for treating disruptive behavior in demented elderly people. *Nursing Clinics of North America* 29, Nr. 1, 143-155
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. BT-Drucksache 14/8822
- Burns, A./Jacoby, R./Levy, R.** (1990): Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of behaviour. *British Journal of Psychiatry* 157, 86-94
- Cohen-Mansfield, J./Billig, N./Lipson, S./Rosenthal, A.S./Pawlson, L.G.** (1990): Medical correlates of agitation in nursing home residents. *Gerontology* 36, Nr. 3, 150-158
- Corey-Bloom, J./Galasko, D. (1995): Adjunctive therapy in patients with Alzheimer's disease. A practical approach. *Drugs & Aging* 7, Nr. 2, 79-87
- Expertenkommission** (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Hg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. O.O.
- Haupt, M./Kurz, A.** (1991): Behandlungen von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. *Geriatric Praxis* 10, Nr. 3, 50-58
- Hutchinson, S./Wilson, H.** (1998): The theory of unpleasant symptoms and Alzheimer's disease. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 12, Nr. 2, 143-162
- Liu, D./Raji, M./Twersky, J./Riggs, A.** (2000): Case report: Disruptive vocalization due to gout in an elderly nursing home resident with dementia. *Annals of Long Term Care* 8, Nr. 5, 66-70
- Sattel, H./Geiger-Kabisch, C./Schreiter-Gasser, U./Besthorn, C./Forstl, H. (1993): Häufigkeit und Bedeutung "nicht-kognitiver" Symptome bei der Demenz vom Alzheimer-Typ: produktiv psychotische Symptomatik, depressive Störungen und Störungen des Verhaltens. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 26, Nr. 4, 275-279
- Schaeffer, D.** (2001): Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Psychomed* 13, Nr. 4, 242-249
- Whall, A.L./Gillis, G.L./Yankou, D./Booth, D./Beel-Bates, C.A.** (1992): Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing* 18, Nr. 10, 13-17
- Wingefeld, K./Schnabel, E.** (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Hg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

## Qualifikationsniveau und Tätigkeiten psychiatrischer Pflege

Hilde Schädle-Deininger (Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main)

## Einleitung

Ein interessantes, aber auch sehr umfangreiches Thema wurde mir gestellt, zu dem ich Ihnen einige Aspekte ausführen möchte, die nur Teilaspekte und unterschiedliche Sichtweisen bzw. Problemstellungen anreißen können. Die Darlegungen begründen sich aus meiner Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main und aus der Entwicklung des Buches »Fachpflege Psychiatrie« (Urban und Fischer Verlag). Und nicht zuletzt, eigentlich zuerst, ergeben sich diese Fragen und Erkenntnisse aus meiner langjährigen Tätigkeit mit psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen, aus Diskussionen mit Kolleginnen, aus der Weiterbildung Fachpflege Psychiatrie und aus meinem Lehrauftrag im Schwerpunkt Pflegesituationen bei psychischen Erkrankungen an der FH Frankfurt.

Es sind Fragmente, die einer weiteren Entwicklung und vor allem auch einer breiteren Beforschung bedürfen.

*»Ein Experte ist ein Mann, der genau weiß,  
wie alles kommen wird, und der hinterher genau sagen kann,  
warum alles ganz anders gekommen ist.«*

Jack Lemmon

Qualitätsniveau und Tätigkeit lässt sich nicht unabhängig von Bildungsaspekten betrachten und zeigt sich im Selbstverständnis und in der Ausübung des Berufes. Zusammengefasst zeigt sich Qualität in der psychiatrischen Pflege vor allem in der Übereinstimmung von geäußerten eigenen Wertvorstellungen und im jeweiligen zielgerichteten Handeln, im Wissen um die eigenen Stärken und Schwächen, im Umgang mit den eigenen Grenzen, in der flexiblen Anwendung von pflegerischen Zugangswegen zu psychisch kranken Menschen, ob beispielsweise im gemeinsamen Tun, in unterschiedlichen Gesprächsformen oder über körpernahe Tätigkeiten und/oder im geduldigen Begleiten beim Bewältigen der Krankheit. Außerdem zeigt sich die Qualität psychiatrisch-pflegerischen Handelns darin, ob erkannt wird, dass viele Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen eine langfristige professionelle Begleitung und Unterstützung in unterschiedlichen Situationen und in unterschiedlicher Intensität brauchen und auch darin, ob die Wiedererkrankung eines psychisch kranken Menschen als neue Chance oder als Scheitern begriffen wird. Wie, auf welche Art und Weise, und auf welchem Hintergrund diese Grundlagen in die Praxis umgesetzt werden, ist wesentlicher Bestandteil einer am psychisch kranken Menschen orientierten psychosozialen Versorgung und Pflege.

Das Referat umfasst drei Schwerpunkte:

- Ein kurzer Abriss der Entwicklung psychiatrischer Pflege, um die Zusammenhänge zur jetzigen Bildungssituation zu vergegenwärtigen

- Einen kleinen Exkurs in politische Mosaiksteine als Kontext psychiatriisch-pflegerischen Handelns und
- Einige konkrete Möglichkeiten, sich dem Qualitätsniveau und den Tätigkeiten in der psychiatrischen Pflege zu stellen

## Rückblick zu bildungspolitischen Aspekten

*»Früher erwarb man Bildung, um von ihr beeindruckt zu werden, heute macht man den Bildungsgang mit, um zu beeindrucken.«  
Voltaire*

Um manche Besonderheiten in der psychiatrischen Pflege besser zu verstehen, müssen einige historische Eckpfeiler benannt und vergegenwärtigt werden.

Wenn man psychiatrische Pflege in der Bundesrepublik im Kontext von Bildung und Bildungspolitik betrachtet, so stellt man fest, dass sie trotz aller Bemühungen in der beruflichen Diskussion sehr lange eine untergeordnete, um nicht zu sagen - praktisch keine Rolle - spielte. Trotz des 1938 in Kraft getretenen ersten Krankenpflegegesetzes und obwohl es seit 1953 möglich war an Fachkliniken Krankenpflegesschulen einzurichten, wurden in den Psychiatrischen Großkrankenhäusern teilweise bis in die 60iger Jahre Mitarbeiter hausintern ausgebildet. Die hauseigene Ausbildung wurde – in der Regel - so gestaltet, dass Mitarbeiter zwei Jahre auf unterschiedlichen Stationen oder Abteilungen arbeiteten und im Monat ungefähr acht bis zehn Stunden - in der Freizeit selbstverständlich - von einem Arzt unterrichtet wurden. Diese Ausbildung berechnete zu keiner Berufsbezeichnung und war auch von den psychiatrischen Anstalten untereinander nicht anerkannt. In Folge war der Anteil von pflegerischen Hilfskräften in der Psychiatrie an manchen Orten bis weit in die 80iger Jahre hoch, mancherorts bis zu 70 oder 80 Prozent.

Mit dem Krankenpflegegesetz von 1965 passten sich viele Schulen an den Psychiatrischen Krankenhäusern den allgemeinen Bedingungen an und bildeten in »Allgemeiner Krankenpflege« aus. Gleichwohl hatte die Ausbildung bei näherer Betrachtung immer einen Sonderstatus, beispielsweise durch die Einsätze und Schwerpunktsetzung, der Einsatz in Innerer Medizin wurde oftmals auf einer geriatrischen Station absolviert. In den meisten Einrichtungen oder in kleineren Häusern befand sich gleichzeitig nur eine Krankenpflegehilfeschule, die den größeren Anteil der Mitarbeiter ausbildete. Außerdem schrieb das Gesetz von 1965 nur wahlweise einen Einsatz in der Psychiatrie oder Gynäkologie vor, so dass zu diesem Zeitpunkt auch praktisch kein Austausch zwischen den somatischen Krankenhäusern und der Psychiatrie zustande gekommen ist.

Mit dem Krankenpflegegesetz von 1985 wurde erstmals ein Einsatz in der Gemeinde und in der Psychiatrie Pflicht, obwohl ungefähr jedes dritte Krankenhausbett zu diesem Zeitpunkt ein psychiatrisches war. Pflegerische Inhalte rückten mehr in den Blickpunkt. Psychiatrisches Pflegewissen spielte trotz dieser Festlegung nur in wenigen Schulen eine entsprechende Rolle. In vielen Krankenpflegesschulen an Allgemeinkrankenhäusern wurde Psychiatrie und psychiatrische Pflege als Einheit von einem Arzt unterrichtet.

Wenn wir das Gesetz, das seit Anfang dieses Jahres, also zum 01.01.2004 in Kraft getreten ist, auf uns wirken lassen, so müssen wir zunächst feststellen, dass es weit hinter den angestrebten Reformbemühungen zurück geblieben ist. Alle in der Pflege haben in Hinsicht auf unseren Themenzusammenhang, nämlich im Bildungsbereich, mehr erwartet.

Da wir möglicherweise doch länger, als von den Gesetzgebern beabsichtigt (er spricht von einer Übergangslösung), mit den Vorgaben arbeiten müssen, gilt es Ansätze, die sich verändert haben, zu nutzen. Das bedeutet beispielsweise die vorgegebene wissenschaftliche Fundierung, die Kompetenzorientierung, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, Beratung und Anleitung sowie die Orientierung an ambulant vor stationär, und an einem Prozess von geplanter Pflege als wesentliche Elemente pflegerischen Handelns zu begreifen. Für die Ausbildung im psychiatrischen Einsatz bedeutet das, diese Schwerpunkte in die Praxis zu setzen und in den Mittelpunkt der Vermittlung und der Lernziele zu stellen. Das heißt auch die Praxisanleitung und Praxisbegleitung den anspruchsvollen Aufgaben im Hinblick auf die Besonderheiten der psychiatrischen Arbeit (Behandlungsverlauf, Beziehungs- und Milieugestaltung usw.) auszubauen und aktiv im beruflichen Alltag hervorzuheben. Durch die Verschiebung der Akzente auf Rehabilitation und den ambulanten Bereich, hat die Psychiatrie den Vorteil, dass ein differenziertes Versorgungssystem und die dazu gehörige Vernetzung seit längerer Zeit zur psychiatrischen Arbeitsweise gehören und entsprechend eingebracht werden können. Diese Veränderungen machen in Folge auch deutlich, dass schon allein durch die neuen Schwerpunkte und die neue Berufsbezeichnung (Gesundheits- und Krankenpflegerin) sich in den Fachweiterbildungen etwas in den nächsten Jahren verändern wird.

Wenn wir einen kurzen Blick auf die Entwicklung in der Weiterbildung Fachpflege Psychiatrie werfen, können wir auch dort einer Bildungsvielfalt nicht entgehen. Wenn man von Kiel absieht, wo bereits in den 50iger Jahren eine einjährige Weiterbildung in psychiatrischer Pflege angeboten wurde, haben die folgenden Kliniken bzw. Träger schon 1963 in Heidelberg und in den folgenden Jahren in Hannover, Köln, München und Tübingen eine zweijährige Weiterbildung für psychiatrische Fachpflege berufsbegleitend eingerichtet, zum Teil zu-

nächst berufsgruppenübergreifend als Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung. 1971 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Weiterbildung in Rahmenrichtlinien geregelt, die jedoch nicht verpflichtend waren, nicht kontrolliert wurden und viel Spielraum ließen und die in manchen Bundesländern heute noch Anwendung finden. Da Weiterbildung Sache der einzelnen Bundesländer ist, ist es schwieriger einheitliche Richtlinien zu schaffen, bisher gibt es nicht in allen Bundesländern Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen.

Eine qualifizierte Weiterbildung ist ohne eine solide Grundausbildung nicht denkbar. Die Diskussion, die immer wieder aufkommt, inwieweit psychiatrische Pflege als eigenständige Grundausbildung in der Bundesrepublik angeboten werden sollte, kann an dieser Stelle nicht geführt werden.

Die sich seit 1990 an den Fachhochschulen und Universitäten etablierende Pflege verschreibt sich bisher im Wesentlichen der Lehre, dem Management und der Pflegewissenschaft. Grundständige Studiengänge haben es schwer, sich in die bildungspolitische und berufspolitische Pflegelandschaft und auch entsprechend in der Praxis zu integrieren und einen entsprechenden Stand bzw. eine entsprechende Berufstätigkeit zu besetzen. Wenn sich die Grundausbildung mehr an den Hochschulen etablieren würde, müssten selbstverständlich auch entsprechende Weiterbildungsstudiengänge aufgebaut werden, also auch für psychiatrische Pflege. Derzeit werden an vielen Hochschulen Bachelor und Masters Studiengänge eingerichtet, was ein Schritt in Richtung Europa und darüber hinaus bedeutet.

Doch diese Aspekte wären ein eigenes Referat wert, beispielsweise inwieweit sich die deutsche Pflege doch endlich grundsätzlich internationalen Gepflogenheiten und Bildungsperspektiven angleichen sollte und müsste, und warum die Chance einer tiefgreifenden Reform in der jüngsten Vergangenheit nicht genutzt wurde, um die Ausbildung mehr an den Hochschulen zu verankern.

## Politische Streiflichter

*»Man kann die Wirklichkeit zu Tode erschrecken, wenn man ihr zu verstehen gibt, dass sie nur eine unter mehreren Möglichkeiten ist.«*

Hans Kasper, deutscher Schriftsteller

Die Entwicklung in der psychosozialen Versorgung und der Ausbau gemeindenaher Psychiatrie mit ihren Folgen in der Betreuung von psychisch kranken Menschen und dem Ausbau von Tätigkeitsfeldern außerhalb stationären Einrichtungen, sind als wesentliche Gesichtspunkte in der Entwicklung psychiatrischer Pflege der letzten 30 Jahre zu sehen und können in der Begrenztheit dieses Vortrags nur gestreift werden. Unter diesem Blickwinkel ist die Ausein-

andersetzung mit den Rahmenbedingungen eine wichtige Voraussetzung für Qualität, und auch eine Auseinandersetzung mit dem Feld, in dem das berufliche Handeln stattfindet, denn zur beruflichen Bildung gehört eine ständig aktualisierende Fortbildung im entsprechenden Arbeitsbereich. Aber auch politische Tendenzen, Kontroversen und Diskussionen müssen in alle Bereiche der (beruflichen) Bildung einfließen, geführt werden und verankert sein, um eigene Standpunkte immer wieder in Frage zu stellen und sich individuelle Standpunkte zu erarbeiten. Das gilt sowohl für das fachliche und berufspolitische Handeln als auch für unsere Verantwortung als Staatsbürger. Wenn wir die derzeitige Situation in unserem Gesundheitswesen genauer betrachten, ergeben sich ganz unterschiedliche Problemstellungen, die ich auf zwei Aspekte des Arbeitsfeldes psychiatrische Pflege begrenzen möchte.

1. Grundsätzlich muss sich jeder Einzelne, vor allem die professionell Tätigen, damit auseinandersetzen, wie sie/er zu gesundheits-, sozial- und psychiatriepolitischen Gesetzen steht, die sich zeigen in »Modernisierung des Gesundheitswesen« und sich »Reformen« nennen, letztendlich aber nur Einschnitte für die Schwächsten, Gebrechlichen, chronisch Kranken und alte Menschen bedeuten und eine Verschlechterung der Versorgungs- und Betreuungsstrukturen auch in der Psychiatrie sind. Dadurch wird aus meiner Sicht der Rückfall und eine Verarmung gewissermaßen vorprogrammiert. Zusätzlich hat sich meiner Wahrnehmung nach die Sprache sehr verändert, sie ist wertend bis feindselig, ökonomisiert und verwirtschaftlicht, beispielsweise, wenn es um »nur« Kassenversicherte oder Sozialhilfeempfänger geht.

»Der wahre Treibsatz für die Sozialhilfe steckt in den Ausgaben für Schwerstbehinderte« (im »Spiegel« 40/2003, Seite 21)

Reflexionsfragen, denen wir uns deshalb stellen müssen, sind beispielsweise:

- Wo fängt es in der psychiatrischen Pflege ethisch an, eine Schieflage zu werden und ab wann wird mit unterschiedlichen Maßstäben in der pflegerischen Leistung gemessen?
- Welche Menschenbilder bestimmen unseren Alltag, in der Zusammenarbeit mit Betroffenen, Angehörigen, anderen Berufsgruppen und Institutionen?
- Wo können wir der »verrohenden« Sprache entgegen wirken und deutlich machen, dass die Wahl der Worte sich im Handeln niederschlägt?

- Wie können wir fachlich inhaltlich verdeutlichen, wo gespart werden kann und wo es keine Möglichkeiten gibt und letztendlich der Betroffene darunter leidet und wir nicht mehr fachlich kompetent handeln können?
  - Wie können wir unser Tun auf der einen Seite nachweisen und auf der anderen unnötigen Bürokratismus, der unnütz Zeit in Anspruch nimmt, aufzeigen?
2. Die Pflege hat sich in der Psychiatrischen Versorgung immer schwer getan, sich in die Diskussion überhaupt oder sich rechtzeitig einzumischen und aktiv Stellung zu beziehen, wie beispielsweise zum Anteil psychiatrischer Pflege in den komplementären und ambulanten Einrichtungen oder zur Soziotherapie und dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan.

Fragen, die sich unsere Berufsgruppe in diesem Zusammenhang zu stellen hat:

- Wie kann psychiatrische Pflege die vorhandenen Hilfsinstrumente mehr nutzen und ihren Beitrag in der Gesamtversorgung verdeutlichen?
- Wo zeigt psychiatrische Pflege auf, welcher Anteil in der Betreuung und Begleitung psychisch kranker Menschen bei fehlender Pflege nicht angeboten wird?
- Wie und wo kann psychiatrische Pflege Grundlagen für Argumentationen auf wissenschaftlicher Basis schaffen?
- Wo hört die Reduzierung von Personal auf, weil die elementare Grundversorgung in der psychiatrischen Pflege, Kommunikation und Auseinandersetzung, Beziehungs- und Milieugestaltung nicht mehr zu verwirklichen sind?
- Wie kann unter den gegebenen Umständen die Tatsache bewältigt werden, dass im stationären Bereich, beispielsweise immer kränkere Menschen betreut werden, und dass auf den ambulanten und komplementären Stationen noch sehr gestörte Menschen entlassen werden?

Die Fragen ließen sich beliebig fortsetzen. Mir erscheint in diesem Zusammenhang besonders wichtig, dass sich psychiatrische Pflege auch ihrer (berufs-) politischen Verantwortung bewusst ist und Strukturen mit Fachkompetenz inhaltlich beeinflusst. Denn sonst bleibt die Frage, ob sich die Pflege je nach Bedarf unkritisch einsetzen lässt, ob sie einfach verwendbar ist und ob sie zu Missständen und inhumanen Rahmenbedingungen schweigt. Auch begründeter Ungehorsam und Widerstand gehört zu einer guten Bildung und personaler, sozialer, Fach- und Sachkompetenz.

## Qualitätsniveau und Tätigkeiten in der Psychiatrischen Pflege

*»Achte auf deine Gedanken, denn sie werden Worte.  
Achte auf deine Worte, denn sie werden Handlungen.  
Achte auf deine Handlungen, denn sie werden  
Gewohnheiten. Achte auf deine Gewohnheiten,  
denn sie werden dein Charakter. Achte auf deinen  
Charakter, denn er wird dein Schicksal.«*  
aus dem Talmud

Auffällig ist, dass im Alltag der Pflege über formale und inhaltliche Qualifikationen wenig gesprochen wird, obwohl sie beim alltäglichen Handeln als auch bei Problemlösungsprozessen eine wichtige Rolle spielen. Oft werden Abgrenzungen als unkollegial und hierarchisch angesehen und haben häufig in einer »guten Zusammenarbeit« keinen Platz. Qualifikation ist jedoch eng verbunden mit Kompetenz, das bedeutet, dass sowohl eine formale Qualifikation als auch eine persönliche Kompetenz fachkundiges Handeln ausmachen. Nach Olbrich können vier Dimensionen pflegerischen Handelns unterschieden werden, die aktiv-ethische, die reflektierende, die situativ-beurteilende und die regelgeleitete. Das bedeutet zum Einen, dass das pflegerische Handeln immer auf Wert- und Normvorstellungen beruht, die jedoch nicht immer explizit reflektiert werden. Trotzdem kann aktiv-ethisches Handeln nach Olbrich als ein bewusstes, reflektiertes, aktives Umgehen mit ethischen Werten bezeichnet werden, dort wo sie für den Patienten von Bedeutung sind. Zum Zweiten heißt dies, dass reflektierendes Handeln in der Pflege nicht nur das Gegenüber, den Patienten betrifft, sondern gleichermaßen die eigene Person, und dass Gefühle und Erleben von der eigenen Person aus formuliert werden, auf dem Hintergrund des persönlichen und beruflichen Menschenbildes und der eigenen Identität. D. h. im Vordergrund steht die Frage, wodurch und womit wird in der Pflege etwas bewirkt. Zum Dritten bedeutet situativ-beurteilendes Handeln, dass die Wahrnehmung und die Sensibilität auf bestimmte spezifische Situationen und Zustände gerichtet ist. Das Handeln erfolgt auf Grund von individueller Einschätzung und Beurteilung im Kontext des Geschehens, mit der Frage wo und wann Pflege wirksam werden kann. Zum Vierten führt Olbrich aus, dass regelgeleitetes Handeln in der Pflege auf Fachwissen, Können und einer sachgerechten Anwendung des Wissens beruht und dass auf diesem Hintergrund die pflegerischen Grundregeln theoriegeleitet, fundiert und systematisch ausgeführt werden. Das bedeutet in der Praxis zu fragen, was denn die Inhalte von Pflege sind und wie sie ausgeführt bzw. erledigt werden. Olbrich<sup>1</sup> betont, dass Kompetenz und Verständnis von Wissen und Können durch das Wesen der Transaktionalität und Rationalität zu definieren sei, das bedeute, die Kompetenz an sich gäbe es nicht, sondern sie sei

immer innerhalb einer Situation zu sehen und grenzt sich damit vom Konzept der Schlüsselqualifikation ab, das eher Fähigkeiten und Qualifikationen als feststehende Tätigkeitsmerkmale benennt. Kompetenz könne nur über die Dimension des pflegerischen Handelns indirekt erschlossen werden. Ich möchte zwei Beispiele kurz darlegen.

»Wer das Trennende der Grenzen mildern will, muss sie achten.«  
Walter Scheel

Auf dem Hintergrund von immer enger werdenden finanziellen Ressourcen wird die Frage »wie viel qualifizierte Mitarbeiterinnen braucht es für welche Tätigkeit« immer relevanter. Gleichzeitig muss sich die Pflege daran messen lassen inwieweit sie fachlich begründen kann, warum welche Tätigkeit mit welcher Qualifikation ausgeführt werden muss, um dem einzelnen psychisch kranken Menschen die ihm angemessene Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen.

Das erste Beispiel für eine Argumentation: In meiner Diplomarbeit habe ich auf dem Hintergrund der Methode Gruppendiskussion, mittels Indikatoren und der Auswertungsmethode Grounded Theory den Versuch unternommen, unterschiedliche Pflegesituationen und das jeweilige punktuelle Handeln nach Qualifikationen darzustellen, also Qualität und Interventionen in der psychiatrischen Pflege inhaltlich qualitativ zuzuordnen. Einige unterschiedliche Beispiele sollen zur Verdeutlichung der Handlungsspielräume dienen:

Abb.1: Pflegesituationen und Handlungsschemen nach Qualifikation

Handlungsrahmen		Qualifikation	
Pflegesituation	Pflegehelfer Pflegehelferin	Krankenschwester Krankenpfleger	Fachkranken- Schwester/Fachkranken- pfleger
<b>Im Team gemeinsam arbeiten</b>	Er/sie weiß, dass jeder Mitarbeiterin/jede Berufsgruppe ihren spezifischen Beitrag in der Gesamtbehandlung des Patienten hat, versucht im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten zu kooperieren, zu koordinieren und zu kommunizieren	Sie/er weiß die unterschiedlichen Zugangswege der unterschiedlichen Berufsgruppen zum Patienten zu schätzen und zu unterstützen, stellt Kontinuität her, Kommunikation, Kooperation und Koordination sind selbstverständliche Hilfsmittel in der Zusammenarbeit, sie/er kann sein Handeln im Team entsprechend begründen und ist sich ihrer/ seiner Aufgabe bewusst	Sie/er setzt unterschiedliche Zugangsformen gezielt ein, ebenso wie den gleichberechtigten Umgang mit allen Berufsgruppen, die vier K's gehören zum selbstverständlichen Handwerkszeug (Kooperation, Koordination, Kontinuität und Kommunikation), sie kann ihr Handeln fachkompetent auf einem breiten theoretischen Wissen begründen und flexibel entsprechend handeln
<b>Entlassungsvorbereitung</b>	Er/sie kennt die Möglichkeiten und Grenzen einer wohnortnahen und gemeindeintegrierten Psychiatrie und weiß um deren Bausteine, kennt die Zusammenhänge von fehlender Nachsorge und Wiedererkrankung	Sie/er kennt alle Einrichtungen in der Region und weiß um deren Möglichkeiten, Aufgaben und Grenzen, sie/er fängt rechtzeitig mit der Entlassungsvorbereitung an („die Entlassung beginnt am Tag der Aufnahme“), sie/er kennt Frühwarnzeichen von psychischen Erkrankungen und kann entsprechend mit dem Patienten vorbeugend handeln	Sie/er kennt die Einrichtungen und den Auftrag der zu versorgenden Region, alle Konzepte und Gremien und arbeitet entsprechend mit, sie/er bezieht Gesundheitsvorsorge als auch primäre, tertiäre und sekundäre Prävention in Planungen sowohl beim einzelnen Patienten als auch z. B. bei Konzeptentwicklungen mit ein, setzt sie um und handelt entsprechend, sie/er kann Copingstrategien erarbeiten
<b>Pflegerische Gruppen (am Beispiel von Mahlzeiten)</b>	Er/sie kann den äußeren Rahmen der einzelnen Mahlzeiten verantwortlich organisieren und weiß um die Wichtigkeit gemeinsamer Mahlzeiten und kann diese gemeinsam mit anderen gestalten	Sie/er kann den Mahlzeiten den entsprechenden Stellenwert zuordnen, kann sie verantwortlich gestalten, sieht, wer wie unterstützt werden muss und kann einzelne soziale Kompetenzen beim Patienten/ Klienten fördern, außerdem findet sie Konversations- oder sonstige angemessene Gesprächsthemen	Sie/er kann die Mahlzeiten als gemeinsames Tun im Sinne der Gemeinschaft und als Möglichkeit soziale Kompetenzen zu fördern einordnen und gezielt einsetzen, weiß Mahlzeiten zu gestalten und kann ein Gespräch untereinander und zur gegenseitigen Unterstützung anregen, und kennt die Vorlieben und Abneigungen der einzelnen Patienten/ Klienten
<b>Anleiten und beraten</b>	Er/sie kann Patienten/ Klienten bei alltäglichen Aktivitäten und in der Selbstpflege unterstützen und anleiten, dabei Über- und Unterforderung vermeiden, Pflegeplanung unterstützen und geeignete Maßnahmen eigenständig durchführen, sonst mit Anleitung, er/sie begegnet Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen mit Offenheit	Sie/er erarbeitet mit dem Patienten/Klienten einen Pflegeplan oder anteilig an einem Behandlungsplan und übernimmt die Verantwortung, sie/er erkennt, was sie/er delegieren kann und unterstützt die Eigenständigkeit und Autonomie des Patienten/Klienten mit geeigneten, an den Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten orientierten Mitteln, Angehörige, das Umfeld und die Umgebung des Patienten werde selbstverständlich in die Pflege und Beratung einbezogen	Sie/er wendet den Pflegeprozess auf allen Ebenen an und übernimmt die Verantwortung für die Weiterentwicklung von Konzepten und deren Anpassung an den Bedarf der Patienten/ Klienten und hält alle pflegerischen Mitarbeiter an, ihre berufliche Verantwortung in ihrem Rahmen zu übernehmen und entsprechend zu handeln, sie/er kennt die Dynamik von einzelnen Personen und von Gruppen und weiß um die Probleme, verhandeln statt behandeln sind selbstverständliche Grundlagen der Anleitung und Beratung



An Schlüsselqualifikationen soll ein zweiter Aspekt aufgezeigt werden, nämlich, dass sich, im Gegensatz zu der immer noch verbreiteten Meinung, vieles in der psychiatrischen Pflege nicht gut erfassen und kontrollieren lässt.

Unter Schlüsselqualifikationen versteht man ganz allgemein eine Möglichkeit der Weiterentwicklung von Kompetenzen, Fähigkeiten, Einstellungen und Strategien, die dabei helfen, Probleme zu lösen, neue Kompetenzen zu erwerben und sie in Verbindungszusammenhang von Wissen im Alltag und im sozialen Umfeld anzuwenden. Damit verbunden ist das Interesse am eigenständigen Lernen und der Verbesserung der eigenen Lernprozesse durch Erkenntnisse, Reflexion, Flexibilität, Fähigkeit zur Kommunikation und Zusammenarbeit, zum kreativen Denken und zur Entwicklung einer klaren Grundhaltung. Voraussetzung dabei sind eine Grundhaltung, die den einzelnen Menschen als Ganzes wahrnimmt, respektiert und auch bereit ist das eigene Menschenbild und seine Berufsausübung zu überprüfen und zu reflektieren. Aufbauend auf das Wissen aus der Ausbildung erfolgt in jeder (pflegerischen) Weiterbildung das Vertiefen, Überprüfen und Erweitern des pflegerischen und fachspezifischen Wissens und die Erweiterung der theoretischen und praktischen Qualifikation im jeweiligen Fach- und Funktionsbereich. Das bedeutet die (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen, die Entfaltung von Personen-, Selbst-, Fach-, Sach- und Methodenkompetenz. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion, zur kritischen Auseinandersetzung, zur Kooperation, Koordination, Kommunikation und Kontinuität in der täglichen Arbeit ist dabei genauso entscheidend wie die Befähigung hypothetisch zu denken, theoretische Ansätze in Handeln umzusetzen und einzubeziehen oder pflegerische Probleme zu identifizieren und zu analysieren und die Selbstbestimmtheit und Autonomie des einzelnen auf Pflege angewiesenen Menschen zu fördern. Die Bewältigung von Krisen und Konflikten bei Patienten/Klienten, Angehörigen, Kollegen, anderen Berufsgruppen und Institutionen, gehören zu einem fachlich qualifizierten Arbeiten, ebenso wie die Mitwirkung an der Gesamtbehandlung des Patienten/Klienten und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit, zur Teamarbeit. Die Berücksichtigung von ökonomischen und wirtschaftlichen Aspekten sollte selbstverständlicher Bestandteil beruflichen Handelns sein.

Im Rahmen unserer Qualitätsentwicklung in der Aus-, Fort und Weiterbildung des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main haben wir beispielsweise für alle Fachweiterbildungen gemeinsame Schlüsselqualifikationen entwickelt und in den einzelnen Fachbereichen detailliert umgesetzt und mit Unterrichtsinhalten versehen. Exemplarisch zur Veranschaulichung zwei ausgewählte Schlüsselqualifikationen:

**Schlüsselqualifikation: ⇨ Mitwirkung an der Gesamtbehandlung des Patienten / Klienten / Bewohner / Besucher**

Fach- und Sachkompetenz (Theoretisch-fachliche Kenntnisse über...)	Methodenkompetenz (Überprüfbarkeit, positive Anwendung in der Praxis)	Soziale- und Personale Kompetenz (Fähigkeiten)	Unterrichtsinhalte (Beispiele)
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Leistungen anderer Mitarbeiter, Einrichtungen und Dienste</li> <li>&gt; Koordination, Kooperation und Kontinuität</li> <li>&gt; Formen der Hierarchie, Führungsstile, Entscheidungswege und Verantwortlichkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten beziehen die Angebote und Hilfsmöglichkeiten anderer Dienstleister mit ein</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten arbeiten mit anderen Berufsgruppen und Institutionen konstruktiv zusammen und kennen die angemessenen Prioritäten</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten beziehen die Sichtweisen anderer Mitarbeiter und Berufsgruppen mit ein und berücksichtigen die Bedürfnisse der Betroffenen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten akzeptieren und wertschätzen die Zuständigkeiten und Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten stimmen ihre Ziele mit anderen Berufsgruppen ab und suchen bei divergierenden Sichtweisen nach Konsens und Kompromissen</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten beachten die jeweiligen Zuständigkeiten in der Versorgung und beziehen Vorgaben und rechtliche Aspekte mit ein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Prävention und Rehabilitation psychiatrischer Pflege</li> <li>&gt; Kooperation und Kommunikation im Team und mit Umfeld</li> <li>&gt; Organisation des Pflegedienstes in verschiedenen Einrichtungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; verschiedene Formen psychiatrischer Behandlung und deren Indikation</li> <li>&gt; sozial-, gesundheits- und psychiatriepolitische Gegebenheit und deren Auswirkungen auf Dienstleistungen und deren Bedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Methodenkompetenz (Überprüfbarkeit, positive Anwendung i.d. Praxis)</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten beraten Betroffene über Behandlungsmöglichkeiten und unterstützen sie bei Entscheidungen</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten beziehen aktuelle politische Fragen in ihr Alltagshandeln mit ein, arbeiten wirtschaftlich und ökonomisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soziale- und Personale Kompetenz (Fähigkeiten)</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten erkennen, wenn sich einzelne Maßnahmen gegenseitig ausschließen</li> <li>&gt; psychiatrische Pflegeexperten identifizieren den Änderungsbedarf in ihren Konzepten und handeln sowohl im Sinne der Betroffenen als auch der Institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unterrichtsinhalte</li> <li>&gt; Pflegeberatung und Wissensvermittlung in der Psychiatrie</li> <li>&gt; Konzepte der Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Grundlagen der Leistungserfassung in der Psychiatrie</li> </ul>

**Schlüsselqualifikation:** ⇒ **Gesundheitsförderung / Prävention, die Fähigkeiten des Patienten/Klienten fördern, im Rahmen seiner Möglichkeiten gesund zu bleiben, Eingliederung bzw. Wiedereingliederung unterstützen**

Fach- und Sachkompetenz (Theoretisch-fachliche Kenntnisse über...)	Methodenkompetenz (Überprüfbarkeit, positive Anwendung in der Praxis)	Soziale- und Personale Kompetenz (Fähigkeiten)	Unterrichtsinhalte (Beispiele)
> Risikofaktoren, unterschiedliche Frühwarnzeichen und dazugehörige Handlungsschritte	> psychiatrische Pflegeexperten gehen mit dem Patienten auf die Suche nach Belastungen und Lebenssituationen, die seine Stabilität gefährden, nach Frühwarnzeichen, die er oder seine Bezugspersonen erkennen können	> psychiatrische Pflegeexperten reflektieren ihr eigenes Gesundheits- und Krankheitsverständnis	> Präventive und rehabilitative Aufgaben psychiatrischer Pflege
> psychologische, soziologische und pädagogische Aspekte der Entstehung eines Selbstbildes	> psychiatrische Pflegeexperten finden mit dem Patienten heraus, unter welchen inneren und äußeren Bedingungen er mit seiner Erkrankung am besten leben kann	> psychiatrische Pflegeexperten erarbeiten mit dem Patienten sein Selbstbild und überschaubare Ziele für die Zukunft	> Gesundheits- und ressourcenorientierte psychiatrische Pflege/Bezugspflege
Lernschritte, Zielformulierungen, Lernzielkontrollen	> psychiatrische Pflegeexperten begleiten und versorgen den psychisch kranken Menschen, auch wenn er keine ‚Fortschritte‘ macht oder sich ablehnend verhält	> psychiatrische Pflegeexperten planen gemeinsam mit dem Betroffenen überschaubare Schritte zur Selbständigkeit und Autonomie und ermuntern den Betroffenen, Neues auszuprobieren und vermitteln, dass Fehler passieren	> Grundhaltung und psychiatrische Pflege als Beziehungs- und Problemlösungsprozess
> erforderliche Fähigkeiten zur Selbstpflege und Selbstpfledefizite, Eigenverantwortlichkeit eines Menschen	> psychiatrische Pflegeexperten beschreiben und benennen Selbstpfledefizite beim Betroffenen und planen mit ihm Maßnahmen, ohne ihn zu über- oder unterfordern	> psychiatrische Pflegeexperten trainieren Fertigkeiten zur Selbstversorgung mit dem Betroffenen und üben mit ihm Wege ein wie er sich rechtzeitig Hilfe holen kann	> Spezielle Aufgaben der psychiatrischen Pflege in verschiedenen Pflegesituationen
> die Bedeutung von Arbeit, Freizeit, Wohnen usw. für das Wohlbefinden eines Menschen	> psychiatrische Pflegeexperten ermöglichen es dem Betroffenen rechtzeitig zu zeigen wo er Hilfebedarf hat und zeigen auf welche Wege er nutzen kann	> psychiatrische Pflegeexperten schaffen gemeinsam mit dem Betroffenen eine Tagessstruktur, die ihn in seinem Bemühen um Stabilität unterstützen	> Pflegeprozess, Sozialtherapie und Milieugestaltung

Fach- und Sachkompetenz (Theoretisch-fachliche Kenntnisse über...)	Methodenkompetenz (Überprüfbarkeit, positive Anwendung in der Praxis)	Soziale- und Personale Kompetenz (Fähigkeiten)	Unterrichtsinhalte (Beispiele)
> das soziale Netz und die Möglichkeiten der materiellen Absicherung	> psychiatrische Pflegeexperten erkennen den materiellen Hilfebedarf des Betroffenen und unterstützen ihn, seine Ansprüche geltend zu machen	> psychiatrische Pflegeexperten erschließen dem Betroffenen alle ihm zustehenden Finanzquellen zu seinen wirtschaftlichen Absicherung – auch in Zusammenarbeit mit anderen	> Rechtsgrundlagen, die für die psychiatrische Pflege von Bedeutung sind (Rentenversicherung, Krankenversicherung, Sozialgesetzbuch usw.)
> Entwicklungen in der psychiatrischen und sozialen Arbeit, die stabilisierende Wirkung von Strukturen, Integration und sozialen Bezügen	> psychiatrische Pflegeexperten bleiben auf dem neuesten Kenntnisstand bezüglich der Hilfen im Versorgungsbereich und geben ihre Informationen an andere weiter	> psychiatrische Pflegeexperten informieren sich über neue Erkenntnisse sie erarbeiten gesundheitsstabilisierende Faktoren mit dem Betroffenen auf dem Hintergrund seiner Biographie und integrieren sie mit ihm in seinen Alltag	> Gesundheits- und ressourcenorientierte Pflege in der Organisationsform der Bezugspflege, Pflegeberatung und Wissensvermittlung in der Psychiatrie
> Bedingungen für die Entstehung von Selbsthilfepotenzialen	> psychiatrische Pflegeexperten unterstützen und initiieren aktiv Gruppen, die zum besseren Verständnis von Erkrankungen sowohl beim Betroffenen als auch seinem Umfeld führen	> psychiatrische Pflegeexperten arbeiten interdisziplinär und mit Betroffenen und Angehörigen Selbsthilfegruppen, Psychoedukativen Gruppen, Psychose-seminaren und anderen Aktivitäten mit und bringen diese Erfahrungen in die alltägliche Arbeit ein	> Krankheitsmodelle in der Psychiatrie, Psychische Krankheit, Familie und Umgebung
> Geschichte und Entwicklung des Berufes, der Psychiatrie und psychiatrischen Versorgungsstrukturen, Rolle und Aufgaben von psychiatrischer Pflege innerhalb des Versorgungssystems	> psychiatrische Pflegeexperten verfügen über umfassende und neue Kenntnisse auf ihrem Fachgebiet, setzen dies in Handeln um und geben es an andere weiter	> psychiatrische Pflegeexperten setzen sich mit der beruflichen Geschichte auseinander, halten ihr fachliches Wissen auf den neuesten Stand und passen ihr Handeln entsprechend an	> Geschichte der Psychiatrie und der psychiatrischen Pflege, Organisation des Pflegedienstes in verschiedenen Einrichtungen der gemeindenahen Psychiatrie, der stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Behandlung und Betreuung
> Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Bildungssystem in der Pflege, Qualitätskriterien in der psychiatrischen Pflege	> psychiatrische Pflegeexperten wünschen und regen Qualitätskontrollen durch Kollegen, Betroffene und Angehörige an	> psychiatrische Pflegeexperten sorgen dafür, dass sich das Qualitätsniveau psychiatrischer Pflege verbessert und überprüfbar wird bzw. ist	> Konzepte der Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Pflegeverständnis, Berufspolitik, Entwicklung der psychiatrischen Pflege
> Möglichkeiten das Selbstverständnis zu reflektieren und weiterzuentwickeln, Angebote von Aus-, Fort- und Weiterbildung, Fachliteratur und Fachzeitschriften, relevante Organisationen und Verbände	> psychiatrische Pflegeexperten vertreten selbstbewusst und kompetent die psychiatrische Pflege und setzen sich für die Selbstbestimmung des Berufes ein und übernehmen die Verantwortung für das eigene berufliche Handeln sie wirken aktiv in Gremien und Arbeitskreisen mit und tragen dazu bei, den Beruf weiterzuentwickeln und den angemessenen Stellenwert einzuräumen	> psychiatrische Pflegeexperten reflektieren das berufliche Selbstverständnis und kongrieren es im Bedarfsfall	> Pflegeverständnis, Entwicklung und Berufspolitik, Rolle der Pflege in der gemeindenahen Versorgung, Ethische Fragen der psychiatrischen Pflege

Abb. 2: Ausgewählte Schlüsselqualifikationen in der psychiatrischen Pflege

Fach- und Sachkompetenz (Theoretisch-fachliche Kenntnisse über...)	Methodenkompetenz (Überprüfbarkeit, positive Anwendung in der Praxis)	Soziale- und Personale Kompetenz (Fähigkeiten)	Unterrichtsinhalte (Beispiele)
> Kommunalpolitik und ihre Auswirkungen auf die pflegerische Arbeit, die wichtigsten Quellen weiterführender Informationen, auch von Leistungsgesetzen	> psychiatrische Pflegeexperten diskutieren mit anderen die Auswirkungen von gesundheits- und gesellschaftspolitischen Entwicklungen auf das eigene Arbeitsfeld und suchen nach Möglichkeiten Risiken und Gefahren von Betroffenen und vom psychiatrischen Versorgungssystem abzuwenden	> psychiatrische Pflegeexperten beschaffen sich die notwendigen Informationen in Politik und Versorgungsstruktur und werden gegebenenfalls aktiv	> gesellschaftliche Bedingungen und Normen in der Psychiatrie, Pflegeverständnis, Entwicklung und Berufspolitik
> Forschungsergebnisse und Forschungsbedarf in der psychiatrischen Pflege, berufspolitisch aktuelle Themen und Entwicklungen	> psychiatrische Pflegeexperten spüren nicht begründbare Handlungsweisen auf, gehen ihnen auf den Grund und ermitteln den Untersuchungsbedarf mit Kolleginnen	> psychiatrische Pflegeexperten erkennen noch zu untersuchende pflegerrelevante Themen und unterstützen und stoßen entsprechende Forschungsvorhaben an	> Pflegetheorien und Pflegeforschung, Entwicklung in der psychiatrischen Pflege

## Zusammenfassung und Ausblick

»Die Wissenschaft von heute ist der Irrtum von morgen.«  
Jakob von Uexküll

- Wenn wir davon ausgehen, dass psychiatrische Pflege sich im Wesentlichen mit der Wiederherstellung und dem Ausbau der Beziehung zu sich selbst und zur Umgebung befasst, und dass sie die Erweiterung der sozialen Kompetenz, vor allem der alltagspraktischen Fähigkeiten anstrebt, dass sie die Gestaltung des Alltags trotz Krankheit oder Behinderung begleitet und unterstützt, Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Autonomie fördert und fordert, und den Erwerb von Strategien zum Umgang mit Krankheit und Behinderung als zentrale Aufgabe ansieht, dann muss es uns darum gehen, Methoden (weiter) zu entwickeln und deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachzuweisen.
- Die aufgezeigten Problemstellungen und die damit verbundenen Fragen machen deutlich, dass hier weiterer Klärungsbedarf besteht. Nimmt man hinzu, dass beispielsweise weder verlässliche statische Daten bezüglich der Anzahl, Verteilung und Qualifikation von Pflegekräften in der stationären Psychiatrie vorliegen (vgl. Rössler & Salize 1996), noch empirische Studien bzgl. Qualifikation und Anforderungsprofil von psychiatrisch Pflegenden existieren, dann wird hier ein Forschungsbedarf offensichtlich, sowohl für den stationären als auch für den komplementären und ambulanten Bereich.
- Damit verbunden ist die Fragestellung, ob die vorhandenen Qualifikationen die Anforderungen an eine differenzierte, dem Pflegebedarf und den Pflegebedürfnissen von Betroffenen und deren Angehörigen entsprechende Ausübung psychiatrischer Pflege erfüllen oder ob der Anspruch an eine qualitativ hohe psychiatrische Pflege neu erarbeitet und den Veränderungen in allen Versorgungsbereichen angepasst werden muss. Außerdem sind die teilweise vorhandenen Qualitätskriterien an psychiatrische Pflege dahingehend zu überprüfen, ob die psychiatrischen Pflegeinterventionen wirksam sind, wo andere Konzepte angewandt werden müssten, und welchen Beitrag die Pflege in der Gesamtbehandlung leistet.

Inwieweit Pflegewissenschaft und Forschung neue andere Wege eröffnen und wir Pflegenden oder besser Pflegeexperten bereit sind, uns unterschiedliche Konzepte zu erschließen, Projekte begleitend zu fundieren, wird die Zukunft zeigen. Jedenfalls wäre es dringend erforderlich, dass psychiatrische Pflege mehr in den Blick von Pflegeforschung gerät und den ihr zustehenden Stellenwert bekommt.

»Bildung dient nicht dazu da, ein Fass zu füllen,  
sondern eine Flamme zu entzünden.«  
(Heraklit)

Ich wünsche uns psychiatrisch Pflegenden Kolleginnen und Kollegen, die zum Qualitätsniveau im Pflegeberuf beitragen und ihre Tätigkeiten/Pflegeinterventionen fachkompetent und mit Engagement in der Praxis der Lehre, im Management und in der Wissenschaft und Forschung ausüben, dass wir damit zum notwendigen Aufbruch auf allen Ebenen beitragen und einen Umbruch erzielen, der hilft, gesündere Lebensräume zu gestalten und zu aller Menschen Wohlbefinden beizutragen.

## Literatur:

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e. V. (ADS) und DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. – Bundeskonferenz der Pflegeorganisatinnen:** Qualitätssicherung pflegerischer Weiterbildungsmaßnahmen – Analyse und Zertifizierungsverfahren
- Arbeitskreis Pflege der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)**  
„Pflegeprofil – Grundriss psychiatrischer Pflege“ Köln 1994, DGSP-Geschäftsstelle Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
- Arbeitskreis Pflege der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)**  
„Pflegequalität in der psychiatrischen Versorgung – soweit sie sich messen lässt“ Köln 1996, DGSP-Geschäftsstelle Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesia, Catherine A.:** Pflegeexperten – Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik, Verlag Hans Huber Bern Göttingen Toronto Seattle 2000
- Ciampi, Luc:** Die emotionalen Grundlagen des Denkens – Entwurf einer fraktalen Affektlogik, Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1997
- Olbrich, Christa:** Pflegekompetenz, Verlag Hans Huber Bern Göttingen, Toronto Seattle 1999
- Finzen, Asmus; Schädle-Deining, Hilde:** „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ – Die Psychiatrie-Enquête, Psychiatrie Verlag Rehburg-Loccum 1979
- Rössler, Wulf; Salize, Hans-Joachim:** Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen - Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 177, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 1996
- Schädle-Deining, Hilde; Storck, Günter:** Psychiatrisch-pflegerische Inhalte im personenzentrierten Handeln – ein Plädoyer, Psych. Pflege Heute, 10. Jahrgang, Heft 5/2004
- Schädle-Deining, Hilde; Villinger, Ulrike:** Praktische Psychiatrische Pflege - Arbeitshilfen für den Alltag, Psychiatrie Verlag Bonn, 1996
- Schädle-Deining, Hilde; Wolff, Stephan; Walter, Gernot** (Hrsg.): Wegbeschreibungen – DENK-Schrift über psychiatrisch-pflegerisches Handeln, Mabuse Verlag Frankfurt/Main, 2000
- Schädle-Deining, Hilde,** unveröffentlichte Diplomarbeit Fachhochschule Frankfurt / Main, 2001, Qualifikation und Qualität psychiatrischer Pflege – Diskussion, Ermittlung und Erarbeitung des Forschungsbedarfes im Hinblick auf Qualität und Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege -
- Schädle-Deining, Hilde:** Fachpflege Psychiatrie, Urban & Fischer Verlag München, erscheint Ende 2004
- Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für Pflegeberufe** des Landes Hessen vom 24. Mai 1996, in Ergänzung vom 27. März 1998

## **Systematische Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos auf Akutstationen**

Christoph Abderhalden (Forschungsstelle Pflege und Pädagogik,  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz)

### **Einleitung**

Von Patienten ausgehende Gewalt und Aggression in der Pflege, insbesondere in der psychiatrischen Pflege, ist ein bekanntes und in der Literatur gut dokumentiertes Problem [13, 22]. Während stationärer psychiatrischer Behandlungen kommt es zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten durch PatientInnen, am häufigsten in Akut-/Aufnahmestationen; dort vor allem innerhalb der ersten 3-7 Tage des Klinikaufenthalts. MitarbeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen werden nicht selten Opfer gewalttätiger Angriffe, besonders häufig sind Pflegendе betroffen [11, 12, 21, 24]. In einer im Herbst 1999 durchgeführten Befragung von 729 in der Deutschschweiz auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen tätigen Pflegenden gaben 72 % an, während der Berufsausübung tätlich angegriffen worden zu sein [3]. Aggressionsereignisse und vom Personal wahrgenommene Fremdgefährlichkeit sind oft Anlass zu Zwangsmaßnahmen, wie Zwangsmedikation und/oder Isolierungen. Diese Maßnahmen werden von den Patienten in vielen Fällen als Demütigung, Kränkung oder Strafe erlebt [10]. Die Reduktion von Aggression und die Prävention von Gewaltereignissen ist deshalb ein wichtiges Ziel der modernen Sozialpsychiatrie und der psychiatrischen Pflege. Es liegt auf der Hand, dass es ein vorrangiges Ziel sein muss, PatientInnen mit einem Risiko für gewalttätiges Verhalten frühzeitig zu identifizieren. Dies ermöglicht rechtzeitige präventive Interventionen und hilft, die Eskalationskette gefährlicher Situationen zu unterbrechen. Obwohl die Einschätzung des Gewaltrisikos eine wichtige Tätigkeit der Pflegenden auf psychiatrischen Stationen ist, besonders auf Akutstationen [4], erfolgt diese Risikoeinschätzung bisher eher uneinheitlich, eher intuitiv, und das Ergebnis der Risikoeinschätzung ist oft schwer begründbar und schlecht kommunizierbar. In der Deutschschweiz wird das Gewaltrisiko nur in 46 % der psychiatrischen Akutstation systematisch bei allen aufgenommenen Patienten eingeschätzt, und nur etwa jede zwanzigste Station verwendet eine Risikocheckliste [2].

## Risikoeinschätzung in der Psychiatrie

Das Einschätzen des Gewaltrisikos ist ein komplexes Forschungsthema; es gibt zwar viele Studien zu diesem Thema, aber die Ergebnisse sind nicht einheitlich und sie sind schwierig zusammenzufassen [23]. Das hat mit der Vielfalt der zu untersuchenden Aspekte und mit verschiedenen Forschungsproblemen zu tun (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Verschiedene Aspekte der Forschung zum Aggressionsrisiko**

Aspekt der Risikoeinschätzung	Mögliche
Was vorhersagen?	Aggressionseignisse? Physische Angriffe? Körperverletzungen? Straftaten?
Für welchen Zeitraum?	Nächste Stunden? Dauer der Hospitalisation? Zeit nach der Klinikbehandlung? Monate? Jahre?
In welcher Umgebung?	Nur in der Klinik? In der Gemeinde?
Art der Vorhersage	Risiko ja - nein? Wahrscheinlichkeit in %?

Eine besondere Schwierigkeit bei Studien zu Risikoeinschätzungen ist die, dass es gewissermaßen keinen »natürlichen Verlauf« ohne Intervention gibt, der beobachtet werden könnte. Gefährlichkeit wird meist in irgendeiner Form wahrgenommen, die Umgebung reagiert unweigerlich auf die Gefahr. Das bedeutet, dass in vielen Fällen zwar ein hohes Risiko feststellbar ist und ein Gewaltereignis mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhergesagt wird, dass aber aufgrund der unvermeidlichen präventiven Reaktion der Umgebung kein entsprechendes Ereignis eintritt. Dieses Phänomen hat die paradoxe Tatsache zur Folge, dass gute Risikoeinschätzungen rückblickend gesehen oft »falsch« (falsch positiv) sind: Gute Prävention führt damit zu einer Verschlechterung der Vorhersage.

Wichtige Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Risikoeinschätzungen sind die anhand einer Vierfeldertabelle (Abbildung 2) berechnete Sensitivität und Spezifität sowie die Ergebnisse der ROC-Analyse.

**Abbildung 2: Merkmale diagnostischer Tests: Sensitivität, Spezifität**

Vorhersage (Risiko)	Beobachtetes Ergebnis	
	Gewaltereignis	Kein Gewaltereignis
Hohes Risiko für ein Gewaltereignis	Richtig positive Einschätzung	Falsch positive Einschätzung
Kein Risiko für ein Gewaltereignis	Falsch negative Einschätzung	Richtig negative Einschätzung

Die Sensitivität gibt den prozentualen Anteil der mit »Hohes Risiko« eingeschätzten Fälle unter allen Fällen an, bei denen ein Gewaltereignis aufgetreten ist. Die Spezifität gibt den Anteil der mit »Kein Risiko« eingeschätzten Fälle unter allen Fällen an, bei denen kein Gewaltereignis aufgetreten ist. Sensitivität und Spezifität sind beeinflusst von der Prävalenz der untersuchten Ereignisse. Die ROC-Analyse kombiniert diese zwei Werte in einer Kurve. Die unter der Kurve liegende Fläche AUC (Area under the curve) wird mit einem Wert zwischen 0 und 1 angegeben, wobei der Wert 0.5 einem durch Zufall erklärbares Ergebnis entspricht. Die ROC-Analyse ist weniger prävalenzabhängig und ermöglicht den direkten Vergleich von Vorhersageinstrumenten. In den letzten Jahrzehnten wurde eine inzwischen fast unüberblickbare Fülle von Studien zum Thema der Risikoeinschätzung in der Psychiatrie publiziert [14]. In diesen Studien kommen im wesentlichen zwei unterschiedliche Herangehensweisen zum Zug: Der »klinische« Ansatz umfasst Studien, in denen die Risikoeinschätzung aufgrund der klinischen Einschätzung des Patientenverhaltens und -zustands erfolgt, der »statistische« (»actuarial«) Ansatz konzentriert sich auf die Identifikation statistisch bedeutsamer Risikofaktoren, wie z.B. Diagnose, Alter, Geschlecht, etc. [9]. Es gibt eine gewisse Kontroverse darüber, welcher Ansatz Erfolg versprechender ist. Einige Autoren postulieren eine klare Überlegenheit der Verwendung statistisch ermittelter Risikofaktoren, andere weisen auf Probleme mit diesem Ansatz hin. Wie auch immer: Ein besondere Schwierigkeit ist die Tatsache, dass es in der Mehrzahl der Studien um die langfristige Vorhersage von Gewalttaten geht und dass viele Studien im Bereich der forensischen Psychiatrie oder in der Gemeinde durchgeführt wurden. Es gibt generell wenige Studien, in denen die kurzfristige Vorhersage von Gewalttätigkeit im Akutbereich stationärer psychiatrischer Einrichtungen untersucht wurde – also in dem Setting und in Bezug auf die Art der Risikoeinschätzung, die für psychiatrisch Pflegende von besonderer Bedeutung ist. In einer durch das britische Royal College of Psychiatrists durchgeführten systematischen Suche nach empirischen Studien konnten nur 17 qualitativ gute Studien über die kurzfristige Risikoeinschätzung identifiziert werden [20]. Dieser Mangel in der bisherigen Forschung ist deshalb besonders nachteilig, weil

es deutliche Hinweise darauf gibt, dass die allgemeinen Risikofaktoren für das langfristige Risiko für Gewalttätigkeit für die kurzfristige Vorhersage des Gewalttrisikos im Setting von Akutstationen wenig hilfreich sind: Sie setzen eine Fülle von Informationen über den Patienten und seine Vorgeschichte voraus, die zum Aufnahmezeitpunkt oft nicht verfügbar sind, sie sind zeitaufwendig und schlecht in einen mit hohem Zeit- und Entscheidungsdruck verbundenen klinischen Alltag zu integrieren. Außerdem scheinen diese allgemeinen Risikofaktoren das Auftreten von Gewalt im Rahmen einer stationären Behandlung schlecht vorherzusagen [18]. In den vorliegenden Studien waren die Rater in den meisten Fällen Ärzte, selten Pflegende.

Es gibt auf der andern Seite verschiedene Studien, in denen klinisch beobachtbare Verhaltensweisen von Patienten identifiziert wurden, die in den einem Gewaltereignis vorhergehenden Stunden registriert worden sind, und es ist verschiedentlich angeregt worden, solche Verhaltensweisen in Risikoeinschätzungsinstrumente zu integrieren [15, 17]. Ein viel versprechendes Instrument, das aufgrund dieses Ansatzes entwickelt worden ist, ist die Norwegische Brøset-Violence-Checklist BVC, die Brøset-Gewalt-Checkliste [5, 7].

### Die Norwegische Brøset-Gewalt-Checkliste

Die Brøset-Gewalt-Checkliste wurde vom Pflegeforscher Roger Almvik in Trondheim/N entwickelt [5-7]. Sie beruht auf einer ebenfalls Norwegischen Untersuchung von Linaker und Busch-Iverson [15] über in den 24 Stunden vor einem physischen Angriff häufig beobachtete Verhaltensweisen. Die Brøset-Gewalt-Checkliste ist ein Instrument zur Einschätzung des Risikos, dass ein Patient in den 8-12 Stunden nach der Einschätzung jemanden physisch angreifen wird. Die Checkliste umfasst sechs Verhaltensweisen, bei denen eingeschätzt wird, ob sie in den letzten Stunden bzw. seit der letzten Einschätzung beobachtet worden sind. Diese Verhaltensweisen sind: Verwirrtheit, Reizbarkeit, Lärmiges Verhalten, verbales Drohen, körperliches Drohen, Angriffe auf Gegenstände. Jede Verhaltensweise wird zweimal täglich als »Beobachtet« mit 1 Punkt, oder als »Nicht beobachtet« mit 0 Punkten bewertet. Die Summe (0-6 Punkte) entspricht der Wahrscheinlichkeit eines physischen Angriffs in den Stunden bis zur nächsten Einschätzung. 3 oder mehr Punkte gelten als hohes Risiko, und der Einsatz präventiver Maßnahmen sollte geplant werden (vgl. Abbildung 3). In der Norwegischen Originalstudie erwies sich das Instrument als gut in den Arbeitsalltag integrierbar, einfach anzuwenden, und es wurde eine befriedigende Interrater-Reliabilität festgestellt. Die Sensitivität des Instruments betrug 0.74, die Spezifität 0.91, die ROC-Analyse ergab eine Fläche unter der Kurve (Area under the curve,  $AUC_{ROC}$ ) von 0.82 (95% CI 0.75 – 0.89).

Abbildung 3: Die Norwegische Brøset-Gewalt-Checkliste

Verhaltensweise	Definition	Punkte (beobachtet = 1 Punkt)
<b>Verwirrt</b>	erscheint offensichtlich verwirrt und desorientiert. Ist sich möglicherweise der Zeit, des Ortes und der Personen nicht bewusst; verkennt Personen, Situationen. »Verwirrt« ist in einem <i>allgemeinen Sinn</i> gemeint. Hierzu zählt auch psychotische Verwirrtheit, nicht nur Verwirrtheit in Zusammenhang mit einer Demenz o.ä.	
<b>Reizbar</b>	ist schnell verärgert oder wütend; zum Beispiel nicht in der Lage, die Anwesenheit anderer zu tolerieren.	
<b>Lärmig</b>	Das Verhalten ist übermäßig laut oder Krach verursachend. Z.B. schlägt Türen, schreit beim Sprechen, etc.	
<b>Körperliches Drohen</b>	Eine deutliche Absicht, eine andere Person zu bedrohen. Z.B. eine aggressive Körperhaltung einnehmen, an der Kleidung einer anderen Person reißen, Ballen der Faust, Heben eines Armes oder Fußes	
<b>Verbales Drohen</b>	Ein verbaler Ausbruch, der mehr ist als nur eine erhobene Stimme; und der die klare Absicht hat, eine andere Person zu verängstigen/einzuschüchtern, z.B. verbale Angriffe, Beschimpfungen, verbal neutrale Kommentare, die auf eine knurrende aggressive Art und Weise geäußert werden	
<b>Angriff auf Gegenstände</b>	Eine aggressive Handlung, die sich gegen einen Gegenstand und nicht gegen eine Person richtet, z.B. das wahllose Zuschlagen oder Zerschlagen von Fenstern, Treten, Schlagen oder Kopframmen gegen einen Gegenstand, oder Zerschlagen von Möbeln.	
<b>Summe</b>		
<i>Interpretation</i>	<i>0 Punkte = geringes Risiko</i> <i>1-2 Punkte = mässiges Risiko, es sollten präventive Massnahmen ergriffen werden</i> <i>≥ 3 Punkte = hohes Risiko, es sind präventive Massnahmen und Pläne zum Umgang mit einem allfälligen Angriff erforderlich</i>	

Die Brøset-Gewalt-Checkliste ist damit eines der wenigen Instrumente zur kurzfristigen Vorhersage von Gewaltereignissen bei stationären psychiatrischen Patienten, das kurz und einfach ist und auch im klinischen Alltag auf Akutstationen anwendbar ist. Es stößt international auf großes Interesse und wird in verschiedenen Ländern praktisch eingesetzt [6]. Zwei Aspekte der BVC scheinen uns hingegen diskussionswürdig: Nach der von Almvik empfohlenen Interpretation sind bei recht vielen Patienten präventive Maßnahmen angezeigt. Angesichts des nicht unerheblichen Anteils falsch-positiver Einschätzungen besteht das Risiko ungerechtfertigter freiheitseinschränkender Maßnahmen, was aus ethischer Sicht problematisch ist [8, 25]. Die BVC stützt sich außerdem nur auf das beobachtbare Verhalten des Patienten ab und weitere möglicherweise wichtige Informationen, situative Faktoren etc. und das Erfahrungswissen der Pflegenden werden bei der Risikoeinschätzung nicht berücksichtigt.

## Validierung der BVC in der Schweiz und Weiterentwicklung

Zur Prüfung der Vorhersagekraft einer deutschen Fassung der BVC führten wir in der Deutschsprachigen Schweiz zwei Studien durch und entwickelten dabei das Instrument weiter. Vor Beginn der ersten Studie übersetzten wir das Norwegische Original ins Deutsche und überprüften die Übersetzung durch eine Rückübersetzung ins Norwegische.

### Studie 1

Ziel dieser Studie war die Prüfung der deutschen Fassung der BVC unter klinischen Umständen. Die Studie fand auf 6 Akutstationen in der deutschsprachigen Schweiz statt. 219 unausgelesene konsekutiv aufgenommene Patienten wurden am Aufnahmetag und den folgenden drei Tagen zweimal täglich mit einer Forschungsversion der BVC eingeschätzt (BVC-R-CH). Diese Forschungsversion enthielt keine Summenbildung und keine Angaben zur Interpretation der Einschätzung. Insgesamt wurden 1203 Einschätzungen vorgenommen. Zusätzlich wurden unter anderem Angaben über gewaltpräventive Maßnahmen erhoben und die Pflegenden nahmen auf einer 10-cm Visuell-Analog-Skala (VAS) eine subjektive Einschätzung des Risikos für einen Angriff bis zur nächsten Einschätzung vor. Die Endpunkte der VAS waren »kein Risiko« und »sehr hohes Risiko«. Als Outcome wurden alle Aggressionereignisse mit einem der Staff Observation of Aggression (SOAS; [19]) entsprechenden Bogen erfasst. In der Studienperiode wurden 14 physische Angriffe registriert. Die Sensitivität der BVC-R-CH war 64.3% (95%-CI 35.1-87.2), die Spezifität 93.9% (95%-CI 92.4-95.2%). Die AUC der ROC-Analyse war 0.88 (SE 0.0603;  $p < 0.0001$ ; 95%-CI 0.76 - 0.99). In 1/3 der Fälle mit einer falsch positiven Vorhersage waren nach dem Einschätzungszeitpunkt invasive gewaltpräventive Maßnahmen ergriffen worden (Injektion oder Isolierung). Die

Subjektive Risikoeinschätzung durch die Pflegenden mit der VAS war leicht, allerdings nicht signifikant, besser als die BVC-Einschätzungen ( $AUC_{ROC} = 0.93$  (95%-CI 0.88 - 0.98)). Eine Kombination der BVC-Einschätzung mit der subjektiven Einschätzung der Pflegenden ergab eine  $AUC_{ROC}$ , die leicht höher war als die BVC- oder die VAS-Einschätzungen allein.

### Die modifizierte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH)

Aufgrund dieser ermutigenden und die Norwegischen Resultate unterstützenden Ergebnissen integrierten wir die subjektive Einschätzung in eine modifizierte Fassung der BVC (BVC-CH) mit einem neuen Gesamtscore, die auch differenziertere Hinweise zur Interpretation enthält [1]. Das neue Instrument besteht aus der Bewertung der 6 BVC-Verhaltensweisen, die wie im Original mit 0 bzw. 1 Punkt bewertet werden. Für die subjektive Risikoeinschätzung transformierten wir die VAS-Daten in eine 6 Punkte-Skala. Die Einschätzung erfolgt mit Hilfe eines Schiebers, der auf der Vorderseite eine VAS enthält, wobei auf der Rückseite die entsprechende Punktzahl abgelesen werden kann. Die Punkte aus dem BVC-Rating und die vom Schieber abgelesenen Punkte werden addiert. Für die Interpretation des neuen Gesamtscores von 0-12 Punkten sind Erklärungen integriert, welche die Bedeutung verschiedener Ergebnisse beschreiben (vgl. Abbildung 4 und Anhang). Bei einer Punktzahl von 7-9 Punkten besteht die Verpflichtung, das Risiko mindestens im Pflorgeteam zu besprechen und präventive Maßnahmen aus einer dazugehörigen Liste in Erwägung zu ziehen. Ein Risiko von 10-12 Punkten muss im interdisziplinären Team besprochen werden und es sollten präventive Maßnahmen geplant werden. Die  $AUC_{ROC}$  der neuen Skala, berechnet aufgrund der Daten aus Studie 1, lag bei 0.94 (95%-CI 0.90 - 0.98).

Abbildung 4: Interpretation der modifizierten BVC

Punktzahl	Interpretation
0 - 3	Sehr geringes Risiko
4 - 6	Geringes Risiko (etwa 1 von 100 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)
7 - 9	Erhebliches Risiko (etwa 1 von 10 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)
10-12	Hohes Risiko (etwa 1 von 4 bis 1 von 5 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)

### Studie 2

Das neue Instrument wurde in einer weiteren Studie während 6 Monaten auf zwei Aufnahmestationen im Alltag eingesetzt [16]. Das Gewaltisiko wurde am Aufnahmetag und den drei folgenden Tagen zweimal täglich eingeschätzt. Insgesamt wurden bei 300 konsekutiv aufgenommenen Patienten 2084 Ein-



schätzungen durchgeführt. In der Studienperiode wurden mit der Staff Observation of Aggression Scale (SOAS) 37 physische Angriffe durch 27 Patienten registriert. Die BVC-CH erwies sich als gut in den Arbeitsalltag integrierbar. Die  $AUC_{ROC}$  war etwas geringer als in der Studie 1 und lag bei 0.83 (95% CI: 0.75 – 0.90), die Sensitivität resp. Spezifität betrug 54% bzw. 92%. Die  $AUC_{ROC}$  der Vorhersage betrug 0.90 (95% CI: 0.86-0.93) und die Sensitivität/Spezifität 68% bzw. 95%, wenn neben den tatsächlich eingetretenen Angriffen auch diejenigen Einschätzungen als korrekt gewertet werden, bei denen der Patient nach der Einschätzung zwangsmediziert oder isoliert worden war (ein Angriff also faktisch verunmöglicht war).

## Diskussion

Wir konnten in diesen zwei Studien die klinische Anwendbarkeit der Norwegischen Brøset Gewalt-Checkliste in psychiatrischen Akutstationen in der Schweiz bestätigen. Die Integration der mit dem Schieber vorgenommenen subjektiven Einschätzung durch die Pflegenden erlaubt es, neben den 6 in der BVC enthaltenen Verhaltensweisen der Patienten weitere Informationen, auch situative Faktoren, in die Risikoeinschätzung einzubeziehen und so auch das klinische Erfahrungswissen der Pflegenden zu nutzen. Das Instrument wurde von den Pflegenden gut aufgenommen, es erwies sich als einfach in den Arbeitsalltag integrierbar und wurde als wertvolle Systematisierung einer wichtigen Pflergetätigkeit erlebt. Diese Ergänzung hat in unserer zweiten Studie das Ergebnis der Einschätzung gegenüber der bloßen BVC allerdings nicht verbessert. Die subjektive Risikoeinschätzung durch die Pflegenden sollte näher untersucht werden (was wird berücksichtigt? Bedeutung der Berufserfahrung?). In beiden Studien gab es einen beträchtlichen Anteil falsch-positiver Einschätzungen. Das ist zwar unvermeidlich, bedeutet aber, dass das Gewaltisiko tendenziell eher überschätzt wird. Währenddem diese Tendenz im Hinblick auf eine größtmögliche Sicherheit unproblematisch ist, beinhaltet sie die Gefahr ungerechtfertigter freiheitseinschränkender Interventionen. Die Ergebnisse der Risikoeinschätzungen müssen deshalb immer vorsichtig und unter Berücksichtigung der individuellen und situativen Umstände interpretiert werden. Ein methodisches Problem liegt in der relativen Seltenheit physischer Angriffe.

## Schlussfolgerungen

Die Brøset-Risiko-Checkliste und die modifizierte Fassung BVC-CH sind viel versprechende und ausreichend zuverlässige Instrumente zur Einschätzung des kurzfristigen Risikos eines physischen Angriffs bei neu aufgenommenen Patienten psychiatrischer Akutstationen. Die Verwendung solcher Instrumente kann dazu beitragen, die pflegerische Risikoeinschätzung zu objektivieren, sie nachvollziehbar, diskutierbar und besser kommunizierbar zu machen.

## Literatur

1. **Abderhalden C, Needham I, Almvik R, Miserez B, Dassen T, Haug H, Fischer J** (2002) Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: Instrument development and clinical application. In Vorbereitung
2. **Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Fischer JE, Haug H-J** (2004) Aggressionsmanagement in psychiatrischen Akutstationen der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer Umfrage zur Strukturqualität. In Vorbereitung
3. **Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T** (2002) Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 Supplementum:110-117
4. **Allen J** (1997) Assessing and managing risk of violence in the mentally disordered. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 4:369-378
5. **Almvik R, Woods P** (1998) The Broset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. *Perspectives in Psychiatric Care* 5:208-211
6. **Almvik R, Woods P** (2003) Short-term risk prediction: the Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10:236-238
7. **Almvik R, Woods P, Rasmussen K** (2000) The Broset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity and Interrater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 15:1284-1296
8. **Bingley W** (1997) Assessing dangerousness: Protecting the interests of patients. *British Journal of Psychiatry* 170:28-29
9. **Borum R** (1996) Improving the clinical practice of violence risk assessment. Technology, guidelines, and training. *Am-Psychol.* 1:945-956
10. **Finzen A, Haug HJ, Beck A, Lüthy D** (1993) Hilfe wider Willen: Zwangsmassnahmen im psychiatrischen Alltag. *Psychiatrie-Verlag, Bonn*
11. **Gerber A** (1995) Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik: Eine 2-Jahres-Studie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. In: Medizinische Fakultät. Universität Zürich, Zürich
12. **Geser AM** (1999) Aggressionen von hospitalisierten psychisch Kranken: Eine systematische Evaluation von knapp 2000 Aggressionsfällen. Dissertation, Medizinische Fakultät. Universität Zürich, Zürich
13. **Hansen B** (1996) Workplace violence in the hospital psychiatric setting. An occupational health perspective. *AAOHN-J.* 4:575-580
14. **Harris GT, Rice ME** (1997) Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services* 48:1168-1176.
15. **Linaker OM, Busch Iversen, H.** (1995) Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92:250-254
16. **Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG, Fischer JE** (2004) The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:595-601
17. **Novaco R** (1994) Anger as a risk factor for violence among the mentally disturbed. In: Monahan J, Steadman H (eds) *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment.* University of Chicago Press, Chicago, London, p 21-59
18. **Palmstierna T, Wistedt B** (1990) Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1:152-155
19. **Palmstierna T, Wistedt B** (1987) Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76:657-663
20. **RCP** (1998) Management of imminent violence: clinical practice guidelines to support mental health services. *Royal College of Psychiatrists College Research Unit, London*

21. **Richter D**, Berger K (2001) Patientenübergänge auf Mitarbeiter - Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situation und Folgen. Nervenarzt 72:693-699
22. **Sauter D, Richter D (eds)** (1998) Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Huber, Bern
23. **Steinert T** (2002) Prediction of inpatient violence. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum:133-141
24. **Steinert T, Vogel W, Beck M, Kehlmann S** (1991) Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik: Eine 1-Jahres-Studie an vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Psychiatrische Praxis 18:155-161
25. **Szmukler G** (2001) Violence risk prediction in practice. British Journal of Psychiatry 178: 84-85

<b>Einschätzung des Gewaltrisikos</b>		<h1>Etikett</h1>	
<b>Modifizierte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH)</b> <i>(Almvik/Woods 1998, Almvik/Woods/Rasmussen 2000, Abderhalden 2001)</i>		Fallnummer:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risikoeinschätzung bei allen Eintritten <b>bei der Aufnahme</b>, sowie <b>am Aufnahmetag und an den folgenden 3 Tagen</b> jeweils zwischen 10-11 und 17-18 Uhr. Nach Ablauf der ersten drei Tage <b>weitere Einschätzungen</b>, wenn die <b>Bezugsperson</b> und/oder das <b>Team</b> dies angezeigt findet. Die Dauer dieser weiteren Einschätzungen wird individuell festgelegt.</li> <li>▪ Die 6 Verhaltensweisen werden mit „1“ bewertet, wenn sie seit der letzten Einschätzung beobachtet wurden, mit „0“, wenn sie nicht beobachtet wurden.</li> <li>▪ Zur subjektiven Risikoeinschätzung den Schieber zwischen „kein Risiko“ und „sehr hohes Risiko“ einstellen, Wert auf der Rückseite ablesen und entsprechende Zahl in die Tabelle übertragen.</li> <li>▪ Die einzelnen Bewertungen werden zusammengezählt.</li> </ul>		Geburtsdatum:	
Die Summe (0 bis 12 Punkte) bedeutet folgendes:		Datum Eintritt:	
<b>0 - 3 Punkte:</b>	<b>Sehr geringes Risiko</b>		
<b>4 - 6 Punkte:</b>	<b>Geringes Risiko</b> (etwa 1 von 100 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)		
<b>7 - 9 Punkte:</b>	<b>Erhebliches Risiko</b> (etwa 1 von 10 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)		
<b>10-12 Punkte:</b>	<b>Hohes Risiko</b> (etwa 1 von 4 bis 1 von 5 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)		
<b>Ist das Risiko erheblich (7-9 Punkte), sollte das Risiko rasch im Pflgeteam und ev. im interdisziplinären Team besprochen werden und es sollten in der Regel gezielte präventive Massnahmen geplant und durchgeführt werden.</b>			
Ist das Risiko hoch (10 - 12 Punkte), muss das Risiko rasch im Pflege- und/oder interdisziplinären Team besprochen werden und es müssen unverzüglich Massnahmen geplant und durchgeführt werden.			

	Datum										
	Eintritt Zeit:	10- 11h	17- 18h	10- 11h	17- 18h	10- 11h	17- 18h	10- 11h	17- 18h	10- 11h	17- 18h
	<i>(Definitionen siehe Rückseite)</i>										
<b>Schieber</b>	<b>Verwirrt</b>										
	<b>Reizbar</b>										
	<b>Lärmig</b>										
	<b>Körperliches Drohen</b>										
	<b>Verbales Drohen *</b>										
	<b>Angriff auf Gegenstände *</b>										
	<b>Subjektive Risikoeinschätzung</b>										
	<b>Summe</b>										
	<b>Wenn ≥ 7:</b>	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	Besprochen im Pflgeteam (Zeit/Vis)										
Besprochen im interdisziplinären Team (Zeit/Vis)											
<b>Präventive Massnahmen:</b> (X = geplant, BP = Bezugsperson, ✓ durchgeführt)	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
<b>Keine spezifische gewaltpräventive Massnahme (wenn zutreffend ankreuzen)</b>											
Gezielte Beobachtung											
Gezielte erhöhte Zuwendung (im Sinn von Ablenkung: allgemeines Gespräch, Spiele etc.)											
Begleiteter Spaziergang einzeln											
Begleiteter Spaziergang in der Gruppe											
Reduktion der Anforderungen an PatientIn											
Körperliche Entspannung (Übung, Massage, Sport, Entspannungsbad, ...)											
Gezielte Konfrontation mit Stationsregeln											
Gezieltes Gespräch über das Gewaltrisiko											
Gezieltes längeres Gespräch zur Deeskalation und Beruhigung (Talk-down; mindestens ½ Std.)											
Verlegung in Intensivbereich											
1:1-Betreuung+ Überwachung											
Erhöhung der Medikation											
Präventive Abgabe von Reservemedikamenten per os											
Offene Isolation oder Aufenthalt im eigenen Zimmer (Time-out)											
Vorsorgliche Isolation * (geschlossenes Isolierzimmer)											
Injektion von Psychopharmaka (z = Zwang *; f = freiwillig)											
Fixation * (x-Punkt angeben)											

## Definitionen der 6 Verhaltensweisen

### 1) Verwirrt

erscheint offensichtlich verwirrt und desorientiert; Ist sich möglicherweise der Zeit, des Ortes und der Personen nicht bewusst; verkennt Personen, Situationen. »Verwirrt« ist in einem sehr *allgemeinen Sinn* gemeint. Hierzu zählt auch psychotische Verwirrtheit, nicht nur Verwirrtheit in Zusammenhang mit einer Demenz o.ä.!

### 2) Reizbar

ist schnell verärgert oder wütend; zum Beispiel nicht in der Lage, die Anwesenheit anderer zu tolerieren.

### 3) Lärmig

Das Verhalten ist übermäßig laut oder Krach verursachend. Z.B. schlägt Türen, schreit beim Sprechen, etc.

### 4) Körperliches Drohen

Eine deutliche Absicht, eine andere Person zu bedrohen. Z.B. eine aggressive Körperhaltung einnehmen, an der Kleidung einer anderen Person reißen, Ballen der Faust, Heben eines Armes oder Fußes.

### 5) Verbales Drohen

Ein verbaler Ausbruch, der mehr ist als nur eine erhobene Stimme; und der die klare Absicht hat, eine andere Person zu verängstigen/einzuschüchtern, z.B. verbale Angriffe, Beschimpfungen, verbal neutrale Kommentare, die auf eine knurrende aggressive Art und Weise geäußert werden.

### 6) Angriff auf Gegenstände

Eine aggressive Handlung, die sich gegen einen Gegenstand und nicht gegen eine Person richtet, z.B. das wahllose Zuschlagen oder Zerschlagen von Fenstern, Treten, Schlagen oder Kopframmen gegen einen Gegenstand, oder Zerschlagen von Möbeln.

## Verbesserte Einhaltung von Medikamentenvorgaben bei Menschen mit Psychose

Dr. Richard Gray RN PhD (Institute of Psychiatry, Kings College, London)

## Die Einhaltung von Therapievorgaben durch den Patienten als Herausforderung

Antipsychotische Medikation, daran besteht kaum Zweifel, reduziert wirksam Symptome einer Schizophrenie, z.B. Halluzinationen oder Wahnvorstellungen. Eine regelmäßige Einnahme verhindert weiterhin das Wiederkehren solcher Symptome (Gray und Bressington, 2004). Dennoch setzen 50% der Menschen mit Schizophrenie, denen antipsychotische Medikamente verschrieben wurden, diese innerhalb eines Jahres nach Behandlungsbeginn eigenständig ab. Die geringe Bereitschaft der Patienten, Behandlungsvorgaben zu befolgen, ist auch bei anderen Erkrankungsbildern, unter anderem bei Arthritis, Epilepsie, Bluthochdruck, Diabetes und Asthma, bekannt. Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2003) ist deshalb die Entwicklung von Strategien, welche die Einhaltung von Behandlungsvorgaben erhöhen, ein zentrales Element zur Reduzierung der globalen Krankheitsfolgen.

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die die Einhaltung von Therapieplänen beeinflussen. Diese lassen sich in sechs Kategorien unterteilen:

1. die Krankheit (z.B. in Form von Wissensdefiziten über die Krankheit und deren Behandlung);
2. die Behandlung (z.B. in Form von ungewollte Nebenwirkungen);
3. die verschreibende Person (arbeitet sie z.B. mit dem Patienten zusammen?);
4. der Patient (z.B. durch Vergessen der Medikamenteneinnahme oder seine Einstellung zur Behandlung);
5. die Umwelt (z.B. Gruppendruck);
6. kulturelle Aspekte (z.B. Vorziehen einer anderen als der westlichen Medizin).

Das Verständnis dieser Faktoren hilft bei der Entwicklung von Interventionen zum verbesserten Einhalten therapeutischer (medikamentöser) Anordnungen. Wir haben kürzlich eine (concept mapping) Studie durchgeführt, wo wir Patienten, Angehörige und zuständige Professionelle nach Faktoren befragt haben, welche die Entscheidung über die Einnahme von Medikamenten beeinflussen. Mithilfe von Begriffssnetzdarstellungen (Concept Maps) konnten so wesentliche Inhalte dargestellt werden (Nose 2003). So konnten wir eine Liste von 82 Faktoren erstellen, die das Einhalten medikamentöser Anordnungen beeinflussen. Diese Daten haben wir verwendet, um ein konzeptuelles Modell der Einhaltung von Medikamentenbehandlungen bei Menschen mit Schizophrenie zu entwickeln und darauf aufbauend, diesbezügliche Interventionen zu entwickeln.

## Wirksame Interventionen zur Verbesserung des Einnahmeverhaltens

Nose et al (2003) haben zum Thema Nicht-Einhaltung von Therapieplänen eine Metaanalyse angefertigt und Regressionsanalysen durchgeführt. 24 Studien, von denen mehr als die Hälfte randomisiert-kontrollierte Studien (RCT's) waren, wurden in diese Untersuchung einbezogen. Für die gesamten Studien errechneten die Autoren bei der Wirksamkeitsschätzung für dichotome outcomes ein Odds Ratio von 2,59 (5% CI 2.21-3.03). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass im psychiatrischen Bereich Beschäftigte, wirksame, durch wissenschaftliche Studien belegte, Interventionen anwenden können, um die Behandlungsbereitschaft bei Menschen mit Schizophrenie zu erhöhen.

Das Ausmaß, in welchem das Verhalten eines Menschen mit den medizinischen Vorgaben übereinstimmt, bezeichnet man als Adherence. Ein Großteil der Forschungen auf dem Gebiet der Adherence-Forschung hat häufig die Wirksamkeit von Patientenedukation evaluiert. Edukative Interventionen zielen darauf ab, den Patienten sowohl über seine Erkrankung als auch über die Medikation zu informieren. Somit wird durch zunehmendes Verständnis die Bereitschaft zur Umsetzung von Therapieplänen (*Adherence*) gefördert. Untersuchungen zu psychoedukativen Interventionen haben gezeigt, dass die alleinige Weitergabe von Informationen zwar das Verständnis der Patienten hinsichtlich ihrer Krankheit verbessern, dies aber auf die dauerhafte Einhaltung von Therapieplänen (*Treatment adherence*) nur geringen Einfluss hat (Gray, 2000). Dies ist vielleicht nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass edukative Interventionen eine Reihe von Faktoren, welche die Adherence beeinflussen, unberücksichtigt lassen.

In den letzten Jahren fokussierte die Forschung zu Adherence zunehmend auf Ansätzen der kognitiv-behavioralen Therapie und der motivierenden Gesprächsführung. Kemp et al (1998) haben eine Compliancetherapie, die auf diesen Techniken basiert, entwickelt. Das Schlüsselprinzip dieses Ansatzes stellt die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Patienten dar. Hier kommt dem Willen des Patienten und seiner Eigenverantwortung eine hohe Bedeutung zu und die Bedenken im Hinblick auf die Behandlung werden ernst genommen. Compliancetherapie wird in drei Phasen unterteilt. Phase 1 arbeitet mit den Behandlungserfahrungen des Patienten, indem die Betrachtung der Krankengeschichte unterstützt wird. In Phase 2 werden allgemeine Ansichten über die Behandlung diskutiert und gute und weniger gute Elemente der Behandlung herausgearbeitet. Phase 3 hat die Langzeitprävention und Strategien zur Rückfallvermeidung zum Gegenstand. Die Wirksamkeit dieser Compliancetherapie wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie überprüft (Kemp et al, 1998). 74 Patienten wurden randomisiert, entweder

der Compliancetherapie oder aber einer unspezifischen Beratung zugeordnet. Die Patienten erhielten 4-6 Sitzungen von durchschnittlich 40 Minuten Länge durch einen geschulten Psychiater. Die Gruppe derer, die Compliancetherapie erhielten, nahm im Vergleich zu der Gruppe, welche unspezifische Beratung erhielt, wesentlich häufiger ihre Medikamente wie vorgesehen und war deutlich aktiver an Entscheidungen zur Behandlung beteiligt.

## Adherence Beratung

Unter Berücksichtigung der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Arbeit, die bei der Entwicklung der Compliancetherapie bereits getan wurde, haben wir einen Werkzeugkasten für Adherence Beratung entwickelt. Tabelle 1 zeigt die Schlüsselemente dieses Werkzeugkastens.

Abbildung nächste Seite ►►►

Abbildung 1: Adherence Beratungswerkzeugkasten

<b>Grundlegende Fähigkeiten</b>	
<b>Interpersonale Fähigkeiten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Worte des Patienten verwenden</li> <li>- Offene Fragen formulieren</li> <li>- Gehörtes reflektieren, zusammenfassen</li> <li>- Zu einer Rückmeldung ermutigen</li> </ul>	<b>Fähigkeiten im Bezug auf den Prozess</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kooperierende Zusammenarbeit</li> <li>- klare Zielformulierung</li> <li>- Wert legen auf persönliche Vorstellungen und die Eigenverantwortlichkeit des Patienten</li> <li>- Motivation fördern</li> <li>- Selbstwertgefühl des Patienten steigern</li> <li>- Sicherheit ausstrahlen</li> </ul>
<b>Eckpfeiler</b>	
<b>Umgang mit Widerstand</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit einem Gefühl des Widerstandes werden sich die Patienten nicht ändern</li> <li>- Auf Widerstände eingehen</li> <li>- Betonung von Wahlmöglichkeiten</li> <li>- Arbeiten mit dem Patienten</li> </ul>	<b>Informationsaustausch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was weiß der Patient?</li> <li>- Was will der Patient wissen?</li> <li>- Was hat der Patient verstanden?</li> <li>- Wie wirkt sich die Information auf den Patienten aus?</li> </ul>
<b>Interventionen</b>	
<b>Assessment</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardisiertes Erhebungsinstrument</li> <li>- Dialogorientierter Gesprächsstil</li> </ul> <b>1. praktische Abwägung</b> <i>(Welche Medikation passt am besten, wer besorgt die Medikamente, welche anderen Medikamente werden eingenommen, homöopathische Heilmittel, werden Alkohol - oder andere Substanzen eingenommen)</i> <b>2. Nebenwirkungen</b> <b>3. Bereitschaft (Bedeutung und Vertrauen)</b> Allgemeine Vorstellungen über Medikamente	<b>Fünf Schlüsselfähigkeiten</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemlösung</li> <li>2. Rückblick (Zeitlinie, Zeitstrahl)</li> <li>3. Ambivalenz heraus arbeiten</li> <li>4. Über Vorstellungen und Bedenken sprechen</li> <li>5. Vorwärts schauen</li> </ol>

## Grundlegende Fähigkeiten

Grundlegende Fähigkeiten sind zum einen interpersonale Fähigkeiten. Dies beinhaltet u.a., dass die Sprachwendung des Patienten verwendet werden soll. Weiterhin werden offene Fragen verwendet und der Patient zu Rückmeldungen ermutigt. Des Weiteren werden Fähigkeiten im Hinblick auf den Prozess benötigt. Diese beinhalten eine kooperative Arbeitsweise, dass Formulieren klarer Ziele und eine logische und strukturierte Vorgehensweise.

## Eckpfeiler

Es gibt zwei Eckpfeiler im Werkzeugkasten zur Adherenceberatung: der Umgang mit Widerständen und der Informationsaustausch. Das Konzept der Widerstände ist bekannt aus der motivierenden Gesprächsführung und wird in Diskussionen über Medikamente zwangsläufig eine Rolle spielen. Widerstand ist wie elektrischer Strom, der ansteigt, wenn es zu Spannungen oder Meinungsverschiedenheiten über Medikamente kommt. Dies ist eine normale Reaktion, wenn eine Verhaltensveränderung in Erwägung gezogen wird. Ein wirksamer Umgang mit Widerständen ist unbedingt notwendig, da ein kooperatives Gespräch über Medikamente nicht mehr geführt werden kann, wenn Widerstände geweckt worden sind. Kliniker arbeiten mit Widerständen, indem sie die persönlichen Vorstellungen des Patienten berücksichtigen und kooperativ mit ihm arbeiten.

Der Austausch von Informationen ist der zweite Eckpfeiler im Werkzeugkasten. Kliniker sollten jede Gelegenheit wahrnehmen, um Informationen mit dem Patienten auszutauschen. Dies ist ein patientenzentrierter Vorgang und zu unterscheiden von einer Weitergabe von Informationen, die der Kliniker für wesentlich erachtet. Der Prozess des Austausches von Informationen sollte damit beginnen, dass der Patient gefragt wird, was er bereits über seine Erkrankung und der Medizin, die er einnimmt, weiß. Nachdem dies bekannt ist, sollte der Kliniker fragen, was der Patient außerdem gerne wissen möchte. Dabei ist es notwendig, möglichst relevante Informationen möglichst neutral und sachlich weiterzugeben. Nach der Weitergabe von Informationen sollte der Patient gefragt werden, was er über die gegebenen Informationen denkt und wie sie auf ihn wirken. Das Einbeziehen erhaltener Informationen wird dem Patienten helfen, sachkundige Entscheidungen über ihre Medikation zu treffen.

## Interventionen

Wir haben ein Adherence Assessment entwickelt, welches die folgenden Schlüsselbereiche enthält:

- Praktische Erwägungen und Probleme mit der Medikation
- Nebenwirkungen
- Die Bereitschaft, Medikamente zu nehmen (beinhaltet Bedeutung und Vertrauen in die Medikation)
- Allgemeine Vorstellungen über die Medikation

Das Assessment wird in Form eines strukturierten Gespräches über die Medikation durchgeführt und befähigt den Pflegenden und den Patienten zu einem gemeinsamen Verständnis der Therapie.

Die fünf Schlüsselfähigkeiten im Werkzeugkasten lauten:

- **Problemlösung**
  - Oft haben Patienten praktische Probleme mit der Einnahme von Medikamenten (z.B. sich an die Medikamenteneinnahme zu erinnern). Ein strukturierter Problemlösungsprozess mit den folgenden Elementen kann hilfreich sein, um den Patienten zu befähigen, solche Probleme zu lösen:
    - Was ist das Problem?
    - Welche Dinge möchten Sie wie verändert haben?
    - Was sind mögliche Lösungen für das Problem?
    - Entwicklung eines Planes zur Problemlösung
- **Rückblick**
  - Es sollte über Erfahrungen mit Medikamenten gesprochen werden. Damit kann überprüft werden, was geholfen hat und was nicht. Außerdem kann von den vorangegangenen Erfahrungen gelernt werden und die Erkenntnisse können in einem neuen Plan berücksichtigt werden.
- **Ambivalenz untersuchen**
  - Die meisten Menschen sind im Bezug auf die Einnahme von Medikamenten ambivalent. Hier ist es häufig hilfreich, die guten und weniger guten Aspekte einer Medikamenteneinnahme bzw. -nichteinnahme zu erkunden.
- **Über Vorstellungen und Bedenken sprechen**
  - Naturgemäß haben die meisten Menschen Überzeugungen oder Annahmen über Medikamente (z.B. dass es gefährlich ist, diese über einen langen Zeitraum einzunehmen). Es kann sinnvoll sein, dies im Hinblick auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu untersuchen.
- **Vorwärts schauen**
  - Für viele Patienten weckt die Medikamenteneinnahme (besonders über längere Zeit zur Behandlung einer Krankheit bzw. zur Vorbeugung gegen Rückfälle) negative Assoziationen. Von daher ist es hilf-

reich, im Hinblick auf die Medikamente, zu einer neuen Interpretation zu gelangen. In einem so veränderten Verständnis würde die Medikation als eine positive Strategie dargestellt, welche dem Patienten hilft, von ihm gesetzte Ziele zu erreichen und seine Genesung zu fördern. Dabei kann es hilfreich sein, den Patienten zu bitten, ein Ziel, welches er erreichen möchte, zu benennen. Anhand dieses Ziels wird dann gemeinsam herausgearbeitet, wie Medikamente ihn auf dem Weg zu diesem Ziel unterstützen können.

## Evaluation des Adherence-Werkzeugkastens

Gegenwärtig arbeiten wir an drei randomisiert kontrollierten Studien, um die Wirksamkeit dieses Adherence-Ansatzes zu untersuchen. Durchgeführt werden die Studien in Europa (Deutschland, Italien, Holland und England), USA (Florida) und Thailand.

## Schulung von Pflegenden in Interventionen zu Adherence (Medikamentenmanagement)

Die zielgerichtete Schulung von Kompetenzen ist der wahrscheinlich wirksamste Weg, damit im psychiatrischen Feld tätige Menschen in ihrer täglichen Arbeit zunehmend Adherence-Interventionen anwenden. Wir haben ein pragmatisches, kompetenzbezogenes 10-tägiges Medikamentenmanagement-Trainingsprogramm für psychiatrisch Pflegende entwickelt, welches auf verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und sowohl Aspekte von Compliantherapie sowie Adherenceberatung beinhaltet. Schwerpunkte des Trainings liegen auf der Vermittlung der motivierenden Gesprächsführung und Beratungsfähigkeiten. Zusätzlich trainieren wir die Pflegenden im Umgang mit einer Reihe standardisierter Instrumente. Somit werden Nebenwirkungen durch antipsychotische Medikation sowie die Sicht des Patienten erfasst. Das Training beinhaltet außerdem eine psychopharmakologische Komponente, die wirksame medikamentöse Behandlungsstrategien für Schizophrenie sowie die Behandlung bekannter Nebenwirkungen beleuchtet. Ein multidisziplinäres Team, bestehend aus speziell ausgebildeten Pflegenden, Patienten und Pharmazeuten, ist an der Durchführung des Kurses beteiligt. Rollenspielübungen besonderer klinischer Interventionen, wie z.B. die Untersuchung der Ambivalenz, spielen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung klinischer Fähigkeiten und werden in einer sicheren Umgebung geübt, bevor sie in der klinischen Praxis zur Anwendung kommen. Während des Trainings erhalten die Pflegenden wöchentlich eine auf den Kurs bezogene Supervision durch die Lehrenden.

## Auswirkungen des Medikamentenmanagement Trainings auf Fähigkeiten und Wissen

Wir waren unsicher, ob durch das Training das Wissen der Pflegenden, deren Fähigkeiten und das Outcome bei den Patienten verbessert werden kann. Aus diesem Grund haben wir eine Prä-Post-Studie durchgeführt, um die Wirksamkeit des Medikamentenmanagement-Trainings zu untersuchen. Wir haben herausgefunden, dass die Fähigkeiten und das Wissen der Pflegenden im Anschluss an das Training signifikant höher waren. Die Teilnehmer berichteten außerdem, dass sie in der Lage waren, die erworbenen Fähigkeiten in der Praxis anzuwenden (Gray et al, 2003).

## Auswirkungen des Medikationsmanagement Trainings auf das klinische Outcome

Anschließend haben wir eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt, um die Wirksamkeit des Medikationsmanagement-Training-Moduls im Hinblick auf die Auswirkungen beim Patienten zu erfassen (Gray et al, 2004). 64 in der Gemeinde tätige psychiatrisch Pflegende aus bestimmten geographischen Regionen wurden randomisiert zugeordnet, entweder dem Medikationsmanagement-Training oder der Behandlung wie gewöhnlich. Jeder Pflegende wählte zwei der zu dieser Zeit zu betreuenden Patienten aus. Ein Mitarbeiter des Forschungsprojektes führte dann zu Beginn der Studie und nach sechs Monaten eine Reihe von Outcomemessungen durch. Wir waren hauptsächlich daran interessiert, ob das Training zu einer Verminderung der Symptomschwere beim einzelnen Patienten führte. Erfasst wurde die Symptomschwere mit der PANSS (The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia) (Kay et al, 1989). Pflegende, die das Medikamententraining absolviert hatten, konnten, verglichen mit der üblichen Behandlung, eine signifikant größere Reduzierung der Symptomschwere ihrer Patienten am Ende der sechsmonatigen Untersuchungsperiode herbeiführen (Veränderung im PANSS-Summenscore: Medikamentenmanagement: minus 16.62; Routinebehandlung: plus 1.17.; Differenz: 17.79; 95% CI -24.12 zu - 11.45;  $p < 0.01$ ). Wir schlussfolgern daraus, dass unser Medikamentenmanagement-Training Pflegende dazu befähigt, Adherence zu erhöhen und Symptome von schizophrenen Menschen wirksam zu behandeln.

Zur Zeit führen wir eine weitere randomisierte Studie zum Medikamententraining durch.

## Schlussfolgerung

Verminderte Adherence bei Menschen mit Schizophrenie schmälert die Effektivität antipsychotischer Medikation. Es gibt zunehmend wissenschaftliche Erkenntnisse, welche belegen, dass Adherence – Beratung wirksam ist und dass psychiatrisch Pflegende zur Anwendung dieser Techniken geschult werden können. Dies hilft ihnen dabei, den Gesundheitsstatus ihrer Patienten zu verbessern.

## Literatur:

- Gray R.** (2000) Does patient education enhance compliance with clozapine? A preliminary investigation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 285-286.
- Gray R. Wykes T. Gournay K.** (2003) Effect of medication management training on community mental health nurses' clinical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 163-169.
- Gray R. and Bressington D.** (2004) *Pharmacological interventions and electro-convulsive therapy*. In I. Norman and I Ryrie (eds) *The Art and Science of Mental Health Nursing*, Open University Press, Maidenhead.
- Gray R. Wykes T. Edmonds M.** (2004) Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 185, 157-162.
- Kay S. R. Opler L. A. and Lindenmayer J. P.** (1989) The positive and negative syndrome scale (PANSS): rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry*, 155 (supplement 7), 59-65.
- Kemp R. Kirov G. Everitt P. et al** (1998) Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- Nose M. Barbui C. Gray R.** (2003) Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 197-204.
- World Health Organisation** (2003) *Adherence to long-term therapies. Evidence for Action*. Geneva: WHO



## **Evidence-basierte psychiatrische Pflege**

– Eine kurze Geschichte -

Prof. Kevin Gournay, CBE  
(Institute of Psychiatry, Kings College, London)  
Der Text wurde von Michael Schulz ins Deutsche übertragen

Der evidence-based Ansatz in der psychiatrischen Pflege in England begann vor ungefähr zwanzig Jahren; von daher handelt es sich um eine eher kurze Geschichte. Bis heute jedoch erfährt dieser Ansatz Widerstände seitens einiger Pflegenden (meistens mit akademischem Hintergrund), die die anti-psychiatrischen Theorien der sechziger Jahre vertreten.

Erste Bemühungen, die Effektivität psychiatrischer Pflege zu beforschen, gab es zwischen 1970 und 1980. Diese Bemühungen gingen jedoch mehr von Psychiatern als von Pflegenden aus.

Professor Isaak Marks, Psychiater am Bethlem - und Maudsely Hospital (an denen auch ich klinisch gearbeitet habe und die vor mehr als 750 Jahren gegründet wurden) entwickelte ein erstes Schulungsprogramm. Dieses Schulungsprogramm gab Pflegenden die Möglichkeit, voll ausgebildete und akkreditierte Verhaltenstherapeuten zu werden. Professor Marks überzeugte die damalige Regierung, Pflegende seien die geeignete Berufsgruppe, um die neu aufkommenden Verhaltenstherapieverfahren bei Phobien und Zwangserkrankungen durchzuführen, mit dem Argument, dass zu wenige Psychologen und Psychiater vorhanden seien, um diese Verfahren durchzuführen.

Dieses Vermächtnis von Marks wirkt sich bis heute in der Form aus, dass es einige hundert psychiatrisch Pflegende in verschiedenen Teilen Englands gibt, die als vollständig akkreditierte Verhaltenstherapeuten und vom Status her Psychiatern und Psychologen auf diesem Gebiet gleichgestellt sind. Meiner Wahrnehmung nach steht dies konträr zu den Entwicklungen vieler anderer Länder in Europa, einschließlich Deutschland, wo eine solche Zulassung als Verhaltenstherapeut nicht möglich ist.

Professor Marks trug zur Weiterentwicklung auf diesem Gebiet bei, indem er im Rahmen seiner Forschung zeigte, dass Pflegende nach entsprechender Schulung in der Lage waren, Verhaltenstherapie mit großer Wirkung durchzuführen. Mittlerweile existiert eine große Anzahl von Forschungsarbeiten, die dieses Ergebnis stützen.

Während der 70er Jahre konnte eine anderer Psychiater, Professor Eugene Paykel vom St. George's Hospital in London zeigen, dass psychiatrisch Pflegende die Betreuung von Patienten nach der Entlassung ebenso effektiv durchführen konnten, wie dies bei geschulten Psychiatern der Fall war. Die Anstrengungen dieser »Freunde der Pflege« zeigten deutlich, dass es in der Pflege keine Personen gab, die in der Lage gewesen wären, die drängenden Themen effektiv zu beforschen.

Zugegeben, es hat Pioniere in der Pflegeforschung gegeben, wie z.B. Professor Annie Altschul, die viele Jahre Schulleiterin am Maudsley Hospital in London war. Allerdings konzentrierten sich diese Forscher auf qualitative und deskriptive Verfahren und erforschten nicht die Effektivität von Pflege durch den Einsatz von Outcomekriterien.

Ich bin stolz darauf sagen zu können, dass ich Ende der 70er Jahre einer der ersten psychiatrisch Pflegenden war, die in Forschungsmethoden geschult wurden, wenn ich auch, um das zu erreichen, in Psychologie promovieren musste.

Mein Freund und Kollege Professor Charlie Brooker, hat als psychiatrisch Pflegenden ebenfalls eine solche Ausbildung erhalten, während sein Weg jedoch über die Sozialwissenschaften führte. Glücklicherweise erhielten wir beide Stipendien der Regierung, um erste Studien der Effektivität psychiatrischer Pflege mittels randomisiert-kontrollierter und quasiexperimenteller Forschungsmethoden nachzuweisen.

Im Rahmen einer randomisierten Studie und einer ökonomischen Analyse psychiatrisch Pflegenden in der Gemeinde konnte ich relativ deutlich nachweisen, dass Pflegenden in der Arbeit mit verbreiteten psychiatrischen Krankheitsbildern nur wenig zur positiven Veränderung des Behandlungsergebnisses beitragen. Der bedeutendste Grund für die fehlende Effektivität war, dass die Pflegenden keinem, auf experimentelle Erkenntnisse beruhenden psychotherapeutischen Ansatz folgten. Meine Arbeit identifizierte so die Notwendigkeit psychiatrisch Pflegenden in der Gemeinde, sich auf bedürftige Gruppen zu konzentrieren und dabei auf erprobte und überprüfte Interventionen zurückzugreifen.

Zur selben Zeit erforschte Charlie Brooker in Manchester die Wirksamkeit von Schulungen für psychiatrisch Pflegenden in der Gemeinde zu Familieninterventionen bei an Schizophrenie erkrankten Menschen. Diese Familieninterventionen zeigten in klinischen und sozialen Bereichen Verbesserungen bei Patienten mit Schizophrenie, und deren Familien.

Charlie Brookers Arbeiten wurden parallel zu meinen in der selben Ausgabe des British Journal of Psychiatry im Jahre 1994 veröffentlicht und stellten als Grundlage buchstäblich den entscheidenden Anstoß für die seitdem erfolgten Schulungen von psychiatrisch Pflegenden und anderen im psychiatrischen Bereich tätigen Menschen zur Durchführung von Familieninterventionen bei Schizophrenien dar.

Aktuell behandeln die meisten psychiatrisch Pflegenden in der Gemeinde Menschen mit Schizophrenie und anderen schweren psychiatrischen Krankheitsbildern und arbeiten in sog. *Assertive outreach Teams and community*

*mental health services*. Dafür haben sie ein auf evidence-basierten Ansätzen beruhendes Schulungsprogramm durchlaufen.

Wie ich bereits erwähnt habe, bietet eine kleinere Gruppe von psychiatrisch Pflegenden weiterhin kognitive Verhaltenstherapien für Menschen mit üblich auftretenden psychiatrischen Krankheitsbildern an.

Als ich mit Beginn des Jahres 1995 als erster Professor für Psychiatrische Pflege an das Institute of Psychiatry in London berufen wurde, war die Zeit reif für die Entwicklung eines auf evidence-based beruhenden Ansatzes Psychiatrischer Pflege. Das Institute of Psychiatry ist ohne Zweifel das führende Psychiatrische Forschungsinstitut in der Welt mit einem jährlichen Forschungsvolumen von 60 Millionen Pfund. Die 600 Beschäftigten des Institutes beforschen so unterschiedliche Gebiete wie z.B. die soziale Einbeziehung von psychiatrisch erkrankten Menschen bis hin zu genetischen Grundlagen für antisoziales Verhalten. Mein Institut umfasst dabei Abteilungen zur forensischen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sozialpsychiatrie. Die Arbeit des Institutes umfasst alle Bereiche der Pflege und Betreuung bei psychiatrischen Erkrankungen. Finanziert durch die Regierung leiten wir gemeinsam mit der Universität in Manchester, das National Institute of Mental Health. Somit koordinieren wir alle Forschungsaktivitäten in England auf diesem Gebiet. Ich bin sehr stolz, die Sektion Psychiatrische Pflege, die ihren Sitz in der Abteilung für Health Service Forschung hat, zu leiten. Ein weiteres Privileg ist es für mich, als Vorsitzender des akademischen Ausschusses am Institute of Psychiatry und Vertreter der Health Service Forschungsabteilung, Kollegen anderer Professionen, einschließlich der Psychiatrie, zu leiten. Die Tätigkeit dieser Abteilung geht weit über England hinaus und wir führen Schulungsprogramme und Forschungsprojekte in einer Reihe von Ländern durch. Das Institut beheimatet außerdem das WHO Landeszentrum für mentale Gesundheit. Ich persönlich führe Forschung und Schulungsprogramme u.a. in Australien, Russland, Georgien, der Tschechischen Republik, Italien, Deutschland, Irland, Holland und Thailand durch.

Die Abteilung für Psychiatrische Pflegeforschung war zu Beginn meiner Tätigkeit 1995 eine kleine Abteilung. Mein Hauptanliegen war es von daher, Mittel für Forschung und für die Schulung von Pflegenden in neuen Behandlungsansätzen zu akquirieren. In den ersten zwei bis drei Jahren führten wir verschiedene Bestandsaufnahmen zum quantitativen und qualitativen Potential von psychiatrisch Pflegenden und erstellten Übersichtsarbeiten anhand der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur. In den späten 90er Jahren erstellten wir eine Reihe kleinerer Forschungsarbeiten, die in einen von mir verfassten Bericht für die Regierung zur stationären Pflege einfließen. Inhalt war unter

anderem eine Liste wichtiger Forschungsfragen und evidence-basierter Trainingsmaßnahmen. Das Auswerten vorhandener Literatur in systematischer Weise ist selbstverständlicher Teil von Forschung. Hier haben wir nun eine traditionelle Bereitstellung solcher Übersichtsarbeiten durch das Institut sowohl für die Forschergemeinde als auch für die Regierung. Diese Arbeiten hatten einen großen Einfluss auf die Entwicklung von Schulungsprogrammen, die einem evidence-basierten Ansatz folgen. Letztendlich waren wir aufgrund verschiedener Forschungsförderungen in der Lage, in etlichen Feldern psychiatrischer Pflege Forschung zu betreiben.

In diesem Band findet sich auch ein Beitrag von Richard Gray, der mich seit Beginn meiner Tätigkeit am Institut begleitet, und dessen Forschung zum Management von Medikamenten mittlerweile in der gesamten englischsprachigen Welt, einschließlich in den USA und in Australien, ein Begriff ist. Wir beschafften außerdem Gelder um die Effektivität von Schulungsmaßnahmen für Allgemeinpflegende in der häuslichen Pflege zu untersuchen. Diese Schulungsmaßnahmen bezogen sich auf das Erkennen und Behandeln psychischer Gesundheitsprobleme im häuslichen Umfeld und auf das Erkennen und Behandeln von Depressionen im Alter. Diese Programme haben die Politik der Regierung beeinflusst. So wurde in einer vergleichbaren Region ein Projekt durchgeführt, in dem Lehrende in Interventionen im Umgang mit Menschen mit herausforderndem Verhalten und Lernstörungen geschult wurden. Ein anderer Wissenschaftler untersucht gegenwärtig Depressionen und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Lernstörungen aufgrund von Störungen aus dem autistischen Bereich. Andere Forschungsarbeiten von Pflegenden am Institut in den letzten zehn Jahren beinhalteten erkenntnistheoretische Studien, Studien zu Interventionen bei chronischen Müdigkeitszuständen, Studien zu imperativen Halluzinationen, Gewalt und Selbstverletzung, sowie eine wichtige Studie, die sich mit Rasse, Kultur und Volkszugehörigkeit (Ethnizität) beschäftigt.

Obwohl ich stolz darauf bin, dass die Sektion psychiatrische Pflegeforschung Millionen von Euros an Forschungsgeldern zur Durchführung wichtiger Studien akquirieren konnte, glaube ich, dass der wertvollste Beitrag für die psychiatrische Pflege darin bestand, eine Infrastruktur von Pflegenden mit guten wissenschaftlichen Kenntnissen zu entwickeln. Im Laufe der letzten neun Jahre konnten 10 Pflegende prä- und post doc gefördert werden. Das Training dieser Pflegenden beinhaltet die Durchführung einer Studie zu einer spezifischen Fragestellung sowie die Ausbildung zu vielfältigen wissenschaftlichen Themen, einschließlich quantitativer und qualitativer Studiendesigns, ökonomischer Analysen, statistischer Methoden, Epidemiologie, systematischer Literaturübersichtsarbeiten usw. usf.

Drei Pflegende kamen im Anschluss an ihre Promotion in Stipendienprogramme des Medical Research Council. Diese Förderungsprogramme gehören in England für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu den angesehensten und prestigeträchtigsten. Tatsächlich stellen diese drei Pflegenden, Dr. Gray wurde als erster gefördert und ist somit am erfahrensten, die Träger der nächsten Generation von psychiatrischen Pflegeforschern. Bereits heute betreuen sie Studenten auf prä- und post doc Level in ihrer wissenschaftlichen Ausbildung. Ich bin fest davon überzeugt, dass dies den Beginn einer Pflegeforschung mit ernst zu nehmender Stärke darstellt. Dennoch zählt diese Entwicklung im Bereich von Pflegeforschung wenig, wenn sie auf Schulung und tägliche Praxis der 90.000 registrierten psychiatrisch Pflegenden in England keine Auswirkungen hat. Wenn Pflegeforschung aber keinen Einfluss auf die Pflegenden hat, wird sie auch keinen Einfluss auf die Patienten, die diese Pflegenden versorgen, haben. Ich bin erfreut, sagen zu können, dass unsere Forschungsanstrengungen überall im Land neue Schulungsprogramme zur Folge hatten und dass es jetzt eine wachsende Anzahl von Regionen gibt, in denen unsere Forschung eine Wirkung auf die Behandlung hat. Die vielleicht größten Forschungsbemühungen betreffen den Bereich Medikamenten Management (vgl. R. Gray in diesem Band). Dieser wird gefolgt von Innovationen in der stationären Pflege, Innovationen bei der Pflege von Menschen mit Substanzmissbrauch, einhergehend mit anderen psychiatrischen Erkrankungen – sogenannte Doppeldiagnosen. Weiterhin wurden Neuerungen in der Pflege bei verbreiteten psychischen Störungen sowie im wachsenden Feld forensischer Psychiatrie entwickelt und dabei die Pflege und Behandlung unserer Patienten in der Hochsicherheitsforensik und in den Gefängnissen berücksichtigt. In England sind auf die Einwohnerzahl gerechnet mehr Menschen inhaftiert als in jedem anderen Land der Europäischen Union. Demnach befinden sich gegenwärtig bei einer ungefähren Gesamtpopulation von 60.000.000 Einwohnern 80.000 Menschen hinter Gittern. Von diesen 80.000 werden viele psychiatrische Erkrankungen bekommen und es wird geschätzt, dass ca. 8.000 dieser 80.000 unter einer aktiven Psychose leiden. Mehr als 100 Insassen begehen jährlich Suizid und es besteht weitgehend Übereinstimmung dahingehend, dass viele dieser Suizide verhindert werden könnten.

Aktuell zielen unsere Bemühungen darauf ab, die Schulungen von Mitarbeitern in den Gefängnissen zu verbessern. In den letzten zwei Jahren gab es Bestrebungen, die Versorgung psychisch kranker Gefängnisinsassen durch Mitarbeiter unserer gewöhnlichen psychiatrischen Dienste in der Gemeinde sicherzustellen. Es freut mich sagen zu können, dass diese Initiativen von Menschen aus unserer Abteilung geleitet wurden.

Unser Einfluss auf die Praxis bezieht sich also sowohl auf stationäre als auch auf ambulante Settings. Wie in vielen anderen Ländern auch, haben wir in England Betten reduziert und den Ausbau der Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld vorangetrieben. Die Anzahl der stationären Betten wurde von 135.000 im Jahre 1970 auf 25.000 Betten heute verringert. Unsere Arbeit an Schulungsprogrammen für Pflegende, wie Familieninterventionen, kognitive Verhaltenstherapie und andere evidence-basierte Ansätze unterstützen Pflegende in ihren Tätigkeiten in der Gemeinde. In der stationären Pflege finden wir, ähnlich wie in den meisten anderen Ländern, mittlerweile die Patienten mit dem größten Behandlungsbedarf und den am stärksten ausgeprägten Krankheitsbildern. Bedauerlicherweise sind die Ressourcen zur Versorgung dieser Menschen unzureichend und der stationäre Bereich gerät zunehmend unter Druck aufgrund von niedriger werdenden Qualifikationsprofilen. Dies geht einher mit einem Anstieg von Gewalt und einem vermehrten Substanzmissbrauch. Hinsichtlich der Gewalt im stationären Bereich wurde ich vor drei Jahren beauftragt, ein Programm fortzusetzen, das ich bereits vorher für das United Kingdom Central Council für Pflege, Hebammen und Gesundheitsfürsorge geleitet hatte. Ziel des Programms ist es, eine nationale Richtlinie zum Umgang mit gewalttätigem Verhalten in psychiatrischen Institutionen zu erstellen. Mein Team, welches Mitglieder aus allen Berufsgruppen umfasste, hat nun eine maßgebliche Richtlinie für Interventionen, wie schnelle Sedierung, Isolierung und Fixierung erstellt. Die Richtlinie betont präventive Maßnahmen und von daher ist zu hoffen, dass dieses Papier eine Reduzierung der Gewalt zur Folge hat.

Ich hoffe, dass meine Ausführungen meine pflegenden Freunde und Kollegen in Deutschland dazu anregen, einem evidence-basierten Ansatz zu folgen. Ich denke, es ist deutlich geworden, dass es nicht möglich sein wird, einem solchen Ansatz zu folgen, wenn nicht vorher Pflegende in der Durchführung von Studien geschult und mit einer Reihe wissenschaftlicher Fähigkeiten ausgestattet werden. Umgekehrt bin ich fest davon überzeugt, dass Pflegende, die pflegerelevante Themen beforschen, dies im Rahmen eines multidisziplinären Ansatzes tun müssen, um dort mit den Psychiatern, Psychologen, Gesundheitsökonomern, Statistikern und Sozialwissenschaftlern zusammenzuarbeiten. Ohne eine solche Zusammenarbeit werden die Forschungsbemühungen scheitern. Weiterhin sollten Pflegende sich in ihrer Forschung auf das konzentrieren, was für die Menschen wichtig ist, für die wir arbeiten, d.h. für unsere Patienten. Bedauerlicherweise haben Pflegende in der Vergangenheit Schwerpunkte auf unangebrachte Themen wie z.B. Wesen und Bedeutung psychiatrischer Pflege und andere undurchsichtige theoretische Ansätze gelegt. In der heutigen Zeit sollten unsere Hauptanstrengungen sich an den Menschen ausrichten, die unsere Hilfe am meisten benötigen, z.B. Menschen

mit Schizophrenie. Ziel sollte es sein, Interventionen zu entwickeln, die Verbesserungen mit sich bringen, z.B. kognitive Verhaltenstherapie oder die neue Generation der Antipsychotika. Zuallererst aber sollten Pflegende sicherstellen und betonen, dass die Schulungen, die wir an Pflegende geben, einem evidence-basierten Ansatz folgen und effektiv sind.

Pflegende stellen eine zentrale und wertvolle Ressource in allen Institutionen dar. Ein evidence-basierter Ansatz kann die Weiterentwicklung der Profession sicherstellen. Dem evidence-basierten Ansatz nicht zu folgen wäre eine Katastrophe für die Pflegenden, und mehr noch für unsere Patienten.

*Caritas and Communitas*  
(Nächstenliebe und Verbundenheit):  
**Eine ethische Betrachtung von Selbst  
und Gemeinschaft aus dem Blickwinkel der  
Wissenschaft der menschlichen Zuwendung  
(Caring Science)**

Jean Watson, PhD, RN, HNC,FAAN (University of Colorado)  
Dieser Vortrag wurde von Ruth Ahrens mit Genehmigung  
der Autorin weitgehend frei übersetzt.

Dieser Vortrag erläutert das Modell der Caring Science (Watson, J. 2005. *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: FA Davis). Es beinhaltet eine moralische und philosophische Grundlage des Caring für das Selbst und die Gemeinschaft. Hierzu werden eine erweiterte Weltsicht und ein breiter theoretisch-philosophischer Zusammenhang dargestellt. Innerhalb dieses Zusammenhangs kann die ethische und moralische Signifikanz des Caring für das Selbst und die Gemeinschaft verstanden werden. Die begrifflichen Konzepte *Caritas* (Nächstenliebe) und *Communitas* (Gemeinschaft, Verbundenheit) führen Liebe in unser Leben und unsere Arbeit ein.

Die hier dargelegte Betrachtungsweise wird durch eine ethische Linse entwickelt, die sich auf die sogenannte »Ethik der Zuwendung« bezieht. In dieser »wenden wir uns uns selbst und unserem erweiterten Menschsein zu, das dem universalen, unendlichen Feld innewohnt« und entwickeln und erhalten uns damit Menschlichkeit. Diese Menschlichkeit bezieht die menschlichen Dimensionen von Sein und Werden zu einer Ganzheit und Verbundenheit – durch Zeit, Raum, Stofflichkeit und Kultur in tiefer Weise mit ein.

In diesem mehrfachen Verständnis von Caring erlangen wir eine Wertschätzung für immerwährende Wahrheiten und Weisheitstraditionen. Diese erinnern uns daran, dass wir buchstäblich im metaphorischen Sinne **»das Leben eines anderen in unseren Händen halten«**. Unsere sorgende Zuwendung in einem bestimmten Augenblick lässt daher den anderen niemals unberührt.

In dieser Sichtweise wird erforschbar, wie die Pflegeperson nicht nur *im* Umweltfeld anderer sein kann, sondern zu einem energetischen Caritas-Schwingungsfeld der sorgenden Zuwendung für sich selbst und andere *wird*.

Das Caring-Science-Modell vom Selbst und der Gemeinschaft ergibt sich aus tiefen ethischen Wahrheiten, die in Beziehung zu Begriffen von *Caritas/Liebe und Communitas/Verbundenheit* stehen. Sie sind moralische Bezugspunkte eines Seins und Werdens, das sich immer menschlicher und humanistischer ausgestaltet.

Dieser Beitrag verortet die Caring Science in einem Modell der beseelten Wissenschaft.

## EINFÜHRUNG

### **Caritas und Communitas: Eine ethische Betrachtung vom Selbst und der Gemeinschaft mittels der Caring Science**

In meiner ersten Veröffentlichung zur Caring Science habe ich eine Balance von Wissenschaft und Geisteswissenschaft festgestellt. Dabei wurde gezeigt, in welcher Weise die Geisteswissenschaften (und Künste) die tieferen Werte der Qualitäten von Leben und Sterben in die philosophischen, ethischen, psychosozialen und moralischen Themen einbeziehen. Dies diente dazu, daran zu erinnern, dass es heutzutage möglich ist ein Resultat einer wissenschaftlichen Handlung (wie die Verlängerung des Lebens) zu definieren, ohne ästhetische, humanistische Aspekte (Qualität von Leben und Sterben) zu erwähnen (Watson 1985 p. 3) und gewiss ohne eine Ahnung vom Heilen, Leben und Tod/Sterben, oder eine Klärung des Selbst in Bezug auf andere und die Gemeinschaft.

In diesem Zusammenhang habe ich versucht, den Kernprozess des Caring zu benennen und 10 sogenannte Carative Faktoren identifiziert, die eine vorläufige Grundlage von Zuwendungsprozessen für eine Wissenschaft des Caring umfassen. Ursprünglich war es als ein Rahmen für die Pflege gedacht, der sich nun umfassend erweitert für alle Gesundheitsberufe, zumindest als leitendes philosophisch-ethisches-Praxismodell, wenn nicht sogar als Modell zur weiteren Theorie- und Wissensentwicklung (Watson, 1985, pp. 9-10).

#### **Die ursprünglichen zehn Carativen Faktoren:**

(die für die Gestaltung pflegerischer Zuwendung von Bedeutung sind)

1. Die Bildung eines humanistisch-altruistischen Wertesystems
2. Das Einflößen von Glaube und Hoffnung
3. Die Entwicklung von Sensibilität für sich und andere
4. Aufbau einer auf Hilfe und Vertrauen basierenden Beziehung
5. Förderung und Akzeptanz gegenüber dem Ausdruck positiver und negativer Gefühle
6. Systematisches Nutzen eines kreativen, wissenschaftlichen Problemlösungsprozess zur Entscheidungsfindung (später modifiziert, um die strenge Sprache linearer Prozesse aufzuweichen: Zulassen von Kreativität, Offenheit in der Beziehung, offen für alle Formen von Wissen)
7. Transpersonales Lehren und Lernen
8. Der Einsatz für eine schützende, förderliche und/oder korrektive mentale, physische, soziale und spirituelle Umwelt
9. Menschlicher Beistand im Umgang mit den Bedürfnissen des Menschen
10. Das Zulassen existentiell-phänomenologisch-spirituelle Kräfte

Diese Faktoren wurden als »Kern« einer professionellen Praxis herangezogen. Sie sind zeitlos und überdauernd, sie übertreffen neues Wissen, Fertigkeiten, das Praktizieren in Spezialgebieten und Subspezialgebieten, die sonst als die inneren Bereiche der Pflege- (oder Gesundheits-) Profession angesehen werden. Durch diese allein kann die Profession nicht definiert oder philosophisch und ethisch geleitet werden, denn dieses Wissen und die Spezialgebiete unterliegen immer wieder Veränderungen.

Die veränderliche Natur der Carativen Faktoren bestätigt nun ihre Entwicklungsfähigkeit, in dem sie eine deutlichere Beziehung zwischen Caring und Liebe ziehen. Wir bewegen uns hin zu einer Sprache der »Caritas« (mein ursprünglich gebrauchter Ausdruck carativ ist damit eng verwandt), um eine tiefe Form transpersonalen Carings und der Nächstenliebe mitzuteilen. Sie ist Bestandteil einer Caring-Healing-Perspektive. (Siehe dazu auch den Abschnitt über Caritas auf der Watson Website, [www.uchsc.edu/nursing/caring](http://www.uchsc.edu/nursing/caring).)

#### **Caritas und Communitas**

»Caritas« stammt aus dem Lateinischen und bedeutet hoher Preis, Hochachtung, Liebe und Nächstenliebe. Das zugehörige Adjektiv »caritativus« bezeichnet etwas oder jemanden als sehr lieb, teuer und, in der Tat, als kostbar. Mit diesem Wort verbinde ich meinen ursprünglichen Begriff »carativ« meiner früheren Arbeiten (Watson, 1979/1988. *Nursing The Philosophy and Science of Caring*. Colo. Assoc. Univ. Press). Heute ziehe ich neue Verbindungen, Verbindungen zwischen carativ und Caritas, und beschwöre das Wort mit »L«, das Caritas vermittelt, nämlich das Wort **Liebe**. Wir erkennen, dass Liebe und Caring zusammenkommen, zu einer neuen Form des tiefen transpersonalen Carings.

Die Beziehung zwischen Liebe und Caring suggeriert innere Heilung für sich selbst und andere; sie bewegt sich in konzentrischen Kreisen vom Selbst zum anderen, zur Gemeinschaft, Natur, dem Planeten Erde und dem Universum. Diese Blickrichtung verbindet **Caritas und Communitas in einer neuen Weise, welche unsere tiefste Menschlichkeit betrifft**. Caritas und Communitas verbinden das Selbst mit anderen in einer Beziehungsmoral, dem Caring Science Modell.

#### **Caring als ein sich entwickelndes Bewusstsein für das Selbst und die Gemeinschaft:**

In den folgenden Schlüsselpunkten habe ich Kernpunkte meiner früheren Arbeiten über Caring herausgezogen und integriert. Die Allgemeinheit des Caring, die durch und aus den Pflege- und anderen Gesundheitsberufen zusammengefasst entsteht, stellt einen Zusammenhang her, in dem Nächstenliebe und Verbundenheit in Bezug auf das Selbst und die Verbundenheit betrachtet werden können:

- Caring hat mit Beziehung und Bedeutung zu tun;
- Caring ist eine integrierende (und vielleicht transformierende) Kraft der Gesundheitspflege (und Heilung);
- Caring bringt sich im Rahmen von sich erweiterndem Bewusstsein zur Erscheinung;
- Caring als eine Form von Wissen kann transformiert werden in ein einschließlicheres Caring (verstanden als eine höhere Ebene von Bewusstsein);
- Es besteht eine deutliche Verbindung zwischen Caring/Caritas und Liebe (Watson, 1999, 2002);
- Die höchste Form von Bewusstsein ist Liebe;
- Ein sich erweiterndes Bewusstsein von Caring entwickelt sich hin zu einer Liebe zum Leben schlechthin, verstanden als universale Lebensenergie des Universums;
- Folglich sind Caring und Heilung beseelt (heilig), weil wir hier auch in einem Mysterium arbeiten - offen werden für die universale Lebensenergie des Menschen und des Universums.

Innerhalb dieses Entwicklungsrahmens gilt: »Die Dialektik von Caring und Wissen entfaltet sich in erweiterndem Bewusstsein, was sich in größerem Caring zeigt. Die höchste Form von Bewusstsein ist Liebe« (Newman, 2003, p. 9). Diese Vergleiche beleuchten etwas von der Kongruenz zwischen den moralisch-metaphysischen Positionen von Levinas und Logstrup, zwei europäischen Denkern und der Caring Science. Mit etwas Nachdenken kann man die Beziehung der Caring Science und den sich ergebenden metaphysischen Weltansichten, Philosophien und Theorien in diesem Bereich erkennen.

- Caring ist eine Form der manifestierten Absichten: (z.B. der Absicht, personenzentriert zu arbeiten, Würde und Menschlichkeit zu bewahren; sich zu verpflichten, Verletzlichkeit zu lindern; Aufmerksamkeit und Sorge zu zeigen: Achtung vor dem Menschen und menschlichem Leben: Liebe und Mit-Anwesenheit, Authentizität und Erreichbarkeit; Mit-Sein; Mitgefühl, Rücksicht; gewollte Gegenwart; Wissen, Anerkennung; Bestätigung, sich am andern freuen);
- Caring ist eine Form, Muster wertzuschätzen: (z.B. den anderen als liebenswert erachten, es selbst wert sein, geliebt zu werden; die Ganzheitlichkeit von Menschen umsorgen; die subjektiven Erfahrungen des anderen als gültig und ganz anerkennen; die auftauchenden Muster anderer anerkennen, ohne sie ändern zu wollen; andere als vollkommen anzusehen; Möglichkeiten des Werdens zu entfalten; sich sehnen nach tieferem Verständnis und die Würdigung von natürlichen Heilressourcen, Lebenskräften, Mustern und Paradoxien; Sensibilität für sich offenbarende Muster, welche jedem Menschen eine einzigartige Identität verleihen; Werturteile überwinden; hinter den existentiellen Bruchstücken die Existenz einer Ganzheit erkennen).

- Caring ist eine Form sich auf dynamisches Fließen einzustellen: (z.B. einstellen auf die Feinheiten des Augenblicks; Sensibilität für sich selbst und andere; Verbundenheit und Zugehörigkeit; leben in Zusammenhängen; das Wesen und den Zustand der Person erspüren; Synchronisation und organismische Integration; liebevoll handeln; energetische Resonanz; Muster oder Schwingungen von Bewusstsein mit anderen aufeinander einstellen).
- Caring ist eine Form, das Unendliche zu erfahren: (z.B. die physisch-materielle Welt zu überschreiten, unterwegs in Raum und Zeit; erweiterter Selbstsinn: transzendente Qualitäten; höchste Form des Wissens; göttliche Liebe entfalten; das Geheimnis des Daseins; spirituelle Einheit – Überschreiten von Selbst, Zeit und Raum; im Geiste gemeinsamer Gegenwart, die Grenzen der Offenheit erweitern; Caring-Moment-Beziehungen zwischen Vergangenheit, Gegenwart und vorgestellter Zukunft).
- Caring ist eine Form, den Boden für Kreativität zu bereiten (z.B. Orientierung an Hoffnung zu behalten; wachsende Fähigkeit, Zuwendung aus zudrücken; gemeinsame Prozesse zu wandeln; Handlungen von Caring – Wachstum des spirituellen, inneren Lebens; nach tieferem, lebensspendendem spirituellem Leben in den Menschen suchen; menschliche Fähigkeiten erweitern; Kreativität erleichtern).

## Empirisches Verständnis von Caring

Die theoretischen und empirischen Arbeiten von Swanson (1991, 1999) haben einen wichtigen Beitrag zum Wissen und Verständnis der Caring Science geleistet. Dieser bezieht sich ebenfalls auf Nächstenliebe und Verbundenheit, weil die Verbindung zwischen Ergebnissen bei Pflegenden und Patienten aufgedeckt werden. In ihren weitreichenden Arbeiten definiert Swanson (1991, p. 42) Caring durchgehend als »eine nährenden Form der Beziehungsgestaltung mit einem wertvollen anderen Menschen hin zu einem persönlichen Gefühl von Verpflichtung und Verantwortlichkeit«. Sie hat auch eine klassische Meta-analyse über den Stand des Caring Science-Wissens aus der Pflegeforschungsliteratur durchgeführt (Swanson, 1999). Diese Analyse umfasste 130 empirische Pflegeforschungsstudien und brachte weiterführende Ergebnisse zur Relevanz des Caring-Wissens, in dem es die Konsequenzen von Caring und Nicht-Caring sowohl für Patienten als auch für Pflegenden in den untersuchten Fällen aufzeigte (siehe dazu Tabelle).

Abbildung nächste Seite ►►►

Empirische Ergebnisse der Caring-Forschung:  
basierend auf der Meta-Analyse von Swanson (1999), die 130 empirische Studien umfasste:

Forschungsergebnisse über die Wirkung von Caring bei den <b>Patienten</b> (Zusammenfassung)	Forschungsergebnisse über die Wirkung von „Nicht-Caring“ bei den <b>Patienten</b> (Zusammenfassung)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedrigere Kosten, höherer Komfort, weniger Verlust</li> <li>▪ Steigerung des körperlichen Heilungsprozesses, lebensrettend in Bezug auf Sicherheit,</li> <li>▪ emotionales/spirituelles Wohlbefinden (betreffend Würde – Selbstkontrolle – Persönlichkeit)</li> <li>▪ Vertrauen in Beziehungen, Rückgang von Entfremdung, engere Familienbeziehungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verstärkung von Hilflosigkeit, Entfremdung, Vulnerabilität,</li> <li>▪ Verlangsamung, Stillstand oder Rückgang des Heilungsprozesses</li> <li>▪ gedemütigt, verängstigt, unkontrollierbar, verzweifelt</li> <li>▪ Verhaftung in schlechten Erinnerungen</li> <li>▪ Angst vor erneuter Pflegebedürftigkeit</li> </ul>

Ergebnisse über die Wirkung von Caring bei den <b>Pflegenden</b> (Zusammenfassung)	Ergebnisse über die Wirkung von „Nicht-Caring“ bei den <b>Pflegenden</b> (Zusammenfassung)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zufriedenheit mit dem Beruf: Sinn, Dankbarkeit</li> <li>▪ Liebe zur Pflege, Wissenszunahme</li> <li>▪ Bewahrung von Integrität, Erfüllung, Ganzheit, Selbstachtung</li> <li>▪ Emotional/spirituelles Wohlbefinden betreffend die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten</li> <li>▪ Verwirklichung der eigenen Lebensphilosophie</li> <li>▪ Respekt vor dem Leben/Tod</li> <li>▪ reflektierend in Bezug auf das Sich-hineinversetzen in die Lage der Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emotional verhärtet</li> <li>▪ vergesslich</li> <li>▪ depressiv</li> <li>▪ ängstlich</li> <li>▪ ausgebrannt</li> </ul>

Obwohl die Zusammenfassung dieser Analyse auf Pflegeforschungsergebnissen über Caring beruht, betreffen die Auswirkungen alle Gesundheitsberufe. Mit kritischer Würdigung können diese Ergebnisse bei Patienten und Praktizierenden auf die Bedeutung der Strukturen und Prozesse einer tiefen menschlichen Ebene, die durch Caring entsteht, hinweisen.

## Bio-Natur-Kontinuum von Caring-Beziehungen

Weitere Anzeichen für das sensible Wesen der mitmenschlichen Beziehung und den Schnittpunkt zwischen Selbst und anderen in der Caring-Healing-Praxis wurden durch die Forschung von Halldorsdottir (1991) in Island aufgedeckt, die mittlerweile als Klassiker gilt. Halldorsdottir's Arbeit über Pflegekraft-Patient-Beziehungen zeigt fünf Typen von Beziehung, die ein Kontinuum von Nicht-Caring bis zu Caring einstuft.

Diese sind:

- Typ 1: **Bio-vernichtend** oder **lebenszerstörerisch** (giftig, führt zu Wut, Verzweiflung und vermindertem Wohlbefinden);
- Typ 2: **Bio-statisch** oder **lebenshindernd** – andere kühl oder als lästig behandeln
- Typ 3: **Bio-passiv – lebensneutral** – teilnahmslos oder **distanziert**;
- Typ 4: **Bio-activ – lebensstärkend** (klassische Pflegekraft-Patient-Beziehungen: freundlich, besorgt und wohlwollend);
- Typ 5: **Bio-genisch – lebensspendend, wechselseitig wirksam und gegenseitige Verbundenheit**, Offenheit für Liebe, Geben und Nehmen im gegenwärtigen Moment.

Diese Untersuchung hat bedenkenswerte moralische und praktische Folgen. Z.B. ist die »bio-vernichtende« Beziehung eine, in welcher der Patient tatsächlich Schaden erleidet durch die Pflegekraft. Das geschieht z.B. durch eine Trennung des Selbst von anderen durch Manipulation, Zwang, Missbrauch, Demütigung oder anderen Formen von physischer, mentaler, emotionaler oder spiritueller Gewalt.

Es »beinhaltet die Übertragung von negativer Energie oder Finsternis auf andere (Halldorsdottir, 1991, p. 39). Die biogenische, lebensspendende Beziehung weist Parallelen zum »Caring Moment« (Watson, 1988, 1999) auf. Hier entsteht die Bewusstheit für Caring (als biogenische Antwort) energetisch aus der positiven, sogar liebevollen Energie, die Heilung begleitet. Es gibt eine positive, liebevolle Verbindung von Mensch zu Mensch, von Seele zu Seele zwischen zwei Menschen im Caring Moment (entspricht dem biogenischen Typ), die Heilung ermöglicht. Beide haben Teil an einem neu entstandenen Feld, das weit über beide hinausreicht. Dieses Feld besteht unabhängig weiter, es reicht über den Augenblick selbst hinaus. Selbst der Prozess der Begegnung reicht darüber hinaus, auch wenn er nur durch die Verbundenheit beider entstehen konnte. Er wird Teil der Lebensgeschichte der einzelnen Personen, und gleichzeitig wird er Teil eines größeren, tiefergehenden und komplexen Lebensmusters (Watson, 1999b HSHC, S. 59). Diese Betrachtungsweise eröffnet uns Vorstellungen von Unendlichkeit, dem Geheimnis von Beziehungen und der Wirkung von der Menschlichkeit auf andere.



Wenn man unsere Menschlichkeit und deren Einfluss auf das Leben und die Welt anderer in Gutem wie im Schlechten betrachtet, dann ist das deckungsgleich mit dem, was unter dem Moralbegriff des französischen Philosophen Levinas (1969) verstanden werden kann - in dessen ursprünglichen Bemerkungen darüber, wie wir an das Leben und andere herantreten. In früheren Veröffentlichungen über Caring habe ich es so ausgedrückt: »... jeder Mensch muss seine eigene Essenz und sein moralisches Verhalten gegenüber anderen in Frage stellen. Wenn Menschen auf einer grundlegenden Ebene entmenschlicht werden, zum Beispiel auf der Ebene der Pflege, dann sind sie in dem Prozess der Entmenschlichung selbst nicht in der Lage, die Menschlichkeit auf sich selbst zu übertragen« (Watson, 1988, 1999, S. 50). Tatsächlich mag dies das sein, worauf sich Levinas bezieht mit dem *das Gesicht abwenden* von unserer eigenen Menschlichkeit. Das birgt die Gefahr, sich gegenseitig und die Mitmenschlichkeit einfach zu einem Ganzen zusammen zu fassen und dadurch alle Beteiligten austauschbar, anonym und das Menschsein gleichgültig zu machen. Alltägliche Beziehungen lassen uns ebenso wie die Caring Moments professioneller Praxis die tiefen theoretischen Auswirkungen verstehen, welche die theoretischen und philosophischen Werke auf die Sicht von Selbst und Gemeinschaft haben. Neue Möglichkeiten ergeben sich (auch für andere Gesundheitswissenschaften) aus dem emporsteigenden Caring-Healing als wissenschaftlichem Feld (Watson & Smith, 2002). Unser Bewusstsein, unsere Absichten und die bloße Anwesenheit machen einen deutlichen Unterschied im Leben von Menschen, im Guten wie im Schlechten. Logstrup (1997) erinnerte uns bereits daran: *wir halten buchstäblich den anderen Menschen in unseren Händen*. Diese moralische Orientierung an Caring ist fern von Wissenschaft und Epistemologie, aber enthält Annäherungen an eine Caring Science.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die grundlegende metaphysisch-moralische Orientierung gemeinsam mit den Annahmen über menschliches Caring, sowie die Beziehung zu einem Wissen und einer Anwendung von Caring übereinstimmen mit der geistigen Orientierung unserer Arbeit. Eine tief geistige Dimension wird im Caring Science Modell deutlich. Das Modell umfasst eine grundlegende Ethik von Beziehung.

### **Beruflicher Zusammenhang zwischen dem Selbst und der Verbundenheit/Gemeinschaft:**

Manchmal mag es den Anschein haben, als hätten wir irgendwo unterwegs vergessen, dass es eine große, ehrenvolle und privilegierte Aufgabe ist, in der Lage zu sein, für andere zu sorgen. Solche persönlichen, intimen Verbindungen und Beziehungen berühren hin und wieder das Heilige ebenso wie das Schreckliche. Caring ist eine sehr sensible Angelegenheit. Erstens, weil

wir dabei von Angesicht zu Angesicht unserer eigenen Menschlichkeit und uns selbst begegnen. Dabei erkennen wir, dass die Menschlichkeit des einen sich im anderen spiegelt. Zum Zweiten überschreiten wir das traditionelle medizinische Denken durch Caring und Healing, weil wir uns selbst in einem neuen Raum begegnen. Wir erinnern uns unserer Menschlichkeit und der gemeinsamen Zugehörigkeit zur Unendlichkeit des universalen Feldes der Liebe, die den Geist umgibt. Wir erinnern uns, dass wir die Lebenskraft berühren, die die ganze Seele eines Menschen. Das berührt uns daher selbst.

Logstrup (1997) benutzt die Hand-Metapher, in dem er uns moralisch und metaphysisch, wenn nicht sogar wissenschaftlich daran erinnert, dass wir im Caring/Healing buchstäblich wie metaphorisch *den anderen in unseren Händen halten*. Wohingegen Levinas uns daran erinnert, dass wir unserer Menschlichkeit begegnen, wenn wir Teil des Unendlichen und Geheimnis des Ganzen sind. Logstrup weist darauf hin, dass wir das Leben des anderen in unseren Händen halten und unser Leben uns als Geschenk mit wirksamem Ausdruck von Glaube, Liebe und tiefen Gefühlen jenseits unserer Kontrollmöglichkeiten gegeben wurde.

Logstrup's moralischer Fingerzeit lautet »Das Leben wurde uns gegeben. Wir haben es nicht selbst gemacht« (Logstrup, 1997, S. 19). In diesem Rahmen erkennen wir, dass »wir entweder Sorge tragen für das Leben anderer oder es ruinieren« (Logstrup, 1997, S. 18). Er untersucht diese zutiefst profunde Bedeutung des Lebens in seiner Aussage, »...der Bedarf ist allein durch die Tatsache impliziert, dass der Mensch der gleichen Welt angehört, in der andere Menschen ihr Leben führen, somit hält man immer etwas Leben von anderen in den eigenen Händen. Daher gibt es ein Erfordernis, sich um das Leben anderer auch zu kümmern« (Logstrup, 1997, S. 22).

Logstrup weist darauf hin, dass dieses »etwas in den Händen halten« eine Metapher ist (S. 28). Die Metapher verfügt über eine gewisse emotionale Kraft. »Die emotionale Bedeutsamkeit der Metapher erwächst aus dem Vergleich mit der Beziehung, die sie benennt, nämlich, dass wir die Macht haben, eine Richtung im Leben eines anderen zu beeinflussen ... oder dessen ganzes Schicksal« (S. 28). Diese Denkart ähnelt dem Konzept des Caring Moment (Watson, 1988), wobei der Caring Moment als transpersonales Ereignis wie folgt definiert ist:

- »Eine zwischenmenschliche, sorgende Beziehung, die eine einheitliche Verbindung von Seele zu Seele innerhalb eines Caring Moments beinhaltet, der den innewohnenden Geist beider ehrt... (Watson, 2002, S. 458);
- »... der Prozess geht darüber hinaus und wird Teil der Lebensgeschichte der Person, sowie Teil eines größeren, tief komplexen Muster des Lebens« (Watson, 1985, p. 59).

In diesem Prozess der Neudefinierung von Wissenschaft versuchen wir, die Unendlichkeit der Menschlichkeit zu erkennen und wir kommen zu der Einsicht, dass unsere Arbeit und unsere Wissenschaft zu klein und begrenzt sind, die zutiefst menschliche Natur der Caring-Healing-Praxis zu erfassen. Für Nightingale bringt Pflege ein Gefühl der Präsenz, die höher als die menschliche ist, mit sich: »eine göttliche Intelligenz, die das Universum erschafft, erhält und organisiert – und unsere Bewusstheit über eine innere Verbindung mit dieser höheren Wirklichkeit« (Macrae, 1995). Sie zeigte auf, dass die Pflege der Seele nicht von der Pflege des Körpers getrennt werden kann. Sie war sich darüber klar, dass Pflege (wir könnten heute alle Heilweisen darunter erfassen) spirituelle Praxis und eine menschliche Dienstleistung ist, die uns mit etwas Größerem als uns selbst verbindet. Vielleicht ist es diese Unendlichkeit der menschlichen Seele, die uns jetzt - wie auch von Levinas vorangetrieben - dazu bringt »die Menschlichkeit anzuschauen«, die hinter dem physischen Gesicht liegt. Sie stellt vielmehr eine Einladung dar, sich mit der moralischen Verantwortung auseinanderzusetzen, die daraus entsteht, dass wir alle Teile eines Ganzen sind.

Einige Annahmen über Caring und Liebe finden sich bereits in der Caring-Literatur. Zum Beispiel: (adaptiert von Watson, 1988, 1999, S. 32):

- Caring und Liebe sind die universalsten, enormsten und geheimnisvollsten kosmischen Kräfte: sie enthalten die ertümlichste und universelle psychische Energie.
- Wenn unsere Menschlichkeit überleben soll, ist es erforderlich, dass wir immer mehr in der Lage sind, zu sorgen und zu lieben, um als Zivilisation diese Form der Menschlichkeit im Zusammenleben weiter zu pflegen.
- Zunächst müssen wir uns selbst und unser Verhalten lieben und für uns selbst sorgen wollen, nicht für die anderen. Wir müssen lernen, uns selbst mit Liebe, Güte und Würde zu behandeln, bevor wir andere respektieren und mit Liebe, Güte und Würde für sie sorgen.
- Menschliche Pflege kann in zwischenmenschlichen Beziehungen wirkungsvoll gezeigt und ausgeübt werden. Der intersubjektive menschliche Prozess hält den Sinn für Mitmenschlichkeit am Leben und lehrt uns, wie wir immer menschlicher werden können, in dem wir uns mit anderen identifizieren und dabei die Menschlichkeit des einen sich im anderen spiegelt.
- Nicht-physische Caring-Beziehungen sind davon nicht ausgeschlossen. Diese bleiben zwischenmenschlich, auch wenn sie authentische, virtuelle Verbindungen sind, z.B. »hochfrequente Gedanken wie Liebe, Sorge, selbst wenn sie aus der Entfernung kommuniziert werden, tragen sie eine höherfrequente Energie in den Raum; der andere hat energetischen Zugriff zu dieser Erfahrung, die ihm übermittelt wird, selbst virtuell.« (Siehe dazu auch Watson, 2002, IJHC).

Die sozialen, moralischen und wissenschaftlichen Beiträge der Gesundheitsberufe an die Menschheit und Zivilisation liegen in ihrer Verpflichtung, die Ideale menschlichen Carings in ihren Theorien, in ihrer Ausübung, Forschung und Bildung zu erhalten.

Im Rahmen der Caring Science werden wir daran erinnert, dass mitfühlender Dienst am Menschen und echtes Caring letztlich sowohl durch mitmenschliche Liebe wie auch durch eine Liebe zum Leben an sich motiviert sind. Durch Behandlung, Wertschätzung, Herantreten und Verbindungen aufnehmen mit unserer eigenen tiefen Menschlichkeit finden wir die Basis für Liebe und Caring. Wir finden die uralten Wahrheiten unserer Arbeit. Wir teilen die Weisheit von Mystikern, Poeten, Philosophen, die die Unendlichkeit und das Geheimnis der menschlichen Seele in einer Ethik der Zuwendung festhalten. Es bleibt eine Tatsache, dass *wir das Leben anderer in unseren Händen halten*.

Wie können wir so kühn sein und Caring, Liebe, Seele und die Unendlichkeit universeller Energie wieder in unser Leben und unsere Welt zurückbringen? Weil wir ohne Rückkehr zu diesen uralten Stellen von Lebenskraft, Energie, Schönheit und Hoffnung dazu tendieren, unsere Mitmenschlichkeit erstarren zu lassen, getrennt zu werden von jedweder Verbindung mit Geist, Unendlichkeit, dem göttlichen Prinzip – ohne Hoffnung für Caring, Heilung und Ganzheit. Levinas nennt dies »sich und andere zu totalisieren«. Ein Totalisieren entsteht, wenn es kein beziehungsmaßiges Engagement gibt, keine Seelenverbindungen und darum auch kein menschliches Feld von Lebensenergie entsteht, mit dem man sich verbinden kann oder es erhalten könnte - weil wir unser Menschsein nicht teilen können. Dieses Totalisieren vom Selbst und von anderen ist eine Abkehr vom Geheimnis geteilter Mitmenschlichkeit, von göttlicher Verbindung, wenn man es so nennen will - es ist ein Akt der Grausamkeit gegen sich selbst und andere. In letzter Konsequenz stellt es einen inhumanen Akt gegen die menschliche Zivilisation selbst dar, denn es führt zu einem sich aufrecht erhaltenden System weiterer inhumaner Akte, Gewalt und Zerstörung, und damit letztlich auch zu einer Zerstörung des menschlichen Geistes und der Liebe in unserer Arbeit und der Welt.

Darum sollten wir, statt zu fragen »*wie kann man es wagen, Liebe und Caring in unser Leben, unsere Arbeit und die Wissenschaft zu tragen?*«, lieber die Frage stellen: »*Wie kann man es ertragen, es nicht zu tun?*«

In dieser Betrachtungsweise von Ethik, Metaphysik und den Metaphern von Liebe, Zuwendung und Händen, die im Kontext der Caring Science zusammenströmen, wird Liebe das Originäre und Ursprünglichste. Die Liebe wacht

über die anderen Erfordernisse, wie z.B. Rechtsprechung (Norvedt, 2001). Der Begriff des Anderen ist unverständlich, es ist ein unendliches Anderssein. Menschliche Zuwendung ist kein Begriff; das menschliche Herz ist kein Begriff; ist keine Figur, deren Botschaft mit herkömmlichem, theoretischem Wissen erfasst werden kann.

In diesem Zusammenhang hat mir neulich die Leiterin eines Pflegeprojektes in New York mitgeteilt, dass die Pflegedienstmitarbeiter meine Arbeit über Caring als theoretisch-philosophische Basis ihres Praxismodells benutzen. Sie hat mir anvertraut, dass sie ein Logo entwerfen wollte, das lauten soll: »*Caritas ist magnetisch*«, weil sie meine begriffliche Vorstellung von Caritas und Liebe aus den Veröffentlichungen als Mittel übernommen hatten, um die Pflege von innen heraus zu verändern. Sie waren nämlich dabei, mit der Klinik den Status eines »magnetischen Krankenhauses« zu bekommen. (Elaine O'Neil, persönliche Mitteilung, Elmhurst Hospital, NY). Ich sagte ihr, dass das Logo aus meiner Sicht angemessen und bedeutsam sei (aus mehreren Gründen) und erwähnte auch die neueren Überlegungen zur Cardio-Energie. In diesem Rahmen dient das Modell von Caring und Liebe tatsächlich als ein magnetisches Feld, das weitere liebevolle, mit dem Herzen zu empfangende Energie anzieht und kann daher nicht nur als konzeptueller Rahmen der Caring Science verstanden werden, sondern als Caring-Healing-Praxis.

### **Das Selbst als DAS Umweltfeld von Nächstenliebe und Verbundenheit (Caritas-Communitas) überdenken**

Ein solches Denken bringt uns zu neuen Konzeptionalisierungen der Ausübung einer Caring-Healing-Praxis und die intensive menschliche Präsenz, die Teil des Heilungsprozesses wird, oder Teil der Zerrüttung, ganz abhängig vom Grad unseres Erwachens. Sobald wir uns selbst innerhalb der Caring Science verorten, sind wir aufgefordert, wenn nicht sogar gezwungen, die Bedeutsamkeit des handelnden Menschen neu zu überdenken, ebenso wie wir über das Wesen von Bewusstheit nachdenken müssen und über die Authentizität unseres mitfühlenden Zugewandtseins.

Die Verlagerung hin zu einem Ernstnehmen der Signifikanz der Pflegeperson, ihres Bewusstseins und ihrer Präsenz als Teil des Heilungsprozesses wurde bereits von Quinn (1992) in einem berühmten Artikel aufgegriffen. Sie schuf einen begrifflichen Rahmen für diese neue Perspektive von Pflegenden, die einen »beseelten Raum« bieten - dadurch dass sie Teil der Umwelt des Patienten werden. Das brachte etwas Neues, wenn man sich anschaut, was bislang unter Umwelt des Patienten verstanden wurde. Im Kontext von Caring wird dieser Gedanke jedoch als wichtig für jeden Gesundheitsberuf betrachtet.

Wenn wir das jetzt weiter übertragen auf das Bewusstsein und den Raum, den Pflegekräfte im Umweltfeld einnehmen, der aus einer sich entwickelnden Bewusstheit über Caring-Science besteht, erweitert sich der Blickwinkel noch. Hier entsteht eine Perspektive (von Quinn 1992 beschrieben und hier erweitert), die nicht nur davon ausgeht, dass das Umweltfeld ein funktionaler, physischer Ort der Pflege ist (herkömmliche Sicht), oder die Pflegekraft *in* der Umwelt ansiedelt (zweite Sicht, von Quinn), sondern wir sind nun eingeladen, uns vorzustellen, dass die Pflegekraft mit ihrem sich entwickelnden Caring-Bewusstsein, ihrer Präsenz, Absicht, liebevollen Foki usw. die Umwelt *ist!* Jetzt hat diese weiterentwickelte Perspektive der Pflegekraft als Umwelt starke Auswirkungen für das Bewusstsein der Pflegenden. Um es mit Quinn zu formulieren (S. 27): In dieser Perspektive wandelt die Pflegekraft sich hin zu einem Verständnis, dass ihr Selbst als Pflegenden ein energetisches, schwingendes Feld von Nächstenliebe ist, das integral mit dem Klienten funktioniert.

Diese Sicht ist auch verwandt mit liebevoller Ausübung von Pflege, die anerkennt, dass nicht nur unitäre Ansichten über Wissenschaft Bedeutung haben, sondern neue Sichtweisen einbezieht, die die Bedeutung einer Pflege sehen, die von einer Ebene des höheren Caring- Bewusstseins kommt. Sie speist sich aus Menschenliebe und verbindet die Unendlichkeit aus Energie, universeller Liebe und Geist mit dem Mensch-zu-Mensch-Geist im unitären Feld.

### **Fragen zum Feld von Caritas-und-Communitas:**

- Wenn ich die Umwelt/die Gemeinschaft bin, wie kann ich noch mehr zur zugewandten, heilenden Umwelt beitragen? Wie werde ich ein Feld der Nächstenliebe?
- Wie kann ich ein sicherer Ort, ein beseeltes Gefäß, ein heiliger Raum für die Seele dieses Klienten auf seiner inneren Heilungsreise sein?
- In welcher Weise kann ich diesen Menschen betrachten, in ihn schauen, wie soll ich mich ihm zuwenden, um Heilung zu ermöglichen, Ganzheit (die immer schon da ist)?
- Wie können meine liebevolle Gegenwart und mein liebevolles Caring-Bewusstsein dabei helfen, im gegenwärtigen Augenblick eine Verbindung zur unendlichen Energie der universellen Liebe zu knüpfen?
- Wie kann ich meine liebevolle Bewusstheit, mein Bewusstsein, mein Sein, meine Gegenwart, meine Stimme, meine Berührung, mein Gesicht und meine Hände zur Heilung einsetzen?

Um diese Sicht der Pflegenden als Umwelt noch besser zu verstehen, können wir auf vorhandene Caring-Theorien und Ergebnisse von Smith (1999) zurückgreifen. Hier sehen wir noch einmal, dass das Pflegenden-Patienten-Feld eine unteilbare Einheit darstellt, die sich mit der Unendlichkeit des universellen Feldes von Energie, Geist und Liebe verbindet.

Vielleicht können wir so besser verstehen:

- Caring ist eine Möglichkeit, wie sich Absichten zeigen;
- Caring ist eine Möglichkeit, den anderen wertzuschätzen (und an Mustern teilzuhaben);
- Caring ist eine Möglichkeit, sich auf dynamisches Fließen einzustellen, (im Moment, im universalen Feld);
- Caring ist eine Möglichkeit, die Unendlichkeit zu erfahren (durch eine liebevolle Ausgangssituation und das Hinarbeiten auf die eigene Entwicklung von Bewusstsein – sich immer mehr und weiter der Präsenz einer unendlichen, universalen Liebe/Geistes/Energie bewusst zu werden);
- Caring ist eine Möglichkeit, schöpferische Kräfte zuzulassen (weil die Pflegenden einen beseelten, heiligen Raum ermöglichen, in dem sie liebevolle Energien, Bewusstsein über Liebe und Caring absichtsvoll einfließen lassen, was dem Mysterium der Unendlichkeit Zutritt in den Augenblick verschafft).

In dieser Betrachtungsweise kann die menschlich entwickelte Pflegekraft buchstäblich *das Feld der Nächstenliebe werden, eine heilende Umwelt*.

Quinn (1992) bietet eine weitere Ebene des Verstehens an. Sie benutzt Therapeutische Berührung als Beispiel wie das Bewusstsein der Pflegekraft als Umwelt funktioniert, als ein *modus operandi* sozusagen. Die Wandlung des Bewusstseins findet in der Pflegekraft statt. Die klinische Erfahrung und empirische Studien zeigen, dass durch das Zentrieren bei der Pflegekraft ebenfalls eine Veränderung im Bewusstsein der Patienten stattfinden kann. (Eine weitere Interpretation innerhalb der Caring Science Forschung, die sich auf Levinas und Logstrup stützt, ist, dass durch das Zentrieren sich die Person selbst leer macht und öffnet und sich dadurch zum Instrument von Lebenskraft und liebevoller Energie macht, die durch sie hindurchfließt. Dadurch öffnet man sich dem universalen Feld der Unendlichkeit, wird im eigentlichen Wortsinn spirituell und energetisch, innewohnend und transzendent gleichzeitig.)

Diese Denkweise nimmt es als gegeben hin, dass wir alle durch das Leben selbst verbunden sind - durch ein universales Feld der Unendlichkeit. Unser Bewusstsein ist nicht getrennt oder einzeln, sondern Teil eines Gesamtbewusstseins. Wiesentlich können wir an diesem Netz der Verbindungen teilhaben, z.B. wenn wir uns und andere heilen, weil dann eine Veränderung hin zu einer Musterveränderung initiiert wird (Quinn, 1992). Die Therapeutische Berührung ist ein Beispiel, hier stellt man sich die Musterveränderung des persönlichen Energiefeldes hin zu einem erweiterten Bewusstsein vor; ein Bewusstsein, das erfahren wird als vereinheitlichend, harmonisierend, friedlich usw. (Quinn, 1992, S. 29). **Quinn geht noch weiter und benutzt die Metapher**

des Klanges, um zu beschreiben, wie Muster und Schwingungen aus dem höheren Energiefeld der Pflegekraft, ähnlich wie eine Stimmgabel fungieren, die mitschwingt als Heilfrequenz (Liebe). Auf diese stellt sich der Klient mit eigenen Schwingungen ein, bis er diese Frequenz erreicht.

Dieser Aspekt von Quinn's Arbeit aus 1992 wirft ein neues Licht, eine neue Bedeutung auf die neuen Theorien, Hypothesen und die Forschung im Feld der Cardio-Energie, und der liebevollen Resonanz von Mensch zu Mensch. Darum wiederhole ich noch einmal, was ich bereits gesagt habe: Wir sehen, dass das Modell von Caring und Liebe tatsächlich als ein magnetisches Feld mehr Liebe (Nächstenliebe) in ein System bringen und zu einem Rahmen werden kann, an dem sich nicht nur die Caring Science orientiert, sondern den sich auch andere Berufsgruppen zu eigen machen können.

In unserer Caring-Healing-Pflege sehen wir immer wieder, sowohl von Seiten der Konzeptionalisierung wie auch durch neue Theorien und neue Forschungen: wenn wir unser Herz öffnen, werden daran *erinnert*, dass es um das Sein geht, dass wir tatsächlich zu etwas *angehören*, das größer ist als die einzelne Person selbst. Es scheint so zu sein, dass, wenn wir unser Herz öffnen, die Energie aus anderen Herzen, Energie aus dem nicht-lokalen Feld zu uns strömt. Diese Energie scheint uns zu nähren und leitet uns in liebevolle, herzliche Verbindungen (Pearsall, 1998).

Um unsere Menschlichkeit und unsere Wissenschaft weiter zu entwickeln, sind wir »aufgerufen, erneut hinzuschauen, wie wir wissentlich teilhaben an den Verknüpfungen mit dem unitären Universum. Wir können weder die Umwelt noch die Pflegenden als etwas außerhalb liegendes betrachten« (Quinn, 1992). Wir gehören der Umwelt an, wir werden selbst zur Umwelt, für uns selbst, unsere Klienten, Kollegen, Gemeinden und unsere Welt. Indem wir also diese neue Konzeptualisierung, Theoretisierung, Überarbeitung verstehen, betreten wir heiligen und beseelten Raum. Wir stellen ihn bereit für alle, denen wir begegnen und die wir berühren. Während wir das tun, werden wir selbst geheilt. Und noch einmal sind wir daran erinnert und erinnern uns: dies ist der wahrhaftigste Dienst der Menschlichkeit.

Die Arbeit mit Caring-Healing wird dann das größte Geschenk, das wir einander anzubieten haben - an die Menschlichkeit und an uns selbst. In diesem Prozess überschreiten wir die begrenzten professionellen Orientierungen und uns selbst. Alle zusammen, die in diese Perspektive der Caring Science eintreten, vereinheitlichen sich in einer gemeinsamen Entwicklung und verändern das sich ausdehnende Universum. Gemeinsam schaffen wir eine neue Wirklichkeit, in der wir unser Erwachen zu einem höheren Bewusstsein teilen.

Unsere Bewegung hin zu einer universellen Liebe manifestiert sich in unserer täglichen Arbeit und unserem Leben. Doch geht dieser Prozess nicht ohne persönliches Erwachen, ohne Veränderung der Muster von Bewusstheit hin zu dem unitären Feld der universalen Liebe vorstatten.

Ich schließe mit einem chinesisches Sprichwort, das ich häufig zitiere, weil es die unitäre Beziehung zwischen Licht, Caring und Frieden in der Welt umfasst:

*Wenn es Licht in der Seele gibt,  
gibt es Schönheit im Menschen.  
Wenn es Schönheit im Menschen gibt,  
herrscht Harmonie im Haus.  
Wenn Harmonie im Haus ist,  
gibt es Ordnung im Volk.  
Wenn es Ordnung im Volk gibt,  
gibt es Frieden auf Erden.*

(Altes chinesisches Sprichwort, anonym)

## Literatur:

- Critchley, S. & Bernasconi, R.** (Eds). (2002). *The Cambridge Companion to Levinas*. Cambridge, UK: Cambridge Press.
- Halldorsdottir, S.** (1991). Five basic modes of being with another. In DA. Gaut Y M. Leininnger (eds). *Caring: the Compassionate Healer*. New York: NLN.
- Levinas, E.** (1969). *Totality and Infinity*. (2000, 14<sup>th</sup> printing). Pittsburgh, PA. Duquesne University Press.
- Logstrup, K.** (1997) *The Ethical Demand*. Notre Dame. Indiana. Univ. of Notre Dame press.
- Macrae, J.** (1995) Nightingale's Philosophy and its significance for modern nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 27(1), 8-10.
- Macrae, J.** (2001). *Nursing as a Spiritual Practice*. Philadelphia: FA Davis.
- Newman, M.** 2002) Caring in the human health experience. *International Journal of Human Caring*. 6(2), 8-12.
- Nortvedt, P.** (2000) Clinical sensitivity: The inseparability of ethical perceptiveness and clinical knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 14(3), 1-19.
- Pearsall, P.** (1998) *The Heart's Code*. New York: Broadway Books/Random House.
- Quinn, J.**(1992) Holding sacred space: The nurse as healing environment. *Holistic Nursing Practice*. 6(4), 26-35.
- Smith, M.** (1999) Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*. 21(4), 14-28.
- Swanson, K.** (1999) What is known about Caring in nursing research. A literary metaanalysis. In AS Hinshaw, S. Feetham, & J Shaver (eds). *Handbook of clinical nursing research*. Pp. 31-60. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Watson, J.** (1979/1985) *Nursing: The philosophy and Science of Caring*. Boston: Little Brown. Reprinted 1985. Boulder, Colorado Associated University Press.
- Watson, J.** (2002) Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. *Journal of Holistic Nursing Practice*. 16(4), 12-19.
- Watson, J.** (2003) Love and caring: Ethics of face and hand. *Nursing Administration Quarterly*. 27(3), 197-202.
- Watson, J. & Smith, M.** (2002) Caring science and the science of unitary human beings. A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*. 37(5), 452-461.
- Watson, J.** (2005) *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: FA Davis.

## **Beziehung als Intervention - Eine wissenschaftlich begründbare Praxis der Beziehungspflege -**

Rüdiger Bauer, Magister im Management

### **Einleitung:**

Das Konzept der Kongruenten Beziehungspflege (Bauer 1997/2002), das erstmals 1997 beschrieben wurde, hat sich mittlerweile in psychiatrischen Kliniken, und immer mehr in Altenhilfeeinrichtungen, etabliert. Liest man die Interneteinträge zum Stichwort Beziehungspflege, so finden sich zahlreiche Beschreibungen von Pflegekonzepten auf der Grundlage der Kongruenten Beziehungspflege. Erstaunlich ist, dass das Konzept auch langsam in den somatischen Kliniken Fuß fasst.

Erstaunlich ist, dass die Praxis das Konzept so stark angenommen hat, obwohl in den bisherigen Beschreibungen von Beziehungspflege nur Analyseinstrumente zum Beziehungsgeschehen und keine Prozessinstrumente, wie z.B. die Pflegeplanung, beschrieben sind.

Das Konzept der Kongruenten Beziehungspflege hat sich seit 1997 weiter entwickelt und es entstand ein neues Instrument, das es erlaubt die Beziehung wissenschaftlich begründet zu planen.

Die Beziehungspflegeplanung macht es möglich, die bisher »unsichtbaren Aspekte« der Beziehung, nämlich die Gestaltung und die Durchführung der Beziehungspflege, zielorientiert zu planen, zu dokumentieren und die Wirkung der Beziehungsarbeit nachzuweisen. Das Instrument ist derzeit in der Erprobungsphase in der forensischen Psychiatrie und in Altenhilfeeinrichtungen. Insofern kann hier nur über erste Tendenzen und Beobachtungen berichtet werden.

Nachfolgend wird zunächst die Einbindung der Beziehungspflegeplanung in das Pflegesystem Bezugspflege dargestellt.

Forschungsergebnisse der Caringforschung zeigen im Weiteren die hohe Bedeutung einer professionellen Beziehungsarbeit auf.

Anschließend wird die wissenschaftliche Grundlage der Beziehungspflegeplanung, die Methode der Grounded Theory von Glaser und Strauss (Strauss 1994) beschrieben.

Über Beispiele der Anwendung der Beziehungspflege in der Praxis werden erste Tendenzen der Problematik und der Wirkungen aufgezeigt.

## Bezugspflege und Beziehungspflege:

In psychiatrischen Kliniken wird mehr und mehr nach dem Pflegesystem der Bezugspflege gearbeitet.

Im Bereich der Altenhilfe verlangt das PQSG (Pflegerqualitätssicherungsgesetz) im Zuge des Qualitätsmanagements von den Einrichtungen der Altenhilfe den Nachweis eines Pflegesystems. Nach vielfacher Erfahrung wird durch den MDK das System der Bezugspflege bevorzugt.

Schon aus den frühen Erfahrungen der Einführung des primary nursing weiß man, dass in den Einrichtungen, in denen erfolgreich Bezugspflege eingeführt wurde, die Qualität der Pflege und Behandlung stieg, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter wesentlich verbessert wurde und die Fehlzeiten der Mitarbeiter zurückgingen.

Bezugspflege als Organisationssystem verlangt eine wesentliche Organisationsumstellung von den Einrichtungen. Diese Reorganisationsaufgaben werden von den meisten Kliniken und Heimen mit mehr oder weniger Schwierigkeiten gemeistert. Nach der Phase der Umorganisation wird aber meist die inhaltliche Seite der Bezugspflege sehr deutlich. Für diese inhaltliche Seite gibt es bisher wenig pflegerische Konzepte. Ein immer häufiger zu findendes Konzept ist das der Kongruenten Beziehungspflege. (Bauer 1997/2002) Innerhalb dieses Beziehungspflegekonzeptes ist die Beziehungspflegeplanung ein wesentlicher Bestandteil.

Die Grundlagen zur Beziehungspflegeplanung finden sich im Konzept der Kongruenten Beziehungspflege (Bauer 1997/2002) und den Thesen zur Beziehungsarbeit (Bauer 2001).

Der Begriff der Beziehungspflegeplanung wurde formuliert um den Beziehungsaspekt der Pflegeplanung zu verdeutlichen. Die Beziehungspflegeplanung stellt eine Ergänzung der Pflegeplanung dar. Die herkömmliche Pflegeplanung sucht hauptsächlich Problemlösungen für Pflegeprobleme. Der Beziehungsaspekt, als unsichtbarer Aspekt der Pflege, bleibt dabei meist völlig unberücksichtigt.

Es sind die unsichtbaren Aspekte der Pflege, die auch Zeit benötigen bzw. verbrauchen. Im Altenhilfebereich kommt hinzu, dass die derzeitige Praxis der Pflegeeinstufung keine Möglichkeiten hat, die unsichtbaren Aspekte der Beziehungsgestaltung als besonderes Zeitkriterium zu berücksichtigen.

Dies könnte auch eine direkte Folge der bisherigen Art der Dokumentation der Pflegewirkung sein, weil die Aspekte und die Tätigkeiten der Beziehungspflege nicht dokumentiert werden.

Die Planung und Dokumentation der Gestaltung der Beziehung zu Patienten tritt als unsichtbare Leistung von Pflege zu Gunsten der Beschreibung von Lösungen praktischer Pflegeprobleme zurück. Unbestritten ist aber, dass die Beziehung, trotz dem Fehlen einer Planung oder einer Dokumentation von Pflegeleistung, als pflegerische Leistung erbracht wird.

Werden hier keine Veränderungen vorgenommen, dann werden die pflegerischen Leistungen in der Beziehungsarbeit unsichtbar bleiben und nie als eigentliche Leistung anerkannt werden. Darauf weist schon Biley hin, als er sagt:

Pflege ist nicht das was Pflegenden tun. Pflege ist auch nicht das was Pflegenden denken das sie tun. Pflege ist das was geschieht, während Pflegenden etwas tun, das sie Pflege nennen (Biley 1998).

## Beziehungspflege:

Die Beziehungspflegeplanung bezieht sich auf die Definition Beziehungspflege im Pschyrembel Wörterbuch Pflege. (Wied und Warmbrunner 2003) und beschreibt die praktische und konzeptionelle Umsetzung.

Beziehungspflege:

Auch Beziehungsarbeit; Bezeichnung für das pflegerische Bearbeiten von psychischen, emotionalen, interpersonalen und interdependenten Inhalten einer Beziehung zwischen Patienten (Bewohnern; durch die Autoren eingefügt) und Pflegenden; in Abgrenzung zur Bezugspflege handelt es sich bei Beziehungspflege nicht um ein Organisationssystem. Inhalte sind die jeweiligen Bedeutungen, die der Interaktion von Patient (Bewohner) und Pflegendem zugrunde liegen sowie das beiderseitige Erleben und Bearbeiten der Erkrankung, Krankheitsverarbeitung, Krankheitsentstehung und des weiteren Lebens mit tatsächlichen oder möglichen Krankheitsfolgen.

## Was ist die Beziehungspflegeplanung?

Aus der genannten Definition ergibt sich die Definition der Beziehungspflegeplanung und die Begründung zur sinnvollen Ergänzung der bisherigen Pflegeplanung.

## Beziehungspflegeplanung:

Die Beziehungspflegeplanung ist die systematische Erfassung, Einbeziehung und interaktionelle Bearbeitung von Bedeutungen des Lebens von Menschen zur Steigerung des körperlichen, psychischen, spirituellen und sozialen Wohlbefindens.

Am Ausgangspunkt der Planung stehen die Bedeutungen des Lebens von Menschen.

Diese Bedeutungen haben sich im Laufe des Lebens der Menschen entwickelt und gehören ganz selbstverständlich zum Dasein des Menschen. Niemand kann sich von seinen Bedeutungen lösen, sie sind immer da und haben eine Wirkung. Beispiel: Eine junge Frau liebte es mit ihrem Mann und ihren

Kindern an heißen Sommertagen durch einen kühlen Wald zu wandern. Sie liebte vor allem den Duft der Tannen und den kühlen Schatten. Immer wenn sie im Wald verweilte, war in ihr eine Harmonie von Körper, Geist und Seele. Die Bedeutungen dieser Szenen für die junge Frau waren wohl Harmonie, Wohlbefinden, Glück.

Wenn heute diese Frau Patientin ist, dann sind diese Bedeutungen auch heute noch da und können für die praktische Pflege genutzt werden.

Watson führt aus, dass die Harmonie von Körper, Geist und Seele zum Wohlbefinden führen, die körperlichen Heilungskräfte verstärkt und Selbstheilungskräfte freisetzt (S. Watson 1996).

### Empirische Ergebnisse der Caring Forschung im Überblick

Diese Ergebnisse basieren auf einer Meta-Analyse von 130 empirischen Studien, Swanson, 1999, In: Watson 2002, S. 17; (Übersetzung durch den Verfasser) und sind durchaus bemerkenswert.

Zugleich stellt sich die Frage warum die Ergebnisse nicht ein sofortiges Umdenken in der Pflege als Konsequenz haben.

Sehr bedeutsam ist vor allem der Aspekt der Wechselwirkung. Pflegende, die sich zuwenden, erfahren eine positive Rückwirkung und erfahren mehr eigenen Sinn und positive Erfahrung in ihrer Arbeit. Hier sei die These erlaubt, dass nicht Zuwendung und Mitgefühl für den anderen Menschen ein »Ausbrennen« verursacht, sondern wahrscheinlich ein Zu-viel an Distanz.

Forschungsergebnisse über die Wirkung von Caring bei den Patienten (Zusammenfassung)	Forschungsergebnisse über die Wirkung von „Nicht-Caring“ bei den Patienten (Zusammenfassung)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emotionales / spirituelles Wohlbefinden (Würde – Selbstkontrolle – Persönlichkeit)</li> <li>▪ Steigerung des körperlichen Heilungsprozesses,</li> <li>▪ lebensrettend,</li> <li>▪ Höheres Sicherheitsgefühl</li> <li>▪ energetischer,</li> <li>▪ niedrigere Kosten,</li> <li>▪ höhere Bequemlichkeit,</li> <li>▪ geringere Verlusterlebnisse,</li> <li>▪ Vertrauen in Beziehungen,</li> <li>▪ Rückgang von Entfremdung,</li> <li>▪ engere Familienbeziehungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gedemütigt,</li> <li>▪ verängstigt,</li> <li>▪ unkontrollierbar,</li> <li>▪ verzweifelt,</li> <li>▪ vermehrte Hilflosigkeit,</li> <li>▪ vermehrte Entfremdung,</li> <li>▪ Höhere Verletzlichkeit,</li> <li>▪ Häufigere Verhaftung in schlechten Erinnerungen</li> <li>▪ Rückgang des Heilungsprozesses</li> </ul>

**Tab. 1: Empirische Ergebnisse der Caring Forschung im Überblick, Wirkung von Caring und nicht Caring bei Patienten**

Forschungsergebnisse über die Wirkung von Caring bei den Pflegenden (Zusammenfassung)	Forschungsergebnisse über die Wirkung von „Nicht-Caring“ bei den Pflegenden (Zusammenfassung)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emotionale / spirituelle – Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten,</li> <li>▪ Zufriedenheit,</li> <li>▪ Sinn,</li> <li>▪ Dankbarkeit</li> <li>▪ Bewahrung von Integrität,</li> <li>▪ Erfüllung,</li> <li>▪ Ganzheit, Selbstachtung,</li> <li>▪ Verwirklichung der eigenen Lebensphilosophie</li> <li>▪ Respekt vor dem Leben / Tod</li> <li>▪ reflektierend</li> <li>▪ Liebe zur Pflege,</li> <li>▪ Wissenszunahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhärtet</li> <li>▪ vergesslich</li> <li>▪ depressiv</li> <li>▪ ängstlich</li> <li>▪ erschöpft</li> </ul>

**Tab. 2: Empirische Ergebnisse der Caring Forschung im Überblick, Wirkung von Caring und nicht Caring bei Mitarbeitern**

### Die wissenschaftliche Begründung für pflegerische Beziehungsarbeit:

Zur wissenschaftlichen Begründbarkeit von Beziehungspflege soll die Methode der Grounded Theory von Strauss und Glaser herangezogen werden.

Sie wurde in den frühen sechziger Jahren von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt. Die Entwicklung wurde von zwei Denkrichtungen entscheidend beeinflusst. Zum einen war dies die allgemeine Richtung des amerikanischen Pragmatismus, mit den Vertretern John Dewey und George H. Mead. Dieser amerikanische Pragmatismus legt sein Gewicht auf Handlungen und die problematische Situation. Die andere Denkrichtung war die der Chicagoer Schule der Soziologie, die seit den zwanziger Jahren bis in die fünfziger Jahre hinein entwickelt wurde. Die Chicagoer Schule begriff Wandel als konstantes Merkmal sozialen Lebens und machte deutlich, dass die spezifischen Richtungen erklärt werden müssen. Die sozialen Prozesse und die soziale Interaktion waren der Mittelpunkt der Betrachtung, und es besteht die Notwendigkeit die Standpunkte der Handelnden zu erfassen, um Interaktion, Prozess und sozialen Wandel erkennen zu können (vgl. Strauss, 1994). Anselm Strauss kann auch eine Verwandtschaft zum Symbolischen Interaktionismus bescheinigt werden, er selbst lehnte es jedoch ab sich als symbolischen Interaktionisten zu bezeichnen. Eine Grundannahme, in der diese Denkrichtungen in der Grounded Theory münden, ist folgende:

»Sie besagen, dass Menschen gegenüber Objekten, die als soziale Objekte verstanden werden, auf der Basis von Bedeutungen handeln, die diese Ob-



jekte für sie haben; dass diese Bedeutungen in sozialen Interaktionen entstehen; dass sie in einem Interpretationsprozess entwickelt und modifiziert werden. Soziale Sinnstrukturen sind damit Produkte menschlichen Handelns und kontinuierlichem Wandel unterworfen. Dass diese Produkte sich objektivieren und zum - wiederum einem Interpretationsprozess zugänglichen und damit nie vollständig determinierendem – Bedingungsrahmen menschlichen Handelns werden, wird von den Kritikern des Symbolischen Interaktionismus gern übersehen, die diesen für eine liberalistische Ideologie halten“ (Strauss, 1994). Eine weitere Wurzel der Grounded Theory ist im deutschen Idealismus von Hegel und Kant zu sehen.

Warum die Methode besonders gut zur Praxis der Beziehungspflege geeignet ist, beantwortet Strauss selbst: „Überall dort wo die Annahme zugrunde liegt, dass menschliche Wirklichkeit interpretierte Wirklichkeit ist und diese Wirklichkeit in Interaktionsprozessen konstruiert wird, liefert die Grounded Theory das passende methodische Rüstzeug, das dort seinen Ansatzpunkt findet“, »wo was los ist«, »um mit Goffman zu sprechen: im Alltagsleben selbst« (Strauss, 1994).

Beziehungssituationen sind soziale Situationen, und eine wissenschaftlich begründbare pflegerische Arbeit bedarf einer Methodik, die den sozialen Phänomenen angepasst ist. Die Beziehungssituationen können als soziale Phänomene betrachtet werden, die sehr gut mit einer qualitativen Methode erfasst werden können. Quantitative Methoden scheinen für das praktische Vorgehen in der Pflege nicht anwendbar zu sein. Zur Verdeutlichung dieser Position werden die Hauptargumente gegen eine positivistische Soziologie zusammengefasst:

Lamnek zitiert hierzu Girtler:

1. Soziale Phänomene existieren nicht außerhalb des Individuums, sondern sie beruhen auf den Interpretationen der Individuen einer sozialen Gruppe (die es zu erfassen gilt).
2. Soziale Tatsachen können nicht vordergründig »objektiv« identifiziert werden, sondern sie sind als soziale Handlungen von ihrem Bedeutungsgehalt her bzw. je nach Situation anders zu interpretieren.
3. »Quantitative« Messungen und die ihnen zugrundeliegenden Erhebungstechniken können soziales Handeln nicht wirklich erfassen; sie beschönigen oder verschleiern eher die diversen Fragestellungen. Häufig führen sie dazu, dass dem Handeln eine bestimmte Bedeutung unterschoben wird, die eher die des Forschers als die des Handelnden ist.
4. Das Aufstellen von zu testenden Hypothesen vor der eigentlichen Untersuchung kann dazu führen, dem Handelnden eine von ihm nicht geteilte Meinung oder Absicht zu suggerieren oder aufzuoktroieren« (Lamnek, 1995). Lamnek führt weiter aus, dass »naturwissenschaftlich-positivistisches« Forschungsvorgehen kaum dazu beiträgt menschliches Handeln konsequent zu erfassen (a.a.O.).

Die quantitativen Verfahren versuchen genau das aus dem Forschungsprozess zu eliminieren, was im vorliegenden Fall der Gegenstand der Beziehungsarbeit sein soll, nämlich die Intersubjektivität in den sozialen Situationen. Der Forschungsprozess ist in jedem Falle eine soziale Situation und die Intersubjektivität zwischen Forscher und Beforschten lässt sich im Grunde gar nicht eliminieren. Lamnek bemerkt hierzu, dass »sich diese Einflüsse gar nicht eliminieren lassen, ja die Involviertheit des Forschers in den Forschungsprozess ein unumgehbarer und notwendiger Faktor der Ergebnisproduktion sei. Versteht man den Forschungsablauf als kommunikative Beziehung zwischen Forscher und Forschungsobjekt, so ergibt sich die Intersubjektivität gerade nicht aus der Standardisierung der Methoden, sondern aus der Anpassung der Methoden an das individuelle Forschungsobjekt sowie der Verständigung und dem Verstehen zwischen Forscher und Forschungsobjekt (Lamnek, 1995).

»Die Grounded Theory ist ein wissenschaftstheoretisch begründeter Forschungsstil und gleichzeitig ein abgestimmtes Arsenal von Einzeltechniken, mit deren Hilfe aus Interviews, Feldbeobachtungen, Dokumenten und Statistiken schrittweise eine in den Daten begründete Theorie entwickelt werden kann« (Strauss/Corbin, 1996).

Nach Haller ist die Grounded Theory eine induktiv gebildete Theorie über ein soziales Phänomen. Die Grounded Theory stellt einen Forschungsprozess dar, in dem systematisch Daten erhoben, entwickelt und verifiziert werden (vgl. Haller, 2000).

Nach Glaser und Strauss muss eine Grounded Theory vier Kriterien erfüllen:

### **Der Forschungsablauf einer Grounded Theory:**

Die Grounded Theory hat ebenso wie alle anderen Methoden einen klaren und logischen Forschungsablauf.

»Ein Forschungsprozess nach dem Grounded Theory Approach ist durch vier Verfahren geprägt, die fortlaufend und gleichzeitig durchgeführt werden.

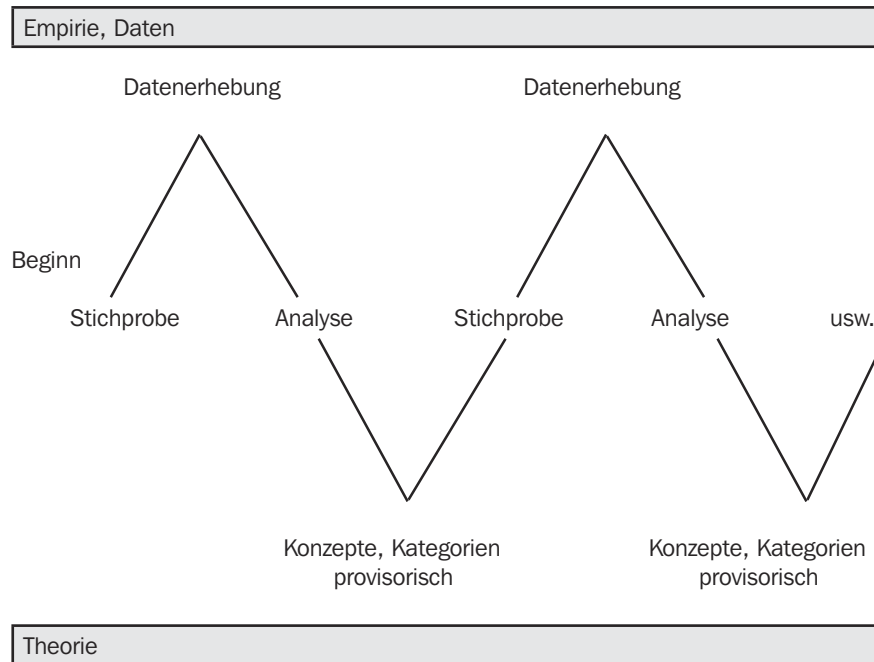
- Theoretische Stichprobenbildung
- Datenanalyse
- Theoriebildung
- Weiterentwicklung des Forschungsdesigns»

Der Forscher wird im Prozess ständig zwischen induktivem und deduktivem Denken wechseln und daran ein sampling anschließen, das es ihm ermöglicht, die in der Deduktion gewonnenen Konzepte zu verifizieren. Die Stichprobenbildung basiert zunächst auf theoretischen Annahmen und Konzepten und auf vorläufigen Annahmen aus der beruflichen Erfahrung oder aus der Fachliteratur (a.a.O.) und muss natürlich auf die Forschungsfrage abgestimmt sein.

Die Erhebung der Daten in der Grounded Theory geschieht mittels Interview, Sichtung von Texten, Videobändern, Berichten, und es ist zulässig das Wissen aus der eigenen Erfahrung zu benutzen. Strauss prägte den Satz: »Alles sind Daten«. In der Grounded Theory ist es zulässig alles als Daten zu betrachten und zu analysieren was im Kontext des Untersuchungsgegenstandes und der Forschungsfrage steht.

Wie in allen anderen Forschungsabläufen auch, steht am Beginn die Klärung der Forschungsfrage, die Hypothesenbildung, die Begriffsdefinition und die Stichprobenbildung (sampling) und daraufhin die Datenerhebung.

Die Auswertung und Analyse der Daten geschieht aber nach einem genau festgelegten Vorgehen. Es ist ein ständiges Hin- und Her-pendeln zwischen-Empirie und Theorie, wie in der Darstellung abgebildet.



(Haller, 2000)

Abb. 1

Wie bereits erwähnt, findet die Stichprobenbildung auf theoretischen Annahmen und Konzepten statt. Der Verlauf des Forschungsprozesses bestimmt dann die Datenanalyse und die provisorischen Ergebnisse daraus, die Grundlage für die Auswahl der nächsten Untersuchungssituationen. Der Prozess der Stichprobenbildung, in der Grounded Theory Sampling genannt, wird immer gezielter durch die entstehenden datengestützten Theorien geleitet.

Die Datenanalyse geschieht durch ein festgelegtes Verfahren von Kodierungen auf verschiedenen Ebenen. Das erste offene Kodieren entdeckt Kategorien und beschreibt sie zunächst hypothetisch. Während der verschiedenen Phasen des Kodierens und der Datenerhebung werden immer wieder sogenannte Theoriememos geschrieben, die vorläufige Konzepte oder Theorienotizen enthalten. Auf diese Memos wird im Laufe der Forschung immer wieder zugegriffen.

Das offene Kodieren ist ein Prozess der Datenanalyse, ein »...Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten« (Strauss/Corbin, 1996).

Konzepte sind »konzeptuale Bezeichnungen oder Etiketten, die einzelnen Ereignissen, Vorkommnissen oder anderen Beispielen für Phänomene zugeordnet werden können« (a.a.O.). Kategorien sind »eine Klassifikation von Konzepten. Diese Klassifikation wird erstellt, wenn Konzepte miteinander verglichen werden und sich offenbar auf ein ähnliches Phänomen beziehen. So werden die Konzepte unter einem Konzept höherer Ordnung zusammengruppiert - ein abstraktes Konzept, genannt Kategorie« (a.a.O.).

Das axiale Kodieren untersucht dann die Zusammenhänge zwischen den entwickelten Kategorien und wird definiert als »...eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf eine neue Art zusammengesetzt werden. Dies wird durch Einsatz eines Kodierparadigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht« (a.a.O.).

Während der Arbeit mit dem Kodierparadigma, die eigentlich einen Prozess zwischen induktivem und deduktivem Denken mit Verifikation darstellt, werden die Kategorien miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt und es werden Fragen zu den einzelnen Kategorien aufgeworfen und Unterschiedlichkeiten entdeckt. Dieses Vorgehen führt zur Varianz und zur Dimensionalisierung der Kategorien.

Das selektive Kodieren in der Schlussphase einer Grounded Theory-Studie integriert dann die Theorie. Die verschiedenen Kodierverfahren sind selektiv auf bestimmte Erkenntnislücken in der Beantwortung der Forschungsfrage abgestimmt. Das selektive Kodieren ist »... der Prozess des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie<sup>1</sup> mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehungen und des Auffüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen« (a.a.O.).

<sup>1</sup> Für den Begriff Kernkategorie wird häufig auch der Begriff Schlüsselkategorie verwendet.

Die Kernkategorie stellt diejenige Kategorie oder das »zentrale Phänomen dar, um das herum alle anderen Kategorien integriert sind« (a.a.O.).

Diese abschließende Integration, die die eigentliche Theoriebeschreibung darstellt, ist ein sehr komplexer Prozess, der ähnlich wie das axiale Kodieren, aber auf einer höheren, abstrakteren Ebene stattfindet.

Abb. 2

Der Forschungsprozess und die Grundoperationen des Kodierens sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

	Phase A	Phase B	Phase C
	<b>Offen Kodieren</b> Offenes Sampling	<b>Axial Kodieren</b> Vergleichendes Sampling	<b>Selektiv Kodieren</b> Abgrenzendes Sampling
Offenheit in der Datenerhebung	am größten		am geringsten (Offenheit ist selektiv)
Deduktion	wenig leitend		leitend
Induktion	leitend		wenig leitend
Vergleichen		immer	
Fragende Perspektive		immer	

Anmerkung: Oft sind im Laufe der Phasen B und C offenes und axiales Kodieren erneut notwendig, um Erkenntnislücken zu schließen (Haller, 2000, S. 15).

## Umsetzung der Grounded Theory in die Beziehungspflegeplanung

Das Denken und die praktischen methodischen Schritte der Theorieentwicklung der Grounded Theory soll auf die praktischen Handlungsschritte der Beziehungspflegeplanung übertragen werden. Dem Autor ist klar, dass eine Grounded Theory immer ein vorläufiges Ergebnis hat und dass der Beobachtungszeitraum sehr groß sein kann. Pflegende sind in der Regel auch nicht ausgebildet die Methode sauber anzuwenden. Trotzdem sind diese Argumente wenig geeignet die Grounded Theory als Grundlage wissenschaftlich begründeter Beziehungspflege abzulehnen.

- Schon die ersten Schritte der Grounded Theory, eine gezielte Datensuche und die abstrakte Interpretation der Daten mit einer anschließenden Verifikation oder Falsifikation, werden eher die intersubjektivität einer Beziehungssituation fördern als die scheinbar objektive Beobachtung der Pflegesituation mit einer herkömmlichen Pflegeplanung. Die ersten Schritte einer Grounded Theory wurden immer wieder in Workshops erprobt und lassen den Schluss zu, dass fast alle Pflegenden dazu in der Lage waren. Die ersten Erprobungen in der Praxis, die demnächst in Buchform veröffentlicht werden, geben ebenfalls Anlass zur Bestätigung.
- Beziehungen in der psychiatrischen Pflege sind meist begrenzt und auch ohne wissenschaftliche Begründung bleibt der Beziehungsprozess am Ende offen. Ein wissenschaftlich begründetes Vorgehen ist einem rein individuellen Vorgehen in jedem Fall vorzuziehen.
- Beziehungen in der gerontopsychiatrischen Pflege in Altenheimen enden fast immer mit dem Tod des Patienten. Hier ist in jedem Fall ein wissenschaftlich begründetes Vorgehen über einen häufig sehr langen Zeitraum möglich. Auch eine kurze Behandlungsdauer von zwei bis drei Wochen lassen es zu ein vorläufiges Ergebnis in der Beziehungspflegeplanung zu erreichen und sind damit ebenso einem rein individuell gesteuerten Vorgehen vorzuziehen.

## Die Praxis der Beziehungspflegeplanung

Die praktische Umsetzung der Beziehungspflegeplanung ist von zwei Faktoren abhängig: Erstens von einem Konzept von Beziehungspflege, in dem die Qualität und das Ziel von Beziehungspflege beschrieben sind und das praktische Handlungsinstrumente beinhaltet. Beziehungspflege braucht ein Ziel und muss Handlungswege aufzeigen. Das Konzept der Kongruenten Beziehungspflege (Bauer 1997/2002) ist Grundlage der Beziehungspflegeplanung. Es beschreibt die Qualität, das Ziel und die verschiedenen Diagnostikinstrumente zum Beginn einer Beziehung und zur kontinuierlichen Verbesserung des Beziehungsprozesses. Zweitens von einer wissenschaftlich begründbaren Methode, die das soziale Phänomen der Beziehung beschreiben kann. Die Methode der Grounded Theory liegt der Beziehungspflege zugrunde.

## Die Bedeutung der Biographie

An erster Stelle der Beziehungspflegeplanung steht die Biografie des Bewohners. Erst darüber können wir den Menschen als ein Ganzes verstehen. Sie sollte so ausführlich wie möglich erhoben werden.

Das Leben lässt sich nur rückwärts verstehen.

Im Sinne der Grounded Theory ist die Biografie die erste Datenquelle, aus der die ersten offenen Kodierungen erfolgen. Alle anderen Datenquellen, wie z.B. Fotoalben, Briefe, Erzählungen von Angehörigen usw. sind ebenso zulässig. Oftmals ist es nicht möglich umfassende Informationen zur Biografie zu erhalten, weil der Patient sich selbst nicht mehr äußert oder einfach keine Daten vorhanden sind. Dann sind Angehörige hilfreich, wobei hier natürlich die Dynamik der Beziehung zwischen den Angehörigen und dem Bewohner zu beachten ist. Manchmal ist auch diese Informationsquelle ungenügend. Dann muss mit aktuellen Beobachtungen gearbeitet werden, die möglich sind, auch wenn diese sehr spärlich erscheinen. Möglichkeiten dazu können der einweisende Arzt sein, Nachbarn, Freunde, aber auch Fotoalben und Erinnerungsstücke lassen Rückschlüsse auf das Leben von Menschen zu.

Mit der Biografie von Menschen ist unbedingt sorgsam und sensibel vorzugehen. Der biografische Ansatz kann natürlich auch die schlechten Erinnerungen wieder wach werden lassen, die dann mit sehr viel Wertschätzung für die Lebensleistung des Bewohners behandelt werden müssen.

»Biografisches Arbeiten in der Pflegepraxis ist in erster Linie Kommunikation. Das gemeinsame Gespräch, die Erinnerung an zurückliegende Zeiten, die Betrachtung von älteren Bildern, die Aktualisierung von Sinneserfahrungen und das Zurückversetzen in die alte Zeit soll Wertschätzung und Sinnggebung ausdrücken und den drohenden Identitätsverlust vermeiden (vgl. Ruhe 2003). So lassen sich verschüttete Fähigkeiten und andere Ressourcen entdecken, die auch in der Situation der Pflegebedürftigkeit nützlich für den Einzelnen und die Gemeinschaft sind, und damit Defizite erträglicher machen. In einem Seminar zur Beziehungspflegeplanung wurde berichtet, dass eine alte Dame, die seit Jahren nicht mehr gesprochen hatte, plötzlich wieder mit der Altenpflegerin zu sprechen begann, als sie einen Besuch in der Stadt machten, in der die Frau früher lebte.

Die Lebensgeschichte offenbart nicht nur die Entstehung des Pflegebedarfs, sondern sie enthält auch die dazugehörige Antwort (Booij/von den Bergen 2003:103)«. (Friebe 2004)<sup>2</sup>

### Das praktische Vorgehen:

Zur besseren Verdeutlichung dienen die im Anschluss angeführten kurzen Beispiele der Beziehungspflegeplanung.

Zunächst wird die Biografie des Bewohners so ausführlich wie möglich erhoben. Über die Betrachtung der Biografie werden in einem ersten Schritt die Bedeutungen (offenes Kodieren) für das Leben des Bewohners benannt. Zu

diesen Bedeutungen werden, wie im folgenden Beispiel, die Gegenseiten formuliert. Die Formulierung der Gegenseiten ist sehr wichtig, weil sonst keine Qualität der Bedeutungen erkennbar wird. Wir können nur schwer erkennen was »hoch« ist, wenn wir nicht einen Begriff von „tief“ haben. Alle Bedeutungen werden erst in der Gegenseite deutlich. Gut und böse, hell und dunkel, kaufen und verkaufen, Anfang und Ende. Die Bipolarität allen Seins wird in der Beziehung anerkannt. Zwischen den Polen wird erst die Qualität des Erlebens deutlich. Eine einseitige Betrachtung nur eines Pols vermag Qualität nicht hervorzubringen.

Beispiel:

Bedeutung		Gegenseite
Überwachung		Autonomie
Geringschätzung		Wertschätzung
Verlust		Fülle
Unbedeutend		Ansehen

**Tabelle 3, Bedeutungen und deren Gegenseiten**

In einem zweiten Schritt wird auf der Skala zwischen den Gegenseiten das derzeitige Erleben des Bewohners eingeschätzt.

Beispiel:

Das Ziel der Beziehungspflegeplanung ist es, den Bewohner durch geeignete Interventionen in seinem Erleben zu der Seite zu bringen, die ihm zum Wohlbefinden verhelfen.

Ein ehemaliger Metzgermeister, der sehr aggressiv war, wurde weniger aggressiv, wenn er einmal pro Tag in der Küche sitzen konnte und den Geruch von frischem Fleisch riechen und das Fleisch berühren konnte. Der Geruch erinnerte ihn an glückliche Tage, in denen er ein angesehener Bürger war. Dieses Wiedererleben seines Ansehens verhalf ihm zu einem neuen Selbstbewusstsein. Im Altenheim war im dieses Selbstbewusstsein verloren gegangen und daraus entstand wahrscheinlich die Aggressivität. In der Einschätzung der Pflegekraft war das Ansehen des Bewohners für ihn sehr bedeutsam, aber er konnte es im Heim nicht mehr spüren. Die Gegenseite von Ansehen wurde als Selbstbewusstsein definiert. Also suchte man nach geeigneten einfachen Maßnahmen um die Bedeutung des Lebens wieder zur Seite Selbstbewusstsein zu verschieben.

<sup>2</sup> Ein gutes Instrument um Lebensläufe sichtbar zu machen ist die Lebensereignisskala. (Kollak 2004)  
Die Lebensereignisskala verschafft einen ersten Überblick über die gelebt Arbeits- und Lebenszeit mit wichtigen Ereignissen.

Bedeutung		Gegenseite
Ansehen	<del>XXX</del>	Selbstbewusstsein

#### Intervention:

So oft wie möglich in die Küche bringen und bei der Zubereitung von Fleischgerichten dabei sein lassen.

Nach vier Wochen Intervention hat sich das Bedeutungsbild im Leben des alten Metzgermeisters deutlich verschoben. Das Ergebnis des ersten offenen Kodierens wurde durch geeignete Maßnahmen verifiziert und kann im weiteren Vorgehen als Grundlage der Beziehungsarbeit gesehen werden. Der Metzgermeister zeigte noch weitere Problematiken, z.B. hohe sexuelle Aktivität, die vor allem die weibliche Seite der Belegschaft zu spüren bekam. Dieser Aktivität wurde ebenfalls mit entsprechenden Interventionen begegnet. Ebenso wurden die Maßnahmen zur Erinnerung an glückliche Tage dadurch verstärkt, dass der Patient einmal pro Woche für einen bestimmten Zeitraum in einer echten Metzgerei sitzen konnte. Dort war er in seinem Element und er fachsimpelte mit den Verkäuferinnen und den Kunden. Insgesamt führten die Maßnahmen zu einem wesentlich verbesserten Zustand und zu einem vertieften Verständnis der Pflegekräfte für die Bedeutungswelt des Patienten.

Bedeutung		Gegenseite
Ansehen	<del>XXX</del>	Selbstbewusstsein

#### Forensische Pflege:

Im Moment entsteht ein Beziehungspflegebuch über die forensische Pflege. In diesem Buch werden Verläufe der Beziehungsarbeit nach der Beziehungspflegeplanung mit drei Patienten beschrieben.

Leider können hier noch keine Beschreibungen veröffentlicht werden, weil eine Freigabe der Texte hinsichtlich der Anonymisierung noch nicht erfolgt ist. Es lassen sich aber erste Beobachtungen formulieren.

- Die Beziehungspflegeplanung hat sehr positive Auswirkungen auf das Verhalten und die Einsichts- und Selbsterkenntnisfähigkeit der Patienten.

- Die Atmosphäre zwischen Patienten und Pflegenden ist wesentlich entspannter.
- Der therapeutische Prozess wird wesentlich durch die Beziehungspflegeplanung verstärkt.
- Nicht jede Beziehung kann über die Beziehungspflegeplanung gestaltet werden.
- Patienten mit geringer forensischer Erfahrung reagieren positiver als Patienten mit langer forensischer Erfahrung.
- Eine gemeinsame Festlegung und Diskussion der Bedeutungen kann nicht mit allen Patienten durchgeführt werden.
- Das Wissen der Pflegenden über die Patienten verstärkt sich vielfach.
- Pflegende können Prognosen zum Verhalten der Patienten stellen.

In der allgemeinen psychiatrischen Pflege werden ebenfalls Beziehungspflegeplanungen durchgeführt. Leider haben wir hier derzeit keine Kontakte und es können keine Beobachtungen dargestellt werden. Der Aufbau eines Netzwerkes Beziehungspflege ist aber bereits begonnen. Ein Ziel des Netzwerkes ist die Dokumentation der Beziehungspflege und die Beschreibung von Beziehungsverläufen.

#### Schlusswort:

Die Beziehungspflegeplanung unter der Grundlage der Grounded Theory steht noch ganz am Anfang. Gesicherte Aussagen über die Wirkungen und die Problematiken sind derzeit noch nicht möglich. Für die Akzeptanz durch die Pflegegemeinschaft und einen breiten Praxiseinsatz muss noch viel weitere Entwicklung geleistet werden.

Im Moment versteht sich das Konzept als ein Vorschlag zu einer wissenschaftlich begründbaren Beziehungspflege.

## Literatur:

- Bauer, R.**, Beziehungspflege – Professionelle Beziehungsarbeit für Gesundheitsberufe  
ibicura 2002 (erstmalig 1997)  
[www.ibicura.de](http://www.ibicura.de)
- Bauer, R.**, Grundlage pflegerischer Beziehungsarbeit In: PsychPflegeHeute 6,  
7. Jahrgang Dezember 2001
- Friebe, J.**, Der biografische Ansatz in der Pflege, In: Pflege und Gesellschaft,  
DV Pflegewissenschaft 1/04
- Glaser, G. Barney / Strauss, L. Anselm**, Grounded Theory, Verlag Hans Huber, Bern,  
Göttingen, Toronto, Seattle 1998
- Haller, Dieter** (Hrsg.), Grounded Theory in der Pflegeforschung, Hans Huber, Bern, Toronto,  
Göttingen 2000
- Kollak, I**, Lebensläufe sichtbar machen, Biografisches Arbeiten mit Mitteln der optischen  
Veranschaulichung, In: Pflege und Gesellschaft, DV Pflegewissenschaft 1/04
- Lamnek, Siegfried**, Qualitative Sozialforschung, Band 1 Methodologie, 3. Auflage,  
PVU Weinheim 1995
- Lamnek, Siegfried**, Qualitative Sozialforschung, Band Methoden und Techniken, 3. Auflage  
PVU Weinheim 1995
- Strauss/Corbin**, Grounded Theory, Grundlagen qualitativer Sozialforschung Beltz,  
PVU Weinheim 1996
- Strauss, L. Anselm**  
Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Wilhelm Fink Verlag GmbH & Co. KG München 1994
- Wied/Warmbrunner** (Bearbeitung), Pschyrembel Wörterbuch Pflege de Gruyter 2003
- Watson, J.**, Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung, Hans Huber 1996
- Watson, J.**, Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science  
Springer Publishing Company 2002

## Interventionen bei der Pflege von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten

Dr. Susanne Schoppmann (private Universität Witten/Herdecke)

Menschen, die sich selbst verletzen, zählen in der psychiatrischen Pflege zu den so genannten schwierigen Patienten (Breeze & Repper 1998) und ihr Verhalten kann bei Pflegenden starke Gefühle wie Angst, Schuld und Ärger auslösen (Sebree & Popkess-Vawter 1991). Betroffene Patientinnen beschreiben, dass ihre Erfahrungen mit Pflegenden nicht die besten sind und es vorkommt, dass sie beschimpft und beleidigt werden, z.B. wenn sie ihre Wunden in chirurgischen Ambulanzen versorgen lassen müssen (Pembroke 1991). D.h. die Behandlung und Pflege dieser Patientengruppe gestaltet sich schwierig und scheint für alle Beteiligten kompliziert zu sein.

Dabei ist das Zufügen von Selbstverletzungen nicht zwingend als krankhaftes Verhalten zu verstehen. Favazza (1996) definiert selbstverletzendes Verhalten als: »*deliberate deconstruction or alteration of one's body tissue without conscious suicidal intent*« (1996, xviii f.) [vorsätzliche Beschädigung oder Veränderung von Körpergewebe ohne bewusste suizidale Intention] und nimmt eine Kategorisierung selbstverletzender Verhaltensweisen vor. Er unterteilt diese in zwei Hauptgruppen, nämlich in kulturell gebilligtes und in deviantes selbstverletzendes Verhalten bei psychisch kranken Menschen.

Kulturell akzeptiertes selbstverletzendes Verhalten wurde zu allen Zeiten und in verschiedenen Kulturen beschrieben. Bereits im Alten Testament wird geschildert, wie sich die Anhänger des Gottes Baal mit Messern und Pflöcken ritzen bis sie bluteten (1. Könige 18, 28) und wir alle kennen die heute modernen Praktiken wie Piercing, Tätowierungen oder Branding, die unter dem Oberbegriff ‚Bodymodification‘ subsumiert werden können (Benneke 2000). Das selbstverletzende Verhalten psychisch kranker Menschen unterteilt Favazza (1996) anhand von Schwere und Häufigkeit in die Kategorien *major* (z.B. Selbstkastration oder das Ausstechen von Augen, wie es bei schweren Psychosen vorkommen kann), *stereotypic* (z.B. Kopfschlagen oder andere Stereotypen, wie sie bei geistig behinderten Menschen vorkommen können) und in *moderate/superficial* (z. B. Schnittverletzungen der Haut).

Um Menschen, deren selbstverletzendes Verhalten sich dieser Kategorie zuordnen lässt, wird es nachfolgend gehen.

In der Literatur wird von einem Zusammenhang zwischen dieser Form selbstverletzenden Verhaltens und dem Erleben von Entfremdungsgefühlen oder dissoziativer Zustände ausgegangen (Van der Kolk et al. 1991; Eckhardt & Hoffmann 1993; Holitzner 1993; Tameling & Sachsse 1996).

In der Psychopathologie werden Entfremdungsgefühle als Depersonalisation bezeichnet und als ein Zustand beschrieben, in dem das eigene Ich als fremd, maschinenartig und nicht mehr in Verbindung mit den eigenen seelischen Regungen und körperlichen Bedürfnissen wahrgenommen wird (Schoppmann 2003), während der Begriff der Dissoziation weiter gefasst wird und neben der Depersonalisation auch Phänomene wie *out-of-body-experiences*, Traumzustände, Lebensfilme etc (Fischer & Riedesser 1998) beinhaltet.

Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Zustände der Abwehr von starken Affekten dienen. Sie werden als Schutzmechanismus im Erleben von bedrohlichen Situationen verstanden, die Aspekte von Überlebensfunktionen beinhalten (Eckhardt & Hoffmann 1993; Fewtrell 1986; Oberst 1983). So gibt es viele klinische Berichte darüber, das z.B. misshandelte oder missbrauchte Kinder Depersonalisationszustände herbeiführen können, um dadurch die mit der Bedrohung einhergehenden Gefühle wie Scham, Schmerz und Demütigung zu bewältigen (Sachsse 1995). Dieser Zusammenhang wird auch in der pflegewissenschaftlichen Literatur zu selbstverletzendem Verhalten beschrieben ( Sebree & Popkess Vawter 1991; Rosen & Collins 1993; Ferry 1994; Usher & Cook 1994; Crowe 1996; Clarke & Whittaker 1998). Allerdings erfahren bei den beschriebenen pflegerischen Interventionen das Entfremdungserleben bzw. die dissoziativen Zustände keine Beachtung.

Sie fokussieren stattdessen auf die Beziehungsgestaltung mit den betroffenen Menschen und auf den Umgang mit den Selbstverletzungen, der wiederum sehr kontrovers diskutiert wird. Das Spektrum der vorgeschlagenen Interventionen reicht von der vollständigen Überwachung bis hin zum Aushändigen sauberer Klingeln. Zwischen diesen beiden Polen sind Interventionen wie die Unterzeichnung von Therapievereinbarungen, die Bildung von vertrauensvollen Beziehungen, die Ermutigung zur Inanspruchnahme von Hilfe sowie die Unterstützung in der Verbalisierung von Gefühlen anzusiedeln. Es gibt eine breite Übereinstimmung darin, die betroffenen Patientinnen in der Verbalisierung ihrer Gefühle zu unterstützen ( Sebree & Popkess Vawter 1991; Rosen & Collins 1993; Usher & Cook 1994; Crowe 1996), allerdings werden restriktive Maßnahmen wie eine vollständige Überwachung auch kritisch gesehen, da sie die Wahrscheinlichkeit, dass es zu selbstverletzenden Handlungen kommt, steigern können und die Verantwortung für die Patientinnen gänzlich den Mitarbeiterinnen überlassen bleibt (Usher & Cook 1994). Auch die Unterzeichnung von Therapievereinbarungen ist nicht unumstritten (Clarke & Whittaker 1998), da sie mit der Gefahr verbunden sind Patientinnen aufgrund von Überforderung durch die Therapie nicht weiter behandeln zu können ( Usher & Cook 1994).

Dass die Diskussion darüber, welche pflegerischen Interventionen nun angewendet werden sollen, so kontrovers geführt wird, hat ganz sicher damit zu tun, dass bislang weder die Betroffenen selbst befragt wurden, noch anderweitige Untersuchungen über die Effektivität von pflegerischen Interventionen in Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten durchgeführt wurden.

Diese Ausgangslage war Anlass für die Durchführung einer phänomenologisch-hermeneutischen Untersuchung, die das Ziel verfolgte mehr über die Perspektive der Betroffenen zu erfahren und möglicherweise daraus resultierende Handlungsalternativen für psychiatrische Pflegende aufzuzeigen. Deswegen galt ein Teilbereich der Untersuchung auch der Fragestellung welche pflegerischen Interventionen in der Erfahrung dieser Menschen hilfreich waren.

Als Erhebungsinstrumente wurde die teilnehmende Beobachtung und das qualitative Interview im Sinne einer hermeneutischen Konversation (van Manen 1990) genutzt. Die teilnehmende Beobachtung wurde in zwei psychiatrischen Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Menschen, die unter selbstverletzendem Verhalten leiden, spezialisiert haben, durchgeführt. Die Gespräche wurden mit vier betroffenen Frauen sowie einer Pflegenden geführt. Eine weitere betroffene Frau teilte ihr Erleben in Selbstaufschreibungen mit. Der Konversationscharakter und die gemeinsame Exploration ihrer Erfahrung kamen durch den Austausch von Email- Nachrichten zustande. Der in die Untersuchung einfließende Datenbestand setzt sich folgendermaßen zusammen:

Teilnehmende Beobachtung	Interviews	E-Mail
99 Sequenzen mit unterschiedlichen inhaltlichen Beobachtungsschwerpunkten	4 Interviews mit betroffenen Frauen / durchschnittlich 2 Stunden 1 Interview mit einer Pflegenden/ 2 Stunden	1 betroffene Frau/ 5 E-Mails über einen Zeitraum von 10 Tagen

Bevor die als hilfreich erlebten pflegerischen Interventionen geschildert werden, werden einige Empfindungen während des Entfremdungserlebens bzw. der dissoziativen Zustände zusammenfassend dargestellt:

- Das Entfremdungserleben kann durch verschiedene Situationen ausgelöst werden. Dazu gehört unter anderem das Ausgeliefertsein an vergangene Schrecken.
- Das Entfremdungserleben hat verschiedene Qualitäten: einerseits dient es dem Schutz vor bedrohlichen traumatischen Situationen und andererseits ist es ein qualvolles Erleben, dem die Betroffenen hilflos ausgeliefert sind und das vor allem durch die Sprachlosigkeit und die Schreckhaftigkeit gekennzeichnet ist.
- Ein unmotiviert auftretendes Lachen ist ein wahrnehmbares Zeichen für den Kontrollverlust, den das Abgleiten in das Entfremdungserleben darstellt, während das Abbrechen des Blickkontaktes bereits als Zeichen des vollzogenen Kontrollverlustes gelten kann.
- Die körperlichen Empfindungen während des Entfremdungserlebens sind geprägt von dem Erlebnis der Kälte, der Müdigkeit und des ‚Nebels‘.
- Das selbstverletzende Verhalten stellt eine Form der Selbstfürsorge dar und ist die effektivste Möglichkeit, um das Entfremdungserleben zu beenden. Dabei kommt der Wahrnehmung des Bluts eine besondere Bedeutung zu.



- Sowohl die durch die Selbstverletzungen entstehenden Narben als auch die damit verbundene Scham haben Auswirkungen auf die Gestaltung des Alltags der Betroffenen, indem beispielsweise die Narben verborgen werden müssen.

Die als hilfreich erlebten pflegerischen Interventionen können in zwei Formen unterschieden werden. Zum einen gibt es Interventionen, die dazu dienen den Betroffenen zu helfen das Entfremdungserleben zu überwinden. Sie werden hier unter dem Oberbegriff situative Interventionen beschrieben. Zum anderen gibt es pflegerische Interventionen, die zu einer langfristigen Veränderung des Erlebens der Betroffenen beitragen sollen. Im Folgenden wird ausschließlich auf die situativen Interventionen eingegangen werden.

Die von den Betroffenen als hilfreich erlebten situativen Interventionen beziehen sich auf die Hilfe zur Beendigung des Entfremdungserlebens und setzen an, **bevor** es zu selbstverletzenden Handlungen kommt. Sie sind komplex und mehrdimensional angelegt, greifen ineinander über und geschehen auch parallel. Wegen des besseren Verständnisses werden sie nachfolgend aber voneinander isoliert beschrieben.

Zu diesem pflegerischen Handlungsrepertoire gehört es die Regieführung zu übernehmen, geeignete körperliche Interventionen anzuwenden, Sicherheit zu vermitteln und die Autonomie der Betroffenen zu respektieren.

Regie zu führen bedeutet für einen umschriebenen Zeitraum die Anleitung zu übernehmen und das Geschehen vorzugeben.

*»Also ich habe immer versucht das was ich gesehen habe, das was ich gespürt habe, das was ich wahrgenommen habe, auszusprechen einerseits und praktisch umzusetzen andererseits. Insofern hab ich Regie geführt.« (Int05 72-74)*

Die Situationen, in denen das notwendig wird, sind bestimmt durch die momentane Hilfsbedürftigkeit der betroffenen Patientinnen. Eine Krankenschwester schilderte eine solche Situation folgendermaßen:

*»Also ähm wenn die Patientin kam war sie, also sie kam immer von der unteren Etage hoch ja auf die andere Etage. Wenn sie kam, war sie wie in Trance, ihr Blick war starr, ihre Hände waren irgendwie verdreht, sie hatte einen völlig unsicheren schwankenden Gang und war von der gesamten Physis und von der gesamten seelischen Ausstrahlung her eigentlich nicht da. Sie hat sich sozusagen hoch geschleppt hatte ich immer den Eindruck, sie hat manchmal sich auch an den Wänden halten müssen, um überhaupt an zu kommen. Sie stand im Türrahmen und sagte keinen Ton und es war wieder die Situation. Ich hatte das Gefühl ich bin aufgefordert diese Situation zu ergreifen, sie zu nehmen, sie zu holen, sie äh beim Namen zu nennen, so.« (Int05 50-58)*

Die Regieführung zu übernehmen heißt die Initiative zu ergreifen, zu entschei-

den was getan werden soll, es anzukündigen und auch umzusetzen, und auf diese Art zu zeigen, dass man da ist und um die Bedürfnisse der Betroffenen weiß. Eine betroffene Frau sagt dazu:

*»Einfach da sein, einfach da sein, verstehen Sie? Einfach da sein. Es reicht ja schon wenn einer da ist, [...] dass ich die Hand halten kann oder irgendwas, damit ich da raus komm.« (Int03 133-138)*

Körperbezogene Interventionen werden ausgeführt, um mit den Betroffenen in Kontakt zu kommen, und eine Verbindung herzustellen, speziell wenn verbale Kommunikationsformen nicht mehr greifen.

*»Und ähm sie hat später immer wieder gesagt, die ändern sagen dann immer wie kann ich Ihnen helfen ähm was ist jetzt los, und dann hat sie gesagt das kann ich nicht sagen in so einem Moment und ich hab immer gesagt kommen Sie rein, setzten Sie sich her.« (Int05 58-60)*

Diese momentane Sprachlosigkeit ist ein Kennzeichen des Entfremdungserlebens und es gibt Hinweise darauf, dass diese Sprachlosigkeit eine körperlich nachweisbare Entsprechung findet. Eine Untersuchung aus dem Bereich der Neurobiologie hat ergeben, dass während des erneuten Durchlebens traumatischer Ereignisse die Aktivitäten im Broca – Zentrum signifikant abfallen (Rauch et al. 1996). Dem Broca –Zentrum wird die Fähigkeit zugeschrieben, persönliche Erfahrung in kommunizierbare Sprache umzuwandeln.

Umso wichtiger sind in solchen Momenten die körperbezogenen Interventionen. Sie können sehr verschieden sein und das Spektrum reicht vom Händehalten bis zum Aufsetzen und auf den Boden stellen. Wie das oben angeführte Zitat gezeigt hat, wird gerade das an der Hand gehalten werden von einer Betroffenen als sehr hilfreich erlebt.

Berührung durch vertraute Personen stellt eine Möglichkeit dar das Entfremdungserleben zu überwinden und in das Hier und Jetzt zurück zu kehren. So sagt eine andere Interviewpartnerin auf meine Frage, ob sie sich noch erinnere wie ein solcher Zustand zu Ende gegangen sei:

*»[...] also ich kann, ähm, wenn ich an Situationen denke, in denen ich mich außerhalb meiner selbst gefühlt hab ähm, dann gab es eigentlich nur Berührung, wo ich bewusst erinnere, dass ich sie auch wieder innen gespürt hab. Also dass ich auch das Gefühl hatte, ich bin da und ich kann Berührung von außen wahrnehmen. Also deswegen vermute ich, dass es bei mir über Berührung läuft. [...]« (Int.04 342-348)*

Für diese betroffene Frau soll die Berührung fürsorglich, warm und bewusst ausgeführt sein, sie soll Schutz und Sicherheit vermitteln und nicht fordernd wirken. Dabei soll sie aber auch nicht zu viel Nähe herstellen wie z.B. eine Umarmung es tun würde. Das bedeutet, dass die Eindeutigkeit der Botschaft des Schutzes und die Wärme wesentliche Qualitäten der hilfreich erlebten Berührung darstellen.

Dieses Schutzbedürfnis wird auch von Pflegenden wahrgenommen. Eine Krankenschwester beschreibt dies so:

*» Ich wollte sie wieder her holen. Sie war woanders und da ging es ihr schrecklich, und wo ich bin, ist es in Ordnung, ich bin nett und freundlich, so hier ist keine Gefahr und es kann eigentlich nur gut sein, aus dieser Situation hier im Raum, auf den Füßen zu stehen, sich umzugucken, wahrzunehmen, wo sind wir hier, was ist hier los, wer steht hier vor mir, hier kann mir nix passieren. Das war meine Intention.« (Int05 178-182)*

Das heißt, diese Krankenschwester, deren Interventionen von einer Betroffenen als besonders hilfreich erlebt wurden, setzt körperbezogene Interventionen auch ein, um Sicherheit zu vermitteln. Dies ist vor allem dann notwendig, wenn die Betroffenen an die vergangenen Schrecken ausgeliefert sind und die traumatischen Situationen erneut durchleben. Allerdings gilt es auch, und gerade bei den körperbezogenen Interventionen, die Autonomie der Betroffenen zu respektieren.

*»Also mit Wachbewusstsein ähm das war auch ihr Verhalten sonst auf der Station, also da war nix an Berührung oder nix an äh, da wurden irgendwelche durchaus liebevollen, aber frechen Bemerkungen auf den Tisch geknallt oder so. Aber da war keine körperliche Berührung erlaubt. Das ging nicht. Aber um sie rauszuholen aus dem war körperliche Berührung absolut notwendig. Und es war eigentlich auch immer dann sehr deutlich spürbar wann ich jetzt ähm wieder Abstand nehmen muss und wann ich ähm versuchen kann durch ein kurzes Gespräch zu klären was war da jetzt. Und wie ist es jetzt, kann ich noch was tun?« (Int05 222-229)*

Wenn die Patientin wach und bei sich war, war körperliche Berührung zuviel. Das hat sich auch in ihrem sonstigen Verhalten auf der Station ausgedrückt. Das bedeutet, dass eine Berührung der Zustimmung der Betroffenen bedarf und beendet wird, wenn die Patientin verbal wieder erreichbar ist.

Sicherheit kann aber auch verbal vermittelt werden. So erlebte ich in einer Beobachtungssituation, wie eine Patientin durch verschiedene Alltagsgeräusche wie Türenklappern oder Telefonklingeln heftig erschreckt wurde.

*»Dann läutet wieder das Telefon und Frau H. schlägt wild um sich, sie wirft die Arme hoch, den Kopf nach hinten, und ist sichtlich furchtbar erschrocken. Ich erkläre ihr das Telefonklingeln und sage ihr, dass nichts Schlimmes passieren wird und frage sie, ob sie immer so geräuschempfindlich ist. Sie sagt mir mit sehr leiser, zitternder, kaum verständlicher Stimme: , das ist immer so, wenn es mir so schlecht geht, wenn ich Flashbacks habe' « (BobW.03 535-540).*

In diesem Fall ermöglichte das stellvertretende Identifizieren und Benennen der Geräusche, miteinander in Kontakt zu treten und die Patientin erlebte es offensichtlich als Erleichterung, als eine Pflegende ihr anbot mit ihr in den Garten zu gehen, wo sie besser vor solchen Geräuschen geschützt war.

Dieses Nicht-identifizieren-Können von und Erschrecken über Alltagsgeräusche wird von Van der Kolk (1997) als abnorme physiologische Reaktion bei Menschen, die unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, auf zwei Ebenen beschrieben. Einerseits wird auf spezifische, an das Trauma erinnernde Reize reagiert, und andererseits wird auch auf starke, aber neutrale Reize, wie laute Geräusche, reagiert. Diese zweite Reaktionsform wird als Verlust der Reizdiskriminierung gedeutet und auf die fehlende Integration der traumatischen Erinnerung zurückgeführt.

Wie die Beschreibung zeigt, gibt es eine Reihe von Interventionen, die von Pflegenden eingesetzt werden können, um die Betroffenen in der Überwindung des Entfremdungserlebens zu unterstützen. Allerdings können sie nicht voraussetzungslos von jeder Pflegenden bei jeder Patientin angewandt werden. Wie in einem Teil der Zitate bereits an klang, spielen die Beziehung und das Vertrauen zueinander eine wichtige Rolle, wenn es darum geht Hilfe anzunehmen. Zu diesen Voraussetzungen gehören aber auch Wissen über die Erkrankung, ihre Ursachen und Ausdrucksformen und der Respekt für die Expertise der Betroffenen.

Zum Wissen über die Erkrankung gehört einerseits das Regelwissen, wie z.B. Wissen über Schreckhaftigkeit oder Sprachlosigkeit als Symptome von dissoziativen Zuständen. Fehlt solches Wissen, dann ergeben sich Situationen wie die folgende:

*»Wie kann ich Ihnen jetzt helfen, was brauchen sie jetzt, ähm, dann hat die Patientin nicht geantwortet [...] und die Kollegen [waren, Anm.d.Ver.] gekränkt und beleidigt [...]. Die will sich ja gar nicht helfen lassen. Und die spaltet uns und die spielt mit uns und die macht mit uns was sie will und wenn wir hingehen und ihr helfen wollen, lässt sie niemand an sich ran.« (Int05 318-329)*

Andererseits gehört dazu aber auch das subjektive Wissen und Kennen der einzelnen betroffenen Patientinnen. Erst die Verknüpfung dieser beiden Wissensformen erlaubt es den Pflegenden wirklich hilfreich zu intervenieren und die Betroffenen spüren sehr genau, wer über diese Wissen verfügt und wer nicht:

*»Also Schwester X weiß auch ganz genau, wie sie mich da raus kriegt irgendwie. Die hat einfach ein Gefühl dafür. Und nach anderen kannst du hingehen und sagen, mach mal irgendwas, die wüsstest doch gar nicht, was sie da machen sollen. Man spürt diese Hilflosigkeit, das isstes nämlich. Ja, die Hilflosigkeit, weil sie selber nicht wissen, was sie machen sollen (längeres Schweigen)«. (Int03 120-124)*

Zu diesem Wissen gehört auch der Respekt für den Expertenstatus der Betroffenen. Dieser zeigt sich z.B. beim Aushändigen der Bedarfsmedikation:

*»Ähm und sie hat für sich gesagt es hat mich die letzte Kraft gekostet in diesen Raum zu gehen und um etwas zu bitten, um meinen Bedarf, aber*

mehr ging nicht. Und wenn dann so eine Frage kam, hat sie sich abgewiesen gefühlt und ging dann wütend aus dem Raum raus. Und nur die Kollegen, die dann ohne zu fragen ihr wortlos den Bedarf gegeben haben äh da hat sie dann auch einen Moment gesessen, also da hat sie dann auch so das Gefühl gehabt ja hier kann ich dann jetzt sein.« (Int05 339-344)

Wie das Zitat zeigt, hat die Patientin Nachfragen im Zusammenhang mit der Bedarfsmedikation als Ablehnung ihres Expertentums erlebt und sich zurückgezogen. Die Akzeptanz des Expertentums scheint aber eine Voraussetzung dafür zu sein, dass die Betroffenen Vertrauen entwickeln und sich öffnen können.

Für die Teilnehmerinnen an dieser Untersuchung war das Vertrauen zu und die Vertrautheit mit den helfenden Personen eine wichtige Bedingung, um die Hilfe überhaupt akzeptieren zu können. So beschreibt eine Betroffene eine Situation während einer Nacht auf einer psychiatrischen Station:

»Es ist wichtig, jemand zu haben, dem man vertraut. Die wusste doch gar nicht wie sie mit mir umgehen sollte. Die kannte mich nicht, ich kannte die nicht. Die hätte sowieso nix sagen können. Was nicht so günstig war mit der Schwester.« (Int01 177-179)

Gerade wenn es um körperbezogene Interventionen, also um Berührung geht, dann ist das Vertrauen eine unabdingbare Voraussetzung:

»Nein, nein. Das ist dann unmöglich auch. Berührung von ganz Fremden. Wo man eben kein Vertrauen zu hat, das ist ganz schwer dann (längeres Schweigen)«. (Int03 16-17)

Die Situationen, in denen die Betroffenen auf Hilfe angewiesen sind, sind Situationen, in denen ihnen die Kontrolle entglitten ist, und an die sie sich ausgeliefert fühlen. Deswegen ist das Vertrauen zu den helfenden Menschen eine so wichtige Voraussetzung, um Hilfe annehmen zu können. In dieser Situation überlassen sie sich der Regieführung und damit der Kontrolle des anderen, und das geht nur, wenn zu diesem anderen eine vertraute Beziehung besteht, auf die sie sich verlassen können. In diesem Sinn kann das Nichtannehmen von Hilfe auch als der letzte Rest von Selbstschutz gedeutet werden, den die Betroffenen noch aufbringen können: Wenn sie schon an das Entfremdungserleben ausgeliefert sind, können sie sich nicht auch noch einem fremden Menschen überlassen.

Ebenso wichtig erscheint mir der Respekt für die Expertise der Betroffenen zu sein. Leidende sind Experten ihres eigenen Leids und wenn Pflegende bereit sind das zu akzeptieren und von dieser Expertise auch zu lernen, dann wird es ihnen möglich ihre Perspektive zu wechseln und ein tieferes Verständnis für die Leidenden zu entwickeln, und gerade dieses Verständnis zeichnet gepaart mit Fachwissen eine gute Pflege aus.

## Literatur

- Benecke, M.** (2000): Branding as an extreme form of cultural body modification in a Western Civilisation. *Am J Forensic Med Pathol.*, 20 :281-285.
- Breeze, J.A.; Repper, J.** (1998): Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*. 6: 1301-1311.
- Clarke, L.; Whittaker, M.** (1998): Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*. 7: 129-137.
- Crowe, M.** (1996): Cutting up: Signifying the unspeakable. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 5:103-111.
- Eckhardt, A., Hoffmann, S.** (1993): Depersonalisation und Selbstbeschädigung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. 3: 294-306.
- Favazza, AR.** (1996): Bodies under siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. Second Edition. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, London.
- Ferry, R.** (1994): Complex Causes. Richard Ferry sheds light on the perplexing nature of self-injurious behaviours by offering a method of classifying them according to their origins. *Nursing Times*. 3: 34-35.
- Fewtrell, WD.** (1986): Depersonalisation: a Description and Suggested Strategies. *British Journal of Guidance and Counselling*. 3: 263-269.
- Fischer, G.;** Riedesser, P.(1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- Holitzner, WV.** (1993): Zur Dynamik spezieller Formen der Selbstbeschädigung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. 4: 319-332.
- Oberst, U.**(1983): Einige theoretische Ansätze zur Depersonalisation. *Der Nervenarzt*. 1:17-22.
- Pembroke, L.** (1991): Surviving Psychiatry. *Nursing Times*. 49:30-32.
- Rauch S., Van der Kolk BA., Fisher R.** (1996): A symptom provocation study using positron emission tomography and script driven imagery. *Arch gen psychiatry*, 53: 380-387.
- Rosen, S.; Collins, KJ.**(1993): Six Case Studies Depicting The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Curationis*.1:50-55.
- Sachsse, U.** (1995): Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. Ein Entwurf. *Forum der Psychoanalyse*. 11: 50-61.
- Schoppmann, S.** (2003): „ Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten“ Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen. *Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle*.
- Sebree, R.;** Popkess-Vawter, S. (1991): Self-Injury Concept Formation: Nursing Diagnosis Development. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2: 27-35.
- Tameling, A.;** Sachsse, U.(1996): Symptomkomplex, Traumaprävalenz und Körperbild von psychisch Kranken mit selbstverletzendem Verhalten (SVV). *Psychother. Psychosom. med. Psychol*. 46: 61-67.
- Usher, K.; Cook, J.** (1994): Self-Injury: An Overview and Critique of the Literature. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 3:79-85.
- Van der Kolk, BA; Perry, JC; Herman, JL** (1991): Childhood origins of self destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1665-1671.
- Van der Kolk, BA.** (1997): The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, Suppl*. 9.
- Van Manen, M.** (1990): Researching Lived Experience. *Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. The University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.

## Psychiatrische Pflege – ein Rückblick und ein Ausblick

Prof. Dr. C. Winter von Lersner  
(FH Fulda / University of Applied Sciences)

### Rückblick

Der Beitrag thematisiert gesellschaftliche, gesundheitspolitische, berufspolitische und pflegewissenschaftliche Aspekte, die in den vergangenen vier Dekaden der psychiatrischen Pflege

- das Profil ihres Berufsbildes,
- die Funktion der Pflegenden in psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen,
- die Art der Beziehungsgestaltung zum Klienten (Klientengruppen, Angehörigen),
- die Interventionen zwischen Pflegenden und Psychiatrie-Erfahrenen (Klienten, Klientengruppen, Angehörigen) und
- die Rolle der Pflegenden im therapeutischen Behandlungsteam nachhaltig geprägt haben.

### Die Jahre von 1965 und 1975: Zwischen Rückschritt und Fortschritt:

- Im Unterschied zu den Ländern im angloamerikanischen und deutschsprachigen Ausland sah das Krankenpflegegesetz vor der Neufassung von 1965 und 1985 keine verbindlich gesetzlich geregelte theoretische und praktische Ausbildung im psychiatrisch, psychotherapeutischen Bereich vor. Dies hatte zur Folge, dass bei Pflegenden erst ab den Examensjahrgängen von 1968 psychiatrische Kenntnisse zu erwarten waren. Krankenpflegesschulen in Psychiatrischen Landes-Krankenhäusern (Bezirkskrankenhäusern) bildeten im psychiatrisch-neurologischen Bereich aus; nicht selten erfolgte dies hingegen auf Kosten der anderen medizinischen und pflegebezogenen Fach- und Praxisgebiete.
- Der »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD« (Psychiatrie-Enquete) vom 25. November 1975, einer vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit finanzierten bundesweiten Erhebung der Versorgungssituation von psychisch Kranken (Punkterhebung v. 30.5.1973), beruhte u.a. auf der mündlichen Befragung von 599 Pflegenden aus 17 psychiatrischen Einrichtungen in Hessen. Der Bericht legte in bedenklicher Weise offen, dass die Tätigkeit in der psychiatrischen Pflege »bei mehr als 50 % der Befragten kein bewusst angestrebter oder primär gewünschter Beruf« ist. Die Frage nach den Inhalten der pflegerischen Tätigkeit in der Psychiatrie beantworteten die Befragten mehrheitlich, dass die Hauptaufgabe »in der Ausführung medizinischer Maßnahmen und in der Beaufsichtigung von Patienten« bestünde (vgl. von Freytag - Loringhoven, Rave-Schwank, Gante (1975), Bundesdrucksache 7/4201, Materialband, 188-256).

- Zur gleichen Zeit zeigten sich psychiatrisch Pflegende oftmals– im Vergleich zu den KollegInnen der Allgemeinen und Kinderpflege – als progressive und sozial engagierte Akteure, welche die Ablösung von der kustodialen, organzentrierten Psychiatrie zur behandlungs- und personzentrierten Psychiatrie und Pflege unterstützten. Sie setzten sich ferner für eine verbesserte berufliche Qualifikation, eine statusbezogene Aufwertung der pflegerischen Tätigkeit und eine Erweiterung des beruflichen Entscheidungs-, Handlungs- und Gestaltungsspielraumes ein. Ferner beteiligten sich nicht wenige in berufsübergreifenden Organisationen (DGSP, Psych-AG) und an Demokratisierungs- und Humanisierungsprozessen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich (vgl. Mannheimer Kreis, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie/DGSP).
- Psychiatrische Universitätskliniken in Frankfurt, Tübingen, Heidelberg, Kiel und Hannover bieten seit Beginn der 60er Jahre zur Verbesserung der beruflichen Kompetenzen als Vorläufer der Fachweiterbildungen berufsbegleitend in Frankfurt, Tübingen, Heidelberg, Kiel, Hannover und Ulm ein- bis zweijährige Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen an.
- Im Rahmen von Weiterbildungslehrgängen der LehrerInnen für Pflegeberufe (Unterrichtskräfte) der Schwesternschule der Universität Heidelberg wurden seit Mitte der 60er Jahre Pflege neben pädagogisch-didaktischen Fachinhalten die Fachgebiete Psychiatrie/ Psychosomatik und Neurologie einschließlich der speziellen Pflege vermittelt, nachdem die Mehrzahl der Lehrgangsteilnehmer über keine Vorkenntnisse und praktische Erfahrungen in psychiatrischer Pflege verfügten.

Im November 1988 empfiehlt die von der Bundesregierung einberufene Expertenkommission in ihrem Abschlussbericht der aktuellen Lage der Psychiatrie in der BRD,

- psychiatrisch Pflegende sollten beschleunigt den Paradigmenwechsel von der institutionen-orientierten Psychiatrie zur personorientierten Psychiatrie vollziehen,
- psychiatrisch Pflegende sollten sich verstärkt politisch engagieren, um die medizinische, gesellschaftliche und soziale Benachteiligung von psychisch Kranken gegenüber körperlich Kranken zu überwinden,
- psychiatrisch Pflegende sollten beschleunigt Wissens- und Kompetenzdefizite (pflegewissenschaftlich, pflegemethodisch, pädagogisch, kommunikativ) ausgleichen, indem sie Weiterbildungsmaßnahmen (oder Pflege-Studiengängen) belegen.
- Einen besonderen Mangel konstatierte die Expertenkommission hinsichtlich der Qualifikation des lehrenden und leitenden Pflegepersonals.

## Ausblick

Seit Anfang der 90er Jahre ist ein von den Pflegenden zum Teil selbst initiiertes Qualifizierungs-, Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess erkennbar, dem sich psychiatrisch Pflegende kaum entziehen können (Pfaffenberger, 1993, Schaeffer, 1994, Steppe, 1995).

Neben formalen Voraussetzungen (Akademisierung, berufliche Organisiertheit, Non-Profit-Orientierung), gelten inhaltliche Voraussetzungen für gelingende Professionalisierungsprozesse wie die zentralwertbezogene Ausrichtung beruflichen Handelns, z.B. Erhalt / Wiedererlangung der biopsychosozialen Gesundheit, die Autonomie und Kontrolle über das Klienten- und Pflegehandeln und die Verfügbarkeit von systematischem Wissen, das zur Lösung wiederkehrender gesellschaftlicher Probleme (z.B. Pflegebedürftigkeit) eingesetzt wird. Nach Oevermann (1981) ist professionelles Handeln immer doppelt verankert. D.h. es beruht auf der Gleichzeitigkeit von wissenschaftlichem Wissen und Regelhandeln als auch im »Fallverstehen in der Sprache des Falls selbst« (Burkhart, 1982, Schaeffer, 1994: 106).

Psychiatrisch Pflegende sind heutzutage erneut herausgefordert, den Paradigmenwechsel von einer personorientierten, beziehungsfördernden Pflege zu pflegewissenschaftlich begründetem, evidenz-basiertem Handeln bei gleichzeitigem Verstehen des einzelnen Klienten »in der Sprache des Falls selbst« zu vollziehen (Oevermann, 1981).

Damit ist der Schulterschluss zum internationalen Forschungsstand im Bereich »Clinical Effectiveness in Psychiatric Nursing« des Kollegen K. Gournay oder zu den Tagungsthemen der Kollegin Jean Watson und der Kollegen Gray, Biley, Abderhalden und Needham gelungen.

Den Veranstaltern der Tagung »Aufbruch im Umbruch. Interventionen psychiatrischer Pflege«, besonders den Kollegen Dr. Michael Schulz und Peter Krause vom ZPPM und Rüdiger Bauer vom IBI gilt ein besonderer Dank, dass sie durch diese Tagung eine stärkere wissenschaftliche, evidenzbasierte und ökonomische Begründung pflegerischer Interventionen im psychiatrischen Berufsfeld möglich machen.

## **Was heißt schon Evidence? Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebe- dürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen**

Prof. Dr. Johann Behrens, Stephanie Hanns, Steffi Riedel-Heller,  
Prof. Dr. Matthias Angermeyer, Bettina Kuske

## **Einleitung**

Nicht nur in der psychiatrischen Pflege, aber in ihr ganz offensichtlich wird es zum Problem: Viele Prozeduren, die externe Evidence in der Medizin erzeugen sollen, sind eher bei einzelnen Verrichtungen von der Medikamentengabe bis zur einzelnen behandelnden Verrichtung erprobt worden – als bei komplexen Interventionen in kommunikativ schwierigen Situationen chronisch Kranker und Pflegebedürftiger. Um solche Herausforderungen geht es aber in der psychiatrischen Pflege – und zwar gerade auch im ambulanten Bereich, auf die die Ausbildung noch zu wenig vorbereitet. Daher ist keineswegs von der an einzelnen Verrichtungen orientierten Forschung und auch nicht von der Akademisierung allein zu erwarten, dass die psychiatrische Pflege diesen Herausforderungen gerecht wird und ihre Rolle im multiprofessionellen therapeutischen Team findet. Nur wenn es gelingt,

- a) die alltäglichen Aufgaben und Konzepte psychiatrischer Pflege angesichts der großen Veränderungen seit Peplau zu klären (vgl. Behrens/Langer 2004, Schritt 1, Schulz 2003) und
- b) eine Evidence gerade für komplexe Pflegeinterventionen in kommunikativ schwierigen Situationen chronisch Kranker und Pflegebedürftiger zu erzeugen und immer wieder zu prüfen,

wird sich die Mission der Pflege im multiprofessionellen therapeutischen Team (Häffner) weiter entwickeln können.

Im Vortrag gehe ich daher zunächst kurz auf drei Bestandteile dieser Aufgabe ein: auf das Konzept der „Kommunikation“ in kommunikativ schwierigen Situationen, das Konzept der „Chronizität“ in chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit und das Konzept der externen und internen „Evidence“.

An einer typischen Aufgabe der psychiatrischen Pflege im Heim illustriere ich dann.

Die folgenden Stichworte beziehen sich auf Ausführungen, die in Behrens 1990 und 2002, Behrens und Langer 2004, etwas ausführlicher begründet wurden. Die Stichworte sind also ohne diese gut zugänglichen Publikationen kaum verständlich und viel zu apodiktisch.

## Kommunikation und die Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit der Welt

Das Argument des Antrages und die ICF

Das Grundargument des Antrags verbindet Kommunikation und chronische Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit, anknüpfend an die phänomenologische, strukturelle und systemtheoretische Diskussion:

Die Erfahrung der Verständlichkeit und kommunikativen Beeinflussbarkeit der Welt ist grundlegend für die Erfahrung der Autonomie, die eben in der Regel nicht durch Autarkie, Selbstpflege, gewonnenen werden kann, sondern nur durch kommunikative Beeinflussbarkeit der Welt. Selbstpflegefähigkeit, relative Autarkie, ist bestenfalls ein Mittel, um Autonomie wiederzugewinnen, aber es ist ein niemals hinreichendes Mittel. Leistungen von anderen für die eigenen Bedürfnisse zu erhalten, setzt voraus, dass man diese anderen kommunikativ erreichen und verstehen kann.

Kommunikative Signale senden alle Menschen, auch Menschen mit schweren Schädigungen aus, z.B. Menschen mit Demenz, die weit weg von fast jeder Selbstpflegefähigkeit sind. Und der Verlust von Autonomie wird nach allem, was wir von schwerkranken Menschen wissen, auch und besonders bei Krankheit als besonders schmerzlich empfunden und mit hilfloser Wut beantwortet. Gerade bei Krankheit: Chronische Schübe fegen immer wieder die gerade gewonnene Fassung, die erlangten Stabilisierungen, die Autonomie über den eigenen Körper hinweg. Je prekärer die Verständlichkeit und Erreichbarkeit des eigenen Körpers ist, umso kränkender ist die Erfahrung des Autonomieverlusts, wenn man auch mögliche Helfer nicht mehr kommunikativ erreichen kann (ausführlicher Behrens 1990, 2002).

Daher ist nicht ganz nachvollziehbar, warum das Ziel der „Selbstpflegefähigkeit“ in der Pflege eine so große Bedeutung hat. Das Ziel der Selbstpflegefähigkeit ist biographisch eigentlich nur als Mittel relevant, als ein – keineswegs hinreichend verfügbares – Mittel zur Autonomie. Der eigentliche Bezugspunkt der Pflege ist die Wiederherstellung der biographisch gewollten Autonomie, für die die Wiederherstellung der Selbstpflegefähigkeit nur eines unter mehreren Mitteln ist.

Das Konzept der kommunikativen Verständlichkeit und kommunikativen Beeinflussbarkeit der Welt kann sich auf systemtheoretische (Luhmann, Maturana/Varela, Watzlawick) einschließlich interaktionistische Begründungen beziehen. In der ICF der WHO, auf der das Sozialgesetzbuch IX gegründet

ist, schlägt sich das Konzept der durch kommunikative Beeinflussbarkeit der Welt erreichten Autonomie in der Kategorie der „participation“ nieder. Participation ist durch organische und psychische Strukturen und durch Aktivitäts-Einschränkungen nicht determiniert. Aufgabe der Pflege ist vielmehr, auch bei unheilbaren organischen und psychischen Schädigungen und nicht rückgängig zu machenden Aktivitätseinschränkungen ein Höchstmaß an Partizipation, und damit Autonomie zu fördern. Diese gefährden chronische, aber unvorhersehbare Schübe mehr als stabile Behinderungen. Der Zusammenhang von chronischer Krankheit und kommunikativer Beeinflussbarkeit der Welt ist daher Gegenstand des nächsten Abschnitts.

## Kommunikation und chronische Krankheit und Pflegebedürftigkeit

- 1. Demographischer Wandel erhöht Anteil chronischer Erkrankungen**  
Dieser Zusammenhang ist epidemiologisch vielfach gefunden worden (vgl. Behrens 2002). Es wird auf ihn hier nur verwiesen, um die Relevanz des Wandels des Krankheitspanoramas hin zu chronischen Krankheiten zu belegen.
- 2. Grenzen akutmedizinischer Bewältigung chronischer Krankheiten**  
Der Sachverständigenrat hat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 Grenzen der akutmedizinischen Bewältigung chronischer Krankheiten zusammengefasst.  
Sogar die Gegenüberstellung akut Kranker und chronisch Kranker führt in die Irre, wenn wir uns darunter deutlich voneinander unterscheidbare Personengruppen vorstellen. Zwar gibt es Menschen, die nur akut krank sind. Aber für chronisch Kranke ist es typisch, dass sie immer wieder von akuten Schüben heimgesucht werden (ausführlicher Behrens 2002).
- 3. Grenzen der Akutmedizin = bereits Stärken der Pflege?**  
Aus den Lücken der Akutmedizin ist selbstverständlich noch nicht abzuleiten, dass die Pflege bereits besser in der Lage ist, sie zu füllen. Sie verfügt aber über Traditionen, an die sie in Zukunft anknüpfen kann. Es lohnt sich für die Pflege aber auch, an die interaktionistischen Theorien zu chronischer Krankheit anzuknüpfen:
- 4. Die interaktionistische Perspektive: biographical disruption, Sturz aus der kommunikationsstabilisierten Normalität**  
Michael Bury 2002, Uta Gerhardt 1989, Kelly und Field 1996, Juliet Corbin und Anselm Strauss 1988, aber auch als sogenannte Postmoderne Mike Featherstone 1991, Foucault 1976 und 1981, Arthur Frank 1997, haben an chronischer Krankheit die biographical disruption, den Sturz aus

der kommunikationsstabilisierten Normalität thematisiert. So einleuchtend diese Beschreibungen sind, da die chronische Krankheit andauert, stellt sich die Frage:

5. „Sturz aus der Normalität“ – aber wohin?

Auf diese Frage gibt es viele Verlaufsmöglichkeiten, gebildet als Vierfelder-tafel aus den beiden Dimensionen:

		Kurzfristig heilbar	
		Ja	Nein
Chronizität akuter Schübe	Ja	„manchmal kurz krank“ kurativ ausreichend behandelbar	Chronisch schwer Kranke „prekäre Renormalisierung“
	nein	Kurativ behandelbare Krankheit „Überbrückung bis zur Rückkehr in status quo ante“	Stabile Behinderung „Habilitation“ in neue Normalität“

6. *Rehabilitation in alte Biographie, Habilitation in neue Biographie* (Beispiel „stabile Behinderung“, „Autonomie bei Pflegebedürftigkeit“) oder durch akute Schübe immer wieder aus der Bahn geworfen („Chronisch Krank“) [Behrens 1986, Behrens 2002 S. 25]

7. *Pflegebedürftigen geht es um Selbstbestimmung (Autonomie), nur als Mittel hierzu um Selbstpflegefähigkeit (Autarkie)*

8. *Bedrohung der Autonomie durch chronische Schübe, durch totale Institutionen und durch Pflege- Experten*

Die Autonomie wird keineswegs nur durch chronische Krankheitsschübe bedroht. Es sind totale Institutionen und kommunikativ nicht hinreichend erreichbare Pflegeexperten, die vorhandene Autonomiegefahren noch steigern. Nicht alle so Bedrohten können sich in der „Bewegung Selbständig Leben“ zurückziehen. Die Existenz solcher Bewegungen zeigt allerdings, wie weit die Gefährdung der Autonomie durch Pflegeexperten gefürchtet wird. Wären diese Pflegeexperten eine Profession, zeichneten sie sich durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten aus. Weil viele chronisch Pflegebedürftige wenig Chancen zu einer Selbstverteidigung ihrer autonomen Lebenspraxis haben, ist es Aufgabe der Pflegenden, auf sie zu hören und ihre kommunikativen Signale verstehen zu lernen (worum es in P 1 geht).

Die kommunikativen Einschränkungen sind vielfach weniger Merkmale der Pflegebedürftigen als des Unverständnisses der Pflegeexperten. Insofern sprechen wir – in Übereinstimmung mit der WHO-Diagnostik „ICF“ zur

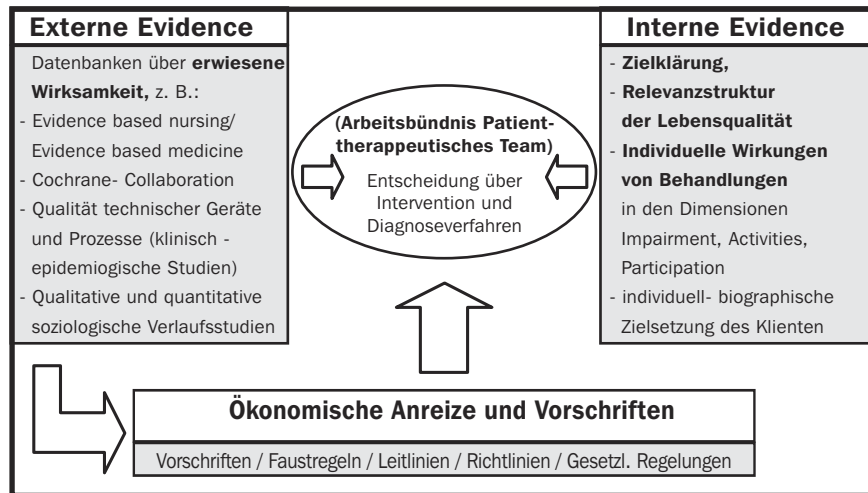
Participation – nicht von kommunikativ schwierigen Menschen, sondern von kommunikativ schwierigen Situationen. Wie bei allen Partizipationsausschlüssen handelt es sich beim Verlust der Verstehbarkeit und kommunikativen Beeinflussbarkeit der Welt durchaus um ein Beziehungsgeschehen im Kontext der Person. Deswegen können auch Interventionen in den Kontext – im Fall von P 1 ins Verständnis körpersprachlicher Signale bei den Pflegenden – Partizipation bzw. Autonomie steigern, selbst wenn körperliche und seelische „impairments“ nicht mehr zu heilen und Aktivitätseinschränkungen kaum mehr rückgängig zu machen sind.

Solche Interventionen auf ihre externe Evidence hin zu prüfen, ist zugegeben schwieriger als eine einzelne Verrichtung zu prüfen. Aber sich deswegen auf die Evidencebasierung nur von Einzelverrichtungen zu beschränken, begünstigte gefährliche Pflege. Da die Pflege chronisch Kranker und chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen traditionell die verbreitetste Aufgabe der Pflege war und in Zukunft noch zunehmen wird, kann Pflegeforschung nicht diesen Hauptbereich der Pflege auslassen.

9. *Pflegeexperten-Pflegebedürftige-Unterstützungsnetze der Pflegebedürftigen*

Dabei sind pflegerische Entscheidungen immer in einem Arbeitsbündnis zu treffen, zu dem in der Regel, außer den Pflegebedürftigen, auch die gehören, die sich um sie alltäglich kümmern. Diese Mitglieder derselben Familie oder des Paares, seltener Freunde, manchmal Zuehfrauen, als „pflegende Angehörige“ zu bezeichnen, leistet dem Missverständnis Vorschub, diese Angehörigen seien durch ihre Hauptaufgabe Pflege definiert. In Wirklichkeit sind sie durch ganz andere Beziehungsgeschichten als der „Pflegebeziehung“ mit den Pflegebedürftigen verbunden und verwickelt. Diese Beziehungsgeschichten können sehr unterschiedlich sein. Aber in allen Fällen wird die professionelle Pflege diese Beziehungen weder ersetzen noch bevormunden, sondern sie unterstützen. Der einzelne Pflegebedürftige, aber auch seine Familie, das Paar, die Freundschaft sind Klienten der Pflege als Profession. Zwischen der systemischen und der individuellen Klientenebene kann es selbstverständlich zu Konflikten kommen. Sie können so belastend werden, dass die zeitweise partielle Herauslösung der individuellen Klienten aus seinen systemischen Zusammenhängen anzuraten sein kann. Aber das ändert nichts daran, dass es nicht nur der einzelne Pflegebedürftige, sondern auch seine Familie, das Paar oder die Freundschaft





## Kommunikation und die Gefahr einer nur verrichtungsorientierten EbN

Die geschilderten Anforderungen an die professionelle Pflege chronisch kranker Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen sind es, die ihre Überprüfung in einfachen Interventionsstudien zur Erzeugung externer Evidence schwer machen. Daraus ergibt sich die – verständliche – Versuchung, Pflegeforschung auf solche Interventionen zu konzentrieren, die sich einfach überprüfen lassen. Erläge Pflegeforschung dieser Versuchung, trüge ausgerechnet EbN zur Gefahr einer nur (einzel-)verrichtungsorientierten Pflege bei.

Grundlegend für die professionelle Pflege im Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten ist die Unterscheidung zwischen externer und interner Evidence (vgl. ausführlicher Behrens/Langer 2004, Kapitel G).

### 1. Einzelinterventionen leichter in einer einfachen Interventionsstudie zu prüfen als komplexe Interventionsverkettungen

In der Ausschreibung des BMBF zur Antragstellung auf Pflegeforschungsverbünde, um die sich fast alle medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten bewarben, hatte die zu erzeugende und zu belegende Evidence einen entscheidenden Stellenwert. Allerdings lassen sich Einzelinterventionen leichter in einer einfachen Interventionsstudie prüfen als komplexe Interventionsverkettungen.

### 2. Aufmerksamkeit der Forschung und der Pflege durch Einzelverrichtung absorbiert

Daraus ergibt sich die Gefahr, dass die Aufmerksamkeit nicht nur der Forschung, sondern auch der Pflege, durch Einzelverrichtungen absorbiert wird, und – wie gesagt – ausgerechnet EbN der Tendenz zu einer verrichtungsorientierten Pflege Vorschub leistet.

### 1. Methodenentwicklung für komplexe Interventionsketten

Um dieser Gefahr zu entgehen, sind rechtzeitig Methodenentwicklungen nötig, die es erlauben, komplexe Interventionsketten zu evaluieren. In diesem Zusammenhang sind sogenannte qualitative Methoden, richtiger gesagt hermeneutisch-interpretative Methoden, inzwischen in wichtigen medizinischen Zeitschriften und Pflege-Zeitschriften diskutiert und breit anerkannt worden. Quantitative Verfahren sind eigentlich nur als Teil qualitativer, also hermeneutisch-interpretativer Verfahren sinnvoll. Dieses Erkenntnis liegt schon der Grounded Theory von Anselm Strauss, Barney Glaser und Juliet Corbin zugrunde, die nicht als Grundlegung nur qualitativer Methoden, sondern der empirischen Forschung überhaupt gemeint war.

Da keine einzelne Methode alle unsere relevanten Selbsttäuschungen bewältigen kann, ist auch der populäre Goldstandard Randomized Controlled Trial schwerlich als alleiniger begründbar. Randomisierung löst bestenfalls Verzerrung durch Sampling-Fehler, aber selbstverständlich nicht Verzerrungen durch unangemessene Operationalisierung der Intervention oder ihrer Ergebnisse (vgl. Behrens 2002 a und b).

### 2. Interne und externe Evidence für komplexe kommunikative Interventionen

Die Erzeugung von interner und externer Evidence für komplexe kommunikative Interventionen erfordert andere Methodenbündel und bedarf weitergehender theoretischer Vorklärungen als die Erzeugung externer Evidence für Einzel-Verrichtungen.

### 3. Evidence für komplexe kommunikative Interventionen als identitätsstiftendes Ziel des Verbundes Mitte-Süd

Alle Projekte des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd zeichnen sich dadurch aus, dass sie für komplexe kommunikative Interventionen und nicht für einzelne Verrichtungen Evidence erzeugen wollen. Dafür sind erhebliche methodische und theoretische Klärungen – Theorie immer verstanden im Sinne der grounded theory (Strauss, Glaser, Corbin) als empirisch gehaltvoll basierte, falsifizierbare Aussagen – nötig, an denen der Verbund zu knacken hat. Dies gemeinsame Ziel stiftet die Identität des Verbundes.

## Projektbeispiel

Als Beispiel eines pflgepsychiatrischen Projekts, das Evidence für eine komplexe Intervention bei chronisch Kranken und Pflegebedürftigen in kommunikativ schwierigen Situationen prüfen und erzeugen soll, führe ich abschließend das in Kooperation zwischen Halle und Leipzig von Angermeyer, Hanns, Kurth, Riedel-Heller, den studentischen Mitarbeiter/innen und mir begonnene Projekt des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd an, der von Berlin bis Freiburg und Innsbruck reicht. (P1- B): Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken – Eine prospektive kontrollierte Interventionsstudie; Pflegewissenschaftliche Perspektive.

Kooperationspartner: Klinik für Psychiatrie der Universität Leipzig<sup>1</sup>, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg<sup>2</sup> Technische Universität Berlin<sup>3</sup>

## Fragestellung

Die Verbesserung der Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und demenzkranken Heimbewohnern als Voraussetzung zur Gestaltung des Pflegeprozesses steht im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens. Im Rahmen des beantragten Projektes wird ein Trainingsprogramm zum Umgang mit Demenzkranken für das Pflegepersonal in Alten- und Altenpflegeheimen entwickelt und evaluiert. Durch das Programm sollen sowohl technische Fachkompetenz als auch soziale Fähigkeiten zum Umsetzen dieses Wissens im Pflegealltag trainiert werden. Die Evaluation des Trainingsprogramms für das Pflegepersonal erfolgt auf der Ebene der Heimbewohner. Outcome-Kriterien stellen dabei eine Stabilisierung des Ernährungszustandes, eine Reduktion des Gebrauchs sedierender Psychopharmaka, eine Reduktion von Fixierungen als auch eine Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten auf Seiten der Bewohner dar. Zusätzlich werden Effekte auf der Ebene des Personals (Wissen über Demenz und Regeln der Kommunikation, Arbeitszufriedenheit) erfasst. Die Studie ist als eine kontrollierte, dreiarmlige, cluster-randomisierte, longitudinale Interventionsstudie angelegt und zielt auf Langzeiteffekte ab.

<sup>1</sup> Prof. Dr. med. M. C. Angermeyer, PD Dr. med. habil. S. G. Riedel-Heller, MPH

<sup>2</sup> Prof. Dr. phil. habil. J. Behrens, Dr. med. M. Genz, Dipl.-PGW S. Hanns

<sup>3</sup> Dr. rer. nat. G. Witz

## Internationaler Stand der Forschung und Versorgung

### Relevanz

Demenzkrankungen gehören zu den häufigsten und folgenschwersten psychischen Störungen im Alter. Mit zunehmendem Alter ist von einem nahezu exponentiellen Prävalenzanstieg von 5% bei den 75-79jährigen bis 57% bei den über 95jährigen auszugehen (Riedel-Heller 2001). Längsschnittstudien zeigen, dass zwei Drittel aller Demenzen im Verlauf der Erkrankung, meist in fortgeschrittenen Krankheitsphasen - nämlich dann, wenn das häusliche Pflegepotential erschöpft ist - in ein Heim übersiedeln (Bickel 1996, 1998). Demenzkrankungen sind gegenwärtig der wichtigste Grund für den Heimeintritt. Von den über 2 Millionen pflegebedürftigen Menschen, die bundesweit in Heimen versorgt werden (Kurzbericht Pflegestatistik 1999), leiden gegenwärtig 17-36% der Altenheimbewohner und 50-70% der Pflegeheimbewohner unter einer Demenzkrankung (Bickel 1998).

### Aktuelle Versorgungssituation

Durch den großen Anteil gerontopsychiatrisch Kranker hat sich die Pflegesituation in den Heimen stark verändert (Junkers, 1995). Neben den Gedächtnisproblemen der zu pflegenden Bewohner steht vor allem der Umgang mit den krankheitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund, die in bis zu 80% der Betroffenen auftreten (Swearer et al. 1988).

Wingenfeld et al. analysierten in einer aktuellen Studie Pflegebedarf und die Leistungsstruktur von 27 vollstationären Pflegeeinrichtungen. Obwohl 80% der Bewohner in der Orientierung eingeschränkt waren, so hatten spezielle psychiatrische oder psychosoziale Interventionen nur einen Anteil von 17,2%. Die am schwersten betroffenen wurden dabei besonders benachteiligt. Bewohner mit Einschränkungen der Kommunikation und der Mobilität fanden im Versorgungsalltag weniger Aufmerksamkeit als mobile Bewohner oder solche, die ihre Bedürfnisse artikulieren konnten. Für sie betrug das Leistungsvolumen für gerontopsychiatrische Pflegeinterventionen unter 10 min täglich. Von den Pflegenden in dieser Studie wurde die Notwendigkeit gerontopsychiatrischer Pflegekompetenz unterstrichen (Wingenfeld 2002). Ein substantieller Anteil der Pflege wird jedoch vom Personal geleistet, das unzureichend auf die Pflege gerontopsychiatrisch Kranker vorbereitet ist (Cofone, 2000). In einer aktuellen Studie in allen Leipziger Altenpflegeheimen betrug der Anteil an nicht examinieren Helfern 37,3%. Ihm standen 25,1% examinierte Altenpflegerinnen und 20,7% Krankenschwestern gegenüber. Die restlichen Mitarbeiter waren größtenteils Schüler, Praktikanten und Zivildienstleistende (16,9%) (Angermeyer et al. 2002). Schwerdt und Tschainer (2002) benennen die Gefahren, die aus mangelnder Qualifikation erwachsen: Burn out,

pflegerischer Nihilismus, bis zur Befürwortung der aktiven Euthanasie und Gewalt gegen Pflegebedürftige. Dies führt zu einer problematischen Situation in den Altenpflegeheimen, die in verschiedenen Phänomenen ihren Niederschlag findet:

- (1) Spiegel von Pflegeproblemen ist ebenfalls diese Mangelernährung, insofern als mangelnde Wahrnehmung der (Körper)sprache Dementer es Pflegenden erschwert, die Pflegebedürfnisse der Klienten bei der Nahrungsaufnahme zu unterstützen. Ähnliche Beobachtungen konnten auch in der mobilen pflegerischen Rehabilitation von schwer Schädel-Hirn-traumatisierten Patienten gemacht werden (Behrens 2001). Die Prävalenz der Mangelernährung in Altenpflegeheimen reicht bis zu 60% (Abbasi 1994). Bei Demenzkranken gehört Untergewicht zu den häufigen Komplikationen des Grundleidens (Ragneskog 1996). Es wird davon ausgegangen, dass insbesondere der Mangel an Mikronährstoffen die Neurodegeneration ihrerseits wiederum beschleunigt (Stählin 1999), und so einen Circulus vitiosus in Gang setzt.
- (2) Ein Indikator für die problematische Situation in Altenheimen ist *der hohe Gebrauch an sedierenden Psychopharmaka bei den Bewohnern*. Die beträchtliche Variationsbreite, die zum Beispiel in einer Mannheimer Studie von 32% bis 73% reichte, nährte Spekulationen über die institutionelle Bedingtheit des Psychopharmakaeinsatzes. Einige Ergebnisse sprechen dafür, dass dem Einsatz von Psychopharmaka eine stressreduzierende Funktion für das Personal zukommt (Everitt 1991, Snowdon 1993). In einer aktuellen Studie in allen Leipziger Altenpflegeheimen konnte mittels einer Mehrebenenanalyse erstmals empirisch nachgewiesen werden, dass institutionelle Determinanten (zu denen auch die Ausstattung mit qualifiziertem Personal gehört) einen größeren Einfluss auf den Erhalt einer psychopharmakologischen Bedarfsmedikation haben als die individuellen Merkmale der Bewohner (Angermeyer et al. 2002).
- (3) Fixierungen gehören auch heute noch zum Pflegealltag (Wonjar 1995). Dies ist auch auf ein mangelndes Problembewusstsein auf Seiten des Pflegepersonals zurückzuführen. Bei Demenzkranken führen besonders Verhaltensstörungen und Bewegungsunruhe zu Fixierungen. Positive Effekte der Fixierung, insbesondere das vermeintliche Verhindern von Stürzen, konnten nicht belegt werden. Im Gegenteil: Angstverhalten und Agitation verschlimmern sich und es kommt häufiger zu schwerwiegenden Verletzungen (Dunbar 1996). Interventionen konnten die Zahl von Fixierungen deutlich senken (Wonjar 1995, Dunbar 1999).

- (4) Ein weiterer Indikator für die problematische Situation in der Altenpflege ist *die hohe Personalfuktuation aufgrund von Arbeitsunzufriedenheit*, von Voges treffend als „Berufsfucht“ bezeichnet (Voges 2002, Wimo et al., 1999, Becker und Meifort, 1996). A. Zimmer und S. Weyerer (1998) fanden in Mannheimer Alteinrichtungen eine durchschnittliche Beschäftigungszeit von nur 5,7 Jahren. Ursache dafür war eine Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität, insbesondere auch in den Bereichen Qualifikation und Weiterbildung. Im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung werden sich die aufgezeigten Defizite in der Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege, insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich verschärfen (Muthny et al., 1993; Rohleder, 1999; Kühnert and Gaßmann, 1997; Muthny et al., 1993). Andererseits konnten Grant et al. (1996) zeigen, dass eine Demenz-spezifische Weiterbildung zu einer geringeren Personalfuktuation führte.

### **Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege**

Öffentliche und private Anbieter haben auf die Notwendigkeit von gerontopsychiatrischer Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege reagiert. So ergab eine Internetrecherche, dass im Juli 2002 durch die Bundesanstalt für Arbeit in den Bundesländern 238 Aus- und Weiterbildungen im Bereich Psychiatrie, Kinder-, Jugend- und Gerontopsychiatrie angeboten werden, darunter 9 im Freistaat Sachsen mit einem Zeitumfang von 540 Stunden bis zu einem Tag. Sachsen-Anhalt hält drei Weiterbildungen mit einem Umfang von 840 Stunden bis zu 2 Tagen bereit. Zusätzlich offeriert die Bundesanstalt für Arbeit 65 Inhouse Seminare (Die Datenbank für Aus- und Weiterbildung, Stand 18. 7. 2002). Insbesondere unter dem Dach der Alzheimer Gesellschaften gibt es zahlreiche Initiativen, Angebote und Materialien zu fachlicher Fort- und Weiterbildung professioneller Mitarbeiter in der Altenhilfe.

Auch die *Anforderungen an die Pflege Demenzkranker* wurden spezifiziert. So werden im 4. Altenbericht der Bundesregierung spezifische Kompetenzen genannt, welche im wesentlichen den Ausbildungszielen der Pflegenden in der Bayrischen Aus- und Weiterbildungsordnung für gerontopsychiatrische Pflege entsprechen. Dazu gehören die Entwicklung von Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Persönlichkeitskompetenz und ökologisch-systemischer Kompetenz (Fort- und Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege 2000). Als kreativ anzuwendende Pflegekonzepte werden basale Stimulation, Elemente von Snoezelen und der kommunikative Ansatz der Validation herausgehoben.

Dem gegenüber steht ein eklatanter *Mangel an Evaluation gerontopsychiatrischer Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen* (Kühnert and Gaßmann, 1997).

Dies trifft für die internationale, und noch mehr für die nationale Forschungslandschaft zu. Dies mag auch dem mangelnden Konsens über geeignete Outcome-Kriterien geschuldet sein. Als Outcome können zum einen das Wissen des Personals als auch die Auswirkungen der Intervention auf die Situation der Bewohner fungieren. Das Wissen des Personals erhöhte sich erwartungsgemäß in den meisten Studien (Edberg 2001). Positive Effekte auf das Patientenverhalten bzw. die Umsetzung mit den Patienten lassen sich davon nicht zwangsläufig ableiten. So fanden Smyer et al. (1992), dass sich das Wissen von Altenpflegehelferinnen nach einem Trainingsprogramm signifikant verbesserte, während sich in der praktischen Arbeit, und somit auch auf der Ebene der Bewohner, kaum Veränderungen ergaben. Daraus ergibt sich die unbedingte Notwendigkeit, Veränderungen für die Situation der Bewohner, also Merkmale auf Bewohnerebene als Outcome-Kriterien der Evaluation heranzuziehen.

Cohen-Mansfield (2001) identifizierte in ihrer umfassenden Literaturübersicht zu evaluierten nichtpharmakologischen Interventionen zur Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten Demenzkranker lediglich 6 Studien, die ein Trainingsprogramm für Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Gegenstand hatten (Cohen-Mansfield 1997, Matteson 1997, McCallion 1999, Mentis & Ferrarion 1989, Wells 2000, Williams 1994). Die Programme zielten vorrangig auf das Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten im Krankheitskontext und auf eine mit verbesserter verbale und non-verbale Kommunikation mit den Betroffenen ab. Bis auf eine Studie, bei der lediglich eine einmalige Intervention stattfand, konnten in allen Studien positive Effekte gezeigt werden. Eingeschränkt wird die Vergleichbarkeit der Studien durch die Anwendung verschiedener Komponenten der Intervention und deren für eine Replikation unzureichende Spezifizierung, durch den Einsatz verschiedener Instrumente (standardisierte Fremdbeurteilungen, systematische Beobachtungen) als auch durch verschiedene Zeitintervalle, in denen der Interventionseffekt gemessen wurde. Darüber hinaus kam nur bei einem Teil der Studien ein Fall-Kontroll-Design zur Anwendung, obwohl dies gerade wegen des natürlichen Verlaufs demenzieller Erkrankungen mit einer graduellen Verschlechterung unerlässlich ist. Die Auswahl der Kontrollen ist zudem wegen der großen Heterogenität Demenzkranker Ausgangspunkt kritischer Diskussionen. Völlig unzureichend wurde die Notwendigkeit einer Placebo-Gruppe neben einer Kontroll-Gruppe reflektiert. Gerade in dem schwierigen Arbeitskontext mag jede Form von Zuwendung zum Personal einen möglichen Effekt haben.

### **Kommunikationstheoretischer Bezug der Fragestellung**

Die „kommunikativ schwierige Situation“, die sich aus den Folgen der Demenzerkrankung ergibt und die dennoch über Kommunikation zu lösen ist, leitet sich primär aus den Erlebnis- und Erfahrungshorizonten der am Kom-

munikationsprozess beteiligten Personen ab. Mit Luhmann lässt sich Kommunikation als dreistelliger Selektionsvorgang verstehen. Dabei ist erst von Kommunikation auszugehen, wenn alle drei Elemente, Information, Mitteilung und Verstehen (Luhmann 1984 und 1990) aufeinander bezogen sind und daran reziprok angeschlossen wird. Dabei ist Kommunikation weder notwendig sprachlich gedacht, noch an die Notwendigkeit sensitiver Unversehrtheit gekoppelt. Zentral ist die Frage, ob Information und Mitteilung durch ein Alter Ego als Differenz unterschieden werden (Luhmann 1995, 115) und ein Ego daran durch Mitteilung einer Information anschließt, die dann wieder von Alter Ego verstanden (=unterschieden) werden muss.

Im Falle der Kommunikation vom Menschen mit demenziellen Erkrankungen sind Barrieren der Kommunikation in der Regel nicht im Bereich der sensitiven Funktionen (Hören, Sprechen, Sehen) zu suchen, sondern zumeist in kognitiven Einschränkungen bzw. Veränderungen zu entdecken, die innerhalb von Kommunikation zu oft überraschenden Anschlüssen an nicht gemeinsame Realitäten der am Kommunikationsprozess Beteiligten führen. Aus Sicht der Pflegekraft erscheinen Äußerungen von demenziell Erkrankten vielfach absurd, weil die Informationen, die von ihnen mitgeteilt werden, losgelöst von Gegenwart und Raum erscheinen, da sie in die Vergangenheit oder in eine virtuelle Realität hineinreichen. Eine gelingende Kommunikation muss folglich diese verborgene Welt aufschließen oder zumindest transparent werden lassen. In diesem Falle sind andere Techniken oder Hilfsmittel notwendig. Als Beispiele sind - wie im Interventions- und Schulungsprogramm im Modul 4 aufgeführt - Validation (wobei es eben um die Erfassung der „Gültigkeit“ im Sinne der „Bedeutung“ der Information der Klienten geht), oder aber Sammeln von Informationen über die Vergangenheit (Fotos, (Angehörigen-), Befragung zur Biographie u.a.; vgl. Hendryx-Bedalov 2000), zu nennen. Neben diesen Techniken ist als besondere Kommunikationsform Körpersprache zu berücksichtigen. Gerade körpersprachliche Mitteilungen können bei Demenzen andere Ausdrucksmittel ersetzen; körpersprachlichen Mitteilungen wird von Pflegenden aber nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt, vor allem unter z.T. selbsterzeugtem Zeitdruck. Das Trainingsprogramm soll daher besonders auch die Wahrnehmung körpersprachlicher Mitteilungen fördern.

### **Wissenschaftliche Zielsetzung**

Die Zielsetzung des Projektes besteht in der Verbesserung der Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und den an einer demenziellen Krankheit leidenden Bewohnern in Heimen als Voraussetzung für eine tragfähige Beziehung. Entsprechend der Forschungsziele des Verbundes stehen demenzspezifische Kommunikationsstile im Mittelpunkt, welche erst die Voraussetzung einer tragfähigen Interaktion zwischen den Pflegenden und demenzen

Menschen bilden, um den Pflegeprozess gestalten zu können. Damit verbindet sich sowohl die Fähigkeit, Kommunikationsangebote des Kranken zu erkennen, zu deuten und durch Methodensicherheit darauf zu reagieren, als auch die für die Pflege notwendige Stetigkeit im Rahmen der unterstützenden bzw. kompensierenden Maßnahmen bei verlorengegangener Alltagskompetenz für die Alltagsaktivitäten zu gewährleisten. Dieser Zielsetzung zufolge ist das Projekt doppelter Natur: Zum einen soll ein *Programm entwickelt werden, das zur Steigerung der kommunikativen Kompetenz des Pflegepersonals im alltäglichen Umgang mit Demenzkranken abzielt*. Den Pflegekräften sollen sowohl die technische Fachkompetenz (Wissen über Symptomatik und Therapiemöglichkeiten der Demenz, Entschlüsselung körpersprachlicher Signale) als auch die sozialen Fähigkeiten zur Umsetzung dieses Wissens bei der Gestaltung der Pflege und des Alltags der Dementen (angemessene Kommunikation und Interaktion) vermittelt werden.

Zum anderen soll die Evaluation der Interventionsmaßnahme durch Überprüfung der Effekte auf der Ebene der Heimbewohner erfolgen. Es wird also angenommen, dass an das Personal vermitteltes Wissen auf der Ebene der Bewohner zu einer Stabilisierung des Befindens und der Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten führt. Weitere Interventionseffekte werden auf Personalebene überprüft (z.B. Zufriedenheit).

#### **Hypothesen:**

##### **Interventionseffekte auf Bewohnerebene:**

**(1)** Die durch das Trainingsprogramm erreichte Verbesserung der Pflege führt bei den Heimbewohnern zu einer Verbesserung des Allgemeinzustandes, der sich durch einen nicht verschlechterten bzw. besseren Ernährungszustand darstellt (=Hauptzielgröße)

**(2)** Die durch das Trainingsprogramm erreichte Verbesserung der Pflege führt bei den Heimbewohnern zu weniger Verhaltensauffälligkeiten und zur Reduktion der Anzahl von Fixierungen und zur Reduktion des sedierenden Psychopharmakagebrauchs im Rahmen von Bedarfsmedikation (=Nebenzielgröße)

##### **Interventionseffekte auf Personalebene:**

**(3)** Pflegekräfte, die das Programm absolviert haben, verfügen über ein größeres Wissen bezüglich Demenzerkrankungen und Regeln der Kommunikation und Interaktion mit Demenzkranken

**(4)** Pflegekräfte, die das Programm absolviert haben, weisen eine höhere Arbeitszufriedenheit auf

## **Studientyp und Methode**

Untersuchungsdesign, Stichprobengröße und statistische Methodik

Bezüglich des Designs der Studie handelt es sich um eine kontrollierte, dreiarmlige, cluster-randomisierte, longitudinale Interventionsstudie. Vorgesehen sind 3 Messzeitpunkte; eine Prämessung, eine Postmessung nach der 6-monatigen Intervention, sowie eine dritte Messung nach weiteren 6 Monaten zur Überprüfung von Langzeiteffekten. Die beteiligten Heime werden drei Versuchsgruppen zufällig zugeteilt, erstens der eigentlichen Interventionsgruppe, in der das Personal dieser Heime die Demenz-Trainingsmaßnahme erhält, zweitens zur so genannten Placebo-Kontrollgruppe, in denen das Personal eine unspezifische Maßnahme erhält (Entspannungsgruppe) sowie drittens zu einer Kontrollgruppe, in der das Personal keine Intervention erhält. Letztere wird eingeführt, um den erwarteten Interventionseffekt der themenspezifischen Intervention (Umgang mit Demenz) zuschreiben zu können und einer unspezifischen „Entlastungshypothese“ durch die alleinige Zuwendung zum Personal zu begegnen. Auf der Grundlage von Daten aus laufenden Projekten werden Heime in die Untersuchung eingeschlossen, in denen ein Anteil Demenzkranker von mindestens 50% betreut wird und in denen Personal und Leitung in Befragungen Weiterbildung im Bereich Demenz wünschen, was eine Voraussetzung für die Durchführung eines Trainingsprogramms ist. Intervention und Evaluation werden von verschiedenen Personen vorgenommen. Der vollständige Antrag wird der Ethikkommission zur Prüfung vorgelegt.

Die Berechnung der benötigten Fallzahl beruht auf folgenden Annahmen: Es werden sechs Heime in die Studie aufgenommen, der Erfolg bezüglich der binären Hauptzielgröße (kein Gewichtsverlust nach 6 Monaten) wird in der Interventionsgruppe in 20%, in der Placebogruppe in 5% und in der Kontrollgruppe in 0% der Fälle gemessen werden, die Korrelation der Hauptzielgröße innerhalb eines Heimes beträgt 0,05. Dann ist unter Berücksichtigung der Cluster-Randomisierung nach 12 Monaten mit 34 Patienten pro Heim ein Interventionseffekt mit einer Wahrscheinlichkeit von 80% zum 5%-Signifikanzniveau statistisch zu sichern. Zum Vergleich: Ohne Berücksichtigung der Cluster-Randomisierung wäre eine Power von 80% unter den gegebenen Umständen bereits mit 27 Patienten pro Heim zu erreichen. Die Berechnung der benötigten Fallzahl wurde mit Hilfe von Simulationen realisiert. Wegen der hohen Mortalitätsrate auf Seiten der Heimbewohner und des daher zu erwartenden Schwundes wird die Stichprobe in jedem Heim um 40% erhöht. So werden 286 Probanden benötigt. Eingeschlossen werden ausschließlich demenzkranke Heimbewohner (CDR  $\geq$  1). Als Ausschlusskriterien werden eine nicht vorhandene Pflegestufe (Pflegestufe 0) und ein Body-Mass-Index (BMI) von größer als 30 definiert.

Sämtliche statistische Auswertungen werden die vorhandene Clusterstruktur in den Daten berücksichtigen, insbesondere wird die Hauptfragestellung im Rahmen der verallgemeinerten linearen gemischten Modelle ausgewertet (Brown & Prescott 1999)

## Das Interventionsprogramm

Der pädagogische Ansatz

Das pädagogische Konzept des Interventionsprogramms orientiert sich an den bereits bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten der Zielgruppe für das Interventionsprogramm, durch die abgeschlossene Berufsausbildung und erworbene Praxiserfahrungen; Voraussetzungen, welche von Schulungen bzw. Weiterbildungen von Alten –und KrankenpflegerInnen in stationären Einrichtungen Beachtung finden müssen. In diesem Zusammenhang wird ein Bildungskonzept für berufliche Bildung und Qualifikation von Erwachsenen mit einem Subjektansatz favorisiert.

Die subjektorientierte Perspektive pflegedidaktischer Gestaltung bietet in Anlehnung an Ertl-Schmuck (Ertl-Schmuck 2000) einen geeigneten Handlungsrahmen für den Dialog mit und die Partizipation von den Pflegenden in den Heimen. Nach Meueler (Meueler 1994) beschreibt der Subjektansatz das Verhältnis von Bildung und Qualifikation „...als dialektischen Prozess, in dem die Ansprüche der objektiven Welt und die Ansprüche des Subjekts auf eigenständiges Denken, das Treffen eigener Entscheidungen und selbstbestimmten Handelns miteinander verbunden werden.“ Diese Zugriffsweise entspricht der Situation von AltenpflegerInnen in einer Qualifikationsmaßnahme, welche parallel zum Arbeitsalltag mit selbstständigem Handeln und situativer Entscheidungskompetenz durchgeführt wird. Durch die subjektorientierte Perspektive wird den varianten Kontexten der Pflegenden und der Einrichtungen Rechnung getragen; d. h. unterschiedliche Berufserfahrungen und individuelle Deutungsmuster sowie die jeweiligen Heimbedingungen können in den Lehr- Lernprozess integriert werden.

In Zusammenhang mit der pädagogischen Zielstellung, der Erhöhung von Handlungskompetenz, versucht die didaktische Gestaltung die Lernenden dahingehend zu motivieren, die Lernziele mit eigenen Handlungsalternativen zu verknüpfen und die bestehende Pflegepraxis zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern. Dabei sind die Voraussetzungen, wie sie für projektorientierte Ausbildung definiert sind, übertragbar mit den zentralen Elementen: Erfahrungsbezogenheit, Zusammenarbeit zwischen Lehrenden und Lernenden und Berücksichtigung von Rahmenbedingungen (Pätzold 1990, Renfer 2001).

Die pädagogische Methode

Die Lehrmethode wird entsprechend der Zielstellung (Kompetenzerhöhung) und dem pädagogischen Konzept (Subjektorientierung) in einer Kombination von kognitivem und technischem Lernen durch einführende Vorträge und problemorientiertes Lernen praktiziert. Prioritär soll die Methode des **Problem Orientierten Lernens (POL)** angewendet werden. „Problem-based-Learning“ versucht als pädagogisches, aus der kognitiven Lernpsychologie stammendes Konzept, durch Beschreibung von realistischen Szenarien aus der Praxis, den Pflegenden die Motivation zum Lernen zu geben (Haith-Cooper 2000, Busse 1996). Das Trainingsprogramm wird so aufbereitet, dass es in der Praxis direkt angewandt werden kann und kritisches Denken der Pflegenden unterstützt. Es wird anhand von Szenarien gearbeitet, die Situationen aus dem Pflegealltag der Teilnehmer beschreiben. Die Vorteile des Konzeptes „Problem-based-Learning“ sind, dass den Pflegenden der Transfer des Wissens in die Praxis erleichtert wird, dass sie lernen, Pflegeprobleme zu reflektieren und selbstständig zu lösen. Die Praxisnähe des problemorientierten Ansatzes entspricht dem subjektorientierten pädagogischen Ansatz, integriert das Erfahrungswissen der Pflegenden sinnvoll und motiviert zur Anwendung des Gelernten. Erfahrungen aus dem Grundstudium des Diplomstudienganges Pflege- und Gesundheitswissenschaft bestätigen das (Hanns & Langer, Genz 2002).

## Übersicht zu den Modulen des Interventionsprogramms

Modul	Stunden	Ebenen bzw. wissenschaftliche Perspektiven und Inhalte	Methode	Zielstellung
<b>Modul 1</b> Einführung in das Trainingsprogramm	<b>1</b>	- <b>Trainer:</b> persönliche Vorstellung, - <b>Pflegende:</b> persönliche Vorstellung, Erwartungen und Probleme im Arbeitsalltag	Gedankensammlung auf Flipchart	Schaffung einer partnerschaftlichen Atmosphäre

Fortsetzung nächste Seite ►►►

<b>Modul 2</b> Symptome, deren Deutung und pflegerisches Handeln	<b>2</b>	- <b>Pflegende:</b> Situationsbeschreibung der Institution <b>gerontopsychiatrischer Schwerpunkt:</b> - <b>Trainer:</b> Beschreibung des gegenwärtigen Wissensstandes zu Demenzen (Ätiologie, Diagnostik, Symptome) <b>pflegewissenschaftlicher Schwerpunkt:</b> <b>Patienten:</b> Angehörigenberichte, Krankengeschichte	Protokoll  Vortrag mit weiterführender Literatur  Diskussion	Erfassung der Ist-Situation der Einrichtung; Pflegesystem, Dokumentationssystem usw. kognitiver Input Partizipation der Pflegenden
		<b>gerontopsychiatrischer Schwerpunkt:</b> - <b>Trainer:</b> Symptome einer Demenz im zeitlichen Verlauf in den Dimensionen Denken, Sprache, Erleben und Handeln; <b>pflegewissenschaftlicher Schwerpunkt:</b> - <b>Trainer:</b> Bedeutung der Umgebungsfaktoren; exemplarische Darstellung: der Bewegungsdrang - <b>Pflegebedürftige</b> in der Einrichtung: verbliebene Fähigkeiten, Defizite gerontopsychiatrische und pflegewissenschaftliche Betrachtung: - <b>Pflegende:</b> Erfahrungen mit Ressourcen und Defiziten und praktizierte Interventionen	Vortrag und Skript  Diskussion im Kontext aktiv-rezeptiven Rollenverständnisses  wissenschaftliche Argumentation zur Klärung bzw. von Praxisproblemen	kognitiver Input  den Pflegenden subjektive Deutungsmuster bewusst machen

<b>Modul 3</b> Symptome als Verusterleben der Demenzkranken	<b>2</b>	<b>pflegewissenschaftlicher Schwerpunkt</b> - <b>Trainer:</b> einfühlsame Vermittlung des Selbsterlebens demenzkranker Menschen und seiner auch depressiven Reaktionen; <b>gerontopsychiatrischer Schwerpunkt:</b> - Verstehen der Symptome als Reaktion auf das Verusterleben; explizit: Angst, Aggression, Unruhe, Passivität <b>gerontopsychiatrische und pflegewissenschaftliche Betrachtung:</b> - <b>Pflegende:</b> Erfahrungen aus der eigenen Praxis zu Barrieren für Akzeptanz; Rangreihe von Problemen und praktizierte Interventionen - evtl. Einbeziehung eines Angehörigen	Angehörigen, Betroffenenberichte; Ansätze in „bestpractice“ Einrichtungen  Dokumentation auf Flip Chart	Entwicklung eines psychologischen Verständnisses für Verhaltensauffälligkeiten  Partizipation
<b>Modul 4</b> Leitlinien und Methoden zum Umgang mit Demenzkranken und spezifische Pflegemethoden und praktische Übungen	<b>5</b>	<b>gerontopsychiatrischer Schwerpunkt:</b> - <b>Trainer:</b> Milieugestaltung; wertschätzende Begegnung; Unterstützung des Selbst-Erlebens (biographische Arbeit) angelehnt an die Selbsterhaltungstherapie von Romero; <b>pflegewissenschaftlicher Schwerpunkt:</b> - Leitlinien für pflegerische Interventionen; spezifische Methoden: basale Stimulation, Snoezelen, Validation, Körpersprache <b>gerontopsychiatrische und pflegewissenschaftliche Betrachtung:</b> - <b>Pflegende:</b> zu Maßnahmen der Sturzprävention; zu Erfahrungen mit schon praktizierten Methoden	Vortrag Skript  Diskussion; Kommunikations- und Interaktionstraining  praktische Übungen, Rollenspiele, Überprüfung von Pflegeleitlinien an den Bedingungen der Einrichtung	Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen  Entwicklung von Sicherheit im Umgang mit Demenzkranken durch angemessenen Strategien

Fortsetzung nächste Seite ►►►

<b>Modul 5</b> Feed Back,	<b>1</b>	<b>Pflegende und Trainer:</b> Auswertung des Programms; Zielstellung und Erreichtes; Vergleich mit der Problemsammlung zu Beginn Hinweis zu Optionen für „Hilfen“ bei auftretenden pflegerischen Problemen	Flipchart der 1. Trainingsstunde	
	<b>13</b>			

## Instrumente zur Evaluation

### Bewohnerebene:

#### Gerontopsychiatrischer Schwerpunkt

Konstrukt	Erhebungsmethode / Instrumente
<b>Primär abhängige Variablen:</b> - Ernährungszustand - Gebrauch von sedierenden Psychopharmaka (Bedarfsmedizin)	Messung Größe & Gewicht: Body Mass Index Dokumentenanalyse – Pflegedokumentation, wöchentliche Dosis
<b>Sekundär abhängige Variablen:</b> - Verhaltensauffälligkeiten in den Dimensionen: - Aggressionen (Äußerungen, Handlung gegen Sachen, Handlung gegen Personen) - Nächtliches Stören - Agitiertheit - Gereiztheit - Auffälliges Sexualverhalten - Misstrauen - Fixierungen (Häufigkeit, Art)	Fremdbeurteilung: Strukturiertes Interview durch geschulte Interviewer mit dem Pflegepersonal Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten bei Heimbewohnern (Zimber, A; Gaeth, K. & Weyerer, S., 1996) Indexbildung: 0-14 Punkte Test-Retest-Reliabilität: 0.81 Dokumentenanalyse – Pflegedokumentation
<b>Unabhängige Variablen</b> - soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht) - Pflegestufe, Mobilität - Dauer des Heimaufenthaltes - weitere Interventionen - Demenzschweregrad	Dokumentenanalyse – Pflegedokumentation Clinical Dementia Rating (Hughes 1982) Test-Retest-Test-Retest-Reliabilität 0,89

Die Hauptzielgröße ist einer direkten Messung zugänglich und spiegelt Veränderungen auf der Bewohnerebene eindeutig wider. Dies gilt ebenso für die sekundär abhängige Variable „Anzahl der Fixierungen“. Bei der sekundär abhängigen Variable „Verhaltensauffälligkeiten“ gibt es diesbezüglich gewisse Einschränkungen, da die Erfassung nur über eine Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal möglich ist, und somit neben Veränderungen auf der Bewohnerebene (z.B. Verminderung von Aggressionen durch konfliktvermeidende Kommunikation und gezielte Maßnahmen der Deeskalation) auch Einstellungsänderungen beim Personal widerspiegeln (z.B. wird nächtliches lautes Reden nicht mehr als störend empfunden, da Wissen um Symptomatik der Demenz vorliegt und Verhaltensauffälligkeiten als krankheitszugehörig erlebt werden).



## Personalebene:

### Gerontopsychiatrischer Schwerpunkt

Konstrukt	Erhebungsmethode / Instrumente
Wissen über Demenzen und Regeln der Kommunikation und Interaktion mit Demenzkranken und Akzeptanz des Trainingsprogrammes	Adaptierte Version des „Knowledge of Alzheimer's Test (KAT)“ von Maas und Buckwalter 1990 Reliabilität 0,80
Arbeitszufriedenheit	Zufriedenheitsskala aus dem „Fragebogen zur Beanspruchung bei Humandienstleistungen“ (FBH) des Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System) von Hacker et al. 1999, Reliabilität 0,83
Soziodemographische Daten	Soziodemographiefragebogen

### Pflegewissenschaftlicher Schwerpunkt

Zur Kontrolle konfundierender Faktoren werden strukturelle Kontextfaktoren erfasst.

Konstrukt	Erhebungsmethode / Instrumente
Merkmale der Einrichtung - Träger - Platzzahl - Personalschlüssel (Qualifizierung) Merkmale der Pflege - Pflegeorganisationsform - Pflegeprinzip - Gerontopsychiatrische bzw. demenzspezifische Angebote	Modul B „Konzeption und Organisation“ aus dem „Standardisiertem Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ (SIESTA) (Berger et al. 1997)
Architektonisches Milieu Raumkonzept	Modul A „Bau und Technik“ aus dem „Standardisiertem Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ (SIESTA) (Berger et al. 1997)

## Ethische Legitimation der Projektdurchführung

Von Gutachterseite wurde angemerkt, dass „ein klärungsbedürftiges ethisches Problem vor(liegt), weil es sich um nicht einwilligungsfähige Patienten handelt.“

Entsprechend des Projektzieles soll eine Verbesserung der Pflege von an Demenz erkrankten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen durch Weiterbildung und Schulung erreicht werden. Die ethische Legitimation wird wie folgt begründet:

1. Eine Anhebung der Pflegequalität, auch bei der Pflege von nicht einwilligungsfähigen Menschen, beschrieben durch einen angestrebten verbesserten Ernährungszustand, eine Abnahme der Verordnungshäufigkeit von sedierenden Mitteln und eine Reduktion von Aggressionen, die im Sinne Fromms (Fromm 1995) als defensive Reaktion zur Verteidigung von Vitalinteressen interpretiert werden, entspricht den Intentionen des Gesetzgebers des Sozialgesetzbuches XI zur Sozialen Pflegeversicherung.
2. Ein Projekt, dessen Ziel es ist, zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Pflegenden und den an Demenz erkrankten Personen beizutragen, entspricht gleichfalls den Forderungen des Gesetzgebers, der für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 80a Abs. 1 - 5 SGB XI den Abschluss von Pflegesatzverhandlungen an den Nachweis von wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) koppelt und im Kommentar RZ 11 auf die Gesetzesbegründung durch die Problematik von dementen Heimbewohnern verweist und ausführlich: „...die LQV führt zur Berücksichtigung von Hilfen der individuellen, persönlichen Zuwendung, einschließlich therapeutischer Gespräche mit ....psychisch kranken/dementen Pflegebedürftigen...“ (Orthen 2002). In diesem Kontext erfordert „die kommunikativ schwierige Situation“ zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ein zu entwickelndes Modell mit systemischem Ansatz, in welchem drei Kontexte (1. Person mit kognitiven Defiziten bis zur Sprachunfähigkeit/ angeborene und biographisch erworbene Bedürfnisstruktur; 2. Pflegenden mit Kernkompetenzen, die es durch Schulung zu erweitern gilt und 3. der Kontext von Wahrnehmung durch Interpretation des anderen durch Selbstbild-Fremdbild) miteinander verknüpft werden.
3. Die ärztliche Intention bei der Durchführung des Projektes folgt den ethischen Grundsätzen: „Es ist die Pflicht des Arztes, die Gesundheit der Menschen zu fördern und zu erhalten. Der Erfüllung dieser Pflicht dient der Arzt mit seinem Wissen und Gewissen“ (Deklaration der Weltärztebundes 2000). Da sich die an Demenz erkrankten Menschen infolge ihrer kognitiven Einschränkungen in einer Abhängigkeitsposition befinden, sind alle

Maßnahmen, die der verbesserten Erfüllung „menschlicher Grundbedürfnisse“ dienen, im Sinn von „...medizinischen Untersuchungen zu interpretieren, die einen Nutzen für den Betroffenen haben, also Heilversuche sind und bei nicht einwilligungsfähigen Personen ersatzweise durch die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters legitimiert werden können..“ (Wiesing & Urban 2000).

4. Die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters ist als gegeben anzunehmen, da im Rahmen der Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung laut Heimgesetz § 5 ein Heimvertrag zwischen dem gesetzlichen Vertreter des an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen und der Heimvertretung geschlossen wurde.
5. Zusammengefasst sind entsprechend der Zielstellung des Projektes die Aspekte der Enquete Kommission Recht und Ethik in der modernen Medizin (Deutscher Bundestag 2002) für die Zulässigkeit von medizinischer Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen anzuwenden:  
*„...unstrittig wird die Zulässigkeit eines Heilversuches, einschließlich der dafür erforderlichen Diagnostik, bei Nichteinwilligungsfähigen durch die Zustimmung der gesetzlichen Vertreterin/ des gesetzlichen Vertreters bzw. des Betreuers/ der Betreuerin beurteilt. Da der Versuch auf die Heilung oder Besserung des Zustandes der Probandin bzw. des Probanden zielt und damit unmittelbar zu ihrem oder seinem Nutzen erfolgt, wird davon ausgegangen, dass keine Verletzung des Instrumentalisierungsverbotes vorliegt und die Probandin oder der Proband nicht zum bloßen Objekt der Forschung degradiert werden.“*

## Literatur:

- Abbasi AA, Rudman D:** Undernutrition in nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. *Nutr Rev* (1994) 52:113-122
- Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C., Schumacher, J. & Wilz, G.** (1996). Belastungserleben bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 1-7.
- Angermeyer MC, Hacker W, Krappweis J, Sonntag, A, Jakob, A.:** Psychopharmaka-gebrauch in Alten- und Altenpflegeheimen – Individuelle und institutionelle Determinanten. Abschlußbericht Projekt V6: Public Health Sachsen 2002
- Behrens, J.,** Unbeabsichtigte Anreize durch Qualitätssicherung? Zu einigen Risiken und Nebenwirkungen von QS und QM im Gesundheitswesen in: *Rehabilitation im Wandel – Kongressbericht, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (Hrsg.), Frankfurt a. M. 2000, S. 327 – 328
- Behrens, J.,** Beeinflussung von Selbstpflegedefiziten durch Mobile Rehabilitation – Eine Evaluationsstudie der Mobilen Rehabilitation der Kreuznacher Diakonie in: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* (Hrsg.) DRV-Schriften, Band 20, Frankfurt M. 2000, S. 423 – 425
- Behrens, Johann 1990:** Gnade, bürgerliche Autonome, Krankheit. *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 36, Heft 12/1990
- Behrens, Johann 2002:** Inklusion durch Anerkennung. Chronische Krankheit, das Veralten der Indikatoren sozialer Ungleichheit und die Herausforderungen für die Pflege und andere Gesundheitsberufe, *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 27. Jahrgang, Heft 4/2004
- Behrens, Johann/Langer,** Gero 2004, Evidence-based Nursing-vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Hermeneutisch-interpretative einschließlich statistischer Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Bern:Huber
- Berger G, Gerngroß-Haas G** (1997) Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenilfe“ (SIESTA)
- Bickel H. :** The last year of life: a representative study of deceased patients. Living arrangement, place of death and utilization of health resources. *Z Gerontol Geriatr.* 1998 Jun;31(3):193-204.
- Bickel H. :** Need for nursing care by the elderly: results of a population based retrospective longitudinal study . *Gesundheitswesen.* 1996 Jul;58(1 Suppl):56-62.
- Brown H, Prescott R:** Applied mixed models in medicine. John Wiley & Sons, Chichester 1999.
- Bury, Michael 2002:** Sociological Theory and Chronic Illness: Current Perspectives and Debates, *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 27. Jahrgang, Heft 4/2002
- Busse A., Sonntag A., Riedel-Heller S.G., Matschinger H., Angermeyer M.C.:** Die Versorgungssituation Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung - Ergebnisse einer repräsentativen Studie in einer großstädtischen Altenbevölkerung, *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 13 (2000) 104-111
- Cofone M:** Innovativer Umgang mit dementen Menschen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (ed): *Brücken in die Zukunft*, pp 283-298 (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin 2000).
- Cohen-Mansfield J.** Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2001 Fall;9(4):361-81.
- Cohen-Mansfield J, Werner P, Culpepper WJ 2nd, Barkley D.** Evaluation of an inservice training program on dementia and wandering. *J Gerontol Nurs.* 1997 Oct;23(10):40-7.
- Datenbank für Aus- und Weiterbildung.** Kurs. Stand 18. 7. 2002 [www.arbeitsamt.de](http://www.arbeitsamt.de).
- Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki.** Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. A Einleitung. 52. Generalversammlung des Weltärztebundes. Edinburgh, Schottland, Oktober 2000. [www.aerztekammer.de](http://www.aerztekammer.de) 27. 02. 2003

- Deutscher Bundestag. Referat Öffentlichkeitsarbeit** (Hrsg.): Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin. Zulässigkeit medizinischer Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen. Bonn 2002 S 419ff.
- Dunbar JM, Neufeld RR, White HC, Libow LS:** Retrain, don't restrain: the educational intervention of the national nursing home restraint removal project. 1996 *Gerontologist* 36:539-542.
- Edberg A, Hallberg IR.** Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *Int J Nurs Stud.* 2001 Jun;38(3):271-85.
- Everitt DE, Fields DR, Soumerai SS, Avorn J.** Resident behavior and staff distress in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1991 Aug;39(8):792-8.
- Fromm, Erich:** Anatomie der menschlichen Destruktivität. Stuttgart DVA 1974; zitiert in: Eibl-Eibesfeld, Irenäus: Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriß der Humanethologie. 3. überarbeitete Auflage. Piper 1995 S. 520ff.
- Fort- und Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege.** Eine Empfehlung des Bayerischen Landespflegeausschusses. Hrsg. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. 2000. [www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/empfehlungen00.htm](http://www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/empfehlungen00.htm)
- Genz, M.:** Veränderungen und Kontinuitäten der Lebenslage und des Gesundheitszustandes älterer Menschen zwischen 1989 und 1992. In: H. Bertram, S. Hradil, G. Kleinhenz (Hrsg.): Sozialer und demographischer Wandel in den neuen Bundesländern. Akademie, Berlin, 1995, S. 307-327
- Genz, M.:** Menschenbilder vom Alter und Gestaltungspotentiale für die Pflege. In: Menschenbilder in der Medizin – Medizin in den Menschenbildern. In Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik Band 16; Dörner, G. et al. (Hrsg.): Menschenbilder in der Medizin-Medizin in den Menschenbildern. Kleine Verlag Bielefeld 1999
- Genz, M.:** Pflege und Betreuung Demenzkranker in der stationären Altenhilfe aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Spektrum* 1/2000.
- Genz, M.:** Zum Zusammenhang von Lebenslage und Gesundheitszustand im Alter. Eine sozialmedizinische theoretische und empirische Analyse im ostdeutschen Kulturwandel zwischen 1989 und 1995. Peter Lang. Frankfurt/M. 2000
- Grant LA, Kane RA, Potthoff SJ, Ryden M.** Staff training and turnover in Alzheimer special care units: comparisons with non-special care units. *Geriatr Nurs.* 1996 Nov-Dec;17(6):278-82.
- Hacker, W. & Reinhold, S.** (unter Mitarbeit von A. Darm; I. Hübner & E. Wollenberger) (1999). Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- Hendryx-Bedalov P.M.,** Alzheimer's Dementia. Coping with Communication Decline, *Journal of Gerontological Nursing* 2000, 20-24.
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL:** A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982 140:566-572
- Junkers G:** Gerontopsychiatrische Betreuung alter Menschen im Heim, Junkers G, Moldenhauer B, Reuter U (eds): Stationäre Altenpflege: Situation und Perspektiven in den alten und neuen Bundesländern, pp 59-76 (Schattauer, Stuttgart 1995).
- Kurzbericht Pflegestatistik 1999.** Deutschlandergebnisse. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Statistisches Bundesamt. Zweigstelle Bonn. August 2001.
- Kühnert S, Gaßmann R:** Fort- und Weiterbildung als Beitrag für die Qualitätssicherung in der Altenpflege - Ergebnisse einer empirischen Erhebung zur Ist-Situation und zu Veränderungsnotwendigkeiten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30:109-115 (1997).
- Luhmann N.,** Soziale Systeme, Frankfurt M. 1984.
- Luhmann, Was ist Kommunikation?** In: Luhmann N., Soziologische Aufklärung 6, Opladen 1995, 113-124.
- Maas, M., & Buckwalter, K.C.** (1991). Alzheimer's Disease. In J.J. Fitzpatrick, R.L. Taunton & A.K. Jacox, (Eds.). *Annual Review of Nursing, Research,* (pp. 19-55). New York: Springer Publishing Co.
- Matteson MA, Linton AD, Cleary BL, Barnes SJ, Lichtenstein MJ.** Management of problematic behavioral symptoms associated with dementia: a cognitive developmental approach. *Aging (Milano).* 1997 Oct;9(5):342-55.
- McCallion P, Toseland RW, Lacey D,** Banks S. Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist.* 1999 Oct;39(5):546-58.
- Meifort, B. :** Altenpflege in Ausbildung und Beruf – ein Krisenszenario. In Meifort, B., W. Becker (Hrsg.): Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Vorgestellt. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Nr. 61. Köln. 1996 S. 26 - 32
- Mental health in nursing homes.** Perspectives on the use of medication. *Drugs Aging.* 1993 Mar-Apr;3(2):122-30.
- Mentes JC, Ferrario J.** Calming aggressive reactions--a preventive program. *J Gerontol Nurs.* 1989 Feb;15(2):22-7.
- Muthny F, Bermejo I, von Gierke E:** Erlebte Belastungen und Bedarf an psychosozialer Fortbildung/Supervision in der stationären Altenpflege. *Zeitschrift für Gerontologie* 26:395-403 (1993).
- Orthen, Gerald. in Hauck/Noftz:** Soziale Pflegeversicherung. Kommentar § 80a RZ 11 SGB XI. 19. Lfg. XI/02
- Riedel-Heller S.G., Busse A., Aurich C., Matschinger H., Angermeyer M.C.:** The prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10 - Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged. *British Journal of Psychiatry* 179 (2001) 250-254
- Riedel-Heller SG, Busse A, Aurich C, Matschinger H, Angermeyer MC:** Incidence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+), Part 2. *British Journal of Psychiatry* 179 (2001) 255-260
- Riedel-Heller S.G., Stelzner G., Schork A., Angermeyer M.C.:** Gerontopsychiatrische Kompetenz ist gefragt - Die Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Alten- und Altenpflegeheimen. *Psychiatrische Praxis* 26 (1999) 273-276
- Raneskog H:** Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scand J C Sci* 1996 (10) 11-17
- Rohleder C:** Untersuchung zur Fort- und Weiterbildung in der Altenarbeit - Qualifizierungsstrategien in Einrichtungen der Altenhilfe. (Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1999).
- Schulz M.** Rekonzeptualisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege & Gesellschaft,* 2003 (4): 140-145.
- Schwerdt & Tschainer:** Expertise für den 4. Altenbericht. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): 4. Altenbericht. April 2002. S. 282- 285 [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)
- Smyer M, Brannon D, Cohn M.** Improving nursing home care through training and job redesign. *Gerontologist.* 1992 Jun;32(3):327-33.
- Stählin HB:** Malnutrition und mentale Funktionen. *Z Gerontol Geriat* 32: 199 Suppl 1 /27-1/39
- Stelzner G., Riedel-Heller S.G., Sonntag A., Matschinger H., Angermeyer M.C.:** Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (2001) 306-312
- Swearer JM, Drachman DA, O'Donnell BF, Mitchell AL.** Troublesome and disruptive behaviors in dementia. Relationships to diagnosis and disease severity. *J Am Geriatr Soc.* 1988 Sep;36(9):784-90.
- Voges, Wolfgang:** Pflege alter Menschen. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Westdeutscher Verlag Wiesbaden. 2002 Kapitel 4. 5 Berufliche Mobilität S. 182 –190
- Wells DL, Dawson P, Sidani S, Craig D, Pringle D. Effects of an abilities-focused program of morning care on residents who have dementia and on caregivers. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Apr;48(4):442-9.
- Wiesing, Urban:** Grafenecker Erklärung zur Bio-Ethik. In: Wiesing, U. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Reader. Philipp Reclam jun. Stuttgart 2000 S. 129
- Williams DP, Wood EC, Moorleghen F:** An in-service workshop for nursing personnel on the management of catastrophic reaction in dementia victims. *Clin Gerontologist* 1994, 14:47-53.

- Wilms H.U., Riedel-Heller S.G., Busse A., Angermeyer M.C.:** Hilfe und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung. *Z Gerontol Geriatr.* 2001 Oct;34(5):348-55.
- Wilz, G., Gunzelmann, T., Adler, C. & Brähler, E.** (1998). Gruppenprogramm für pflegende Angehörige von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und —psychiatrie*, 11, 97-107.
- Wilz, G., Gunzelmann, T., Adler, C. & Brähler, E.** (1997). Belastung durch die Pflege dementer Angehöriger. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 21, 28-31.
- Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T & Brähler, E.** (1999). Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit - Eine Prozessanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 255-266.
- Wilz, G., Adler, C. & Gunzelmann, T.** (2001). Gruppenarbeit bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. **Göttingen: Hogrefe.**
- Wimo A, Roennbaeck E, Nyberg A, Granholm O, Thorslund M:** Nursing load in different care alternatives in Sweden during 18 years. *Arch Gerontol Geriatr* 28:205-216 (1999).
- Wingenfeld, K., E. Schnabel:** Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung des Landespflegeausschusses Nordrhein.-Westfalen. Projektbericht. 2002 c/o Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW
- Winter-v.Lersner, C.** (1997). Zur psychosozialen Basiskompetenz. In Rave-Schwank, M., Winter - von Lersner, C. *Psychiatrische Pflege. Ein Lehrbuch für die Praxis.* 7. Aufl. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Winter-v.Lersner, C.** (2001). Schlüsselqualifikationen für Pflegenden. *Gerontopsychiatrie.* In *Die Schwester Der Pfleger*, 40, 9, 730 –734.
- Wojnar, J.** (1995): Freiheitsentziehende Maßnahmen und Demenz. *Bt. Prax.* 4, 12-15.
- Zimber, Andreas, Siegfried Weyerer:** Streß in der Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. Ergebnisse einer Verlaufsstudie. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln 1998

## Autorinnen und Autoren

- Christoph Abderhalden**, Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000, Schweiz.  
E-mail: abderhalden@puk.unibe.ch
- Rüdiger Bauer**, Magister im Management, Leiter des IBI- Instituts,  
E-mail: info@ibi-institut.com, Leiter des IBICURA Verlags, www.ibicura.de
- Johann Behrens**, Prof. Dr., Leiter des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät Halle-Wittenberg
- Francis C. Biley**, Dr., Dozent im Fachbereich Pflege, University of Wales, Cardiff, UK, E-mail: Biley@cf.ac.uk, Tel.: 00442929743734
- Kevin Gournay**, Prof. Dr., CBE, Leiter Psychiatrische Pflegeforschung am Institute of Psychiatry, Kings College, De Crespigny Park, London, SE5 8AF,  
E-mail: K.Gournay@iop.kcl.ac.uk
- Richard Gray**, Dr., RN PhD, Psychiatrische Pflegeforschung am Institute of Psychiatry, Kings College, De Crespigny Park, London, SE5 8AF,  
E-mail: R.Gray@iop.kcl.ac.uk
- Ian Needham**, RN, NT, MNSc, Leiter des Forschungs- und Dienstleistungszentrums, Fachhochschule der Gesundheit, Route des Cliniques 15, 1700 Freiburg im Üchtland, Schweiz, E-mail: needham@bluewin.ch
- Hilde Schädle-Deiningner**, Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main, Mitherausgeberin der Zeitschrift »Psychiatrische Pflege heute«
- Susanne Schoppmann**, Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Pflegewissenschaft, Private Universität Witten/Herdecke
- Michael Schulz**, Dr. rer. medic., Stabstelle Pflegeforschung, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Krankenanstalten Gilead, Bielefeld, E-mail: M.Schulz@psychiatrie.gilead.de
- Jean Watson**, Prof. Dr., Leiterin School of Nursing, University of Colorado, Denver, USA, E-mail: Jean.Watson@uchsc.edu, Website: www.uchsc.edu/nursing/caring
- Klaus Wingenfeld**, Dr., Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld
- Christa Winter-von Lersner**, Prof. Dr., FH-Fulda / University of Applied Sciences, Fachbereich Pflege und Gesundheit



**»Aufbruch im Umbruch«,**

so der Titel der Veranstaltung, die 2004 in Bethel (Bielefeld) stattfand, und der diesem Band zugrunde liegt.

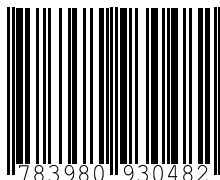
Die sich rasch wandelnden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen zwingen auch psychiatrische Pflege dazu, ihr Berufsprofil zu überdenken. Dabei gilt es auch, ein für den Patienten gewinnbringendes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis herzustellen.

Für diesen Band ist es gelungen, national und international anerkannte Referenten der psychiatrischen Pflege und der Pflegewissenschaft zusammenzubringen. So ergibt sich ein umfassendes Bild aktueller Themen und Entwicklungstendenzen psychiatrischer Pflege, sowie des wissenschaftlichen Forschungsstandes. Es wendet sich von daher sowohl an Praktiker als auch an Pflegewissenschaftler und befruchtet die notwendige Diskussion über verstärkte wirtschaftliche und fachliche Kooperation, über Art und Wirksamkeit von Pflege und über ein zukunftsfähiges Berufsfeld der psychiatrischen Pflege.

Dieser Band enthält Beiträge von:

Christoph Aberhalden, Rüdiger Bauer, Johann Behrens  
Francis C. Biley, Kevin Gournay, Richard Gray  
Ian Needham, Hilde Schädle-Deiningner  
Susanne Schoppmann, Michael Schulz  
Jean Watson, Klaus Wingefeld  
Christa Winter-von Lersner

ISBN 3-9809304-8-3



9 783980 930482

IBICURA

Der neue Verlag für die Pflege  
Dorfstr. 13  
D-86869 Unterostendorf  
Tel.: 08344/991597  
Fax.: 08344/991598  
E-Mail: [info@ibi-institut.com](mailto:info@ibi-institut.com)  
[www.ibicura.de](http://www.ibicura.de)