

Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen:

Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft

**Vorträge, Workshops und Poster vom
3. Dreiländerkongress in Wien**

Hrsg.
Ian Needham, Susanne Schoppmann,
Michael Schulz, Harald Stefan

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme
Hrsg.: Ian Needham, Susanne Schoppmann, Michael Schulz, Harald Stefan
Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft
IBICURA, Unterostendorf 2006

ISBN 3-9810873-1-3
978-3-9810873-1-4

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

Tagungsband Wien

Vorträge
Wien

Hrsg.
Susanne Schoppmann
Ian Needham
Michael Schulz
Harald Stefan

Vorwort der Herausgeber

Der vorliegende Band dokumentiert wesentliche Inhalte des 3. Dreiländerkongresses Pflege in der Psychiatrie. Unter dem Titel »Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen« sind am 19. und 20. Oktober 2006 über 400 Kolleginnen und Kollegen am Otto-Wagner-Spital in Wien zusammengekommen und haben sich gegenseitig neue Konzepte vorgestellt, wissenschaftliche Ergebnisse präsentiert und über neue Wege diskutiert. Damit hat der Dreiländer Kongress nach dem Beginn der Veranstaltungsreihe 2004 in Bielefeld und seiner Fortsetzung 2005 in Bern nun eine erste Runde durch den deutschsprachigen Raum gedreht.

Es freut uns, dass es hier wieder gelungen ist, den psychiatrisch Pflegenden ein länderübergreifendes Forum zum Austausch und zur Weiterentwicklung zu bieten, bei dem zudem die Anzahl der eingereichten Beiträge und auch die Anzahl der Kongressteilnehmerinnen und –teilnehmer zugenommen haben. Ersteres nehmen wir als Indiz dafür, dass Pflegenden sich zunehmend professionalisieren, indem sie ihre Arbeit reflektieren, beschreiben und in der Berufsgruppe und darüber hinaus öffentlich zur Diskussion stellen. Letzteres zeigt uns, dass die Berufsgruppe aktiv um Neuorientierung und zukunftsfähige Profile ringt und auch bereit ist, am steigenden Begründungsdruck im Hinblick auf die Wirksamkeit durchgeführter Interventionen zu wachsen. Es zeigt uns aber auch, dass es, in einem zusammenwachsenden Europa, ein zunehmendes Bedürfnis gibt grenzübergreifend ins Gespräch zu kommen und voneinander zu lernen.

Besonders erfreulich ist der Umstand, dass der Dreiländer Kongresses Pflege in der Psychiatrie auch Kolleginnen und Kollegen aus anderen europäischen Ländern anspricht. So sind in diesem Band Beiträge aus den folgenden Ländern dokumentiert: Island, Tschechische Republik, Slowenien, Niederlande, Dänemark und Grossbritannien. Wir begrüßen diese Entwicklung ausdrücklich und gratulieren den Vortragenden aus diesen Ländern dazu, dass sie ihre Vorträge in deutscher Sprache halten. Zum ersten Mal kommt auf dem Dreiländerkongress mit Sybille Prins auch eine Frau zu Wort, die im Rahmen von Krankheitsepisoden psychiatrische Behandlung und somit auch psych-

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Hrsg.: Susanne Schoppmann, Ian Needham, Michael Schulz, Harald Stefan
xxx
IBICURA, Unterostendorf 2006
ISBN xxx

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

iatrische Pflege erfahren hat. Neben der notwendigen Entwicklung von Interventionen sowie der Reflexion über das eigene Handlungsfeld gewinnt die Einbeziehung des Wissens von Betroffenen für die Weiterentwicklung psychiatrischer Pflege zunehmend an Bedeutung. Denn nur durch die Nutzung des Wissens von Menschen, die Experten ihrer Krankheit und häufig auch Experten im Versorgungssystem sind, kann eine notwendige stärkere Beteiligung und Partizipation der Betroffenen an Behandlung und Pflege erfolgen.

Darüber hinaus erlaubt die thematische Vielfalt der Vorträge, Workshops und Poster-Präsentationen keine kurze Zusammenfassung. Ganz im Gegenteil, sie fordert geradezu dazu auf, sich einen Überblick zu verschaffen, Einblick zu nehmen und sich mit den Themen auseinanderzusetzen.

Die Beiträge:

- zeichnen ein Bild der unterschiedlichen Berufsfelder der psychiatrischen Pflege,
- zeigen wie und mit welchem Erfolg pflegerische Interventionen entwickelt und angewandt werden,
- verdeutlichen das stetige Bestreben der Pflegenden die Qualität ihrer Arbeit zu verbessern,
- lassen erkennen welche Themen die Pflegenden in ihrer Arbeit bewegen und wie sie Herausforderungen begegnen,
- verweisen auf Fragen der Bildung in der psychiatrischen Pflege,
- reflektieren das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden,
- führen zu einer Transparenz von Handlungsfeldern und fördern so die Möglichkeit der fachlichen Auseinandersetzung, also des Diskurses,
- und verweisen an vielen Stellen auf eine notwendige berufsgruppenübergreifende Vernetzung psychiatrischer Behandlung sowie auf die Partizipation von Nutzern und Angehörigen.

Mit dieser Vielfalt und Verschiedenartigkeit spiegeln die Beiträge in dem vorliegenden Band den aktuellen Wissens- und Entwicklungsstand der Berufsgruppe wider: da wäre jede Zusammenfassung eine unzulässige Verkürzung!

Für das Zustandekommen eines solchen Kongresses und des dazugehörigen Dokumentationsbandes sind der Einsatz und das Wissen vieler Menschen notwendig. Stellvertretend sei an dieser Stelle den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates sowie den Kooperationspartnern gedankt. Außerdem gebühren Harald Stephan als Vertreter der gastgebenden Einrichtung sowie Nico Oud für die Kongressplanung und Durchführung Dank für die reibungslose und engagierte Organisation im Vorfeld des Kongresses sowie vor Ort. Zum dritten Mal in der Geschichte des Dreiländer-Kongresses gilt unser Dank außerdem Inge Bauer und dem Ibicura-Verlag für die gute Zusammenarbeit bei der Erstellung dieses Kongressbandes.

Wien, Oktober 2007

Susanne Schoppmann
Ian Needham
Michael Schulz
Harald Stefan

Inhaltsverzeichnis

<i>Susanne Schoppmann, Ian Needham, Michael Schulz, Harald Stefan</i> Vorwort der Herausgeber	3
Veranstalter	13
<i>Uwe Braamt</i> Pflegestrukturerhebung auf der Station anhand der Patientendokumentation: Eine Möglichkeit der Qualitätssicherung	14
<i>Günter Fuchs, Jürgen Fröhlich</i> Die Suizidkonferenz Eine Methode zur Unterstützung betroffener Teams nach Patientensuiziden	19
<i>Michael Löhr</i> Analyse von Sturzereignissen und daraus resultierende Interventionsplanung in der Gerontopsychiatrie	24
<i>Ulrich Mönkediek, Michael Schulz</i> Auswirkungen der Bielefelder Behandlungsvereinbarung auf die Behandlungsqualität aus der Sicht der Betroffenen und der Psychiatrischen Pflege	28
<i>Sibylle Prins</i> Psychiatrische Pflege aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen	34
<i>Andrea Staude, Kirsten Laufhütte, Michael Schulz, Ketelsen Regina</i> Das interdisziplinär besetzte Beraterteam als Interventionsmöglichkeit zur Verringerung von Aggression und Gewalt in einer Psychiatrischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung pflegespezifischer Aspekte	41
<i>Jürg Dinkel, Martin Schmid</i> Entwicklung und Umsetzung eines Standards Zwangsmaßnahmen	46
<i>Michael Schulz, Johann Behrens</i> Handlungsfelder psychiatrischer Pflege im Spannungsfeld zwischen Heilkunst, wissenschaftlicher Erkenntnis und Bedarfsentwicklung	51
<i>Ilse Stefan, Christian Cohen-Brichta</i> Deeskalationsmanagement: Fortbildungsinhalt, Daten, Rahmenbedingungen, Videoanalyse	58
<i>Ruth Ahrens</i> Wo Pflege wirkt: Biologie der Beziehungspflege	62
<i>Ruth Ahrens</i> Pflege bei Menschen mit Borderline- Persönlichkeitsstörungen nach dem DBT-Konzept (Linehan)	65
<i>Janina Vitt</i> Bewegungstherapeutische Maßnahmen in der Therapie essgestörter Patientinnen und Patienten	68
<i>Ursula Rutow-Turski</i> Angehörige von psychisch Kranken – die stummen Partner	72
<i>Claus Staudter, Valeska Vitt-Mugg</i> Behandlungssetting bei Patientinnen mit Essstörungen in einer offen geführten Station in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	77
<i>Franziska Rabenschlag, John Wells, Ian Needham</i> Arbeitnehmende mit psychischen Gesundheitsproblemen: die Perspektive der Arbeitgebenden	81
<i>Patrick Callaghan</i> Hauptvortrag Ausgemessen: Die Anwendung von Messskalen in der psychiatrischen Pflege	86
<i>Margret Pappa, Britta Schneider</i> Umgang mit Gewalt und Aggression in der psychiatrischen Pflege: Erfahrung 5 Jahre CFB- Training	96
<i>Andrea Zielke-Nadkarni</i> Jüdische Menschen mit Verfolgungserfahrungen als Klientel in der gerontopsychiatrischen Pflege	99
<i>Sibylle Ahl</i> Wellness als Gesundheitsdienstleistung im Konzept der klinischen Psychiatrie	102
<i>Elvira Rave, Frank Jourdan, Christiane Hornstein</i> »...und plötzlich ist da ein Kind!« Psychiatrische Pflege in der Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychiatrischen Erkrankungen auf einer gemeinpsychiatrischen Station	108
<i>Jeannette Rothe</i> Die Einführung eines psychiatrischen Pflegekonsils	113
<i>Ingrid Schulz</i> »Ich gebe dir Socken und Liebe« – über den Einsatz von »MARTE-MEO« an einer psychiatrischen Aufnahmestation für Menschen im höheren Lebensalter	118
<i>Petra Taferner</i> Psychosoziale Versorgung von stationären PatientInnen an somatischen Abteilungen aus der Sicht der Pflege	120
<i>Ingo Tschinke</i> Gruppentraining sozialer Kompetenzen im stationären und ambulanten Setting	122
<i>Peter Wodicka</i> Netzbetten in Gegenüberstellung oder in Kombination mit Fixiergurten	128

<i>Ruth Reiterer, Stefanie Sailer, Heimo Gross</i> Pflegetherapeutisches Arbeiten auf einer psychiatrischen Rehabilitationsstation – via – »Leitmotive«: »Was beeinflusst Pflegepersonen in ihrem Denken und Handeln?«.....	133	<i>Eberhard Gabriel</i> Der Beitrag der Ärzte zur Qualifikation des psychiatrischen Pflegepersonals am Beispiel des »Steinhof«	199
<i>Stephan Frei, Werner Märki, Rudolf Reif, Helena Muslimovic</i> Internetlösung zur Übersetzung von Textbausteinen für fremdsprachige Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie www.textbausteine.ch	137	<i>Edith Gruber</i> Ressourcenorientierte Gesundheitspflege.....	205
<i>Cornelia Gianni</i> Zu Burnout in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege: Ursachen und Lösungsansätze.....	141	<i>Margareta Halek, Sabine Bartholomeyczik</i> Die Effektivität von Validationstherapie bei herausforderndem Verhalten von Altenheimbewohnerinnen und –bewohnern mit Demenz: Eine Literaturanalyse nationaler und internationaler Forschungsarbeiten	210
<i>Katja Henning</i> Das pflegerische Setting von Borderline-Patienten auf einer verhaltenstherapeutischen Station (Skills-Training).....	145	<i>Thomas Kirpal</i> Erfahrungen psychisch kranker Patienten während der stationären Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus: Eine Critical Incident Studie.....	215
<i>Franz Karl</i> Stationäre Mutter-Kind-Aufnahme auf einer psychiatrischen Station: Mehr als Rooming-In?	150	<i>Gottfried Klopff</i> Vom Mauerblümchendasein zum Kompetenzzentrum	220
<i>Sophie Ledebur</i> Die historischen Lebens- und Arbeitswelten der Pflegenden der Wiener psychiatrischen Anstalt »Am Steinhof«.....	156	<i>Rüdiger Noelle, Michael Schulz</i> Pflegebedarfserhebung in der stationären Gerontopsychiatrie: Ergebnisse aus einer nichtexperimentellen prospektiven Vollerhebung	227
<i>Sibylle Linke, Magdalena Rösch, Katrin Nehring</i> Kompetenzförderung durch einsatzbegleitende Seminare – Lernortkooperation zwischen Pflegeschule und Psychiatrie.....	161	<i>Harald Stefan</i> Hauptvortrag »Psychiatrie Pflege – gestern – heute – morgen«.....	231
<i>Regula Lüthi</i> Das weite Feld der psychiatrischen Pflege.....	166	<i>Stefan Kunz, Ian Needham, Dirk Richter</i> Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht.....	237
<i>Wolfgang Pohlmann, Hans Jerratsch, Frank Godejohann, Lars Weigle</i> Primary Nursing als zentrale Struktur der Behandlung – eine multiprofessionelle Aufgabe?	172	<i>Ian Needham, Aline Schuwey-Hayoz</i> Aggression in einer Klinik in einem Schweizerischen zweisprachigen Kanton	243
<i>Katharina Theuermann, Karin Gutierrez-Lobos</i> Gewalt in der psychiatrischen Pflege	176	<i>Ulrich von dem Berge</i> Tätigkeiten der beruflichen Pflege in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker: Eine Multimomentenerhebung der Pflegepraxis der Suchtabteilung des Zentrums für Psychiatrie Bad Schussenried.....	248
<i>Peter Malina</i> Ein ganz normales Pflegepersonal? Verantwortungs- und Entschuldigungsversuche von Pflegerinnen und Pflegern in Wiener Volksgerichtsprozessen nach 1945.....	181	<i>Christoph Abderhalden, Franziska Rabenschlag, Sabine Hahn, Virpi Hantikainen, Rosmarie Sprenger, Lorenz Imhof</i> Hauptvortrag Auf dem Weg zu Forschungsprioritäten für die Pflege in der Psychiatrie.....	254
<i>Katharina Theuermann, Karin Gutiérrez-Lobos</i> Die Rolle der Pflegeperson als Ansprechperson für von Gewalt betroffene Frauen ..	186	<i>Rudi Bernatzki</i> Die pflegend-haltgebende Beziehung.....	266
<i>Andrea Schoch-Huber, Manuela Rasi, Marianne Bänninger, Beatrice Regazzoni, Marie-Louise Roches</i> Freiberufliche Psychiatriepflegefachfrauen in der ambulanten Gemeindepsychiatrie Winterthur, Schweiz.....	190	<i>Gernot Walter, Nico Oud, Wolfgang Schrenk</i> Ausbildung zum Berater und internen Trainer für Aggressions- und Sicherheitsmanagement	271
<i>Ruth Ahrens</i> Pflegebeziehung und Neurobiologie: Was wir wissen sollten bei Menschen mit PTSD und Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	194	<i>Rick Tucker</i> Hauptvortrag Wissen schafft Pflege; Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft- oder wie psychiatrisch Pflegend die Welt verändern können....	276

<i>Marga Thome</i> Förderung seelischer Gesundheit nach der Geburt: Ein Beitrag der Pflege.....	283	<i>Gerd Bekel, Marina Dockhorn, Petra Steffen, Corinna Piontkowski, Alexandra Freimuth</i> Systematisierung und Entwicklung der Pflege- und Erziehungskompetenzen auf der Grundlage eines Leitbildes und eines fachtheoretischen Bezugsrahmens in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	317
<i>Bodil Björnshave</i> »Det danske nationale indikatorprojekt« (das dänische nationale Indikatorprojekt): Beispiel eines Projekts zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und Behandlung Schizophrener.....	285	<i>Rolf Brunner, Ursula Fellmann</i> Emotionale Regulation: Interventionen bei dissoziativen Phänomenen	320
<i>Urs Gasser</i> Dialektisch-behaviorale Psychotherapie für Adolozesentäre (DBT A).....	288	<i>Susanne Clemen</i> Qualitätssicherung in der Pflegepraxis: Ein Weg zur Förderung der Zusammenarbeit der psychiatrischen und somatischen Pflege.....	322
<i>Wim Janssen, Wim de Vries, Giel Hutschemeakers, Bert Lendemeijer</i> Die Inzidenz von Isolierungen in niederländischen psychiatrischen Kliniken und ein Vergleich mit europäischen Raten.....	290	<i>Wolfgang Egger</i> Bisher hat es doch auch funktioniert: Der Veränderungsprozess einer Subakut- Rehabilitationsstation in Richtung offen geführter, allgemein psychiatrischen Aufnahme/akut- und Rehabilitationsstation mit Versorgungsauftrag und 24-Stunden-Aufnahme.....	324
<i>Thomas Lange, Ursula Hamann, Lena Bischoff, Bärbel Durmann, Bernhard Prankel</i> Halb voll oder halb leer? Ressourcenarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ...	295	<i>Vjenka Garms-Homolová</i> Depressivität von KlientInnen ambulanter Pflegedienste in Europa	326
<i>Andrea Prägler, Marion Lorenz, Viktor Baumgartner</i> Suchtprävention für Gesundheits- und Krankenpflegeschulen des Wiener Krankenanstaltenverbundes.....	297	<i>Barbara Kaeser, Gabriele Grägel</i> NADA –Akupunktur im psychiatrischen Pflegealltag.....	328
<i>Rita Lutz</i> BELA - Bewegung – Ernährung – Lernen- Akzeptieren: Einflussnahme auf das metabolische Syndrom durch Psychoedukation bei psychisch kranken Menschen mit Adipositas.....	299	<i>Margit Salem, Silvia Neufeld</i> Gesundheitsförderung unter dem Aspekt Ernährung und Bewegung	330
<i>Werner Mayr, Michael Waibel</i> Psychiatrische Mutter–Kind–Behandlung auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation.....	301	<i>Michael Schulz , Chloé Renard</i> Analyse des Gruppenangebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik unter Berücksichtigung des Beitrags der Pflege.....	333
<i>R. Meer Lueth, Ian Needham</i> Die Rolle der Pflegenden in der Prävention von Rückfällen bei Patienten, welche an Schizophrenie erkrankt sind.....	302	<i>Stephan Tilley</i> Hauptvortrag Psychiatrische Pflege: das Feld des Wissens	338
<i>Gerhard Russ, Nicola Maier</i> Handpuppenimprovisationstheater	306	<i>Günter Weitzel</i> Home Care – Psychiatrische Betreuung zu Hause.....	342
<i>Wolfgang Schrenk</i> Erhebung von Aggressionsdaten mittels SOAS-R im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital, Wien, Österreich.....	309	<i>Florim Asani</i> Einzelpsychoedukation im Rahmen der Bezugspflege mit dem »Alliance–Psychoedukationsprogramm®« über Schizophrenie.....	344
<i>Karl-Heinz Sporleder</i> Behandlung minderbegabter Patienten im Massregelvollzug in der Klinik Haina.....	311	<i>Stephan Wolff, Gernot Walter, Thomas Schillen</i> Einführung eines systematischen Aggressions- managements in einer psychiatrischen Abteilung.....	346
<i>Rita Thill, Manuela Brandt</i> Anleitung von therapeutischen Gruppen innerhalb der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) durch Pflegenden.....	313	<i>Peter Berger Raemy</i> Die Integration sozialpsychiatrischer Angebote in Quartierzentren als Beitrag zur Entstigmatisierung	348
<i>Christoph Wöger, H. Vornwagner</i> Therapeutisch orientierte Kletterprojekte an der Jugendpsychiatrie: Projektbeschreibung, Zielsetzung, Durchführung, Ergebnisse, Erfahrungen.....	315	<i>Klavdija Čuček Trifkovič</i> Die häufigsten Pflegediagnosen bei alkoholsüchtigen Patienten: Ein Praxisbericht	351

<i>Jana Kocourková, Jiří Koutek</i> Risikoaspekte der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen	354
<i>Andrea Belohradsky, Monika Eibensteiner, Friederike Kral, Jasmina Simic</i> Ätherische Öle als Bereicherung des pflegerischen Angebotes	357
<i>Nicola Lange</i> Antipsychotische Medikation: Erfahrungen einer Praktikerin	360
<i>Romed Plattner</i> Therapie und Gesundheitszentrum Mutters: Ein Alkohol- und Medikamentenentwöhnungsstation stellt sich vor	364
<i>E. Sonnleithner, I. Mörtl, B. Willecke, Michaela Scharwitzl-Adler</i> Junges Gemüse, Eintopf & Co: Kochen mit Kindern und Jugendlichen	365
<i>Cornelia Schindler, C. Baumgartner</i> Alliance-Psychoedukations-Programm® für Patienten mit Schizophrenen Psychosen: Ein Projekt zur Integration des Programms in das Behandlungskonzept und Bezugspflegesystem einer psychiatrischen Akutstation	367
<i>Grit Pilsecker, Thomas Schillen, Gernot Walter, Stephan Wolff</i> Wirksamkeit eines systematischen Aggressionsmanagements in einer psychiatrischen Abteilung: Erfassung mittels Mitarbeiterbefragung	370
Autorinnen und Autoren	372

Veranstalter

- Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner Spital, Wien, Österreich (Harald Stefan: harald.stefan@wienkav.at)
- Allgemeines Krankenhaus Wien – Universitätsklinik für Psychiatrie, Pflegedienst, Wien, Österreich (Friederike Kral: friederike.kral@akhwien.at)
- Oud Consultancy & Conference Management (Nico Oud: nico.oud@freeler.nl)

Kooperationspartner (unterstützende Organisationen)

- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Bern, Schweiz
- Hochschule für Gesundheit Freiburg, Forschungszentrum, Freiburg, Schweiz
- Hochschule für Angewandte Wissenschaften, St. Gallen, Schweiz
- Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Schweiz
- Schweizer Netzwerk für Pflegeforschung in der Psychiatrie, www.pflegeforschung-psy.ch
- Deutsches Netzwerk für wissenschaftliche Pflege in der Psychiatrie, www.nppw.de
- Sektion Psychiatrische Pflegewissenschaft des DV Pflegewissenschaft, Deutschland
- Institut für Pflegewissenschaft, Private Universität Witten-Herdecke, Witten, Deutschland
- Vereinigung PflegeexpertInnen Schweiz PES
- Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G, Aarau, Schweiz
- Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Fulda, Deutschland
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Bielefeld, Deutschland
- Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Deutschland
- Deutsches Zentrum für evidenzbasierte Pflege, Deutschland
- IBI Institut für Beziehungsmarketing und Individualökonomie, Unterostendorf, Deutschland
- Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, Basel, Schweiz
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland
- Berner Fachhochschule, Gesundheit, angewandte Forschung, Bern, Schweiz, www.gesundheit.bfh.ch
- CONNECTING, Gesellschaft für Consulting und Training, Niederlande
- Grazer Gesellschaft der Pflegewissenschaft, Österreich

Pflegestrukturerhebung auf der Station anhand der Patientendokumentation: Eine Möglichkeit der Qualitätssicherung

Uwe Braamt

Einleitung

Wir sind ein psychiatrisches Fachkrankenhaus mitten im Ruhrgebiet, welches sich mit den Gegebenheiten im Gesundheitswesen, insbesondere der Konkurrenzsituation, auseinandersetzen muss. Konkurrenzsituation heißt, wir sind mit unserem Behandlungsangebot nicht der Monopolist vor Ort, sondern es gibt Mitbewerber und jeder möchte attraktive und sinnvolle Leistungen erbringen. Diese Leistungen sollen dem Patienten¹ weiterhelfen, der Patient soll uns weiter empfehlen oder auch im Bedarfsfall wieder zu uns zurückkommen. Nun ist das Leistungsgeschehen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus so vielfältig wie es auch die unterschiedlichen Berufsgruppen sind. Dabei werden im Gesamtbehandlungsprozess auch Leistungen von den Mitarbeitern des Pflegedienstes erbracht. Bei unseren Vorüberlegungen für dieses Vorgehen mit der Fragestellung, wie können wir einen Teil des Leistungsbereiches Pflege erfassen und bewerten, spielte der Pflegeprozess eine besondere Rolle.

In den nachfolgenden Ausführungen soll deutlich gemacht werden, welche pflegerischen Leistungen wir wie bewerten. Anschließend wird ein Ausblick gegeben, bei dem die weiter zu entwickelnden Zielvorstellungen deutlich werden.

Beschreibung der Durchführung

Die Pflegestrukturerhebung (PSE) wird in unserem Hause durch die Pflegedirektion durchgeführt. Dies ist möglich, weil die Bettengröße (192 stationäre und 40 tagesklinische Behandlungsplätze) dies zulässt bzw. die Größe unseres Hauses keine andere Delegationsebene im Sinne eines dazwischen geschalteten Abteilungspflegesystems erlaubt. Konkret heißt das, dass die Stellvertretende Pflegedirektorin und der Pflegedirektor einmal im Monat die anvertrauten Stationen zur Pflegestrukturerhebung besuchen. Dazu vereinbart die Pflegedirektion mit der Stationsleitung einen Termin und

nimmt in einer einstündigen Besprechung, anhand bestimmter Kriterien, eine Sichtung der Pflegedokumentation vor.

Bei der PSE sollte immer die Stationsleitung bzw. die jeweilige Stellvertretung und so viele abkömmliche Mitarbeiter wie möglich anwesend sein. Die Anwesenheit der Stationsleitung ist notwendig, weil dieser Prozess eine wesentliche Leitungsaufgabe ist. Stationsleitungen sollen im Handlungsbereich der Pflege über den Pflegeprozess Ergebnisse beurteilen und an bestimmten Stellen Interventionen durchführen können. Mittel- bis langfristig sollen die Stationsleitungen eine steuernde und koordinierende Funktion bezüglich der Mitarbeiter übernehmen. Die Anwesenheit der abkömmlichen Mitarbeiter macht deswegen einen Sinn, weil diese dann schon früh in den Veränderungsprozess mit einbezogen werden.

Die Ergebnisse der PSE werden von der Pflegedirektion dokumentiert und in einem zusammengefassten Protokoll dargestellt. Dieses wird der Station mit der Bitte übersandt die Ergebnisse im Pflege team zu diskutieren und zu bearbeiten. Das Protokoll dient auch der Einstiegssituation für die nächste PSE. Mit dieser Systematik haben wir ein geschlossenes System, bei dem Ergebnisse gesichtet, bewertet, verändert und evaluiert werden.

Erfassungskriterien

In der PSE wird erfasst, wann diese auf welcher Station mit welcher Belegung stattgefunden hat. Vermerkt werden auch namentlich die Personen, die anwesend waren, falls Rückfragen notwendig sind. Darüber hinaus erfassen wir den Monat, damit einzelne oder mehrere Monate miteinander verglichen werden können.

Ein erstes Kriterium ist die Eingruppierung des Patienten nach der Personalverordnung für die Psychiatrie (Psych. PV). Damit wird deutlich, welche Patientenstruktur auf der Station am Besuchstag vorhanden war. Mit dieser Struktur aus der PsychPV wird die Art und Schwere der Erkrankung der Patienten deutlich, d.h. es ist ein Unterschied ob wir viele A2 Patienten, die den Charakter eines Intensivpatienten haben oder viele A6 Patienten, die dem Charakter eines tagesklinischen Patienten entsprechen. Für uns ist an dieser Stelle die Gesamtstruktur auf der Station nach der PsychPV bedeutsam.

Als weiteres Kriterium erfassen wir anhand der Patientendokumentation ob bei dem Patienten die Aufnahmesituation beschrieben wurde. Dieses

¹ Impliziert die männliche und weibliche Form.

Kriterium ist insofern bedeutsam, weil wir damit überprüfen ob in der Dokumentation eine schnelle Übersicht bezüglich der aktuellen Aufnahmesituation vorhanden ist.

Im nächsten Schritt erfassen wir ob der Patient eine NANDA-Pflegediagnose [1] (Doenges et al. 2002) erhalten hat und welche Pflegediagnose es genau ist. Damit haben wir uns für ein international bekanntes Klassifikationssystem entschieden. Dies gibt den Pflegenden bezüglich des einzelnen Patienten die Möglichkeit eine Planung mit entsprechenden Maßnahmen, die individuell angepasst werden können, zu entwickeln.

Die jeweilige NANDA-Pflegediagnose erfassen wir, um zu sehen welche Diagnosen kommen auf welchen Stationen gehäuft vor und lassen sich hier zur Vereinfachung bestimmte Standards ableiten oder entwickeln. Im weiteren Verlauf ist die Evaluation bedeutsam. Das heißt, wir überprüfen anhand der Dokumentation, ob eine Evaluation der Pflegeplanung vorgenommen wurde.

Erhoben wird auch ob der Patient eine zugeordnete Bezugspflegerperson hat und diese auch federführend im Pflegeprozess ist. Das heißt, die Bezugspflegerperson nimmt die Pflegeplanung vor, formuliert die NANDA-Pflegediagnose, die Ziele und die Maßnahmen. Ebenso evaluiert sie die Maßnahmen bezüglich ihres Erfolges, hinsichtlich der erreichten Pflegeziele und kommuniziert diesen Prozess mit dem Patienten und ins Team. Oftmals haben Pflegenden den Eindruck, sie müssten in erster Linie eine Pflegeplanung für die Pflegedirektion vorhalten und in zweiter Linie erst für den Patienten.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie erheben wir noch ob bei den Patienten ein Dekubitus- und Sturzassessment durchgeführt wurde. Falls es zum Sturz gekommen sein sollte, erfassen wir darüber hinaus die Anfertigung eines Sturzereignisprotokolls.

Bei allen aufgenommenen Patienten wird in der Aufnahmesituation ein NGASR Suizidassessment durchgeführt. In der PSE wird auch die Anwendung dieses Assessments erhoben.

Alle Daten werden auf einen vorgefertigten Bogen so dokumentiert, dass sie anschließend in dem Statistikprogramm SPSS weiter verarbeitet werden können.

Nach der Erhebung der strukturellen Daten wird im weiteren Verlauf der PSE eine Fallbesprechung durchgeführt. Die Auswahl des Falles wird mit den Mitarbeitern abgestimmt und anhand der vorhandenen Dokumentation vorgenommen.

Die Mitarbeiter, die an der PSE teilnehmen, erhalten am Ende eine zusammenfassende mündliche Rückmeldung. In den Tagen darauf erhalten die Stationsleitungen eine schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse, die als Grundlage für die weitere Diskussion mit den Mitarbeitern auf der Station dient.

Auswertung

Die erfassten Daten werden, wie bereits schon erwähnt, in dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet.

Nachdem wir nunmehr 14 Monate Ergebnisse gesammelt haben, lässt sich sagen, dass bei allen von uns gesehenen Dokumentationen eine Aufnahmesituation beschrieben wurde. Daraus ergibt sich für uns in der Pflegedirektion die Frage inwiefern es sinnvoll wäre, für bestimmte Stationen individuell entwickelte Aufnahmegespräche zu hinterlegen. Darüber hinaus wird die Erhebung hinsichtlich gehäuft vorkommender NANDA-Pflegediagnosen analysiert und der Station zurück gemeldet, ggf. lassen sich aus diesen Ergebnissen die Entwicklung von Standards ableiten. Eine Vielfältigkeit der unterschiedlichen Pflegediagnosen ist für uns ein Indikator, dass sich die Mitarbeiter mit der Thematik intensiv auseinandersetzen. Herausgestellt hat sich auch, dass die Assessments (Sturz, Dekubitus, etc.) regelhaft eingesetzt werden und eine Zuordnung der Bezugspflege kontinuierlich stattfindet.

Wir sind bemüht, den Mitarbeitern hierüber halbjährlich eine Gesamtauswertung zukommen zu lassen. Die Auswertung erscheint uns auch unter dem Aspekt der Sinnhaftigkeit von Datenerfassung für die Mitarbeiter dringend notwendig. Erfolgte über die erfassten Daten keine regelmäßige Rückmeldung an die Mitarbeiter, so ließ sich der gesamte Prozess als ausschließliche Kontrolle beschreiben, welche auf die Mitarbeiter nicht motivierend wirkte.

Ausblick

Wir waren zunächst sehr unsicher ob wir mit unserem Vorgehen den Weg in die richtige Richtung gehen, insbesondere unter dem Aspekt Kontrolle und ausschließliche Reduktion darauf. In der Praxis haben wir jedoch die Erfahrung gemacht, dass die Hinweise aus der PSE gerne aufgenommen werden und konkret zu Veränderungsprozessen führen, insbesondere unter dem Aspekt der Sinnhaftigkeit des Pflegeprozesses für den Patienten. Wesentlich

erscheint es uns, in diesem Prozess die Veränderungen in den Pflegeplänen festzustellen, wobei die grundsätzlich wohlwollende Grundhaltung der Leitung von besonderer Bedeutung für den Entwicklungsprozess ist. Diese Haltung impliziert bei den Pflegenden vor Ort, dass sie sich in einem lernenden Prozess trauen, die Elemente des Pflegeprozesses neu auszuprobieren. Dabei geht es nicht darum, ständig allen Patienten eine umfassende Pflegeplanung zukommen zu lassen, sondern die erstellten Pflegepläne müssen in erster Linie für den Patienten einen Sinn ergeben. Unser Eindruck ist, dass wir mit der Vorgehensweise der PSE einen Weg eingeschlagen haben, der pflegerisches Handeln ernst nimmt, Patienten- und Mitarbeiterorientiertheit berücksichtigt und einen Veränderungsprozess einleitet, der für alle beteiligten Akteure Gewinn bringend ist. Für uns ist die Struktur der PSE eine vorläufige, weil sie immer wieder auf Veränderungs- und Anpassungsnotwendigkeiten ausgerichtet sein muss.

Literatur

1. **Doenges M. E. , Moorhouse M.F., Geissler-Murr A.C.** (2002): *Pflegediagnosen und Massnahmen*. 3.; vollst. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Huber, Bern.

Die Suizidkonferenz Eine Methode zur Unterstützung betroffener Teams nach Patientensuiziden

Günter Fuchs, Jürgen Fröhlich

Suizidalität ist ein Symptom zahlreicher psychischer Störungen. Der professionelle Umgang damit ist ein zentraler Teil unserer beruflichen Aufgaben [6]. Erfolgte Suizide sind die Ausnahme. Wenn man jedoch im Laufe des Berufslebens eines Tages mit der Nachricht konfrontiert wird, dass ein Patient sich während der Behandlung suizidiert hat, ist oft eine tiefe Verunsicherung mit Fragen und Zweifeln die Folge, bis hin zu Ängsten vor Kritik, Schuldzuweisungen und Konsequenzen. Um diese Betroffenheit aufzugreifen und ihr mit der angemessenen Sorgfalt zu begegnen, wurde in der Evangelischen Stiftung Tannenhof die Suizidkonferenz [1] eingeführt.

Die Ev. Stiftung Tannenhof ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie mit ca. 650 Behandlungsplätzen und im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung für die Städte Wuppertal, Remscheid und Umgebung zuständig.

Gründung

Die Suizidkonferenz wurde mit dem Ziel gegründet, Patientensuizide mit den betroffenen Teams in hilfreicher und entlastender Weise nachzubesprechen. Eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe erarbeitete Rahmenbedingungen, Ziele, Haltung und Ablauf einer Suizidkonferenz.

Rahmenbedingungen

Die Arbeitsgruppe legte fest, dass jeder Suizid während der stationären Behandlung nachbesprochen werden muss, jeder schwere Suizidversuch und jeder Suizid nach Abschluss der Behandlung besprochen werden kann. Dieses Gespräch soll zu einer für das Team günstigen Zeit in ungestörter Atmosphäre stattfinden. Auch Vertreter anderer Berufsgruppen wie z.B. Sozialarbeiter und Ergotherapeuten können teilnehmen. Die Sitzung soll in Abwesenheit von Dienstvorgesetzten erfolgen, damit ein Gespräch ohne Furcht vor dienstrechtlichen Konsequenzen möglich ist, wobei auf ausdrücklichen Wunsch des Teams Vorgesetzte zur Suizidkonferenz eingeladen werden können. Es wer-

den keine Berichte oder Protokolle für Vorgesetzte erstellt. Das Besprochene wird vertraulich behandelt. Das Konzept der Suizidkonferenz liegt allen Abteilungen in Form eines klinikweit verbindlichen Standards vor. Die Beratergruppe besteht z.Z. aus acht Mitgliedern, wovon zwei dem ärztlichen Dienst, zwei dem psychologischen Dienst und vier dem Pflegedienst angehören.

Ziele

Das Ziel der Suizidkonferenz ist vorrangig die Unterstützung und Entlastung des betroffenen Teams. Sie soll dem Team außerhalb des Arbeitsbereichs Zeit und Raum geben, das Geschehene darzustellen, zu reflektieren, Betroffenheit und Trauer zu äußern. Die Suizidkonferenz schafft für die Mitarbeiter einen Rahmen, der es ermöglicht, eigene Sichtweisen zu formulieren und evtl. eine Klärung herbeizuführen. Sie trägt somit dazu bei, Teams bei der Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung ihrer Arbeitsfähigkeit zu unterstützen.

Haltung

Es erschien uns besonders wichtig, eine Atmosphäre zu schaffen, die Raum für Offenheit und Reflektion bietet, die Angst möglichst reduziert, die als emotional unterstützend erlebt wird und auch Abschiednehmen ermöglicht. Wir entschlossen uns, eine empathische, ressourcenorientierte, nicht bewertende Haltung einzunehmen, um Ängste vor Kritik, Kontrolle und Schuldzuweisung zu verringern.

Die Methode »Reflecting Team« (RT)

Als Vorgehensweise wählten wir die in den 80er Jahren von dem Sozialpsychiater Tom Andersen und seiner Arbeitsgruppe in Norwegen entwickelte Methode des Reflecting Team [2], die in der systemischen Therapie mit Familien ihren Ursprung hat. Systemtherapeutische Denkansätze gehen davon aus, dass Menschen im Therapieprozess in die Lage versetzt werden sollen, ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen. Die Arbeitsgruppe um T. Andersen war der Ansicht, dass die Struktur und die Inhalte therapeutischer Prozesse diesem emanzipatorischen Ansatz entsprechen müssen. Das von ihr entwickelte neue Vorgehen bestand darin, die bis dahin klassischen Settings (die Therapeuten beobachten durch einen Einwegspiegel und beraten sich im Nebenraum) zu verändern und die Überlegungen der Therapeuten sichtbarer zu machen. Der Austausch der Berater über verschiedene Lö-

sungswege sollte nicht mehr hinter der verschlossenen Tür, sondern vor der Familie durchgeführt werden. Damit wurde angestrebt, die Beziehungen zwischen Therapeuten und Hilfesuchenden symmetrischer zu gestalten, therapeutische Prozesse sollten auf Kooperation, nicht auf Macht beruhen. Dies setzt Veränderungen bei den Beratern voraus. Sie müssen eine Sprache finden, die achtsam und dem hilfesuchenden System angemessen ist. Fachbegriffe und -diskurse müssen vermieden werden, Schuldzuweisungen haben zu unterbleiben. Die Mitglieder des RT gestalten ihren Gedankenaustausch nach einigen Regeln:

Man bezieht sich nur auf das, was in der Sitzung wahrgenommen wurde und sollte zuerst den wichtigsten Gedanken oder Eindruck ansprechen. Jedes Mitglied des RT behält im Kopf, dass es viele Versionen der angesprochenen Aspekte gibt. Dies bedeutet, dass man in konjunktiver, tragender und ergänzender Form spricht und ausschließliche Statements vermeidet (nicht »entweder – oder«, sondern »sowohl als auch«). Direkte Ratschläge und negative Rückmeldungen werden unterlassen.

Das RT hat inzwischen Weiterentwicklungen erfahren und wird in unterschiedlichen Settings eingesetzt, beispielsweise in Therapie, Supervision, Organisationsentwicklung, Sozialarbeit, Schule, Ausbildung und Strafvollzug [5].

Zwei Mitglieder unserer Gruppe hatten das RT in Seminaren bei Tom Andersen kennen gelernt. Die gesamte Gruppe machte sich anschließend durch Rollenspiele mit der Methode vertraut. Nachdem das Konzept von der Klinikleitung genehmigt wurde, erfolgte die Vorstellung für alle relevanten Berufsgruppen in den klinikinternen Gremien. Im August 1994 fand die erste Sitzung mit einem Behandlungsteam statt. Im Folgenden war es für uns sehr wichtig, jede Sitzung der Suizidkonferenz sorgfältig nachzubesprechen, um unsere Kommentare und das methodische Vorgehen kritisch zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Ablauf

Nach einem erfolgten Suizid meldet sich ein Mitarbeiter des betroffenen Teams möglichst am gleichen Tag bei einem Mitglied der Beratergruppe. Mit der Stationsleitung wird dann ein zeitnaher Termin für die Suizidkonferenz, Teilnehmerkreis, Ort und Zeitpunkt abgestimmt.

Die Beratergruppe trifft sich kurz vor der Konferenz, um die Gesprächsleitung festzulegen und eventuelle Besonderheiten zu besprechen.

Die Gesprächsleitung eröffnet die Sitzung. Nach einer Vorstellungsrunde werden dem Team Haltung, Ziele und Ablauf des Gesprächs erläutert. Der behandelnde Therapeut und die pflegerische Bezugsperson stellen den Patienten im Sinne einer Fallbesprechung vor, mit genauer Beschreibung der Umstände des Suizids und der institutionellen Rahmenbedingungen (ca. 30 Min.). Danach haben alle anderen Teammitglieder die Möglichkeit, ihre Sichtweisen zu äußern, offene Fragen können angesprochen werden (ca. 30 Min.). Die Beratergruppe setzt sich nun im Innenkreis mit Blickkontakt zueinander zusammen und tauscht sich zum Gehörten aus. Das Stations-team hört dem Gedankenaustausch zu (ca. 20 Min.). Am Ende der Sitzung besteht für die Teammitglieder Gelegenheit, einen Abschlusskommentar abzugeben. Die Suizidkonferenz dauert ca. 1 ½ Stunden.

Bisherige Erfahrungen

Von August 1994 bis Juni 2006 ist die Suizidkonferenz 45-mal zusammengetreten. Darüber hinaus wurde die Konferenz fünfmal nach schweren Suizidversuchen einberufen. Die Zahl der Suizide, deren jahreszeitliche Verteilung, die Verteilung nach Geschlecht, Alter, Diagnosen, Suizidmethoden und vorausgegangenen Suizidversuchen entspricht dem bundesdeutschen Durchschnitt [3,6,7]. Ebenso verzeichnen wir den allgemein festgestellten Rückgang der Suizidraten. Die in der Literatur beschriebenen spezifischen und unspezifischen Risikofaktoren für Suizidalität in Bezug auf das professionelle Umfeld fanden sich auch an unserer Klinik [4,6,8].

Die Wirkung der durchgeführten Suizidkonferenzen hing von verschiedenen Aspekten ab, z.B. der Motivation und Haltung des betroffenen Teams, dem Geschick der Berater in der Gesprächsführung und in der Beherrschung der Methode des RT.

Nach unseren Erfahrungen trägt die Suizidkonferenz dazu bei

- die betroffenen Mitarbeiter zu entlasten und zu unterstützen,
- die Professionalisierung der Mitarbeiter durch Stärkung der Handlungskompetenz und der Entwicklung von Bewältigungsstrategien nach einem Patientensuizid zu fördern und
- strukturell bedingte Rahmenbedingungen im Kontext eines Patienten Suizides zu erkennen und zu reflektieren.

Die Arbeit der »Suizidkonferenz« hat in unserem Krankenhaus deutlich gemacht, wie notwendig die Auseinandersetzung mit Kliniksuizid und dessen

Folgen ist und wie bedeutsam die Suizidkonferenz für die »Arbeitskultur« eines psychiatrischen Großkrankenhauses werden kann. Das Thema Suizid und Suizidprophylaxe ist ein wichtiger Bestandteil der klinikeigenen Fortbildungen für alle Berufsgruppen. Die wesentliche Aufgabe der Suizidkonferenz wird es bleiben, den betroffenen Teams eine Möglichkeit zur Bewältigung dieses immer wieder traumatischen Geschehens zu geben und durch den Austausch über die eigene Betroffenheit dazu beizutragen, dieses einschneidende Ereignis gemeinsam zu tragen und verarbeiten zu können.

Literatur:

1. **Abeler, M.; Dia, M.-L.; Fröhlich, J.; Fuchs, G.; Mahnkopf, A.; Röhrig, A.:** Die Suizidkonferenz – ein Instrument zur Unterstützung betroffener Teams nach Suiziden im stationären Kontext. 1997, Psychiat. Prax. 24, 1–4
2. **Andersen, T. (Hrsg.):** Das Reflektierende Team. 1996, Verlag Modernes Lernen Dortmund
3. **Eink, M. und Haltenhof, H.:** Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 2006, Psychiatrie-Verlag Bonn
4. **Finzen, A.:** Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. 1997, Psychiatrie-Verlag Bonn
5. **Hargens, J. und von Schlippe, A. (Hrsg.):** Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis. 1998, Borgmann Dortmund
6. **Mahnkopf, A. und Rahn, E.:** Lehrbuch Psychiatrie. 2005, Psychiatrie-Verlag Bonn
7. **Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. (Hrsg.):** Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 2006, Huber Bern
8. **Wolfersdorf, M.:** Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. 2004, WVG Stuttgart

Analyse von Sturzereignissen und daraus resultierende Interventionsplanung in der Gerontopsychiatrie

Michael Löhr

In der Westfälischen Klinik Gütersloh gab es bis Oktober 2003 kein systematisches Vorgehen, was die Sturzrisikoeinschätzung und die damit verbundene individuelle Maßnahmenplanung anging. Es gab keine Erhebung der Sturzereignisse und damit nur ein Gefühl von Pflegekräften, die annahmen, dass die Sturzproblematik von Patientinnen und Patienten ein nicht zu unterschätzendes Problem darstelle. 2003 wurde ein Sturzpräventionsprogramm auf den gerontopsychiatrischen Stationen eingeführt. Parallel wurden durch einen standardisierten Sturzerfassungsbogen die Sturzereignisse dokumentiert und analysiert. Ziel der Erhebung ist, eine Sensibilisierung der Pflegenden sowie anderer Berufsgruppen für die Auswirkung von sturzfördernden Faktoren zu bekommen. Die Erhebung von Sturzereignissen läuft seit Oktober 2003 kontinuierlich. In der Westfälischen Klinik sind von Oktober 2003 – September 2005, 439 Sturzereignisse dokumentiert und analysiert worden. Davon stürzten 302 Patientinnen und Patienten innerhalb ihres stationären Aufenthalts in der Gerontopsychiatrie. Die drei Stationen innerhalb der Gerontopsychiatrie sind spezialisiert (Demenz, Psychosen, Sucht und Depression). Die Anzahl der Sturzereignisse zeigt die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit dem Problem Sturz in der Gerontopsychiatrie. Durch die Deutschland weite Einführung des nationalen Expertenstandards »Sturzprophylaxe in der Pflege«, ist es 2005 gelungen, einige evidenzbasierte Handlungskonzepte zu etablieren. Die Frage, ob diese Konzepte für Patientinnen und Patienten mit einer starken kognitiven Einschränkung anwendbar sind, bleibt zu diskutieren. Die Erhebung der Sturzereignisse werden im 12 Monatsrhythmus, immer vom 1. Oktober bis zum 30. September des folgenden Jahres, analysiert und ausgewertet. In der Auswertung 2004 – 2005 ergaben sich an einigen Punkten starke Veränderungen zum Vorjahr.

Diese Veränderungen zu bewerten und daraus passende Interventionen abzuleiten, ist jährliche Aufgabe des Chefarztes sowie der die Abteilung leitenden Pflegekraft in der Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen.

Da das Sturzpräventionsprogramm seit Oktober 2003 in der Westfälischen Klinik implementiert ist, war die Auswertung nach dem zweiten Jahr besonders spannend, um evtl. Veränderungen ablesen zu können.

Wenn Patientinnen oder Patienten stürzen, ist dies nicht immer ein einmaliges Ereignis. Patienten stürzen unter Umständen mehrmals während eines Aufenthaltes. Dieses Problem kann allerdings durch eine gute Anamnese und Beobachtung sowie geeigneter Maßnahmenplanung minimiert werden. In der Auswertung 2003 – 2004 hatten wir es noch mit 33% an Mehrfachstürzen in der Gerontopsychiatrie zu tun. Im Auswertungszeitraum 2004 – 2005 waren es nur noch 21% an Mehrfachstürzen. Diese Reduktion an Mehrfachstürzen konnte durch Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeiter erreicht werden. Des Weiteren wurde festgestellt, dass der Altersdurchschnitt der Patienten, die gestürzt sind, sich innerhalb eines Jahres im Durchschnitt nicht verändert hat. Der Altersdurchschnitt der gestürzten Patienten lag im Zeitraum 2003 – 2004 und 2004 – 2005 bei 78 Jahren. Es gab allerdings Schwankungen innerhalb der Stationen. Die drei häufigsten Sturzumstände waren im Erhebungszeitraum 2003 – 2004 und 2004 – 2005 gleich. Beim Gehen, aus dem Bett, von einem Stuhl. 2004 – 2005 stürzten allerdings weniger Patienten aus dem Bett und vom Stuhl als 2003 – 2004. Um Stürze zu vermeiden, beschrieb Gaebeler, wie wichtig es ist, Menschen so mobil wie möglich zu erhalten. Die Vermeidung von Stürzen wird nicht durch Inmobilität erreicht, sondern durch den Aufbau von Muskulatur sowie wie das Training des Gleichgewichtorgans [1]. Auffallend ist ein Anstieg der Menge bei der Einnahme von unterschiedlichen Medikamenten. Lag die durchschnittliche Anzahl an unterschiedlichen Medikamenten im Zeitraum 2003 – 2004 bei 6,62 Medikamenten pro Patient, hat sich die Anzahl auf 7,58 Medikamenten pro Patient erhöht. Dies ist eine Mengensteigerung um 14,5% der eingenommenen Medikamente innerhalb eines Jahres. An dieser Stelle wird spätestens deutlich, dass Sturzprophylaxe ein multiprofessionelles Handeln erfordert. Bei einer solch hohen Anzahl an Medikamenten sind die Wechselwirkungen für den Arzt kaum noch auszumachen. Cardieux konnte nachweisen, dass bei der Einnahme von fünf unterschiedlichen, vom Arzt verschriebenen Medikamenten, in fast 50% der Fälle unerwünschte Nebenwirkungen auftreten [2]. Solan untermauert, dass die Möglichkeit von unerwünschten Nebenwirkungen bei fast 100% liegt, wenn 8 verschiedene, vom Arzt verschriebene Medikamente eingenommen werden [3].

Walker und Foreman beschreiben die Dosierung von psychoaktiven Medikamenten bei älteren Menschen als schwierig, da die Halbwertszeit deutlich erhöht ist [4]. Die Anzahl der eingenommenen Medikamente wirft ein großes Problem auf. Wenn man sich jetzt noch deutlich macht, dass in der Gerontopsychiatrie von den gestürzten Patienten, 2003 - 2004 86% und 2004 - 2005 87% Psychopharmaka sowie 2003 - 2004 37% und 2004 - 2005 66% Benzodiazepine / Schlafmittel eingenommen haben, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern unumgänglich. Aufgrund der Erhebung wurde für die Ärzte ein Fortbildungsangebot zu Wechselwirkungen von Medikamenten angeboten. Da Medikamente innerhalb des gerontopsychiatrischen Arbeitsfeldes immer eine Rolle spielen und auch nicht wegzudenken sind, wird zurzeit an einem Fortbildungsangebot für Pflegende gearbeitet. In diesem Fortbildungsangebot soll es um Beobachtung, Beratung und Betreuung von Patienten nach Medikamenteneinnahme gehen. Patienten, die Medikamente nehmen, müssen informiert sein über das, was an Wirkungen auf sie zukommt. Auch Pflegende müssen an dieser Stelle beraten und betreuen. Gerade bei kognitiv eingeschränkten Menschen hat die Krankenpflege bei der Betreuung der Medikamenteneinnahme einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert. Bei der Analyse der Sturzurzeit kann man in beiden Erhebungszeiträumen Spikes bei den Zeitfenstern der Medikamenteneinnahme beobachten.

Ein Qualitätsmerkmal scheint die geringe Anzahl an gerichtlich angeordneten, kurzfristigen Fixierungen zum Selbstschutz des Patienten zu sein. Im Zeitraum 2003 - 2004 betrug die relative Anzahl 3%, im Erhebungszeitraum 2004 - 2005 7%. Die gerichtlich angeordnete Fixierung zur Sturzprävention ist in der Westfälischen Klinik Gütersloh die letzte ultima ratio. Ein weiteres Ziel mit der Einführung des Sturzpräventionsprogramms war die Vermeidung von sturzbedingten Folgeerkrankungen sowie sozialer Isolation. Im ersten Erhebungszeitraum 2003 - 2004 haben sich 27% der gestürzten Patienten verletzt, davon leicht 15%, mittel 9 %, schwer 3%. Im Erhebungszeitraum 2004 - 2005 haben sich 46% der gestürzten Patienten verletzt, davon leicht 20%, mittel 23%, schwer 3%.

Definiert wurden unter dem Punkt leichte Verletzungen z.B. kleinere Hämatome, Schürfwunden. Zu den mittelschweren Verletzungen gehörten z.B. folgende: größere Verletzungen oder Prellungen, die medizinisch und, oder pflegerisch versorgt werden mussten. Band- oder Gelenkverletzungen, sowie Frakturen, gehörten beispielsweise zu den schweren Verletzungen. Es

gab einen Anstieg der Verletzungsrate um 19%, wobei es keine Zunahme bei den schweren Verletzungen gegeben hat. Die mittleren Verletzungen haben stark zugenommen. Es wird noch zu diskutieren sein aus welchen Gründen es einen Anstieg der mittleren Verletzungen gegeben hat. In der Analyse wird deutlich, dass innerhalb der Gerontopsychiatrie unterschiedlich Konzepte zur Sturzvermeidung oder zur Vermeidung von sturzbedingten Folgeerkrankungen zu diskutieren sind. Die Analyse zeigt keine signifikante Verminderung der Sturzrate in der Abteilung Gerontopsychiatrie. Es stellt sich die Frage, ob Stürze in Einrichtungen der Gerontopsychiatrie in einem Maße zu verhindern sind, wie es erstrebenswert wäre? Ein positives Ergebnis ist die geringe Anzahl von schweren Verletzungen (im Jahr 2003 - 2004 2,72%; Im Jahr 2004 - 2005, 3,04%).

Da es Deutschland weit zurzeit kein einheitliches Messinstrument zur Ergebnisqualität von Sturzpräventionskonzepten gibt, ist ein Benchmarking mit Best-Practice Beispielen nicht möglich. Hier ist nur einen Teil der Ergebnisse aufgeführt. Die Gesamtanalyse hat einen Umfang von 80 Seiten (davon 24 Gerontopsychiatrie), wie z.B. Sturzumstände, Uhrzeit, Medikamente, Sturzort und weitere. Ergebnis unserer Arbeit ist die individuelle Auseinandersetzung mit einzelnen Patientengruppen; Menschen mit einer Demenz benötigen andere Handlungskonzepte als kognitiv uneingeschränkte Menschen. Eine Fixierung zur Sturzprophylaxe ist nur in Ausnahmesituationen gerechtfertigt. Vielmehr steht die Beratung von Patienten, Angehörigen und Betreuern im Mittelpunkt. Wir müssen uns bewusst machen, dass nicht jeder Sturz vermeidbar ist. Ein Sturzereignis ist der Preis der Freiheit und dem entsprechend ein Lebensrisiko. Die Krankenpflege hat eine wichtige Aufgabe in der Informationsweitergabe und Aufklärung von Angehörigen und weiter betreuenden Institutionen. Eine tragfähige Sturzprophylaxe kann nur durch ein sehr gut informiertes Umfeld, für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im hohen Lebensalter, geleistet werden.

Literatur

1. **Gabeler S.**, Predicting which patient will fall again ... and again, J Adv Nurse, Dec 1993, 18 (12): 1895-902
2. **Cadieux R.**, Geriatric psychopharmacology: A primary care challenge. Postgrad Med, 1993, 4 (93): 281 - 301
3. **Solan RW.**, Drug interactions, Am Fam Physic, 1985: 27 (2): 229 - 238
4. **Abraham I., Bottrell M., Fulmer T., Mezey M.**, Hrsg. Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen, 2001, Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Auswirkungen der Bielefelder Behandlungsvereinbarung auf die Behandlungsqualität aus der Sicht der Betroffenen und der Psychiatrischen Pflege

Ulrich Mönkediek, Michael Schulz

Was ist eine Behandlungsvereinbarung?

Im Jahre 1995 wurden nach dialogischen Diskussionen und in Zusammenarbeit mit den Psychiatrie Erfahrenen und professionellen Mitarbeitern einer psychiatrischen Klinik die »Bielefelder Behandlungsvereinbarung« entwickelt und seitdem in der Behandlung eingesetzt (1, 2, 3). Eine wichtige Triebfeder für die Entwicklung der Behandlungsvereinbarung waren die Emanzipationsbewegungen der Psychiatrieerfahrenen Anfang der 90er Jahre sowie die daraus resultierende Suche nach humaneren und partizipativeren Behandlungsmöglichkeiten.

Im Rahmen der Vereinbarung wird in stabilen Phasen zwischen Klinik und Betroffenen festgelegt, wie die Behandlung in der Akutsituation verlaufen soll. Falls notwendig wird darüber hinaus noch festgehalten, was im Falle einer stationären Aufnahme in einer akuten Krankheitssituation im häuslichen Lebensumfeld zu regeln ist bzw. wer über die Aufnahme informiert werden sollte. Behandlungsvereinbarungen stellen Absprachen dar, die in Aufnahmesituationen aufgrund einer akuten Zustandsverschlechterung und damit eingeschränkten Möglichkeiten der Kommunikation oft nicht mehr möglich sind. Gleichzeitig kommt es in der täglichen Praxis immer wieder vor, dass Ressourcen des Patienten in schwierigen Situationen nicht berücksichtigt werden können, weil sie dem behandelnden Team nicht bekannt sind. Angestrebt wird durch dieses Instrument also, in stabilen Phasen für akute Krisensituationen vorzusorgen oder wie Thomas Bock es beschreibt: »Ziel der Behandlungsvereinbarung ist, Patienten in stabilen Zeiten mehr Selbstbestimmung in kritischen Zeiten einzuräumen und sich gegenseitig auf entsprechende Modalitäten zu verpflichten« (4). Wenngleich die in der Behandlungsvereinbarung verabredeten Behandlungsabsprachen der »gegenseitigen Vertrauensbildung« zwischen Patient und Krankenhaus bzw. dem interdisziplinärem Team getroffen werden, wirken sich viele Maßnahmen vor allem auf das Arbeitsfeld der psychiatrischen Pflege aus. Im

Folgenden sollen von daher Auswirkungen dieser Intervention auf die Behandlung psychisch kranker Menschen unter besonderer Berücksichtigung des pflegerischen Arbeitsfeldes dargestellt werden.

Auswirkungen der Behandlungsvereinbarung auf stationäre Aufenthalte

Der Einsatz von Behandlungsvereinbarungen erfordert von der Pflege eine konzeptionelle Herangehensweise, welche der individuellen Gestaltung von Behandlungsverläufen eine große Bedeutung zuschreibt. Dem Ziel der Intervention einer besseren Dialogfähigkeit zwischen Behandlern und Patienten kann man nicht näher kommen, wenn allzu starre Stationsregeln individuelle Lösungen zunichte machen. Beispielhaft sei hier auf einen Patienten verwiesen, der auch in gesundheitlich stabilen Situationen nachts immer wieder Wachphasen von ca. einer Stunde hat und es gewöhnt ist, in dieser Zeit fernzusehen. Zu starre Stationsregeln würden es hier verhindern, dass der Patient eigene Lösungsstrategien zur Anwendung bringen kann, wohingegen eine individuelle Regelung einen potentiellen Konfliktbereich gar nicht erst entstehen lässt. Diese individuelle Herangehensweise ist auch für die jeweilige Indikation einer Behandlungsvereinbarung erforderlich. Nicht jeder Patient ist bereit oder in der Lage, eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen und nicht in jedem Fall würden Team und Patient von einer solchen Absprache profitieren. Grundsätzliche Voraussetzung ist zunächst, dass der Betroffene nach einer durchlaufenen instabilen Phase weitere instabile krisenhafte Entwicklungen als reale Möglichkeit anerkennt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Menschen nach einem ersten Klinikaufenthalt häufig nicht davon ausgehen, dass sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme in Zukunft nochmal stellen würde. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist also nicht regelhaft bei allen Patienten angezeigt. Dabei spielt die Einschätzung des Patienten über Schwere und Dauer der Erkrankung im Hinblick auf die Arbeit mit Behandlungsvereinbarungen eine entscheidende Rolle. Schizophrene Erkrankungen als Beispiel einer psychischen Erkrankung weisen häufig chronische Verläufe mit einem Wechsel von stabilen und instabilen Phasen auf. Im Rahmen einer solchen Krankheitsverlaufskurve gilt es seitens des Betroffenen, Arbeit im Hinblick auf die Integration der Erkrankung in die eigene Biographie zu leisten. Der Mensch muss lernen, mit der Erkrankung zurechtzukommen. Diese Anpassung wird als Prozess und nicht als endgültiger Zustand angesehen, da sie

in Übereinstimmung mit den Veränderungen, die im Verlauf der Krankheit eintreten, immer wieder aufs Neue vorgenommen werden muss (5). Eine mögliche Voraussetzung für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist also eine Akzeptanz des chronischen Verlaufes als Folge geleisteter Biographiearbeit im Hinblick auf die Integration der chronischen Erkrankung. Die Praxis hat aber auch gezeigt, dass auch Menschen eine Behandlungsvereinbarung abschließen, die einen chronischen Krankheitsverlauf nicht erwarten, eine wiederholte Aufnahme aber nicht ausschließen. Während andere Patienten fest von einer erneuten Aufnahme ausgehen, betrachtet diese Patientengruppe eine erneute Aufnahme nicht für unmöglich aber doch eher für unwahrscheinlich.

Ringens um Kooperation und die Rolle der Pflege

Bis zu dem Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist es oft für alle Beteiligten ein langer Weg. Bevor gemeinsame Strategien erarbeitet werden können, ist ein gegenseitiges Verständnis zu entwickeln. Nach Bock (4) ist Kooperation hier ein beiderseitiger Prozess, für dessen Zustandekommen Therapeuten (bzw. das Team) in hohem Maße mitverantwortlich sind. Kooperation bedingt darüber hinaus Vertrauen und Kontinuität. Erst durch dieses gemeinsame Ringens um Lösungen fängt eine solche Absprache an, Wirkung zu entfalten. So wurde in einem Fall z.B. verabredet, dass eine Patientin im Falle der Verwüstung des Tagesraumes, wie in vergangenen Aufenthalten vorgekommen, entlassen würde. Die betroffene Person hat zwar nur sehr zögernd diesem Teil der Abmachung zugestimmt, dann aber doch bei weiteren Aufenthalten und instabilen Phasen nie mehr den Aufenthaltsraum zerstört und somit ihren Teil zur Verbindlichkeit der Absprache eingebracht. An diesem Beispiel wird aber auch deutlich, dass auch seitens des Behandlungsteams Anforderungen an eine Kooperation im Falle eines Behandlungsaufenthaltes formuliert und eingefordert werden können.

Im Falle einer Behandlungsvereinbarung und anschließenden Behandlungsepisoden nehmen Pflegenden auf den Stationen als bekannte und kontinuierlich anwesende Mitglieder des Teams häufig eine wichtige Vermittlerposition zwischen den am Prozess beteiligten ein und sorgen dafür, dass eine Behandlungsvereinbarung greifen kann. So gilt es z.B. neben der notwendigen klinikübergreifenden Koordination der Behandlungsvereinbarungen auf den Stationen Strategien zu entwickeln sowie Verantwortlichkeiten zu benennen, damit die Verabredungen im Falle einer krisenhaften

Aufnahmesituation im Team bekannt sind und so auch greifen können. Denn häufig werden ja genau für die Phase der akuten Krise zu Beginn der Behandlung gegenseitige Absprachen getroffen. Damit die Inhalte der Vereinbarung im Team bekannt sind, ist es sinnvoll, dass Mitarbeiter, welche an der Erarbeitung neuer Vereinbarungen beteiligt waren, die Inhalte in interdisziplinären Runden vorstellen. Pflege kann auch gefordert sein, wenn im Rahmen einer Vereinbarung zwischen Patienten und Angehörigen zu vermitteln ist. Es kommt vor, dass Betroffene im Rahmen der Vereinbarung festlegen, dass sie mit bestimmten Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes keinen Kontakt wünschen. Für Pflege bedeutet dies häufig, dass sie diesen Wunsch der Patienten gegenüber den häufig sich sorgenden Angehörigen durchsetzen müssen und somit dem Angehörigen in dieser schwierigen Situation nicht helfen können. So wurde in einem Fall seitens der Pflege natürlich akzeptiert, dass man keine Informationen weitergibt, gleichzeitig aber festgelegt, dass man die Angehörigen über alle sonstigen unterstützenden Angebote, wie z.B. Angehörigensprechstunde oder Selbsthilfegruppen informieren würde.

Die Behandlungsvereinbarung, so unsere Erfahrung, verändert die inhaltliche Herangehensweise an die Beziehungsgestaltung zu Betroffenen. Die gemeinsame Arbeit an einer Behandlungsvereinbarung stellt für Pflege häufig die Möglichkeit der Reflexion über gemeinsam durchlebte Situationen in der Krankheitsphase dar. So wurde z.B. im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung darüber gesprochen, dass die betroffene Person in der akuten Krankheitsphase lange Zeit nicht in der Lage war, die angesetzte Medikation einzunehmen, weil sie fest daran dachte, dass es doch alternative Möglichkeiten geben müsse, aus ihrer Not herauszukommen. Dieses Ringens der Patientin um alternative Möglichkeiten war für das Team im Behandlungsprozess nicht erkennbar. Vielmehr stand ihre Unruhe bzw. ihre geringe Kooperationsbemühung im Vordergrund, was eine schwierige Behandlungsphase zur Folge hatte. Im Rahmen der Gespräche zur Behandlungsvereinbarung äußerte die Person, dass sie die Medikamente erst hatte einnehmen können, als die Bezugspflegerin zu ihr gesagt habe: »Es gibt jetzt keine andere Möglichkeit mehr als die Medikamente einzunehmen«. In der Folge dieses Satzes fühlte die Patientin sich sehr erleichtert, was aber erst in der Reflexion im Rahmen der Behandlungsvereinbarung deutlich wurde. Die gemeinsame Reflexion ist für die berufliche Entwicklung der

Mitarbeiter von unschätzbarem Wert und hat häufig eine größere Sicherheit im Umgang bei allen Beteiligten zur Folge.

Was ist bei der Implementierung zu beachten?

Die Einführung der Behandlungsvereinbarung in einer Klinik ist ein wichtiger Schritt, um die Mitsprache der Betroffenen am Behandlungsprozess zu stärken. Allerdings sollte sie in ein Gesamtkonzept eingefügt sein, in dem die Partizipation der Betroffenen an diesem Prozess auch durch andere Elemente unterstützt wird und eine möglichst individuelle Herangehensweise konzeptionell verankert ist. Dann gelingt es auch, dass nicht nur im Falle einer Vereinbarung diese Partizipation erreicht wird, sondern das Team grundsätzlich eine partnerschaftliche Haltung im Behandlungsprozess entwickelt. Förderlich wirkt außerdem ein Aggression hemmendes Milieu, z.B. durch die weitest gehende Öffnung fakultativ geschlossener Stationen. Der Berufsgruppe der Pflegenden kommt bei der Arbeit mit Behandlungsvereinbarung eine nicht zu unterschätzende Funktion zu. Denn sowohl beim Abschluss einer Vereinbarung stehen häufig pflegerrelevante Bereiche, wie z.B. die Aufnahmesituation, die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, die Betreuungsintensität oder die Frage nach Rückzugsmöglichkeiten im Vordergrund. Im Falle einer Aufnahme liegt es häufig in Händen der Pflege, zwischen aufnehmendem Arzt, Patient und evtl. Angehörigen im Sinne der Behandlungsvereinbarung zu vermitteln. Gleichzeitig haben Pflegenden durch ihre Nähe zum Patienten häufig einen guten Blick dafür, bei welchen Patienten eine Behandlungsvereinbarung sinnvoll wäre und können dann einen entsprechenden Prozess initiieren. Die Arbeit mit einem Bezugspersonensystem, z.B. mit Primary Nursing, unterstützt den Prozess der Verantwortungsübernahme von Pflegenden im Hinblick auf die Arbeit mit Behandlungsvereinbarungen. Bei der Entscheidung für die Arbeit mit Behandlungsvereinbarungen ist außerdem zu berücksichtigen, dass seitens der Klinik entsprechende Ressourcen, z.B. für Termine mit mehreren beteiligten Mitarbeitern zum Abschluss einer solchen Vereinbarung, vorgehalten werden müssen.

Anmerkung:

Das Formular der »Bielefelder Behandlungsvereinbarung« steht im Internet als Download zur Verfügung: <http://www.psychiatrie-forschung-bethel.de/projekte.html> ► Der Patient als Partner im Behandlungsprozess ► Projekt: »Behandlungsvereinbarung«.

Literatur:

1. **Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.);** Behandlungsvereinbarungen – Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn: 1998
2. **Dietz A, Hildebrandt M, Pleininger-Hoffman M, Pörksen N, Völzke W.;** Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie. Recht und Psychiatrie, 20, 2002: 27-32
3. **Schulz M., Pleininger-Hoffmann M., Zechert, C.;**Die Behandlungsvereinbarung – was wünschen sich Patienten im Falle einer Wiederaufnahme? In: Abderhalden, C., Needham, I. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege – verschiedene Settings, Partner, Populationen, Ibicura Verlag, Unterostendorf; 2005: 168-183
4. **Bock, T.;** Aus dem Trialog lernen – Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag. In: Abderhalden, C., Needham, I. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege – verschiedene Settings, Partner, Populationen, Ibicura Verlag, Unterostendorf; 2005: 154-167
5. **Corbin, J., Strauss, A.;** Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P. (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Ullstein-medical, Wiesbaden, 1998, S. 1-30

Psychiatrische Pflege aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen

Sibylle Prins

Pflegemitarbeiter/innen sind in der psychiatrischen Behandlung und Versorgung deshalb eine zentrale und eigentlich nicht wichtig genug zu nehmende Berufsgruppe, weil sie es sind, die den Alltag mit den Patient/innen bzw. Klient/innen teilen. Die Kontakte der Patient/innen /Klient/innen mit den anderen Berufsgruppen haben oft punktuellen Charakter, sind nicht selten – wie z.B. die Arztvisite- in ihrer Bedeutung hervorgehoben oder es kommen, wie z.B. bei Ergo- oder Physiotherapeuten, nur ganz bestimmte, abgegrenzte Lebensbereiche in der Begegnung zum Tragen. Pflegemitarbeiter/innen erleben jedoch die psychisch erkrankten Menschen von der Dauer her sehr viel länger und in so genannten »Echtsituationen«, auch wenn der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik grundsätzlich immer eine Art Sondersituation ist. Sie erleben sie in ihrem Schlaf-Wachrhythmus, beim Essen, bei der Körperpflege, bei der Aufrechterhaltung oder dem Bemühen um soziale Kontakte, bei der Freizeitgestaltung und Tagesstrukturierung, in dem Bemühen, behördliche oder finanzielle Angelegenheiten zu regeln, bei der Medikamenteneinnahme – kurz – bei allen alltäglichen Bedürfnissen und Bedürftigkeiten. Gerade diese oft unterbewerteten Alltagsstrukturen und -tätigkeiten sind es aber, in denen psychische Erkrankung oder Gesundung sich am deutlichsten und nachhaltigsten manifestieren – Ausnahmen gibt es natürlich auch von dieser Regel, z.B. bei Psychiatrie-Erfahrenen mit allgemein gesehen eher geringen Alltagskompetenzen, aber mit besonderen, herausragenden Spezialbegabungen.

Insbesondere bei Erstkontakten und Erstaufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern sind es die Pflegemitarbeiter/innen, die in hohem Maße dafür verantwortlich sind, mit welchen Eindrücken von der Behandlung und welchem Gesamteindruck von Psychiatrie ein/e Patient/in die Klinik wieder verlässt. Diese Ersterfahrung ist oft von entscheidender Bedeutung für den weiteren Behandlungs-, Krankheits- und damit auch Lebensverlauf. Im Folgenden möchte ich auf einige Punkte eingehen, die meines Erachtens bei einem Erstaufenthalt von besonderer Wichtigkeit sind:

Psychiatrische Klinik als öffentlicher Raum und unbekanntes Terrain

Eine psychische Erkrankung oder Krise ist für den Betroffenen eine sehr persönliche und höchst intime Angelegenheit, die oft alle Lebens- und Persönlichkeitsbereiche betrifft. Gerade in solch einer Situation wird der erkrankte Mensch dann in ein Krankenhaus, also einen öffentlichen Raum gebracht. Öffentlich, weil die Kliniken gesetzlicher Aufsicht unterliegen, die Kosten des Aufenthalts von der Solidargemeinschaft getragen und kontrolliert werden, bestimmte, vom Krankenhausträger Klinik- oder Stationsleitung aufgestellte Regeln und Strukturen gelten, wobei der/die Betroffene sich gerade in einer sehr tief greifenden psychischen Sondersituation mit wildfremden Menschen (Mitpatienten, Mitarbeiter) auf engstem Raum zusammengebracht vorfindet. Selbst in jenen Modellen, wo nur eine teilstationäre oder aber eine Behandlung zu Hause stattfindet, wird eine Öffentlichkeit hergestellt, die vom Patienten oft weder so gewollt noch für ihn auf Anhieb durchschaubar ist. Dies ist für viele Patient/innen kein einfacher, mitunter sogar sehr schwieriger Schritt. Gerade deshalb ist es von nicht zu unterschätzender Bedeutung, wenn der Pflegebereich bei wiederholten Aufnahmen die (personelle) Kontinuität gewährleisten kann. Ferner bringt jeder »Neuling« in der Psychiatrie Vorstellungen über eben diese Institution mit. In Oberstufenklassen, vor denen wir als Betroffene und »Experten aus Erfahrung« manchmal referieren, fragen wir regelmäßig die vorhandenen Vorstellungen – sowohl Wissen als auch Vermutungen – über Psychiatrie ab. Mit Ausnahme derjenigen Schüler/innen, die z.B. über Eltern, die im psychiatrischen Bereich arbeiten oder über erkrankte Verwandte, schon Kontakte mit psychiatrischen Kliniken hatten, erleben wir, dass die Vorstellungen sehr divergieren: einerseits werden Vorstellungen geäußert, die eher an die Anstaltspsychiatrie des 19. Jahrhunderts erinnern, andererseits gibt es dann wieder Phantasien, die eher der Praxis in psychosomatischen Kliniken nahe kommen könnten, etwa tägliche, lange psychotherapeutische Einzelgespräche, möglichst auf psychoanalytischer Grundlage. Mit der Realität der Abläufe und Behandlung in psychiatrischen Kliniken hat dies oft nur am Rande zu tun. Und eben solche, nicht immer realitätsgerechte Vorstellungen bringen natürlich auch »neue« Patient/innen mit in den Aufenthalt- von evtl. erkrankungsbedingt veränderter Wahrnehmung und Interpretation der Umgebung ganz zu schweigen.

Selbst wenn man als Patient/in dann realisiert hat, man sei jetzt in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus, muss man sich auf dieses erst einstellen. Denn in der Psychiatrie ist, zumindest aus Sicht der Patienten, vieles anders als in somatischen Krankenhäusern: die Patient/innen sind in der Regel nicht bettlägerig, sie laufen nicht tagsüber in Bademänteln herum, das Essen wird nicht aufs Zimmer gebracht, sondern man isst gemeinsam in einem Speiseraum, es gibt nicht in jedem Zimmer Telefon und Fernseher, die Stationsregeln sind einem zunächst einmal fremd- und auch die therapeutischen Angebote: Morgenrunden und Gruppengespräche sind für manche Patient/innen eine ganz neue Erfahrung, auch bei therapeutischen Einzelgesprächen weiß nicht jeder sofort, wie er mit dieser besonderen Gesprächssituation umgehen soll. Und wenn Patienten fragen: wieso muss ich in einem Krankenhaus Küchendienst machen? Oder: wieso muss ich zur Arbeitstherapie, also arbeiten gehen, während man mich hier- vielleicht gegen meinen Willen für krank erklärt, seit wann müssen Kranke arbeiten? Solche Fragen mögen sich für das Fachpersonal abstrus, naiv oder wie ein Krankheitszeichen oder gar Renitenz anhören- aus Sicht eines »unbeleckten Normalbürgers« sind sie erst mal berechtigt. Auch alle möglichen anderen Abläufe in einer psychiatrischen Klinik erscheinen dem neu Aufgenommenen zunächst unbekannt und unverständlich. Dies bedeutet, dass es einen sehr hohen Erklärungsbedarf gibt, insbesondere Erklärungsbedarf auch für Dinge, die den Mitarbeiter/innen selbst sehr vertraut und geläufig sind. Es muss sozusagen »das Selbstverständlichste« an der Psychiatrie erklärt werden. Die Psychiatrische Klinik, die Station, den Ablauf der Behandlung dem Patienten zu erklären, und auch Zugangsweisen zur Erkrankung zu finden, ehrliche, weiterführende aber auch akzeptable Rückmeldungen zu geben, diese Aufgabe kommt in ganz besonderem Maße auf die Mitarbeiter/innen der Pflege zu. Meist ist es sogar notwendig, diese Erklärungen häufiger zu wiederholen, weil evtl. durch die vielen neuen Informationen, die bei einem solchen Aufenthalt auf einen einströmen oder durch erkrankungsbedingte Einschränkungen - besonders auch Angst - gegebene Erklärungen mitunter auch schnell wieder vergessen oder gar nicht erst aufgenommen werden.

Medikamente

Für viele Psychiatrie-Erfahrene bedeutet der erste Aufenthalt in einer Klinik auch den ersten Kontakt mit Psychopharmaka. Auch über diese Medikamente bringen Patient/innen natürlich Vorstellungen mit, die oft ganz

anders sind als die der medizinisch geschulten Krankenhausmitarbeiter. Zu nennen sind im Übrigen auch jene Psychiatrie-Erfahrenen, die naturheilkundlich orientiert sind, also auch andere schulmedizinische Medikamente wie Aspirin oder Antibiotika ablehnen. Für diese ist der Rat oder das Drängen, Psychopharmaka einnehmen zu sollen, oft eine ganz große Katastrophe. Ferner berichten auch aus neuerer Zeit immer wieder Patient/innen, sie hätten das Gefühl, das Problem, dessentwegen es aus ihrer Sicht überhaupt zu dem Klinikaufenthalt gekommen sei, z.B. eine Partnerschaftskrise oder massive Probleme am Arbeitsplatz, fände überhaupt keine Beachtung, ihnen würden nur die Medikamente aufgedrängt - aber was können Tabletten bei einer Ehekrise helfen?

Auch in diesem Bereich, wie schon oben erwähnt, besteht hoher Erläuterungs- und Gesprächsbedarf. Nicht vergessen sollte man, jenen Patient/innen eine Chance zu geben, die versuchen wollen, ihre Erkrankung ohne Medikation zu überwinden. Schließlich gibt es Beispiele, wo auch das gelingt.

Unterschiedliche Perspektiven bei Zwangsmaßnahmen

Insbesondere beim Durchführen bzw. Erleben von Zwangsmaßnahmen ist die Unterschiedlichkeit Wahrnehmung von Patient bzw. Mitarbeiter so auffällig wie nur möglich. Da für eine ausführliche Erörterung dieses Problems an dieser Stelle kein Raum ist, verweise ich auf eine frühere Publikation (1).

Beziehungsarbeit

Von Pflegemitarbeitern wird mir häufig gesagt, dass die Beziehung zum Patienten, das Ringen um eine tragfähige Beziehung, den wesentlichsten Teil der Arbeit ausmacht. Ich höre Schlagworte wie »Arbeitsbündnis mit dem Patienten«, stolz wird auf die Bezugspflege verwiesen etc. Bei den Patient/innen hingegen scheint dieser Aspekt oft nicht oder ganz anders anzukommen. Ich habe nur einen einzigen Psychiatrie-Erfahrenen kennen gelernt, der ohne Umschweife von sich sagen würde: »Wenn ich in die Klinik gehe, gehe ich da ein Arbeitsbündnis mit den Mitarbeitern ein«. Viele Psychiatrie-Erfahrenen nehmen die Pflegemitarbeiter anders wahr, im Vordergrund stehen eher ihre ordnenden und kontrollierenden, weniger ihre Verhandlungs- und Unterstützungsfunktionen. Es wird viel davon gesprochen, dass Bezugspflege implementiert und organisiert werde. Aus welchen undefinierbaren Gründen kommt es vor, dass dem Patienten trotzdem keine Bezugspflegekraft zugewiesen wird, er/sie überhaupt nicht erfährt, wer der

Ansprechpartner ist oder man als Patient das Gefühl hat, die Bezugspflegerkraft sei zwar zugewiesen, trete jedoch gar nicht in erwarteter Weise in Erscheinung bzw. in Aktion? Ich erlebe auch, dass das Beziehungsmilieu von Kliniken und Stationen mitunter sehr unterschiedlich sein kann: es gibt Einrichtungen, in denen man als Patient die Pflegemitarbeiter als sehr präsent, zugewandt, ja, fast hätte ich gesagt »serviceorientiert« erlebt; andere Stationen, in denen man das Gefühl bekommt, die Mitarbeiter hätten ungern Kontakt mit Patienten/Klienten, würden sich im Dienstzimmer geradezu verschanzen. Die Perspektiven von Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen klaffen eben auseinander: nicht nur, dass jemand, der Klient oder Patient in einer Einrichtung ist, diese ganz anders wahrnimmt und sich anders darin bewegt als derjenige, der sich dort aus beruflichen Gründen aufhält.

Erfahrungen ehemaliger Patient/innen nutzen

Im Vorhergehenden habe ich versucht, einige mögliche Problemfelder kurz anzureißen, wohl wissend, dass natürlich auch Psychiatrie-Patient/innen sehr unterschiedliche Menschen sind, mit unterschiedlichen Vorerfahrungen, verschiedenen und verschieden verlaufenden Erkrankungen, unterschiedlichen Bewältigungsmustern. Es kam mir aber darauf an, aufzuzeigen, dass die Perspektive der Pflegemitarbeiter/innen und der Patient/innen auf die Einrichtung und auf das, was dort geschieht, manchmal kaum überbrückbar auseinanderklaffen, und dies eben nicht nur ein krankheitsbedingtes Problem auf Seiten der Patienten ist.

Bevor ich diesen Faden weiter verfolge, möchte ich noch auf einen anderen Aspekt hinweisen. Bei einem Kursus für Fachkrankenpfleger/innen referierte ich u.a. über das Thema »Was wünschen sich Patienten/Klienten von Psychiatrie-Mitarbeitern?«. Zum Schluss stellte ich die Gegenfrage: »Was wünschen Sie sich eigentlich von Ihren Patienten?« Der Dozent des Kurses, ein ehemaliger Pflegedienstleiter, antwortete: »Ich hätte mir gewünscht, die Patienten sehr viel mehr auch in ihren stabilen oder gebesserten Zeiten kennen zu lernen. Das hätte mein Bild von ihnen noch einmal erheblich verändert.« Gerade im psychiatrischen Akutbereich lernen die Pflegemitarbeiter/innen die Patienten eben nur in besonderen, krisenhaften Ausnahmesituationen kennen. Wie sie zu anderen Zeiten sind, denken, leben, bleibt unbekannt. Diese Lücke der Nichtbegegnung in gesunden Zeiten wird auf individueller Ebene manchmal aufgehoben durch nachträgliche Bespre-

chungen oder Zusammenkünfte, wie zum Beispiel beim Abschluss einer Behandlungsvereinbarung (siehe dazu den entspr. Beitrag von Mönkedieck und Schulz in diesem Band). Gezielt herbeiführen kann man sie jedoch, indem ehemalige Patient/innen bei Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen von Pflege-mitarbeitern einbezogen werden. Natürlich nicht etwa als »Demonstrationsobjekte«, sondern als Referenten. Und dies zu dem Zweck, die oben geschilderte Kluft zwischen Mitarbeiterwahrnehmung und Patientwahrnehmung der psychiatrischen Pflege zu überbrücken. Natürlich kann man die Patienten/Klientenperspektive auch auf andere Weise erfragen, z.B. durch Fragebögen, Gruppengespräche, gezielte Studien, z.B. zur Nutzerzufriedenheit usw. Diese Methoden haben jedoch auch Nachteile: zum einen kann es sein, dass auf Seiten der Psychiatrie-Erfahrenen noch persönliche Abhängigkeiten bestehen, die eher »sozial erwünschte« Antworten hervorbringen. Zum anderen sind an der Entwicklung, Durchführung und Auswertung solcher Untersuchungen meist keine Psychiatrie-Erfahrenen beteiligt, so dass oftmals diejenigen Aspekte, die aus Patientensicht wichtig sind, nicht erfasst oder einseitig interpretiert werden. Betroffeneneinbeziehung in der Forschung ist in England und den Niederlanden schon recht weit entwickelt - im deutschsprachigen Raum steckt sie erst in den Anfängen (2, 3, 4). Eine »nutzerkontrollierte Forschung«, d.h. von Betroffenen selbst entwickelt und durchgeführt, gibt es ebenfalls fast gar nicht (5). Jedoch: irgendwelchen anonymen Befragungen würde ich die persönliche Begegnung mit ehemaligen Patient/innen vorziehen. Einen Menschen, der einstmal schwer erkrankt und in Behandlung war, nun zu sehen, zu hören, und befragen zu können ist nicht nur einprägender als abstrakte Befragungsergebnisse, sondern prägt auch das Zugehen auf die Patienten in der täglichen Berufspraxis. Um Psychiatrie-Erfahrenen zu ermöglichen, ihre Erfahrungen auch didaktisch und methodisch sinnvoll Psychiatrie-Mitarbeitern zu vermitteln, werden in Hamburg und Bremen zur Zeit zwei EU-geförderte Projekte durchgeführt. Es handelt sich um Qualifizierungsmaßnahmen unter dem Titel »ExpertIn durch Erfahrung in der psychosozialen Versorgung«. Mit Hilfe dieser Qualifikation soll es Psychiatrie-Erfahrenen erleichtert werden, im psychiatrischen Bereich als Experten in eigener Sache mit professionellen Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen und u.a. in der Fortbildung tätig zu sein, was bisher nur in geringem Umfang geschieht, und meist auf »goodwill« der entsprechenden Ausbilder oder Ausbildungsinstitutionen beruht, seltener in Ausbildungsstandards von vornherein festgelegt ist. Meine eige-

ne Erfahrung ist die, dass beide Seiten von dieser Möglichkeit viel profitieren können. Ich möchte Sie also ermuntern und ermutigen, nach Möglichkeiten, mit ehemaligen Patienten in die Diskussion zu kommen, zu suchen, sie wahrzunehmen, und sich auch bei evtl. auftretenden Fehlschlägen nicht entmutigen zu lassen!

Literatur:

1. **S. Prins**, Nachdenken über Gewalt, Psychosoziale Umschau 1/2005, p. 14-15, Bonn
2. **Melanie Melz u.a.**, Kann man dialogisch forschen? Psychosoziale Umschau, 1/2006, p. 16-17, Bonn
3. **Luc Nijenhuis, Ad Goethals, Jan Theunissen**: Klienten als mede-onderzoekers (Nutzer als Mit-Forschende, S.P.) in Deviant. Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij, Nr. 48, März 2006, p.12-14 Plattform GGZ Amsterdam
4. **Jasna Russo**, Forschungen mit uns statt über uns, Rundbrief Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener 4/2004, p. 4-8, Bochum
5. **Für alle Fälle e.V. -FaF-** (Hg), Blickwechsel, Beteiligung von Betroffenen in der psychosozialen Arbeit, 2005, Berlin

Weitere Literatur

S. Prins, »Gut, dass wir mal darüber sprechen«. Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen. 2001, Paranus, Neumünster

S. Prins, Rat und Schläge für Psychiatrie-Profis, in: S. Prins »Jetzt endlich lebe ich richtig«. p. 62-72, 2005, Paranus, Neumünster.

Angaben zur Autorin

Sibylle Prins, geb. 1959, Vorstandsmitglied Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V. (Betroffenenorganisation), Buchautorin, seit 1991 aktiv in der Psychiatrie-Selbsthilfe und im sog. »Dialog« u.a. mit Tagungsbeiträgen und Artikeln in Fachzeitschriften; Redaktionsmitglied der »Sozialpsychiatrischen Informationen«.

sprins@t-online; www.vpe-bielefeld.de; www.psychiatrie-bielefeld.de

Das interdisziplinär besetzte Beraterteam als Interventionsmöglichkeit zur Verringerung von Aggression und Gewalt in einer Psychiatrischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung pflegespezifischer Aspekte

Andrea Staude, Kirsten Laufhütte, Michael Schulz, Ketelsen Regina
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel

Notwendigkeit eines professionellen Umgangs mit Aggression und Gewalt in psychiatrischen Kliniken

Eine Psychiatrie frei von Aggression, Gewalt und Zwangsmaßnahmen bleibt eine Utopie. Gleichwohl ist die Entwicklung von Interventionen und Rahmenbedingungen zur Verringerung von Gewalt und Zwang in der täglichen Arbeit eine überaus wichtige und professionsübergreifend zu lösende Aufgabe. Bei immerhin 5-10% der 850.000 klinischen Behandlungsfälle der Akutpsychiatrie (in Deutschland) kommt es zu Zwangsmaßnahmen (1) und meist sind es Pflegenden, die durch ihre Nähe zu den Patienten Gewaltsituationen bewältigen sollen oder Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen oder Zwangsmedikationen durchführen (2). Vor diesem Hintergrund erscheint es geboten, Maßnahmen für einen professionellen Umgang mit diesem Thema zu entwickeln.

Damit Gewalt und Zwang wirksam begegnet werden kann, gilt es multidimensional Maßnahmen zu ergreifen. So gilt es z.B. zu überlegen, welche baulichen Veränderungen notwendig sind, um eskalierenden Situationen vorzubeugen, oder aber ob z.B. auf geschlossene Türen im akutpsychiatrischen Bereich verzichtet werden kann (3).

Darüber hinaus gilt es strukturelle Voraussetzungen sowie fachliche Expertise bereit zu halten, damit professionelle Deeskalation möglich wird. Das »Bielefelder Beraterteam« ist ein Beispiel für ein Expertenteam, welches sowohl in den Bereichen der primären, der sekundären sowie der tertiären Prävention tätig wird und auf das im Folgenden näher eingegangen wird.

Zur Entstehungsgeschichte des Beraterteams

Mitte der neunziger Jahre kam bei Mitarbeitern, Angehörigen und Patienten der Wunsch auf, bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu einem professionelleren Umgang zu gelangen. So wurden zunächst in der

Arbeitsgruppe »Qualitätssicherung in der Psychiatrie« Standards erarbeitet, die bewirken sollten, dass einheitlich und professionell gehandelt wird. Ende der neunziger Jahre wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich mit dem Thema Gewalt und Zwangsmaßnahmen auseinandersetzten sollte. Die Notrufsituationen sollten neu gestaltet werden, da das damalige Vorgehen im Rahmen von eskalierenden Situationen wenig geplant ablief und kaum reflektiert wurde. Bei Ertönen des Notrufsignals liefen alle verfügbaren Mitarbeiter, vorzugsweise Männer, auf die entsprechende Station und versuchten, wenig geplant, die Situation unter Kontrolle zu bringen. Fertigkeiten beim Fixieren oder auch im Kontakt mit den aggressiven Patienten hatten die Mitarbeiter sich weitgehend selbst beigebracht oder von »erfahreneren« Mitarbeitern übernommen. Am Schluss war die Notrufsituation zwar unter Kontrolle, der Personalaufwand aber enorm hoch und eine Möglichkeit zur Nachbesprechung mit dem Ziel einer sukzessiven Verbesserung im Umgang mit solchen Situationen gab es nicht (4). Vor diesem Hintergrund gründete sich 2001 im Auftrag der Klinikleitung das »Beraterteam«.

Arbeitsweise des Beraterteams

Im Beraterteam kommen professions-, stations und hierarchieübergreifend Mitarbeiter der Klinik zusammen (5). Bewusst wurde hier also ein Expertenmodell gewählt und auf eine generelle Schulung für alle Mitarbeiter verzichtet. Ein wichtiges Medium für Weiterbildung und Reflexion sowie für Identitätsstiftung stellt eine Arbeitsgruppenstruktur dar. Neben ihrer Multiplikatorenfunktion auf den Stationen stehen die Mitglieder in konkreten Situationen mit ihrer Beratungskompetenz in eskalierenden Situationen vor Ort zur Verfügung und übernehmen situationsabhängig auf der Grundlage ihrer Expertise eine Moderations- bzw. Steuerungsfunktion. Das Beraterteam hat das Ziel, klinikweit die Kompetenz im Umgang mit Aggression und Zwang zu erhöhen und mit der Fachlichkeit vor Ort präventiv tätig zu werden.

In der Arbeitsgruppe treffen sich die Mitglieder zweimonatlich und beraten konzeptionelle Fragen und besprechen aktuelle Gewaltsituationen. Gegenstand der Besprechungen ist die professionelle Weiterentwicklung im Umgang mit Gewaltsituationen und Zwangsmaßnahmen. Darüber hinaus werden Fortbildungen für die Klinik zum Thema Gewalt vorbereitet und klinikintern erhobene Daten der Zwangsmaßnahmen und Notrufe ausge-

wertet. Es werden ebenfalls die in der Klinik bereits vorhandenen Standards zum Thema Gewalt, die eine Grundlage der Arbeit darstellen, überarbeitet und erneuert (6).

In unregelmäßigen Abständen finden für die Beraterteammitglieder Fortbildungen durch externe Dozenten statt. Themen können hier z.B. Kommunikation im Rahmen von Deeskalation sowie die Reflektion des eigenen Vorgehens in Gewaltsituationen sein. Methodisch wird hier auf den Einsatz von Videoaufnahmen zurückgegriffen. Es wurde außerdem durch externe Berater auf Techniken zur konkreten Abwehr von Angriffen fokussiert, um so neben deeskalierenden Techniken im Ernstfall handlungsfähig zu sein. Die Beraterteammitglieder haben eine Multiplikatorenfunktion für ihre Einheiten und sollen die Ergebnisse aus den Sitzungen und Fortbildungen in die Teams einbringen. Gleichzeitig kommt den Mitgliedern im Rahmen von Krisensituationen aber auch eine Moderations- sowie Supervisionsrolle zu. Die Verantwortung für die Zwangsmaßnahmen verbleibt allerdings bei den Mitarbeitern der entsprechenden Station.

Im Falle eines Notrufs oder Rundrufs begibt sich nur noch ein Mitarbeiter pro Station dorthin, vorzugsweise der Mitarbeiter, der auch Mitglied im Beraterteam ist. Die Beraterteammitglieder unterstützen die Mitarbeiter der Station bei Unsicherheiten. Dabei steht auch hier weiterhin der beratende und unterstützende Charakter im Vordergrund. Die Verantwortung für getroffene Entscheidungen verbleibt bei den Mitarbeitern der Station, wobei Hierarchieebenen natürlich einzuhalten sind.

Fallbeispiel

Im Folgenden soll die Arbeit des Beraterteams anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht werden.

Frau X. ist sehr angespannt und läuft über die Stationsflure. Seitens der Stationsmitarbeiter wird ihr Bedarfsmedizin angeboten, welche sie ablehnt. Schließlich beschimpft sie Mitarbeiter und Patienten, lässt sich auf keine Gespräche zur Klärung der Situation ein und greift zudem eine Mitarbeiterin, Frau M., körperlich an. Daraufhin erfolgt ein Notruf und die eingetroffenen Mitarbeiter treffen sich im Dienstzimmer. Ein Mitarbeiter der Station, Herr W., kümmert sich um die Patientin Frau X. Die angegriffene Mitarbeiterin, Frau M., berichtet kurz von dem Vorfall, worauf die Stationsärztin eine Zwangsmedikation durch eine intramuskuläre Applikation

anordnet. Anschließend soll Frau X. für zunächst zwei Stunden isoliert werden. Die betroffene Frau M. möchte sich bei der Aktion heraushalten, sie wirkt sehr aufgeregt und von der Situation sichtlich beeindruckt. Eine dazugekommene Mitarbeiterin des Beraterteams widmet sich der Kollegin. Sie leitet die Vorbereitungen, indem sie die Aufgaben verteilt. Es wird geklärt wer die Patientin anspricht und sie bittet, sich auf ihr Bett zu legen. Ebenfalls wird besprochen was geschehen wird, wenn Frau X. nicht freiwillig mitkommt. In diesem Fall wird die Patientin von den Mitarbeiterinnen auf ihr Zimmer gebracht, es wird jetzt schon vorbesprochen welche Mitarbeiterinnen im Falle einer notwendigen körperlichen Überwältigung zugreifen bzw. wer wo anfasst. Ebenfalls wird besprochen, wer dann mit der Patientin spricht, und wer das Signal gibt zuzufassen. Hier wird diese Aufgabe die Stationsärztin übernehmen, da sie Frau X. gut kennt. Die Aktion wird soweit wie möglich von den weiblichen Kolleginnen übernommen, die männlichen Mitarbeiter halten sich im Hintergrund auf.

Alles verläuft reibungslos, Frau X. scheint beeindruckt von den vielen Mitarbeiterinnen, legt sich freiwillig auf ihr Bett und lässt sich mit nur geringer Gegenwehr parenteral die sedierende Medikation verabreichen. Im Anschluss wird die Situation nachbesprochen. Die Beraterteamkollegin leitet zusammen mit den Stationsmitarbeitern Frau M. und Herrn W. die Nachbesprechung, wo als Ergebnis festgehalten wird, dass die Situation gut vorgedacht und vorbesprochen wurde und der Plan in seiner Umsetzung funktioniert hat.

Die Beraterteamkollegin hilft den Stationsmitarbeitern bei der Nachbereitung des Vorfalls und prüft, ob weiterer Beratungs- bzw. Unterstützungsbedarf besteht. Ebenfalls klärt sie mit der betroffenen Kollegin, ob diese weiter ihren Dienst leisten kann und berät sie. Die übrigen Mitarbeiter gehen im Anschluss an die Nachbesprechung auf ihre Stationen zurück. Die Station bespricht die Situation mit Frau X am nächsten Tag nach. Zu diesem Zeitpunkt ist die Patientin in der Lage, gemeinsam mit den Mitarbeitern die Situation zu reflektieren und für die Zukunft Strategien zu entwickeln, welche einer erneuten Eskalation entgegenwirken.

Was hat sich durch die Arbeit mit dem Beraterteam in der Klinik verändert?

Seit der Implementierung wird zwischen Notrufen und Sammelrufen unterschieden. So werden Situationen, die vorhersehbar sind, zum Beispiel

Zwangsmedikation als Sammelruf durch die Pforte weitergegeben, und haben so nicht die Brisanz eines Notrufes.

Ein weiterer großer Fortschritt ist, dass nun nicht mehr 15, 20 oder mehr Mitarbeiter bei einem Notruf anwesend sind, sondern nur noch ca. 10 Kollegen, vorzugsweise aus der Pflege, bei Bedarf werden weitere Kollegen hinzu gerufen. Durch die Fortbildungen und die verbesserte Struktur der Notrufe ist erreicht worden, dass nun auch Frauen an den Notrufsituationen teilnehmen und es so möglich ist, geschlechtsspezifisch zu arbeiten. Die Situationen laufen koordiniert, eindeutig, ruhig und strukturiert ab, wodurch die Angst der Mitarbeiter vor Gewaltsituationen gesenkt werden konnte. Auch werden jetzt regelmäßig Nachbesprechungen zu den jeweiligen Situationen mit Mitarbeitern, aber auch mit Patienten durchgeführt. Hier soll direkt im Anschluss an die Zwangsmaßnahme, mit allen beteiligten Mitarbeitern, die Situation analysiert werden. Bisher hat es sich als schwierig herausgestellt, das Wissen an die Teammitglieder weiter zu vermitteln. Hierzu wird zurzeit im Beraterteam eine Klinik interne Fortbildung mit dem Ziel erarbeitet, die Inhalte der externen Beraterteamfortbildungen sowie die Grundlagen der Deeskalation einheitlich in die verschiedenen Teams zu bringen. Ebenfalls ist angestrebt, die regelmäßige Teilnahme aller Berufsgruppen an den Beraterteamsitzungen zu verbessern, was bisher nicht immer gelang.

Literatur:

1. **Steinert, T.**, Indikationen von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: Ketelsen, R.; Schulz, M., Zechert, C., Seelische Krise und Aggressivität – Umgang mit Deeskalation und Zwang. 2004, Bonn: Psychiatrie Verlag, 44-52.
2. **Richter, B., Berger, K.**, Gewaltsituation in der psychiatrischen Pflege. Psychiatrische Pflege heute, 7, 2001, 242-247.
3. **Ketelsen, R., Zechert, C., Schmidt, H., Förster, C., Hackl, K.**, Psychiatrische Behandlung mit offenen Türen. Welche Faktoren erleichtern und welche erschweren die Behandlung mit offenen Türen? Krankenhauspsychiatrie, 2003, 14, 49-55.
4. **Randzio, B., Zechert, C.**, Vom „Rollkommando“ zum Beraterteam – Der andere Umgang mit Notfallsituationen. In: Ketelsen, R.; Schulz, M., Zechert, C., Seelische Krise und Aggressivität – Umgang mit Deeskalation und Zwang. 2004, Bonn: Psychiatrie Verlag, 120-126.
5. **Ketelsen, R., Staude, A., Godejohann, F., Driessen, M.**, Das Beraterteam in der Psychiatrischen Klinik: Aufgaben und Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Zwang. Psychiatrische Praxis, submitted.
6. **Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C.**, Seelische Krise und Aggressivität – Umgang mit Deeskalation und Zwang. 2004, Bonn: Psychiatrie Verlag

Entwicklung und Umsetzung eines Standards Zwangmaßnahmen

Jürg Dinkel, Martin Schmid

Einleitung

Die Zunahme von Aggressions- und Gewaltereignissen und ihre negativen Folgen stellten in den späten 90er Jahren das Gesundheitswesen der Schweiz vor große Herausforderungen. Auch die Klinik Schlössli war davon betroffen und entschied sich an verschiedenen multizentrischen Studien teilzunehmen [1;5;6]. Im Zusammenhang mit den Studien von Abderhalden et al [1] und Needham [6] führte die Klinik 2003 auf zwei Akutstationen das Assessmentinstrument zur kurzfristigen Risikoeinschätzung (Bröset-Violence-Checklist, BVC) [2] ein. Gleichzeitig wurde ein fünftägiger Schulungs- und Trainingskurs zur Handhabung von Aggression nach Oud [7] für alle Behandlungspersonen eingeführt. Dieser Kurs ist seither ein fester Bestandteil des Weiterbildungsprogramms der Klinik.

Im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsstandards für die Stationäre Psychiatrie der Schweizer Vereinigung psychiatrischer Chefärzte SVPC [11] sowie der Einführung des neuen kantonalen Patientinnengesetzes und seine Weisung [4,8] forderte die Klinikleitung die Erarbeitung eines neuen Standards Zwangsmaßnahmen und dessen Umsetzung.

Die Klinik Schlössli hat 210 Betten. Im Jahr 2005 wurden 1'423 Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen. Die Klinik ist für die Grundversorgung der Region Zürcher Oberland mit ihren 260'000 Einwohnern zuständig. Die Grundversorgung umfasst die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. Daneben führt die Klinik Privat- und Spezialstationen.

Entwicklung eines Standards Zwangsmaßnahmen Theoretische Grundlagen

Grundlagen für die Entwicklung des Standards waren das Patientinnengesetz [8], seine Weisung [4] und die Standards der SVPC [11]. Zur Konkretisierung dienten die Erfahrungen der Klinik mit der Bröset-Violence-Checklist

[2] sowie dem Aggressionsmanagementkurs nach Oud [7]. Des Weiteren wurden Ergebnisse verschiedener empirischer Studien integriert [1,5,6].

Methodisches Vorgehen

Das Ziel war eine breite Abstützung auf verschiedene Berufsgruppen und Funktionen sowie eine starke Vernetzung zwischen klinischer Praxis, den innovativen Ansätzen des Aggressionsmanagements sowie den gesetzlichen Vorgaben. Deshalb wurde ein interdisziplinäres Projektteam unter der Leitung eines Bereichleiters Pflege gebildet, dazu gehörten Oberärztinnen und Stationsleiter aus allen Bereichen, der Pflegeweiterbildungsverantwortliche sowie zwei Pflegeexperten, die zugleich Trainer für Aggressionsmanagement sind. In Teilgruppen wurden Entwürfe erarbeitet. Mittels Diskurs und Konsens einigte sich das Projektteam auf die Schlussinhalte des Standards. Diese werden nachfolgend kurz vorgestellt.

Ergebnisse Definition von Zwangsmaßnahmen (ZM)

Als ZM gelten nach Patientinnengesetz [8] freiheitseinschränkende Maßnahmen (festhalten oder festbinden) sowie Zwangsbehandlungen (orale Medikationen oder Injektionen). Das Einschließen im Isolierzimmer, meist zusammen mit einer Zwangsmedikation, ist die im Erwachsenenbereich der Klinik verwendete ZM. Die Psychogeriatric nutzt vor allem das Fixieren mit Zewidecke, Bettgurt, Bettgitter sowie das Verwenden eines Arretiertischchens am Stuhl. In Zukunft wird die Ganz-körperfixation im Bett bei schwerem selbstverletzendem Verhalten eingeführt.

Gesetzliche Grundlagen für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen

Neben der Definition von ZM macht das Patientinnengesetz [8] Aussagen zu Voraussetzungen für die Anordnung und die Dokumentation von ZM. Patientinnen können neuerdings gegen die Anordnung von Zwangsmaßnahmen gerichtliche Beurteilung verlangen.

Grundsätze zur Prävention und Durchführung von Zwangsmaßnahmen

In Anlehnung an die medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) [10] sowie des situativ-interaktionalen Handlungsmodells [3] sollen grund-

sätzlich alle möglichen Vorkehrungen getroffen werden um eine ZM zu vermeiden. Das heisst, dass vor jeder ZM sämtliche weniger eingreifenden Behandlungsalternativen, die Aussicht auf Erfolg haben, ausgeschöpft werden. Ist der Entscheid zur ZM einmal gefallen, so wird mit Hilfe der geschulten Teamtechnik [7] ein koordiniertes und entschiedenes Vorgehen aller beteiligten Personen verlangt. Damit wird das Verletzungsrisiko für alle Beteiligten minimiert. Die Teamtechnik ermöglicht den ständigen kommunikativen Kontakt zur Patientin. Das heisst, sie wird stets über die nächsten Schritte informiert und ihre Kooperation wird gesucht. Jede ZM kann und muss sofort abgebrochen werden, falls sich während der Aktion eine weniger eingreifende Alternative auftut, die Aussicht auf Erfolg hat. Weiter vorgegeben ist die separate Dokumentation der ZM mit den Inhalten Überwachungsverordnung, Aufhebung der ZM, Nachbesprechung mit den beteiligten Behandlungspersonen und Nachbetreuung der betroffenen Patientin.

Handlungsstandards

Zur Vorgehensweise bei drohender Eskalation, Isolation, Fixation sowie Zwangs-medikation geben die ausführlichen Handlungsstandards Anweisungen. Sie beinhalten jeweils Grundlagen und Definitionen, Indikation und Verordnung, Alternativen zur Vermeidung sowie Angaben zur Durchführung.

Die Klinikleitung genehmigte den Standard [12], der im Zeitraum von März bis September 2005 erarbeitet wurde. Sie erteilte einen Auftrag zur Umsetzung bis Ende 2006.

Umsetzung des Standards Zwangsmaßnahmen Methodisches Vorgehen

Für die Umsetzung des Standards wurde erneut ein interdisziplinäres Projektteam zusammengestellt. In einem ersten Schritt wurde eine Ist/Soll-Analyse durchgeführt. Dazu überprüften die interdisziplinären Leitungsteams (Oberärztin/Stationsleiterin) mit Hilfe eines Fragebogens, inwieweit die Vorgaben des Standards auf ihren Stationen bereits umgesetzt wurden. Anhand der Ergebnisse bildeten sich Teilprojektgruppen. Diese erarbeiteten die Maßnahmen zur Umsetzung der Standardvorgaben.

Ergebnisse

Die Ist/Soll-Analyse zeigte, dass viele Vorgaben bereits vorbildlich umgesetzt waren.

Bei mehreren Punkten fand sich ein Unterstützungsbedarf. Dazu wurden folgende Maßnahmen entwickelt und teilweise bereits umgesetzt:

- Für die klinikweite Einführung der Bröset-Violence-Checklist [2] wurden Schulungen für die pflegerischen Anwenderinnen sowie Informations-Veranstaltungen für die übrigen Behandlungspersonen geplant.
- die betroffenen Mitarbeiter zu entlasten und zu unterstützen, Die bestehende Dokumentation von ZM genügte den gesetzlichen Vorgaben nicht. Sie wurde neu erstellt, auf ihre Praxistauglichkeit überprüft und eingeführt.
- Fragen zu Verantwortlichkeiten bei der Durchführung von ZM und Vorgaben mit zu großem Interpretationsspielraum wurden der medizinisch- pflegerischen Leitung übergeben. Die Antworten flossen in den Standard zurück oder wurden als Informationen den interdisziplinären Stationsleitungsteams zur Umsetzung übergeben.
- Im Bereich der Deeskalation stellte man Entwicklungspotential fest. Das Trainerteam für Aggressionsmanagement plant eine entsprechende Schulung.
- Neu führt die Klinik die Ganzkörperfixation ein. Nach einer Evaluation entschied sich die medizinisch-pflegerische Leitung für das PINEL-System. Die betroffenen Stationsteams werden durch das Trainerteam für Aggressionsmanagement geschult, für alle übrigen Behandlungspersonen finden Informations-Veranstaltungen statt.

Einzelne Punkte des Standards mussten präzisiert und ausformuliert werden. Der aktualisierte Standard Zwangsmaßnahmen wird Ende 2006 neu verteilt.

Ausblick

Der Standard soll immer wieder den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen des Aggressionsmanagements angeglichen werden. So ist sich die Klinik bewusst, dass die Eskalation von Aggression nicht allein auf den Impulskontrollverlust der Patientin zurückzuführen ist [9]. Das situativ-interaktionale Handlungsmodell [3] zeigt auf, dass sowohl die Interaktion

zwischen Patientin und Behandlungsperson sowie die beidseitigen Attributionen einen wesentlichen Einfluss darauf nehmen, ob eine aggressionsgeladene Situation eskaliert. Gelingt es, dieses Wissen in der Praxis verstärkt umzusetzen, können dadurch noch häufiger Zwangsmaßnahmen verhindert werden.

Literatur

1. **Aberhalden, C., Needham, I., Almvik, R., Miserez, B., Haug, H., Fischer, J.**, Predicting in patient violence in acute psychiatric wards using the Bröset-Violence-Checklist: A multi-centre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11(4): p. 422-427.
2. **Almvik R., Woods P.**, Short-term risk prediction: the Bröset-Violence-Checklist. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10: p. 231-238, Blackwell Publishing Ltd. London.
3. **Duxbury J.**, An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002, 9, p. 325-337, Blackwell Science Ltd.
4. **Gesundheitsdirektion Kanton Zürich**, Weisung zu Patientinnen- und Patientengesetz, 2004.
5. **Miserez, B.**, Häufigkeit und Ausmass von Aggressionsereignissen in sechs psychiatrischen Kliniken in der Schweiz. In: *Psychiatrische Pflege heute*, 2003, 9: p. 31-35, Stuttgart: Thieme.
6. **Needham, I.**, A nursing intervention to handle patient aggression; the effectiveness of a training course in the management of aggression. 2004, Maastricht: Datawyse Universitaire Pers.
7. **Oud, N.**, Handhabung von Aggression. Skriptum für den Basislehrgang. Unveröffentlichtes Kursmaterial, 2002.
8. **Patientinnen- und Patientengesetz des Kantons Zürich**, 2004.
9. **Richter, D.**, Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe. Systematische Literaturübersicht, 2005, Westfälische Klinik Münster.
10. **SAMW**, Zwangsmaßnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2005.
11. **Wengle, H.**, Qualitäts-Standards für die Stationäre Psychiatrie. Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte SVPC, 2000.
12. **Appel, A., Basic, A., Berg, A., Romancuk, S., Ayer, H., Bai, M., Dinkel, J., Frei, S. und Schmid, M.**, Standard B3 Zwangsmaßnahmen: Isolation, Fixation, Zwangsmedikation (unveröffentlicht), 2006, Schössli, Oetwil am See.
Anfragen an: juerg.dinkel@schloessli.ch und martin.schmid@schloessli.ch

Handlungsfelder psychiatrischer Pflege im Spannungsfeld zwischen Heilkunst, wissenschaftlicher Erkenntnis und Bedarfsentwicklung

Michael Schulz, Johann Behrens

Rahmenbedingungen und Bedarfsentwicklung im Wandel

Psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum befindet sich derzeit durch sich wandelnde Rahmenbedingungen in einem Prozess der Neuorientierung. An dessen Ende, so ist zu vermuten, ein Paradigmenwechsel steht. Veränderte Rahmenbedingungen ergeben sich aus der demographischen Entwicklung hin zu einer älteren Gesellschaft und infolgedessen eine Zunahme chronischer Erkrankungen. Gleichzeitig hat sich das Wissen über psychiatrische Erkrankungen in den letzten Jahren stark erweitert und in der Forschung wurde z.B. mit Hilfe bildgebender Verfahren oder auch anhand von Erkenntnissen aus der Genetik eine neue Sichtweise auf die Zusammenhänge entwickelt [1].

Die Wissenschaft ist seit den Zeiten der Aufklärung die wesentliche Legitimationsquelle der Medizin, wenngleich man feststellen muss, dass wir häufig weit weniger über Wirksamkeit oder Zusammenhänge in unserem (aber auch in anderen) Arbeitsfeldern wissen, als uns lieb ist [2]. Trotz oder wegen dieser Erkenntnis und aufgrund leerer Kassen erleben wir in den letzten Jahren einen zunehmenden Druck seitens der Politik, nur solche Maßnahmen anzuwenden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich gut belegt ist.

Als weiteren wesentlichen Einflussfaktor soll an dieser Stelle auf den Einfluss der europäischen Union auf das Berufsbild der psychiatrischen Pflege hingewiesen werden. Wenngleich das Gesundheitswesen immer wieder Ausnahmeregelungen für sich geltend machen kann und so, verglichen mit der Situation am Bau, die Maßnahmen zu einer vereinheitlichten europäischen Vorgehensweise die Branche nicht mit voller Härte treffen, so ist doch davon auszugehen, dass nationale Alleingänge, z.B. in der Frage Akademisierung von Pflege zunehmend schwerer werden. Im Gegenzug dazu gewinnt ein grenzüberschreitender Austausch auch für psychiatrisch Pflegenden an Bedeutung [3]. Keiner dieser Einflussfaktoren, die einen maßgeblichen Einfluss auf die Bedarfsentwicklung haben, schwebt dabei isoliert im Raum. Vielmehr haben wir es hier mit einem System zu tun, in welchem

eine gegenseitige Beeinflussung der Faktoren, wie in Abbildung 1 angedeutet, stattfindet. So hat z.B. eine veränderte epidemiologische Situation aufgrund vermehrter chronischer Erkrankungen Auswirkungen auf die Generierung von wissenschaftlichen Fragestellungen und eine zunehmende Globalisierung bringt die Sozialsysteme westlicher Industrienationen unter Druck.

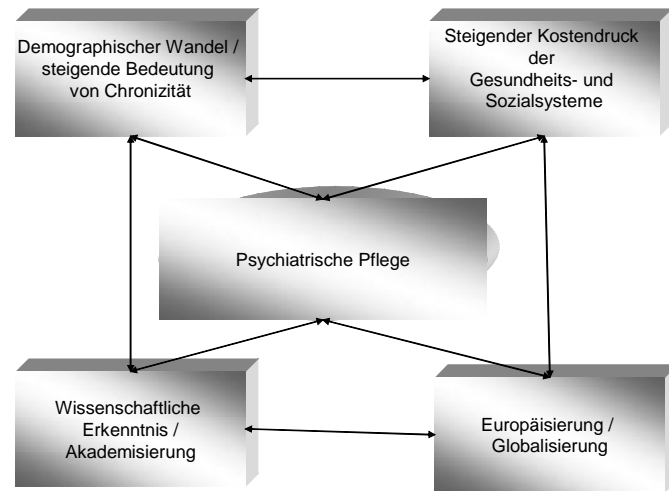


Abbildung 1: Welche Faktoren wirken dich auf die Bedarfsentwicklung psychiatrischer Pflege aus?

Verschiedene Wege sind denk- bzw. wählbar

Die benannten (und weitere) Einflussfaktoren fordern von der psychiatrischen Pflege Anpassungsleistungen mit dem Ziel eines zukunftsfähigen Berufsprofils. Dabei sind für eine solche Anpassungsleistung unterschiedliche Ausprägungen denkbar, was z.B. daran deutlich wird, dass die psychiatrische Pflege sich in unterschiedlichen Ländern trotz vergleichbarer Ausprägung psychischer Erkrankung unterschiedlich entwickelt bzw. ausgestaltet wurde. So finden wir z.B. in England psychiatrische Pflege als eine tragende Säule der gemeindenahen Versorgung, während für die ambulante psychiatrische Pflege in Deutschland bis heute kaum tragfähige Strukturen verfügbar sind [4]. Damit wäre also bewiesen, dass es angesichts der benannten Rahmenbedingungen für die psychiatrische Pflege nicht nur einen denkbaren bzw. richtigen Weg gibt. Vielmehr sind verschiedene Szenarien

denkbar, die z.T. komplementär, z.T. substitutiv sind, so z.B.:

- Etablierung als Heilhilfsberuf
- Psychiatrische Pflege in der Rolle als Co-Therapeut
- Psychiatrische Pflege in der Rolle als Experte für Kranksein und Bedürfnisse chronisch kranker Menschen
- Psychiatrische Pflege als Spezialist für bestimmte diagnostische Module

Wenn es also verschiedene Möglichkeiten gibt, dann ist innerhalb der Profession, aber auch darüber hinaus, ein Diskurs, ein Austausch der Argumente über das Für und Wider der jeweiligen Lösung notwendig. Dabei setzt der Diskurs und v.a. die Entscheidung über einen zu verfolgenden Weg ein Verständnis der unterschiedlichen Spannungsfelder voraus. Wir sollten allerdings nicht erwarten, dass allein die Kenntnis der Rahmenbedingungen eine einstimmige Antwort zur Folge hat. Vielmehr gilt es als Teil von verantwortlichem Handeln zu akzeptieren, dass Entscheidungen immer Stärken und Schwächen haben, bzw. das eine und das andere gute Argument bedienen.

Welchen Beitrag kann Wissenschaft zur Weiterentwicklung psychiatrischer Pflege leisten?

Vor dem Hintergrund sich wandelnder Rahmenbedingungen zeigt sich die psychiatrische Pflege häufig verunsichert. So haben z.B. im stationären Alltag die verkürzten Liegedauern dazu geführt, dass viele Elemente einer intensiven, über einen längeren Zeitraum andauernden Beziehungsarbeit immer seltener Raum finden und im stationären Setting Diagnostik und Behandlung sowie Kriseninterventionsarbeit an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig sind die Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen weiterhin schwierig und in einer häufig gefühlten Ambivalenz im Hinblick darauf, was für Pflege nun falsch oder richtig ist, ist ein zunehmender Begründungsdruck zu verspüren.

Es wird also deutlich, dass wenn psychiatrische Pflege den Anspruch erhebt, ihre Bedeutung im interdisziplinären Team durch Fokussierung auf Krankheitsfolgen und Krankheitsbewältigung langfristig auf hohem Niveau zu stabilisieren, eine entsprechende (wissenschaftliche) Diskussion erfolgen muss. Dies muss nicht nur geschehen, damit psychiatrische (Pflege-) Praxis

besser als bisher Erkenntnisse der Wissenschaft für sich nutzen kann, es muss v.a. deshalb geschehen, damit wesentliche Stufen des wissenschaftlichen Prozesses innerhalb der Berufsgruppe verstehbar und nutzbar gemacht werden können.

Dabei besteht der wissenschaftliche Prozess darin, dass auf methodisch kontrollierte Weise für andere nachvollziehbar, neue Erkenntnis gewonnen wird. Wissenschaftliche Wissensbildung zielt somit deutlich über gewöhnliches Alltagswissen hinaus, welches überwiegend auf mehr oder weniger begrenzter persönlicher Erfahrung und Intuition basiert.

Der Einstieg in das wissenschaftliche Denken gestaltet sich für die psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum schwierig. Zwar ist mit der Akademisierung von Pflege sowohl in Deutschland und der Schweiz, aber auch in Österreich begonnen worden und wenigstens in Leitungsfunktionen finden wir zunehmend an Hochschulen ausgebildetes Personal.

Da die Zeit drängt, ist also das Warten darauf, dass genügend Pflegenden mit akademischer Ausbildung in der Arbeit mit Patienten verfügbar sind, kein praktikabler Weg. Vielmehr gilt es, bereits vorhandene Ressourcen innerhalb der Berufsgruppe zu nutzen, was eine stärkere Differenzierung von Qualifikationsprofilen zur Folge hat. Obwohl hier nicht der Raum ist, darauf näher einzugehen, sei an dieser Stelle auf das Advanced Nursing Practice Modell verwiesen [5]. Das Ergebnis eines solchen wissenschaftlichen Prozesses muss sein, dass zukünftig Arbeitsfelder, in denen alle Pflegenden für die gleichen pflegerischen Arbeitsfelder auf Station Verantwortung tragen, immer seltener vorkommen und dafür die Mitarbeiter im Hinblick auf die Erfordernisse auf Station und ihren persönlichen Fähigkeiten für spezielle Felder Verantwortung übernehmen.

Das Spannungsfeld zwischen Heilkunst und Wissenschaft – zwischen interner und externer Evidenz

Wissenschaft nimmt gedanklich die Krisen der Erfahrung vorweg. Wissenschaft arbeitet in Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis. Intuitives Wissen, entstanden aus abgesunkenen wissenschaftlichem Wissen und anderen Erfahrungen, nimmt im Rahmen von Pflege einen großen Stellenwert ein und bildet bei Entscheidungsprozessen eine wesentliche Säule. Wenngleich also subjektives Wissen weitgehend unkontrolliert ist, ist es

also dennoch eine Form von Wissen, die Wissenschaft reflektiert. Intuitive Entscheidungen unter Unsicherheit werden unter Handlungsdruck in kurzer Zeit getroffen, aber gleichzeitig ist den Entscheidern selbstverständlich, dass sie ihre Entscheidungen begründen können müssen – auf der Basis der wissenschaftlich gesicherten Erfahrung Dritter, der externen Evidence, und der internen Evidence, die nur in der Beziehung mit dem individuellen Klienten aufgebaut werden kann [6].

Das bedeutet außerdem, dass die wissenschaftliche Erkenntnis auch immer nur ein Baustein der Entscheidungsfindung sein kann und eine Übertragbarkeit der wissenschaftlich erhobenen Ergebnisse auf die Praxis nicht unbedingt gegeben sein muss, also daraufhin zu prüfen ist. Im Hinblick auf Gesundheit bzw. das Zusammenwirken von medizinischem Fachpersonal und Patienten ist die Situation also nicht vergleichbar mit Aufträgen, wie sie z.B. ein Ingenieur erhält und für deren Ausführung er sich streng an wissenschaftliche Erkenntnis hält. Gesundheit ist vielmehr ein psychologisch-moralischer Tatbestand und damit weit mehr als ein von Wissenschaft bestimmtes Faktum [7].

Beziehen wir wissenschaftliche Erkenntnis in unser pflegerisches Handeln mit ein, dann bietet das Konzept von Evidence-based Nursing eine mögliche Herangehensweise. Behrens und Langer [6] definieren es folgendermaßen:

Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlichen belegten Erfahrungen Dritter im Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionellen Pflegenden.

Neben der wissenschaftlichen Erkenntnis spielen also die Vorstellungen des Patienten und die Erfahrungen des Pflegenden, sowie die Begründung eines Arbeitsbündnisses, für das Spannungsfeld, in dem die Entscheidung zustande kommt, eine Rolle. Vor allem diese so genannte interne Evidence, die nur aus der Begegnung zwischen Pflegenden und Pflegenutzern entsteht, stellt die Grundlage pflegerischer Profession, wie sie von Benner beschrieben wurde, dar.

Da aber nicht festgelegt ist, welcher Bereich im Rahmen einer Entscheidungsfindung wie stark ist, können sich hier z.B. durch sich wandelnde Rahmenbedingungen (s.o.) Kräfteverhältnisse verändern. So erleben wir z.B. in den letzten Jahren eine Bewegung dahingehend, den Patienten stärker

als früher an der Behandlungsplanung partizipieren zu lassen. Wir erleben aber auch, dass im Rahmen von Gesetzen dem wissenschaftlichen Beweis eine zunehmend wichtigere Rolle eingeräumt wird. So wird für Deutschland sowohl in § 12 Abs 1 Satz 1 SGB V als auch in Absatz 4 Abs. 3 SGB XI eine »wirksame und wirtschaftliche Pflege« gefordert, die laut §§ 135 ff. SGB V auf »wissenschaftlichen Erkenntnissen« beruhen soll. Psychiatrische (Pflege-) Interventionen sollen also, wie alle anderen Interventionen, im Gesundheitswesen wissenschaftlich fundiert werden.

Was ist wissenschaftlich fundierte psychiatrische Pflege?

Stellt sich die psychiatrische Pflege also diesem Ruf nach wissenschaftlicher Fundierung, dann ergibt sich u.a. die Frage, wie sich (psychiatrische) Pflege wissenschaftlich fundieren lässt. Ähnlich der Psychotherapie lassen sich hier zwei Aspekte benennen [8].

- Die Gültigkeit theoretischer Annahmen. Hier handelt es sich um die Summe der impliziten und expliziten Annahmen über Wirkprinzipien und Wirkungsweisen. Eine theorieleere psychiatrische Pflege kann es vor diesem Hintergrund nicht geben.
- Die erwiesene Wirksamkeit von Interventionen, welcher im Hinblick auf Evidence-based Nursing, aber auch unabhängig davon eine hohe Bedeutung zukommt.

Mit Hilfe dieser Trennung lässt sich nach Buchkremer und Klingberg [8] zwischen wissenschaftlicher Fundierung und wissenschaftlicher Anerkennung trennen. Während im Rahmen wissenschaftlicher Fundierung die Validität von Theorien und Konzeptionen unter Einschluss der Frage nach der Wirksamkeit geprüft wird, steht im Rahmen der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren und Methoden die Entweder-oder-Frage im Sinne einer Bestandsaufnahme der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz. In diesem dichotomen Ansatz gibt es dann also nur noch die Möglichkeit, die Wirksamkeit von Verfahren aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage anzuerkennen oder abzulehnen. Während es sich also bei der Fundierung um einen kontinuierlichen Prozess handelt, beinhaltet die wissenschaftliche Anerkennung eine gesundheitspolitische Dimension, welche gut zu analysieren ist.

Ausblick: Bedarfsentscheidung(en) zwischen therapeutischem und biologischem Paradigma

In der wissenschaftlichen Literatur zur psychiatrischen Pflege hat in den letzten Jahren eine Lagerbildung stattgefunden, in welcher sich grundsätzliche Fragen einer zeitgemäßen Behandlung psychiatrischer Erkrankungen widerspiegeln. Dabei geht es um die Frage, ob eine notwendige Anpassung psychiatrische Pflege mehr biologisches Wissen erfordert um im Hinblick auf das medizinisch-wissenschaftliche Verständnis psychischer Gesundheit oder aber, ob psychiatrische Pflege vielmehr auf den therapeutischen Beziehungsprozess als zentrales pflegerisches Element fokussieren soll. Eine eindeutige Antwort auf die Frage nach dem richtigen Weg finden wir in der Literatur wohl kaum. Dafür finden wir z.B. mit Kevin Gournay und Phil Barker Protagonisten zweier Lager, die im Rahmen dieses »Care-War« für ihre jeweilige Richtung evidenz-basierte Argumente zu liefern und damit zu beweisen suchen, dass ihre Sichtweise der Dinge die richtige ist [9]. Allerdings ist in der Pflege in der Regel die Beziehung selber die entscheidende Intervention, und nursing ohne caring selten effektiv.

Literatur:

1. **Schulz, M.:** Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 2003, 4: 140-145
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0403schulz.pdf>
2. **Steinert T., Naumann A.:** Evidence-based Medicine im psychiatrischen Alltag. Wunsch und Wirklichkeit. *Krankenhauspsychiatrie* 2003, 14: 56-60
3. **Schulz M.:** Europäisches Projekt zur Förderung von Ausbildung und der Anerkennung von Pflegeberufen. *PrInternet - Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, 2006 5: 292-297
4. **Schulz M., Behrens J.:** Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien – Implikationen für Deutschland. *PrInternet*, 2005, 7: 22-27
5. **Bryant-Lukosius D., Dicenso A.:** A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48: 530-40
6. **Behrens J., Langer G.:** Evidence-based Nursing – Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«. 2004, Bern: Verlag Hans Huber
7. **Gadamer H.G.:** Theorie, Technik, Praxis. In: Gadamer H.G. *Über die Verborgenheit*. 1993, Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, 1993: S. 11-49
8. **Buchkremer G., Klingberg, S.:** Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 2001, 72: 20-30
9. **Forschuk, C.:** Evidence-based psychiatric/mental health nursing. *Evidence-Based Mental Health*, 2001, 4: 39-40

Deeskalationsmanagement: Fortbildungsinhalt, Daten, Rahmenbedingungen, Videoanalyse

Ilse Stefan, Christian Cohen-Brichta

Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren ein viel diskutiertes Thema. Eine Vielzahl an internationalen Studien in Bezug auf Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen haben gezeigt, dass es im Gesundheitsdienst zu aggressiven Übergriffen kommt und dabei vielfältige Einflussfaktoren eine Rolle spielen.

Aggression und Gewalt gehören zu den strukturellen Gegebenheiten am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen. Deswegen ist es notwendig, alle MitarbeiterInnen in Einrichtungen des Gesundheitswesens im professionellen Umgang mit Aggression, Gewalt und Deeskalationsmanagement zu schulen. Es wurden in Österreich 21 TrainerInnen ausgebildet, deren Aufgabe es ist, das erlangte Wissen an die MitarbeiterInnen im Gesundheitsdienst weiter zu geben. In diesen Schulungen werden kommunikative und körperliche Fertigkeiten zum professionellen Deeskalationsmanagement vermittelt, die im beruflichen Alltag zur Anwendung kommen können. Durch ein einwöchiges systematisches Training werden die Grundeinstellung zu Aggression und Gewalt, die Grundhaltung bzw. Einstellung jedes/r einzelnen MitarbeiterIn gegenüber dem/der PatientInnenen, die Selbstsicherheit und die Wahrnehmung geschult, so dass Kommunikations- und Körpertechniken gezielt und angemessen eingesetzt werden.

Mögliche Inhalte der einwöchigen Basiskurse für Aggression-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement:

Verbale Kommunikation

Es wird auf das »Vier-Ohren-Modell« nach Schulz von Thun eingegangen. Dies besagt, dass, wenn ich etwas von mir gebe, ich auf vielfache Weise wirksam werde. Jede meiner Äußerungen enthält, ob ich will oder nicht, vier Botschaften gleichzeitig:

- Eine Sachinformation (worüber ich informiere)
- Eine Selbstoffenbarung (was ich von mir zu erkennen gebe)
- Einen Beziehungshinweis (was ich von dem Gegenüber halte und wie ich zu ihm stehe)

- Einen Appell (was ich bei meinem Gegenüber erreichen möchte)

Nonverbale Kommunikation

Körpersprache, Objektsprache und Raumsprache sind in der Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil.

Stehen verbale und nonverbale Kommunikation im Widerspruch zueinander, werden verbale Botschaften weitgehend ignoriert.

Körpertechniken

Folgende Aspekte müssen beachtet werden:

- Kontrolliere die Situation
- Stehe fest und sicher
- Setze nur so viel Kraft ein, wie unbedingt notwendig ist
- Achte auf die Gelenke des Gegenübers
- Halte die Kommunikation aufrecht
- Achte darauf, dass dein Gegenüber »das Gesicht wahren kann«
- Achte darauf, dass dein Gegenüber immer einen freien Brustkorb hat, damit er/sie ausreichend atmen kann
- Gib der Situation zur Deeskalation genügend Zeit
- Verwende möglichst schmerzarme und schmerzfreie Techniken

Aggression und Gewalt sind Phänomene, die MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen, wenn auch auf verschiedenen Ebenen, betreffen. Aggressions- und Sicherheitsmanagement ist nur dann wirksam, wenn alle Berufsgruppen und alle Ebenen dabei beteiligt sind.

Wird der Einsatz von körperlichen Interventionen notwendig, so sollen diese Techniken von den MitarbeiterInnen leicht erlernt und angewendet werden können. Es ist darauf zu achten, dass bei diesen Interventionen die Sicherheit der MitarbeiterIn und des/der PatientIn im Vordergrund steht.

Das heißt, die Intervention zielt immer darauf, den Kontakt und die Kommunikation zum/zur PatientIn schnellstmöglich wiederherzustellen. Dabei ist die Sensibilität für die Aufrechterhaltung der Arbeitsbeziehung bzw. der therapeutischen Beziehung von zentraler Bedeutung.

Um die Phänomene Aggression und Gewalt messen und einschätzen zu können, werden in der einwöchigen Schulung Assessmentfähigkeiten und Risikoassessment vorgestellt.

Dadurch wird es den MitarbeiterInnen und Vorgesetzten mittels aktueller Daten möglich, die praktische Arbeit in Bezug auf die Phänomene Aggression und Gewalt zu optimieren. Es können aufgrund objektiver Daten Veränderungen angedacht und Argumentationsgrundlagen für das Sicherheitsmanagement geschaffen werden. Es können aber auch Gefühle und subjektive Eindrücke bestätigt oder widerlegt werden.

Statistische Auswertung aus dem Jahr 2005 im Sozialmedizinischem Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum [1]

Es wurden in der 1. und 5. Psychiatrischen Abteilung insgesamt 495 Aggressionsereignisse erhoben. Davon wurden 273 SOAS-R Bögen in der 1. Psychiatrischen Abteilung erhoben.

Beispiele aus der Statistik

Genderaufteilung der aggressiven Handlungen:

45 % Frauen

55 % Männern.

*Aggressionsauslöser:**

- 25,9 % wurde etwas verwehrt
- 14,5 % fand die Aggression bei der Medikamenteneinnahme statt
- 12,3 % wurde die Aggression durch einen anderen Patienten ausgelöst
- 6,6 % fand die Aggression bei einer »Aufnahme ohne eigenes Verlangen« statt
- 1,9 % bei der Unterstützung in den alltäglichen Pflegehandlungen
- bei 34,9% war der Aggressionsauslöser als nicht nachvollziehbar angegeben

*Prozentueller Anteil der einzelnen Mitarbeitergruppen als Aggressionsziel:**

- 67,1 % Pflegepersonal,
- 25,6 % Ärzte,
- 1,6 % übriges Personal,
- 0,3 % Therapeuten

*Konsequenzen der Aggression für die Opfer: **

- 63,9 % durch Bedrohung der Person,
- 25,9 % keine Konsequenzen,
- 9,8 % Sachbeschädigung

(*Mehrfachnennungen waren möglich)

Insgesamt wurden 3.448 Arbeitsminuten (Mittelwert) an Aggressionsvorfällen administriert.

Literatur

1. **Stefan Harald, Cohen-Brichta Christian, Schrenk Wolfgang:** Statistik 2005

Wo Pflege wirkt: Biologie der Beziehungspflege

Ruth Ahrens

Durch bildgebende Verfahren ist es möglich geworden, die Wirkung von sozio-emotionalen Reizen (Beziehungsgestaltung) auf bestimmte Hirnregionen wie z.B. Gyrus cinguli bis hin zu Verlust von Nervenzellen, Degeneration von Axonen und Synapsenverlust zu zeigen. Ebenso wurde im Rahmen der neurobiologischen Forschung (Hüther 2000) und der Psychotherapieforschung (Salzman 1993, Sandell et al 2002) aufgezeigt, dass die Erfahrung sicherer Bindungsbeziehungen durch Neuroplastizität neue neuronale Verschaltungen im Gehirn entstehen lassen, sowie die Neubildung von Synapsen und Dendriten initiieren. Damit werden Voraussetzungen geschaffen Belastungen standzuhalten, Einstellungen zu verändern und neue Bewältigungsmöglichkeiten herauszubilden.

Was können uns die Ergebnisse aus der Forschung im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung von Pflegenden zu Patienten Neues bringen?

Die psychiatrische Pflege wird seit langem als psychotherapeutisch wirksam erachtet (Peplau 1952, Barker 1997). Unspezifische Wirkfaktoren der Pflege wie Trost, Respekt, Mitgefühl, Anerkennung und Wärme erzielen eine psychotherapeutische Wirkung innerhalb einer sicheren Bindungsbeziehung (Bauer 1998 & 1999). Im deutschen Sprachraum ist besonders die Kongruente Beziehungspflege (Bauer 1997) ein Konzept, das die zugewand-fürsorgliche Beziehung in den Mittelpunkt stellt und daher als Referenzrahmen herangezogen werden kann.

Die Forschungsergebnisse können einen Denk- und Reflektionsansatz geben, der Pflegenden hilft, alltäglich gelebte Beziehungen in ihrer Bedeutung nicht nur für die zwischenmenschliche Beziehung an sich, sondern auch Wirkung dieser Bindungsbeziehung auf die Genesung von Patienten transparenter zu machen.

Es wird postuliert, dass die vorgestellten Wirkungen auch auf pflegerische Beziehungsgestaltung zutreffen können (bisher wurde kein bildgebender Wirknachweis innerhalb der Pflege geführt). Es zeigt sich eine theoretische Übertragbarkeit der Datenlage auf die Beziehungsgestaltung der Pflege zu Patienten, z.B. im Rahmen des Konzeptes der Kongruenten Beziehungspflege.

Einzelne, bisher erforschte Veränderungen sind z.B. für das limbische System (Amygdala, Hypophyse, Hypothalamus) bekannt. Auch die Neurotransmitter-Ausschüttung (Serotonin) wurde untersucht und immunologische Faktoren (Interleukin 6) betrachtet. Konkrete Einflüsse wurden auch im Hippocampus festgestellt.

Beziehung reduzierte das Ausmaß an Angst und Erregung, was in der Amygdala an geringerer Aktivität ablesbar war (Hüther 2002 (1)), die Hypophyse schüttet weniger adrenokortikotropes Hormon aus, was zu einem normalen Cortisol-Spiegel führt (Stressreaktion bleibt aus, auch in belastenden Situationen, wenn ein vertrauter Mensch in Sichtweite ist. Der Hypothalamus bildet in geringen Mengen Oxytocin, das als »Beziehungshormon« für die Ausbildung von vertrauensvollen Beziehungen von entscheidender Bedeutung ist. Neurotransmitter wie Dopamin und Serotonin werden in Beziehungssituationen anders ausgeschüttet und wieder aufgenommen als in Vergleichsgruppen, die z.B. schwierige Aufgaben allein lösen mussten (Bauer 2002 und 2005). Serotonin beispielsweise, wird in Beziehungssituationen vermehrt in der synaptischen Spalte ausgeschüttet und weniger davon resorbiert. Dopamin hingegen wird schneller wieder resorbiert. Eine Erhöhung trat hier in isolierten Situationen der Probanden auf. Dopamin sorgte in langfristigen Stresssituationen für eine veränderte Wahrnehmung der Umwelt und von sich selbst, für Herzrhythmusstörungen, Tics, Verspannungen, Verdauungsstörungen bis hin zum Magnesiummangel (Bauer 2002).

Interleukin 6, ein körpereigener Botenstoff des Immunsystems zur Hemmung von Entzündungsreaktionen bildet sich vermehrt in von Probanden als positiv und freundschaftlich bewerteten Beziehungen (Bauer 2005, Hüther in Streeck-Fischer 2002).

Diese Ergebnisse sind interessant als Einzelfaktoren, die Frage, die sich der praktischen Pflege jedoch stellt, ist, wie eine sichere Bindungsbeziehung begonnen, gehalten und beendet werden kann. Um diesen Aspekt näher zu betrachten, wird die Kongruente Beziehungspflege von Bauer (1997) herangezogen. Laut Bauer ist die Kongruente Beziehungspflege (KBP) die bewusste Wahrnehmung und professionelle Bearbeitung und Klärung der interpersonellen und interdependenten Aspekte einer Pflegekraft-Patient-Beziehung im Pflegeprozess. Die Aspekte »bewusste Wahrnehmung«, »Klärung« und »Bearbeitung« weisen darauf hin, dass Beziehung im pflegerischen Kontext zwar auf einer Alltagsebene stattfindet, aber keineswegs zufällig oder ungeplant bleibt. Sie ist vielmehr das bewusste Gestalten der zwi-

schenmenschlichen Prozesse, innerhalb deren Ausgestaltung eine sichere, haltgebende Erfahrung stattfinden kann, in der je konstanter und tiefer sie gemacht wird, nicht nur seelische, sondern auch biologische Entfaltung zum Tragen kommt. Dazu greift die KBP auf ein phasenhaftes Verständnis von Beziehung zurück und als Ziel wird die Übereinstimmung von beiden beteiligten Personen in Beziehungsaspekten angestrebt. Es geht hier weniger um Harmonie als um ein »Sichkennen«, ein »Um-den-anderen-Wissen«, um Empathie zu ermöglichen. Hier wird die Beziehung an sich selbst als das Ziel der Pflege aufgefasst, was ein signifikanter Unterschied ist zu Problemlösungsprozessen, die Beziehung aufnehmen müssen, um die Probleme zu lösen. Dieser Unterschied mag dem Leser als semantisch erscheinen, in der Auswirkung auf das Erleben der beteiligten Personen ist er jedoch signifikant, denn die KBP stellt keine Erwartungen an den Patienten. Paradox: gerade dadurch werden Entfaltungsprozesse ermöglicht.

Literatur

1. **Barker P.:** The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001, 8: 233-240
2. **Bauer J.:** Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. 2002, Frankfurt: Eichborn
3. **Bauer J.:** Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. 2005, Hamburg: Hoffmann und Campe
4. **Bauer R.:** Beziehungspflege. 1997, Ullstein Mosby, Wiesbaden, Neuauflage, IBICURA-Verlag, Unterostendorf 2004
5. **Bauer R.:** Eine dialektische Betrachtung der psychotherapeutischen Wirksamkeit pflegerischer Interventionen. Teil I: Pflegerische Interventionen und Wirkfaktoren der Psychotherapie. 1998, *Pflege* 11: 305-311
6. **Bauer R.:** Eine dialektische Betrachtung der psychotherapeutischen Wirksamkeit pflegerischer Interventionen. Teil II: Verknüpfung von pflegerischen Interventionen und unspezifischen Wirkfaktoren in der Psychotherapie. 1999, *Pflege* 12: 5-10
7. **Hüther G.:** Die Evolution der Liebe. 2000, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
8. **Hüther G.:** Biologie der Angst. 2002 (1), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
9. **Hüther G.:** Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. 2002 (2), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
10. **Peplau, H.:** Interpersonelle Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. 1995 Reclam, Base
11. **Salzmann J., Salzmann C., Wolfson A. et al:** Association between borderline personality disorder and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry* 1993, 34: 254-257
12. **Sandell R., Carlsson J., Schubert, J. et al:** Varieties of Therapeutic Experience and their Associations with Patient Outcome. *European Psychotherapy* 2002, 3: 17-35
13. **Streeck-Fischer A., Sachsse U., Özkan I.:** (eds) (2002) Körper – Seele – Trauma. Biologie, Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Pflege bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach dem DBT-Konzept (Linehan)

Ruth Ahrens

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) sind in stationärer psychiatrischer Behandlung häufig anzutreffen. Pflegende sind hier mit dem intensiven Leid, impulsivem Verhalten und anderen Symptomen konfrontiert.

Im Workshop wird das Konzept von Marsha Linehan, die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) vorgestellt. Durch die unverkennbare Nähe zu interpersonalen Pflegekonzepten ist es möglich, Haltungen, Interventionen und sogar einzelne Übungen auch im pflegerischen Alltag mit und für Patienten nutzbringend anzuwenden, ohne den pflegerischen Rahmen verlassen zu müssen.

Nach Linehan handelt es sich bei der BPS um eine Störung der emotionalen Regulation. Dazu gehören:

- ausgeprägte emotionale Verletzbarkeit,
- hohe Empfindlichkeit geg. emotionalen Reizen
- intensive Emotionen
- verlangsamter Rückgang zu einer emotionalen Grundlinie

Ein Problem dabei ist es, Gefühle angemessen zu verbalisieren.

Die Struktur der DBT ist in vier Phasen angelegt: Vorbereitungsphase und drei Therapiephasen. Mit den Phasen wechseln Aufgaben und Rollen von Patient und Therapeut. Beziehungsphasen werden in der psychiatrischen Pflege auch von Peplau [4] und Bauer [2] als eine sinnvolle, Wachstum fördernde Herangehensweise dargestellt.

Die Haltung, mit der sich die DBT an Betroffene annähert, gründet auf folgende Grundannahmen (einige wurden aus Platzgründen ausgelassen):

- Die Patienten geben sich wirklich Mühe
- Die Patienten wollen sich ändern
- Die Patienten müssen noch mehr Anstrengung und Motivation an den Tag legen, um sich zu ändern.

- Die Patienten haben zwar nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst herbeigeführt, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen
- Die Patienten müssen in allen relevanten Lebensbereichen neue Verhaltensweisen erlernen
- Die Patienten können in der Therapie nicht versagen

Hier sehen wir eine Nähe zu humanistischen Menschenbildern der Pflege, die unerschütterlich an Wachstum, Entfaltung und Selbstverwirklichung glaubt.

Der Einsatz von Spannungskurve und Notfallkoffer ist spezifisch für die DBT und kann gut in der Pflege integriert werden, weil die Beziehungsebene in eine Alltagsgestaltung eingebettet ist. Dies ist von Vorteil, weil die Patienten hier immer wieder ermutigt werden können und den starken Rückhalt spüren, wenn sie mit diesen neuen Instrumenten zu üben beginnen.

Im Rahmen der Gesprächsführung wird bei Linehan sehr viel Wert auf das Validieren gelegt, also das Verstehen und Für-gültig-Erklären der individuellen Erfahrung von Gefühlen, Gedanken und Handlungen. Die Akzeptanz und Empathie, die dazu notwendig sind, das Sichannähern an die individuelle Erfahrungswelt erfordert geradezu eine Beziehungsgestaltung, die ermöglicht, dass Patienten sich im Gegenüber spiegeln und verstehen können. Diese Beziehungsgestaltung wird ebenfalls von einigen Pflgetheorien favorisiert, wie z.B. von Paterson/Zderad oder von Barker [3].

Weiterer Baustein der DBT ist das Training zu Verbesserung von Verhaltensfähigkeiten (Skills): Neben 1-2 h Einzeltherapie pro Woche wird mit den Patienten in Gruppen an verschiedenen Problembereichen gearbeitet:

- Stresstoleranz
- Emotionsmodulation (bewusster Umgang mit Gefühlen)
- zwischenmenschliche Fertigkeiten, Beziehungsgestaltung
- innere Achtsamkeit

Das Erlernen und Einüben der Skills ist das Sichbeschäftigen mit wiederholt auftretenden kontrollierbaren psychosozialen Belastungen. Diese Herausforderungen führen übrigens zu einer fortschreitenden Stabilisierung der Gefühlswelt, Bahnung neuer Verhaltensweisen und verbesserten Effizienz von zwischenmenschlicher Kommunikation.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die DBT störungsspezifisch ist. Sie ist Team- und Netzwerk orientiert und bietet eine differenzierte Supervision. Die DBT sucht nicht die großen Erfolge, sondern geht viele kleine Schritte. Es ist ein Konzept der radikalen Zuwendung, bietet hohe Empathie und strukturierte Edukation. Sie erfordert von Behandlern und Patienten viel Motivation. Sie ist ein viel versprechendes Konzept, eine Untersuchung von Zanarini [5] zeigte, dass nach 2 Jahren 30% und nach 6 Jahren 75% der Patienten diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht mehr erfüllten.

Literatur

1. **Ahrens, R.:** Ein pflegerisches Verständnis der Dialektisch-behavioralen Therapie von Marsha Linehan, Psych. Pflege heute 2004, 10: 13-20
2. **Bauer, R.:** Beziehungspflege. 1997, Ullstein Mosby, Wiesbaden
Neuaufgabe, IBICURA-Verlag, Unterostendorf 2004
3. **Barker, P.:** Das Gezeitenmodell. Entwicklung eines personenzentrierten und bevollmächtigenden Ansatzes psychiatrischer Pflege. Psych. Pflege Heute 2003, 9: 160-167
4. **Peplau, H.:** Interpersonelle Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. 1995 Recom, Basel
5. **Zanarini, M., Frankenburg, F. et al:** The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry 2003; 160:274-283

Bewegungstherapeutische Maßnahmen in der Therapie essgestörter Patientinnen und Patienten

Janina Vitt

Im Rahmen der therapeutischen Arbeit mit essgestörten PatientInnen nimmt die Sport- und Bewegungstherapie einen wichtigen Stellenwert ein. Einerseits kann gezielt auf die Körperwahrnehmung und das Körperbild Einfluss genommen, andererseits können muskuläre und motorische Defizite bearbeitet werden. Auch Störungen im Bereich des Körperschemas können positiv beeinflusst und zusätzlich durch körperkonfrontative Verfahren behandelt werden.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit, Mannheim kommen zur Erreichung dieser Veränderungen verschiedene therapeutische Maßnahmen zum Einsatz. Im Einzelnen sind das:

- Psychomotorische Therapie für essgestörte PatientInnen
- Körperkonfrontative Maßnahmen: Spiegeltraining
- Muskelaufbautraining
- weitere Verfahren wie zum Beispiel: Körpertherapeutische Verfahren (Elemente des Tai Chi, Yoga etc.)

Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie definiert Bewegungstherapie und Sporttherapie, wie folgt:

Bewegungstherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten allein oder in der Gruppe durchgeführt wird.

»Sporttherapie ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer und soziotherapeutischer Verfahren mit ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen« [1].

Angewendet auf das bestehende Krankheitsbild einer Essstörung heißt das für die PatientInnen das Neuerleben und zum Teil auch das „Neuerlernen“ des Sportes, damit Sport und Bewegung nicht Mittel zum Zweck, nämlich zum Abnehmen ist, sondern Sport und Bewegung zahllose positive Effekte und Vorteile in sich vereint, die häufig in Vergessenheit geraten sind.

Ziele in der Sport- und Bewegungstherapie mit essgestörten PatientInnen sind somit

- Defunktionalisierung des Sports
- Sport aus Freude an Bewegung
- Förderung der Körperwahrnehmung sowie der Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Erhöhung der Entspannungsfähigkeit
- Spannungsabbau
- Förderung der Kommunikation und Interaktion
- Stärkung des Selbstwertes und des Selbstvertrauens
- Erfahrung der eigenen Grenzen und einiges mehr [2]

Die psychomotorische Therapie bietet zur Erreichung dieser Ziele zahllose Möglichkeiten und eröffnet den PatientInnen somit einen ganz neuen Zugang zum Sport und zur Bewegung.

»Aufgrund eines holistischen Menschenbildes, das von einer Einheit von Körper, Seele und Geist ausgeht, beschreibt der Begriff PSYCHOMOTORIK die Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Bewegung und deren Bedeutung für die Entwicklung der Handlungskompetenz des Individuums im psychosozialen Kontext« [3].

Es geht bei der psychomotorischen Therapie somit nicht nur um das kognitive Verstehen einer Situation oder eines Problems, sondern vielmehr um das Erleben. Hierbei stehen sowohl, die Eigen- als auch die Fremdwahrnehmung im Vordergrund, um den PatientInnen ihr eigenes Handeln wider spiegeln zu können. Durch dieses Bewusstmachen des eigenen Handelns ist eine Veränderung erst möglich. Emotionale Aspekte sind in diesem Prozess nie außen vor, sondern werden integriert und verbalisiert. Im Bedarfsfall im Einzelkontakt nochmals aufgegriffen und besprochen. Typische Themen der psychomotorischen Therapie, deren Bedeutung für den Alltag immer verdeutlicht wird, sind zum Beispiel:

- Führen und Folgen
- Nähe und Distanz
- Kraft (Durchsetzungskraft, Durchhaltevermögen)
- Belastung und Erholung
- Gleichgewicht
- Miteinander und Gegeneinander
- Raum und Zeit und viele weitere

Einen weiteren Therapieschwerpunkt stellt die Körperkonfrontation in Form des Spiegeltrainings dar. Bei der Körperkonfrontation lassen sich die Ziele wie folgt formulieren:

- Aufbau einer realistischen Körperwahrnehmung
- Bearbeitung einer evtl. vorhandenen Körperschemastörung
- Angstabbau, bezüglich Gewichtszunahme und äußerer Erscheinung
- Aufbau eines positiven Körperbildes

Durchgeführt wird das Spiegeltraining im Einzelkontakt und von Beginn an. Es dient einerseits zur Abklärung und falls vorhanden zur Bearbeitung einer **Körperschemastörung**, die sich durch eine verzerrte Wahrnehmung der eigenen Körperdimensionen äußert. Des Weiteren ermöglicht die Begleitung der Gewichtszunahme bei anorektischen PatientInnen ein frühzeitiges Erkennen von Problemen oder Widerständen. Diese können dann eventuell präventiv verhindert werden. Besonders trifft das auf die häufig angstbesetzte Vorstellung des Endgewichtes und des damit verbundenen Aussehens zu. Die ständige Realitätsüberprüfung im Spiegel unterbindet häufig auftretendes Vermeidungsverhalten, was bestehende Ängste noch verstärken würde. Der Aufbau eines **positiven Körperbildes** und somit einer positiven Bewertung seines eigenen Körpers ist ein weiterer wichtiger Faktor, damit die PatientInnen sich mit ihrem Zielgewicht »anfreunden« können und dient zusätzlich der Rückfallprophylaxe.

Durch ein gezieltes und individuell dosiertes Krafttraining sowohl an Geräten als auch frei, soll ein Muskelaufbau erreicht und ein weiterer Muskelabbau vermieden werden. Des Weiteren stellt die Verbesserung der Körperzusammensetzung ein wichtiges Ziel dar. Auch wenn das Muskelaufbautraining eher funktionell orientiert ist, spielen auch hier immer wieder andere Faktoren eine Rolle. Zum Beispiel wird besonders im Krafttraining

deutlich, wie sehr sich die PatientInnen an ihren körperlichen Grenzen befinden und stellen dabei zum Teil selbst fest, wie wenig ihrer früheren Kraft noch vorhanden ist. Die Begleitung der Gewichtszunahme durch ein gezieltes Muskelaufbautraining ermöglicht eine positive Beeinflussung einerseits der Körperzusammensetzung und andererseits der Einstellung, da die PatientInnen weniger das Gefühl haben: »einfach nur fett zu werden!«.

Des Weiteren werden in der Therapie mit essgestörten PatientInnen Verfahren aus anderen Bereichen, wie zum Beispiel der Körpertherapie genutzt, um den Bezug zum eigenen Körper weiter zu verstärken und zu intensivieren. Verschiedenste Entspannungsverfahren finden somit in diesem Bereich ihre Anwendung. Außerdem Übungen zur Schulung der Körperwahrnehmung in der Einzelsituation, der Gefühlswahrnehmung und des Gefühlsausdrucks und Übungen, die Alltagssituationen in Form von Rollenspielen erfahrbar machen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sport- und Bewegungstherapie mit essgestörten PatientInnen eine sehr facettenreiche Arbeit darstellt und niemals ganz planbar ist, da jederzeit auf individuelle Reaktionen und Prozesse Rücksicht genommen werden muss. Sowohl das interdisziplinäre Arbeiten, als auch der ständige Austausch mit den Mitarbeitern der Station ist elementar, um den momentanen Bedarf der PatientInnen einschätzen zu können und somit die adäquaten Themengebiete zu bearbeiten, damit die Therapie so zielgerichtet als möglich verlaufen kann.

Literatur

1. www.dvgs.de
2. **Bergmann, Späti, D., und Whybra-Döttelbeck, N.:** Praxisbuch Sporttherapie. 2002, Meyer und Meyer: Aachen.
3. www.psychomot.org/

Angehörige von psychisch Kranken – die stummen Partner

Ursula Rutow-Turski

Die Erkenntnis, dass Angehörige von psychisch Kranken im Umgang mit diesen hilflos, ratlos und überfordert sind, weiß man durch wissenschaftliche Befragungen in ganz Europa, seit den 90er Jahren.

Zwar hat sich seit den 90er Jahren im Umgang mit Angehörigen von Seiten der Professionellen vieles verbessert, aber hört man Angehörigen zu, so berichten sie auch heute, dass sie sich mit der Erkrankung ihres Familienmitgliedes sehr alleine gelassen fühlen. Sie kritisieren, dass sie über die Erkrankung gar nicht, vielleicht teilweise oder nur unvollständig informiert werden, dass sie keine Aufklärung erfahren über die Wichtigkeit der Medikamenteneinnahme, auch über deren Wirkung und vor allem über die Nebenwirkungen. Sie berichten, dass sie in die Therapie und Nachbehandlung zu wenig mit einbezogen werden, aber von ihnen erwartet wird sich adäquat zu verhalten. Sie sollen nicht zu bemutternd sein, sie sollen unbedingt genügend Rücksicht nehmen, den Erkrankten begleiten, aber nicht bevormunden, ihm nicht alles abnehmen, ihm auch etwas zutrauen – sprich, sie sollen ihn nicht überfordern, aber auch ja nicht unterfordern.

Zur Anamnese werden sie benötigt und hinzugezogen, aber ihre Fragen und Anliegen werden oft nicht beantwortet, ihre Sorgen werden oft nicht ernst genommen.

Angehörige berichten, dass sie beim Ausbruch einer psychiatrischen Erkrankung kaum Möglichkeiten haben, sich adäquat zu verhalten, weil sie gar nicht wissen, wie man sich adäquat verhält, wenn die Tochter schizophran erkrankt oder der Sohn eine Borderline-Erkrankung entwickelt oder der Ehemann manisch depressiv wird.

Die Erkrankung eines Familienmitgliedes ist als Katastrophe innerhalb der Familie zu sehen, ohne dass man die Möglichkeit hat, sich an den Katastrophenschutz zu wenden. Sie führt zu massiven Einschränkungen und Problemen der betroffenen Angehörigen, der gesamte Alltag verändert sich, das Zusammenleben der gesamten Familie muss neu geordnet und organi-

siert werden. Angehörige müssen Einschränkungen in ihrem persönlichen Bereich hinnehmen, ihre eigene Befindlichkeit verschlechtert sich durch die hohe Belastung im Umgang mit der Erkrankung.

»Es ist nichts mehr so wie es war« – so beschreibt auch Heinz Deger-Erlenmaier die Situation von Angehörigen in seinem gleichnamigen Buch »Wenn nichts mehr so ist wie es war... Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben« [1].

Als Fachkrankenschwester beschränkte sich mein Kontakt zu Angehörigen bei deren Besuchen meist auf das Türauf/abschließen auf den beschützenden Stationen und auf den offenen Stationen beschränkte sich der Kontakt auf einen minimalen höflichen Austausch.

Die möglichen Gelegenheiten für ein gegenseitiges Kennenlernen wurden meist nicht genutzt, weil sowohl Pflegende wie auch Angehörige Zurückhaltung und manchmal auch Mißtrauen zeigten.

Angehörige sind beim Besuch ihres Familienmitgliedes durch die jeweilige Erkrankung komplett verunsichert, viele von ihnen berichten, sie erkennen ihren eigenen Sohn/Tochter/Kind etc. nicht mehr, aber sie sind auch durch die »Institution Psychiatrie« stark verunsichert. Sie wissen nicht wer – was – von ihnen erwartet wird, sie wissen nicht was genau sie tun sollen oder tun können und sie wissen auch nicht so richtig was das Pflegepersonal denn so tut.

Schließlich liegt ihr erkranktes Familienmitglied am hellichten Tag immer noch im selben verschmutzten Bett, das Zimmer sieht so unordentlich aus wie in letzter Zeit zuhause, keiner kümmert sich wirklich um die Patienten, und überhaupt, jetzt ist er /sie schon eine Woche da, und es hat sich nichts bewegt: Im Gegenteil, manchmal ist der Zustand sogar noch schlechter als vor der Einweisung.

Wir als Pflegepersonal berücksichtigten viel zu wenig die aktuelle Situation der Angehörigen, wir erleben hilflose Angehörige, die keine Ahnung von psychiatrischer Pflege haben, die nicht merken was gut für den Erkrankten und was nicht gut ist. Wir sahen Angehörige, die sich nicht an die jeweilige Befindlichkeit des Erkrankten anpassen konnten. Unsere Skepsis gegenüber Angehörigen blieb bestehen. Nicht selten kam es im Team zu Äußerungen, wie zum Beispiel »kein Wunder bei so einer Mutter« oder »na ja, bei dem Ehemann«. Wir bauten unsere Vorurteile weiter aus, wir sahen

was wir sehen wollten: die krankmachenden anstrengenden Angehörigen, die Unruhestifter, die sich auf Station schuldbeladen, überfordert, agierend, überfürsorglich und abgrenzungsschwach zeigen. Aus Büchern wußten wir ja auch, dass Angehörige von psychisch Kranken, vor allem die Eltern und in erster Linie die Mütter nicht unschuldig sind, wenn in einer Familie eine schwere psychiatrische Erkrankung ausbricht. Ach ja, und wir sahen auch die Eltern, die ihre Kinder nicht loslassen konnten, und sie deshalb lieber schizophoren zuhause halten, als sie gesund und eigenständig ihr eigenes Leben führen lassen.

In dieser ungunstigen Besuchssituation, die geprägt ist von Unsicherheit, Vorurteilen und gegenseitigem Misstrauen, war es meiner Kollegin Wilma Rondthaler (FKS Psychiatrie) und mir ein Bedürfnis auf Angehörige zuzugehen. Wir sahen die Notwendigkeit, dass es vor allem für den Erkrankten wichtig ist, wenn beide betreuenden Seiten miteinander kommunizieren, die Angehörigen und das betreuende Pflegepersonal.

Unter diesen Eindrücken gründeten wir 1991 die »Angehörigengruppe psychisch Kranker Tübingen«.

Unser Konzept

- Fachinformation über psychiatrische Erkrankungen durch Psychoedukation der Gruppenleiter
- Dauer 2 x 5 Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Samstagen/ Voranmeldung notwendig, geschlossenen Gruppe, Teilnehmerzahl 8-18 Personen / vierteljährlich
- 14-tägig Gruppenabende für die Dauer von 2,5 Stunden mit folgenden Schwerpunkten:
- Entlastung bieten / Stärkung des Selbstbewusstseins von Angehörigen/ Erfahrungsaustausch unter Betroffenen ermöglichen.

Persönliche Erfahrungen

Viele Angehörige, die unsere Gruppe besuchen, haben schon jahrelange Erfahrungen mit der psychiatrischen Erkrankung, gegenüber den Gruppenmitgliedern, die das erste Mal die Gruppe besuchen. Das ist oft schwierig für die »neuen Angehörigen«, sehen sie doch hier, wie ein chronischer Verlauf aussehen kann. Auch für uns als Gruppenleitung ist dies nicht einfach. Für uns ist es wichtig die Hoffnung auf spürbare Besserung bis hin zur

möglichen Gesundung aufrechtzuerhalten und trotzdem sind wir gezwungen dazu zu stehen, dass auch die psychiatrischen Erkrankungen chronisch enden können.

Angehörige leiden mindestens im selben Ausmaß wie der Erkrankte selbst. Angehörige haben chronische Schuldgefühle, stellen ihr früheres Verhalten sehr in Frage und fühlen sich wirklich dafür verantwortlich, dass es soweit gekommen ist. Sie fühlen sich schuldig, nicht rechtzeitig gesehen zu haben, wie krank ihr Familienmitglied ist, sie fühlen sich schuldig, wegen eines möglichen Erbfaktors, sie fühlen sich schuldig, weil sie ihr Kind wahrscheinlich verwöhnt haben, sie fühlen sich aber auch schuldig, weil sie eventuell zu streng waren.

Durch die Möglichkeit der Aussprache unter Gleichgesinnten findet eine große Entlastung statt, das Sprichwort: »Geteiltes Leid ist halbes Leid« wird hier aktiv gelebt.

Angehörige lernen sich in der Gruppe mitzuteilen, sie können hier über ihre chronische Überforderung, über ihre Schuldgefühle, aber auch über ihre Trauer, Wut und Enttäuschung sprechen.

Die häufigsten Fragen von Angehörigen beziehen sich auf:

- Die jeweilige Erkrankung mit allen Symptomen, Verlauf und Prognose,
- Behandlungsmethoden, Medikamente und Nebenwirkungen,
- Rehabilitation und Nachsorge, Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, Weiterbehandlung durch niedergelassene Psychiater.

Weiterhin ist der Umgang mit dem Erkrankten an allen Gruppenabenden ein wichtiges Thema; es geht um Unterforderung, um Überforderung, letztendlich um die große Frage, will er nicht, kann er nicht, was kann man ihm zumuten und was nicht?

Wie geht man mit Minussymptomatik um, was tun, wenn Frühsymptome auftreten, der Erkrankte sich aber weigert zum Arzt zu gehen? Was soll man tun, wenn man bemerkt, dass die Medikamente nicht regelmäßig eingenommen werden?

Nicht immer wissen wir als Gruppenleiter auf alle Fragen die richtigen Antworten, aber wir haben die positive Erfahrung gemacht, dass Angehörige ihre Sprachlosigkeit verlieren, sie lernen nach »langem Stummsein« sich

wieder mitzuteilen, erst im geschützten Rahmen der Gruppe, aber mit der Zeit auch im Außen.

Unsere eigene Betroffenheit macht uns manchmal zu schaffen, oft sind es wenig positive Nachrichten, die wir von Angehörigen über den Verlauf der Erkrankung erfahren. Wir erfahren hautnah, welche schwere Bürde eine psychiatrische Erkrankung für die gesamte Familie ist. Wir sehen, welche hohe Belastbarkeit Angehörige benötigen, um mit der Krankheit leben zu können.

Wir können uns pflegerische Arbeit ohne die aktive Miteinbeziehung der Angehörigen nun nicht mehr vorstellen, durch unsere kontinuierliche Begleitung wachsen unser Verständnis und unsere Achtung für die Situation der Erkrankten und ihrer Angehörigen.

Literatur

1. **Deger-Erlenmaier, H.:** Wenn nichts mehr so ist wie es war....Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben, 1994. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Behandlungssetting bei Patientinnen mit Essstörungen in einer offen geführten Station in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Claus Staudter, Valeska Vitt-Mugg

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit ist mit einem vollstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangebot in die gemeindenahere psychiatrische Versorgung der Stadt Mannheim integriert. Forschung und Lehre bilden weitere Aufgabenschwerpunkte des Instituts. Der Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters teilt sich in vier stationäre Einheiten, die jeweils 12 Behandlungsplätze anbieten und zusätzliche teilstationäre Angebote integrieren.

Eine dieser vier Stationen ist die Station Dührssen, die nach der emeritierten Ordinaria für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Klinikum Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin benannt ist, die 1998 verstarb.

Der psychotherapeutische Schwerpunkt der Arbeit mit den jugendlichen PatientInnen, die überwiegend an Essstörungen erkrankt sind, lässt sich sehr gut am Tagesablauf der Station und den Gruppenangeboten abbilden. Nachfolgend sollen die Anteile der KollegInnen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst näher beleuchtet und Behandlungsanteile vorgestellt werden.

Der Rahmen

Die Station Dührssen bietet zwölf stationäre Behandlungsplätze an, die flexibel um teilstationäre Angebote ergänzt oder durch ambulante Angebote nach der stationären Phase komplettiert werden können. Die Ausgestaltung der sehr freundlich und individuell konzipierten Zimmer lässt so viele Belegungsvarianten zu, dass störende Verlegungen innerhalb der Station größtenteils vermieden werden können. Jedes Zimmer verfügt über einen eigenen Nasszellenbereich, der optional geschlossen werden kann, wenn es therapeutisch indiziert erscheint. Ein Meerwasseraquarium im zentralen Bereich der Station ist mehr als ein Blickfang, die Jugendlichen sind für Pflege und Fütterung verantwortlich.

In Zeiten schmaler Budgets und dem Trend ständig sinkende Verweildauern mit stetig optimierter Behandlungsqualität zu verknüpfen kommt dem pflegerisch-erzieherischen Dienst eine sehr wichtige Rolle zu, die nur dann ausgefüllt werden kann, wenn die entsprechenden persönlichen Ressourcen und Kompetenzen vorhanden sind.

Multiprofessionelles Team und Stellenanteile:

Die Station ist im Gruppenpflegesystem organisiert und arbeitet mit allen daraus entstehenden Pflichten mit Bezugspersonen.

Mit unterschiedlichen Stellenanteilen finden sich Pädagoginnen, Sozialpädagogin, Fachschwestern und Fachpfleger Psychiatrie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenschwestern sowie Krankenschwestern und Krankenpfleger in 11 Stellen, ergänzt durch zwei ständig besetzte Ausbildungssituationen (Anerkennungsjahr Sozialpädagogik, Anerkennungsjahr Jugend- und Heimerziehung, Ausbildung zur Jugend und Heimerziehung).

Die durchschnittliche Teamzugehörigkeit liegt bei deutlich über 10 Jahren.

Genusstraining [1, 2]

Im Rahmen eines Genusstrainings geht es vornehmlich um die Förderung euthymen Erlebens und Handelns, worunter letztlich all das verstanden wird, was der „Seele“ gut tut. Indem die Patienten durch die angewendeten Techniken zum Nachdenken veranlasst werden, wie sie schonender und fürsorglicher mit sich umgehen können, wird hier außerdem das Thema Selbstfürsorge angesprochen. Neben der Selbstfürsorge geht es auch um eine generelle Aktivierung der Patienten, die Förderung von Positiven in deren Lebenswelt sowie eine soziale Aktivierung der Teilnehmer.

Euthymes Erleben und Verhalten, Fürsorglichkeit und Genuss werden von vielen und gerade von kranken Menschen vernachlässigt. Im Rahmen eines Genusstrainings soll es vor diesem Hintergrund vornehmlich darum gehen Genuss zu lernen und »gut zu sich zu sein«.

Zunächst geht es dabei um die Aufmerksamkeitsfokussierung, im Weiteren um eine Sinnesdifferenzierung, schließlich geht es darum, über einfache Stimulanzien basale euthyme Verhaltensweise einzuüben. Im Verlauf eines Genusstrainings werden außerdem genussbejahende Regeln vermittelt, die als Anregungen für den Umgang mit angenehmen Situationen gelten sol-

len. Bedeutsames Ziel im Rahmen einer therapeutischen Genussgruppe ist, die Beteiligten darin zu bestärken genussvolles Erleben und Handeln für sich zu ermöglichen und als bedeutsam zu akzeptieren.

Zum didaktischen Konzept einer solchen Gruppe lässt sich festhalten:

Die Gruppe, in ihrer im Rahmen unserer Klinik inzwischen etablierten Form, unterteilt sich in sechs, jeweils etwa eineinhalbstündige Sitzungen, in denen nacheinander die verschiedenen Sinne angesprochen und Übungen zum Riechen, Fühlen, Hören, Sehen und Schmecken vorgenommen werden.

In der ersten Stunde erfolgt zunächst eine Einführungsrunde, in der die Patienten unter anderem ihre Erwartungen an das Genusstraining verbalisieren können, aber auch an das Thema herangeführt werden. Im weiteren Verlauf der Stunden geht es stets darum, den Teilnehmern dazu Gelegenheit zu geben ihre verschiedenen Sinne mit Hilfe diverser geeigneter Materialien zu explorieren, bzw. sie zu einem sinnesbezogenen Umgang mit ausgewählten Substanzen zu aktivieren, um die Patienten abschließend dazu anzuregen von ihren Eindrücken zu berichten. Außerdem werden auch Hausaufgaben mit auf den Weg gegeben, die dann in der nächsten Sitzung als Einstimmung besprochen werden.

In der letzten Sitzung unternimmt die Gruppe, neben der gemeinsamen Reflexion über die Erfahrungen der vergangenen Wochen, eine gemeinsame Exkursion zum Sammeln weiterer Sinneseindrücke.

Abschließend lässt sich festhalten, dass ein solches Programm idealerweise für eine feste Gruppe von etwa sechs Patienten geplant und in einem regelmäßigen Turnus, einmal wöchentlich, angeboten werden sollte.

Kochgruppe

Im Rahmen der Patientenversorgung gibt es seit einigen Jahren eine Kochgruppe, in der essgestörte Jugendliche dazu angeleitet werden, mit Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Zubereitung nahrhafter Mahlzeiten zu erlernen. Die zu kochenden Mahlzeiten werden dabei im Vorfeld gemeinsam ausgewählt und die notwendigen Nahrungsmittel dann einerseits über die Klinikküche bestellt, andererseits aber auch selbst eingekauft. Im Rahmen der Gruppe werden den Patienten damit zum einen Fähigkeiten vermittelt, die eine konkrete Alltagstauglichkeit besitzen und gleichzeitig wird eine soziale Situation geschaffen, innerhalb derer Absprachen getrof-

fen werden müssen und ein gewisses Maß an Verlässlichkeit aufeinander zur Grundvoraussetzung gehört.

Besonders für die essgestörten Jugendlichen steht die positive Auseinandersetzung mit Essen und Lebensmitteln an sich im Vordergrund, da auch gezielt »verbotene« oder noch schwierigere Lebensmittel (wie zum Beispiel fettreichere Zutaten) in die Mahlzeiten integriert werden. Das gemeinsame Essen der gekochten Mahlzeiten (an einem schön gedeckten Tisch) in der Gruppe stellt einen weiteren wichtigen Faktor da, der die Geselligkeit (soziale Komponente) und den Genuss des Essens zusätzlich betont. Diese Gruppe findet zweimal wöchentlich statt.

Krafttraining¹

Durch ein gezieltes und individuell dosiertes Krafttraining sowohl an Geräten als auch frei, soll ein Muskelaufbau erreicht und ein weiterer Muskelabbau vermieden werden. Des Weiteren stellt die Verbesserung der Körperzusammensetzung ein wichtiges Ziel dar. Auch wenn das Muskelaufbautraining eher funktionell orientiert ist, spielen hier immer wieder andere Faktoren eine Rolle. Zum Beispiel wird besonders im Krafttraining deutlich, wie sehr sich die PatientInnen an ihren körperlichen Grenzen befinden und stellen dabei zum Teil selbst fest, wie wenig ihrer früheren Kraft noch vorhanden ist. Die Begleitung der Gewichtszunahme durch ein gezieltes Muskelaufbautraining ermöglicht eine positive Beeinflussung einerseits der Körperzusammensetzung und andererseits der Einstellung, da die PatientInnen weniger das Gefühl haben: »einfach nur fett zu werden«!

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass durch das inzwischen modifizierte Therapieangebot der therapeutische Prozess nun noch stärker als bisher zum Fokus der stationären Patientenversorgung durch den Pflege- und Erziehungsdienst gemacht wird und sich dies in einer deutlich gestiegenen Behandlungsqualität niederschlägt. Ebenso scheint es für den Bereich der Arbeitszufriedenheit nicht unerheblich zu sein, eigenständig geleitete Gruppen in die Gesamtbehandlung zu integrieren und zu verantworten.

Literatur

1. **Lutz, R, Hrsg.** Beiträge zur Euthymen Therapie. 1999, Lambertus-Verlag: Freiburg
2. **Koppenhöfer, E.,** Kleine Schule des Genießens. 2004, Pabst: Lengerich

¹übernommen aus »Bewegungstherapeutische Maßnahmen in der Therapie essgestörter Patientinnen und Patienten« von Janina Vitt

Arbeitnehmende mit psychischen Gesundheitsproblemen: die Perspektive der Arbeitgebenden

Franziska Rabenschlag, John Wells, Ian Needham

Ausgangslage

Die Zahl der Berentungen aufgrund einer psychischen Krankheit hat in den letzten Jahren zugenommen und betraf 2005 jede dritte ausgesprochene Rente in der Schweiz [1]. Menschen mit psychischen Problemen oder einer psychischen Krankheit finden oder behalten nur mit Mühe eine Stelle auf dem freien, wettbewerbsorientierten Arbeitsmarkt. Entsprechend hoch – je nach Studie 16–56 % – ist die Rate der Erwerbslosigkeit unter ihnen [2, 3]. Für psychisch Kranke besteht die Möglichkeit, in einer geschützten Arbeitsstätte zu arbeiten. Es gibt jedoch keine eindeutige Evidenz dafür [4, 5]. Vielmehr ist eine gezielte, individuelle Unterstützung im freien Arbeitsprozess (Supported Employment) bedeutend effizienter, damit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen eine Stelle finden oder behalten im Vergleich zum geschützten Rahmen [6]. Im Zusammenhang mit der Beschäftigung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen im freien Arbeitsmarkt wurde daher die Arbeitgeberseite untersucht.

Unter dem Begriff »psychische Gesundheitsprobleme« sind in der vorliegenden Arbeit sowohl manifeste, psychiatrische Störungen oder Krankheiten im Sinne von Internationalen Klassifikationssystemen als auch ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden im Sinne der World Health Organisation gemeint.

Methode

Für vorliegende Querschnitt-Untersuchung wurde ein Fragebogen entwickelt. Einige der Fragen stammen aus einer geplanten Analyse, welche die Auswirkungen des Gleichstellungsgesetzes für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in drei europäischen Ländern vergleichen wird (John Wells, Ireland). Der Fragebogen wurde nach dem Zwei – Phasen – Pretesting – Verfahren nach Prüfer & Rexroth [7] getestet.

Die Population dieser Untersuchung entspricht den Unternehmen in der deutschsprachigen Schweiz entsprechend der Betriebszählung 2001. Dar-

aus wurde eine randomisierte Stichprobe von 1 000 Betrieben gezogen, die anhand der allgemeinen Schweizerischen Systematik der Wirtschaftszweige proportional zur Verteilung der Betriebe pro Branchen und pro Grösse (Anzahl Angestellte) ist [8].

Die Datenanalyse erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 12.01. Die Daten wurden statistisch mit deskriptiven (Häufigkeiten, Kreuztabellen) und explorativen (Chi-quadrat, ANOVA Zweiweg-Analysen, log. Regression) Methoden analysiert.

Resultate

Es wurden 1 000 Fragebogen verschickt, 49 Adressen waren ungültig, somit entsprach das Sample 951 Unternehmen. Bis zum Stichtag wurden 232 Fragebogen retourniert. Dies entspricht einem Rücklauf von 24.4 %.

Art der Angestellten mit psychischen Gesundheitsproblemen

In 16 % der Unternehmen (37 von 232) werden Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen oder Krankheiten angestellt. Die häufigsten genannten psychischen Gesundheitsprobleme oder Krankheiten der Angestellten in dieser Untersuchung sind: depressive Symptomatik (22), Alkoholabhängigkeit (21), Stress (17), Burnout (14), Drogen und/oder Medikamentenabusus (12), Angststörungen (9). Es sind die grösseren Unternehmen ab 10 Angestellten (61 %), welche Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen angestellt haben gegenüber den kleineren Unternehmen (39 %).

Betriebsinterne Unterstützung für Angestellte mit psychischen Gesundheitsproblemen

Vierundzwanzig von 232 Unternehmen bieten interne Unterstützung für ihre Mitarbeitenden an, meist in Form von persönlichen Gesprächen. In grösseren Unternehmen (ab 10 Angestellten) wird signifikant öfter eine Form von Unterstützung angeboten als in kleineren (Chi-Square, $p = 0.002$). Auch mit logistischer Regression zeigte sich die Betriebsgrösse signifikant ($p = 0.002$), Geschlecht der Personalverantwortlichen ($p = 0.296$) oder Branche ($p = 0.679$) aber nicht.

Externe Unterstützung für Unternehmen

Über die Hälfte der 232 (129) Unternehmen gaben ihre Bereitschaft an, eine externe Unterstützung für ihr Unternehmen in Anspruch nehmen zu

wollen, kennen jedoch keine existierenden Angebote. Die Resultate zeigten, dass Coaching, Information und längerfristige Beratung die wichtigsten Formen einer externen Unterstützung, und finanzielle Anreize, Beratung durch Stellenvermittlungen und gesetzliche Beratung die unwichtigsten sind (ANOVA Varianzanalyse: die Art der Unterstützung ist entscheidend, nicht aber Branche oder Grösse des Unternehmens, $p = 0.001$).

Einstellungsfaktoren

Die wichtigsten Faktoren für Unternehmen, jemanden mit psychischen Gesundheitsproblemen einzustellen, sind (in absteigender Reihenfolge) Zuverlässigkeit, die persönlichen Fähigkeiten, die Absenzen, die Art der Arbeit und die Art des psychischen Gesundheitsproblems. Dabei wurden sowohl die Summe und der Durchschnitt der vergebenen Ränge berücksichtigt als auch die Häufigkeit der Platzierung auf dem ersten Rang (s. Tab.). 10 Faktoren konnten auf Rang 1 (am wichtigsten) bis Rang 10 (am unwichtigsten) platziert werden. Der Faktor »Zuverlässigkeit« wurde am häufigsten (44-mal) auf Platz 1 gesetzt.

	N	Mittelwert	Std. Abweichung	Häufigkeit der Platzierung auf 1. Rang
Zuverlässigkeit	149	3.30	2.285	44
Fähigkeit	149	3.74	2.258	30
Absenzen	151	4.14	2.638	27
Art Arbeit	147	4.22	2.320	17
Art der Krankheit	146	4.50	2.946	37
Unfallgefahr	143	5.06	3.059	26
Ökonomische Belastung	144	6.12	2.496	6
Reaktionen	144	7.06	2.529	5
Unterstützung	139	7.32	2.701	6
Image	141	7.38	2.545	4

Tabelle: Summe, durchschnittliche Rangplatzierung (je tiefer, desto wichtiger) und Häufigkeit der Faktoren auf dem ersten Rang

Auf die offene Frage, bei welchen psychischen Gesundheitsproblemen oder Krankheiten die Unternehmen ungern jemanden beschäftigen würden, schwangen Drogen- (77 Nennungen) und Alkoholprobleme (67) weit

obenaus, gefolgt von Schizophrenie (35 Nennungen). Umgekehrt könnten sich Unternehmen am ehesten bei einer Depression, bei Stress und Angst vorstellen, trotzdem jemanden zu beschäftigen.

Diskussion

Der Anteil der Unternehmen, die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen beschäftigen, ist mit 16 % deutlich höher als in andern internationalen und nationalen Erhebungen [9]. Laut einer vergleichbaren CH - Untersuchung [10] beschäftigten 8 % aller Firmen mindestens eine Person mit einer Einschränkung, worunter Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterrepräsentiert sind. Der doppelt so hohe Anteil in dieser Untersuchung könnte mit der Breite des verwendeten Begriffs „psychische Gesundheitsprobleme“ erklärt werden. Es wurden jedoch in der Schweiz [9] bei 10 bis 20 % der Bevölkerung zurzeit bestehende ernsthafte psychische Störungen festgestellt, und dieser Punktprävalenz gegenüber wird die hohe Prozentzahl in dieser Untersuchung plausibel.

Dass am häufigsten Personen mit depressiver Symptomatik und Alkoholabhängigkeit beschäftigt waren, entspricht einerseits exakt der Antwort auf die Frage, bei welchen Störungen Unternehmen trotzdem jemanden einstellen würden (Depressionen an erster Stelle). Die Beschäftigungslage der Personen mit Alkoholabhängigkeit widerspricht andererseits den Angaben, wonach Unternehmen ungern jemanden mit Alkohol- und Drogenproblemen einstellen. Das Resultat stimmt aber insgesamt mit der Literatur überein: ob die Diagnose in der Beschäftigungspraxis eine Rolle spielt, wird seit Jahren kontrovers diskutiert.

Insgesamt ist der Faktor Zuverlässigkeit am bedeutendsten für die Unternehmen, er ist aber gerade bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen problematisch, da diese gekennzeichnet sind von Unregelmäßigkeiten und physischen Verläufen.

Schlussfolgerung

Integrationsbemühungen von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in den freien Arbeitsprozess sind bei kleineren Unternehmen verbunden mit grundsätzlicher Information über interne und externe Unterstützungsmöglichkeiten. Sie sind ausserdem, unabhängig von Grösse und Branche der Unternehmen, verbunden mit Aufklärung, Sensibilisierung

und Information über psychische Gesundheitsprobleme allgemein und besonders über Abhängigkeitsprobleme und Schizophrenie. »Health professionals«, sei dies spitalintern, auf Rehabilitationsabteilungen, oder spitalextern, beispielsweise als Case Manager bei Krankenkassen, sollten den Faktor der Zuverlässigkeit prioritär behandeln.

Literaturverzeichnis

1. **Bundesamt für Statistik**, Hrsg. IV-Statistik, 2005. 2005, Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
2. **Pfamatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z. und H. Brenner**: Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken. Eine Standortbestimmung. Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb, 2000. 68: p. 61-9.
3. **Rüesch, P., Meyer, P., Graf, J. und D. Hell**: Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. 2002, Psychiatr Prax., 29: p. 68-75.
4. **Bond, G., Drake, R., Mueser, K. und D. Becker**: An update on supported employment for people with severe mental illness. Psych Serv., 1997. 48: p. 335-46.
5. **Nicol, M., Robertson, L. und J. Connaughton**: Life skills programmes for chronic mental illnesses (Cochrane Review). 1998, Chichester, UK: The Cochrane Library, Willey & Sons.
6. **Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. und P. Huxley**: Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). 2004, Chichester, UK: The Cochrane Library 4, Willey & Sons.
7. **Prüfer, P. und M. Rexroth**: Zwei-Phasen-Pretesting. 2000, Mannheim: Zuma-Arbeitsbericht 8: p. 1-21.
8. **Bundesamt für Statistik**, Hrsg. Bundesamt für Statistik/Themen/Industrie und Dienstleistungen/ Unternehmen_Kennzahlen/Nomenklaturen, Inventare/Publikationen/ Umsteigeschlüssel (Internet). 2004, Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
9. **Rüesch, P. und P. Manzoni**: Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. 2003, Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
10. **Baumgartner, E., Greiwe, S. und T. Schwarb**: Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz: Studie zur Beschäftigungssituation und zu Eingliederungsmassnahmen. 2004, Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Hauptvortrag Ausgemessen: Die Anwendung von Messskalen in der psychiatrischen Pflege

Patrick Callaghan

Einleitung

In diesem Beitrag werde ich die Verwendbarkeit von Messskalen in der psychiatrischen Pflege aufzeigen. Dazu werde ich kurz definieren was Messskalen sind, aufzeigen warum sie angewendet werden, die Gestaltung und Evaluation von Messskalen vorstellen, die Bedeutung der Antworten auf Skalen diskutieren, Vorteile und Grenzen ihrer Anwendung darstellen und einige Beispiele von Messskalen, die in der psychiatrischen Pflege angewendet werden, geben.

Was ist eine Messskala?

Eine Messskala ist ein Instrument zur Messung der berichteten Gemütsverfassung einer Person oder des berichteten Verhaltens, der Selbstdarstellung, der Haltung, der Intentionen, der Fähigkeiten, der Persönlichkeit, der Wertvorstellungen, der kognitiven Funktionen oder des Stils, der Vorlieben und der Bewältigungsmechanismen. Der Begriff Messskala wird häufig synonym mit den Bezeichnungen Beurteilungsskala, Test, Bestandsaufnahme, Fragebogen oder Messinstrument verwendet.

Warum eine Messskala nutzen?

Hinter der Anwendung von Messskalen liegt eine, dem amerikanischen Psychologen Edward Thorndike zugeschriebene, Haltung: wenn etwas existiert, so existiert es in einer bestimmten Menge; wenn es in einer bestimmten Menge existiert, dann kann es gemessen werden.

Skalen sind auf mehrere Arten nützlich: Sie erlauben die Einschätzung von Klienten als Ausgangsbasis für die Messung des Erfolgs von pflegerischen Interventionen, sie ermöglichen die Messung des Verhaltens von anderen, sie erleichtern die Berichterstattung über Aspekte des Gemütszustandes oder das Verhalten von Menschen; in der Forschung dienen sie als Werkzeug zur Einschätzung von Verhalten und in einer Begutachtungssituation erlauben sie die Einschätzung der Leistungsfähigkeit. Es ist wichtig darauf

hinzuweisen, dass die Anwendung von Messskalen nicht die fundierte klinische Beurteilung in der klinischen Praxis ersetzen kann, aber sie kann eine hilfreiche Ergänzung sein, die dazu beitragen kann, die klinische Beurteilung zu verbessern.

Die Gestaltung und Evaluation von Messskalen [1, 2]

Die Psychometrie bezeichnet die Konstruktion von reliablen und validen Messskalen. Die Anwendung von Skalen, deren Reliabilität und Validität schwach sind, ist eine große Gefährdung der Validität einer Forschungsarbeit, es ist unethisch und kann zu falschen Ergebnissen führen. Deswegen sollten Sie, wenn Sie die Nutzung von Messskalen planen, sicherstellen, dass diese reliabel und valide sind. Sie können sie selbst entwickeln und auf ihre Reliabilität und Validität testen oder andere können das bereits getan haben. Ich werde jetzt den Prozess der Etablierung des psychometrischen Status von Messskalen beschreiben.

Fehler

Alle Messskalen können Fehlern unterschiedlichen Ausmaßes unterliegen. Zwei Fehlertypen sind offensichtlich: systematische und zufällige Fehler. Systematische Fehler – zum Beispiel ein Fehler in Zusammenhang mit einer Uhr, die alle 24 Stunden einige Minuten verliert, stellt kein Problem dar, da dies zu allen Messungen auftritt. Zufällige Fehler sind ein größeres Problem, da sie zufällig und nicht bei jeder Messung auftreten. Nachfolgend die Quellen für zufällige Fehler:

- Teilnehmer, die aufgeregt, müde oder krank sind, während sie die Messskala ausfüllen
- Teilnehmer, die raten
- Mangelhafte Instruktionen
- Unklares Format für Antworten
- Subjektive Bewertung
- Zu wenig Items

Prädiktoren für zufällige Fehler beinhalten das Alter und den Status der Teilnehmer, die Anzahl der Items, die Interkorrelation zwischen den Items und der internen Konsistenz (siehe unten) des Messinstruments [1].

Jede Person hat bei jedem Messinstrument eine wahre Punktzahl. Der Punktwert, den eine Person bei einem Messinstrument erreicht, ist eine erreichte Punktzahl. Die Differenz aus der wahren und der erreichten Punktzahl ergibt sich aus den zufälligen Fehlern. Teilnehmer mehrfach zu testen und den Mittelwert zu nehmen, gibt uns die wahre Punktzahl und trägt dazu bei, zufällige Fehler zu reduzieren. Trotzdem ist es oft schwer die Teilnehmer bei mehr als einer Gelegenheit zu testen. Deswegen müssen wir das Beste aus der erreichten Punktzahl machen. Um zufällige Fehler in einer erreichten Punktzahl zu finden, errechnen wir die Standardmessfehler (SEM). SEM wird mit der folgenden Formel errechnet:

$$SE = SD/1-r_{tt}$$

Wobei: SD= Standardabweichung und r_{tt} = Test-Retest-Reliabilität (siehe unten)

Je höher die SEM, desto höher sind die zufälligen Fehler; je höher die zufälligen Fehler sind, desto größer ist die Ungenauigkeit des Messinstruments; je größer die Ungenauigkeit des Messinstruments ist, desto schwächer ist die Reliabilität.

Die Bestimmung der Grenzwertpunktzahl

Goodwin hat relevante Literatur über Methoden zur Bestimmung der Grenzwertpunktzahl und über Messinstrumente gesichtet [3]. Die Bestimmung der Grenzwertpunktzahl scheint ein komplexer Prozess zu sein. Allerdings erscheint die Angoff-Methode, die am meisten genutzte Methode zur Bestimmung der Grenzwertpunktzahl, sehr viel einfacher. Dazu gehört die Nutzung von Expertenurteilen zur Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass eine wenig qualifizierte oder wenig kompetente Person die Frage korrekt beantwortet. Aspekte, die in Zusammenhang mit der Angoff-Methode bedacht werden müssen, sind die optimale Anzahl von Experten, wie diese am besten ausgewählt und geschult werden können sowie die beste Zeit und der beste Ort, um ihre Beurteilungen einzuholen.

Für die Evaluation eines Messinstruments werden sechs Kriterien empfohlen [4]:

1. Ob sich das Messinstrument auf eine spezifische diagnostische und/oder therapeutische Fragestellung richtet

2. Klinische Nützlichkeit
3. inkrementelle Validität
4. Standardisierung
5. Reliabilität
6. Validität

Reliabilität

Reliabilität ist der Grad der Konsistenz mit der eine Skala das Konstrukt, für das sie entwickelt wurde, misst; Unterschiedliche Typen der Reliabilität sind Test- Retest, interne Konsistenz, parallele Form, und Inter-Rater- Reliabilität.

Test-Retest Reliabilität

Dies beinhaltet die Sets der Punktwerte der Teilnehmer zu korrelieren, indem man den gleichen Test zu zwei verschiedenen Zeitintervallen nimmt. Damit die Test-Retest-Reliabilität bedeutungsvoll ist, muss sie hoch sein: als Minimum wird ein Korrelationskoeffizient von 0.80 empfohlen, die Stichprobe der Teilnehmer sollte repräsentativ sein, das Zeitintervall zwischen den beiden Testungen sollte bei 3 Monate liegen und die Stichprobengröße sollte mindestens 100 betragen [1].

Reliabilität der internen Konsistenz

Dies bezieht sich auf die Korrelationen – indiziert durch den Alphakoeffizienten- der Items der Skala miteinander. Dies ist eine wichtige Form der Reliabilität, da eine hohe interne Konsistenz als Voraussetzung der Validität angesehen wird und als ein notwendiges oder sogar hinreichendes Kriterium für einen guten Test gilt. Kline [1] schlägt ähnliche Bedingungen für die interne Konsistenz wie für die Test-Retest-Reliabilität vor: Stichprobengröße von mindestens 100 und ein Alphakoeffizient von mindestens 0.70.

Parallele Reliabilität

Dies beinhaltet die Anwendung verschiedener Versionen des gleichen Messinstruments wobei die Punktzahlen der Teilnehmer von jeder Version miteinander korreliert werden. Kline geht davon aus, dass ein Korrelationskoeffizient von 0.90 gebraucht wird, um von einer Vergleichbarkeit der Punktwerte ausgehen zu können [1].

Inter-Rater-Reliabilität

Die Inter-Rater Reliabilität bezieht sich auf die Beziehung zwischen den Einschätzungen des gleichen Verhaltens/Phänomens durch zwei unabhängige Beurteiler. Sie wird durch die Errechnung des A-Kappa- Koeffizienten erhoben. Das akzeptable Minimum liegt bei 0.80 [1].

Validität

Validität ist das Ausmaß, mit dem ein Messinstrument das misst, was es zu messen vorgibt. Verschiedene Typen der Validität sind Augenscheinvalidität, Übereinstimmungs-, Inhalts-, Konstrukt-, Kriterium-, Vorhersage- und inkrementelle Validität. Genau wie bei der Reliabilität argumentiert Kline, dass große, repräsentative Stichproben notwendig sind, um die Validität herzustellen [1].

Augenscheinvalidität

Sie ist nicht wirklich eine Form der Validität, sondern sie misst was die Teilnehmer als Inhalt des Messinstruments wahrnehmen. Trotzdem ist sie wichtig, denn wenn ein Teilnehmer die Validität eines Messinstruments in Frage stellt, kann dies dazu führen, dass er nicht kooperiert. Dies kann die Herstellung der »wahren« Validität gefährden. Die Augenscheinvalidität kann hergestellt werden, indem man die Teilnehmer einfach fragt, was sie denken was die Skala misst.

Übereinstimmungsvalidität

Die Validität der Übereinstimmung wird erhoben, indem man die Punktwerte einer Skala mit einem anderen Messinstrument für das gleiche Konstrukt korreliert. Dies ist problematisch, da es eine Bezugswertmessung des Konstrukts erfordert und, mit Ausnahme einiger Intelligenztests, sind diese kaum zu finden. Wenn es eine solche Bezugswertmessung gäbe, würde diese natürlich die Notwendigkeit der Entwicklung eines neuen Messinstruments in Frage stellen! Man würde Korrelationen mit der Bezugswertmessung in Höhe von 0.75 oder darüber anstreben, wobei sich das Messinstrument ausreichend von der Bezugswertmessung unterscheiden müsste.

Vorhersagevalidität

Die Validität der Vorhersagekraft ergibt sich, wenn das Messinstrument ein anderes Kriterium vorhersagen kann. Das Problem mit der Validität der

Vorhersagekraft besteht darin, ein klares Kriterium zu etablieren, von dem aus sich adäquat und zufrieden stellend vorhersagen lässt. Man misst zum Beispiel Grade der Feindseligkeit von Patienten. Davon ausgehend kann man vorhersagen, dass Patienten mit einem hohen Grad der Feindseligkeit sich aggressiver verhalten. Das Problem ist nun, ein Messinstrument für Aggressivität auszuwählen, das zufrieden stellend mit Feindseligkeit korreliert.

Inhaltsvalidität

Die Inhaltsvalidität ist das Ausmaß in dem Items akkurate Indikatoren für die zu messenden Variablen sind. Sie wird normalerweise durch die Befragung einer Gruppe von Experten in dem jeweiligen Feld hergestellt. Die Inhaltsvalidität kann nur auf klar umrissene Messinstrumente angewandt werden wie etwa Tests zu musikalischen oder mathematischen Fähigkeiten. Messungen von Haltungen oder Persönlichkeitsaspekten sind sehr viel weniger eindeutig. Es werden drei Stadien in der Erhebung der Inhaltsvalidität vorgeschlagen [5]:

1. Beschreibung der Inhaltsdomäne
2. Bestimmung der Bereiche der Inhaltsdomänen, die mit jedem Test- Item gemessen werden.
3. Vergleich der Struktur des Tests mit der Struktur der Inhaltsdomäne.

Diese Autoren empfehlen ebenfalls, dass bei der Beurteilung der Inhaltsvalidität nicht nur der Inhalt der Domänenitems, sondern auch die Präsentation der Items bei den Teilnehmern und die Art der Aufzeichnung und Evaluation der Antworten erhoben werden muss. Es gibt keine einzelne Statistik zur Messung der Inhaltsvalidität. Lawshe [6] schlug eine Inhaltsvaliditätskennziffer (CVR) vor, die das Ausmaß mit dem Expertenurteile mit der Inhaltsvalidität übereinstimmen, angibt. Die Gleichung für die CVR ist:

$$CVR = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Wobei: n_e ist die Anzahl der Beurteiler, die »unentbehrlich« angeben und N ist die gesamte Anzahl von Beurteilern.

Es gibt nur wenig Evidenz zu der Frage wie viele Beurteiler notwendig sind, um die Inhaltsvalidität herzustellen. Wie auch immer, Lawshe (S.568) verdeutlicht, je größer die Anzahl der Beurteiler, desto geringer die Wahr-

scheinlichkeit zufälliger Einschätzungen. Die CVR ist eine Statistik, die dazu dient, spezifische Items auszusondern. Dann wird ein Inhaltsvaliditätsindex, der Mittelwert der CVR Werte, für den gesamten Test errechnet. Je näher der Inhaltsvaliditätsindex (CVI) an 1 ist, desto besser ist die Inhaltsvalidität.

Die Faktorenanalyse ist auch sehr nützlich zur Bestimmung der Inhaltsvalidität. Sie erlaubt festzulegen, ob die Items einer Skala dasselbe Konstrukt messen. Sie zeigt auch, wie gut alle Items zusammen das Konstrukt messen. Kline [7] bietet eine ausgezeichnete Anleitung zur Faktorenanalyse.

Konstruktvalidität

Konstrukte sind abstrakte Attribute, die nicht in einem physischen Sinn existieren wie Intelligenz, Glücklichkeit, Motivation, Haltung, Selbstwert, die aber dennoch übliche Erhebungsbereiche für Forscher und Kliniker darstellen. Deswegen sind reliable und valide Messinstrumente für diese Konstrukte erforderlich. Das Konstrukt ist die Theorie auf dem das Messinstrument basiert. So verfügt zum Beispiel der Eysenck Persönlichkeits-Fragebogen über Inhaltsvalidität, weil er Eysenck's Persönlichkeitstheorie misst.

Murphy und Davidshofer [5, S.115] schlagen 3 Stadien für die Übersetzung von abstrakten in konkrete Konstrukte, eine notwendige Voraussetzung für ein adäquates Messinstrument, vor:

1. Identifikation von Verhaltensweisen, die sich auf das zu messende Konstrukt beziehen
2. Identifikation von anderen Konstrukten und Entscheidung, ob sie in Zusammenhang mit dem zu messenden Konstrukt stehen oder nicht.
3. Identifikation von Verhaltensweisen, die in Zusammenhang mit jedem dieser zusätzlichen Konstrukte stehen und, aufgrund der Beziehung zwischen den Konstrukten, Festlegung ob die Verhaltensweisen in Bezug zu dem zu messenden Konstrukt stehen.

Die Konstruktvalidität wird durch die Testung von theorieinhärenten Hypothesen, hergestellt. In meiner Forschung habe ich die Konstruktvalidität erhoben, indem ich Messinstrumente zu zwei etablierten Theorien, in Bezug auf gesundheitsbezogenes Verhalten, entwickelt und evaluiert habe [8] und, indem ich diese Theorien getestet habe, um zu erheben wie gut

sie das übende Verhalten junger Menschen vorhersagen im Unterschied zu Vorhersagen, die aus früheren Forschungen resultierten.

Die Interpretation von Antworten auf ein Messinstrument

Messinstrumente generieren Punktzahlen, die errechnet werden aufgrund der Erhebung der Antworten einer Person, oder der Antworten eines Sachverständigen auf die Items der Skala. Antworten werden häufig mit einem numerischen Wert belegt, der, wiederum häufig, die Stärke der Antwort anzeigt. Auch Antworten, die mit semantischen Unterschieden belegt sind wie zum Beispiel »stimme stark zu« bis »stimme gar nicht zu«, werden üblicherweise einer Punktzahl zugeordnet. Die Punktwerte der Teilnehmer können auch genutzt werden, um die Antworten zu kategorisieren. Zum Beispiel generiert der Beck Depression Inventory (BDI) einen Punktwert, der die Depression als mild, moderat oder schwerwiegend kategorisiert. Antworten auf Messinstrumente werden selten als einziges diagnostisches Kriterium genutzt. Sie können nützliche Ergänzungen zu anderen Formen der Einschätzung, wie das diagnostische Interview, sein. Zum Beispiel deuten Antworten im Ess-Störungs-Inventar (EDI) nicht darauf hin, dass der Teilnehmer eine Essstörung hat; sie zeigen aber jede Ähnlichkeit der Punktwerte zwischen dem Teilnehmer und den Antworten derjenigen, die mit einer Essstörung diagnostiziert sind, an. Aufgrund der Gefahren durch die Fehlinterpretation von Punktwerten, wird die Nutzung von vielen Skalen und Tests nur jenen, die über einen minimalen Trainingslevel verfügen, gestattet.

Vorteile von Messskalen

Die meisten Messskalen sind einfach zu handhaben und können eine nützliche Ergänzung zu anderen Einschätzungsformen, die dazu dienen den Klinikern zu helfen, zu einer akkuraten Diagnose zu kommen, sein. Aus Messskalen generierte Punktwerte bieten einen Bezugswert, von dem aus die Wirksamkeit und Effizienz von Interventionen erhoben werden kann. Messskalen können nützlich sein, wenn es darum geht Menschen eine Rückmeldung zu geben in Bezug auf ihre, für eine bestimmte Anforderung erforderliche Leistung.

Grenzen von Messskalen

Antworten auf Messskalen sind gewöhnlich auf die Beantwortung der Items der Skala beschränkt und können deshalb nicht die Gesamtheit der Sicht der Teilnehmer widerspiegeln. Messskalen erfordern häufig, dass der Nutzer in ihrer Anwendung trainiert ist, was teuer und zeitaufwändig sein kann. Außerdem ist es auch schwer zu interpretieren, welche Bedeutung die Punktwerte der Teilnehmer auf Skalen in der Praxis haben. Deswegen können Referenzinterventionen als Punktwerte problematisch sein. Es ist auch nicht einfach zu bedeutungsvollen Grenzwertpunktzahlen zu kommen, die zur Antwortkategorisierung notwendig sind. Zum Beispiel im BDI hängt die Kategorisierung von jemandem als mild, moderat oder schwer depressiv von kleinen Unterschieden in den Punktwerten ab. In der Realität ist die Depression selten so einfach zu kategorisieren.

Beispiele von Einschätzungsskalen, die in der psychiatrischen Pflege angewandt werden [9]

- Die Short Form-12 [SF-12] – Ein Messinstrument für die allgemeine psychische und physische Gesundheit
- Die Health of the Nation Outcome Scale [HoNOS]
– ein Messinstrument mit 12 Verhaltenskategorien und der Gemütsverfassung, verbunden mit dem psychischen Gesundheitsstatus
- Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]
– ein Messinstrument für psychiatrische Symptome
- Edinburgh Post Natal Depression Scale [EPNDS]
– ein Messinstrument für depressive Symptome in Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes
- Beck Depression Inventory [BDI]
– ein Messinstrument für depressive Symptome
- Side Effects Checklist [SEC]
– ein Messinstrument von Nebenwirkungen gebräuchlicher psychiatrischer Medikamente
- Suicide Assessment and Management [SAM]
– ein Messinstrument für suizidale Absichten und vorausgehende, selbst- verletzende Verhaltensweisen
- Social Functioning Scale (SFS) –
ein Messinstrument für alltägliche Funktionen, die durch psychische Gesundheitsprobleme beeinträchtigt sein können

- Carers' Assessment of Managing Index (CAMI)
– Ein Messinstrument für Stress und Coping bei Personen, die für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sorgen
- Nurses Observation Scale for In-patient Evaluation [NOSIE]
– ein Messinstrument für den mentalen Status und das Verhalten von Nutzern stationärer psychiatrischer Einrichtungen
- Nurses Evaluation Rating Scale – [NERS]
– ein Messinstrument für das Verhalten von Nutzern stationärer psychiatrischer Einrichtungen, das den Grad ihrer Abhängigkeit anzeigt.

Schlussfolgerung

Messskalen sind nützliche Werkzeuge, die psychiatrische Pflegende nutzen können, um die Qualität der Pflege, die sie anbieten und die Qualität der Forschung zu verbessern. Dennoch, bevor psychiatrisch Pflegende Messskalen anwenden, müssen sie sicherstellen, dass die Messinstrumente dem Zweck gerecht werden und dass die Skalen reliabel und valide sind. Pflegende müssen verstehen warum sie Messinstrumente nutzen und dafür sorgen, dass sie für die Nutzung auch qualifiziert sind.

Literatur

1. **Kline, P.:** (2000a) The Handbook of Psychological Testing, 2nd Edition. London, Routledge
2. **Kline, P.:** (2000b) The New Psychometrics: Science, Psychology and Measurement. London, Routledge
3. **Goodwin, L. D.:** (1996) Determining Cut-Off Scores. Research in Nursing and Health 19, 249-256
4. **Anastasi, A.:** (1988) Psychological Testing. 6th Edition. New York: MacMillan.
5. **Murphy, K. R. & Davidshofer, C. O.:** (1994) Psychological Testing: Principles and Applications 3rd Edition Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
6. **Lawshe, C. H.:** (1975) A quantitative approach to content validity Personnel Psychology, 28, 563-575
7. **Kline, P.:** (1994) An Easy Guide to Factor Analysis. London, Routledge
8. **Callaghan, P. and Norman, P.:** (2006) Predicting exercise in young people comparing the Theory of Planned Behaviour and the Transtheoretical Model of Change. Manuscript under review
9. **Andrews G. and Jenkins R.:** (Eds) (1999). Management of Mental Disorders (UK Edition), Sydney: WHO Collaborating Centre for Mental Health and Substance Misuse.

Umgang mit Gewalt und Aggression in der psychiatrischen Pflege: Erfahrung 5 Jahre CFB- Training

Margret Puppa, Britta Schneider

Das Diakoniekrankenhaus Rotenburg/Wümme GmbH ist ein 800 Betten-Krankenhaus, ist Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen und zählt zu den größten und am besten ausgestatteten Krankenhäusern in Norddeutschland. In diesem Schwerpunktkrankenhaus befindet sich eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene mit 100 Betten und eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit 40 Betten.

Die Klinik für **Psychiatrie und Psychotherapie** besteht seit **1998** als eigenständige Klinik. Neben den vier Stationen mit 80 stationären Plätzen gehören zu ihr eine Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen sowie eine große Institutsambulanz. Die Klinik hat einen Versorgungsauftrag für die Landkreise Rotenburg und Verden. Hier wohnen ca. 209.000 Menschen. In der Klinik werden erwachsene Patienten mit dem gesamten Spektrum der psychischen Erkrankungen behandelt, z.B. Psychosen, schwere Angsterkrankungen, Suchterkrankungen. Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen im sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Im stationären Bereich sind die vier Stationen heterogen belegt. Alle Stationen nehmen auch akut und schwer erkrankte Patienten auf; die Stationstüren werden – sofern erforderlich – im Bedarfsfall vorübergehend geschlossen. Spezielle therapeutische Gruppenangebote sind stationsübergreifend organisiert. Kooperationspartner der Klinik sind u.a. die sozialpsychiatrischen Dienste der beiden Landkreise, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, Einrichtungen des betreuten Wohnens und Heime.

Ein besonderes Anliegen der Klinik ist es, den Mitarbeitern aller Berufsgruppen eine intensive Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. Unter anderem nimmt **jeder** Mitarbeiter des Hauses an einem speziellen Training zur Aggressionsbewältigung in dem ein integratives Konzept zur Aggressionsprävention und –kontrolle vermittelt wird. Seit 2000 sind diese Schulungen zur **»Kontrolle und Physische Beherrschung« (CFB) verpflichtend.**

Gewohnte Denk- und Verhaltensstrukturen mussten durchbrochen und die Kreativität gefördert werden. Diese Schulung beinhaltet psychoedukative, kommunikationspsychologische und Verhaltenstrainingselemente, schwierige Situationen werden mit Schauspielern unter »Life-Bedingungen« geübt. Es gibt regelmäßige »Auffrischungstrainings«, diese gewährleisten die Beibehaltung des neugewonnenen Könnens.

Ausgangslage

In den ersten Monaten nach Eröffnung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie war die Häufigkeit von Patientenübergriffen und Gewalttätigkeiten gegen Gegenstände und Personen auffallend hoch. Mitarbeiter hatten Angst dort zu arbeiten, sie fühlten sich unsicher und hilflos. Die Erfassung der Angriffe erfolgte über die Verbandbücher der zuständigen Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Diverse Hämatome, Prellungen, Schmerzen, Faustschläge ins Gesicht, Fußtritte, Zerrungen und noch vieles mehr wurden beschrieben. Diese völlig unstrukturierte Ersterfassung las sich wie ein spannendes Buch. Man konnte nur vermuten, welches Leid sich dahinter abgespielt hatte und welche Missachtung und Geringschätzung stattgefunden hat. Als Reaktion auf diese Aufzeichnungen erschien es dringend notwendig, die Mitarbeiter zu diesen Thema zu schulen mit dem Ziel, Ängste abzubauen, die Tötlichkeiten zu vermindern und die Erstellung einer Dokumentation zur konkreten Feststellung und Bearbeitung von Vorkommnissen. Wir haben den Auftrag, Patienten zu versorgen und zu behandeln. Das ist jedoch nur in einem gewaltfreien Umfeld möglich. Außerdem tragen wir Verantwortung dafür, dass Mitarbeiter vor Gewalt geschützt werden und es ist darum eine Herausforderung, dem Ausdruck von Gewalt kompetent und professionell zu begegnen.

Die Schulung der Mitarbeiter umfasst **alle Berufsgruppen** der psychiatrischen Klinik, einschließlich Chefarzt, Oberärzte, Assistenzärzte, Pflegefachkräfte, Psychologen, Sozialdienstmitarbeiter, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Mitarbeiter in den Ambulanzen und MA, die die Erstversorgung übernehmen, bei uns in der Notaufnahme. Neben theoretischen Unterweisungen gab es diverse praktische Schulungen im Umgang mit Gewalt, aber auch im Umgang mit dem eigenen Verhalten.

Zunächst wurden drei Trainer ausgebildet und danach eine Konzept und Plan zur Grundschulung von über 100 Mitarbeitern aufgestellt. Danach

müssen regelmäßige Auffrischungseinheiten durchgeführt werden und die neuen hinzugekommenen Mitarbeiter geschult werden
Wichtig ist noch, es ist für alle Mitarbeitern Arbeitszeit, d.h. **fünf** Arbeitstage für den Grundkurs und **einen** Arbeitstag für den Auffrischkurs.
Unterstützung und Beratung holten wir uns zunächst von einem Trainerkollegen aus dem benachbarten Bundesland Bremen. Wichtig war uns ebenfalls die Betreuung der Mitarbeiter **nach** tätlichen Übergriffen. Hierzu gehörte die Erstellung eines Sicherheitskonzeptes für die Klinik.
Das Controlling über die Teilnahme erfolgt über einfache Exellisten.
Die Dokumentation der »Besonderen Vorkommnisse« erfolgt über ein spezielles »gelbes« Formular, welches in der Patientenakte und beim Chefarzt verwaltet wird und somit »Höchste Wichtigkeit« hat.

2006

Wir können sagen: »Ziel ist erreicht« und wir sind stolz auf die Ergebnisse. Gegenwärtig sind noch 1 – 2 Grundkurse pro Jahr erforderlich und mehrere Auffrischkurse.

Die Rückmeldungen der Kursteilnehmer sind sehr positiv. In erster Linie fühlen sich die Mitarbeiter sicher, sie haben deutlich weniger Angst in nicht überschaubaren Situationen und der Umgang im Team ist ebenfalls deutlich besser. Gleicher Wissenstand führt zu größter **Verlässlichkeit** und schafft **Vertrauen**. Es gibt für alle verbindliche Regeln.

Durch die Dokumentation und die vorgegebene Abfolge von Nachbesprechungen ist gewährleistet, dass die Ereignisse in der bedrohlichen Intensität, die sie für den MA bedeutet, wahrgenommen wird. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter ist nach Umfragen deutlich gestiegen. Die Ausfallzeiten für Verletzungen/psychische Überforderung durch Umgang mit Gewalt sind gesunken. Es gibt eine Warteliste bei den Bewerbungen in die Psychiatrie. Die Arbeit dort macht den Mitarbeitern Freude.

Jüdische Menschen mit Verfolgungserfahrungen als Klientel in der gerontopsychiatrischen Pflege

Andrea Zielke-Nadkarni

Hintergrund

Jüdische Menschen mit Verfolgungserfahrungen aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten sind Zielgruppe einer von der Robert Bosch Stiftung geförderten Studie zur Erhebung der besonderen Pflege- und Versorgungsbedürfnisse dieser ethnischen Minorität, die hier mit Blick auf die gerontopsychiatrischen Aspekte vorgestellt werden soll. Die internationale Literatur befasst sich vorrangig mit Opfern des Holocaust, weil sie die meisten pflegerischen Besonderheiten aufweisen. Da Verfolgungserfahrungen auch Teil des Lebens der jüdischen Flüchtlinge aus der GUS sind – sei es durch die Nazis, sei es durch die verschiedenen Regime ihres Herkunftslandes – und da auch in den deutschen Jüdischen Gemeinden und unter den BewohnerInnen von Pflegeheimen Holocaust-Opfer bzw. NS-Verfolgte leben (Bloch & Weitzel-Polzer, 2001), bilden die international erhobenen Erkenntnisse hilfreiche Ausgangspunkte für eine adäquate Pflege und Betreuung hierzulande.

Einleitung

Seit 1991 kommen die meisten **jüdischen MigrantInnen als Kontingentflüchtlinge aus der GUS** nach Deutschland (Migrationsbericht, 2001: 34). Dieser Status beinhaltet die Zuwanderungsberechtigung aller Personen, die nach staatlichen Personenstandsurkunden die jüdische Nationalität besitzen. Als Folge dieser Regelung hat sich die Anzahl jüdischer Flüchtlinge aus dieser Region mit rd. 154.000 Menschen nahezu verfünffacht. Die Flüchtlinge wurden häufig aufgrund des bestehenden Staats- und Volksantisemitismus zur Emigration veranlasst. Sie erlebten Verfolgung, z.T. verbunden mit dem Einmarsch und der Besetzung der Armee Hitlers, z.T. ein zweites Mal durch die nachfolgenden kommunistischen Regimes, und sie leiden infolge ihrer entsetzlichen Biographien unter gerontopsychiatrischen Folgeerkrankungen, aus denen spezifische Versorgungsbedarfe resultieren. Rund 45 Prozent der Zuwanderer sind 50 Jahre alt, 15% 70 Jahre oder älter, so dass Pflegebedürftigkeit, auch aus Altersgründen, absehbar ist.

Ziele/Fragestellung

Erhebung der pflegerischen Bedürfnisse der Zielgruppe unter Bezug auf ihre Biographie sowie die Entwicklung von Umsetzungsstrategien für die gerontopsychiatrische Pflegepraxis

Methode

Qualitativ-explorative Studie auf der Basis der Developmental-Research-Sequence-Methode nach Spradley (1979) sowie eine umfangreiche internationale Literaturstudie.

Material

Ethnographische Interviews mit pflegeerfahrenen jüdischen Flüchtlingen (n = 13) mit semistrukturiertem Leitfaden, der auf den Ergebnissen der internationalen Literaturstudie basiert.

Ergebnisse

Bis heute wirken die Folgen der Verfolgungserfahrungen bei vielen Opfern und ihren Kindern in Form unterschiedlicher Gesundheitsstörungen nach, die Pflegebedürftigkeit auslösen. Neben Einsamkeit und seelischen Problemen stehen gerontopsychiatrische Krankheitsbilder wie Demenz, Depressionen, chronische Ängste, Psychosen, Schlaf-, Kognitions- und Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Hinzu kommen Retraumatisierungsprobleme, die sich aus dem institutionellen Charakter von Pflegeeinrichtungen ergeben, wenn Pflegefachkräfte nicht entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen.

Diskussion

Vor dem Hintergrund der traumatischen Biographien wird es zur Aufgabe der Pflegenden, Beistand in persönlichen Krisensituationen und bei der Bewältigung der beängstigenden Vergangenheit zu gewähren. Für die Pflegenden ergibt sich daraus zum einen die Notwendigkeit der Biographiearbeit, um die individuelle Lebens- und Familiengeschichte der Verfolgung in ihrem Sinnzusammenhang mit auftretenden Krankheitserscheinungen und Bewältigungsstrategien im salutogenetischen und pathogenetischen Sinne verstehen zu können, zum anderen die Notwendigkeit des Wissens um den historischen Hintergrund, da nicht alle Patienten in der Lage sind, über ihre Erlebnisse zu sprechen.

Schlussfolgerungen

Aus den Befunden lassen sich besondere Pflegeanforderungen gerontopsychiatrischer Patienten ableiten, die sich auf das posttraumatische Erleben im Alter, soziokulturelle Aspekte, die strukturellen Voraussetzungen der Pflege sowie auf die Belastungen der 2. Generation als pflegende Angehörige beziehen und voraussetzen, dass Biographien in den Kontext der Pflege hinein geholt werden.

Literatur

1. **Bloch, B. und Weitzel-Polzer, E.:** Bewahrer der Tradition. Jüdische Altenhilfe 2001. 11: p. 38-41.
2. **Migrationsbericht** der Ausländerbeauftragten im Auftrag der Bundesregierung, hrsg. v. der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen. 2001, Berlin Bonn.
3. **Spradley, J.P.:** The ethnographic interview. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1979, Fort Worth.

Wellness als Gesundheitsdienstleistung im Konzept der klinischen Psychiatrie

Sibylle Ahl

Wellness ist ein Begriff, mit dem Menschen »sich etwas Gutes tun« verbinden. Also, die beste Voraussetzung um ihn zu gebrauchen, im Rahmen professioneller Pflege, in der Medizin allgemein und für einen neuen sinnvollen Lebensstil. Das Gesundheitswesen zerreißt sich zwischen Dienst- und Erwerbswirtschaft. Der Markt für Gesundheitsdienstleistungen und Wellness steckt nach Expertenmeinung noch in seinen Anfängen und wird in Zukunft weiter wachsen.

Die Entwicklungen aus sehr unterschiedlichen Gesundheitsbereichen haben gemein, dass Gesundheit immer weniger als »gegeben«, sondern als »gemacht« gefasst wird. Auch die psychiatrische Pflege nahm eine beachtliche Entwicklung. Die Forderungen der Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 waren der Anstoß für eine umfassende Reformbewegung. Die 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personal-Verordnung schrieb erstmals in der Geschichte der deutschen Krankenpflege deren Kompetenz und Aufgabenvielfalt gesetzlich fest. Auch das neue Gesetz über die Berufe der Krankenpflege steht für Veränderung, die neue Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin/Krankenpfleger drückt deutlich die gewünschte Richtung aus.

Nach dem Oxford English Dictionary gehört das Wort Wellness seit mindestens 1654, als es nachweisbar zum ersten Mal auftauchte, zum englischen Wortschatz und bezeichnete einen Zustand guter Gesundheit und allgemeinen Wohlbefindens. Meist ist darunter eine Mischung aus Gesundheit, Ernährung, Fitness, seelischer Ausgeglichenheit und Wohlfühlen zu verstehen [1, S. 87]. Wellness hat die ganzheitliche Gesundheit von Körper, Geist und Seele zum Ziel. Es ist eine Willensentscheidung für einen Lebensstil, der durch persönliche Verantwortung, Ausgewogenheit und optimale Gestaltung körperlicher, seelischer und spiritueller Gesundheit charakterisiert ist. Wellness ist also auf ganzheitliches Wohlbefinden ausgerichtet, das sich einstellt, wenn man das Leben in Ausgeglichenheit und Harmonie genießen kann [2, S. 7].

Eine Definition von Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta lautet:

»Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern. Ziel ist die Erreichung eines Zustandes vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der dadurch erreicht werden soll, dass Individuen und Gruppen unterstützt werden, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen, sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen. Gesundheit ist ein positives Konzept, das sowohl soziale und individuelle Ressourcen als auch körperliche Fähigkeiten betont.«¹

Im Vergleich der beiden Definitionen, kann Wellness als ein Teilbereich von Gesundheitsförderung definiert werden. Positiv und ganzheitlich orientierte Gesundheitsförderung ist eine sehr wichtige Zukunftsaufgabe für die gesamte gesellschaftliche Entwicklung. Darauf verweist die WHO mit ihrer erneuten Strategie, »Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert« und ebenso der Politik- und Unternehmensberater Leo Nefiodow in seinem Buch »der sechste Kondratieff – Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Informatik«. Demnach ist zugunsten einer gesunden gesellschaftlichen Weiterentwicklung in die Gesundheitsförderung politisch und wirtschaftlich mehr zu investieren als bisher. Leo Nefiodow beschreibt Gesundheitsförderung als eine gesellschaftliche Investitionsaufgabe; finanzielle Ausgaben sieht er eher als Investitionskosten denn als Fehl- oder Reparaturkosten.²

Nach wie vor prägt eine einseitige Akzentuierung körperbezogene Maßnahmen und »handwerkliche Pflege« in vielen Bereichen den Versorgungsalltag, wohingegen beispielsweise edukative, anleitende und beratende Aufgaben einer auf Gesundheits- und Autonomieerhalt zielende Pflege eher vernachlässigt werden [Schaeffer in 3]. Diese Beobachtungen treffen allgemein zu. Die psychiatrische Pflege allerdings hat hier einen klaren Vorsprung. Edukative, anleitende und beratende Aufgaben gehören in vielen psychiatrischen Einrichtungen zum pflegerischen Alltag. Konzepte werden mit dem Schwerpunkt Gesundheits- und Autonomieerhalt formuliert.

¹ zit.N. Original text WHO,1986, aus: www.api.or.at/akis/texte/001/defottawacharta.htm, 31.01.2005

² Vgl. www.Gesundheit-psychologie.de/leitgedanken/Gesundheitspolitik.htm, S.2, 10.02.05

Das Wissen um die entsprechenden Inhalte und die Umsetzung und Planung z.B. in der Pflegeplanung ist eine Ressource für die Einführung der Gesundheitsdienstleistung Wellness in die Psychiatrie, da ein grundlegendes Verständnis für den Prozess und die Ziele vorhanden ist.

In der Pflege wird mehr und mehr über Pflegetheorien und über Pflegemodelle diskutiert. Diese werden in unterschiedlicher Art und Weise in die Praxis umgesetzt. Von der Verwendung von Teilaspekten einzelner Modelle bis hin zur Ausrichtung der pflegerischen Arbeit nach einem Pflegemodell.

Um Wellness -Angebote im Sinne des Kunden oder Patienten zu gestalten reicht die Anwendung allein nicht aus. Die Akteure müssen in der Lage sein individuell zu beraten und zu informieren. Das Wissen um Pflegemodelle, Pflegetheorien und ihre Zusammenhänge wie auch Inhalte von Motivationsarbeit und anderen pflegewissenschaftlichen Grundlagen sind Voraussetzung für qualitativ hochwertige Angebote.

Monika Krohwinkel geht in dem von ihr entwickeltem Bedürfnismodell von einem ganzheitlichen, pflegerischen Paradigma aus, zu dem vier Schlüsselkonzepte gehören. Diese Schlüsselkonzepte umfassen:

- Die Person
- Die Umgebung
- Gesundheit und Wohlbefinden
- Den Pflegeprozess

Das Leben und die Gesundheit einer Person hängen nicht zuletzt davon ab, wie sie mit den existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können, welche sie bei der Verwirklichung ihrer Lebensaktivitäten machen. Aus dieser Sicht leiten sich die AEDLs (Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens) ab, auf die Pflege aufbaut. Diese Methode kann auf die Erhebung des Bedarfs von individuellen Wellness – Anwendungen übertragen werden und stellt damit eine Ressource im Arbeitsbereich Pflege dar. Im Arbeitsfeld der Psychiatrie stellt im Besonderen die eigene Person ein Arbeitsmittel in der Pflege dar. Es bedarf der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, zusammen mit dem Zuwachs von Wissen bezüglich des psychiatrischen Arbeitsfelds, um den Anforderungen der Beziehungsaufnahme und Beziehungsgestaltung gerecht zu werden, die eine zentrale Aufgabe und Anforderung an psychiatrische Pflege stellt.

Pflegemodelle bieten einen theoretischen Hintergrund, die eigene Rolle als Pflegende, den Auftrag und die Handlungsmöglichkeiten zu definieren und zu reflektieren. Es besteht in der Pflege international weitgehende Übereinstimmung darüber, dass professionelle Pflege nach dem Modell des Pflegeprozesses gestaltet werden soll. Dies gilt sowohl für die Pflege ganz allgemein als auch für die Pflege in der Psychiatrie.

Wellness ist ebenfalls ein ständiger, aktiver Prozess und nicht ein Einzelziel. Ausgangspunkt ist dabei das Bewusstwerden der verschiedenen Bereiche im Leben, die für das Wohlbefinden verantwortlich sind. In der Folge sind jene Bereiche zu identifizieren, in denen Verbesserung möglich ist. Der Einzelne wählt aus der Vielzahl an Möglichkeiten jene Aktivitäten aus, die er bevorzugt, um zu einer Verbesserung seines Wohlbefindens zu gelangen. Diese Vorgehensweise ist professionell Pflegenden aus dem Pflegeprozess bekannt.

Eine »Wellness – Pflegediagnose« könnte eine Pflegediagnose sein, die eine Beurteilung über ein Individuum darstellt, das sich in einem Übergangsstadium von einem spezifischen Gesundheitsniveau zu einem höheren befindet. Wellness – Pflegediagnosen setzen primär bei gesunden Anteilen der Patienten an und fordern die Pflege hinsichtlich ihrer Rolle als Gesundheitsberater. Wellness – Pflegediagnosen zielen primär auf die Integration von Stärken und Ressourcen in die Pflege [4].

Die Pflege orientiert sich in meinem Beispiel, dem klinischen Bereich der Klinikum Wahrendorff GmbH, an dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel. Einem konzeptionellen Modell der Aktivitäten und existentiellen Bedürfnisse des täglichen Lebens. Krohwinkel bezieht sich in den Schlüsselkonzepten Mensch, Umgebung, Gesundheit/Krankheit und Pflege auf M. Rogers, D.Orem, N. Rooper und A.H. Maslow.

In allen stationären Bereichen stehen bereits Gruppenangebote und Einzelanwendungen auf dem Plan, die sich in die Bereiche Ernährung, Fitness / Bewegung, Entspannung und Wohlfühlen einordnen lassen. Das Klinikgelände besteht aus einer großen Parkanlage mit altem Baumbestand und vielen Rasenflächen, die zur Bewegung in der Natur einladen. Es finden regelmäßig Spaziergänge statt, Aerobicgruppen, Gymnastikgruppen, Qi-Gong- Übungen u.ä.

In zahlreichen Koch- und Backgruppen lernen die Patienten sich gesund zu ernähren und trainieren gleichzeitig ihre soziale Kompetenz. Für Entspannung sorgen Gruppenangebote mit Inhalten der progressiven Muskelentspannung nach Jakobsen, »Snozel«- Angebote, Imaginationsübungen, Aromaanwendungen und vieles mehr.

Diese schon vorhandenen Angebote und die entsprechende Motivation der Mitarbeiter für dieses Tätigkeitsfeld stellen eine enorme Ressource für das geplante Projekt dar.

Die bewusste Einführung von Wellness in das Konzept der klinischen Psychiatrie hat das Ziel diese Angebote zu sammeln, zu strukturieren, zu benennen und wissenschaftlich zu begründen, gezielt zu schulen und professionell zu bewerten.

Als Antwort auf gesetzliche Bestimmungen und im Rahmen der Qualitätssicherung.

Die Kunden / PatientInnen sollen durch die Mitarbeiter erfahren, was: »Gesund leben und sich wohl fühlen dabei« bedeutet und wie dieser Lebensstil individuell umsetzbar ist.

Lutz Hertel, der Vorsitzende des 1990 gegründeten Deutschen Wellness Verbandes e.V., charakterisierte Wellness als »eine professionelle Gesundheitsstrategie, die deshalb funktioniert, weil sie von den Zielgruppen als leicht und lustvoll erlebt wird«. Gleichzeitig könnte die Aussage von Hertel als Zielformulierung gelten. Der Patient erlebt das Angebot als leicht und lustvoll! Ein Ansatz für optimale Compliance.

Selbstverständlich muss hier eine klare Abgrenzung und Definition erfolgen. Von Angeboten, die als Wellness, also gesundheitsfördernd bezeichnet werden können und Angeboten, die therapeutisch wirksam im Rahmen des psychologisch / ärztlichen Therapieplanes verordnet werden. Für die erfolgreiche Einführung eines Wellness - Konzeptes in die klinische Psychiatrie sprechen eine Vielzahl von Ressourcen und Kompetenzen seitens der Mitarbeiter.

Gelingt es, diese Ressourcen zielgerichtet anzustoßen, werden Motivation und Freude an der Arbeit auf Seiten der Mitarbeiter und ein bedürfnisorientiertes Leistungsangebot auf Seiten der PatientInnen die Früchte sein. Ein Lebensstilkonzept, das in seiner Wirkung körperliches Wohlbefinden,

innere Sicherheit und hohe Lebensqualität verspricht, unberücksichtigt wo wir den Menschen »abholen«.

Literatur

1. **Abicht, L.**, (2001): Gesundheit, Wellness, Wohlbefinden. Bielefeld: Bertelsmann
2. **Chalupa, Martina** (2001): Warum ist Wellness wichtig? Wien: WUV - Univ. - Verlag
3. **Walter, U.**, (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Medizinische Hochschule Hannover
4. **Wermuth, B.**, (2003): Zukunftswerkstatt Pflege
5. **Nefiodow, L. A.** (2000): Der sechste Kondratieff (4.Auflage), Sankt Augustin: Rhein-Sieg Verlag
6. www.api.or.at/akis/texte/001/defottawacharta.htm

»...und plötzlich ist da ein Kind!« Psychiatrische Pflege in der Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychiatrischen Erkrankungen auf einer allgemeinpsychiatrischen Station

Elvira Rave, Frank Jourdan, Christiane Hornstein

Psychische Erkrankungen in der Postpartalzeit und frühen Mutterschaft sind keine Seltenheit, 10 – 15% der jungen Mütter entwickeln eine länger anhaltende Depression innerhalb der ersten 6 Monate nach der Geburt [1]. Angst- und Zwangsstörungen sowie Anpassungsstörungen manifestieren sich ebenfalls häufig in der Peripartalzeit [2]. Bei 1-2 von 1000 Frauen treten psychotische Störungen nach der Geburt auf [3].

Postpartale psychische Erkrankungen unterscheiden sich im Verlauf und Erscheinungsbild nicht von psychischen Erkrankungen, die zu einem anderen Zeitpunkt auftreten. Die psychische Erkrankung einer Mutter kann Auswirkungen sowohl auf die Interaktion mit dem Baby als auch auf ihre funktionellen Fertigkeiten haben. Die frühe Mutter-Kind-Interaktion gilt als wesentlicher Transmissionsweg – unabhängig von genetischen und psychosozialen Risikofaktoren – für die Entstehung von kindlichen kognitiven Defiziten wie von Verhaltensauffälligkeiten [4]. Aus der Literatur ist bekannt, dass die Behandlung der mütterlichen Symptomatik bei postpartalen Störungen alleine nicht ausreicht, um die krankheitsbedingten Interaktionsstörungen zu bessern [5]. Die gemeinsame Behandlung und Betreuung von Mutter und Kind in einer spezialisierten Einrichtung ist hier eine geeignete Therapiemaßnahme.

Im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch werden postpartal psychisch erkrankte Mütter gemeinsam mit ihren Kindern von der Geburt bis zum Alter von 2 Jahren stationär aufgenommen. Seit dem Jahr 2000 wurden ca. 170 Mutter-Kind-Dyaden behandelt.

Rahmenbedingungen

Die Mutter-Kind Behandlung mit 5 Plätzen ist in eine offene allgemeinpsychiatrische Station integriert. Pro Behandlungsplatz steht ein Zimmer mit Kinderbett, Wickelkommode, Babyphon und Nassbereich zur Verfügung. Bei der Ausstattung und Konzipierung der Räumlichkeiten der Sta-

tion wurden insbesondere die speziellen Bedürfnisse von Mutter und Kind berücksichtigt (Essküche mit Spielecke, Rampe für Kinderwagen, Spielecke im Aufenthaltsraum, Fahrstuhl). Die Anzahl der Teammitglieder ist nach der Psychiatrie Personalverordnung für die Regelbehandlung berechnet. Zusätzlich zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelbehandlung erhalten die Mütter ein 6wöchiges- Behandlungsprogramm mit folgenden Therapiemodulen:

Modul 1 Müttergruppe/Gruppentherapie

In der interaktionalen, verhaltenstherapeutischen Gruppe werden typische Rollenkonflikte, Stressoren und Bewältigungsstrategien bearbeitet, sowie entwicklungspsychologische Kenntnisse vermittelt [6].

Modul 2 Videogestützte Einzelpsychotherapie der Mutter-Kind-Beziehung

Geleitet durch die Therapeutin erlebt die Mutter sich selbst in Videosequenzen und Alltagssituationen im Umgang mit ihrem Kind. Inadäquate Verhaltensmuster und negative Gefühle werden bearbeitet.

Modul 3 Unterstützung der Mutter-Kind Beziehung im Alltag

Im Modelllernen (**Pflege und Erzieherinnen**) sowie bei der Babymassage erhalten die Mütter Unterstützung und Entlastung im Umgang mit dem Kind.

Modul 4 Arbeit mit Vätern und Angehörigen

Entlastung, Aufklärung und Konfliktbearbeitung sind Themen von Familiengesprächen und Angehörigenseminaren.

Aufnahmemodalitäten

Die Aufnahmen sind in der Regel geplant und erfolgen nach einem Vorgespräch mit der behandelnden Ärztin. Bereits bei den Vorgesprächen ist der Empfang durch das Pflorgeteam oft ausschlaggebend dafür, ob sich die Betroffenen auf das Behandlungsangebot einlassen können. Hier leistet das Pflorgeteam erste halt- und schutzgebende Interventionen (Fragen der Angehörigen beantworten, Rückzugsmöglichkeiten zum Wickeln oder Stillen verschaffen etc.) Für das Vorgespräch hat das Pflorgeteam eine Liste für den Versorgungsbedarf des Kindes erstellt, die den Eltern ausgehändigt wird. Am Tag der Aufnahme liegt eine wichtige Aufgabe zunächst in der Ein-

schätzung der Versorgungsfähigkeiten der Mutter und dem Erkennen von evtl. Gefährdungsmomenten. Daraus resultierend wird der Unterstützungsbedarf formuliert und im Behandlungsteam entschieden ob diese Unterstützung vom Team übernommen werden kann, ob Angehörige mitaufgenommen werden müssen, bzw., ob das Kind zunächst von Angehörigen zu Hause versorgt werden muss.

Aufgaben im Behandlungsverlauf

Hier wird bereits eine Besonderheit der Mutter-Kind Behandlung deutlich: das Pflorgeteam muss zusätzlich zur Beobachtung der Psychopathologie der Mutter auch deren Versorgungsfähigkeiten einschätzen, Gefahrenmomente für das Kind erkennen, die Mutter-Kind Interaktion beschreiben und alles entsprechend dokumentieren.

Aus der Gesamtheit der interdisziplinären Informationen und Einschätzungen wird mit jeder Mutter ein individueller Therapieplan entwickelt. Der pflegerische Teil wird in der Pflegeplanung festgehalten. Problembereiche können z.B. sein: Kontakt-, Interaktions-, Verantwortungs-, Überforderungs-, und Wahrnehmungsprobleme.

Anhaltspunkte für die Beobachtung, die sich in der Dokumentation wiederfinden, sind:

- Erfüllung der physiologischen Bedürfnisse des Kindes
- Gewährung von Schutz vor Gefahren, von Sicherheit und Geborgenheit
- Emotionale Verfügbarkeit der Mutter im Umgang mit dem Kind
- Kommunikation mit dem Kind
- Gestaltung der räumlichen Umgebung
- Strukturierung des Tagesablaufs
- Auswirkung von Symptomen auf den Umgang mit dem Kind
- Auswirkung der Medikamente auf den Umgang mit dem Kind

Im Verlauf der Behandlung ist die Förderung mütterlicher Kompetenzen auf der Handlungsebene eine wichtige pflegerische Aufgabe (Modul 3). Konkret bedeutet dies z.B. Hilfen bei der Alltagsstrukturierung, Unterstützung bei der Ernährung und Pflege des Kindes, der Aufbau einer emotionalen Bindung durch Hochnehmen, anlächeln, reagieren auf Laute und Blicke und das Anwenden von Beruhigungstechniken. Einige Mütter brauchen Unterstützung darin, die Bedürfnisse ihres Kindes mit den eigenen zu vereinbaren.

Besonderer Beratungsbedarf ergibt sich für die Mütter auch beim Thema Stillen/Abstillen. Die Entscheidung zur Medikamenteneinnahme liegt bei der Mutter, ebenso die Entscheidung, ob sie unter Medikamenten stillen oder abstillen möchte.

Die Behandlerin klärt die Mutter ausführlich über die Vor- und Nachteile des Stillens unter Medikamenten auf. Entscheidet sich die Mutter zum Abstillen, ergeben sich wieder besondere pflegerische Aufgaben.

Partner, Väter und Angehörige werden in die Behandlung einbezogen. Für sie besteht die Möglichkeit auf der Station zu übernachten. Einerseits ist es wichtig die Angehörigen in den therapeutischen Behandlungsverlauf mit einzubeziehen, andererseits bedeutet diese Integration einen erheblichen Mehraufwand (z. B. Regelung der Übernachtungspauschale, Bereitstellung von Bett im Zimmer, Informations- und Beratungsgespräche)

Krisensituationen

Bei einer Gefährdung des Kindeswohls kann die Trennung von Mutter und Kind geplant oder akut notwendig werden. Indikationen zur Trennung können sein: Suizidalität der Mutter bzw. erweiterte Suizidalität, starke oder anhaltende Aggressivität der Mutter, auch wenn diese (noch) nicht gegen das Kind gerichtet ist, Abspracheunfähigkeit, akute psychotische Dekompensation, anhaltende Überforderung mit der Versorgung des Kindes trotz Unterstützungen, drohende Entweichung von der Station mit oder ohne Kind.

Hier ist eine gute Kooperation mit den Angehörigen und in besonderen Fällen mit dem Jugendamt nötig.

Schwierige Situationen entstehen auch, bei einer akuten schweren Erkrankung, bei Unfall oder sonstigen Verletzungen des Kindes. Ein hauseigener Notfallplan (»Notfall beim Kind«) erleichtert hier das Krisenmanagement.

Fazit und Ausblick

Mutter-Kind-Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie ist nicht möglich, ohne einen erhöhten finanziellen Einsatz für die Ausstattung der Station und die Qualifikation und Supervision der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Die Integration zweier Behandlungssettings stellt eine erhöhte in-

haltliche und emotionale Arbeitsbelastung für die Pflegepersonen dar. Die Mutter-Kind-Behandlung erfordert also vom Pflorgeteam ein hohes Maß an Engagement und Motivation [7].

Erfreulicherweise zeigt sich in unserer Mitarbeiterbefragung eine hohe Arbeitszufriedenheit des Pflorgeteams mit ihrer Tätigkeit. So scheint die Wahrnehmung von Erfolgen und Sinnhaftigkeit dieser Form von psychiatrischer Behandlung beim Pflorgeteam zu überwiegen. Das macht Mut für die Zukunft!

Literatur

1. **Riecher-Rössler A., Steiner M.:** Perinatal Stress, mood and anxiety disorders. 2005, Karger: Basel
2. **Henshaw C.:** Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health, 2003, 6(Suppl.2): s33 - s42
3. **Brockington I.:** Motherhood and mental health. 1996, Oxford University Press, Oxford
4. **Laucht M., Esser G., Schmidt MH.:** Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter., Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2002. 31: p. 127-134
5. **Robert-Tissot C., Cramer B., Stern D., Rusconi Serpa S., Bachmann J., Palacio-Espasa F., Knauer D., Murali M., Berney C., Mendiguren G.:** Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. Infant Mental Health Journal, 1996. 17: p. 97 - 114
6. **Wortmann-Fleischer S., Downing G., Hornstein C.:** Postpartale psychische Störungen - Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. 2006, Kohlhammer: Stuttgart
7. **Lenz A.:** Kinder psychisch kranker Eltern. 2005, Hogrefe: Göttingen

Die Einführung eines psychiatrischen Pflegekonsils

Jeannette Rothe

In unserer täglichen Arbeit haben wir mit Menschen mit unterschiedlichen Problemen, Symptomen und Erkrankungen zu tun. Eine fundierte Fachausbildung, Fortbildungen und jahrelange Erfahrungen lassen uns professionell mit diesen Menschen umgehen. Wie erschrocken waren wir aber zu Beginn unserer Tätigkeit in der Psychiatrie? Wir waren verunsichert, hatten in bestimmten Situationen Angst und waren froh, wenn erfahrene Kollegen uns zu Hilfe kamen. Menschen mit psychischen Erkrankungen wirken unter Umständen auf andere bizarr, unnahbar, eben verrückt. Aber was ist »Verrücktsein«?

Es bedeutet, von seiner Position, die man sonst im Leben einnimmt, verrückt zu sein. Nicht alles läuft mehr in gewohnten Bahnen. Plötzlich machen Situationen Angst; es sprechen vielleicht Stimmen zu einem; Gedanken bedrängen einen so stark, dass die Umwelt nicht mehr wahrgenommen werden kann. Oder die Stimmung ist so tief gesunken, dass einen nichts aber auch gar nichts mehr zu einem Lächeln bewegt. Oder jemand »schwebt auf Wolke 7« und nichts kann ihn in seiner Lebenslust erschüttern, bis diese Situation, der wenige Schlaf für ihn zur Belastung wird. Die Umwelt kann nicht mehr klar erfasst werden, derjenige fühlt sich angegriffen und erwehrt sich seiner Haut. So gibt es noch viele Bilder von Menschen in der Psychiatrie.

Wir, Psychiatrietätige, haben gelernt, Symptome zu unterscheiden, Situationen zu erkennen, zuzuhören, geschickt Situationen zu lenken, ohne dem Patienten das Gefühl der Fremdsteuerung zu geben; Verständnis zu entwickeln und in gefährlichen Situation die Ruhe zu bewahren und angemessen zu reagieren bzw. eskalierend zu arbeiten. Denken wir an unsere Anfänge zurück.

Nicht anders ergeht es Menschen, die nichts mit der Psychiatrie zu tun haben. Angst und Unsicherheit verbergen sich oft hinter schneller Diskriminierung und »nichts zu tun haben wollen mit solchen«. Dabei kann es

doch jeden von uns einmal betreffen. Niemand ist gefeit vor psychischen Erkrankungen oder akuten Situationen, die uns aus der Bahn werfen.

Eine psychiatrische Abteilung an einer Universitätsklinik hat immer mit Menschen, die Erkrankungen anderer Fachrichtungen haben, zu tun. Es sind Patienten die eine psychiatrische Nebendiagnose haben. Viele Menschen haben Angst und sind verunsichert, wenn Patienten mit einer psychiatrischen Nebendiagnose zu ihnen kommen. Dies beruht fast immer auf der Unkenntnis, psychiatrische Symptome zu erkennen, einzuordnen und damit umzugehen.

Was tun Menschen, wenn sie Angst haben? Sie versuchen, das was ihnen Angst macht, los zu werden. Es gab Zeiten, wo die psychiatrische Klinik viele Patienten aufnehmen musste, die aus anderen Fachabteilungen verlegt wurden. Sie waren in unterschiedlicher Art und Weise und Intensität psychisch auffällig geworden. Diese Patienten haben es doppelt schwer. Zum einen werden sie von den Stationen verlegt, die ihr Hauptanliegen bei diesem Krankenhausaufenthalt lösen sollten und sie werden (meist) unfreiwillig in die Psychiatrie verlegt. Sie bekommen ein Stigma aufgedrückt, ohne es zu wollen. Dies ruft Unmut, Angst und Verwirrung bei den Patienten hervor. Die Angst ist groß, nicht mehr als normal zu gelten. Hinzu kommt, dass wir die benötigten Untersuchungen und Therapien organisieren müssen. Dies ist von der psychiatrischen Klinik aus schwieriger; es bedarf mehr Zeit, da überweisende Stationen Priorität haben. Das bestärkt das Gefühl unserer Patienten, sich abgestempelt und abgeschoben zu fühlen. Zusätzlich müssen sie den Stress auf einer akuten psychiatrischen Station ertragen.

Aber nicht nur die Patienten sind unzufrieden, sondern auch das Personal. Man erkennt die Unzufriedenheit der anvertrauten Patienten und ist machtlos etwas ändern zu können. Oft müssen mehr Patienten behandelt werden, als Betten vorhanden sind. Überbelegungen auf einer Station bedeuten nicht nur für das Personal zusätzlichen Stress. Ein Patient muss ihn 24 Stunden am Tag aushalten, er kann sich nicht entziehen. Bis zur Regulierung von Überbelegungen können schon mal ein paar Tage ins Land gehen. Es besteht aber auch keine Aufnahmemöglichkeit für Patienten, die dringend ein Bett benötigten. Für das Wohl des Erkrankten sollte man die

Wertigkeit der aktuellen Erkrankungssituation betrachten. Liegen somatische Probleme im Vordergrund, sollten diese auch in der entsprechenden Fachrichtung behandelt werden. Denn dort sind die Profis. Auf der anderen Seite können psychische Probleme die Genesung beeinflussen. Hierfür möchten wir Hilfe anbieten. Das offene Ohr, Verständnis und die richtigen pflegerischen Handlungen sollte ein Patient allerdings überall erwarten dürfen.

Pflegepersonal in der Psychiatrie sind auch keine Allround-Kräfte. Was wir nicht wissen, müssen wir hinzulernen, in anderen Fachabteilungen uns die entsprechende Beratung holen. Das Pflegepersonal der psychiatrischen Klinik hat diese Situation unzufrieden gemacht. Zu überlegen war, wie wir mit diesem Problem umgehen wollten. Es wurde eine Arbeitsgruppe gebildet. Gemeinsam wurde überlegt, wie wir die Gründe für diese Verlegungen herausbekommen können. Kollegen sind sehr sensibel und man kann schlecht daherkommen und ihnen ins Gesicht sagen, das sie etwas nicht wissen oder es wissen und nicht damit umgehen können. Unsere Überlegungen gingen dahin, einen Fragebogen zusammen zu stellen, um heraus zu bekommen, ob dies auf den anderen Stationen auch als Problem empfunden wird. Könnten wir Hilfe anbieten? Muss es zu diesen Verlegungen kommen? Der Fragebogen wurde systematisch zusammengestellt. Es wurde genau festgelegt, wer befragt werden sollte und in welchem Zeitraum und in welchem Rahmen gefragt werden sollte. Folgende und ähnliche Fragen wollten wir von unseren Kollegen beantwortet wissen:

1. Gibt es auf ihrer Station Patienten mit psychiatrischen Nebendiagnosen? Wie oft ist dies der Fall?
2. Welche psychiatrischen Auffälligkeiten haben diese Patienten?
3. Wie fühlen Sie sich im Umgang mit psychiatrischen Patienten?
4. Bei welchen Patienten kommt es zu Problemen? (Verhaltensweisen/Symptome)
5. Wodurch entstehen Ihrer Meinung nach diese Schwierigkeiten in der Pflege von Patienten mit psychiatrischen Nebendiagnosen?
6. Wie oft werden auf ihrer Station Patienten aufgrund der Symptome ihrer psychiatrischen Zweiterkrankung verlegt?
7. Mussten Sie auf Ihrer Station schon Fixierungen durchführen?

Die Ergebnisse waren sehr unterschiedlich. So differierten die Angaben, wie oft Patienten mit psychiatrischen Nebendiagnosen aufgenommen wurden, die Häufigkeit, die Auffälligkeiten und Schwierigkeiten und Gründe für Fixierungen.

Die häufigsten Verhaltensweisen, die zur Schwierigkeit wurden, waren depressive Symptome, Aggressivität, Verwirrtheit, und Patienten, die einen zu hohen Kommunikationsbedarf hatten. Als größtes Problem wurde der Zeitmangel gesehen und ein wenig die fehlende Fachkenntnis. Generell brauchten diese Patienten zu viel Zeit zu allen Tageszeiten. Befragt, ob Patienten deswegen verlegt wurden, wurde fast ausschließlich mit nein beantwortet, obwohl unsere Verlegungsdaten etwas anderes aussagten. Gründe für eventuelle Verlegungen waren dann aber doch Aggressivität, Fremdgefährdung und Suizidgefahr. Die meisten Befragten konnten sich vorstellen, von einem psychiatrischen Pflegekonsildienst zu profitieren, andere zweifelten daran.

Nach dieser Evaluation beschloss die Arbeitsgruppe, ein psychiatrisches Pflegekonsil einzurichten. Ziel sollte es sein, Unsicherheit und Distanz zu diesen Patienten zu verkleinern und den Pflegenden unser Fachwissen zur Verfügung zu stellen. Um aufzuzeigen, dass unsere Arbeit wichtig und von Nutzen sein kann, sollte später eine Erhöhung der Pflegequalität zu sehen sein. Die Patientenzufriedenheit sollte steigen. Besonders wichtig war uns jedoch die Förderung der fachübergreifenden Teamarbeit. Die Angebote des Pflegekonsildienstes umfassten folgende Themen:

1. Depression

- Symptomatik
- Verlauf
- Auswirkungen
- Diagnosebezogene Pflegeprobleme und pflegerische Interventionen
- Unterschied zwischen Depressivität und Depression
- Suizidalität

2. Fixierung

- Fortbildung über rechtliche und praktische Aspekte
- Praktische Übungen

3. Aggressivität

- Ursachen
- Maßnahmen zur Deeskalation

4. Verwirrtheit

- Ursachen
- Maßnahmen zur Deeskalation

Die Anfänge waren schwer. Niemand traute sich, uns anzufordern. Mit Hilfe der Abteilungsleitungen, die an uns erinnerten, wenn Stationen klagten, wurden wir dann aber doch hinzugerufen. Die mit uns in Kontakt getretenen Pflegepersonen waren neugierig. Sie erwarteten von uns Gespräche mit den Patienten und Lösungen, wie der Umgang für sie leichter werden könnte. Nicht immer ist es leicht, dafür zu werben, über die eigenen Arbeitsgrenzen hinaus zu denken, um Erleichterungen im Umgang mit diesen Patienten zu erreichen, Arbeitsweisen zu integrieren, die jeder Psychiatrietätige aus seinem täglichen Umgang kennt. Nicht immer trifft man dabei auf ein offenes Ohr. Die fehlende Zeit, neben Unsicherheit und Angst, ist oft das größte Hindernis. Hier ist unser Einfühlungsvermögen gefragt, Kollegen nicht vor den Kopf zu stoßen, sondern Hilfestellungen anzubieten, die sie auch annehmen können.

Zu welchen Situationen wir auch hinzugerufen wurden, immer wurde der Patient aus einem somatischen Blickwinkel betrachtet. Unsere Sichtweisen wirkten meist befremdlich, nicht realisierbar.

Heute, nach fast zwei Jahren Arbeit im psychiatrischen Pflegekonsil blicken wir zufrieden zurück. Die Zeit hat gezeigt, dass man uns braucht. Die Stationen, die uns anfordern, sind zufrieden, loben uns gegenüber Dritten und empfehlen uns weiter. Ängste, sich zu blamieren, sind kleiner geworden. Kontakte sind entstanden. Und doch werden wir uns weiter darum bemühen müssen, dass uns jeder in unserer großen Klinik kennt. Wir können uns nicht ausruhen. Es gilt noch viele Ängste abzubauen, kompetente Hilfen für Menschen mit psychiatrischen Nebendiagnosen auf somatischen Stationen anzubieten. Wir wollen die Akzeptanz der Psychiatrie als ein wichtiges Fach der Medizin erhöhen und schaffen hoffentlich eine bessere Lobby für unsere Patienten und unsere Arbeit.

»Ich gebe dir Socken und Liebe« – über den Einsatz von »MARTE-MEO« an einer psychiatrischen Aufnahmestation für Menschen im höheren Lebensalter

Ingrid Schulz

Motivation zum Projekt

Die Grenzen der herkömmlichen Behandlungsmethoden in bestimmten Bereichen stationären Alltags sind evident. Schwierigkeiten, die im alltäglichen Umgang in der Interaktion mit Patienten auftreten und mitunter als mangelnde compliance gewertet werden, wie z.B. bei der Verabreichung von Medikamenten, bei der Körperpflege, beim Anziehen, beim Essen, etc., lassen sich nicht immer durch Gespräche, Medikamente oder funktionell therapeutische Behandlungen lösen. Mit der Marte meo – Methode als integrativen Bestandteil einer multimodalen Behandlung, soll gerade in diesen schwierigen Bereichen Abhilfe geschaffen werden.

Methode

»Marte Meo« stammt von dem Lateinischen. »Mars« war der römische Kriegsgott, marte meo bedeutet soviel wie »mit meinem Kampf«, »aus eigener Kraft«.

Marte meo ist ein Programm zur Entwicklungsaktivierung im Umgang mit Menschen unterschiedlichen Alters. Die Methode hat ihren Ursprung in der entwicklungsdiagnostischen Arbeit mit Kindern mit speziellen Bedürfnissen. Der Einsatz dieser, berufsübergreifend anwendbaren Methode hat sich zunehmend auf unterschiedliche Bereiche und Lebensalter ausgeweitet. Das Hauptziel der Methode ist es Menschen Mut zu machen, gestützt auf ihre eigene Kraft, Entwicklungsprozesse auszulösen und voranzutreiben, dabei zu lernen, die eigenen Fähigkeiten auf bestmögliche Weise zu gebrauchen.

Mit Hilfe der »Marte meo Methode« soll eine gezielte Diagnostik der Bedürfnisse der Patienten durchgeführt werden. Im Weiteren sollen Fähigkeiten aktiviert bzw. entwickelt werden, die eine konstruktive Interaktion möglich machen bzw. verbessern.

Arbeitsmittel ist die Videoaufzeichnung. Die Videoaufzeichnungen werden eingesetzt, um zu überprüfen, ob ein neues Verhalten die gewünschte Wirkung auslöst sowie zur genauen Abstimmung der weiteren Entwicklungsschritte. Der Ablauf des Therapieprozesses wird dadurch überschaubarer und kontrollierbar.

Ziele

- Optimierung der Behandlung durch individuell gezielte Diagnostik der aktuellen Bedürfnisse von Patienten an einer psychiatrischen Aufnahmestation für Menschen im höheren Lebensalter
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter durch das alltägliche Erleben der eigenen Kompetenzen in der Bewältigung schwieriger und herausfordernder Situationen mit Patienten an der Station
- Integration der Methode durch Schulung des Personals
- Burn out – Prophylaxe

Ergebnisse

Ergebnisse der Umsetzung dieser Methode werden mittels Video an konkreten Beispielen gezeigt.

Psychosoziale Versorgung von stationären PatientInnen an somatischen Abteilungen aus der Sicht der Pflege

Petra Taferner

Einleitung

Bei etwa einem Drittel der PatientInnen im Allgemeinkrankenhaus besteht eine aktuelle psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit. Die vorliegende Untersuchung im Rahmen der Diplomarbeit für Pflegewissenschaften beschäftigt sich mit dem Thema der psychischen Komorbidität von PatientInnen an somatischen Krankenhausabteilungen und deren Behandlungsbedarf aus der Sicht der Pflege.

Forschungsfragen

- Wie schätzt das Pflegepersonal die psychosoziale Versorgung der PatientInnen an somatischen Abteilungen ein?
- Welche Patientengruppen gelten in der Pflege als besonders schwierig?
- Wie gehen Pflegepersonen mit psychisch auffälligen PatientInnen an somatischen Abteilungen um?
- Welche Erwartungen werden an die Psychiatrische Konsiliarpflege gestellt?

Ziele

- Unterstützung der Pflegepersonen zu mehr Sicherheit im Umgang mit psychisch auffälligen und psychisch kranken PatientInnen
- Weiterentwicklung und Sicherung der Pflegequalität durch Förderung der fachlichen Kompetenz der Pflegenden mittels Weitergabe von Pflegefachwissen.
- Implementierung eines multiprofessionellen Teams, um den Stellenwert der psychosozialen Betreuung und Versorgung im Krankenhaus zu erhöhen.
- Erhöhung der Zufriedenheit von stationären PatientInnen an somatischen Abteilungen.

Methode

Quantitative Datenerhebung, n = 150, Auswertung der Daten im SPSS 12.0. Vorstellung und Diskussion der Forschungsergebnisse

Die gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, eine deutlichere Vorstellung von der Interaktion zwischen stationären PatientInnen mit einer psychischen Komorbidität und dem Verhalten des Pflegepersonals zu erhalten.

Präsentation der Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung:

- Psychische und psychosoziale Probleme werden auf somatischen Stationen häufig nicht angemessen erkannt und behandelt.
- Die psychische Komorbidität erhöht den subjektiven Leidensdruck, beeinträchtigt die Compliance und verlängert die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.
- Die Auseinandersetzung mit psychisch auffälligen oder psychisch kranken PatientInnen in der allgemeinen Krankenpflege stellt sich als eine hohe Anforderungen an die Beziehungsgestaltung dar.
- Ca. 50 % der Befragten gaben an, dass sie wegen Zeitmangels auf ausführliche Gespräche mit PatientInnen verzichten müssen, obwohl sie den Eindruck haben, dass das für den/die Patientin wichtig wäre.
- 53 % der Pflegepersonen empfinden PatientInnen mit einer psychischen Störung als zusätzliche Belastung im Routineablauf (aggressives Verhalten 90 %, Suchterkrankung 80 %, Sprache nicht ausreichend beherrschen 65 %)
- 96 % glauben, dass PatientInnen zuerst mit den Pflegepersonen über ihre psychische Befindlichkeit sprechen.
- Knapp 80% der Befragten gaben an, dass schwieriges Verhalten Einfluss auf die pflegerische Betreuung hat (Gefühle der Abwehr 75 %, weniger emotionale Zuwendung 60 %, Wunsch nach Übernahme auf eine psychiatrische Abteilung 60%)

Vorstellung des Projektes »Psychiatrisches Pflegekonsil« der Universitätsklinik für Psychiatrie, AKH Wien.

Relevanz für die Pflegeforschung

Die Auseinandersetzung mit der Konsiliarpsychiatrie wurde wissenschaftlich fast ausschließlich aus der Sichtweise der Medizin untersucht. Für eine optimale Versorgung der PatientInnen ist es jedoch unabdinglich, dass auch das Pflegeverhalten wissenschaftlich untersucht, empirisch begründet und aufgezeigt wird.

Gruppentraining sozialer Kompetenzen im stationären und ambulanten Setting

Ingo Tschinke

Soziale Kompetenzen spielen im Leben vieler psychisch erkrankter Menschen eine große Rolle. Dies betrifft sowohl den Umgang mit dem engeren sozialen Umfeld der Betroffenen als auch die Begegnungen mit Unbekannten und den Umgang mit Ämtern und sozialen Institutionen. Vielen psychisch kranken Menschen fehlen gerade diese wichtigen sozialen Kompetenzen, die für sie das Umsetzen von spezifischen Lebensaktivitäten schwierig, wenn nicht gar unmöglich erscheinen lassen.

Das Erlernen und Umsetzen von sozialen Kompetenzen ist insofern auch immer wieder ein Auftrag, der in der individuellen psychiatrischen Pflege an die Pflegenden herangetragen wird. Schon allein der Umgang mit den Mitpatienten im stationären Umfeld oder auch der eigenen Familie ist bei mangelhaft ausgeprägten sozialen Kompetenzen geprägt von Konflikten, Kränkungen und Missverständnissen. Den meisten Pflegenden dürfte im Rahmen von psychoedukativen Interventionen in der Pflegeplanung und dem Pflegeprozess die individuelle Auseinandersetzung mit mangelnden sozialen Kompetenzen bekannt sein, wie sie auch in der Pflegediagnose »Beeinträchtigte soziale Interaktion« benannt wird [1].

Bei dem Erlernen von diesen Alltagstätigkeiten geht es um die Gestaltung von Beziehungen, wie man diese beginnt oder beendet, um das Knüpfen von Kontakten, Abgrenzung von anderen und das Eingestehen von eigenen Bedürfnissen. Gerade bei diesem Umgang mit Alltagskompetenzen definieren sich die meisten psychiatrischen Pflegenden als Experten für den Alltag [2]. Es geht dabei um das individuelle Erlernen von sozial akzeptierten Verhalten und sozialer Teilhabe [3]. Dies kann durch individuelle pflegerische Interventionen erfolgen oder in einer pflegetherapeutischen Gruppenarbeit. In der Praxis hat sich herausgestellt, dass gerade die Kombination von sowohl individueller Intervention als auch unterstützendem Gruppentraining zu einem positiven Ergebnis für die Patienten führt [4].

In den folgenden Ausführungen wird das psychoedukative Manual zum

Gruppentraining sozialer Kompetenzen von Hirsch/Pfingsten [5] in seinen Inhalten dargestellt, wie auch die Möglichkeiten der Nutzung durch die Pflege im stationären und ambulanten Setting.

Darstellung des Gruppentrainings

Als Soziale Kompetenz definieren Hirsch und Pfingsten die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen [5].

Psychosoziale Gesundheit setzt voraus, dass Menschen in der Lage sind, ihre Rechte durchzusetzen, soziale Beziehungen anzuknüpfen und aktiv zu gestalten sowie eigene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern.

Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) geht von einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Erklärungsmodell sozialen Verhaltens aus, welches es den Teilnehmern des Gruppentrainings ermöglicht, Fähigkeiten zur Stärkung der eigenen sozialen Kompetenz zu erlernen und für sich durch positive Selbstverbalisationen zu erhalten [5].

Das Gruppentraining befasst sich mit den folgenden Problemschwerpunkten:

■ Recht durchsetzen (R)

Wie kann ich durch positive Selbstbestärkung anderen in angemessener Art und Weise gegenüber mein Recht durchsetzen und mitteilen, wenn ich meine Rechte verletzt sehe.

■ Beziehungen (B)

Wie kann ich in Beziehungen meine Gefühle mitteilen, ohne in eine Vorwurfshaltung zu gehen, so dass ich von meinem Partner verstanden werde. Wie kann es uns gelingen, einen Konsens bei Entscheidungen und Konflikten zu treffen.

■ Um Sympathie werben (S)

Wie kann ich andere Menschen positiv für mich einnehmen, so dass ich Hilfe und Unterstützung erfahre, auf die ich keinen Anspruch habe.

■ Mit Krankheit umgehen (K)

Wie kann ich meiner Umwelt und mir selbst klar machen, dass meine Erkrankung mir Grenzen setzt, die ich erkennen und damit umgehen muss.

Das Manual folgt der Grundannahme, dass die Betroffenen bei der Konfrontation mit für sie schwierigen Situationen zu einer negativen Selbstverbalisation neigen (»Das ist ja mal wieder typisch für mich«, »Das schaffe ich nicht«, »Die anderen können mich sowieso nicht leiden, da darf ich jetzt nichts sagen« usw.), d.h. sich selbst die Kompetenz absprechen oder Angst und Unsicherheit aufbauen, die letztlich zu einer resignativen Haltung führt, die im Sinne der Lerntheorie zu einer negativen Verstärkung führt [6]. In dem Gruppentraining werden diese Formen der Selbstverbalisation bewusst in eine positive Interpretation der eigenen Selbstaussage (»Ich schaffe das!«, »Das lasse ich mir nicht gefallen!«, »Das muss ich klären, damit ich weiß, was der andere von mir denkt« usw.) umgelenkt. Die Auseinandersetzung mit dieser Selbstverbalisation ist die Grundlage aller Übungen des Manuals. Durch wiederholte kognitive Realisation im Umgang mit dem eigenen Selbst, wird das positive Selbstwertgefühl gestärkt, so dass aus einer zugrundeliegenden negativen Selbstwerteinschätzung langsam eine Umkehr stattfindet, die schlussendlich in einer Steigerung des Selbstvertrauens mündet, in der sich der Betroffene der negativen und positiven Auslegung bewusst ist und dann von sich aus den positiven Weg wählen kann.

Das Manual wurde in seiner Wirksamkeit in einigen Studien überprüft und evaluiert, worauf an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann [5].

Praktische Umsetzung

Das Manual bedient sich in der praktischen Umsetzung für die oben genannten Bereiche Einschätzungsbögen, auf denen Alltagssituationen beschrieben werden, die jeweils mit einer positiven Selbstverbalisation dargestellt werden. Diese Alltagssituationen sind von den Gruppenteilnehmern in einem Schwierigkeitsgrad der möglichen Umsetzung einzuschätzen.

Situation

Für eine Zugfahrt habe ich einen Platz reserviert. Als ich den Platz aufsuche, stelle ich fest, dass sich dort ein junger Mann niedergelassen hat, der nicht auf den Hinweis reagiert, dass ich diesen Platz reserviert habe.

Positive Selbstverbalisation

Ich bleibe ganz ruhig. Ich mache den jungen Mann eindringlich auf meine Platzreservierung aufmerksam und bitte ihn in einem freundlichen, aber eindringlichen Ton, mir diesen Platz zu überlassen. Sollte er nicht auf meine Aufforderung reagieren, suche ich den Schaffner auf und fordere bei diesem mein Recht ein.

Diese Situationen werden innerhalb der Gruppe diskutiert und bearbeitet (in Form von Rollenspielen). Das Manual stellt dann noch weitergehende Möglichkeiten zur Verfügung, sich in Form von Hausaufgaben mit der Selbstverbalisation zu befassen, die jeweils in der nächsten Gruppenstunde bearbeitet werden. Dabei geht es auch um praktische Übungen, die die Betroffenen durchführen müssen. Dabei wird reflektiert, wie die Selbstwahrnehmung vor der Situation (Einschätzung der Selbstverbalisation), in der Situation (Durchführung) und nach der Situation eingeschätzt wird.

In dem Bereich »Recht durchsetzen« geht es dabei noch um klare Situationen, was sich allerdings im Bereich der Beziehungen steigert, dass es dort nicht um klare Abgrenzungen oder Forderungen geht, sondern um Konsensfindung in Beziehungen. Dazu werden Argumentationen thematisiert (»Immer«, »Nie« etc.), wie auch persönliche Empfindungen zu dargestellten Situation erarbeitet.

Das Gruppentraining lässt sich an diesen Stellen auch auf praktische Übungen im Rahmen der Bezugspflegearbeit mit dem Patienten und in die individuelle Pflegeplanung übertragen, um die in der Gruppe thematisierten sozialen Kompetenzen positiv zu verstärken.

Voraussetzungen

In den meisten Institutionen im stationären als auch im ambulanten Setting kann eine solche Gruppe vorwiegend als offene Gruppe geführt werden, so dass an verschiedenen Punkten neue Teilnehmer aufgenommen werden und an dem Punkt in das Gruppenprogramm integriert werden, an dem sich die Gruppe gerade befindet. Dazu ist es zwar notwendig, immer wieder die Grundlagen zu wiederholen, die sich dadurch allerdings auch besser bei den bestehenden Gruppenteilnehmern einprägen.

Die Kompetenz der Gruppenmoderation ist bei dem Anspruch an die Gruppenarbeit und die auftretende und durchaus gewünschte Gruppendynamik eine wichtige Voraussetzung. Pflegende, die eine solche Gruppen führen, sollten über fundiertes Wissen zur Gruppenmoderation verfügen (Fachausbildung für Psychiatrie, NLP – Practitioner oder Gesprächstherapeutische Ausbildung etc.). In der Praxis hat es sich erwiesen, dass eine Doppelmoderation eine positive Wirkung hat, wobei vorab zu regeln ist, wer welchen Part in der Moderation übernimmt.

Es ist sehr sinnvoll, Gruppenregeln festzulegen und diese ebenfalls ständig zu wiederholen (Schweigepflicht, Umgang miteinander, Verlassen der Gruppe, Pünktlichkeit u.ä.).

Modifikationen des Gruppentrainings

Das Manual lässt in seiner Durchführung eine breite Spanne im Anspruch an die Teilnehmer zu. Das Manual lässt sich sowohl für Patienten mit einer psychotischen Erkrankung verwenden (ohne produktive Symptome), als auch für Drogenerkrankte oder Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Man sollte allerdings darauf achten, dass sich die Teilnehmer in etwa auf einer gleichen Ebene der sozialen Kompetenzen befinden, da ansonsten die Gruppendynamik in der Moderation leicht entgleiten kann.

Zusammenfassung

Im Bezug auf Alltagskompetenzen verfügt die professionelle psychiatrische Pflege in vielen Fällen über umfassende Kompetenzen. Daher ist es bedauerlich, wenn Pflegende diesen Kompetenzbereich in der Gruppenarbeit sozialer Kompetenzen im stationären Setting anderen Berufsgruppen überlassen. Hier gilt es Strukturen aufzubauen, die eine Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung zu Folge haben können, wenn individuelle Pflegeinterventionen mit einer unterstützenden Gruppenarbeit kombiniert werden. Das dabei durchaus Hürden sowohl im stationären Setting (z.B. Konkurrenzsituationen) und dem ambulanten Setting (Vergütung der Gruppenarbeit) zu überwinden sind, ist kaum von der Hand zu weisen, allerdings hat die Durchsetzung und konsequente Durchführung dieser Gruppenarbeit einen sehr positiven Effekt auf die pflegerische Arbeit in der Psychiatrie.

Literatur

1. **Georg J.:** NANDA Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikationen, 2005, Huber: Bern
2. **Rakel T. und Lanzenberger A.:** Pflge-therapeutische Gruppen in der Psychiatrie, 2001, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart
3. **Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S.:** (Hrsg), Lehrbuch psychiatrische Pflege, 2. Auflage, 2005, Huber: Bern
4. **Stuart G. und Laraia M.:** Principles and practice of psychiatric Nursing, 8. Auflage, 2005, Elsevier: USA
5. **Hinsch R. und Pfingsten U.:** Gruppentraining sozialer Kompetenzen – GSK, 4. Auflage, 2002, BeltzPVU: Weinheim
6. **Spada H.:** (Hrsg), Lehrbuch Allgemeine Psychologie, 3. Auflage, 2006, Huber: Bern

Netzbetten in Gegenüberstellung oder in Kombination mit Fixiergurten

Peter Wodicka

Einleitung

Das Wissen und der Umgang mit Netzbetten, auch PIB (Psychiatrische Intensivbetten) genannt, wurden bis vor kurzem in hiesigen Krankenpflegeschu- len nicht unterrichtet und konnte erst ausschließlich in der Praxis weiterge- geben beziehungsweise erlernt werden. Heute wird in speziell angebotenen mehrtägigen Basiskursen auf die Aggression und die Gewaltbereitschaft vieler Patienten eingegangen sowie der professionelle Umgang unter ande- rem mit dem Netzbett und / oder mit Fixiergurten gelehrt. Netzbetten und Fixierungen werden beispielsweise sowohl in psychiatrischen Einrichtungen als auch in Erstversorgungen mancher Allgemeinspitäler verwendet; somit ist die sichere und schonende Anwendung dieser Art der Beschränkung von zwangsbehandelten Patienten sehr wichtig. Es gilt, das Tun und die Einstel- lung dieser Form von Sicherheit zu reflektieren und zu hinterfragen, um den höchsten Standard von pflegerelevanten Tätigkeiten gewährleisten zu können; auch sind die Alternativen zum Netzbett zu prüfen.

Problemstellung

Jede Beschränkung eines Patienten, auch subtile Zwangsmaßnahmen so- wie eingeschränkte Bewegungsfreiheit, ist ein Eingriff in die Persönlich- keitsrechte desselben. Im §1 des Unterbringungsgesetzes (UbG) heißt es wie folgt: »Die Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in eine Kran- kenanstalt aufgenommen werden, sind besonders zu schützen. Die Men- schenwürde psychisch Kranker ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren« [11]. Zwangsmaßnahmen gehören in gewissen Maß zum »Alltag« auf psychiatrischen Abteilungen, auch wenn die Häufigkeit und Art solcher Maßnahmen regionale Unterschiede aufweist und zusätzlich von den be- treuenden Personen abhängig erscheint.

Laut Amering [1a] ist seit Einführung des UbG vor bald 15 Jahren mehr Be- wusstsein da, ein Mehr an Nachdenken und Diskussion. Es gibt nun die Mög-

lichkeit, die Entscheidungen über Zwangsmaßnahmen zu teilen – mit den Richtern oder etwa den Patientenanwälten. Dies bedeutet eine Entlastung für die Ärzte und das Pflegepersonal, das ja in Akutsituationen im Rahmen der Eigenverantwortlichkeit auch Beschränkungen vornehmen kann oder sogar muss. Aus dem Gesetzestext geht hervor, dass Zwangsmaßnahmen nicht nur erlaubt, sondern auch mitunter verpflichtend durchzuführen sind, da es sonst zu Schadenshaftungen für das Spital kommen kann, wie eine Rechtssprechung des Obersten Gerichtshofes (OGH) ein Urteil kom- mentiert [8].

Tendenziell steigt das Vorkommen von Aggression und Gewalt in psychia- trischen Einrichtungen und somit auch die Notwendigkeit, einen »gesun- den« Umgang damit zu haben, was heißen will, dass sowohl die Patienten sicher untergebracht sind als auch das Pflegepersonal sowie die anderen am Patienten tätigen Mitarbeiter sicher ihrer Tätigkeit nachgehen können. Eine besondere Herausforderung ist die Behandlung von akut psychiatrisch Erkrankten bei offener Stationsführung. Alle Türen nach außen sind offen, obwohl eine nicht unerhebliche Anzahl an Patienten gegen ihren Willen untergebracht werden muss.

Als Sicherheitsbehelf im Umgang mit Aggressionen der zwangsweise unter- gebrachten Patienten dient im Otto Wagner-Spital (OWS) unter anderem das Netzbett. Gab es vor Jahrzehnten noch reihenweise aufgestellte Netz- betten, sind derzeit nicht einmal 30 Stück im OWS genützt. Diese werden aber umso reger zwischen den Abteilungen hin und her verschoben, da der Bedarf sehr groß ist. Der regelmäßige Gebrauch von diesen Betten ist im Großraum Wien häufiger zu registrieren als im restlichen Bundesgebiet.

Die Anwendung von Netzbetten sowie die Kombination mit Fixiergurten sind teilweise auf nationaler und internationaler Ebene kaum vergleichbar, da es diese Art des Sicherheitsbehelfes in den meisten westlichen EU-Ländern nicht gibt. Per gesetzliche Auflagen ist die am wenigsten einschneidende Maßnahme zu verwenden, worüber aber ein großer Dissens herrscht. Laut Bergk und Steinert [2] wird in Deutschland überwiegend die aus- schließlichliche Fixierung verwendet und vergleichsweise als sicher und human angesehen. In den Niederlanden kommen dagegen fast nur Isolierungen vor. In Großbritannien sind Fixierungen sogar gesetzlich verboten und die Sicherung gefährlicher oder gefährdeter Personen erfolgt überwiegend

durch Festhalten an den Extremitäten. In den osteuropäischen EU-Beitrittsländern wird eine zum Teil öffentliche Debatte über die Verwendung von Netzbetten geführt, da diese von der EU-Kommission als inhuman angeprangert werden.

Unterschiede in der Anwendung der Sicherheitsbehelfe Fixierungen

Zwang, als eine Form der Gewalt, stellt eine erneute Traumatisierung von Pat. dar, die in ihren Anamnesen häufig auch schon Opfer von Aggressions- und Gewaltakten wurden. Wenn nun Beschränkungen notwendig sind, dann sollen diese sicher sein.

Von Boenick und Diesing [3] wurden nach Simulation anhand von 156 Versuchen mit Probanden verschiedenster Größe und Gewichtsklassen Empfehlungen für die Anwendung von mechanischen Fixierelementen in der Pflege gegeben. Dabei ist zu beachten, dass sich in den Versuchen mit einem Bett mit durchgängigen seitlichen Bettgittern mit unterschiedlichen Fixationsvarianten deutlich zeigte, wie die Gefahr der Strangulation bei Anwendung von Fesselungen praktisch ausgeschlossen werden kann. Trotzdem birgt es Gefahren wie Dekubitus, Pneumonien oder bei unsachgemäßer, nur teilweiser Anwendung sogar die Strangulation mit Todesfolge. Ein Bauchgurt ohne seitliche Rückhaltevorrichtungen beinhaltet auch für kooperative Pat. die Gefahr, über die Bettkante zu gelangen und im Gurt zu Tode zu kommen [6]. Beim vollständigen Fehlen von Sauerstoff dauert der Vorgang des Erstickens circa 4-10 Minuten [7] und die sind bei nicht optimaler Observanz schnell erreicht. Die Medizinprodukthaftung bei Anwendung von diversen Fixiergurten (beispielsweise »Segufix« – Bandagensystem) ist nur bei richtiger Anwendung gewahrt [9].

Auf der Station 21/2 in der III. Psych. Abteilung (Abt.) im OWS hat das Personal subjektiv das Gefühl, dass vermehrt die Kombination von Netzbetten und Fixiergurten stattfindet. Statistisch gesehen stehen dem, bei einer durchschnittlichen (\emptyset) Aufnahme von >600 stationären Pat. bei gleichzeitiger Behandlung von \emptyset 2200 ambulanten Behandlungen pro Jahr, mehr als 360 Aggressions- und Gewaltereignisse (AG) gegenüber.

Laut Schlieben und Thissen [4] kommt es in Kliniken mitunter zu einer großen Spannweite bezüglich Beschränkungs- bzw. Fixierungszeiten. In einem Übersichtszeitraum von 10 Monaten wurden diesbezüglich Werte

von 25 Minuten bis 27,5 Stunden (1650 Minuten), bei einem Mittelwert von 8 Stunden und 14 Minuten erfasst.

Der Zusammenhang zwischen AG und bestehenden Räumlichkeitsstrukturen wird erörtert, die Kreativität der Betreuenden gefragt sowie die Bezugsbetreuung als zwingende Voraussetzung zur Prävention erwähnt.

Die Anwendung von Fixierungsprotokollen und beispielsweise einer Agitations-Sedierungsskala führen zur Sensibilisierung der Betreuenden. Auch die Betrachtung der Fixierung als »Notfallsmaßnahme« tragen laut Stoppe [12] zu einer Reduzierung bei.

Die Prüfung möglicher Alternativen bei der Anordnung der Fixierung ist im Einzelfall durch die verordnende Instanz abzuwägen [6]. Und nicht nur im geriatrischen Bereich sollte die Fixierung nicht als Sturzprophylaxe angewendet werden.

Netzbett (PIB / Psychiatrisches Intensivbett)

Meist ist es schon für den Betrachter ein beklemmendes Gefühl; Assoziationen mit »Menschenkäfigen« drängen sich auf. Beim PIB kommt es zu Territorialbeschränkungen, im Gegensatz zur Fixierung mit Gurten, die einer Fesselung entspricht.

Laut Bergk und Steinert erklären Patienten häufig, dass die Zwangsmaßnahme durch ein Gespräch hätte vermieden werden können. Und falls es doch zu Beschränkungen gekommen ist, wurde eine 1:1-Betreuung während der Fixierung fast immer als erleichternd erlebt [2].

Beim Netzbett gibt es auf explizite Fragen fast unisono die Antwort der Betroffenen, dass das PIB, wenn schon nötig, den Fesselungen vorzuziehen sei. Die Bewegungsfreiheit im PIB lässt Begleiterkrankungen wie Lagerungs- und aspirationsbedingte Pneumonien in den Hintergrund treten. Auch kann der Pat. sich selbst mit einer Trinkflasche versorgen und der Betreuende muss nicht das Netz öffnen, hat aber weiterhin sicheren Kontakt zum Pat. Auch sind Tätlichkeiten durch Mitpatienten ausgeschlossen und die Aspirationsgefahr durch unprofessionelle Nahrungszufuhr im Liegen (siehe Fixierungen) ausgeschlossen. Laut Kernbach-Wighton und Saternus [12] kann es zu gehäuft auftretenden kardialen Dekompensationen bei Gurtenfixierungen kommen. Dies wurde bei der Anwendung von PIB nicht beschrieben.

Aus Gründen der Menschenwürde sind die Verwendung sowohl von PIB als auch Gurten in Mehrbettzimmern unbedingt zu vermeiden. Auch ist

der Pat. über Grund, Art und Dauer der Beschränkung zu informieren. Eine engmaschige Überwachung in dieser intensiven Situation ist obligatorisch. Hier kommen verschiedenste Möglichkeiten in Betracht. Eine ständige personelle Observierung ist einer durch Monitore oder beispielsweise einer durch einen Pulsoximeter vorzuziehen.

Literatur

1. **Verein für SACHwalterschaft & PATIENTEN**anwaltschaft Wahrnehmung von Zwang in der Psychiatrie Alternativen und Perspektiven InfoEXTRA Februar 2000
1a **Prof. Dr. Michaela Amering**, FA für Psych. am AKH Wien Seite 14,
1b **Christian F. Freisleben**, Seiten 30-31, Projekt »Begleiten von Menschen in psychiatrischen Krisen« im Kaiser-Franz-Josef-Spital, Station P 04, 1997-1998
2. **Bergk J. und Steinert T.**: Randomisierte Vergleichsstudie von Fixierung versus Isolierung MedReport 2004, Jahrgang 28, Nr.44 28. S. 4-5.
3. **Boenick U., Diesing P.**: Untersuchung der Patientengefährdung durch die Verwendung von Bandagensystemen zur Fixierung von nicht kooperativen Patienten Orthopädie – Technik 11/01 Pflege Seite 837-838
4. **Schlieben St., Thissen K.**: Anlass und Dauer von Fixierungen sowie Möglichkeit der Prävention durch Pflegende. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern 12/2005, S. 225-229
5. **Abderhalden Ch., Malojer G., Zaboni G., Needham I.**: Empfehlung Psychiatrieerfahrener zur Prävention von Gewalt und Zwangsmaßnahmen während stationärer Behandlungen. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern 12/2005 Seite 233
6. **Stellungnahme zur Veröffentlichung** der Universität Witten/Herdecke 08/2004
http://www.bfarm.de/de/Medizinprodukte/mp_akt/index.php?more=fixiersysteme.php
7. http://www.unister.de/Unister/wissen/sf_lexikon/skript_drucken23528_0_stichwort.ht...
8. **Recht der Medizin 9/99** Urteil und Kommentar
9. »SEGUFIX®« – Bandagen – Das Humane System: Handbuch Sicherheitshinweise.
10. **Kopetzki Ch.**: Institut für Verfassungs- und Verwaltungsrecht der Uni Wien InfoEXTRA Februar 2000 Seite 23
11. **Thanner Th., Vogl M.**: Unterbringungsgesetz UbG BGBl 1990/155
12. **Saturnus KS., Kernbach-Wighton G.**: (Hg.) Fixierung erregter Personen. Todesfälle in Klinik und Gewahrsam. 2003, Lübeck: Schmidt-Römhild

Pflegetherapeutisches Arbeiten auf einer psychiatrischen Rehabilitationsstation – via – »Leitmotive«: »Was beeinflusst Pflegepersonen in ihrem Denken und Handeln?«

Ruth Reiterer, Stefanie Sailer, Heimo Gross

Dieser Vortrag beschäftigt sich mit der Darstellung der Entwicklung pflegetherapeutischen Wissens und Handelns auf einer psychiatrischen Rehabilitationsstation, – über einen Zeitraum von circa 30 Jahren, – bis hin zur Entstehung der sogenannten »Leitmotive«. Die Abteilung wurde 1976 geschaffen. Das Klientel bestand zu Beginn hauptsächlich aus Menschen mit der Diagnose »Chronische Schizophrenie«, und veränderte sich im Laufe der Zeit überwiegend hin zur Gruppe von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen. Eine zur damaligen Zeit innovative Gründungsidee war die betonte Einbindung der Pflegeprofession in die multiprofessionelle Teamarbeit.

Durch den strukturierten Austausch von Erfahrung und Sichtweisen der einzelnen Berufsgruppen kam über die gemeinsame Praxis ein allmählicher Aufbau von Wissen zustande, welches a) implizit existierte, und uns über einen längeren Zeitraum b) intuitiv leitete.

Damaliges Selbst- und Fremdbild des Pflegepersonals bestand vor allem in der Funktion »Spezialisten für den Alltag«, Zuständige für körperliche und psychische Grundbedürfnisse, sowie »Hüter von Basis und Struktur« zu sein. In den folgenden Jahren rückte zusätzlich die bewusster Beschäftigung mit den Ressourcen der PatientInnen in das pflegerische Tätigkeitsfeld. Aufgabe des Pflegepersonals war es, die PatientInnen mitverantwortlich in das Geschehen einzubinden. Beispielsweise in die Gestaltung der Freizeit oder das Absagen eines eigenen Termins. Das Motto (bzw. das Leitmotiv) in diesem Abschnitt lautete,»weg von der Versorgung des/der PatientInnen – hin – zu Teilhabe und Mitverantwortung des/der PatientIn.«

Parallel zur Entwicklung einer sich verändernden Grundhaltung den PatientInnen gegenüber, gab es im Pflorgeteam das Bedürfnis, den eigenen Professionsbereich thematisch zu gliedern, zu benennen und nieder zu schreiben. Erstmals wurde implizit vorhandenes Wissen und daraus resultierendes

Tun durch die gemeinsame Reflexion explizit gemacht. Dieses stellte das Pflegerische Team beim Steinhof Symposium 1992 in einem Workshop vor.

In den folgenden Jahren bot dieses Grundgerüst eine hilfreich Matrix für die planvollere Gestaltung der PatientInnenarbeit. Die zunehmende Komplexität der pflegetherapeutischen Arbeit im Kontext der Station, der Teamarbeit und der erneuerten Gesetzeslage, evozierte das Bedürfnis, den in vielfältigen Situationen leitenden Hintergrund zu erfassen.

Die Anforderung, das Modell »Pflegeprozess« zu integrieren, erforderte eine Reflexion der bestehenden Pflegearbeit (Was strukturiert uns? Wie organisiert sich die Station? Was ist dem Pflegerischen Team wichtig? Was ist die Handschrift der Station?) um eine gute Verbindung mit dem neuen Modell des Pflegeprozesses zu erreichen. Diese Integrationsarbeit schuf das Pflegepersonal in einigen Arbeitskreisen.

Zeitgleich entstand im Gesamtteam der Wunsch, mittels einer wechselseitigen Präsentation einen kompakten Einblick in das Tätigkeitsfeld der verschiedenen Berufsgruppen zu erlangen. Der Bereich der Pflege wurde von Sr. Reiterer präsentiert. Sie stellte sich folgende Fragen: »Wie kommt es, das »die Pflege« so handelt wie sie handelt?«, »Worauf bezieht sich das Pflegerische Team?«, »Was leitet die Pflege in den diversen Kontexten?«, »Welche Vor-Annahmen gibt es?«, »Welche Welt- und Menschenbilder spielen herein?«.

Nach dem Vortrag bildete sich eine Kleingruppe mit dem Ziel, sämtliche patientInnen- und teambezogenen Tätigkeiten zu erfassen und nach dem Prinzip der vierschrittigen Elemente der Leitmotive zu bearbeiten und nieder zu schreiben.

Grundannahme ist, dass die Station über eine Art Leitmotive verfügt, welche in unserer Arbeit den gemeinsamen Nenner bilden. Damit ist gemeint, dass jede unserer pflegerischen Handlungen von den vier folgenden Hauptkomponenten beeinflusst wird.

- Fachliche Aufgaben
- Aufgabe der PatientInnen
- Konzept
- Haltung

Hier ein Beispiel der Gliederung des Punktes Pflegepersonal als Hauptträger des Stationsklimas:

Stationsklima

a) Fachliche Aufgabe

- Alle Mitarbeiter erarbeiten sich das Wissen über die von der Station entwickelten Konzepte, Regeln und Lösungsstrategien betreffend PatientInnen und Teamarbeit.
- Jede/r einzelne MitarbeiterIn trägt durch seine/ihre Umgangsformen (wertschätzende Haltung, Körpersprache, Tonfall, etc.), Art und Weise, Zeitpunkt und Menge der Informationsweitergabe große Verantwortung für das Klima auf der Station.

b) Aufgabe der Patienten

- Die PatientInnen können in der Gemeinschaft die Art ihres sozialen Umgangs im geschützten Rahmen erleben und neues Verhalten erproben. Sie erkennen, welche Position sie in der Gruppe einnehmen, wie nah oder distanziert sie anderen gegenüber sein wollen, welche Grenzen sie suchen und setzen, wie aktiv oder passiv sie sich verhalten, wie konsens- und konfliktfähig sie sind, oder wie konstruktiv oder destruktiv sie sich verhalten.
- Weitere Themen sind u.a. Verbindlichkeit, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Ordnung, Wünsche äußern, Hilfe holen und annehmen, sich »ernst nehmen« und danach handeln.
- Umgang mit Fertigkeiten üben, etc..

c) Konzept

- Es leitet uns das Modell einer möglichst gut funktionierenden Familie (Vorbildwirkung), wobei viele Qualitäten erlebbar werden (mütterlich, väterlich, geschwisterlich).
- Ein gesundheitsförderliches Klima lässt die PatientInnen das Optimum ihrer Möglichkeiten entwickeln.
- Das Team unterstützt sie dabei und bleibt selbst in gesunder Balance.

d) Haltung

- Die Erfahrungen in und mit der Stationsgemeinschaft sind ein wichtiger Teil der gesamten Therapie.

In lebendigen Diskussionen des gesamten Pflorgeteams, kamen die MitarbeiterInnen des Pavillons 2 zu der Auffassung, dass die in den Annahmen formulierten Motive zum gegenwärtigen Zeitpunkt den für sie sinnvollsten Wissens- und Handlungshintergrund bilden. Ein wesentliches Anliegen – nämlich – das im Laufe der Zeit und Entwicklung entstandene, geschaffene Wissen zu erfassen, zu strukturieren und explizit zu machen, war damit auf einer weiteren Stufe erreicht. Dieses Wissen schaffte und schafft eine klarere Kommunikation, trägt zur Entwirrung bei, hilft bei der Steuerung der Handlungsabsichten und führt zu einem besseren Verständnis auf der Metaebene.

Komplementär zur tradierten Form der mündlichen Wissensweitergabe, war es wichtig, selbige alternativ in stabil-kompakt schriftlicher Form zu erhalten.

Der Einschätzung nach ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein noch besseres Arbeitsverhältnis – Pflegeperson/PatientIn, Pflegeperson/Pflegeperson und Pflegeperson/Multiprofessionelles Team – entstanden.

Internetlösung zur Übersetzung von Textbausteinen für fremdsprachige Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie

www.textbausteine.ch

Stephan Frei, Werner Märki, Rudolf Reif, Helena Muslimovic

Hintergrund/Einleitung

»Die Schweiz ist ein Einwanderungsland und wird es wohl in nächster Zukunft auch bleiben. Ende 1999 lebten rund 1,5 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz, dies entspricht einem Anteil von 21,1 % der Gesamtbevölkerung. 1999 befanden sich ca. 107'000 Personen als Asylsuchende oder als vorübergehend Aufgenommene in der Schweiz, dies entspricht einem Anteil von 1,4% der Gesamtbevölkerung. Ein Teil der zugewanderten Menschen werden krank und kommen irgendwann mit Personen und Institutionen des Gesundheitswesens in Kontakt (rein rechnerisch kann jeder fünfte Patient ein Ausländer sein). Wie gut sie sich zurecht finden, verstanden fühlen, Therapie- und Heilungsangebote in Anspruch nehmen und sich aktiv am Gesundwerden beteiligen können, hängt nicht zuletzt von der transkulturellen Kompetenz der Pflegenden ab.

Die Sprache nimmt dabei einen wichtigen Stellenwert ein“[1]. Diverse Studien bestätigen, dass die erste Phase der Hospitalisation ein wichtiger und kritischer Zeitpunkt der Behandlung ist. „Es darf nicht sein, dass für einen Teil der Patienten der Anspruch der professionellen Pflege über Bord geworfen werden muss, da die Bedürfnisse schon aus sprachlichen Gründen nur ungenügend eruiert werden können. Welche Auswirkung hat dies auf die Pflegequalität und die Compliance? Sprachlich bedingte Verständigungsschwierigkeiten gekoppelt mit uns fremdem Umgang mit Krankheit und Gesundheit können zu komplexen Pflegesituationen führen. Die Suche nach Lösungen wird bisher weitgehend den Pflegenden überlassen Dies stellt eine Überforderung dar, vor allem wenn bei hoher Arbeitsbelastung die bedürfnisorientierte Pflege nur noch ansatzweise realisierbar ist [2].«

Praxisalltag

Auf akutpsychiatrischen Stationen ist die Verständigung im Praxisalltag

mit fremdsprachigen Patienten oft sehr schwierig. Sie sprechen und verstehen unsere Sprache nicht oder nur sehr wenig. Wichtige Informationen in schriftlicher Form in der jeweiligen Muttersprache fehlen. Daraus ergibt sich für die Pflegenden eine zusätzliche Schwierigkeit.

Vielfach kann nicht auf einen Dolmetscher gewartet werden. Der Patient braucht schnell und verständlich Informationen, damit er sich zurechtfindet und verstanden fühlt. Wir Pflegenden brauchen unmittelbar Informationen im Bereich der Risikoeinschätzung, um im Ernstfall reagieren zu können.

Textbausteine / Piktogramme

Es gibt verschiedene Mittel zur Verständigung mit fremdsprachigen Patienten. An erster Stelle muss der Dolmetscher stehen, dabei meinen wir eine im Übersetzen geübte und wenn möglich geschulte Person, die sowohl die deutsche, sowie die Fremdsprache sehr gut beherrscht. Weitere Mittel sind beispielsweise Piktogramme. Es kann eine kreative Tätigkeit sein für ein Team, auf ihrer Abteilung Bilder für spezifische Situationen anzufertigen, die dann in den entsprechenden Situationen eingesetzt werden können. Eine weitere Möglichkeit ist das Anlegen von Wörterbüchern mit Übersetzung in die wichtigsten Sprachen.

Unsere klinikübergreifende Arbeitsgruppe hat das Ziel, Hilfsmittel zu erarbeiten, die möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nutzen können. Wir fokussierten uns dabei auf das Anlegen von »Wörterbüchern« oder besser gesagt »Textbausteinen« für die Anfangsphase der Behandlung, also das Überbrücken bis ein Dolmetscher vor Ort ist. Wir wollen den Pflegefachpersonen eine Internetplattform zur Verfügung stellen, die dazu dient, fremdsprachige Patienten in ihrer jeweiligen Muttersprache mit wichtigen Informationen zu versorgen. Beispiel: Begrüssung, Rekursrecht, Ausgangsregelung, Hausordnung, pflegerische Gruppenaktivitäten etc. Weiter entwickeln wir so genannte »Risikotextbausteine«, die uns Pflegenden wichtige anamnestische Daten vermitteln und dem Patienten die Gelegenheit, Bedürfnisse bekannt zu geben. Die Risikotextbausteine sollen helfen herauszufinden, ob unmittelbar ein Dolmetscher aufgeboten werden muss. Weiter sollen die Risikotextbausteine klare Informationen und Anweisungen bei Zwangsbehandlungen beinhalten.

Jede Pflegefachperson kann sich so die Textbausteine zusammenstellen, wie sie gerade in der aktuellen Patientensituation gebraucht werden. Da das Interesse anderer Kliniken sehr gross ist, stellten wir das Projekt der Gesundheitsdirektion(GD) des Kanons Zürich vor. Es wurde von der GD als unbedingt unterstützenswert eingestuft.

Ziele:

- Die Zeit bis ein Übersetzerdienst vor Ort ist kann mit wichtigen Informationen überbrückt werden
- Entscheidungshilfe ob ein Dolmetscher unmittelbar beigezogen werden muss
- Der Patient fühlt sich willkommen, verstanden und findet sich besser zurecht
- Deeskalieren durch Informieren und klare Anweisungen
- Erfahren von ersten wichtigen anamnestischen Daten durch »Ja-nein- Kommunikation«
- Erstinformationen für die Risikoeinschätzung und das Assessment
- Kleiner Beitrag an die Verbesserung der Transkulturellen Pflege
- Saubere Dokumentation der abgegebenen Informationen
- Ausbau und Anpassungen der Textbausteine durch Rückmeldungen aus der Praxis

Aktueller Stand des Projektes Massnahmen bis Ende 2006:

- 2004 Gründung Arbeitsgruppe aus drei Kliniken des Kanton Zürichs
- November 05 Testversion läuft
- Mai 2006 Evaluation Testversion
- Mai–August Ausarbeiten Risikotextbausteine, Auswahl, Übersetzung, Integration ins Programm
- Mai–Juli Verhandlung Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
- September/Oktober Anpassungen
- Oktober/November ausrollen kantonal

Vision/Ausblick:

Die Weiterentwicklung und Anpassung von Textbausteinen steht im Vordergrund. Dabei soll der Grundsatz, dass es sich nicht um ein Übersetzungsprogramm handelt, sondern um eine Überbrückungshilfe bis eine

differenzierte Kommunikation mit einem Dolmetscher stattfinden kann, an oberster Stelle stehen.

- Weiterentwicklung z.B Zugang von verschiedenen Sprachen aus
- Ausrollen National/International
- Modul Notaufnahme Akutspital
- Modul andere Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten)
- Modul Angehörige
- Kostendeckung der Entwicklung durch Abonnemente

Literatur

1. DIALOG, Zeitschrift der Linderhof Schule, 8.Jahrgang/Ausgabe Frühling 2004 S.8
2. DIALOG, Zeitschrift der Linderhof Schule, 8.Jahrgang/Ausgabe Frühling 2004 S.14

Zu Burnout in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege: Ursachen und Lösungsansätze

Cornelia Gianni

Um Strategien zur Vermeidung oder Minderung des Burnout Syndroms innerhalb der Berufsgruppe des Krankenpflegepersonals, das in der Psychiatrie arbeitet zu entwickeln, müssen dessen Ursachen aufgezeigt werden. Burnout ist ein Syndrom, das sich nach Maslach et al. [4] auf drei Ebenen äußert:

- Emotionale Erschöpfung
- Depersonalisation
- reduzierte persönliche Fähigkeiten.

Eine Studie von Jeanneau [3] hat ergeben, dass ein negatives Selbstbild zu einer hohen Rate an *Burnout* führen kann. Für Personen, die sich selbst negativ sehen, sind Ereignisse und Erfahrungen in der Arbeit belastender als für Pflegende mit positivem Selbstbild. Persönliche Neigungen, Angst, Selbstzweifel, wenig Selbstachtung und mangelnde Selbstfürsorge steigern ebenso die Vulnerabilität. Unter dem Ausdruck »Vulnerabilität« versteht man die psychische und physische Verletzlichkeit oder Anfälligkeit. Ein hoher Vulnerabilitätsgrad deutet also an, dass der Grad der psychischen und physischen Belastbarkeit einer Person niedrig ist. Mitarbeiter mit hoher Selbstachtung können positive und negative Aspekte abwägen, bei denjenigen mit wenig Selbstachtung überwiegt eine pessimistische Grundhaltung, Fragebögen werden häufiger negativ beantwortet als bei der erst erwähnten Personengruppe [2]. Wie Maslach [4] hervorhebt, sind die Hauptursachen für Burnout nicht in der einzelnen Pflegeperson zu suchen, sondern vielmehr im System, in das derjenige eingebunden ist. Es besteht ein Missverhältnis zwischen den Bedürfnissen des Menschen und den Anforderungen am Arbeitsplatz. Um auszubrennen, muss der Betroffene einmal »gebrannt« haben, das heißt, er hat sich in seinem Beruf aktiv und engagiert eingesetzt, und erst dann in einem langsamen Verlustprozess Fähigkeiten verloren.

Der Schweregrad und die Symptome des *Burnout Syndroms* können nach Modestin et al. [5] mit einer Depression verglichen werden. Die Symptome

des Burnout sind jedoch eng an die Arbeitssituation gebunden, das bedeutet, dass der Betroffene anfangs im Privatleben keine oder wenig Probleme hat. Die Symptome von Burnout sind vielfältig wie Schlafstörungen, chronische Müdigkeit, Erschöpfung, psychosomatische Reaktionen, Energiemangel, Antriebslosigkeit, Konzentrationsmangel, Verlust der Empathie, Verzweiflung, Zynismus, Kälte im Umgang mit Patienten. Diese Aufzählung ist nicht vollständig, zeigt aber, worauf Burisch [1] hinweist, dass sich das *Burnout Syndrom* diagnostisch nur schwer von einer Depression unterscheiden lässt. Es gibt zwischen beiden Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten, eine der Gemeinsamkeiten ist im äußersten Fall Suizidgedanken und als Folge davon der versuchte oder vollendete Suizid. Es ist schwierig Statistiken zu finden, die belegen, wie hoch die Suizidrate in helfenden Berufen ist. Ein Hauptproblem dabei ist die unveränderte Tabuisierung des Themas und, dass Suizidversuche nicht erfasst sind.

Krankenpflegepersonal ist in hohem Maße psychomentalem Stress ausgesetzt. Schnelles Reagieren und starke Konzentration in der täglichen Arbeit sind erforderlich; die Tätigkeit hat umfassende Folgen für Leben und Gesundheit eines Patienten. Organisationsbedingte, psychische Belastungen wie Zeitdruck und häufige Unterbrechungen kommen ebenfalls zum Tragen, ein angemessenes Betreuungsverhältnis des Personals von Seiten der Krankenhausleitung ist daher wichtig [6].

Das *Burnout Syndrom* stellt sicherlich auch einen großen wirtschaftlichen Faktor dar, zum Teil hohe Ausfallzeiten des betroffenen Personals und eine hohe Beschäftigungsfluktuation erhöhen die Personalkosten [1]. Für jedes Unternehmen muss dies ein Anlass sein, die Thematik ernst zu nehmen und den Versuch zu unternehmen, Abhilfe zu schaffen, zu unterstützen und auf den Weg zu bringen.

So wie zur Entstehung von *Burnout* verschiedene Faktoren beitragen, sind, wie Schmidt [7] ausführt, zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen, um im Klinikalltag die Entstehung der Krankheit zu verhindern oder niedrig zu halten. Dabei ist, wie sie ausdrücklich feststellt, Vorbeugung wirksam und wichtig. Die Vorgabe der Zielsetzung für die geleistete pflegerische Tätigkeit muss realistisch und erreichbar sein. Die Belastungen der einzelnen Mitarbeiter sollten an deren Potenzial gemessen werden, nicht an den Erwartungen anderer. Persönliche Anstrengungen der Mitarbeiter alleine rei-

chen nicht aus, um die Entwicklung der Krankheit aufzuhalten. Es sollten laut Schmidt [7] Lösungen im sozialen Kontext des Arbeitsplatzes gefunden werden, die langfristig Wirkung zeigen. Um einen Überblick zu erhalten über das Ausmaß an *Burnout* in der jeweiligen Institution, sollte gezielte Ursachenforschung betrieben werden.

Ein wichtiger Aspekt zur Verminderung der *Burnout*-Rate innerhalb des Pflegepersonals ist die Aus- und Weiterbildung. Das Angebot von Fortbildungen in den verschiedenen Wissensbereichen pflegerischer Arbeit hebt die Selbstkompetenz und die professionelle Kompetenz der Mitarbeiter und steigert somit das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit des Einzelnen. Das Selbstvertrauen und die bewusste Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten können durch ständige Erneuerung und Erweiterung des Wissensstandes gefestigt werden [3].

Das in 30 Jahren erworbene Forschungswissen über die Entstehung und Bekämpfung von *Burnout* wird noch zu wenig umgesetzt, was aber auch den Stand der Akzeptanz der Pflegewissenschaft in unserer Gesellschaft widerspiegelt. Es gibt vielfältige Lösungsstrategien der aufgezeigten Probleme und es könnte viel getan werden, um die *Burnout*-Rate unter Pflegepersonal im psychiatrischen Krankenhaus und im ambulanten Bereich gering zu halten. Ziel einer jeden Institution sollte laut Maslach et al. [4] sein, die Beziehungen zwischen den Menschen und den Arbeitsplätzen zu verbessern. Da Menschen jedoch austauschbar sind, wird von Seiten der Arbeitgeber meist keine Veranlassung gesehen Veränderungen an zu streben. Die absolute Harmonie zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist ein hohes Ziel, das in der Realität nicht zu erreichen ist. Wenn es auch in einigen Bereichen des Arbeitsumfeldes Missverhältnisse gibt, so kann dies durch größere Harmonie in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Der Schaden, der durch *Burnout* entsteht, ist nur schwer zu errechnen. Laut Maslach et al. [4] ist das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des Personals eng verbunden mit dem des Patienten, Maslach et al. erwähnen ebenso ausdrücklich, dass die Qualität der Pflege einen kostenträchtigen Faktor darstellt, der durch *Burnout* beeinträchtigt sein kann. Dies sollte jedem Arbeitgeber Anlass sein, sich Gedanken darüber zu machen, ob es sinnvoll ist in seiner Institution den Stand des *Burnout Syndroms* zu ermitteln. In Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitern können Lösungsansätze gefunden werden, daraus entwickelte

Lösungsstrategien tragen zu einer Verbesserung des Arbeitsklimas und der Arbeitszufriedenheit bei. Maslach et al. [4] zitieren eine Binsenweisheit »Ein Gramm Vorbeugung ist besser als 1 Kilo Heilung«, damit sagen sie, dass langfristige Sichtweisen und Vorbeugung größere Kosten und Verluste in der Zukunft verhindern. In Menschen zu investieren bedeutet, sie zu gut ausgebildeten, loyalen und engagierten Mitarbeitern zu machen, die bereit und in der Lage sind qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten.

Literatur

1. **Burisch, M.:** (1994) Das Burnout- Syndrom, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2nd ed.
2. **Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., Burnard, P.:** (2000) Burnout in community mental health nurses: findings from the all- Wales stress study, *Journal of Psychiatric and Mental health nursing*, 7:127-134.
3. **Jeanneau, M.:** (2000) Self-image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing*, 7: 399-406.
4. **Maslach, C. (2001) Leiter, M.:** Die Wahrheit über Burnout, Verlag Springer, Wien
5. **Modestin, J. Lerch, M. Böker, W.:** (1994) Burnout in der psychiatrischen Krankenpflege Springer- Verlag, Berlin Heidelberg,
6. **Nolting, H., Berger, J., Fütterer, B., Schiffhorst, G.:** (2000) DAK- BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
7. **Schmidt, B.:** (2004) Burnout in der Pflege, W. Kohlhammer GMBH Stuttgart, Stuttgart, 1st ed.

Das pflegerische Setting von Borderline-Patienten auf einer verhaltenstherapeutischen Station (Skills-Training)

Katja Henning

Das Stationskonzept

Die Verhaltenstherapeutische Station führt 20 Betten. Das multiprofessionale Team besteht aus 2 Oberärzten, 2 Turnusärzten, 1 Therapeutin in Ausbildung, 1 Psychologin, 12 Pflegepersonen (PP) mit flexibler Diensterteilung (Tag- und Nachtdienste), Ergo- und Physiotherapie. Weiters stehen uns eine Sozialarbeiterin und eine Diätologin zur Verfügung.

Unser Turnussystem: 20 Patienten (Pat.) werden innerhalb von 2 Tagen aufgenommen, haben dann 7 Wochen intensives Therapieprogramm und werden alle gleichzeitig entlassen. Für diese Zeit verzichtet eine PP auf die flexible Diensterteilung und arbeitet im täglichen Dienst. Sie gestaltet selbst Patientengruppen (Soziales Kompetenztraining, Basisgruppe und die Pflegevisite) und ist für die Patienten kontinuierliche Ansprechpartnerin, weil sie auch über den aktuellen Stand in allen angebotenen Therapiegruppen informiert ist.

Für die Pat. besteht jeden Nachmittag die Möglichkeit auf Ausgang zu gehen, vorausgesetzt, es finden keine Therapien statt. An Wochenenden können die Pat. auf Nachtausgang gehen, wobei sie daheim üben sollen. Alle Ausgänge werden in den Einzel- bzw. Gruppentherapien besprochen, meist vor dem Ausgang noch einmal mit PP vorbesprochen und auch am Sonntagabend mit PP kurz nachbesprochen. Montag bzw. Dienstag werden die Wochenend-Ausgänge dann mit den Therapeuten aufgearbeitet.

Die Station ist am Wochenende besetzt, d. h. die Pat. können bei Bedarf zurückkommen. Durchschnittlich bleiben am Wochenende ca. 4-5 Pat. an der Station (zum Schlafen).

Setting und Therapievertrag

Innerhalb von 2 Wochen nach der Aufnahme wird zwischen Pat. und Therapeut ein Therapievertrag erstellt. Vom Pflegerischen Setting her werden

die Pat. in den ersten ca. 2 Wochen aufgefordert, sich bei Spannungen oder selbstschädigendem Verhalten vermehrt Zusatzmedikamente zu holen, da sie erst am Anfang des Therapieprogramms stehen und noch keine Skills zur Verfügung haben. Natürlich werden in der Fertigkeitengruppe bzw. auch immer wieder in Einzelgesprächen mit dem PP bzw. der Turnusschwester Skills vorgestellt und die Pat. zum Üben motiviert. Nach 2 – 3 Wochen stationärem Aufenthalt bzw. der 1. Evaluierung der Pflegeplanung, wenn die Pat. schon einen groben Überblick über Skills haben, die ihnen helfen, wird versucht, im Gespräch Strategien zu finden, die Spannungen abbauen können, und der Pat. wird aufgefordert, weniger Zusatzmedikamente zu gebrauchen.

Außerdem haben wir einen Korb mit verschiedenen Produkten, die sensorische Reize verursachen. Das Ausprobieren, das gemeinsam mit dem PP stattfindet, soll den Pat. Ideen und Anregungen vermitteln.

Ein weiteres wichtiges Instrument ist die Verhaltensanalyse (VA). In der Basisgruppe, die die Turnusschwester mit allen Pat. 1x wöchentlich macht, wird den Pat. das Erstellen der VA beigebracht. Oftmals kann das Ausfüllen einer VA Spannungen abbauen oder auch nach selbstschädigendem Verhalten eingesetzt werden. Ziel der VA ist es, in der Einzeltherapie einen Gedanken oder ein Gefühl gemeinsam mit dem Patienten zu hinterfragen. Der Pat. wird vom PP dazu motiviert, sich anzusehen, ob mit einer objektiveren Sichtweise von z. B. nur einem Gedanken die Gefühle, körperlichen Symptome oder Konsequenzen verändert werden können.

Struktur im Team

Einen sehr wichtigen Punkt nimmt die Schulung der Teamarbeit ein: wir müssen uns als geschlossene Einheit präsentieren, Uneinigkeiten im Team MÜSSEN IM TEAM bleiben. Keinesfalls dürfen wir dem Pat. die Möglichkeit geben, zu spalten.

Pat. mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung haben oftmals in ihrem Leben die Erfahrung gemacht, dass sie mit Sympathie fehlende Kompetenzen ausgleichen können. Daraus ergibt sich oft, dass sie sich im Laufe eines Tagdienstes eine(n) PP aussuchen, der/dem sie das Gefühl vermitteln, »die/der beste Schwester/Pfleger« zu sein, der/die einzige, der/die sie versteht ... und damit im Team eine Spaltung schaffen.

Durch das Gegeneinander-Ausspielen (»bei der Schwester A darf ich das, Schwester B ist so böse, bei der darf ich das nicht«, »der Pfleger hat aber etwas anderes gesagt« u.s.w.) schafft sich der Pat. einen Spielraum, in dem er seinem Schema des Schwarz-Weiß-Denkens Bestätigung verschafft. Nach dem Motto: Wer nicht für mich ist, ist gegen mich! Und bekomme ich nicht, was ich will, von der einen Person, dann gehe ich zur nächsten! Das Problem ist, dass diese Personen für den Pat. jederzeit austauschbar sind, wenn sie seinen Vorstellungen nicht mehr entsprechen bzw. sich in einer Situation nicht so verhalten, wie er es sich vorstellt.

In unserem Stationsalltag hat es sich gezeigt, dass ein Beziehungsaufbau zu zumindest einer PP sehr viel zur Verbesserung der Compliance beiträgt. Es gibt dem Pat. die Möglichkeit, mit einer Person eine Beziehung zu haben, in der er sich angenommen und akzeptiert fühlt. Wo er Unterstützung erhält und reflektieren kann, was im therapeutischen Prozess passiert, ohne dass er unangenehme Konsequenzen erfährt (wie in seiner Vergangenheit). Der Pat. macht diese Erfahrung beim gesamten Team, aber weil jedes Teammitglied auch eine individuelle Person ist, entstehen immer wieder »Bezugspflegepersonen«. Allerdings birgt dieses Vertrauensverhältnis viele Gefahren für beide Seiten. Es kann beim Pat. zu Spannungen führen und alte Verhaltensmuster (Selbstschädigung) aktivieren. Wir PP müssen uns an bestimmte Regeln halten und uns abgrenzen. Z. B.: kein Duzen, keine Änderung im Therapiekonzept ohne Rücksprache im Team (die berühmte Extrawurst!). Keine außerdienstlichen Aktivitäten mit dem Pat. unternehmen, keine Vertraulichkeiten.

Auch NEIN sagen, wenn angebracht oder wenn nötig; Ärger, Enttäuschung etc. ansprechen und erklären, wodurch diese Gefühle ausgelöst wurden. Dies bietet dem Pat. gleichzeitig ein Modell, wie mit diesen Gefühlen umgegangen werden kann. Und es vermittelt Sicherheit (»Man kann alles besprechen«), und man schafft damit eine Atmosphäre, die den Lernprozess unterstützt.

Die Pat. neigen dazu, Regeln und Vereinbarungen zu brechen oder Grenzen zu überschreiten (oder dies auch herauszufordern durch andere) – weil sie Überschreitungen in ihrer Lebensgeschichte als normal erfahren haben. Und auch weil sie (auch unbewusst) überprüfen, ob wir uns an Vereinba-

rungen halten (=Vertrauenstest). Ein Ausloten, wo die Grenzen sind, bis sie das vertraute Szenario aus ihrem bisherigen Leben wieder erleben können (Strafe, Ablehnung, Verlassenwerden ...). Damit wird unser Reaktionsmuster vom Pat. überprüft – sind wir auch so wie alle anderen?

Wir sollten daher, z. B. in Krisensituationen (Pat. kommt mit aufgeschnittenen Unterarmen zu PP) nicht wertend reagieren. Das wäre das Muster der Eltern. Der Pat. soll nicht das Gefühl haben, dass wir böse auf ihn sind, auch das wäre eine bekannte Erfahrung und damit eine Bestätigung. Wir sprechen so neutral wie möglich mit dem Pat., weil er ja im Laufe des Aufenthalts neue Erfahrungen machen soll. Es ist aber vielleicht möglich, mit dem Pat. im Gespräch die Auslösefaktoren zu reflektieren oder der Pat. kann motiviert werden, eine VA (über den Spannungsabbau) zu machen. Manchmal ist auch ein Time-out angebracht.

Es ist daher nützlich, klare Richtlinien für den Fall von Grenzüberschreitungen seitens des Pat. zu haben. Die ergeben sich aus dem Therapievertrag und entsprechenden Maßnahmen in der Pflegeplanung. Es ist also das Um und Auf, dem Patienten...

- die Möglichkeiten, die man hat, zu erklären und auch Grenzen der Organisation aufzuzeigen = ergibt auch oft Motivationsarbeit beim Pat.
- Grenzen zu setzen, aber gleichzeitig empathisch zu bleiben: wir erklären, dass wir verstehen, warum Grenzen überschritten oder ausgetestet werden müssen – trotzdem klare Regeln vermitteln. Es sollte immer auch betont werden, dass »Grenzen setzen« nicht negativ bewertet werden muss. Grenzen sind wichtig, sie sind aber auch dazu da, sich an ihnen anzuhalten. Wenn man Grenzen erfährt, muss man automatisch andere Strategien entwickeln. Dadurch verändert sich auch der Umgang des Pat. mit Grenzen. Man könnte »Keine Grenzen setzen« mit »Keine erste Hilfe leisten« vergleichen.
- Zurücknehmen: Wenn sich der Pat. nicht an Vereinbarungen hält, kann ihm vermittelt werden, dass er selbst Eigenverantwortung hat und in diesem Sinne sagen kann, was er vom Team (von der Organisation) erwartet.

Skills

Jeder von uns hat Fertigkeiten, seinen Alltag und dessen Probleme zu bewältigen. Oft geht es automatisch und ist uns nicht bewusst. Auch Patienten mit selbstschädigenden Handlungen haben Skills entwickelt, um sich aus Spannungen, aus innerer Leere, aus dissoziativen Zuständen usw. herauszuholen. Nur sind diese Skills (sprich: Selbstbeschädigung) nicht adäquat. Wir möchten jeden einzelnen Patienten motivieren, viele verschiedene Skills auszuprobieren um so herauszufinden, mit welchen er individuell etwas anfangen kann. Da das Üben bei erhöhter Spannung nicht mehr möglich ist, müssen die Skills im Notfall funktionieren (genauso, wie das Schneiden funktioniert), um die selbstschädigenden Verhaltensweisen ersetzen zu können.

In den verschiedenen Therapien werden dem Patienten die Stresskurve (Grad der Spannung) erklärt, damit er sich selbst einschätzen kann, weil es wichtig ist, darauf zu achten, bei welcher Spannung man welchen Skill einsetzen kann. Auch das Pflegepersonal weiß um die Bedeutung und Anwendung der Achtsamkeitsübungen, Zwischenmenschlichen Fertigkeiten, Emotionsregulation und Stresstoleranz und ist jederzeit zur Unterstützung der Patienten bereit.

Stationäre Mutter-Kind-Aufnahme auf einer psychiatrischen Station: Mehr als Rooming-In?

Franz Karl

Einleitung

Es gibt wenig, was uns so rührt wie eine Mutter mit ihrem neugeborenen Kind und wir können gar nicht anders, als uns eine glückliche Mutter vorzustellen. Meistens ist es auch so. Aber manchmal ist es anders. Eine alte deutsche Redensart lautet: »der Mutter ist die Milch in den Kopf geschossen«. Man verwendet sie, wenn man Auffälligkeiten bei Müttern in Zusammenhang mit der Geburt ihrer Kinder bemerkt.

Die Mutter fühlt sich gelähmt und verzweifelt, zentnerschwer sind ihre Glieder, wenn sie das Kind versorgen, ja nur halten will. Wenn sie es sieht, fängt sie an zu weinen oder sie erstarrt. »Eine postpartale Depression« hört sie vielleicht nach einiger Zeit, eine Krankheit.

Die Verbreitung psychischer Erkrankungen unter Müttern 10–15% der Frauen sind nach der Geburt eines Kindes von einer postpartalen Erkrankung betroffen:

8 von 10 Frauen erleben ein postpartales Stimmungstief

1 von 10 Frauen erkrankt an einer Wochenbettdepression

1 von 100 Frauen ist von einer Wochenbettpsychose betroffen

1 von 125.000 Frauen tötet ihr Neugeborenes (2)

Mögliche Defizite bei den Kindern

Für das Neugeborene Kind ist die Situation nicht minder schlimm. Wir wissen von den Untersuchungen der Säuglingsforschung, dass der Säugling die Stimme und den Geruch der Mutter kennt, wenn er geboren wird, er braucht den Augenkontakt, das liebevolle Halten und das Streicheln. Wenn ihm das fehlt, ist das keine gute Grundlage für seine weitere Entwicklung [1].

In der psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin wurden zwischen 1987 und 1997 insgesamt 37 Frauen mit schweren, postpartalen, psychischen Erkrankungen gemeinsam mit ihren Kindern, bei denen die kognitive Entwicklung, aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern, beeinträchtigt sein kann, stationär aufgenommen. Dabei stellte sich die Frage, ob durch das Rooming-In die kognitive Entwicklung der Kinder beeinflusst wird. Mit altersentsprechenden Testverfahren (MFED und K-ABC) wurden die kognitiven Fähigkeiten dieser Kinder untersucht und ihre Testergebnisse mit denen von einer gesunden, parallelisierten Kontrollgruppe verglichen. Dabei konnte in keinem der jeweiligen Teilbereiche ein signifikanter Unterschied zwischen Rooming-In-Kindern und Kindern der Kontrollgruppe gefunden werden [3]. Dies spricht für die Einrichtung von Rooming-In-Einheiten in psychiatrischen Krankenhäusern.

Die Entwicklung des Rooming-In in unserer Einrichtung

Als wir im Jahr 2000 unsere Abteilung eröffneten, stellte sich die Frage einer Mutter-Kind-Betreuung ebenfalls. Aufgrund des steigenden Interesses des Pflorgeteams, habe ich mich verstärkt mit diesem Thema auseinandergesetzt. Dabei hat sich herausgestellt, dass wir, eine akutpsychiatrische Station für Erwachsene, die einzige derartige Einrichtung in Österreich sein werden.

Während unseres nunmehr 4-jährigen Bestehens hat sich gezeigt, wie wichtig solch eine Einrichtung ist, da der Bedarf enorm steigt. Neben Frauen, die unter postpartalen psychischen Problemen leiden, betreuen wir auch Frauen mit anderen psychischen Erkrankungen (wie schizophrene und depressive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen und Neurosen, sowie diverse Suchterkrankungen). Der Aufgabenbereich der Pflegenden geht weit über eine psychiatrische Regelversorgung hinaus, und übersteigt auch den Aufgabenbereich des in der Pädiatrie üblichen Rooming-In.

Da sich in unserem Krankenhaus auch eine Geburtsabteilung befindet, konnten wir auf diese Infrastruktur zurückgreifen, trotzdem mussten wir zu Beginn viel improvisieren. Nach und nach legten wir falsche Vorstellungen ab und manche Wege erkannten wir als Irrwege. Insbesondere unterschätzten wir den zusätzlichen Aufwand für die Beziehungsarbeit mit Eltern, Kindern und Angehörigen sowie den zusätzlichen organisatorischen Aufwand für die Pflegenden. Wir mussten lernen, dass wir es mit drei grundlegenden Themen zu tun hatten: die Mutter, das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung.

Die Aufgaben der Pflegenden

Auf unserer psychiatrischen Station steht hinter der integrierten Mutter-Kind-Betreuung die Überlegung, Kinder als Begleitpersonen stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken und die Effizienz der Therapie der Mutter zu steigern [2].

Das Spektrum des pflegerischen Therapieangebots für Mutter und Kind reicht, in jeweils angepasster Form, vom Säugling bis zum Kleinkind im Vorschulalter und beginnt bei der Unterstützung in der alltäglichen Pflege und Befriedigung der physiologischen Grundbedürfnisse des Säuglings durch das Pflgeteam. Da die Stärkung und Förderung der familiären Bindung ein wesentliches therapeutisches Ziel ist, wird von Anfang an versucht, die Familie, vor allem den Vater mit einzubeziehen.

Im Vordergrund steht die Stabilisierung und Rekonstruktion der elterlichen Beziehung, die häufig unter der Erkrankung der Mutter erheblich gelitten hat. Ein weiteres Ziel ist die Förderung der elterlichen Kompetenz, um ein tragendes familiäres und soziales Umfeld für die Entlassung zu schaffen. Darüber hinaus geht es um die Anleitung und um das Bewusstmachen von Verhaltensmustern der vorsprachlichen Kommunikation zwischen Mutter und Kind: Bei alltäglichen Verrichtungen wie dem Stillen und Füttern, dem Wickeln und Baden, dem Hinlegen und Aufnehmen kann die Beziehung zwischen Mutter und Kind verbessert werden.

Wir bemühen uns, eine sozial- kommunikative, stressfreie Atmosphäre für Mutter und Kind zu schaffen, die es der Mutter ermöglicht ihr Kind der Obhut einer Pflegekraft anzuvertrauen. Dies führt dazu, dass die sonst entstehenden Sorgen der Mütter bei der Trennung vom Kind ausbleiben. Die Behandlungsbereitschaft der Mutter steigt an, die Ängste um das Kind und die Schuldgefühle werden stark reduziert, wodurch wiederum die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Therapie deutlich ansteigt und die Aufenthaltsdauer verkürzt wird.

Milieuarbeit

Milieuarbeit umfasst alles, was das Klima auf der Station prägt: Der Umgang miteinander, die Sauberkeit, die Wohnlichkeit, die Kommunikationsarbeit usw. Das sind alles Dinge, auf die Pflegenden großen Einfluss haben. Wichtig ist die rechtzeitige Intervention in kritischen Momenten, was die Wachsamkeit des Teams erfordert.

Für die pünktliche Anwesenheit bei den Therapien ist die Mutter weitgehend selbst verantwortlich. Ob sie ihr Kind mitnimmt oder der Obhut einer Pflegenden beziehungsweise einer Mitpatientin anvertraut, wird in Vorgesprächen geklärt.

Wir müssen aufpassen, dass uns die Patientinnen nicht in die Mutterrolle drängen und wir müssen dafür sorgen, dass wir unsere Einstellung und die eigene Mutter- oder Vaterrolle nicht mit einfließen lassen. Mit unseren Beratungsangeboten zielen wir nicht auf fertige Lösungen ab, sondern wir wollen die Patientinnen dazu ermutigen, ihre Probleme selbst zu lösen.

Ziele der Mutter-Kind-Behandlung

In den ersten Tagen nach der Aufnahme erfolgt eine intensive Betreuung durch die Bezugspflegeperson, um Mutter und Kind das Eingewöhnen zu erleichtern und um zu beurteilen, wie viel Unterstützung die Mütter bei der Versorgung und im Kontakt mit dem Kind benötigen und welche familiären Ressourcen zur Verfügung stehen.

Da die Stärkung und Förderung der familiären Bindung ein wesentliches therapeutisches Ziel ist, wird von Anfang an die Familie, vor allem der Vater, so weit wie möglich mit einbezogen. Wir bieten den Familien vertrauensbildende therapeutische Gespräche, Empathie, Aufklärung und Entlastung. Dabei steht die Stabilisierung und Rekonstruktion der elterlichen Beziehung, die meist unter der Erkrankung der Mutter erheblich gelitten hat, im Vordergrund der Behandlung. Ein weiteres Ziel liegt in der Förderung der elterlichen Kompetenzen, um ein tragendes familiäres oder soziales Umfeld für die Entlassung vorzubereiten. Es ist uns wichtig, dass, der Vater oder eine andere, möglichst stabile Bezugsperson dem Kind so lange kompensatorisch eine positive Beziehungserfahrung vermitteln kann, wie die Mutter nach der Entlassung noch nicht dazu in der Lage ist.

Inhalte des Rooming-In

Die Patientinnen erhalten, entsprechend der therapeutischen Erfordernisse der verschiedenen Störungen, individuelle Psychotherapien, Ergotherapie und Entspannungstherapie, sowie psychopharmakologische Therapien.

Die Indikation zur Aufnahme des Kindes setzt räumliche und soziale Milieufaktoren voraus, die sowohl das Kind als bisweilen auch die gesamte Familie vor einer Stigmatisierung schützen müssen. Es bedarf eines therapeutischen

Settings, in dem die psychische Erkrankung der Patientin angemessen behandelt wird und das zugleich auf die Mutterschaftskonstellation sowie, unter Bindungsaspekten, auf die Mutter-Kind-Beziehung ausgerichtet ist. Die gemeinsame Aufnahme kann auch dazu dienen, Alternativen zur Mutter-Kind- Diade, z.B. Fremdplatzierung des Kindes, zu entwickeln. Sie kann Kind und kranke Mutter vor Überforderung schützen. Schließlich können die mütterlichen Pflegefähigkeiten und der emotionale Kontakt zum Kind verbessert und die mütterliche Identität gefördert werden. Stewart [4] beschreibt, dass nach gemeinsamer Aufnahme 87% der Mütter ihre Kinder versorgen konnten, gegenüber 31% der Mütter, die ohne Kind in psychiatrische Stationen aufgenommen wurden. Selbstverständlich sind die Widerstände gegen die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind auf einer psychiatrischen Station erheblich.

Im Allgemeinen wird vor allem befürchtet, dass das Kind durch den Aufenthalt in der Psychiatrie Schaden nehmen könne. Auch gibt es Ängste, die Mutter könne ihr Kind umbringen (Infantizidgefahr) oder es, aufgrund ihrer psychischen Erkrankung, nur mangelhaft versorgen. Schließlich gibt es auch noch die Mehrbelastung des Pflorgeteams, welches unter den gegenwärtigen Bedingungen bei Mitaufnahme des Kindes nicht mit personeller Verstärkung rechnen kann.

Dagegen lässt sich feststellen, dass in nahezu allen Publikationen über Mutter-Kind-Behandlung bei Müttern mit psychischen Störungen das Risiko eines Infantizides als sehr gering eingeschätzt wird. Auch wenn vereinzelt Mütter damit drohen, ihre Kinder umzubringen, ist eine solche Tat bei mittlerweile Tausenden von behandelten Fällen nicht bekannt. Die Mitaufnahme des Kindes trägt eher dazu bei, einen Infantizid zu verhindern. Auch die Gefahr der Verletzung des Kindes durch Mitpatienten bei Aufnahme auf einer allgemeinpsychiatrischen Station wird als sehr gering eingeschätzt. Größere Gefahren drohen dem Kind nach der Entlassung zu Hause, weshalb dies sorgfältig abgewogen werden soll.

Viel problematischer als die sehr seltenen Impulshandlungen der Kindstötung sind jedoch die häufigen, alltäglichen Vernachlässigungen des Kindes durch die Mutter.

Ohne frühzeitige Unterstützung bei der Pflege ihrer Neugeborenen, werden psychisch kranke Mütter oft emotional und körperlich überfordert, sie finden häufig auch keine familiäre Unterstützung, fürchten die Trennung vom Kind bei stationärer Einweisung in die psychiatrische Klinik und

versuchen dies so lange abzuwenden, bis es überhaupt nicht mehr auszuhalten ist. Verstärkt wird diese Haltung oft durch die Bedrohung des Sorgerechtsentzugs.

Nach unseren Erfahrungen, kann mit dem Rooming-In therapeutisch auf die Mutter-Kind-Beziehung und das Gedeihen des Kindes eingewirkt werden, und zwar von Geburt an.

Für die Mutter ergeben sich dabei folgende Vorteile:

- Sie lernt schrittweise die Säuglingspflege zu üben und zu steuern
- Die Übernahme mütterlicher Funktionen wird gefördert
- Die angemessene Verarbeitung vorläufiger und/oder endgültiger Trennung vom Kind wird ermöglicht
- Die Entlassung wird angemessen vorbereitet
- Die Verweildauer wird verkürzt, d.h. die Mutter ist schneller wieder zu Hause

Auch für das Kind ergeben sich Vorteile der gemeinsamen Aufnahme mit der Mutter:

1. Vermeidung wechselnder Bezugspersonen
2. Bindungsförderung und -erhaltung
3. Vermeidung einer Heimeinweisung

Literatur

1. **Görgen, D. E.:** Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. 2006, Bonn: Psychiatrie Verlag.
2. **Dalton, K.:** Wochenbettdepression – Erkennen-Behandeln-Vorbeugen. 2003, Bern: Huber.
3. **Lenz, A., Lenz, S.:** Mutter-Kind-Behandlung Krankenhauspsychiatrie, 2001. Jatro Neurologie/Psychiatrie 6.
4. **Stewart D. E.:** Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. 1989, Canadian Journal of Psychiatry; 34: 34-37.

Die historischen Lebens- und Arbeitswelten der Pflegenden der Wiener psychiatrischen Anstalt »Am Steinhof«

Sophie Ledebur

Die »Irrenpflege« war um 1900 ein Terminus, der sich auf eine Vielzahl vorwiegend organisatorischer und praktischer Aspekte der Anstaltspsychiatrie bezog. Die Themen des 1908 in Wien und auch noch des 1910 in Berlin tagenden »Internationalen Kongresses für Irrenpflege« verweisen einerseits auf den noch geringen Grad der Professionalisierung des medizinischen Spezialgebiets der Psychiatrie, andererseits war aber der Pflege der Geisteskranken innerhalb des Spektrums der therapeutischen Möglichkeiten eine zentrale Rolle zugeschrieben worden. Die sozialhistorische Studie zur psychiatrischen Pflege bezieht sich auf einen Zeitraum, zu der sich die Bedeutung des Berufs des, wie es noch hieß, Irrenpflegers und der Irrenpflegerin, als solcher erst erkannt beziehungsweise Thema eines öffentlichen Diskurses wurde. Eine chronologische Darstellung der Entwicklungen für den Zeitraum von der Gründung der Heil- und Pflegeanstalten »Am Steinhof« 1907 bis zu den 1930er Jahren ist Gegenstand dieses Beitrags. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der zeitgenössische Diskurs beziehungsweise die archivierten Quellen über die soziale Stellung dieses Berufs von einer grundlegenden Ambivalenz gekennzeichnet sind. Einerseits wurden aufgrund der »modernen Psychiatrie«, die von der non-restraint-Methode¹ und der Einführung neuer Behandlungsmethoden wie Bettbehandlung, Dauerbäder, Arbeitstherapie und Familienpflege geprägt war, große Anforderungen an die Pflegenden gestellt, andererseits waren deren soziale und materielle Lage von schwersten Arbeitsbedingungen, großen Unsicherheiten und Abhängigkeiten geprägt.

Reformen im frühen 20. Jahrhundert und soziale Stellung der Pflegenden in der neu gegründeten Anstalt

Einem Bericht über die Missstände der sozialen Lage des Pflegepersonals in der Zeitschrift »Die Irrenpflege« aus dem Jahre 1898 sollte die ein Jahr

¹Die freie und humane Behandlung der Geisteskranken ist für alle niederösterreichischen Anstalten verbindlich ab 1896/97 eingeführt worden. Intensive Bestrebungen in diese Richtung gab es allerdings bereits in den Jahrzehnten zuvor.

später vom niederösterreichischen Landesausschuss initiierte Reform folgen. Worin bestanden die »Beschlüsse der niederösterreichischen Landtages zur Hebung des Pflegepersonals in den öffentlichen Irrenanstalten«? Die oberste Verwaltungsbehörde und die Leitung der Anstalten hatten ein grundsätzliches Ziel, nämlich ein gut ausgebildetes, am Anstaltsgelände wohnendes und damit sesshaftes Personal. Veränderungen erfolgten über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Im März 1899 wurden die Löhne für das gesamte Verwaltungsgebiet angehoben und, was im Vergleich zu anderen Anstalten als Besonderheit gewertet wurde, für Männer und Frauen einheitlich geregelt. Die Altersversorgung sah vor, dass nach dreißigjähriger Dienstzeit der volle Lohn, aber auch, dass bereits nach 10jähriger Dienstzeit 40% bzw. sukzessiv ansteigende Beträge als Pensionen ausbezahlt wurden. Die »Erleichterungen des Dienstes« bestanden in der Einrichtung von eigenen Speise- und Erholungsräumen für die Pflegenden v.a. auf den Abteilungen für unruhige oder unreine PatientInnen. Den Anstaltsleitern wurde nahegelegt, sich auch um die »Belehrung und Zerstreung« der Angestellten zu kümmern. Neben diesen für die Lebens- und Arbeitsbedingungen wesentlichen Aspekten zeigen insbesondere die Frage der Ausbildung und der Wohnmöglichkeiten die Zielsetzungen der Anstaltsleitungen klar auf. Der v.a. praktischen Ausbildung der PflegerInnen war eine zentrale Bedeutung zugesprochen worden, diese sollte anstaltsintern geregelt werden. 1901 wurde für alle niederösterreichischen Anstalten ein dreimonatiger Pflegerunterricht vorgeschrieben. Die erfolgreich bestandene Prüfung war die Voraussetzung für die Aufrückung in weitere Lohnkategorien. Eine spätere Regelung zur Verhinderung des »ungesunden Wandertriebs«,² nämlich der hohen Fluktuation der PflegerInnen, sah allerdings vor, dass über die abgelegte Prüfung kein Dokument ausgestellt werden sollte. Lediglich ein Hinweis am Dienstzeugnis gab darüber Auskunft, dieser wurde aber erst nach mindestens drei Jahre Pflegedienst vermerkt. Die stetig steigende Zahl der Patienten, aber auch die weiterhin nicht unerhebliche Fluktuation und zu geringe Zahl des Pflegepersonals machten 1910 weitere Reformen notwendig. Es wurden Zugeständnisse beim Alter der Neueintretenden gemacht, diese durften nunmehr statt 35 maximal 40 Jahre alt sein. Eine wichtige Neuerung war, dass von den Pflegenden keine Geldstrafen mehr verlangt werden durften und die Zahlung des Krankengeldes verlängert wurde. Dar-

²Die Irrenpflege 2 (1897) 52f. Dr. Alt, der Herausgeber der Zeitschrift.

über hinaus wurde eine Probepflichtzeit von sechs Wochen initiiert und ausländische Bewerber brauchten keine spezielle Genehmigung der übergeordneten Behörde mehr. PflegerInnen wurde jeden sechsten Tag von 13 bis 22 Uhr Ausgang gewährt, einmal pro Monat durften sie die Anstalt bis 6 Uhr am nächsten Morgen verlassen. Verheiratete Pflegepersonen konnten einmal pro Monat den verlängerten Ausgang gemeinsam nehmen.

Die unverheirateten PflegerInnen wohnten in der Anstalt, die einzelnen Pavillons hatten einen Aufbau, in denen sich die, von den Patienten nicht erreichbaren Schlafstellen befanden. Waren Pfleger mit einer Kollegin verheiratet,³ so hatten sie Anspruch auf eine Wohnung am Gelände der Anstalt. Die Kinder der PflegerInnen lebten nur z.T. bei ihren Eltern, ein nicht unerheblicher Anteil war bei Verwandten oder auch bei fremden Personen untergebracht.⁴ Die Frage, ob das Pflegepersonal überhaupt verheiratet sein darf, war wiederholte Male Thema in zeitgenössischen Fachzeitschriften. Die Verheirateten wollten eher den »Lebensberuf« Irrenpfleger beibehalten, waren aber auch auf entsprechende Unterstützung für Wohnungsmöglichkeiten angewiesen. Unverheiratete Pflegende waren im Allgemeinen jünger und somit unverbraucher und für etwaige Notfälle während der Nacht oder für – unbezahlte – Überstunden viel leichter greifbar.

Veränderungen im Zusammenhang mit dem Ersten Weltkrieg

Während des Krieges sind sowohl geistesranke als auch verwundete Soldaten aufgenommen worden. Die Verwundetenabteilung für ca. 300 Patienten befand sich im Gesellschaftshaus und in den beiden Aufnahmepavillons, die geistesranke Soldaten wurden in vier Baracken für jeweils 50 Betten untergebracht. Für die geistesranke Offiziere waren einige Pavillons des Sanatoriums vorgesehen. Aufgrund des Krieges und mangelnder Möglichkeiten fremdzuständige Patienten zu transferieren wurde die Lage in der schon länger überbelegten Anstalt noch schwieriger. Viele Pfleger waren in den Krieg eingerückt⁵ und es mussten neue Stellen systemisiert werden. Erstmals waren Pflegerinnen auf den Männerabteilungen eingesetzt wor-

³ Ein relativ kleiner Teil des Pflegepersonals war verheiratet. Alle Oberpfleger der Männerabteilungen waren verheiratet, ihre Frauen waren als Inventarpflegerinnen eingeteilt.

⁴ Deren Mortalitätsrate galt im Vergleich zur Gesamtbevölkerung als eine höhere.

⁵ 1915 waren 240 Pfleger in den Krieg eingerückt. Sie bzw. ihre Familien erhielten die vollen Bezüge. Verwitwete Frauen, die für minderjährige Kinder zu sorgen hatten, durften weiterhin Am Steinhof wohnen.

den, eine Neuerung, die zwar aus unterschiedlichen Gründen immer wieder diskutiert, aber während des Krieges praktische Notwendigkeit wurde. Darüber hinaus haben auch freiwillige, ebenfalls in der Anstalt wohnende Pflegerinnen mitgearbeitet, die entsprechende Erfahrungen vorweisen mussten und nicht bei Infektionskranken eingesetzt werden durften. Im Verlauf des Krieges sank allerdings die Zahl der Aufnahmen, zugleich stieg aufgrund der mangelnden Versorgung die Mortalitätsrate stark an – 1917 war der Krankenstand bereits um 900 Patienten gesunken.

Eine wesentliche Änderung für die Krankenpflege war die Umstellung des Nachtdienstes auf die sogenannte schottische Nachtwache. Diese Form der Dauernachtwache sah vor, dass die Pflegenden über längere Zeit hinweg ausschließlich Nachtdienste verrichteten, tagsüber aber Anspruch auf ruhig gelegene Schlafräume hatten.⁶ Die Umstellung auf das neue System erforderte die Systemisierung 38 neuer Stellen, wurde aber sowohl seitens der Leitung als auch der Diensthabenden allgemein befürwortet.

Zwischen Reformen und Sparmaßnahmen. Geisteskrankenpflege im »Roten Wien«

Berufsständische Organisationen, bei der auch die in der Psychiatrie arbeitenden PflegerInnen miteinbezogen waren, gab es bereits an der Wende zum 20. Jahrhundert: 1898 war in Wien der »Hilfsverein für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen« gegründet, aber bereits nach drei Jahren wieder aufgelöst worden. 1901 war der »österreichische Verein aller in der Krankenpflege im Kur- und Badewesen beschäftigten Personen« initiiert worden. Es wurde großer Wert auf ein friedliches und kooperatives Verhältnis zu den Anstaltsdirektoren gelegt. Auch in der Zeitschrift »Die Irrenpflege« waren sozialdemokratische Bestrebungen entschieden abgelehnt worden. Versammlungen des Personals wurden seitens der Leitung genau kontrolliert. Diesbezügliche Änderungen traten erst nach dem Ende des Ersten Weltkriegs ein, als Betriebsräte die Interessen der Angestellten vertreten konnten. Zu den wichtigsten Reformpunkten zählte die Regelung, dass verheiratete Pflegepersonen, deren Kinder in Wien wohnten, je nach Dienstmöglichkeit am Abend einige Stunden frei bekommen sollten.⁷

⁶ Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die Kranken nachts von Lauf- oder Wechselwachen betreut, die zusätzlich zur Tagesschicht verrichtet wurden.

⁷ Eine darauffolgende Untersuchung zeigte, dass der Großteil aller Kinder der KrankenpflegerInnen am Land bei Verwandten oder gegen Bezahlung untergebracht waren.

Die Zahlung im Falle eines Krankenstandes und die Dauer des Mutterschutzes wurden verlängert. 1919 wurde die dienstfreie Zeit geregelt, jeden fünften Tag musste für 24 Stunden lang kein Dienst verrichtet werden, 1921 wurde dieser Turnus auf jeden vierten und 1923 auf jeden dritten Tag gekürzt. Dennoch dauerte eine Tagesschicht von sechs Uhr morgens bis acht Uhr abends. Der hohe Krankenstand, v.a. unter den Pflegerinnen, aber auch allgemeine Unruhen unter dem Pflegepersonal war Anlass für die Anstaltsleitung ein Pflegerlazarett einzurichten. Unverheiratete Pflegende hatten bis dahin im Krankheitsfall nur wenig Möglichkeiten verpflegt zu werden.

Neben diesen Reformen, die oft nur indirekt Schlaglichter auf die soziale und materielle Lage der KrankenpflegerInnen werfen, sollen die Arbeiten in den unterschiedlichen Pavillons, im Sanatorium und in der Arbeitstherapie untersucht werden. Darüber hinaus soll auch der Vergleich zur Familienpflege und der in den 1920er Jahren initiierten Beratungsstellen für Alkoholiker und für Nerven- und Gemütskranke außerhalb der Anstalten gezogen werden.

Kompetenzförderung durch einsatzbegleitende Seminare – Lernortkooperation zwischen Pflegeschule und Psychiatrie

Sibylle Linke, Magdalena Rösch, Katrin Nehring

Die Krankenpflegeschule der Charité, Universitätsmedizin Berlin, belegte 2004 den 1. Platz des Förderpreises Pflegeschulen – »Gemeinsam lernen und handeln« –, ausgeschrieben von der Robert Bosch Stiftung, mit dem Projekt »Kompetenzförderung durch einsatzbegleitende Seminare: Lernortkooperation zwischen Pflegeschule und Psychiatrie«, das in Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik, Modul Integrative Psychiatrie, durchgeführt wurde.

Einleitung

Die Bildungsziele der Krankenpflegeschule am Campus Benjamin Franklin der Charité – Universitätsmedizin Berlin orientieren sich am Konzept der Schlüsselqualifikationen (Oelke 1998). Im Schulleitbild von 1999 ist u.a. die Förderung von fachlichen, sozial-kommunikativen, methodischen und personalen Kompetenzen verankert. Die Gestaltung praxisorientierten Lernens im Kontext der Kooperation zwischen Schule und Praxis ist ein Schwerpunkt der Ausbildung.

Das Modul Integrative Psychiatrie wird auf der Station 18B durchgeführt, die Teil der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Die Krankenversorgung auf dieser Station hat die Schwerpunkte Akutintervention und Behandlung von comorbiden.

Das Projekt wird organisiert und durchgeführt von Frau Rösch – Schulleiterin der Pflegeschule, sowie von Frau Linke und Frau Nehring – beide Praxisanleiterinnen der Station 18B. Der ehemalige OA der Station, Dr. Becker, war am Fachunterricht und an der interdisziplinären Fallkonferenz innerhalb der Seminartage beteiligt. Diesen ärztlichen Part übernimmt seit März 2006 Dr. Dettling. Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet und evaluiert durch Frau Prof. Dr. Martina Roes.

Rückblick

Die Auszubildenden sind während des psychiatrischen Einsatzes auf 4 bis 5 verschiedenen Stationen des Standortes Campus Benjamin Franklin einge-

setzt. Parallel fand in den vorangegangenen Jahren während dieser Zeit ein Einsatz begleitender Unterricht statt.

Die Praxisanleiterinnen der Station 18B modifizierten 2002 das bestehende Anleitungskonzept. In diesem Rahmen entstand im Januar 2003 die Idee, den Einsatz begleitenden Unterricht gemeinsam mit der Schulleitung zu gestalten. Der Förderpreis der Robert Bosch Stiftung bewog die Initiatorinnen, aus der Idee ein Projekt zu machen und sich an der Ausschreibung zu beteiligen.

Im Mai 2003 fand der erste Probedurchlauf in Form von Schultagen am Lernort Pflegeschule statt. Diese Form wurde von den Lehrenden nicht als positiv empfunden (Auszubildende waren träge und wenig aktiv). Deshalb wurden alle weiteren Seminartage auf der Station durchgeführt.

Der erste Seminartag findet in der zweiten Einsatzwoche statt, der zweite Seminartag in der vierten Einsatzwoche. Beteiligt sind jeweils 5 bis 7 Auszubildende, Frau Rösch, eine Praxisanleiterin und punktuell Dr. Dettling sowie Vertreter der anderen Berufsgruppen.

An den Seminartagen werden folgende Themen behandelt:

- Der Pflegeprozess in der Psychiatrie (Pflegetheorie King/Orem)
- Krise/Krisenintervention/Suizidalität
- Ausgewählte psychiatrische Krankheitsbilder und psychiatrische Pflege
- Einführung in die Psychopharmakologie
- Rechtliche Grundlagen in der Psychiatrie (z.B. PsychKG)
- Interdisziplinäre Fallbesprechung
- Reflexion von Erfahrungen in der Arbeit in der psychiatrischen Praxis

Die Verlegung des Einsatz begleitenden Seminars in die Praxis wurde von den Auszubildenden in den drei Probedurchgängen positiv bewertet und begünstigte die Etablierung eines so genannten dritten Lernortes. Besonders geschätzt wurde das Zusammenwirken von Pflegeschule und Pflegepraxis, die Praxisnähe und die konstruktive Lernatmosphäre in Kleingruppen. Bestärkt durch das positive Feedback wurde das erste und zweite Einsatz begleitende Seminar für die Stufe II (Durchführungsphase) geplant.

Erstes Ziel des Projekts: Kompetenzförderung

Das neue Krankenpflegegesetz (§ 1 KrPflG) verlangt die Kompetenzförderung der Auszubildenden. Das Projekt der Lernortkooperation bildet den

strukturellen Rahmen dafür. Durch vielfältige Lernaktivitäten wird den Auszubildenden die Möglichkeit geboten, an ihrer Kompetenzstärkung zu arbeiten.

■ **Fachkompetenz**

An den Seminartagen werden Situationen geschaffen, die den Auszubildenden ein fächerübergreifendes Lernen in der psychiatrischen Praxis mit ihren alltäglichen Handlungssituationen ermöglichen: die Auseinandersetzung mit ausgewählten Krankheitsbildern.

■ **Sozial-kommunikative Kompetenz**

In der interdisziplinären Fallkonferenz sollen die Lernenden sich innerhalb des therapeutischen Teams artikulieren und sich aktiv in die Gestaltung des Betreuungsprozesses einbringen. Sie lernen, erworbene Kenntnisse situationsadäquat einzubringen. Dieses ist eine sinnvolle Vorbereitung für die zukünftige fallorientierte mündliche Abschlussprüfung.

■ **Methodische Kompetenz**

Die Auszubildenden erarbeiten auf ihrer Einsatzstation eine Pflegeplanung für eine/n von ihnen betreute/n Patienten/in und präsentieren diese am zweiten Seminartag. Diese Lernsituation geht von einer konkreten beruflichen Situation aus (Handlungsfeld), mit der sich die Auszubildenden auseinandersetzen. Durch das Vorstellen der Planung vor der Lerngruppe tragen sie zu einer aktiven Seminargestaltung bei und wenden dabei Präsentationstechniken an.

■ **Förderung der personalen Kompetenz**

Durch Methoden des szenischen Spiels lernen die Auszubildenden, ihre subjektiven Erfahrungen in die Lernsituation einzubringen, sowie »un- bzw. vorbewusste Wahrnehmungs-, Denk- und Verhaltensmuster zu thematisieren und zu reflektieren« (Oelke 2000). Die Pflegeausbildung muss zur Reflexion sowohl der eigenen Abwehrmechanismen als auch kollektiver Diskriminierungen befähigen, um diese bewusst zu machen. Deshalb ist die Reflexion der eigenen Haltung und der Lernfortschritte ein Schwerpunkt des Seminars.

Zweites Ziel des Projektes: Lernortkooperation

Die Lernortkooperation besteht im pädagogischen Zusammenwirken der Pflegelehrerin und der Praxisanleiterinnen. Das Zusammenwirken im Rah-

men des Projekts machte nicht nur die Anforderungen von Theorie und Praxis transparent, sondern führte durch die Vernetzung zur Entwicklung eines gemeinsam getragenen Ausbildungsverständnisses.

Didaktische Dimension

Den didaktischen Überlegungen liegen folgende vier Ansätze zu Grunde:

- Die Orientierung an einer arbeitsbezogenen Aufgabenstellung (praxisbezogene Lernaufgabe – Erstellen einer Pflegeplanung)
- Das erfahrungsbezogene Lernen im täglichen Arbeitshandeln (Lernen durch szenische Übungen und Reflexion)
- Das selbst organisierte Lernen in Gruppen
- Die aktive Beteiligung an der Gestaltung von Lernprozessen (Fallkonferenz und Präsentation der Pflegeplanung)

Diese Ansätze haben sich u.a. aus einer Untersuchung ergeben, bei der lernhinderliche und lernförderliche Bedingungen für die praktische Ausbildung in der Pflege identifiziert wurden. Die pädagogisch-didaktischen Überlegungen für Seminartage beziehen diese pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse ein, ebenso wie die Vorgaben des neuen Krankenpflegegesetzes und die Bildungsziele der Krankenpflegeschule.

Projektergebnisse (Exemplarische Auswahl):

- Als wesentliche Voraussetzung für das eigene Lernen wird die Einbindung in den Stationsalltag erlebt und die Verknüpfung schulischer Inhalte mit konkreten Praxissituationen.
- Die immer wieder thematisierte Unsicherheit, sich im psychiatrischen Kontext zu bewegen, findet sich in den Eintragungen der Lerntagebücher wieder. Von zentraler Bedeutung für die Lernenden ist das Thema der Kontaktaufnahme und -gestaltung. In einigen Fällen beschreiben die Lernenden, dass sie ein neues Pflegeverständnis und eine andere Art der Patientenorientierung entwickelten.
- In den Lerntagebüchern sind Selbstreflexionen erkennbar. Ebenso lassen sich zahlreiche Hinweise auf die Verknüpfung schulischer Inhalte mit dem Pflegealltag finden.
- Nahezu alle Lernenden äußerten sich positiv zur Fallkonferenz.

Sie schätzen die Verknüpfung zuvor thematisierter Inhalte mit dem »konkreten Fall«.

- Drei Aspekte der Innovation stoßen auf besonderes Interesse: die Einsatz begleitenden Seminartage; die Fallkonferenz, sowie die Reflexion mit Pflegelehrenden und Praxisanleiterinnen.

Fazit und Ausblick

Nach Beendigung der Projektphase für die Ausschreibung des Robert-Bosch-Preises stand für die Beteiligten fest, dass die Lernortkooperation Bestandteil der Ausbildung bleibt, da sie zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers beiträgt.

Die Pflegelehrerin Frau Rösch hat vom Praxisbezug profitiert. Die Praxisanleiterinnen Frau Linke und Frau Nehring erlebten durch die gemeinsame Seminarvorbereitung und -durchführung eine Stärkung ihrer pädagogischen Kompetenzen. Die Auszubildenden bestätigen nach jedem Durchlauf, dass dies eine Lernform ist, die sie sich häufiger und auch für andere Stationen wünschen. In den Gesamtauswertungen nach dem Ende der Ausbildung wird das Projekt immer als beispielhaft hervorgehoben.

Das Projekt ist fest implementiert, wurde innerhalb der Klinik auch anderen Fachdisziplinen vorgestellt und wird z. Zt. im Rahmen von Fusionierung und Zentrenbildung an der Charité weiterentwickelt/ erweitert. Es wurde ebenfalls in einer Fachzeitschrift veröffentlicht und auf Kongressen in Deutschland vorgestellt.

»Wenn der Wind der Veränderung bläst, bauen einige Mauern, andere setzen Segel.« Lao Tse

Literatur

1. **Dielmann, G.:** Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, Kommentar für die Praxis. Mabuse Verlag, 2004.
2. **Görres, Stefan et al.:** Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege, Hans Huber Verlag, 2002.
3. **Oelke, Uta; Scheller, Ingo; Ruwe, Gisela:** Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Verlag Hans Huber, 2000.
4. **Pätzold, G.:** Dortmunder Beiträge zur Pädagogik Bd. 30. Lernfelder, Lernortkooperation. Bochum, 2002.
5. **Pätzold, G.:** Lernortkooperation im Lernfeldkonzept; Pflegepädagogik Heft 1, 2004
6. **Rösch, M.; Schwaiger, B.:** Lernwerkstatt Schulstation, In: Görres et. al.: Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Wissenstransfer in der Pflege, Hans Huber Verlag, 2002.

Das weite Feld der psychiatrischen Pflege

Regula Lüthi

Einführung

Am Weltkongress Psychiatrie, der im August 2006 in Istanbul stattfand, war ein roter Faden ersichtlich, der auch für die psychiatrische Pflege seine Gültigkeit hat:

- Die soziale Gerechtigkeit auf dieser Welt spielt für die Häufigkeit der psychischen Störungen, aber insbesondere für den Umgang mit den damit einhergehenden Behinderungen eine weit grössere Rolle als die beste und spezialisierteste psychiatrische Versorgung.
- Eine Gesundheitsversorgung ohne Einbezug der seelischen Gesundheit ist keine Gesundheitsversorgung.
- Menschen mit psychischen Störungen wollen individuell, mit echter Anteilnahme dort wo sie leben, begleitet werden. Und wenn sie diese Begleitung nicht wünschen oder viel besser in die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung eingebunden werden wollen, sind dies berechnete Anliegen.
- Die Spaltung zwischen neurobiologisch ausgerichteter und psychotherapeutischer Psychiatrie ist überholt und schadet nur.
- Anstatt zu fest auf die Symptome oder die Klassifikationen zu schauen, muss der Blick auch auf die Einschränkungen im täglichen Leben und auf die Lebensqualität gelegt werden, was wiederum Auswirkungen auf die Praxis, die Ausbildung und auf die Forschung haben muss.

In der ältesten psychiatrischen Klinik der Schweiz, in Münsterlingen, arbeiten zurzeit 154 diplomierte Pflegefachpersonen, 4 davon im ambulanten Bereich und 150 im stationären Bereich. 75 haben eine spezifische Ausbildung in psychiatrischer Pflege.

Die Versorgung umfasst fast den ganzen Kanton Thurgau und damit ca. 230'000 Menschen. Die Finanzierung der psychiatrischen Leistungen ist insofern schweizweit einzigartig, in dem der Kanton nur den stationären Bereich mitfinanziert und keinerlei Mittel für den ambulanten Bereich zur

Verfügung stellt, obwohl im Psychiatriekonzept aus dem Jahre 2004 der Grundsatz »ambulant vor stationär« steht.

Ich arbeite seit einem knappen Jahr als Pflegedirektorin in dieser Klinik, zu der auch ein grosser Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst und drei externe Dienste gehören.

In der ersten Einarbeitungsphase fiel mir in den Gesprächen mit den Pflegefachpersonen auf, dass sie besonders gern von ihren zusätzlichen therapeutischen und/oder komplementärmedizinischen Zusatzqualifikationen berichteten. Diese schienen ihnen innerhalb der interdisziplinären Berufsgruppen am meisten Anerkennung zu verschaffen und sie selber werteten diese auch hoch ein. Die gewöhnliche Bezugspersonenarbeit hingegen schien ihnen eher weniger erwähnenswert zu sein und einige behaupteten auch, sie führten keine Pflege (mehr) aus. Beim genaueren Nachfragen stellte sich heraus, dass diese Mitarbeitenden unter Pflege eine somatische und verrichtungsorientierte Handlung verstanden.

Noch im ersten Monat meines Arbeitseinsatzes startete ich das Projekt Pflegeentwicklung in den psychiatrischen Diensten, an dem sich alle Führungspersonen Pflege und die Weiterbildungsverantwortlichen beteiligen und auch die Basis miteinbezogen ist.

Übergeordnete Ziele des Projekts Pflegeentwicklung

- Gezielte, systematische und therapeutisch wirksame psychiatrische Pflege für psychisch kranke Menschen im Kanton Thurgau anbieten
- Identität als eigenständige Berufsgruppe innerhalb des interdisziplinären Teams entwickeln
- Herausarbeiten einer genauen Beschreibung psychiatrisch pflegerischer Aufgaben

Warum eine präzise Beschreibung der psychiatrischen Pflege?

- Eine eigenständige und anerkannte psychiatrische Pflege, die gegenüber den anderen Berufsgruppen, den psychisch kranken Menschen, den Kostenträgern, der Bevölkerung selbstbewusst und gut aus- und weitergebildet auftritt, kann sich in Zeiten der begrenzteren Ressourcen stark präsentieren.

- Das Alltagsgeschäft der psychiatrischen Pflege soll geschätzt und anerkannt sein und bleiben und gleichwertig zu psychotherapeutischen Arbeiten gewertet werden.
- Im therapeutischen Team sind alle Berufsgruppen herausgefordert, sich in ihrem jeweiligen Fachbereich bestmöglich weiter zu bilden, sich das neuste Wissen anzueignen und dieses Fachwissen wieder für die Arbeit mit den psychisch kranken Menschen und deren sozialen Umfeld zu nutzen.
- Die psychiatrische Pflege kann und muss überall stattfinden, stationär, ambulant und ausserhalb aller psychiatrischen Institutionen.

Befragung

In einem ersten Schritt wollten wir im Rahmen einer Befragung mehr Informationen über die fachlichen Qualifikationen, über die Lesegewohnheiten, über das Interesse an Berufs- und Bildungspolitik etc. erfahren und gestalteten einen Fragebogen, der allen diplomierten Pflegefachpersonen zugestellt wurde. Die Rücklaufquote war mit 83% ausserordentlich hoch: Auf die Frage 14, welches die zentralen Aufgaben der psychiatrischen Pflegefachperson seien, nannten sie folgende Gebiete (verkürzte Wiedergabe der Freitextkommentare, häufigste Nennungen zuoberst):

- Krisenintervention leisten
- Bezugspersonenarbeit ausführen
- Familienorientiert arbeiten, Angehörige miteinbeziehen
- Beziehungen zu den PatientInnen aufbauen, gestalten und beenden
- Interdisziplinär zusammen arbeiten
- Alltagsleben mit den PatientInnen gestalten
- Ressourcen nutzen
- Selbstbestimmung, Selbstbefähigung fördern
- Lernende begleiten

Anzumerken ist, dass zuvor keine gemeinsamen Gespräche zum Inhalt psychiatrischer Pflegearbeit geführt wurden, diese Nennungen also auf einer ganz individuellen Einzelarbeit beruhen. Alle Pflegefachpersonen erhielten jedoch zwei Definitionen von Pflege: Eine Definition von Pflege allgemein, die von Mitarbeitenden des pflegewissenschaftlichen Instituts der Universität Basel entwickelt wurde und in Pflegefachkreisen der Schweiz grosse Verwendung findet (1) und eine Definition von psychiatrischer Pflege,

die Chris Abderhalden und ich einmal in einem interdisziplinären Lehrbuch für psychiatrische Rehabilitation gewagt hatten (2).

Die 154 Pflegefachpersonen weisen eine breite Palette an psychotherapeutischen und komplementärmedizinischen Zusatzausbildungen aus. Hier eine Auswahl davon:

Systemische, familienorientierte Behandlung, Gestalttherapie, Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie, Fachschwester für Psychotherapie und Psychosomatik, Klientenzentrierte Beratung, Milieutherapeutisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Systemisches Coaching und Teamentwicklung, Kunst, Mal- und Gestaltungstherapie, TA, DBT, NLP, IPT etc. Akupunktur, Massage, Aromatherapie, Kinästhetik, Trad. chinesische Medizin, Qi Gong, Basale Stimulation etc.

Ein paar Zahlen dazu:

70 Pflegefachpersonen haben 2005 eine intern angebotene 14-tägige Weiterbildung in systemischer, familienorientierter Behandlung besucht und wenden diese auf den Stationen an.

17 Pflegefachpersonen haben eine Weiterbildung in DBT und wenden diese auf den Stationen an.

73 Pflegefachpersonen haben eine Weiterbildung in NADA Akupunktur und wenden diese auf den Stationen an.

Die oben erwähnten wichtigen Aufgabengebiete der psychiatrischen Pflege lassen darauf schliessen, dass die Pflegefachpersonen für sich selber sehr wohl ein Verständnis ihres Arbeitsgebiets haben, dies aber in den Diskussionen im interdisziplinären Verbund kaum so beschreiben oder erklären und die pflegfachlichen Zusatzqualifikationen nur unregelmässig genutzt werden. Noch wenig diskutiert ist die Abgrenzung bzw. auch die Überschneidung zu den anderen Berufen und ebenfalls nicht angegangen ist bis jetzt die zukünftige Aufgabenteilung zwischen FachhochschulabsolventInnen und AbsolventInnen der Höheren Fachschule und den Höheren Fachausbildungen Stufe I und Stufe II. Wenig Erfahrung haben die Pflegefachpersonen der Psychiatrischen Dienste auch im Bezug von PflegewissenschaftlerInnen und in der Arbeit in der Gemeinde. Ausserordentlich vielfältig und eine grosse Ressource sind die vielen Zusatzqualifikationen im psychotherapeutischen und komplementär medizinischen Bereich.

Was wird angestrebt?

- Psychotherapeutische und komplementärmedizinische Zusatzqualifikationen werden als Handwerk der psychiatrischen Pflege verstanden.
- Die Mitarbeitenden, die jetzt schon über eine Höhere Fachausbildung in Pflege (HöFa I) verfügen, erhalten verbindliche pflegerische Aufgaben auf den Stationen sowie eine fachliche Weisungsbefugnis.
- Die Lernenden der Grundausbildung Pflege werden von gut ausgebildeten BerufsbildnerInnen begleitet.
- Mit den Schulen der Grundausbildung Pflege findet ein regelmässiger Austausch über psychiatrische pflegerische Inhalte und über psychische Gesundheit statt, damit der Nachwuchs nicht nur im Betrieb sondern auch in der Schule gezielt gefördert wird und diese Themen ihren selbstverständlichen Platz in den Curricula finden.
- Relevante Pflegekonzepte für die psychiatrische Pflege werden in die interne Weiterbildung integriert.
- Ein regelmässiger fachlicher Austausch mit PflegewissenschaftlerInnen ist installiert.
- Der Einbezug der Betroffenen und Angehörigen muss gefördert werden.
- Die psychiatrische Pflege findet überall dort statt, wo psychisch kranke Menschen leben («nurses follow the patients»).
- Mit der Basis wird ab 2007 ein Kompetenzbeschrieb der psychiatrischen Pflege erarbeitet.

Zusammenfassung

Die psychiatrische Pflege soll evidenzbasiert sein, das heisst sie besteht aus (3):

- Den Bedürfnissen der PatientInnen (patient preference, user oriented)
- Der persönlichen Berufserfahrung (clinical expertise)
- Der besten verfügbaren externen Evidenz (research evidence)
- Den ethischen Wertmassstäben (value based practice) des Berufsstandes

Psychiatrische Pflegefachpersonen haben den Auftrag, sich über die individuelle Bezugspersonenarbeit hinaus mit den gesellschaftlichen Rahmen-

bedingungen zu beschäftigen und sich in den Schulen, in der Gemeinde und auf politischer Ebene für eine gerechte und individuelle psychiatrische Versorgungsangebote einzusetzen.

Wenn uns die Integration aller dieser Anliegen gelingt, bleibt das Aufgabengebiet der psychiatrischen Pflegefachpersonen weit, spannend und kreativ. Dann werden junge Erwachsene den Beruf der psychiatrischen Pflege mit Neugier und Interesse wählen und die erfahrenen Pflegefachpersonen ihre Aufgabe den wandelnden Anforderungen immer wieder neu anpassen.

Literatur

1. **Spichiger et al.:** Professionelle Pflege – neu definiert. In: Krankenpflege 2004, 8
2. **Abderhalden Ch., Lüthi R.:** Psychiatrische Pflege. In: Rössler W. (Hrsg.) Psychiatrische Rehabilitation. Springer Verlag 2004
3. **Abderhalden C. et al.,** Basispapier der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zu Ziel 4 in der Aktionsagenda 2005 (persönliche Ergänzungen kursiv gedruckt)

Primary Nursing als zentrale Struktur der Behandlung – eine multiprofessionelle Aufgabe?

Wolfgang Pohlmann, Hans Jerratsch, Frank Godejohann, Lars Weigle

Hintergrund / Einleitung

Die Pflege in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld ist angelehnt an das System des *Primary Nursing* in der Definition nach Manthey [1]. Demnach hat jede Patientin / jeder Patient im Sinne einer fallbezogenen Betreuung eine *Primary Nurse* (»pflegerische Bezugsperson«), die während des gesamten Aufenthalts für den Pflegeprozess verantwortlich ist.

Marram beschreibt dies als die Durchführung von umfassender, kontinuierlicher, koordinierter und individualisierter Pflege durch eine *Primary Nurse*, die über die Autonomie, Rechenschaftspflicht und die Autorität verfügt, als verantwortliche Pflegeperson für ihre Patienten zu handeln [2].

Im Unterschied zur Bezugspflege obliegt die Verantwortung für die Pflege einer einzelnen, autonom entscheidenden Person und nicht dem Pflege-Team. Die Entscheidung für ein solches Pflegeorganisationssystem kann eine notwendige Grundlage für eine qualitativ hochwertige psychiatrische Pflege darstellen, ist aber kein Garant dafür. Notwendig ist neben der Festlegung auf eine Form der Pflegeorganisation der handlungstheoretische Rahmen sowie gut begründete Interventionen, die in ein dezentral organisiertes Pflegesystem, wie es *Primary Nursing* darstellt, einzubetten sind.

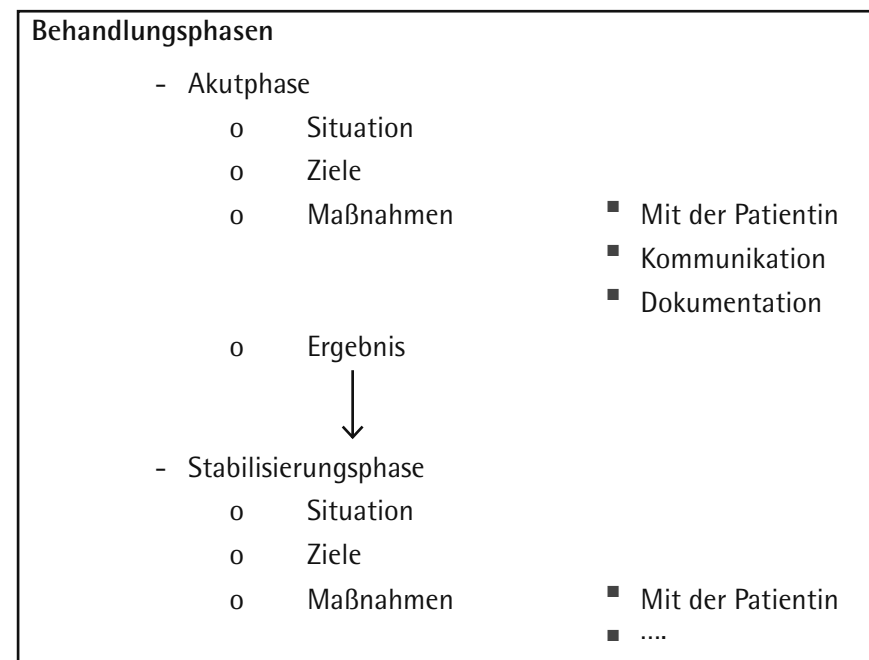
Im Rahmen der Einführung des *Primary Nursing* in unserer Klinik sollten daher die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der *Primary Nurse* konkretisiert werden. Hierfür wurden in den einzelnen Abteilungen der psychiatrischen Klinik jeweilige multiprofessionelle Arbeitsgruppen gebildet.

Methoden

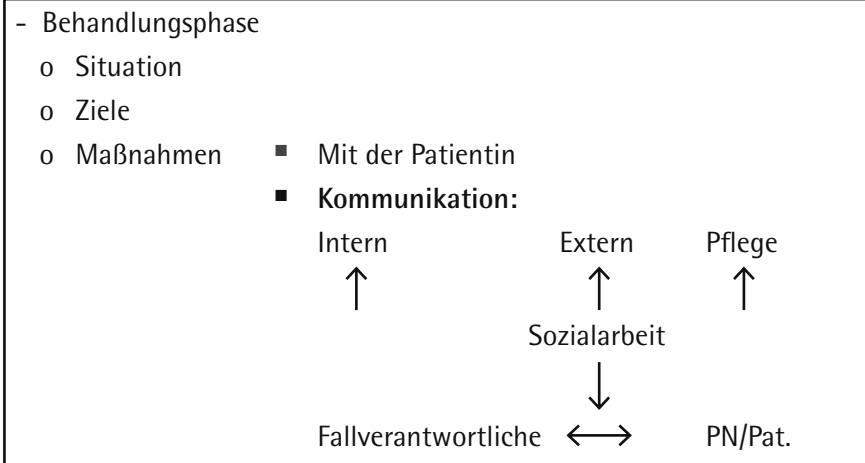
Es erwies sich als sinnvoll, zunächst den gesamten Behandlungsprozess (Behandlungspfad, Clinical Pathway) strukturiert zu beschreiben. Unsere Arbeitsgruppe aus Mitgliedern einer stationären Einheit (Pflege, Sozialarbeit, ärztlicher Dienst) unterteilte dazu den Behandlungsprozess in einzelne Behandlungsphasen (Akut-, Stabilisierungs-, Transferphase) am Beispiel eines

Musterpatienten. Für jede Behandlungsphase erfolgte eine Beschreibung der Situation und der angestrebten Ziele sowie der dafür durchzuführenden Maßnahmen – am Ende steht ein Ergebnis, welches in die nächste Behandlungsphase bzw. am Ende der Transferphase in die Entlassung überleitet:

BEHANDLUNGSPROZESS



Danach wurde für jede der benannten Maßnahmen im multiprofessionellen Diskurs geprüft, inwieweit diese der Verantwortlichkeit der *Primary Nurse* unterliegen soll. Für die so festgelegten Aufgaben und Verantwortlichkeiten der *Primary Nurse* wurden dann die Voraussetzungen zur Umsetzung ermittelt. So wurde beispielsweise zur Gewährung der Kontinuität in der Behandlung die *Primary Nurse* aus dem Nachtdienst herausgenommen und auf die Tag- und Wochenendschichten gleichmäßig verteilt. Außerdem wurden für bestimmte Maßnahmen eine gemeinsame Verantwortung von *Primary Nurse*, fallverantwortlichem/n Arzt/Psychologe/in und Sozialarbeiter/in festgelegt. Dieses beinhaltete auch eine verbindliche Kommunikationsstruktur.



Die stufenweise Umsetzung auf einer Pilotstation beinhaltete:

- eine Fortbildung aller Pflegemitarbeiter
- Festlegung der als Primary Nurse arbeitenden Mitarbeiter
- Umstellung des Dienstplanes
- Anpassung der Stationsabläufe (u.a. Übergabe- und Visitenstruktur)

Ergebnisse

Im Vergleich zur vorherigen Bezugspersonenarbeit lässt sich Folgendes feststellen:

Die *Primary Nurse* hat in der Planung und Durchführung der Behandlung eine zentralere Funktion. Es ließ sich eine verantwortliche und fundierte Beteiligung der *Primary Nurse* an der Behandlung sowie an der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung mit fallverantwortlichem/n Arztl/en/ Psychologen und der Sozialarbeit erzielen. Dies führte neben einer verlässlicheren Pflegeplanung und Dokumentation zu einem strukturierteren Behandlungsprozess. Psychiatrische Pflege, z.B. mit soziotherapeutischen Angeboten, war ebenfalls intensiver zu gewährleisten.

Insbesondere für die als *Primary Nurse* Tätigen ergab sich wahrnehmbar eine erhöhte Arbeitszufriedenheit, trotz zumindest anfänglich veränderter

Arbeitsbelastung bzw. -intensität im Rahmen der personalisierten Verantwortung. Die Arbeitszufriedenheit und das persönliche Rollenverständnis der »Nicht« - *Primary Nurse* hingegen litt zunächst und es entstand eine Diskussion über »Zwei-Klassen-Pflege«.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Einführung des *Primary Nursing* stellt eine Fortentwicklung der bisherigen Bezugspersonenarbeit in unserer Klinik dar. Dies bedeutete zum einen eine weitere Spezialisierung innerhalb der Berufsgruppe Pflege. Zum anderen bewirkte dies auch Veränderungen für alle anderen Berufsgruppen. Hierbei erwies sich die Beschreibung eines strukturierten Behandlungsprozesses im Sinne eines Behandlungspfades als hilfreich, um diese Veränderungen zu identifizieren.

Die Notwendigkeit einer intensivierten Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen der *Primary Nurse*, Sozialarbeiter und Arzt war hierdurch frühzeitig deutlich und konnte primär in der Umsetzung berücksichtigt werden. Eine verlässlichere Aufgaben- bzw. Verantwortlichkeitsverteilung wurde dadurch durchführbar. Der Schritt von einer gemeinsamen Verantwortung des Pflegeteams zu einer personalisierten Verantwortung der einzelnen *Primary Nurse* ermöglicht eine qualitative Verbesserung des Behandlungsprozesses. Hierbei stellen *Primary Nurse*, Sozialarbeit und Arzt bzw. Psychologe gleichberechtigte Partner eines »*Primary Teams*« mit komplementären Kompetenzen dar.

Zusammengefasst bedeutet *Primary Nursing* für uns:

- eine weitere Spezialisierung innerhalb der Pflege
- eine Möglichkeit zur qualitativen Verbesserung im Behandlungsprozess
- eine multiprofessionelle Aufgabe.

Literatur

1. **Manthey, M.:** *Primary Nursing*. Hans Huber, 2. Auflage 2005
2. **Marram, G.:** The comparative costs of operating a team and primary nursing unit. *The Journal of nursing administration*. 1976 May;6(4):21-4.

Gewalt in der psychiatrischen Pflege

Katharina Theuermann, Karin Gutierrez-Lobos

Im Rahmen der Studie wurden alle (N = 620) in einer psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt des Wiener Krankenanstaltenverbundes (AKH Wien, Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Otto-Wagner-Spital, Therapiezentrum Ybbs) beschäftigten Pflegepersonen hinsichtlich ihrer Einstellung zu Gewalt in der psychiatrischen Pflege und die Anwendung des Unterbringungsgesetzes schriftlich befragt, 238 Personen haben den Fragebogen beantwortet und wurden in die Auswertung einbezogen.

Studiendesign

Die vorliegende Studie untersuchte mittels eines eigens dafür konzipierten Fragebogens den Umgang von Pflegepersonen mit Gewalt und speziell mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der stationären Psychiatrie als einen wichtigen Aspekt des Problemfeldes Gewalt im Umgang mit Patientinnen und Patienten in der Institution Psychiatrie. Ziel der Untersuchung war es, Einstellungen und Belastungen der Pflegepersonen im Hinblick auf die Anwendung und das Erleben von Gewalt im Berufsleben zu erheben.

- Die folgenden Fragestellungen waren für die vorliegende Untersuchung relevant:
- Wie erleben psychiatrische Pflegepersonen Unterbringungen von Patientinnen und Patienten in der Praxis?
- Wie beurteilen Pflegepersonen ihren Umgang mit Gewalt in der psychiatrischen Pflege, im Besonderen den Umgang mit dem Unterbringungsgesetz in der Anwendung bei Erwachsenen?
- Gibt es Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Pflegepersonen in Bezug auf ihre Einstellung zu Gewalt, Belastungsempfinden und die Einschätzung der Sicherheit durch die institutionelle Struktur?
- Wie sehen Pflegepersonen den Einfluss einer Unterbringung auf die pflegerische Beziehung zur Patientin / zum Patienten?

Der Gender-Aspekt in der Pflege wurde hinsichtlich den Unterschieden zwischen weiblichen und männlichen Pflegepersonen bei den Fragen nach Gewaltbelastung, Sicherheitsanforderungen an den Arbeitsplatz und der Häufigkeit von Aggression und Verletzung durch Patientinnen und Patienten untersucht.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass Pflegepersonen durch die aktuellen Strukturen am Arbeitsplatz häufig Aggressionen und Gewalt durch Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind, Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildung werden in diesem Zusammenhang als sehr wichtig erlebt. Der Umgang mit Unterbringungen, der Einfluss auf die pflegerische Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten und die Belastung durch Gewaltanwendung werden von weiblichen und männlichen Pflegepersonen unterschiedlich bewertet. Frauen erleben eine Unterbringung häufiger als negativ auf die professionelle pflegerische Beziehung, während Pfleger eine Unterbringung auch als förderlich und positiv ansehen. Ähnliches wird von Olofsson et al (2000) beschrieben, die die unterschiedlichen Sichtweisen einer Zwangsmassnahme aus der Sicht von Patientinnen und Patienten, Pflegepersonen und ärztlichem Personal erhoben haben. Die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschreiben ihre Unfähigkeit, in diesen Situationen mit den Patientinnen und Patienten in Kontakt zu treten, während die Patientinnen und Patienten gerade in »schwierigen« Situationen menschliche Nähe und Empathie wünschen. In der Befragung zeigte sich, dass Fallbesprechungen im Team für mehr als die Hälfte der Pflegepersonen (N = 130) sehr wichtig sind, für etwa 1/3 (N = 77) sind sie wichtig, der Stellenwert ist ähnlich dem, der für Fortbildungen angegeben wird. Für Pflegepersonen, die Gewaltanwendung als Belastung empfinden, hat Fortbildung einen signifikant höheren Stellenwert als für Pflegepersonen, die Gewaltanwendung nicht als Belastung empfinden ($p < 0,05$).

Die Hilfestellung durch KollegInnen bei Unterbringungen bewerteten ca. 4/5 der befragten Pflegerinnen (N = 122) als sehr wichtig, während dies für männliche Pflegepersonen in nur 2/3 (N = 51) der Fall ist. Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Zuschreibung der Wichtigkeit von Hilfestellung von anderen ist signifikant ($p < 0,05$). Für weibliche Pflegepersonen ist die Hilfestellung von Kolleginnen und Kollegen signifikant wichtiger als für männliche Pflegepersonen.

Die Frage nach dem Einfluss des Unterbringungsverfahrens auf die Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin sahen Frauen mit 59% (N = 84) und Männer mit 43% (N = 33) als unbeeinflusst. 24% der Männer (N = 18) schätzten den Einfluss auf die Beziehung als positiv ein, diese Meinung teilten nur 7% der Frauen (N = 10). Ein negativer Einfluss wurde von 20% der Frauen (N = 24) und 19% der Männer (N = 12) prozentuell ähnlich gesehen.

Die Sichtweise, ob psychiatrische Patientinnen und Patienten gefährlicher als bzw. gleich gefährlich wie nicht-psychiatrische Patientinnen und Patienten gesehen werden, hängt von der Häufigkeit und dem Schweregrad der erlebten Verletzungen der Pflegepersonen durch Patientinnen und Patienten ab. Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung von Gefährlichkeit der Patientinnen und Patienten und erlebten Aggressionen durch Patientinnen und Patienten ist signifikant ($p < 0,01$). Pflegepersonen, die schon Aggressionen durch Patientinnen und Patienten ausgesetzt waren, schätzten psychisch kranke Patientinnen und Patienten signifikant öfter als gefährlicher als nicht-psychisch-kranke Patientinnen und Patienten ein. Die Erfahrung mit den aggressiven Patientinnen und Patienten schaffen Vorstellungen der Pflegepersonen von psychisch kranken Menschen, die sich wiederum auf die Pflege dieser Patientinnen und Patienten auswirkt.

54% der weiblichen und 50% der männlichen Pflegepersonen waren im Laufe ihres Berufes schon Aggressionen von Patientinnen und Patienten ausgesetzt. Weiters konnte gezeigt werden, dass 62% der Frauen (N = 88) und 67% der Männer (N = 51) schon durch Patientinnen und Patienten physisch verletzt wurden. Von den verletzten Pflegepersonen erlitten 60% der Frauen und 61% der Männer leichte Verletzungen und 11% der Pflegerinnen und 13% der Pfleger schwere Verletzungen. Die Umstände für die Verletzungen wurden von 1/3 der Personen, die geantwortet haben, mit zu wenig Pflegepersonal gesehen, die Hälfte führte es auf bauliche Gegebenheiten zurück. Die Pflegepersonen, die in Ausübung ihrer Berufstätigkeit schon durch Patientinnen und Patienten verletzt worden sind, fühlen sich signifikant unsicherer am Arbeitsplatz als Pflegepersonen, die noch nie Verletzungen durch Patientinnen und Patienten ausgesetzt waren ($p \leq 0$). Die Frage, ob für die Durchführung von Unterbringungen genügend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung stehen, beantworteten 68% der Frauen und 61% der Männer mit »ja«

Die eigenen Kenntnisse über das Unterbringungsgesetz schätzten etwa 1/3 (N = 73) der Pflegepersonen mit »sehr gut« ein. 42% der Frauen (N = 59) und 40% der Männer (N = 30) mit »gut«. Das Unterbringungsgesetz entspricht für 110 Pflegepersonen, das sind 55% der Frauen (N = 64) und 70% der Männer (N = 46) ihren Vorstellungen. Dementsprechend wurde die Frage nach Reformwünschen beantwortet: 42% der Pflegerinnen (N = 59) und 45% der Männer (N = 34) wünschten sich Reformen des Unterbringungsgesetzes. Der Zusammenhang zwischen der Belastung durch Gewaltanwendung und der Meinung nach Reformbedarf ist signifikant ($p < 0,05$). Für Pflegepersonen, die Gewaltanwendung immer bzw. oft als Belastung empfinden, sehen signifikant öfter Reformbedarf des Unterbringungsgesetzes als Pflegepersonen, die Gewaltanwendung teilweise bzw. nie als Belastung erleben.

Die Frage nach der Wichtigkeit der Baustrukturen des Arbeitsplatzes (Gebäude, Räumlichkeiten, Notrufschalter, etc.) wurde von 73% der Frauen (N = 103) und 68% der Männer (N = 52) mit »sehr wichtig« beantwortet. Nur 4% der Frauen (N = 5) und 9% der Männer (N = 7) gaben »unwichtig« an.

Pflegepersonen, die Aggressionen durch Patientinnen und Patienten ausgesetzt waren, schätzen die Baustuktur ihres Arbeitsplatzes hinsichtlich Sicherheit signifikant öfter als unzureichend ein als Pflegepersonen, die noch keinen Aggressionen durch Patientinnen und Patienten ausgesetzt waren. Das angewandte Pflegeschema selbst kann ebenso einen Beitrag zur Gewalt- und Aggressionsbereitschaft beitragen, z.B. reine Funktionspflege geben 10 Pflegepersonen an. Hier kann für die Pflegepersonen der Zeitmangel erschwerend hinzukommen, ein anderes Pflegekonzept wie z.B. Bezugspflege, anzuwenden.

Die Frage nach der Gewaltbelastung wurde nur von 18% der Männer (N = 14) und 6% der Frauen (N = 8) mit »Gewaltanwendung ist nie eine Belastung« beantwortet. Die Antworten »Gewaltanwendung ist immer eine Belastung« gaben 30% der Frauen (N = 43%) und 40% der Männer (N = 30); »Gewaltanwendung ist oft eine Belastung« gaben 24% der Frauen (N = 34) und 24% der Männer (N = 12) und »Gewaltanwendung ist manchmal eine Belastung« gaben 37% der Frauen (N = 52) und 25% der Männer

(N = 19) an. Der Zusammenhang zwischen den Sicherheitsvorstellungen der Pflegepersonen und der erlebten Belastung durch Gewaltanwendung ist signifikant ($p < 0,05$).

Zusammenfassend zeigte sich, dass Pflegepersonen durch die aktuellen Strukturen am Arbeitsplatz häufig Aggressionen und Gewalt durch Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind, Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildung sind von hoher Wichtigkeit. Der Umgang mit Unterbringungen, der Einfluss auf die pflegerische Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten und die Belastung durch Gewaltanwendung werden von weiblichen und männlichen Pflegepersonen unterschiedlich bewertet. Die Einschätzung der Gefährlichkeit der PatientInnen hängt stark von bereits erlebter Aggression durch PatientInnen ab.

Literatur

1. **Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L., Norberg, A.:** Nurses narratives about using coercion in psychiatric care *Journal of Advanced Nursing* 28(1), 45-53, 1998

Ein ganz normales Pflegepersonal? Verantwortungs- und Entschuldigungsversuche von Pflegerinnen und Pflegern in Wiener Volksgerichtsprozessen nach 1945

Peter Malina

In den letzten Jahren ist der zeitgeschichtlichen Forschung immer deutlicher bewusst geworden, dass die Gesundheits-Politik im Nationalsozialismus ein wesentlicher Faktor in der Analyse des NS-Terror systems sein muss. Krankenanstalten waren in der NS-Zeit zu Exekutionsstätten einer mörderischen Ideologie geworden, die für unheilbare, pflegebedürftige und behinderte Patienten kein Platz lassen wollte. Nach 1945 haben die zur Verantwortung Gezogenen je nach ihrer Stellung im Gesundheitssystem auf verschiedene Weise versucht, ihre Beteiligung (und damit auch ihre Verantwortung) abzuschwächen und abzuleugnen. Mitbeteiligt an der Misshandlung und Drangsalierung bis hin zur Tötung der ihnen anvertrauten Patienten waren auch Pflegerinnen und Pfleger. Sie sind zuschauend, unterstützend, aber auch initiativ handelnd schuldig geworden (Steppe). Im Focus der Aufmerksamkeit standen bisher jene Prozesse, in denen es um direkte Kranken-Tötungen im Rahmen der NS-»Euthanasie« ging. Unbeachtet blieben hingegen Pflegepersonen auch in Anstalten eingesetzt waren, in denen es in erster Linie darum ging, die dort Festgehaltenen in Zaum zu halten, wobei auch Mittel angewendet wurden, die bei der Ruhigstellung und Disziplinierung von »störenden« Patienten/Patientinnen üblich waren.

In der nationalsozialistischen Arbeits- und Hochleistungsgesellschaft wurden Verweigerung von Arbeit oder mangelnde Arbeitsbereitschaft als gefährliche Infragestellung des Systems verstanden. Wer dem nationalsozialistischen Verständnis von »Leistung« nicht entsprach, war sehr bald als nicht „normal abgestempelt und war damit rigiden Normalisierungsmaßnahmen ausgesetzt (Malina 2002). Es ist daher kein Zufall, dass 1940 auf dem Gelände des psychiatrischen Krankenhauses am »Steinhof« in Wien eine »Erziehungs«- und Beobachtungsanstalt für Kinder und Jugendliche und 1941 zusätzlich noch eine »Arbeitsanstalt« für »asoziale« Frauen eingerichtet wurden (Mende 2000).

Nach 1945 hatten sich die beiden Leiter dieser Anstalt (Dr. Alfred Hackel und Dr. Maximilian Thaller) und das dort tätige Pflegepersonal in zwei Prozessen vor dem Volksgerichtshof in Wien wegen Misshandlungen und Demütigungen der dort eingesperrten Frauen zu verantworten (G. Baumgartner und A. H. Mayer 1990; Fürstler und Malina 2004, 327–354). In der Urteilsbegründung heißt es dazu, dass die »Arbeitsanstalt« eher einem Konzentrationslager als einer (Kranken-)Anstalt geglichen habe: Unter Ausnutzung ihrer dienstlichen Gewalt hatten die Angeklagten die in die Anstalt eingewiesenen Frauen und Mädchen in einem qualvollen Zustand versetzt und empfindlich misshandelt, in ihrer Menschenwürde gekränkt und beleidigt und damit sich des Verbrechens der Quälerei, der Misshandlung und der Verletzung der Menschlichkeit und der Menschenwürde schuldig gemacht (G. Baumgartner und A. H. Mayer 1990, 36). Konkret gemeint waren neben verbalen Attacken die entwürdigende Kürzung der Haare (der »Strafschnitt«), das quälende Strafturnen, die Anhaltung in einer Strafzelle und die Disziplinierung mit Speih-Injektionen. Die verantwortlichen Ärzte lehnten dafür jede Verantwortung ab und schoben sie auf die ausführenden Pflegerinnen, von deren eigenmächtigen Verfehlungen sie nicht gewusst haben wollten.

In Verlauf des Gerichtsverfahrens zeigte sich sehr deutlich, dass den Beteiligten sehr wohl bewusst war, dass es in der »Arbeitsanstalt« in erster Linie um Disziplinierung und Bestrafung gegangen ist. Marie Knollmüller, eine der damals dort beschäftigten Pflegerinnen, gab bei ihrer Vernehmung vor der Polizei ohne Umschweife an, die »Arbeitsanstalt« sei nicht zur Heilung und Pflege Geisteskranker, sondern zur »Korrektion« - d.h. zur »Erziehung zur Arbeit« - eingerichtet worden: »Die Erziehung zur Arbeit wurde in der Weise vorgenommen, dass die Frauen unter Aufsicht und in Gruppen von 10 Personen zu den verschiedensten Arbeiten verhalten wurden. Die ärztliche Betreuung dieser Abt. hatte Dr. Hackl [richtig: Hackel], der seinen Willen sehr energisch nicht nur gegenüber den Angehaltenen, sondern auch dem Pflegepersonal gegenüber durchzusetzen wusste. Widerspenstigen oder arbeitsunwilligen Angehaltenen verabreichte er selbst oder ich eine Injektion von Apomorphin. Die Frauen fürchteten sehr diese Maßnahme« (Aussage Maria Knollmüller, 10.05.1945).

Das Pflegepersonal hat diesen von der Leitung unterstützten Umgang mit den in der »Arbeitsanstalt« eingesperrten Frauen ohne Widerstand und wei-

teres Nachdenken hingenommen und die ihm übertragenen Korrektionsmaßnahmen dementsprechend erledigt. Der Oberpfleger Karl Teufel beispielsweise gab zu Protokoll, er habe den Befehlen des Anstaltsleiters Dr. Hackel Folge geleistet, »ohne mir darüber weitere Gedanken zu machen« (Aussage Karl Teufel, 10.05.1945). Teufel berichtete in einer weiteren Vernehmung auch, dass für die innere Struktur der »Arbeitsanstalt« und den Umgang mit den dort Festgehaltenen die Verhältnisse in der »Irren«-Anstalt übernommen wurden: Dort hatten der Pflegevorsteher und auch der Oberpfleger das Recht, in Abwesenheit des Arztes Verfügungen zu treffen, welche sich bei gesünderen Leuten als Disziplinarmaßnahmen bezeichnen lassen. Die praktische Auswirkung sei freilich die gleiche gewesen: Einsperren in der Korrektionszelle. Auch die »Spei-Injektion« sei als »Disziplinarmaßnahme« übernommen und bei schweren Fällen von Disziplinarwidrigkeiten (besonders freches Benehmen, Rauchen etc.) vom Pflegepersonal angewendet worden (Aussage Karl Teufel, 12.01.1946)..

Die Aussagen der Zeuginnen vor Gericht bestätigten in vielen Details die Vorwürfe der Anklage. Die Strategie der angeklagten Ärzte vor allem, ging aber darauf hinaus, deren Glaubwürdigkeit systematisch in Frage zu stellen. In einem »Memorandum« vom 15. Mai 1946 legte der Bruder Max Thallers dem Gericht die Zeugnisse besonders honorierter Persönlichkeiten vor. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass deren Aussagen doch »bedeutend höher« gewertet werden sollten als die Aussagen »minderwertiger Elemente«, wie den vor Gericht als Zeuginnen geladenen ehemaligen Insassinnen der »Arbeitsanstalt«: »Unter den Asozialen befanden sich keine politische Belasteten, sondern nur erblich und moralisch belastete Frauenspersonen (in der Hauptsache Geschlechtskranke, Geheimprostituierte, Verwahrloste etc.) Dass hier eine stramme Hausordnung notwendig war, wird jeder vernünftige Mensch einsehen; man frage einen erfahrenen Polizeiarzt!« (Memorandum Erwin Thaller, 15.05.1946).

Im Verfahren gegen Dr. Thaller hatten diesen Überlegungen 1948 zu einem im Vergleich zu dem zwei Jahre vorher geführten Prozess gegen Dr. Hackel überaus milden Urteil von 2 Jahren geführt. Hackel wurde 1946 noch zu 20 Jahren und die mitangeklagten Pflegepersonen ebenfalls zu höheren Haftstrafen (zwischen 18 Monaten und 15 Jahren) verurteilt. Aber auch sie blieben nicht von der »Gnade des späten Prozesses« ausgeschlossen. Im

Urteil von 1946 hatte es noch geheißen, die Angeklagten seien schuldig, »in Wien in der Zeit der ns. Gewaltherrschaft unter Ausnützung dienstlicher Gewalt als Angestellte der Arbeitsanstalt ‚Am Steinhof‘ die in diese Anstalt eingelieferten Frauen und Mädchen in einen qualvollen Zustand versetzt und empfindlich misshandelt zu haben«. Bei der Wiederaufnahme des Verfahrens gegen 1948, konnte sich das Gericht nun aber durchaus vorstellen, dass die Anschuldigungen, die von den misshandelten Frauen vorgebracht worden waren, nicht so ernst zu nehmen seien, da sie von nicht ehrenwerten Frauen erhoben wurden, die dem Gericht daher auch nicht vertrauenswürdig erschienen: »Die Zeugen machten, soweit es sich um Ärzte und ehemaliges Pflegepersonal von Steinhof handelte, einen guten und durchaus glaubwürdigen Eindruck. Was die Angehaltenen anbelangt, so musste das Gericht wohl zur Überzeugung kommen, dass unter ihnen eine Reihe ungläubwürdiger und zum Teil gehässiger Zeugen waren, zumal auch eine Reihe von Zeugen voll entmündigt waren« (). Im Kommentar der Wiener Tageszeitung »Neuen Österreich« vom 24. Dezember 1948 heißt es dazu: »Sichtlich erleichtert und mit deutlichen Anzeichen weihnachtlicher Vorfreude nahmen alle Beteiligten den Spruch des Richters entgegen. ‚Ich danke dem Gericht für das gerechte Urteil‘, erklärte Dr. Hackl, schüttelte seinem Verteidiger herzlich die Hand und machte eine tiefe Verbeugung vor dem Staatsanwalt. Die übrigen vier [Pflegepersonen] verließen überglücklich den Verhandlungssaal und wurden von ihren Angehörigen, die den ganzen Prozess als aufmerksame Zuhörer verfolgt hatten, umarmt. Weihnachtsstimmung im Gerichtssaal ...« (Neues Österreich, 24.12.1948, 3).

Auch nach 1945 waren Patienten nicht nur in psychiatrischen Krankenhäusern weiterhin Be- und Verurteilungen ausgesetzt, deren Sprache deutlich die Kontinuität eines Denkens aufweist, das nach wie vor zur Diagnose von Krankheit Abweichungen im sozialen Verhalten heranzieht. Auch im öffentlichen Bewusstsein wurde (und wird) »Asozialität« immer noch leichtfertig zur Charakterisierung Missliebiger und als Gegenbegriff zur »Leistung« verwendet. Die Bezeichnungen für die Abgeschobenen und nicht (mehr) Leistungsfähigen wurden zwar geändert – nun spricht man von »Randgruppen« und/oder sozialen Minderheiten. Wer sich nicht umstellen und den geänderten Produktions- und Lebensanforderungen anpassen kann, wird nach wie vor zu einem sozialen Problem gemacht.

Literatur

1. **Baumgartner, G. und A.H. Mayer:** Arbeitsanstalten für sog. „asoziale Frauen“ im Gau Wien und Niederdonau. Endbericht des Forschungsprojekts. 1990, BM f. Wiss. u. Forschung: Wien
2. **Fürstler, G. und P. Malina:** »Ich tat nur meinen Dienst«. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit. Wien: 2004., 48-61.
3. **Malina, P.:** Vom Schrecken der »Normalität«. Traditionen und Kontinuitäten nationalsozialistischer »Ordnungs«-Vorstellungen, in: Die Mühen der Erinnerung. Zeitgeschichtliche Aufklärung gegen Gedächtnisschwund, 2002, Verein der Förderer der Schulhefte: Wien, p. 48-61.
4. **Mende, S.:** Die Wiener Heil- und Pflegeanstalt »Am Steinhof« im Nationalsozialismus. 2000, Lang: Frankfurt/M.
5. **Steppe, H.:** Krankenpflege im Nationalsozialismus. 9. Aufl. 2001, Mabuse: Frankfurt/M.
6. Die **Zitate aus den Gerichtsverfahren** sind bislang nur z. T. publiziert zugänglich und im Archiv des Landesgerichts Wien einsehbar. Ausschnitte davon bei: Fürstler und Malina 2004, 327-354.

Die Rolle der Pflegeperson als Ansprechperson für von Gewalt betroffene Frauen

Katharina Theuermann, Karin Gutiérrez-Loboss

Österreichweit werden jährlich etwa 150.000 - 300.000 Gewalttaten gegen Frauen durch männliche Angehörige begangen. 90 % der Gewalttaten überhaupt werden nach Polizeischätzungen in der Familie bzw. im sozialen Umfeld begangen. Gewalt innerhalb der Familie ist die bei weitem verbreitetste Form von Gewalt, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erfährt und ist gleichzeitig die am wenigsten kontrollierte und sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in ihrer Schwere am stärksten unterschätzte Form der Gewalt (Schwind et al 1990). Studien ergeben, dass mindestens die Hälfte bis 2/3 der von Gewalt betroffenen Frauen wegen Verletzungen oder psychischen Problemen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Diesem Resultat steht jedoch die ebenfalls empirische gesicherte Tatsache gegenüber, dass in Notaufnahmen, Ambulanzen, Ordinationen etc. nicht routinemäßig nachgefragt wird, woher Verletzungen oder seelische Beschwerden rühren. Mangelnde Kenntnisse über Häufigkeit und Folgen von geschlechtsspezifischer Gewalt sowie über Interventionsmöglichkeiten scheinen dafür verantwortlich zu sein. Untersuchungen aus den USA, Kanada, Großbritannien und der Schweiz weisen neben den enormen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen auch auf die Kosten in Milliardenhöhe hin, die durch Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen entstehen. So etwa werden in Kanada durch Chronifizierung von Beschwerden durch Gewalt für medizinische Behandlung jährlich ca. 255 Millionen Dollar ausgegeben, für ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung sogar ca. 507 Millionen Dollar (Gozdenzi, 1993; Piispa, 2002; WHO, 2002).

In einer Pilotstudie wurden Pflegepersonen an Notfalleinrichtungen, Unfallambulanzen und -Stationen, Ambulanzen und Stationen der Gynäkologie und Geburtshilfe, psychosomatische Abteilungen und psychiatrische Ambulanzen und Stationen in Krankenhäusern des KAV-Wien untersucht. Da häufig zuerst Pflegepersonen die ersten AnsprechpartnerInnen sind, ist die Erhebung der subjektiven Einschätzung von Gewaltformen und der Bewusstseinsstand der Pflegepersonen von besonderer Bedeutung.

Studiendesign

Die Befragung beleuchtet aus der Sicht der Pflegepersonen die Hintergründe ihres Handelns und behandelt die Frage nach einer notwendigen Implementierung einer Pflegeperson als Ansprechperson für betroffene Patientinnen in Krankenhäusern. In der Hauptuntersuchung wurden von Juli bis August 2006 die Pflegepersonen der Zielgruppe zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen der psychosozialen und gesundheitlichen Situation von Patientinnen mit Gewalterfahrungen befragt. Es handelte sich um eine ca. 15-minütige Fragebogenerhebungen, die an den Arbeitsplätzen der Befragten erhoben wurden. Die Untersuchung fokussiert bewusst auf die Fragen, die sich im Zusammenhang mit den Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsberufe stellen.

Das Ziel des Projektes war die quantitative Datenerhebung zu den Themen:

- Werden Frauen von den Pflegepersonen standardmäßig explizit nach Gewalterfahrungen und bei Verdacht von Gewalt als Ursache für die Erkrankung bzw. Verletzung gefragt?
- Nach welchen Kriterien beurteilen die Pflegepersonen Zeichen und Ursachen von Gewalt?
- Sehen die Pflegepersonen Handlungsbedarf in Form von Schulungen oder einer Implementierung einer Pflegeperson auf jeder Station und Ambulanz als „Ansprechperson für Frauen“?
- Soll die Frage nach Gewalterfahrungen standardmäßig in Pflegeanamnesebögen aufgenommen werden?

Die bisher vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen in der Praxis täglich mit Patientinnen konfrontiert sind, die eine oder mehrere Formen von Gewalt erlebt haben. Das heißt, dass die Möglichkeit von Gewalterfahrungen und den daraus folgenden Konsequenzen bei Anamnese, Untersuchung und Pflege immer in Betracht gezogen werden muss.

Ergebnisse der Pilotstudie

Von den in der Pilotstudie befragten 18 Pflegepersonen waren 50% im Alter zwischen 21 und 30 Jahren, der Rest teilt sich auf in 44% 31 bis 40-Jährige und eine Person war zwischen 41 und 50 Jahren, 16 Personen (90%) waren weiblich, zwei Personen männlich. Die Berufsdauer im Pfl-

gebereich lag mit 90% über 5 Jahre. 83% der Befragten waren Diplomierte Allgemeinpflegepersonen, 16,7% hatten ein psychiatrisches Pflegediplom, eine Person war Oberpflegeperson, eine Stationsleitung und eine Pflegewissenschaftlerin. Zwei der befragten Personen hatten zum Zeitpunkt der Befragung ein Studium bereits abgeschlossen, drei Personen studierten noch. Die Arbeitsbereiche waren überwiegend im stationären Bereich (89%), davon waren 39% auf im Notfallmedizinischen und 17% auf einer psychiatrischen Station beschäftigt. Insgesamt hatten 89% der befragten Pflegepersonen zumindest manchmal Kontakt zu Frauen, die von Gewalt betroffen waren, bei Verdacht fragten aber nur 50% der Pflegepersonen explizit nach. Die Gründe, warum Pflegepersonen bei Verdacht auf Gewalt nicht nachfragten, waren unsicherer Verdacht (28%), Vermeidung einer Retraumatisierung der Frauen (22%), Unwissen über das Vorgehen (39%) und sonstige Gründe (11%). Die Pflegepersonen fühlten sich zu 67% sicher, gewaltbedingte Verletzungen und Beschwerden zu erkennen, 67% wussten auch, wie sie nach Gewalterfahrungen nachfragen könnten, 94% wussten, wie sie Verletzungen dokumentieren sollen und 56% könnten Gefährdungssituationen mit der Patientin klären und sie an Beratungs- und Hilfseinrichtungen verweisen (94%). Die Forderung nach der Frage nach Gewalt als Standardfrage im Pflegeanamnesebogen sahen 50% als notwendig an. 33% der Pflegepersonen (5 Frauen und 1 Mann) hatten zum Zeitpunkt der Befragung eigene Gewalterfahrungen erlebt. Eine spezielle Fortbildung im Bereich Frauenrechte und Gesetz gegen Gewalt achten 83% für sehr wichtig bzw. für wichtig. Als wichtige Ansprechpersonen erachten 72% eine weibliche Pflegeperson, 44% der Befragten sehen sogar eine eigene weibliche Pflegeperson als »Beauftragte für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen« für notwendig.

Zusammenfassung und Ausblick

Die bisher vorliegenden Ergebnisse an einem kleinen Sample zeigen, dass Pflegepersonen in der Praxis täglich mit Patientinnen konfrontiert sein können, die körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben. Nur die Hälfte der befragten Personen gaben jedoch an, bei Verdacht auf Gewalterfahrungen explizit nachzufragen. Gründe dafür könnten Angst vor Retraumatisierung, zu wenig Ausbildung bzw. Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Personen bzw. Unsicherheiten bezüglich möglicher Interventionen sein. Das heißt, dass die Möglichkeit von Gewalterfahrungen bei Anamnese, Unter-

suchung und Ausführung der Pflege dieser Patientinnen immer in Betracht gezogen werden muss. Der Bedarf nach Fortbildung im Bereich Frauenrechte und Gesetze gegen Gewalt wird von fast allen befragten Personen geäußert. Die genauere Auswertung des vollständigen Datensatzes nach Befragung aller Personen der Zielgruppe wird eine detaillierte Analyse und weitere Differenzierung nach der Häufigkeit der Tätlichkeiten und nach der Beziehung zwischen Patientinnen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems ermöglichen.

Literatur

1. **Godenzi, Alberto:** Gewalt im sozialen Nahraum, Helbing & Lichtenhahn, Basel, Frankfurt am Main, 1993
2. **Piispa, Minna:** Complexity of Patterns of Violence Against Women in Heterosexual Partnerships. In: Violence against Women, Vol.8, No.7, Juli 2002, 873-900
3. **Schwind, Hans-Dieter/Baumann, Jürgen** et al. (Hrsg.): Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission), 1990
4. **WHO (Hrsg.)** : World Report on violence and health: Summary 2002

Freiberufliche Psychiatriepflegefachfrauen in der ambulanten Gemeindepsychiatrie Winterthur, Schweiz

Andrea Schoch-Huber, Manuela Rasi, Marianne Bänninger, Beatrice Regazzoni,
Marie-Louise Roches

Informationen zur Schweiz

Das politische System der Schweiz [1] besteht aus einem föderalistischen Staatsaufbau und setzt sich aus dem Bund, einzelnen Bundesmitgliedern (Kantone) und diese aus Gemeinden zusammen. Die Schweiz besteht heute aus 26 Kantonen, welche über grosse Verwaltungsautonomie und Entscheidungsfreiheiten verfügen. Die Kantone wiederum setzen sich aus ca. 2900 autonomen Gemeinden zusammen in welchen gesamthaft rund 7,4 Millionen Einwohner leben.

Informationen zum Kanton Zürich

Der Kanton Zürich hat über 1 Million Einwohner. In der Stadt Winterthur leben ca. 92960 Menschen und im Zürcher Weinland (Bezirk Andelfingen) ca. 27750.

1998 wurde im Kanton Zürich ein modernes Psychiatriekonzept verabschiedet. Darin bilden die beiden Bezirke Winterthur und Andelfingen unter dem Namen Integrierte Psychiatrie Winterthur, eine der 5 Psychiatrieregionen im Kanton Zürich. Die Psychiatrieregion Winterthur erfüllt ihren psychiatrisch, regionalen Grundversorgungsauftrag für rund 120700 Menschen. Als private Anbieter decken wir von der IG-geps einen Teil der ambulanten gemeindepsychiatrischen Betreuung ab.

Voraussetzungen zur freiberuflichen Tätigkeit

In der Schweiz besteht seit 1998 die Möglichkeit, eine freiberufliche Tätigkeit für diplomierte Pflegefachfrauen und -männer in der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege ambulant und zu Hause auszuüben. Das heißt, dass es Pflegenden seither möglich ist, auf selbständiger Basis Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen. Dazu haben der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK) und santésuisse (Verband der Krankenversicherer) einen Tarifvertrag [2] abgeschlossen. Weitere Tarifvertragsabschlüsse [3] erfolgten

mit den folgenden Sozialversicherungspartnern: Der Medizinaltarif-Kommission UVG (Unfallversicherungsgesetz), der Invalidenversicherung (IV) und dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV). Den gesamtschweizerisch gültigen Tarifverträgen, welchen die Freiberuflichen beitreten müssen, liegen die Leistungen und Tarife der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege ambulant und zu Hause im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugrunde. Im Weiteren werden in den Tarifverträgen u.a. die Kostengutsprache, die Rechnungsstellung, Qualitätssicherung / Wirtschaftlichkeit, Bedarfsabklärung, Schlichtungsinstanz usw. geregelt. Die Freiberufliche Pflegefachperson erhält nach Prüfung ihrer fachlichen und versicherungstechnischen Vorgaben von SBK und santésuisse eine persönliche ZSR Nummer [4] (Zahlstellenummer / Konkordatsnummer) zugeteilt, über die sie ihre Leistungen direkt mit den Versicherern abrechnen kann. In der Praxis bedeutet das, dass nach Rechnungsstellung an den Versicherer der Freiberuflichen Pflegefachperson der Rechnungsbetrag auf ihr Bankkonto überwiesen und der Klientel der obligatorische Selbstbehalt von 10% direkt in Rechnung gestellt wird.

IG-geps Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung

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

Die *IG-geps* [4] besteht heute aus 5 freiberuflichen Pflegefachfrauen, welche alle neben ihrer psychiatrisch-pflegerischen Grundausbildung über diverse Aus- und Weiterbildungen v.a. im Psychiatriebereich verfügen. Es handelt sich bei den selbständigen Pflegefachpersonen also um 5 Einzelunternehmen, welche zusammen zurzeit ca. 250 Stellenprozent abdecken. Im Jahr 2005 wurden 85 Personen betreut. Davon 62 Frauen und 23 Männer in den Jahrgängen zwischen 1920 und 1989.

Die *IG-geps* bietet den Freiberuflichen eine gute Infrastruktur und einen hohen Bekanntheitsgrad in der Stadt Winterthur und Umgebung. Sie verfügt, neben dem bereits gut bekannten Namen *IG-geps*, über eine zentrale Telefonnummer, einen gemeinsamen Internetauftritt und eine gemeinsame Broschüre, unter welcher sie bekannt ist. Ausserdem ist die *IG-geps* sozusagen das Dach unter welchem ein organisatorischer und fachlicher Austausch stattfindet. 14-täglich finden Sitzungen zu einem Pflegefach-

personenaustausch statt. Dieser dient der gegenseitigen Information, zur Besprechung organisatorischer Fragen wie z.B. Telefondienstplanung, Ferienvertretungen, Terminplanungen usw. Die Anfragen für neue Klientel laufen über die zentrale Telefonnummer. Die im Turnus für das Telefon zuständige Person vermittelt die Klientel unter den freien Mitarbeiterinnen unter Berücksichtigung deren Kapazitäten und besonderen Fähigkeiten. Es ist aber auch möglich, die freiberufliche Pflegefachperson direkt über ihre eigene Geschäftsnummer zu kontaktieren. Die freiberufliche Tätigkeit setzt sich aus bezahlter (Klientenkontakt, Kursangebot) und aus einem grossen Teil nicht bezahlter Arbeit (Organisation, Arbeitsgruppen usw.) zusammen.

Freiberuflicher Pflege – was wird angeboten?

- Fachliche Informationsvermittlung für Klienten und deren soziales Umfeld, psychoedukative Beratung
- Abklärung der psychosozialen Situation
- Beratung und Unterstützung der Alltagsbewältigung
- Erarbeiten einer angepassten Tagesstruktur
- Einleitung eines zielgerichteten Trainings zur Gestaltung und Förderung sozialer Fähigkeiten und Kontakte
- Unterstützung und Förderung bei medikamentöser Behandlung
- Anwendung von pflegerisch-therapeutischen Methoden
- Begleitung in Krisensituationen / Notfälle
- Begleitung forensischer (straffällig gewordener) Klientel, während einer ambulanten Massnahme

Zusätzliche Angebote

- Vernetzung / Koordination der beteiligten Personen und Dienste (Casemanagement)
- Familien- / Standortgespräche
- Pflegerische Fallbesprechungen
- Individuelle, praxisbezogene Beratung, auch für Institutionen
- Informationsvermittlung / Öffentlichkeitsarbeit zum Thema »Ambulante Gemeinde psychiatrische Pflege«
- Mitwirken in verschiedenen Arbeitsgruppen und Projekten
- Intervision, praxisorientierte Kurse und Weiterbildungen z.B. zum Thema »Ernährungskurs für Menschen mit psychischen Problemen und Psychopharmaka-Einnahme« oder

»Umgang mit psychisch kranken Menschen«

- Berufspolitisches Engagement

Grundhaltung IG gepts

Die Betreuung ist auf die Wünsche und Möglichkeiten der Klientel ausgerichtet, bezieht aber die Anliegen und Aspekte des sozialen Umfeldes – wo immer dies möglich ist – als wichtigen Bestandteil mit ein. Den Menschen wird mit Wertschätzung, Empathie und Respekt begegnet. Ziel der Betreuung ist es, dass der psychisch beeinträchtigte Mensch mit seinen Ressourcen und Defiziten umgehen und selbständig leben kann. Dabei wird die Verantwortung für eine wirksame, wirtschaftliche und zweckmässige Betreuung übernommen. Ebenso hat die Qualität der Arbeit einen hohen Stellenwert.

Es ist aber nicht beabsichtigt, die klinische Arbeit in den ambulanten Bereich zu verlagern! Vielmehr geht es darum, der Klientel zuhause das angepasste Mass an notwendiger Betreuung solange zukommen zu lassen, bis sie sich wieder – allenfalls unter Einleitung anderer weiterer unterstützender Massnahmen – selbständig zu Recht findet. Dabei wird berücksichtigt, dies in angepassten und interdisziplinär abgesprochenen Schritten umzusetzen.

Vision

Wir wünschen uns für die Zukunft, dass es, im Sinne der Gleichbehandlung mit somatisch Erkrankten, auch für psychisch beeinträchtigte Menschen zur Selbstverständlichkeit wird, eine ambulante gemeindepsychiatrische Betreuung in Anspruch nehmen zu können. Dazu ist eine Gewährleistung der Finanzierung durch die Sozialversicherungen unabdingbar. Ambulante gemeindepsychiatrische Pflege ist eine spezialisierte Fachrichtung und muss als solche ihre Anerkennung haben. Seriosität und Qualität der Leistungsanbieter ist selbstredend vorausgesetzt. Dafür setzen wir uns nachhaltig ein.

Literatur

1. www.admin.ch
2. **Tarifvertrag SBK** – santésuisse
3. **Tarifvertrag SBK** – Sozialversicherung
4. **gepts – IG** Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung, Postfach, CH - 8404 Winterthur, Tel. 052 823 98 58, info@gemeindepsychiatrie.net, www.gemeindepsychiatrie.net

Pflegebeziehung und Neurobiologie: Was wir wissen sollten bei Menschen mit PTSD und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ruth Ahrens

Derzeit sind etwa 15 % aller stationären Psychiatriepatienten in Deutschland Menschen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Die daraus entstehenden Kosten liegen bei etwa 3 Milliarden jährlich (Bohus et al 2004). Über 80% der Borderline-Patienten berichten über (üb)erlebte Traumatisierungen. Zunehmend ist auch die Klientel in psychiatrischen Kliniken mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Häufig als Co-Morbidität sind Erkrankungen wie Depression, Essstörungen, Suchtverhalten usw. Im Schnitt verbringen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung rund 600 Tage in stationärer Behandlung: 60 Tage pro Jahr, in 10 Jahren jedes Jahr wieder (Jerschke et al 1998). Man kann davon ausgehen, dass dieser »Drehtüreffekt« auf eine Behandlung zurückzuführen ist, die nicht die Erwartungen an Heilung oder Linderung erfüllt. Möglicherweise kann dies nicht gut gelingen, solange die Symptome einseitig auf einer Verhaltensebene gedeutet werden, ohne einen biologischen Hintergrund in Betracht zu ziehen.

Die Art der Beziehungsgestaltung in der Pflege hängt wesentlich auch vom Störungsmodell ab, das die Pflegenden unbewusst oder bewusst haben. Lange Zeit hatte man Patienten angelastet, sie strengten sich nicht genug an, seien nicht motiviert genug oder steuerten der Behandlung sogar aktiv entgegen (agieren, spalten, Selbstverletzungen). Pflegende haben an Behandlungen mitgewirkt, die Patienten dazu bringen sollten, o.g. Verhaltensweisen einfach aufzugeben (sog. »Löschung« durch Beziehungsentzug). Andererseits fordern verschiedene interpersonale Pflege-theorien (z.B. Peplau, Orlando) zu einer sehr zugewandten und fürsorglichen Haltung auf. Doch Symptome wie aggressives oder selbstverletzendes Verhalten, Depression, Unaufmerksamkeit, Spalten und Agieren, sind am ehesten in den Beziehungen zu den betroffenen Menschen erlebbar und dort schwer auszuhalten. Pflegende begegnen Patientenverhalten manchmal mit Unverständnis und bemühen sich, das Verhalten der Betroffenen zu verändern, ohne zu wissen, dass sie damit die pathogenethischen Bedingungen wiederholen können und zu einer Re-Traumatisierung beitragen.

Weitere Erklärungsmodelle stehen heute aus der Neurobiologie zur Verfügung. Sie zeigen, was man von außen nicht sehen kann: neurobiologische Veränderungen im Gehirn der Betroffenen, welche Denk- und Wahrnehmungsvorgänge steuern. Dieser Beitrag stellt eine Literatur-Metaanalyse vor, in der 44 Forschungsarbeiten aus dem Bereich der Psychotraumatologie in den Kategorien

- noradrenerges System
- Neurotransmittermutation
- Veränderung von Hirnstrukturen (Amygdala, Hippocampus, limbisches System)

nach Übereinstimmungen hinsichtlich der Ursachen und den Auswirkungen auf den Alltag von Betroffenen hin verglichen wurden.

In diesen Bereichen kommt es durch traumatische Lebenserfahrungen zu erheblichen biologischen Anpassungsleistungen, die Betroffene für eine Re-Traumatisierung im stationären Gefüge anfällig machen.

Der Vortrag möchte diese Kenntnisse über neurobiologische Anpassungsleistungen bei PTSD und BPS bekannt machen, damit Pflegende Situationen erkennen, in denen sich Re-Traumatisierungen wiederholen können. Es soll transparent werden, wie ein klinisches Umfeld die Lage der Patienten beeinflussen kann.

Das Verständnis der neurobiologischen Anpassungsleistungen kann eine pflegerische Beziehungsgestaltung positiv beeinflussen, wenn sie darauf abzielt, Betroffene vor Wiederholung pathogenetischer Bedingungen im stationären Umfeld zu schützen. Eine Verknüpfung mit interpersonalem Pflegetheorien kann hiermit gezogen werden. Damit können Pflegende dazu beitragen, effektiver zu behandeln und Patienten zu mehr Kontrolle über ihre Situation zu verhelfen.

Neurobiologische Veränderungen und ihre Auswirkung in der Beziehungsgestaltung

Noradrenerges System

Durch eine Erschöpfung der Stressreaktion kommt es zu einem normalen, sogar erniedrigten Cortisol bei Betroffenen. Biologisch ungeklärt ist, wie es trotz dieser Situation zu einem hohen Adrenalin-/Noradrenalin-Spiegel kommen kann. Dieser kann jedoch mit dem hohen Angstpegel in Be-

ziehung gesetzt werden und erklärt, warum Patienten auch bei geringen Auslösern in Erregungszustände geraten, es schwer für sie ist, sich auszu-ruhen, zu entspannen und erholsam zu schlafen. Darum sollte in der Beziehungsgestaltung darauf geachtet werden, dass Erwartungen, die man an die Patienten stellt, auf deren Fähigkeit, Stress zu bewältigen, abge-stimmt werden und Möglichkeiten kontrollierter Entspannung angeboten werden (Aromapflege, Tai Chi etc.).

Neurotransmittermutation

Als Beispiel wird hier das Serotonin dargestellt, welches signifikant erniedrigt ist. Dies kann mit der depressiven (aber auch aggressiv-gereizten) Stimmung, der gestörten Wahrnehmung für Körperoberflächenphänomene und der verminderten Merkfähigkeit in Zusammenhang gebracht werden. Hier ist es wichtig, in einer Sicherheit gebenden Arbeitsbeziehung Pati-enten darüber aufzuklären, dass diese oft schwer aushaltbaren Gefühle in erster Linie Symptome sind. Bei der Ernährung kann man auf Serotonin bildende Lebensmittel hinweisen. Patienten können lernen, Aggressionen verbal auszudrücken und sozial verträglich abzuführen. Die Wahrnehmung der Hautsensibilität kann durch Igelballmassagen, Atemstimulierende Ein-reibungen, Liegen in einer Hängematte, Wälzen in einem Bälle-Bad usw. angeregt werden. Gedächtnisübungen helfen die Merkfähigkeit zu verbessern und gleichzeitig, Achtsamkeit zu praktizieren.

Veränderung der Gehirnstrukturen Amygdala, Broca-Zentrum, Hippocampus und limbisches System

Die Amygdala (Mandelkern) zeigt bei Patienten eine Hypersensitivität, sie ist sozusagen unsere innere Alarmanlage, die alle Außenreize filtert und prüft, ob eine Gefahr vorliegt. Die Hypersensitivität verursacht bei Betrof-fenen Schreckhaftigkeit, Panikreaktionen und hohes Angstniveau. Diese wie auch die anderen Veränderungen lassen sich nicht dauerhaft effektiv medikamentös behandeln. Hier ist die vertrauensvolle und haltgebende Pfl-egebeziehung der wichtigste Faktor, der Patienten dabei helfen kann, sich selbst zu beruhigen. Pflegeinterventionen zielen hier vorrangig darauf ab, Patienten vorausschauend bei der Einschätzung von Stressoren zu helfen. Das Broca-Zentrum, das für verbale Wiedergabe visueller Eindrücke zustän-dig ist, zeigt bei Flash Backs und Intrusionen nur noch verminderte Aktivi-tät. Hier ist es besonders wichtig, die symbolische Kommunikation Betrof-

fener zu entschlüsseln und zu helfen, mit Zeit, Geduld und Übung verbale Kommunikation einzuüben, um die »Sprachlosigkeit« zu überwinden. Der Hippocampus als Ort des prozeduralen und mnestischen Gedächtnisses ist durch die Degeneration der dort angesiedelten Glukokortikoid-Rezep-toren geschädigt. Die Schwierigkeiten, Neues zu erlernen und Informati-onen zu erinnern, können in der Pflege mit einer möglichst Stress armen Atmosphäre und kleinen Merkhilfen (Termine aufschreiben) gemeistert werden. Rationalität, Bewertung, Entscheidungen, Konzentration und das Beenden von Aufgaben braucht einen ruhigen »Beziehungsraum«. Das limbische System kann bei Hochstressreaktionen die gesamten Denk-funktionen entkoppeln. Der Thalamus gilt als sensorische Relaisstation und ist hauptsächlich an der Auslösung dissoziativer Zustände beteiligt, die mit psychischer Taubheit (einer emotionalen und sensorischen Anästhesie) ein-hergehen; z.B. während einer traumatischen Erfahrung oder während ge-triggerter Erinnerungen. Dieser automatisierte Verlust von Wahrnehmung für Raum, Zeit, Kinästhetik, Akustik und Optik, behindert jeden Lernprozess und kann durch Betroffene selbst oft nur mit sehr starken Reizen (selbst-verletzendes Verhalten) beendet werden. Fürsorgliche, Schutz bietende In-terventionen sind z.B. das »Regie führen« (Schoppmann 2003) wie das vor-sichtige Halten der Hand des Patienten. Die Beziehungsintervention kann helfen, z.B. selbstverletzendes Verhalten weniger oft auftreten zu lassen. Man kann sich in der Pflege einem Phänomen aus mehreren Richtungen annähern. Die hier vorgestellte neurobiologische Erklärung ist eine Mög-lichkeit, Geduld und Nachsicht zu entwickeln, statt Härte, Regeln und Unnachgiebigkeit »zum Besten der Patienten« anzuwenden. Genuin pfl-egerische Zugangsweisen durch die Theorien von Orlando, Peplau, Watson, Barker oder Bauer würden ähnlich beziehungsorientierte Herangehenswei-sen entwickeln helfen, jedoch vor einem humanistischen, ressourcenorien-tierten Menschenbild. Die daraus ableitbaren Handlungen wären ebenso mit der Entwicklung von Akzeptanz, Geduld, Respekt vor der Integrität und dem Menschentum der Betroffenen verbunden. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass diese allein Pflegenden oft nicht ausreicht, um ihre Handlungen zu begründen oder zu verantworten. Pflegende haben eine lange und starke Prägung in einem defizitorientierten medizinischen Denken. Manchmal ist es einfacher für sie, innerhalb dieses Denkmodells zu bleiben und Interventionen verständlich zu begründen.

Literatur

1. **Ahrens R.:** Hirnorganische Veränderungen bei Menschen mit posttraumatischem Stress Psych. Pflege heute 2006, 12: 28–33, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart
2. **Ahrens, R.:** Pflege von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten unter salutogenetischen Gesichtspunkten. Psych. Pflege heute 2006, Thieme-Verlag Stuttgart, 12:100-107
3. **Bohus M., Schmahl C. & Lieb K.:** New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. Current Psychiatry Reports (2004) 6: 43-50.
4. **Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M.:** (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 66, 545-552.
5. **Schoppmann S.:** »Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten«. Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen. 2003, Bern: Verlag Hans Huber

Der Beitrag der Ärzte zur Qualifikation des psychiatrischen Pflegepersonals am Beispiel des »Steinhof«

Eberhard Gabriel

Vorbemerkung

Das gegenwärtige Sozialmedizinische Zentrum Baumgartner Höhe wurde zwischen 1904 und 1907 als Niederösterreichische (weil Wien damals nicht selbständiges Land, sondern die Hauptstadt von Niederösterreich/Erzherzogtum unter der Enns und gleichzeitig natürlich der Österreichisch-Ungarischen Monarchie war) Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke Am Steinhof errichtet. Deren Eröffnung erscheint gleichsam als der Schlussstein einer mehr als 10-jährigen Bemühung um eine Reform des Irrenwesens in Niederösterreich, mit der neben den beteiligten Anstalten deren vorgesetzte Dienststelle, der so genannte Landesausschuss sehr intensiv beschäftigt war. Ein betontes Interesse galt dabei der Ausbildung des Pflegepersonals.

Es ist wichtig sich zu vergegenwärtigen, dass mit dem Wort Irrenpflege damals alle einschlägigen Bemühungen, nicht nur die Tätigkeit des Pflegepersonals bezeichnet wurde, dass aber dessen Tätigkeit und Qualifikation dazu zum ersten Mal systematisch zu gestalten versucht wurde. Diese Aufgabe nahmen Ärzte wahr, die die Vorgesetzten des Pflegepersonals waren. Dem ersten Direktor der Anstalten »Am Steinhof« Dr. Heinrich SCHLÖSS (1860-1930, Direktor von 1907 bis zu seiner Pensionierung 1919) kommt dabei schon seit den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts eine besondere Bedeutung zu.

Diese Bemühungen um eine systematische Qualifikation des Pflegepersonals waren nicht einzigartig, wahrscheinlich aber doch ungewöhnlich. Nicht einzigartig: so hatte der Verein deutscher Irrenärzte ein Preisausschreiben zur Vorlage eines Irrenpflege-Lehrtextes ausgeschrieben und bei seiner Versammlung in Halle/Saale im April 1899 das dann bei Marhold in Halle verlegte Buch »Leitfaden für Irrenpfleger« prämiert. Auch hielt man es für zweckmässig, einen Arzt auf eine gut dotierte Dienstreise von sechs Wochen 600 Kronen) zu schicken, um unter anderem den Pflegeunterricht im Ausland zu studieren. Ungewöhnlich: noch in den 20er Jahren fehlte ein solches Regelwerk zum Beispiel im Kanton Zürich, worauf auch Manfred

BLEULER in einem Rückblick auf die Tätigkeit seines Vaters Eugen BLEULER (1857–1939) als einen Mangel hingewiesen hat [1].

Eine allfällige Mitwirkung von Pflegepersonen in diesem Entwicklungsprozess ist mit vereinzelt Ausnahmen (die aber auch nicht eine förmliche Mitwirkung bedeuten) nicht erkennbar.

Diese Bemühungen in Niederösterreich sind gut dokumentiert, vor allem in den Akten des Landesausschusses, die sich im Niederösterreichischen Landesarchiv erhalten haben [2] und den eben auch seit den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts in einer sehr genauen und detailreichen Form erschienenen Jahresberichten des Landesausschusses [3]. Auf dieses Material stützt sich diese Darstellung vor allem.

Die Reform des Pflegedienstes in den niederösterreichischen Landesirrenanstalten.

Der niederösterreichische Landtag fasste am 12. November 1903 einen umfassenden Beschluss zur Reformierung des Pflegedienstes in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten. Die Reform betraf Pfleger und Pflegerinnen, Traktpfleger und -pflegerinnen sowie Oberpfleger und Oberpflegerinnen (NB: auch damals in der männlichen und weiblichen Sprachform). Die Bestimmungen betrafen neben dienst- und sozialrechtlichen Regeln auch die bei der Aufnahme geforderten allgemeinen Qualifikationen und die spätere, im Dienst förmlich zu erwerbende professionelle Qualifikation.

Aufgenommen konnten nur jüngere (noch nicht 35jährige) körperlich vollkommen gesunde, intellektuell befähigte Männer und Frauen mit streng moralischem Lebenswandel werden. Ein besonderer Bezug zur Allgemeinbildung findet sich nicht (Siehe Ledebur [4]). Diese hatten innerhalb von zwei Jahren den schon vorher konzipierten und auch schon in den verschiedenen Anstalten dezentral durchgeführten Kurs und die Prüfung danach zu absolvieren. Gegebenenfalls konnte beides nach einem Jahr einmal wiederholt werden. Die Prüfung wurde vor einer ausschliesslich aus Ärzten bestehenden Kommission abgelegt. Die Kommission stand unter dem Vorsitz des Direktors und umfasste zumindest den von diesem bestimmten Kursleiter (in der Regel ein jüngerer Arzt), bei den in Abteilungen gegliederten Anstalten auch einen Abteilungsvorstand (Primarius). Das Votum »sehr gut« setzte Einstimmigkeit voraus. Das Votum »ungenügend« musste erfolgen, wenn nur ein Kommissionsmitglied so urteilte. Es gab drei Noten: sehr gut,

gut, ungenügend. (Man behalf sich gelegentlich bei schwachen Kandidaten/innen mit einem »gut mit Erinnerung«, nämlich der Ermahnung, den Leitfaden für den Unterricht noch einmal eingehend zu studieren [5]). Die mittleren Ergebnisse scheinen überwogen zu haben. Diese Ausbildung war zunächst einstufig.

Erst später wurde ein »besonderer Fachkurs« als eine Art Oberstufe mit einem von verschiedenen Vortragenden (mit Ausnahme des Verwalters für die administrativen Themen ausschliesslich Ärzte, auch für das Fach »psychiatrische Krankenpflege«, in der Regel Abteilungsvorstände und der Direktionssekretär) abgearbeiteten Curriculum eingeführt. Der zweite Direktor des »Steinhof«, Univ. Prof. Dr. Josef BERZE (1866–1957, Direktor von 1919–1928) hat sich offenbar um diese Ausbildungen sehr gekümmert und zum Beispiel aus Anlass eines sehr schlechten Kursergebnisses in einem Circular die Ärzte aufgefordert, dem Unterricht mehr Augenmerk zu schenken.

Mit einer Unterbrechung während des zweiten Weltkrieges blieben diese Ausbildungsformen bis zur Etablierung der psychiatrischen Diplomkrankenpflege und damit der dreijährigen Ausbildungsgänge in weiter dezentral (in Wien auf dem Steinhof) angesiedelten Ausbildungsstätten in den frühen 60er Jahren in Kraft. Im Basiskurs übernahmen nach dem zweiten Weltkrieg leitende Pflegepersonen Lehraufgaben. Erst die Diplomausbildung brachte auch die Position von Lehrpflegern/-schwestern. Die Leitung blieb noch lange bei den Ärzten, ebenso ein erheblicher Teil der Lehre, die in einen fachlichen und einen Pflegeanteil differenziert (und auch differenziert geprüft) wurde. Auf die jüngsten Entwicklungen zu weitgehender Unabhängigkeit der Ausbildung von Ärzten kann ich hier ebenso wenig eingehen wie auf die Ausbildung der Pflegehelfer.

Der »Leitfaden«

Zurück zum Beginn des 20. Jahrhunderts. Ein Fachkomitee hat 1901 die allgemeinen Grundsätze für den Pflegeunterricht und die Pflegerprüfung formuliert. Ihm gehörten fünf prominente Anstaltspsychiater, unter dem Vorsitz des Direktors der (damals noch alten) Wiener Anstalt A. TILKOWSKY, der Leiter der universitätsklinischen Abteilung der Wiener Irrenanstalt (1. Psychiatrische Universitätsklinik) Professor J. WAGNER-JAUREGG, der Direktor der Irrenanstalt in Klosterneuburg (NB: nicht Gugging!) S. WEISS, Primarius J. STARLINGER und Prim. i. P. J. BUBENIK, beide aus der Wiener Anstalt, an.

Sie empfahlen dem Landesausschuss neben den schon erwähnten allgemeinen Richtlinien einen engen Praxisbezug der Ausbildung und als Grundlage der Ausbildung den »Leitfaden zum Unterricht für das Pflege-Personal an öffentlichen Irrenanstalten« von Heinrich SCHLÖSS [6]. Zu diesem in einer ersten Auflage schon 1898 bei Deuticke in Wien erschienenen Lehrtext des damaligen Direktors der Irrenanstalt in Ybbs/Donau hatte sich das Komitee nach einem Vergleich mit zwei anderen Lehrtexten, dem schon erwähnten von L.SCHOLZ und einem als 77-seitiges handschriftliches Manuskript in den Akten des Landesausschusses erhaltenen Text »Anleitung zur Erlernung der Irrenpflege« des damaligen Leiters der Zweig-Irrenanstalt (für Trachomkranke Geistesranke, der Wiener Irrenanstalt angeschlossen) in Langenlois, Theophil BOGDAN entschieden. SCHLÖSS berücksichtigte in einer »zweiten, vermehrten und verbesserten Auflage« von 1901 Vorschläge des Komitees. Der Text war aber schon 1900 vom niederösterreichischen Landesausschuss für den Unterricht des Pflege-Personales der Landes-Irrenanstalten bestimmt worden.

Die Themen werden in 67 Paragraphen auf nur 95 Druckseiten knapp und prägnant abgehandelt. §6 »Die wichtigsten Krankheitszeichen der Geistesstörungen« und §7 »Kurze Beschreibung der wichtigsten Geistesstörungen« nehmen nur sechs Seiten in Anspruch, nur eine Seite mehr als die Hinweise auf die damals natürlich wichtigen Infektionskrankheiten (Rotlauf, Krätze, Trachom, Ruhr, Bauchtyphus, Tuberkulose). Viel umfangreicher sind die Abschnitte über das Verhalten des Pflegepersonals bei den verschiedenen Störungen und die (ersten) Hilfeleistungen. Der Hinweis auf die Anweisungen der Ärzte kommt immer wieder vor.

§3 beantwortet die Frage »Welche Eigenschaften sollen Irren-Pflegepersonen haben?«. Diese Eigenschaften lesen sich in der Sprache der Zeit und SCHLÖSSchen Reihenfolge: gesund/ gewissenhaft/ warmherzig und teilnehmend/ gefasst, ruhig und geduldig/ordnungslieb und nüchtern/ gehorsam, wachsam, treu und verschwiegen/ den Vorgesetzten pünktlichen Gehorsam schuldig; treu und redlich das Eigentum der Anstalt und der Pfleglinge verwaltend/ wachsam und die Kranken behütend; in den Berichten und Meldungen der vollen Wahrheit entsprechend/ ausserhalb der Anstalt über die Vorkommnisse in der Anstalt und die Pfleglinge verschwiegen. – Teilen dieses Profils entspricht der im Schriftbild hervorgehobene Teil einer kurzen Antwort auf die Frage »Was sind Geistesranke?« im §2: »Sie sind für ihre Handlungen nicht verantwortlich.«

Dieser Lehrtext wurde seinem Verfasser 1900 »ein für allemal« mit einem Honorar von 600 Kronen entgolten. Er befand sich zum Preis von K 1,50 im Handel. Er stand durch Jahrzehnte in Verwendung, nicht nur in Wien.

Ein Lebensalter später, 1929, folgte ihm ein im Einzelnen ähnlicher, in der Krankheitslehre freilich viel ausführlicherer (50 von 104 Seiten) »Lehrgang für Irrenpfleger« eines Arztes des Steinhof, Fritz SCHULHOF, der unter SCHLÖSS gearbeitet hatte, seinen »Leitfaden« in dem Buch aber mit keinem Wort erwähnt [7].

Schlussbemerkung

Wir verstehen gegenwärtig die professionellen Bildungsprozesse in einem Krankenhaus, also auch in diesem als die zweite Hauptaufgabe einer solchen Institution neben den Prozessen der Patientenbetreuung. Diese Bildungsprozesse beziehen sich auf alle Berufsgruppen, selbstverständlich vor allem auch auf die auch quantitativ grossen Gruppen der Ärzte (in ihrer nachuniversitären Weiterbildung) und das Pflegepersonal. Es erscheint mir bemerkenswert, dass diese Aufgabe im Hinblick auf das Pflegepersonal in der unter verschiedenen Gesichtspunkten sehr nachhaltig wirksamen Reformphase um 1900 hier vermutlich beispielhaft wahrgenommen wurde, jedenfalls für das eigene Land. (Unter manchen anderen Gesichtspunkten konnten die zur Zeit der Errichtung eingenommenen Standpunkte keine nachhaltige Wirkung entfalten, zum Beispiel bezüglich der mechanischen Behinderung der Bewegungsfreiheit der Kranken, nicht zuletzt durch die schon bald nach der Eröffnung und durch lange Zeit zugemutete Überfüllung, ganz zu schweigen von den Ereignissen während des ersten Weltkrieges (Hungersterben) und des Nationalsozialismus [8]). Durch Jahrzehnte haben dabei Ärzte, auch Ärzte des Hauses eine wichtige Rolle gespielt – vermutlich auch in den jüngsten Phasen der Emanzipation des Pflegepersonals, nämlich insofern als diese Entwicklung zu einer integrierten Eigenständigkeit in einer exemplarisch multiprofessionellen Veranstaltung, wie sie die Abläufe in einem Krankenhaus darstellen, verhältnismässig friktionsarm abgelaufen ist. Das Mass dieser Eigenständigkeit beleuchtet auch dieser 3. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie – wieder einer integrierten Eigenständigkeit insofern, als der Kongresstitel »Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft« ja völlig dem Selbstverständnis dieses Krankenhauses als »wissenschaftliche Anstalt in praktischer Absicht« entspricht.

Literatur

1. **Bleuler, M.:** Text von Manfred Bleuler an Rolf Möslí 1988. In: Schafetter, C., Bleuler, E., 1857-1939, 2006, vdf: Zürich.
2. **Niederösterreichisches Landesarchiv.** Bestand Niederösterreichischer Landesausschuss, F I-1 Irrenwesen, Allgemeines 1900-1904, Karton 1.
3. **Jahresberichte des niederösterreichischen Landesausschusses,** Abschnitte über die Irrenanstalten.1897/98 ff. Standort z.B. Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Archiv und Bibliothek der Ärztlichen Direktion.
4. **Ledebur, S.:** Die Lebens- und Arbeitswelten der Pflegenden der Wiener psychiatrischen Anstalten »Am Steinhof«. Vortrag, 3. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, 2006, Wien
5. **Tilkowsky, A.:** Mitteilung an den Landesausschuss über das Ergebnis der Prüfung, Wien 8. Jänner 1903. Niederösterreichisches Landesarchiv. Bestand Niederösterreichischer Landesausschuss. F I - Irrenwesen. I-2 Wien Allgemeines 1903-04.
6. **Schlöss, H.:** Leitfaden zum Unterricht für das Pflege-Personal an öffentlichen Irrenanstalten. 1. Aufl. 1898, 5. Aufl.1915. Wien: Deuticke.
7. **Schulhof, F.:** Lehrgang für Irrenpfleger.1929, Leipzig: Deuticke.
8. **Malina, P.:** Ein ganz normales Pflegepersonal? Verantwortungs- und Entschuldigungsversuche von Pflegerinnen und Pflegern in Wiener Volksgerichtsprozessen nach 1945. Vortrag, 3. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, 2006,Wien.

Auch: Fürstler, G., Malina, P., »Ich tat nur meinen Dienst«. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit.2004, Wien: facultas.

Ressourcenorientierte Gesundheitspflege

Edith Gruber

Was die einen als neuen und radikalen Ansatz feiern, gilt den anderen als alter Hut. Schließlich ist der Blick auf Ressourcen weder neu noch einzigartig, sondern existiert in vielerlei Facetten. Die Empowermentbewegung und die Gemeindepsychologie sensibilisierten bereits vor vielen Jahren für die Gefahren von Pathologisierung und der gesellschaftlichen Organisation psychischen Leides. Betroffene begannen, ihre eigenen Kräfte wertzuschätzen. Die Selbsthilfebewegung erstarkte zu Selbstbewusstsein, organisierte sich in Kontaktstellen und Verbänden, um die Ressourcen von Betroffenen für die Linderung des eigenen Leidens zu bündeln.

Die Gesundheitspsychologie fand zu einem ganzheitlichen Konzept von Gesundheitsförderung, das den Fokus auf die Förderung von Gesundheit anstatt der Vermeidung von Krankheit richtet.

Selbst in der Therapie ist der Fokus nicht neu. Schon Milton Erickson schärfte den Blick für Ressourcen und die Verhaltenstherapie betonte die Lernfähigkeit des Menschen, stellt sich gegen ein medizinisches Krankheitsverständnis und suchte Ressourcen in der Verhaltensanalyse zu erfassen. Die Gesprächstherapie gründete sich auf ein grundsätzlich positives Bild des Menschen, der sich aus eigener Kraft in Richtung Reife und Selbstverwirklichung bewegt. Nicht nur die Lösungsfokussierte Therapie, sondern auch die Narrative Therapie begann, Lösungen aus den Stärken ihrer KlientInnen zu konstruieren. Und auch jenseits von Therapie wurden ressourcenorientierte Modelle entwickelt, wie z.B. in der Sozialarbeit oder der ehemals sehr expertInnenorientierten Entwicklungshilfe. Und natürlich auch in der Krankenpflege – Ressourcenerhebung in der Pflegeanamnese – »Aktivitäten des täglichen Lebens« – und in verschiedenen Pflege-theorien/Modellen ist Ressourcenarbeit integriert.

Neu ist allerdings, dass sich das »Zauberwort Ressourcen« in der psychosozialen Welt einen Platz verschafft hat, an dem man nicht mehr so leicht

vorbei kommt. Das Team um Klaus Grawe hat Ressourcenaktivierung als einen der entscheidenden Wirkfaktoren von Psychotherapie benannt.

Wir müssen so arbeiten, dass links präfrontal Nervenbahnungen, die für das Erleben positiver Emotionen zuständig sind, ausgebaut werden. Traumatisierte KlientInnen haben gute Verbindungen zum rechten präfrontalen Cortex, den Gehirnregionen, die für Angst, Vermeidung ect. stehen und haben zuwenig Kapazität Angstreaktionen zu hemmen, da im Bereich des linkspräfrontalen Cortex Gehirnareale eher verkümmert sind. Diese sind für das Erleben positiver Emotionen zuständig und für Annäherungsziele. Der rechte präfrontale Cortex steuert Emotionen wie Wut, Schmerz, Angst. Gehen wir im Gespräch in diese Bereiche, nähren wir den rechten präfrontalen Cortex. Eine Aktivierung dieses Areals führt zu negativen emotionalen Zuständen, der Aktivierung von Vermeidung. Diese Arbeit geht gut, wenn die Bereiche linksfrontal schon gut entwickelt sind, wie bei Menschen mit ausreichender Stärke. Daraus folgt zwingend: Es ist notwendig, die verkümmerten Regionen des Gehirns, die für positive Emotionen zuständig sind, auszubauen, eine Balance herzustellen. Es ist notwendig, dass diese Regionen leicht ansprechbar werden, was durch Üben möglich ist.

Die gute Nachricht dabei ist, das Gehirn kann trainiert werden, wie ein Muskel. Wenn KlientInnen Freude entwickeln sollen, muss man mit ihnen in diese Bereiche gehen. Neues zu lernen, benötigt etwa 1000maliges Aktivieren. Unser Gehirn ist anwendungsorientiert. »Use it or loose it«.

Es ist wichtig von Beginn des stationären Aufenthaltes an über alles zu sprechen, was gelingt und Freude macht, das heisst über Ressourcen. Ressourcenaktivierung bedeutet gemeinsam herauszufinden, was in der Vergangenheit oder auch während des stationären Aufenthaltes geholfen hat. Positive Ereignisse festhalten, bewusst mit dem beschäftigten, was im Leben sinnvoll und haltgebend erscheint.

Die Schulmedizin ist in den letzten 500 Jahren durch die erste medizinische Revolution - eine Folge des Newton und Galiläa formulierten Kausalgesetzes - geprägt worden. Die lineare Kette von Ursache und Wirkung hat sich als das Prinzip erwiesen, auf dem sich die naturwissenschaftlichen Forschungen aufbauen liessen. Doch in diesem Jahrhundert hat sich die biolo-

gische Forschung enorm weiterentwickelt; Wir verdanken Wissenschaftlern wie Antonovsky, Ginsburg, Weizsäcker, Wiener, Foss, Rothenberg, Uexküll den Zugang zu einem Denkmodell, welches den Gesetzmässigkeiten des Belebten besser gerecht wird. Es ist geprägt durch die Semiotik (Codesprache oder Zeichenlehre) und durch die Kybernetik (Selbststeuerungslehre); auf diesem Fundament ruht schließlich die zweite medizinische Revolution (Foss/Rothberg 1987).

Der Psychosomatiker Thure von Uexküll beschreibt das Wesen der Semiotik so, dass wir als Beobachter eines biologischen Prozesses Spione sind und eine Telefonleitung anzapfen, über welche sich 2 Personen in einer verschlüsselten Geheimsprache unterhalten. Wir können noch soviel in die Erforschung der physikalischen Abläufe einer Telefonübermittlung investieren, die elektromagnetischen Schallwellen noch so gut berechnen - den Code der Geheimsprache kennen wir in den meisten Fällen noch nicht. Mit diesem Bild dürfte auch das Geheimnis umrissen sein, das den Menschen zum Individuum macht.

Jeder Mensch ist einmalig und muss daher selbst prüfen, was für ihn wichtig ist, um mehr seelische Widerstandskraft zu entwickeln. Der eine braucht eher die Ruhe, die anderen eher die Power; Ressourcenaktivierung kann keine medikamentöse oder psychotherapeutische Therapie ersetzen, dort, wo sie nötig ist, sie aber unterstützen.

Dem Patienten werden Begriffe wie Salutogenese, Flow, Resilienz, positive Psychologie, positive Psychotherapie näher gebracht. Aber es ist keine Aufforderung zum positiven Denken, wie das in populärwissenschaftlichen Darstellungen immer wieder gefordert wird, was in seiner normativen Einseitigkeit den Patienten eher überfordern kann und die Realität ausblendet, als dass es ihm als Bewältigungsstrategie hilfreich ist.

Das Konzept der Salutogenese lässt sich als heuristisch wertvoll bewerten, ist jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt empirisch noch nicht hinreichend abgesichert. Salutogenetisches und pathogenetisches Denken sollten sich komplementär ergänzen.

Ressourcenarbeit gehört zum eigenverantwortlichen Bereich des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienstes, unterstützt und ergänzt alle Therapieangebote, aktiviert die Selbstheilungskräfte/Selbstmanagement der Patienten, findet in Gruppen wie auch in Einzelarbeit mit Patienten statt.

Gruppenkonzept

Die Ressourcengruppe wird sehr niederschwellig angeboten. Alle Übungen dauern nicht länger als maximal 15 Minuten. Auch instabile Patienten können teilnehmen und jederzeit aus der Gruppe aussteigen. Die Gruppenleitung nimmt an allen Übungen teil und hat dadurch die Möglichkeit, auf die eigenen Ressourcen zu achten (Burnout-Prophylaxe). Die einzelnen Übungsteile/Module können auch selektiv vertieft angeboten werden.

Wesentliche Elemente: Ressourcenaktivierung, Psychoedukation/Gesundheitsförderung, Erdung, Zentrierung, Körperwahrnehmung, Gedanken, Bilder und Bewegung.

Praktische Durchführung

Die Ressourcenarbeit benutzt eine Vielzahl von Techniken wie etwa:

- Bewegungs-, Energie- und Atemübungen mit Musik
- Körperwahrnehmungsteil mit Musik
- Achtsamkeitsübungen
- Distanzierungstechniken nach Psychodynamischer Imaginativer Traumatherapie
- Techniken des Dissoziationsstopps

Ich beschäftige mich seit 2 Jahren intensiv mit Ressourcenarbeit und diese findet jetzt auf allen 10 Stationen der Abteilung statt, auch auf den Akutstationen. Die Mitarbeiter werden in einer von mir geleiteten Interventionsgruppe begleitet; sie sind sehr motiviert, da das Ressourcenübungsprogramm sehr abwechslungsreich ist. Die Patienten sind ebenfalls sehr motiviert und nehmen mit großer Freude an den Gruppen teil. Sie bekommen mehr Kontakt zu sich, sind entspannt, erweitern den Blick auf ihre Fähigkeiten und Stärken, fühlen sich aktiver, bekommen Anregungen für zuhause und sind in der Lage, nach der Gruppe eine positive Reflexion zu geben.

Literatur

1. **Schemmel, H., Schaller, J.:** (Hrsg) Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. 2003, Tübingen; DGVT.
2. **Bartsch HH.:** Salutogenese in der Onkologie. 1997, Bengel; Freiburg im Breisgau.
3. **Was erhält Menschen Gesund?** Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BzgA Köln 2001 - Band 6
4. **Lorenz, R.:** Salutogenese Grundwissen für Psychologie, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2005, Ernst Reinhardt.
5. **Reddemann, L.:** Imagination als heilsame Kraft. 2004, Klett-Cotta.
6. **Reddemann, L.:** Psychodynamische Imaginative Traumatherapie. 2004, Klett-Cotta.
7. **Reddemann, L.:** Eine Reise von 1.000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt - seelische Kräfte entwickeln und fördern. 2004, Herder Spektrum.
9. **Reddemann, L.:** Trauma - Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. 2004, Trias
10. **Seligman, M.E.P.:** Der Glücksfaktor. 2003, Ehrenwirth.
11. **Rampe, M.:** Der R-Faktor. 2004, Eichborn.
12. **Czikszentmihalyi, M.:** Flow. 2002, Klett-Cotta.
13. **Hüther, G.:** Die Macht der inneren Bilder. 2004, Vandenhoeck und Ruprecht.

Die Effektivität von Validationstherapie bei herausforderndem Verhalten von Altenheimbewohnerinnen und -bewohner mit Demenz: Eine Literaturanalyse nationaler und internationaler Forschungsarbeiten

Margareta Halek, Sabine Bartholomeyczik

Einleitung

Der Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz stellt die MitarbeiterInnen in den stationären Pflegeeinrichtungen vor große Aufgaben. Diese häufig vorkommenden Verhaltensweisen (zwischen 11% und 93% in Altenheimen) können das Wohlbefinden der Demenzkranken beeinträchtigen sowie eine Belastung für die BetreuerInnen darstellen. Für den Umgang mit diesen Menschen wird eine Vielzahl an so genannten nicht-medikamentösen Interventionen empfohlen. Wie effektiv diese unterschiedlichen Interventionen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten sind, ist nicht klar. Ein Teil des vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projektes *»Entwicklung von Rahmenempfehlungen für eine qualifizierte Pflege von Menschen mit Demenz und den sog. »Verhaltensstörungen««* ist eine literaturbasierte Prüfung der Wirksamkeit ausgewählter pflegerischer Interventionen. Im aktuellen Vortrag werden Ergebnisse zur Validationstherapie vorgestellt. Die Validationstherapie gehört zu den pflegerischen Maßnahmen, über deren Wirkung wenig bekannt ist, deren Bekanntheit und Beliebtheit in der pflegerischen Praxis jedoch stetig steigt.

Vorgehen

Gesucht wurde nach Artikeln über die Effekte von Validation bzw. Validationstherapie oder Validationsmethode auf das Verhalten von AltenheimbewohnerInnen mit Demenz, der Jahre 1966–2006. Identifiziert wurden 27 deutsch- und 66 englischsprachige Texte, wovon 20 relevant waren. Sieben der 20 Forschungsarbeiten sind unveröffentlichte (Qualifikations-)arbeiten, eine weitere Studie ist nur auf Niederländisch erhältlich. Die übrigen 12 Studien wurden anhand festgelegter Kriterien nach Forbes [1] bewertet. Nach diesen Kriterien wurden 3 Studien als moderat und 6 als ungenügend

bewertet. Drei weitere Berichte konnten aufgrund unzureichender Informationen nicht bewertet werden.

Ergebnisse

Alle Untersuchungen geben an, Validation nach Feil zu untersuchen. Über die in Deutschland seit einigen Jahren bekannte integrative Validation nach Richard gibt es bis jetzt keine Effektivitätsstudien.

Die drei als moderat bewerteten Studien wurden in den Jahren 1997–2002 publiziert. Zwei Studien [2, 3] untersuchen im Rahmen einer so genannten emotionsorientierten Pflege die Validation als ein Teil eines umfassenden Betreuungskonzeptes. Validation wird hier in die tägliche Pflege, der so genannte 24-Stunden-Pflege, eingebaut, 7 bzw. 12 Monate lang evaluiert und mit der Standardpflege verglichen. Eine weitere Studie untersucht die Effekte einer Gruppenvalidation im Vergleich zu einer Gruppensitzung ohne Validationstechnik und zu den üblich angebotenen Gruppenaktivitäten [4]. Die von ValidationstherapeutInnen durchgeführten Sitzungen dauerten 30 Minuten, 4 Mal in der Woche, 12 Monate lang.

Zwei der drei Studien weisen einen RCT - Design auf, die dritte hat ein Vergleichsgruppendesign ohne Randomisierung. Die untersuchte Population sind Menschen über 80 Jahre, zu $\frac{3}{4}$ Frauen, mittel bis sehr schwer kognitiv beeinträchtigt. Alle drei Studien erfassen neben anderen Effekten entweder Verhalten oder Stimmung, mit unterschiedlichen Instrumenten. Einzig das Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI) wird in allen Untersuchungen verwendet.

Eine Untersuchung zeigt keine positiven Effekte der emotionsorientierten Pflege auf das Verhalten [3], zwei weitere Studien gemischte Effekte [2, 4]. Bei Finnema [2] scheint das ängstliche Verhalten durch die emotionsorientierte Pflege bei leicht pflegebedürftigen Menschen mit leichter Demenz positiv beeinflussbar zu sein. Schrijnemaekers et al. [3] schlussfolgert, dass keine positiven Effekte der Validationstherapie erkennbar sind, einzig wird das ängstliche Verhalten in der Kontrollgruppe und das körperlich nicht aggressive Verhalten in der Validationsgruppe gemindert. Das Letztere wird von Toseland et al. [4] nicht bestätigt. Dagegen wird das körperlich und verbal aggressive Verhalten bei den ValidationsteilnehmerInnen aus Sicht

der Pflegenden gemindert, aus Sicht unabhängiger BeobachterInnen jedoch nicht. Bei Finnema [2] werden keine Veränderungen des verbal und körperlich aggressiven Verhaltens gemessen. Die emotionsorientierte Pflege wirkt positiv auf Unzufriedenheit und emotionale Adaptation (wie Gefühle zeigen, Freude erleben) [2]. Validationstherapie stabilisiert die Depressionswerte [4].

Ein Vergleich der drei Studien hinsichtlich der Stichproben, Messinstrumente, Validationsformen oder Interventionsbedingungen lässt keine Gemeinsamkeiten der Studienergebnisse erkennen.

1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Anhand der qualitativ moderaten Studien lassen sich nur Tendenzen skizzieren. Validation als emotionsorientierte Pflege hat nach längerer Anwendungszeit positiven Einfluss auf das ängstliche Verhalten bei leicht Pflegebedürftigen. Das depressive Verhalten scheint sich durch Validation nicht zu verschlechtern. Die Ergebnisse bezüglich des körperlich nicht aggressiven Verhaltens sind widersprüchlich, Aussagen über das aggressive verbale und körperliche Verhalten sind nicht möglich.

Die weiteren 17 Untersuchungen, die aufgrund schwacher Qualität, unzureichender Informationen bzw. fehlender Veröffentlichung unberücksichtigt blieben, zeigen eine Tendenz zu positiven Effekten von Validationstherapie. Allerdings sollte an dieser Stelle verdeutlicht werden, dass es sich bei den zitierten Ergebnissen um 7 unveröffentlichte Studien, ein Praxisbeispiel, 6 Studien schwacher Qualität und 3 Studien mit unzureichenden Infos handelt.

In den aufgeführten Untersuchungen wurden mindestens drei verschiedene Validationsformen, die sich auf Feil berufen, überprüft: Validationsgruppen, individuelle Validation im Alltag und die so genannte emotionsorientierte Pflege, die Validation als eine Form des Umgangs enthält. Es lässt sich auch diesbezüglich keine Aussage treffen, welche dieser Interventionsmöglichkeiten die überlegene ist, wobei eine leichte zeitliche Tendenz zu erkennen ist, die evtl. auf Entwicklungen in der Pflege von Menschen mit Demenz zurückzuführen ist. Die älteren Untersuchungen beziehen sich vor allem auf die Gruppenvalidation und die individuelle Validation. Die neueren Untersuchungen tendieren in Richtung der Integration in den Alltag und der Verbindung mit anderen bekannten pflegerischen Methoden wie Snoezelen

oder Biographiearbeit. Dies entspricht der sich immer mehr durchsetzenden Sichtweise der Pflege: nicht das Nebeneinander verschiedener Interventionen im Gießkannenprinzip, sondern eine sehr individuelle, situationsabhängige in den Alltag integrierte Zugangsform zu Menschen mit Demenz. Die Rahmenempfehlungen des BMG propagieren einen weiteren Begriff: die *validierende Haltung*, die als eine generelle wertschätzende Haltung der Pflegenden gegenüber den Menschen mit Demenz verstanden wird.

Die Ergebnisse der Literaturanalyse lassen unter den wissenschaftlichen Aspekten keine zusammenfassende Aussage bezüglich der Wirksamkeit von Validation, außer der Forderung nach neuen, methodisch stringenten Untersuchungen, zu.

Für die Praxis lässt sich aufgrund der vorliegenden Arbeit Folgendes empfehlen:

- Ein Streit über die einzig richtige Validationstechnik kann zurzeit nicht geführt werden, weil es dazu jeglicher wissenschaftlicher Grundlagen mangelt.
- Validationstherapie, in welcher Form auch immer, scheint eine positive Wirkung auf Verhalten im weitesten Sinne zu haben, es gibt jedoch keine Evidenzen, dass es speziell für das herausfordernde Verhalten geeignet ist.
- Die vorhandenen Untersuchungen deuten auf keine nachteiligen Effekte der Validationstherapie hin.
- Es gibt keine gesicherten Erkenntnisse, für welche Bewohner die Validationstherapie besonders geeignet oder auch ungeeignet ist.
- Eine wertschätzende Haltung gegenüber den zu betreuenden Menschen mit Demenz ist eine Grundvoraussetzung für die Pflegenden.

Literatur

1. **Forbes, D. A.:** Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 1998. 30(2): p. 67-86.
2. **Finnema, E. J.:** Emotion-oriented care in dementia. A psychosocial approach, in Fakultät für Medizin, Fachgruppe Psychiatrie. 2000, Freie Universität Amsterdam: Groningen.
3. **Schrijnemaekers, V., van Rossum, E., Candel, M., Frederiks, C., Derix, M., Sielhorst, H., und van den Brandt, P.:** Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002. 17(10): p. 926-937.
4. **Toseland, R.W., Diehl, M., Freeman, K., Manzanares, T., Naleppa, M., und McCallion, P.:** The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology* 1997. 16(1): p. 31-50.
5. **Robb, S. S., Stegman, C. E., und Wolanin, M. O.:** No research versus research with compromised results: a study of validation therapy. *Nursing Research*, 1986. 35(2): p. 113-8.
6. **Bleathman, C. und Morton, I.:** Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing*, 1992. 17(6): p. 658-666.
7. **Morton, I. und Bleathman, C.:** The effectiveness of validation therapy in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1991. 6(5): p. 327-330.
8. **Feil, N.:** *The Validation Breakthrough*. Vol. 2. 2005, Baltimore: Health Professions Press.
9. **Babins, L.H., Dillon, J.P., und Merovitz, S.:** The effects of validation therapy on disorientated elderly. *Activities, Adaptation and Aging*, 1988. 12(1-2): p. 73-86.
10. **Fine, J. I. und Rouse-Bane, S.:** Using validation techniques to improve communication with cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 1995. 21(6): p. 39-45.
11. **Günther, A.:** Evaluationsstudie über die Praxiserfolge von Validation nach Feil am Beispiel eines TERTIANUM ZfP Validation - Anwenderseminars. 2004, Tertianum ZfP, idea-I, (12.07.2006), http://www.validation-eva.com/pdf/Evaluations-Studie_Validation.pdf
12. Validation-Niederland, Research on Validation. (12.07.06), <http://www.validation-nederland.nl/content/html/87.asp>
13. **Anderson, M., Culliton, K., und Brill, C.:** Examining the impact of Validation Therapy on the elderly. *Director*, 1995. 3(4): p. 146-148.
14. **Bleathman, C. und Morton, I.:** Validation therapy with the demented elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 1988. 13(4): p. 511-514.
15. **Dietch, J., Hewett, L., und Jones, S.:** Adverse effects of reality orientation. *American Geriatrics Society*, 1989. 37(10): p. 974-976.

Erfahrungen psychisch kranker Patienten während der stationären Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus: Eine Critical Incident Studie

Thomas Kirpal

Einleitung und Hintergrund

Die stationäre Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus stellt wohl für jeden Patienten ein einschneidendes Erlebnis dar. Bereits 1961 beschrieb Erving Goffman den Aufnahmeprozess in eine psychiatrische Anstalt als den Eintritt in eine »Totale Institution« [1]. Eindrucksvoll und abschreckend beschreibt er unter anderem, wie der psychisch kranke Mensch im Aufnahmeprozess sein persönliches Eigentum verliert, über intime Details ausgefragt wird und in eine vorgegebene und starre Hierarchie gepresst wird.

Im Gegensatz dazu veröffentlichte Hildegard Peplau in den fünfziger Jahren eine für die damalige Zeit geradezu revolutionäre Vision der pflegerischen Aufnahmesituation [2]. Sie beschreibt die Phase der Orientierung, die mit der Aufnahme beginnt, als den Startpunkt einer interpersonellen, tragfähigen und letztendlich heilungsfördernden Beziehung zwischen dem psychisch kranken Menschen und der Pflegeperson. Nach Peplau ist bereits der erste Kontakt zum Aufnehmenden der Beginn der Beziehungsaufnahme und hat damit eine Schlüsselfunktion, der besonderes Augenmerk gelten sollte.

Insofern war es die Absicht der Studie, herauszufinden, wie psychisch kranke Menschen die Aufnahme-prozedur eines psychiatrischen Krankenhauses heutzutage erleben. Ist es den Pflegenden gelungen, den Prozess der Krankenhausaufnahme in der Psychiatrie an den Vorgaben Hildegard Peplaus auszurichten? Um dieser Frage nachzugehen, erschien es am Besten, die Betroffenen, also psychisch kranke Menschen, nach der stationären Aufnahme, selbst zu Wort kommen zu lassen. Dieses Projekt war die Master-Dissertation des Autors an der Cardiff-University, Wales.

Die derzeit zur Verfügung stehende Literatur über den Aufnahmeprozess von Krankenhäusern stellt eher organisatorische Aspekte und Fragen der optimalen Patientensteuerung (people processing) in den Vordergrund. Ebenso sind die Kommunikation und verschiedene Aspekte der Patientenanamnese untersucht worden. Über die zutiefst persönlichen und intimen

Empfindungen und Erfahrungen von psychisch kranken Menschen während des Aufnahmeprozesses ist bislang wenig zu finden. Hier versucht die Studie anzusetzen und die Krankenhausaufnahme aus der Sicht des Patienten zu beleuchten.

Auf 5 psychiatrischen Stationen des Bezirkskrankenhauses Bayreuth wurden Gruppeninterviews durchgeführt und Patienten zur Aufnahmesituation befragt.

Ziele der Studie

Die vorrangigen Ziele der durchgeführten Studie waren die Erforschung und Beschreibung der Erfahrungen und Empfindungen von psychisch kranken Menschen während der Aufnahme prozedur einer psychiatrischen Klinik. Aus den gewonnenen Erkenntnissen und Einsichten sollten positive und hilfreiche Qualitätsindikatoren für die pflegerische Aufnahme identifiziert werden. Ebenso sollten Fähigkeiten und Fertigkeiten benannt werden, über die eine aufnehmende Pflegekraft optimalerweise verfügen sollte. Insgesamt sollte das Projekt dazu beitragen, das pflegerische Wissen und Verständnis dieses Prozesses am Beginn der stationären Behandlung und Pflege zu erweitern.

Methode

Die Beschreibung von Erlebnissen und Empfindungen von Menschen in einer bestimmten Situation verlangt einen qualitativen, deskriptiven Forschungsansatz. Um das Vorgehen möglichst zielgerichtet, strukturiert und zeitlich begrenzt halten zu können, kam die Critical Incident Technique (CIT) von Flanagan zum Einsatz [3]. Flanagan's Methode basiert auf einer einfachen Fragetechnik, die sich auf positive und negative Empfindungen in konkreten Situationen konzentriert.

In Kleingruppen von maximal 4 Teilnehmern wurden die Patienten gebeten, sich an besonders positive Aspekte oder Ereignisse während der Aufnahmesituation zu erinnern. Anschließend sollten sie besonders verletzende oder negative Erfahrungen weitergeben. Alle Interviews wurden mittels mp3-Recorder aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert.

Das Datenmaterial wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert und indiziert [4].

Während des Prozesses der Inhaltsanalyse kristallisierten sich 6 übergeordnete Kategorien heraus, in die die Empfindungen und Erlebnisse der befragten Teilnehmer eingeordnet werden konnten. Aus den Erzählungen der Teilnehmer konnten letztendlich 40 relevante Codes oder Aspekte gefunden werden. Die Kodierung und Kategorienzuzuordnung wurde unter Zuhilfenahme des Softwarepakets HyperRESEARCH 2.6TM vorgenommen.

Stichprobe

Die Teilnehmer an den Interviews waren als Gelegenheits-Stichprobe psychisch kranke Menschen während der stationären Behandlung auf 5 unterschiedlichen Stationen des Bezirkskrankenhauses Bayreuth. Zunächst wurden die Stationsteams über Ziel und Zweck der Studie informiert, anschließend in einer Hausversammlung oder Patientenversammlung, einmal auch in einer Morgenrunde, alle Patienten der jeweiligen Stationen. Interessierte Patienten wurden schriftlich informiert und eingeladen, an den Interviews teilzunehmen. Befragt wurden Patienten nach einer freiwilligen Aufnahme auf einer offen geführten Station des Bezirkskrankenhauses Bayreuth. Die Teilnehmer mussten in der Lage sein, Sinn und Zweck der Studie zu verstehen und psychisch ausreichend stabil, die Interviewsituation ohne Nachteile meistern zu können. Hier wurde auch das Stationsteam um Einschätzung gebeten.

Nicht teilnehmen durften Patienten nach einer Zwangseinweisung und Patienten, die dem Autor persönlich bekannt waren, um Verfälschungen zu vermeiden.

Insgesamt nahmen 16 Patienten gerne und freiwillig an den Interviews teil, sie erinnerten sich an insgesamt 19 unterschiedliche Aufnahmesituationen.

Ethische Verpflichtungen

Zum Schutz der Teilnehmer, die zum Zeitpunkt der Interviews allesamt an einer gravierenden psychischen Erkrankung oder Störung litten, die einen stationären Aufenthalt notwendig machte, verpflichtete sich der Autor u.a. zu folgenden Maßnahmen:

- Alle Teilnehmer wurden umfassend mündlich und schriftlich aufgeklärt und konnten laut des behandelnden Teams den Sinn und Zweck der Studie erfassen und nachvollziehen.

- Die Teilnehmer erklärten ihre freiwillige Teilnahme in schriftlicher Form.
- Nach Einschätzung des Behandlungsteams der jeweiligen Station würde sich das Interview nicht nachteilig auf die psychische Verfassung der Patienten auswirken.
- Jeder Teilnehmer hatte das Recht, jederzeit ohne Angabe von Gründen, aus dem Projekt auszusteigen.
- Umfassende Anonymität wurde zugesichert und gewährleistet.
- Die Krankenhausleitung des Bezirkskrankenhauses sowie das Ethik-Komitee der Cardiff University, Wales gaben ihr Einverständnis zu dieser Studie.

Ergebnisse

Trotz der psychischen Probleme, die alle Teilnehmer während der stationären Aufnahme hatten, waren sie überraschend gut in der Lage, klare und ausführliche Beschreibungen ihrer Erfahrungen, Empfindungen und Gefühle während der Aufnahme-prozedur zu geben. Für manchen der Teilnehmer schien es sogar ein Bedürfnis zu sein, über seine persönlichen Erfahrungen zu sprechen. Die Antworten der Teilnehmer wurden in folgende 6 Kategorien eingeordnet:

1. Umgebung, Atmosphäre und Räumlichkeiten
2. Umgang mit dem Neuankömmling
3. Aufnahme-prozess
4. Verhalten der Pflegekräfte
5. Empfundene Einstellung gegenüber dem psychisch kranken Menschen
6. Fähigkeiten der aufnehmenden Pflegeperson

Zusammengefasst erwarteten Teilnehmer vor allem ein bedürfnisorientiertes, flexibles und sensibles Vorgehen während des Aufnahme-prozesses. Zeit und persönliche Zuwendung wurden sehr hoch bewertet. Es wurde Wert darauf gelegt, dass die aufnehmende Pflegekraft sehr gut ausgebildet und professionell sein soll, auf der anderen Seite jedoch auch zugänglich und präsent. Gute Pflegenden nehmen die emotionalen Bedürfnisse der aufzunehmenden Patienten wahr und gestalten den gesamten Aufnahme-prozess dementsprechend flexibel.

Die am Bezirkskrankenhaus Bayreuth praktizierte dezentrale Aufnahme, direkt auf die Zielstation, erfuhr bei den Teilnehmern allergrößte Wertschätzung, was andere Untersuchungsergebnisse, z.B. von Haug et al., bestätigt [5].

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Studie zeigt die hohen Anforderungen an die aufnehmende Pflegekraft sowohl in professioneller als auch in persönlicher und menschlicher Hinsicht. Eine aus Patientensicht optimale Aufnahme-prozedur muss von geeigneten Pflegepersonen durchgeführt werden, die darüber hinaus ein bestimmtes Zeitkontingent und einen gewissen, zu definierenden Entscheidungsspielraum zur bedürfnisorientierten Gestaltung der Aufnahme-situation haben sollten. Der oftmals in Pflege-teams anzutreffende Grundsatz »alle können alles« wird durch die Ergebnisse dieser Studie in Frage gestellt. Aufgrund der geringen Anzahl an befragten Patienten und der Tatsache, dass die Studie nur an einer Klinik durchgeführt wurde, ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse nur gering einzuschätzen. Deshalb wäre es begrüßenswert und wichtig, weitere Forschungsanstrengungen in diese Richtung zu unternehmen.

Die Critical Incident Technique hat sich als äußerst hilfreich erwiesen, das Erleben von Patienten in konkreten Pflegesituationen zu erforschen.

Literatur

1. **Goffman E.:** Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 1973, Frankfurt am Main: edition suhrkamp
2. **Peplau H. E.:** Interpersonal Relations in Nursing. 1988, Houndmills: Palgrave Macmillan
3. **Flanigan J. C.:** The Critical Incident Technique. Psychological Bulletin, 1954. 51(4): p. 327-359
4. **Mayring P.:** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundfragen und Techniken. 2000, Weinheim: Deutscher Studien Verlag
5. **Haug H-J., Bozinovski L., Eich P., Jawhari K., Müller-Spahn F.:** From a centralized to a decentralized admissions system in a psychiatric hospital: effects on structural and procedural quality. 1997. Nervenarzt 68, p. 245-250

Vom Mauerblümchendasein zum Kompetenzzentrum

Gottfried Klopff

Die Forensik¹ und der **Maßnahmenvollzug**² war immer ein besonders ungeliebtes Kind der Psychiatrie. Somit fristete dieser Bereich auch ein Mauerblümchendasein bei uns. Entsprechend unattraktiv war auch die Arbeit, zumal die Stat. auch oft für das KH die Funktion einer »Disziplinierungsstation« innehatte. Gesetzlich war man ja verpflichtet diese Patienten aufzunehmen. Man wurde belächelt, bestaunt, welch gefährlichen Job wir ausüben usw. Dies war fürs Team oft sehr unbefriedigend.

Historischer Rückblick

Aufgrund vermehrter auftretenden Problemen zwischen den forensischen Pat., Häftlingen, U-Häftlingen und psychiatrischen Pat., wurde 1989 der Entschluss gefasst, eine eigene Station für diese Patientenklientel zu schaffen. Für diesen Zweck wurde die Station B7 ausgewählt. Nach eingehender Planung und Umbau konnte am **7. 1. 1992** der Betrieb aufgenommen werden. Insgesamt verfügt die Station über 12 Betten, welche videoüberwacht sind. Besonders gesichert wurde die Station mit Spezialfenstergitter und einem elektrischen Schleusensystem.

Die Pflegenden mussten seinerzeit neben der Betreuung, Pflege und Sicherungsaufgaben auch Teilaufgaben sämtlicher Therapeuten (Ergo, Physio, Psycho...) übernehmen, weil unseren Patienten solches Fachpersonal nur sehr beschränkt zur Verfügung stand.

Die Unterbringung der Maßnahmenpatienten zum Vollzug erfolgte weiterhin im Haus auf der Behandlungsstation A9 und Akutstation B7. Grundsätzlich waren Frauen für diese Stationen nicht vorgesehen, sondern nur für die Region zuständigen geschlossenen Bereich.

¹ Der Begriff der Forensik stammt vom lateinischen forum und bedeutet gerichtsanhängige Psychiatrie. (Die forensische Psychiatrie befasst sich mit der Beurteilung von Straftätern hinsichtlich ihrer Schuldfähigkeit und der Einschätzung ihrer Gefährlichkeit.)

² Die freiheitsentziehenden, vorbeugenden Maßnahmen richten sich gegen die Gefährlichkeit des Täters. Sie werden auch eingesetzt, wo die Besserung des Rechtsbrechers und der Schutz der Gesellschaft besser durch diese Maßnahmen erreicht werden kann oder wo Strafen mangels Schuld (etwa Zurechnungsunfähigkeit) nicht verhängt werden können. Es sind dies Untergebrachte Pat. nach § 21/1 StGB.

Nachdem die extramuralen Einrichtungen unsere resozialisierbaren Pat. nicht mehr übernehmen wollten, war man gezwungen andere zusätzliche Einrichtungen zu schaffen. Die Unterbringung im Krankenhaus ist jedoch sehr kostspielig und auch ein Grund dafür, warum alternative Betreuungsmethoden angedacht wurden.

So wurde in der **JA Wels, am 2.1.2003, eine eigene psychiatrische Abteilung** mit 12 Betten für U-Häftlinge nach § 429/4³ eröffnet. Nach einer ca. 14-tägigen Akutbehandlung auf B7 werden sie von uns dorthin weiterverlegt und weiterbehandelt bis zur Hauptverhandlung.

Erst in diesem Jahr 2003 kam die entscheidende Wende und es erfolgte ein großer Veränderungsprozess aufgrund der Neubesetzung des Primariats. Gefordertes Therapeuten- und Pflegepersonal wurde zugewiesen, das Pflegepersonal dadurch entlastet und somit konnte jede Berufsgruppe sich vermehrt ihren Spezialaufgaben widmen.

Am 1. August 2005 erfolgte eine räumliche Umstrukturierung. Die Behandlungsstation A 9 wurde in einem neuen, zweigeschoßigen Trakt auf H202 übersiedelt, wo dann zusätzlich ein eigener geschlossener Bereich für 6 Frauen geschaffen wurde. Seit 1. Nov. 2005 ist die forensische Psychiatrie in der LNK ein eigenes Primariat und besteht aus den 2 Stationen B 7 und H202 mit insgesamt 12 Akutbetten und 33 Resozialisierungsbetten.

Zuständigkeitsbereich

Für die Behandlung von psychisch kranken schuldunfähigen Rechtsbrechern (Maßnahmenpatienten): Bei den Maßnahmenpatienten handelt es sich um psychisch Kranke und Gestörte, die in aller Regel zwei gravierende Problembereiche aufweisen: eine psychische Erkrankung oder eine spezifische Aggressionsproblematik, zum Teil in Verbindung mit comorbiden Persönlichkeitsstörungen oder Substanzproblemen. Ferner werden psychisch kranke Strafgefangene und Untersuchungshäftlinge behandelt.

³ Begriff U-Haft nach § 429/4: Wenn hinreichende Gründe für die Voraussetzung des § 21 Abs.1 StGB gegeben sind, hat der Richter den Antrag auf Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher zu stellen.

Entwicklung der Unterbringung nach § 21 Abs 1 StGB (Maßnahmenpatienten)

1977	83
1982	105
1987	105
UbG seit 1.1.1991	
1992	130
1997	189
2004	313
2005	337
2010 (Schanda et al.2005)	> 500 (?)

Es erfolgte eine Neuentwicklung unseres Forensikkonzeptes:

1. Neues Behandlungskonzept
2. Neues Pflegekonzept
3. Fachkompetenz
4. Kommunikationskonzept

1. Behandlungskonzept

Die besondere Zusammensetzung der Patientenklientel bedingt unterschiedliche und auf die jeweiligen Erfordernisse abgestimmte Behandlungskonzepte.

So erfolgt:

- Die Behandlung der psychiatrisch erkrankten regulären Strafgefangenen im Rahmen einer psychiatrischen Akut- und Regelbehandlung.
- Die Behandlung der psychisch Kranken vorläufig Angehaltenen nach § 429/4 Abs. 4 StPO entspricht bei der Aufnahme einer psychiatrischen Akutbehandlung. Mit fortlaufender Dauer (bis zur Hauptverhandlung) verlagert sich der Behandlungsschwerpunkt zunehmend in Richtung Stabilisierung, Krankheits- und Behandlungseinsicht und Coping-Strategien.

- Die Behandlung der Maßnahmenuntergebrachten nach § 21/1; zusätzlich zu den oben angeführten Punkten kommt die Auseinandersetzung mit dem Delikt und die Nachreifung in oftmals defizitären Lebensbereichen und Persönlichkeitsentwicklung.
- Als besonders aufwendig ist die sorgfältige Planung der Entlassung zu sehen, die schon im Vorfeld eine stete Rücksprache und Kooperation mit den Gerichten erfordert.
- Behandlungsziel ist eine auf individuelle Ressourcen und Defizite abgestimmte Behandlung erzielte Reduktion der Gefährlichkeit; Entlassung in einen gut vorbereiteten sozialen Empfangsraum.
- Die Behandlung erfolgt im Gegensatz zur Alltagspsychiatrie unter den Bedingungen einer freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahme.
- Die durchschnittliche Unterbringungszeit bemisst sich in Jahre. (in Ö 5)

2. Pflegekonzept

In der forensischen Pflege sind neben den Aufgaben der psychiatrischen Gesundheits- u. Krankenpflege, lt. § 19 GuKG (Gesundheits- u. Krankenpflegegesetz), auch besondere Kenntnisse im StGB (Strafgesetzbuch) und in der StPO (Strafprozessordnung) notwendig. Als organisatorischer Rahmen dient uns das Bezugspflegemodell, auf dem die Beziehungsarbeit zwischen Patient und Pflegeperson aufbauen kann. Wichtig dabei ist die Schaffung einer Vertrauensbasis, Fachkompetenz, Einfühlungsvermögen und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz. Der Patient erhält eine Bezugspflegekraft, welche ihn von Beginn des Maßnahmenvollzuges bis zur bedingten Entlassung kontinuierlich begleitet. Bei Verlegung des Patienten erfolgt eine gesonderte Übergabesitzung.

Die gemeinsamen Ziele sind:

- Deliktbearbeitung - Gesprächsfähigkeit über Straftat, Krankheitsgefühl, - einsicht und Substanzfreiheit
- Krisenbewältigung - Impulskontrolle, Umgang mit Frust, psychische u. soziale Stabilisierung
- Motivationsförderung
- Planung für Leben im offenen Bereich, Umgang mit Geld (seine finanz. Möglichkeiten)

- Trainieren von lebenspraktischen Fähigkeiten, Gewöhnung und Erlernen einer Tagesstruktur
- Verhinderung einer Hospitalisierung
- Weichenstellung für die Zukunft und Vorbereitung für die UdU

3. Fachkompetenz

Eine besondere fachliche Kompetenz ist bei den Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Pflegepersonal gefordert im Hinblick auf die Wechselwirkung zwischen psychischen Störungen und Delinquenzrisiko und zur ständigen Parallelschätzung von psychischer Verfassung und aktueller Gefährlichkeit. Wir sind dem Gericht und der Gesellschaft verpflichtet, die Zwangsbehandlungen und Beschränkungen mitzutragen.

4. Kommunikationskonzept

Der professionelle Informationsaustausch findet regelmäßig, durch fix eingeplante, verpflichtende multidisziplinären Teambesprechungen (Stations-teambesprechungen und stationsübergreifend Teambesprechungen) statt. Jedes Teammitglied hat ferner Zugriff über Therapiepläne, Protokolle und sonstige Info. Alle Entscheidungsprozesse werden genau dokumentiert und sind nachvollziehbar.

Bereits umgesetzte Projekte

- In der Pflege wurde die BPP (Bezugspersonenpflege) eingeführt.
- Es erfolgten personelle Umsetzungsmaßnahmen - ein multiprofessionelles Team von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegepersonal und Sozialarbeiter entstand. Dadurch wurde die Pflege entlastet und konnte die Teilaufgaben der Therapeuten wieder abgeben und sich ihren Spezialaufgaben vermehrt widmen.
- Adaptierung einer 2. Station mit einem eigenen geschlossenen Bereich für 6 Frauen
- UdU = Unterbrechung der Unterbringung für Patienten im Maßnahmenvollzug. Sie beinhaltet die Möglichkeit einer schrittweisen Resozialisierung noch während der Maßnahme.
- Als Basis für unsere Behandlung wird das von Gottfredson (1987) entwickelte Therapiekonzept herangezogen.

1. Analyse der Defizite und des Krankheitsbildes
 - Pflege: führt das Erstgespräch alleine durch. Die Biographie wird gemeinsam mit dem Arzt erstellt, zum Erkennen von Problemen und Ressourcen.
 2. Entwicklung einer Arbeitshypothese zur Genese der Defizite bzw. der relevanten Störung
 - Pflege: Die individuelle Pflegeplanung erfolgt mit Bezugspfleger/Sr,
 3. Definition von erreichbaren und auch überprüfbaren Behandlungszielen
 - Pflege: Krankheitseinsicht, Notwendigkeit einer verlässlichen Med.-Einnahme, Akzeptanz von gesellschaftlichen Normen, ..
 4. Entwicklung einer therapeutischen Interventionsstrategie, mit deren Hilfe die Ziele erreicht werden können.
 - Pflege: Verhaltensbeobachtung (Verlässlichkeit, Belastbarkeit, Eigeninitiative, ..) des Pat.
 5. Identifikation von Störvariablen und möglichen Hindernissen bei der Erreichung dieser Ziele und damit möglichst rasche Entwicklung von Lösungsstrategien zu ihrer Bewältigung.
 - Pflege: Wichtiger Punkt ist die Strukturierung des Tagesablaufes und sinnvolle Beschäftigung außerhalb der Therapiezeiten.
 6. Qualitätskontrolle des bisherigen Verlaufs, um Änderungen im Behandlungsprogramm einleiten zu können.
 - Pflege: Die Wirkung der Pflegemaßnahmen wird bei den Teambesprechungen beurteilt und aktualisiert.
- Es erfolgen gezielte Schulungen des Pflegepersonal in Aggressions- und Deeskalationsfortbildungen.
 - Spezielles Entlassungsmanagement/Nachbetreuung erfolgt im Forum (Forensischen Ambulanz) in 3 Schwerpunkten:
 1. Case Management (=methodische Weiterentwicklung der klassischen Einzelhilfe der Soz. Arbeit). Nach Teamentscheid wird der Pat. in der Ambulanz angemeldet, wenn eine Außenorientierung geplant ist. Information über den Delikthergang, über bekannte Rückfallmuster und über Frühwarnsymptome der Erkrankung nehmen dabei eine besondere Bedeutung ein.
 2. Aufbau von Kooperationsbeziehungen und Vernetzung der Hilfe
 3. Nachsorge

Geplante Projekte

- Im September 2007 wird eine eigene forensische Ausbildung für das Pflegepersonal angeboten.
- Neubau mit 52 Betten im Jahr 2008, aufgeteilt auf 3 Stationen, inklusiv einer Frauenforensik
- Jugendforensik
- Langzeiteinrichtung (für schwer resozialisierbare, chronisch, psychisch Kranke)

Nach den Jahren des Mauerblümchendaseins hat die Forensik eine rasante Entwicklung durchgemacht und ist jetzt auf einem erfolgreichen Weg in die Zukunft. Wir sehen, dass einiges in Bewegung geraten/gekommen ist und sind stolz über das bisher Geschaffte.

Pflegebedarfserhebung in der stationären Gerontopsychiatrie: Ergebnisse aus einer nichtexperimentellen prospektiven Vollerhebung

Rüdiger Noelle, Michael Schulz

Hintergrund

Um den Einsatz von personellen und materiellen Ressourcen in der stationären Gerontopsychiatrie seitens des Pflegemanagements steuern zu können, sind möglichst objektive Daten notwendig. Der zunehmende Kostendruck innerhalb der Institutionen erhöht den Begründungsdruck für Entscheidungen und somit die Ansprüche an entsprechende Erhebungsinstrumente. Der Ressourceneinsatz in der Gerontopsychiatrie ist eng verbunden mit dem (professionellen) Pflegebedarf der zu behandelnden Patienten.

Um eine Erfassung von Pflegebedürftigkeiten im Weiteren einordnen zu können, muss die demographische Veränderung der Bevölkerung mit der Epidemiologie zusammen gesehen werden. Es wird allgemein von einer Entwicklung bei den »Krankheitspanoramen« berichtet, wonach die chronisch degenerativen Erkrankungen, bei denen zur Zeit keine Heilung möglich ist, zugenommen haben und weiter zunehmen werden. (1) Dies bestätigen die Aussagen des Gesundheitsberichtes, nach dem besonders die Altersgruppe der über 80-Jährigen aus gesundheitspolitischer Sicht beachtet werden muss, da bei ihnen am ehesten mit einem relativ hohen Pflegeaufwand gerechnet werden muss (1).

Fragestellung

Im Rahmen der Untersuchung sollen verschiedene etablierte Herangehensweisen zur Pflegebedarfsermittlung gegenübergestellt werden und die Daten in einem ersten Schritt einer explorativen Analyse unterzogen werden. Hierzu müssen konkrete Leistungsabgrenzungen auf der Basis einer Datensammlung geschaffen werden (2). Die Frage nach der Allokation von Gesundheitsleistungen wird hierin bis zum konkreten Einzelfall spürbar. »Um dem wirtschaftlichen Druck standhalten zu können, wird die Einteilung der Pflege in verschiedene Stufen in immer mehr Häusern Einzug halten, sich geradezu als notwendig erweisen. Pflegetätigkeiten werden dabei in primä-

re, sekundäre und tertiäre Pflegeleistungen eingeteilt, denn kein Haus wird es sich in Zukunft leisten könne, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie zum Beispiel Bettenmachen, von hoch qualifiziertem Pflegepersonal durchführen zu lassen« (2).

Methoden

Im Rahmen einer Vollerhebung werden Daten aller in der Abteilung aufgenommenen Patienten über die Dauer von 18 Monaten ausgewertet. Zugrunde liegt eine naturalistische Untersuchungsanordnung ohne Kontrollgruppen.

Der Pflegebedarf wurde bei allen Patienten mittels der Pflegebedarfseinstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI) erhoben. Als weiterer Ansatz wurden die Vorgaben an Minutenwerten an Grundpflege nach der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) für die Stationen berechnet. Darüber hinaus wurden soziodemographische und epidemiologische Daten erhoben.

Bei der Definition der Eingruppierungsstufen in der Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) findet sich bezüglich Pflege eine Betonung darauf, dass es sich um im Wesentlichen um Pflege und Behandlung handeln soll, die einen therapeutischen Hintergrund haben und nicht Ersatz für stationäre Altenpflege sein sollen(3). Die Elemente der Pflegeversicherung, Körperpflege, Ernährung und Mobilität finden sich unter dem Begriff der „Allgemeinen Pflege“ mit Minutenwerten je 18 Patienten und Woche in den Einstufungen der Psych-PV zwischen 1.890 und 4.830 für die stationäre Behandlung wieder. Also zwischen 15 und 38 Minuten je Tag und Patient und demnach nach den Zeitkriterien der Pflegeversicherung sämtlich unterhalb einer Einstufung nach den Vorgaben des SGB XI. Hier ist aber auch darauf hinzuweisen, dass das SGB XI ohne Aussagen über die Wirkungen und/oder Zusammenhänge psychiatrischer Problemfelder zu sehen ist.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 203 Patienten in die Untersuchung aufgenommen. Bei den im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Männern (73) und Frauen (130) fand sich ein Durchschnittsalter von 76 Jahren (Männer 72 Jahre / Frauen 77 Jahre). Die Altersverteilung lag gesamt zwischen 58 und 100

Jahren (Standardabweichung: 8,89). Von den 203 Patienten lautete die behandlungsleitende Diagnose bei 58 Studienteilnehmern Demenz (28,6%). Bei Depressionen lag diese Zahl bei 72 Patienten (35,5%), bei Psychosen bei 43 (21,2%). Der Anteil sonstiger Diagnosen lag bei 30 Patienten (14,7%).

Diskussion

Kritisch muss angemerkt werden, dass die Einschätzung nach SGB XI für die Pflegebedarfserhebung im häuslichen Umfeld entwickelt wurde. Gleichwohl erscheint es mangels qualitativ ausreichend guter Instrumente legitim, diese Methodik als Referenzskala für Vergleiche heranzuziehen.

Im Hinblick auf die Psychiatriepersonalverordnung ist festzustellen, dass dieses Instrument den Bedürfnissen der älteren Patienten nicht gerecht wird. Diese Forderung wurde auch schon von anderen Autoren erhoben. So schreibt Hirsch in einem offenen Brief im Namen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. bereits im Juni 2001 an den Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages über die Schwächen der Psychiatrie Personalverordnung im Zusammenhang mit älteren Menschen: »Schon bei ihrer Einführung (1990) wurde die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) den Bedürfnissen der älteren Patienten nicht gerecht, da sie überwiegend auf Pflege, nicht jedoch auf ein differenziertes gerontopsychiatrisches Behandlungsangebot ausgerichtet war.« (4) Im Weiteren verweist er dort auf gesunkene Aufenthaltsdauern von 50 – 60 auf 25 – 30 Tagen hin, einem Wert, der immer noch über den 20 Tagen liegt, der in dieser Studie anzutreffen ist. In seinen Ausführungen sieht Hirsch deshalb »... die Absicht der Psych-PV, eine ausreichende und wirtschaftliche Behandlung der Betroffenen zu gewährleisten, ebenso wie das politische Postulat 'Behandlung vor Pflege« konterkariert!" (4). Für eine adäquate Abbildung des Pflegebedarfs im gerontopsychiatrischen Setting sind weitere wissenschaftliche Anstrengungen notwendig.

Aktuell geschieht die Zuordnung der Patienten im Wesentlichen nach dem Diagnoseschlüssel des ICD. Die Komponente des Pflegebedarfs wird mit diesen Daten erstmals annähernd erfasst. Beide erhobenen Werte zur Pflegebedürftigkeit sind als Managementinstrument heute keine griffige Hilfe. Die Rückschlüsse, die aus den Ergebnissen in Bezug auf den Ressourcen-

verbrauch gezogen werden können, sind nur mittel- bis langfristig nutzbar. Eine zeitnahe Ressourcenverteilung ist mit diesen Instrumenten nicht möglich. In der Zukunft muss diese Erhebung Grundlage werden für prospektive Pflegebedarfseinschätzungen, um kurzfristig intern Anhaltspunkte für die Allokation der Pflegeleistungen zu schaffen.

Diese Diskussion berücksichtigt noch nicht, dass Pflege in der Gerontopsychiatrie eine Rekonzeptionalisierung der Interventionsprofils leisten muss, um ein zukunftsfähiges Angebot zu entwickeln. Schulz wies bereits darauf hin, dass Interventionen psychiatrischer Pflege aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen zunehmend besser wissenschaftlich begründet sein müssen und stärker auf die Bedürfnisse chronisch kranker Menschen abzielen sowie deren Angehörigen fokussieren sollten (4, 5).

Weitere Forschung ist notwendig, um ein sich in diesem Sinne wandelndes Berufsprofil in seiner Effektivität beschreiben zu können und es auf diesem Wege auch einer ökonomischen Bewertung zugänglich zu machen.

Literatur

1. **Statistisches Bundesamt (Hrsg.)**, Gesundheitsbericht für Deutschland.1998, Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel.
2. **Kaltwasser S.**: Rahmenbedingungen des Controllings im Pflegedienst. In: Zapp, Winfried, Controlling in der Pflege. 2004, Bern: Verlag Hans Huber, S. 138-150
3. **Kunze, H.**: Kaltenbach L. (Hrsg.), Psychiatrie-Personalverordnung Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 1994, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2. Aufl., Stuttgart.
4. **Schulz M.**: Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch. Psych Pflege 2005; 11; Nr. 5; S. 256-263.
5. **Schulz M.**: Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. Pflege und Gesellschaft, 2003 (4), 133-160.

Hauptvortrag »Psychiatrie Pflege – gestern – heute – morgen«

Harald Stefan

Schlüsselwörter

Irrenwärter, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegewissenschaft

Einleitung

Die Quellen für eine genaue Analyse des Wärtertums in der Vergangenheit, also vor 1910 sind zum großen Anteil in Dokumentationen anderer Berufsgruppen zu finden, welche der Sprache in Wort und Schrift mächtig waren. In Aufzeichnungen der Ärzte und Verwaltungsdirektoren, welche sich für die Ausbildung und den Verbleib der Wärter zuständig und verantwortlich fühlten. Bemühte sich die Ärzteschaft generell ab 1896 um ein einheitliches Diagnosesystem, so versuchte man den Pflegebereich nicht allzu sehr mit intellektuellen Aufgaben zu bemüßigen. »Keep it short and simple«, dies war auch die vereinfachte Darstellung, mit welchen Attributen man sich Pflegenden in diesen Bereich wünschte. Die nähere Vergangenheit zeigt uns ein Bild der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, welches durch Professionalisierung in den eigenen Reihen, durch Ausbildungsreformen bis hin zur Auseinandersetzung mit Wissenschaftlichkeit geprägt ist.

Psychiatriepflege – gestern

In ganz Europa gab es in der Zeit von 1650 bis 1800 eine Epoche der »Ausgrenzung der Unvernunft« Es wurden Zucht-, Korrekptions- und Arbeitshäuser gebaut, um all jene, die sich den Forderungen des Zeitalters der Vernunft entzogen, aufzunehmen. Es waren die Bettler, Vagabunden, Arbeitslose, Verbrecher, politisch Auffällige, Dirnen, mit »Lustseuchen« Behaftete, Verrückte und Idioten. Wer außerhalb der Grenzen der Vernunft, der Arbeit und des Anstandes stand, war somit aus der Gesellschaft ausgegrenzt. In der Regel waren Geisteskranke ohne Unterschied mit Sträflingen untergebracht. Die Pflege, wenn davon überhaupt die Rede sein konnte, geschah durch so genannte Zuchtmeister und Strafgefängene.

Anfangs gab es Irrenschließer, Wartpersonal, Irrenwärter und Irrenhüter. Die Aufgabe bestand in der Umsorgung und Bedienung, aber auch Züchtigung der Irren. Das Image des Irrenpersonals in der Bevölkerung ließ zu wünschen übrig und die Arbeitsbedingungen und der Lohn waren schlecht. Das Bild unserer Berufsvorfahren, der Irrenwärter, war das eines brutalen, dummen nicht zu viel denkenden Befehlsempfängers.

Wer kam damals als Wärter in Betracht? »In der Realität sind es gescheiterte Existenzen, die zu jedem anderen Geschäft untauglich sind«. Der Lohn war niedrig. Viele betrachteten den Wärterjob als Durchgangsbeschäftigung im Winter. Im Frühsommer ging es wieder auf die Almen zum Viehhüten.

Die Wärter hatten keine eigenen Räume und mussten als Gehilfen des Arztes und dessen langer Arm in Schlafräumen der Irren schlafen, wobei sich ihr Bett in nichts von dem der Irren unterscheiden durfte. Dies stellt sich in Österreich und in Deutschland sehr ähnlich dar.

Nach Bastings zeichnet sich ein guter Wärter durch Liebe, Teilnahme, völlige Selbstverleugnung, Furchtlosigkeit, Engelsgeduld, Sanftmut, Selbstbeherrschung, Gehorsam gegen Vorgesetzte, Fleiß, Eifer, gesunden Verstand, männlich festen Charakter und Gewissenhaftigkeit aus. Bezüglich des Eintrittalters wünschte man sich Leute zwischen 24 und 36 Jahren, denn in diesem Alter wären sie noch gelehrig und gefügig. Später würden sie eigensinnig und rechthaberisch und wollten sich selbst ein Wort erlauben. Dies entsprach in ähnlicher Auffassung jener des österreichischen Psychiaters Heinrich Schlöss in Ybbs: *»Irrenwärter müssen gehorsam, wachsam, treu und verschwiegen sein. Ihrem Vorgesetzten sind sie pünktlichen Gehorsam schuldig; nur durch diesen ist es möglich Zucht und Ordnung in einer Irrenanstalt aufrechtzuerhalten. Körperlich müssen sie vollkommen gesund und von kräftigem Körperbau sein«.*

Zur Situation der Pflegenden zum Ende des 19. Jahrhunderts gibt es ein Zitat eines Berliner Psychiaters: *»Zu einem guten Wärter gehören Geduld, Gutmütigkeit, sogar etwas Beschränktheit, wir Psychiater wären deshalb schlechte Wärter. Ein guter Wärter muss sich lachend vom Kranken verprügeln lassen und die ärgsten Unreinlichkeiten unermüdlich putzen. Mit gelehrten Wärtern riskieren wir psychiatrische Pfuscher zu erziehen, die später laienhafte Zeitungskritik an der Psychiatrie üben und nur Unheil anstiften«.*

Pflegende waren also ungebildet, beschränkt und von ihrem Rang noch unter den Kranken einzustufen.

Eine umfassende Neustrukturierung der Ausbildung in den deutschsprachigen Ländern war damals wie heute ein schwieriges Unterfangen.

Eine Reform der Ausbildungen kam vor hundert Jahren durch die starke Konkurrenz der Industrie (Abfluss der Arbeitskräfte) in Ansätzen zustande. In der Industrie gab es für die arbeitende Bevölkerung bessere Arbeitsbedingungen, wodurch ein eklatanter Mangel an Pflegekräften die Folge war. Darauf folgend wurden ideelle Anstrengungen unternommen, um Pflegende für die Psychiatrien anzuwerben.

Eine Ausbildung, ähnlich wie in den allgemeinen Pflegebereichen, wurde diskutiert, aber erst in den Jahren nach 1960 in die Praxis umgesetzt.

In der Zeit des Nationalsozialismus nährten und vertieften sich die Vorurteile gegen Kriminelle und psychische Kranke. Mit dem Euthanasie-Programm wurden tausende kranke Menschen getötet.

Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten gab es für die Krankenpflege eine neue Ordnung (Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege). Diese beinhaltete keine psychiatrische Pflege. Die Ausbildung wurde in Deutschland mit 100 Unterrichtsstunden berufsbegleitend beschränkt. Das Lehrbuch *»Leitfaden für die Irrenpflege«* wurde lediglich mit den Kapiteln der *»Erb- und Rassenpflege«* erweitert.

Die behandlungs- und arbeitsfähigen Patientinnen und Patienten sollten nach modernsten Methoden behandelt werden, all jene, die nicht therapierbar erschienen, sollten beseitigt werden. Die reformorientierten Ärzte und Psychiater nahmen für sich in Anspruch, die Entscheidung treffen zu können, wer behandelbar sein sollte und wer nicht. Sie entschieden über Leben und Tod.

Die Folgen dieser Ideologie waren 400.000 gedemütigte sterilisierte Menschen, 180.000 in den Gaskammern getötete chronisch kranke und behinderte Menschen. In der berüchtigten Aktion T4 wurden 70.000 psychisch Kranke ermordet. 90.000 psychisch Kranke, chronisch Kranke und Behinderte wurden bewusst durch eine sogenannte Hungerkost getötet, 10.000 Kinder und Jugendliche wurden ermordet.

Die Techniken des Ermordens durch Gas wurden angeblich in den psychiatrischen Einrichtungen erprobt und kamen dann in den Vernichtungslagern im Osten zum Einsatz. Im weiteren Verlauf des Krieges nach dem offiziellen Ende der Aktion T4 ging das Morden in den psychiatrischen Anstalten und wissenschaftlichen Institutionen weiter. Es kam zur so genannten »Wilden Euthanasie« mit Todesspritzen und Experimenten an so genannten lebenswerten Menschen. Auch nicht einsatzfähige ZwangsarbeiterInnen wurden in den psychiatrischen Einrichtungen getötet.

Das nationalsozialistische Regime mischte sich ebenso aktiv in die Berufsgrundsätze der Pflege ein. Ethische Grundsätze wie z. B. die berufliche Schweigepflicht wurden per Gesetz aufgehoben. Dieser Schritt sollte zur Denunziation politischer Gegner dienen. Psychiatrische Krankenpflege war zu dieser Zeit mitverantwortlich für die Tötung, Sterilisation und Verstümmelung der ihr anvertrauten psychisch kranken Menschen. Nach dem Krieg gab es von den Berufsverbänden in Österreich und Deutschland kein Wort des Bedauerns. Es wurde zur Tagesordnung übergegangen. Zu diesem sicher dunkelsten Kapitel der psychiatrischen Pflege muss auf die Schriften von Hilde Steppe hingewiesen werden, die zu diesem Thema sehr umfangreiche Arbeiten geschrieben hat. Dass diese Zeit zur unrühmlichsten in der Geschichte der Psychiatrie zählt, sollten wir allerdings nie vergessen.

Die Situation nach dem Krieg war geprägt von Neuentwicklungen in der Psychiatrie.

In der jüngeren Vergangenheit gab es kleinere und größere Veränderungen. Bis vor 20 Jahren wurde in vielen Bereichen die Arbeit der psychiatrischen Pflegenden als sicherer Job wahrgenommen. Wichtig war ein gesichertes Einkommen und Versicherung, um daneben andere lukrativere Nebenjobs in der Freizeit ausführen zu können. Unausgesprochenes Ziel war es, sich teilweise in der regulären Dienstzeit nicht zu sehr zu verausgaben, um in den Nebenbeschäftigungen weitgehend fit zu sein. Zur Arbeitsunterstützung wurden so genannte »bessere PatientInnen« herangezogen, die nicht selten die Körperpflege und die Aufsicht über andere PatientInnen übernahmen. Als Gegenleistung erhielten sie Essenszubußen oder Freigänge. Die Pflegenden ließen dies zu und sprechen oftmals heute noch von der »Guten alten Zeit«.

Psychiatriepflege – heute und morgen

Erst wenn wir die Vergangenheit verstanden und aufrichtig wahrgenommen und bearbeitet haben, können wir die Zusammenhänge bis zur Gegenwart verstehen und die Zukunft gestalten.

Wenn wir die oben angeführten Ausführungen sorgfältig lesen und wahrnehmen, darf es nicht verwundern, warum sich Pflege im europäischen Bereich in den vergangenen Jahrzehnten nicht aus dem Schatten der Ärzteschaft herausbewegen konnte. In der Öffentlichkeit war es vermehrt der Pflege vorbehalten mit negativen Schlagzeilen die Titelseiten zu erringen. Für die positiven Geschehnisse waren stets andere Berufsgruppen, allen voran die Ärzte mit einer professionellen Lobby und einer kolportierten Fachkompetenz, zuständig.

Für eine positive Änderung des Berufsimago wird es von Nöten sein, folgende Vorgehensweise zu leben: »Tue Gutes und rede darüber«. Dies bedeutet, rede viel über dein Tun und verbreite und publiziere dies mit bestmöglichem Outcome. Die Pflegenden tun gut daran, ihre eigenen Errungenschaften öffentlich zu diskutieren und positiv darzustellen. Die Pflegenden sollten sich mit anderen Pflegenden bestmöglich solidarisieren. Wir besitzen in der Pflege mittlerweile ein großes Wissen an methodischen Vorgehensweisen, Pflgetheorien werden unterrichtet, Pflegesprachen werden entwickelt und Studienplätze werden eingerichtet. Das moderne Verständnis der Pflege enthält im Unterschied zum alten Verständnis der Pflege mit den Inhalten der mitfühlenden Anteilnahme, der Ethik, der Verlässlichkeit etc., die weitere Komponente der Fachkompetenz.

Die zukünftigen Interventionen der psychiatrisch Pflegenden werden geprägt von Handlungen, welche bisher intuitiv vollzogen wurden und zukünftig wissenschaftlich begründet und bestätigt oder korrigiert werden. Die Pflege wird sich in diesem Bereich vermehrt wissenschaftlichen Techniken und Gepflogenheiten bedienen und sie wird damit ihre Fachkompetenz weiterentwickeln. Erfolgreiche pflegewissenschaftliche Einrichtungen an Universitäten werden eng mit der Praxis zusammenarbeiten, um innovative Entwicklungsarbeit und Forschungsarbeit betreiben zu können. Wir müssen sichtbar machen, dass viele gesellschaftliche, gesundheitliche Veränderungen mit ihren daraus resultierenden Problemen bis hin zu Katastrophen, für die betroffenen Menschen, in der Pflege und oftmals in

der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege enden. Wir werden zukünftig vermehrt aufzeigen, wie die moderne Pflegewissenschaft zur Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen Entscheidendes beitragen kann. Die Gesundheitseinrichtungen sind gut beraten, Stabstellen für Pflegewissenschaft einzurichten, welche rasch und professionell auf vorhandenes, bereits in verschiedensten wissenschaftlichen Artikeln publiziertes Wissen reagieren können. Die Wissensgenerierung durch verschiedene Internetbibliotheken wie PubMed, Cochrane etc. werden die Praxis begleiten. Aufgabe der pflegewissenschaftlichen Stabstellen wird es auch sein, neue Trends und Fakten rasch zu erkennen, um diese einer wissenschaftlich fundierten Untersuchung und Abstützung zu unterziehen.

Um das Selbstvertrauen der Pflegenden für die Zukunft zu stärken, werden die Pflegenden erkennen, welche wichtige Rolle sie im Gesundheitsbereich innehaben. Ein realistisches Selbstbild und ein gestärktes Selbstvertrauen ist essentiell, um die Zukunft aus den eigenen Reihen aktiv mitgestalten zu können. Wir haben in unseren Reihen hervorragende Persönlichkeiten wie Ian Needham, Chris Abderhalden, Sylvia Käppeli, Nico Oud, Erwin Böhm und viele mehr, welche für ihre Ideen leben, Dinge realisiert haben und Energien mobilisiert und mobilisieren, um Pflege professionell darzustellen und der Pflege einen wichtigen, akzeptierten Platz in der allgemeinen Betrachtung der Gesundheitsberufe zukommen zu lassen. Die Geschichte der Krankenpflege zeigt uns, dass substantielle Entwicklungen nicht einfach stattfinden, sondern dass Persönlichkeiten mit Substanz, in unseren Reihen diese hervorbringen.

Habe den Mut, deinem Gewissen zu folgen!
Habe den Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!
Immanuel Kant

Literatur

1. Höll, Thomas: »Irrrenpflege im 19. Jahrhundert« Psychiatrie-Verlag 1989

Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht

Stefan Kunz, Ian Needham, Dirk Richter

Einleitung

Gewalt am Arbeitsplatz ist ein junges Thema im Bereich Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und ist besonders bedeutsam für das Gesundheitswesen und die Behindertenhilfe [1]. Europaweit begann man erst vor kurzem mit entsprechenden wissenschaftlichen und politischen Initiativen [2]. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass bestimmte Gruppen psychisch Kranker ein vergleichsweise erhöhtes Risiko für Gewalttaten haben [3]. Trotz Tagungen und Publikationen zu dieser Problematik [4, 5] steht eine systematische wissenschaftliche Untersuchung aus.

Folgeschäden von Patientenübergriffen

Seit Mitte der 1990er Jahre werden in Europa in vielen psychiatrischen Einrichtungen Trainingsprogramme zur Sicherheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingeführt, ähnlich wie mehrere Jahrzehnte zuvor in den Vereinigten Staaten [6]. Es handelte sich dabei um Programme, die zunächst lediglich körperliche Abwehrtechniken vermittelten [7]. Die Pflegeberufe weisen sowohl international [8] wie auch in Deutschland [9, 10] ein erhöhtes Risiko auf, von einem gewalttätigen Übergriff betroffen zu werden. Wie in anderen Branchen auch, ist in psychiatrischen Einrichtungen von einer großen Dunkelziffer der Gewalt auszugehen, die möglicherweise größer als 50 Prozent ist [11].

Die psychische Befindlichkeit nach einem Übergriff ist bis heute ein nahezu unerforschtes Gebiet. International sind bisher nur eine Handvoll Studien durchgeführt worden, zudem ist die methodologische Qualität nicht besonders hoch [12, 13]. Die erste deutsche Studie zu dieser Thematik zeigte eine deutliche psychische Belastung der Mitarbeiter bei 10-15 Prozent der Betroffenen [14, 15].

Methode und Einschlusskriterien

In diese Literaturübersicht wurden Studien aus der Psychiatrie, aus Einrichtungen für geistig und mehrfach behinderte Menschen, aus Pflegeheimen, aus der pflegerischen Grundausbildung und aus dem Notfallbereich [16] aufgenommen. Die Studien wurden in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PsychInfo und durch Handsuche in Literaturverzeichnissen identifiziert. Zusätzlich wurden Berichte vom UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*) [17], des Britischen Instituts für Intelligenzminderung (*British Institute for Learning Disabilities, BILD*) [18], und vom Nationalinstitut für klinische Qualität (*National Institute for Clinical Excellence, NICE*) [19] benutzt. Auch wurden kollegiale Kontakte innerhalb der *European Violence in Psychiatry Research Group* genutzt.

In dieser Arbeit werden folgende methodologisch Gruppen von Studien festgelegt:

- randomisierte kontrollierte Studie (RCT),
- Kontrollgruppen-Vergleich Vorfälle,
- Kontrollgruppen-Vergleich Befragungen,
- Vorher/Nachher-Vergleich Vorfälle,
- Vorher/Nachher-Vergleich Befragungen,
- einmalige Befragung nach dem Training,
- sonstige Studien.

Ergebnisse

Es wurden Studien aus den folgenden Ländern berücksichtigt: Australien (3), Deutschland (1), Grossbritannien (13), Kanada (4), Niederlande (2), Schweden (1), Schweiz (4), Vereinigte Staaten (21).

Intervention/ Outcome	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfall-tage	Zwangsmaßnahmen	Fertigkeiten
Abwehrtechniken	-	2	3	2	1	1	1
Deeskalation	3	1	7	1	-	1	-
Kombinationsprogr.	10	14	17	4	3	3	2
Sonstiges	-	1	3	-	-	-	-
Gesamt	13	18	30	6	4	5	3

Eine randomisierte kontrollierte Studie [20] zeigte eine Abnahme schwerer Aggressionsvorfälle in der Interventionsgruppe bei gleich bleibender Rate aller Aggressionen (z. B. verbale Aggression). Nach Deeskalationstrainings in England, den Niederlanden und Amerika gingen die Aggressionsvorfälle zurück [21, 22, 23]. Eine kanadische Studie auf einer großen Notaufnahme-Abteilung eines somatischen Krankenhauses [16] zeigte einen kurzfristigen Rückgang körperlicher Gewaltvorfälle um mehr als 50 Prozent mit anschließendem Anstieg der Aggression.

Eine Studie über Abwehrtechniken [24] zeigte, dass sich trainierte Mitarbeiter signifikant häufiger schützen als untrainierte Kollegen. In einem Kombinationsprogramm (Training und Deeskalation) erlebten die Trainierten innerhalb von 12 Monaten nach dem Training erheblich mehr Vorfälle auf als die Nicht-Trainierten [25].

Ein speziell auf die Körperpflege und damit verbundener Aggressionen in einer US-amerikanischen gerontopsychiatrischen Klinik durchgeführtes Deeskalationsprogramm [26] zeigte einen Rückgang aggressiver Vorfälle um 50 Prozent.

In einer Befragung von 50 MitarbeiterInnen einer britischen Behinderten-einrichtungen über erlebte Gewaltvorfälle und Trainingserfahrungen [27] ergab sich ein deutlicher Geschlechterunterschied hinsichtlich des Sicherheitserlebens. Trainierte MitarbeiterInnen berichteten mehrheitlich über Angstgefühle im Zusammenhang mit Aggressionen. Dagegen zeigten sich ihre männlich trainierten Kollegen deutlich zuversichtlicher, schwierige Situationen lösen zu können.

In einer Prä-Post-Untersuchung aus der Schweiz wurden die Auswirkungen eines Kombinationstrainings auf die Einstellung gegenüber Ursachen von Aggressionen psychiatrischer Patientinnen und Patienten [28] untersucht. Bei den 63 berufserfahrenen Pflegenden ergaben sich keine signifikanten Einstellungsveränderungen.

Diskussion

Die ermittelte Literatur über Trainingsmassnahmen ist bezüglich ihrer methodologischen Qualität als eher niedrig einzustufen und praktische

Schlussfolgerungen müssen aufgrund relativ schwacher empirischen Evidenz getroffen werden [17-19]. Die qualitativ unterschiedlichen Studiendesigns (Fall-Kontroll-Design vs. Prä-Post-Design) schlugen sich in den Ergebnissen kaum nieder. Das höherwertige Design der Kontrollstudie brachte prinzipiell die gleichen Resultate wie das Vorher-Nachher-Design. Die qualitativ geringer einzuschätzenden Befragungen der Mitarbeiter liefern sicherere und positivere Ergebnisse als die höher einzuschätzenden vermeintlich ‚harten‘ Zahlen der Vorfälle und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Auch diese Ergebnisse entsprechen den Resultaten von Literaturübersichten aus dem angelsächsischen Raum [17-19].

Zwei Trendaussagen gehen dennoch hervor: Trainingsprogramme führen zu mehr Wissen und zugleich zu einer verbesserten Zuversicht im Umgang mit Aggression. Eindeutige Feststellungen hinsichtlich der Zahl aggressiver Vorfälle und ihrer Auswirkungen (u.a. Fehlzeiten der Mitarbeiter und Verletzungen) können nicht getroffen werden. Eine randomisierte kontrollierte Studie [20] brachte jedoch leicht positive Resultate hervor. Es bleibt allerdings fraglich, ob kognitives Wissen und verbesserte subjektive Bewältigungsmöglichkeiten tatsächlich in einem veränderten Verhalten und damit indirekt auch in sinkende Vorfallszahlen resultieren. Es bestehen ferner methodologische Schwierigkeiten bei den Studien (etwa der optimale Wirkungs- oder Messzeitraum, oder das Meldeverhalten der Ereignisse).

Schlussfolgerungen

Interventionen wie Trainingsprogramme sind Eingriffe in komplexe Arbeits- und Organisationsumgebungen, welche jeweils unterschiedliche Randbedingungen für die Interventionen zu berücksichtigen haben. Kognitives Wissen und subjektive Zuversicht der Mitarbeiter nehmen eindeutig zu nach einem Trainingsprogramm. Unsicher ist hingegen die Auswirkung der Trainingsprogramme auf die Anzahl aggressiver Vorfälle. Die subjektiv empfundene Verbesserung der Sicherheit der Mitarbeiter kann als ausreichender Eigenwert für die Durchführung von Trainingsprogrammen begründen. Erst wenn sich als relativ sicher herausstellen sollte, dass Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement mehr Schaden als Nutzen anrichten, müsste die Anwendung in der Praxis begrenzt werden.

Literatur

1. **Schatte, S.:** Gewalt im Arbeitsleben – Literaturstudie unter Berücksichtigung der psychologischen Aspekte. 1999, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund.
2. **Eurogip, ed. Workplace Violence in Europe.** European Conference (Conference Proceedings). 2001, Eurogip: Paris.
3. **Angermeyer, M., B. Cooper, and B. Link:** Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of deinstitutionalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998. 33 (1): p. 1-6.
4. **Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, ed.** Gewalt am Arbeitsplatz. 2002, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dresden.
5. **Richter, D.:** Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, in *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, Bd. 15, F. Hoffmann, G. Reschauer, and U. Stöbel, Editors. 2002, edition FFAS: Freiburg. p. 242-251.
6. **St. Thomas Psychiatric Hospital,** A program for the prevention and management of disturbed behavior. *Hosp Community Psychiatry*, 1976. 27: p. 724-727.
7. **Fuchs, J.M.:** Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie? Bericht über ein Praxisseminar, in *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*, D. Sauter and D. Richter, Editors. 1998, Huber: Bern. p. 59-72.
8. **Duxbury, J.:** 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*, 1999. 6: p. 107-114.
9. **Steinert, T.:** et al., Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. *Psychiatr Prax*, 1991. 25: p. 221-226.
10. **Richter, D.:** Patientenübergrieffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. 1999, Freiburg: Lambertus.
11. **Stark, C. and B. Kidd:** Role of the organization, in *Management of Violence and Aggression in Health Care*, B. Kidd and C. Stark, Editors. 1995, Gaskell: London. p. 123-139.
12. **Whittington, R. and T. Wykes:** Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *J Adv Nurs*, 1992. 17: p. 480-486.
13. **Caldwell, M. F.:** Incidence of PTSD Among Staff Victims of Patient Violence. *Hosp Community Psychiatry*, 1992. 43: p. 838-839.
14. **Richter, D. and K. Berger:** Physische und psychische Folgen nach einem Patientenübergrieff: Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 2000. 35: p. 357-362.
15. **Richter, D. and K. Berger:** Patientenübergrieffe auf Mitarbeiter – Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt*, 2001. 72: p. 693-699.
16. **Fernandes, C. M.B.:** et al., The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 2002. 39: p. 47-55.
17. **UKCC, The Recognition,** Prevention and therapeutic management of violence in mental health care. 2001, United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting: o.O.
18. **Allen, D.:** Training carers in physical intervention: Research towards evidence-based practice. 2001, Kidderminster: British Institute for Learning Disabilities.
19. **NICE, Clinical Practice Guidelines for Violence: The Short-Term Management of Disturbed/ Violent Behaviour in Psychiatric In-patient and Emergency Departments Guideline.** 2005, National Institute for Clinical Excellence: o.O.

20. **Needham, I.:** et al., The effect of a training course in aggression management on the prevalence of aggression and coercive measures in inpatient psychiatric settings: A randomised controlled trial, in A nursing intervention to handle patient aggression: The effectiveness of a training course in the management of aggression (PhD-Thesis), I. Needham, Editor. 2004, Universitaire Press Maastricht: Maastricht (NL). p. 109-124.
21. **Whittington, R. and T. Wykes:** An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *J Clin Nurs*, 1996. 5: p. 257-261.
22. **Nijman, H. L. I.:** et al., Prevention of aggressive incidents on a closed ward. *Psychiatr Serv*, 1997. 48: p. 694-698.
23. **Smooth, S. L. and J. L. Gonzales:** Cost-effective communication skills training for state hospital employees. *Psychiatr Serv*, 1995. 46: p. 819-822.
24. **Grube, M.:** Aggressivität bei psychiatrischen Patienten: Einflussmöglichkeiten durch ein Selbstschutztraining. *Nervenarzt*, 2001. 72: p. 867-871.
25. **Ore, T.:** Workplace assault management training: An outcome evaluation. *J Healthc Protect Manage*, 2002. 18(2): p. 61-93.
26. **Maxfield, M. C., R. E. Lewis, and S. Cannon:** Training staff to prevent aggressive behavior of cognitively impaired elderly patients during bathing and grooming. *J Gerontol Nurs*, 1996. 22: p. 37-43.
27. **Murray, G. C.:** et al., The relationship between training and the experience of aggression in the workplace in residential care staff working in learning disability services. *Journal of Learning Disabilities for Nursing, Health and Social Care*, 1999. 3: p. 214-218.
28. **Hahn, S.:** et al., The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006. 13(2): p. 197-204.

Weitere Literatur beim Verfasser.

Aggression in einer Klinik in einem schweizerischen zweisprachigen Kanton

Ian Needham, Aline Schuwey-Hayoz

Einleitung

Aggression von PatientInnen in der Psychiatrie ist ein grosses Problem für alle Beteiligten. Zur Aggressionsentstehung tragen Faktoren wie die Umgebung, interpersonelle Interaktion, Biologie und Psychopathologie bei [1]. Auch der durch die Hospitalisation hervorgerufene Stress ist ein möglicher Auslöser [2]. Patientenaggression verursacht negative Folgen etwa auf das Arbeitsklima, auf Fehlzeiten des Personals oder finanzielle Konsequenzen [3]. Beim Pflegepersonal sind auch negative Folgen wie posttraumatische Stresstörung [4] oder nicht somatische Konsequenzen wie Selbstvorwürfe, Wut, Angst oder Scham [5] beobachtet worden.

Als Grundlage für die Entwicklung von Lösungsansätzen ist eine zuverlässige Analyse der Erscheinung von Aggression notwendig. Erst wenn bekannt ist, wie sich Aggression in der Praxis manifestiert, können zielgerichtete Massnahmen entwickelt und eingesetzt werden. Aus diesem Grund erfolgte diese prospektive Erhebung. In dieser Untersuchung ging man von folgender Definition von Aggression aus: »Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten/die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen ist/sind« [6]. Als Erhebungsinstrument wurde die Staff Observation of Aggression Scale Revised (SOAS-R) [7, 8] eingesetzt. SOAS-R erfasst fünf verschiedene Aspekte aggressiver Ereignisse: Provokation oder Auslöser der Aggression, benutzte Hilfsmittel, das Ziel der Aggression, Konsequenzen für die Opfer und die Massnahmen zur Beendigung der Aggression.

Forschungsfragen

Die folgenden Forschungsfragen wurden in dieser Studie gestellt:

- Welche Aggressionsmerkmale kommen auf den verschiedenen Stationen vor?
- Wie schwerwiegend sind die Aggressionsereignisse?

- Wo geschehen Aggressionsereignisse?
- Was sind die Ursachen, die Ziele, die Konsequenzen und die Massnahmen zur Beendigung von Aggressionsereignissen?
- Sind Aggressionsereignisse über die Wochentage gleich verteilt?

Methode

Wir führten eine prospektive Querschnittstudie auf den Stationen des psychiatrischen Krankenhauses Marsens, Kanton Freiburg durch. Diese Einrichtung verfügt über 2 Akutaufnahmestationen, 5 Spezialstationen für Erwachsenenpsychiatrie, 2 Stationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 3 Stationen für Psychogeriatric. Das Krankenhaus umfasst insgesamt 196 Betten und hat einen Versorgungsauftrag. Die Aggressionsereignisse wurden während 6 Monaten mittels SOAS-R [7] aufgezeichnet. Der statistische Test wurde mit GraphPad StatMate, 1.01, San Diego durchgeführt unter Beachtung eines α -Niveaus von 0.05.

Ergebnisse

Bei den 815 aufgenommenen PatientInnen wurden 110 Aggressionsereignisse in den 12 Stationen aufgezeichnet. Es sind ausgeprägte Unterschiede in den jeweiligen Fachbereichen (vgl. Tabelle 1). Auf einer akutpsychiatrischen Aufnahmestation, welche vornehmlich PatientInnen der Stadt Freiburg behandelt, wurden 13 (11,8%) Aggressionsereignisse auf 157 Aufnahmen registriert. Die Aggressionsereignisse je Bett und Jahr bewegen sich zwischen 0.45 und 2.86 und der Schweregrad zwischen 6 und 10.

Tabelle 1: Aggressionsereignisse je psychiatrisches Fachgebiet

Fachgebiet	Betten	Ereignisse	Ereignisse per Bett und Jahr*	Schweregrad nach SOAS-R
Kinder- und Jugendpsychiatrie	18	7	0.78	6
Akutaufnahme-Psychiatrie	42	60	2.86	9.7
Spezielle Erwachsene Psychiatrie	67	15	0.45	6.5
Gerontopsychiatrie	51	26	1.02	10
Total	178	108	1.21	9.1

* Hochrechnung von Daten von 6 Monaten

Rund die Hälfte der Vorfälle (51.5%) ereignete sich in den Krankenzimmern und 21% bei der Stationstüre und je 21% vor dem Stationsbüro und im Aufenthaltsraum. Die Aggressionsauslöser sind in absteigender Folge: Verwehren eines Wunsches (n = 37, 33%), ohne ersichtliche Ursache (n = 22, 19,6%), andere PatientInnen (n = 21, 18,8%), Pflege in den Lebensaktivitäten und bei der Körperpflege (jeweils n = 4, 3,6%) und Medikamenteneinnahme (n = 2, 3,6%). In 25 anderen Fällen wurden andere Auslöser aufgezeichnet, zum Beispiel Verwirrung oder Substanzmissbrauch.

Als Mittel der Aggression kam verbale Aggression am meisten vor (n = 27, 19,5%), gefolgt von Gegenständen wie Stühle (n = 10, 7,4%), Gläser oder Tassen (n = 2, 1,5%) und andere Objekte wie Vorhänge oder Telefone (n = 26, 19,1%). Auch Hände (n = 26, 19,1%) und Füße (n = 8, 5,9%) wurden zur Aggressionsausübung benutzt. In 22 Fällen gab es physische Drohungen und in einem Fall wurde eine Pflegende mit einem Spray angegriffen.

Ziele der Aggressionen waren (in absteigender Reihenfolge): die Pflegenden (52, 45,6%), Gegenstände (n = 31, 27,2%), andere PatientInnen (n = 17, 14,9%), die PatientInnen selbst und andere Personen (jeweils n = 7, 6,1%).

Als Konsequenz der Aggression fühlten sich 40 Personen (33,3%) bedroht, bei 17 Ereignissen (14,2%) mussten Gegenstände repariert und in 14 Fällen (11,7%) ersetzt werden. Erfreulicherweise gab es in 24 Fällen (29,9%) keinerlei Konsequenzen nach dem Ereignis. Zehn Aggressionsopfer (8,4%) erlitten physische Schmerzen und 5 Personen (4,2%) wiesen sichtbare Verletzungen auf.

Die Beendigung der aggressiven Handlungen erfolgte vor allem durch Gespräche (n = 33, 31,4%) oder Zwangsmassnahmen (n = 33, 31,4%). Bei 23 Ereignissen (21,9%) wurden die PatientInnen ruhig ins Zimmer geführt und 5 (4,9%) PatientInnen erhielten Medikamente.

Am Mittwoch (20) geschahen die meisten Aggressionsereignisse und am Samstag die wenigsten (n = 9). Unter Annahme einer Poisson-Verteilung und bei einem Mittelwert von 16 Aggressionsereignissen je Wochentag gibt es nur am Samstag – als viele PatientInnen im Wochenendurlaub sind – signifikant weniger Aggression als an den anderen Tagen ($p = 0,0341$). Über

den Tag verteilt gab es »Aggressionsspitzen« zwischen 8 und 10 Uhr und um 16 und 20 Uhr.

Diskussion

Ziel dieser prospektiven Erhebung war, Aggressionsereignisse von PatientInnen in einer Schweizerischen psychiatrischen Klinik zu erheben. Die durchschnittliche Aggressionsrate von 1.2 Ereignisse pro Bett pro Jahr für dieses Krankenhaus ist, verglichen mit einer anderen Schweizer Studie, mit 12.8 Ereignissen pro Bett und Jahr wesentlich geringer [9]. Die tiefsten Aggressionsraten wurden auf den Spezialstationen (Suchterkrankungen und Depression) aufgezeichnet. Der Umstand, dass die schwersten Aggressionsereignisse auf der Gerontopsychiatrie stattfanden, ist durch die Notwendigkeit des Eindringens in die »Intimsphäre« dieser oft dementen PatientInnen zu interpretieren.

Fast die Hälfte der Aggressionsereignisse erfolgte vor oder in den Krankenzimmern. Dieses Ergebnis ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass rund ein Drittel der PatientInnen ein Behandlungsprogramm im Zimmer hatten. Ferner wurden aggressive PatientInnen oft in ihr Zimmer gebracht. Ein Viertel der Aggressionsereignisse erfolgte vor dem Stationsbüro des Pflegepersonals oder vor der Ausgangstüre der Station. Hier werden manchmal bestimmte Wünsche der PatientInnen (etwa Verlassen der Station) ausgeschlagen, oder hier werden die PatientInnen oft zur Einhaltung der Stationsregeln angehalten. Insgesamt wurden 39 Ereignisse aufgezeichnet, die durch unerfüllte PatientInnenwünsche ausgelöst wurden.

Die Bettenbelegung betrug während der Erhebungszeit rund 115%. Obschon es keine eindeutige Evidenz gibt, dass eine Überbelegung zu mehr Aggression führt [vgl. etwa 10], vermuten wir hier, dass verschiedene PatientInnen in einer Krise, sich wechselseitig zu aggressivem Verhalten anregen könnten.

Schlussfolgerungen

Diese Studie zeigt, dass das Pflegepersonal häufig mit Patientenaggression konfrontiert ist und folglich hierfür vorbereitet sein muss. Ein spezifisches Training in Aggressionshandhabung liegt nahe. Die Studie zeigt ferner, dass

die SOAS-R ein geeignetes Instrument zur Erhebung von Aggressionsraten und -formen ist, um entsprechenden Massnahmen abzuleiten. Das Instrument dient ferner der Sensibilisierung des Pflegepersonals mit Blick auf Patientenaggression. Das Vorliegen konkreter Daten über Patientenaggression scheint uns ein geeigneter Anstoss zu sein, eine krankenhaushausweite Politik für den Umgang mit dieser Erscheinung zu formulieren, zum Wohle der PatientInnen und des Personals gleichermaßen.

Literatur

1. **Whittington, R.** and **T. Wykes**: Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 1996. 35(1): p. 11-20.
2. **Tardiff, K.**: The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry*, 1992. 49: p. 493-499.
3. **Arousseau, C.** and **S. Landry**: Les professionnels et professionnels aux prises avec la violence organisationnelle. 1996, Services aux collectivités. Université du Québec à Montréal, protocole UQAM-CSN-FTQ: Montréal.
4. ICN, Comment affronter la violence au travail. 2000, Edition ICN: Genève.
5. **Needham, I., C. Abderhalden, R.J. Halfens, J.E. Fischer,** and **T. Dassen**: Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 49(3): p. 283-96.
6. **Harris, D.** and **E. F. Morrison**: Managing violence without coercion. *Arch Psychiatr Nurs*, 1995. 9(4): p. 203-210.
7. **Nijman, H. L. I., P. Muris, H. L. G. J. Merckelbach, T. Palmstierna, B. Wistedt, A. M. Vos, A. van Rixtel,** and **W. W. F. Allertz**: The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R). *Aggress Behav*, 1999. 25: p. 197-209.
8. **Palmstierna, T.** and **B. Wistedt**: Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*, 1987. 76: p. 657-663.
9. **Needham, I., C. Abderhalden, R. Meer, T. Dassen, H. J. Haug, R. J. G. Halfens,** and **J. E. Fischer**: 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*, 2004. 11(5): p. 595-601.
10. **Nijman, H. L. I., W. Allertz, J. à Campo,** and **D. Ravelli**: Aggressive behavior on an acute psychiatric admission ward. *Eur J Psychiat*, 1997. 11(1): p. 104-114.

Tätigkeiten der beruflichen Pflege in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker: Eine Multimomenterhebung der Pflegepraxis der Suchtabteilung des Zentrums für Psychiatrie Bad Schussenried

Ulrich von dem Berge

Kein anderer Beruf verbringt so viel Zeit in der Behandlung von Abhängigkeitskranken und bietet eine ähnliche Fülle an möglichen Handlungsorten wie der Pflegeberuf. Trotzdem können Pflegekräfte kaum beschreiben was sie in dieser Behandlung alles tun. Oft reduzieren Pflegefachkräfte selbst, zum Beispiel in der Dokumentation, ihre komplexen Tätigkeiten auf »körperpflegerische« Handlungen und somit auf handwerkliche Verrichtungen. Durch diese Reduktion werden Aspekte der Beziehungsarbeit, der Gesundheitsförderung, der Vermittlung von Krankheitseinsicht und der Beratung im eigenen Handeln nicht wahrgenommen und auch nicht dargestellt. Folglich versäumt es die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege wesentliche Elemente ihres Handelns und ihre zweifelsfrei vorhandenen, hohen Kompetenzen darzustellen. Obwohl sich die berufliche Pflege nicht über einzelne Tätigkeiten definiert, ist die Ebene der Tätigkeiten hilfreich zur Reflexion der Handlungen, vor allem in Verbindung mit der Pflegediagnostik als Handlungsauslöser für die Pflegekräfte sowie mit der situativen und spezifischen Aufgabenstellung. In diesem Zusammenhang »ist der hohe Stellenwert [bemerkenswert], den McCLOSKEY und BULECHEK (2000) den Interventionen innerhalb des pflegerischen Feldes zuschreiben. Ihrer Meinung nach wird die Pflege als Disziplin durch die Pflegehandlungen identifiziert.«[1] Besonders in Zeiten des Wandels, aktuell ausgelöst durch die ökonomischen Zwänge und die gleichzeitige Zunahme der Abhängigkeitserkrankungen, ist es erforderlich pflegerisches Entscheiden und vor allem auch Handeln beschreiben sowie begründen zu können.

Aus diesen Gründen wurden, als primäres Ziel dieser Arbeit, die Tätigkeiten der beruflichen Pflege in dem Handlungsort der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie erfasst und abgebildet.

Als weiteres Ziel wurde überprüft, ob bestimmte Handlungsaspekte von den Pflegefachkräften tatsächlich ungenügend wahrgenommen werden.

Um diese Ziele zu erreichen wurden auf der Ebene des Arbeitsplatzes, also dem Alltag der Krankenpflegekräfte auf den Stationen, die pflegerischen Tätigkeiten mittels einer Multimomenterhebung systematisch erfasst.

Der Arbeitsplatz ist die Abteilung (3) für Abhängigkeitserkrankungen am Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried, die sich in zwei offen geführte Stationen unterteilt, die Station zur Qualifizierten Entzugsbehandlung und die Station für komorbide Abhängigkeitskranke.

»Die Multimomentaufnahme besteht in dem Erfassen der Häufigkeit zuvor festgelegter Ablaufarten beziehungsweise Tätigkeiten an einem oder mehreren gleichartigen Arbeitssystemen mit Hilfe stichprobenmäßig durchgeführter Kurzzeitbeobachtungen.«[2] Der Begriff Multimoment stammt aus dem Lateinischen, wo »multum« viel und »momentum« Augenblick bedeutet. Es handelt sich um eine empirische Methode, welche eine Erfassung von verschiedenen Tätigkeiten in großer Anzahl ermöglicht. Zunächst muss dazu der »zu untersuchende Ablauf in Ablaufarten« [3] gegliedert werden. Die Aufgabe der Untersuchungsperson besteht dabei im Beobachten und Erfassen der Tätigkeiten in bestimmten Arbeitssystemen zu vorher festgelegten Zeitpunkten. Es wird folglich bei Rundgängen mit zufälligen Zeitabständen durch Beobachtung festgestellt, welche konkrete Tätigkeit momentan ausgeführt wird.

Die Ergebnisse können durch Erhöhung des Stichprobenumfangs, also der Anzahl der Beobachtungen, auf jede gewünschte Genauigkeit abgestimmt werden. In dieser Erhebung wurde eine statistische Sicherheit von 95% angestrebt und auch erreicht. Somit sind gesicherte Aussagen möglich. Die Planung sowie die Durchführung der Multimomentstudie erfolgte nach dem »Standardprogramm der Multimomentaufnahme«[4] der REFA (Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung; heute Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung), das sich in folgende Arbeitsschritte gliedern lässt:

1. »Zielfestlegung
2. Ablaufarten festlegen und beschreiben
3. Rundgangplan festlegen
4. erforderlichen Beobachtungsumfang bestimmen
5. Rundgangzeitpunkte festlegen
6. erforderliche Beobachtungen durchführen
7. Zwischenauswertung mit Vertrauensbereich und Berechnung des Beobachtungsumfangs
8. Endauswertung« [5]

Die einzelnen Ablaufarten wurden in folgende Tätigkeitsblöcke zusammengefasst:

- A Pflegeinterventionen:** »Pflegehandlung, die aufgrund einer Pflegediagnose unternommen wird, um ein Pflegeergebnis zu bewirken.« [6]
- A.1 Beobachten: ist eine Art von Handlungstyp mit den spezifischen Merkmalen: jemanden oder etwas beachten/erkennen und sorgfältig anschauen/betrachten.
- A.2 Leiten (Managen): spezifische Merkmale: das Verantwortlichsein und das Erstellen einer Ordnung für jemanden oder etwas.
- A.3 Ausführen: spezifische Merkmale: das Durchführen einer (pflege-) technischen Aufgabe.
- A.4 Sorgen: spezifische Merkmale: betroffen sein über, sich sorgen um, Acht geben auf jemanden oder etwas.
- A.5 Informieren: spezifische Merkmale: jemandem etwas mitteilen.
- B Ärztliche Verordnungen** sind Handlungen, die Pflegenden in Bezug auf ärztliche Verordnungen oder Anordnungen unternehmen.
- C Administrative Tätigkeiten und Organisation der Station** umfassen Handlungen, die Pflegenden in Bezug auf verwaltungstechnische Erfordernisse und zur Koordination der Arbeitsabläufe unternehmen.
- D Tätigkeiten der Praxisanleitung** sind Handlungen, die Pflegenden in Bezug auf Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben unternehmen.
- E hauswirtschaftliche Tätigkeiten** enthalten Handlungen, die Pflegenden in Bezug auf interne Disposition und Sauberkeit ohne Beteiligung der Patienten unternehmen.

F Abwesenheiten beinhalten Handlungen, die Pflegenden mittelbar für die Patienten übernehmen und zur Abwesenheit von der Station führen oder die zur Erholung vorgeschrieben sind.

G Unterbrechungen beschreiben Störungen im Arbeitsablauf.

H Restkategorie erfasst alle Tätigkeiten, die im Tätigkeitskatalog nicht aufgeführt sind.

Um die angestrebte Reflexion zu ermöglichen wurde, vor Beginn der Datenerhebung eine prozentuale Einschätzung der Tätigkeiten durch die Mitarbeiter mittels Fragebogen durchgeführt, um einen Vergleich mit den Erhebungsergebnissen zu erreichen.

Die durchgeführte Erhebung ermöglicht folgende Beschreibung des aktuellen (Ist-) Zustandes:

Dem Tätigkeitsblock A. Pflegeinterventionen konnten insgesamt 65 % der Tätigkeiten zugeordnet werden. Darin enthalten als größte einzelne Gruppe, die Kategorie A.2 Leiten (Managen) mit 681 Zuordnungen und exakten 20,0 %, gefolgt von A.4 Sorgen mit 571 (16,8 %) und von A.5 Informieren mit 508 Beobachtungen (14,9 %). Erst nun folgt die erste Gruppe außerhalb der Pflegeinterventionen, nämlich die Kategorie C. Administrative Tätigkeiten und Organisation der Station mit 429 Erfassungen (12,6 %). Tätigkeiten der Art A.1 Beobachten wurden im Beobachtungszeitraum 371-mal, zu 10,9 %, ausgeführt. Ärztliche Verordnungen (B.) nahmen mit 261 Registrierungen 7,7 % der Zeit in Anspruch. Abwesenheiten (F.) konnten mit einem Anteil von 6,7 % (227) beobachtet werden, gefolgt von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (E.) mit 207 Zuordnungen (6,1 %). Nur 81-mal (2,4 %) konnte die Kategorie A.3 Ausführen, die »pflegetechnischen Handlungen« beobachtet werden. Nur die Praxisanleitung nahm mit 1,9 % (65 Registrierungen) weniger Zeit in Anspruch. Lediglich die Blöcke Unterbrechungen und Restkategorie bekamen keine Zuordnungen und werden in der weiteren Auswertung nicht mehr erwähnt.

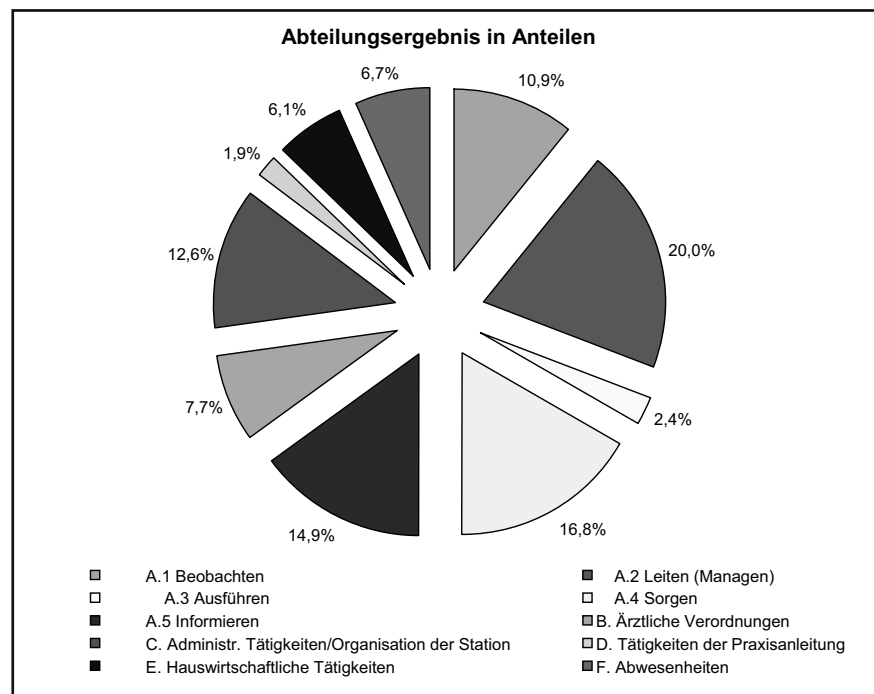


Abb. 2: Endergebnis im arithmetischen Mittel

Die erreichte statistische Sicherheit von 95% wird nun interessant. Mit der Aussagewahrscheinlichkeit von 95 % bei einem Vertrauensbereich von $f' = 1,0\%$ wird ausgedrückt, »dass der wahre, jedoch unbekannte Anteil der Ablaufart weniger als 1,0 % von dem Multimomentergebnis abweicht.« [7]

Die Tätigkeiten der beruflichen Pflege in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker an dem beschriebenen Arbeitsplatz sind realistisch erfasst und abgebildet worden.

Diese bilden nun die Basis zur Erarbeitung spezifischer Tätigkeits- und Anforderungsbeschreibung der Pflegekräfte sowie für gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen, um die Handlungskompetenz der Pflegekräfte verbessern zu können.

Ein interessanter Aspekt ist weiterhin, dass die ICNP- Pflegeinterventionsklassifikation sich zur Erfassung der Pfl egetätigkeiten in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker eignet.

Um das nächste Ziel zu verfolgen, nämlich die Annahme zu überprüfen, ob bestimmte Handlungsaspekte von den Pflegefachkräften ungenügend wahrgenommen werden, müssen die dargestellten Ergebnisse mit der vorgenommenen Selbsteinschätzung verglichen werden:

Deutlich unterschätzt wurde der Anteil der Tätigkeiten »Leiten« mit 10,8%. Überschätzt wurden dagegen die Tätigkeiten »Ausführen« mit 5,8% und die »Tätigkeiten der Praxisanleitung« mit exakten 5%. Realistisch eingeschätzt wurden die Tätigkeiten »Ärztliche Verordnungen«, »Administrative Tätigkeiten und Organisation der Station« sowie die »Abwesenheiten«.

Trotz möglicher Verzerrung durch die Information mittels Tätigkeitsinventar konnte belegt werden, dass bestimmte Handlungsaspekte von den Pflegekräften ungenügend wahrgenommen werden.

Auch wurde so eine Reflexionsgrundlage der Pflegepraxis, beispielsweise zur Optimierung des Pflegeprozesses, geschaffen.

Literatur

1. **Stemmer, R.:** Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen. 2003 in »Pflege & Gesellschaft« 2/2003 (8.Jahrgang/ Mai 2003) S.51 – 58DV Pflegewissenschaft: S 54
2. **REFA,** Methodenlehre der Betriebsorganisation Band 2: Datenermittlung. 1997, München: Hanser: S 232
3. **REFA,** Methodenlehre der Betriebsorganisation Band 2: Datenermittlung. 1997, München: Hanser: S 235
4. **REFA,** Methodenlehre der Betriebsorganisation Band 2: Datenermittlung. 1997, München: Hanser: S 237
5. **REFA,** Methodenlehre der Betriebsorganisation Band 2: Datenermittlung. 1997, München: Hanser: S 237
6. **ICN, ICNP –** Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. 2003, Bern: Verlag Hans Huber: S 140
7. **REFA,** Methodenlehre der Betriebsorganisation Band 2: Datenermittlung. 1997, München: Hanser: S 241

Hauptvortrag Auf dem Weg zu Forschungsprioritäten für die Pflege in der Psychiatrie

Christoph Abderhalden, Franziska Rabenschlag, Sabine Hahn, Virpi Hantikainen,
Rosmarie Sprenger, Lorenz Imhof

1 Einleitung

Weltweit zu beobachtende Trends zur Akademisierung der Pflege erzeugen auch in der Schweiz den Anspruch die Pflegeforschung zu intensivieren, um die Pflegepraxis auf evidenzbasiertes Wissen stützen zu können. Bis heute fehlt jedoch im deutschsprachigen Raum Europas eine klare strategische Ausrichtung der Pflegeforschung. Auch in der Schweiz ist die Pflegeforschung kaum koordiniert und inhaltlich wenig fokussiert. Die Zersplitterung finanzieller und personeller Ressourcen führt zu Projekten mit meist kleinen Datensätzen und beschränkter Aussagekraft. Eine öffentlichkeitswirksame Darstellung der Pflegewissenschaft als Basis für die Generierung finanzieller Mittel ist bis heute nur beschränkt gelungen. Aus diesen Gründen hat der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft VFP mit finanzieller Unterstützung der Firma F. Hoffmann-La Roche AG, Basel im Oktober 2005 das Projekt Swiss Research Agenda For Nursing (SRAN) lanciert. Eine schweizerische Forschungsagenda ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung der Pflegewissenschaft, um sich als ein tragendes Element der Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu etablieren. Als Vorarbeit zu diesem auf alle Bereiche der Pflege ausgerichteten Projekt hat sich die Akademische Fachgesellschaft Psychiatrie Pflege¹ mit spezifischen Forschungsprioritäten für die Pflege in der Psychiatrie befasst.

Forschung im Bereich der psychiatrischen Pflege ist angesichts der Bedeutung psychischer Gesundheitsprobleme sehr wichtig. Nationale und internationale Studien zeigen, dass fast jede zweite Person und oder jede vierte Familie einmal im Leben von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind [1]. Neuropsychiatrische Störungen stellen in Europa nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweitgrößte Krankheitslast dar. Zählte man die Folgen von Alkohol- und Drogenmissbrauch hinzu, würden psychische Störungen sogar deutlich den Spitzenrang einnehmen. Sie stehen für 19,5% aller DALY (disability-adjusted life-years – um Behinderung bereinigte Lebensjahre, ein Maß für die Krankheitslast).

¹www.pflegeforschung-vfp.ch

Psychische Gesundheit wird vom International Council of Nurses [2], von der WHO und von der Europäischen Union als zentrale gesundheitspolitische Herausforderung angesehen und es wurden in den vergangenen Jahren verschiedene internationale und regionale Aktionspläne formuliert [3-6]. In der Schweiz wurde die psychische Gesundheit als prioritäres Teilprojekt des Projektes Nationale Gesundheitspolitik definiert [7]. Das von den Kantonen und vom Bund entwickelte und mittlerweile (2005) akzeptierte Strategiepapier setzt die Prioritäten bei der Früherkennung von psychischen Krankheiten, bei frühen Interventionen zum Erhalt der schulischen oder beruflichen Integration [7]. Für die Schweiz wurde verschiedentlich festgestellt, dass die Datenlage und der allgemeine Public-Health-Wissensstand im Bereich psychische Gesundheit ungenügend ist [7, 8]. Eine Analyse der vorliegenden wissenschaftlichen Informationen zeigt, dass sich die Forschung nicht an der Public-health-Bedeutung bestimmter Störungen orientiert und dass Versorgungsfragen, gesundheitsökonomische und präventive Fragen kaum untersucht werden [9].

2 Fragestellungen

1. Welches sind in der internationalen Fachliteratur publizierte systematisch und spezifisch für die psychiatrische Pflege ermittelte Forschungsprioritäten?
2. Welche Forschungsprioritäten für die psychiatrische Pflege lassen sich aus allgemeinen (nicht pflege-spezifischen) Dokumenten über Forschungsprioritäten im Bereich Psychiatrie/psychische Gesundheit oder aus offiziellen programmatischen Texten zu Psychiatrie/psychischer Gesundheit ableiten?
3. Welche Forschungsprioritäten werden von Psychiatriepflegefachleuten in der Schweiz gesetzt?
4. Welche der anhand der Literatur und anhand der durch die Psychiatriepflegefachleute erstellten Liste identifizierten Forschungsprioritäten werden von den Mitgliedern der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrie Pflege als besonders wichtig eingeschätzt?

3 Methode und Material

Wir haben die Datenbanken Medline (PubMed)¹ und CINAHL² nach spezifischen Artikeln zum Thema durchsucht. Ergänzend haben wir im Internet mit Google³ nach Dokumenten über Forschungsprioritäten in der psychiatrischen Pflege oder im Bereich Psychiatrie/psychische Gesundheit gesucht. Mit Pflegefachleuten aus der Psychiatrie haben wir die Frage der Forschungsprioritäten an zwei Workshops an Fachtagungen diskutiert. Eine Liste mit Forschungsprioritäten wurde von 9 Mitgliedern der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege mit je 1 – 10 Punkten im Hinblick auf ihre Wichtigkeit bewertet (10 Punkte = grösste Priorität). Aufgrund der Mittelwerte dieser Bewertungen haben wir diese Liste nach Priorität geordnet.

Ergebnisse

1. Gefundenes Material

Die Literatursuche ergab 3 systematisch entwickelte Listen von spezifisch pflegerischen Forschungsprioritäten, 2 systematisch entwickelte allgemeine Forschungsprioritäten im Bereich Psychiatrie/mentale Gesundheit, mehrere gesundheitspolitische Grundsatzpapiere zu psychischer Gesundheit mit expliziten oder impliziten Hinweisen auf Forschungsprioritäten, 2 Reviews über Publikationen aus der psychiatrischen Pflege, aus denen Schlussfolgerungen für Forschungsprioritäten gezogen werden oder werden können, sowie verschiedene allgemeine Pflege-Artikel mit Aussagen zum Thema Forschungsprioritäten.

2. Systematisch entwickelte Listen von spezifisch pflegerischen Forschungsprioritäten

Wir haben drei systematisch entwickelte Listen von spezifisch pflegerischen Forschungsprioritäten identifiziert, eine kanadische aus dem Jahr 1997 [10] und zwei US-amerikanische aus den Jahren 1981 bzw. 1999 [11, 12]. Ventura und Waligora-Serafin [11] haben mit einer Gelegenheitsstichprobe von 84 MitarbeiterInnen eines medizinischen Dienstes der Veteran Administration

eine 3-Runden-Delphistudie durchgeführt und 15 konkrete Forschungsthemen identifiziert. Die Studienpopulation von Davidson et al [10] bestand aus einer Gelegenheitsstichprobe von 92 Psychiatriepflegenden einer Region Kanadas. In einer 4-Runden-Delphistudie wurden 50 Forschungsfragen generiert. Pullen et al [12] haben eine systematische Literaturrecherche nach 1990-1996 publizierten Arbeiten über pflegerische Forschungsprioritäten durchgeführt und aus den gefundenen 18 Quellen 54 spezifisch die psychiatrische Pflege betreffende Forschungsfragen extrahiert.

3. Systematisch entwickelte allgemeine Forschungsprioritäten im Bereich Psychiatrie/mentale Gesundheit

Jorm et al [13] haben im Auftrag der australischen Gesundheitsbehörde eine systematische Studie über Forschungsprioritäten im Bereich psychische Gesundheit durchgeführt. Sie haben dabei den aktuellen Forschungsstand in Beziehung gesetzt zur Prävalenz einzelner psychiatrischer Störungen/Probleme, ihrer Krankheitslast, ihren Kosten, den Forschungsprioritäten verschiedener Stakeholder (ForscherInnen, Betroffenenorganisationen, KlinikerInnen, Forschungsfinanzierungsinstitutionen) sowie zu den Zielen der nationalen Gesundheitspolitik. Als Forschungspriorität wurden diejenigen Themen festgehalten, bei denen der eruierte Forschungsstand im Hinblick auf diese Kriterien unterrepräsentiert war. Forschungsprioritäten wurden formuliert im Hinblick auf

- psychiatrische Störungen/Probleme (*Priorität = Affektive Störungen, insbesondere Depression; Suizid; Selbstverletzung*)
- Settings (*Priorität = Gemeinde, Primärversorgung, insbesondere Allgemeinpraxen*)
- Studieninhalte (*Priorität = Prävention, Gesundheitsförderung*)
- Populationen (*Priorität = Kinder und Adoleszente; sozial und ökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen*).

Hodgins [14] hat aufgrund einer Literatursichtung 6 Forschungsprioritäten für den Bereich der seelischen Gesundheit in forensischen Kontexten identifiziert. Diese Forschungsprioritäten tragen den vorgefundenen Wissenslücken Rechnung.

1 MedLine (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

2 CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); www.cinahl.com

3 www.google.ch

4. Gesundheitspolitische Grundsatzpapiere zu psychischer Gesundheit mit expliziten oder impliziten Hinweisen auf Forschungsprioritäten

Verschiedene Grundsatzpapiere internationaler Organisationen zu psychischer Gesundheit betonen die Bedeutung dieses Aspekts und enthalten auch explizite oder implizite Aussagen über Forschungsprioritäten. Auch der International Council of Nurses ICN hat eine entsprechende Stellungnahme verabschiedet [2]. Eine wichtige Rolle spielt der Weltgesundheitsbericht 2001 der WHO, welcher ganz der psychischen Gesundheit gewidmet ist [1]. In den letzten Jahren sind entsprechende Grundsatzberichte, Erklärungen und Aktionspläne auf Europäischer Ebene gefolgt [3-6]. In der Schweiz soll psychische Gesundheit einer der Schwerpunkte der nationalen Gesundheitspolitik werden [7].

Gemeinsam an diesen verschiedenen Positionspapieren ist die Fokussierung auf den Public-Health-Ansatz und auf Versorgungsfragen, unter anderem durch Betonung der Bedeutung von präventiven Ansätzen und der grossen Rolle der Primärversorgung für die Erkennung und Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme. Entsprechend wird ein grosser Forschungsbedarf konstatiert im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention und Früherkennung, in der Evaluation gemeindeintegrierter Versorgungssysteme und im Bereich von gesundheitsökonomischen Untersuchungen.

5. Reviews über Publikationen aus der psychiatrischen Pflege, aus denen Schlussfolgerungen für Forschungsprioritäten gezogen werden oder werden können

Wir fanden vier Übersichtsarbeiten, in denen aufgrund von Literaturübersichten bzw. aufgrund einer Darstellung bisheriger Forschung Prioritäten für zukünftige Forschung abgeleitet werden.

Abraham et al [15] ziehen aus einer literaturgestützten Analyse der Situation älterer auf dem Lande lebender Menschen den Schluss, dass Forschung zur psychischen Gesundheit und psychiatrischen Versorgung dieser Population besondere Priorität haben sollte.

Yonge et al [16, 17] haben quantitative, in den Jahren 1982-1992 publizierte und pflegeprozessbezogene Studien aus dem Bereich der Psychiatriepflege analysiert. Nur selten wurden diejenigen Aspekte untersucht, die nach Einschätzung der AutorInnen aufgrund der Veränderungen in der Psychiatrielandschaft Priorität haben sollten: *biologische Aspekte,*

Arbeit mit chronisch und anhaltend psychisch Kranken, Verschiebung der Behandlung/Pflege in die Gemeinde, Zusammenarbeit mit PsychiatrienutzerInnen, kulturbezogene Aspekte, spezielle Populationen, Gesundheitsförderung, Rehabilitation sowie Outcomes der psychiatrischen Pflege.

Zauszniewski und Sureski [18] untersuchten die während 3 Jahren in 5 verbreiteten Fachzeitschriften publizierten Studien im Hinblick auf die darin enthaltene für die Praxis nutzbare wissenschaftliche Evidenz. Die meisten Studien waren im stationären Setting durchgeführt worden und nur 11% waren Studien zur Prüfung der Wirksamkeit von Pflegeinterventionen. Aus den analysierten Studien lässt nach Ansicht der Autorinnen deshalb wenig handfeste Evidenz für die Praxis ableiten.

6. Allgemeine Pflege-Artikel mit Aussagen zum Thema Forschungsprioritäten

Verschiedene AutorInnen betonen die Wichtigkeit einer spezifischen Forschungsagenda für die psychiatrische Pflege [19-21]. Forschungsagenden sollen in engem Austausch mit der Praxis erstellt werden [21, 22], andererseits wird ein weitgehender und konsequenter Nutzereinbezug gefordert [23]; siehe auch [24, 25]. Gillies [26] zeigt anhand von Forschungsagenden aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass dies bisher viel zu wenig der Fall war und fordert den Einbezug aller relevanten Stakeholder.

Inhaltlich plädieren mehrere AutorInnen dafür, dass sich die Forschung im Bereich der psychiatrischen Pflege auf die Versorgung schwer und anhaltend psychisch Kranker in der Gemeinde konzentrieren sollte [27]. Grosse Übereinstimmung herrscht in Bezug auf den Bedarf nach mehr Interventionsforschung. Dazu gehören das Entwickeln und Testen von Outcome-Massen [20], Outcomeforschung, das Bestimmen von Determinanten wirksamer Pflege, die Identifikation von Einflussfaktoren auf den Zugang zu Pflege, das Untersuchen verschiedener Organisationsmodelle der Pflege (nursing service delivery models), das Entwickeln und Testen von Pflegepraktiken für anhaltend psychisch kranke Menschen [28]. Dabei sollten auch positive Dimensionen von psychischer Krankheit berücksichtigt werden [28]. Auch gemäss Magyary [29] sollte Forschung im Bereich der Psychiatriepflege vermehrt auf Gesundheit ausgerichtet sein. Als Bereiche mit dringendem Forschungsbedarf werden Inhalt und Wirksamkeit spezifischer evidenzbasierter Ausbildungs- und Trainingsprogramme für die Arbeit in der Akutpsychiatrie [30] und die Kosteneffizienz von psychiatrischer Liaisonpflege in verschiedenen Settings [31] genannt.

7. Ergebnisse der Workshops

Am ersten Workshop wurden in Kleingruppen- und Plenumsdiskussionen einerseits allgemeine Bereiche benannt, in denen nach Ansicht der Teilnehmenden Forschung nötig und sinnvoll ist (z.B. »Pflegeforschung zur Förderung des Symptommanagements der Patienten«). Daneben wurden an beiden Workshops auch allgemeinere Themen im Zusammenhang mit Pflegeforschung besprochen. Die Teilnehmenden betonten zum Beispiel, dass psychiatrischen Pflegeforschung methodisch vielfältig sein soll (quantitative *und* qualitative Ansätze), und dass schlecht messbare Grössen wie Da-Sein/Anwesenheit oder das Beziehungsangebot nicht vernachlässigt werden dürfe.

8. Nach Priorität geordnete Forschungsthemen

Aus der Literatur und den Workshopergebnissen wurden 54 Forschungsthemen extrahiert. Tabelle 1 zeigt die 10 wichtigsten Themen aus dieser Liste nach der Prioritätenordnung, die sich aus der Bewertung der Wichtigkeit der Themen durch die Mitglieder der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege ergeben haben.

Tabelle 1: Nach Priorität geordnete Forschungsthemen

Mögliche Forschungsthemen	Rang	MW Priorität	Quelle
Fokussierung der Forschungsaktivitäten auf die aus Public-Health-Sicht besonders bedeutsamen Probleme Depression und Suizidalität	1	8.67	[13]
Untersuchungen pflegerischer Aspekte im Bereich neuer sozialpsychiatrischer Versorgungsansätze (z.B. Home Treatment etc.)	2	8.56	[32, 33]
Fokussierung der Forschungsaktivitäten auf die Gemeinde, den ambulanten psychiatrischen Bereich und Settings ausserhalb der stationären Psychiatrie (»wo die Mehrzahl der PatientInnen ist«)	3	8.44	[32, 33] [13]
Welche pflegerischen Interventionen können zur Reduktion von Rehospitalisierungen bei PatientInnen mit chronischen psychischen Problemen beitragen?	4	8.22	[11]
Kosten-Nutzen-Analysen verschiedener Formen der Versorgung	5	8.00	[7]
Wie wirken sich das Vorhandensein eines 24-Std-Krisenangebots und eine gezielte Nachsorge (Follow-up) auf die Outcomes bei entlassenen PsychiatriepatientInnen aus?	6	7.78	[10]
Fokussierung der Forschungsaktivitäten auf psychiatrisch tendenziell unterversorgte Bevölkerungsgruppen (z.B. Betagte, Kinder/Jugendliche, MigrantInnen)	7	7.67	[13]
Welche Pflegeansätze sind am wirksamsten als Intervention in der Pflege von psychisch kranken PatientInnen, die schwere Probleme haben, mit Alltagsanforderungen zurechtzukommen	8	7.56	[10]
Welches sind pflegerelevante Korrelate und Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit?	9	7.44	[12]
Untersuchungen zu pflegerischen Möglichkeiten in der Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker	9	7.44	[3]

Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über in der Literatur erwähnte Forschungsprioritäten für die psychiatrische Pflege zu gewinnen und diese Themen nach deren Wichtigkeit zu bewerten, um erste Prioritäten für die Psychiatriepflege in der Schweiz zu identifizieren.

Die als prioritär bewerteten Themen decken sich mit den Prioritäten, die international als wesentlich angesehen werden für die Entwicklung der psychiatrischen Pflege und der psychiatrischen Versorgung. Sie entsprechen der derzeitigen Umorientierung der psychiatrischen Pflege, z.B. in Form einer vermehrten Berücksichtigung des ausserklinischen Bereichs, in der Gewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung, in der Fokussierung auf Interventions- und Versorgungsforschung und in der Bedeutung, die Public-Health-Aspekten zukommt.

Das gefundene Material für diese Arbeit war sehr heterogen und von unterschiedlicher Qualität. Wir fanden nur wenige systematisch entwickelte Listen von spezifisch psychiatrie-pflegerischen Forschungsprioritäten. Problematisch an diesen Arbeiten sind zum Teil ihr Alter, aber auch methodische Probleme, zum Beispiel in Form von unklaren oder nicht deklarierten Kriterien für die Prioritätensetzung; Sampling-Bias durch die Auswahl der ExpertInnen; Bias durch fehlenden Bezug zum vorhandenen Wissen (dadurch spiegeln die Forschungsprioritäten möglicherweise eher Praxisprobleme oder Probleme mit der Kommunikation und dem Transfer bestehenden Wissens); die Prioritäten orientieren sich an der psychiatrischen Versorgung der USA; keine der Studien berücksichtigt die Interessen, Meinungen, Präferenzen wichtiger stakeholder (PatientInnen/Nutzerperspektive!); und zum Teil sind die Arbeiten nicht unabhängig voneinander. Die Verwendung von Reviews über frühere Publikationen aus der psychiatrischen Pflege zur Identifizierung von zukünftigen Prioritäten ist zwar sinnvoll zum Eruiieren von Trends, hingegen problematisch, weil damit möglicherweise einfach eine traditionelle Forschungspraxis weitergeschrieben wird.

Interessante Ansätze enthalten die gefundenen systematisch entwickelten allgemeinen Forschungsprioritäten und Aktionsprogramme im Bereich Psychiatrie/mentale Gesundheit, da sie Aspekte wie den aktuellen Wissensstand (bzw. Wissenslücken), die Krankheitslast, epidemiologische und gesundheitsökonomische Gesichtspunkte sowie die Meinungen wichtiger Stakeholder berücksichtigen. Eine gewisse Schwierigkeit liegt bei diesen Materialien darin, dass zum Teil unklar ist, was an den allgemeinen Prioritäten jeweils der Pflegeanteil sein könnte, und weil die Prioritäten eher abstrakt sind.

Bei der Bearbeitung der Frage nach Forschungsprioritäten für die psychiatrische Pflege sind wir mit der Frage konfrontiert, wie dieses Fachgebiet abzugrenzen ist. Das ist deshalb wichtig, weil sich die psychiatrische Pflege

in einer Umorientierungsphase befindet und immer wieder eine »Rekonzeptualisierung« gefordert wird [vgl. z.B.19, 29, 34, 35].

Es stellt sich zum Beispiel die Frage, ob es sich immer dann um *psychiatrische* Pflege handelt, wenn PatientInnen mit psychiatrischen Problemen gepflegt werden (wo auch immer), oder z.B. nur dann, wenn diese PatientInnen von speziell ausgebildeten Pflegenden spezifische Unterstützung erhalten, oder z.B. nur dann, wenn diese Pflege im Rahmen der spezialisierten psychiatrischen Versorgung erfolgt.

Psychiatrische Probleme gehören etwa in der Gerontologischen Pflege zu den häufigsten medizinischen und pflegerischen Problemen. Im Bereich der Alterspsychiatrie ist es z.B. so, dass nur eine Minderheit der Demenzkranken stationär psychiatrisch behandelt wird, allenfalls zur Krisenintervention, gerontopsychiatrische Pflegestationen gibt es kaum noch. Demenz als eine der häufigsten psychischen Krankheiten im Alter ist damit in der Psychiatrie eher ein Randthema geworden. Für diese Arbeit wurden deshalb psychiatrische Probleme des höheren Lebensalters ausgeklammert und dem Gebiet der gerontologischen Pflege zugeordnet.

Limitationen

Unsere Arbeit hat einige Limitationen. Mit unserer Suchstrategie haben wir nur publizierte oder im Internet zugängliche Quellen mit expliziter Nennung von »Agenda« oder »Priorität« gefunden. Auf diese Weise haben wir unter anderem viele Hinweise aus einzelnen Studien nicht erfasst (Empfehlungen für weitere Studien, need for further study, etc.). Prioritäten/Schwerpunkte einzelner Forschungsinstitutionen sind nicht berücksichtigt.

Die entstandene bewertete Liste wurde allein von Mitgliedern der Akademischen Fachgesellschaft psychiatrische Pflege bepunktet. Es ist unsicher, ob andere psychiatrisch Pflegenden oder andere Stakeholder wie z.B. psychiatrienerfahrene Menschen ähnliche Gewichtungen vorgenommen hätten.

Literatur

1. **WHO, The world health report: 2001: Mental health - new understanding, new hope.** 2001, Geneva: World Health Organization WHO.
2. **International Council of Nurses ICN,** Position statement mental health (adopted 1995, revised 2002). 2002.
3. **WHO, Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit:** Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (EUR/04/5047810/7). 2005, Kopenhagen: WHO Europa: Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit - Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (Helsinki, 12.-15. Januar 2005):.
4. **Europäische Kommission - Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz,** Grünbuch »Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union« (KOM(2009)484). 2005.
5. **Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit,** Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (Dokument EUR/04/5047810/6; 14.01.2005;52669). 2005.
6. **Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit,** Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (Dokument EUR/04/5047810/7; 14.01.2005;52673). 2005.
7. **Nationale Gesundheitspolitik Schweiz,** Psychische Gesundheit: Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. 2004, Bern: Nationale Gesundheitspolitik.
8. **Ajdacic-Gross, V. and M. Graf,** Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. 2003, Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
9. **Meyer, P. and R. Ricka, eds.** Wissenschaftliche Informationen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz. 2005, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN: Neuchâtel.
10. **Davidson, P., et al., Voices from practice:** mental health nurses identify research priorities. Arch Psychiatr Nurs, 1997. 11(6): p. 340-5.
11. **Ventura, M.R. and B. Waligora-Serafin,** Study priorities identified by nurses in mental health settings. Int J Nurs Stud, 1981. 18(1): p. 41-6.
12. **Pullen, L., I. Tuck, and D.C. Wallace,** Research priorities in mental health nursing. Issues Ment Health Nurs, 1999. 20(3): p. 217-27.
13. **Jorm, A., et al.,** Research priorities in mental health. 2001, Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
14. **Hodgins, S.,** Research priorities in Forensic Mental Health. International Journal of Forensic Mental Health, 2002. 1(1): p. 7-23.
15. **Abraham, I.L., et al.,** Mental health of rural elderly: a research agenda for nursing. Issues Ment Health Nurs, 1994. 15(3): p. 203-13.
16. **Yonge, O., et al.,** A systematic review of the psychiatric/mental health nursing research literature 1982-1992. J Psychiatr Ment Health Nurs, 1997. 4(3): p. 171-7.
17. **Yonge, O., Z. Qiupling, and J. Zaleski,** Variables and designs in psychiatric/mental health nursing research articles published from 1982 to 1992. J Psychiatr Ment Health Nurs, 1997. 4(5): p. 339-43.
18. **Zauszniewski, J.A. and J. Suresky,** Evidence for psychiatric nursing practice: an analysis of three years of published research. Online J Issues Nurs, 2004. 9(1): p. 13.
19. **Schulz, M.,** Rekonzeptualisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. Pflege & Gesellschaft, 2003. 8(4): p. 140-145.
20. **McCabe, S.,** Uniting the family of psychiatric nurses: commonalities and divergences in the nursing lives we lead. Perspect Psychiatr Care, 2005. 41(1): p. 35-41.
21. **Ricard, N.,** The new challenges of mental health nursing research and practice. Can J Nurs Res, 1999. 31(2): p. 3-15.
22. **Chafetz, L., G.M. Collins-Bride, and M. White,** A nursing faculty practice for the severely mentally ill: merging practice with research. Nurs Outlook, 2004. 52(4): p. 209-14.
23. **Hostick, T.,** Developing user involvement in mental health services. J Psychiatr Ment Health Nurs, 1998. 5(6): p. 439-44.
24. **Tallon, D., J. Chard, and P. Dieppe,** Relation between agendas of the research community and the research consumer. Lancet, 2000. 355(9220): p. 2037-40.
25. **Goodare, H. and S. Lockwood,** Involving patients in clinical research. Improves the quality of research. Bmj, 1999. 319(7212): p. 724-5.
26. **Gillies, D.,** Identifying research priorities for the health care of children and adolescents. Contemp Nurse, 2005. 19(1-2): p. 161-8.
27. **Owen, S. and J. Sweeney,** The future role of the mental health nurse. Nurse Educ Today, 1995. 15(1): p. 17-21.
28. **McCabe, S.,** Bringing psychiatric nursing into the twenty-first century. Arch Psychiatr Nurs, 2000. 14(3): p. 109-16.
29. **Magyary, D.,** Positive mental health: a turn of the century perspective. Issues in Mental Health Nursing, 2002. 23(4): p. 331-349.
30. **Jones, J. and T. Lowe,** The education and training needs of qualified mental health nurses working in acute adult mental health services. Nurse Educ Today, 2003. 23(8): p. 610-9.
31. **Roberts, D.,** Liaison mental health nursing: origins, definition and prospects. J Adv Nurs, 1997. 25(1): p. 101-8.
32. **Hahn, S. and V. Hantikainen,** Forschungsprioritäten für psychiatrische Pflege: Resultate des Workshop am 2. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, UPD Bern, 3.12.2005. 2005.
33. **Hahn, S. and R. Sprenger,** Diskussion zu Forschungsprioritäten für die psychiatrische Pflege; VFP-PES-Tagung »Forschung anwenden - die Pflegepraxis verbessern«, Bern, 23.02.2006. 2006.
34. **Lüthi, R.,** »Wir müssen zu den Leuten gehen«. Krankenpflege Soins Infirmiers, 2004. 97(10): p. 26-27.
35. **Lüthi, R.,** Psychiatrische Pflege in nichtpsychiatrischen Settings, in Psychiatrische Pflege - Verschiedene Settings, Partner, Populationen, C. Abderhalden and I. Needham, Editors. 2005, Ibicura-Verlag: D-Unterostendorf. p. 44-51.

Die pflegend-haltgebende Beziehung

Rudi Bernatzki

Die Posterpräsentation stellt die pflegend-haltgebende Beziehung [1] als zentrale pflegerische Haltung im Rahmen der Psychotherapeutischen Tagesklinik [2] der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK), Basel, Schweiz, dar.

Pflegediagnostik und Indikation

Vor dem Entwicklungsprozess zur haltgebenden Beziehung wird die Pflegediagnose erstellt und ein Fokus ermittelt, der als Pflegeziel (wie ein „roter Faden“) in den im Wochenplan festgelegten, regelmässigen Pflegegesprächen thematisiert wird. Bei der Ermittlung der Pflegediagnose achten wir darauf, dass nicht formalistisch Fragen gestellt werden. Wir wollen bereits zu Beginn des Kennenlernens das funktionale Element zurückstellen. (Wer als Funktionär wahrgenommen wird, braucht sicher mehr Zeitaufwand, wenn es darum geht, eine menschliche Beziehung zu entwickeln). Das Erstgespräch [3] wird so geführt, dass auch Raum für sympathische Gefühle vorhanden ist. Während des Gespräches wird offenbar, welche Pflegediagnosen jetzt zu beachten sind. Daraus ergibt sich nach Unterscheidungskriterien „Wesentlich /Unwesentlich“, ein Fokus, der am Ende des Gespräches als Pflegeziel formuliert wird.

Zur besseren Objektivierung der Pflegediagnosen wenden wir die NANDA Taxonomie 2 [4] an.

Häufig vorkommende Diagnosekriterien sind:

- Das Einschätzen des Ausmasses der Angst eines/r Patienten/in
- Störung des Selbstwertgefühls
- Gefahr der selbstgefährdenden Gewalttätigkeit
- Abhängigkeitsproblematik (Essen, Alkohol, Drogen, Beziehungen)
- Körperbildstörungen
- Hoffnungslosigkeit

Es liegt nahe, dass für die oben genannten Pflegediagnosen die bewusst pflegend-haltgebende Beziehung im täglichen pflegerischen Handeln eine Möglichkeit bietet, Vertrauen zu schaffen und damit eine wirksame Hilfe für betroffene Patienten sein kann.

Das Pflegekonzept in Hinsicht auf die pflegend-haltgebende Beziehung

Die pflegend-haltgebende Beziehung beginnt mit Zuwendung der/s Pflegenden zum/r Patienten/in (Empathie), bis Sympathie (beiderseitiges Mitfühlen) entsteht. Im Umgang mit den Patienten sind **Verlässlichkeit, Sorgfalt** und **Respekt** sehr wichtig. Hilfreich sind klare Vereinbarungen und Rahmenbedingungen, über die die Patienten bei der Aufnahme auf der Abteilung informiert werden.

Es gehört zum Standard, dass Patienten zu Beginn über festgelegte Termine zu Pflegegesprächen informiert werden, dass ihnen der Wochenplan erläutert wird und dass sie die Stationsregeln in schriftlicher Form erhalten (einschliesslich mündlicher Erläuterung). Im Verhalten orientiert sich die/der Pflegenden an den oben genannten Richtlinien.

Im weiteren Verhalten sind Formen der Fairness und wenn möglich vorbildlicher Umgang mit den Bedingungen des Alltags hilfreich, wie z. B. eine akzentuiertere Sprache anwenden; beim gemeinsamen Essen gute Manieren zeigen; Humor haben (über sich selbst lachen können); für eine entspannte Atmosphäre sorgen, die Offenheit und Kritik jederzeit zulässt.

Es geht um die Entwicklung eines pflegerisch-therapeutischen Milieus, in dem sich die Patienten wohl fühlen, dass heisst:

- Das Gefühl von Sicherheit geben durch zuverlässige Anwesenheit.
- Über Abwesenheiten im voraus informieren.
- Das Gefühl geben, dass man sich jederzeit bemühen wird, in Krisen und schwierigen Situationen da zu sein, sich Zeit nehmen wird, um mit der/m
- Patientin/en zu reden.

Es geht auch darum, zu verstehen, dass das eigene innere Erleben sich im äusseren widerspiegeln kann. Was bedeutet, ich muss meine eigenen Gefühle wahrnehmen und reflektieren, um die Beziehung zum Patienten besser verstehen zu können. Bei Übertragungsproblemen (z.B. Vater / Mutter) ist es wichtig, diese Situation in der hier entstandenen menschlichen Pflegebeziehung zu klären. Somit auch die bestmögliche „Nähe und Distanz“ herauszufinden.

Hieraus geht hervor, dass die Haltung zur Aufnahme einer pflegend-haltgebenden Beziehung mehr als nur technisches Wissen erfordert, das heisst, die/er Pflegenden ist aus freiem Entschluss bereit, diese Form der Beziehung einzugehen, hat entsprechendes Selbstbewusstsein.

Anwendung des Konzeptes

Ein Fallbeispiel aus unserer täglichen Praxis kann die Anwendung des Konzeptes näher bringen:

Herr P. (53 J.) kam zu uns in die Psychotherapeutische Tagesklinik, um in einem weiteren Schritt (er wurde uns aus einer stationären externen Klinik überwiesen) aus einer schweren depressiven Krise herauszufinden. Zu Beginn der Behandlung hatte er zusätzlich zu hoch dosierten Antidepressiva noch hoch dosiert Tranquilizer (Temesta [Tavor]) verordnet bekommen. Innerhalb eines halben Jahres musste sich der Patient zweimal Notoperationen unterziehen (Aortenaneurisma). Vor diesen lebensbedrohlichen Ereignissen lebte der Patient in sehr gut organisierten, geregelten Bedingungen, sozial sehr gut integriert. Er leitete als Techniker eine Entwicklungsabteilung, die, bevor neue Medikamente in grösseren Mengen hergestellt werden, Produktionsabläufe im Kleinen vorbereitet und testet. Bei seinen Mitarbeitern und Vorgesetzten war und ist er sehr geschätzt.

Mit seiner Frau (41 J.) ist er seit gut 20 Jahren verheiratet. In seiner Freizeit engagiert er sich aktiv in der Basler Fasnacht und interessiert sich für gute Filme (Kino). Der Patient fand Halt, Sicherheit und Wohlbefinden in seiner für ihn sehr gut angepassten Lebensweise. Ein überaus starkes Zusammentreffen zweier Ereignisse entzog ihm diese Basis. Kurz nach seiner zweiten Aortenaneurisma-Operation teilte ihm seine Frau mit, dass sie einen Liebhaber habe und sich von ihm trennen wolle.

Damit war das Ausmass seiner **Angst** ausserordentlich hoch geworden (Todesangst plus Angst vor Trennung, Alleinsein, Isolation, Hilflosigkeit). Wie sich im Gespräch herausstellte, hatte er eine starke **Gefühlsabhängigkeit** von seiner Frau, was durch seine Entwicklung als Kind (starke Bindung an seine Mutter) durchaus erklärbar wurde.

Diese beiden Pflegediagnosen waren dann Grundlage für die pflegerische Behandlung und Betreuung und zum bewussten Anstreben einer pflegend-haltgebenden Beziehung zum Patienten.

Zu Beginn der Behandlung war der Patient ziemlich demoralisiert. Er fühlte sich hoffnungslos, sah keinen Sinn mehr im Leben. Er hatte den Eindruck, dass ihn nur noch die Medikamente am Leben erhalten. Allmählich nahm er dann Beziehung zu seiner Therapeutin (eher in abhängiger Form) und auch zu mir (eher in unabhängiger Form) auf. Die schwere Krise wirkte sich regressiv aus: Mutter-Vater-Übertragung. Da die Eltern des Patienten von ihm durchaus positiv erlebt wurden, gelang es relativ schnell, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen. Somit war ein wichtiger Schritt in Richtung pflegend-haltgebende Beziehung getan.

Allmählich wurde es möglich, den Patienten aus seinem Tief herauszuführen. Er konnte Selbstbewertungen reflektieren, seine Ressourcen und Fähigkeiten wieder erkennen.

Wir beschäftigten uns auch mit der Sinnfrage: Gegenüberstellung von Abhängigkeit und Autonomie (Energie und Kraft investieren, um ‚sich selbst‘ zu werden). Es ging nicht um Erwartungen in Richtung „besserer Mensch werden“. Eher darum, das eigene Menschsein mit den dazugehörigen Unzulänglichkeiten akzeptieren zu lernen. Ich stellte dem Patienten dar, dass ich auch kein besserer Mensch bin, mir das Leben nicht unnötig durch zu besondere Idealvorstellungen erschwere. Er könne täglich wahrnehmen, dass ich auch meine Fehler und Schwächen habe; nur stelle ich mich nicht selbst in Frage.

Ein Grossteil unserer gemeinsamen Arbeit waren aufbauende Gespräche. Allmählich konnte der Patient wieder seinen Lebenssinn finden. Es wurde möglich, Krisen-situationen gemeinsam zu überstehen. Unsere Beziehung

trug den Patienten auch an schwierigen Abenden und Wochenenden, so dass es zu keiner selbst-gefährdenden Handlung kam. Vor einem Therapeutenwechsel konnte er zeitweilig ohne Medikamente zurechtkommen. Der Wechsel zu einer anderen Therapeutin zeigte dann, dass er sich durchaus nicht immer nur anpasst, was zu einem unabhängigeren Beziehungserleben führte. Seine Abhängigkeit äusserte sich nach dem Wechsel verstärkt in der Forderung nach unterstützenden Medikamenten. Diese Forderung schwächte sich im Laufe der weiteren Entwicklung ab. – Die Grundlage für eine autonome Entwicklung des Patienten war gelegt.

Die Medikamentendosis konnte schrittweise herabgesetzt werden. Der Patient bekam am Ende noch 0,25 mg Temesta [Tavor] pro Tag. Ihm war es wichtig, uns zu zeigen, dass er noch nicht wirklich autonom ist. Wobei wir gut verstehen können, dass auch diese Haltung Teil seiner Autonomie ist. Ihm wurde damit die Ablösung von uns erheblich erleichtert.

Er kehrte er an seinen Arbeitsplatz zurück und übernahm dort eine neue interessante Aufgabe, die es ihm nun ermöglicht, seine Leistungsgrenzen gut einzuhalten. Zudem konnte er den Konflikt mit seiner Frau weitgehend klären und lebt wieder mit ihr zusammen.

Die hier möglich gewordene pflegend-haltgebende Beziehung half dem Patienten, über schwierige Krisen hinwegzukommen und unterstützte sein Selbstwertgefühl sowie sein Selbstbewusstsein.

Literatur

1. **Bernatzki R.** Über den pflegerischen Umgang mit Patienten, die unter Depressionen leiden. Psych Pflege Heute 2005; 11: 328 – 332
2. **Küchenhoff J.** Teilstationäre Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, 1998
3. **Bernatzki R.** Das Pflegekonzept der Psychothapeutischen Tagesklinik. Psych Pflege Heute 2001; 7: 37 – 41
4. **Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Geissler-Murr, A.C.** Pflegedignosen und Massnahmen. 3. Auflage. Bern: Huber, 2002

Ausbildung zum Berater und internen Trainer für Aggressions- und Sicherheitsmanagement

Gernot Walter, Nico Oud, Wolfgang Schrenk

Einleitung

Aggression, Gewalt und Zwang sind Phänomene, die in der der Gesundheitsversorgung und besonders im psychiatrischen Feld regelmäßig vorkommen. »Gewalt am Arbeitsplatz – sei es körperliche oder psychische – ist zu einem globalen Problem geworden, das die Grenzen von Ländern, Arbeitsbereichen und Berufsgruppen überschreitet. Lange Zeit ein vergessenes Thema hat das Problem in den letzten Jahren dramatisch an Bedeutung zugenommen und ist jetzt sowohl in den Industrieländern als auch in den Entwicklungsländern ein Hauptanliegen geworden« [5]. Man kann davon ausgehen, dass mehr als die Hälfte, der im Gesundheitswesen Tätigen von der Problematik betroffen sind und sich die Auswirkungen von solch weit verbreiteter Aggression und Gewalt stark auf das Erbringen von Gesundheitsdienstleistungen auswirkt [3]. Besonders beruflich Pflegende sind nach Ansicht des Weltbundes für Pflegerberufe besonders stark gefährdet [4].

Im psychiatrischen Feld spielt die Ausübung von Zwang, als gesetzlich legitimierte Ausübung von Gewalt zur Kontrolle von Aggression von Patienten- seite, ebenso eine Rolle. Untersuchungen weisen darauf hin, dass Zwangsmaßnahmen überall dort vorkommen wo psychiatrische Pflichtversorgung stattfindet. Jedoch sind das Ausmaß und die Formen von Zwangsmaßnahmen regional und sogar lokal sehr unterschiedlich und somit kaum dem Patientenverhalten zuzuordnen als vielmehr unterschiedlichen Umgangsweisen durch die Institutionen und Mitarbeiter. Kulturelle Präferenzen wie Isolierzimmer, Fixierung oder Netzbett, deren bevorzugte Nutzung nicht auf wissenschaftlichen Nachweisen, sondern auf Gewohnheit sowie rechtlichen und moralischen Bewertungen beruhen, machen deutlich, dass bei der Anwendung von Zwang erheblicher Diskussions- und Forschungsbedarf besteht [16, 17].

Lange Zeit waren diese Themenbereiche eher tabuisiert, doch findet mittlerweile international und auch im deutschsprachigen Raum eine zunehmende Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen statt, die je nach

Stand der Entwicklung in den einzelnen Ländern sowohl auf der wissenschaftlichen Ebene als auch auf den Ebenen der Politik, Organisationsentwicklung sowie der beruflichen Bildung stattfindet.

Monokausale Erklärungsansätze für Aggressionseignisse und isolierte Einzelinterventionen greifen zu kurz und werden den handelnden bzw. betroffenen Personen nicht gerecht [2]. Die Entwicklung eines umfassenden Erklärungs- und Managementmodells für Aggression und Gewalt in der (psychiatrischen) Gesundheitsversorgung steht noch aus. Dennoch sind sich viele Autoren einig, dass einerseits bei der Erklärung solcher Ereignisse ein multifaktorielles Geschehen zugrunde zu legen ist, bei dem personenbezogene (Patient, Mitarbeiter etc.), umgebungsbezogene und interaktionsbezogene Aspekte eine wechselnde Rolle spielen [z.B. 10]. Andererseits gilt es diese Faktoren bei der Etablierung von Managementansätzen zu integrieren und für die einzelnen Arbeitsbereiche angepasste (integrierte) Managementsysteme (Aggressions- und Sicherheitsmanagement) zu entwickeln [13, 19].

Einige Organisationen [1, 7, 8, 11, 15, 18] haben mittlerweile Leitlinien bzw. Manuale für den Umgang mit Aggression, Gewalt und Zwang entwickelt und geben somit wichtige Empfehlungen zum Umgang mit Aggression, Gewalt und Zwang im Gesundheitswesen. Hervorzuheben ist hier der Konsens, dass soweit möglich in allen Stufen der Prävention zu arbeiten ist, dass Bedingungen geschaffen werden, die aggressionshemmend sind, Kriseninterventionen (inkl. Körperlichen Interventionen) angemessen sein müssen und dass Nachsorge stattfinden muss [vgl. 14].

Inhalte

Notwendiges Fachwissen und die notwendigen Handlungskompetenzen werden vor Ort entwickelt, Multiplikatoren sind auszubilden.

CONNECTING, Kooperation für Beratung und Training, Amsterdam – Niederlande, hat eine »Ausbildung zum Berater und internen Trainer für Aggressions- und Sicherheitsmanagement« entwickelt, die mittlerweile in den Niederlanden, in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich umgesetzt wurde.

In diesem Lehrgang wird den künftigen Trainern und Beratern vermittelt, wie sie in der eigenen Einrichtung das Aggressions- & Sicherheitsmanagement als Berater und Moderatoren initiieren bzw. unterstützen können so-

wie ein teilstandardisiertes 5-tägiges Trainingsprogramm adaptieren und umsetzen können. Um dies zu erreichen, nehmen sie an einem Schulungsprogramm teil, das 33 Tage praktischen und theoretischen Unterricht umfasst sowie die supervisorische Begleitung bei der Umsetzung des für die eigene Einrichtung adaptierten 5-tägigen Trainings. Der gesamte Lehrgang umfasst 38 Unterrichtstage und 450 Stunden Eigenstudium, in denen eine schriftliche Selbstreflexion (Lernbericht) und eine Hausarbeit zu einem relevanten Thema gefordert werden.

Das 5-tägige Basistraining zum Umgang mit Aggression und Gewalt war der Gegenstand einer Studie von Ian Needham [9], der dazu Folgendes schrieb: »Es handelt sich um eine fertigungsorientierte, aktions- und problemzentrierte Schulung [12] und umfasst Elemente wie Wesen und Vorkommen von Aggression, Gewalt, sexueller Belästigung, die Anwendung von Aggressionskalen, vorbeugende Maßnahmen und Strategien, Techniken der Deeskalation, Ethik des Managements der Aggression und Sicherheitsaspekte [12].« [9] Prävention und Deeskalation von Aggression in der psychiatrischen Arbeit stellen das primäre Ziel der Schulung dar. Dennoch werden Patienten manchmal trotz der Anwendung präventiver und deeskalierender Maßnahmen aggressiv. Um mit solchen Situationen angemessen umgehen zu können, erhalten die Teilnehmer Anleitung bzgl. Selbstschutz (Distanz, Fluchtwege, Körpersprache und Selbstschutztechniken), der Freiheitsbegrenzung bzw. der angemessenen Umsetzung von Zwangsmaßnahmen bei aggressiven Patienten (körperliche Kontroll- und Transporttechniken) sowie in der Nachsorge nach aggressiven Vorfällen (personen- und institutionsbezogen). Einen wichtigen Teil stellt die Koordination, Zuordnung und Auftreten im multiprofessionellen Team gegenüber sich aggressiv verhaltenden Patienten dar. Eine weitere wichtige Annahme des Trainings ist, dass aggressives Verhalten als Kommunikation verstanden werden kann und immer eine Bedeutung hat.

Lehrgangsteilnehmer werden in das Konzept der sozialen Interaktion eingeführt, um die »Opfer-Täter« Dichtonomie zu vermeiden. Somit spielen die Mitarbeiter als Repräsentanten und Ausführende der Institution Psychiatrie auch ihre Rolle bei der Entstehung von aggressivem Verhalten. Daher werden sie aktiv dazu aufgefordert, ihren eigenen Beitrag bei der Entstehung, der Vorbeugung, der Bewältigung und den Folgen von Aggression zu reflektieren.

Der Lehrgang deckt sich im Großen und Ganzen mit einem kürzlich veröffentlichten Kern-Curriculum [6], den NICE Leitlinien [7] sowie den Empfehlungen der ENTMA [3], bezüglich Inhalt und Umfang von (Basis) Trainings zur Wahrnehmung, Prävention, Nachsorge und therapeutischem Umgang mit Aggression, Gewalt und sexueller Belästigung im Gesundheitswesen und den Regelungen, dem Inhalt und dem Umfang von Lehrgängen zur Ausbildung von Trainern.

Der Lehrgang wird empfohlen, um Häufigkeit und Schwere bestimmter Formen von Aggression und Zwang zu reduzieren. Er wird ebenso für Auszubildende in der Pflege sowie für andere Gesundheitsberufe empfohlen, um deren Selbstsicherheit, deren Sicherheitsgefühl, aber auch deren Fähigkeit zum sicheren und therapeutischen Umgang mit deren Patienten zu steigern.

Literatur

1. **Colton, D.** (2004): Checklist for assessing your organization's readiness for reducing seclusion and restraint. Staunton: Commonwealth Center for Children and Adolescence. (Via: <http://rccp.cornell.edu/pdfs/SR%20Checklist%201-Colton.pdf>).
2. **Duxbury, J.** (2002). »An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design.« *J Psychiatr Ment Health Nurs* 9(3): 325-337.
3. **European Network of Trainers (of Trainers) in the recognition, prevention, post-incident care and therapeutic Management of Aggression, violent behaviour and sexual harassment in health care (ENTMA)** (2005): Letter of recommendations to all Europe an Nurses Associations (NNA's)(members of PCN / ICN), PCN and ICN. Amsterdam: CONNECTING, maatschap voor consult en training
4. **International Council of Nurses (ICN)** (1999): Guidelines on coping with violence in the workplace. Geneva: International Council of Nurses. (via: <http://www.icn.ch>).
5. **International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO) & Public Services International (PSI)** (2002): Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: International Labour Office (ISBN: 92-2-113446-6).
6. **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
7. **National Institute for Clinical Excellence (NICE)** (2005): Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. (Clinical Practice Guideline 25). London: NICE (Via: <http://www.nice.org.uk/pdf/cg025niceguideline.pdf>) (full guideline via: <http://www.nice.org.uk/pdf/cg025fullguideline.pdf>).
8. **National Institute for Mental Health in England (NIMHE)** (2004): Mental health policy implementation guide: developing positive practice to support the safe and therapeutic management of aggression and violence in mental health in-patient settings. Leeds: NIMHE (Via: <http://www.nimhenyh.org.uk/archives/002600.cfm>).
9. **Needham, I.** (2004). A nursing intervention to handle patient aggression: the effectiveness of a training course in the management of aggression. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Maastricht.
10. **Nijman, H. L. I., J. M. L. G. a Campo, et al.** (1999). »A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards.« *Psychiatric Services* 50(6): 832-834.
11. **Occupational Safety and Health Administration (OSHA)** (2004): Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers. Washington: OSHA (Via: <http://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>).
12. **Oud, N.E.** (1997). Aggression and psychiatric nursing. Amsterdam: Broens & Oud, partnership for consulting and training
13. **Paterson, P., D. Leadbetter & G. Miller** (2004): Workplace violence in health and social care as an international problem: a public health perspective on the 'total organisational response'. (personal note: draft article, available at b.a.paterson@stir.ac.uk) (via: http://www.nm.stir.ac.uk/diploma/managing_violence.htm).
14. **Richter, D.** (1998). Gewalt und Gewaltprävention in der psychiatrischen Pflege - eine Literaturübersicht. Gewalt in der Psychiatrischen Pflege. D. Sauter and D. Richter. Bern, Verlag Hans Huber.
15. **Royal College of Psychiatrists** (1995). Strategies for the management of disturbed and violent patients in psychiatric units – Council Report 41. (via: <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/files/pdfversion/cr41pdf>)
16. **Sailas, E. and M. Fenton** (2002). Seclusion and restraint for people with serious mental illness (Cochrane Review). The Cochrane Library 1. Oxford.
17. **Steinert, T.** (2004). Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. Seelische Krise und Aggressivität. R. Ketelsen, M. Schulz and C. Zechert. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
18. **United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC)** (2002): The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care – a summary. London: UKCC (via: <http://www.nmc-uk.org/nmc/main/publications/rptmOfViolencePp.pdf>)
19. **Walter, G. and N. Oud** (2003). »Aggression und Gewalt in der Psychiatrie.« *Pflege aktuell* 56.(11): 568-573

Hauptvortrag Wissen schafft Pflege; Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft- oder wie psychiatrisch Pflegenden die Welt verändern können

Rick Tucker

›Wie ist es ein Mensch zu sein?‹ Jean Paul Sartre (1)

Sklavenlager unter der Flagge der Freiheit, Massaker gerechtfertigt durch die Philanthropie oder den Geschmack des Übermenschen, ein lähmendes Urteil. An dem Tag an dem das Verbrechen sich in das Gewandt der Unschuld kleidet, durch eine, unserer Zeit eigene, merkwürdige Umkehr, muss sich die Unschuld selbst rechtfertigen. **Albert Camus (2)**

Der Ethos von institutionellen psychiatrischen Diensten geht Hand in Hand mit der Anwendung von Zwang... charakterisiert durch Paternalismus vor Partnerschaftlichkeit, der Dominanz des biomedizinischen Modells, der Herabsetzung der individuellen Verantwortung der Nutzer und der Erwartung von Chronizität vor Genesung.....Millionen von Nutzern und Überlebenden psychiatrischer Dienste wurden im Lauf der Geschichte und in einer Vielzahl von Kulturen durch die Anwendung von Zwang vergewaltigt.

Mary O'Hagan, service user (3)

Es vergeht nur schwerlich eine Woche ohne dass die Psychiatrie in der nationalen Presse erwähnt wird. Für gewöhnlich werden dabei menschliche Erfahrungen, obgleich manchmal tragisch, sensationalisierend beschrieben. Auf diese Art wird die allgemeine Öffentlichkeit über die psychisch Kranken informiert und auf diese Art werden wir alle zu Teilnehmern und Zeugen der endlosen Fortsetzung der Stigmatisierung einer der machtlosesten und verletzlichsten Gruppen der Gesellschaft.

Im Allgemeinen glauben wir, dass wir in der ‚ersten‘ Welt kluge Antworten haben auf das Phänomen psychische Krankheit und Gesundheit, dass viele Menschen in unseren Regierungen die Komplexität des Lebens verstehen und über genug Intelligenz, Sensitivität und Menschlichkeit verfügen, um

mit diesen Fragen auf eine Art umzugehen, die es uns ermöglicht uns sicher zu fühlen und unser Leben zu leben. Wir alle wollen gesund sein, eine Arbeit haben, geliebt werden und erfüllt sein und wir haben alle genug in der Hand, um zu versuchen dies zu erreichen ohne uns über die Notlage derjenigen, mit weniger guten Bewältigungsmechanismen, Gedanken zu machen. So vertrauen wir unseren Regierungen.

In einer Demokratie haben wir die Wahl entsprechend unserer Werte abzustimmen und wir wählen eine Partei oder eine Führungsgestalt von der wir denken, dass sie unsere Werte widerspiegelt. Wenn wir für Menschlichkeit eintreten, stimmen wir für diejenigen, von denen wir denken, dass sie am menschlichsten sind. Wenn wir zum Beispiel vor allem anderen dafür eintreten reich zu werden, dann stimmen wir für jeden, der uns das erleichtern wird.

Wie auch immer, es ist wichtig sich daran zu erinnern, dass die Mehrzahl der Menschen nicht wählt.

Im vereinigten Königreich lag die Wahlbeteiligung bei den letzten Wahlen bei 61 % und bei der Wahl der Führung beteiligten sich nur 35% von diesen 61%. Lässt man die Extravaganzen des Wahlsystems außer Acht, so bedeutet dies, dass die große Mehrheit der Bevölkerung nicht wollte, dass der eventuelle Wahlsieger gewinnen würde, sich einfach nicht dafür interessierte oder sich derart losgelöst von ihren Wahlrechten fühlte, dass das Wahlergebnis für ihr Leben keine Rolle spielte.

Was hat das mit psychischer Gesundheit oder mit psychiatrischer Krankenpflege zu tun? Es ist der politische und soziale Kontext, in dem wir alle arbeiten und in dem die Nutzer psychiatrischer Dienste ihre psychische Erkrankung und die ihnen zur Verfügung stehenden Dienste erleben.

Wenn wir in einer Gesellschaft leben, die sich für die Belange psychisch Kranker interessiert, wird sich das in unserem professionellen Leben widerspiegeln. Und zwar nicht nur durch die uns, für unsere Arbeit, zur Verfügung stehenden Ressourcen, sondern auch durch ein intrinsisches Wertebündel das alles durchdringen sollte was wir tun und auch die Umgebung in der wir es tun. Wären wir Nutzer, die in einer sich für die Belange psychisch

Kranker interessierenden Gesellschaft lebten, so könnten wir sicher sein, dass egal in welchem Lebensalter wir wären, egal welches Geschlecht wir hätten, welcher Rasse wir angehörten, welche Religion wir hätten, welche Behinderung wir hätten oder welche psychiatrische Diagnose uns gegeben worden wäre, wir in der Lage wären Zugang zu angemessener Unterstützung und wo notwendig Behandlung zu finden.

Dies würde bedingungslos und menschlich vom Staat und seinen Bevollmächtigten vorgehalten werden, in Anerkennung der Tatsache, dass Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen die gleichen Rechte wie alle Bürger haben, dass sie das Potential haben positiv zu unserer Gesellschaft beizutragen und dass ihre Verletzlichkeiten verstanden, ausgeglichen und gewürdigt werden müssen. Ich würde sagen, wenn wir dies erreichen wollen, haben wir viel zu tun.

Die Tatsache, dass sich psychisch Kranke und Lernbehinderte an diesem Tag und in unserer Zeit in unseren klugen, westlichen Demokratien am unteren Ende der Gesellschaft wieder finden, was Ressourcen und Aufmerksamkeit betrifft, ist eine Ungerechtigkeit, die in keinem anderen Feld der Gesundheitsfürsorge oder Medizin toleriert werden würde. Was können wir, als psychiatrische Profis, also tun, um zu einer gesellschaftlichen Veränderung beizutragen, die notwendig ist, um das Beste für diejenigen zu erreichen, denen wir unsere Dienstleistungen anbieten und über die wir uns einen so machtvollen Einfluss anmaßen?

Wenn wir uns anschauen warum wir alle hier sind, warum wir unsere Arbeit tun, ob als neu qualifizierte Krankenschwester auf einer Station, oder als klinische Krankenschwester mit mehr Erfahrung, oder als eine mit Forschung beschäftigte, akademische Krankenschwester oder als Pflegemanager, oder als Finanzdirektor oder als Hauptverantwortlicher eines großen Krankenhauses, oder als Pflegende, die auf nationaler Ebene an der Entwicklung von Politik und Richtlinien beteiligt ist, oder als Pflegende, die auf einem Kongress als Delegierte sind und Pflege diskutieren- was ist dann unser Ziel?

Das alles lässt sich auf einen Nenner bringen - die Qualität der Dynamik zwischen den Professionellen und den Nutzern. Was passiert innerhalb die-

ser Dynamik? Ist es negativ oder positiv? Hilft es? Ist es ungelernet? Ist es missbrauchend? Ist es angemessen? Wie erleben es die Nutzer? Alle unsere Bemühungen zielen darauf ab das Qualitätspotential dieser Dynamik zu verbessern, weil von dieser Dynamik das zukünftige Wohlbefinden eines individuellen Menschen abhängt.

Als Pflegende müssen wir diese Schwelle überqueren und wie wir das tun- in Bezug darauf wie gut wir ausgebildet sind, wie menschlich wir sind, wie ernsthaft wir wirklich füreinander sorgen - großartige Effekte, nicht nur die Erfahrungen der Nutzer im Hier und Jetzt, sondern auch ihre Erfahrungen in Bezug auf ihr Leben, ihre Bestrebungen und Sehnsüchte und ihr angeborenes Bedürfnis nach Gesundheit, Liebe und Erfüllung.

In dieser einen Woche war das Folgende alles in der britischen Presse: ein Bericht über einen weit reichenden physischen und emotionalen Missbrauch an Nutzern eines Dienstes für Lernbehinderte in einem großen Gesundheitsservice im vereinigten Königreich wurde veröffentlicht (4). Ein Bericht von einem Regierungsorgan, der National Patient Safety Agency, über Bedingungen in psychiatrischen Gesundheitsdiensten zeigte weit verbreitete sexuelle Gewalt, einschließlich Vergewaltigung, an weiblichen Nutzerinnen auf (5). Ein Bericht beschäftigte sich mit Armut, Globalisierung und den verheerenden Auswirkungen auf junge Menschen in Bezug auf deren psychische und physische Gesundheit und ihr soziales Wohlbefinden (6); die gerichtliche Untersuchung eines Suizids durch Erhängen eines sechzehnjährigen Jungen in seiner Gefängniszelle, von dem bekannt war, dass er depressiv und ängstlich war (7) und ein Artikel beschreibt das Leben und die Zeit eines jungen talentierten Mannes, mit einer langen Geschichte einer schizophrenen Erkrankung, der sich in einem Erwachsenengefängnis umbrachte, während er in einer Absonderungseinheit untergebracht war (8).

Eine nationale, vom Prison Reform Trust durchgeführte Studie, die im letzten Jahr publiziert wurde, zeigte, dass Suizide von psychisch kranken Menschen in Gefängnissen in der letzten Dekade dramatisch zugenommen haben und dass 72% der Suizide in Gefängnissen von Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden, ausgeführt werden (9). 2005 hat die europäische Menschenrechtskommission erklärt, dass es »eine schwere Verfehlung des Staates in der Erfüllung seiner positiven Verpflichtungen unter

der europäischen Konvention über die Menschenrechte« gab, als es zu der Verhaftung von sehr verletzlichen Menschen kam (10).

Es bleibt augenscheinlich viel zu tun, um eine ausgewogene Spielfläche für die Benachteiligten in unserer Gesellschaft vorzuhalten. Vieles davon muss auf nationaler oder sogar internationaler Ebene geschehen und es ist von außerordentlicher Bedeutung, dass diese politischen Initiativen, Ausbildungscurricula und Veränderungen der Gesetzgebung ebenso auf Wissen über und Einsicht in Gesundheitseinrichtungen basieren, wie auf zugänglicher und relevanter Evidenz.

Dies muss mit Leidenschaft und Engagement entwickelt werden, in Sprachen und Bedeutungen, die alle Beteiligten integrieren, auch die Nutzer und das Personal der vordersten Front. Darin liegt die Herausforderung – solche Initiativen zu entwickeln und auszuführen und zwar mit Pragmatismus und Glaubwürdigkeit, so dass sie bedeutungsvoll und nützlich für diejenigen sind, die sie am meisten brauchen. Dies zu erreichen ohne seine Kontur zu verlieren und sich von den wunderlichen Einfällen des politischen Eigennutzes kompromittieren zu lassen, ist tatsächlich eine Leistung.

Nationale Gesundheitsdienste sind abhängig von nationalen Regierungen, die Ressourcen freigeben müssen, damit diese Dienste funktionieren können. Auch müssen sie den Regierungen zutrauen den Anstoß und die Autorität für eine Restrukturierung und den Aufbau geben zu können und sie müssen ihnen zutrauen auch Orientierung, Politik oder Strategie in Bezug auf den Gesundheitsdienst insgesamt oder auch für unterschiedliche Spezialisierungen geben zu können. Ich denke es ist nur fair zu sagen, dass bei der Aufteilung von Ressourcen die psychiatrischen Gesundheitsdienste und die Dienste für Lernbehinderte als letzte priorisiert werden, außer es gibt einen größeren Skandal oder eine Tragödie, die eine politisch kluge Reaktion erfordert.

Im vereinigten Königreich war eine solche Situation der Tod eines jungen, schwarzen Mannes namens David Bennett, der starb während er auf einer psychiatrischen Sicherheitsstation untergebracht war. Sein Tod hat nicht nur eine unabhängige richterliche Untersuchung ausgelöst (11), sondern auch einige von der Regierung ausgehende Initiativen in Bezug auf den Umgang mit Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen. Ohne dies im Detail zu be-

schreiben, hat die Sache doch auch Gutes bewirkt. Wir haben jetzt nationale Richtlinien zum Umgang mit gestörten Verhaltensweisen und Gewalt, nationale Richtlinien in Bezug auf physische und nicht-physische Fähigkeiten zur Erkennung, Prävention und dem Umgang mit Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen und wir haben ein Regierungsorgan, den NHS Security Management Service, das die Autorität hat Richtlinien und Direktiven auszugeben, um Gewalt gegen NHS- Angestellte zu unterbinden.

Dies ist ein Beispiel dafür wie die Dynamik zwischen einem bestimmten Nutzer und professionellen Helfern zu einem auf psychiatrischen Stationen durchaus üblichen Ereignis führte – nach einem gewalttätigen Ereignis erfährt der Nutzer eine Zwangsbehandlung – was einen weit reichenden Effekt auf die Regierungspolitik hatte.

Wenn sich eine solche Reaktion entwickelt und ihre Stoßkraft und Stärke sich durch die unterschiedlichen Ebenen bewegt: von der Station durch das Krankenhaus, zu den Bereichsleitern, durch die NHS- Gesundheitsabteilung, durch eine unabhängige, nationale Untersuchung, durch die Presseberichtserstattung und dann durch die nationale Politik, so geht unvermeidbar etwas verloren. Die Intensität der Tragödie wird entmenschlicht und abstrahiert, der Name eines toten Mannes wird in Zusammenhang mit etwas Tragem, wie einem Untersuchungsbericht genannt. Aber das Leben derjenigen, die direkt daran beteiligt waren, die traumatisierten Familienmitglieder und Freunde und das traumatisierte Personal haben sich für immer verändert.

Eine offizielle Reaktion auf solch ein Ereignis ist offensichtlich berechtigt und auch notwendig; trotzdem sollte eine Tragödie nicht der einzige Katalysator für einen politischen Anstoß zu Veränderungen sein.

Tatsächlich gibt es keinen Grund warum nicht das Gegenteil einer Tragödie eine positive Kraft für Veränderung sein sollte. Ungeachtet des Mangels an Ressourcen, der niedrigen Gehälter, der verarmten Umgebung und der zunehmend vermischenden Effekte westlicher kultureller Phänomene auf die Art wie sich psychische Erkrankung manifestiert (Drogenkonsum, Materialismus, Konsumismus, die Massenmigration wirtschaftlicher und politischer Flüchtlinge, Rassismus, Globalisierung und das Wachstum von eher urba-

nen als gemeindebasierten Kulturen und Werten), sind die klinisch arbeitenden, professionellen psychiatrischen Helfer diejenigen, die das Potential haben die mächtigsten Veränderungen herbei zu führen. Die Dynamik zwischen dem professionellen Helfer und dem Nutzer bleibt die wichtigste, die mächtigste und diejenige, auf deren Schultern die Zukunft der Pflege und Versorgung von psychisch Kranken und Lernbehinderten liegt. Dies ist eine menschliche und keine abstrakte Beziehung und damit gleichzeitig die wichtigste Dynamik in Bezug auf die Frage wie sich die psychiatrischen Gesundheitsdienste entwickeln werden.

Es ist die Aufgabe derjenigen, die in nationalen Positionen arbeiten, dies in die Sprache der Politiker und Autoren zu übersetzen, um sie dazu zu bringen zu verstehen und um im Wettstreit von Millionen anderer glamouröser Stimmen, die alle für einen speziellen Fall eintreten, zu bestehen. Aber die Grundlage, auf der dies alles basiert, das Gefüge, das ihre Stärke, ihre Relevanz und ihre Wichtigkeit ausmacht, muss in der Praxis und der Dynamik zwischen den Professionellen und den Nutzern liegen.

Literatur

1. **Sartre J-P.**: On Being and Nothingness, 1943.
2. **Camus A.**: The Rebel, 1951.
3. **O'Hagan M.**: 2004, Mental Health Practice, London, Vol VII, issue 5,
4. **NHS Trust Commission** for Social Care Inspection and the Healthcare Commission. Joint Investigation into services for people with learning disability at Cornwall Partnership, 2006, London.
5. **The National Patient Safety Agency.** With safety in mind: mental health services and patient safety, 2006, London.
6. **Mulgan G., Buonfino A.**: Pressing Needs, July 12 2006, The Guardian, London.
7. **Bright M.**: Children behind bars, July 7, 2006, The Observer, London.
8. **Vulliamy E.**: Sentenced to death? August 2, 2006, The Guardian, , London.
9. **Rickford D., Edgar K.**: Troubled inside: Responding to the Mental Health Needs of Men in Prison, (2005), Prison Reform Trust, London
10. **Joint Committee** on Human Rights, Deaths in Custody, 2004, The Stationery Office, London
11. **The Independent Inquiry into the Death of David Bennett** 2003, Norfolk, Suffolk and Cambridgeshire Strategic Health Authority

Förderung seelischer Gesundheit nach der Geburt: Ein Beitrag der Pflege

Marga Thome

Eine Reihe von Studien zeigt, dass Pflegende das Risiko postpartaler Depressionen und anderer psychischer Gesundheitsprobleme nach der Geburt systematisch erfassen können. Ebenso besteht Evidenz, dass Pflegende, die eine Weiterbildung in der Gesprächsbehandlung psychisch belasteter Wöchnerinnen erhielten, in der Lage sind, signifikante Verbesserungen der Befindlichkeit zu erzielen. Trotz vorhandener Forschungsergebnisse fehlt es bisher an Beweisen, dass dieses Wissen in die Pflegepraxis landesweit übertragbar ist.

Zur Schließung dieser Wissenslücke wurde die vorgestellte Studie »Förderung postpartaler seelischer Gesundheit« von 2001 bis 2005 in Island durchgeführt. Ihre Zielsetzung war, den Pflegenden an Gesundheitszentren eine Weiterbildung zum Thema »Unbefindlichkeit nach der Geburt: Evidenzbasierte Pflegeintervention« durch einen Internetkurs anzubieten. Gleichzeitig war vorgesehen, das erworbene Wissen bezüglich seiner Auswirkung auf die standardisierte Pflegedokumentation und auf die Befindlichkeit der Klienten auszuwerten.

Das Studiendesign war quasi-experimental. Die Stichprobe der Gesundheitszentren wurde in Behandlungs- und Kontrollzentren unterteilt und an den Behandlungszentren nahmen Pflegende am Weiterbildungskurs teil. Nachdem jedes Gesundheitszentrum einmal als Kontrollzentrum gedient hatte, wurde es im darauf folgenden Jahr als Behandlungszentrum rekrutiert und gleichzeitig wurden neue Kontrollzentren in die Stichprobe aufgenommen. Somit erhielten alle Zentren die Möglichkeit, Behandlungs- als auch Kontrollzentren zu werden. Bei Frauen, welche den Dienst der Gesundheitszentren in Anspruch nehmen, wird ein erhöhtes postpartales Depressionsrisiko mithilfe der Edinburgh Postnatal Depressions-Skala (EPDS) neun Wochen nach der Geburt systematisch eingeschätzt. Frauen mit erhöhtem Depressionsrisiko (EPDS \geq 12) wurde die Teilnahme an der Studie angeboten. Teilnehmerinnen bestätigten ihr Einverständnis schriftlich

aufgrund des »informierten Konsensus«. Teilnahmebedingungen waren die Beantwortung standardisierter Fragebogen in der 9, 15 und 24 postpartalen Woche. Diese dienten der Messung von elterlichem Stress, Müdigkeit/ Erschöpfung, depressiven Symptomen und von Sozio-demographischen Faktoren. Pflegenden an Behandlungszentren wurde empfohlen, jede Frau wenigstens viermal zwischen der 9. und 24. Woche zu besuchen und/ oder zu telefonieren. An allen Gesundheitszentren wurden sowohl Pflegediagnosen (NANDA) als auch Pflegeinterventionen (NIC) dokumentiert.

An der Studie nahmen landesweit 27 Gesundheitszentren teil; 16 Behandlungs- und 11 Kontrollzentren. Von 136 Frauen mit erhöhtem Depressionsrisiko erklärten sich 98 zur Teilnahme an der Studie bereit. Zu Beginn der Studie, in der 9. postpartalen Woche, bestand kein Unterschied zwischen Frauen an Behandlungs- und Kontrollzentren bezüglich der Mittelwerte depressiver Symptome (EPDS), elterlichen Stresses (PSI/SF) oder Müdigkeit/ Erschöpfung (fatigue). In der 15. und 24. Woche jedoch wurde eine auseinanderklaffende Befindlichkeit zwischen den Gruppen festgestellt, da Frauen an Behandlungszentren sich signifikant verbesserten. Die Prüfung klinischer Signifikanz ergab eine Besserungsrate (EPDS•11) von 70% an Behandlungszentren und 53% an Kontrollzentren. An Behandlungszentren wurden folgende Pflegeinterventionen signifikant häufiger dokumentiert: Aktives Zuhören, Beratung, Emotionale Unterstützung, Stärkung des sozialen Netzes und Schlafförderung. Es wird gefolgert, dass diese Interventionen die Verbesserung der Befindlichkeit von Frauen an Behandlungszentren erklären, da ihre Wirksamkeit durch eine Reihe von Studien bewiesen ist.

Lernziele

- Bewusstmachung, dass der Pflegeberuf einen wesentlichen Beitrag zur Förderung seelischer Gesundheit von Frauen nach der Geburt leisten kann.
- Aufzeigen von Wegen in der Weiterbildung, um Pflegepraktiker(inne)n landesweit grundlegendes Wissen und Fähigkeiten zur Pflege postpartaler, psychisch belasteter Frauen zu vermitteln.
- Verständnis für Strukturen des Gesundheitswesens wecken, die der Förderung seelischer Gesundheit durch den Pflegeberuf dienlich sind.

»Det danske nationale indikatorprojekt« (das dänische nationale Indikatorprojekt): Beispiel eines Projekts zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und Behandlung Schizophrener

Bodil Bjørnshave

Einleitung

Det Danske Nationale Indikatorprojekt (DNIP) ist ein landesweites dänisches Qualitätsprojekt. Die Qualität wird anhand so genannter Indikatoren gemessen, die wichtige Teile der Pflege und Behandlung beleuchten.

Die Wahl der Indikatoren sowie Festlegung der Standards wird von Ärzten, Krankenschwestern, Therapeuten und Sozialratgebern vorgenommen, die eine besondere Kenntnis der Behandlung und Pflege von Schizophrenie-Patienten besitzen.

Hintergrund

Hintergrund des DNIP ist ein Wunsch nach Förderung und Implementierung messbarer Indikatoren und Standards für die Qualität der Pflege und Behandlung schizophrener Patienten, um eine höhere Qualität der psychiatrischen Behandlung zu erreichen.

Ziel

Ziele des DNIP sind:

- Die Dokumentation und Förderung der gesundheitsfachlichen Qualität
- Einen Hintergrund zu schaffen für die Leitung, die fachliche und die politische Gewichtung
- Den Bürgern Einsicht in die gesundheitsfachliche Qualität zu geben

Methoden und Material

DNIP konzentriert sich auf die Dokumentation, Überwachung und Verbesserung der gesundheitsfachlichen Qualität. Elemente des Projektes sind u.a.:

- Die Entwicklung evidenzbasierter Indikatoren und Standards
- Die Datenerfassung
- Datenanalyse und -einschätzung

- Feedback
- Audit
- Veröffentlichung

Ein Indikator ist eine messbare Variable. Für jeden Indikator ist ein Standard festgesetzt, der als Zeichen für Qualität gilt.

Die ausgewählten Indikatorgebiete für Schizophrenie sind:

1. Darlegung, Diagnostizierung und Beurteilung
2. Der Kontakt (zwischen Patient und Behandlungseinheit)
3. Psychopathologie (Anteil psychotischer Schizophrener)
4. Die medizinische Behandlung
5. Nebenwirkungen
6. Familienintervention
7. Psychoedukation
8. Funktionsniveau

Registrierung und Dateneingabe werden über elektronische Registrierungsformulare von der einzelnen Krankenhausabteilung wahrgenommen. Die Analyse der Daten wird von Statistikern wahrgenommen. Die Kliniken auditieren die Resultate einmal jährlich, wonach die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Ergebnisse und Diskussion

Ergebnisse sind 2004 und 2005 veröffentlicht worden und die nächste Veröffentlichung findet im August 2006 statt. Die Ergebnisse zeigen, dass die dänische Pflege und Behandlung Schizophrener hinsichtlich mehrerer der gewählten Indikatoren das vorgegebene Qualitätsniveau erreichen, und dass zwischen der ersten und zweiten Veröffentlichung eine Reihe Verbesserungen geschehen sind. Es besteht weiterhin Bedarf an Verbesserungen hinsichtlich Darlegung, Einschätzung von Nebenwirkungen sowie Psychoedukation und Familienintervention; alle Gebiete, wo Krankenschwestern eine zentrale Rolle einnehmen.

Schlussfolgerungen

DNIP zeigt, dass man im dänischen Gesundheitswesen präzise dokumentieren und vergleichen kann, wie Menschen mit Schizophrenie behandelt

werden. DNIP hilft aufzuzeigen, wo Qualität bereits vorhanden ist, und die Behandler darauf aufmerksam zu machen, wo noch Verbesserungen möglich wären.

Lernziele

- Einsicht in die Methoden und Ergebnisse des DNIP
- Einsicht darin, wie die Ergebnisse des DNIP Verbesserungen Patienten und Angehörige schaffen könnten
- Einsicht in die Rolle der Krankenschwester in der Qualitätsentwicklung, und auch in die Wichtigkeit systematischer Dokumentation.

Dialektisch-behaviorale Psychotherapie für Adolescentäre (DBT A)

Urs Gasser

Eine grosse, zunehmende Anzahl unserer in psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Klientel leidet unter Borderline- Persönlichkeitsstörungen. Die impulsiven, teilweise massiv selbstschädigenden sowie (para)suizidalen Verhaltensweisen dieser Menschen lassen sich als maladaptive, dysfunktionale, aber gleichwohl effektive Strategien zur Emotionsregulierung begreifen. Das psychosoziale Skilltraining auf der Grundlage der DBT nach M. Linehan hat sich nicht nur in unserer Klinik als eine wirksame und die übrigen Therapien sinnvoll ergänzende Behandlungsmethode dieser dysfunktionalen und destruktiven Verhaltensweisen von Borderline- Patienten bewährt.

Es zeigt sich auch, dass gerade Jugendliche sehr stark von diesem Therapieangebot profitieren können (DBT-A). Das Besondere in der Jugendpsychiatrie erscheint mir, dass sich die verschiedenen Fachdisziplinen wie Medizin und Pflege diese Aufgabe in gleichen Teilen und gleichberechtigt handhaben. So wird die Skillsgruppe immer von einem interdisziplinären Tandem (Pflege, Medizin) geleitet. Dies hat für die Pflege die Auswirkung, dass sie in den pflegerischen, medizinischen Therapieprozess eingreifen und diesen mitgestalten können. Dies ist nur möglich dank des Umstandes, dass die beiden Disziplinen die Ausbildung im DBT-A zusammen machten und es keine Trennung zwischen den Professionen gibt. So entsteht eine gemeinsame Sprache und eine Haltung, die die beiden Berufsgruppen verbindet und nicht trennt. Gerade der Umstand, dass beide Berufsgruppen sich zur selben Zeit schulen liessen, ergab den Vorteil, dass beide von ihren DBT-A Aufgaben wussten und sie nachvollziehen konnten. Es wurde eine gemeinsame Haltung und Sprache über die Berufsgruppen hinaus gefunden. Da diese Ausbildung auf allen drei Jugendstationen zur gleichen Zeit stattfand, hat es nun den Vorteil, dass Jugendliche, die von einer Station zur anderen verlegt werden, auch auf der anderen Station dieselbe Sprache zum Thema «Selbstverletzendes Verhalten» hörten. So kann sich der Jugendliche noch einfacher auf einen Stationswechsel einlassen.

Da das DBT-A Konzept ein ambulantes Grundkonzept als Basis hat, mussten wir die Arbeitspapiere auf den stationären Rahmen umarbeiten. Es stellten sich auch Fragen: Wie ist es denn mit der Freiwilligkeit der Jugendlichen? Wie können wir Jugendliche, die gegen ihren Willen zugewiesen wurden, dazu bewegen, freiwillig an einem relativ hochschwelligem Therapieprogramm mitzuarbeiten? Es zeigt sich, dass das Commitment, das jeder Jugendliche vor Beginn der DBT-A Therapie machen musste, bei seinem Einzeltherapeuten sehr entscheidend ist. Wenn dieses Commitment seriös gemacht wird, kann der Jugendliche mit einer viel besseren Motivation ins Programm einsteigen.

Die Erfolge haben uns Folgendes gezeigt: Durch die gemeinsame Schulung haben die interdisziplinären Teams eine gemeinsame Sprache bekommen. Auch haben die Teams eine grosse Sicherheit mit dem selbstverletzendem Verhalten erhalten. Für die Jugendlichen und deren Angehörige hat es klare Handlungsanweisungen gebracht. Durch das Wissen, wie in Spannungssituationen mit diesen umgegangen werden kann, hat sich eine gewisse Entspannung bei den Patienten, aber auch bei den Eltern ergeben. So konnte bei den Patienten, die das DBT-A Programm abgeschlossen haben, eine klare Verbesserung des selbstverletzenden Verhaltens festgestellt werden. Sie haben einen klaren Umgang mit ihren Körperspannungen erfahren auch für die Eltern hat es eine grosse Entlastung gebracht.

Lernziele

- Ein solches Konzept und deren Umsetzung ist nur möglich, wenn es interdisziplinär erarbeitet wird und zur gleichen Zeit mit den verschiedenen Berufsgruppen zusammen geschult wird.
- Die Realisation gelingt nur, wenn die oberste Führungsebene dieses Vorgehen voll unterstützt.
- Die Umsetzung muss von einer interdisziplinären Projektgruppe begleitet werden, die sich regelmässig um Anpassungen und Schwierigkeiten kümmert.

Die Inzidenz von Isolierungen in niederländischen psychiatrischen Kliniken und ein Vergleich mit europäischen Raten

Wim Janssen, Wim de Vries, Giel Hutschemakers, Bert Lendemeijer

Einleitung

In den Niederlanden werden psychiatrische Patienten regelmäßig mit freiheitseinschränkenden Eingriffen konfrontiert. Aggression, Agitation, und gewalttätiges Verhalten sind in der Praxis die meist akzeptierten Indikationen für freiheitseinschränkende Maßnahmen. Innerhalb dieser Gruppe wird Isolation von Patienten am häufigsten angewendet. Patienten werden mit oder ohne deren Zustimmung allein in den hierfür speziell eingerichteten Isolierzellen eingeschlossen. In den Niederlanden sind alle psychiatrischen Kliniken gesetzlich verpflichtet, alle erzwungenen oder unfreiwilligen Isolationen zu registrieren und bei der »Inspectie GezondheidsZorg (IGZ)« zu melden. Isolationen, bei denen der Patient selbst einwilligt, müssen nicht registriert werden. Es gibt psychiatrische Kliniken, die nur die erzwungenen Isolationen registrieren, andere registrieren aus eigenem Interesse neben den gesetzlich verpflichteten auch die freiwilligen Isolationen. Folglich ist in den Niederlanden nicht exakt bekannt, wie häufig Patienten isoliert werden.

Isolationen sind tief greifend für alle Beteiligten, besonders natürlich für den Patienten selbst [1]. Die Anwendung von Isolation schadet dem therapeutischen Prozess, verzögert den Genesungsprozess und somit ist die Effektivität von Isolation in Frage gestellt. Eine Anzahl niederländischer Autoren [2, 3] kritisiert die häufige Anwendung und ist der Meinung, dass die niederländische Psychiatrie nach europäischer Auffassung eine Ausnahmestellung einnimmt. Allerdings liegt keine quantitative Untermauerung dieser These vor.

Fragestellung

Im Mittelpunkt steht die Frage: Wie oft werden Patienten in niederländischen psychiatrischen Kliniken isoliert und in welchem Verhältnis steht das zu den anderen europäischen Ländern?

Methode und Material

Es wurde eine retrospektive beschreibende Untersuchung über die Anzahl Fälle von Isolierung in den Niederlanden angestellt. Daran nahmen zwölf Kliniken teil. Diese Kliniken haben eine Kapazität von 250 bis 900 Krankbetten. Sie gaben Einblick in die Unterlagen, in denen die freiwilligen und unfreiwilligen Isolationen der Jahre 2002 und 2003 dokumentiert wurden. Zusätzlich lieferte das IGZ Daten über alle Zwangsisolationen von allen niederländischen psychiatrischen Kliniken während dieser Zeit. Nach einer Verknüpfung und Prüfung dieser beiden Datensammlungen wurde eine Schätzung über die Anzahl der Isolationen in den niederländischen psychiatrischen Kliniken in den letzten Jahren vorgenommen. Zur gleichen Zeit wurde eine Literaturanalyse über Fälle von Isolierungen in anderen europäischen Ländern ausgeführt.

Ergebnisse

Laut Registrierung des IGZ wurden in 2002 3232 Patienten zwangsisoliert. Alles in allem wurden diese 5166 Mal isoliert, im Durchschnitt 1,6 Isolationen pro Patient (Bandbreite: 1 bis 15 Isolierungen). Mit Hilfe des IGZ Datensatzes wurde geprüft, ob die zwölf untersuchten Kliniken Registrierungen besser oder schlechter ausführten als die übrigen Kliniken der Niederlande. Hierbei wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

Innerhalb der zwölf getesteten psychiatrischen Kliniken wurden 2165 Patienten ein oder mehrere Male unfreiwillig oder freiwillig isoliert. Im Durchschnitt wurden 2,9 Isolationen pro Patient registriert. Die meisten dieser Isolationen (61%) waren freiwillig.

Die IGZ-Datenbank und die Datenbank von den zwölf getesteten psychiatrischen Kliniken wurden verknüpft. Dabei wurde sichtbar, dass 28% der gemeldeten Isolationen in der Datenbank der zwölf Kliniken registriert waren, allerdings aber nicht in der Datenbank des IGZ. Anhand dieser Informationen konnte ermittelt werden, dass in den Niederlanden im Jahre 2002 ungefähr 6000 psychiatrische Patienten 17.500 Mal isoliert wurden.

2003 wurden 5400 Patienten ca. 15250 Mal isoliert. Diese Resultate wurden ins Verhältnis gesetzt zu der Anzahl belegter Krankenhausbetten und den Aufnahmen. Im Durchschnitt wurden im Jahre 2002 und 2003 täglich zwischen 2,2 und 3,5 Isolationen pro 1000 belegte Betten durchgeführt. Im

Vergleich zur Anzahl klinischer Aufnahmen in psychiatrische Kliniken wurden zwischen 275 und 338 Isolationen pro 1000 Aufnahmen durchgeführt. Daraus ist zu ersehen, dass im Durchschnitt einer von drei bis vier klinisch aufgenommene Patienten »freiwillig« oder zwangsweise in einer Isolierstation untergebracht wurde. In den geschlossenen Abteilungen wurde durchschnittlich jeden zweiten bis dritten Tag ein »neuer« Patient isoliert.

In der Literaturstudie wurden letztendlich elf Artikel ausgewählt, die Zahlen hinsichtlich der Handhabung von Isolation in mehreren Kliniken, aus einer Region oder einem Land enthalten.

Vier dieser Artikel stammen aus den USA, einer aus Australien und die übrigen aus europäischen Ländern. In den europäischen Ländern wurden pro 1000 Aufnahmen zwischen 66 und 116 Isolationen registriert.

Diskussion

Eine Vergleichsmöglichkeit zwischen den niederländischen psychiatrischen Kliniken und den publizierten Zahlen, ist stark eingeschränkt durch methodische Unterschiede der Untersuchungen. Es wird aber deutlich, dass Isolierungen von Patienten in den niederländischen psychiatrischen Kliniken eine häufig angewandte Intervention ist.

In der Literatur wird der Definition von Isolation beinahe keine Aufmerksamkeit geschenkt. Der Unterschied zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Isolation wurde nicht besprochen.

Es wurden unterschiedliche Untersuchungsmethoden angewandt. Einzelne Untersucher übermittelten den Kliniken Fragebögen [4, 5, 6], andere zogen die Datenbank der Kliniken oder Abteilungen [7, 8, 9, 10] zu Rate. Einige der Forscher publizierten Zahlen über durchgeführte Isolationen in Kombination mit anderen freiheitseinschränkenden Interventionen [9]. Darüber hinaus wurden die Resultate in unterschiedlicher Weise präsentiert. Einige Autoren präsentierten nur die absoluten Zahlen [10] andere zeigten Verhältniszahlen, wie die Anzahl Isolationen pro 1000 Aufnahmen [6, 7, 8, 9] oder pro 1000 täglich belegte Betten [4, 5].

Aus der Literatur und der niederländischen Untersuchung ist ersichtlich, dass die Registrierung von Isolationen und anderen freiheitseinschränkenden Interventionen ein »unterbelichtetes« Thema ist. Um einen korrekten

Vergleich zwischen den Kliniken, Regionen oder Ländern rund um die Ausführungen von Isolationen und anderen freiheitseinschränkenden Interventionen anzustellen, sind eindeutige Definitionen und lückenlose Registrierungen erforderlich. Außerdem sollte ein Augenmerk darauf gelegt werden, dass eindeutige Ergebnispräsentationen realisiert werden.

Nach Bowers (2000) ist eine Präsentationsgrundlage, basierend auf der Anzahl Isolationen pro 1000 belegte Betten, am verständlichsten [11]. Noch genauer wäre die Ergebnispräsentation von Isolationen auf der Grundlage der Stundenanzahl, die ein Patient in einem Isolationszimmer verbleibt – bezogen auf 1000 Stunden Aufenthaltsdauer in der Klinik.

Es sind vereinzelte Initiativen bekannt, in denen an einer verbesserten Registrierung von Isolationen und anderen freiheitseinschränkenden Interventionen gearbeitet wird. Dadurch können auch Vergleiche zwischen Kliniken durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang ist die Benchmark-Studie von Martin et al (2005) in der Region von Baden Württemberg von Interesse [9]. In den Niederlanden wird momentan durch fünf psychiatrische Kliniken und die IGZ an einer verbesserten Registrierung von Isolationen und anderen freiheitseinschränkenden Interventionen gearbeitet. Um einen echten Vergleich anstellen zu können, werden auch andere Variablen wie die Anzahl der Aufnahmen in die Abteilungen oder Kliniken, die Aufenthaltsdauer (die Zeit zwischen der Aufnahme und der Entlassung = Turnover) von Patienten einer Abteilung, die Anzahl der belegten Betten, der Schweregrad der psychischen Krankheit und die Quantität und Qualität des eingesetzten Personals benötigt.

Schlussfolgerung

In den Niederlanden ist die Isolation von Patienten eine häufig angewandte Maßnahme im Umgang mit aggressivem Verhalten. Eindeutige Registrierung, Interpretation und Präsentation aller Isolationen sind kritische Elemente bei der Feststellung der Ergebnisse und beim Vergleich mit Resultaten aus umliegenden Ländern.

Literatuur

1. **Hoekstra T., Lendemeijer H. H. G. M., Jansen M. G.M. J.:** Seclusion: the inside story. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2004. 11: p. 276–283.
2. **Vrijlandt A. J.:** Zwangmassnahmen im Europäischen vergleich. In: *Gewalt und Zwang in der Stationären psychiatrie*. eds Kebbel J., Pörksen N. 1998, Rheinland-Verlag GmbH, Köln
3. **Werf, B. van der:** De separeer en de prikkelarme omgeving. *Tijdschrift voor Sociale Psychiatrie* (2003), 22: p. 33-37.
4. **Crenshaw W. B., Francis P. S.:** A national survey on seclusion and restraint in state psychiatric hospitals. *Psychiatric Services*, 1995. 46: p.1026–1031.
5. **Ray N. K, Rappaport M. E.:** Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in New York State. *Psychiatric Services*, 1995. 46: p. 1032–1037.
6. **Cannon M. E., Sprivulis P., McCarthy J.:** Restraint practices in Australasian emergency departments. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 2001. 35: p. 464–467.
7. **Kaltiala-Heino R., Korkeila J., Tuohimäki C., Tuori T., Lehtinen V.:** Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 2000. 15: p. 213–219.
8. **Demeestere M., Abraham I., Moens G.:** Incidenten en determinanten van dwangmaatregelen in de intramurale zorgverlening. *Acta Hospitala*, 1995. 95/1: p. 39–53.
9. **Martin V., Kuster W., Baur M., Bohnet U., Hermelink G., Knopp M.:** et al., Die inzidenz von zwangsmassnahmen als qualitätsindikator in psychiatrischen kliniken: Probleme der datenerfassung und –verarbeitung und erste ergebniss. *Psychiatrische Praxis*, 2005. 32: p. 1–9.
10. **Janssen W .A., Hutschemaekers G., Lendemeijer H. H. G. M.:** Dwang cijfermatig in beeld In: Abma T, Widdershoven G, Lendemeijer B. *Dwang en drang in de psychiatrie; kwaliteit van vrijheidsbepenkende interventies*, 2005. Lemma Utrecht: p. 67-76.
11. **Bowers L.:** The expression and comparison of ward incident rates. *Issues in Mental Health Nursing*, 2000. 21: p. 365–374.

Halb voll oder halb leer? Ressourcenarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Thomas Lange, Ursula Hamann, Lena Bischoff, Bärbel Durmann, Bernhard Prankel

Einleitung

Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Störungen und ihre Familien sollten im Stationsalltag pädagogischen und pflegerischen Fachkräften begegnen, die ihnen dazu verhelfen, ihre Ressourcen (Fähigkeiten und Fertigkeiten) kontinuierlich und konkret zu trainieren. Das *Rotenburger Entwicklungsmodell* bietet dafür eine ressourcenorientierte Grundlage.

Methoden

Unabdingbare Voraussetzung ist ein systematischer Eingangsstatus über die vorhandenen Ressourcen:

1. *Die individuellen biopsychologischen Ressourcen* beinhalten die Stoffwechselfunktionen (z.B. bei Essstörungen), die Sensomotorik (Wahrnehmungs-Handlungs-Regulation), die Informationsverarbeitung (z.B. bei Teilleistungsstörungen oder Psychose-bedingten Denkstörungen) und die Spannungsregulation (z.B. bei sozioemotionalen Störungen).

2. *Die Bindungsfunktionen* setzen sich zusammen aus der Beziehungsfähigkeit des Kindes (z.B. bei Bindungsstörungen oder Autismus), der intuitiven Elternkompetenz (beeinträchtigend wirken etwa Vernachlässigung, Überbehütung, andauernde Abwertung, Rigidität, Ambivalenz) und dem Einfluss von Schule, Freunden und Nachbarschaft.

3. *Die Fähigkeit, reif und bewusst Verantwortung innerhalb der Gemeinschaft zu übernehmen, wird durch die Beantwortung der folgenden Fragen beschrieben:* (a) Erkennt der Patient seine eigene Beteiligung am Geschehen um sich herum, an den Beziehungen und seiner eigenen Befindlichkeit? (b) Lernt er aus Erfolgen wie auch aus Misserfolgen? (c) Verspürt er Gemeinsinn, d.h. sorgt er für ein sinnvolles und nachhaltiges Miteinander? Diese gesellschaftsintegrative Funktion ist bei Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Störungen häufig beeinträchtigt, etwa wenn jemand alle Schuld auf sich bezieht (Depression) oder von sich weist (Dissozialität).

Aus dem sorgfältig erhobenen Ressourcenstatus werden in Zusammenar-

beit mit den Familien und den Therapeuten die Behandlungsziele abgeleitet. Diese werden sodann mithilfe curricular hinterlegter Gruppenprojekte (*Querschnittansatz*) und individueller Stufenpläne (*Längsschnittansatz*) auf Station umgesetzt. Ein neues sechsstufiges Lernmodell verhilft dazu, jederzeit die richtigen Lerntechniken bereit zu halten.

Ergebnisse und Diskussion

Mithilfe des hier vorgestellten Ansatzes (*Prankel BH, 2005*) kann die Behandlungsdauer halbiert werden (vollstationär in Rotenburg 32 Tage, in Niedersachsen z.B. 63 Tage). Dadurch können mehr Patienten tagesklinisch (in Rotenburg 50%, niedersachsenweit deutlich unter 20%) oder sogar ambulant behandelt werden.

Lernziele des Workshops

1. Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten systematisch beobachten.
2. Pädagogisch-pflegerische Gruppenprojekte konzipieren und durchführen.
3. Individuelle Stufenpläne für die Entwicklung der Patienten erstellen und evaluieren.

Suchtprävention für Gesundheits- und Krankenpflegeschulen des Wiener Krankenanstaltenverbundes

Andrea Prägler, Marion Lorenz, Viktor Baumgartner

Im Psychiatrischen Zentrum des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital, werden bereits drogenabhängige Menschen im Sinne der Tertiärprävention betreut. Die Aufgabe eines öffentlichen Krankenhauses ist es aber auch, Probleme im Suchtbereich zu erkennen und Gegenmaßnahmen wirksam einzuleiten und/oder aufzuzeigen. Dies ist im Rahmen der Gesundheitsförderung wichtig, um vom reparierenden Ansatz wegzugehen und Förderung, Aufklärung, Prävention zu betreiben. Dies einerseits bei potentiell gefährdeten Menschen und andererseits bei angehenden Fachpflegepersonen, welche in ihrer Tätigkeit mit dem Thema Sucht in unterschiedlichen Ausprägungen konfrontiert sind.

Unter dem Namen Suchtprävention an Schulen beschäftigte sich eine professionelle Gruppe von psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Rahmen eines Projektes, welches nun in die Routinetätigkeit der pflegerischen Mitarbeiter der Drogenambulanz aufgenommen wurde. Diese Prävention wird vornehmlich an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung angeboten.

Die pflegerischen MitarbeiterInnen des Drogeninstitutes hatten großes Interesse sich mit den Entstehungsbedingungen süchtigen Verhaltens auseinanderzusetzen und sich nicht nur mit den Auswirkungen und Folgen der Suchterkrankung zu beschäftigen. Es bestand die Bereitschaft der MitarbeiterInnen und der Bedarf an den Schulen sich mit dem Thema »Suchtprävention an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen« nachhaltig praktisch auseinanderzusetzen.

In der Öffentlichkeit gibt es Ängste und Vorurteile in Bezug auf Sucht und Suchtmittel, die durch unsachliche Informationen und Polemik in den Medien verschärft werden.

Die praktische Tätigkeit der Suchtprävention zeigt, dass mit gezielter Aufklärungsarbeit viele Vorurteile in Bezug auf Sucht und Suchtmittel ausgeräumt werden können und im Bereich der MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich mit dieser Aufklärungsarbeit begonnen werden muss.

Ziele

- Instrumente und Werkzeuge der erfolgreichen Suchtprävention kennen zu lernen und im Rahmen des Workshops auszuprobieren
- Erfahrungen der bereits durchgeführten Suchtprävention mitzuteilen.

Inhalte

- Klaviermodell (angelehnt an Gerald Koller)
- Sucht Genuss Missbrauch (Johnson)
- »Die Superdroge« (Gruppenspiel)
- Rechtliche Information allgemein und bezogen auf Wiener Schulen
- Substanzen (Handbuch der Rauschdrogen, Schmidtbauer)

BELA – Bewegung – Ernährung – Lernen- Akzeptieren: Einflussnahme auf das metabolische Syndrom durch Psychoedukation bei psychisch kranken Menschen mit Adipositas

Rita Lutz

Erstmals wurde am Bezirkskrankenhaus Augsburg, Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bei Patienten mit Adipositas hauptsächlich durch Psychopharmaka ausgelöst, ein psychoedukatives Trainingsprogramm als Gruppenkurs mit Hilfe zur Selbsthilfe angeboten. Das Konzept wurde von der Firma Lilly Deutschland GmbH entwickelt und vom Referenten für den ambulanten Bereich weiter ausgebaut. Der 4-wöchige Kurs für den stationären Bereich wird mit 8 Gruppenstunden à 60 Minuten, 2x wöchentlich, plus drei Stunden Sport in der Woche angeboten. Im ambulanten Bereich sind es 12 Gruppenstunden je 1x wöchentlich, ein Einzelgespräch. Der Kurs geht über 14 Wochen.

Ziel des Kurses ist es, die Heißhungerattacken, unkontrolliertes Essen, gemindertes Sättigungsgefühl, zu fette und zu süße Ernährung zu mindern und die Ernährung unter Kontrolle zu bekommen. Durch gezielte Ernährungsumstellung auf ausgewogene, vollwertige Nahrungsmittel, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und dem D-A-CH Verband empfohlen werden sowie durch eine regelmäßige Bewegung, soll das Gewicht reduziert und auf Dauer gehalten werden können. Durch mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit sollen insbesondere die Risikofaktoren für ein metabolisches Syndrom verringert werden. Durch Beobachtung, Reflexion und Beurteilung des Ess- und Trinkverhaltes sollen die Teilnehmer lernen, ihre Ernährung unter Kontrolle zu bekommen und ihr bisher gewohntes Verhalten zu verändern.

Der theoretische Teil umfasst Hintergrundwissen über Lebensmittelgruppen, Nährstoffe und Kalorien. Zur genauen Einschätzung und Beurteilung der Ess- und Trinkgewohnheiten, führten die Kursteilnehmer in den ersten 3 Wochen ein Ernährungstagebuch. Zwei Trainingseinheiten über praktisches Lauftraining mit unterschiedlichen Techniken und dem Herzfrequenzzähler wurden vermittelt. Methoden zur Stärkung des Selbstbewusstseins und des

Gruppengefühls beinhaltet der verhaltenstherapeutische Teil in der ambulanten Gruppe. Ein weiteres Ziel ist es, die Patienten zu einer Selbsthilfegruppe zu motivieren.

Ausgewertet werden 16 Patienten aus drei ambulanten Kursen. Zum jetzigen Zeitpunkt können noch keine Untersuchungsergebnisse veröffentlicht werden, da der dritte Kurs noch nicht beendet ist. Um Veränderungen nachweisen zu können, sind verschiedene messbare Parameter zu Beginn und Ende eines jeden Kurses eingesetzt worden. Im Serum wurden das Gesamt-Cholesterin, Triglyceride, HDL- und LDL-Cholesterin, im Blutbild der Langzeit Blutzuckerwert HbA1c gemessen. Ebenso wurden das Körpergewicht, der Body-Maß-Index, Taillen- und Hüftumfang dokumentiert. Ein spezieller Fragebogen zu den Ernährungsgewohnheiten wurde von den Patienten ausgefüllt.

Als vorläufiges Resümee kann gesagt werden, dass sich nach circa 3 Wochen die ersten positiven Effekte einstellten. Eingefahrene, langjährige Gewohnheiten zu ändern, bedurften immerwährender Motivation während des Kurses. Auch der Austausch unter den Gruppenteilnehmern sowie Aha-Erlebnisse des Einzelnen trugen zur Umsetzung des Gelernten bei. Bei einem Patienten wurde aufgrund der Laborwerte ein Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert. Am schwierigsten gestaltete sich die Überzeugung für regelmäßige effektive Bewegung. Da psychisch kranke Menschen aufgrund ihrer Erkrankung von ihrer Bewegung her meist eingeschränkt sind und dadurch ein noch stärkeres Bewegungsdefizit aufweisen als »gesunde« Übergewichtige, ist effektivere Bewegung meist als sehr belastend empfunden worden. Es ist daher sinnvoll, geeignete Sportarten zu wählen und gezielte Bewegungsabläufe zu trainieren. Im stationären wie im ambulanten Bereich wurde das Nordic Walking Training gerne angenommen.

Lernziele

- Das metabolische Syndrom ist eine nicht zu unterschätzende multiple Folgeerkrankung, deren Ursachen durch eine Verknüpfung verschiedener Faktoren bedingt sein können.
- Verhalten dauerhaft zu ändern, wie z.B. Ernährungsgewohnheiten, bedarf der Vermittlung über gesunde Ernährung, der Motivation, dass es sich lohnt eine bessere Lebensqualität anzustreben.
- Die Ernährung »in den Griff zu bekommen« heißt auch ein Stück Leben kontrollieren zu können.

Psychiatrische Mutter–Kind–Behandlung auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation

Werner Mayr, Michael Waibel

Vor über fünf Jahren haben wir am Klinikum in Heidenheim/Brenz das Modell der integrierten Mutter–Kind–Behandlung auf einer allgemein-akut-psychiatrischen Station ins Leben gerufen und seither vielerlei Erfahrungen gesammelt. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es für psychisch kranke Mütter keine Möglichkeit für eine stationäre Behandlung in der Region, die eine Mitaufnahme des Kindes ermöglichte. Das bestehende Angebot richtet sich an Mütter von Neugeborenen bis zum Kleinkind mit 3 Jahren. Im Spannungsfeld zwischen der täglichen Routinearbeit, dem Milieu einer akut-psychiatrischen Station und der Betreuung des Kindes nimmt hierbei das Pflegepersonal eine besondere Stellung ein.

Im Vortrag wird dargestellt, wie das Projekt entstanden ist, welche Rahmenbedingungen geschaffen wurden und heute notwendig sind. Die gewonnenen Erfahrungen und die besonderen Herausforderungen für die Pflegekräfte im stationären Alltag werden aufgezeigt.

Es wird deutlich, dass dieses Projekt sich weiterentwickelt, aber den Mitarbeitern auch Grenzen aufzeigt. Durch die praxisnahe Pflege wurde im Team einerseits ein Wissen geschaffen, andererseits wurde deutlich, dass ohne ein Wissen keine professionelle Pflege möglich ist. Ein Fallbeispiel zeigt die Vielschichtigkeit unserer pflegerischen Arbeit in der Mutter–Kind–Behandlung und macht deutlich, dass ein solches Projekt auch auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation bei entsprechendem Engagement der Pflegekräfte umsetzbar ist. Letztlich ist die Umsetzung dieser Idee eine sinnvolle Ergänzung im gemeindenahen und sozialpsychiatrischen Konzept unserer Klinik.

Die Rolle der Pflegenden in der Prävention von Rückfällen bei Patienten, welche an Schizophrenie erkrankt sind

R. Meer Lueth, Ian Needham

Die Krankheit Schizophrenie beeinflusst das Leben und die Lebensqualität der erkrankten Menschen. Multifaktorielle Einflüsse führen zur Erkrankung oder zu Rückfällen. Ein mehrdimensionaler Therapieansatz mit Psychopharmaka, psycho- und soziotherapeutischen Massnahmen zielt darauf ab, Häufigkeit und Intensität der Krankheitsepisoden zu reduzieren [1]. Der Zeitrahmen der Hospitalisation reicht heute nicht mehr aus um dem Patienten Informationen über Rückfallprävention nachhaltig vermitteln zu können und um mit ihm individuelle Strategien auszuarbeiten. Nach der akuten Krankheitsperiode werden die Patienten in ambulanten oder teilstationären Behandlungsformen betreut. Ziel dieser Stabilisierungsphase ist es Stress, Rückfallwahrscheinlichkeit und Symptome zu reduzieren und die Wiedereingliederung ins Leben zu beginnen.

Bei der Schizophrenie unterscheidet man zwei Arten von Rückfällen: (1) das Wiederauftreten von schizophrenen Symptomen bei Patienten, die nach dem erstmaligen Auftreten für einige Zeit frei von ihnen waren; und (2) die Verschlimmerung von dauerhaft vorhandenen Positivsymptomen [2]. Rückfällen voraus gehen häufig feine, individuelle Veränderungen, Frühwarnzeichen genannt. Als Gründe für Rückfälle gelten: Noncompliance mit Medikamenten, pharmakologische Faktoren, psychosoziale Faktoren, Alkohol und Drogenabusus [2, 3].

Patienten, welche mit der Krankheit Schizophrenie leben, schätzen die Belastung durch Symptome permanent ein und wenden problemorientierte und nicht-problemorientierte Strategien an [4]. Murphy hat diese untersucht und in 6 Kategorien zusammen gefasst: (1) Ablenkung, (2) Bekämpfen, (3) Hilfe suchen, (4) etwas tun um sich besser zu fühlen, (5) Isolation und (6) Flucht. Dabei sind (1)-(4) handlungsorientiert und führen zu Stabilität, (5) verwendet passive Techniken und verweist auf Hilflosigkeit und (6) führt durch Selbstmedikation und Drogenkonsum zu Unstabilität [5]. Die Erkenntnis, dass Patienten mit chronischer Erkrankung täglich von Ent-

scheidungen über das Selbst-Management ihrer Krankheit gefordert sind, führt zur Entwicklung eines neuen Paradigma: der Partnerschaft zwischen Patient und Professionellen. Patienten und Angehörige haben ein Bedürfnis Informationen über ihre Krankheit und das Bewältigen von Alltagsproblemen zu erhalten [6, 7].

Die Strategien der Professionellen umfassen Medikamente, Psychotherapeutische Angebote (kognitiv-behaviorale Therapien, Training sozialer Fertigkeiten, kognitive Remediationsprogramme, Psychoedukation), psychosoziale Betreuung (Einzel-, Gruppen und Familientherapie, Dienstleistungsformen wie Assertive Community Treatment, Wohnformangebote) sowie die Arbeit mit Rückfall-Frühwarnplänen und Frühinterventionen [8-16]. Der Begriff Krankheits-Management fasst in fünf Bereichen zusammen, wie Patienten in der Rückfallverhütung und in ihrer Lebensqualität unterstützt werden [11, 17]. (1) *breit gefasste Psychoedukationsprogramme* sind Basis und wichtiger Bestandteil aller weiteren Programme, weil damit dem Patienten und seinen Angehörigen Informationen über die Krankheit und Behandlung vermittelt wird. (2) *medikamentenfokussierte Programme* (kognitiv-behaviorale Programme) helfen die Behandlungsverordnungen dem Patienten anzupassen und ihm Strategien zur Umsetzung zu vermitteln. (3) *Rückfallprävention* legt den Schwerpunkt auf das Erkennen von Umgebungs-Trigger und Frühwarnzeichen und unterrichtet Stressmanagement. (4) *Training von Bewältigungsfertigkeiten und allgemeinen Fertigkeiten* haben das Ziel die Fähigkeit der Bewältigung von Symptomen, Stress und Problemen zu verbessern. (5) *kognitiv-behaviorale Behandlungen von psychotischen Symptomen* hilft dem Patienten mit psychotischen Symptomen umzugehen.

In Zusammenarbeit mit den andern Berufsgruppen müssen die Pflegedienste wirksame und nachhaltige Behandlungs- und Betreuungsangebote in der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung entwickeln und anbieten [16, 18-22]. Psychoedukation im Einzelsetting, das Erarbeiten von Frühwarnplänen und das Medikamentenmanagement sind primäre Aufgaben der Bezugspflegenden. Pflegedienste fördern durch Praxisentwicklungsprojekte das Angebot der Pflege und mit gezielten Weiterbildungen die dazu notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Zur Rolle der Pflegenden gehört:

- Psychoedukation (Einzel / Gruppen)
- Erarbeiten von Frühwarnplänen und -interventionen
- Medikamentenmanagement
- Gruppenangebote (Sozialen Fähigkeiten, Bewältigung von Stress und Problemen, Rehabilitation auf Wohn-, Freizeit- und Arbeitsachse.

Die Pflegemassnahme »Rückfallprävention« beginnt mit einem Assessment der Aspekte Gesundheit (z.B. Schlafprobleme, Drogen), Umgebung (z.B. Lebensereignisse, Stress, Beziehungen, ATLS), Einstellungen und Verhalten (Informationsverarbeitung, Einsicht, Symptom- und Medikamentenmanagement), welche Rückfälle ankünden. Mit dieser Beurteilung werden Symptome, welche zu Rückfällen führen, identifiziert und Symptom-Trigger erkannt. Nun werden Wege gesucht, wie mit diesen Triggern umzugehen ist. In Zusammenarbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen werden Interventionen festgelegt um Rückfälle zu verhindern und Vorgehen entwickelt, wenn der Rückfall nicht zu verhindern ist [5, 23, 24].

Professionelle und Patienten verfügen über ein vielfältiges Spektrum an Methoden, wie Rückfällen vorgebeugt werden kann. Die Pflegenden können eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsförderung übernehmen, indem sie gezielt mit den Patienten an den Strategien zur Rückfallprävention arbeiten. Um diese Rolle professionell und nachhaltig zu übernehmen arbeiten Pflegedienstleitungen und die einzelnen Pflegenden aktiv an der interdisziplinären Entwicklung und Umsetzung von Präventionsprogrammen mit.

Literatur

1. **American Psychiatric Association**, Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1997. 154: p. 1-68.
2. **Ayuso-Gutierrez, J. L. and J. M. del Rio Vega**: Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res*, 1997. 28(2-3): p. 199-206.
3. **Weiden, P. and W. Glazer**: Assessment and treatment selection for »revolving door« inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Q*, 1997. 68(4): p. 377-92.
4. **Wiedl, K. H. and B. Schottner**: Coping with symptoms related to schizophrenia. *Schizophr Bull*, 1991. 17(3): p. 525-38.
5. **Murphy, M. F. and M. D. Moller**: Relapse management in neurobiological disorders: the Moller-Murphy Symptom Management Assessment Tool. *Arch Psychiatr Nurs*, 1993. 7(4): p. 226-35.
6. **Mueser, K.T., et al.**, An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. 1992, *Br-J-Psychiatry*. 1992 May; 160: 674-80.
7. **Meer, R.**: Erfassung des Wissens und der Informationsbedürfnisse über Themen der Rückfallprävention bei Menschen, welche an Schizophrenie erkrankt sind. 2005, Universität Maastricht (NL), Fakultät der Pflegewissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft.
8. **Bartels, S. J.**: et al., Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. 2004, *Community-Ment-Health-J*. 2004 Feb; 40(1): 75-90.
9. **Bustillo, J., S.J. Keith, and J. Lauriello**, Chapter 12.9 Schizophrenia: Psychosocial Treatment, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, S.V. Kaplan & Sadock; Sadock B., Editor. 2000, Lippincott: Philadelphia. p. 1210-1217.
10. **Lauriello, J., J. Bustillo, and S.J. Keith**: A critical review of research on psychosocial treatment of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 1999. 46(10): p. 1409-17.
11. **Mueser, K. T.**: et al., Illness management and recovery: a review of the research. 2002, *Psychiatr-Serv*. 2002 Oct; 53(10): 1272-84.
12. **Brenner, H. D. and M. Pfammatter**: Psychological therapy in schizophrenia: What is the evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000. 102(Suppl407): p. 74-77.
13. **Wykes, T. and M. Van der Gaag**: Is it time to develop a new cognitive Therapy for psychosis - cognitive remediation therapy (ctr)? *Clinical Psychology Review*, Vol. 21, No. 8, pp. 1227-1256,, 2001. 21(8): p. 1227-1256.
14. **Birchwood, M. and C. Jackson**: Schizophrenia. 2001: Philadelphia, PA, US: Psychology Press.
15. **Herz, M. I.**: et al., A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 2000. 57(3): p. 277-283.
16. **van Meijel, B.**: et al., The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002. 9(3): p. 357-63.
17. **Bodenheimer, T.**: et al., Innovations in primary care. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 2002. 288(19): p. 2469-75.
18. **Gournay, K.**: Mental health nurses working purposefully with people with serious and enduring mental illness -- an international perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 1995. 32(4): p. 341-52.
19. **Gournay, K.**: Role of the community nurse in the management of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2000. 6: p. 243-251.
20. **van Meijel, B.**: et al., The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002. 9(3): p. 347-55.
21. **Dodds, F., A. Rehair-Brown, and S. Parsons**: A systematic review of randomized controlled trials that attempt to identify interventions that improve patient compliance with prescribed antipsychotic medication. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2000. 4: p. 47-53.
22. **Roder, V.**: et al., Kapitel 2: Kognitiv verhaltenstherapeutische Ansätze bei schizophrener Erkrankten: Modelle und empirische Ergebnisse, in *Praxishandbuch zur Verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*, V. Roder, et al., Editors. 2002, Verlag Hans Huber: Bern.
23. **van Meijel, B.**: et al., Relapse prevention in patients with schizophrenia: the application of an intervention protocol in nursing practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003. 17(4): p. 165-72.
24. **Moller, M. D. and M. F. Murphy**: Neurobiological Responses and Schizophrenia and Psychotic Disorders, in *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, G.W. Stuart and M.T. Laraia, Editors. 1998, Mosby: St. Louis.

Handpuppenimprovisationstheater

Gerhard Russ, Nicola Maier

Hintergrund/Einleitung

In diesem Projekt haben Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie selbständig Handpuppen und Kulissen gestaltet, mit denen sie ein selbst geschriebenes Theaterstück für die Angehörigen und das gesamte Klinikpersonal aufgeführt haben. Die Idee zu diesem Projekt hatten zwei Pflegekräfte während einer speziellen Weiterbildung für psychisch auffällige Kinder- und Jugendliche. In Zusammenarbeit mit dem Ergotherapeuten konnten alle anderen Stationsmitarbeiter und Vorgesetzte zur Umsetzung dieser Idee gewonnen werden.

Ziel war ein Projekt, in dem interdisziplinär zusammengearbeitet wird. Es sollte ein Rahmen geschaffen werden, der eine intensive Auseinandersetzung zwischen den Berufsgruppen und mit den Patienten ermöglicht. Als Zeitpunkt zur Durchführung wurde die Ferienzeit gewählt, die weniger Struktur hat und normalerweise konfliktgeladen ist.

Ziele

- Förderung der sozialen Kompetenz,
- Schaffung eines sozialen Lern- und Erfahrungsfelds, interaktionelles Arbeiten;
- Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- Planung und Durchführung einzelner Arbeitsschritte,
- Training von Konzentration und Ausdauer,
- Steigerung des Selbstwertgefühls,
- Förderung von Kreativität, Phantasie und Ausdruck,
- Erleben eines Gruppenprozesses,
- Zusammenarbeit im interdisziplinären Team (Pflege, Ergotherapie, Sozial Pädagogen, Physiotherapie).

Fragestellung

Ist interdisziplinäre Teamarbeit in diesem Rahmen an einer Kinder- und Jugendneuropsychiatrie möglich? Was für Kompetenzen sind von jedem einzelnen Mitarbeiter gefragt?

Welche stationären Rahmenbedingungen brauchen Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 17 Jahren mit unterschiedlichen Diagnosen, um motiviert und zielführend an einem solchen Projekt teilnehmen zu können? Welche Erfahrungen machen unsere Patienten in den Bereichen soziales Erleben, Konfliktaustragung und unter bestimmten strukturellen Vorgaben?

Methode

Kompetenzorientierte, interaktionelle und ausdruckszentrierte Methode in Anlehnung an Improvisationstheater;

Material

Handpuppen: Styroporkugeln und Pappmaché, Stoffreste und Bastelmaterial;
Kulisse: Leintücher, Farben, Bastelmaterial
Sonstiges: Musikinstrumente, CD-Player, Videokamera, Digitalkamera;

Ergebnisse

Ein Projekt dieser Art ist aus Sicht des interdisziplinären Teams möglich bei:

- klaren Rahmenbedingungen (Personal, Räumlichkeiten, Zeit...)
- Mitwirkung und Toleranz aller an der Station arbeitenden Berufsgruppen
- Mitwirkung und Unterstützung der Vorgesetzten sowie des ärztlichen Personals
- genauer und klarer Kompetenzverteilung
- Aufklärung der Mitarbeiter und Patienten über den Projektablauf

Aus Sicht der Patienten:

- Möglichkeit eine Erfahrung dieser Art zu machen;
- Lust wieder einmal an einem Projekt teilzunehmen;
- Erarbeitetes Freunden/Familie vorführen;
- sich mit dem Personal auf eine persönlichere Art zu beschäftigen;
- sich überraschen lassen, was entsteht;
- lernen, Vorschläge anderer anzunehmen und sich selber einzubringen;
- Möglichkeiten suchen, ein gemeinsames Ziel zu erreichen

Diskussion

Wie viel Zeit für Reflexion benötigen Patienten und Personal? Was an diesem Projekt ist / wirkt heilsam? Inwieweit sollten die Angehörigen miteinbezogen werden?

Schlussfolgerung:

Das Projekt erforderte einen enormen Energie- und Zeitaufwand, wurde aber von allen Beteiligten sehr gut aufgenommen.

Erhebung von Aggressionsdaten mittels SOAS-R im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital, Wien, Österreich

Wolfgang Schrenk

Die Datenerhebung erfolgte ab 2003, anfangs eher zögerlich. Nachdem dem Thema Aggression und Gewalt im gesamten OWS und auch im Krankenanstaltenverbund allgemein zusehends mehr Gewicht beigemessen wurde, konnten auch verstärkt Daten erhoben werden. Erhebende waren hauptsächlich die an den Stationen Tätigen und von Aggression und Gewalt betroffene Pflegepersonen, aber zu einem geringen Teil auch Ärzte und Therapeuten. In der ursprünglichen Version wurde direkt auf standardisierten Formblättern gearbeitet, die in Folge EDV erfasst wurden. Gegenwärtig kann direkt in ein eigens entwickeltes Computerprogramm eingegeben werden, das auch Statistikdaten auswirft und damit ein unmittelbares Feedback gibt.

Bemerkenswert ist, dass klar beobachtet werden kann, dass nur dort umfangreicher erhoben wird, wo eine besondere Motivation besteht. Einer der wesentlichen Motivatoren scheint die Anwesenheit von Pflegepersonen der mittleren und höheren Führungsebene, die auch als Deeskalationstrainer ausgebildet sind, auf der jeweiligen Station zu sein. Weniger Bedeutung ist anscheinend der Existenz von Aggression und Gewalt per se beizumessen. Erkennbar ist dies unter anderem daran, dass die überwiegende Zahl von Erhebungsbögen von drei allgemein psychiatrischen Aufnahmestationen-Akutstationen erfasst wurden; die weiteren vier im Haus befindlichen Akutstationen erfassten kein Aggressionsereignis. Wesentlich scheinen für eine hohe Erfassungsfrequenz auch Stationskultur, berufliche Grundhaltung, Motivation zu wissenschaftlicher Arbeit und Einstellung zu Aggression und Gewalt zu sein.

Die daraus gezogenen Schlüsse dürfen vorerst nur als vorläufig und bedingt aussagekräftig betrachtet werden, da aufgrund der gegenwärtigen Fallzahl (n=392) noch starke Verzerrungen möglich sind. Als Beispiel: Eine hohe Zahl an erfassten Selbstverletzungen durch eine Patientin mit der Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« bringt klare Verzerrungen bei der Be-

trachtung von Unterschieden in der Selbstbeschädigungstendenz zwischen Frauen und Männern. Erst größere Fallzahlen können solche Verwerfungen nivellieren. Trotz dieser noch vorhandenen methodischen Schwächen sind einige Trends deutlich abzulesen. Ganz klar ersichtlich ist zum Beispiel bereits - trotz der vermuteten hohen Zahl nicht erfasster Vorfälle - der enorm hohe Zeitaufwand, der für aggressive Ereignisse und deren Deeskalation von den handelnden Personen erbracht werden muss.

Wenn die erhobenen Daten auch noch nicht für hieb- und stichfeste, sachlich haltbare Aussagen ausreichen, so zeigt die Auswertung der bisherigen Fälle aber bereits deutlich die Bedeutung der systematischen Erfassung, auch sind zum Teil grundlegende Tendenzen abzulesen, die im Zuge der weiteren Erfassung und Auswertung verifiziert werden könnten. Die bisherige »gefühlsmäßige« Einschätzung der Aggressions- und Gewalthäufigkeit im OWS entspricht kaum der Realität und ist extrem subjektiv gefärbt, auch unter dem Aspekt der Sensibilisierung für dieses Thema leistet diese Form der Datenerhebung unschätzbare Dienste.

Geschlossene, ausführliche Erhebungen sind besonders für das Jahr 2005 vorhanden, dieser Zeitraum wurde ausgewertet und statistisch dargestellt und steht für den Workshop zur Diskussion. Die vorhergehenden Daten (2004) sind in die Auswertung nicht eingeflossen, da es das Ziel war, ein vollständiges Kalenderjahr als Vergleichszeitraum heranzuziehen.

Lernziele

- 1) Welche Vorbereitungen müssen getroffen werden, um die MitarbeiterInnen zu motivieren an Datenerfassungen mitzuwirken?
- 2) Bereits erkennbare, gelebte Veränderungen im Stationsalltag und beim Umgang mit aggressiven Phänomenen sollen exemplarisch dargelegt werden.
- 3) Den Teilnehmern soll die Nutzbarkeit und praktische Anwendbarkeit der erhobenen Daten verständlich gemacht werden, zum Beispiel für die Anpassung von Stationsabläufen oder für die Implementierung von Sicherheitssystemen.

Behandlung minderbegabter Patienten im Maßregelvollzug in der Klinik Haina

Karl-Heinz Sporleder

Die Klinik für forensische Psychiatrie Haina wurde am 01.07.1977 gegründet. Sie ist auf die Behandlung für erwachsene psychisch gestörte Rechtsbrecher ausgerichtet. Der gesetzliche Rahmen der Unterbringung und Behandlung wird durch das Hessische Maßregelvollzugsgesetz bestimmt.

In den meisten Maßregelvollzugeinrichtungen werden geistig behinderte Patienten auf Stationen behandelt, auf denen auch normal intelligente Personen untergebracht sind. Jedoch zeigt sich immer wieder, dass die geistig behinderten Menschen den Anforderungen, die die gemeinsame Unterbringung mit normal Intelligenzen an sie stellen, nicht gerecht werden können. Einerseits fehlt es ihnen an basalen-lebenspraktischen Fertigkeiten, andererseits aber auch an sozialen Kompetenzen. Schwierigkeiten finden sich auch im Bereich des gefühlsmäßigen Erlebens und der Fähigkeit eigenes und fremdes Verhalten nachzuempfinden, benennen zu können und kritisch zu hinterfragen. Darüber hinaus zeigen diese Patienten ein geringes Selbstständigkeitslevel – häufig in erheblichen Abhängigkeiten – welches sich auch auf deren Denken auswirkt. Das bedeutet unter anderem auch, dass Einschränkungen bezüglich allgemein gültigem und normkonformen Verhalten und im besonderen Schwächen in der Problemerkennung und deren Lösung bestehen. Die Fähigkeit Verhaltenskonsequenzen vorweg zu erkennen und Zusammenhängen zu denken, ist defizitär.

Für das Team bedeutet ein Anteil geistiger behinderter Patienten auf der Station eine erhöhte Belastung, da diese auf der Station übliche Eigenleistung der Patienten nicht zu erbringen in der Lage sind und daher »versorgt« werden müssen. Nicht zuletzt frustriert diese Personengruppe auch die zuständigen Therapeuten, da Veränderungen innerhalb dieses Settings nicht oder kaum zu erreichen sind. Geistig behinderte Menschen können so in Bezug auf das Maßregelvollzugsziel nur schlecht bis gar nicht eine Veränderung erreichen, was sowohl auf Seiten des Patienten auch auf Seiten der Behandler zu Frustrationen und wenig förderlichem Erleben führen kann und lange Verweildauern nährt.

Geistig behinderte Menschen sind so häufig dreifach stigmatisiert durch die geistige Behinderung (»die lernen ja sowieso nichts«), zusätzliche morphologische Auffälligkeiten (»der sieht schon so aus«) und durch zusätzliche psychiatrische Diagnosen (»verrückt ist er auch noch«). Dies kann fälschlicherweise zu der Annahme führen, dass Lernen von Deliktvermeidung eine normale Intelligenz voraussetzt. Dies ist aber nicht zwangsläufig richtig, da Lernen auch durch gemeinsames Tun und Handeln im Alltag/in konkreten Situationen in einem förderlichen Umfeld stattfinden kann und auch auf einer emotionalen Beziehungsebene (Therapeutische Nähe, Bezugspflegesystem) stattfindet. Lernfelder werden aktiv hergestellt, Situationen durch die Behandler aktiv variiert. Dies wird durch ein transparentes Belohnungs- und Verstärkerentzugssystem entlang eines festgelegten Förderplans mit konkreten Handlungsaufgaben umgesetzt, was von Seiten des Teams eine besondere Qualifikation und Erfahrung erfordert, um für diese Gruppe eine spezifische Förderung in einem dafür ausgerichteten Milieu zu schaffen. Das Wissen über Zusammenhänge zwischen deliktrelevanten Faktoren, geistiger Behinderung, psychischer Erkrankung und individuellen Risiken ist auch wesentlich für eine erfolgreiche Behandlung und die Vermittlung in Nachsorgeeinrichtungen und deren weiteren Umgang mit diesem Personenkreis. Ziel ist die Weiterführung von Verhaltensregeln (pflegerisch, therapeutisch). Zudem sollen die in der Klinik erarbeiteten Verhaltensweisen auch aufrechterhalten werden. Diese Aufgaben werden differenziert auf der Station G 9/1 seit März 1991 wahrgenommen, um den Behandlungsauftrag für diese spezielle Klientel nachzukommen.

Lernziele

1. Spezialstation ja / nein
2. Erfahrungsaustausch aus dem Alltag /
Gestaltungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit
3. Spezifische Probleme in der Behandlung

Anleitung von therapeutischen Gruppen innerhalb der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) durch Pflegende

Rita Thill, Manuela Brandt

Hintergrund

Diesen Workshop möchten wir vor dem Hintergrund anbieten, dass innerhalb der stationären Dialektisch-Behavioralen-Therapie nach M. Linehan welche sich speziell an Menschen mit Persönlichkeitsstörungen wendet, die Pflege innerhalb der Bezugsbetreuung einen verhaltenstherapeutischen Auftrag erfüllt. Innerhalb dieser Aufgabe ist die Bezugspflegekraft unter anderem Einzelskilltrainer. In den DBT- Gruppen findet sich die Pflegekraft sowohl in der Funktion des Co- Trainers als auch in der Rolle des Trainers wieder. Diese intensive Bezugsbetreuung beinhaltet den Patienten innerhalb der therapeutischen Module in seinen Zielen zu unterstützen.

Die psychiatrische Pflegekraft hat damit den therapeutischen Auftrag, Kompetenzen im Skilltraining für Borderline Patienten in Gruppen- und Einzelgesprächen zu vermitteln. Die Gruppen haben den Vorteil, dass die Patienten und Patientinnen während der stationären Therapie ein regelmäßiges Skilltraining in der Gruppe haben und somit ständig in diesem Thema gefordert werden. Ein weiterer wesentlicher Vorteil der Vermittlung in Gruppen ist, dass die Teilnehmer optimale Synergieeffekte erzielen können und von den Erfahrungen anderer Teilnehmer profitieren. Somit werden sie zu Experten im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Gruppenleitende Pflegekräfte und Einzelbezugsbetreuende sind über die Fortschritte und Probleme der Klienten mit diesem Thema in einem direkten Austausch, sowie auch mit dem Einzeltherapeuten. Dadurch sollen die Klienten noch gezielter im Einzeltraining gefördert und unterstützt werden. Insgesamt ist dieses Konzept der Gruppengestaltung innerhalb der DBT ein wesentlicher Beitrag zum gesamten Therapieerfolg. Pflegerisches Handeln innerhalb des oben beschriebenen Konzeptes fordert von Pflegenden ein hohes Maß an Fachkompetenzen und Wissen sowie einen sorgfältigen Umgang mit den eigenen Ressourcen. Unser Anliegen ist es eben diese Bereiche in einem angebotenen Workshop zu fördern.

Thema

Wie gestalten und leiten Pflegende verhaltenstherapeutische Gruppen innerhalb der DBT?

Ziel

Den Anwesenden soll der Aufbau sowie Inhalte von therapeutischen Gruppen vermittelt werden, dies beinhaltet auch spezielle Gestaltungsmöglichkeiten.

Ablauf

- Vorstellung der Workshopleitenden
- Einführung in das Thema Aufbau einer Gruppe
z.B.: Zeitrahmen, Themen, Ablauf, Größe
- Inhaltliche Vorstellung einer Gruppe mittels Videoaufzeichnung
Praktische Übungen zur Gestaltung von therapeutischen Gruppen

Methoden

- Poster
- Videoaufzeichnung
- Power- Point
- Rollenspielsequenzen
- Interaktion und Diskussion.

Lernziele

- Vermittlung von professionellen co-therapeutischen Handeln und Wissen innerhalb von therapeutischen Gruppen
- Gruppeninhalte/ Themen
- Gestaltung und Ablauf der Gruppen trotz wechselnder Besetzung und Schichtdienst

Therapeutisch orientierte Kletterprojekte an der Jugendpsychiatrie: Projektbeschreibung, Zielsetzung, Durchführung, Ergebnisse, Erfahrungen

Christoph Wöger, H. Vornwagner

Menschen erfahren ihre Welt nicht vorrangig mit ihrem Verstand, sondern mit ihren Sinnen. Aus diesem Grund unterscheidet sich Klettern als eine von unzähligen Freizeitaktivitäten in vielen Aspekten vom normalen Alltagsleben. Es wird die Wahrnehmung des eigenen Körpers in herausfordernden Situationen erlebt, Erfahrungen mit persönlichen Grenzen, Wagnissen und Sicherheit sowie Selbst- und Fremdwahrnehmung in herausfordernden und nicht alltäglichen Situationen erfahren.

In Verbindung mit der herkömmlichen Therapie werden dadurch unkonventionelle und besondere Wege sowie komplexe Erfahrungssituationen mit hohem Anforderungscharakter angeboten, anhand derer die Teilnehmer gezielt an ihren Problemen arbeiten können.

Durch das therapeutisch orientierte Klettern sollen individuelle Persönlichkeitsmerkmale wie die Entwicklung von Eigeninitiative, Spontaneität, Kreativität sowie die Entdeckung von verborgenen Fähigkeiten und Stärken, Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl und auch Verantwortungsbewusstsein erkannt und entwickelt werden.

Die teilnehmenden Patienten können ihre persönlichen Grenzen ausloten, Durchhaltevermögen lernen, Selbststunwert, Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle abbauen, ihre Emotionen (z. B. Angst) kennen und steuern lernen, Vertrauen und Selbstvertrauen aufbauen. Zusammenarbeit in Gruppen, Sozialverhalten, Rücksichtnahme und gegenseitige Hilfe spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Dieses Erleben kann für beliebige Situationen, in denen sich die einzelne Person findet oder selbst einrichtet, verallgemeinert werden. Das Klettern soll dazu benutzt werden, andere Situationen damit zu vergleichen, Klarheit zu finden und Entscheidungen zu treffen. Es soll damit eine Möglichkeit geschaffen werden, über dieses Projekt eine Veränderung zu erzielen

und den Patienten bei der Um- und Übersetzung der gemachten Erfahrung in den Alltag zu helfen.

Das Klettern, wie es an der Jugendpsychiatrischen Abteilung durchgeführt wird, eignet sich für Patienten mit Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionalen Störungen, aber auch für jene, die aus unterschiedlichen Gründen ein schwaches und leicht zu verunsicherndes Ich ausgebildet haben, die ein geringes Selbstwertgefühl und fehlende situative Handlungskompetenz zeigen oder Entwicklungsrückstände in der Grob- und Feinmotorik, der Handlungsplanung und Handlungssteuerung haben und/oder Einschränkungen im sozialen, im kommunikativen, im Lern- und Leistungsbereich haben.

Dass Klettern bei so unterschiedlichen Problemen wirkt, hat damit zu tun, dass bei jeder seelischen Krankheit Angst beteiligt ist. Klettern ist besonders geeignet, um mit Ängsten zu arbeiten, man kann dabei neues Verhalten ausprobieren und damit direkt Erfolg haben. Passieren kann nichts, höchstens im Kopf.

Doch Klettern hilft nicht jedem und ist kein Allheilmittel. Es kommt auf die Vorgeschichte und die psychische Ausgangslage an. Dennoch sind wir der Meinung, dass ein therapeutisch orientiertes Klettern weitere therapeutische Arbeit sinnvoll kombiniert. Auch muss der richtige Weg nicht in der Intensivierung dieser einen Aktivität liegen, sondern in der Verinnerlichung der strukturellen Eigenschaften, welche dieses Erleben hervorbringt.

Natürlich kann nicht einfach mit stationären Patienten losgeklettert werden, geht es doch auch um rechtliche und versicherungstechnische Belange (was ist wenn...), Durchführbarkeit und Akzeptanz sowie der Finanzierung; welche Ausbildung brauche ich, welcher Ort ist geeignet usw.

Wir führen seit mehr als 3 Jahren regelmäßig Kletterprojekte, indoor sowie outdoor, mit stationären jugendlichen Patienten durch und erleben dabei immer wieder Überraschungen, gute Erfolge und erfahren eine breite Akzeptanz und Anerkennung des Projektes, sowohl von den Patienten als auch von den Teammitarbeitern.

Systematisierung und Entwicklung der Pflege- und Erziehungskompetenzen auf der Grundlage eines Leitbildes und eines fachtheoretischen Bezugsrahmens in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Gerd Bekel, Marina Dockhorn, Petra Steffen,
Corinna Piontkowski, Alexandra Freimuth

Ausgangssituation

Die vielfältigen Problemstellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfordern unterschiedliche Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen im Pflege- und Erziehungsdienst (PED). Vor dem Hintergrund der jeweiligen Grundausbildungen ermöglichen die fachlichen Schwerpunkte der jeweiligen Berufsgruppen (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger/innen, Jugend- und Heimerzieher/innen) unterschiedliche Perspektiven von den Patientensituationen. Das Hauptproblem in der klinischen Praxis besteht darin, die unterschiedlichen Perspektiven der Patientensituationen so in Übereinstimmung zu bringen, dass eine gemeinsame methodische Vorgehensweise ermöglicht wird. Derzeit liegen jedoch wenig fachtheoretisch basierte Systematiken der Methodenkompetenz für den PED in der klinischen Praxis vor. Die Folge ist ein hoher organisatorischer und kommunikativer Aufwand zur Vermittlung der Perspektiven und der methodischen Entscheidung bzw. inkongruente Entscheidungsfindungen.

Zielsetzung

Vor dem Hintergrund des Auftrags des PED in der Klinik für Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) sollte eine Systematisierung der Pflege- und Erziehungskompetenzen des PED entwickelt werden. Als Ausgangspunkte dienten a.) das vorhandene Leitbild in der KJPP und b.) die pflegetheoretischen Konzepte der Selbstpflegetheorie von Dorothea E. Orem. Der Auftrag des PED definiert sich in unserer Klinik im Wesentlichen aus der zielgerichteten Umsetzung störungsspezifischer Behandlungs- und Therapiestrategien durch milieu-therapeutische Fachkompetenz. Die zentralen

Ziele des PED sind in diesem Zusammenhang gerichtet auf die Förderung und Stärkung der Autonomie, Selbstverantwortung und Selbstpflegekompetenz der Kinder und Jugendlichen. Weiterhin resultiert aus dem Auftrag des PED das Ziel, Eltern und Bezugspersonen gezielt einzubeziehen um sie in ihren krankheitsbezogenen Erziehungskompetenzen zu unterstützen.

Das Projekt sollte unter Beteiligung aller Mitarbeiter/innen im PED im Wesentlichen drei Entwicklungsbereiche betreffen:

- Systematisierung der PED Anamnese und Planung der Patientensituation
- Systematisierung der PED Methodik
- Systematisierung der Fallsteuerung durch PED

Methode

Die Entwicklung und Umsetzung der Ziele sind im Rahmen eines Projektes realisiert worden. Das Projekt ist in mehreren Phasen geplant und aufgebaut worden. Das zentrale Anliegen dabei war von Beginn an, die Mitarbeiter/innen im PED an der Durchführung des Projektes zu beteiligen. In Seminaren, kontinuierlichen Arbeitsgruppen und in Fallanalysen wurden die inhaltlichen Schwerpunkte erarbeitet. Die drei Phasen des Projektes sind:

- Analysephase
- Konzeptualisierungsphase
- Entwicklungsphase

In der Analysephase sind die Problemstellungen und Ausgangspunkte für das Projekt in einer Planungsgruppe ermittelt und bewertet worden. Aus den Ergebnissen ist die generelle Projektstruktur entwickelt worden.

In der Konzeptualisierungsphase sind mit den Mitarbeiter/innen im PED die zentralen Konzepte der Selbstpflegedefizit-Theorie erarbeitet worden. Durch die Analyse von Fallsituationen aus der klinischen Praxis sind die theoretischen Konzepte für den Aufbau einer PED Fallsystematik genutzt worden. Ebenfalls sind in Arbeitsgruppen verschiedene Methodenkomplexe des PED erarbeitet worden.

In der Entwicklungsphase werden ab Mai 2006 die entwickelten Strukturen in der klinischen Praxis genutzt und weiterentwickelt. Ende Dezember 2006 wird dann in einer weiteren Zwischenauswertung der Entwicklungsstand für die 3. Phase analysiert.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse zeigen eindeutig, dass die Mitarbeiter/innen des PED die fachtheoretischen Konzepte der Selbstpflegedefizit-Theorie von D. Orem in der klinischen Praxis der KJPP nutzen können. Die bisher entwickelten Systematiken strukturieren die Fallbesprechungen und es ist möglich, eine gemeinsame methodische Vorgehensweise innerhalb des PED, aber auch in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen strategisch für die Betreuung der Kinder und Jugendlichen zu planen.

Emotionale Regulation: Interventionen bei dissoziativen Phänomenen

Rolf Brunner, Ursula Fellmann

Einleitung

Pflegende sind im Umgang mit dissoziativen Phänomenen oft unsicher und verstehen diese Zustände oft nur schlecht.

Dissoziative Phänomene sind gekennzeichnet durch einen Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns. Diese Phänomene sind häufig ein Teil der Verarbeitungsprozesse bei traumatischen Erfahrungen. Sie tragen dazu bei, die mit dem Trauma verbundenen, unaushaltbaren Emotionen regulieren zu können. Dissoziative Phänomene haben verschiedene Ausprägungen und Erscheinungsformen; zudem treten sie nur selten als Einzelstörungen auf. Bei 40% der stationär behandelten PatientInnen kann man im klinischen Alltag solche Phänomene – vor allem in Form von Depersonalisationssymptomen – beobachten. Bleiben sie unbehandelt, haben dissoziative Phänomene für die Betroffenen insofern negative Konsequenzen, als dass sich z.B. mit der Zeit die Bereitschaft zur Dissoziation erhöht. Dissoziative Phänomene helfen kurzfristig traumatische Erlebnisse zu überleben. Längerfristig können dissoziative Phänomene ohne Kontrolle einschleichen, was als sehr unangenehm erlebt wird.

Es gibt Erklärungsmodelle und Interventionsmöglichkeiten, die sich im Pflegealltag als hilfreich und wirksam bewährt haben.

Ablauf

- Achtsamkeitsübung
- Theoretischer Input
- Beispiele von Interventionen bei akuten dissoziativen Phänomenen
- Spannungskurve als Erklärungsmodell
- 4 Module der Emotionalen Regulation (Trainingsgruppe)
- Persönlicher Notfallkoffer
- Fallbeispiel
- Achtsamkeitsübung

Ziele

- Vorstellen von Ansätzen aus der klinischen Praxis, mit denen PatientInnen aus einem akuten dissoziativen Zustand geholt werden können.
- Vermitteln von Strategien, welche es PatientInnen auch längerfristig ermöglichen, ihre schwer aushaltbaren Emotionen zu regulieren.
- Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, sich in Bezug auf eigene, schwierige Fallbeispiele beraten zu lassen.

Qualitätssicherung in der Pflegepraxis: Ein Weg zur Förderung der Zusammenarbeit der psychiatrischen und somatischen Pflege

Susanne Clemen

Hintergrund/ Einleitung

Ängste und Vorurteile bestimmen nach wie vor die Haltung gegenüber der Psychiatrie. Trotz Verbesserung der Behandlung psychisch Kranker und deren Integration in allgemeine Kliniken gibt es Vorbehalte. Patienten, aber ebenso Mitarbeiter, scheuen die Psychiatrie.

Aus Angst vor einer psychiatrischen Diagnose werden Symptome in Kauf genommen. Wird derzeit ein psychiatrisches Konsil beantragt, ist, jedenfalls in Deutschland, ausschließlich der psychiatrische Konsilarzt gefragt. Ein Dialog unter den Ärzten kommt zustande.

Wir nutzten das Projekt, das wir im Rahmen unserer Fachweiterbildung entwickelten, um der Frage nachzugehen, wie die Zusammenarbeit auf der pflegerischen Ebene verbessert werden könnte.

Über eine Umfrage ermittelten wir unter anderem, ob überhaupt das Interesse an einer interdisziplinären pflegerischen Zusammenarbeit besteht. Besteht ein Bedarf an Aufklärung über psychiatrische Krankheitsbilder? Ebenso wollten wir erfahren, wie es wirklich um Ängste und Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie steht?

Wir erhielten aufgrund einer Fragebogenaktion das folgende Ergebnis: Interesse an Austausch wie auch der Bedarf an Fortbildungen besteht.

Thema

Nach wie vor sind erhebliche Unsicherheiten gegenüber psychisch kranken Menschen vorhanden. Fortbildungsveranstaltungen von psychiatrischen Fach – Pflegenden für die somatisch – Pflegenden fanden auf Anfrage und Bedarf statt.

Mein Interesse ist es, den Dialog mit den MitarbeiterInnen der somatischen Pflege fortzuführen und auszuweiten. Es erscheint mir notwendig, einen psychiatrisch- pflegerischen Konsildienst zu implementieren. Auf diese

Weise würde aus unserer Sicht ein großer Beitrag zur Qualitätssicherung in der Pflegepraxis geleistet.

Um psychisch kranke Menschen, die primär auf somatischen Stationen gepflegt werden, ganzheitlich und effizient betreuen zu können, wäre sogar die aktive Einbindung

in das therapeutische Angebot der psychiatrischen Klinik zu erwägen. So würde sozusagen eine »Klinik in der Klinik« entstehen.

Auch dies könnte zum Abbau von Ängsten und Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie beitragen.

Lernziele

- Wie können sich psychiatrisch Pflegenden offensiv in andere Pflegebereiche einbringen?
- Wie kann Vorurteilen und Ängsten gegenüber der Psychiatrie entgegengetreten werden?
- Welche Wege zur Förderung der Zusammenarbeit sind noch möglich?

Bisher hat es doch auch funktioniert: Der Veränderungsprozess einer Subakut- Rehabilitationsstation in Richtung offen geführter, allgemein psychiatrischen Aufnahme/akut- und Rehabilitationsstation mit Versorgungsauftrag und 24-Stunden-Aufnahme

Wolfgang Egger

Die Station 25/2 des Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner Spital wurde in den vergangenen 15 Jahren als Subakut-Rehabilitationsstation geführt. Dies bedeutete, dass die PatientInnen von einer zentralen Aufnahmestation nach der psychiatrischen Akutphase zur weiteren psychiatrischen Rehabilitation weitertransferiert wurden. Von der Abteilungsführung wurde im Herbst 2003 der Auftrag gegeben neue Strukturen und Modalitäten der PatientInnenbetreuung zu erarbeiten und zu erproben – unter dem Gesichtspunkt »von der Aufnahme bis zur Entlassung ein Behandlungsteam«. Auf Grundlage dieser Sichtweise sollte eine neue Konzeption für diese psychiatrische Rehabilitationsstation entstehen. Ziel war eine Betreuung der psychiatrischen PatientInnen ohne Transferierung mit den damit verbundenen Ortswechseln und ohne Wechsel von Betreuungspersonen in einem Krankheitsintervall.

Aufgabe des Behandlungsteams war es, ein Konzept zu erstellen, welches eine umfassende erfolgreiche Behandlung, Begleitung und Betreuung von PatientInnen mit den unterschiedlichsten psychischen Erkrankungen/Krisen ermöglicht, mit dem Ziel der Remission der psychischen Krise, der selbstständigen Alltagsbewältigung und dem selbstständigen Wohnen außerhalb der Institution, im Sinne der Gesundheitsförderung. Es wurde die Erwartung formuliert, dass das neue Konzept die kasuistischen Behandlungs- u. Betreuungsbedürfnisse psychisch kranker und leidender PatientInnen möglichst umfassend abdeckt und spezielle pflegetherapeutischen Aspekte integriert sind.

Die Konzepterstellung erfolgte über ein Jahr durch ein multiprofessionelles Projektteam, bestehend aus Pflegenden, Ärztinnen, Psychologen und Sozi-

alarbeiterinnen. Es fanden unter Leitung einer professionellen Moderatorin regelmäßige Besprechungen statt, bei denen auf ein fertiges Konzept hingearbeitet wurde. Die Protokolle der Treffen wurden den anderen Teammitgliedern regelmäßig zur Verfügung gestellt, um eventuell anfallende Fragen bei den Besprechungen zu beantworten und um Inputs der KollegInnen in die Besprechungen einbeziehen zu können.

Es wurden auch Befürchtungen von KollegInnen geäußert, vor allem dass es zu mehr Aggression und Gewalt kommen werde und dass für RehabilitationspatientInnen zu wenig Zeit für die Beziehungsarbeit sein werde. Auch auf diese Sorgen der MitarbeiterInnen wurde mittels verschiedener Angebote eingegangen; z.B. indem beinahe alle Teammitglieder den Basiskurs für Aggression-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement besuchten etc. Durch das erarbeitete Konzept wurde versucht, der Befürchtung, zu wenig Zeit für zurückgezogene RehabilitationspatientInnen zu haben, begegnet. Jener Befürchtung, das Chaos werde über die Station hereinbrechen und das Team könne »zerfallen«, konnte sachlich nur sehr viel schwerer begegnet werden.

Am 15.3.2005 wurde dann die neu konzipierte offen geführte allgemein psychiatrische Aufnahmestation eröffnet. Das erstellte Konzept war eine große Hilfe und gab dem gesamten Team Sicherheit und Orientierung. In einigen Teilbereichen musste das Konzept jedoch schon nach kurzer Zeit evaluiert und weiterentwickelt werden. Ein Beispiel war die versuchte Trennung von Akut- und SubakutpatientInnen innerhalb der Station. Es stellte sich heraus, dass diese Trennung der Station nicht nur nicht funktionierte, sondern dass beide Gruppen von einem gemeinsam gelebten Tagesablauf profitierten; z.B. die Akut-PatientInnen wurden von den RehabilitationspatientInnen in vielen Bereichen unterstützt, begleitet, beruhigt und strukturiert. Andere Bereiche des Konzeptes werden bis heute aktiv gelebt. Des Weiteren gab es Bereiche, die von allen Beteiligten unterschätzt wurden; z.B. die vermehrten administrativen Tätigkeiten einer Aufnahmestation. Diese Bereiche wurden in der Projektphase kaum bis gar nicht vorhergeplant.

Depressivität von KlientInnen ambulanter Pflegedienste in Europa

Vjenka Garms-Homolová

Einführung

In den meisten Ländern gilt das Postulat »ambulant vor stationär«. Die Inanspruchnahme häuslicher Pflege / Krankenpflege wächst. Auch Aufwendungen für diesen Bereich der Versorgung nehmen zu. Dennoch gibt es in kaum einem europäischen Land zuverlässige Daten über die Nutzer/innen ambulanter Pflege und über deren Pflegebedarfsprofile. In Studien wird – wenn überhaupt – die körperliche, unter Umständen auch geistige Funktionsfähigkeit der Nutzer/innen ambulanter Pflege dargestellt, eher ausnahmsweise jedoch der psychische Zustand.

Ziel

In der Präsentation geht es um die Prävalenz der Depressivität bei Personen, die ambulante Pflege / Krankenpflege bekommen und um Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Depressivität und dem Zeitaufwand berufsmäßiger Pflege sowie zusätzlich beteiligter informeller Helfer/innen.

Methode und Material

Die Analyse basiert auf einer internationalen Vergleichsstudie »AD HOC« (= »The AgeD in HOme Care in European Countries«), die in 11 Ländern durchgeführt wurde (Förderkennzeichen der EC QLK6200-00002). Das standardisierte Resident Assessment Instrument Home Care – RAI HC (Morris et al. 1999, deutsche Version Garms-Homolová 2002) wurde bei 3878 repräsentativ ausgewählten Personen von 65+ Jahren durchgeführt (Initialassessment und 2 Follow-ups, jeweils nach 6 Monaten). Das Depressivitätsrisiko und Ausmaß der Depressivität wurden mit der interRAI DRS gemessen (Depression Rating Scale, Burrows, Morris, Simon 2000): Diese Skala basiert auf 7 Items. Sie wurde durch Vergleiche mit der Hamilton Depression Rating Scale und der Cornell Scale for Depression in Dementia validiert. Das DRS-Score liegt zwischen 0 und 14, das Risiko von Depressivität liegt bei 3 Punkten; höhere Scores kennzeichnen einen depressiven Status.

Ergebnisse

83,4% der Gesamtstichprobe zeigten keine Depressivitätsanzeichen, die Risikogruppen betrug rund 5% der Gesamtstichprobe, der Rest manifestierte unterschiedliche Depressivitätsausprägungen. Große Differenzen bestehen zwischen Stichproben einzelner Länder. Gering war das Problem in Skandinavien verbreitet, am geringsten in Schweden (Mittelwert der DRS = 0,46, Standardabweichung = 1,398; Gesamtstichprobe erzielt DRS-Mittelwert von 1,16). Ähnliche Werte wurden in Finnland, Norwegen und Island festgestellt. Höchste Scores finden sich in Tschechien (Mittelwert = 1,76, Standardabweichung = 2,253), Italien, Frankreich sowie UK. In Deutschland lagen die Werte über dem Durchschnitt (Mittelwert = 1,30, Standardabweichung = 1,998). Das sind Länder, deren ambulante Pflegedienste einen großen Anteil von Klient/innen mit hochgradigen, multiplen Beeinträchtigungen versorgen. Der Zeitaufwand aller Mitarbeitergruppen (Krankenpflege, Pflege, hauswirtschaftliche Helfer) liegt für Personen mit hohen Depressivitätsscores höher als für Personen ohne Depressivitätsanzeichen. Auch der Zeitaufwand informeller Helfer/innen (Angehörige, Nachbarn) ist bei Depressiven größer. Schlussfolgerung: Das mag daran liegen, dass das hohe DRS-Score mit zahlreichen anderen schwerwiegenden Problemen assoziiert ist (Schmerzen, terminaler Zustand, erhebliche ADL- und IADL-Beeinträchtigungen, teilweise Demenzen). Weitere Beziehungen zwischen Depressivität, berufsmäßigen Pflegeleistungen und informeller Hilfe werden diskutiert, ebenso die Erfordernis einer bedarfsgerechten Organisation der Pflegedienste.

NADA –Akupunktur im psychiatrischen Pflegealltag

Barbara Kaeser, Gabriele Grägel

Einleitung

Akupunktur nach dem NADA Protokoll stellt ein wichtiges Therapieangebot in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen dar. In vier internen Kursen wurden über die Hälfte der Pflegenden (75) und viele Ärzte (20) ausgebildet, die NADA den Patienten anbieten können.

Hintergrund

Die Besonderheit in der PK Münsterlingen besteht in der Etablierung dieser Therapiemethode innerhalb von 3 Jahren in allen Bereichen der Klinik (Alternspsychiatrie, Akutabteilungen, Psychotherapiestationen) und natürlich im angestammten Gebiet – der Entzugsbehandlung bei Abhängigkeitserkrankten. Dieses Angebot wird getragen durch MitarbeiterInnen der psychiatrischen Pflege, nur in kleinem Umfang vom ärztlichen Personal. Die Kompetenz der Pflgeteams wurde um einen neuen therapeutischen Ansatz erweitert. Auf verschiedenen Wegen wurde die Umsetzung den jeweiligen individuellen Stationsbedingungen angepasst.

Ziel

Die Teilnehmer lernen das konkrete NADA – Setting der Suchtstation der PK Münsterlingen kennen. Sie erhalten wichtige Informationen über die praktische Umsetzung dieses Behandlungskonzeptes im pflegerischen Alltag. Das Angebot der Ausbildungsmöglichkeiten wird aufgezeigt. Für Teilnehmer, die keine Erfahrung mit NADA mitbringen, soll die Möglichkeit bestehen Selbsterfahrungen sammeln zu können, indem sie an einer NADA – Sitzung im Workshop teilnehmen. Der Workshop kann zum Austausch von NADA – Erfahrungen in verschiedenen Kliniken dienen. Er soll die Möglichkeit bieten, gewonnene Erkenntnisse weiter zu geben.

Fragestellung

- Wie kann praktisch eine alternative Therapiemethode in den Pflegealltag integriert werden?
- Wo bestehen die Unterschiede der Erfahrungen in verschiedenen Kliniken?
- Welche Erfahrungen liegen in welchen Bereichen vor?
- Wo besteht die Möglichkeit Akupunktur nach dem NADA- Protokoll zu erlernen?

Lernziele

- Die Teilnehmer kennen die Umsetzung des NADA – Protokolls in der PK Münsterlingen
- Ein Erfahrungsaustausch hat stattgefunden, mögliche Umsetzungskonzepte wurden vermittelt.
- Das Angebot der Selbsterfahrung konnte genutzt werden.

Gesundheitsförderung unter dem Aspekt Ernährung und Bewegung

Margit Salem, Silvia Neufeld

Einleitung

Ernährung und Bewegung sind Lebensbedürfnisse eines jeden Menschen. Psychisch kranke Menschen können diese Grundbedürfnisse oft nicht im notwendigen Umfang befriedigen oder nehmen diese Bedürfnisse nicht wahr, was sich auf ihre Lebensaktivität und Lebensqualität auswirkt. Bei all den Einschränkungen, die eine psychische Erkrankung verursacht, gibt es gesunde Anteile, die aktiviert, gefördert und gestärkt werden können. Über das gemeinsame Essen und den gemeinsamen Sport finden Menschen am leichtesten Zugang zu sich selbst und zu anderen Menschen.

Fragestellung

- Kann man durch gesunde Ernährung und Bewegung die Gesundheit und Lebensqualität psychisch kranker Menschen verbessern?
- Welche Auswirkungen auf Gewicht, Fettstoffwechsel, Blutdruck, Ess- und Bewegungsgewohnheiten lassen sich dabei feststellen?
- Wie wirkt sich ein solches Projekt auf das Gesamtkonzept einer psychiatrischen Tagesklinik aus?

Ziele für Patienten

- Auseinandersetzung mit Gesundheit
- Wissensvermittlung über gesundheitsförderndes Verhalten
- Erlernen von Kochtechniken
- Regelmäßige körperliche Bewegung
- Übernahme von Verantwortung für sich und die Gruppe
- Aktive Mitgestaltung am Tagesklinikmilieu
- Erfahrung von Anerkennung und Wertschätzung

Ziele der Projektleiterinnen

- Eingliederung dieser gesundheitsfördernden Gruppe in das Therapiekonzept unserer Tagesklinik
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch Fehlernährung und Bewegungsmangel
- Verbesserung des tagesklinischen Milieus und der gesundheitsförderlichen Qualität des Essens
- Erkennen und Fördern der kognitiven und lebenspraktischen Fähigkeiten
- Anregungen für andere Einrichtungen, dieses Konzept zu übernehmen

Methode

Das Projekt wurde während unserer Fachweiterbildung als Gruppenangebot in unserer sozialpsychiatrischen Tagesklinik durchgeführt, die Menschen vorwiegend mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis Behandlungsmöglichkeiten bietet. Das Tagesklinikteam arbeitet multiprofessionell. Patienten werden nach den Prinzipien der Bezugspflege betreut. Die meisten Gruppenangebote werden von Pflegekräften gestaltet und moderiert.

- Projektentwicklung von April bis September 2005
- Durchführungszeitraum vier Wochen
- Zwei Wochen: Morgens walken, danach gemeinsames Frühstück, anschließend Zubereitung des Essens für die Gesamtgruppe von 20 Personen
- Dritte Woche: Vormittags theoretische Einheiten über gesunde Ernährung und Bewegung, anschließend Walken
- Vierte Woche: Reflexion und schriftliche Ausarbeitung des Projektes

Ergebnisse

Die Teilnehmer betonten Spaß an der Bewegung und dem Kochen in der Gruppe, die sehr gute Tagesstrukturierung, keine Langeweile, angenehmes Körperempfinden nach dem Walken, Reduzierung des Rauchens, Freude über Gewichtsreduktion, positiven Gruppenzusammenhalt, selbständiges Arbeiten, Übernahme von Verantwortung, Erleben von Anerkennung und Wertschätzung.

Schlussfolgerungen

Unsere innovativen Ansätze haben sich aus unserer Sicht bestätigt, d.h. diese Art Gruppenaktivität bietet Möglichkeiten, all das zu trainieren, was für die Lebensqualität und deren Verbesserung notwendig und Voraussetzung ist. Es zeigte sich, dass die Dauer des Projektes für die Gewichts- und längerfristigen Verhaltensänderungen zwar zu kurz war, dennoch kam es zu »Denkanstößen« und kleinen Schritten der Veränderung. Dabei wirkte sich das Projekt sehr positiv auf die gesamte Atmosphäre der Tagesklinik aus.

Lernziele

- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit einer fachspezifischen psychiatrischen Weiterbildung haben die geeigneten Voraussetzungen, dieses Gruppenangebot anzubieten, zu begleiten und anzuleiten.
- Bestätigt durch die Ergebnisse unseres Projektes, sollte jede psychiatrische Betreuungsinstitution, der Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung Rechnung tragen.
- Die Projektdurchführung fördert die Interaktion zwischen Teilnehmern und ProjektleiterInnen sowie die soziale Kompetenz der Teilnehmer. Wichtig erscheint uns, dass die Vermittlung der Inhalte mit Genuss, Spaß und Lust verbunden bleibt.

Analyse des Gruppenangebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik unter Berücksichtigung des Beitrags der Pflege

Michael Schulz , Chloé Renard

Einleitung

Gruppenangebote stellen neben einzeltherapeutischen Maßnahmen ein bedeutsames Medium im Behandlungsprozess dar. Neben störungsspezifischen Interventionen ermöglichen sie die Behandlung von Verhaltensdefiziten und die Stärkung sozialer Kompetenzen. Nach Aigner et al. geht es in therapeutischen Gruppen immer auch um interaktionelle Faktoren und eine verbesserte Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit stellen wichtige Therapieziele dar [1]. Aus der Psychotherapieforschung werden als unspezifische Wirkfaktoren für Gruppeninterventionen Verbesserungen im Bereich sozialer Kompetenzen bzw. in Problemlösefertigkeiten benannt [1]. Gleichzeitig gibt es Autoren, die das stationäre Gruppenangebot als wenig indikationsspezifisch bezeichnen und ihm eine gewisse »Polypragmasie« unterstellen [2].

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, welches Profil an Gruppenangeboten in einer bestimmten Klinik zu finden ist.

Methodik

Durchgeführt wurde diese Untersuchung in einer psychiatrischen Pflichtversorgungsklinik mit einer vorgegebenen Verteilung von 274 Betten und 92 Tagesklinikplätzen mit dem Versorgungsauftrag für die Stadt Bielefeld/ Nordrhein-Westfalen (325.000 Einwohner). Alle erfassten Gruppen wurden systematisch folgenden Kategorien zugeordnet: (1) Bewegungstherapeutische Angebote, (2) Ergotherapeutische Angebote, (3) Gruppen zur euthymen Therapie sowie Entspannungsgruppen, (4) Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK), (5) Psychoedukative Gruppen, (6) Themenzentrierte Gesprächsgruppen (TZG), (7) Gruppen zu strukturierenden Maßnahmen und Hilfestellungen, (8) Psychotherapeutische Gruppen, (9) Gruppen zu Aktivität des täglichen Lebens und Freizeitaktivitäten.

Ergebnisse

Zum Erhebungszeitpunkt wurden 266 einzelne Gruppenangebote durchgeführt. Verteilen lassen sich diese auf vier verschiedene Abteilungen. Nach der Einteilung der Gruppen in Überkategorien findet sich das größte Gruppenangebot im Bereich der Angebote zu strukturierenden Maßnahmen wie z.B. Morgenrunden (n=50; 18,8%), gefolgt durch ergotherapeutische Angebote (n=44; 16,5%), bewegungstherapeutische Angebote (n=41; 15,4%) und themenzentrierte Gesprächsgruppe (n=35; 13,2%).

Um eine Übersicht über die in den Gruppen tätigen Berufsgruppen zu erhalten, wurden an der Gruppe beteiligten Berufsgruppen ausgewertet. Bei der Berechnung zu unterscheiden waren die Gruppen, die durch eine Berufsgruppe durchgeführt werden und Gruppen, die berufsgruppenübergreifend geführt werden. Unabhängig davon wurde untersucht, welcher Anteil an Gruppenaktivitäten im direkten Vergleich zum aktuellen Stellenanteil (in Vollkraftstellen = VK) von jeder Berufsgruppe übernommen wird (Abb. 1).

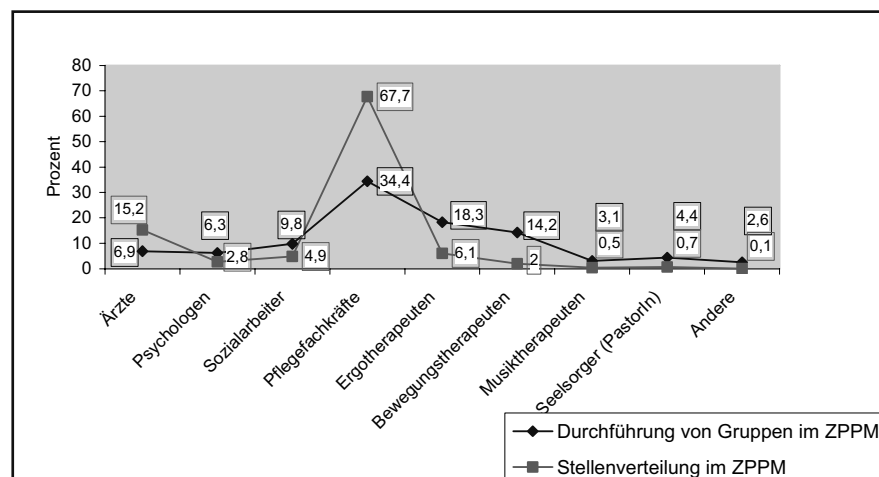


Abb. 1: Vergleich der Stellenverteilung Dez.'03 (n=285) und der erhobenen berufsbezogenen Durchführung von Gruppen (n=266) zum Erhebungszeitpunkt im Zentrum für Psychiatrie

Es wird deutlich, dass bis auf die Ärzte und die Pflegenden alle Berufsgruppen relativ zum Stellenanteil mehr Gruppeninterventionen durchführen. Pflegenden sind an der Durchführung einer Reihe von Gruppenangeboten beteiligt, was im Sinne einer Rekonzeptionalisierung von psychiatrischer

Pflege im Zuge der Akademisierung der Profession als Anhalt für eine Weiterentwicklung gewertet werden kann [4,5]. Die Frage nach der Durchführung von manualisierten Gruppen bzw. einer schriftlichen Grundlage für das Gruppenangebot ergab, dass lediglich 21,8% (n=58) aller Gruppen auf Manualen basieren bzw. Literatur der Gruppendurchführung zugrunde legen und 78,2% (n=208) dies nicht tun. Die am häufigsten genannten Manuale bzw. Quellen waren mit 2,6% (n=7) die »Gruppenarbeit für schizophrene und schizoaffektiv erkrankten Menschen (PEGASUS)« nach G. Wienberg [6], mit 2,3% (n=6) die »Dialektisch-Behaviorale-Therapie« (DBT)« nach M. M. Linehan [7] und das »Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)« nach R. Hinsch / U. Pfingsten [8] und mit 1,1% (n=3) die »Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression« [10] und »Depression im Alter (DIA)« nach M. Hautzinger [9], die »Imagination als heilsame Kraft« nach L. Reddemann [11], die »Progressive Muskelentspannung (PME)« nach E. Jacobson [12], die »Psychoedukative Gruppenarbeit bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK)« nach T. Wessel/ H. Westermann [13], das »Harmonie entsteht nicht von selbst – Manual zur Musiktherapie« nach M. Lenz [14] sowie die »Beiträge zur Euthyme Therapie« nach R. Lutz [15,16]. Andere Manuale lagen bei einem Anteil von 0,4% (n=1); angegeben wurde mit 5,3% (n=14) nach einem eigenen Entwicklungskonzept zu arbeiten. Das PEGASUS-Konzept ist ursprünglich für den ambulanten Bereich entwickelt worden und wurde hausintern für die Durchführung im stationären Bereich umgearbeitet, vgl. hierzu auch [17]. Zur Entscheidung darüber, welcher Patient am Gruppenangebot teilnehmen soll, ergab die Befragung zu 51,9% (n=138), dass die Entscheidung im Team- bzw. Therapiegespräch getroffen wird. 30,1% (n=80) sagten aus, dass es keiner Entscheidung bedarf, da alle Patienten an der Gruppe teilnehmen würden. 1,9% (n=5) gaben an, dass ein Fallverantwortlicher diese Entscheidung alleine trifft und in 13,5% (n=36) der Fälle wird die Entscheidung auf anderem Wege getroffen. In diesen Fällen wird die Entscheidung zur Teilnahme häufig dem Patienten überlassen (fakultatives Angebot).

Diskussion

Die Daten stellen eine Basiserhebung in einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsauftrag dar, auf deren Hintergrund konzeptionelle Richtungsentscheidungen getroffen werden können. Um den Einsatz von Gruppenarbeit inhaltlich und ökonomisch langfristig rechtfertigen zu können, wird

es zunehmend wichtiger, Inhalte der Interventionen und Qualifikationsanforderungen zu benennen und ihre Wirksamkeit nachzuweisen. Die mangelnde theoretische und empirische Fundierung vieler Gruppen wird den Legitimationsdruck dieser Angebote zukünftig erhöhen. Eine stärkere Manualisierung der Angebote ist unter diesen Umständen angezeigt. Wienberg kommt in diesem Zusammenhang zu dem Schluss, dass den meisten langjährigen Psychiatriemitarbeitern die Gruppenarbeit in eher unstrukturierter Form vertraut ist. Deshalb, so Wienberg, bereiten klare Strukturierungen Schwierigkeiten und eröffnen häufig Diskussionen darüber, wie man direktiv vorgeht, ohne bevormundend und autoritär zu sein [6]. Gruppenangebote stellen Interventionen dar und unterliegen von daher §§ 135 ff. SGB V, wonach medizinische Maßnahmen auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen sollen [18].

Aufgrund knapper werdender Ressourcen wird die gesamte Interventionspalette der Psychiatrie auf den Prüfstand kommen. Interventionen in Gruppenform werden hier keine Ausnahme darstellen, haben aber das Problem, dass sich Therapieerfolge durch die häufig aus der somatischen bzw. pharmazeutischen Forschung entlehnten Forschungsdesigns (v. a. randomisiert kontrollierten Studien) nur schwer nachweisen lassen. Steinert und Naumann [19] weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Siegeszug von Evidence-based Healthcare in ernüchternder Weise deutlich gemacht hat, wie beschränkt und spekulativ der Wissensstand in der Psychiatrie ist. Sie warnen aber vor der Gefahr, dass nicht-medikamentöse Behandlungsformen z.B. bei der Vergabe von Forschungsressourcen benachteiligt werden. Gleichzeitig lässt sich das Spezifische nicht immer leicht bestimmen: Je multidimensionaler »Therapieerfolg« zu begreifen und für Forschungszwecke zu operationalisieren ist, umso schwieriger wird die empirische Evaluation der Wirksamkeit.

Weitere Ergebnisse dieser Studie wurden bereits an anderer Stelle publiziert [20].

Literatur

- 1 **Aigner M, Demal U, Zitterl W, Trappl E, Lenz G.** Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie für Zwangsstörungen. Verhaltenstherapie, 2004, 14: 7-14
- 2 **Horn A.** Klinische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett – Das Bundesmodell der Integrativen Psychiatrischen Versorgung (IPB) am Alexianer-Krankenhaus Krefeld. In: Integrative Versorgung in der Psychiatrie www.ang-psych-kr.de/kongressdokumentation.pdf (14.02.2004)
- 4 **Schulz M.** Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitative hochwertigen psychiatrischen Pflege. Pflege und Gesellschaft, 2003 (4), 133-160.
- 5 **Schulz M.** Zur Messung von Outcome-Kriterien im Bereich der psychiatrischen Pflege – Möglichkeiten, Grenzen und methodische Probleme. Psychiatrische Pflege Heute, 2002; 6: 339-342
- 6 **Wienberg G.** Schizophrenie zum Thema machen – psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/ PEGASUS. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
- 7 **Linehan M.** Dialektisch-Behaviorale-Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. München: 1996
- 8 **Hinsch R., Pflingsten U.** Gruppentraining sozialer Kompetenzen – GSK. Weinheim: 2002
- 9 **Hautzinger M.** Depression um Alter – DIA. Weinheim: 2000
- 10 **Hautzinger M.** Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: 2003
- 11 **Reddemann L, Engl V, Lücke S.** Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: 2002
- 12 **Hofmann E.** Progressive Muskelentspannung – ein Trainingsprogramm. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: 1999
- 13 **Wessel T., Westermann H.** Problematischer Alkoholkonsum – Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK. Suchttherapie, 2002, 3: 97-102
- 14 **Lenz M.** Harmonie entsteht nicht von selbst. Ein musiktherapeutisches Behandlungskonzept in der psychiatrischen Klinik. Therapie Kreativ, 2003, 35: 3-20
- 15 **Lutz R. u. a. (Hrsg.).** Beiträge zur Euthymen Therapie. Freiburg im Breisgau: 1999
- 16 **Lutz R.** Kleine Schule des Genießens. PiD – Psychotherapie im Dialog, 2002, 179-183
- 17 **Mayer M.** Projekt »Psychoedukation«. Psych. Pflege Heute, 2001, 338-342
- 18 **Behrens J, Langer G.** Evidence-based Nursing – Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern: 2004
- 19 **Steinert T, Naumann A.** Evidence-based-Medicine im psychiatrischen Alltag: Wunsch und Wirklichkeit. Krankenhauspsychiatrie 2003; 14: 56-60
- 20 **Schulz M, Renard C, Keogh J.** Analyse des Gruppenangebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Krankenhauspsychiatrie, 2006; 17: 25-30

Psychiatrische Pflege¹: das Feld des Wissens

Hauptvortrag

Stephan Tilley

Zusammenfassung

Ich möchte in dieser Präsentation den Kontext aktueller Herausforderungen in Bezug auf die psychiatrische Krankenpflege in Schottland vorstellen – und daraus einen antizipierten Dialog zwischen dieser und Ihrer Situation entwickeln. Ich werde dabei einer dualen Vorgehensweise folgen: zunächst werde ich auf die strukturelle Analyse meines gerade herausgegebenen Buches *Psychiatric and Mental Health Nursing: the Field of Knowledge* (2005) eingehen; in einem zweiten Schritt werde ich die Werte- Spannung, die sich aus der sich durchziehenden Diskussion zwischen den Autoren dieser Sammlung ergibt, aufzeigen.

Meine Hauptthese ist die, dass das Wissensgebiet fraktioniert ist, dass das psychiatrische Gesundheitssystem in Schottland im Toteskampf einer »epistemologischen Krise« liegt, weil es die Integration des zunehmenden evolutionären Drucks der letzten zwanzig Jahre unterlassen hat. Nutzer, Praktiker, Lehrende und Politiker bevorzugen charakteristischerweise Wissen aus unterschiedlichen Quellen, sie wollen es für unterschiedliche Zielsetzungen einsetzen und übernehmen so implizit verschiedene Modelle des »Wissens im Feld«. Ein Mittel zur Überwindung dieser Krise ist die öffentliche Debatte (wie sie in der Piazza italienischer Renaissancestädte idealisiert wird). Dabei folge ich Geddes, der die öffentliche Debatte als einen, dem institutionellen Wettstreit übergeordneten, Wert in dem Streben nach psychischer Gesundheit und kollektivem und individuellen Wohlbefinden verteidigt.

Die Anwendung eines heuristischen Modells des »akademisch-professionellen Wissens als Machtprozess« ergab vier Formen der Institutionalisierung von Wissen. Diese sind in einem aufsteigenden Ranking sozialer Macht: persönlicher/praktischer *Einfluss*, persönliche/theoretische *Tradition*, politische/theoretische *Disziplin*, und politische/praktische *Institution*.

¹ Im deutschen Text wird die Bezeichnung »psychiatrische Pflege« genutzt. Im Kontext des vereinigten Königreichs ist der Begriff »psychiatric and mental health nurse« weit verbreitet. Sein Gebrauch deutet auf ein unterschiedliches, und für manche konflikthafte oder unvereinbares, Rollenverständnis hin. Dieser Begriff und die Unterschiede sind wichtig für die Argumentation in diesem Beitrag.

Die Anwendung einer Matrix sowie die Einbeziehung der Sicht internationaler Kommentatoren deutet darauf hin, dass die Fallstudien der Institutionen sich in zwei Gruppen mit Variationen aufteilen (z.B. diejenigen, die auf die Pflege-Patienten- Beziehung fokussieren und diejenigen, die auf die Therapie oder den Umgang mit der Erkrankung fokussieren); oder dass ein Kontinuum von Paradigmen unterschieden werden kann. Diejenigen, die auf der Spirale »niedriger« angesiedelt sind, sind sehr eng mit den Nutzern verbunden, und zwar in Beziehungen, die der Wissensproduktion dienen und die Beziehungen zu akademischen Kollegen und höheren Bildungseinrichtungen erschüttern d.h., dass mikropolitische Engagement mit den Lebenswelten der Nutzer und experimentelles Wissen die Beziehung der Professionellen zu ihrem Feld des Wissens durcheinander bringt, insbesondere die institutionellen und disziplinären Quadranten der Matrix.

Die Analyse der deskriptiven und reflexiven Beiträge von Autoren aus dem vereinigten Königreich, zu der Frage wie Wissen in ihren unterschiedlichen höheren Bildungseinrichtungen institutionalisiert wurde (die Art wie sie ihre »Türme« in dem Wissensgebiet platzierten), sowie die internationalen Kommentare und die Kommentare eines Soziologen zeigten zwei Hauptscherkräfte auf. Diese operieren auf höheren Levels des psychiatrischen Gesundheitssystems und erschüttern den Boden des psychiatrischen Pflegewissens und seine Institutionalisierung. Die eine bestand in dem Druck, die Ansprüche an das psychiatrische Pflegewissen im Vergleich zu dem Wissen anderer Akademiker und Professionen zu relativieren (z.B. multidisziplinäres Gesundheitsdienstwissen), der andere Druck bestand darin, das experimentelle Wissen der Nutzer und ihr Recht auf Beteiligung an der Wissenskonstruktion und Repräsentation vollständig zu berücksichtigen. Diese Spannungen ließen die Wissens-Spezialisten in einer unvereinbaren Position zurück, gefangen in einer »epistemologischen Krise« zwischen den Ansprüchen wissenschaftlichen Wissens (methodologisch validiert) und den Ansprüchen der Nutzer/Überlebenden (deren Wissen durch Erfahrung validiert ist).

Diese epistemologische Krise ist auch eine evolutionäre Krise: dass es unterlassen wurde diese höheren »Scherkräfte« aufzulösen, spiegelt sich in der »Festgefahrenheit« der psychiatrisch Pflegenden in Bezug auf die wettstreibenden Anforderungen der Koexistenz stationärer psychiatrischer Kranken-

häuser und der Gemeindepflege wider; und es spiegelt sich in der Störung zwischen Individuen (Pfleger und Nutzer) und ihrem institutionellen Raum (Krankenhaus und Gemeinde), ihrer zeitlichen (Krankenhausbasiert und auf höheren Bildungseinrichtungen basiert) und kulturellen (soziale Produktion und Konsumation von Wissen über psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit) Umgebung.

In all diesen Sphären fehlt die Kapazität die Institutionen, die Wissen hervorbringen, zu transzendieren. Der »Aussichtsturm« von Patrick Geddes offeriert ein Symbol und ein adäquateres »Mit-Denken« für dieses Ziel. In den 1890igern sah der Edinburgher Patrick Geddes den Aussichtsturm als eine Möglichkeit eine »evolutionäre Krise« zu lösen – eine »dreifache Störung zwischen Individuen und ihren räumlichen, zeitlichen und kulturellen Umfeldern« (Chabard, 2004). Der Turm bot ein Mittel »das Individuum in der Welt neu zu situieren [,] die grundlegende Voraussetzung für die Veränderung des Verlaufs der menschlichen Entwicklung, die dazu dient, den Individuen zu helfen Bürger zu werden, die in der Lage sind ihrer Zukunft entgegen zu sehen und sie aufzubauen und, gemeinsam, diejenige ihrer Stadt«(Chabard, 2004).

Die aktuelle Politik und die professionellen Entwicklungen in Schottland verdeutlichen die Notwendigkeit, solche Visionen und Mittel zu finden. Die Themen der aktuellen Übersicht über die psychiatrische Pflege in Schottland (Scottish Executive, 2006) sind »Rechte, Beziehungen und Genesung«: die Rechte aller Nutzer einschließlich derjenigen Rechte, die sich auf Zwangsunterbringung entsprechend Behandlungsplänen zur Förderung des Wohlbefindens beziehen; die Beziehung zu den Nutzern wird als die Basis der psychiatrischen Pflege wieder entdeckt, die genesungszentrierte Praxis gilt als neuer Eckpfeiler (»gilt zu leben mit der An- oder Abwesenheit seiner psychischen Erkrankung, (oder wie Leute auch immer ihre Erfahrung nennen)«, eine Definition von Genesung).

Dies und das Hervorheben von Werten (»Werte und evidenzbasierte Praxis«) als Basis für Verantwortlichkeit schaffen radikale staatlich-veranlasste Veränderungen im Wissen/ die Power-Matrix generiert neue Anforderungen an die »Resituierung des Individuums (Nutzer und psychiatrisch Pfleger gleichermaßen) in der Welt.

Können Schottische Universitäten Kontexte für die Wissensproduktion und -zirkulation schaffen, die genau darauf ausgerichtet sind, Personen hervorzubringen, die in der Lage sind, dies in Beziehungen und durch öffentliche Debatten zu verwirklichen?

Ich zitiere Annie Altschul, emeritierte Professorin der Pflegewissenschaft an meiner Universität, Flüchtling aus dem nationalsozialistischen Österreich, psychiatrische Krankenschwester und Lehrerin- »meine leidenschaftliche Sorge für psychisch kranke Menschen, meine Affinität mit ihnen und meine Suche nach Wissen über psychische Erkrankungen haben nie nachgelassen« – als Beweis und als Beispiel für die Kapazität persönliche, zwischenmenschliche und professionelle Entwicklungen zu erkämpfen und zu erhalten – und das angesichts radikaler Erschütterungen.

Literatur

1. **Chabard, P. (2004)** The outlook tower as an anamorphosis of the world: Patrick Geddes and the theme of vision. English translation by Charlotte Ellis. http://www.hodgers.com/mike/patrickgeddes/feature_eleven.html . Accessed 7-8-06.
2. **Scottish Executive (2006) Rights, Relationships and Recovery: the Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland.** Scottish Executive: Edinburgh.
3. **Tilley, S. (ed.) (2005)** Psychiatric and Mental Health Nursing: the Field of Knowledge. Oxford: Blackwell Science.

Home Care – Psychiatrische Betreuung zu Hause

Günter Weitzel

Einleitung

In Kärnten ist die psychiatrische Versorgung sehr auf die Ballungszentren Klagenfurt und Villach konzentriert. Im geographisch größten Kärntner politischen Bezirk Spittal an der Drau gab es bis 2003 einen niedergelassenen Kassenfacharzt für Psychiatrie. Menschen mit psychiatrischen Problemstellungen konnten den Klagenfurter Psychiatrischen Not- und Krisendienst konsultieren oder in der einzigen Kärntner psychiatrischen Abteilung »Zentrum für Seelische Gesundheit« Aufnahme und Behandlung finden.

Ziel

Ein gemeindenahes sozialpsychiatrisches Pilotprojekt in Spittal an der Drau wurde im September 2002 als erstes sozialpsychiatrisches Zentrum Kärntens eröffnet. Die Verbesserung der psychiatrischen Betreuung von schwer psychisch kranken Menschen sollte zusätzlich zu einem Ambulanzbetrieb und einem psychiatrischen Not- und Krisendienst, der rund um die Uhr erreichbar ist, durch die Möglichkeit einer nachgehenden »Home Care« Betreuung erfolgen.

Methode

Ein multiprofessionelles Team von Psychiaterinnen, PsychologInnen, Diplom. Gesundheits- und Krankenpflegern, bietet neben dem Ambulanzbetrieb und der Betreuung eines Krisenhauses mit fünf Betten auch Hausbesuche zwischen 08.00 und 16.00 Uhr an, meist in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, um psychiatrische und psychologische Interventionen zu setzen. Das Krisenhaus wird von 08.00–20.00 h Montag bis Samstag betreut. In der restlichen Zeit steht der Psychiatrische Not- und Krisendienst in Rufbereitschaft zur Verfügung.

Vorläufige Ergebnisse

Von 2003 bis 2006 wurden insgesamt ca. 1000 Personen betreut. Folgende Ergebnisse konnten erzielt werden:

- Es konnte in manchen Fällen die Krankenhausaufnahme überhaupt vermieden werden.
- Es konnte durch eine besser Vorbereitung und Nachbehandlung die Dauer von Krankenhausaufhalten reduziert werden bzw. nach Abklingen der akuten Phase die Nachbehandlung im Krisenwohnhaus des SPZs durchgeführt werden.
- Durch die Zusammenarbeit der Amtsärzte, Exekutive, Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums bzw. des Psychiatrischen Not- und Krisendienstes konnten Zwangseinweisungen entweder überhaupt vermieden oder gut psychosozial begleitet werden und damit Traumatisierungen vermieden werden.

Ausblick

Die gemeindenahе, klientenorientierte, multidisziplinäre Betreuung durch das Sozialpsychiatrische Zentrum Spittal verbessert die Behandlungs- und Versorgungssituation besonders schwer psychisch kranker Menschen sowie von Drehtürpatienten im Bezirk Spittal an der Drau und kann oft unnötige Wiederaufnahmen in die psychiatrische Abteilung am Zentrum für Seelische Gesundheit in Klagenfurt vermeiden.

Der Erfolg dieser Home Care – Betreuung ist nicht nur statistisch nachweisbar, viele Klienten berichten auch über positive Effekte hinsichtlich ihres Vertrauens zum Betreuungsteam (erhöhte Compliance).

Einzels psychoedukation im Rahmen der Bezugspflege mit dem »Alliance-Psychoedukationsprogramm[©]« über Schizophrenie

Florim Asani

Einleitung

Die hohen Rückfallraten bei schizophrenen Psychosen (ca. 50% im ersten Jahr nach stationärer Aufnahme) führen regelmäßig zu negativen Folgen für Betroffene im beruflichen und familiären Bereich. Die Gesamtkosten für schizophrene Psychosen betragen ca. 5 Mrd./Jahr. Hauptursache für die hohe Rückfallquote ist die Non-Compliance der Betroffenen.

Ziel

Subjektive Beurteilung des »Alliance Psychoedukationsprogramms« über schizophrene Psychosen durch Betroffene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige. Verbesserung der Compliance durch Wissenszuwachs bei Betroffenen. Vergleichbare Ergebnisse bei Verwendung des Programm in Einzels psychoedukation im Rahmen der Bezugspflege.

Methode/ Material

In Zusammenarbeit mit Betroffenen, Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen wurde ein Psychoedukationsprogramm (»Alliance-Programm[©]«) entwickelt. Es besteht aus 12 Modulen (Einführung, Symptome, Diagnose, Ursachen, Medikamente, Warnzeichen, Krisenplan, Psychosoziale Behandlungsmaßnahmen, Bedeutung der Angehörigen, Missbrauch von Alkohol, Beziehungen und Sexualität, Abschluss Sitzung), die auch einzeln eingesetzt werden können. Das Programm kann sowohl für Gruppen- als auch für Einzel-Psychoedukation genutzt werden. Zu jedem Modul existieren Arbeitsbücher für Teilnehmer, Manuale für das Behandlungsteam, Flipcharts und z.T. Videofilme.

Die Bewertung des Programms erfolgte anhand von Globalbeurteilungsbögen.

Ergebnisse

Nach Teilnahme an mindestens fünf Sitzungen beurteilten Betroffene (n=35) das Alliance-Programm. 97% gefiel die Aufmachung der Arbeitsbücher. 43% fühlten sich zum Thema Schizophrenie sehr gut, 51% gut und 6% einigermaßen informiert. 57% fanden das Programm sehr nützlich, 43% nützlich. 97% würden das Alliance-Programm weiterempfehlen. Für 56% war der Erfahrungsaustausch in der Gruppe sehr wichtig, für 44% wichtig. Die mittlere Vorbereitungszeit betrug 38 Minuten. Die durchschnittliche Dauer von Einzelsitzungen lag bei 42 Minuten. 73% der Professionellen hielten den persönlichen Aufwand für akzeptabel, 27% für erheblich. 55% fanden das Programm insgesamt sehr nützlich, 45% nützlich. 91% wollten das Programm weiternutzen, 9% nur mit Einschränkungen. Vergleichbare Ergebnisse in der Einzels psychoedukation im Rahmen der Bezugspflege.

Diskussion

Betroffene fühlten sich durch das Alliance-Programm gut über Schizophrenie informiert und würden das Programm weiterempfehlen. In der Psychiatrie Tätige kamen mit der Handhabung gut zurecht, betrachteten den persönlichen Aufwand für akzeptabel und hielten das Programm für nützlich. Die hohe Zufriedenheit von Teilnehmern und Pflegepersonen mit dem Alliance-Psychoedukationsprogramm stellt eine solide Basis für die weitere Implementierung des Programms dar.

Einführung eines systematischen Aggressionsmanagements in einer psychiatrischen Abteilung

Stephan Wolff, Gernot Walter, Thomas Schillen

Einleitung

Bei einer 1999 durchgeführten Befragung zu aktuellen Fortbildungsinteressen nannten die MitarbeiterInnen der Hanauer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an erster Stelle das Thema »Umgang mit Aggression und Gewalt«. Bei der Suche nach geeigneten Schulungsprogrammen wurde im Folgejahr das Amsterdamer Institut »*Connecting*« unter den in Deutschland tätigen Anbietern ausgewählt. Ausschlaggebend war der wissenschaftlich begründete Ansatz des Trainingsprogramms, das sowohl theoretische Aspekte als auch praktisches Kommunikationstraining und die Beherrschung sanfter Körpertechniken umfasst.

Methodik:

Das Training wurde den MitarbeiterInnen zunächst während eines eintägigen Workshops vorgestellt. Im Anschluss wurde entschieden, 2 MitarbeiterInnen jeder Station zu TrainerInnen ausbilden zu lassen. Die zukünftigen TrainerInnen erhielten den Auftrag, alle übrigen MitarbeiterInnen zu schulen und aktiv am Sicherheitsmanagement mitzuarbeiten. Die Traineeausbildung erfolgte in 2002 und umfasste 23 Tage. Am Ende der Ausbildung führten jeweils 2 TrainerInnen ein supervidiertes Basistraining mit MitarbeiterInnen der Klinik durch. Begleitend wurde eine Konferenz »Sicherheitsmanagement« etabliert, an der die Führungskräfte der Klinik und die TrainerInnen teilnehmen.

Ergebnisse/Diskussion

Bis 2005 erhielten 90% der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen ein 5-tägiges Basistraining. Insgesamt wurden 17 Basistrainings sowie 12 Auffrischungstage durchgeführt. Die Sicherheitskonferenz erörtert alle 6 Monate aktuelle Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Gewalt und formuliert diesbezüglich interne Leitlinien. Im Ergebnis stellt sich ein besser koordinierter Ablauf von Zwangsmaßnahmen dar. Trainierte Mitarbei-

terInnen berichten von einer Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls sowie einer verbesserten sachlichen Kommunikation innerhalb der Teams. Eine strukturierte Befragung der MitarbeiterInnen mittels Fokusinterviews und Fragebogen wurde begonnen. Perspektivisch ist die Einführung der Staff Observation of Aggression Scale (SOAS) [1] sowie der Brøset-Gewalt-Checkliste [2,3] geplant. Die damit erhobenen Daten zur Häufigkeit von Aggressionsereignissen und Zwangsmaßnahmen sollen im internen und externen Vergleich zur weiteren Verbesserung des Aggressionsmanagements beitragen.

Literatur

- 1 Palmstierna T, Wistedt B (1987) Acta psychiatr scand 76: 657-663
- 2 Almvik R, Woods P (1998) Psychiatric Care 5: 208-211
- 3 Almvik R et al. (2000) Journal Interpersonal Violence 15: 1284-1296

Die Integration sozialpsychiatrischer Angebote in Quartierzentren als Beitrag zur Entstigmatisierung

Peter Berger Raemy

Setting

Das Ambulatorium Ost ist eines von drei quartierintegrierten Ambulatorien der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern. Es sorgt für die ambulante medizinische, sozialarbeiterische und pflegerische Versorgung von rund 120 lang anhaltend psychisch kranken Menschen. Das Team besteht aus 3 Psychiatriepflegefachfrauen und -männern, 1 Oberarzt, 1 Assistenzarzt und 1 Sozialarbeiter. Die Arbeit ist nach einem Case-Management-Prinzip organisiert.

Problemstellung

Das gemeindenahen Einbetten der sozialpsychiatrischen Ambulatorien in ihren Versorgungsgebieten in der Stadt Bern hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen und Institutionen erleichtert, auf die Integration der PatientInnen jedoch nur begrenzte Auswirkungen gezeigt. Die PatientInnen leben unverändert randständig und weisen erhebliche Defizite in ihren sozialen Kompetenzen auf. Ihr tägliches Leben ist durch Isolation geprägt, wovon die Bereiche Wohnen, Arbeiten, Freizeit und persönliche Kontakte betroffen sind. Beziehungen mit professionell Tätigen sind in der Regel auf die üblichen Arbeitszeiten beschränkt. Am Abend, in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen sind die PatientInnen oft auf sich alleine gestellt. Es scheint, dass auch in der gemeindenahen Psychiatrie eine Form von Institutionalismus auftritt, treffen doch die PatientInnen in ihrer Wohngemeinschaft, am geschützten Arbeitsplatz und im Ambulatorium meistens mit denselben Menschen zusammen; es entsteht eine Art Ghetto, Kontakte zu nicht psychiatrisierten Mitmenschen sind selten.

Projektziel

Als Antwort auf diese Problematik haben wir in Zusammenarbeit mit Organisationen im Quartier einige Angebote des Ambulatoriums in zwei Quar-

tierzentren integriert. Damit soll dem Bedürfnis der PatientInnen und ihrer Angehörigen nach einer Erweiterung der Öffnungszeiten des Ambulatoriums am Wochenende nachgekommen werden, andererseits sollen durch die Verknüpfung der bestehenden Angebote in den Gemeinschaftszentren mit demjenigen des Ambulatoriums eine verbesserte Integration der betreuten Menschen in die Gemeinde und eine Reduktion der Stigmatisierung erreicht werden.

Ergebnisse und Erfahrungen

Heute finden ein Wochenendtreff und ein Mittagstisch mit anschliessenden Nachmittagsaktivitäten in zwei Quartierzentren ausserhalb des Ambulatoriums statt.

Am Wochenendtreff am Samstag von 10 bis 12 Uhr im Quartierzentrum »Breitsch Treff« nehmen durchschnittlich 15 PatientInnen und 8 QuartierbewohnerInnen teil; 1 Patientin/Patient hilft während 2 Stunden gegen Entgelt im Service.

Am Mittagstisch im »Wylterhuus« werden rund 35 Mahlzeiten serviert. Diese werden je zur Hälfte von unseren PatientInnen und von QuartierbewohnerInnen eingenommen. Jeweils fünf PatientInnen helfen in der Küche und im Service gegen Entgelt, zusammen mit einem extra dafür Angestellten des Integrationsprojektes.

Nachmittagsaktivitäten sind: Tischtennis (wetterunabhängig, grosser Saal). Im Sommer Schwimmen im Freibad, Freiluftspiele (Fussball, etc), im Winter Kurse, z. B. Entspannungs- und Atmungstechnik, Bewegung, Chorsingen.

Eine Durchmischung von Patienten und QuartierbewohnerInnen findet statt. Die teilnehmenden PatientInnen haben auf diese Weise regelmässigen Kontakt mit gesunden QuartiernachbarInnen. Die gesunden QuartierbewohnerInnen erleben psychisch Kranke in einem normalen, alltäglichen Umfeld.

Die Anwesenheit von Profis hat sich immer wieder als sehr wichtig erwiesen. Pflegerische Kompetenz ist vor allem im Umgang mit Gruppenphänomenen und mit Konflikten mit/zwischen sozial schwächeren Individuen gefragt. Wir Profis haben dabei immer wieder eine Vorbildfunktion. Schwierige, aber auch positive Situationen können vom Case Manager zusätzlich individuell reflektiert und berücksichtigt werden.

Schlussfolgerungen

Aufgrund unserer Erfahrungen ist die Integration sozialpsychiatrischer Angebote in Quartierzentren eine Erfolg versprechende Massnahme zur Förderung der Integration von psychisch kranken Menschen. Ein gegenseitiger Abbau von Vorurteilen und Ängsten ist wahrnehmbar.

Die häufigsten Pflegediagnosen bei alkoholsüchtigen Patienten: Ein Praxisbericht

Klavdija Čuček Trifkovič

Einleitung

Alkoholismus ist eine bio-psycho-soziale Krankheit, die weltweit anwächst. Hinsichtlich der Anzahl von Alkoholsüchtigen befindet sich Slowenien an der Spitze der europäischen Statistiken. Die Alkoholeinnahme pro Person, älter als 15 Jahre, beträgt nämlich ganze 12,3 Liter des reinen Alkohols pro Jahr (Šešok, Sedlak, 2005). Alkoholabhängigkeit ist weit mehr als lediglich eine Krankheit; Alkoholabhängigkeit ist eine gesellschaftliche Erscheinung, die sich in den Werten, Normen und Gewohnheiten der Betroffenen sowie in ihrem Lebensstil widerspiegelt. Eigentlich ist Alkoholismus eine Lebensweise, die jedoch allmählich in eine Krankheit mit seelischer und körperlicher Abhängigkeit übergeht und zahlreiche Krankheitssymptome mit sich bringt, die entweder als eine direkte oder indirekte Folge des übermäßigen Alkoholkonsums auftreten.

Laut ICD-10 spricht man von einer Alkoholabhängigkeit, wenn bei dem Patienten im vergangenen Jahr mindestens drei der folgenden Symptomen aufgetreten sind: starkes Verlangen nach Alkoholkonsum; sinkende Toleranz; Vernachlässigung anderer Aktivitäten; Schwierigkeiten beim Versuch, das Alkoholverlangen unter Kontrolle zu halten; Entzugserscheinungen und - nicht zuletzt - wenn man trotz aller schädlichen Folgen auf der Alkoholaufnahme insistiert (Čebašek Travnik, 1999).

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, die am häufigsten aufgetretenen Probleme bei alkoholsüchtigen Patienten vorzustellen und auf die wichtigsten Pflegediagnosen hinzuweisen.

Methode

Im Folgenden wird die Studie eines alkoholsüchtigen Patienten vorgestellt. Dabei wird Wert auf die häufigsten Schwierigkeiten der Patienten bei ihren

alltäglichen Aktivitäten nach V. Henderson gelegt. Die meisten Schwierigkeiten treten nämlich beim Essen und Trinken, bei Reinlichkeit und Körperpflege, Schlafen und Ruhen, beim Vermeiden von Gefahrensituationen in der unmittelbaren Umgebung, bei zwischenmenschlichen Beziehungen, dem Äußern von Emotionen und Bedürfnissen sowie beim Lernen auf.

Ergebnisse

Bei Alkoholabhängigen tritt häufig Appetitlosigkeit auf, eine übermäßige Esslust ist etwas seltener. In diesem Zusammenhang ist die Aufgabe der Krankenschwester, die Essgewohnheiten des Patienten festzustellen und einen entsprechenden Ernährungsplan zusammenzustellen. Da Alkoholabhängige oft auch ihre Körperpflege, Reinlichkeit und ihr Aussehen vernachlässigen, soll die Krankenschwester auf die Bedeutung der Mund-, Haut- und Intimpflege verweisen und ihnen bei der Erledigung dieser Aktivitäten eine gewisse Privatsphäre ermöglichen.

Häufig leiden Alkoholsüchtige auch unter Schlafstörungen, entweder unter Schlaflosigkeit oder übermäßigem Schlafbedarf. Dazu haben sie meist noch ernste Schwierigkeiten beim Vermeiden von Gefahren in ihrer unmittelbaren Umgebung. Oft kommt es zu Autoaggressivität mit Selbstmordneigungen oder zur Heteroaggressivität. Oft kümmern sich Alkoholsüchtige nicht um die Welt um sie herum, sondern lediglich darum, ihr Alkoholverlangen zu befriedigen. Solange ein Alkoholabhängiger genügend Geld hat, hat er auch jede Menge Trinkkumpel.

Das Lernen mit Hilfe des Fachpersonals und der Gesundheitserziehung ist ein wesentlicher Teil der Krankenpflege von Alkoholsüchtigen. Als Unterstützung zum Genesungsplan, der zusammen mit dem Patienten entworfen wurde, soll daher die Krankenschwester dem Patienten Informationen über seine Rehabilitation geben und ihn lehren, wie er seine Gesundheit erhalten soll. Bei jedem festgestellten Problem werden eventuelle Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen der Gesundheitspflege und eventuelle Evaluation vorgestellt.

Zusammenfassung

Bei der Rehabilitation eines Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom spielt die Krankenpflege eine entscheidende Rolle. Die Krankenschwester agiert als Gesundheitspflege-Erzieher, Gruppentherapeut, Therapeut der Gemeinschaft der genesenden Alkoholiker und nicht zuletzt als Berater des Patienten und dessen Familienmitglieder. Sie ist Mitglied des Ärzteteams sowie der Heilgemeinschaft und führt auch bestimmte medizinisch-technische Eingriffe durch. Durch die Feststellung relevanter Pflegediagnosen, realer und erreichbarer Ziele sowie durch die Auswahl entsprechender Pflegeinterventionen, kann die Krankenschwester wesentlich zu einer schnelleren und effektiven Rehabilitation des Patienten beitragen.

Literatur

1. Čebašek Travnik Z (1999). Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: Tomori M (ur.), Zihel S (ur.). Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta: Literapicta.
2. Henderson V (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
3. Šešok J, Sedlak S (2005). Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Risikoaspekte der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Jana Kocourková, Jiří Koutek

Einleitung

Die suizidale Handlung bei Kindern und Jugendlichen stellt in der Tschechischen Republik ein schwerwiegendes Problem dar. Im Unterschied von suizidaler Handlung der Erwachsenen, bei denen die Vorkommensrate unverändert bleibt, nimmt sie bei den Kindern und Jugendlichen zu und fordert dadurch das Interesse der Kinderpsychiater und Psychologen. Suizidales Verhalten bei Adoleszenten ist die dritthäufigste Todesursache in diesem Lebensalter. Für die Diagnostik und eine effektive Therapie ist es notwendig, mit einem mehraxialen Modell zu arbeiten, wobei nicht nur psychopathologische Symptome und Syndrome, sondern auch Persönlichkeitszüge und Familienverhältnisse, einschließlich psychosozialer Umstände bei Kindern und Jugendlichen gewertet werden.

Zielstellung

Die Autoren der Arbeit, der Kinderpsychiater und der Psychologe, stellten sich zum Ziel, die Risikofaktoren des suizidalen Verhaltens von Kindern und Jugendlichen zu erforschen und zwar in Hinsicht auf die Kategorien psychopathologischer Symptome, Motive und Ausführungsweisen der suizidalen Handlung, Persönlichkeit der Patienten und Auswertung der Familienverhältnisse.

Methode und Material

Die Autoren nahmen eine Untersuchung in der Patientengruppe von 38 Kindern und Jugendlichen vor, die in das Universitätskrankenhaus für Pädiatrische Psychiatrie nach einem Selbstmordversuch aufgenommen wurden. In die Patientengruppe waren 7 Jungen und 31 Mädchen im Alter von 11 Jahren und 5 Monate bis 18 Jahre und 1 Monat einbezogen. Auf Grund der festgestellten Angaben, die die Entwicklung, Anamnese und Testergebnisse betrafen, wurden die Kategorien der psychopathologischen Symptome, Motive und Ausführungsweisen der suizidalen Handlung, die Persönlichkeitszüge sowie die Funktionsfähigkeit der Familie beobachtet.

Ergebnisse

Vorkommen psychopathologischer Symptome

Am häufigsten sind Depressionen (79 %) und Verhaltensstörungen (39 %) vertreten. Dann folgen ängstliche Persönlichkeitsstörungen (13,5 %), Drogenabhängigkeit (11 %), Essstörungen (5 %), Schizophrenie (5 %).

Motive der suizidalen Handlung

Das am häufigsten angegebene Motiv war der Konflikt in der Familie (55 %), in der Partnerbeziehung (29 %), die Störungen der Sexualidentifizierung und -präferenz (3 %), die Probleme beim Studium oder bei der Arbeit (21 %), die Konflikte unter Altersgenossen (18 %) und mit der Polizeiuntersuchung verbundenen Probleme (11 %). In mehreren Fällen handelte es sich um eine Kombination mehrerer Motive.

Ausführungsweisen der suizidalen Handlung

Bei den Ausführungsweisen der suizidalen Handlung überwiegte die Intoxikation mit Medikamenten (81 %), Öffnen der Pulsadern (13 %), Sturz in die Tiefe (3 %), Applikation des elektrischen Stroms (3 %).

Persönlichkeitszüge

Die Persönlichkeit der Untersuchten entwickelte sich am häufigsten disharmonisch (89 %). Was die spezifischen Persönlichkeitszüge betrifft, kamen am häufigsten Impulsivität, Sensitivität, ängstliche und vermeidende Persönlichkeitsstörungen vor.

Familienverhältnisse

Nur 24 % der Familien unserer Patienten konnten als harmonische Familien charakterisiert werden. In 44 % der Familien traten Konflikte auf, bei 21 % handelte es sich um zerrüttete Familienverhältnisse und 11 % der Familien wies eine ausgeprägte Pathologie in ihrer Funktion auf. In 53 % der Fälle waren die Ehepartner geschieden. In 26 % der Fälle wurde eine psychiatrische Behandlung in der Anamnese mindestens bei einem der beiden Elternteile und Alkohol- oder Drogenabusus in 40 % festgestellt. Eine suizidale Handlung in der Familie kam in 24 % vor.

Diskussion und Zusammenfassung

In der untersuchten Patientengruppe überwiegen die Mädchen im Jugendalter. Zum Motiv der suizidalen Risikohandlung wurden vor allem Konflikte in der Familie und den Partnerbeziehungen ermittelt. In psychologischer Hinsicht überwiegt die Depression, kombiniert mit Verhaltensstörungen. Die suizidale Handlung wurde am häufigsten durch eine Überdosierung von Medikamenten ausgeführt. Als Risikofaktoren können vor allem disharmonische Entwicklung der Persönlichkeit und zerrüttete Familienverhältnisse mit hoher Anzahl von kaum mehr funktionsfähigen Familien angesehen werden. Diese Ergebnisse sind für eine entsprechende therapeutische Intervention von Bedeutung, die nicht nur auf psychopathologische, sondern auch auf unangemessene und risikoreiche psychosoziale Lebensverhältnisse der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet werden müssen.

Die Präsentation wurde finanziell von Grant IGA MZ ČR NR/7955-3 unterstützt.

Ätherische Öle als Bereicherung des pflegerischen Angebotes

Andrea Belohradsky, Monika Eibensteiner, Friederike Kral, Jasmina Simic

Hintergrund/Einleitung

Am 24.02.2004 wurde an der Klinik für Psychiatrie Station 4B ein Projekt mit dem Titel „Aromapflege als Bereicherung des pflegerischen Angebotes“ an einer psychiatrischen Station in Auftrag gegeben. Die ätherischen Öle kommen nach vorhergehender Information und Abfrage der Allergieneigung, in Absprache mit den PatientInnen, bei innerer Unruhe, Niedergeschlagenheit, Angst, Desorientiertheit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und allgemeinen Spannungszuständen zum Einsatz. Die Auswahl erfolgt gemeinsam mit den PatientInnen, ebenso die der Methode, z.B. Trockeninhalation (Duftfleckerl), Vollbad, Teilbad. Zur Verfügung stehen die Öle Lavendel fein, Bergamotte, Rose, Orange, Zitrone und Eukalyptus.

Ziele

Erhöhung des Wohlbefindens und Verbesserung des allgemeinen Zustandes. Unsere PatientInnen sehen ätherische Öle als zusätzliche Ergänzung zu ihrer Therapie und sind in der Lage diese ohne Unterstützung durch professionelle Hilfe selbst anzuwenden.

Fragestellungen

- Wird das Angebot der Aromapflege als wohltuend und unterstützend erlebt?
- Wird der Einsatz ätherischer Öle von unseren PatientInnen als Befähigung zur Eigenanwendung bei diversen psychischen Zuständen, auch in der häuslichen Umgebung, gesehen und eingesetzt?

Methode

Trockeninhalation (Duftfleckerl), Vollbad, Teilbad;

Material

- Informationsbroschüren
- Ätherische Öle: Lavendel fein, Bergamotte, Rose, Orange, Zitrone und Eukalyptus.
- Umfeldgestaltung

Messmethoden

Fragebogenerhebungen bei MitarbeiterInnen und PatientInnen.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Evaluierung haben 19 von 20 PatientInnen das Aromapflegeangebot angenommen. 100% der befragten PatientInnen würden es bei einem neuerlichen Aufenthalt wieder in Anspruch nehmen. Alle befragten PatientInnen gaben an, das Aromapflegeangebot als wohltuend und unterstützend erlebt zu haben. Bei den Methoden wurde der Trockeninhalation (Duftfleckerl) gegenüber dem Voll- bzw. Teilbad der Vorzug gegeben. Am häufigsten werden die ätherischen Öle als Einschlafhilfe eingesetzt. Das individuelle Eingehen (informieren, probieren;) auf jeden Einzelnen schafft die Voraussetzung den ganz persönlichen Duft auszusuchen, der in den meisten Fällen auch beibehalten wird. Bevorzugte Duftnoten sind Orange und Rose. Die meisten PatientInnen sehen jetzt die Möglichkeit ätherische Öle präventiv und ergänzend zu ihrer Therapie, auch im häuslichen Bereich, anzuwenden.

Aromapflegestandards zu den angewandten ätherischen Ölen wurden erarbeitet und sind als qualitätssichernde Maßnahme im Einsatz. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs wird die Bereitschaft zur Aromapflege erhoben und dokumentiert. Im Mai 2006 wurde dem Wunsch der MitarbeiterInnen nach Informationsmaterial mit Informationsbroschüren, einerseits für PatientInnen und andererseits für MitarbeiterInnen, nachgekommen. Aus den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung ist klar erkennbar, dass Aromapflege als wichtig erachtet und die Auseinandersetzung damit den MitarbeiterInnen Freude bereitet.

Schlussfolgerung

Der Einsatz ätherischer Öle an einer allgemein psychiatrischen Station zeigt positive Auswirkungen auf PatientInnen und MitarbeiterInnen. Die bei den PatientInnen zu beobachtende Steigerung des Wohlbefindens, aber auch die Befähigung zur Eigenanwendung, sind im Sinne der Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit sehr erfreulich.

Die Einstellung unserer MitarbeiterInnen zur Aromapflege – „sehr wichtig“ und „macht Freude“ – ist als Motivationsfaktor bedeutend und bestärkt uns in der Aufrechterhaltung des Angebots. Eine Erweiterung „Kräuter – Garten der Sinne“ direkt angeschlossen an den stationären Bereich ist bereits im Entstehen. Aufgrund des Projekterfolges werden ätherische Öle als fixer Bestandteil des pflegerischen Spektrums angeboten. Eine Ausweitung auf den gesamten Bereich unserer Klinik erscheint sinnvoll.

Antipsychotische Medikation: Erfahrungen einer Praktikerin

Nicola Lange

Seit dem 13. 12. 1996 arbeiten wir in unserem ambulanten Pflegedienst » Ringelblume Pflegedienst GmbH« in Hamburg mit dem Medikament Zyprexa. Es war ein Freitag. Wir nahmen eine Patientin aus dem Krankenhaus neu auf, die als chronifizierte Drehtürpatientin galt, da sie ihre antipsychotischen Medikamente immer wieder absetzte und dann erneut psychotisch dekompenzierte. Sie war davor mit Haloperidol behandelt worden. Wir kannten sie vom Sehen, weil sie oft schimpfend durch den Stadtteil ging.

Bis zu diesem Zeitpunkt bedeutete die Gabe von hochpotenten Neuroleptika oberhalb der so genannten neuroleptischen Schwelle für uns PatientInnen mit einem mehr oder weniger ausgeprägten medikamentösen Parkinson. Ausgenommen die LeponexpatientInnen. Doch auch Leponex wurde nicht von allen vertragen. Außerdem gab es bei umtriebigen PatientInnen, die dazu neigten, ab und zu mal einige Tage nicht da zu sein, große Probleme wegen der immer wieder erforderlichen stationären Neueinstellung mit allen ihren Nebenwirkungen. Die Leponexdebatte zu rekapitulieren würde den inhaltlichen Rahmen sprengen.

So erlebten wir unsere meisten mit Neuroleptika behandelten PatientInnen eben als mehr oder weniger Parkinsonkranke. Vom leichten Händezittern bis zum Vollbild, welches junge PatientInnen wie GreisInnen umherlaufen ließ. Diese schämten sich in die Öffentlichkeit zu gehen, da sie zu Recht befürchteten wegen des Händezitterns für AlkoholikerInnen gehalten zu werden. An sportlichen Aktivitäten konnten sie wegen des starken Rigors nicht teilnehmen. Aufgrund der Einschränkungen waren sie nicht in der Lage, sich ein neues soziales Umfeld aufzubauen oder das Alte wieder zu aktivieren, von den Problemen bei einer eventuellen PartnerInnensuche ganz zu schweigen.

Ein Leben führend, das oft fast nur noch als Last ohne Perspektive empfunden wurde, wenn auch psychosofrei oder psychosofreier. Wobei uns die Einschätzung der Stimmungslage etc. wegen der häufigen Minussymptomatik

erheblich schwerer fiel als heute. Wir warnten oft vergeblich vor schnellen Absetzversuchen der Medikamente. Wir konnten sie – als ambulanter Pflegedienst – oft nicht verhindern. Wir konnten sie jedoch durchaus verstehen. Manchmal fragten wir uns, ob wir nicht lieber psychotisch leben würden als so.

Die Preisunterschiede bei antipsychotischen Medikamenten sind groß. So kosteten 6 mg Haloperidol von ct laut der roten Liste 2004 etwa einen Euro pro Tag. Leponex, bei einer Dosierung von 600 mg pro Tag, etwa 6 Euro. Zyprexa bei einer Dosierung von 10 mg täglich etwa 6,27 Euro ; bei einer Dosierung von 5 mg pro Tag etwa 3,30 Euro. Pro Jahr kostet Haloperidol – 6 mg täglich – 306,6 Euro. Zyprexa dagegen – 5 mg täglich – 3,3 Euro pro Tag bzw. 1204 Euro im Jahr; bei 10 mg Zyprexa täglich, 6,25 Euro pro Tag, sogar 2281,25 Euro pro Jahr.

Eine Summe, die bei alternativen Krankenhausaufenthalten schnell zusammenkommt. Das Problem des niedergelassenen Arztes ist sein Budget. Dazu ein Hamburger Psychiater, der nicht namentlich genannt werden möchte: » Wenn ich allen Patienten ohne Rücksicht auf die Kosten die Medikamente verschreiben würde, die am besten wären, könnte ich meine Praxis schließen.« Daraus lassen sich auch die emotionalen Probleme erahnen, denen die KollegInnen ausgesetzt sind.

Die meisten ÄrztInnen geben uns gegenüber nicht zu, dass sie ausgerechnet die teuersten Medikamente relativ schnell nach der Krankenhauserlassung ihrer PatientInnen aus finanziellen Gründen absetzen. So hat der Patient oft in kurzer Zeit wieder die gleiche Medikation wie vor der Umstellung beim letzten Krankenhausaufenthalt. Und natürlich sind wir dann beim nächsten Krankenhausaufenthalt die Erstansprechpartner wütender Krankenhauspsychiater.

Selbstverständlich kann es hier nicht einzig darum gehen, die Kostenübernahme teurer Medikamente zu fordern und das Problem damit als erledigt zu betrachten. Sicher gibt es Fälle, bei denen die günstigste Medikation die beste ist oder eine Mischkombination sehr erfolgreich. Meine Aussage ist keinesfalls »verschreibt Zyprexa und alle Probleme sind gelöst«. Es geht hier nur um ein Beispiel.

Dass weitere Maßnahmen in einem höheren Maße und in anderen Formen erforderlich wären, dürfte unstrittig sein. So wäre ein Ausbau der niedrigschwellig arbeitenden Einrichtungen, der angeleiteten Selbsthilfegruppen, eine Schaffung von betreuten Wohngruppen und vieles mehr dringend erforderlich. In Hamburg erleben wir das Gegenteil. Es muss ja schließlich für den Hafenausbau gespart werden, oder?

Zu diskutieren wäre hier u.a. welchen Wert die Lebensqualität dieser Menschen mit der geringsten Lobby für uns als Gesellschaft hat und inwieweit wir bereit sind, diese zu verbessern und auch als Gesellschaft die Kosten dafür zu tragen. Wenn wir davon ausgehen, dass etwa 80 % der deutschen Bevölkerung unter mindestens einer psychischen Krankheit leiden, bemerken wir sehr schnell, dass gerade die Menschen, die sich selbst am wenigsten helfen können, am wenigsten Hilfe bekommen, und umgekehrt.

AkademikerInnen mit der Möglichkeit ihre Probleme zu benennen und Hilfe zu suchen, ggf. auch selbst zu bezahlen, mit einer relativ geringen Symptomatik und einem stabilen sozialen Umfeld sind oft in der Lage, sich die nötigen und besten Hilfsmöglichkeiten selbst zu organisieren. Menschen, die geringe Bildungsmöglichkeiten hatten, bereits jung ersterkrankten und oft isoliert leben, haben diese Möglichkeiten nicht. Sie nehmen meistens anstandslos an, was ihnen vorgesetzt wird. Falls die Situation für sie unerträglich wird, suchen sie nicht nach zusätzlichen Hilfen, sondern entziehen sich der Situation komplett und nehmen auch keine Medikamente mehr. Plakativ lässt sich sagen, dass die Menschen am meisten Hilfe bekommen, die im Vergleich am wenigsten benötigen [vgl. 1].

In Anbetracht der riesigen medizinischen Fortschritte in anderen Bereichen erstaunt es mich, dass im Bereich Psychiatrie vergleichsweise wenig geforscht wird. Meines Erachtens nach dürfte dafür die gesamtgesellschaftliche Vorstellung »das passiert mir nicht; das sind die anderen« eine große Rolle spielen. Fast jeder kann sich vorstellen – wenn auch äußerst ungern – Krebs oder einen Herzinfarkt zu bekommen, eventuell auch eine Neurose. Aber eine Psychose: nie!

Die Historie dieses Gedankengutes vom Narrenschiff über die Idee, Psychose seien grundsätzlich unheilbar bis zur systematischen Zwangssterilisati-

on psychisch Kranker- bzw. nach Ansicht der Ärzte psychisch kranker Frauen bis 1945 – und die Behandlung der Menschen seitdem bis zum heutigen Tag würde den inhaltlichen Rahmen sprengen. Festzuhalten ist jedoch, dass die für die Betroffenen im hohen Maße stigmatisierenden Folgen Auswirkungen bis heute haben; und daher schweigen, unsichtbar, stumm und unerkannt bleiben wollen. Und das hat Folgen.

Eben unter anderem die Folge, dass diesen belasteten Menschen oft aus Kostengründen verwehrt wird, wenigstens die medikamentöse Therapie zu bekommen, mit der sie am besten leben könnten. Und dass Hilfsmaßnahmen wie psychiatrische Fachkrankenpflege durch ambulante Pflegedienste immer öfter mit der Begründung abgelehnt werden, der Patient sei »austherapiert.« Natürlich könnten die PatientInnen gegen derartige Bescheide Widerspruch einlegen. Doch wie wahrscheinlich ist es, dass ein psychisch kranker Mensch gegen das Streichen seiner psychiatrischen Fachkrankenpflege Widerspruch einlegt?

Die am Anfang erwähnte Dame hatte übrigens seit der Krankenhausentlassung im Jahre 1996 bis heute keinen Rückfall. Damals nahm sie bis zum Dezember 1999 psychiatrische Fachkrankenpflege durch uns in Anspruch. Seitdem nimmt sie ihre Medikamente selbst ein und kommt zu unserer jährlichen Weihnachtsfeier. Natürlich versuche ich nicht anhand eines Einzelfalles eine wissenschaftliche These zu formulieren – es handelt sich um ein Beispiel aus der Praxis. Aber um ein Beispiel, wie wir es in ähnlicher Form schon oft erlebt haben.

Literatur

1. **Finzen, A.** Warum werden unsere Kranken eigentlich gesund? Räsonieren über das Heilen. 2002, Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Therapie und Gesundheitszentrum Mutters: Ein Alkohol- und Medikamentenentwöhnungsstation stellt sich vor

Romed Plattner

1. Einleitung

Wir bieten an unserer Abteilung einige interessante pflegerische Ansätze. Diese möchte ich präsentieren, um sie anderen zugänglich zu machen sowie darüber zu diskutieren. Unsere Abteilung gehört zur Univ. Klinik/Innsbruck mit Schwerpunkt Medikamenten- und Alkoholentwöhnung. Wir liegen außerhalb der Klinik – 1½ km von Innsbruck entfernt – und sind einem ehemaligen 4-Sterne-Hotel untergebracht. Die Abteilung umfasst 27 Betten, das Therapieprogramm erstreckt sich über 8 Wochen. Das Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters ist eine abstinenzenorientierte Einrichtung. Unsere Klientel rekrutieren wir über eine eigene Ambulanz, derzeit haben wir eine Wartezeit von ca. 8 bis 12 Wochen.

2. Ziele

Wissen zu vermitteln meinerseits – aber auch Wissen in der Diskussion über andere derartige Einrichtungen zu bekommen im europäischen Bereich.

3. Gestaltung

- Vorstellung der Station, des Therapiekonzeptes und der Therapiebausteine
- Zukunftsvisionen
- Diskussion u. Erfahrungsaustausch

4. Lernziele

- Erfahrungsaustausch durch Diskussion
- Psychiatrische Pflege auf einer suchtspezifischen Station mit hohem therapeutischem Hintergrund ist anders
- Aufzeigen von individuellen Möglichkeiten psychiatrischer Pflegearbeit auf Suchteinrichtungen

Junges Gemüse, Eintopf & Co: Kochen mit Kindern und Jugendlichen

E. Sonnleithner, I. Mörtl, B. Willecke, Michaela Scharwitzl-Adler

Diese Gruppe wurde vor fünf Jahren ins Leben gerufen und wird einmal pro Woche in der Therapieküche, die sich in der Klinik befindet, abgehalten. Sie ist für stationäre Patienten aller Altersstufen und Krankheitsbilder zugänglich. Geleitet wird die Gruppe von jeweils zwei Pflegepersonen, wobei die Anzahl der Teilnehmer auf 6 Personen beschränkt ist.

Die Gruppe bietet die Möglichkeit mit Unterstützung oder selbstständig, unmittelbar ein Produkt herzustellen und gemeinsam mit den anderen Teilnehmern zu verzehren. Im Vordergrund stehen für die Kinder und Jugendlichen die Freude und die Lust am Ausprobieren ihrer kreativen Möglichkeiten in einem Klima aus Wertschätzung und Angenommensein. Die Kinder erlernen Fähigkeiten, die ihnen im Alltagsleben hilfreich sein können.

Ziel der Gruppe

Spaß und Freude im Umsetzen ihrer kreativen Ideen, Einschätzung der eigenen Kompetenz, Übernahme von Verantwortung im eigenen Arbeitsbereich, Integration in eine Gruppe, soziales Training, positives Erleben von Nahrungsmitteln, Essen und Beziehung.

Fragestellung

Was lernen Kinder und Jugendliche in einem Klima aus Wertschätzung und Empathie, ohne den Druck etwas leisten zu müssen, wenn sie die Möglichkeit bekommen sich selbst und ihre Fähigkeiten zu erfahren.

Ergebnisse

Im Jahr 2005 wurde die Gruppe bezüglich der Teilnehmeranzahl evaluiert. Es wurde dabei untersucht die Gesamtanzahl (161) und die Gegenüberstellung weiblich (149) zu männlich (12); die Teilnahme erfolgt freiwillig. Wir kamen zu dem Ergebnis, dass weibliche Kinder und Jugendliche sich mehr

für den Bereich der kreativen Herstellung eines Produktes interessieren als männliche. Es ergab aber keinen deutlichen Unterschied zwischen Buben und Mädchen, in dem was sie für sich selbst inhaltlich erlernten. Es stellte sich ferner heraus, dass vor allem bei Patienten, die diese Gruppe regelmäßig und über einen längeren Zeitraum besuchten, eine kontinuierlich ansteigende Leistungsfähigkeit erfolgte, sich das Durchhalte- und Konzentrationsvermögen steigerte, sie sich sozial besser anpassten und lernten sich einzubringen und das Erkennen eigener Ressourcen das Selbstbewusstsein erhöhte.

Alliance-Psychoedukations-Programm[©] für Patienten mit Schizophrenen Psychosen: Ein Projekt zur Integration des Programms in das Behandlungskonzept und Bezugspflegesystem einer psychiatrischen Akutstation

Cornelia Schindler, C. Baumgartner

Hintergrund/Einleitung

Eine in der Praxis häufig beobachtete eher geringe und unsystematisierte Krankheitsaufklärung und eine dadurch zu erwartende höhere Wiederaufnahmerate führten vor dem Hintergrund einer Leitlinienorientierten Therapie zum Projektauftrag der Klinikleitung im Herbst 2004.

Ziel

Primäres Ziel des multidisziplinären Projektes war die Einführung eines evidence-basierten, strukturierten Psychoedukations-Programms für Patienten mit schizophrenen Psychosen. Es sollte deren Wissen über die Erkrankung und Behandlung verbessern, die Compliance und das Krankheitskonzept positiv beeinflussen. Das Programm sollte darüber hinaus sowohl in das bestehende Behandlungskonzept (Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten nach Brenner und Roder) als auch in das Bezugspflegesystem der Station integrierbar sein. Erwartet wurde damit eine Systematisierung der Bezugspflegegespräche zum Thema Krankheitsbewältigung.

Fragestellung

So galt es die Frage zu beantworten, wie ein systematisiertes interprofessionelles Psychoedukationsprogramm in das vorhandene Pflegesystem und Behandlungskonzept integriert und implementiert werden kann.

Methode

Infolgedessen wurde neben einer Analyse des Bezugspflegesystems eine intensive Literaturrecherche betrieben. Unter vielen anderen Studien, die die Effektivität und Nützlichkeit von Psychoedukation bei psychischen Erkrankungen unterstreichen, brachten vor allem eine Cochrane Meta-Ana-

lyse und die Münchner PIP-Studie signifikante Belege für Wirksamkeit und Nutzen der Psychoedukation für schizophrene Patienten.

Aus mehreren zur Auswahl stehenden Psychoedukationsprogrammen fiel die Entscheidung auf das Alliance®-Psychoedukationsprogramm. Zum einen wegen seiner Auslegung sowohl auf Patienten und auf Angehörige, zum anderen wegen seines Modulcharakters (sukzessive aufeinander aufbauend oder individuell einsetzbar). Darüberhinaus ist die Anwendung interaktiv, multimedial und berufsgruppenunabhängig.

Die Implementierung umfasste folgende Schritte:

- Schulung des verantwortlichen Projektteams
- Schulung des Pflorgeteams und der Psychologen
- Umstrukturierung der bestehenden Gruppe zur Gesundheitsinformation in eine Gruppe zur Psychoedukation
- Integration der Programm-Module in die Bezugspflegegespräche
- Vernetzung der Gruppeninhalte mit den Bezugspflegegesprächen
- Modifikation von Modulen während des Integrationsprozesses

Nach einem Probelauf von 6 Monaten erfolgte die Evaluation auf Patienten- und Mitarbeiterbene. Mittels Analyse der pflegerischen Dokumentation wurde der Integrationsgrad in die Bezugspflege evaluiert.

Ergebnisse

Die Implementation des Alliance®-Psychoedukationsprogramm in das Pflegesystem und Behandlungskonzept der Station 2 wurde als erfolgreich bewertet. Die Erfahrungen und Beobachtungen der Pflege in Bezug auf Wirksamkeit und Nutzen der Psychoedukation für schizophrene Patienten sind kongruent zu den Ergebnissen der Literaturrecherche. Zudem wurde ein erheblicher Bedeutungswandel innerhalb der Bezugspflege festgestellt. Grundlage für diese Ergebnisse waren eine leitfragengestützte Pflorgeteambesprechung und eine schriftliche teilstandardisierte Patientenbefragung.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Evaluationsergebnisse und die praktische Erfahrung erfordern trotz der positiven Ergebnisse weitere Modifikationen. So wurde eine Ausweitung des Programms auf Angehörige von Patienten und Mitarbeitern des therapeu-

peutischen Teams als wünschenswert erachtet. Bifokal zur Psychoedukation der Patienten wurde ein systematisierter, strukturierter interdisziplinärer Psychoedukations-Angehörigen-Workshop unter maßgeblicher pflegerischer Beteiligung initiiert, der sich derzeit in der Probephase befindet. Weitere Modifikationen umfassen das therapeutische Konzept der Station. So wird seit Anfang 2006 das Gruppenangebot der Station restrukturiert. Die bisher vom Psychologischen Dienst geleitete Psychoedukations-Gruppe wird zusammen mit dem Pflegedienst geleitet. Hier ist die Übernahme der Gruppenleitung durch den Pflegedienst geplant.

Wirksamkeit eines systematischen Aggressionsmanagements in einer psychiatrischen Abteilung: Erfassung mittels Mitarbeiterbefragung

Grit Pilssecker, Thomas Schillen, Gernot Walter, Stephan Wolff

Einleitung

Der Umgang mit Aggression und Gewalt ist aufgrund der Art der behandelten Störungsbilder ein wesentlicher Teil der akutpsychiatrischen Regelversorgung. Ein professioneller Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen ist daher für die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern bedeutsam. Auf der Grundlage dieser Überlegungen erfolgt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Stadt Hanau, einer psychiatrischen Abteilung mit 120 Behandlungsplätzen, seit dem Jahr 2001 ein systematisches Training der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen zum Thema Aggressionsmanagement. Das Programm umfasst ein 5-tägiges Basistraining sowie jährliche Auffrischungstage. Inhaltlich werden theoretische Grundlagen, kommunikative Handlungsaspekte, Techniken für den kontrollierten Umgang mit Aggression und Gewalt nach den Prinzipien von „Control & Restraint“, Sicherheitsmanagement sowie das Erkennen und Erfahren persönlicher Haltungen und Fähigkeiten bearbeitet. Mittlerweile haben 90% aller MitarbeiterInnen an einem Basistraining teilgenommen. Eine Stichprobenuntersuchung zu Fixierungsmaßnahmen zeigte in Übereinstimmung mit anderen Kliniken keine signifikanten Veränderungen. Ein Rückgang von Verletzungsfolgen ist noch unzureichend beurteilbar. Mit einer Mitarbeiterbefragung sollen hier nun weitere Aspekte des Trainings erfasst werden.

Methodik

Für die Erhebung qualitativer Effekte wurde ein Fragebogen unter Berücksichtigung der Trainingsinhalte und der in der Literatur untersuchten Zielvariablen erstellt.

Ergebnisse und Diskussion

Die Befragung eines ersten Teils der MitarbeiterInnen zeigt folgende Ergebnisse: (1) Der Umgang mit Aggression und Gewalt wird verstärkt als gemeinsame Aufgabe aller Berufsgruppen realisiert. (2) Symptome aggress-

siver Verhaltensänderungen werden früher wahrgenommen. (3) Die MitarbeiterInnen fühlen sich sicherer im Umgang mit aggressiven Patienten. (4) Deeskalationen und nötigenfalls Fixierungen verlaufen ruhiger, besser koordiniert und mit klar strukturierten Rollenverteilungen. (5) In der jeweiligen Situation übernimmt ein einzelner Mitarbeiter die Koordination des Teams sowie die Kommunikation mit dem Patienten. (6) Es findet eine verbesserte sachliche Kommunikation zum Thema innerhalb der Teams und der Klinik statt. Im Poster werden diese Veränderungen im Umgang mit Aggression und Gewalt in den Bereichen Mitarbeiter, Team, Klinik und Beziehung zum Patienten dargestellt und hinsichtlich Wirksamkeit des Aggressionsmanagementtrainings diskutiert.

Autorinnen und Autoren

Christoph Abderhalden, Pflegewissenschaftler MNSc, Pflegeexperte HöFA II, RN, Leiter Forschungsstelle Pflege & Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Bern; **Kontakt:** abderhalden@puk.unibe.ch

Sibylle Ahl, Jahrgang 1967, Krankenschwester und Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege. Pflegedienstleitung des allgemeinpsychiatrischen Akutbereich der Klinikum Wahrendorff GmbH. **Kontakt:** ahl@wahrendorff.de

Ruth Ahrens ist Krankenschwester mit Weiterbildung Psychotherapie, Psychosomatik, Personenzentrierte Gesprächsführung, Studium der Pflegewissenschaft. Sie arbeitet als Referentin, Trainerin und Supervisorin. Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die professionelle Beziehungsgestaltung zu psychisch kranken Menschen. Sie ist Erstautorin mehrerer Artikel zu verschiedenen Themen und Autorin von Fachbuchbeiträgen (zuletzt: Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, 2006 Heidelberg: Springer). **Kontakt:** RuthAhrens@web.de

Silvia Amrein, Psychiatrische Klinik Oberwil, Station G3, CH-6317 Oberwil/ZG, Schweiz

Florim Asani, Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Station 9/2, Deutschland. **Kontakt:** info.station92@lrz.tu-muenchen.de

Marianne Bänninger ist freiberufliche diplomierte Psychiatriepflegefachfrau und verfügt über jahrzehntelange Berufserfahrung in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie. Sie ist Mitglied der Interessengruppe Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung - IG-geps, www.gemeindepsychiatrie.net. **Kontakt:** info@gemeindepsychiatrie.net

C. Baumgartner, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Hauptstrasse 5, D-79104 Freiburg, Deutschland.

Viktor Baumgartner, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Abteilung für Drogenkranke, Drogenambulanz, Baumgartner - Höhe 1, 1140 Wien, Österreich.

Johann Behrens, geb. 1949, Dr. phil. habil., seit 1998 Professor und (Günder-) Direktor des Institutes für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, German Center for Evidence Based Nursing der Med. Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, habilitierter Gesundheitsökonom (Bochum), Supervisor seit 1979, Sprecher des BMBF-Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd (Berlin bis Freiburg), Vorstand des DFG-SFB 580 (Jena - Halle). Gastprofessuren in McMaster, Canada, und Ann Arbor, USA.

Gerd Bekel, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, D-89075 Ulm, Deutschland. **Kontakt:** gerd.bekel@gbconcept.de

Andrea Belohradsky, stv. OSr. Univ. Klinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Universitätsklinikern, Wien, Österreich.

Peter Berger Raemy, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Ambulatorium Ost, Moserstr. 24, CH-3014 Bern, Schweiz. **Kontakt:** peter.berger@gef.be.ch

Rudi Bernatzki arbeitet an der Psychotherapeutischen Tagesklinik der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel (CH), als Leiter der Abteilung Pflege. **Kontakt:** Rudi.Bernatzki@upkbs.ch

Lena Bischoff, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg GmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme); **Kontakt:** st61a1@diako-online.de

Bodil Bjørnshave, Universitätskrankenhaus Skejby Sygehus, Aarhus, Dänemark. **Kontakt:** bbl@sk.sks.aaa.dk

Uwe Braamt, Jahrgang 1957, ist Krankenpfleger, Krankenpfleger für psychiatrische Pflege, Pflegedirektor, Supervisor (DGSv), Heilpraktiker (HPG) Psychotherapie, Gestalttherapeut i.A.. Er arbeitet als Pflegedirektor in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Implementierung und sinnvolle Umsetzung des Pflegeprozesses. Er hat in den letzten Jahren unterschiedliche Artikel in deutschsprachigen Pflegefachzeitschriften veröffentlicht. **Kontakt:** u.braamt@wkp-lwl.org

Manuela Brandt, Charite Berlin, Deutschland

Rolf Brunner, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Psychotherapie Tagesklinik PTK, Murtenstrasse 21, CH - 3010 Bern, Schweiz. **Kontakt:** rolf.brunner@gef.be.ch

Patrick Callaghan is Professor of Mental Health Nursing at the University of Nottingham, UK and Nottinghamshire NHS Healthcare Trust. He heads a research programme designed to enable people to recover from mental distress, leading on service evaluation, testing the effect of psychosocial, interventions on health and well being and investigating links between mental health nursing and service user outcomes. He has published numerous papers in health-related journals and presented many conference papers internationally. He co-chaired the education sub-group of the National review of Mental Health Nursing in England in 2006. **Kontakt:** Patrick.Callaghan@nottingham.ac.uk

Susanne Clemen, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus »Benjamin Franklin«, Psychiatrische Klinik, Modul Integrative Psychiatrie - Station 18B, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Deutschland. **Kontakt:** Susanne.clemen@charite.de

Christian Cohen-Brichta, geboren 1971, diplomierter Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer für Gewalt, Aggression und Deeskalationsmanagement, Ausbildung für Basales und Mittleres Pflegemanagement. Er arbeitet in der Funktion der Stationsleitungsververtretung auf 10/2, einer Akut-Psychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums, Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum. **Kontakt:** christian.cohen-brichta@wienkav.at

Klavdija Čuček Trifkovič ist Diplomkrankenschwester und Professorin für Gesundheitserziehung. Ihren beruflichen Weg begann sie in dem Klinischen Zentrum in Ljubljana als Edukatorin für Diabetes Patienten. Schon damals war sie Mentorin für die Krankenpflege Praktikanten. Nach sieben Jahren im Diabetes Ambulanten, arbeitet sie, als Lehrerin für Krankenpflege an der Krankenpflege-Hochschule an der Universität in Maribor. Sie ist Referentin auf zahlreichen Kongressen und Seminaren, Sie ist Mitglied der Pflegekammer in Slowenien, des fachlichen Verbandes der Krankenschwestern in der Endokrinologie und des Verbandes der Krankenschwestern in der Psychiatrie. **Kontakt:** klavdija.trifkovic-cucek@uni-mb.si

Michaela Scharwitzl-Adler, DGKS, Univ. Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters AKH Wien, Österreich. **Kontakt:** michaela.scharwitzl@akhwien.at

Jürg Dinkel, Jahrgang 1959, ist dipl. Psychiatriepfleger, dipl. Erwachsenenbildner und Trainer Aggressionsmanagement. Nach achtjähriger Tätigkeit als Kliniklehrer für Pflegeberufe arbeitet er seit 2003 in der Funktion als Stabsstelle Pflegeexperte Erwachsenenpsychiatrie im Schlössli, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oetwil am See CH. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Aggressionsmanagement, Pflegediagnostik und komplementäre Behandlungsangebote in der Pflege. **Kontakt:** juerg.dinkel@schloessli.ch

Marina Dockhorn, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, D-89075 Ulm, Deutschland

Bärbel Durmann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme), Deutschland. **Kontakt:** st61a1@diako-online.de

Wolfgang Egger, Diplomierter psychiatrischer Krankenpfleger, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital, Pavillon 24/3, Baumgartner Höhe 1, 1145 Wien, Österreich. **Kontakt:** wolfgang.egger@wienkav.at

Monika Eibensteiner, Pflegeberaterin, Univ. Klinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Universitätskliniken, Wien, Österreich.

Ursula Fellmann, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Psychotherapie Tagesklinik PTK, Murtenstrasse 21, CH – 3010 Bern, Schweiz.

Stephan Frei, Jahrgang 1964, ist dipl. Psychiatriepfleger, dipl. Erwachsenenbildner HF und hat eine Ausbildung in Q. Management in Spital und Heim. Nach langer Tätigkeit als Kliniklehrer für Pflegeberufe arbeitet er seit 2000 in der Funktion als Stabstelle Projekt- und Weiterbildungsverantwortlicher im Schlössli, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oetwil am See CH. Seiner derzeitigen Arbeitsschwerpunkte liegen im Projekt- Qualität- und Bildungsmanagement. Er ist Mitglied des Quality Councils der Klinik. **Kontakt:** stephan.frei@schloessli.ch

Alexandra Freimuth, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, D-89075 Ulm, Deutschland.

Jürgen Fröhlich, Jahrgang 1957, ist Krankenpfleger und Fachwirt in der Alten- und Krankenpflege (IHK), in der Evangelischen Stiftung Tannenhof Remscheid als leitender Krankenpfleger verantwortlich für zwei psychiatrische Klinikbereiche. Er ist Gründungsmitglied der Suizidkonferenz und Mitautor von Veröffentlichungen zu diesem Thema. Darüber hinaus ist er als Ideenmanager tätig und ins Qualitätsmanagement der Klinik eingebunden. **Kontakt:** juergen.froehlich@stiftung-tannenhof.de

Günter Fuchs, Jahrgang 1960, ist Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und Diplomkaufmann (FH). Als Leiter des Bereiches Integration der Evangelischen Stiftung Tannenhof in Remscheid befasst er sich u.a. mit der Weiterentwicklung rehabilitativer Konzepte für chronisch psychisch Kranke. Er ist Gründungsmitglied der Suizidkonferenz und zu dem Thema Suizidprophylaxe in der Fort- und Weiterbildung tätig. **Kontakt:** guenter.fuchs@stiftung-tannenhof.de

Eberhard Gabriel, 1939, Dr.med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Ärztekammer-Diplom für psychotherapeutische Medizin, titao.Univ.Prof. für Psychiatrie. Von 1978 bis 2004 ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien Baumgartner Höhe (des früheren Steinhof), ab 2004 des (interdisziplinären) Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe in der Gesamtanlage der ursprünglichen Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke Am Steinhof. 1994-1996 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie, jahrelang Vorsitzender, weiter Mitglied der Sektion für klinische Psychopathologie des Weltverbandes für Psychiatrie, Mitglied der Sektion für Psychopathologie der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Psychiatrie, Mitglied der Sektion für Geschichte der Psychiatrie des Weltverbandes für Psychiatrie. Von 1974 bis 2004 in der Herausgeberschaft von Psychiatria Clinica, später Psychopathology. Von 1979 (5.) bis 2003 (18.) mit der Veranstaltung der Steinhof-Symposien befasst. 1998, 2000 und 2004 zusammen mit W. Neugebauer von der Generaldirektion bzw. Teilunternehmensdirektion Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes mit der Gestaltung von Symposien zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien und der Herausgabe der Symposienberichte (Böhlau) betraut, ebenso 2004 mit der Gestaltung eines medizinischen Symposions. Gegenwärtig Arbeit an einer Geschichte der Baumgartner Höhe 1907-2007. **Kontakt:** eb.gabriel@inode.at

Vjenka Garms-Homolová, IGK e.V., Spessarstr. 12/IV, D-14197, Deutschland. **Kontakt:** igkloftneu@aol.com

Urs Gasser, Jugendpsychiatrie, Klinik Littenheide, Schweiz. **Kontakt:** u.gasser@littenheid.ch

Cornelia Gianni ist Fachschwester für Psychiatrie und im 6. Semester Studentin der Universität Cardiff/Wales des Masterstudiengangs der Pflegewissenschaft. Sie bekleidet eine Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am Bezirkskrankenhaus Haar/ München. Die derzeitigen Schwerpunkte ihrer Tätigkeit sind Pflegestandard- und Leitlinienentwicklung und Pflegediagnostik. Die Beratung Pflegenden bei der Umsetzung wissenschaftlich gestützter Pflege ist ebenso ein Aufgabengebiet. **Kontakt:** gianni@krankenhaus-haar.de

Frank Godejohann, geb. 1960, Bielefeld. Diplom. Sozialarbeiter, Krankenpfleger, Fachpfleger für Nephrologie und Transplantationsmedizin, Fortbildung zur Stationsleitung. Arbeitsbereiche Dialyse und Intensivmedizin. Seit 1994 im Psychosozialen Dienst in der Psychiatrischen Klinik im EvKB tätig (Tagesklinik

und Akutpsychiatrische Klinik). Fortbildung Integrative Sozialtherapie. Mitarbeiter des Krisendienstes der Stadt Bielefeld.

Gabriele Grägel, Psychiatrische Dienste Thurgau, Stv. Pflegeleitung, Station C1, Postfach 154, 8596 Münsterlingen, Schweiz.

Heimo Gross, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, arbeitet am Pav.2 der Abteilung für spezielle psychiatrische Rehabilitation.

Edith Gruber, Jahrgang 1964, ist Diplomierete Gesundheits- und Krankenschwester, leitet seit 1990 eine Station mit Schwerpunkt affektive Störungen im Zentrum für seelische Gesundheit am Landkrankenhaus Klagenfurt. **Kontakt:** edith.gruber@lkh-klu.at

Günter Weitzel, Mediator, Sozialpsychiatrisches Zentrum Spittal / pro mente kaernten, Villacher Straße 66, 9800 Spittal an der Drau / Kaernten, Österreich. **Kontakt:** guenter.weitzel@promente-kaernten.at

Karin Gutiérrez-Lobos ist Univ. Professorin für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Wien und Psychotherapeutin. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der forensischen Psychiatrie, der Sozialpsychiatrie und geschlechtsspezifischer Fragestellungen in der Psychiatrie und hat zu den Themen zahlreiche wissenschaftliche Publikationen veröffentlicht. **Kontakt:** karin.gutierrez-lobos@meduniwien.ac.at

Sabine Hahn, Pflegewissenschaftlerin MNSc, Dipl. Pflegeexpertin HöFA II, RN, Berner Fachhochschule, Departement Wirtschaft und Verwaltung, Gesundheit, Soziale Arbeit (WGS), Fachbereich Gesundheit, Angewandte Forschung, Bern. **Kontakt:** sabine.hahn@bfh.ch

Ursula Hamann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme), Deutschland. **Kontakt:** st61a1@diako-online.de

Virpi Hantikainen, Pflegewissenschaftlerin, PhD, MNSc, RN, Bereichsleiterin Pflegeentwicklung und Forschung DPMIT, Inselspital Bern, Bern; **Kontakt:** virpi.hantikainen@insel.ch

Katja Henning, DGKS, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Psychiatrische Station 05B – Verhaltenstherapie. **Kontakt:** katja.henning@akhwien.at

Giel Hutschemakers, De Gelderse Roos Wolfheze, Niederlande.

Christiane Hornstein, Jahrgang 1947, ist Fachärztin für Psychiatrie, Funktionsbereichsleiterin und Leiterin des Mutter-Kind-Projektes der Abteilung Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch. **Kontakt:** christiane.hornstein@pzn-wiesloch.de

Lorenz Imhof, PhD, RN, Geschäftsführer Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP, und Leiter Forschung und Entwicklung Pflege, Institut für Pflege, Zürcher Hochschule Winterthur, Winterthur, Schweiz. **Kontakt:** iml@zhwin.ch

Wim Janssen, Jahrgang 1960, ist Pfleger und Pflegewissenschaftler im GGNet, einer mittelgroßen psychiatrischen Klinik in Warnsveld bei Zutphen. Schwerpunkt seiner Tätigkeiten sind Studien von aggressiven- und freiheitseinschränkenden Interventionen in der Psychiatrie. Er ist der erste Autor von mehreren Artikeln über Isolationen in der Psychiatrie. **Kontakt:** wim.janssen@ggnet.nl

Hans Jerratsch, geb. 1961, Bielefeld. Diplom-Pflegewirt (FH), Physiotherapeut, Krankenpfleger. Seit 1983 in unterschiedlichen Funktionen in verschiedenen psychiatrischen Kliniken tätig, z.Zt. leitender Abteilungspfleger Allgemeine Psychiatrie I des EvKB.

Frank Jourdan, Jahrgang 1971, ist Krankenpfleger. Seit 2002 pflegerischer Stationsleiter der Station 43 (Mutter-Kind-Projekt), Abteilung Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie I im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch. **Kontakt:** frank.jourdan@pzn-wiesloch.de

Barbara Kaeser, Psychiatrische Dienste Thurgau, Stv. Pflegeleitung, Station C1, Postfach 154, 8596 Münsterlingen, Schweiz. **Kontakt:** barbara.kaeser@stgag.ch

Franz Karl, Jahrgang 1960, ist Psychiatrie- und Allgemeinpfleger und leitet die akut psychiatrische Station am Landesklinikum Waidhofen/Thaya. Seine derzeitigen Schwerpunkte sind Mutter-Kind-Betreuung im Akutbereich.

Thomas Kirpal, Jahrgang 1964, ist Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Interner Prozessbegleiter und Pflegewissenschaftler (MSc). Er arbeitet am Bezirkskrankenhaus Bayreuth als Stationsleitung der allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik für Erwachsene. Darüber hinaus leitet er die den pflegerischen Qualitätszirkel und ist in der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) tätig. Bisher hat er drei Artikel in der Psych. Pflege Heute zu unterschiedlichen Themen veröffentlicht. **Kontakt:** thomas.kirpal@email.de

Gottfried Klopff ist Stationspfleger Forensikabteilung B 7, gespag Nervenklinik Linz.

Jana Kocourková, klinische Psychologin und Psychoanalytikerin, Dozentin der Karls- Universität in Prag, interessiert sich für Psychoanalyse, Psychotherapie, Suizidalität und Essstörungen. **Kontakt:** jana.kocourkova@lfmotol.cuni.cz

Jiří Koutek, Kinder- und Jugendpsychiater, arbeitet in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Karls-Universität in Prag, interessiert sich für Psychotherapie, Suizidalität, Depressionen und Essstörungen. **Kontakt:** jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

Friederike Kral, OSr., Univ. Klinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Universitätskliniken, Wien, Österreich. **Kontakt:** friederike.kral@akhwien.at

Stefan Kunz, psychiatrischer Pflegefachmann, Leiter der Forschungsabteilung der Hochschule für Gesundheit, Freiburg, Schweiz. **Kontakt:** stefan.kunz@hefr.ch

Katrin Lange, F.O.K.U.S., Vegesacker Str. 174, 28219 Bremen. **Kontakt:** www.fokus-fortbildung.de

Nicola Lange, Stühmthwiete 27a, 22175 Hamburg, Deutschland. **Kontakt:** Ringel23@aol.com

Thomas Lange, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg, Deutschland **Kontakt:** st61a1@diako-online.de

Kirsten Laufhütte, Jahrgang 1956, ist Altenpflegerin, sie arbeitet im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, auf einer Gerontopsychiatrischen Station mit dem Schwerpunkt Psychosen. Sie koordiniert das interdisziplinäre Beratersteam der Psychiatrischen Klinik. **Kontakt:** Koord-BT@evkb.de

Sophie Ledebur, geb. 1971, dipl. Krankenschwester, Historikerin. Veröffentlichungen in: »In der Versorgung«. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum »Am Wienerwald« (Wien 2005); Im Dienste der Volksgesundheit. Frauen. Gesundheitswesen. Nationalsozialismus (Wien 2006). Arbeitet zur Zeit an einer Dissertation zur Geschichte des Wiener psychiatrischen Krankenhauses »Am Steinhof«. Stipendiatin 2006 des Wiener Krankenanstaltenverbundes. **Kontakt:** sophieledebaur@tele2.at

Bert Lendemeijer, GGNet, Warnsveld, Niederlande.

Sibylle Linke, Krankenschwester seit 1993, Praxisanleiterin, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, stellv. Stationsleitung - Modul Integrative Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Deutschland. **Kontakt:** sibylle.linke@charite.de

Michael Löhr, Jahrgang 1974, ist Fachkrankenpfleger für Suchterkrankungen und EFQM Assessor. Er studiert zur Zeit berufsbegleitend an der Fachhochschule Osnabrück Pflege- und Gesundheitsmanagement. Er arbeitet in der Westfälischen Klinik Gütersloh als Stabstelle der Pflegedirektion und betreut unter anderem die Implementierungen der Nationalen Expertenstandards in der Pflege. Des weitern ist er Nebenberuflich als Dozent tätig. **Kontakt:** m.loehr@wkp-lwl.org

Marion Lorenz, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Abteilung für Drogenkranke, Drogenambulanz, Baumgartner - Höhe 1, 1140 Wien, Österreich. **Kontakt:** marion.lorenz@wienkav.at

Regula Lüthi, Jahrgang 1958, ist Psychiatriepflegefachfrau und Pflegeexpertin sowie Absolventin des Masters of Public Health. Sie ist Pflegedirektorin der Psychiatrischen Dienste Thurgau. Ihre fachlichen Schwerpunkte umfassen die psychiatrische Pflege ausserhalb psychiatrischer Institutionen, die psychische Gesundheit der Bevölkerung, die Anliegen der Betroffenen und Angehörigen sowie bildungspolitische Fragestellungen der psychiatrischen Pflege. **Kontakt:** regula.luethi@stgag.ch

Rita Lutz, Bezirkskrankenhaus Augsburg, Dr.-Mack-Straße 1, D-86156 Augsburg, Deutschland. **Kontakt:** rita.lutz@bkh-augsburg.de

Nicola Maier, Dipl. psychiatrische Krankenschwester an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 1090 Wien, Österreich. **Kontakt:** nicola.maier@akhwien.at

Werner Märki, Pflegefachmann, Klinik Hard, Embrach, Schweiz.

Werner Mayr, Klinikum Heidenheim; Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Station 41. **Kontakt:** wernermayr@gmx.de

Regina Ketelsen ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Therapeutin für Dialektisch Behaviorale Therapie, Familientherapeutin. Seit 1995 Oberärztin in der allgemeinpsychiatrischen Abteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld. Dissertationsthema: »Prävalenz und Prädiktoren fremdaggressiven Verhaltens bei hospitalisierten psychisch Kranken«.

Ruth Meer, Jahrgang 1957, ist dipl. Pflegefachfrau für Psychiatrische Pflege, Pflegeexpertin und Pflegewissenschaftlerin (MNSc) und Dozentin für Pflege. Sie arbeitet an der Hochschule für Gesundheit Freiburg / CH im Zentrum für Forschung und Dienstleistung als Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin und am Weiterbildungszentrum Gesundheitsberufe WEg in Aarau als Programmleiterin und Dozentin. Ihre Schwerpunkte sind Bezugspflege, Pflegediagnostischer Prozess, Psychiatrische Pflegeinterventionen, Patientenedukation, Pflege von Patienten mit chronischen Krankheiten. **Kontakt:** ruth.meerluth@hefr.ch oder r.meer@gmx.ch

Ulrich Mönkediek, Jahrgang 1957 Sein Arbeitsauftrag umfasst die pflegerische Leitung einer sektorierten akutenpsychiatrischen Station, auf der viele Patienten mit Schizophrenien aufgenommen werden. Im Hinblick auf die Arbeit mit Behandlungsvereinbarung hat er im Laufe der Jahre eine hohe fachliche Expertise erlangt. In einem aktuellen Arbeitsschwerpunkt beschäftigt er sich mit Aufnahmesteuerung durch Pflege. **Kontakt:** A3StLtg@evkb.de

I. Mörtl, Univ. Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters AKH Wien, Österreich.

Helena Muslimovic, Pflegefachfrau, Bosnien.

Ian Needham, Jahrgang 1953, ist Psychiatriepfleger und promovierter Pflegewissenschaftler. Er leitet das Forschungszentrum an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen. Seine derzeitigen Schwerpunkte sind Aggression in der Pflege, Pflegediagnostik und soziologische Fragestellungen der Psychiatriepflege. Er ist Erstautor mehrerer Artikel über Aggression in der Psychiatrie und Mitautor vom »Lehrbuch Psychiatrische Pflege«. **Kontakt:** needham@bluewin.ch

Eric Noorthoorn, Mediant, Enschede, Niederlande.

Silvia Neufeld, Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin, Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialpsychiatrische Tagesklinik, Nussbaumallee 38, 14050 Berlin, Deutschland.

Nico Oud, Jahrgang 1950, ist Psychiatriepfleger und allgemeiner Krankenpfleger. Daneben ist er diplomierter Pflegemanager, Pflegewissenschaftler und Doktorand in der Pflegewissenschaft. Als selbständiger Unternehmer als Pfleger leitet er einerseits: (1) zusammen mit einem Partner »CONNECTING« (Aggressions- und Sicherheitsmanagement) und (2) »Oud Consultancy« (Organisation von nationalen und internationalen Kongressen). Sein Schwerpunkt sind Ausbildung, Training und Forschung von Aggression und Gewalt in Gesundheitswesen sowie Pflegediagnostik. **Kontakt:** nico.oud@freeler.nl

Peter Malina, Jahrgang 1941, PhD, ist Zeithistoriker und hat bis 2004 am Institut für Zeitgeschichte der Universität Wien die dort eingerichtete Spezialbibliothek geleitet. Seine Tätigkeits- und Publikationsschwerpunkte ist: »Erziehung«. Zuletzt hat er gemeinsam mit Gerhard Fürstler eine Untersuchung der Nachkriegsprozesse gegen Angehörige des Krankenpflegepersonals in Österreich nach 1945 (»Ich tat nur meinen Dienst«. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit. 2004, Facultas Wien) publiziert. **Kontakt:** peter.malina@univie.ac.at

Valeska Vitt-Mugg, Jahrgang 1974, Dr. phil. ist Pädagogin und promovierte Erziehungswissenschaftlerin. Sie arbeitet in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich sexueller Delinquenz. Neben einer Buchveröffentlichung zu diesem Themenfeld, ist sie Verfasserin zweier Beiträge über Aggression im Rahmen einer Enzyklopädie zu Mord und Gewaltverbrechen. **Kontakt:** station3d@zi-mannheim.de

Grit Pilsecker, Klinikum Stadt Hanau, Klinik für Psychiatrie Et Psychotherapie, Leimenstrasse 20, 63450 Hanau, Deutschland.

Corinna Piontkowski, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, D-89075 Ulm, Deutschland

Romed Plattner, Leitender Stationspfleger, Therapie u. Gesundheitszentrum Mutters, Nockhofweg 23, A-6162 Mutters, Österreich. **Kontakt:** Romed.plattner@tilak.at

Wolfgang Pohlmann, geb. 1957, Bielefeld. Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Fortbildung zur Stationsleitung 1994. Seit 1977 in psychiatrischen Akut- und Langzeitbereichen tätig, seit 1998 als Stationsleitung in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie I des EvKB. **Kontakt:** A2StLtg@evkb.de

Andrea Präger, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Abteilung für Drogenkranke, Drogenambulanz, Baumgartner – Höhe 1, 1140 Wien, Österreich.

Bernhard Prankel, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg gGmbH, Verdener Str. 200, D-27356 Rotenburg (Wümme), Deutschland.; **Kontakt:** st61a1@diako-online.de

Sibylle Prins, geb. 1959, Vorstandsmitglied Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V. (Betroffenenorganisation). Sie ist Buchautorin und seit 1991 aktiv in der Psychiatrie-Selbsthilfe und im so genannten »Trialog« u.a. mit Tagungsbeiträgen und Artikeln in Fachzeitschriften; Redaktionsmitglied der »Sozialpsychiatrischen Informationen«. **Kontakt:** sprins@t-online; www.vpe-bielefeld.de; www.psychiatrie-bielefeld.de

Margret Puppa ist Pflegemanagerin und als stellv. Pflegedirektorin am Diakoniekrankenhaus Rotenburg / Wümme gGmbH tätig. Außerdem ist sie Fachkraft für Arbeitssicherheit laut Arbeitssicherheitsgesetz. Neben den gesetzlichen Erfordernissen sind die Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf ihr besonderer Schwerpunkt. **Kontakt:** Mpuppa@diako-online.de

Franziska Rabenschlag, Jahrgang 1961, hat langjährige Erfahrung als Psychiatriepflegende im Akutbereich und in der Sozialpsychiatrie mit jungen Menschen. Sie studierte Gesundheits- und Pflegewissenschaften (dipl. Gesundheits- und Pflegeexpertin FH) und Public Health (MPH). Sie unterrichtet zurzeit an der Hochschule für Gesundheit, Freiburg (CH) und ist in Forschungsprojekten involviert. Ihre Schwerpunkte sind Public Health und psychische Gesundheit. **Kontakt:** franzika.rabenschlag@hefr.ch

Manuela Rasi ist freiberufliche diplomierte Psychiatriepflegefachfrau und verfügt über jahrzehntelange Berufserfahrung in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie. Sie ist Mitglied der Interessengruppe Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung – IG-geps, www.gemeindepsychiatrie.net. **Kontakt:** info@gemeindepsychiatrie.net

Elvira Rave, Jahrgang 1956, ist Diplom Sozialpädagogin. Seit 2000 klinische und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Mutter-Kind-Projekt der Abteilung Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie I im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch. **Kontakt:** elvira.rave@pzn-wiesloch.de

Beatrice Regazzoni ist freiberufliche diplomierte Psychiatriepflegefachfrau und verfügt über jahrzehntelange Berufserfahrung in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie. Sie ist Mitglied der Interessengruppe Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung – IG-geps, www.gemeindepsychiatrie.net. **Kontakt:** info@gemeindepsychiatrie.net

Rudolf Reif, Pflegedienstleiter, Klinik Rheinau, Schweiz.

Ruth Reiterer, diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester, ist ganzjährige Stationsvertretung am Pavillon 2 der Abteilung für spezielle psychiatrische Rehabilitation.

Chloé Renard hat an der Fachhochschule Fulda Pflege und Gesundheit studiert und im Rahmen ihres Praxissemesters mit dem Gruppenprofil der Klinik beschäftigt. Mittlerweile hat sie eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester abgeschlossen.

Dirk Richter, Jahrgang 1962, Dr. phil., nach Berufstätigkeit in der psychiatrischen Pflege und Soziologiestudium gegenwärtig Qualitätsbeauftragter in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster, Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Münster. Er ist Autor zahlreicher Publikationen zum Thema Aggression in der Psychiatrie.

Marie-Louise Roches ist freiberufliche diplomierte Psychiatriepflegefachfrau und verfügt über jahrzehntelange Berufserfahrung in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie. Sie ist Mitglied der Interessengruppe Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung – IG-geps, www.gemeindepsychiatrie.net. **Kontakt:** info@gemeindepsychiatrie.net

Magdalena Rösch, Krankenschwester, Lehrkraft für Pflegeberufe, kommissarische Schulleitung an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Deutschland. **Kontakt:** magdalena.roesch@charite.de

Jeannette Rothe, Jahrgang 1971; seit 1992 in der Psychiatrie tätig, Fachschwester für Psychiatrie; Stationsleitung; z.Zt. Ausbildung zur Führungskraft im Gesundheits- und Sozialwesen. **Kontakt:** jeannetterothe@web.de

Diakon Rüdiger Noelle, Jahrgang 1962, ist Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und Industriekaufmann. Er studiert Pflegemanagement an der Hamburger Fernhochschule. Sein Arbeitsauftrag umfasst die pflegerische Leitung der gerontopsychiatrischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses in Bielefeld. Inhaltlich beschäftigt er sich mit der Darstellung pflegerischer Leistungen sowie der pflegerischen Versorgung von Demenzerkrankten in den unterschiedlichen Versorgungssettings. **Kontakt:** Ruediger.Noelle@evkb.de

Gerhard Russ, Ergotherapeut an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 1090 Wien, Österreich. **Kontakt:** gerhard.russ@meduniwien.ac.at

Ursula Rutow-Turski, Jahrgang 1954, ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Sie arbeitet als Stationsleitung an der psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen auf einer Station für schizophrene Patienten, und ist für die Angehörigenarbeit im Kreis Tübingen zuständig.

Stefanie Sailer, diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester, arbeitet am Pav. 2 der Abteilung für spezielle psychiatrische Rehabilitation.

Margit Salem, Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin, Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialpsychiatrische Tagesklinik, Nussbaumallee 38, 14050 Berlin, Deutschland. **Kontakt:** margit.salem@charite.de

Thomas Schillen, Priv.-Doz. Dr. med. Dipl. Phys, Klinikum Stadt Hanau, Klinik für Psychiatrie Et Psychotherapie, Leimenstrasse 20, 63450 Hanau, Deutschland.

Cornelia Schindler, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Hauptstrasse 5, D-79104 Freiburg, Deutschland. **Kontakt:** cornelia.schindler@uniklinik-freiburg.de

Martin Schmid, Jahrgang 1959, ist dipl. Psychiatriepfleger, Pflegeexperte HöFa II und Trainer Aggressionsmanagement. Nach langer Tätigkeit im spitalinternen und -externen Bereich sowie an einer Krankenpflegeschule, arbeitet er seit 2003 als Pflegeexperte in der Alterspsychiatrie der Klinik Schöllli. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind Aggressionsmanagement, gerontologische und psychiatriebezogene Themen sowie der Pflegeprozess. **Kontakt:** Martin.Schmid@schloessli.ch

Britta Schneider ist Projektmanagerin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Diakoniekrankenhaus Rotenburg / Wümme gGmbH. **Kontakt:** Psychiatrie@diako-online.de

Andrea Schoch ist freiberufliche diplomierte Psychiatriepflegefachfrau und verfügt über jahrzehntelange Berufserfahrung in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie. Sie ist Mitglied der Interessengruppe Gemeindepsychiatrie Winterthur und Umgebung – IG-geps, www.gemeindepsychiatrie.net. **Kontakt:** info@gemeindepsychiatrie.net

Wolfgang Schrenk, Jahrgang 1963, ist leitender Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger am Otto Wagner-Spital in Wien. Neben seiner Berufstätigkeit absolviert er ein Studium der Pflegewissenschaft und der Psychologie an der Universität Wien. Zusätzlich ist er als Trainer für Aggressions- Gewalt und Deeskalationsmanagement für den Wiener Krankenanstaltenverbund tätig, in diesem Themenbereich findet sich auch sein Interessens- und Forschungsschwerpunkt. **Kontakt:** wolfgang.schrenk@wienkav.at

Ingrid Schulz, geb. 1965, ist FÄ. für Psychiatrie, systemische Familientherapeutin und Marte meo – Therapeutin. Sie leitet die gerontologische Aufnahmestation der 5. Psychiatrischen Abteilung und ist in freier Praxis tätig. **Kontakt:** ingrid.schulz@wienkav.at

Michael Schulz, Jahrgang 1969, ist Psychiatriepfleger und promovierter Pflegewissenschaftler. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel vertritt er den Bereich psychiatrische Pflegeforschung. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind die Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege sowie Adherenceforschung. Internetseite: <http://www.psychiatrie-forschung-bethel.de/mitarbeiter/schulzdt.html>. **Kontakt:** Michael.Schulz@evkb.de

Aline Schuwey, Jahrgang 1963, ist Pflegefachfrau in psychiatrischer Pflege und Bereichsleiterin für Erwachsenenpsychiatrie in der kantonalen psychiatrischen Klinik von Fribourg. Sie ist Trainerin in Aggressionsmanagement und unterrichtet ebenfalls in anderen Kliniken und an der Fachhochschule für Gesundheit von Fribourg. Sie ist Erstautorin eines Artikels über Aggression in der kantonalen psychiatrischen Klinik von Fribourg. **Kontakt:** SchuweyA@fr.ch

Jasmina Simic, Stat. Sr., Univ. Klinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus, Universitätskliniken, Wien, Österreich.

E. Sonnleithner, Univ. Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters AKH Wien, Österreich.

Karl-Heinz Sporleder, Klinik für forensische Psychiatrie, 35114 Haina / Kloster, Hoher Lohrweg 10/11, Deutschland. **Kontakt:** Karl-Heinz.Sporleder@Psych-Haina.de

Rosmarie Sprenger, Pflegewissenschaftlerin, MNSc, RN, Pflegeexpertin, Kantonale psychiatrische Klinik Wil, Wil; **Kontakt:** rosmarie.sprenger@gd-kpdw.sg.ch

Tamara Stadler, Psychiatrische Klinik Oberwil, Station G3, CH-6317 Oberwil/ZG, Schweiz. **Kontakt:** tamara.stadler@pkob.ch

Andrea Staude, Jahrgang 1973, ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie, sie arbeitet im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, im Bereich Abhängigkeitserkrankungen, auf einer Entgiftungsstation für illegale Drogen. Sie koordiniert das interdisziplinäre Beraterteam der Psychiatrischen Klinik. **Kontakt:** Koord-BT@evkb.de

Claus Staudter, Jahrgang 1957, ist Fachpfleger für Psychiatrie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie. Arbeits- und Vortragsschwerpunkte ADHS, Krisenbewältigung in eskalierten Situationen, erstellen eines Manuals über Anti-Gewalt-Training mit antisozialen, psychiatrisch komorbiden Jugendlichen. Er ist als PDL zuständig für die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. **Kontakt:** Claus.Staudter@zi-mannheim.de

Harald Stefan, MSc., Jahrgang 1962 ist diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer für Aggression-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement. Derzeit Oberpfleger einer allgemein psychiatrischen Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien. Erstautor mehrerer Artikel über Pflegeprozess und Pflegediagnostik und Erstautor der Lehrbücher »Praxishandbuch Pflegeprozess« und »Praxis der Pflegediagnosen« **Kontakt:** harald.stefan@wienkav.at; Tel.: 0043/1/91060/11406

Ilse Stefan, geboren 1962, diplomierte Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester. Sie arbeitet im Sozialmedizinischen Zentrum, Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum in der Funktion der Oberschwester für die Abteilung für spezielle Rehabilitation und Interne Abteilung. Sie absolvierte 2004 die Ausbildung zur Trainerin für Gewalt, Aggression und Deeskalationsmanagement. **Kontakt:** ilse.stefan@wienkav.at

Petra Steffen, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, D-89075 Ulm, Deutschland

Petra Taferner, Universitätsklinik für Psychiatrie, AKH; Währingergürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich. **Kontakt:** taferner67@gmx.at

Katharina Theuermann, Pflegewissenschaftlerin, derzeit in Ausbildung zur diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegerin am psychiatrischen Krankenhaus Otto-Wagner-Spital, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dissertantin an der Univ.Klinik für Psychiatrie am AKH Wien. **Kontakt:** katharina.theuermann@wienkav.at

Michael Theune, Ambulante psychiatrische Pflege am Klinikum Weißenhof, Deutschland.

Rita Thill, Charite Berlin, Station SE 05, Psychiatrische Abteilung der Charite, Eschenallee 3,14050 Berlin, Deutschland. **Kontakt:** rita.thill@charite.de

Marga Thome, Professorin, Faculty of Nursing, University of Iceland, Eiriberg, Eiriksgata 34, 101 Reykjavik, Iceland. **Kontakt:** marga@hi.is

Stephen Tilley ist psychiatrischer Krankenpfleger und hat zum Thema Berichten von Patienten und Pflegenden über ihre Gespräche auf einer Aufnahmestation promoviert. Er arbeitet an der Abteilung für Pflegewissenschaft der Universität von Edinburgh als hauptamtlicher Dozent und postgraduierter Direktor der Gesundheitsschule in den Sozialwissenschaften. Stephen ist Gründungsmitglied vom Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing und seine derzeitigen Forschungsaktivitäten beinhalten eine Untersuchung zum Thema »Was ist die Geschichte der »Genesung« in Edinburgh?« und die Koordination einer internationalen Forschungskooperative zum Thema »Genesung«.

Ingo Tschinke, Jahrgang 1962, ist Fachpfleger in der Psychiatrie, Diplom Pflegewirt (FH) und absolviert momentan an der University of Southern Queensland den Master of Nursing. Er ist im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege tätig und ist Qualitätsbeauftragter einer psychiatrischen Fachklinik. Sein Schwerpunkt sind die ambulante psychiatrische Pflege und die Umsetzung und Darstellung von Qualität in der professionellen psychiatrischen Pflege. **Kontakt:** qm.bremen@ameos.de

Rick Tucker ist Psychiatriepfleger und arbeitete während 12 Jahren in der Hochsicherheitspsychiatrie als Pfleger und Manager. 1998 verließ er die Nationale Gesundheitsbehörde und arbeitete in selbständiger Tätigkeit als Berater, Dozent und Trainer in seinem Spezialgebiet der forensischen Psychiatrie und in der Supervision. Während dieser Zeit wurde er beauftragt das Patientenbeschwerdemanagement am Ashworth-Krankenhaus neu zu strukturieren. Gleichzeitig war er hauptamtlicher Dozent für Change Management an der Universität von Westminster. Seit 2005 ist er Leiter des Departements für Sicherheitsmanagement für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Lernbehinderungen des Nationalen Gesundheitssystems und beschäftigt sich, auch als Mitglied der NICE Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Richtlinien, mit Sicherheitsfragen in Verbindung mit Aggression im Gesundheitswesen. **Kontakt:** Rick.Tucker@cfsms.nhs.uk

Jörg Utschakowski, FOKUS, Bremen, Deutschland **Kontakt:** wap@initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de

Janina Vitt, Jahrgang 1977, ist Diplom Sportwissenschaftlerin und studierte an der Deutschen Sporthochschule Sportwissenschaften mit dem Schwerpunkt Rehabilitations- und Behindertensport. Bisherige Forschungen bezogen sich auf Evaluation therapeutischer Maßnahmen im Bereich der Kinderrehabilitation. Seit 2003 arbeitet sie als Sporttherapeutin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit. **Kontakt:** physioth@zi-mannheim.de

Wim de Vries, De Gelderse Roos, Wolfheze, Niederlande.

Ulrich von dem Berge, Jahrgang 1957, ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie, sowie Diplom-Pflegewirt (FH). Er leitet die Abteilung für Suchterkrankungen am Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried, ferner ist er als Pflegeexperte für die Weiterentwicklung der Pflege verantwortlich und als Bildungsreferent an der »akademie südwest« tätig. Er wurde von der Bundesvereinigung leitender Pflegekräfte in der Psychiatrie e.V. (BFLK) in den Landespflegegrad Baden-Württemberg delegiert. **Kontakt:** ulrich.vdberge@zfp-bad-schussenried.de

H. Vornwagner, Nervenlinik Wagner Jauregg Linz, Jugendpsychiatrie J201, Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz, Österreich.

Michael Waibel, Klinikum Heidenheim; Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Station 41. **Kontakt:** micwaibel1@aol.com

Gernot Walter, Jahrgang 1965, ist Psychiatriepfleger und Diplompflegewirt (FH). Er arbeitet als Pflegeexperte Psychiatrie am Klinikum Stadt Hanau. Seine derzeitigen Schwerpunkte sind Aggression in der Psychiatrie, Pflegediagnostik und ambulante psychiatrische Pflege. Er ist Autor & Übersetzer verschiedener Fachartikel und Mitglied im Editorial Board des Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing und Mitbegründer des Netzwerks psychiatrische Pflegewissenschaft. **Kontakt:** mail@gernotwalter.de

Lars Weigle, geb. 1966, Bielefeld. Dr.med., Facharzt für Neurologie, Gesprächspsychotherapie. Seit 1992 in psychiatrischen und neurologischen Kliniken tätig, seit 2000 Funktionsoberarzt in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie I im EvKB. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Deutschland.

B. Willecke, Univ. Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters AKH Wien, Österreich.

Peter Wodicka, Jahrgang 1964, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- u. Krankenpfleger, ist in leitender Position als Stationspfleger auf einer akuppsychiatrischen Station im Otto Wagner-Spital in Wien tätig. Als Manager zur Deeskalation von Aggressionen und Gewalt unterrichtet er derzeit in verschiedenen Krankenpflegeschulen und Spitälern Österreichs. **Kontakt:** Peter.Wodicka@wienkav.at oder japa@aon.at

Christoph Wöger, Nervenlinik Wagner Jauregg Linz, Jugendpsychiatrie J201, Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz, Österreich. **Kontakt:** J201.wj@gespag.at

Stephan Wolff, Jg. 1960, 1988 Krankenpflegexamen. 1988-1992, Ausbildung, Supervision und Selbsterfahrung in Transaktionsanalyse. 2000 Abschluss zum Fachkrankenpfleger Psychiatrie, Uni-Klinik Frankfurt am Main. Seit 1988 Dozent für psychiatrische Pflege und Psychiatrie an Kranken- und Altenpflegeschulen. Zurzeit im Pflegestudium an der Fachhochschule Frankfurt am Main. 2003 Ausbildung zum Trainer Aggressionsmanagement. Er arbeitet seit 1988 am Klinikum Stadt Hanau in der ambulanten psychiatrischen Pflege und seit 1999 zusätzlich in einer Stabsstelle der Pflegedienstleitung als Pflegeexperte Psychiatrie. Zu seinen Aufgaben in der Stabsstelle gehören: Beratung von einzelnen Mitarbeitern, Mitarbeitergruppen und Führungskräften, Innerbetriebliche Fortbildung, Projektmanagement sowie die Sichtung und Vermittlung von pflegerelevanten Forschungsergebnissen. Besondere Interessen: Ambulante psychiatrische Pflege, Angehörigenarbeit, Pflegeprozess und Pflegeklassifikationen, Beziehungspflege, Aggressionsmanagement, Chaos-Theorie und ihre Beziehungen zur psychiatrischen Pflege, Gerontopsychiatrische Pflege. **Kontakt:** mail@stephanwolff.de

Andrea Zielke-Nadkarni, Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege, Leonardo Campus 8, 48149 Münster, Deutschland. **Kontakt:** zielke-nadkarni@web.de oder zielke-nadkarni@fh-muenster.de