



Ansichts-
Exemplar
Unkorrigierte
Leseprobe

Jahrgang 1 / Heft 1 / 2016

Geschäftsführender Herausgeber

Michael Schulz

Herausgeber

Sabine Hahn
Bruno Hemkendreis
Michael Löhr
Dorothea Sauter
Gianfranco Zuaboni

Psychiatrische Pflege



Verein Ambulante Psychiatrische Pflege



Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege



Psychiatrische Pflege

1. Jahrgang / Heft 1 / 2016

Themenschwerpunkt

Einfluss nehmen

Herausgeber



Geschäftsführender Herausgeber	Prof. Dr. Michael Schulz
Herausgeber/innen	Prof. Dr. Sabine Hahn Bruno Hemkendreis Prof. Dr. Michael Löhr Dorothea Sauter Gianfranco Zuaboni
Copy Editing und Koordinaton	Fabian Bammatter,
Verlag	Verlag Hogrefe AG, Länggass-Strasse 76, Postfach, CH-3000 Bern 9, Tel. +41 (0) 31 300 45 00, zeitschriften@hogrefe.ch, www.hogrefe.ch
Herstellung	Florian Schneider, Tel. +41 (0) 31 300 45 61, florian.schneider@hogrefe.ch
Anzeigenleitung	Josef Nietlispach, Tel. +41 (0) 31 300 45 69, inserate@hogrefe.ch
Abonnemente	Marialuisa Kanz, Tel. +41 (0) 31 300 45 74, zeitschriften@hogrefe.ch
Satz	punktgenau GmbH, Bühl, Deutschland
Druck	Kraft Druck, Ettlingen, Deutschland
Abonnementspreise	Institute: € 198.– / CHF 260.– Private: € 98.– / CHF 130.– Lernende: € 48.– / CHF 65.–

plus Porto- und Versandgebühren:

Erscheinungsweise	6 Hefte jährlich (= 1 Band) © 2016 Hogrefe AG, Bern ISSN-L 2297-6965 ISSN 2297-6965 (Print) ISSN 2297-6973 (online)
--------------------------	---

Die Psychiatrische Pflege ist das offizielle Verbandsorgan der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege DFPP
Die Psychiatrische Pflege ist das offizielle Mitgliederorgan des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP

Inhalt

Editorial	Liebe Leserinnen und Leser <i>Michael Schulz</i>
Brunos Universum	Wer nicht fragt bleibt ... <i>Bruno Hemkendreis</i>
Schwerpunkt	<p>Einflussnahme in der psychiatrischen Versorgung: Wünsche aus Betroffenen-Perspektive <i>Elke Prestin</i></p> <p>Adherence: Langfristiges Krankheitsmanagement durch Zusammenarbeit positiv beeinflussen <i>Michael Schulz</i></p> <p>Leadership Modelle in der psychiatrischen Pflege <i>Regula Lüthi, Heinz Rüegger</i></p> <p>«Wenn schon Psychiatrie, dann wenigsten Arzt» – Personalausstattung in der psychiatrischen Versorgung <i>André Nienaber</i></p> <p>Mitgestalten in Forschung, Lehre und Weiterbildung durch Einbezug der Betroffenenperspektive <i>Caroline Gurtner, Sabine Hahn</i></p>
Freier Beitrag	<p>Berufliche Selbstverwaltung für Pflegende <i>Frank Vilsmeier</i></p> <p>Pharmaindustrie und faire Werbung <i>Michael Schulz</i></p> <p>Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege <i>Dorothea Sauter, Jacqueline Rixe</i></p>
Kamingespräch	«Raising Hope» – Sabine Hahn im Gespräch mit Mareike Politz zum Thema Hoffnung auf Genesung <i>Sabine Hahn</i>
Themen/Meldungen	<p>Meldungen <i>Regine Groß</i></p> <p>Termine/Medien</p>
Kunstprojekt	Variation über ein Gesicht <i>Michael Schulz</i>

Yesterday

Gastfreundschaft als Pflegekonzept in der APP
Günter Meyer

Werkzeuge

Das Recovery-Handbuch «Das Leben wieder in den Griff bekommen»
Gianfranco Zuaboni

Verbandsseiten

Verbandsseiten DFPP

Verbandsseiten VAPP

Liebe Leserinnen und Leser

Eine neue Zeitung ist wie ein neues Leben. Als wir im Dezember 2014 als Herausgeberteam der Psych. Pflege Heute beim Thieme Verlag geschlossen zurückgetreten sind, war die Sache mit der Zeitung für uns eigentlich abgeschlossen. Ein wesentlicher Grund für den Rücktritt war die verdeckte Werbung von Pharmaunternehmen in einer Pflegezeitschrift, und es galt wohl zu akzeptieren, dass die Herstellung einer Fachzeitschrift in der heutigen Zeit zunehmend schwieriger wird. Da wollten oder konnten wir nicht mehr mitspielen.

Umso mehr freut es uns, dass nun im Hogrefe Verlag mit der «Psychiatrischen Pflege» eine neue Fachzeitschrift erscheint. Die Entscheidung des Verlages sich für eine solche Zeitschrift zu engagieren ist für die Berufsgruppe von unschätzbarem Wert, zumal diese Zeitschrift garantiert frei von Advertorials sein wird.

Zeitschriften sind entstanden, weil die Entwicklung moderner Wissenschaft das Bedürfnis nach Austausch von Erkenntnissen hat entstehen lassen. Dies in Verbindung mit der Erfindung der Drucktechnologie im 15. Jahrhundert machte eine Etablierung von Fachzeitschriften möglich. Bis dahin wurden Erkenntnisse über Briefe weitergegeben.

Vernetzen und Wissen weiter geben

Mit der Psych. Pflege Heute wurde im Jahr 1994 eine erste Fachzeitschrift für psychiatrisch Pflegenden in Deutschland herausgebracht. Man kann sich fragen, warum die Berufsgruppe so lange gebraucht hat, den Wert eines Organs, welches über diesen Weg Wissen verbreitet, zu erkennen. Nun hat sich die Welt in den letzten 20 Jahren deutlich verändert. Auf der Seite der Fachzeitschriften hat sich eine Online-Konkurrenz entwickelt, die es dem Nutzer heute deutlich leichter macht, auch ohne Fachzeitschriften an Fachinformationen zu gelangen. Auf der Seite der Psychiatrischen Pflege stellen wir fest, dass die Frage nach abgesichertem Wissen an Bedeutung gewinnt und auch Pflege zunehmend unter Druck steht ihr Handeln zu begründen. Die Wissensbasis im deutschsprachigen Raum hat sich durch hier durchgeführte Forschungs-, Entwicklungs- und Praxisprojekte oder durch zugängliche Übersetzungen von relevanten englischsprachigen Erkenntnissen ins Deutsche deutlich erweitert. Innerhalb der Berufsgruppe entwickeln wir zunehmend eine Sensibilität für die Bedeutung von Netzwerken, die über die Grenzen der eigenen Station oder des eigenen Arbeitsbereichs hinausreichen und – wie z.B. im Rahmen der Dreiländerkongresse – Grenzüberschreitend sind.

Wissen mit moderner Informationstechnologie verbreiten

Eine Zeitschrift nur auf Papier ist heute kaum noch zielführend. Von daher werden die Inhalte der «*Psychiatrischen Pflege*» über das Internet abrufbar und über Suchmaschinen auffindbar sein. Damit erreichen wir zweierlei: Zum einen sind die Inhalte breit zugänglich und können als Basis für weitere Arbeiten herangezogen werden, zum anderen baut sich so über die Jahre eine moderne Wissensbasis der Psychiatrischen Pflege auf. Dieses Archiv kann als Echolot dienen, gibt es doch wertvolle Hinweise darauf, was die Psychiatrisch Pflegenden zu welchen Zeiten beschäftigt hat und wie sie sich mit ihrem Fach auseinandergesetzt haben. Für die Zukunft ist es unser Ziel, weitere sinnvolle Verbindungen von Print und Internet bzw. Informationstechnologie zu entwickeln, um Nutzbarkeit und Netzwerkarbeit zu verbessern.

Starke Partner für eine starke «Psychiatrische Pflege»

Eine Fachzeitschrift wie die «*Psychiatrische Pflege*» kann in der heutigen Zeit nur bestehen, wenn sich starke Partner zusammenfinden, die ein gemeinsames Ziel verfolgen. Von daher schätzen wir in hohem Maße, dass mittlerweile zwei starke Organisationen der Psychiatrischen Pflege diese Zeitschrift als ihr Verbandsorgan nutzen werden. Zum einen ist das die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege – DFPP, zum anderen der Verein Ambulante Psychiatrische Pflege – VAPP in der Schweiz. Die häufig zu recht erhobene Forderung, dass die Pflege ihre Kräfte bündeln sollte, um Argumenten mehr Kraft zu verleihen, ist also hier sogar länderübergreifend verwirklicht worden.

Aber wem gehört eigentlich eine Fachzeitschrift wie die *Psychiatrische Pflege*? In letzter Konsequenz gehört sie der Berufsgruppe der psychiatrisch Pflegenden. Nur sie entscheiden über die Relevanz der Zeitung. Als psychiatrisch Pflegenden entscheiden Sie nicht nur, ob die Zeitschrift gekauft oder gelesen wird, sie entscheiden auch darüber, was darin zu lesen sein wird und haben somit maßgeblichen Einfluss auf den professionsinternen Diskurs. Von daher freuen wir uns, wenn Sie sich der Zeitschrift gegenüber so verhalten, als würde sie Ihnen gehören. Ähnlich wie bei Kindern benötigt die (auf-)wachsende neue Fachzeitschrift *Psychiatrische Pflege* Ihr Wohlwollen, Ihre Pflege, und Ihre Begleitung. Wir sind gespannt auf Ihre eigenen Beiträge, mit denen Sie zum Gelingen der Zeitschrift und zur Wertsteigerung des Faches beitragen.

Als Herausgeberteam begleitet diese Fachzeitschrift auf ihren ersten Schritten eine auch aus anderen Zusammenhängen bekannte Gruppe an Menschen:

Dorothea Sauter (Münster), Sabine Hahn (Bern), Michael Löhr (Bielefeld), Gianfranco Zuaboni (Zürich), Bruno Hemkendreis (Gütersloh).

Als verantwortlicher Herausgeber freue ich mich auf Mails, Anregungen, Artikel, Diskussionen und vor allem auf eine gute gemeinsame Zeit und einen spannenden Austausch mit Ihnen,

Michael Schulz



Dorothea Sauter, BA, RN, Krankenschwester, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie (FHDD), Bielefeld.

Dorothea.Sauter@fhdd.de

Das Herausgaberteam stellt sich vor



Sabine Hahn, Leiterin angewandte Forschung & Entwicklung Pflege an der Berner Fachhochschule. Forschungsschwerpunkt Aggression im Gesundheitswesen, Fachkräftemanagement, Lebens- und Pflegequalität.

Sabine.hahn@bfh.ch



Bruno Hemkendreis, Stabsgruppe Klinikentwicklung und Forschung, LWL Klinikum Gütersloh, Präsident der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege.

bruno.hemkendreis@lwl.org



Michael Löhr, Lehrstuhl Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Forschungsschwerpunkt Intensivbetreuung in der Psychiatrie, Qualitative und quantitative Personalanforderungen im Pflegedienst im Psychiatrischen Krankenhaus, Versorgungsforschung.

Michael.loehr@fhdd.de



Prof. Dr. Michael Schulz ist geschäftsführender Herausgeber der Psychiatrischen Pflege und leitet den Lehrstuhl für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld.

Michael.schulz@fhdd.de
Tel.: 00 (49) 1713318244



Gianfranco Zuaboni, Leiter Pflegentwicklung & Recovery Beauftragter im Sanatorium Kilchberg, Schweiz

g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

Variation über ein Gesicht

Michael Schulz

Kunstarbeit schafft es, den ganzen Menschen zum Ausdruck zu bringen, ihn zu stärken, ihn Selbstbewusst zu machen, ihm zu helfen, seinen Platz zu finden. Gerade auch in Krisen stellt die Möglichkeit des künstlerischen Ausdrucks für viele Menschen ein wichtiges Medium dar. Während man über weite Strecken des letzten Jahrhunderts noch unsicher war, ob die Werke psychisch kranker Menschen überhaupt zur Kunst im eigentlichen Sinne gerechnet werden sollten, hat die zeitgenössische Arbeit in Künstlerhäusern eine Trennung zwischen psychisch kranken und gesunden Menschen längst über Bord geworfen. Kunst stellt eine mögliche Form menschlichen Ausdrucks dar und psychische Krankheit stellt in diesem Rahmen eine beeinflussende Größe unter vielen anderen dar. Das war noch etwas anders, als es in Großkrankenhäusern Patienten gab, die kunstschaaffende waren, ohne darüber mit der Außenwelt in Kontakt zu treten. Der Arzt und Kunsthistoriker Hans Prinzhorn hat in Heidelberg ca. 6000 Kunstwerke psychiatrischer Patienten gesammelt und mit dem Werk «Bildnerie der Geisteskranken» einen bedeutenden Überblick über die Sammlung gegeben. Von ihm stammt der Satz:

««Der Maßstab krank – gesund» hat für die künstlerische Wertung eines Werkes weder ein Recht noch einen Sinn, so wenig wie der andere – künstlerisch gut – schlecht – für die psychiatrische Meinung eines Seelenzustandes eines Menschen. Das Werk entsteht nicht aus Gesundheit sondern aus Gestaltungskraft.»

Wir möchten an dieser Stelle in loser Folge Raum schaffen, um über den künstlerischen Kontext der psychischen Erkrankung eine Reflexion zu ermöglichen. Der Weg führt dabei über das Werk ausgewählter Künstler.

Zitat: «Die Hintergründe der Kunst sind, die spirituellen Bemühungen des Lebens zu erfassen»

Wir beginnen die Reihe mit einem Bild von Uldis Graubins.



Uldis Graubins

Geb.: 1953 in Detmold

Lebt seit mehr als 20 Jahren in Bielefeld

Malt seit 1983

Ist seit 2010 im Künstlerhaus Lydda aktiv

Künstlerisch Autodidakt

Viele Reisen ins europäische Ausland

Arbeitet auch literarisch

Wer nicht fragt bleibt ...

Bruno Hemkendreis

Diese Geschichte ereignete sich während der Nachtwache auf einer psychiatrischen Akutstation.

Ich durfte die zweite Hälfte des Nachtdienstes schlafen, während meine Kollegin Ina ihren Dienst versah. Irgendwann, es war – glaube ich – so etwa 3 Uhr, klingelte das Telefon neben dem Bereitschaftsbett in dem ich schlief. Ina bat mich dringend darum aufzustehen um sie zu unterstützen. Es hatte spät in der Nacht eine Neuaufnahme, einen uns bisher unbekanntem Herrn Kreiner, gegeben. Ich zog mich an und begab mich ins Dienstzimmer. Ina erzählte mir von der Neuaufnahme, ein mysteriöser, sehr düster erscheinender Mann mittleren Alters. Sie sagte, er wirke sehr bedrohlich und unzugänglich, spreche kaum, antworte nur knapp mit ja oder nein und vermeide Blickkontakte. Das schlimmste aber sei, dass er ihr bei jedem Rundgang auf Schritt und Tritt folge, körperlich ganz nah. Ihr sei das absolut unheimlich, sie bekomme schon beim Erzählen wieder eine Gänsehaut, und sie könne jetzt keine weiteren Kontrollgänge mehr machen. Der Mann mache ihr schlicht Angst.

Obwohl es mir auch nicht ganz wohl dabei war, haben wir dann abgesprochen, dass ich den nächsten Rundgang über die Station mache. Und tatsächlich bot sich auch mir das gleiche Szenario. Herr Kreiner wirkte tatsächlich sehr unheimlich und man fragte sich, was er wohl im Schilde führe. Als ich das Dienstzimmer für den Rundgang verließ, stand er genau gegenüber der Dienstzimmertür, und er beobachtete mich verstohlen. Er war ganz in schwarz gekleidet, trug auch hier im gut geheizten Haus eine schwarze

Lederjacke, bis oben zugeknöpft und mit hochgestelltem Kragen. Seine Körperhaltung war leicht gebeugt, die Hände tief in den Taschen versenkt und den Blick zum Boden gerichtet. Ich grüßte ihn freundlich, er nickte nur fast unmerklich und schaute wieder auf den Boden.

Ich setzte mich in Bewegung, mit einem komischen Gefühl in der Magengegend, und Herr Kreiner hängte sich augenblicklich an meine Fersen, ganz nah, fast konnte ich seinen Atem in meinem Nacken spüren. Es war tatsächlich richtig grauselig! Ich musste auch in die Patientenzimmer gehen, um zu schauen, ob alles in Ordnung ist. Dann wartete er jeweils vor der Tür, um mir sofort, wenn ich wieder draußen war, auf Tuchfühlung zu folgen. Nach dem vierten oder fünften Zimmer – ich war nun auch schon sehr angespannt – blieb ich stehen, drehte mich langsam und vorsichtig zu Herrn Kreiner um und fragte ihn: «Warum verfolgen Sie uns die ganze Zeit, und warum kommen Sie mir so eigentlich nah?». Er blickt mir nur ganz kurz und scheu in die Augen und sagte sehr leise: «Weil ich alleine so schreckliche Angst habe, – bitte.»



Bruno Hemkendreis, Stabsgruppe
Klinikentwicklung und Forschung,
LWL Klinikum Gütersloh, Präsident
der Deutschen Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege.

Adherence: Langfristiges Krankheitsmanagement durch Zusammenarbeit positiv beeinflussen

Michael Schulz

Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen häufig große Anstrengungen unternehmen, um ihre Krankheit und die Folgen von Krankheit langfristig zu managen. Angesichts der generellen Zunahme von chronischen Erkrankungen lautet eine der zentralen Fragen der Gesundheitsversorgung in der westlichen Welt im 21. Jahrhundert: Wie können Menschen mit langfristigen Gesundheitsproblemen in ihrem Management bestmöglich unterstützt werden und welche Interventionen braucht es, dass Menschen ihr Verhalten so ändern, dass es der Gesundheit förderlich ist?



In the 21st century, health care is increasingly about long-term condition management and thus about health behavior change – those things, people can do to improve their health

Rollnick, S.; Miller, W.R.; Butler, C. (2012)

Aus Sicht der Professionellen im allgemeinen und der Psychiatrischen Pflege im Speziellen kommt hier der Frage nach der Art der Begleitung und der Haltung im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Betroffenen und den Bezugspersonen eine wichtige Bedeutung zu.

In diesem Zusammenhang werden sehr häufig drei Begriffe genannt, die teilweise synonym gebraucht werden, obwohl sie unterschiedliche Bedeutungen haben.

Compliance ist der älteste, am meisten verwendete und in der Praxis gebräuchlichste Begriff und meint das Befolgen von Anweisungen durch den Patienten. Haynes, Taylor und Sacket (1979) definieren den Begriff als «the extent to which the patient's behaviour matches the prescriber's recommendations». Im Hinblick auf die Versorgungskonzepte für Menschen mit Schizophrenie hat

Bock (2011) auf die negativen Folgen des Compliance-Begriffs hingewiesen. Er spricht von zwei Höllenhunden, die den Eingang zur Psychiatrie bewachen, namens Krankheitseinsicht und Compliance. Nur wer beide Forderungen erfülle, so Bock, bekomme – ohne Anwendung von Zwang – Zugang zu den psychiatrischen Hilfsangeboten. Dabei bezeichnet er Krankheitseinsicht als die Bereitschaft des Patienten, die Krankheitskonzepte und Begriffe zu übernehmen, die sein Arzt ihm anbietet. Compliance entspreche der Bereitschaft, zu tun, was der Arzt für richtig hält. Ohne Einsicht und Compliance gebe es keine Behandlung – es sei denn gegen den Willen des Patienten.

Bock erhebt die Forderung, den Widerstand und die fehlende Einsicht psychisch kranker Menschen als Ressourcen wahrzunehmen. Er schlägt vor, das Wort Non-Compliance aus dem Sprachrepertoire der Profis zu streichen, und plädiert dafür, Non-Compliance als Chance zu begreifen. Bock verweist auf grundlegende Merkmale der Kommunikation: Wenn die Kooperation zwischen zwei Partnern nicht funktioniert, sind beide verantwortlich. Dabei spielt das Interesse für subjektive Erklärungsmuster, für den Eigensinn des Patienten und die Bedeutung der Erkrankung eine große Rolle.

Der Begriff *Adherence* ist Folge eines zunehmend differenzierten Blickes auf das Konzept des Compliance-Begriffs und beschreibt eine Abkehr vom «normativen Paternalismus». Er wurde von Barofsky (1978) in die Diskussion eingeführt und vor allem in der psychologischen und soziologischen Fachliteratur als wichtige Alternative zum Compliance-Begriff gesehen. Anders als dieser betont der Adherence-Begriff die freie Entscheidungsmöglichkeit des Patienten und fordert, im Falle des Scheiterns von Therapieplänen die Schuld nicht einseitig beim Patienten zu suchen, sondern hier ebenso die anordnende Person bzw. die Strukturen des Gesundheitssystems zu berücksichtigen.

Adherence folgt dem Verständnis eines Arbeitsbündnisses zwischen Patient und den professionellen Vertretern des Gesundheitssystems. Die Patienten sind die Auftraggeber der ihnen «dienenden» Therapeuten. Mangelnde Adherence belegt vor allem, dass im Rahmen des Arbeitsbündnisses in einer kommunikativ schwierigen Situation keine hinreichende interne Evidence aufgebaut werden konnte.

Die fehlende Einnahme und Nutzung der Medikamente bzw. sonstiger therapeutischer Maßnahmen, wie z. B. das Einhalten von Diäten oder konsequentes Sport treiben hat demnach Gründe, die nicht zu verurteilen, sondern erst einmal zu verstehen sind. Die Existenz externer Evidence über die Wirksamkeit eines Medikaments ist nämlich nicht hinreichend, um die Einnahme tatsächlich angezeigt sein zu lassen. Es bedarf der internen Evidence, aus der heraus die externe Evidence erst relevant und nutzbar wird (Behrens/Langer, 2004). Erst wenn im Arbeitsbündnis interne Evidence dafür aufgebaut wird, was gegen die Nutzung der Medikamente spricht, ist es sinnvoll und effektiv, unterstützende Maßnahmen zu vereinbaren für den Fall, dass die Patienten die Medikamente trotzdem nutzen wollen.

Adherence erweitert den Compliance-Begriff also um den Aspekt eines gemeinsam entwickelten und vereinbarten Vorgehens im Sinne von «Shared Decision Making»: «Adherence is the extent to which the patient's behavior matches agreed recommendations from the prescriber». Dem Begriff unterliegt ein personenzentrierter Ansatz, der die Autonomie des Patienten betont und stärkt.

Prävalenz und Charakteristika von Non-Adherence

Das Problem der Nichteinhaltung von verschriebenen Verhaltensweisen, Therapien und Medikamentenverordnungen ist so alt wie die medizinische Praxis selbst. Bei psychischen Erkrankungen ist der Umsetzungsgrad ähnlich niedrig wie bei anderen Diagnosegruppen. Für die entwickelten Länder kommt die WHO zu dem Schluss, dass ungefähr die Hälfte der Patienten eine langfristig angelegte Therapie nach einem Jahr ohne Absprache mit den Professionsangehörigen selbstständig beendet (WHO, 2003). In systematischen Übersichtsarbeiten zeigt sich eine Non-Adherence-Rate von durchschnittlich 40 bis 55 % (Cramer

und Rosenheck, 1998). Wie in der bereits an anderer Stelle erwähnten Studie «Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness» (CATIE) zeigt sich auch hier, dass 74 % der Patienten die Medikamenteneinnahme nach 18 Monaten beendet haben (Lieberman, 2005).

Folgen von Non-Adherence

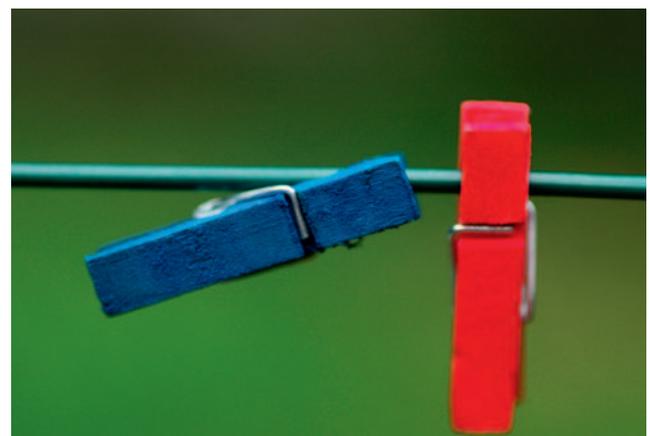
Adhärentes Verhalten kann sich positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken. Im Rahmen einer quantitativen Metaanalyse konnten DiMatteo et al. (2002) anhand von 63 eingeschlossenen Studien (N = 19.456) zeigen, dass der Unterschied im Behandlungsergebnis zwischen adhären-ten und non-adhären-ten Patienten mehr als eine halbe Standardabweichung beträgt. Adherence, so folgern die Forscher, reduziert das Risiko von schlechten Behandlungsergebnissen um 26 %. Bei chronischen Erkrankungen fielen die Ergebnisse deutlicher aus als bei akuten Erkrankungen. Eingeschlossen wurden 63 Studien aus den Themengebieten Krebserkrankungen, Diabetes, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlafapnoe, Otitis media sowie Patienten nach Transplantation. Studien zu psychiatrischen Erkrankungen waren nicht eingeschlossen.

Non-adhären-tes Verhalten kann in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu unerwünschten Folgen führen. Demnach ist non-adhären-tes Verhalten nach Bosworth et al. (2006) verantwortlich für

- 50 % der sog. Therapieversager bei Hypertonie
- 700 000 ungewollte Schwangerschaften pro Jahr (USA) infolge von Einnahmefehlern bei oralen Kontrazeptiva
- 80 % der Organabstoßungen bei Transplantationen
- ca. 30–40 % der Therapieresistenz bei Depression
- ca. 30–40 % der Rezidive bei Schizophrenie

Auch im Rahmen der Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie wird non-adhären-tes Verhalten also mit schlechteren Behandlungsergebnissen in Verbindung gebracht. Dazu gehören ein erhöhtes Risiko von Wiederaufnahmen, die häufigere Inanspruchnahme von Notdiensten und längere Krankenhausaufenthalte.

Die Rezidivrate von 30 bis 40 % bei Schizophrenie weist aber andererseits darauf hin, dass es immer auch Betroffene



Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege

Dorothea Sauter, Jacqueline Rixe

Verantwortung ist ein Schlüsselkonzept in der Pflege, die Übernahme von Verantwortung im Pflegealltag wird jedoch sehr unterschiedlich gelebt und gestaltet. In Deutschland hat Tewes (2002) ihre Dissertation der Erforschung von Pflegeverantwortung gewidmet, für die psychiatrische Pflege hat Meyer (2001) die Praxis der Verantwortung untersucht. Beide liefern eher ernüchternde Befunde. Dieser Beitrag beschreibt Faktoren, die Art und Ausmaß der Verantwortungsübernahme beeinflussen, und zeigt Handlungsmöglichkeiten auf.



Begriff und Konzept Verantwortung

Der Verantwortungsbegriff stammt ursprünglich aus der Gerichtssprache und bedeutet die Rechenschaftslegung für das eigene Handeln einer Institution (dem Richter) gegenüber. Die Ethik behandelt unter dem Begriff Verantwortung moralische Prinzipien, der Mensch ist an Werte und Normen gebunden. Die Pädagogik betont den Aspekt der Entwicklung von Verantwortung hin zur Mündigkeit, die Psychologie die Entwicklung von Ich und Moral, die Sozialwissenschaft die Interaktion. Die Philosophie verknüpft Verantwortung mit Freiheit und diskutiert, dass menschliche Freiheit in verantwortlichem Sinn ausgeübt werden soll (Natour, 2005; Tewes, 2002).

Der Mensch ist Träger der Verantwortung. Diejenigen Lebensbereiche, in denen er Entscheidungsfreiheit hat, prägen seinen Verantwortungsbereich. Er muss sich einer übergeordneten Instanz oder einem Wertesystem gegenüber rechtfertigen (vgl. Tewes, 2002). Verantwortung entsteht als Ergebnis einer Selbstverpflichtung oder einer sozialen Zuschreibung. Sie ist mehr als reine Pflichterfüllung und die Übertragung von Verantwortung setzt Vertrauen voraus (Kaufmann, 1992). Verantwortung antizipiert die Folgen von Handlungen, um möglichen Schaden, Risiken oder Gefährdungen zu vermeiden oder zu mindern und Nutzen zu fördern. Je stärker risikobehaftet eine Situation ist, umso lauter der Ruf nach Verantwortung (ebd.). Durch Ausdehnung der Verantwortungsbereiche sollen die Risiken unter Kontrolle gebracht werden; die Zuschreibung

von Verantwortung an Dritte dient der eigenen Entlastung. Dabei werden nicht selten die Grenzen menschlicher Verantwortungsfähigkeit missachtet (ebd.).

Rechtliche, Institutionelle und ethische Vorgaben

Im Rechtswesen liegt der Schwerpunkt von Verantwortung auf dem Schuld- und Strafaspekt, v. a. Haftungsrecht fragt sehr explizit nach der Verantwortung bezüglich der Verursachung eines Schadens. Das Berufsrecht konkretisiert den formalen Verantwortungsbereich. So gibt das Krankenpflegegesetz von 2004 in §3 Abs. 2 die Bereiche eigenverantwortlichen Handelns in der Pflege vor: die Verantwortung für den Pflegeprozess und die Pflegeevaluation, sowie für die Beratung, Anleitung und Unterstützung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen (u.a.). Weiterhin soll Pflege «im Rahmen der Mitwirkung» ärztlich veranlasste Maßnahmen eigenständig durchführen. Im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) stehen pflegerische Handlungen unter ärztlicher Gesamtverantwortung, das heißt, dass sie «vom Arzt angeordnet und überwacht werden» (Igl, 1998, zit. in Tewes, 2002: 48). Diese beiden Rechtsregelungen schaffen nicht nur Abgrenzungsprobleme pflegerischer Verantwortung, sie frustrieren auch Pflegende,



wenn diese andere Vorstellungen von der fachlich richtigen Vorgehensweisen haben.

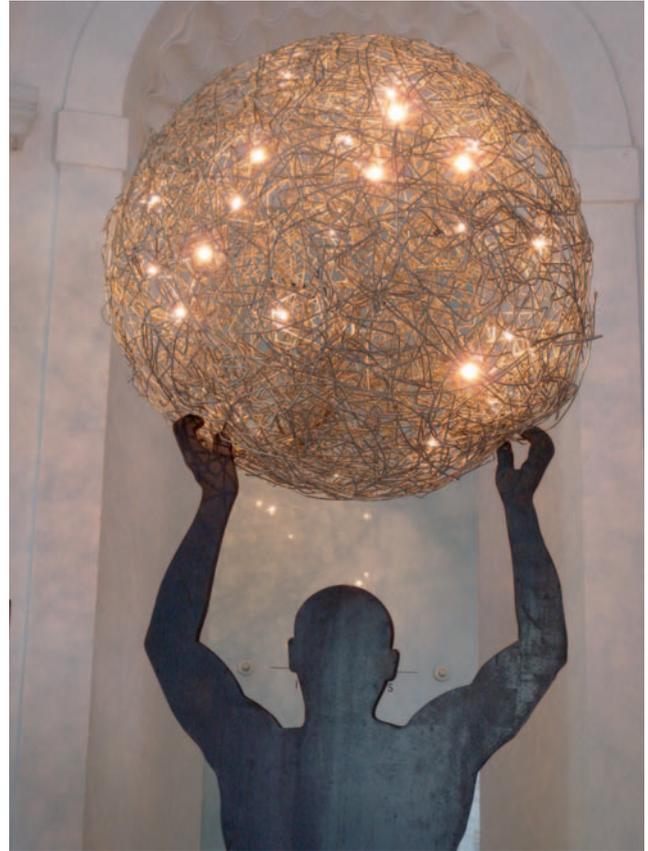
In der noch nicht abgeschlossenen Debatte zum Thema «Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegenden» bringen die ärztlichen Standesorganisationen auch klar zum Ausdruck, dass sie der Pflege keine weiteren Verantwortungsräume zugestehen wollen (vgl. DFPP, 2012). Dabei liefert ein systematisches Review von Laurant et al. (2005) Hinweise darauf, dass gut ausgebildete Pflegenden eine vergleichbar hohe Versorgungsqualität und ebenso gute Gesundheitsoutcomes erreichen können wie Ärzte.

Neben der individuellen Verantwortung gibt es die kollektive Verantwortung, die mehr oder weniger formalisierten Gruppen oder Institutionen zugeschrieben wird. Innerhalb dieser Gruppen oder Organisationen müssen die Verantwortungsstrukturen gut geklärt werden, denn wenn Einzelpersonen sich nicht als beteiligt an den Handlungsfolgen erleben, werden sie Verantwortung von sich weisen. Unklare Verantwortungsstrukturen, ungelöste Interessenkonflikte oder autoritäre Strukturen behindern die Klärung der individuellen Verantwortung (Borsi/Schröck, 1995). Die Diffusion von Verantwortung ist ein häufiges Phänomen kollektiver Verantwortung (Tewes, 2002).

Verantwortung ist an ethische Normen gebunden; Pflegehandeln und Pflegeentscheidungen müssen auf dem Hintergrund ethischer Theorien und Prinzipien reflektiert werden. Die moralischen Regeln in der Pflege finden sich in Ethik-Kodizes (Lay, 2012). Für die Pflege sind national und international viele solcher Kodizes formuliert, von denen der bekannteste der ICN-Code (<http://icn.ch/ethics.htm>; vgl. Fry, 1995) sein dürfte. Allerdings sind solche Kodizes Pflegepraktikern oft nicht genügend bekannt und/oder zu abstrakt, um für konkrete Handlungssituationen Hilfe zu bieten (Lay, 2012).

Berufliche Verantwortung und Profession

Professionelles Handeln beinhaltet, Entscheidungen zu treffen und diese zu begründen (Isfort, 2005; vgl. Peplau, 1999). Nach dem handlungsorientierten Professionsmodell von Oevermann (1978, zit. in Weidner, 1995: 49) ist



professionelles Handeln eine Kombination aus der Anwendung von Regeln (die auf wissenschaftlichem Wissen basieren) und dem besonderen Verstehen des jeweiligen Falls («hermeneutisches Fallverstehen»). Professionelles Handeln lässt sich nur teilweise standardisieren. Demnach liegt der Schwerpunkt des beruflichen Verantwortungsbereichs professioneller Pflege darin, Entscheidungen (und Handlungen) mit dem Patienten über die Abwägung von Regelwissen und Fallverstehen zu begründen und zu vertreten.

Die konkrete pflegerische Verantwortung bezieht sich dann auf den Nachweis der rechtmäßigen Pflege – «es wird also im besten Sinne des Patienten gehandelt» (Tewes, 2002: 37). Pflegerische Verantwortung ist kontextgebunden und beinhaltet individuelle und kollektive Aspekte (ebd.).

Pflege ist ein komplexes Geschehen und der Gegenstand der Pflege kann nur schwer definiert und eingegrenzt werden (Fung et al., 2014; Robert Bosch Stiftung, 1996). Außerdem sind viele Aspekte kompetenter Pflege unsichtbar. Damit ist die exakte Eingrenzung des Verantwortungsbereichs kaum möglich (Tewes, 2002). Pflege-theoretische oder konzeptionelle Vorstellungen von Pflege sowie Vorgaben und Traditionen einer Organisation entscheiden mit, was Pflegenden als ihren Handlungsbereich im Rahmen des Pflegeprozesses ansehen. Gefordert wird, dass bereits in der Ausbildung die Auseinandersetzung mit Verantwortung und Rollenfindung erfolgen sollte (Mendes et al., 2015; auch Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 43ff.).

Die neue Fachzeitschrift für Psychiatrische Pflege



Michael Schulz et al.

Psychiatrische Pflege

Die Zeitschrift widmet sich der fachlichen Weiterentwicklung der verschiedensten Handlungsfelder von Pflegenden in der Psychiatrie. Die Inhalte sind stark auf die Pflegepraxis bezogen. Aktuelle und bestmögliche Methoden werden dargestellt und unterstützen die fachlich fundierte Pflege und deren Weiterentwicklung.

Ein erfahrenes Herausgeberteam setzt Impulse und ermöglicht ein Reflektieren der gelebten Praxis. Die Herausgeber sehen sich der Tradition

großer Pflegezeitschriften verpflichtet, deren vornehmliche Aufgabe Reflektion, Erforschung und Entwicklung beruflichen Handelns ist. Ein intensiver Diskurs mit Pflegefachpersonen, mit angrenzenden Berufsgruppen wie auch mit Betroffenen und deren Angehörigen wird angestrebt.

Psychiatrische Pflege ist Verbandsorgan der VAPP (Verein Ambulante Psychiatrische Pflege) und der DFPP (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.).

www.hogrefe.ch

Ja, ich bestelle 1 Jahresabonnement (= 6 Hefte)

Psychiatrische Pflege

- für Private (€ 98.00 + € 12.00 für Porto und Versandgebühren)
 für Institutionen (€ 198.00 + € 12.00 für Porto und Versandgebühren)
 für Lernende (€ 48.00 + € 12.00 für Porto und Versandgebühren)

Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht 8 Wochen vor Ende der Laufzeit des Abonnements gekündigt wird.

Institution _____

Name / Vorname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

E-Mail _____

Newsletter

Bestellschein

Tel. +41 300 45 00
Fax +41 300 45 91
zeitschriften@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Zu beziehen über:

Hogrefe Verlag
Länggass-Strasse 76
3000 Bern 9
Schweiz