

SCHRIFTENREIHE XII



PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BAD NEUSTADT

Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG - Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67-01 · Telefax 09771 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de · www.rhoen-klinikum-ag.com

Impressum

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
der Rhön-Klinikum AG

Redaktion: Dr. med. Rudolf J. Knickenberg, Dr. phil. Lothar Schattenburg
Jörg Rieger

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

I.000 - 2008

PSYCHOSOMATISCHE KLINIK
BAD NEUSTADT

Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67-01 · Telefax 09771 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com

Einleitung	5
<i>Jörg Rieger</i>	
Die Milieuthherapie in einer tiefenpsychologisch ausgerichteten Klinik	9
<i>Franz Bleichner</i>	
Verankerung der Pflege in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt und Aspekte der Qualitätssicherung.	12
<i>Sieglinde Härder und Andreas Klingner</i>	
Die Bezugspflege in einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Klinik.	19
<i>Claudia Lutz</i>	
Pflege in der Psychosomatik. Aktuelle Trends in der Pflegewissenschaft.	22
<i>Hartmut Remmers</i>	
Das Bad Neustädter Modell einer berufsbegleitenden Weiterbildung in Psychosomatik/Psychotherapeutischer Medizin für Krankenpflegekräfte	42
<i>Rudolf Maaser</i>	
Ausbildung von Pflegekräften in der Psychosomatik an einer Krankenpflegeschule	49
<i>Christa Tamm</i>	
Konzept der pflegerischen Betreuung von Patienten mit somatoformen Störungen	53
<i>Evelyn Lathomus</i>	
WORKSHOP: Die Beteiligung des Pflegepersonals am Training sozialer Kompetenzen (GSK) mit einem Videobeispiel.	63
<i>Lothar Schattenburg</i>	
WORKSHOP: Körperpsychotherapie für Krankenpflegekräfte	68
<i>Frauke Besuden, Rudolf Maaser</i>	
Ausbildung „on the job“ – Erfahrungen mit dem Bad Neustädter Modell	69
<i>Sieglinde Härder/Andreas Klingner</i>	
Zusammenfassung der Tagung	70
<i>Lothar Schattenburg</i>	
Autorenverzeichnis	79
Schriftenreihe der Klinik	80

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ist als psychosomatisches Fachkrankenhaus und psychosomatische Rehabilitationsklinik eines der großen bundesdeutschen integrierten psychosomatischen Kompetenzzentren. Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt steht in Trägerschaft der Rhön-Klinikum AG und wurde 1975 eröffnet. Diese ist einer der größten privaten Krankenhausträger und betreibt 46 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im Bundesgebiet. 1995 erfolgte eine Trennung der Klinik in eine Abteilung Krankenhaus und eine Abteilung Rehabilitation. Derzeit stehen im Krankenhaus 200 Betten, aufgenommen in den Krankenhausplan des Landes Bayern, und 140 Betten nach § 111 SGB V in der Abteilung für Rehabilitation zur Verfügung. Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ist somit eine sogenannte gemischte Anstalt.

Im Akutbereich werden psychosomatische und psychische Krankheitsbilder behandelt, deren Schweregrad dringend eine stationäre Behandlung, d. h. die sofortige Herausnahme aus dem häuslichen Milieu, erforderlich werden lässt. Zielsetzung ist es, in einem strukturierten psychotherapeutischen Prozess die Gesundheit der Patienten soweit zu fördern, dass die Patienten ambulant weiterversorgt werden können. Die Behandlungsdauer richtet sich nach den individuellen Erfordernissen des jeweiligen Krankheitsbildes. Die Aufnahme erfolgt, wie von einem Akutkrankenhaus zu erwarten, unmittelbar und kurzfristig an 365 Tagen im Jahr. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt 35 Tage. Das Krankenhaus behandelt rund 2.000 Patienten im Jahr.

Vereinfachend lässt sich formulieren, dass bei einer psychischen Dekompensation, die mit ambulanten Mitteln nicht zu stabilisieren ist, eine sofortige Krankenhausbehandlung notwendig werden kann. Chronische Prozesse machen häufig eine stationäre Rehabilitationsbehandlung notwendig, um die Auswirkungen der Chronifizierung auf die berufliche Leistungsfähigkeit und die freie Gestaltung der Lebensabläufe unter Einbeziehung sozialmedizinischer Aspekte positiv zu beeinflussen.

Die Abteilung für Rehabilitation mit derzeit 140 Behandlungsplätzen behandelt rund 1.400 Patienten jährlich mit einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 37 Tagen.

Wie allgemein bekannt, führen die geburtenstarken Jahrgänge nicht nur zu Ungleichgewichten in der Altersverteilung der Bevölkerung, sondern demnächst auch im Arbeitskräfteangebot. Wenn diese Altersjahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden, steht ein wesentlicher Teil des heutigen Arbeitskräfteangebotes nicht mehr zur Verfügung und wird auch nicht vollständig ersetzt werden können. Diese absehbaren Veränderungen stehen in deutlichem Widerspruch zur bisherigen Entwicklung in der Arbeitswelt. Während die Bevölkerung insgesamt altert, werden die Belegschaften immer jünger. Die Industrie verminderte in den letzten Jahren den Anteil der älteren Beschäftigten durch eine altersselektive und jugendzentrierte Personalpolitik. Frühberentung war zeitweise auch ein von der Politik

gewünschtes Mittel der Arbeitsmarktpolitik, um bestehende Arbeitslosigkeit in gesellschaftlich akzeptabler Form zu mindern.

Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung sind, auf den zahlenmäßigen Rehabilitationsbedarf bezogen, nur schwer abzuschätzen. Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden in der Rentenversicherung beträgt in der psychosomatischen Rehabilitation 43,8 Jahre. Der quantitative Rehabilitationsbedarf lässt sich nur schwer abwägen. Durch medizinische und wissenschaftliche Entwicklung bleibt der Mensch aufgrund gesünderer Lebensweise, verbesserter Hygienebedingungen und gesünderer Ernährung, optimierter Arbeitsschutzbedingungen und der Nutzen medizinisch technisch moderner Verfahren und Behandlungsmethoden für die Zeit seiner Erwerbstätigkeit länger oder sogar ganz von funktionalen Einschränkungen seiner Lebensführung verschont. Es kann damit gerechnet werden, dass sich die verschiedenen Gesundheitsprobleme der Arbeitnehmer durch die zusätzlich gewonnenen Jahre im Schnitt erst in einem signifikant höheren Lebensalter bemerkbar machen.

Durch präventive Strategien sind nicht alle Krankheiten und Behinderungen in späteren Berufs- und Lebensphasen zu beseitigen. Der Verbleib in der Arbeitswelt wird gerade für ältere Arbeitnehmer, die möglicherweise demnächst länger im Berufsleben stehen werden, von zunehmender Notwendigkeit und Bedeutung sein.

Die Medizinische Rehabilitation steht vor großen Herausforderungen, wenn sie die zukünftigen demographischen und arbeitsmarktbezogenen Veränderungen ernst nehmen will. Gerade dem Versicherten muss bei zunehmender psychosozialer Belastung die Möglichkeit gegeben werden, im Arbeitsprozess zu bestehen. Die Verschwendung von Humankapital wird sich diese Gesellschaft absehbar nicht mehr leisten können. In der Medizinischen Rehabilitation muss daher verstärkt auf die Erfordernisse älterer Arbeitnehmer eingegangen werden. Im Beitrag zur Ausschöpfung des Humankapitals hat die Medizinische Rehabilitation die Aufgabe, in den Gesundheitszustand des älteren Arbeitnehmers durch angepasste Leistungsangebote zu investieren. Die Frage, wie dieser Anspruch inhaltlich eingelöst werden kann, wird die Beteiligten in den nächsten Jahren weiter beschäftigen.

Die Bedeutung der Psychosomatik im Vergleich zu den anderen großen Indikationsbereichen lässt sich alleine daran bemessen, dass die Antragszahlen auf Frühberentung in dieser Indikation mit 34 % an erster Stelle stehen. D. h. die erfolgreiche Behandlung von psychosomatisch Kranken in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken ist von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung.

In unserer Klinik tragen wir die erhobenen Befunde und Informationen in den Teamsitzungen zusammen und machen sie für die Behandlung, wie auch zur Beantwortung der komplexen Zusammenhangsfragen nutzbar. Die Professionalität eines Teams zeigt sich in

der Fähigkeit aller Mitarbeiter zum Denken in vernetzten Strukturen. Ein gewachsenes Team mit langjährigen erfahrenen Mitarbeitern und jungen lernbegierigen Menschen, die sich integrieren und neue Impulse bringen, ergeben die richtige Mischung aus Erfahrung und Anfängergeist, mit der sich ein psychodynamisches Konzept fortschreiben lässt, das auch die Integration bewährter anderer Therapieformen, wie die Verhaltenstherapie, auf dem Weg zu einem integrativen Behandlungsmodell zulässt.

Der wichtigste Faktor für ein erfolgreiches Krankenhaus ist neben der optimalen Patientenbetreuung, der hohen medizinischen Qualität und einer modernen medizinisch-technischen Ausstattung, vor allem aber die professionellen und motivierten Mitarbeiter.

Allgemein geübte Praxis in der stationären psychosomatischen Behandlung von Patienten ist die Betreuung der Patienten im Rahmen eines sogenannten Bezugstherapeutesystems. Ein Arzt oder Psychologe stellt den festen und verlässlichen Ansprechpartner für alle psychotherapeutischen Belange des von ihm betreuten Patienten dar. Die zweite verlässliche Größe in der Patientenbetreuung ist die Pflegekraft, die in vielen Kliniken ebenfalls ihre festen Bezugspatienten hat. Es besteht in tiefenpsychologisch, wie verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Kliniken eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen Berufsgruppen im therapeutischen Team.

Auf Schwestern und Pflegern ruht eine besondere Verantwortung, da sie oft als erster Ansprechpartner sich der Bedürfnisse der Patienten annehmen und das weitere Vorgehen kanalisieren und begleiten. Dem entspricht in tiefenpsychologischen Kliniken die mit Milieutherapie umschriebene Gestaltung der Atmosphäre. Dazu sollte das Pflegepersonal in der Lage sein, die Bedürfnisse und die Bedrängnisse der Patienten zu erfassen und in ihrem Schweregrad und bezogen auf die psychische Problematik abzuwägen, um dann dem Patienten angemessen begegnen und die geeigneten Maßnahmen treffen zu können. Oft ist in Krisensituationen das Pflegepersonal der erste Ansprechpartner. Unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung hat das Pflegepersonal in der Betreuung der Patienten spezielle Aufgaben bei der Durchführung therapiebegleitender Angebote, zu deren Durchführung es einer kontinuierlichen, den neuen Wissenstand berücksichtigenden Weiterbildung bedarf. Die Rhön-Klinikum AG unterstützt die jahrelang erfolgreich durchgeführte Weiterbildung zur/m Fachschwester/pfleger Psychosomatik an der Psychosomatischen Klinik, weil die Weiterqualifizierung unserer Mitarbeiter unmittelbar eine Verbesserung der Versorgungsqualität für unsere Patienten nach sich zieht.

So hat die Tagung zum Ziel, die besonderen Anforderungen an den Pflegeberuf in der Psychosomatik aufzuzeigen und die in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt praktizierten Weiterbildungsmöglichkeiten zum Fachpfleger/Fachschwester Psychosomatik zu beschreiben und mit wissenschaftlichen Ansätzen abzugleichen. Wir bitten Sie unsere Be-

strebungen zur Anerkennung der staatlichen Berufsbezeichnung „Fachpfleger/Fachschwester Psychosomatik“ zu unterstützen. Die Tagung richtet sich an Angehörige der Pflegeberufe, an interessierte Ärzte und Diplompsychologen und soll die hohe Verantwortung des Pflegeberufes würdigen.

Unser Dank gilt den zahlreichen Referenten und den Organisatoren der Veranstaltung, Frau Sieglinde Härder und Herrn Andreas Klingner.

Franz Bleichner

Die Milieuthherapie in einer tiefenpsychologisch ausgerichteten Klinik

Der Begriff Milieuthherapie geht auf den britischen Psychoanalytiker Wilfred Ruprecht Bion (* 8. September 1897 in Muttra Indien; † 8. November 1979 in Oxford, England) zurück und meint: gemeinsamer therapeutischer Prozess im Rahmen einer temporären Lebensgemeinschaft.

Die Situation in den Kliniken war bis in die Mitte des vergangenen Jahrhunderts geprägt von autoritären, rein auf medizinische Bedürfnisse ausgerichteten Strukturen. Das Krankenhaus war kein Ort, um in einem ganzheitlichen Sinne gesund zu werden. Die psychiatrischen Kliniken waren bis weit in die sechziger Jahre Verwahranstalten: viele Patienten, große Säle, wenig therapeutisches Personal. Erst allmählich erfolgte ein Umdenken: das Umfeld, das der Patient mit Aufnahme in die Klinik betritt, wurde in den Blickpunkt des Interesses gestellt und als Teil der Therapie gesehen. Fritz Redl, der 1953 das Prinzip des therapeutischen Milieus in einer Kinderklinik in Detroit erstmals anwandte, beschrieb folgende Kriterien, wobei er zwischen therapeutischen und Milieumerkmalen unterschied:

► Milieu

- Schaffung von zuverlässigen, durchschaubaren, vertrauensvollen sozialen Strukturen
- Übereinstimmung der vermittelten und gelebten Wertsysteme
- Verlässliche Gewohnheiten, Rituale, Verhaltensregeln
- Auswirkung des Gruppenprozesses erkennen und beachten
- Beachtung der „Verträglichkeit zwischen den Gruppenmitgliedern“
- Beachtung der gelebten Einstellungen und Gefühle des Personals
- Berücksichtigung des Verhaltens der „anderen“
- Auswahl von Tätigkeit im Gesamtkontext der Kinder
- Koordination von Raum, Zeit, Ausrüstung mit der jeweiligen Situation
- Berücksichtigung der „Außenwelt“
- Erwachsene als Mittler zwischen den Heranwachsenden
- Therapeutische Elastizität

► Therapeutisch

- Vermeidung schädlicher Einflüsse
- Befriedigung von Grundbedürfnissen
- Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen und subkulturellen, sozioökonomischen ethnischen Perspektive
- Klinische Elastizität
- Ganzheitlichkeit im Zugang auf Heranwachsende
- Bereitstellung eines angstfreien Lebensraumes
- Verbindung zum Alltag

Milieutherapie gestaltet die Institution als eine so genannte künstliche Familie und nutzt diese auch therapeutisch. Je nach Patient wird das Milieu eher strukturierend, ausgleichend, animierend, reflektierend oder betreuend gestaltet. Ein therapeutisches Team bildet mit den Patienten gemeinsam einen Rahmen mit schützenden Grenzen: Hausregeln der Gruppen, ein strukturierter Tages- und Wochenablauf, die Teilnahme an bestimmten Gruppenaktivitäten.

Das Miteinander von Patienten und Therapeuten wird von dem therapeutischen Milieu geprägt. Nach Whiteley und Gordon (1979) ist die therapeutische Gemeinschaft „ein spezifischer, spezialisierter Behandlungsprozess, bei dem die psychologischen und soziologischen Phänomene genutzt werden, die der stationären Gruppe inhärent sind. So gesehen ist sie eine intensiviertere Erweiterung der Milieutherapie, die allgemeinere Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten für Patienten in einer Klinik enthält“.

Mit Aufnahme in die Klinik betritt der Patient eine künstliche und von seiner realen sozialen Situation sich deutlich unterscheidende Welt:

- ▶ Fehlendes familiäres Umfeld einschließlich Freundeskreis, Nachbarschaft etc.
- ▶ Fehlendes berufliches Umfeld; hierdurch keine Anforderung und Belastung, aber auch keine Möglichkeit, sich zu entlasten (Flucht in die Arbeit)
- ▶ Konfrontation mit fremden Menschen; keine Möglichkeit, sich diesen zu entziehen
- ▶ Konfrontation mit baulichen und strukturellen Voraussetzungen der Klinik, wie zum Beispiel Unterbringung, Hausordnung usw.
- ▶ Einfügen in die stationäre Gemeinschaft

um nur einige Veränderungen zu nennen.

Dies bedeutet für den Patienten eine Fülle von Anpassungsvorgängen, die er sozusagen gleich bei Aufnahme leisten muss. Die Organisation der Klinik als „künstliche Familie“ soll den Einstieg erleichtern, bildet die Grundlage des therapeutischen Ansatzes und ist für sich genommen therapeutisch wirksam.

Das therapeutische Milieu wird bestimmt durch eine gemeinsame Philosophie und durch halt- und strukturgebende Angebote. Auf dieser Basis funktioniert das Miteinander auf der Station. Es ermöglicht auch, neue Erkenntnisse und Verhaltensänderungen in der therapeutischen Gemeinschaft auszuprobieren.

Bei uns ist die therapeutische Gemeinschaft auf Stationsebene konzipiert und hat damit eine auch von der Größe her überschaubare Struktur: Eine Stationsschwester/-pfleger, zwei ärztliche/psychologische Therapeuten sowie 18 Patienten bilden diese Stationseinheit.

Der Schwester/Pfleger kommt in dieser Struktur entscheidende Bedeutung zu: sie verkörpert das Bindeglied zwischen dem Realraum der Stationsgemeinschaft und dem Phantasieraum der Therapie, ist AnsprechpartnerIn für alle Probleme auf Station, strukturiert, tröstet, motiviert.

Die gemeinsame Philosophie, die dem Ganzen zugrunde liegt, beinhaltet:

- ▶ Respekt vor dem Anderen
- ▶ Bereitschaft zur Kommunikation
- ▶ Bereitschaft zur Klärung

Kommen wir nun zu den halt- und strukturgebenden Maßnahmen. Sie sollen dem Patienten einen raschen Eintritt in die Stationsgemeinschaft ermöglichen, überschaubar und verlässlich sein. Ein Teil dieser Dinge ist in der Hausordnung festgehalten, die der Patient in der Regel schon nach Hause geschickt bekommt. Darüber hinaus gibt es gerade zu Beginn des Aufenthaltes eine Reihe von Angeboten, die den Eintritt in die Klinik erleichtern sollen und dem Patienten auch im weiteren Verlauf als Unterstützung im schwierigen therapeutischen Prozess zur Verfügung stehen:

Bei Aufnahme:

- ▶ Begrüßung durch die Stationschwester; erste Erklärung der Abläufe im Haus
- ▶ Erster Kontakt zu Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut und Oberärztin / Oberarzt
- ▶ Einführung in die Räumlichkeiten und Klinikabläufe durch Mitpatientin/Mitpatient ➔ Patensystem
- ▶ „Kekskiste“
- ▶ Stationsrunde: Vorstellung der eigenen Thematik

Während des Aufenthaltes

- ▶ Stationsrunden
- ▶ „Offene Stationszimmertür“
- ▶ Kekskiste
- ▶ Selbsthilfegruppe
- ▶ Nachtrundgang der Pfleger

Zum Therapieabschluss

- ▶ Verabschiedung in der Stationsrunde
- ▶ Abschiedsritual seitens der Stationsmitglieder
- ▶ Erfahrungsbericht

Zusammenfassung:

Der Pflegedienst als Dreh- und Angelpunkt im stationären Setting ermöglicht dem Patienten ein rasches „Ankommen“ in der Therapie, begleitet ihn durch Schwierigkeiten und Krisen und übernimmt ein Großteil der haltgebenden Funktionen. Hierdurch unterscheidet sich die stationäre Behandlung von der ambulanten: sie gewinnt eine neue erweiterte Dimension und ist nicht nur hochfrequente ambulante Therapie.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Sieglinde Härder und Andreas Klingner

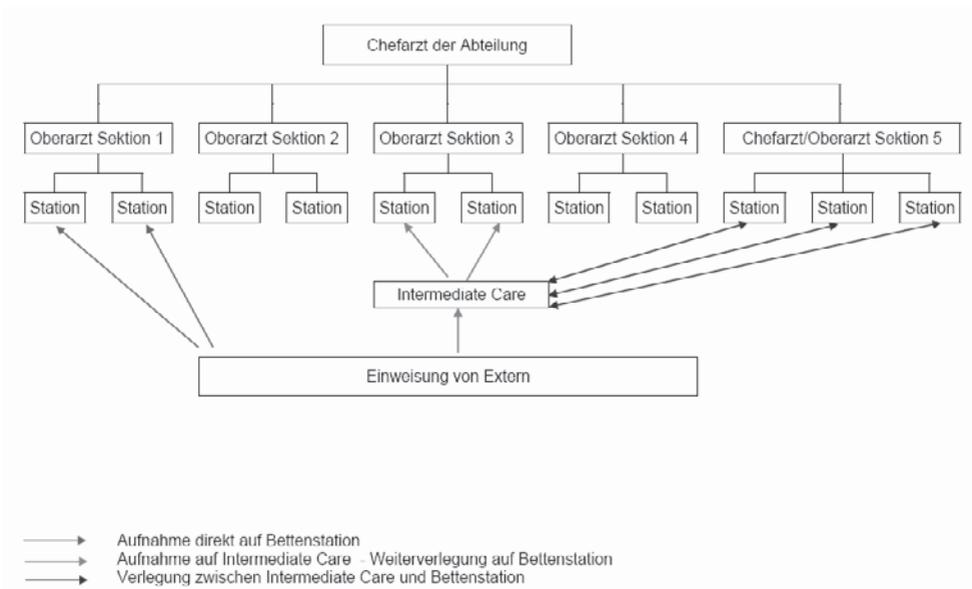
Verankerung der Pflege in der Psychosomatischen Klinik und Aspekte der Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Kollegen aus den angrenzenden Kliniken stellen mir oft die Frage: „Welche Aufgaben hat die Pflegekraft in der Psychosomatik?“ Diese Frage stellte ich mir auch, als ich vor vielen Jahren aus dem Akutbereich in die Psychosomatik wechselte. Die Patienten werden von Kollegen der umliegenden Kliniken erlebt...

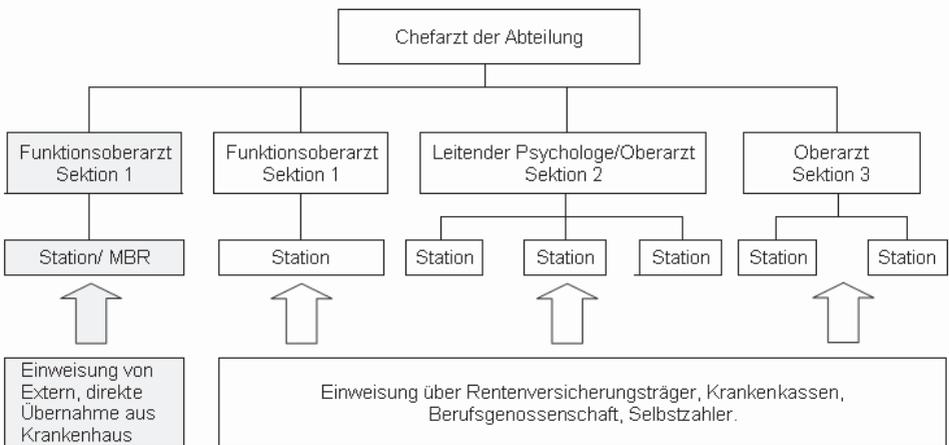
- ▶ als nicht bettlägerig
- ▶ ohne sichtbare Behinderungen
- ▶ sitzen in der Kuppel oder auf der Promenade beieinander
- ▶ erwecken den Eindruck eines „Kurpatienten“

Hier im Hause ist die Pflege ein wichtiger Bestandteil, schon der Erstkontakt bei Aufnahme erfolgt über die Pflege. Sowohl die Struktur des Hauses als auch die inhaltlichen Schwerpunkte prägen das Bild der Pflegekräfte. Daraus entwickeln sich Arbeitsprozesse, die einer ständigen Kontrolle zur Qualitätssicherung unterliegen. Das Krankenhaus hat 11 Stationen und eine Intermediate Care Station. Das Stationsteam besteht aus 2 Therapeuten (Arzt/

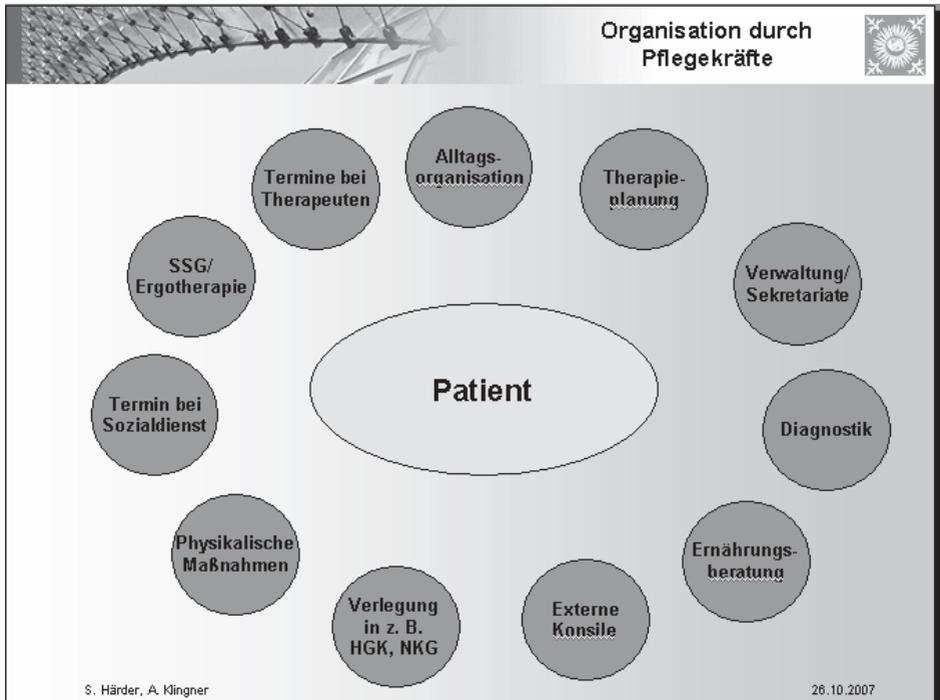


Psychologe) und einer Pflegekraft. 2 bzw. 3 Stationen bilden eine Sektion, diese wird jeweils vom CA oder OA geleitet. Der CA der Abteilung ist dieser Struktur übergeordnet. Die IC Station ist eine besondere Pflegeeinheit; hier wird im 3-Schichtsystem gearbeitet. Diese Station ist in der Einrichtung und dem Leistungsspektrum einem Akuthaus ähnlich. Hier können Patienten umfassender medizinisch versorgt werden und bleiben weiterhin im psychotherapeutischen Prozess integriert. Auf den Normalstationen ist die Station an den Wochentagen tagsüber von 7.00 – 15.00 Uhr mit einer Pflegekraft besetzt. Danach gibt es diensthabende Pflegekräfte, die hausübergreifend die Patientenversorgung übernehmen.

Im Rehabilitationsbereich ist die Struktur der Stationen identisch zum Krankenhaus. Eine Besonderheit gibt es auf Station R 3. Das Konzept der MBR (Medizinische - berufliche Rehabilitation/Phase II) hat den Auftrag, Patienten sozial und beruflich wieder einzugliedern.



Natürlich gibt es im pflegerischen Bereich wie in allen Kliniken viele administrative Aufgaben zu bewältigen. Neue Mitarbeiter stöhnen am Anfang über die Menge an administrativen Abläufen und der Vielfalt an therapeutischen Angeboten. Diese auch noch in einen vernünftigen Therapieplan (Stundenplan) individuell für jeden Patienten einzuarbeiten ist nicht einfach. Wie unsere langjährigen Mitarbeiter haben auch sie – relativ schnell – Therapiezeiten und Therapieangebote abgespeichert. Anhand der folgenden Folie sehen Sie das Spektrum der möglichen Schnittstellen während der Therapie:



Kommen wir nun zu dem wichtigen Punkt: der inhaltlichen Arbeit der Pflegekräfte.

Annahme des Patienten über den gesamten Aufenthalt

Der Patient kommt mit all seinen Problemen, Ängsten, Sorgen in diese große fremde Klinik. Sie können sich vorstellen, dass dieser Schritt für viele Patienten nicht einfach ist. Die Beziehungsaufnahme beginnt beim Erstkontakt, der Patient wird an der Rezeption von seiner zuständigen „Schwester“ bzw. seinem zuständigen „Pfleger“ abgeholt. Die Angehörigen dürfen ihn begleiten und sich das Zimmer ansehen. Wichtige Örtlichkeiten und entsprechende Untersuchungstermine werden ihm mitgeteilt.

Die Pflegekraft signalisiert: „Ich bin für Sie da, ich kümmere mich um Sie“. Auch für Angehörige ist das wichtig, denn sie geben einen lieben Menschen in unsere Obhut. Während des gesamten Aufenthaltes ist das Stationszimmer der Anlaufpunkt für Patienten. Ist das Zimmer besetzt, so können sie jederzeit Kontakt zur Schwester aufnehmen. Egal mit welchen Fragen oder Problemen der Patient zur Pflegekraft kommt: er wird angehört und ernst

genommen. Das Pflegepersonal sollte über eine gute soziale Kompetenz verfügen, die es ihnen ermöglicht, als Vorbild und Identifikationsfigur wirksam zu werden.

Integration in das multiprofessionelle Team

Anhand der Struktur habe ich Ihnen die Größe des Hauses gezeigt. Eine enge Zusammenarbeit ist auf den Stationen und den Sektionen gewährleistet. Rückmeldungen aus allen Bereichen (z.B. Pflege, SSG/Ergotherapie, Sozialpädagogen) über Therapieverlauf der einzelnen Patienten werden in den Sektionen besprochen. Aber auch für die diensthabenden Therapeuten und Pflegekräfte außerhalb der Therapiezeiten ist Information wichtig. Mündliche und schriftliche Übergaben auf der Pflegeebene und gemeinsam mit den Therapeuten erfolgen täglich zu festgesetzten Zeiten in beiden Bereichen. Für die Wochenendstruktur ist am Freitag ein Großteam. Dies ist ein Treffen aller Abteilungen zur Übergabe für das gesamte Haus. Problempatienten beider Bereiche, die eine Anbindung am Wochenende benötigen, werden hier vorgestellt.

Grenzlinie zwischen Therapie- und Realraum

Die Pflege arbeitet auf der Realebene. Was verstehen wir darunter? Die Pflegekraft als zentraler Anlaufpunkt kümmert sich um alle Belange der Patienten. Medikamentenausgabe/-einnahme, Vitalzeichenkontrolle, Labor, Verbände, Termine, usw. In Akutkliniken teilen die Patienten ihre Schmerzen und Ängste meistens den Pflegekräften am frühen Morgen „beim Betten“ mit. Pflegekräfte sind die ersten Ansprechpartner, vergleichbar die Brücke zum Arzt. In unserem Bereich ist es ähnlich. Die Patienten äußern offen ihre Gefühle, ihre Ängste und Probleme im Schwesternzimmer bei der Morgenroutine.

Als Beispiel:

- ▶ Sie würden ja gerne ihr Thema in der Gruppe ansprechen, aber sie trauen sich nicht.
- ▶ Sie haben sich über den Therapeuten geärgert, aber sie sagen es nicht dem Therapeuten, sondern der Schwester bzw. dem Pfleger.
- ▶ Sie sind unzufrieden, verärgert, können es jedoch nicht genau benennen.

Auf der Realebene motivieren wir den Patienten, sich in der Gruppe zu trauen, den Ärger beim Therapeuten direkt anzusprechen. Die Grenzlinie verwischt, wenn die Pflegekraft in einer stabilen Beziehung den Patienten z.B. fragt:

- ▶ Kennen Sie dieses „Sich-nicht-trauen“ aus ihrem Alltagsleben?
- ▶ Ärgern Sie sich oft über Mitmenschen und können diesen Ärger nicht direkt ansprechen?
- ▶ Hat die Unzufriedenheit etwas mit Ihrer momentanen Situation zu tun? Haben Sie sich über mich geärgert?

Wichtig ist: „Sich nicht einspannen“ zu lassen. Die Patienten sollen Verantwortung für sich übernehmen, nur so haben sie ein Erfolgserlebnis, lernen selbständig und unabhängig zu werden. Der Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollte oberstes Gebot für das Pflegepersonal sein – als Ausdruck ressourcenorientierter Arbeit. Die Dokumentation und die Rückmeldung dieser Gesprächsinhalte an das Therapeutenteam sind selbstverständlich.

Kommunikation

Kommunikation – eine elementare menschliche Eigenschaft – beinhaltet zwei Aspekte: einen aufnehmenden, das Zuhören, und einen weitergebenden Aspekt, das Sprechen. Allerdings gibt es auch eine nichtsprachliche Form der Kommunikation. Das vielsagende Schweigen, die Mimik, die Gestik – all das sind Kommunikationsformen. Der Psychotherapeut Paul Watzlawick schreibt zu Recht: „Es ist nicht möglich, nicht zu kommunizieren.“ Die Kommunikation ist in der Pflege ein wichtiges Element, Beziehung entsteht durch Kommunikation. Bei Aufnahme an der Rezeption mit dem ersten Blickkontakt beginnt Beziehung. Wir laufen nicht blind durch die Kuppel und das Haus, nein: Wir sehen die Patienten und kommunizieren mit ihnen und untereinander. Kommunikation ist abhängig von verschiedenen Einflussfaktoren. Hierzu gehören das Alter, die Kultur, in der jemand aufwächst, die Sprache und die Fähigkeit sich auszudrücken.

Therapeutisches Klima

Die Schaffung eines Klimas, in dem der Patient sich frei und unbesorgt fühlen kann, verstehen wir als wichtige Grundlage für den psychotherapeutischen Prozess. Patienten erzählen vertrauensvoll über existenzielle Ängste, familiäre Probleme, Erlebtes in den Therapiegruppen. Dabei spürt ein Patient, ob die Pflegekraft Verständnis zeigt und seine Gefühle respektiert. Die Empathie ist ein wichtiges Instrument bei der Herstellung eines therapeutischen Klimas auf der Station. Auch wenn ein Patient z. B. in kurzer Zeit mehrfach die gleichen Fragen an die Pflegekraft richtet, bekommt er stets eine höfliche adäquate Antwort. Eine funktionierende Beziehung zum Patienten in einem entsprechenden Klima auf Station schafft die Voraussetzung, dass sich der Patient in jeder Situation ernst- und angenommen fühlt. So ist es dann auch kein Problem, den Patienten zur Klärung ihm wichtiger Fragen auf

einen späteren Zeitpunkt zu vertrösten, wenn die Pflegekraft ihm derzeit nicht die uneingeschränkte Aufmerksamkeit widmen kann.

Qualitätssicherung

Aus der Verbindung der bereits erläuterten Strukturen des Hauses und den inhaltlichen Schwerpunkten lässt sich die Qualität der Arbeit ableiten. Die Sicherung einer hohen Qualität unserer Arbeit bedarf der ständigen Überprüfung und Weiterentwicklung. Die Pflegedokumentation wurde den fachlichen Besonderheiten unserer Klinik angepasst. Eine korrekte, hauseinheitliche und verständliche Dokumentation ist somit gewährleistet. In den hausspezifischen Pflegestandards stellen sich die fachlichen Besonderheiten unserer Klinik dar. Sämtliche relevanten Dokumentationen und Standards sind – für alle jederzeit nachlesbar im Intranet (PSK-Web) – abgespeichert. Regelmäßig werden diese Dokumente und Standards überprüft und ggf. aktualisiert.

Eine qualitativ hohe Arbeit in einer Fachklinik wie der unseren ist natürlich nur dann möglich, wenn man Routineabläufe ständig hinterfragt und regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilnimmt. In fortlaufend stattfindenden Balintgruppen für das Pflegepersonal und Supervisionen der Stationsarbeit werden wir einem Teilaspekt gerecht. Zusätzlich erfolgt regelmäßig eine hausinterne fachspezifische Fort- und Weiterbildung für das Pflegepersonal. Durch eine enge Vernetzung mit den Standortkliniken besteht ebenso die Möglichkeit, extern an den dortigen Fortbildungen teilzunehmen. Die in unserem Hause angebotene Fachweiterbildung versetzt die Teilnehmer in die Lage, den fachspezifischen Besonderheiten unseres Bereichs professionell gerecht zu werden.

Die Einarbeitung neuer Kollegen erfolgt über einen gewissen Zeitraum. Neue Mitarbeiter werden einem erfahrenen Kollegen, einem Mentor an die Hand gegeben. Eine sogenannte „Checkliste“ wird gemeinsam in der Einarbeitungsphase mit dem jeweiligen Mentor abgearbeitet. Die Checkliste umfasst alle wichtigen Kriterien der Einarbeitungsphase. Ein Nachweisheft für Fort- und Weiterbildung erhält jeder neue Mitarbeiter. Hier sind alle wichtigen Punkte der Einarbeitungsphase noch einmal zusammengefasst, die Nachweise der regelmäßig zu leistenden Schulungen und Einweisungen sowie die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden in diesem Heft dokumentiert. Eine Hinweisliste auf die in unserer Bibliothek vorhandenen und durch jeden Mitarbeiter auszuleihende Fachliteratur rundet dieses Nachweisheft ab.

Blick auf den Patienten

Abschließend möchte ich noch einmal auf unsere Patienten eingehen. Jeder Patient ist ein Individuum und bringt mit...

- ▶ seine Persönlichkeit
- ▶ seine Vergangenheit
- ▶ seine Probleme und Leiden
- ▶ seine Motivation zur Therapie
- ▶ seine Zukunftspläne

Wir erleben den Patienten zum Beispiel...

- ▶ ablehnend und zurückhaltend
- ▶ schweigsam und aggressiv
- ▶ traurig
- ▶ hoffnungslos
- ▶ ängstlich
- ▶ fordernd
- ▶ anklammernd

Im Verlauf der Therapie entwickelt er sich, und wir erleben ihn nun häufig als...

- ▶ neugierig
- ▶ distanziert zu seiner Ursprungsproblematik
- ▶ emotional authentisch
- ▶ nachdenklich
- ▶ offen aggressiv
- ▶ auch euphorisch

Mit Abschluss der Therapie wünschen wir uns den Patienten...

- ▶ motiviert für den Alltag
- ▶ stabilisiert
- ▶ lebensbejahend
- ▶ „lebendig“
- ▶ mit konkreten Vorstellungen für seine Zukunft

Fazit

Auftrag und Inhalt unserer Arbeit in der Psychosomatischen Klinik ist geprägt von ihrer Vielfaltigkeit. Sie erfordert Flexibilität, Sensibilität, Empathie, Struktur, hohes fachliches Wissen und Engagement sowie Kommunikationsbereitschaft.

Claudia Lutz:

Die Bezugspflege in einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Klinik

Bevor ich auf die Aufgabenstellung der Bezugspflege komme, möchte ich zunächst über den Begriff „Co-Therapeut“ berichten.

Welche Aufgabenverteilung nehmen Co-Therapeuten ein und welche Anforderungen ergeben sich daraus.

Co-Therapeuten sind alle Mitarbeiter in einem therapeutischen Team. Sie haben keine selbstständige therapeutische Funktion. In der Regel sind es Mitarbeiter aus medizinischen, pflegerischen Bereichen (Gesundheits-Krankenpfleger, Arzthelferin, Erzieherin) sowie Psychologiepraktikanten, die für einen begrenzten Zeitraum im Team mitarbeiten. In einigen Artikeln über Co-Therapie wird darauf hingewiesen, dass sich das Aufgabengebiet verschoben hat, von pflegerischen Aufgaben hin zur therapeutischen Assistenz. Obwohl begrenzte psychotherapeutische Aufgaben von Patienten wahrgenommen und auch in Anspruch genommen werden, haben Co-Therapeuten keine eigenständige psychotherapeutische Funktion innerhalb eines Teams. Sie arbeiten als Assistenz der Bezugstherapeuten/Arzt oder Psychologe und sind an bestimmte Aufgaben gebunden.

Aufgabenbereiche der Co-Therapie:

Neben der Bezugspflege sind die Co-Therapeuten die wichtigsten Ansprechpartner des Patienten.

Das Aufgabengebiet ist vielseitig und besteht aus:

- ▶ Inhaltlicher Mitarbeit
- ▶ Durchführung von verhaltenstherapeutischen Übungen
- ▶ Organisatorischen Aufgaben
- ▶ Versorgung der Patienten außerhalb der therapeutischen Dienstzeiten

Der therapeutische Bereich wird unterteilt in Einzel- und Gruppentherapie.

Zur Einzeltherapie gehören:

- ▶ Begleitung der Patienten in therapeutische Einzelgespräche (meistens zu Beginn der Therapie mit Bezugstherapeuten werden Behandlungsziele gemeinsam besprochen und danach umgesetzt)
- ▶ Partner- und Familiengespräche
- ▶ Co-Therapeuten Einzelgespräch (1-2x/Woche, 20 – 40 Minuten)
- ▶ Besprechung der Protokolle (Ess-, Schmerz, Symptomprotokolle)
- ▶ Tagesstruktur besprechen
- ▶ Einhaltung der Therapieplanung
- ▶ Entspannungsübungen
- ▶ Durchführung von Biofeedback
- ▶ Krisenintervention
- ▶ In vivo Übungen (Angst, Zwang)

Beispiel: Angstpatient

- ▶ Angsthierarchie wird mit Patienten erstellt
- ▶ Einübung von Bauchatmung – Realitätsbeschreibung – Körpercheck
- ▶ Die Übung wird mit dem Patienten dezidiert vorbesprochen
- ▶ Der Patient geht in die Situation, unter Anwendung der eingeübten Strategien mit co-therapeutischer Begleitung, bis die Angstsymptome abgeflacht sind
- ▶ Die Übung wird nachbesprochen und es werden weitere Übungsschritte geplant
- ▶ Verstärkung/Belohnung wird festgelegt

Zur Gruppentherapie gehören:

- ▶ Durchführung von Standardgruppen wie Selbstsicherheitstraining, Progressive Muskelentspannung, kleine Angstgruppe
- ▶ Mitwirkung bei themenzentrierten Gruppen
- ▶ Mitarbeit bei Einführungstraining (Fachklinik)

Organisatorische Aufgaben:

- ▶ Empfang und Einführung neuer Patienten
- ▶ Administrative Aufgaben (Aufnahme-, Entlassformalitäten, Labor, Kurvenausarbeitung etc.)
- ▶ Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- ▶ Bereitschaftsdienste (Fachklinik, Früh-, Spät-, Nachtdienst)

Kritische Konstellationen ergeben sich in der Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Co-Therapeut und Patient (Triade)

z. B.:

1. Wenn Patienten häufig Co-Therapeuten aufsuchen und neben Einzelgesprächen der Bezugstherapeutin eine zweite „Versorgungsebene“ herstellen
2. Spaltungsversuche, wenn kritische oder manipulative Themen anvertraut werden

Aus diesem Grund muss ein regelmäßiger Gesprächsaustausch zwischen Bezugs- und Co-Therapeuten stattfinden.

Um die anfallenden Probleme zu erkennen und zu beseitigen ist eine regelmäßige Teilnahme an Supervisionen wichtig, die sowohl im Reha- und stationären Bereich angeboten wird.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die co-therapeutische Arbeit ein großes Gebiet der Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapie umfasst, aus diesem Grund ist eine fundierte Ausbildung zu favorisieren und auch auszuführen.

Hinweis:

Institut für Fort-Weiterbildung in klinischer Verhaltensmedizin
Ausbildungsgang Verhaltenstherapie Co-Therapie

Literatur:

Zielke, Manfred
Handbuch der Verhaltenstherapie (1994)
461 -470, Beltz Verlag

Hartmut Remmers

Pflege in der Psychosomatik. Aktuelle Trends in der Pflegewissenschaft¹

Übersicht

1. Vorbemerkung: Zum Verhältnis von Psychosomatik und Pflegewissenschaft
2. Was ist und wozu Pflegewissenschaft?
3. Historische Entwicklung, gegenwärtiger Stand und Trends der Pflegewissenschaft in Deutschland
4. Psychosomatischer Kontext zweier pflegewissenschaftlicher Forschungsprojekte an der Universität Osnabrück
 - 4.1 Forschungsprojekt *Patientinnen mit Brustkrebs im peri-operativen Bereich der Primärtherapie: Belastungen und Krankheitsverarbeitung sowie Bedürfnisse gegenüber pflegerischer Betreuung*
 - 4.2 Forschungsprojekt *Interaktion zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen von Brustkrebspatientinnen im perioperativen Bereich – Möglichkeiten zur Stärkung der protektiven Funktion der Familie*
5. Weitere Perspektiven
6. Literatur

I. Vorbemerkung: Zum Verhältnis von Psychosomatik und Pflegewissenschaft

Sprechen wir über Psychosomatik, so empfiehlt sich eine Differenzierung auf zwei Ebenen: auf der einen Ebene wird gewissermaßen etwas Fundamentales angesprochen, das heißt eine bestimmte *Grundhaltung*, die sich in spezifischen, in jeweils umschreibbaren Situationen mobilisierungsfähigen Persönlichkeitsmerkmalen niederschlägt. Auf einer weiteren Ebene handelt es sich um eine, fachlich spezifischen Prinzipien geschuldete Ausdifferenzierung krankheitsbezogener Wissensbestände, die gleichsam den Korpus einer *medizinischen Spezialdisziplin* darstellen (vgl. Henningsen 2005). Auf beiden Ebenen scheinen sich interessante Anknüpfungspunkte zum einen an das Selbstverständnis der Pflege im Sinne einer *Grundhaltung*, zum anderen an eine dieser Grundhaltung zwar verpflichtete, ihr gegenüber jedoch „eigendynamisch“ verselbständigten Pflegewissenschaft zu ergeben.

¹ Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der Tagung „Der Stellenwert des Pflegeberufs in der Psychosomatik“ am 26.10.2007 in der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt / Saale .

Zunächst zum Thema *Spezialdisziplin*: Mit der Psychosomatik als medizinischem Fachgebiet teilt die Pflegewissenschaft ihren langen Kampf um akademische, institutionelle und gesellschaftliche Anerkennung. Dieser für die Psychosomatik in Deutschland weitgehend erfolgreich abgeschlossene Kampf um Anerkennung ist für die Pflegewissenschaft hierzulande noch keineswegs entschieden. Dies hat sicherlich auch darin seinen Grund, dass die Pflege sich - auch von einem inzwischen pflegewissenschaftlich gestützten - Aufgabenverständnis leiten lässt, das funktionell über den engeren klassisch-medizinischen Aufgabenkreis (traditionell: über Assistenzfunktionen) weit hinaus weist. Damit sind wir auch schon bei einem zweiten Aspekt: Psychosomatik als *Grundhaltung*. Zweifellos erwachsen der Pflege im Umkreis der Psychosomatik als Spezialdisziplin und Institution (akutmedizinisch-stationär; klinisch-rehabilitativ, ambulant) ganz spezifische, fachlich differenziert begründete Aufgaben. Näher besehen, scheint es sich bei diesen Aufgaben allerdings um besondere Ausprägungen dessen zu handeln, was laut einer Definition der American Nurses Association (ANA 2003)² gewissermaßen zum *Proprium* von Pflege und zum originären Konzept von Pflegewissenschaft gehört und zumindest vom systemischen Ansatz her sich mit einem nicht-dualistischen Konzept von Psychosomatik und ihrem Verständnis von Krankheiten im „Gestaltwandel des Lebens“ berührt. Gemeint ist der bereits von Victor von Weizsäcker erhobene Anspruch, organische Leiden durch „Dechiffrierung“ eines hinter diesen Leiden verborgenen „biographischen Sinns“ verstehbar zu machen (vgl. Weizsäcker von 1987a und b). Dieses Konzept erlaubt es beispielsweise – so später Thure von Uexküll – Krankheiten gewissermaßen als symbolische Stellvertreter für Konflikte zu deuten, die sich auf anderer, nämlich sozialer Ebene nicht lösen lassen (vgl. Uexküll von 1985). Vor dem Hintergrund spezieller Fragestellungen der Psychosomatik und der von ihr praktizierten therapeutischen Ansätze spielen pflegerische Interaktions- und Betreuungskonzepte, in denen es v.a. um Kommunikation sowohl auf verbaler als auch non-verbaler Ebene (der Berührung, der Gestik, der Bewegung, insbes. Ausdrucksbewegung) geht, eine wichtige Rolle im Sinne komplementärer Funktionen. Erinnerung sei daran, dass alle alltagsweltlich ausgerichteten Kommunikationen einen je individuell aktivierbaren Symbolgehalt besitzen, der von lebensgeschichtlich und somit auch therapeutisch großer Bedeutsamkeit ist. Nicht von Ungefähr hat man den Pflegeberuf als einen Kommunikations- und Berührungsberuf bezeichnet. Bei dieser Etikettierung ist gleichzeitig aber auch Vorsicht geboten. Unterschieden werden sollte nämlich zwischen Störungen resp. Krankheiten, bei denen eine körperbe-

² Im jüngsten sozialpolitischen Statement der ANA von 2003 zum Charakteristikum professioneller Pflege heißt es: „Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations“. <http://nursingworld.org/EspeciallyForYou/StudentNurses/WhatIsNursing.aspx> (abgerufen 29.01.2008)

zogene Zuwendung (auch therapeutic touch) sinnvoll und erwünscht ist, und solchen, bei denen therapeutische Neutralität angezeigt ist, bspw. bei Anorexia.³

Es erscheint sinnvoll, auf besondere Aufgaben und Anforderungen der Pflege im Kontext der Psychosomatik erst nach systematisch sowie historisch ausgerichteten Ausführungen zur Pflegewissenschaft ausführlicher einzugehen. Dies soll später am Beispiel zweier vom Autor geleiteter Forschungsprojekte illustriert werden.

2. Was ist und wozu überhaupt Pflegewissenschaft?

Ein historischer Rückblick zeigt uns, dass sich in Deutschland noch unlängst verschiedene Wissenschaften mit besonderen Fragen und Problemen der Pflege befasst haben. Die Etablierung von Pflegewissenschaft als eigenständige Wissenschaftsdisziplin reicht kaum mehr als 15-20 Jahre zurück. Sie ist ein Indikator für schon seit den 70er Jahren sich abzeichnende Professionalisierungsbestrebungen des Pflegeberufs, bei denen es sich in Deutschland im Vergleich mit dem europäischen und außereuropäischen Ausland um eine nachholende Modernisierung handelt (vgl. die Denkschriften der Robert Bosch Stiftung 1992 und 1996).

Die *Auslöser bzw. Anlässe für die Etablierung von Pflegewissenschaft* lassen sich wie folgt beschreiben:

(1) *Demographischer und epidemiologischer Wandel.* Zunehmende Alterung unserer Gesellschaft, einher gehend mit Veränderungen des Krankheitspanoramas, führen zu einem wachsenden Betreuungsbedarf v.a. von Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter mit chronisch-degenerativen Erkrankungen, Verwirrtheitszuständen und psychischen bzw. gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen.

(2) *Medizinischer Fortschritt.* Die über den stationären Versorgungssektor hinaus zunehmend auch im ambulanten Bereich (bspw. häusliche Versorgung beatmungspflichtiger Patienten) spürbaren Fortschritte moderner Medizintechnologien führen zu erhöhten Anforderungen an pflegerische Betreuungskonzepte. Sie schließen Verbesserungen der Situation und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen mit ein, die im Rahmen und nach Maßgabe einer kurativen Medizin erheblich erschwert sind.

(3) *Rehabilitation.* Wachsende rehabilitative Aufgaben des Pflegeberufs resultieren insbesondere aus der Zunahme von Erkrankungen des Herz-Kreislauf- und Atemwegsystems sowie bösartiger Neubildungen. Spezielle Herausforderungen der psychosomatischen

³ Die Wichtigkeit einer solchen Unterscheidung hat sich u.a. bestätigt durch Teilergebnisse einer vom Autor durchgeführten Pilotstudie: *Pflegerische Betreuung und Unterstützung von Patientinnen mit Brustkrebs im Bereich der Primärtherapie. Bestandsaufnahme und Einführung eines komplementären Interventionsangebots ‚Rhythmische Einreibungen‘. Förderung durch das Land Bremen 2000-2002.* Vgl. dazu auch den Bericht über die Forschungsliteratur bei Remmers (2001). - Zur Ätiologie und Therapie der Anorexia nervosa aus psychosomatischer Perspektive vgl. den Überblick bei Köhle, Simons & Jung (1998).

Rehabilitation ergeben sich aus einer Vielzahl somatoformer Störungen, Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen usw. mit weiterhin steigender Tendenz.

(4) *Ambulante Versorgung*: Die gesundheitspolitisch schlüssige Priorisierung dieses Bereichs erzeugt schon jetzt Wachstumseffekte für einen auf diesen Sektor spezialisierten privatwirtschaftlichen Dienstleistungsmarkt. Pflegerische Aufgaben ergeben sich des Weiteren aus einem zunehmenden Unterstützungs- und Beratungsbedarf pflegender Angehöriger:

2.1 Aufgaben der Pflegewissenschaft

Die daraus folgenden Aufgaben der Pflegewissenschaft lassen sich wie folgt auf zwei Zielebenen beschreiben.

2.1.1 Wissenschaftliche Entwicklungsziele

Bei den auf dieser Ebene anzusiedelnden Aufgaben der Pflegewissenschaft handelt es sich um die wissenschaftliche Analyse und Begründung problemlösungsorientierter praktischer Eingriffe. Dazu bedarf es

- (a) neuer, durch eigenständige empirische Forschung abzusichernder und fortzuentwickelnder Wissensbestände;
- (b) fortlaufender politischer Gestaltungsinitiativen, z.B. in Form der Verbesserung und Neuordnung beruflicher Aus- und Weiterbildungssysteme (Wissenstransfer-Systeme).

Erläuterungen

Zu (a): Gemessen am Stand der inzwischen weit verzweigten internationalen Pflegeforschung⁴ hat die deutsche Pflegeforschung einen erheblichen Aufholbedarf, wobei eine der wichtigsten Aufgaben darin besteht, den verfügbaren empirischen Erkenntnisstand systematisch zu erschließen und für die hiesige Diskussion aufzuarbeiten. Im Vergleich mit der anwendungsorientierten und klinischen Pflegeforschung (outcome-Analysen zur Entwicklung evidenzbasierter Versorgungskonzepte) ist zukünftig v.a. auch der Grundlagenforschung größere Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Schaeffer 1999).

Eine Aufgabe der Pflegewissenschaft besteht in der Ausbildung wissenschaftlich informierter, qualifizierter Experten mit Transferfunktion. Dabei sollte allerdings nicht unterschlagen werden, dass beruflich erfahrene Pflegekräfte über ein ganz besonderes, persön-

⁴ Es sei in diesem Zusammenhang über einen bloßen Ausschnitt wichtigster einschlägiger internationaler journals informiert: *International journal of mental health nursing*; *Journal of psychiatric and mental health nursing*; *Journal of nursing education*; *Journal for specialists in pediatric nursing*; *Palliative care research*; *Professional nursing today*; *Journal of community nursing*; *Nursing ethics*; *The internet journal of advanced nursing practice*; *International journal of nursing practice*; *Journal of nursing management*; *Journal of transcultural nursing*; *Journal of cardiovascular nursing*; *Journal of palliative care*; *Advances in nursing science*; *Journal of advanced nursing*; *Journal of nurse-midwifery*; *Nursing research*.

lich erworbenes, wissenschaftlich bisher nicht ausreichend untersuchtes Erfahrungswissen verfügen. Zu den Erfahrungsquellen gehören vorrangig praktisch differenzierte Beobachtungs- und Deutungsfähigkeiten. Eine wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem praktisch hoch bedeutsamen *intuitiven* Wissen (vgl. Büssing, Herbig & Ewert 2000; Büssing, Herbig & Latzel 2004)⁵ erfordert beispielsweise wahrnehmungspsychologische Untersuchungen und Erklärungen, wie sich praktisches Erfahrungswissen bildet, wann und wie es in besonderen Situationen ohne bewußte Reflexion, jedoch relativ urteilssicher abgerufen wird. Die wissenschaftlich-systematische Aufbereitung praktischen Erfahrungswissens zielt vor allem auf eine kontrollierte Überführung in pflegerische Ausbildungskonzepte.

Viel zu wenig Interesse haben - auch in der internationalen Pflegeforschung - besonders herausgehobene, man könnte auch sagen: originäre Merkmale von Pflege gefunden. Zu sprechen ist hier von Pflege als emotionsorientiertem Handeln. Auf dieses Themenfeld bezogene pflegewissenschaftliche Forschungen könnten in der Erkundung von Situationen bestehen, in denen Gefühle/Gefühlsäußerungen aktiviert werden; ferner in genaueren Untersuchungen spezifischer Belastungseigenschaften aktivierter Gefühle und des Umgang mit ihnen. Die Ziele entsprechender pflegewissenschaftlicher Forschungen liegen relativ klar auf der Hand: Vermittlung und Stärkung von Kompetenzen der Gefühlsregulation, der professionellen Balance zwischen Empathie, leiblicher Nähe und kontrollierter Rollendistanz. Eine herausgehobene Bedeutung ist der Regulation von Gefühlen insbesondere im Bereich der Psychosomatik, aber auch der Onkologie, zuzusprechen. Damit zusammenhängende *Belastungen des Pflegepersonals* sind bisher wenig umfassend und kaum systematisch untersucht worden.⁶ Auf der Grundlage teils literarisch anspruchsvoll verarbeiteter Erfahrungsberichte wurde in Osnabrück unlängst eine qualitative Untersuchung vorgenommen (vgl. Remmers, Busch & Hülsken-Giesler 2004).

Zu (b): Die Verbesserung beruflicher Aus- und Weiterbildungssysteme setzt umfassende Bildungs- und Qualifikationsforschung voraus. Eine ihrer leitenden Fragestellungen lautet: Wie kann Wissen in die berufliche Praxis überführt werden (Theorie-Praxis-Transfer) (vgl. Görres et al. 2002)? Ein Bestandteil solchermaßen ausgerichteter Qualifikationsforschung ist die Curriculums- und didaktische Forschung, in der es um die Gestaltungsfähigkeit von Lehr- und Lernprozessen geht (vgl. Fichtmüller & Walter 2007), sowie die Erforschung innovativer, beschäftigungsadäquater *und* persönlichkeitsbildender Qualifikationsprofile. Sämtliche Themenkomplexe einer pflegewissenschaftlichen Bildungsforschung sind Teil berufspolitischer Professionalisierungsstrategien.

⁵ Eine theoretische Auseinandersetzung mit Bedeutung und Funktion intuitiven Wissens jetzt bei Friesacher (2008:199ff).

⁶ Als wegweisend erwies sich die Studie von Herschbach (1991). Für den Bereich der onkologischen bzw. palliativen Krankenpflege vgl. Schröder, Schmutzer & Schröder (2000). Zum Bereich der Psychosomatischen Krankenpflege liegen bislang keine wissenschaftlich seriösen Belastungsstudien vor. Zum sehr weit gefassten Bereich der medizinischen Rehabilitation sollte die – immer noch sehr singular dastehende – Studie von Hotze (1997) Beachtung finden.

2.1.2 Praktische Qualifikationsziele von Pflegewissenschaft

Bei der Definition praktischer Qualifikationsziele von Pflegewissenschaft spielen zwei - nicht immer harmonisierende - Interessens- bzw. Bedürfnisperspektiven eine zentrale Rolle: die Perspektive professioneller Akteure und die der Patienten/Klienten.

(1) Professionelle Handlungskontrolle

Von ihren strukturellen Merkmalen her verlaufen pflegerische Arbeitsprozesse nicht-linear, wenig stetig und meist zirkulär; Beruflich Erfahrene wissen davon zu berichten, wie häufig sie den Eindruck haben, stets von Neuem anfangen zu müssen. Des Weiteren sind pflegerische Arbeitsprozesse gekennzeichnet durch spezifische Belastungsmerkmale wie: Ungewissheit (auf Grund biologischer ebenso wie sozialer Unwägbarkeiten), affektuelle Einflüsse, ständige Verfügbarkeit, Zeitdruck; damit zusammenhängende Probleme der professionellen Beherrschung und Regulation. Die qualifikatorischen Aufgaben und Leistungen der Pflegewissenschaft bestehen diesbezüglich wesentlich darin, Ansatzmöglichkeiten für eine elastischere Gestaltung beruflicher Rollen jenseits von Alltagsroutinen sowie für eine situationsadäquate professionelle Balancearbeit zwischen Distanz und Nähe, Hilfe und Empowerment aufzuzeigen.

(2) Technische Erfolgskontrolle

In steigendem Maße werden pflegerische Praktiken und Maßnahmen sowohl am Kriterium der Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen-Effizienz) als auch der physiologisch-therapeutischen Wirksamkeit (z.B. von Dekubitusprophylaxen, rehabilitativen Pflegekonzepten etwa bei Schlaganfallpatienten, Symptomanagement bei onkologischen Patienten) bemessen. Hier besteht ein wachsender Bedarf an outcome-Analysen mit dem Ziel der Effizienzsteigerung pflegerischer Maßnahmen. Eines der strategischen Ziele lautet dabei: Evidenzbasierte Pflege (Evidence-based Nursing).

(3) Strategische Erfolgskontrolle

Maßnahmen zur Verbesserung pflegerischer Effizienz greifen zu kurz, wenn nicht gleichzeitig Maßnahmen auf der Ebene der Organisation getroffen werden, beispielsweise eine interprofessionelle Aufgabenintegration. Ein qualifikatorischer Beitrag der Pflegewissenschaft besteht diesbezüglich in der Entwicklung und Erprobung strategischer Konzepte zur Vernetzung bedarfs- und bedürfnisadäquater Angebote, entsprechender Methoden eines institutionen- und sektorübergreifenden (stationär, ambulant) Qualitätsmanagements sowie der verbesserten Gesundheitssystemgestaltung.

(4) *Zuwachs an Lebensqualität/Wohlbefinden auf Seiten der Patienten/Klienten*

Eine (therapeutisch) übergeordnete Norm aller pflegewissenschaftlichen Aktivitäten besagt: Bei allen kurativen, unterstützenden, beratenden, rehabilitativen, präventiven und palliativen Maßnahmen von Pflege geht es in letzter Instanz darum, einen Zuwachs an Lebensqualität/Wohlbefinden auf Seiten des Patienten/Klienten zu erzielen. Diese Ziele lassen sich jeweils nur situationsspezifisch definieren und anstreben. Alle wissenschaftlich begründeten Maßnahmen verlangen die Akzeptanz der unmittelbar Betroffenen aus ihrer eigenen, persönlich gefärbten Deutungsperspektive. Dem selbstbestimmten Willen hilfsbedürftiger Personen kommt damit eine auch ethisch höchst bedeutsame Rolle zu.

2.2 Zwischenfazit

Pflegewissenschaft versteht sich als eine Antwort auf neue Anforderungen und gewandelte Aufgaben der Pflege unter gewachsenem Reform- und Innovationsdruck. Ihre Aufgaben bestehen darin, ein systematisches sowie situationsangemessenes Problemlösungswissen bereit zu stellen, ein differenziertes Pflegeverständnis zu entwickeln, auch um auf diesem Wege eine größere institutionelle Anerkennung von Autonomie im Sinne beruflicher Selbstkontrolle zu erzeugen. Das Ziel einer klinisch-empirisch arbeitenden Pflegewissenschaft besteht nicht nur in der Vermehrung von Wissen, sondern der Befähigung zu praktischer Urteils- und Handlungskompetenz.

3. Historische Entwicklung, gegenwärtiger Stand sowie Trends der Pflegewissenschaft in Deutschland

3.1 Historische Ausgangslage in Deutschland

Erste Versuche einer Entwicklung und Etablierung von Pflegewissenschaft fanden Ende des 19. Jahrhunderts auf Initiative eines Arztes an der Berliner Charité, *Mendelsohn*, unter der Bezeichnung: Hypurgie [gr./lat.??] statt. Obgleich etwa zeitgleich mit politischen Anstrengungen Virchows, an Berliner Kliniken die Ausbildung des Pflegepersonals (insbesondere der Diakonissen) wegen medizinisch gestiegener Anforderungen zu verbessern, blieben auch Mendelsohns Versuche wirkungslos. Eine erste epochale Chance der Etablierung von Pflegewissenschaft zeichnete sich dagegen in der Zeit unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkrieges ab. Die Initiative einer Akademisierung der Krankenpflege an der Universität Heidelberg ging maßgeblich zurück auf amerikanische Besatzungsoffiziere. Dieses innovative Projekt scheiterte aus mehreren Gründen: zum einen am Widerstand staatlicher und universitärer Institutionen, zum anderen aber am völligen Unverständnis der pflegerischen Berufsverbände.

Erst nach vier Jahrzehnten, auf dem Hintergrund unübersehbarer struktureller Versorgungsprobleme im Gesundheitssystem Ende der 80er Jahre (Stichwort: Pflegenotstand), konnte mit der Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland begonnen werden. Dieses konnte allerdings nur unter der Voraussetzung einer politisch gebündelten Qualifizierungsoffensive gemeinsam durch die Bundesministerien für Gesundheit sowie für Bildung und Forschung, durch den Wissenschaftsrat und durch den Ausschuss für Berufe des Gesundheitswesens der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder (1991) geschehen. Es folgte seit Anfang der 1990er Jahre, nachdem bereits 1987 die erste deutsche Professur für „Krankenpflege und Sozialwissenschaften“ an der Fachhochschule Osnabrück geschaffen worden war, in kürzesten Abständen die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge und Professuren an Universitäten und Fachhochschulen.

3.2 Exkurs: Internationale Entwicklungsgeschichte der Pflegewissenschaft am Beispiel der USA

Die erste Etappe dieser Geschichte lässt sich als Verberuflichung der Pflege in den USA, beginnend mit der Gründung der ersten Krankenpflegeschule durch die *Nurse Society of Philadelphia*, charakterisieren. Die Zahl an Krankenpflegeschulen mit einer damals 2-jährigen Ausbildung stieg seither kontinuierlich an (1880: 15, 1900: 400, 1910: mehr als 1100 Schulen).

Die zweite Etappe besteht sodann in einer *Akademisierung* von Ausbildungsgängen für Pflegeberufe, wobei das *Teachers College* an der *Columbia University/New York* mit Einrichtung eines Weiterbildungslehrgangs und der weltweit ersten Professur für Pflegewissenschaft 1899 eine führende Rolle übernommen hatte.⁷ Es folgte 1910 die Einrichtung einer speziellen Abteilung für Pflege und Gesundheit. Seit 1933 konnte hier der Doktorgrad (Ed.D.) für die Fachrichtung Nursing Education erworben werden, seit 1954 der Grad eines Ph.D. an der *University of Pittsburgh*. Begleitet wurden diese Entwicklungsprozesse durch mehrere staatliche Reports (1923, 1948, 1983), die stets aufs Neue für eine Akademisierung der pflegeberuflichen Ausbildung plädieren.

Die Bilanz sieht Ende 1980er Jahre folgendermaßen aus: Der berufliche Einstieg in die Pflegepraxis findet zu dieser Zeit zu 91% auf akademischem Niveau statt (i.d.R. vierjähriges Studium mit Bachelor-Abschluss). Hinzu kommen spezialisierende Master- und Promotionsstudiengänge, deren deklariertes Ziel in einem Kompetenz- und Autonomiezuwachs des Pflegeberufs besteht. 1982/83 werden 109 Master-Studiengänge gezählt; 1995 66 Promotionsstudiengänge (vgl. Wittneben 1995).

⁷ Zur Rolle des *Teachers College* an der *Columbia University/New York* vgl. die ältere, aber ausgezeichnete Studie von Christy (1969).

3.3 Gegenwärtiger Stand sowie Trends der Pflegewissenschaft in Deutschland

Es gibt gegenwärtig ca. 50-60 pflegebezogene Studienangebote, wobei neben den Fachhochschulen die Universitäten einen vergleichsweise kleinen Anteil verzeichnen. Es überwiegen manageriell orientierte Studiengänge (44,7%) sowie pädagogisch ausgerichtete Studienangebote (42,1%) deutlich gegenüber quasi-generalistisch ausgerichteten pflegewissenschaftlichen Studiengängen (13,2%) (vgl. Görres, Hinz, Krippner & Zerwas 2001; ähnliche Ergebnisse bei Kälble 2001).

In der pflegewissenschaftlichen Forschung dominieren die klinische Pflegeforschung und Versorgungsforschung. Dagegen ist die pflegewissenschaftliche Bildungsforschung (berufliche Bildung, Lehrerbildung) stark unterrepräsentiert. Einen begrüßenswerten An Schub hat die pflegewissenschaftliche Forschung in Deutschland durch vier vom BMBF finanzierte Forschungsverbände erhalten mit folgenden Forschungsschwerpunkten:

- ▶ Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen insbesondere bei demenzkranken Menschen (Verbund NRW, Universität Bielefeld),
- ▶ Wirkungen pflegerischer Interventionen zur Optimierung gesundheitsförderlicher rehabilitativer Pflege bei chronisch Pflegebedürftigen in kommunikativ schwierigen Situationen (Verbund Mitte-Süd, Universität Halle-Wittenberg),
- ▶ Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente (Verbund Nord, Universität Bremen),
- ▶ Gesundheitsförderung im Geburtsprozess (Hebammen-Forschungsverbund, Fachhochschule und Universität Osnabrück).⁸

4. Psychosomatischer Kontext zweier pflegewissenschaftlicher Forschungsprojekte an der Universität Osnabrück

Vor der Darstellung zweier klinischer Forschungsprojekte zunächst eine Feststellung von grundsätzlicher Bedeutung: Für eine genauere Bestimmung und Unterscheidung pflegerischer Aufgaben empfiehlt es sich zu klären, welche Perspektiven in der Psychosomatik je nach ursächlichem Befund eingenommen werden: entweder es handelt sich um funktionelle Störungen ohne ausreichende organpathologische Erklärung, die ursächlich einen psychischen (resp. sozialen) Konflikt vermuten lassen und von dieser Richtung her auch therapeutisch angegangen werden. Oder es handelt sich um psychische Begleit- bzw. Folgeerkrankungen bspw. bei einer traumatisierenden Krebserkrankung, die andere Erklärungen

⁸ Ein Überblick über pflegewissenschaftliche Forschungsverbände findet sich in der Zeitschrift *Pflege und Gesellschaft*, 10. Jg., 2005, Heft 1, S. 3-62.

und therapeutische Herangehensweisen verlangen. Die zuletzt genannte Perspektive erweist sich als zentral für die im Folgenden vorzustellenden Forschungsprojekte.

4.1 Forschungsprojekt *Patientinnen mit Brustkrebs im peri-operativen Bereich der Primärtherapie: Belastungen und Krankheitsverarbeitung sowie Bedürfnisse gegenüber pflegerischer Betreuung*

Diese Studie wurde für knapp 3 Jahre von der Deutschen Krebshilfe e.V. finanziert. Wichtig war uns, in Bezug auf die psychische Belastung der Erkrankung und die Krankheitsbewältigungsformen Daten aus unterschiedlichen Perspektiven zu erhalten. Bei dieser mehrdimensional angelegten Studie spielten auch die Bedürfnisse der Patientinnen gegenüber den betreuenden Pflegefachkräften eine wichtige Rolle. Darüber ist bisher wenig bekannt.

Unsere *Forschungsfragen* lauteten:

- ▶ Wie ist die Belastungssituation von Brustkrebspatientinnen während ihres Krankenhausaufenthalts charakterisiert?
- ▶ Wie bewältigen Brustkrebspatientinnen ihre Erkrankung während ihres Krankenhausaufenthalts?
- ▶ Welche Erwartungen und Bedürfnisse haben Brustkrebspatientinnen im Hinblick auf die sie betreuenden Krankenschwestern/-pfleger während des Krankenhausaufenthalts?
- ▶ Welche Differenzen und/oder Gemeinsamkeiten lassen sich zwischen den ermittelten Bewältigungsformen der Patientinnen und deren Einschätzung durch die betreuenden Krankenschwestern/-pfleger finden?

Forschungsdesign

Das Forschungsdesign sah qualitative, halbstrukturierte Interviews mit 12 Krankenschwestern in 3 nordwestdeutschen Frauenkliniken zu den von ihnen beobachteten Belastungen und Bewältigungsstrategien betroffener Frauen vor; ferner qualitative, halbstrukturierte Interviews mit 48 Brustkrebspatientinnen in zwei nordwestdeutschen Brustzentren sowie einen Fragebogen zur Krankheitsbewältigung («Berner Bewältigungsformen»: BEFO) in einer Selbst- und Fremdversion. Bei den BEFO handelt es sich um ein standardisiertes Einschätzungsinstrument, bestehend aus 30 Items, die auf drei Bewältigungsdimensionen verteilt sind: handlungsbezogen (mit 10 Items), kognitionsbezogen (mit 12 Items) und emotionsbezogen (mit 8 Items).

Es kam uns ganz wesentlich darauf an, die Situation der betroffenen Frauen aus zwei Perspektiven zu untersuchen. Im Hauptteil der Untersuchung standen die betroffenen Frauen selbst und ihre Einschätzungen, Wünsche und Bedürfnisse im Vordergrund. Ergänzend dazu wurden Krankenschwestern, die in Brustzentren für die pflegerische Begleitung und Bera-

tung der befragten Brustkrebspatientinnen zuständig waren, um ihre (Fremd-)Einschätzung gebeten. Dadurch sollte ein Zugang zu den Bewältigungsformen gefunden werden, die den Patientinnen selbst unbewusst sind.

Welche Patientinnen wurden befragt? Unseren Einschlusskriterien zufolge sollten sie

- (1) über ihre Krebserkrankung informiert sein,
- (2) keine neoadjuvanten Therapien erhalten haben,
- (3) einen Tumor ≤ 5 cm (Tumorstadium I-2) haben,
- (4) keine Fernmetastasen aufweisen,
- (5) die deutsche Sprache verstehen und sich darin ausdrücken können.

Es wurde vermutet, dass sowohl das Alter der Patientin, als auch die Art der durchgeführten Operation (brusterhaltende Therapie [BET] versus Mastektomie) einen Einfluss auf das Erleben und die Bedürfnisse haben könnten. Daher wurde eine möglichst gleiche Verteilung der Gesprächspartnerinnen auf vier Gruppen angestrebt: (a) junge (≤ 50 Jahre) Patientinnen mit BET, (b) junge Patientinnen mit Mastektomie, (c) ältere Patientinnen (≥ 51 Jahre) mit BET und (d) ältere Patientinnen mit Mastektomie. Pro Gruppe sollten Interviews mit 12 betroffenen Frauen stattfinden (Datensättigung). Die theoretischen Überlegungen zur Stichprobenziehung ließen sich in der Praxis jedoch nicht vollständig umsetzen, da vor allem junge Patientinnen durch eine neoadjuvante Chemotherapie vor einer Mastektomie bewahrt wurden. Die Gruppe der jungen, mastektomierten Patientinnen ist demnach kleiner als angestrebt ($n=6$).

Alle 42 in die Studie eingeschlossenen Patientinnen haben ihre Bewältigungsstrategien anhand der BEFO selbst eingeschätzt. Eine Fremdeinschätzung erfolgte durch die betreuenden Krankenschwestern (auf der Grundlage ihrer Erfahrungen und Beobachtungen im Umgang mit der Patientin) und durch die Forscherinnen (auf der Grundlage der Interviews) mittels BEFO. Zur möglichst übereinstimmenden Verwendung der Fremdratingversion erhielten die Forscherinnen und die Krankenschwestern eine Schulung.

Eingesetzt wurde ferner ein *Kurzfragebogen* zu soziodemografischen Daten der Patientinnen (Alter; Schulabschluss, Beruf, Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Kinder und andere Personen im Haushalt). Mit Einverständnis der Patientinnen wurden die Krankenakten mittels Checkliste (Operationsart, Tumorgröße, Lymphknotenbefall und Hormonrezeptorstatus) analysiert. Die Annahme war, dass auch das Ausmaß der Erkrankung und die daraus resultierende Therapie Einfluss auf das Erleben der betroffenen Frauen haben können.

Datenanalyse

Die *Auswertung der Interview-Daten* erfolgte in Form einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring. Die Analyse der Expertinneninterviews orientierte sich an den vorgegebenen Kategorien „Belastungen“ und „Bewältigungsstrategien“. Bei der inhalts-

analytischen Auswertung der Patientinneninterviews wurden die Kategorien „Belastungen“ und „Bedürfnisse“ zu Grunde gelegt. Interviewpassagen, in denen es um Bewältigungsstrategien ging, wurden mit Hilfe der BEFOs erfasst.

Die *Auswertung der BEFO-Selbst- und Fremdeinschätzung* erfolgte anhand deskriptiv- und inferenzstatistischer Verfahren. Die Analyse konzentrierte sich dabei vor allem auf die Ausprägung (Stärke) und die relative Häufigkeit der einzelnen Items in allen drei Einschätzungsvarianten (Selbsteinschätzung Patientin, Fremdeinschätzung durch Pflegekraft, Fremdeinschätzung durch Forscherin) sowie auf Unterschiede bzw. Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Einschätzungsperspektiven. Schließlich wurde noch der Zusammenhang der Copingstrategien mit den erhobenen soziodemografischen Variablen untersucht.

Ergebnisse⁹

Interviews mit 12 Krankenschwestern: Unter ihnen arbeiteten 5 Expertinnen in einem Brustzentrum, die übrigen auf gynäkologischen Abteilungen. Das Alter bewegte sich zwischen 23 und 55 Jahren (Median 37), die Berufserfahrung in der Betreuung von Patientinnen mit Brustkrebs zwischen 4 und 33 Jahren (Median 9). Eine Person verfügte über eine onkologische Fachweiterbildung, fünf über mindestens eine Fortbildung.

Aus Sicht der Pflegenden ist die *Belastungssituation* der Patientinnen im perioperativen Zeitraum durch folgende Merkmale geprägt:

- ▶ *Ungewissheit* in Bezug v.a. auf den noch unklaren Therapieverlauf und die Zukunftsperspektive. Die Patientinnen scheinen ständig auf irgendetwas zu warten;
- ▶ vielfältige Ängste vor weiteren Behandlungen und deren Folgen und Nebenwirkungen, vor gesellschaftlicher Stigmatisierung, vor dem Tod;
- ▶ *Sorgen* um Familie und Partnerschaft, die häufig größer zu sein scheinen als die Sorge um sich selbst.

Während der Akutversorgung (4 bis 6 Tage) befinden sich die Patientinnen in wechselnden Stimmungslagen mit verleugnendem und vermeidendem *Bewältigungsverhalten*. Sie reagieren mit innerem Rückzug, teils als Teilnahmslosigkeit, teils als übertriebener Humor. Pflegenden bereiten diese Verhaltensweisen zum Teil Probleme. Einige Frauen fordern fachliche Informationen ein, andere quälen sich mit Selbstbeschildigungen. Manche Frauen versuchen die Krankheit als Teil ihres Lebens anzunehmen.

Patientinnen-Interviews: Als *somatische Belastungen*, bedingt durch den operativen Eingriff und dessen Folgen, werden bekundet: Wundschmerzen, Übelkeit, Kreislaufprobleme, Schlafstörungen. Als belastend wird auch die Fülle weiterer Untersuchungen empfunden.

⁹ Ausführlicher, als an dieser Stelle möglich, haben wir uns in weiteren Publikationen zu verschiedensten Untersuchungsergebnissen geäußert. Vgl.: Holtgräwe, M., Pinkert, Chr. & Remmers, H. (2008c); Holtgräwe, M., Pinkert, Chr. & Remmers, H. (2008b); Pinkert, Chr., Holtgräwe, M. & Remmers, H. (2008a); Pinkert, Chr.; Holtgräwe, M. & Remmers, H. (2007).

Die *psychischen Belastungen* zeigen sich vor allem darin, dass sich die Patientinnen während ihres Krankenhaus-Aufenthaltes in einer Art Schockphase befinden. Verarbeitungsprozesse haben gerade erst begonnen. Auf Grund der Lebensbedrohlichkeit ihrer Erkrankung mit unsicherer Prognose dominieren *Zukunftsängste*. Ihre bisherige Lebensperspektive ist erschüttert, was sich in der stets wiederkehrenden Frage ausdrückt: „Wie geht es weiter?“ Hinzu kommen Ungewissheiten bzgl. des weiteren therapeutischen Vorgehens, besonders belastende Ängste vor drohender Chemotherapie und das als unerträglich empfundene ständige Warten auf den histologischen Befund. Zu diesen Ängsten gesellt sich gelegentliches Misstrauen gegenüber behandelnden Ärzten.

Nicht wenige Patientinnen zeigen sich in einem Zustand der *Traumatisierung*: Ihre bisherigen Gefühle der Unverwundbarkeit und Sicherheit sind durch die Diagnose radikal erschüttert worden. Darüber hinaus fühlen sich die Patientinnen buchstäblich überschwemmt von Gefühlen der Hilflosigkeit, des Überfordertseins, der Angst vor Autonomie-Verlust infolge der Operation.

Häufig führt der (teilweise) Verlust ihrer Brust zu einer *Veränderung des Selbstbildes* bei den Patientinnen, ausgedrückt in Besorgnissen um den Verlust ihrer Weiblichkeit und um negative Reaktionen in der Öffentlichkeit. Das *soziale Umfeld* ist eine weitere Quelle von Besorgnissen, zum Beispiel nicht mehr die gewohnte Rolle (als Mutter, Ehefrau, aber auch pflegende Angehörige) ausfüllen zu können, oder zu einer Belastung von Ehepartner oder Familie zu werden. Die Wahrnehmung, dass sich das weitere soziale Umfeld der Patientin von deren Erkrankung betroffen fühlt, wird als eine zusätzliche Belastung empfunden.

Bewältigungsstrategien

Die Ergebnisse der *Selbsteinschätzung* des eigenen Bewältigungsverhaltens (vgl. Tab. 1) zeigen, dass die Patientinnen alle Kräfte auf die möglichst erfolgreiche Behandlung zu konzentrieren scheinen.

Tabelle 1 Selbstrating Patientinnen / stärkste und häufigste Copingstrategien

Stärke*) (SD **)	Item	Häufigkeit % ***)
3,73 (0,7)	Passive Kooperation	100
3,73 (0,6)	Zupacken	100
3,54 (0,7)	Zuwendung	100
3,34 (1,1)	Optimismus	95,1
3,27 (0,9)	Akzeptieren/Stoizismus	97,6
3,27 (1,1)	Valorisieren (heldenhaft)	92,7
3,18 (1,0)	Ablenken	97,5

*) Mittelwerte **) SD = Standardabweichung

***) relative Häufigkeit von 1 (=gering) bis 4 (=sehr stark) zusammengefasst

Die Ergebnisse des *Fremdrating durch Pflegende* (vgl. Tab. 2) verweisen darauf, dass Altruismus und Solidarisieren hohe Ränge einnehmen, während sie in der Selbsteinschätzung der Patientinnen erst bei den weniger starken und weniger häufigen Copingstrategien in Erscheinung treten.

Tabelle 2 Fremdrating Pflegende / stärkste und häufigste Copingstrategien

Stärke*) (SD)**)	Item	Häufigkeit % ***)
2,44 (0,9)	Zuwendung	95,1
2,39 (1,0)	Passive Kooperation	92,7
2,32 (1,0)	Zupacken	95,1
2,21 (0,9)	Optimismus	94,9
2,07 (1,0)	Altruismus	95,1
2,05 (0,9)	Solidarisieren	95,0
1,83 (1,1)	Akzeptieren/Stoizismus	85,4

*) Mittelwerte

**) SD = Standardabweichung

***) relative Häufigkeit von 1 (=gering) bis 4 (=sehr stark) zusammengefasst

Zu einem bemerkenswert abweichenden Ergebnis kommt die Auswertung des *Fremdrating durch Forscherinnen* (vgl. Tab. 3). Nur hier finden sich verdrängende/verleugnende Strategien unter den häufigsten und stärksten Bewältigungsformen.

Tabelle 3 Fremdrating Forscherinnen / stärkste und häufigste Copingstrategien

Stärke*) (SD)**)	Item	Häufigkeit % ***)
2,31 (1,1)	Zuwendung	90,5
1,60 (1,4)	Zupacken	66,7
1,48 (1,4)	Passive Kooperation	59,5
1,36 (1,2)	Akzeptieren/Stoizismus	64,3
1,26 (1,4)	Dissimulieren (verheimlichen)	50,0
1,26 (1,3)	Solidarisieren	57,1
1,07 (1,4)	Isolieren/Unterdrücken	40,5w

*) Mittelwerte

**) SD = Standardabweichung

***) relative Häufigkeit von 1 (=gering) bis 4 (=sehr stark) zusammengefasst

Vergleich Selbsteinschätzung – Fremdeinschätzung

Es zeigen sich starke Übereinstimmungen der Fremdratings mit dem Selbstrating hinsichtlich der stärksten Bewältigungsformen (Rangfolgen). Demgegenüber sind Unterschiede darin zu erkennen, dass die Strategien „Valorisieren“ und „Ablenken“ nur von den Patientinnen zu den stärksten Strategien gezählt werden. „Altruismus“ ist lediglich in der Einschätzung der Pflegenden eine der stärksten und häufigsten Verarbeitungsformen. Und wiederum sind es nur die Forscherinnen, die die Strategien „Dissimulieren“ und „Isolieren/Unterdrücken“ als zwei der sieben stärksten Copingstrategien einschätzen.

Bedürfnisse der Patientinnen

Bedürfnisse der Patientinnen an die pflegerische Versorgung werden als Wünsche, positive Erwartungen und Wertvorstellungen ausgedrückt. Sie sind vielfältig und lassen sich auf drei Ebenen ausmachen: auf der *Beziehungs-, Problem- und Organisationsebene*.

Auf der *Ebene der Organisation* finden sich Wünsche an eine freundliche Stationsatmosphäre und an Rückzugsmöglichkeiten als Schutz vor Überforderung und Möglichkeit einer ungestörten Auseinandersetzung mit der Erkrankung.

Auf der *Problemebene* spielen sowohl Wünsche nach einer verlässlichen als auch nach einer fachlich korrekten Versorgung eine große Rolle. Die Patientinnen erwarten jederzeitige und prompte Unterstützung und Hilfe. Geschätzt wird eine kontinuierlich betreuende Bezugsperson, um Vertrauen und ein Gefühl von Sicherheit aufbauen zu können. Dazu gehört auch ausreichend Zeit. Gute fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten des Pflegepersonals werden als selbstverständlich vorausgesetzt. Sie umfassen: gutes Schmerzmanagement, Hilfe und Unterstützung bei körperlichen Einschränkungen, umfassende Information und Beratung. Eine gute Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen wird als wichtiger Faktor für eine qualifizierte und reibungslose Versorgung angesehen.

Auf der *Beziehungsebene* finden sich die meisten Wünsche und Bedürfnisse. Im Vordergrund stehen eine bedürfnisgerechte Kommunikation, die grundsätzliche Ansprechbarkeit und Gesprächsbereitschaft der Pflegefachkräfte. Diese beinhaltet aber auch die Fähigkeit, eine angemessene Gesprächsatmosphäre herzustellen. Dazu sollten die Pflegekräfte partnerschaftlich, offen, zugewandt und interessiert sein, doch auch emotionale Verbundenheit zeigen, um Beistand und Trost leisten zu können. Zur Minderung von Angst sind Humor, Ermutigung und Ablenkung häufig willkommen. Einfühlungsvermögen und Mitgefühl werden als menschliche Attribute des Pflegepersonals betrachtet und nicht als qualifizierende Bestandteile beruflicher Kompetenz.

Schlussfolgerungen für pflegerische Betreuungskonzepte – Anforderungen an ein Kompetenzprofil

Qualifikationsziele

Unsere Studienergebnisse sprechen für einen deutlich spezialisierten *Aufgabenzuschnitt* in Bezug auf die Beziehungsgestaltung, emotionale Unterstützung, Integration von Angehörigen.

Dazu benötigen Pflegende ein fundiertes Wissen über die Belastungssituation der Patientinnen und ihrer Familien, verschiedene Formen der Krankheitsverarbeitung, Bedürfnisse nach Unterstützung und Begleitung.

Anzuraten sind besondere *Schulungsmaßnahmen* für die Entwicklung von

(1) *Kommunikationskompetenz*, v.a. in Bezug auf heikle und belastende Themen wie Angst, Unsicherheit und Scham. Unsere Studienergebnisse besagen: Pflegende schätzen ihre Kommunikationsfähigkeiten als verbesserungsbedürftig ein; Patientinnen nehmen Pflegekräfte häufig nicht als Gesprächspartnerinnen für sensible Themen wahr.

(2) Fähigkeiten der *kritischen Reflexion* eigener Vorstellungen von „angemessener“ Krankheitsverarbeitung, aber auch des eigenen Belastungsempfindens angesichts kontinuierlicher Konfrontation mit lebensbedrohlich erkrankten Personen (Schutz vor Burnout). Dazu gehört die Fähigkeit, eigene Belastbarkeitsgrenzen zu erkennen und Möglichkeiten der Entlastung zu suchen.

Weiterer Qualifikationsbedarf ergibt sich aus wachsenden *Aufgaben der Information und Beratung/Edukation* angesichts verkürzter Verweildauer und fortdauernder Belastungen der betroffenen Frauen weit über den stationären Aufenthalt hinaus (edukative Angebote zum Selbstmanagement, Unterstützung der Patientin und ihrer Angehörigen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben und der Lebensgestaltung).

Strukturelle Veränderungen

Erwünschte Veränderungsprozesse unterliegen organisatorischen und kognitiven Einflussfaktoren. Innovationen sind nicht ausschließlich von einem durch wissenschaftliche Studien fundierten Wissen zu erwarten, sondern ebenso von einer durch praktische Erfahrung gewonnenen, kritisch zu reflektierenden klinischen Expertise, zu der auch die perspektivische Übernahme von Erwartungen und Erfahrungen der Patientinnen gehört. Veränderungen auf organisationaler Ebene setzen v.a. klare Rollenzuschreibungen und dezentralisierte Entscheidungsprozesse voraus. Die Etablierung von Brustzentren impliziert Maßnahmen zur Verbesserung multiprofessioneller Zusammenarbeit.

Konzeptentwicklung

Ergebnisse unserer Studie lassen konzeptionelle Entwicklungen in folgenden Interventionsbereichen besonders sinnvoll erscheinen:

- ▶ Interventionen zur Reduzierung von Ungewissheit
- ▶ Interventionen zur Entspannungsförderung
- ▶ Beratungskonzepte, die dem Informationswunsch der Patientinnen entgegenkommen
- ▶ Unterstützungsangebote, die systematisch Familienmitglieder in das Versorgungsge-
schehen mit einbeziehen.

Weitere Anregungen für die Pflegepraxis

Den Bedürfnissen der Patientinnen kann nur durch *personale Konstanz* entsprochen werden: Bezugspflege, Primary Nursing, berufsgruppenübergreifendes Case Management. Angesichts der Bedeutung einer schweren Erkrankung für die gesamte Familie ist das traditionelle Aufgabenverständnis von Pflege zu erweitern zugunsten einer stärkeren *Einbeziehung von bzw. Interaktion mit Angehörigen*. Konzepte einer familienorientierten Pflege.

4.2 Follow-up Studie Interaktion zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen von Brustkrebspatientinnen im perioperativen Bereich – Möglichkeiten zur Stärkung der protektiven Funktion der Familie

Die inzwischen genehmigte Follow-up Studie erstreckt sich über einen Untersuchungszeitraum von 18 Monate. Sie wird durch die Deutsche Krebshilfe e.V. finanziert.

Hintergrund: Für die Bewältigung einer Brustkrebserkrankung ist die emotionale Unterstützung durch das unmittelbare soziale Umfeld ein wesentlicher Faktor; Auf diese Anforderungen sind Familienmitglieder häufig nicht vorbereitet. Deshalb bedürfen sie selbst der Unterstützung. Bei mangelnder eigener Bewältigungskapazität besteht zudem die Gefahr, dass Angehörige zu einer Quelle zusätzlicher Besorgnisse und Belastungen für die Patientin werden.

Unseren bisherigen Untersuchungen zufolge sind sich Pflegefachpersonen der Rolle von Angehörigen bei der Krankheitsverarbeitung zwar bewusst. Sie beziehen diese während der chirurgischen Primärtherapie aber kaum in den Versorgungsprozess mit ein. Es wird vermutet, dass berufsbedingte Belastungen des Pflegepersonals sowie subjektive Nöte auf Seiten der Angehörigen ursächlich dafür sind. Weiterhin ist anzunehmen, dass Pflegekräfte der Einbeziehung von Angehörigen auch deshalb wenig Aufmerksamkeit schenken, weil der Versorgungsprozess fast ausnahmslos auf die erkrankte Person ausgerichtet ist. Damit bleiben Chancen der Prävention von Belastungsfolgen im familialen Kontext ungenutzt. Der Kürze halber fassen wir die explorativen und praktischen Ziele sowie das methodische Vorgehen knapp zusammen.

Explorative Ziele:

- ▶ Bedürfnisse der Angehörigen von Brustkrebspatientinnen nach emotionaler und informativer Unterstützung
- ▶ Erwartungen der Angehörigen an die Kommunikation mit Pflegefachkräften
- ▶ Wahrnehmung der Bedürfnisse von Angehörigen durch Pflegefachkräfte
- ▶ Ziele der Angehörigen-Pflegekraft-Interaktion
- ▶ Barrieren, Hemmnisse, Belastungen der Beziehungen zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen
- ▶ Faktoren, welche die Kontakte zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen erleichtern.

Praktische Ziele:

- ▶ Stärkung der Familien von Brustkrebspatientinnen in ihrer protektiven Funktion
- ▶ Verbesserung von Rehabilitations-Chancen der Patientinnen.
- ▶ Entwicklung zielgenauer, präventiv orientierter Unterstützungsangebote für Angehörige von Brustkrebspatientinnen
- ▶ Verbesserung der Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegefachkräften und Angehörigen
- ▶ Entwicklung eines speziellen Fortbildungsangebots für Pflegefachkräfte

Methodisches Vorgehen: Fragebogenerhebung, aus Perspektive der Angehörigen und der Pflegefachkräfte.

Netto-Stichprobengröße:

N=400 Angehörige von Brustkrebspatientinnen (Gelegenheitsstichprobe)

N=370 Pflegefachkräfte aus allen zertifizierten Brustzentren in Deutschland.

5. Weitere Perspektiven

Die Arbeitsgruppe Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück wird zukünftig neben pflegebezogener Coping-Forschung (Perspektiven: Patient, Professionelle) v.a. in der Qualifikationsforschung einen wichtigen Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Aktivitäten setzen, und zwar mit dem Ziel der Verbesserung beruflicher Kompetenzen. Solche Kompetenzen schließen die Befähigung zum Umgang mit schwierigen Situationen und zur Bewältigung beruflicher Belastungen mit ein.

Angesichts des demografischen und epidemiologischen Wandels wird die Pflege und mit ihr die Pflegewissenschaft vor große Herausforderungen gestellt. Zu erwarten ist, dass die pflegerische Langzeitbetreuung (bspw. bei zunehmenden hirnorganischen Erkrankungen wie Altersdemenz) sowie der ambulante Sektor eine wachsende Bedeutung gewinnt. Hier ist realistischerweise mit zukünftigen Wachstumsmärkten zu rechnen.

6. Literatur

- Büssing, A., Herbig, B. & Ewert, Th. (2000): Intuition als implizites Wissen. Bereicherung oder Gefahr für die Krankenpflege? In: *Pflege*. 13. Jg., Heft 5, S. 291-296.
- Büssing, A., Herbig, B. & Latzel, A. (2004): Implizite Theorien - Die Probleme der Gedankenökonomie. In: *Pflege*. 17. Jg., Heft 2, S. 113-122.
- Christy, T. E. (1969): *Cornerstone for Nursing Education. A History of the Division of Nursing Education of Teachers College, Columbia University, 1899-1947*. New York, Teachers College Press, Columbia University.
- Fichtmüller, F. & Walter, A. (2007): *Pflege lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress.
- Friesacher, H. (2008): *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Schriftenreihe Pflegewissenschaft und Pflegebildung, hrsg. v. H. Remmers, Bd. 2, Vandenhoeck & Ruprecht unipress, Universitätsverlag Osnabrück.
- Görres, S. et al. (Hrsg.) (2002): *Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege*. Bern u.a.: Huber
- Görres, S., Hinz, I. M., Krippner, A. & Zerwas, M. (2001): Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland. Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektiven. In: *Pflege*, 13. Jg., Heft 1, S. 33-41.
- Henningsen, P. (2005): Wo steht die Psychosomatik heute? Ein Überblick. In: *Dr. med. Mabase. Zeitschrift im Gesundheitswesen*. 30. Jg., Heft Jan./Feb. 2005, S. 31
- Herschbach, P. (1991): Streß im Krankenhaus – Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. In: *PPmP (Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie)*, 41. S. 176-186.
- Holtgräwe, M., Pinkert, Chr. & Remmers, H. (2008b): Coping bei Frauen mit Brustkrebs im perioperativen Bereich – Selbst- und Fremdeinschätzung. In: *Pflege*, 21. Jg. Heft 2 (im Druck).
- Holtgräwe, M., Pinkert, Chr. & Remmers, H. (2008c): Ungewissheit und Angst. Qualitative Untersuchung zu Belastungen von Brustkrebspatientinnen in stationärer Ersttherapie. In: *Pflegezeitschrift, Jg. ?* (im Druck).
- Hotze, E. (1997): *Pflege in der medizinischen Rehabilitation. Ein Beitrag zu beruflicher Identität und Professionalisierung in den Pflegeberufen*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Kälble, K. (2001): Bachelor und Master für gesundheitsbezogene Berufe - Neue Entwicklungen und Akkreditierung. In: *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 24. Jg., Heft 3, S. 67-73.
- Köhle, K., Simons, C. & Jung, K. (1998): Anorexia nervosa. In: In: Uexküll, Th. v. (1998): *Psychosomatische Medizin*. Hrsg. v. R. H. Adler u.a., 5. Neubearb. u. erw. Aufl. (Studienausgabe), München u.a.: Urban & Schwarzenberg, S. 599-615.

- Pinkert, Chr., Holtgräwe, M. & Remmers, H. (2008a): Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen nach pflegerischer Unterstützung während der stationären Erstbehandlung. In: *Pflege*, 21. Jg. Heft 1 (im Druck).
- Pinkert, Chr., Holtgräwe, M. & Remmers, H. (2007): Belastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Brustkrebs in der Phase der chirurgischen Primärtherapie – die Sicht der Pflegenden. In: *Pflege*, 20. Jg. Heft 2, S. 72-81.
- Remmers, H. (2001): Belastungs- und Verarbeitungsprobleme bei Patientinnen mit Brustkrebs – Anforderungen an pflegerische Betreuungs- und Unterstützungskonzepte. In: *Pflege*, 14. Jg. Heft 6, S. 367-376.
- Remmers, H., Busch, J. & Hülsken-Giesler, M. (2004): Berufliche Belastungen in der onkologischen Pflege. In: Henze, K.-H. & Piechotta, G. (Hrsg.): *Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags*. Mabuse: Frankfurt/M., S. 16-47
- Robert Bosch Stiftung (1992): *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. Gerlingen: Bleicher.
- Robert Bosch Stiftung (1996): *Pflegewissenschaft: Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis; Denkschrift. Materialien und Berichte 46*. Gerlingen: Bleicher.
- Schaeffer, D. (1999): Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: *Pflege*, 12. Jg., Heft 12, S. 141-152.
- Schaeffer, D. (2002): Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. In: *Pflege und Gesellschaft*, 7. Jg., Heft 3, S. 73-79
- Schröder, Chr., Schmutzer, G. & Schröder, H. (2000): Belastetheit und Belastungsbedingungen von onkologischen Palliativpflegekräften im zeitlichen Verlauf und im Vergleich mit konventioneller onkologischer Pflege. In: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 46, S. 18-34
- Uexküll, Th. von (1985) *Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der Somatischen Medizin*. In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik; Zeitschrift für Fort- und Weiterbildung*, Heft 30, S 95-103
- Weizsäcker, V. von (1987a): Grundfragen Medizinischer Anthropologie. In: Weizsäcker, V. von: *Gesammelte Schriften. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker C F von (Hrsg), Bd 7, Suhrkamp, Frankfurt/M, S 255-282*
- Weizsäcker, V. von (1987b) *Das Problem des Menschen in der Medizin. „Versuch einer neuen Medizin“*. In: Weizsäcker, V. von: *Gesammelte Schriften. Achilles, P., Janz, D., Schrenk, M., Weizsäcker, C. F. von (Hrsg), Bd 7, Suhrkamp, Frankfurt/M, S 366-371*
- Wittneben, K. (1995): Die Entwicklung der beruflichen und wissenschaftlichen Pflegeausbildung in den USA von 1872-1990. In: : Mischo-Kelling, M. & Wittneben, K. (Hrsg.) (1995): *Pflegebildung und Pflege-theorien*. München Wien Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 11-33.

Rudolf Maaser

Das Bad Neustädter Modell einer berufsbegleitenden Weiterbildung in Psychosomatik/Psychotherapeutischer Medizin für Krankenpflegekräfte

Die Pflegedienstweiterbildung für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin wird als zweijähriger Aufbaukurs angeboten. Neben der Wissensvermittlung soll vor allem durch Sensibilisierung für psychotherapeutische/psychosomatische Zusammenhänge das Selbst- und Rollenverständnis der einzelnen Weiterbildungsteilnehmer bzw. der gesamten Schwesterngruppe gefördert werden. Der Kurs vermittelt eine fundierte, systematische und in Nachweisen auch vorzeigbare Ausbildung, die die Schwester/den Krankenpfleger für den besonderen Umgang mit psychosomatischen Patienten qualifiziert. Die Schulung wird auf zwei Ebenen in das Gesamtkonzept der Klinik integriert. Als Grundlage dient die Einarbeitung und Anleitung für die praktische Tätigkeit als Stationschwester/-pfleger durch die Station bzw. Sektion, die einschließlich supervisorischer Kontrolle an die Verantwortung des jeweiligen Oberarztes/Leitenden Psychologen gebunden ist und die durch einen Tutor für jeden Weiterbildungskandidaten unterstützt wird. Zusätzlich werden für alle Teilnehmer eine fortlaufende Balintgruppe, eine fraktionierte Körperwahrnehmungsschulung sowie eine regelmäßige Theorieschulung durchgeführt, in denen die allgemeinen Grundlagen der tiefenpsychologischen und verhaltenstheoretischen Neurosenlehre und Psychosomatik (teilweise auch Psychiatrie) erarbeitet werden.

I. Ausbildungsangebot

Der Kurs ist formal in vier Semester gegliedert. Inhaltlich umfasst das Ausbildungsangebot drei Bereiche:

a) Selbsterfahrung/Supervision:

- ▶ Patientenzentrierte Fallbesprechung (Balintgruppe): Teilnahme an einer fortlaufenden Gruppe (1 Std. pro Woche in der Dienstzeit) einschließlich eigener Patientenvorstellung
- ▶ Körperwahrnehmungsschulung: Teilnahme an einer von unserer externen Supervisorin für körperbezogene Psychotherapie fraktionierte angebotenen Gruppe (außerhalb der Dienstzeit)
- ▶ Supervision der Stationsarbeit: Psychotherapeutisch/psychosomatisch relevante Abläufe des praktischen Umgangs mit den Patienten werden von der Pflegedienstleitung (oder dem jeweiligen Tutor) supervisorisch begleitet und nachbearbeitet.

- b) Theorie:
Regelmäßige Teilnahme an einer fortlaufenden Theorieschulung (1 Doppelstunde pro Woche außerhalb der Dienstzeit) einschließlich Protokollführung (siehe Curriculum)
- c) Praxis und Methodenlehre:
- ▶ 2 Jahre (4 Semester) praktische Stationsarbeit
 - ▶ Aktive Teilnahme
 - an patientenbezogenen Besprechungen auf der Teamebene unter Leitung des Chef-, Oberarztes/Ltd. Psychologen/Supervisors
 - an Visiten unter der Leitung des Chef-, Oberarztes/Ltd. Psychologen
 - an Supervisionen von laufenden Therapien (verbale und körperbezogene Gruppen, Fallbesprechungen)
 - ▶ Pflegeberichte unter der Betreuung eines Tutors: Alle Weiterbildungskandidaten erhalten einen persönlichen Tutor aus der Gruppe der Pflegekräfte, die die Fachweiterbildung schon abgeschlossen haben. Mit Hilfe der Tutoren fertigen die Kandidaten Pflegeberichte über einen ihrer Patienten an (Therapieverlauf über mindestens 3 Wochen). Inhalte des Pflegeberichtes sind neben der kurzen Skizzierung der Beschwerden und der daraus abzuleitenden Diagnose die Beschreibung des Ablaufs der Betreuung durch die/den Schwester/Pfleger. Die Auswahl des entsprechenden Patienten wird noch während des stationären Aufenthaltes an die Sektions- und Pflegedienstleitung weitergegeben, damit der Pflegebericht bzw. der Therapieverlauf des betreffenden Patienten in die Sektionsarbeit integriert werden kann. In diesem Sinne besprechen die Weiterbildungskandidaten (mündlicher Verlaufsbericht) in den Sektionen regelmäßig den Therapieverlauf ihres Patienten und berichten außerdem in der Nachbesprechung einer (Chefarzt-/Oberarzt-/Ltd.-Psychologen-)Visite über den Visitenverlauf bzw. ihre Verhaltensbeobachtung des betreffenden Patienten (mündlicher Visitenbericht). Die Pflegeberichte werden dann abschließend durch die Oberärzte auf Schlüssigkeit geprüft und durch die Pflegedienstleitung gesichtet und gewertet. (Die Tutoren bieten ihre Hilfe im Rahmen ihrer Dienstzeit an, der Zeitaufwand beträgt ca. 2 Stunden pro Monat pro Tutor).

2. Anforderungen/Nachweis

Jeder Teilnehmer führt ein eigenes Nachweisbuch. Es wird vom jeweiligen Chefarzt, Oberarzt, Supervisor oder Dozenten entsprechend abgezeichnet und von der Schulungsleitung nach jedem Semester abschließend kontrolliert. Im Einzelnen werden gefordert:

- ▶ Selbsterfahrung/Supervision
 - Balintgruppe 50 Stunden insgesamt
 - Körperwahrnehmungsschulung 20 Stunden insgesamt
 - Supervision der Stationsarbeit 2x pro Semester
- ▶ Theorie 120 Stunden insgesamt
- ▶ Praxis und Methodenlehre 100 Stunden insgesamt
 - Pflegebericht (schriftlich) 1 Patient pro Semester
 - mit Verlaufsbericht (mündlich) 2x pro Pflegebericht im Sektionsteam
 - mit Visitenbericht (mündlich) 1x pro Pflegebericht in der Visitenachbesprechung
- ▶ 4 Semestertestate (siehe Beispieltestfragen im Anhang)
- ▶ Abschlussarbeit (schriftlich, zu einem vorgegebenen Thema)
- ▶ Mündliche und schriftliche Abschlussprüfung

3. Prüfungsordnung

Jedes Semester wird mit einem Semestertestat abgeschlossen. Nach vier Semestern (vier bestandenen Semestertestaten) erfolgt eine Gesamtprüfung mit einem schriftlichen und einem mündlichen Teil. Nach bestandener Prüfung und nach Abgabe/Benotung der Abschlussarbeit erhält der Kursteilnehmer eine Gesamtbescheinigung. Sie enthält Anzahl und Inhalte der einzelnen Ausbildungseinheiten sowie eine Fortgangsnote jeweils für die Semestertestate und die Pflege-/Visitenberichte, die Note für die Abschlussarbeit, die Noten der mündliche und schriftlichen Abschlussprüfung und eine Gesamtnote.

4. Schulungsliteratur

- Elhardt, S. (1988): Tiefenpsychologie. Eine Einführung. Urban-Taschenbücher; Kohlhammer
- Ermann, M. (2004) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Kohlhammer
- Senf, W., Broda, M. (2005): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.

- Ayan, S. (2006): Dr. Freud oder Wie ich lernte, die Seele zu lieben. Gehirn und Geist 1-2/2006, S. 44-58 (Text wird zur Verfügung gestellt)
- Bauer, J. (2006): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Kap. 6: Synapsen, Nervenzellen – Netzwerke, Lebensstile und zwischenmenschliche Beziehungen (Text wird zur Verfügung gestellt)

Alle Bücher sind in der Klinik-Bibliothek und können ausgeliehen werden. In der Schulungsgruppe wird jeweils auf die entsprechenden Kapitel der Lehrbücher Bezug genommen.

5. Curriculum

Der Lernstoff wird in 11 Module untergliedert, die wiederum in verschiedene Themenbereiche aufgeteilt sind. Das ergibt insgesamt 35 Unterpunkte (=Themenbereiche). Wenn man wöchentlich von einer Doppelstunde (DS) Unterricht ausgeht, stehen im Wintersemester (ab Mitte September bis Februar) 18 DS, im Sommersemester (von März bis Juli) 16 DS durchschnittlich zur Verfügung.

1. Semester (18 DS)

- Modul I: Grundlagen der Tiefenpsychologie
Modul II: Grundlagen der Verhaltenstherapie
Modul III: Entwicklungspsychologie

2. Semester (16 DS)

- Modul IV: Allgemeine Neurosenlehre
Modul V: Psychodiagnostik
Modul VI: Allgemeine Psychosomatik

3. Semester (18 DS)

- Modul VII: Spezielle Neurosenlehre, tiefenpsychologisch/ verhaltenstherapeutisch
Modul VIII: Spezielle Psychosomatik, tiefenpsychologisch/ verhaltenstherapeutisch
Modul IX: Methodenlehre

4. Semester (16 DS)

Modul X: Problempatienten

Modul XI: Gesprächsführung

6. Schulkonferenz

Teilnehmer der Schulkonferenz sind die Chef- und Oberärzte, der Ltd. Psychologe, der Leiter für Interne Schulung sowie die Pflegedienstleitung. Die Schulkonferenz findet halbjährig statt und dient der Vor- bzw. der Nachbereitung des jeweiligen Semesters sowie der Entscheidung anstehender Benotungs- und Bewertungsfragen.

7. Anhang: Testfragen

Zur Veranschaulichung von Inhalt und Niveau der vermittelten theoretischen Ausbildung sei eine Auswahl an Testfragen beigefügt, die die Kursteilnehmer in den Tests zum Abschluss des ersten bzw. zweiten Semesters beantworten müssen.

Beispiele aus Grundlagen der Tiefenpsychologie (Modul I)

- ▶ Nach den Vorstellungen Freuds sind die meisten psychischen Vorgänge
 - a) bewusst
 - b) vorbewusst
 - c) unbewusstDie richtige Antwort ist c)

- ▶ Das topographische Modell Freuds besagt,
 - a) dass die Psyche in die drei Systeme des Bewussten, Vorbewussten und Unbewussten aufgegliedert ist
 - b) dass sich die Psyche in Bewusstes und Verdrängtes aufteilen lässt
 - c) dass die Psyche aus Ich, Über-Ich und Es bestehtDie richtige Antwort ist a)

► Das Ich-Ideal ist ein Bestandteil

- a) des Ichs
- b) des Über-Ichs
- c) des Es

Die richtige Antwort ist b)

Beispiele aus Grundlagen der Verhaltenstherapie (Modul I)

► Die klassische Formel für die Verhaltensanalyse besteht aus:

- a) S-O-R-C-K
- b) A-B-C-D-E
- c) S-R-C-O-K

Die richtige Antwort ist a)

► Ist eine negative Verstärkung

- a) die Anwendung einer negativen Konsequenz, z.B. eine disziplinarische Entlassung?
- b) die Entfernung einer negativen Konsequenz, z.B. die Herausnahme aus einer Gruppe, wenn ein Patient Angst vor der Gruppe hat?
- c) die Entfernung einer positiven Konsequenz, z.B. wenn bei einem Herzneurotiker kein weiteres EKG durchgeführt wird, obwohl er dies immer als beruhigend erlebt?

Die richtige Antwort ist b)

► Eine vollständige Verhaltensanalyse besteht aus zwei Ebenen:

- a) aus der Analyse der positiven und negativen Konsequenzen
- b) aus der Analyse des Spannungsaufbaus und Spannungsabbaus
- c) aus der horizontalen und der vertikalen Ebene

Die richtige Antwort ist c)

Beispiele aus Psychodiagnostik nach ICD-10 (Modul V)

- ▶ Bei einer schweren depressiven Episode (F 32.2)
 - a) hat der Patient in der Regel schon früher depressive Phasen gehabt
 - b) sind Suizidgedanken und -handlungen häufig
 - c) kommen auch ab und zu Halluzinationen vorDie richtige Antwort ist a)

- ▶ Bei einer generalisierten Angststörung (F 41.1)
 - a) ist die Angst anhaltend und nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt
 - b) hängt die Angst eindeutig von bestimmten Situationen ab
 - c) gibt es ganz selten eine organische oder vegetative BegleitsymptomatikDie richtige Antwort ist a)

- ▶ Der Diagnoseschlüssel F 50.0 bedeutet
 - a) Posttraumatische Belastungsstörung
 - b) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
 - c) Anorexia nervosaDie richtige Antwort ist c)

Christa Tamm

Die Ausbildung von Pflegekräften in der Psychosomatik an einer Krankenpflegeschule

in Kooperation mit der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

Unsere Krankenpflegeschule besteht seit 1952 als staatlich anerkannte Berufsfachschule und ist dem St. Elisabeth-Krankenhaus in Bad Kissingen angegliedert.

Außer der ambulanten Pflege und der Psychiatrie fanden alle praktischen Einsätze im St. Elisabeth-Krankenhaus statt.

Am 01.01.2004 übernahm das Rhön-Klinikum das Krankenhaus von der Kongregation der Elisabethinerinnen.

Unsere Schüler haben bis zu diesem Zeitpunkt den Psychatrieeinsatz in der Psychiatrischen Klinik in Werneck absolviert.

Seit Oktober 2004 existiert die Kooperation mit der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt.

Frau Haerder stellt zeitnah vor dem ersten Einsatz das Konzept der Klinik in der Klasse vor.

In enger Abstimmung mit ihr nimmt die Schule die Einsatzplanung vor.

Während des Einsatzes erstellen die Schüler einen Patientenbericht, dessen Benotung in die praktische Jahresnote einfließt.

Die Schüler sind auf der Krankenstation und in der Rehabilitation eingesetzt.

Sie nehmen an den Aktivitäten der SSG-Gruppen, der verbalen Gruppen, Tinnitus-Gruppe, Eutonie, u. a. teil.

In der Körperwahrnehmung können sie sich selbst beobachten.

Aufgrund des neuen Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurden die Praxiseinsätze **zeitgemäß** von der Akutversorgung auf die ambulante, rehabilitative und palliative Versorgung ausgedehnt.

Wir setzen die Schüler neben dem Rehabilitationsbereich hier in der Klinik auch in der Neurologischen Klinik ein.

Für unsere Schüler sind die Außeneinsätze eine Bereicherung in jeder Beziehung.

Zum einen lernen sie die fachspezifischen Besonderheiten kennen und zum anderen hilft es ihnen, die Entscheidung für ihr Arbeitsgebiet nach der Ausbildung zu treffen.

Das neue Krankenpflegegesetz wurde am 16.07.2003 verabschiedet und ist seit 01.01.2004 in Kraft.

Zunächst wurde die Berufsbezeichnung Krankenschwester/Krankenpfleger auf **Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger** geändert.

Die wichtigsten Neuerungen für die Ausbildung möchte ich dem vorherigen Gesetz von 1985 gegenüberstellen:

	1985	2003
Theorie:	1600 Stunden	2100 Stunden
Praxis:	3000 Stunden	2500 Stunden
Nachtdienst:	120-140 Stunden ab 2. Ausbildungsjahr	80-120 Stunden ab Ausbildungsmitte
Schriftl. Prüfung:	<p>1. Tag:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Krankenpflege 120 Min. * Berufs-, Staatsbürger- und Gesetzeskunde 60 Min. <p>2. Tag:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Krankheitslehre 120 Min. * Anatomie/Physiologie 60 Min. 	<p>1. Tag:</p> <p>Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten 120 Min.</p> <p>2. Tag:</p> <p>Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen u. auswerten 120 Min.</p> <p>3. Tag:</p> <p>Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten. 120 Min.</p>
Fehlzeiten:	60 Tage in drei Jahren	10 % Theorie und 10 % Praxis
Anrechnung von Schülern auf den Stellenplan:	7 : 1	9,5 : 1
Praxisanleitung:	Eine definierte Stundenzahl pro Woche und Schüler wurde über den Lehrpersonalzuschuss vergütet.	Die Einrichtungen der praktischen Ausbildung stellen die Praxisanleitung der Schüler durch geeignete Fachkräfte in einem angemessenen Verhältnis sicher. Nach zwei Jahren Berufserfahrung und einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation von mindestens 200 Stunden. Aufgabe der Lehrkräfte ist es die Schüler auch in der Praxis zu begleiten und die Praxisanleiter zu beraten.

2. Ausbildungsjahr

Gesundheits- und Krankenpflege
Lernfeld 4

Menschen mit Störungen der persönlichen Wahrnehmung pflegen

Dozenten: Anatomie u. Physiologie
 Psychiatrie
 Psychologie
 Krankenpflege

Lernziele:

Die SchülerInnen

- ▶ beschreiben Ursachen und Störungen der persönlichen Wahrnehmung
- ▶ kennen psychische Störungen und deren Auswirkungen in Abhängigkeit zum Lebensalter
- ▶ erfahren pflegetherapeutische Gruppen als wichtiges Instrument der pflegerischen Arbeit und arbeiten eng mit anderen Berufsgruppen zusammen
- ▶ unterstützen Pflegeempfänger bei medikamentösen und psychotherapeutischen Therapien
- ▶ fördern betroffene Menschen in der Bewältigung ihres Alltags und erkennen die Bedeutung der Hilfe zur Selbsthilfe, wobei sie deren Selbstbestimmungsrecht berücksichtigen

- ▶ wissen um stoffgebundene und nicht stoffgebundene Suchterkrankungen
- ▶ kennen Ursachen und Entwicklung von Suchterkrankungen
- ▶ nehmen Symptome psychischer und physischer Folgeerkrankungen wahr
- ▶ kommen zu einer Einschätzung der sozialen Veränderungen infolge der Sucht
- ▶ unterstützen Suchtkranke während des Entzugs
- ▶ wissen um Symptome und Komplikationen einer psychischen und physischen Entwöhnung

Evelyn Lathomus

Konzept der pflegerischen Betreuung von Patienten mit somatoformen Störungen

Begrüßung

Vorstellung

Wir haben eine Station mit 18 regulären und einem Not- bzw. 'Krisenbett'. Das Setting besteht aus Einzel- und vor allem Gruppentherapie. Therapeutische Leitung ist Fr. Dr. Subic-Wrana. Wir haben außerdem 3 Ärzte und Psychotherapeuten, jeweils halbtags eine Tanz- und Ausdruckstherapeutin, eine Gestaltungstherapeutin und eine Krankengymnastin.

Das Pflorgeteam umfasst 8,5 Stellen im Tag und Nachtdienst. Das Pflorgeteam hat nicht nur die normalen pflegerischen und administrativen Aufgaben zu erfüllen, sondern bietet darüber hinaus auch AT, PMR, Genussgruppe, Biofeedback, Boxsack, Schmerz- Symptom- oder Emotionstagebuch, Bezugspflegegespräche, Kriseninterventionen, verhaltenstherapeutische Einzeltrainings zur Behandlung von Angst oder Zwangsstörungen und die Stationsaktivität und psychoedukative Gruppen an.

Definition: Die somatoforme Störung

Dies sind Störungen mit wiederholter Darbietung körperlicher Symptome, die aber keine entsprechenden organischen Grundlagen haben. Charakteristisch ist die hartnäckige Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht ausreichend begründbar sind.

Untergruppen:

- ▶ Bei der **somatoformen Schmerzstörung** klagten die Patienten über seit längerer Zeit bestehende starke Schmerzen.
- ▶ Bei der **Somatisierungsstörung** bestehen viele wechselnde körperliche Beschwerden.
- ▶ Bei der **hypochondrischen oder dysmorphophoben** Störung sind die Patienten beharrlich damit beschäftigt, möglicherweise eine äußerst ernste Krankheit zu haben oder entstellt zu sein.
- ▶ Bei der **somatoformen autonomen Funktionsstörung** bestehen Beschwerden am autonom innervierten System

Die typische Vorgeschichte dieser Patienten zeigt lange, chronisch progrediente Verläufe. Die Symptome sind vielfältig, können praktisch jede Körperregion betreffen. Meist klagen die Patienten über Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Bauchschmerzen, Abgespanntheit, Konzentrationsschwierigkeiten usw. Die Patienten wechseln häufig die Ärzte und erhalten oft viele verschiedene, widersprüchliche, unbelegte Verlegenheitsdiagnosen. Diese Patienten haben oft das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Aus ihrem Umfeld hören sie oft: „stell dich nicht so an...“; oder: „das bildest du dir nur ein...“ etc. Sie fürchten, als Simulant angesehen zu werden und betreiben so die Suche nach der „körperlichen Diagnose“ umso drangvoller. Einige Patienten wären lieber ernsthaft körperlich krank anstatt als psychisch labil zu gelten. Es entsteht so ein tiefer Vertrauensverlust den Ärzten gegenüber und die Befürchtung, dass ihre Erkrankung sehr selten sei und daher noch unentdeckt. Mancher Behandler gerät so mit in Not und lässt sich zu unnötigen und sinnlosen Therapien oder gar Operationen hinreißen. In Folge werden die Patienten oft depressiv und isolieren sich von der Umwelt. Sie sind nicht selten früh- oder zeitberentet. Ihre Beschwerden sind keinesfalls „eingebildet“ oder gar „vorgetäuscht“.

Einweisungsmodus in unsere Klinik:

Nach der oft langen Odyssee durch das Gesundheitssystem wird den Patienten schließlich vorgeschlagen, sich psychosomatisch diagnostizieren und behandeln zu lassen. Der behandelnde Arzt überweist an unsere Poliklinik. Hier finden dann ambulante Gespräche statt. Dort erfährt der Patient, dass man Zeit für ihn hat, dass man ihn ernst nimmt und ihm ein völlig neues Krankheitsmodell erklärt.

Es folgt dann in der Regel der Vorschlag, dass er für eine ca. 2-wöchige Diagnostik oder für eine 4 bis 6-wöchige Therapie auf unsere Station aufgenommen werden kann. Immer häufiger kommen auch Patienten aus anderen Abteilungen der Uniklinik über unsere Konsilambulanz zu uns.

Pflegerischer Erstkontakt

Oft noch vor dem endgültigen Entschluss, sich stationär behandeln zu lassen, lädt der Therapeut der Poliklinik die Patienten dazu ein, sich einmal unverbindlich unsere Station anzusehen. Hier scheint sich oft die letzte Entscheidung anzubahnen. Gelingt es, die oft starke Skepsis zu relativieren, kann sich der Patient für die Therapie entscheiden.

Wenn es gelingt, in diesem Kontakt eine respektvolle, zugewandte Atmosphäre zu schaffen, hören wir oft hier schon von ihrem leidvollen Weg. Dies verlangt von den Pflegepersonen eine unmittelbare Präsenz und die Fähigkeit, sich spontan auf einen Menschen einzustellen. Die Bandbreite der Patienten reicht hier von äußerstem Misstrauen bis zu dem Wunsch der „letzten Rettung“.

Einführung des Patienten

Am Aufnahmetag kommen die meisten Patienten sehr aufgeregt zu uns, haben schlecht geschlafen oder schon einen weiten Weg hinter sich. erst müssen an der Pforte die üblichen Formalitäten erledigt werden. Durch die Abschiede von den Vorpatienten ist die Atmosphäre emotional aufgeladen. Kaum bringen wir die neuen Patienten auf ihr Zimmer, haben sie es mit den Blicken und Fragen der Mitpatienten zu tun. Stationsregeln. Ein Termin folgt auf den anderen. Dann das Mittagessen. 18 Menschen in einem Raum. Erst am Nachmittag gibt es die Möglichkeit, den Patienten in aller Ruhe den Therapieablauf zu erklären und die Station zu zeigen. Die Erfahrung zeigt, dass gerade diesem Kontakt eine besondere Bedeutung zukommt. Endlich hat jemand Zeit, aber jetzt wird es auch konkret. Ist das wieder nur förmliche Freundlichkeit oder doch ein vorbehaltloses Beziehungsangebot? Sind die Stationsregeln kompromisslose Einschränkung oder doch schützender Halt? Ist der individuelle Wunsch Störung oder Ansporn? Reagiert man auf die Skepsis mit Gelassenheit oder Rückzug? Ist das Interesse echt?

Manche Patienten sind von der Flut an Informationen und Eindrücken überfordert andere versuchen die Kontrolle zu behalten, indem sie möglichst schnell alles wissen und überblicken möchten.

Therapieplan

Gruppe/ ET
kurze Benennung der Therapiemodule
MZB

Bezugspflege

Bevor wir die Bezugspflege einführten, war letztlich jeder für jeden zuständig. Das konnte zur Folge haben, dass sich die aktiveren Patienten mehr in unsere Wahrnehmung drängen konnten und die stilleren Patienten weniger Aufmerksamkeit erhielten. Auch war kaum überschaubar, wer wie oft Kontakte zum Pflorgeteam hatte. Dies wiederum schaffte schnell den Eindruck, dass, wer am 'lautesten schreit', auch am meisten bekommt, was natürlich auch zur Regression verleitet, die man eigentlich aufgeben sollte.

Wir versuchen jedem neuen Patienten von Anfang an eine Bezugsperson an die Seite zu stellen. Sie soll zur Person des Vertrauens, erster Ansprechpartnern, verlässlichem Anker werden. Diese Gespräche finden regelmäßig, mindestens einmal in der Woche, meist öfter statt. Dort werden wir mit der Leidensgeschichte der Patienten, Ängsten und Nöten, letztlich allen Fragen des Lebens konfrontiert.

Beziehungsarbeit hat zum Ziel, einen geschützten Rahmen zu schaffen und den Patienten dabei zu unterstützen, Vertrauen zu gewinnen. Die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsmodells ist dabei das zentrale Thema. Dadurch bieten auch wir schnell eine Projektionsfläche für ihre negative Beziehungserwartung. Diese lässt sich aber im stationären Alltag unmittelbar überprüfend besprechen und verändern. In den Bezugspflegegesprächen müssen wir oft Konflikte auf Station, z.B. mit dem Zimmernachbar besprechen. Die Patienten können hier erfahren, dass Kritik oder gar ein Konflikt nicht wieder eine persönliche Entwertung darstellt und noch einen Beziehungsabbruch zu Folge hat. So unterstützen wir die Patienten darin, ihre Konflikte zu erkennen und zu bearbeiten. Mit der Erfahrung wertfreier Kritik fällt es ihnen dann auch leichter, ihre ungünstigen Konfliktbewältigungsstrategien zu erkennen und angemessenere Strategien zu entwickeln und auszuprobieren.

Gerade bei Patienten mit somatoformen Störungen finden wir oft ein hohes Maß an Fremd- und Selbstüberforderung, die bisher nicht in Frage gestellt wurde. Die hier eigentlich notwendige Abgrenzung wurde oft als scheinbar unlösbarer Konflikt verdrängt und leistete so Vorschub für die Somatisierung. In diesem Zusammenhang kann es sehr hilfreich sein, wenn die Bezugsperson zu den eigenen Fehlern und zu ihrer Begrenztheit steht. Die Wahrnehmung der Begrenztheit steht in Widerspruch zu den hohen Ansprüchen und führt so oft zu quälenden Insuffizienzgefühlen, die in der Somatisierung ihren Ausdruck finden. Die Patienten haben oft von Kindheit an einen Mangel an emotionaler Zuwendung, gnadenloser Strenge, Entwertung und Ausbeutung erfahren, die verinnerlicht wurde. Als Ersatz für die Zuwendung haben die Patienten aber auch manchmal Größengedanken wie „der Fleißigste, Tapferste, Bescheidenste“ zu sein. Dies infrage zu stellen ist oft sehr schwierig und verlangt ein hohes Maß an Feingefühl. Überforderung und Mangel darf nicht beklagt werden. Eine plötzliche Krankheit oder ein Unfall kann dann eine reale Entlastung darstellen, die das „Nein sagen“ unnötig macht. Die anfänglich natürlich realen Schmerzen und Einschränkungen chronifizieren dann oft, können unbewusst nicht aufgegeben werden.

Wir versuchen dann die Patienten zu ermutigen ihre Ressourcen wieder zu aktivieren. Dies gelingt aber nur, wenn die unbewussten Wünsche und Konflikte Anerkennung finden. Im besten Falle können wir zu einer Reflexion des bisherigen Lebenskonzeptes beitragen:

„ich muss etwas in meinem Leben ändern.“

Schmerztagebuch

In einem Vorgespräch werden die Patienten dazu angeregt, ein Schmerztagebuch zu führen. Es wird besprochen, zu welchen Zeiten es sinnvoll ist, etwas zu notieren und in welchem Umfang dies erfolgen sollte. Eine wohlwollende, motivierende Haltung der Pflegekraft ist gerade anfangs besonders wichtig, da diese Art des Herangehens den meisten Patienten völlig fremd ist.

Einige der Patienten lassen sich mit Hilfe der Anleitung durch die Pflege darauf ein, ein solches Schmerztagebuch zu führen. Es wird den Patienten zunächst erklärt, dass sie, wann immer sie Zeit dazu haben, folgende Punkte festhalten sollen:

- ▶ wann trat der Schmerz auf
- ▶ in welcher Situation trat der Schmerz auf
- ▶ wie hoch war die Symptomstärke (von 0 –10)
- ▶ welche Gedanken gingen mir in diesem Moment gerade durch den Kopf
- ▶ welche Gefühle hatte ich in dieser Situation

Durch diese recht strukturierte Art der Beschäftigung mit dem Symptom und der Begleit-situation fühlen sich die Patienten zunächst dort abgeholt, wo sie stehen, nämlich in ihrem körperlichen Empfinden. Dies wird meist als sehr entlastend erlebt, da die Patienten sich mit ihren Beschwerden ernst genommen fühlen. Im weiteren Verlauf gelingt es dann oft recht gut, am konkreten Beispiel Zusammenhänge zu erarbeiten zwischen dem Schmerzerleben und den mit der Situation verbundenen Gedanken und Gefühlen. Diese werden den Patienten oft erst durch das genaue Notieren ins Bewusstsein gerufen und können dann im gemeinsamen Gespräch an Bedeutung gewinnen. Die Patienten werden zu einer differenzierteren Wahrnehmung ihrer Verhaltensweisen, ihrer Körperempfindungen, ihrer Gedanken und Gefühle angeregt und lernen somit quasi automatisch, sie gemeinsam zu betrachten. Dadurch wird eine Brücke geschlagen zwischen körperlichem Schmerz und inneren Vorgängen, psychischem Leid und Konflikten. Auf dieser Grundlage kann dann zunehmend das innere Erleben ins Zentrum der Therapie gerückt werden. Häufig zeigt sich, dass der Schmerz auftritt, wenn in Situationen Gefühle von Ärger, Wut und Hilflosigkeit entstehen und unterdrückt werden. Dies ist für die Patienten anfangs oft schwer nachzuvollziehen und wird lange verleugnet. Gerade in besonders belastenden Situationen, die mit einer Verstärkung der Schmerzen einhergehen, „vergessen“ die Patienten häufig, ihre Einträge zu machen. Gerade diesen Situationen sollte dann besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, auf sie sollte besonders fokussiert werden! Dann kann der Patient schließlich nach und nach zum Experten in eigener Sache werden.

Entspannungsmethoden

AT

PMR

Progressive Muskelrelaxation- Muskelentspannung nach Jakobson

Diese hinreichend bekannte Entspannungsmethode wird auch regelmäßig vom Pflgeeteam angeboten. Sie ist gerade für Patienten mit somatoformen Störungen besonders geeignet. Wir versuchen die Patienten zu motivieren, es in ihr Repertoire der Selbstfürsorge zu übernehmen. Dies steht oft im Widerstreit mit ihren bisherigen Erfahrungen und der Erwartungshaltung: „nichts hilft!“ Wir müssen auch oft über die anfängliche Durststrecke hinweghelfen, wenn es nur marginale Fortschritte gibt. Manchem sehr forschenden Patienten erscheint diese Methode zu sanft. Hier treffen wir auf die gerade für Schmerzpatienten typische Einstellung, dass man sich für den Erfolg sehr anstrengen müsse. So kann es passieren, dass der Patient durch andere Ereignisse oder innere Vorgänge derart abglenkt oder demotiviert ist, dass er eigentlich an der jetzigen Sitzung nicht teilnehmen möchte, sein gewöhnlich starkes 'ÜberIch' ihm dies aber verbietet. So kann es auch einmal hilfreich sein, ihm anzubieten, sich nicht selbst dazu zu zwingen.

Mit Biofeedback haben wir die Möglichkeit, dem Patienten in wenigen Einzelsitzungen die Offensichtlichkeit und Massivität psychosomatischer Zusammenhänge und die Fehlbewertung körperlicher Symptome zu verdeutlichen. Durch das Gerät werden dem Patienten in optischer oder akustischer Form die aktuellen Verlaufswerte verschiedener biometrischer Signale dargeboten und es wird übend versucht, diese zu beeinflussen. Bei Symptomen, die Verspannungen zur Ursache haben können wir diese sichtbar und in ihrer Stärke bewertbar machen. Auch lassen sich die starken körperlichen Veränderungen bei Stress unmittelbar verdeutlichen. Für die Therapiemotivation von Schmerzpatienten kann dies sehr hilfreich sein, weil ihnen oft niemand zuvor ein nachvollziehbares, plausibles und gesichtswahrendes Bild ihrer Krankheit angeboten hat. Weiter können wir die Effektivität seiner Entspannungs Bemühungen durch das Feedback steigern – schlicht weil er sieht was er macht. Probleme bei dieser Methode können durch das Klischee des Lügendetektors entstehen, wenn Vorbehalte gegen die Apparatedizin bestehen, oder wenn die Patienten auch mit Stress auf die Aufgabe, zu entspannen, reagieren. Diese Probleme lassen sich aber schnell relativieren.

Genussgruppe

Seit einiger Zeit gibt es bei uns eine sog. Genussgruppe, die wir 4 bis 6 ausgesuchten Patienten anbieten. Das Konzept dieser Gruppe ist an die „kleine Schule des Genießens“ der Verhaltenstherapeutin Eva Koppenhöfer angelehnt. In vier eineinhalbstündigen Gruppenstunden wird vertieft auf die Aspekte Sehen – Schauen, Farbwahrnehmung, Riechen-Schmecken, Tasten-Fühlen usw. eingegangen. Es wird versucht, die innere Haltung der Achtsamkeit zu vermitteln und zu üben. Bei Schmerzpatienten fällt hier auf, dass sie in ihrer Selbsteinschätzung eher der Meinung sind, etwas Hartes-Kaltes täte ihnen gut. Stattdessen erfahren sie hier aber genau das Gegenteil von sich. Ebenso haben sie oft Schwierigkeiten, sich ganz auf nur einen einzigen Sinn zu konzentrieren. Rigidität und Verzicht bekommt ein Gegengewicht. Gerade Tasten und Fühlen wird zur unerwarteten Selbsterfahrung. Es stellen sich oft starke ´alte- frühe´ Gefühle ein die bisher in einem anderen Rahmen noch abgewehrt werden mussten. Das Thema Sehnsüchte und Wünsche kommt gewissermaßen auf leisen Pfoten daher:

Stressfilm

In einer psychoedukativen Sitzung zeigen wir gerade Patienten mit somatoformen Störungen einen Film, in dem die Normalität starker körperlicher Reaktionen auf Stress deutlich wird; auch werden die unterschiedlichen Auswirkungen der verschiedenen Reaktionsmuster erörtert. Hier kann erkannt werden, dass Aushalten, sich nicht wehren oder abgrenzen sehr negative Folgen haben kann.

Sozialkompetenz-Gruppe

Diese Gruppe wird in unserer Klinik für die unterschiedlichsten Patientengruppen angeboten, vorwiegend für Patienten mit frühen Störungen wie Borderline Patienten, aber auch Patienten mit somatoformen Störungen nehmen teil. An dieser einmal mal pro Woche stattfindenden Gruppe nehmen in der Regel ein Psychologe, eine Pflegekraft und 4-6 Pat. teil. Es werden vorgegebene Situationen im Rollenspiel durchgegangen, die Situation wird mit einer Videokamera aufgenommen und dann im Anschluss in der Gruppe besprochen. Es handelt sich z.B. um Rollenspiele zu den Themen

- ▶ wie kann ich“ nein“ sagen
- ▶ wie kann ich eine andere Person um etwas bitten
- ▶ wie kann ich auf meiner Meinung bestehen und mich durchsetzen

und anderes mehr:

Durch die Videoaufzeichnung haben die Patienten Gelegenheit, sich selbst in für sie schwierigen Situationen zu beobachten, Rückmeldung von den anderen Gruppenmitgliedern zu bekommen (wodurch manche Fehlwahrnehmung korrigiert werden kann – und meist akzeptieren die Patienten solche Rückmeldungen besser, wenn sie von Mitpatienten geäußert werden, als wenn der Psychologe oder die Pflegekraft dasselbe sagen) und neue Verhaltensweisen im geschützten Rahmen auszuprobieren und zu üben. Außerdem ist so das Lernen am Modell spielerisch möglich

Stationsaktivität

Hierunter verstehen wir eine gemeinsame Aktivität aller Patienten innerhalb der Station (Innenaktivität) oder als sog. Außenaktivität außerhalb der Klinik, die alle 14 Tage stattfindet. Es kann sich um einen Ausflug in die Umgebung handeln, um einen Spielenachmittag, gemeinsames Kochen oder Backen oder eine kreativ- handwerkliche oder sportliche Betätigung. Die Aktivität wird mit allen Patienten gemeinsam im Rahmen des Stationsgespräches vorbesprochen:

Es wird geplant, was gemacht wird und wer sich um die Vorbereitungen kümmert. Die Gruppe soll also gemeinsam aktiv werden, einzelne müssen sich dazu bereit erklären, Verantwortung zu übernehmen, damit die Aktivität überhaupt zustande kommen kann. Alle müssen sich „zusammenraufen“ und sich auf ein gemeinsames Ziel festlegen; alle müssen also Kompromissbereitschaft zeigen und sich in gewissen Grenzen an die Gruppe anpassen. Bei der Durchführung geht es für alle wiederum darum, gemeinsam zum Gelingen beizutragen, sich anzupassen aber gleichzeitig auch die eigenen Grenzen wahrzunehmen und zu beachten. Jeder Patient kann für sich seine eigene Belastbarkeit erproben. Die Patienten können sich gegenseitig unterstützen und üben, Hilfe durch andere anzunehmen. Während der Aktivität können die Pflegekräfte oft typische Konflikte beobachten und müssen ggf. lenkend eingreifen, damit es nicht zu Eskalationen kommt. Es entsteht dabei häufig eine spannende Gruppendynamik, die für die Therapie hilfreiche Beobachtungen ermöglicht.

Für die Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen geht es in diesem Rahmen vor allem darum, sich als Mitglied der Gruppe zu erleben und die Erfahrung zu machen, dass sie durch den Schmerz doch gar nicht so stark eingeschränkt sind, wie sie dies bisher immer angenommen haben. Es geht darum, Neues auszuprobieren und neue Erfahrungen zuzulassen, evtl. neue Interessen zu wecken, evtl. sogar Spaß zu haben – trotz des Schmerzes!

In der Nachbesprechung können aufgetretene Probleme und Konflikte benannt und besprochen werden, es kann Kritik und Lob geäußert werden und es wird wiederum ein Austausch untereinander angeregt.

Boxsack

Bei der Auseinandersetzung mit somatoformen Störungen kommt es unausweichlich zur Konfrontation mit Wut und Aggression. Diese Gefühle sind oft durch Gehorsam, Unwertgefühle, der Angst vor Kontrollverlust und Bestrafung oder gar Gewalterfahrungen tief verdrängt. Sie mussten mit äußerster Anstrengung unterdrückt werden und haben durch diese Anspannung zur Verstärkung der Symptome beigetragen. So macht die unmittelbare Auseinandersetzung mit der Wut im höchsten Maße Sinn.

Zunächst bietet die 'Arbeit' am Boxsack die einfache Möglichkeit der Spannungsabfuhr. Dies sollte aber nie ohne Begleitung geschehen da sich hier schnell heftigste Gefühle einstellen können, die des Schutzes, der Akzeptanz oder der Relativierung bedürfen. Die Patienten sind aber auch oft sehr skeptisch und zurückhaltend, haben Angst das Gesicht/die Kontrolle zu verlieren. Andererseits bietet sich hier auch die Möglichkeit, die Ohnmacht aufzugeben und sich seiner Macht gewahr zu werden. Oft sind sich die Patienten auch ihrer Wut bewusst haben aber durch die lange Beherrschung unsägliche Phantasien dazu, was passieren könne, wenn sie die Kontrolle aufgäben. Hier ist die Realitätsüberprüfung zum Beispiel in einem Rollenspiel sehr entlastend. „Ich habe gestritten, mich gewehrt, bin aber nicht schuldig geworden.“ Es kann sehr anrührend sein, einen gebeugt depressiven Patienten zu beobachten, der sich während einer Boxsacksitzung 'aufrichtet'. Die begleitende Pflegeperson sollte unbedingt eine reflektierte klare Einstellung zu ihrer eigenen Wut haben.

Pflegerische Rolle/ Identität

Auf unserer Station arbeiten viele Pflegekräfte schon sehr lange (weit über 10 oder sogar 20 Jahre). Dies zeigt sicherlich, dass uns die Arbeit immer noch und immer wieder sehr viel Spaß macht. In dieser Situation sind wir aber auch immer wieder froh über Wind durch neu junge Kollegen.

Eine fortwährende Hilfe bei der Selbstreflexion und aus unserer Sicht unabdingbar sind die Supervisionen, um eine Basis zu haben, sich über schwierige Patienten und Situationen auszutauschen, sich gegenseitig Unterstützung zuteil werden zu lassen und auch einen relativierenden Blick von außen zu gewährleisten. In diesem Rahmen werden auch immer wieder Konflikte innerhalb des Teams angesprochen, um diese möglichst zu klären und aus der Welt zu schaffen, um sich dadurch nicht auch noch zu belasten. Der enge Kontakt zu den Patienten im Rahmen der Stationsarbeit stellt nämlich in Anbetracht der oft sehr leidvollen Lebensgeschichten der Pat. und des Konfliktpotentials aufseiten der Pat. allein schon eine sehr große Belastung dar. So gilt es, die Übertragungen der Patienten und die eigenen Gegenübertragungsgefühle auszuhalten, die Idealisierungen und Entwertungen, immer wieder möglichst vorurteilsfrei mitzuschwingen, sich aber dennoch noch ausreichend abzugrenzen.

Hier seien die Begriffe „Helfersyndrom“ und „Burn out“ nur kurz erwähnt. Jeder von uns bringt sich mit seiner eigenen Person und seinen persönlichen Grenzen, Schwächen und Stärken ein und dies wird von allen mitgetragen, sowohl von den eigenen Kollegen, als auch von den Therapeuten. Mit diesen besteht ebenfalls ein regelmäßiger Austausch in Teambesprechungen und in kürzeren oder längeren Gesprächen unter vier (oder mehr) Augen. Und auch diesen Austausch erleben wir alle als sehr hilfreich und bereichernd. Eine enge Abstimmung kann helfen, den Therapieprozess so effektiv wie möglich zu gestalten, und den Pat. die bestmögliche Therapie im vorgegebenen Rahmen zuteil werden zu lassen.

E. Lathomus, Stationsleitung
T. Klein, Krankenpfleger
Psychosomatik Uni-Klinik Mainz
10/2007

Lothar Schattenburg

Die Beteiligung des Pflegepersonals am Training sozialer Kompetenzen (GSK) mit einem Videobeispiel

Workshop auf der Pflergetagung 10-2007 Rhön-Klinikum/Bad Neustadt

Im Workshop wird zunächst eine Zusammenfassung gegeben, wie das Gruppentraining sozialer Kompetenzen in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt – Abt. für Rehabilitation konzipiert wurde. Fragen der Supervision im GSK werden fokussiert. Dann wird eine videografierte Stunde mit einem Rollenspiel gezeigt. Die Patienten hatten ihr Einverständnis gegeben, dass diese Stunde für Fortbildungszwecke gezeigt werden darf.

Das Konzept des GSK

Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) wird geleitet von Pflegekräften und findet zwei Mal in der Woche statt à 50 Minuten. Dieses wird in der Regel hinter der Scheibe vom Ltd. Psychologen und der PDL supervidiert und dann mit der Leitung des GSK und den Kollegen, die zusätzlich hinter der Scheibe saßen, nachbesprochen. Es handelt sich um eine halb-offene Gruppe mit 10/11 Patienten. Die Bezugstherapeuten bekommen eine schriftliche Zusammenfassung für die Krankenakte. Begonnen haben wir mit der Schulung des Pflegepersonals im GSK Anfang 2003, mit der praktischen Umsetzung im September 2003. Ausgangspunkt der Schulung war das Manual von Hinsch und Pfungsten (2002) zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen, von dem wir uns dann gelöst und unseren eigenen Stil gefunden haben, den wir hier vorstellen wollen.

Viele Studien (s. Hinsch & Pfungsten, 2002, S. 92ff.) haben gezeigt, dass das GSK bei einer Vielfalt von psychischen Störungen erfolgreich helfen kann wie bei: Angststörungen, Depressionen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Phobien usw. Legen wir die 4 Wirkfaktoren der Psychotherapie von Grawe zu Grunde (Ressourcenaktivierung, Problemaktivierung, Unterstützung bei der Bewältigung und Motivklärung), so setzt das verhaltenstherapeutisch orientierte GSK relativ schnell bei der Ressourcenaktivierung und der Problembewältigung an. Die Motivklärung ist traditionsgemäß eine Domäne der Tiefenpsychologie. Im Workshop wurde betont, dass das GSK kein Wundermittel ist, sondern eine Methode mit einer ganz spezifischen, somit auch eingeschränkten Vorgehensweise. Das GSK wird sinnvoll durch andere Methoden ergänzt (z.B. durch verbale Gruppe und Körperwahrnehmung).

Beim GSK geht es um das Training **sozial angemessenen Verhaltens** und nicht um ein Ellbogen-Verhalten. Im Vordergrund steht das Trainieren **sozialer Kompetenzen** wie: Legitimes Recht durchsetzen (z.B. ein kaltes Essen zurückgeben, ein Kleidungsstück umtauschen), Unterscheiden-Können zwischen selbstsicherem, aggressivem und unsicherem Verhalten, sozial angemessen Nein-Sagen, Kritik üben, um Sympathie werben, Gefühle äußern und Gefühle erkennen, Einfühlungsvermögen zeigen, Aufnahme von Kontakten, ausreichend laute Stimme, verständliches Sprechen, Kritik äußern und Kritik annehmen, sich entschuldigen, Konflikte benennen und konstruktiv entschärfen usw.

Diese sozialen Kompetenzen werden durch mannigfaltige Faktoren gehemmt, u.a. durch ungünstige Selbstgespräche („Ich schaffe das nie!“) und durch ungünstige Selbstbewertungen („Wenn ich jetzt den kalten Fisch zurückgebe, dann bin ich ja unfreundlich und ich möchte gar nicht unfreundlich sein!“). Das GSK fokussiert sowohl auf das beobachtbare Verhalten (Stimme, Gestik usw.) als auch auf die verdeckten ungünstigen Selbstgespräche und Selbstbewertungen.

Eröffnung des GSK

Die Gruppe wird von einer Pflegekraft oder von zwei Pflegekräften geleitet. Im letzten Fall wird vorher abgemacht, wer die Leitung bzw. Co-Leitung in der Gruppe übernimmt. Die Leitung beginnt die Stunde mit folgender Eröffnung: „Hinter der Supervisions-scheibe sitzen Kollegen, die vor allem uns (i.e. Pflegepersonal) supervidieren. Dies dient dem kollegialen Austausch. Wenn jemand von Ihnen Schwierigkeiten damit hat, kann er jetzt gerne in den Nebenraum gehen und schauen, wer dort sitzt.“ Oft stellt sich der Ltd. Psychologe auch in der Gruppe vor, bevor er hinter die Scheibe geht. Nur ganz selten gibt es Schwierigkeiten mit dieser Supervisionsanordnung. Sollte dennoch ein Patient mit dieser Supervisions-situation große Schwierigkeiten haben, kann er auch von der Gruppe befreit werden.

Die Leitung vermittelt zu Beginn der Stunde, dass beim GSK das **Training** im Vordergrund steht auf einer verhaltenstherapeutischen Grundlage, während die verbale Gruppe eher tiefenpsychologisch arbeitet. Die Trainingsinhalte werden nicht – wie bei Hinsch und Pfingsten – nach einem Modul abgearbeitet, sondern fokussieren auf die konkreten Probleme des Patienten. In unserem Konzept werden in der Regel auch keine Übungen zwischen den Stunden abgemacht, sondern es geht um die Übungen innerhalb der Stunde. Leitung und Patienten überlegen sich gemeinsam, was trainiert werden kann (z.B. ein Gespräch zwischen Mutter und Tochter). Die Leitung erläutert den Patienten das therapeutische Prozedere. Der Patient muss den Sinn der Übung erkennen. Kein Patient darf zu einer Übung gezwungen werden – diese ist freiwillig! Die Kunst bzw. die Schwierigkeit für die Leitung des GSK besteht darin, den Schwierigkeitsgrad der Übungen auf die Möglichkeiten

und die Belastbarkeit der Patienten abzustimmen. Dies bedeutet kontinuierliche Supervision und viel Erfahrung. Auf Grund des definierten Übungscharakters des GSK muss die Gefahr von Misserfolgen mit berücksichtigt werden. In unserem Konzept arbeiten wir mit realen Situationen (z.B. Mutter-Tochter-Konflikt), nicht mit künstlichen Situationen (z.B. sich im Schuhladen 50 Paar Schuhe zeigen lassen in dem Wissen, dass man sowieso keine kauft). Derartige künstliche Situationen, mit denen oft in den Anfängen des Selbstsicherheitstrainings gearbeitet wurden, erachten wir als unethisch.

Die Durchführung der Rollenspiele

Jede Sitzung besteht nun in unserem Konzept aus zwei Rollenspielen zum gleichen Thema mit dem gleichen Patienten und den gleichen Trainingspartnern, um einen Trainingseffekt zu erzielen. Es wird ein Patient gesucht, der ein Thema spielen möchte und ein Patient, der die Partnerrolle übernimmt. Das Rollenspiel kann auch mit mehreren Patienten bestritten werden. **1. Durchgang des Rollenspiels:** dann werden zunächst die Patienten, die das Rollenspiel durchgeführt haben, gefragt, wie es ihnen geht. Dann Nachbesprechung in der Gruppe mit dem Fokus, was gut gelaufen ist. Dann werden Anregungen gesammelt, was besser gemacht werden kann. Dann kommt der **2. Durchgang des Rollenspiels:** Frage, wie es den Darstellern mit der Übung erging. Konnten die Anregungen aufgegriffen werden? Nachbesprechung in der Gruppe mit dem Fokus der Verstärkung. Die Leitung der Gruppe achtet darauf, dass die Mitpatienten bei der Spiegelung eine „gute“ Dosis einhalten, i.e. nicht zu streng und nicht zu gewährend sind. Die Übung soll im 2. Durchgang im Schwierigkeitsgrad leicht zunehmen, den Patienten aber nicht überfordern. Der 2. Durchgang sollte mit einem Erfolgserlebnis enden. Ist der Trainingspartner im 2. Durchlauf zu fordernd, schreitet die Leitung ein und gibt „Regieanweisung“, im Rollenspiel nachgiebiger zu werden. Erfolg wird verstärkt, Misserfolg empathisch aufgefangen. Die Leitung kann auch bei Bedarf beim 2. Durchgang dem Patienten beispringen, sich hinter oder neben den Patienten stellen und einen Formulierungsvorschlag machen. Es wird darauf geachtet, dass zwei Rollenspiele in einer Sitzung à 50 Minuten durchgeführt werden. Dies setzt eine entsprechende Strukturierungsfähigkeit bei der Leitung voraus, die trainiert werden muss.

Vier Schwierigkeiten bei der Durchführung

1) Patienten sagen oft bei der Abmachung des Rollenspiels, dass sie keine Schauspieler sind, dass man die Situationen sowieso nicht nachspielen kann usw. Dann hat sich bewährt zu betonen, dass es auch gar nicht um die „genaue“ Wiedergabe der Situation geht, sondern darum, in der jetzigen Stunde eine **Anforderungssituation** herzustellen, in der man trainieren kann. Der Verweis auf die Erfahrung, dass die Patienten durch das Rollenspiel gefordert werden, ist hilfreich.

2) Oft gibt es Stunden, in denen sich niemand findet, der ein Rollenspiel machen möchte. Die Rollenspiele sind – wie oben betont – freiwillig. Dann kann die Leitung einen Vorschlag machen. Beispiel: Stationsrunde spielen und ein Patient muss die Stationsrunde leiten. Kärtchen werden mit den Rollen verteilt (z.B. Patient, der die Stationsrunde leitet). Vorteil: alle Patienten werden integriert. Oder die Leitung schlägt folgendes Rollenspiel vor: 5 Patienten sitzen in einem Zugabteil und ein 6. Patient fragt nach dem freien Platz, den die Mitpatienten nicht hergeben wollen. Ferner hat sich eine Stunde „Themensammlung“ bewährt. Die Gruppenleitung verteilt Zettel, auf denen die Patienten ihre persönlichen Themen aufschreiben. Dann liest jeder seine Notizen vor, aus denen sich dann für die nächste Stunde ein Rollenspiel ergibt. Mit diesen Übungen haben wir gute Erfahrungen gemacht.

3) Eine andere Schwierigkeit besteht darin, dass das GSK aus verschiedenen Gründen, die hier nicht diskutiert werden können, in eine verbale Gruppe abgleitet, weil ein Patient im Moment so belastet ist, dass er erst einmal über sich sprechen möchte usw. Dann kommt es sehr auf das Geschick der Gruppenleitung an, dies auch erst einmal zuzulassen, empathisch darauf einzugehen und dann die Kurve zu den Rollenspielen zu bekommen. In so einem Fall kann das 2. Rollenspiel auch einmal in die nächste Stunde mit hinüber genommen werden. Sollte das GSK einmal in eine VG (verbale Gruppe) abgleiten, was eher selten vorkommt, ist das auch nicht schlimm. In einer solchen Situation wird der Bezugstherapeut zeitnah informiert.

4) Eine weitere Schwierigkeit bei der Nachbesprechung der Rollenspiele liegt darin, dass die Leitung und die Mitpatienten nach unserer Erfahrung schneller auf das beobachtbare Verhalten fokussieren als auf das verdeckte Verhalten wie Selbstgespräche und Selbstbewertungen (s. oben). Dies ist leicht verständlich, weil natürlich die Stimme oder die Sitzhaltung besser zugänglich sind. Dennoch dürfen die verdeckten Gedanken nicht übergangen werden, weil diese oft das inkompetente Verhalten am Leben halten. Diese Schwierigkeit bedarf in der Supervision ein besonderes Augenmerk. Angemessen schnell die verdeckten ungünstigen Gedanken zu erkennen und bei der Nachbesprechung der Rollenspiele zu fokussieren ist eine anspruchsvolle Intervention und bedarf der Supervision.

Videodemonstration

Nach dem Vorstellen unseres Konzeptes wurde ein in unserer Klinik mit dem Pflegepersonal hergestelltes Video gezeigt mit folgendem Rollenspiel: In einem Restaurant ein kaltes Essen zurückgeben, wobei der „Kellner“ es der Patientin schwer machen soll bei der Zurückgabe des Essens.

Diskussion und Fazit

Fragen nach der Fortbildung und Supervision des Pflegepersonals im GSK wurden gestellt. Unser Konzept und das Videobeispiel wurden ferner diskutiert und kommentiert. Im Publikum befanden sich einige Kollegen/innen, die Erfahrung mit der praktischen Durchführung des GSK hatten. In manchen Ansätzen werden Patienten aus dem GSK ausgeschlossen, wenn sie nicht an einem Rollenspiel teilnehmen, was in unserem Konzept nicht der Fall ist. Patienten lernen auch durch teilnehmende Beobachtung. Ferner soll in anderen Ansätzen die Patientin im Rollenspiel den Gegenpart spielen (z.B. die Tochter, mit der sie Schwierigkeiten hat). **In unserer Vorgehensweise belassen wir es bei einer Rolle, die es in einem Durchgang zwei Mal zu trainieren gilt.** Wir berücksichtigen auch neben dem Protagonisten seinen Trainingspartner, der im Rollenspiel auch seine Kompetenzen zeigt. Wie spielt der Trainingspartner im Rollenspiel z.B. einen fordernden Chef oder einen Gast in einem Zugabteil, der einen freien Sitz besetzt hält? Manchmal wird dann für den Trainingspartner ein neues Rollenspiel für die nächste Stunde daraus. Bzgl. der Schwierigkeit, dass Patienten oft sagen, es handelt sich beim GSK nur um ein Spiel, was mit der Wirklichkeit nichts zu tun habe, empfahl eine Kollegin folgende Formulierung: „Vergegenwärtigen Sie sich bitte, dass wir auch im Alltag Situationen erst einmal üben. Denken Sie z.B. an einen Angestellten, der zu Hause seine Rede einübt.“ Mit dieser Formulierung habe sie gute Erfahrungen gemacht.

Der Leiter des Workshops zog nach der lebhaften Diskussion das Fazit, dass es unterschiedliche Vorgehensweisen gäbe beim Training sozialer Kompetenzen und „viele Wege nach Rom führen“.

Literatur

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Beltz. Weinheim.

Frauke Besuden, Rudolf Maaser

Workshop: Körperpsychotherapie für Krankenpflegekräfte

In unserer Klinik ist die körperbezogene Psychotherapie im integrativen Verbund mit den anderen Therapieangeboten, insbesondere der verbalen Methode, Grundlage unseres psychosomatischen Behandlungskonzeptes. Es hat sich dabei auch gezeigt, dass sich der körperbezogene Therapieansatz besonders gut für Ausbildungszwecke eignet. Einerseits können mit ausgewählten Therapieangeboten der Wahrnehmung des eigenen Körpers allgemeine Wirkmechanismen der Psychotherapie aufgezeigt und andererseits die Sensibilisierung für psychosomatische Zusammenhänge durch Selbsterfahrung gleichsam „am eigenen Leib“ gefördert werden. Dementsprechend ist die Körpertherapie auch in der Methodenlehre und als Selbsterfahrungsangebot in unsere Weiterbildung „Psychosomatische Fachschwester“ integriert. In diesem Sinne gab der Workshop einen praktischen Einblick in die psychotherapeutische Arbeit mit dieser Methode. Nach Klärung einiger Eingangsfragen (z. B. Abgrenzung zu anderen körpertherapeutischen Ansätzen) wurde sogleich mit Wahrnehmungsaufgaben im Liegen gearbeitet: der Kontakt mit dem Boden an den unterschiedlichen Körperstellen erspüren, den Kontakt mit einem Kirschkerneäckchen unter und auf dem Körper aufnehmen, den dabei von Boden und Kirschkerneäckchen ausgehenden Druck und allgemein die eigene Körpergrenze aufmerksam erleben. Abschließend wurde das Thema der eigenen Körpergrenze anhand von Wahrnehmungsangeboten zusammen mit einem Partner aus der Gruppe weiterführend bearbeitet. Es konnte in anschaulicher Weise aufgezeigt werden, welche reichhaltige Palette der unterschiedlichsten Erlebnisformen durch solche Angebote der Körperwahrnehmung ermöglicht wird und wie dieses Erleben entsprechend psychotherapeutisch verwertet werden kann.

Sieglinde Härder/Andreas Klingner

Ausbildung „on the job“ – Erfahrungen mit dem Bad Neustädter Modell

Nach einer Begrüßung der Teilnehmer durch Fr. Härder moderierte Hr. Klingner den Workshop.

In einer kurzen Einleitung sprach Herr Klingner von der Geschichte der nunmehr seit 1993 stattfindenden Fachweiterbildung in unserem Hause. Der Kreis unserer hausinternen Fachweiterbildung zieht sich dabei von den ersten Bedürfnissen nach einer solchen fachbezogenen Weiterbildung im Hause bis zu dem mittlerweile sehr ausgewogenen, umfangreichen Curriculum des aktuellen (vierten) Fortbildungskurses. In den vergangenen Kursen unterlag dieses Curriculum einer ständigen Weiterentwicklung und Vervollständigung. So ist es besonders zu begrüßen, dass in allen drei basalen Säulen der Ausbildung (Theorie, Selbsterfahrung und Supervision, Praxis und Methodenlehre) heute hoher Wert auf die Ausbildung, Schulung und praktische Übung integrativer Aspekte in der Psychosomatischen Medizin gelegt wird. Das spiegelte sich nicht zuletzt im Verlauf des Workshops wieder, wo von den ehemaligen „Grabenkämpfen“ der unterschiedlichen Theorieansätze eher nur wenig zu spüren war – vielmehr interessierte Neugier. Rasch zeigte sich im Verlauf der Veranstaltung, wie hoch Interesse und Bedürfnis an fachlichem Austausch auf unserem Fachgebiet sind und dass gerade an dieser Stelle von den KollegInnen noch erhebliche Defizite und somit Ressourcen gesehen werden. Nicht nur die ganz praktischen Aspekte der Fachweiterbildung, sondern die Integration der Pflege in unser Behandlungskonzept, die Akzeptanz der bedeutenden Rolle der Pflegekraft im Behandlungsteam und ganz praktische Fragen der Alltagsarbeit wurden dabei thematisiert.

Ein ebenso hohes Interesse bestand an ganz konkreten konzeptuellen Ansätzen in unserer Klinik in der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder (an dieser Stelle sei stellvertretend die Anorexia nervosa genannt), am praktischen Umgang mit bestimmten Situationen (Problempatient, suizidale Krise) und an der Integration unserer Intermediate-Care-Station in das Gesamtkonzept. Die teilnehmenden KollegInnen unserer Klinik (es waren Teilnehmer aller bisherigen und des laufenden Kurses beteiligt) waren dabei bemüht, die auftretenden Fragen umfassend und erschöpfend zu beantworten.

So entwickelte sich eine lebhaftere, interessierte Diskussion in einer entspannten, konstruktiven Atmosphäre, die auch kontroverse Ansichten behandeln und kollegial austauschen ließ. In seiner Abschlussmoderation hob Hr. Klingner diese Aspekte noch einmal hervor, bedankte sich bei allen Teilnehmern und Gästen für die aktive Mitarbeit und das große Interesse und ermutigte alle in der psychosomatischen Pflege Tätigen in dem gemeinsamen Engagement zu einer bundeseinheitlichen Anerkennung der Fachweiterbildung in unserem speziellen Fachgebiet nicht nachzulassen.

Lothar Schattenburg

Zusammenfassung der Tagung

Am 26.10.2007 fand in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt unter der Leitung von Dr. med. R. J. Knickenberg, Dr. med. F. Bleichner und der Pflegedienstleiterin Frau S. Härder (Bad Neustadt) eine Tagung statt, die sich aus praktischer und wissenschaftlicher Sicht dem *Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik* widmete. Ziel dieser facettenreichen Tagung war: die besonderen Anforderungen an den Pflegeberuf in der Psychosomatik aufzuzeigen, die laufenden Fortbildungsangebote vorzustellen, der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterbildung in einem anspruchsvollen Aufgabengebiet Ausdruck zu geben und die Bedeutung des Pflegeberufes in der Psychosomatik hervorzuheben. Die eintägige Tagung war untergliedert in Vorträge und Workshops.

Herausforderungen an die Psychosomatik

Die zahlreichen Gäste wurden von Herrn J. Rieger (Geschäftsführer der Psychosomatischen Klinik) ganz herzlich begrüßt. Rieger stellte zunächst die Klinik vor: Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt besteht seit 1995 aus einer Abteilung Krankenhaus (200 Betten) und einer Abteilung Rehabilitation (140 Betten). Das Krankenhaus behandelt mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 35 Tagen rund 2.000 Patienten und die Abteilung für Rehabilitation mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 37 Tagen rund 1.400 Patienten im Jahr. Im Akutbereich, den das Krankenhaus abdeckt, werden psychosomatische und psychische Krankheitsbilder behandelt, deren Schweregrad eine sofortige Herausnahme aus dem häuslichen Milieu erfordert. In der Abteilung für Rehabilitation werden oft chronische Prozesse behandelt, um die Auswirkungen der Chronifizierung auf die berufliche Leistungsfähigkeit und die freie Gestaltung der Lebensabläufe unter Einbeziehung sozialmedizinischer Aspekte positiv zu beeinflussen. Rieger führte aus, dass die Medizinische Rehabilitation vor großen Herausforderungen stehe, wenn sie die zukünftigen demographischen und arbeitsmarktbezogenen Veränderungen ernst nehmen will. Den älteren Arbeitnehmern muss bei zunehmender Belastung die Möglichkeit gegeben werden, im Arbeitsprozess zu bestehen. Deswegen müsse in der Medizinischen Rehabilitation verstärkt auf die Erfordernisse älterer Arbeitnehmer eingegangen werden. Die Psychosomatik steht bzgl. der Antragszahlen auf Frühberentung im Vergleich zu den anderen großen Indikationen mit 34% an erster Stelle. Dadurch komme der Psychosomatik eine große volkswirtschaftliche Bedeutung zu – betonte Rieger.

Auf der Folie dieser Ausführungen leitete Rieger über zum Tagungsthema. Rieger strich hervor, dass professionelle und motivierte Mitarbeiter ein wichtiger Faktor seien für eine

erfolgreiche Klinik. Auf Schwestern und Pflegern ruhe eine besondere Verantwortung, da sie oft als erster Ansprechpartner sich den Bedürfnissen der Patienten annehmen und das weitere Vorgehen kanalisieren und begleiten. Oft sei gerade in Krisensituationen das Pflegepersonal der erste Ansprechpartner. Rieger wies darauf hin, dass die Rhön-Klinikum AG die jahrelang erfolgreich durchgeführte Weiterbildung *zur/m Fachschwester/pfleger Psychosomatik* an der Psychosomatischen Klinik unterstütze und bat die Teilnehmer darum, die Bestrebungen zur Anerkennung der staatlichen Berufsbezeichnung „Fachpfleger/Fachschwester Psychosomatik“ zu unterstützen.

Psychosomatische Pflege auf Station und die Rolle der Co-Therapeuten

Die Überleitung in den praktischen Alltag gestalteten Frau S. Härder und Herr A. Klingner (Bad Neustadt) mit ihren Ausführungen „Verankerung der Pflege in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt und Aspekte der Qualitätssicherung“. Nach Darstellung der Organisationsstruktur der Klinik fokussierten die beiden Referenten auf die Integration der Pflegeberufe in das multiprofessionelle Team. Der Austausch in den verschiedenen Situationen unter den Pflegekräften und die Absprache mit dem therapeutischen Team sei von außerordentlicher Bedeutung. Die konkreten Aufgaben der Pflege in der Psychosomatik wurden beschrieben. Dazu gehören neben der Medikamentenausgabe, Verbänden, Labor auch *unterstützende Beziehungs- und Motivationsarbeit*. So kann es die Therapie voranbringen, wenn eine Pflegekraft den Ärger eines Patienten über seinen Bezugstherapeuten aufnimmt und dann diesen Patienten motiviert, diesen Ärger z.B. in der verbalen Gruppentherapie einzubringen. Ferner wurden die Standards zur Qualitätssicherung ausgeführt. Eine korrekte, hauseinheitliche und verständliche Dokumentation ist gewährleistet und wird regelmäßig überprüft und aktualisiert. Neue Mitarbeiter werden einem Mentor/einer Mentorin an die Hand gegeben. Ein Nachweisheft für Fort- und Weiterbildung erhält jeder neue Mitarbeiter. In diesem Heft sind alle wichtigen Punkte der Einarbeitungsphase noch einmal zusammengefasst, und die Nachweise der regelmäßig zu absolvierenden Schulungen und Einweisungen sowie die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden dokumentiert. Die Referenten schlossen ihren Vortrag mit einem Blick auf den Patienten und führten aus, wie das Pflegepersonal ihn über die Zeitspanne der Therapie erlebt und dieses Erleben mit den Bezugstherapeuten austauscht.

Frau C. Lutz (Bad Dürkheim) referierte zur „Bezugspflege in einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Klinik“. Sie führte im Detail den Begriff des „Co-Therapeuten“ aus. Co-Therapeuten sind alle Mitarbeiter/innen in einem therapeutischen Team. In der Regel sind es Mitarbeiter/innen aus medizinischen, pflegerischen Bereichen (Gesundheits- und Krankenpfleger, Arzthelferin, Erzieherin) sowie Psychologiepraktikanten, die für einen begrenzten Zeitraum im Team mitarbeiten. Lutz wies darauf hin, dass in einigen Artikeln über

Co-Therapie darauf hingewiesen wird, dass sich das Aufgabengebiet verschoben habe – nämlich von *pflegerischen Aufgaben hin zur therapeutischen Assistenz*. Co-Therapeuten haben nach Lutz keine eigenständige psychotherapeutische Funktion innerhalb eines Teams. Sie arbeiten als Assistenz der Bezugstherapeuten (Arzt/Psychologe) und sind an bestimmte Aufgaben gebunden.

Im weiteren Verlauf des Referates wurden die Aufgaben der Co-Therapeuten verdeutlicht bei der Behandlung eines Angstpatienten: Eine Angsthierarchie wird gemeinsam mit dem Patienten erstellt, Einübung von Bauchatmung, Vorbesprechung der Übung mit dem Patienten, Exposition (z.B. über einen Platz gehen) unter Anwendung der eingeübten Strategien mit Co-therapeutischer Begleitung, bis die Angstsymptome abgeflacht sind, Nachbesprechung der Übung und weitere Therapieplanung. Zum Schluss wird die Belohnung festgelegt. Ferner sind die Co-Therapeuten bei den Einzelgesprächen (Besprechung von Ess- und Schmerzprotokollen), Gruppentherapie (Muskelentspannung, Einführungstraining) und organisatorischen Aufgaben (Einführung neuer Patienten) tätig. Lutz fasste Ihren Vortrag wie folgt zusammen: die Co-Therapeutische Arbeit umfasse ein großes Gebiet der Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapie, deswegen sei eine fundierte Ausbildung zu favorisieren und auch durchzuführen.

Historische Aspekte der Pflegewissenschaft und Forschungsergebnisse

Nach den praktisch ausgerichteten Vorträgen wurde ein wissenschaftlicher Beitrag plazierte. Prof. Dr. H. Remmers (Universität Osnabrück) spannte in seinem Vortrag zur „Pflege in der Psychosomatik. Aktuelle Trends in der Pflegewissenschaft“ einen breiten Bogen zwischen der historischen Entwicklung der Pflegewissenschaften hin zu aktuellen Forschungsprojekten. Remmers betonte aus seiner Perspektive als Hochschullehrer, dass der Kampf um die Anerkennung der Pflegewissenschaften in Deutschland noch keineswegs entschieden sei. *Die Etablierung von Pflegewissenschaft als eigenständige Wissenschaftsdisziplin reiche kaum mehr als 15-20 Jahre zurück*, betonte Remmers. Sie sei ein Indikator für die schon seit den 70er Jahren sich abzeichnende Professionalisierungsbestrebungen des Pflegeberufs, bei denen es sich in Deutschland im Vergleich mit dem europäischen und außereuropäischen Ausland um eine nachholende Modernisierung handle. Erste Versuche einer Entwicklung und Etablierung von Pflegewissenschaft fanden Ende des 19. Jahrhunderts auf Initiative des Arztes Mendelssohn an der Charité statt, die aber wirkungslos blieben. Einen zweiten Schub gab es unmittelbar nach Ende des 2. Weltkrieges. Die Initiative einer Akademisierung der Krankenpflege an der Universität Heidelberg ging maßgeblich zurück auf amerikanische Besatzungsoffiziere; auch dieses Projekt scheiterte.

Erst nach vier Jahrzehnten, auf dem Hintergrund unübersehbarer struktureller Versorgungsprobleme im Gesundheitssystem Ende der 80er Jahre (Stichwort: Pflegenotstand), konnte mit der Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland begonnen werden. Es folgte seit Anfang der 1990er Jahre, nachdem bereits 1987 die erste deutsche Professur für „Krankenpflege und Sozialwissenschaften“ an der Fachhochschule Osnabrück geschaffen worden war, in kürzesten Abständen die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge und Professuren an Universitäten und Fachhochschulen. Noch in Klammern zwei historische Highlights zur Akademisierung: Die weltweit erste Professur für Pflegewissenschaft wurde 1899 an der Columbia University/New York eingerichtet, an der 1933 der Doktorgrad (Ed.D.) für die Fachrichtung Nursing Education erworben werden konnte. Ab 1954 wurde der Grad eines Ph.D. an der University of Pittsburgh verliehen. Ein Hinweis auf rund 20 nur auf englisch erscheinenden Fachzeitschriften allein zu den Pflegeberufen zeigt heute die enge universitäre Anbindung. 1982/83 werden in Deutschland 109 Master-Studiengänge und 1995 66 Promotionsstudiengänge in den Pflegewissenschaften gezählt.

Nach diesen sehr interessanten historischen Ausführungen zum Stand der Akademisierung der Pflegewissenschaft fokussierte Remmers auf *Forschungsprojekte zu Belastungen und zur Krankheitsverarbeitung bei Patientinnen mit Brustkrebs*, um das psychosomatische Arbeiten im Pflegeberuf praktisch zu verdeutlichen. Bei diesen Studien spielen die Bedürfnisse der Patientinnen gegenüber den betreuenden Pflegefachkräften eine wichtige Rolle. Das komplexe Forschungsdesign mit den Datenanalysen und statistischen Kennziffern ist im oben abgedruckten Vortrag im Detail nachzulesen.

Aus Sicht der Pflegenden ist die Belastungssituation der Patientinnen im peri-operativen Zeitraum durch folgende Merkmale charakterisiert: Ungewissheit in Bezug v.a. auf den noch unklaren Therapieverlauf und die Zukunftsperspektive. Vielfältige Ängste vor weiteren Behandlungen und deren Folgen und Nebenwirkungen und Sorgen um Familie und Partnerschaft, die häufig größer zu sein scheinen als die Sorge um sich selbst. Einige Patientinnen zeigen sich in einem Zustand der Traumatisierung. Ihre Gefühle der Unverwundbarkeit und Sicherheit sind durch die Diagnosen radikal erschüttert.

Aus Sicht der Patientinnen werden folgende Bedürfnisse geäußert: Wünsche an eine freundliche Stationsatmosphäre und an Rückzugsmöglichkeiten als Schutz vor Überforderung und Möglichkeit einer ungestörten Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Ferner Wünsche nach einer verlässlichen Versorgung. Geschätzt wird eine kontinuierliche betreuende Bezugsperson, um Vertrauen und ein Gefühl von Sicherheit aufbauen zu können. Patientinnen berichten von ihren Bedürfnissen nach grundsätzlicher Ansprechbarkeit und Gesprächsbereitschaft der Pflegefachkräfte. Diese beinhalte aber auch die Fähigkeit, eine angemessene Gesprächsatmosphäre herzustellen. Dazu sollten die Pflegekräfte partnerschaftlich, offen, zugewandt und interessiert sein, doch auch emotionale Verbundenheit zeigen, um Beistand und Trost leisten zu können.

Remmers betonte, dass die Forschung neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen eine wichtige Bedeutung für die Ausbildungspraxis habe. Die oben erwähnten Ergebnisse gehören in den Wissenskanon der Fort- und Weiterbildung und die Gesprächskompetenzen, die die oben beschriebenen Bedürfnisse der Patientinnen berücksichtigen, müssen konkret trainiert werden. Oft werden diese Fähigkeiten fälschlicherweise als gekannt vorausgesetzt. Zur Gesprächsführung hat die Psychosomatik bewährte Erfahrungen anzubieten. Remmers betonte aus seiner universitären Sicht, dass die Qualifikationsforschung eine wichtige Rolle zu spielen habe mit dem Ziel: Befähigung der Pflegefachkräfte zum Umgang mit oft sehr belastenden Situationen und zur Bewältigung beruflicher Belastungen, die die Selbstfürsorge fördert, um ein Ausbrennen zu vermeiden. Auch die Führungsqualitäten der leitenden Pflegefachkräfte gehören mit in die Qualifikationsforschung, sei noch ergänzt.

Ausbildungsinhalte in der Fachpflege Psychosomatik

Nach dem Ausflug in die Wissenschaft eröffnete Dr. R. Maaser (Bad Neustadt) mit seinem Vortrag „Das Bad Neustädter Konzept der Ausbildung zur/m Fachschwester/-pfleger Psychosomatik“ den Nachmittag. Im Detail schilderte er die vielfältigen Anforderungen jenes Curriculums, das seit 1993 an der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt angeboten wird. Dieses anspruchsvolle Curriculum, das vom Leitungspersonal bestritten wird, besteht aus 4 Semestern auf 2 Jahre verteilt. Im 1. Semester werden Grundlagen der Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie und Entwicklungspsychologie vermittelt. Das 2. Semester fokussiert auf Allgemeine Neurosenlehre, Psychodiagnostik und Allgemeine Psychosomatik. Das 3. Semester fährt fort mit Spezieller Neurosenlehre, Spezieller Psychosomatik und Methodenlehre. Das 4. Semester konzentriert sich auf Problempatienten und Gesprächsführung. Diese Ausbildung wird dann mit einer schriftlichen Prüfung, in der Fragen nach dem Multiple-Choice-System beantwortet werden müssen, abgeschlossen.

Ein Blick in den Prüfungskatalog zeigt folgendes Beispiel aus der Tiefenpsychologie: Das Ich-Ideal ist ein Bestandteil a) des Ichs, b) des Über-Ichs oder c) des Es? Eine Prüfungsfrage aus der Verhaltenstherapie lautet: Eine vollständige Verhaltensanalyse besteht aus zwei Ebenen: a) aus der Analyse der positiven und negativen Konsequenzen, b) der Analyse des Spannungsaufbaus und Spannungsabbaus oder c) aus der horizontalen und der vertikalen Ebene? Aus der Psychodiagnostik nach ICD-10 wurde z.B. gefragt: Bei einer generalisierten Angststörung ist a) die Angst anhaltend und nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, b) hängt die Angst eindeutig von bestimmten Situationen ab oder c) gibt es ganz selten eine organische oder vegetative Begleitsymptomatik?

Die praktischen Anforderungen an diese Weiterbildung bestehen aus insgesamt 190 Stunden, die sich zusammensetzen aus patientenbezogenen Team- und Fallbesprechungen, Teil-

nahme an der Körperwahrnehmungsschulung und aus Supervisionen der Stationsarbeit und in Balintgruppen. Ferner muss ein schriftlicher Pflegebericht erstellt werden zu Händen der Ltd. Schwester und dem zuständigen OA/OÄ/Ltd. Psychologen. Ein Verlaufs- und Visitenbericht wird in der Sektion mündlich vorgetragen. Maaser fasste seine Erfahrungen dahingehend zusammen, dass von diesem Curriculum alle Pflegekräfte und Teammitglieder profitieren.

Das Konzept der Bezugspflege

Frau E. Lathomus (Universität Mainz) fokussierte in ihrem Vortrag auf das „Konzept der pflegerischen Betreuung von Patienten mit somatoformen Störungen“ auf einer Station mit 18 regulären und einem Not- bzw. ‚Krisenbett‘. Einleitend wies Lathomus darauf hin, dass das Pfltege team nicht nur die normalen pflegerischen und administrativen Aufgaben zu erfüllen habe, sondern darüber hinaus folgende Therapieelemente anbieten würde: AT, PMR, Genussgruppe, Biofeedback, Boxsack, Schmerz-, Symptom- und Emotionstagebuch, Bezugspflegegespräche, Kriseninterventionen, verhaltenstherapeutische Einzeltrainings zur Behandlung von Angst oder Zwangsstörungen, Gruppe zum Training sozialer Kompetenzen und psychoedukative Gruppen, in denen ein Film über Stressreaktionen und –bewältigung gezeigt wird.

Danach beschrieb Lathomus die Symptomatik der somatoformen Störungen. Es handelt sich um die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome, die aber keine entsprechenden organischen Grundlagen haben. Lathomus beschrieb dann die Abläufe, in denen die Pflegekraft und der Patient bei der Behandlung dieser Patienten eingebunden sind. Es gibt einen pflegerischen Erstkontakt. Oft noch vor dem endgültigen Entschluss, sich stationär behandeln zu lassen, lädt der Therapeut/die Therapeutin der Poliklinik die Patienten dazu ein, sich einmal unverbindlich die Station anzusehen. Dieser Erstkontakt verlangt von den Pflegepersonen eine unmittelbare Präsenz und die Fähigkeit, sich spontan auf einen Menschen einzustellen. Der weitere Kontakt wird dann bei der Aufnahme hergestellt, die dicht gedrängt ist mit Terminen. Dann wird der Therapieplan verteilt.

Im Zentrum des Vortrages von Lathomus stand das Konzept der Bezugspflege. Die Klinik versucht, jedem neuen Patienten von Anfang an eine Bezugsperson an die Seite zu stellen. Sie soll zur Person des Vertrauens werden, als erster Ansprechpartner und verlässlicher Anker dienen. Die Beziehungsarbeit hat zum Ziel, einen geschützten Rahmen zu schaffen und den Patienten dabei zu unterstützen, Vertrauen zu gewinnen. Die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsmodells ist dabei das zentrale Thema. Ferner dient das Pflegepersonal als Projektionsfläche für negative Beziehungserwartungen und als Ansprechpartner für Konflikte auf Station. Die Patienten sollen darin unterstützt werden, dass Kritik

oder ein Konflikt nicht wieder eine persönliche Entwertung darstellen oder automatisch einen Beziehungsabbruch zur Folge haben müssen.

Nach diesen Ausführungen zur Bezugspflege machte Lathomus wieder einen Bogen zur eingangs skizzierten Symptomatik der somatoformen Störungen und beschrieb im Detail das therapeutische Vorgehen. Diese Patienten zeichnen sich oft durch ein hohes Maß an Fremd- und Selbstüberforderung aus. Ihre Ressourcen wieder zu aktivieren, dazu werden diese Patienten ermutigt. Dies gelänge nur, wenn die unbewussten Wünsche und Konflikte Anerkennung fänden. Lathomus betonte den hilfreichen Charakter der Supervision. Es gilt, die Übertragungen der Patienten und die eigenen Gegenübertragungen auszuhalten, die Idealisierungen und Entwertungen immer wieder möglichst vorurteilsfrei mitzuschwingen, sich aber dennoch ausreichend abzugrenzen, um ein „Helfersyndrom“ und ein „Burn-out“ zu vermeiden.

Workshops zur Körperpsychotherapie, Ausbildung und sozialen Kompetenzen

Der späte Nachmittag wurde durch vier parallel laufende Workshops gestaltet. Aufgrund der großen Nachfrage mussten zum Thema „Körperpsychotherapie für Krankenpflegekräfte“ zwei Workshops angeboten werden, die von Dr. R. Maaser (Bad Neustadt) und Frau F. Besuden (Stade) geleitet wurden. In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist die körperbezogene Psychotherapie im integrativen Verbund mit den anderen Therapieangeboten, insbesondere der verbalen Methode, Grundlage des Behandlungsansatzes. Nach Klärung einiger Eingangsfragen (z.B. Abgrenzung zu anderen körpertherapeutischen Ansätzen) wurde mit *Wahrnehmungsaufgaben* im Liegen gearbeitet: etwa den Kontakt mit einem Kirschkernsäckchen unter und auf dem Körper aufnehmen, den dabei von Boden und Kirschkernsäckchen ausgehenden Druck und allgemein die eigene Körpergrenze aufmerksam erleben. Die Teilnehmer sprachen im Anschluss an diese Spürangebote über ihre Erfahrungen, ihr Körpererleben und den daraus u.U. entstandenen Assoziationen.

Ein weiterer Workshop wurde angeboten durch Frau S. Härder und Herrn A. Klingner (Bad Neustadt). In diesem wurden „Erfahrungen mit dem Bad Neustädter Modell“ ausgetauscht. Die *praktischen Aspekte der Fachweiterbildung*, die Integration der Pflege in das Behandlungskonzept, die Akzeptanz der bedeutenden Rolle der Pflegekraft im Behandlungsteam und praktische Fragen der Alltagsarbeit wurden diskutiert. Ein besonderes Interesse in diesem Workshop bestand an konkreten konzeptuellen Ansätzen in der Klinik (z.B. Anorexia Nervosa), am praktischen Umgang mit bestimmten Situationen (wie Problempatienten oder suizidale Krise) und an der Integration der Intermediate-Care-Station (IC) in das Gesamtkonzept. Es entwickelte sich eine lebhaft, interessante Diskussion in einer entspann-

ten, konstruktiven Atmosphäre, die auch kontroverse Ansichten behandeln und kollegial austauschen ließ.

Den 4. Workshop bestritt Dr. phil. L. Schattenburg (Bad Neustadt) zur „Beteiligung des Pflegepersonals am Training sozialer Kompetenzen (GSK).“ Schattenburg hatte in der Abteilung für Rehabilitation das Training sozialer Kompetenzen Anfang 2003 angeschoben. Ausgehend vom Konzept, das Hinsch und Pflingsten in ihrem Buch „Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK“ (2002) vorgelegt hatten, entwickelte Schattenburg gemeinsam mit dem Pflegepersonal ein auf die Strukturen und Bedürfnisse der Rehabilitation abgestimmtes Vorgehen. In dem Workshop wurde anhand eines Videos eine Trainingssequenz gezeigt, die von einer Krankenschwester in Fachweiterbildung geleitet wurde. Die *sozial angemessene Durchsetzung* eines legitimen Anliegens (Zurückgabe eines kalten Essens) wurde in zwei Rollenspielen trainiert. Die Patienten waren damit einverstanden, dass das Video zu Fortbildungszwecken gezeigt werden durfte.

Fazit

Die Tagung kann unter folgendes Motto gestellt werden, die alle in der Psychosomatik Tätigen nur bestätigen werden: *Eine gut laufende Station steht und fällt mit der Schwester bzw. Pfleger*. Vertreter/innen aus der Praxis und der Universität trugen in einer integrativen Atmosphäre zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen ihre Ergebnisse und Erfahrungen vor. Tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch interessierte Kollegen/innen konnten sich in den Beiträgen und in den Ausbildungscurricula widerspiegeln.

Die Tagung fokussierte sowohl auf einen praktischen Erfahrungsaustausch als auch auf die Darstellung wissenschaftlicher Ergebnisse aus den Pflegewissenschaften. Historische Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe und Inhalte der Qualifikationsforschung wurden referiert. Es wurde bei der Vorstellung der Bezugspflege und der Rolle als Co-Therapeuten deutlich, dass eine Pflegekraft in der Psychosomatik im heutigen Anforderungsprofil neben den traditionellen Fähigkeiten ein grundlegendes Verständnis von der Psychosomatik und Basisfähigkeiten in der Psychotherapie, vor allem Gesprächsführung, benötigt. Das auf der Tagung vorgetragene *Bad Neustädter Konzept der Ausbildung zur/In Fachschwester/- pfleger Psychosomatik* trägt diesen Anforderungen durch ein anspruchsvolles Curriculum Rechnung. Die Pflegekraft interveniert kompetent psychotherapeutisch auf Station in mannigfaltigen Situationen – vor allem bei plötzlich auftretenden Krisen. Die Supervision durch ausgebildete Fachpsychotherapeuten/innen ist ein wesentlicher Bestandteil der Zusammenarbeit und muss auch bei Zeitnot und beruflichem Stress gewährleistet bleiben, um einerseits einen hohen Stand der Versorgung zu gewährleisten, andererseits aber auch ein Ausbrennen zu vermeiden. Darin waren sich alle Referenten ei-

nig. Das Rollenverständnis und die Identität der Pflegeberufe wurden diskutiert unter dem Gesichtspunkt, wie viel Autonomie und Verantwortung die Pflegefachkräfte übernehmen können und sollen. Bei der Entwicklung der Pflegeberufe spielt die Akademisierung eine wichtige Rolle.

Die hohe Teilnehmerzahl und das engagierte Diskutieren zeigte das starke Interesse an Fort- und Weiterbildung in diesem anspruchsvollen und interessanten Arbeitsfeld, das hohe fachliche und zwischenmenschliche Kompetenzen erfordert.

Autorenverzeichnis zur Tagung am 26. Oktober 2007

Besuden, Frauke, Psychotherapeutin mit eigener Praxis, Stade
Supervisorin Körpertherapie,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Bleichner, Franz, Dr. med.,
Chefarzt Abteilung Krankenhaus
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Härder, Sieglinde
Pflegedienstleitung,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Lutz, Claudia
stellv. Stationsleitung, Abteilung Akutpsychosomatik,
Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim

Klingner, Andreas
stellv. Pflegedienstleitung,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Knickenberg, Rudolf, J., Dr. med.
Ärztlicher Direktor; Chefarzt Abt. Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Lathomus, Evelyn
Stationsleitung, Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie der Johannes Gutenberg Universität Mainz

Maaser, Rudolf, Dr. phil., Dipl.-Psych.
Therapiecontrolling, Supervisor;
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Remmers, Hartmut, Prof., Dr. phil.
Fachgebietsleiter Pflegewissenschaft, Universität Osnabrück
(Fachbereich Humanwissenschaften)

Rieger, Jörg
Geschäftsleitung,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schattenburg, Lothar, Dr. phil., Dipl.-Psych.
Leitender Psychologe, Abt. Rehabilitation
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Tamm, Christa
Lehrerin für Pflegeberufe, BFS für Krankenpflege der St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH
Bad Kissingen

Schriftenreihe der Klinik

- 2003 I Vorträge zur Fachtagung 12.06.
„Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung:
Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung“
- 2004 II Vorträge zur Fachtagung 21.04. „Return to work“
“Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Aufgabe der
psychosomatischen Rehabilitation“
- 2004 III Vorträge zur Fachtagung 19.06.
„Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht. Aktuelle
neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention und Rehabilitation“
- 2004 IV Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und
Rehabilitationsberater 12.11.
- 2005 V Forschungsbericht 2005
Anlässlich des 30-jährigen Bestehens der
Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt
- 2005 VI 30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt 19.06.
„Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik und Psychotherapie
zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung“
- 2005 VII Seelsorge und Psychotherapie, 28.10., in Kooperation mit der
Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
- 2006 VIII Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker 05./06.05., in Kooperation mit
der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin
(DGfMM) „Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung
somatischer und psychosomatischer Erkrankungen“
- 2007 IX Forschungsbericht 2007
- 2007 X Seelsorge und Psychotherapie, 01.12.2006, in Kooperation mit der
Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
„Beichte und Psychotherapie – Vergebung und Veränderung“
- 2007 XI Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext 11./12.05., in
Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie
und psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)
„Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu
psychosomatischen Erfahrungen“
- 2008 XII Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik 26.10.2007