

Abstract Band

Hand in Hand

Wege Weiterentwickeln

FH
d D

Fachhochschule
der Diakonie



psychiatrische
Versorgung

Inhalt

Vorwort.....	1
Programm.....	2
Triolog: - Betroffene- Angehörige- Helfende.....	3
Suizid-was nun? Postvention im psychiatrischen Versorgungskontext.....	5
Zurück nach Haus! Wie geht's weiter? Betrachtung und Wirksamkeit unterschiedlicher ambulanter psychiatrischer Versorgungssysteme.....	7
„Hinreichende Aussicht auf Erfolg“ Vorbereitung auf ein deliktfreies Leben nach dem Maßregelvollzug.....	9
Auswirkungen der Corona-Pandemie bei älteren Menschen bezüglich Abhängigkeitserkrankungen.....	11
Lebenswille im Alter - Wege zur Suizidprävention.....	14
Überbelegung im Maßregelvollzug: Ein Nährboden für Aggressionen?.....	16
Resilienz: Wege für psychiatrisch Pflegende Wie erhalten wir unser psychisches Wohlbefinden?.....	18
Schlusswort von Prof. Dr. Pascal Wabnitz.....	21
Impressum.....	23

Vorwort

Sehr geehrte Interessierte der psychiatrischen Versorgung,

im Namen des Kurses PP21.2 (Studiengang Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege) heißen wir Sie herzlich willkommen zur inzwischen bereits 15. Fachtagung ‚Insights‘ unter dem inspirierenden Motto „Hand in Hand – Wege weiterentwickeln“. Es freut uns außerordentlich, dass wir in diesem Jahr die Gelegenheit haben, uns eingehend mit Themen aus der psychiatrischen Versorgung auseinanderzusetzen.

Die Aufmerksamkeit auf die wichtigen Bereiche der psychiatrischen Versorgung ist essentiell, da sie sich direkt auf das Wohl unserer Gesellschaft auswirken. Wir sind uns bewusst, dass in den letzten Jahren eine zunehmende Veränderung der psychischen Gesundheit unserer Bevölkerung zu beobachten ist. Die Anzahl von Menschen mit einer psychischen Belastung und/oder Erkrankung steigt rapide und spürbar an, und bedarf dringender Maßnahmen, um effektive Lösungsansätze zu finden. Genau deshalb stehen in dieser Fachtagung für die Studierenden, die Zukunft der psychiatrischen Versorgungsfelder, im Fokus. Ihre Sichtweisen, Ideen und Innovationen sind von immenser Bedeutung, um neue Wege weiterzuentwickeln. Wir hoffen, dass Sie sich durch diese Tagung inspiriert fühlen, Ihre Gedanken und Erfahrungen auszutauschen und neues Wissen zu erlangen. Gemeinsam können wir einen Beitrag dazu leisten, dass die psychiatrische Versorgung in der Zukunft noch effektiver und zugänglicher wird. Wir hoffen, dass neben den wissenschaftlich recherchierten Vorträgen, der Austausch zwischen Fachpersonen, Student:innen und Expert:innen aus verschiedenen Bereichen zu neuen Erkenntnissen und wegweisenden Ansätzen führen wird.

Wir möchten allen Professor:innen und supportenden Personen im Hintergrund wie der Druckerei, der Haustechnik, der Computertechnik, dem Catering etc. danken, die dies durch ihr Zutun ermöglicht haben. In diesem Abstract sind für Sie alle wichtigen Aussagen der verschiedenen Vorträge zusammengefasst, so dass die Kernelemente der Tagung schnell in Erinnerung gerufen werden können oder auch die Neugier geweckt werden kann. Wir wünschen Ihnen eine in Erinnerung bleibende Tagung voller (neuer) Erkenntnisse, regen Austauschs und wegweisender Impulse. Möge dieser Tag dazu beitragen, die Zukunft der psychiatrischen Versorgung weiterzuentwickeln und die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen nachhaltig zu verbessern.

Mit herzlichen Grüßen

i.A. Wiebke Starosta
des Kurses PP21.2

Programm

- 08:30 – 09:00 **Empfang**
- 09:00 – 09:30 **Begrüßung** Fr. Prof. Dr. Bertelsmann & Fr. Sauter
- 09:30 – 10:00 **Dialog: - Betroffene - Angehörige - Helfende**
(Jonas Lang & Sascha Reinold)
- 10:00 – 10:30 **Suizid- was nun? Postvention im psychiatrischen Versorgungskontext.**
(Andreas Gründig, Steffen Prinz & Leon Plagemann)
- 10:30 – 11:00 **Pause**
- 11:00 – 11:30 **Zurück nach Hause! Wie geht´s weiter? Betrachtung und Wirksamkeit unterschiedlicher ambulanter psychiatrischer Versorgungssysteme**
(Jana Just & Sven-Ole Boden)
- 11:30 – 12:00 **„Hinreichende Aussicht auf Erfolg“**
Vorbereitung auf ein deliktfreies Leben nach dem Maßregelvollzug
(Ricarda Scholand & Susanne Nevermann)
- 12:00 – 13:00 **Mittagspause / Posterwalk**
- 13:00 – 13:30 **Auswirkungen der Corona-Pandemie bei älteren Menschen bezüglich Abhängigkeitserkrankungen**
(Kevin Zanke & Florian Ibrahim)
- 13:30 – 14:00 **Lebenswille im Alter – Wege zur Suizidprävention**
(Melanie Herzfeld & Larissa Holderer)
- 14:00 – 14:30 **Pause**
- 14:30 – 15:00 **Überbelegung im Maßregelvollzug. Ein Nährboden für Aggressionen?**
(Thomas Beck, Wiebke Starosta & Jill Crapp)
- 15:00 – 15:30 **Resilienz: Wege für psychiatrisch Pflegende**
Wie erhalten wir unser psychisches Wohlbefinden?
(Kristiane Cordes & Cornelia Lembke)
- 15:30 – 15:45 **Pause**
- 15:45 – 16:00 **Posterwettbewerb & Preisverleihung**
- 16:00 – 16:15 **Danksagung und Verabschiedung**

Wir hoffen, dass Sie von den Inhalten unserer Insightsfachtagung
und den wertvollen Diskussionen profitieren.

Trialog: - Betroffene- Angehörige- Helfende

Hintergrund

Der Trialog hat nun eine fast 32-jährige Entwicklung hinter sich. Begründet und mitentwickelt in den ersten Psychoseminaren durch die Betroffenen Dorothea Buck (Ehrenvorsitzende des BPE.ev) und Prof. Dr. Thomas Bock [1,4]. Mit der Gründung des Deutschen Netzwerk Stimmenhören (NeSt) und der Gründung des Bundesverbandes Psychiatrie Erfahrener (BPE) ist der Trialog auf Verbandsebene ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit von und mit psychiatrisch Erkrankten, und eingeschlossen im Trialogischem Forum seit 2015 [3] Ebenso findet sich dieser als Baustein in der leitliniengerechten Behandlung wieder [5,6,7].

Der Trialog dient dazu Betroffene, Angehörige und Helfende an einen Tisch zu versammeln und gemeinsam Möglichkeiten in der Arbeit mit Menschen in Krisensituationen zu bearbeiten. Der Anspruch liegt vor allem in einem Gleichberechtigten begegnen und einem gegenseitigen voneinander lernen.

Fragestellung

Trialogisches arbeiten ist seit mehreren Jahren auf der Verbandsebene integriert und in dessen Arbeit wieder zu finden. Doch wie sieht es um den Trialog im klinischen Setting aus? Ist Trialogisches Denken und Handeln in der Kliniklandschaft abbildbar? Ebenso stellt sich die Frage, wie der Trialog auf Station und in der klinischen Arbeit Anwendung finden kann und sollte, und was dessen womöglich Vorteile sind.

Methodik

Die orientierende Literaturrecherche erfolgte in der Bibliothek der FHDD-Bielefeld und auf den wissenschaftlichen Suchmaschinen im Internet. Unter anderem Google Scholar, Livivo, der ZB MED und Open Athens. Vor allem sind Primär- und Sekundärliteratur verwendet worden, die einbezogene Literatur stammt überwiegend aus dem deutschsprachigen Raum, um den Zustand des Trialoges in Deutschland abbilden zu können und auf die deutsche Kliniklandschaft zu übertragen. Die verwendeten Suchbegriffe umfassen, Trialog, Trialog Psychiatrie, Trialog Geschichte, Trialogisches Arbeiten.

Da das Einfließen aller Leitlinien den Rahmen der Arbeit überschreiten würde, wurde sich auf die Leitlinien Psychose, Depression und Borderline Persönlichkeitsstörungen konzentriert, hierzu war die Leitlinien Einbindung von der Behandlung von Menschen mit Psychose aufgrund der Nähe zur Entstehungsgeschichte des Trialogs obligat.

Ergebnisse

Der Einbezug von Angehörigen und das gemeinsame Arbeiten mit Betroffenen ist als Teil der Standards in der klinischen Arbeit mit Menschen in Krisensituationen verankert [5,6,7]. Trotz des langjährigen Bestehens ist die trialogische Zusammenkunft bzw. Arbeit nicht selbstverständlich [8]. Dabei zeigen die Recherchen, dass trialogisches Arbeiten die Kompetenzen aller mit Menschen in Krisensituationen Tätigen ebenso fördert wie bei betroffenen Menschen in Krisen und für alle Beteiligten sowie die Gesellschaft weitere positive Effekte mit sich bringt.

Diskussion/ Fazit

Der Internetauftritt des Vereins „Trialog Psychoseminar“ formuliert ihren Ausblick auf den Trialog wie folgt „Trialog ist weder ergänzend noch alternative als Methode an die Versorgung von Menschen mit Krisenerfahrung. Die

Einbeziehung der Erfahrenen und Angehörigen in die Entwicklung und Durchführung von Therapiemöglichkeiten ist unabdingbar“ [2]. Aus Sicht der Autor*innen stellt er gleichzeitig eine konsequente Weiterentwicklung der bisherigen Entwicklung in der psychiatrischen Landschaft und einen notwendigen Standard in der Behandlung von Menschen in Krisen dar. Insbesondere vor dem Hintergrund neuer Behandlungsformen scheint der Dialog unumgänglich. Er kann helfen die Behandlung von Menschen in Krisensituationen zu verbessern, und kann zu einer Entstigmatisierung beitragen.

Literaturverzeichnis

- [1] <https://www.trialog-psychoseseminar.de/grundidee/geschichte-des-trialogs/> aufgerufen am 30.01.2024
- [2] <https://www.trialog-psychoseseminar.de/grundidee/vision/#ausblick> aufgerufen am 30.01.2024
- [3] <https://www.dgppn.de/die-dgppn/trialog.html> aufgerufen am 30.01.2024
- [4] J.Bombach et al. (2004) Die Reise zur Dialogischen Psychiatrie. In: J.Bombach H.Hansen und J.Blume (Hrsg.) Dialog Praktisch S.11. Paranus Verlag
- [5] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.) (15.03.2019) S3-Leitlinie Schizophrenie. Registernummer 038-009
- [6] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (Version. 3.2) Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression Version AWMF-Register Nr. nvl-005. DOI: 10.6101/AZQ/000505
- [7] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.) (14.11.2022) S3-Leitlinie Borderline Persönlichkeitsstörung AWMF-Register Nr. 038 - 015.
- [8] Prestin, Elke (2021). Zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems. Sozialpsychiatrische Informationen 3/2021 S. 39-42. Köln, Psychiatrie Verlag GmbH

Suizid-was nun?

Postvention im psychiatrischen Versorgungskontext

Hintergrund

Seit den 1980 Jahren hat sich die Zahl der Suizide in Deutschland halbiert. Allerdings kommt es, trotz aller Prävention und Sensibilisierung für das Thema, immer noch zu ca. 10.000 Suiziden jährlich. Ermittelt werden diese Zahlen unter der Definition des ICD-10. Dieser beschreibt den Suizid, als vorsätzliche Selbstbeschädigung, die zur Beendigung des eigenen Lebens führt [1]. Bei den meisten Suiziden liegt eine psychische Erkrankung vor, weswegen diese auch unumgänglich im Umfeld des psychiatrischen Versorgungsspektrums vorkommen. Nach Schätzungen geschehen drei bis acht Prozent der Suizide dabei direkt in psychiatrischen Kliniken [2,3]. Das Mitarbeitende, während ihres Berufslebens, einen Suizid mitbekommen ist also sehr wahrscheinlich. Thema des Vortrags sollen die Maßnahmen sein, die nach einem solchen Ereignis wichtig sind, um psychischen Belastungen vorzubeugen und bereits entstandene zu minimieren.

Fragestellung

Wie können Mitbetroffene eines Suizids im psychiatrischen Versorgungskontext postventiv unterstützt werden?

Methodik

Die Beantwortung der Fragestellung soll mittels eines wissenschaftlichen Posters erfolgen. Im Rahmen einer orientierenden Literaturrecherche wurden die Onlinedatenbanken der Plattformen Google Scholar, Livivo und CINAHL genutzt. Die Recherche erfolgte unter Anwendung der Suchwörter „Suizid“, „Postvention“, „Nachsorge“ und „Psychiatrie“. Es wurde ausschließlich deutschsprachige Fachliteratur verwendet.

Ergebnisse

In zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen werden postventive Maßnahmen im Kontext von Suiziden in klinischen Settings beschrieben. Die Resultate verdeutlichen, dass ein Suizid verschiedene hinterbliebene Personengruppen zurücklässt, welche allesamt einen individuellen Bedarf an postventiven Maßnahmen haben. Diese Personengruppen und die entsprechenden nachsorgenden Interventionen lassen sich in drei Ebenen einteilen: Die Mitarbeiter*innen-Ebene, die Klient*innen/Patient*innen-Ebene und die Angehörigen-Ebene. Auf allen Ebenen ist es von entscheidender Bedeutung, klare Leitlinien und einheitliche Abläufe zu etablieren, um den Zugang zu postventiven Maßnahmen zu erleichtern. Besonders für Führungskräfte ist es wichtig, sich der lang- und mittelfristigen Folgen eines Suizids bewusst zu sein und über Kenntnisse zu den Trauerprozessen zu verfügen [4]. Bei allen drei genannten Personengruppen dient die Postvention auch immer der Suizidprävention. Einzelgespräche zwischen Führungskräften und betroffenen Mitarbeiter*innen sind von hoher Bedeutung, ebenso wie die Möglichkeit von Einzelsupervision. Schuldzuweisungen sollten vermieden und aktiv entgegengewirkt werden [4]. Erste Besprechungen im Behandlungsteam haben den unmittelbaren Zweck, die Befindlichkeit aller Mitarbeiter*innen zu thematisieren und die anstehenden Aufgaben zu organisieren [4].

Da ein Suizid im Umfeld einer Person dessen eigene Suizidalität verstärken kann, ist der ohnehin schon vulnerablen Patient*innengruppe gegenüber besondere Sorge zu tragen. Ihnen sollte die Möglichkeit gegeben werden, angemessen um verstorbene Mitpatient*innen zu trauern [5]. Die postventiven Interventionen für unmittelbare Angehörige beinhalten Gesprächs- und Kontaktangebote, in denen sie als schwer belastete und hilfsbedürftige Menschen wahrgenommen werden, die unter anderem mit Schuldgefühlen und Stigmatisierung zu kämpfen haben [6].

Fazit

Die individuellen Bedürfnisse von Mitarbeitenden, Klient-/Patient*innen und Angehörigen verdeutlichen die Vielschichtigkeit postventiver Maßnahmen nach Suiziden in klinischen Settings. Die Einteilung in klare Leitlinien und standardisierte Prozesse ist entscheidend, um den jeweiligen Zugang zu diesen Maßnahmen zu erleichtern. Diese Erkenntnisse betonen nicht nur die Bedeutung von postventiven Maßnahmen als integralen Bestandteil der Suizidprävention, sondern liefern auch Ansatzpunkte für die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, die auf die spezifischen Anforderungen der Mitbetroffenen eingeht.

Literaturverzeichnis

- [1] Statistisches Bundesamt (Destatis): <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324> Zugriff: 08.01.24 ca. 10 Uhr
- [2] Illes F., Jendreytschak J., Armgart C., Juckel G. (2015): Suizide im beruflichen Kontext: Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Stuttgart: Schattauer GmbH,
- [3] Wolfersdorf M., Etzersdorfer E. (2023): Suizid und Suizidprävention: Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH,
- [4] Seibl, R., Baumgartner, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Grill, W., Hruby, K., Kapitany, T., Krisper, S., Nowotny, M., Plener, P., Schrittwieser, U. (2021): SUPRA- Empfehlungen für Suizid-Postvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen. Wien: Gesundheit Österreich GmbH S. 1 – 9
- [5] Menzel, S., Brieger, P. (2021): Umgang mit Suizid in psychiatrischen Einrichtungen. Psychosoziale Arbeitshilfen 40. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH
- [6] Freyer, S. (2021): Advanced Practice Nursing- Profilentwicklung einer „APN-Suizidprävention und – Suizidpostvention“ für den deutschsprachigen Raum. In: Verstehen in der Psychiatrischen Pflege. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag GmbH. S. 110 – 127

Zurück nach Hause! Wie geht's weiter?

Betrachtung und Wirksamkeit unterschiedlicher ambulanter Versorgungssysteme

Hintergrund

Der Fokus der Versorgungsforschung in Deutschland liegt, trotz Psychiatriereform weiterhin überwiegend auf der stationären Versorgung. Grund hierfür könnte die verzögerte Einführung und ungenügende flächendeckende Versorgung der Gemeindepsychiatrie in Deutschland sein. Bereits evidenzbasierte ambulante Modelle sind in anderen Ländern vorhanden und in deren Gesundheitssystem gut implementiert. Deutschland versucht ein geeignetes ambulantes Versorgungssystem herzustellen [1]. Dies stellt eine enorme komplexe Herausforderung dar [2]. Dabei verfügt Deutschland bereits über ein hohes Bedarfsangebot für psychisch Erkrankte. Jedoch erschweren eine unzureichende Strukturierung, Ablaufplanung und Heterogenität der Versorgungsangebote die Nutzung [3]. Der Vortrag befasst sich aus diesem Grund mit den Versorgungsangeboten Home Treatment (HT), Stationsäquivalente Behandlung (StäB) und Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP). Alle drei ambulanten Versorgungsangebote beinhalten eine akute, enge, komprimierte mobile Versorgung in der Wohn- und Lebenswelt der betreffenden Person. Die 24 Stunden am Tage über die Woche angeboten werden kann [4,5,6].

Fragestellung

Eine Analyse von Home Treatment, Stationsäquivalente Behandlung und Psychiatrische häusliche Krankenpflege unter Betrachtung der Unterschiede, Vorteile und Wirkungsweisen.

Methodik

Die Literaturrecherche erfolgte über LIVIVO, PubMed, Thieme, Hogrefe, sowie den Bibliotheksbestand an der Frankfurter University of applied sciences und der Fachhochschule Münster.

Ergebnisse

Die bisherigen Studienlage in allen drei Versorgungsangebote zeigt, dass eine Abnahme der Symptomatik und Reduktion einer wiederkehrenden Aufnahme im stationären Setting zu verzeichnen ist [7,8]. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungen, Umsetzungs- und Rahmenbedingungen, sowie fehlender flächendeckender Verfügbarkeit, ist ein Vergleich der ambulanten Versorgungsungen schwer möglich [7].

Diskussion

Das ambulante psychiatrische Versorgungsangebot ist in Deutschland noch unzureichend und deutlich ausbaufähig. Alle drei Versorgungsangebote haben ihre Vor- und Nachteile, die je nach der betreffen Person und ihrer Lebensumstände abgewogen werden müssen. Die Hauptunterschiede von StäB, Home Treatment und pHKP sind das Versorgungsteam, das psychiatrische Netzwerk, die Sozialintegration, der Leistungsumfang und die Zusammenarbeit der Steakholder

Fazit

Es ist nur möglich eine optimale Versorgungsstruktur zu gewährleisten, wenn Dienstleistende und Kostentragende Instanzen eine gesicherte und zuverlässige Kooperation eingehen. Diese Leistungen müssen auf die Betroffenen zugeschnitten und zeitnah erfolgen, um bestmögliche Effekte erzielen zu können [9]. Alle Tätigen im psychiatrischen Behandlungssystem können an der Entstehung, Entwicklung und einer garantierten ambulanten Versorgung mitwirken [2]. Alle drei Versorgungssysteme sollten flächendeckend und für alle psychiatrischen Erkrankten zur Verfügung stehen.

Literaturverzeichnis

- [1] Lambert, M., Karow, A., & Gallinat, J. (2019). Versorgungsforschung in der Lebenswelt. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1093-1102. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00793-z>
- [2] Walle, M., & Mayer-Amberg, N. (2013). Zwischenbilanz des „niedersächsischen Wegs“: Innovatives Versorgungsnetzwerk. *NeuroTransmitter*, 24(S2), 22-24. <https://doi.org/10.1007/s15016-013-0457-8>
- [3] Köhler, S., Roth-Sackenheim, C., Navarro Ureña, A., & Mönter, N. (2020). Innovative ambulante Modelle. *Der Nervenarzt*, 91(11), 1003-1016. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01010-y>
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3275/HKP-RL_2021-11-19_2022-07-21_iK-2023-10-31.pdf heruntergeladen am: 12.01.2024, 11 Uhr
- [5] Heißler, M. (2022). *Psychiatrie ohne Betten Eine reale Utopie* (1. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- [6] Sprecher, N., Richter, D., & Gurtner, C. (2021). Aufsuchende psychiatrische Pflege: Internationale Erfahrungen und Entwicklungsmöglichkeiten im deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Pflege*, 6(5), 37-39. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000365>
- [7] Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Nikolaidis, K., Kleinschmidt, M., Weinmann, S., & Baumgardt, J. (2022). Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. *Der Nervenarzt*, 93(5), 488-498. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01143-8>
- [8] Steinkamp, G., & Werner, B. (2000). Der Einfluß eines Gerontopsychiatrischen Zentrums auf die Versorgungsqualität psychisch erkrankter älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(1), 59-66. <https://doi.org/10.1007/s003910050008>
- [9] AG Psychiatrie der AOLG. (2012). Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland- Bestandsaufnahme und Perspektiven Bericht der AG Psychiatrie der AOLG. <https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/AOLG%20Bericht%20Psychiatrie.pdf>

„Hinreichende Aussicht auf Erfolg“

Vorbereitung auf ein deliktfreies Leben nach dem Maßregelvollzug

Hintergrund

Wer in Deutschland aufgrund einer psychischen Störung oder eines regelmäßigen Substanzmissbrauchs straffällig geworden ist, kann eine Anordnung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt in dem Bereich des Maßregelvollzugs bekommen. Im Maßregelvollzug werden Straftäter und Straftäterinnen aufgrund eines Substanzmissbrauchs nach dem §64 StGB untergebracht. In der Behandlung von Patienten*innen mit dem §64 StGB geht es um den „Hang“ zur Substanz, aufgrund dessen das Delikt entstanden ist [1,2]. Die untergebrachten Personen weisen in ihrer Biografie eine langjährige Straffälligkeit und einen langjährigen Drogenkonsum auf. Der Maßregelvollzug hat das Ziel, die Gesellschaft vor erneuten Delikten der Betroffenen zu schützen, aber auch die betroffenen Patienten*innen zu behandeln, um erneute Delikte zu vermeiden [3]. Die auferlegte Maßregel gilt nicht als Strafe, da die betroffenen Personen zum Zeitpunkt des Deliktes als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig gelten. Die Unterbringung begrenzt sich in der Regel auf zwei Jahre [4]. Der §64 soll nur angeordnet werden, wenn bei den betroffenen Patienten*innen eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Pflegende dazu beitragen können, die untergebrachten Personen auf ein deliktfreies Leben vorzubereiten.

Fragestellung

Demnach stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten für Pflegekräfte im Maßregelvollzug bestehen, um stationär untergebrachte Patienten*innen auf ein deliktfreies Leben vorzubereiten.

Methodik

Anhand einer Literaturrecherche wurde deutsch- und englischsprachige Fachliteratur ausfindig gemacht. In den wissenschaftlichen Datenbanken PSYINDEX, PUBPsych, Thieme eRef Google Scholar und der Suchmaschine Livivo wurden mit den Schlüsselwörtern „Maßregelvollzug“; „Forensik“; „§ 64 StGB „Resozialisierung“ „Good Lives Modell“ „Rehabilitation“ gearbeitet. Aus den Ergebnissen entnahmen wir die beiden Themenkomplexe der Angebote und Rahmenbedingungen der Pflege und der Patient*innen im Maßregelvollzug in Vorbereitung auf das deliktfreie Leben.

Ergebnisse

Die Recherche hat ergeben, dass es einige pflegerische Interventionen für Pflegekräfte im Maßregelvollzug gibt, welche feste Bausteine in der Behandlung mit untergebrachten Maßregelvollzugspatienten*innen darstellen können. Pflegekräfte haben die Aufgabe, die Autonomie und Teilhabe der Patienten*innen zu wahren, und als Schlüsselperson zu gelten. Eine professionelle Beziehungsarbeit ist somit Voraussetzung für die Behandlung der Patienten*innen. Außerdem kann festgestellt werden, dass eine geregelte Tagesstruktur, welche innerhalb der Therapie aufgebaut wird, zu positiven Effekten hinsichtlich des Behandlungsverlaufs führt [2]. Die Recherche hat außerdem ergeben, dass die Anwendung des ressourcenorientierten Good Lives Modell erfolgsversprechende Aussichten auf die Behandlung und die Rehabilitation der Patienten*innen verspricht [5].

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es einige Möglichkeiten für die Pflegekräfte im Maßregelvollzug gibt, um die Patienten*innen auf ein deliktfreies Leben vorzubereiten. Bei den Patienten*innen ist eine enge Arbeitsbeziehung, sowie die gemeinsame Vorbereitung auf die Entlassung ausschlaggebend für einen positiven

Verlauf. Jedoch werden Schwierigkeiten wie Stigmatisierung forensischer Patienten*innen und Problematiken bei den ersten Schritten eigenständig zu werden, weiterhin bestehen bleiben.

Literaturverzeichnis

- [1] Müller, J., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., ... & Weissbeck, W. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Der Nerven-arzt*, 88.(Müller und Saimeh 2018)
- [2] Müller, Jürgen, und Nahlah Saimeh. 2018. Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB: interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- [3] Trost, Andrea, und Stefan Rogge. 2016. Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- [4] Saimeh, Nahlah, Hrsg. 2017. Therapie und Sicherheit im Maßregelvollzug. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- [5] Franqué, Fritjof, und Peer Briken. 2012. „Das ‚Good Lives Model‘ (GLM)“. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 7. doi: 10.1007/s11757-012-0196-x.

Auswirkungen der Corona-Pandemie bei älteren Menschen bezüglich Abhängigkeitserkrankungen

Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie hat erhebliche Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit älterer Menschen, die möglicherweise überproportional betroffen sind [1]. Soziale Isolation, psychosoziale Stressfaktoren und Veränderungen im Alltag können zu einem gesteigerten Substanzkonsum führen. Bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen kann es zu verstärktem Verlangen und einem erhöhten Rückfallrisiko oder einem verstärkten Substanzmissbrauch kommen [2].

Fragestellung

„Welche Auswirkungen hat die Corona-Pandemie auf den Missbrauch von Alkohol und Benzodiazepinen bei älteren Menschen?“

Methodik

In der vorliegenden Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um relevante Studien zu identifizieren und zu bewerten [3]. Insgesamt wurden vier wissenschaftliche Literaturdatenbanken konsultiert. Eingeschlossen wurden nur deutsche und englischsprachige Studien ab 2020 mit hoher Relevanz in Bezug auf die Fragestellung bei gleichzeitig hoher Qualität. Das PICO-Schema wurde angewendet, um die zentrale Forschungsfrage zu identifizieren und Suchbegriffe zu formulieren. Nach dem Screening mithilfe eines Flow-Chart-Diagramms wurden 11 relevante Studien für die Analyse berücksichtigt.

Ergebnisse

Die vorliegenden Studien zeigen, dass die COVID-19-Pandemie bei älteren Menschen zu negativen Auswirkungen im Substanzgebrauch geführt hat. Infolgedessen bestehen ein erhöhter Benzodiazepin-Konsum und verstärkter Substanzmissbrauch von Alkohol bei älteren Menschen seit der COVID-19-Pandemie, wobei Frauen nach dem Lockdown häufiger aufgrund einer Alkoholsucht eingewiesen wurden [4,5]. Die soziale Isolation, Veränderungen und Unterbrechungen in der Versorgung tragen zu einem Anstieg des Substanzmissbrauchs bei [6,7]. Bei älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen ist eine vorübergehende Zunahme des riskanten Alkoholkonsums seit der COVID-19-Pandemie erkennbar, wobei die Prävalenz im Verlauf der Pandemie abnahm [8]. Die Corona-Pandemie führte bei älteren Patient*innen mit bereits bestehenden Substanzkonsumstörungen zu einem erhöhten negativen Affekt, insbesondere bei weiblichen Teilnehmerinnen [9]. Die Pandemie beeinflusst bereits existierende Alkoholbehandlungen mit unterschiedlichen Konsumveränderungen, sodass sich die Muster im Lockdown entweder verschärften oder abgeschwächt wurden [10]. Die Pandemie löste bei älteren Erwachsenen in Alkoholbehandlung sowohl erhöhten als auch verringerten Alkoholkonsum aus, abhängig von Faktoren wie Lebensarrangements, familiäre Unterstützung und Gesundheitszustand [11]. Symptome von Ängsten und Depressionen erhöhen das Risiko für verstärkten Alkoholkonsum [12]. Zuletzt stiegen die Deliriumsraten und Benzodiazepin-Verschreibungen signifikant nach Krankenhausentlassung bei älteren Menschen während der Corona-Pandemie [13].

Diskussion

Die Studien zeichnen ein komplexes Bild der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Substanzgebrauch älterer Menschen. Die Erhöhung des Benzodiazepin-Gebrauchs und signifikante Veränderungen im Alkoholkonsum während der Corona-Pandemie bei älteren Menschen sowie der Substanzmissbrauch von Alkohol und Benzodiazepinen sind alarmierende Trends [4,5]. Faktoren wie soziale Isolation, Ängste und Depressionen verstärken den Substanzmissbrauch [6,7,12]. Die Erkenntnisse zeigen, dass die Pandemie vor allem vulnerablen Gruppen stärker betrifft und eine gezielte Unterstützung erfordert [11]. Auch das weibliche Geschlecht ist in besonderer Weise durch die negativen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie gefährdet [5,9].

Fazit

Die Studien verdeutlichen einen besorgniserregenden Anstieg des Alkohol- und Benzodiazepinkonsums bei älteren Menschen während der COVID-19-Pandemie. Trotz variierender Einflussfaktoren unterstreichen die Ergebnisse die Herausforderung für die psychosoziale Gesundheit älterer Bevölkerungsgruppen. Faktoren wie soziale Isolation, Symptome wie Ängste und Depressionen sowie die Unterbrechung von Versorgungsstrukturen tragen maßgeblich zu diesem beunruhigenden Anstieg bei [6,7,12]. Die Praxisrelevanz liegt in der Forderung nach zielgerichteten präventiven Interventionen, individueller Betreuung, psychischer Gesundheitsförderung und verstärkter sozialer Integration älterer Menschen. Offene Fragen bezüglich langfristiger gesundheitlicher Konsequenzen und wirkungsvoller präventiver Maßnahmen erfordern zukünftige Forschung.

Literaturverzeichnis

- [1] Curran, E., Rosato, M., Ferry, F. & Leavey, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Psychiatric Symptoms Among Older People in England During the COVID-19 Pandemic: A Latent Class Analysis. *Int J Ment Health Addict*, 26, 1-13. doi: 10.1007/s11469-022-00820-2.
- [2] Adorjan, K., Huassmann, R., Rauen, K., Pogarell, O. (2021). Folgen der COVID-19-Pandemie für Menschen mit Schizophrenie, Demenz und Abhängigkeitserkrankungen. *Nervenarzt*, 92(6), 571-578. doi: 10.1007/s00115-021-01105-0
- [3] Kleibel, V. & Mayer, H. (2005). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. 2. Auflage. Manual Verlag.
- [4] Bužančić, I., Pejaković, T. I. & Hadžiabdić, M. O. (2022). A Need for Benzodiazepine Deprescribing in the COVID-19 Pandemic: A Cohort Study. *Pharmacy*, 10(5),120-130. doi: 10.3390/pharmacy10050120
- [5] Rao, R. & Müller, C. & Broadbent, M. (2021). Risky alcohol consumption in older people before and during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom. *Journal of Substance Use*, 27(2), 212-217. doi: <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916851>
- [6] Lin, J., Amovitz, M., Kotbi, N., Francois, Dimitry (2023). Substance Use Disorders in the Geriatric Population: a Review and Synthesis of the Literature of a Growing Problem in a Growing Population. *Curr Treat Options Psych* 10, 313-33. <https://doi.org/10.1007/s40501-023-00291-9>
- [7] Satre, D.D., Hirschtritt, M.E, Silverberg, M.J. & Sterling, S.A. (2020). Addressing Problems With Alcohol and Other Substances Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Am J Geriatr Psychiatry*, 28(7),780-783. doi: 10.1016/j.jagp.2020.04.012
- [8] Phillips, Z. A., Carnethon, M. R., Bonham, M., Lovett, R. M. & Wolf, M. S. (2023). Hazardous drinking by older adults with chronic conditions during the COVID-19 pandemic: Evidence from a Chicago-based cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(11), 3508-3519. <https://doi.org/10.1111/jgs.18497>
- [9] Wang, Q., Wang, Y., Zuo, J., Zhou, Y., Yang, W. F. Z., Liao, Y., Tang, J., Wang, X., Yang, Q., Wu, Q., Wu, H. E., Goodman, C. B., Li, T. & Zhang, Xiangyang (2021). Factors of Negative Affect in Elderly Patients

With Substance Use Disorders During COVID-19 Pandemic. *Front. Psychiatry*, 12, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.697472>

- [10] Trevena, P., Seddon, J., Elliott, L., Wadd, S., Dutton, M. (2024). Coping with COVID-19 lockdown: a qualitative study of older adults in alcohol treatment. *Ageing and Society*, 1-18. doi:10.1017/S0144686X23000600
- [11] Seddon, J., Trevena, P., Wadd, S., Elliott, L., Dutton, M., McCann, M. & Willmott, S. (2021). Addressing the needs of older adults receiving alcohol treatment during the COVID-19 pandemic: a qualitative study, *Aging & Mental Health*, 26(5), 1- 5. DOI:10.1080/13607863.2021.1910794
- [12] Capasso, A., Jones, A. M., Ali, S. H., Forman, J., Tozan, Y. & DiClemente, R. J. (2021). Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: The effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the U.S. *Preventive Medicine*, 145, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106422>
- [13] Reppas-Rindlisbacher, C., Boblitz, A., Fowler, R.A., Lapointe-Shaw, L., Sheehan, K.A., Stukel, A. T. & Rochon, P.A. (2023). Trends in Delirium and New Antipsychotic and Benzodiazepine Use Among Hospitalized Older Adults Before and After the Onset of the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 6(8), 1-19. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.27750

Lebenswille im Alter

Wege zur Suizidprävention

Hintergrund

Laut dem Statistischen Bundesamt starben im Jahr 2022 in Deutschland insgesamt 10.119 Personen durch Suizid [1]. Das waren fast 28 Personen pro Tag. Dabei wurde erfasst, dass Männer sich deutlich häufiger das Leben als Frauen nahmen, rund 75 % der Selbsttötungen wurden von Männern begangen [1]. Das durchschnittliche Alter von Männern lag zum Zeitpunkt des Suizides bei 60,3 Jahren [1]. Im Vergleich zum Vorjahr (9.215 Suizide) ist ein deutlicher Anstieg um 9,8 % zu verzeichnen [1]. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) ist das bundesweit agierende Fachnetzwerk für Austausch und Wissensvermittlung zu Suizid, Suizidalität und Suizidprävention [2]. Sie betonen, dass Suizidalität ein gesamtgesellschaftliches Problem ist und es die Zusammenarbeit vieler Akteure braucht, um Präventionsarbeit nachhaltig und erfolgreich gestalten zu können [2]. Diese Daten unterstreichen die Notwendigkeit, weiterhin auf die Verbesserung der Suizidprävention zu fokussieren und sicherzustellen, dass ältere Menschen die Unterstützung und Ressourcen erhalten, die sie benötigen, um mit den Herausforderungen des Alterns umzugehen [1].

Fragestellung

Wie ist der aktuelle Stand der Suizidprävention bei älteren Menschen und welche Handlungsfelder, aber auch Themenkomplexe zeigen sich hier besonders auf?

Methodik

Es erfolgte eine Orientierende Literaturrecherche mit den Suchbegriffen „Suizid im Alter“, „Suizidprävention“ und „Lebenswille im Alter“, sowie Auswertungen von Studien, aktueller Fachliteratur und Artikeln.

Ergebnisse

Um den aktuellen Stand der Suizidprävention im Alter genügend beschreiben zu können, benötigt es zuerst eine Zusammenfassung der Risikofaktoren der Suizidalität im Alter. Die Risikofaktoren können in psychische, körperliche und soziale Faktoren im Alter kategorisiert werden [3]. Bei den psychischen Risikofaktoren nimmt den größten Anteil, die Erkrankung Depression ein, aber auch ältere Menschen mit Suchterkrankungen sind zu 1/3 bei den älteren Suizidenten zu finden [3]. Daneben sind die körperlichen Risikofaktoren mit absoluten alterstypischen Merkmalen geprägt, so ist suizidales Verhalten 2-3mal häufiger bei chronischen Schmerzen, als in der Allgemeinbevölkerung, vorzufinden [3]. Die soziale Lebenssituation nimmt ebenso Einfluss auf das Suizidrisiko. Ein belastendes Lebensereignis oder der Verlust des Partners ist für ältere Menschen ein deutlicher Risikofaktor für suizidales Verhalten [3]. Auch die Suizidzahlen von 2022 bestätigen weiter, dass Suizidalität ein sehr großes Thema für ältere Menschen bleibt. So ist die höchste Zahl der Suizide in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre festzustellen [4].

Die Telefonseelsorge Deutschland gibt an, dass sich insbesondere ältere Menschen bei subjektiv erlebter „Einsamkeit“ bei ihnen melden würden. Konkrete Kriseninterventionen oder andere professionelle Hilfe würde aber nicht angefragt werden [3]. Die Handlungsfelder der Nationalen Suizidprävention Deutschland (NaSPro), umfassen eine ausreichende Informationsverteilung und Aufklärung aller betreffenden Akteure, präventive Strategien in der Sozial- und Altenhilfepolitik zu gestalten, um die Förderung der Enttabuisierung existenzieller Fragen am Lebensende zu unterstützen und um Stellungnahmen im Rahmen der gesetzlichen Veränderungen, wie aktuell der assistierte Suizid zu leisten [3]. Zusammenfassend wird auch im Bericht der NaSPro festgestellt, dass es noch mehr einer niedrigschwelligen Präventionsarbeit benötigt und sich sämtliches Haupt – sowie Ehrenamtliches Personal mit den Frühwarnzeichen und ebenfalls entsprechende Hilfsmöglichkeiten auskennen sollte. Jedoch auch die Kultur des Alterns, mit zum Teil verbundener zunehmender Abhängigkeit, sollte Bestandteil der gesellschaftlichen Diskussion bleiben und in präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden [3].

Diskussion/Fazit

Projekte im Rahmen der Suizidprävention gibt es in Deutschland bisher schon einige. Die NaSPro kann hier sehr ausführliche Erkenntnisse vorweisen. Trotzdem steht der Einsatz der präventiven Maßnahmen noch nicht im Verhältnis zu den tatsächlichen Suizidenten. Insgesamt umfassen die Zahlen der Suizide in Deutschland eine circa 3mal höhere Zahl der Verkehrstoten in Deutschland [5]. Die Risiken im Straßenverkehr werden gesellschaftlich bedeutend mehr besprochen und das Risiko des Todes deutlicher kommuniziert, z.B. in Plakaten auf Autobahnen. In der Recherche der Autorinnen, wird immer wieder deutlich, wie wichtig es ist, die frühen Interventionen weiter auszubauen. So muss die Alterseinsamkeit eine gesamtgesellschaftliche Wahrnehmung und Berücksichtigung in der Prävention erhalten. Dafür benötigt es ein deutlich engeres gestricktes Netz an Beratungs- und Betreuungsstellen [1]. Aber auch die Diskussion um das selbstbestimmte Sterben, nimmt einen großen Einfluss auf die Suizidprävention bei älteren Menschen. Wenn also der assistierte Suizid eine gesellschaftlich akzeptierte Option werden sollte, wird die größte Zielgruppe ähnlich wie in der Schweiz, sehr wahrscheinlich ältere Menschen beinhalten. Dies gilt es in Zukunft auch weiter sehr sensibel zu betrachten [1].

Literaturverzeichnis

- [1] Bundesamt für Statistik, (2023). Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter. Bundesamt für Statistik. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit/todesursachen/spezifische.assetdetail.29125048.
- [2] Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. (2019). Wenn das Altwerden zur Last wird (6.Auflage).
- [3] Schneider, B. (2021). Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention e.v. (DASP)
- [4] Statistisches Bundesamt, (2022). Suizide nach Altersgruppen. Destatis. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324
- [5] Statistisches Bundesamt, (2023). Zahl der Verkehrstoten sinkt im Jahr 2023 voraussichtlich leicht auf 2750. Destatis. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/12/PD23_471_46241.html

Überbelegung im Maßregelvollzug

Ein Nährboden für Aggressionen?

Hintergrund

Seit 2007 haben sich die Belegungszahlen im Maßregelvollzug deutlich erhöht, was zu einem kritischen Platz- und Personalmangel führte [1,2]. Dabei ist der Anstieg der Belegungszahlen bei den Menschen die nach §64 StGB untergebracht sind besonders zu vermerken. Parallel ist die Verweildauer der Patienten, die nach dem §63 StGB in einer forensischen Psychiatrie untergebracht sind, im Durchschnitt um 2 Jahre länger als noch vor 10 Jahren [1]. Somit werden in NRW bereits vorhandene Standorte ausgebaut und zudem neue forensische Kliniken geplant, sodass an insgesamt 5 Standorten jeweils 150 weitere Plätze entstehen sollen [2].

Fragestellung

Die Kernfrage unserer Untersuchung lautet: Begünstigt die Überbelegung im Maßregelvollzug die Entstehung Aggressionen unter den Patientinnen und Patienten?

In unserer Untersuchung steht die Frage im Vordergrund, inwieweit die Überbelegung im Maßregelvollzug als ein Nährboden für die Entstehung von Aggressionen unter den Patientinnen und Patienten fungiert [3]. Wir untersuchen, wie das verdichtete und stressige Umfeld die psychische Verfassung der Patientinnen und Patienten beeinflusst und inwiefern dies zu einem erhöhten Aggressionspotenzial beiträgt [4].

Methodik

Um diese Frage zu beantworten, stützen wir uns auf eine umfassende Literaturrecherche. Dabei wurden relevante Studien und Publikationen basierend auf spezifischen Kriterien wie Relevanz zum Thema, Aktualität und wissenschaftlicher Glaubwürdigkeit ausgewählt.

Ergebnisse

Die Überbelegung in einem Drittel der forensischen Kliniken hat gravierende Auswirkungen auf die therapeutische Versorgung und das Stationsklima. Eine hohe Therapieausfallquote von 60% aufgrund von Raum-, Personal- und Finanzmangel führt zu unzureichender Behandlung der Patientinnen und Patienten [3]. Die daraus resultierende negative Milieugestaltung, gekennzeichnet durch gestörte Atmosphäre und mangelnde Privatsphäre, sowie nur geringfügig mögliches Empowerment, trägt wesentlich zur Entstehung von Aggressionen bei den Patientinnen und Patienten bei [5,6]. Diese Bedingungen führen auch zu einer erhöhten psychischen Belastung des Personals, die sich in gesteigerten Burnout-Raten und einer reduzierten Arbeitszufriedenheit widerspiegelt, was die Problematik weiter verschärft [7].

Diskussion

Die Analyse der Literatur hebt die komplexen Wechselwirkungen zwischen Überbelegung in psychiatrischen Einrichtungen und der Zunahme aggressiven Verhaltens hervor [8,6]. Es wird betont, dass eine adäquate Personalausstattung und die räumliche Gestaltung wesentliche Faktoren zur Prävention von Aggressionen sind [8,6]. Diskutiert werden auch innovative Ansätze wie das Konzept der Ent-Spezialisierung [8], architektonische Neugestaltungen [9] und die Implementierung von Deeskalationstrainings [10]. Dabei wird die Notwendigkeit einer personenzentrierten Versorgung mit Fokus auf individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten unterstrichen [11].

Fazit: Die Literaturrecherche unterstreicht, dass zur Reduktion von Aggressionen im Kontext der Überbelegung eine ganzheitliche Herangehensweise erforderlich ist. Diese umfasst sowohl strukturelle als auch personelle Maßnahmen, einschließlich einer adäquaten Personalausstattung, architektonischer Anpassungen und fortlaufender Schulung des Personals [12]. Die Förderung eines positiven Stationsklimas und die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen, Patienten und Personal sind entscheidend für eine erfolgreiche Aggressionsprävention [8].

Literaturverzeichnis

- [1] Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (2021). Evaluierungsbericht zur Wirksamkeit des Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß §63 [...] – im Internet: [bmj.de/SharedDocs](https://www.bmj.de/SharedDocs)
- [2] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022)- [mags.nrw](https://www.mags.nrw)
- [3] Zeidler, R., Dudeck, M., Frank, U., Gerlinger, G., Hesse, D., Muysers, J., Pollmächer, T., Riedemann, C., Sander, J., Völlm, B. & Müller, J. L. (2023). Die Situation des deutschen Maßregelvollzugs – Ergebnisse einer Umfrage der DGPPN [The situation in the German forensic commitment-Results of a survey by the DGPPN]. *Der Nervenarzt*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01564-7>
- [4] Sylvia Bühler, G. N. (September 2019). Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019.
- [5] Wolfgang, W. & Ian, N. (2010). Empowerment und Forensik – Wunschtraum oder Wirklichkeit? *PPH*, 16(04), 184-188. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262496>
- [6] Kloos, V.-F. (2021). Therapeutisches Milieu in psychiatrischen Einrichtungen. *PPH*, 27(06), 276-280. <https://doi.org/10.1055/c-1502-2944>
- [7] Marlies Kittelmann, Lars Adolph, Alexandra Michel, Rolf Packroff, Martin Schütte, Sabine. (2023). Handbuch Gefährdungsbeurteilung. www.baua.de/gefaehrungsbeurteilung
<https://doi.org/10.21934/baua.fachbuch20230531>
- [8] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.). (2018, 10. September). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (AWMF-Register Nr. 038-022). https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-022L_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11-abgelaufen.pdf
- [9] Sieß, J. & Schalast, N. (2022). Das soziale und therapeutische Klima auf Stationen der Allgemeinpsychiatrie und des Maßregelvollzugs unter Berücksichtigung der objektiven Rahmenbedingungen – kurzgefasster Bericht über wissenschaftliche Ergebnisse [Pabst Science Publishers].
- [10] Hemkendreis, B. (2012). Zwang und Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen. *PPH*, 18(01), 6-9. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1301024>
- [11] Dimmek, B. (2020). Der Einsatz von Assistenzkräften und akademisch ausgebildeten Pflegekräften im Maßregelvollzug. *Psychiatrische Pflege*, 5(2), 33-41. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000293>
- [12] Leder, N. (2023). Maßnahmen zur Gewaltprävention. *PPH*, 29(06), 290-294.

Resilienz: Wege für psychiatrisch Pflegende

Wie erhalten wir unser psychisches Wohlbefinden?

Hintergrund

In Deutschland sind über 1,4 Millionen Pflegekräfte in Krankenhäusern, Heimen und ambulanten Pflegediensten beschäftigt [1]. Der Krankenstand der Beschäftigten in der Pflege ist in den letzten elf Jahren um 44,2 Prozent gestiegen [2]. Eine Vielzahl von organisatorisch/administrativen, patientenbezogenen sowie betriebskulturellen Faktoren machen den Pflegeberuf im Zusammenspiel zu einer psychisch, körperlich und emotional anspruchsvollen und herausfordernden Aufgabe [3]. Gegenüber somatischen Pflegekräften weisen psychiatrisch Pflegende ein höheres Ausmaß an sozialer Unterstützung, emotionaler Anforderungen und Handlungsspielraum auf [4]. Im Stationsalltag ist das Pflegepersonal belastenden Situationen ausgesetzt, die mit Bedrohungen, Beleidigungen, körperlichen Übergriffen und verbalen Aggressionen, sexuellen Aufforderungen, Unterstellungen, dehumanisierenden und sexualisierenden sowie entwürdigenden Äußerungen einhergehen [5]. Die Belastungen können zu negativem Stress führen, wenn keine adäquaten Bewältigungsstrategien oder fachliche Unterstützung erfolgt. Das kann sich auf den Gesundheitszustand und die Arbeitszufriedenheit schädlich auswirken [6]. Resiliente Pflegekräfte sind in der Psychiatrie unabdingbar. Durch eine verminderte Widerstandskraft kommt es zu Folgen für die Pflegenden selbst, aber auch für die Patient*innen, das pflegerische Team, den Arbeitgeber sowie die Gesellschaft [7].

Fragestellung

Wie können psychiatrisch Pflegende ihre Resilienz fördern und erhalten?

Methodik

Wir führten eine orientierenden Literaturrecherche durch. In den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed und CINAHL wurden folgende Suchbegriffe eingegeben: Resilienz, Belastungsfaktoren, Resilienzfaktoren, Resilienzförderung Resilienz Pflegende, Gründe Berufsausstieg psychiatrische Pflege, nurses' early exit study. Die weitere Recherche erfolgte über die Helios Zentralbibliothek sowie über die Datenbank Google Scholar, mit den gleichen Suchbegriffen. Über die Boole'sche Operationen wurde die Recherche durch folgende Suchbegriffe konkretisiert: „Belastungsfaktoren“ UND „Pflegende“, „Resilienz“ UND „Psychiatrie“. Weiterhin wurde das Programm Open Athens genutzt sowie Universitätsbibliotheken. Durch Kontaktaufnahme zu einem Fachexperten in der Praxis, konnten weitere Artikel in die Literaturrecherche mit einbezogen werden.

Ergebnisse

Resilienz ist ein fortlaufender Prozess, den man aktiv beeinflussen kann [7]. Dieser Unterteilt sich in Interne & Externe Schutzfaktoren, auf die man in belastenden Situationen zurückgreifen kann [7]. Resilienz Modelle können Pflegenden helfen mehr selbst Reflektion zu erhalten, ihre eigenen Ressourcen erkennen und nutzen zu können. Gleichzeitig sollte die Verantwortung nicht nur bei den Pflegenden selbst, sondern auch bei den Arbeitgebern sein [7]. Vor allem Vorgesetzte, welche täglich Kontakt mit den Pflegepersonen haben, tragen eine Wichtige Rolle dazu bei, ob die Pflegenden mit den überschneidenden Belastungen von Beruflichem und Privaten Kontext umgehen können [8]. Nach einer systematischen Überprüfung von 13 Studien von Macedo et al. gibt es Hinweise für eine gewisse Wirksamkeit von Resilienz Förderungsprogrammen bei Erwachsenen [9]. Die Anwendung von Schulungs-programmen (z.B. lösungsorientierte Beratung und arbeitsbezogenes Stressbewältigungs-training) bei psychiatrisch Pflegenden, zeigen signifikante Veränderungen ($p < 0,01$) im empfundenen Arbeitsstress, der Fähigkeit Emotionen zu regulieren und in der Beziehung zu den Patient:innen [10]. Die Arbeitsfehlzeiten können durch

Präventionsprogramme zurückgehen, Burnout präventiv vermieden werden und die Arbeitsqualität erhalten oder verbessert werden [11].

Diskussion

Die Evidenz für die Wirksamkeit der Resilienzinterventionen auf verschiedene Maße der psychischen Gesundheit liegt vor, muss aber vor dem Hintergrund der Heterogenität der Operationalisierung, Konzeptualisierung und Messung von Resilienz betrachtet werden. Hinzu kommen Limitationen bei einer Mehrzahl der Studien [12]. Bedingt der mangelnden Standardisierung des Resilienz Konzeptes sowie der Anwendung einer Vielfalt von verwendeten Skalen, ist die Bewertung von Studien eingeschränkt [9]. Für eine bessere Vergleichbarkeit fordern Choi et al. [13] für zukünftige Studien den Begriff der Resilienz klar zu definieren als Fähigkeit, Prozess oder als Ergebnis. Obwohl in vielen Betrieben schon Benefits wie Sport /Entspannungsgruppen für Mitarbeitende angeboten werden, bleibt fraglich warum diese Maßnahmen nicht wirken [7]. Weitere Forschung ist notwendig, um den Krankenstand und die außergewöhnlichen beruflichen Belastungen der Pflegenden zu untersuchen, im Zusammenhang mit ihrer individuellen Resilienz.

Fazit

Die Resilienz fördernden Angebote sollten sich attraktiv und wirksam gestalten. Vor allem der Arbeitgeber sollte, für eine lange Gesunderhaltung der Mitarbeitenden, die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegenden mit einbeziehen. Dies folgt auch dem Ziel eine adäquate Versorgung der Patient:innen anbieten zu können. Gleichzeitig gilt es jedoch mehr Faktoren zu berücksichtigen wie z.B. das Verringern von Stressoren am Arbeitsplatz, die Verantwortung kann nicht allein den Pflegenden und ihrer Resilienz gegeben werden, um ihr psychisches Wohlbefinden zu erhalten.

Literaturverzeichnis

- [1] Statistisches Bundesamt. (2022). Pressemitteilung Nr. N026 vom 11. Mai 2022—Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst in Kliniken binnen zehn Jahren um 18% gestiegen. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/05/PD22_N026_2313.html
- [2] AOK. (2023). Pressemitteilung—Krankenstand in der Pflege: Anstieg um mehr als 44 Prozent in elf Jahren. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/krankenstand-pflege-2022/>
- [3] Richter, D.; Heckemann, B. (2014). Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen—Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz. <https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Resilienz-Schlussbericht-Februar-2014.pdf>
- [4] Fischer, L., Dadaczynski, K., & Rathmann, K. (2020). Psychosoziale Arbeitsbedingungen und Burnout-Symptome in der stationären somatischen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. *Pflege*, 33(2), 93-104. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000720>
- [5] Momberger, M. (2023). Belastungsfaktoren erkennen und vorbeugen. *PPH*, 29(04), 180-185. <https://doi.org/10.1055/a-2081-8050>
- [6] Dondalski, J. (2003). Zur Arbeitsbelastung in der psychiatrischen Pflege. *Psych. Pflege Heute*, 9(4), 192-197. <https://doi.org/10.1055/s-2003-41386>
- [7] Wendel, S. (2020). Kranke Schwester?! Resilienz bei psychiatrisch Pflegenden. *PPH*, 26(02), 70-77. <https://doi.org/10.1055/a-1083-3659>
- [8] Homburg, V., Van Der Heijden, B. & Valkenburg, L. (2013). Why do nurses change jobs? An empirical study on determinants of specific nurses' post-Exit destinations. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 817-826. <https://doi.org/10.1111/jonm.12142>
- [9] Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E. S. F., Vilete, L., Figueira, I., & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: A systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*, 14(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0227-6>

- [10] Bernburg, M., Groneberg, D. A., & Mache, S. (2019). Mental Health Promotion Intervention for Nurses Working in German Psychiatric Hospital Departments: A Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(8), 706–711. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1565878>
- [11] Gruhl, M. (2010) *Die Strategie der Stehauf-Menschen. Krisen meistern mit Resilienz.* aktual. Neuauaus-gabe, Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag
- [12] Chmitorz, A., Kunzler, A. M., Lieb, K., & Tüscher, O. (2021). Interventionen zur Steigerung der Resilienz: Eine narrative Übersicht. *Nervenheilkunde*, 40(04), 236–241. <https://doi.org/10.1055/a-1379-2759>
- [13] Choi, K. W., Stein, M. B., Dunn, E. C., Koenen, K. C., & Smoller, J. W. (2019). Genomics and psychological resilience: A research agenda. *Molecular Psychiatry*, 24(12), 1770–1778. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0457-6>

Schlusswort von Prof. Dr. Pascal Wabnitz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

liebe Besucherinnen und Besucher unserer Fachtagung,

mit Dankbarkeit und Respekt schließen wir die 15. Insightstagung an der Fachhochschule der Diakonie. Der heutige Tag war für Sie und uns vermutlich gefüllt mit tiefgründigen Diskussionen, innovativen Ansätzen und Ideen sowie wertvollen Erfahrungen, die unsere alltägliche Praxis und das Miteinander bereichert haben. Es ist sicherlich keine leichte Aufgabe, eine Tagung zusammenzufassen und zu würdigen, auf der man verschiedenste Themen aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und diskutiert hat. Den Versuch möchte ich an dieser Stelle dennoch wagen.

Hand in Hand – Wege weiterentwickeln. Gerade in Zeiten globaler Krisen und menschlichen Leids erschien das Motto dieser Tagung aktueller und dringlicher als jemals zuvor. In den letzten Jahren wurden viele von uns mit Situationen und Schicksalen konfrontiert, deren Ausmaß und Auswirkungen wir kaum ermessen können. Menschen mit psychischen Erschütterungen brauchen ganzheitliche, empathische und lebensnahe Unterstützungsangebote. Die Psychiatrische Pflege ist vielleicht, wie keine andere Berufsgruppe befähigt, solche Angebote zu unterbreiten und menschlich sowie fachlich professionell umzusetzen.

Die Themen dieser Tagung konnten in vielfältiger Weise eben diese Angebote und Themen aufgreifen und fachlich auf hohem Niveau diskutieren. Solche und andere Tagungen tragen stets dazu bei, Wissen, welches oft in Institutionen oder Einzelpersonen "gefangen" bleibt, einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen und so gegebenenfalls gesellschaftliche und institutionelle Veränderungen anzustoßen.

In den zahlreichen Vorträgen und Diskussionen haben wir die Gelegenheit genutzt, unser Wissen zu erweitern und neue Perspektiven zu erkunden. Wir haben gelernt, wie wichtig es ist, stets im Einklang mit den neuesten Entwicklungen und Erkenntnissen zu bleiben, um die bestmögliche Versorgung für unsere Patient:innen zu gewährleisten. Die Themen der Tagung spiegeln die Vielfaltigkeit und Tiefe der Disziplin wider und zeugen von der wissenschaftlichen Qualität, mit der unsere Studierenden ihre Themen erarbeitet haben. Es ist inspirierend zu sehen, wie engagiert und leidenschaftlich wir alle sind, wenn es darum geht, die Lebensqualität unserer Patient:innen zu verbessern. Ich bin dankbar und stolz zugleich, dass unsere Studierenden des Studiengangs Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie auch dieses Jahr ihre hochgesteckten Ziele erreichen konnten.

Wir haben nicht nur Fachwissen ausgetauscht, sondern auch eine Gemeinschaft gestärkt. Durch den Austausch von Ideen und Erfahrungen haben wir neue Verbindungen geknüpft und bestehende Beziehungen vertieft. Diese Netzwerke werden uns auch nach dem Ende dieser Tagung unterstützen und begleiten. Während wir uns nun voneinander verabschieden und in unsere jeweiligen Einrichtungen zurückkehren, tragen wir die Erinnerungen an diesen Tag mit uns. Mögen sie uns weiterhin inspirieren und motivieren, unsere Arbeit mit Mitgefühl, Fachkompetenz und Hingabe fortzusetzen.

Ein herzliches Dankeschön an alle Teilnehmenden, Referent:innen und Organisator:innen, die mit ihrem Engagement und ihren Beiträgen diese wunderbare Tagung ermöglicht haben. Möge das, was wir hier gemeinsam erlebt und gelernt haben, uns dabei helfen, die Zukunft der psychiatrischen Pflege mit Zuversicht und Entschlossenheit zu gestalten.

Zum Abschluss möchte ich Sie im Namen der Fachhochschule der Diakonie, insbesondere des Studiengangs Psychiatrische Pflege, alle herzlich einladen, auch auf der nächsten Tagung Ideen, Anmerkungen und Gedanken einzubringen, um die psychiatrische Pflege weiterzuentwickeln und ein Stück weiter an die Stelle in der Gesellschaft und Versorgung zu rücken, an der sie ohnehin bereits verortet wird.

Mit herzlichen Grüßen,

Prof. Dr. Pascal Wabnitz

Lehrstuhl für angewandte Psychologie und psychosozialen Handlungsfeldern
Fachhochschule der Diakonie

Impressum

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich.

Wir bemühen uns um eine gendergerechte Sprache.

Die Poster sowie der Abstractband stehen am Tag der Tagung unter <https://www.fh-diakonie.de/cms/801> zum Download zur Verfügung. Durch Scannen des QR-Codes gelangen Sie zur genannten Webseite:



Fachhochschule
der Diakonie

Herausgeber:innen

Studiengang Psychische Gesundheit • Psychiatrische Pflege PP21.2

Fachhochschule der Diakonie

Bethelweg 8

33617 Bielefeld

Corporate Design der 15. Fachtagung erstellt durch : Kristiane Cordes • K-Cordes1994@web.de