



## GEHT NICHT – GIBT'S NICHT

Psychiatrische Versorgung  
blickt über den Tellerrand

8. März 2019

Bielefeld / Bethel

8. Bielefelder Fachtagung ‚Insights‘

- **Abstractband** -

Studiengang Psychische Gesundheit /  
Psychiatrische Pflege BA [PP 16.2]



Vorwort .....	4
1 Geschlossene Gesellschaft?! Wen schützen wir eigentlich wirklich? Vergleich von offenem und geschlossenem Setting ...	8
2 Würdevoll – bis zum Schluss!? Oder: Sexuelle Identitäten im Alter .....	11
3 Schließer oder Therapeut? Rolle der Pflegenden in der Deliktbearbeitung bei untergebrachten Patient*innen nach §63 StGB.....	13
4 „Bitte aufgeben - Austherapiert“ .....	15
5 Empowerment in der Gerontopsychiatrie am Beispiel der Selbstwirksamkeit bei Demenzerkrankungen und der Adhärenz bei chronischen Krankheitsverläufen im Alter .....	17
6 Gehört, verstanden und angenommen? Psychiatrische Pflegeexpertise am Beispiel der Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz.....	20
7 Früherkennung und Frühintervention Chance oder Dilemma? 23	
8 Einflussnahme bei Selbstbestimmungsunfähigkeit – Ein Vergleich freizugänglicher Instrumente.....	26
9 Intensivbetreuung konkret – Interaktion, Atmosphäre und Milieu in der 1:1-Betreuung.....	29

# Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die zweimal im Jahr stattfindende Insight-Tagung des Studiengangs „Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit“ der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) ist inzwischen eine gute Tradition geworden. Psychiatrisch Pflegenden sind an vielen Orten aufmerksam, wenn sie davon hören, dass wieder einmal eine Anmeldung möglich ist.

Dem Philosophen Anselm Feuerbach wird die Aussage zugeschrieben: "Der Humor trägt die Seele über Abgründe hinweg und lehrt sie, mit ihrem eigenen Leid zu spielen." Dieser Gedanke bringt uns dazu, über den Sinn und Unsinn unseres Studierens nachzudenken. Er kann sicher für die psychiatrische Arbeit angepasst werden. In den drei Jahren des Bachelor-Studiums lernen wir Fakten, mit denen wir zum Auftakt kaum gerechnet haben. Deshalb ist es sicher nicht falsch zu behaupten: „Das Wissen trägt über praktische Schwierigkeiten hinweg und gibt Orientierung, um alternative Ideen für alte oder neue Probleme zu denken und auszuprobieren.“

Für uns als Studierende ist die Insight-Tagung eine gute Gelegenheit, Aspekte unseres erarbeiteten Wissens und der erworbenen Fertigkeiten wissenschaftlichen Arbeitens einer breiteren fachlichen Öffentlichkeit vorzustellen. Uns Studierenden gibt die Insights-Tagung die Möglichkeit, den einen oder anderen Impuls in die psychiatrische Praxis zu geben.

Dies ist uns wichtig. Wir wollen nicht, dass unsere Kenntnisse und Erkenntnisse in irgendwelchen Regalen verstauben. Wir freuen uns, wenn die eine oder andere Idee in der praktischen Arbeit vor Ort umgesetzt wird. Wir sind selbst bemüht, die Theorie nutzbringend für die uns anvertrauten Menschen und die geliebte psychiatrische Praxis umzusetzen.

Die Überlegungen zu Anselm Feuerbach zeigen, dass Heiterkeit und Ernsthaftigkeit nahe beieinanderliegen. Deshalb wünschen wir Ihnen als treue Begleiterinnen und Begleiter des Studiengangs „Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit“ sowie der Insights-Tagung erkenntnisreiche Momente, die hoffentlich bis zur Arbeit vor Ort wirken. Teilen Sie mit uns die Freude am Theorie-Praxis-Transfer.

Den Professorinnen und Professoren sowie den zahlreichen Lehrbeauftragten wollen wir ein lautes Dankeschön für die manchmal lustvolle, manchmal mühevollte Begleitung sagen. Wir hoffen, dass die Insights-Tagung sowie die anstehenden Bachelor-Arbeiten Entschädigung sind.

Viel Freude bei der Insights-Tagung wünscht Ihnen und Dir der Studiencurs PP 16.2 [PP/PG 16.2]

# Programm

9:00 **Empfang**

9:30 **Begrüßung**

- Prof. Dr. Hilke Bertelsmann  
Rektorin der Fachhochschule der Diakonie
- Stefan Rogge  
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
- Rainer Kleßmann  
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen  
in der Psychiatrie e.V.

**Moderation:** Katharina Arbatschat, Christoph Müller

## **Vorträge**

- 10.00 Geschlossene Gesellschaft?! Wen schützen wir eigentlich wirklich? Vergleich von offenem und geschlossenem Setting  
Santana Schroeder, Fenia Wolff
- 10.30 Früherkennung und Frühinterventionen bei schizophrenen/psychotischen Krisen - Chance oder Dilemma?  
Lea Strietholt, Heike Schwartke

11.00 **Pause und Posterwalk**

- 11.30 Empowerment in der Gerontopsychiatrie - Am Beispiel der Selbstwirksamkeit bei Demenzerkrankungen und der Adhärenz bei chronischen Krankheits-verläufen im Alter  
Sabine Brüchmann, Kerstin Redzinski, Klara Döllner
- 12.00 Gehört, verstanden und angenommen? - Psychiatrische Pflegeexpertise am Beispiel der Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz  
Delphine Ursulet

12.30 Würdevoll - bis zum Schluss!?! - Oder: Sexuelle Identitäten im Alter  
Stefanie Timm, Nadine van Peeren, Kira van Peeren

### 13.00 - 14.00 **Mittagspause und Posterwalk**

14.00 Schließer oder Therapeut? Rolle der Pflegenden in der Deliktbearbeitung bei untergebrachten Patient\*innen nach § 63 StGB  
Saskia Flegel, Simon Gödecke, Domitian Woloszyk

14.30 Bitte Aufgeben - Austherapiert!?! - Pflegerische Behandlungsmöglichkeiten und persönlicher Umgang bei erwachsenen Patient\*innen mit ausgeprägter Minussymptomatik  
Stefanie Farwick, Katharina Arbatschat

### 15.00 **Pause und Posterwalk**

15.30 Einflussnahme bei Selbstbestimmungsunfähigkeit - Ein Vergleich freizugänglicher Instrumente  
Katharina Molzow, Stephan Kluge, Julian Müller

16.00 Intensivbetreuung konkret - Interaktion, Atmosphäre und Milieugestaltung in der 1:1-Betreuung  
Tanja Klippel, Jacob Helbeck, Christoph Müller

### 16.30 **Posterwettbewerb und Preisverleihung**

### 16.45 **Verabschiedung**

# **1 Geschlossene Gesellschaft?! Wen schützen wir eigentlich wirklich? Vergleich von offenem und geschlossenen Setting**

*Santana Schroeder, Fenia Wolff*

## **Hintergrund**

Das Thema offene oder geschlossene Türen, bezogen auf Akutpsychiatrien, gewinnt mehr und mehr Beachtung. Bereits einige Kliniken setzen auf eine fakultativ offene Akutstation und öffnen die Stationstüren für einen bestimmten Zeitraum am Tag. Trotz des Wunsches nach Gemeinschaft zwischen Patient\*innen und Personal sind dennoch eine große Zahl der Eingangstüren akutpsychiatrischer Stationen verschlossen.

## **Fragestellung**

Demnach stellt sich die Frage, welcher Umgang und welche Methodik notwendig sind, um zukünftig akut psychiatrisch erkrankten Menschen eine Behandlung in einem offen geführten Milieu zu ermöglichen.

## **Methodik**

Diese zentrale Fragestellung soll innerhalb der Erstellung eines wissenschaftlichen Posters beantwortet werden. Hierzu wurde eine gezielte Literaturrecherche betrieben. Ergänzend fließen Praxiserfahrungen einer fakultativ offen geführten Station des Pfalzkrankenhauses Klingenmünster mit ein.



## Ergebnisse

Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ erwähnt im Expertenkonsens, dass Einschränkungen möglichst gering zu halten seien. Durchgängige oder zeitweise offene Türen könnten dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Jedoch solle dies nicht auf Kosten anderer Aspekte wie Autonomie oder Sicherheit geschehen.

Eine Vielzahl von Attributen und Verhaltensweisen begünstigen die Implementierung eines offenen Settings: der Kontakt auf Augenhöhe, die Beziehungsaufnahme, die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen, die Implementierung von Psychotherapie, Partizipation, Shared Decision Making sowie die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Empathie. Die Sichtweise, Patient\*innen als gleichgestellte Partner innerhalb Therapie zu sehen, führt am Ende zu einer Entlastung des Personals durch Reduzierung von Zwangsmaßnahmen, Übergriffe und disziplinierenden Sicherheitsmaßnahmen. Ebenso zu einer besseren therapeutischen Beziehung, die zu einem höheren gegenseitigen Vertrauen führt und somit eine Öffnung der Tür erleichtert.

## Fazit

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen und der Literatur-recherche stellte sich heraus, dass offene Türen auf einer Akut-station das Ergebnis eines langen Prozesses sind. Um diesen Werdegang zu optimieren, sollte sich das gesamte therapeutische Team mit dem Konzept des offenen Settings identifizieren. Dies erzielt für Patient\*innen, wie auch Personal, einen positiven Effekt.

## Literatur

Lang, U. (2013). Sicherheit und Therapie: das Dilemma der Akutstation - Rationale für eine offene Akutstation (S. 8-13). In Lang, U. (Hrsg.). Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Berlin: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Berlin: Springer.

Dziopa, F., & Ahern, K. J. (2009). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A review of the research literature. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), S. 7-7.

## **2 Würdevoll – bis zum Schluss!?** **Oder: Sexuelle Identitäten im Alter**

*Nadine van Peeren, Stefanie Timm und Sinje Kira van Peeren*

### **Hintergrund**

In der Geschichte Deutschlands wurden Lesben und Schwule verfolgt, kriminalisiert und Homosexualität medizinisch pathologisiert. So wirken sich erlebte gesellschaftliche Diskriminierungen und Stigmatisierungen bis in die Gegenwart auf viele ältere und pflegebedürftige Lesben und Schwule aus. Auch in der heutigen Zeit begegnen sie in ihrem sozialen Umfeld Unwissenheit, Vorurteilen, Berührungsängsten und Intoleranz. Dies führt dazu, dass sie sich sozial zurückziehen und ihre lesbische oder schwule Identität ganz oder situativ verstecken. So verwundert es nicht, dass ältere, alte und hochbetagte Lesben und Schwule in der Öffentlichkeit und in den Institutionen der Seniorenhilfe und Pflege nicht oder selten sichtbar sind.

### **Fragestellung**

Es stellt sich die Frage, warum eine kultursensible Versorgung und Pflege älterer Lesben und Schwuler in Deutschland von Bedeutung ist, um eine würdevolle Versorgung zu ermöglichen.

### **Methodik**

Es erfolgte eine narrative Recherche, bei der Forschungsarbeiten eruiert, sowie Good Practice Beispiele identifiziert wurden. Anhand dieser Daten wurde abgeleitet, wodurch soziale Isolation entsteht und wie ihren gesundheitsschädigenden Auswirkungen begegnet werden kann.

## **Ergebnisse**

Die wissenschaftliche Datenlage in Deutschland ist noch gering. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Aus den vorhandenen Forschungsarbeiten zu den Lebenslagen und dem persönlichen Erleben hinsichtlich negativer Auswirkungen ihrer sexuellen Identität von älteren Lesben und Schwulen zeigt sich, dass gesellschaftliche Ressentiments, Ängste und traumatisierende Erfahrungen zusammenwirken. Meyer leitet in seinem „Minderheitenstressmodell“ her, warum Menschen, die einer stigmatisierten Gruppe angehören, eine vielfach erhöhte Anpassungsfähigkeit benötigen, um ihre psychische und physische Gesundheit zu erhalten. Durch erlebte und/oder erwartete Diskriminierung treten Depressionen, Ängste, Suizidgedanken, Suizide und Substanzmissbrauch gehäuft auf. Ältere und auf Unterstützung angewiesene Lesben und Schwule haben den Wunsch, akzeptiert und selbstbestimmt ihr Leben und Umfeld zu gestalten. Kultursensible Pflege beinhaltet eine individuelle und biografie-orientierte Pflege in einer diskriminierungsfreien Umgebung, die Möglichkeit offen lesbisch und offen schwul leben zu können, gruppenspezifische Angebote und geschulte Mitarbeiter in Bezug auf lesbische und schwule Lebensweisen.

## **Schlussfolgerungen**

Eine kultursensible Pflege und Beratung kann zu einem Leben in Würde sowie zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung beitragen. Die Akteure der Politik sowie der Gesundheitsversorgung müssen verstärkt für die Anliegen und Themen von Lesben und Schwulen im Alter sensibilisiert werden. Ebenso bedarf es flächendeckender Kooperationen. Verbände von Lesben und Schwulen sollten selbstverständliche Netzwerkpartner für Träger von Angeboten der Altenhilfe, Altenpflege und gerontopsychiatrischer Angebote sein.

### **3 Schließer oder Therapeut? Rolle der Pflegenden in der Deliktbearbeitung bei untergebrachten Patient\*innen nach §63 StGB**

*Saskia Flegel, Simon Gödecke, Domitian Woloszyk*

#### **Fragestellung**

Was ist Deliktbearbeitung und was sind die Aufgaben der Pflegenden in der forensischen Psychiatrie? Anhand dieser beiden Fragen zielen die Autoren darauf ab, die Aufgaben der forensisch Pflegenden im deutschen Maßregelvollzug nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in der Deliktbearbeitung zu erfassen.

#### **Methodik**

Anhand einer Literaturrecherche wurde deutschsprachige Fachliteratur ausfindig gemacht. Die Ergebnisse werden gegenübergestellt, um Schnittpunkte beider Themen zu extrahieren und konkrete Aussagen über die Aufgaben der Pflege im Maßregelvollzug treffen zu können.

#### **Ergebnisse**

Der Begriff der Deliktbearbeitung findet sich in vielen Publikationen, jedoch meist ohne weitere Erläuterung. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sich um einen uneinheitlich genutzten Oberbegriff handelt, der sich als wesentlicher Bestandteil der Straftäterbehandlung unterordnet. Nur wenige Autoren vertiefen den Begriff und die dahinterstehenden Konzepte, die je nach Störungsbild, Delikt sowie psychotherapeutischer Ausrichtung variieren.

Pflegekräfte fungieren als Schlüsselposition in der Therapie und agieren als zentrale Funktion in der täglichen Erfassung und Bewertung prognose- und behandlungsrelevanter Informationen im Spannungs-

feld von Sicherung und Besserung. Auf der Grundlage von Beziehungsgestaltung und Kommunikation streben sie eine effektive und risikoarme Behandlung an und nehmen Einfluss, auf die verschiedenen Bereiche der Lebens- und Tagesgestaltung der Patienten.

In der Literatur finden sich gegensätzliche Aussagen in Bezug auf einen klar definierten Aufgabenbereich der Pflege in der Deliktbearbeitung. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Informationen zum Stand und der Wirksamkeit der Bearbeitung beitragen können. Für die forensisch untergebrachten Menschen sind sie zuweilen erster Ansprechpartner bei physischen, psychischen oder sozialen Problemen.

### **Empfehlung**

Wünschenswert sind weitere Forschungsarbeiten zur Rolle der forensischen Pflegenden und einem klar definierten Aufgabenkatalog. Pflegenden sollten die Methoden und Auswirkungen der Deliktbearbeitung kennen und patientenorientiert einordnen können, um sich allgegenwärtig in der multiprofessionellen Behandlung zu bewähren.

## 4 „Bitte aufgeben - Austerapiert“

*Katharina Arbatschat, Stefanie Farwick*

### **Einleitung**

Der Vortrag bietet einen Einblick in pflegerische Interventionen bei Patient\*innen, die laut Definition der S3- Leitlinie „Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen“ als schwer psychisch krank gelten.

### **Methodik**

Für die Literaturrecherche wurden Fachartikel in der Onlinedatenbank Google Scholar sowie Fachbücher aus der Bibliothek der Fachhochschule der Diakonie in Bethel genutzt.

### **Ergebnisse**

Patient\*innen im stationären Kontext, die als schwer psychisch krank gelten, werden seitens der Pflege und Betreuung mit einem herausfordernden Verhalten beschrieben. Die Herausforderungen liegen zum einem in der Person und ihrer Erkrankung, als auch der empfundenen Hilflosigkeit der Mitarbeiter begründet. Um diesen Patient\*innen gerecht zu werden und die Mitarbeiter\*innen in der multiprofessionellen Behandlung und -begleitung zu unterstützen, werden in diesem Vortrag zwei pflegerische Interventionen herausgearbeitet. Das Ziel ist es, auf die Problemstellungen Betroffener und Pfleger auf aufmerksam zu machen und Hospitalisierungseffekten, der Verkümmern von Aktivitäten zur Lebensbewältigung von schwer psychisch kranken Menschen, entgegenzuwirken.

### **Diskussion**

Durch Erlernen der pflegerischen Interventionen können Pflegefachkräfte aktiv in die Behandlung von schwer psychisch erkrankten Patient\*innen mitinvolviert werden. Hier erkennt man, dass die psychiatrische Pflege in Deutschland auf dem Weg, aber noch lange nicht

angekommen ist. Eine weitere Professionalisierung der psychiatrischen Pflege muss unbedingt weiter fortgeführt werden.

## Literatur

Amering, M. & Schmolke, M. (2007). Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)(2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer.

Hammer, M. & Plöbel, I. (2012). Irre verständlich - Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Richter, D., Schwarze, T. & Hahn, S. (2013). Wie kann Recovery in die psychiatrische Pflege integriert werden? (S.218- 231).

In Burr, C., Schulz, M., Winter, A. & Zuaboni, G. (Hrsg.). Recovery in der Praxis. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Schubert, M., Herrmann, L. & Spichiger E. (2018). Akademisierung der Pflege- Evidenz und Wirksamkeitsforschung (S. 85- 100). In Simon, A. (Hrsg.). Akademisch ausgebildetes Pflegepersonal. Berlin: Springer.

Wellensiek, S. K. & Kleinschmidt, C. (2013). Resilienz für Mitarbeiter, Führungskräfte und Unternehmen. In Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.). Ressourcenförderung in Zeiten ständigen Wandels. Gütersloh: Bertelsmann.

Welter- Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (2006). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer.

Wustmann-Seiler, C. & Fthenakis, W. E. (2004). Resilienz, Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin: Cornelsen.



## 5 Empowerment in der Gerontopsychiatrie am Beispiel der Selbstwirksamkeit bei Demenzerkrankungen und der Adhärenz bei chronischen Krankheitsverläufen im Alter

*Sabine Brüchmann, Kerstin Redzinski, Klara Döllner*

### Ausgangslage

Die zentrale Botschaft von „Empowerment“ lautet „Macht“. Um genau zu sein, die eigene Macht etwas selbst zu tun, zu verändern, aber auch einen Ist-Zustand zu erhalten. Doch Menschen, die sich in einem Alter befinden in welchem das Leben seinen körperlichen Tribut fordert und auch die geistige Leistungsfähigkeit nachlassen kann, spricht die Gesellschaft diese Macht häufig ab. Und auch die Menschen selbst, sind sich ihrer eigenen Fähigkeiten immer weniger bewusst bzw. erleben den voranschreitenden Verlust der eigenen Fähigkeiten als bedrohlich und beängstigend.

Für die psychiatrisch Pflegenden ist daher ein ressourcenorientiertes Arbeiten unumgänglich. Es gilt vielmehr die vorhandenen Fähigkeiten hervorzuheben und zu erhalten, damit auch älteren Menschen die eigene Macht wiedererkennen.

### Methoden

Pflegemodelle mit unterschiedlicher Reichweite geben Orientierung wie die Pflegepraxis gestaltet werden muss, um empowerment-orientiert zu arbeiten. Zum Beispiel sagt die allgemeine Theorie das „Selbstpflegemodells“ nach Dorothea Orem aus, dass jeder Mensch das Bedürfnis nach Selbstpflege hat. Ergänzend hierzu verfolgt, die spezifisch für die Psychiatrie entwickelte, Theorie des Gezeiten-Modells von Phil Barker einen Recovery-orientierten Ansatz. Die Konzepte Kitwoods sehen die von Demenz betroffene Person als Experten für ihr Erleben an und der Adhärenz- Ansatz verfolgt die Selbstbefähigung zum Management eines langwierigen Krankheitsverlaufes.

## **Ergebnisse**

Auch wenn diese Konzepte nicht alle explizit auf die Gerontopsychiatrie gemünzt sind, so unterstützen diese Pflegemodelle und Pflege-theorien psychiatrisch Pflegende dabei auch gerontopsychiatrische Patienten und Klienten im Sinne von Empowerment pflegerisch zu begleiten und zu betreuen.

## **Diskussion**

Modellen und Konzepten, die sich mit Empowerment befassen, sollen unter anderem dabei helfen den Zusammenhang zwischen dem eigenen Handeln und den Auswirkungen auf das Wohlbefinden zu erkennen. Dafür bedarf es Fähigkeiten wie Reflektion-, Merk-, Urteils- und Kommunikationsfähigkeit sowie eine ausreichende Orientierung.

Bei der Literaturrecherche und Studienanalyse wurde festgestellt, dass es wenig bis keine Konzepte und Erfahrungen bezüglich Empowerments spezifisch für die Gerontopsychiatrie gibt. Dies mag daran liegen, dass gerade die oben genannten Befähigungen besonders älteren, kranken Menschen schnell abgesprochen und als normaler Alterungsprozess verkannt wird.

Doch besonders hier gilt der Leitsatz dieser Insight-Tagung „geht nicht – gibt’s nicht“. Denn wieso sollten Menschen in einem höheren Lebensalter ihre Macht des Selbst ablegen?

## **Fazit**

Die Basler- Interdisziplinär- Altersstudie zeigt, dass objektive Bedingungen wie Krankheit nicht entscheidend für die eigene Bewertung der persönlichen Lebensqualität ist. Ausschlaggebend ist viel mehr wie der Mensch seine Situation erlebt und wieviel Kontrolle er über sich und seine Situation ausüben kann. Das bedeutet also für professionellen Akteure wie uns, dass wir unsere Arbeit auch in der Gerontopsychiatrie mehr an der Selbstwirksamkeit der jeweiligen Patienten ausrichten müssen.

Um dies zu erreichen müssen wir Pflegemodelle und -theorien nutzen und diese gegebenenfalls, wenn notwendig, auch miteinander verknüpfen. Dies kann zum Beispiel die partizipative Entscheidungsfindung bei chronischen Erkrankungen im Rahmen der Adhärenz-Therapie oder das Gezeiten-Modell zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bei demenzkranken Menschen sein.

## **Literatur**

Barker, P. J. & Buchanan-Barker, P. (2013). Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Bern: Hans Huber.

Kremer, G. & Schulz, M. (2016). Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie- Verlag.

Laux, G. & Dietmaier, O. (2013). Psychopharmaka (9., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.

Perrig-Chiello, P., Stähelin, H. B. & Perrig, W. J. (Hrsg.) (1999). Wohlbefinden, Gesundheit und kognitive Kompetenz im Alter. Ergebnisse der Basler Interdisziplinären Altersstudie IDA (Perrig & Krebs, 1992; Nr. 40-356 42.93). Bern: Haupt.

## **6 Gehört, verstanden und angenommen? Psychiatrische Pflegeexpertise am Beispiel der Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz**

*Delphine Ursulet*

### **Hintergrund**

Die Beziehungsgestaltung stellt einen zentralen Aspekt im Umgang mit Menschen mit chronischen oder psychischen Erkrankungen dar (DGPPN, 2018). Insbesondere Menschen mit Demenz sind in ihren Fähigkeiten, mit anderen Personen zu interagieren, beeinträchtigt. Im Laufe der Erkrankung liegt Schätzungen zu Folge die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von psychischen und Verhaltenssymptome einer Demenz bei 90 % (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). Dies manifestiert sich beispielsweise in Form von Aggressivität, Enthemmung, Hyperaktivität, Schlafstörungen, Depression und Ängste. Diese Reaktionen, die vom Umfeld als herausfordernd wahrgenommen werden, sind jedoch meist die einzige Möglichkeit für die Betroffenen „sich verständlich zu machen“ (BMG, 2006). Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende Fragen: Welche Aspekte sind bei der Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz besonders zu berücksichtigen? Inwiefern kann die Expertise der psychiatrisch Pflegenden zur Bewältigung dieser Phänomene beitragen?

### **Methode**

Eine orientierende Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken (CINAHL, PSYINDEX, PUBPsych) mit den Schlüsselwörtern „Beziehungsgestaltung“; „BPSD“; „personenzentrierte Pflege“; „personcentered care“ sowie eine Handrecherche wurden durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Die Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der Forschung liefert Einblicke zur Entstehung von psychischen und Verhaltenssymptome einer Demenz. Die Bedeutung eines personenzentrierten Ansatzes ist im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP, 2018) sowie relevante S3-Leitlinien dargelegt.

## **Diskussion**

Die Identifizierung und Änderung auslösender Faktoren psychischer und Verhaltenssymptome einer Demenz haben höchste Priorität (DGN & DGPPN, 2016). Das Urteilsvermögen und die klinische Entscheidungsfindung der psychiatrisch Pflegenden erlauben es, zielgerichtete bedarfs- und bedürfnisorientierte psychosoziale Interventionen einzuleiten. Der Expertenstandard soll hierbei als Instrument zur Reflektion des eigenen Handelns dienen.

## **Fazit**

Der Expertenstandard bietet die Chance, Abstand von einer verrichtungs- oder funktionsbezogenen Pflege zu nehmen und die Wahrnehmung auf die Einzigartigkeit eines Menschen zu fokussieren. Eine der Voraussetzungen für dessen Anwendung ist jedoch, dass Institutionen sich dezidiert zur personenzentrierten Organisation entwickeln und die notwendigen Rahmenbedingungen hierfür schaffen, damit Menschen mit Demenz tatsächlich das Gefühl haben, „gehört, verstanden und angenommen sowie mit anderen Personen verbunden zu sein“ (DNQP, 2018).

## **Literatur**

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Zugriff am 2. Februar 2019. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/filead->

min/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\_Rahmenempfehlungen\_zum\_Umgang\_mit\_herausforderndem\_Verhalten\_bei\_Menschen\_mit\_Demenz\_in\_der\_stationaeren\_Altenhilfe.pdf

Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3 (73), S. 1-21.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)(2017). S 3-Leitlinie Demenzen. Berlin: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang - Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Berlin: Springer.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2018). Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Eigenverlag: Osnabrück.

# 7 Früherkennung und Frühintervention Chance oder Dilemma?

*Lea Strietholt, Heike Schwartke*

## **Ausgangslage**

Der Vortrag soll einen Überblick, über die aktuelle Entwicklung der Früherkennung und Frühintervention bei Patient\*innen mit erhöhtem Psychoserisiko, in Deutschland geben. In den letzten Jahren wurden verschiedene Möglichkeiten erforscht, die sich mit der Früherkennung und Frühintervention bei psychotischen Störungen befasst. Somit wird der Frage nachgegangen, warum Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen sinnvoll ist. Zudem wird die Durchführung der Früherkennung und –intervention erörtert.

## **Methodik**

Für die Literaturrecherche wurden Datenbanken, wie Google Scholar und Pub Med sowie Fachbücher und Fachartikel genutzt. Es wurden vor allem die Studien genutzt, die randomisiert-kontrolliert sind.

## **Ergebnisse**

Die Früherkennung und Frühintervention schizophrener Psychosen hat sich in den letzten Jahren in Deutschland deutlich verbessert. Erste Frühinterventionsstudien deuten auf die Möglichkeit hin, mithilfe interdisziplinärer präventiver Interventionen, die Übergangsraten bei Patient\*innen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose und bereits manifesten Leistungsdefiziten beträchtlich zu reduzieren. Des Weiteren ergeben sich in der Praxis Schwierigkeiten durch die Stigmatisierung schizophrener Erkrankungen und durch die Hemmschwelle Betroffener. Direkte fachgerechte Hilfe wird selten in Anspruch genommen. Weiterhin besteht ein großer Bedarf zur Aufklärung der Öffentlichkeit über Psychosen sowie deren Früherkennung und Frühintervention.

## **Diskussion**

Die Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen ist ein innovatives Gebiet, dessen Entwicklung rasant fortschreitet. Um evidenzbasierte Ergebnisse in die Praxis umsetzen zu können, ist eine weitere Forschung im nationalen wie internationalen Raum mit noch mehr prospektiven, randomisierten kontrollierten Präventionsstudien bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko notwendig, denn die unterschiedlichen Prädikationsinstrumente liefern eine Reihe falsch positiver Vorhersagen.

## **Fazit**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Erkrankung der Schizophrenie rechtzeitig erkannt und dementsprechend behandelt werden kann. Bei vielen Patient\*innen können Symptome reduziert und die Verlaufsprognose der Erkrankung verbessert werden. Jedoch sind eine längere therapeutische Begleitung und eine Rückfallprophylaxe erforderlich, um die erzielten Erfolge aufrechtzuerhalten.

## **Literatur**

Häfner, H., Bechdorf, A., Klosterkötter, J., Maurer, K., & Wölwer, W. (2018). Psychosen- Früherkennung und Frühintervention. Stuttgart: Schattauer.

Juckel, G., Schultze-Lutter, F., & Ruhrmann, S. (2004). Früherkennung und Frühbehandlung bei Patienten mit erhöhtem Schizophrenierisiko. In *Psychoneuro*, 30 (3), S. 153-159.

Karow, A., Lüdecke, D., Sengutta, M., Wittmann, L., & Lambert, M. (2015). Früherkennung von Psychosen. *PiD- Psychotherapie im Dialog*, 16(3), S. 38-42.

Leopold, K., Zarafonitis-Müller, S., Burkhard, E., Laier, S., Kallenbach, M., & Bechdorf, A. (2016). Frühdiagnostik und -behandlung der Schizophrenie. *Psychopharmakotherapie*(23), S. 41-49.



Mossaheb, N., & Amminger, G. (2011). Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 12 (3), S. 294-298.

Riecher- Rössler, A. (2004). Schizophrene Psychosen früh erkennen, früh intervenieren. *Info Neurologie & Psychiatrie*, 2 (4), S. 11-14.

Rössler-Riecher, A. (2015). Früherkennung und Frühintervention bei beginnenden Psychosen. *NeuroTransmitter*, 26(1), S. 50-54.

# 8 Einflussnahme bei Selbstbestimmungsunfähigkeit – Ein Vergleich freizugänglicher Instrumente

*Katharina Molzow, Stephan Kluge, Julian Müller*

## Hintergrund

Die Selbstbestimmung einer Person stellt ein Menschenrecht dar und die Förderung der Selbstbestimmungsfähigkeit gilt als zentrale Aufgabe eines Behandlungsteams (DGPPN, 2014). Eine Psychose ist häufiger Grund für die ärztliche Einschätzung einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit (Erhard, 2012). Fehlt die Einwilligungsfähigkeit einer Person, so greifen fremdbestimmte Mechanismen und andere Menschen entscheiden für die Person.

## Fragestellung

Welche Instrumente zur Einflussnahme bei eingeschränkter Selbstbestimmung sind im deutschsprachigen Raum verfügbar und können zur Nutzung empfohlen werden?

## Methodik / Ergebnis

Durch eine systematische Literaturrecherche sowie einer freien Suche im Internet mit anschließender Selektion der Suchergebnisse werden acht Instrumente der Einflussnahme in die Ergebnisse aufgenommen. Anhand relevant empfundener Kriterien (Angaben zur subjektiven Sicht von Zwangsmaßnahmen, Vorerfahrung zu therapeutischen Interventionen und Medikation, Behandlungsziele, sozialer Hintergrund, Entscheidungsfindung durch dialogischen Prozess) werden sie miteinander verglichen und tabellarisch dargestellt.

## Diskussion / Fazit

Instrumente zur Vorausverfügung (Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung, psychiatrische Vorausverfügung, Krisenpass) bieten

Personen eine Möglichkeit, Einfluss auf die nächste Krise zu nehmen, selbst wenn sie in der Phase als einwilligungsunfähig eingeschätzt werden. Obwohl diese Instrumente den meisten deutschen Gesundheitsinstitutionen bekannt sind, kommen sie nur selten zum Einsatz und werden aufgrund von Zweifeln und Ängsten kaum genutzt (Opfermann & Heberlein, 2017). Auch seitens der Klienten bestehen Unkenntnis und wenig Nachfrage (Borbé, Jaeger, Borbé & Steinert, 2012).

Für die Leistungserbringer können sich die Instrumente der Vorausverfügung positiv auf den gewünschten Behandlungserfolg auswirken, sie bergen aber auch ethische Dilemmata (DGPPN, 2018). Nach Einschätzung vieler Experten und hinsichtlich internationaler Vorbilder überwiegt der Nutzen solcher Instrumente in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen sowohl für die Institutionen, als auch für die Betroffenen (Radenbach & Simon, 2016). Dabei ist ein dialogischer Prozess bei der Entscheidungsfindung zu empfehlen.

## Literatur

Borbé, R., Jaeger, S., Borbé, S. & Steinert, T. (2012). Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Der Nervenarzt*, 83 (5), S. 638–643.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang - Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Berlin: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen - Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 85 (11), S. 1419–1431.

Erhard, D. (2012). Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. *Lege artis - Das Magazin zur ärztlichen Weiterbildung*, 2 (5), S. 292–295.

Opfermann, B. & Heberlein, A. (2017). Leistungsrechtliche Konsequenzen einer Behandlungsablehnung bei untergebrachten Patienten – Chancen und Risiken einer Anwendung von Vorausverfügungen in der Psychiatrie. *Ethik in der Medizin*, 29 (2), S. 109–118.

Radenbach, K. & Simon, A. (2016). Advance Care Planning in der Psychiatrie. *Ethik in der Medizin*, 28 (3), S. 183–194.

## 9 Intensivbetreuung konkret – Interaktion, Atmosphäre und Milieu in der 1:1-Betreuung

*Tanja Klippel, Jacob Helbeck, Christoph Müller*

### Hintergrund

Die Intensivbetreuung von seelisch erkrankten Menschen in Krisen hat durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Juli 2018 an Bedeutung gewonnen. Sie bewegt sich in einem Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie (Zehnder, Rabenschlag & Panfil, 2015). Intensivbetreuung kann therapeutischen Zwecken dienen, indem der Beziehungsaufbau gefördert wird (Hohl & Rabenschlag, 2018). Die Relevanz milieuthapeutischer Interventionen nimmt zu, je mehr die Intensivbetreuung als Resonanzraum, weniger als Sanktionsraum erlebt wird. Einerseits zeichnet die Qualität einer Intensivbetreuung die innere Haltung der Mitarbeitenden aus, die sich mehr als Begleiter denn als Kontrolleure verstehen. Andererseits geht es um die Mensch-Umwelt-Interaktion und deren atmosphärischen Ausgestaltung. Beispielhaft kann hier die Studie von Rohe et al. zur architektonischen Neugestaltung benannt werden.

### Fragestellung

Die Idee Loren Moshers, während individueller Krisen bei den betroffenen Menschen zu sein und gemeinsam mit ihnen etwas zu tun, fordert den helfenden Menschen auf, aufmerksam zu sein, welche Bedürfnisse bei dem betroffenen Menschen aktuell sind. Das Dabeisein im Sinne Moshers zeigt eine Bereitschaft zum empathischen Mitfühlen, aber auch eine Fähigkeit, situationsangepasst Freiräume zu lassen. Es stellt sich beispielsweise die Frage, wie Milieu gestaltet werden kann, dass bei einer Intensiv-Betreuung der betroffene Mensch eine höhere Wertschätzung erfährt.

## Methodik

Es wurde eine Literaturrecherche mit Hilfe der Datenbanken PubMed, Google Scholar, Livivo und Cinahl durchgeführt. Sie wurde ergänzt durch Handsuche in der Bibliothek der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld, der Zentralbibliothek Lebenswissenschaften Köln und in privaten Handbibliotheken gesucht.

## Ergebnisse

Während der Intensivbetreuung von seelisch erkrankten Menschen in einer Krise können sich Pflegende nicht auf das Verrichtend-Funktionale beschränken. Ihre Professionalität in der konkreten Begleitung zeichnet sich durch die geschulte Wahrnehmung des betroffenen Menschen und die gekonnte Anpassung an die Situation und Befindlichkeit des Gegenübers aus. Laut Maio ist die Pflege „ein Berührungsberuf, der über die Kunst des behutsamen Herantastens sowie sehr viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung verfügen muss“ (Maio, 2018). Mosher beschreibt bereits in den 1990er Jahren, dass in einem möglichst normalen, reizarmen und entspannenden Milieu einer Wohngemeinschaft Menschen in akuten Psychosen mittels kontinuierlicher Begleitung und verständnisvoller Präsenz mit vorsichtig dosierter neuroleptischer Medikation durch ihre Psychose begleitet werden.

Durch den respektvollen Umgang gilt es dem Menschen in der Krise Sicherheit, Verlässlichkeit und Obdach zu geben. Dieses kontrollierte Miteinander kann sich gleichzeitig in einer vertrauensfördernden Atmosphäre und Architektur ausdrücken. Durch eine Studie von Rohe et al. (2017) konnte durch einen Umzug in eine architektonische Neugestaltung einer psychiatrischen Klinik am Universitätsklinikum Tübingen festgestellt werden dass es zu einem signifikanten Rückgang

## Fazit

Es besteht weiterer Forschungsbedarf zur Konkretisierung der Intensivbetreuung seelisch erkrankter Menschen in akuten Krisen. Diese Konkretisierung muss sich in einer vertieften Beschäftigung mit den

therapeutischen Atmosphären und Milieus zeigen sowie die Beziehungsarbeit und Interaktion mit den Betroffenen im Blick haben. Die Mensch-Umwelt-Interaktion und die Kontextualisierung des Krisenerlebens verdienen eine größere Aufmerksamkeit.

## Literatur

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang - Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Berlin: Springer.

Hohl, D. & Rabenschlag, F. (2018). Psychiatrische Intensivbetreuung auf dem Weg zur Standardisierung - Literaturübersicht bezüglich Qualität und Wirksamkeit. *Psychiatrische Pflege*, 3 (5), S. 29-33.

Maio, G. (2018). Werte für die Medizin - Warum Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. München: Kösel.

Mosher, L. & Hendrix, V. (1996). Dabeisein - Das Manual zur Praxis in der Soteria. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmatter, T. & Fallgatter, A. J. (2017). Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Der Nervenarzt*, 88 (1), 70–77. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0054-0>

Zehnder, U., Rabenschlag, F. & Panfil, E. M. (2015). Zwischen Kontrolle und Therapie - Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 42 (2), S. 68-75.



# Fachhochschule der Diakonie

## Impressum

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich. Wir bemühen uns um eine gendergerechte Sprache, wo nur ein Geschlecht genannt wird, ist jeweils das andere mit angesprochen.

Die Poster sowie der Abstractband stehen zum Download zur Verfügung unter [www.insights.fh-diakonie.de](http://www.insights.fh-diakonie.de) oder einfach den QR-Code scannen:



## Herausgeber

Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege PP 16.2

Fachhochschule der Diakonie Bielefeld  
Bethelweg 8  
33617 Bielefeld