Hilde Schädle-Deininger

Der Geschichte eine Zukunft geben

Die Entwicklung psychiatrischer Pflege 1960 bis 1990

Downloadmaterial zum Buch

Auszug: Anlagen 10 und 11

Anlage 10: Dokumentation der Fortbildungstagung von DBfK und DGSP vom 06. bis 08. November 1985 171
Anlage 11: Dokumentation der Themen im Arbeitskreis Pflege in der DGSP von 1979 bis 1999 217

Anlage 10: Dokumentation der Fortbildungstagung von DBfK und DGSP vom 06. bis 08. November 1985

Perspektiven psychiatrischer Pflege

Die Tagung war sehr gut besucht, ca. 270 bis 300 TN (hat etwas variiert). Die Rheinische Landesklinik Langenfeld, wo die Veranstaltung stattfand, hat im Anschluss einen Tagungsbericht veröffentlicht, der am Ende dieser Dokumentation vollständig wiedergegeben wird.

Begleittext zur Dokumentation
DGSP, Lothar Evers/Hilde Schädle-Deininger: Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ist keine Standesorganisation, sondern eine berufsübergreifende Gesellschaft, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die psychosoziale Versorgung in der Bundesrepublik so weit zu entwickeln, wie es den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Die DGSP hat u. a. folgende Ziele:

- Beseitigung inhumaner Zustände in psychiatrischen Krankenhäusern
- Ausbau der ambulanten Vor- und Nachsorge
- Schaffung von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für ehemalige Krankenhauspatienten, Gefährdete und Behinderte
- Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit dem Ziel berufsgruppenübergreifender Teamarbeit
- rechtliche Gleichstellung der seelisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken und Behinderten
- Anerkennung der Psychiatrie als sozialwissenschaftliche und medizinische Disziplin von großer Bedeutung für die Weiterentwicklung unseres Gemeinwesens
- Abbau solcher hierarchischer und bürokratischer Organisationsstrukturen, die der Verwirklichung der Menschenrechte für den psychisch Kranken ohne Notwendigkeit entgegenwirken

Die inhaltliche Arbeit der Gesellschaft wird vom Bundesvorstand, den Landesverbänden, in regionalen Gruppen und in Fachausschüssen geleistet. Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP befaßt sich mit dem Stellenwert der Pflege innerhalb psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Versorgung, mit dem Berufsbild psychiatrischer Krankenpflege, wie wir sie immer mehr von der Krankenpflege weg und zur Gesundheitspflege hin entwickeln können u. v. a. m.
Wir hoffen, dass diese Tagung uns einen Schritt weitergebracht hat und uns ermutigt, die angefangenen Diskussionen weiterzuführen.
DBfK, Rosemarie Weinrich/Lutz Felgner: Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) hat in seinem Aktionsprogramm für die 80er Jahre die Rückbesinnung auf die praktische Krankenpflege zum Kernstück gemacht. Pflege in der Psychiatrie ist eine schöne Aufgabe, denn sie befaßt sich mit dem Menschen mit seinen Stärken und Schwächen, aber auch mit seinen Verbiegungen und Störungen.
Der DBfK ist die Interessensvertretung aller Pflegekräfte der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege sowie der Krankenpflegehilfe.
Das Aktionsprogramm des DBfK beschreibt, was Krankenpflege bedeutet. Für die Psychiatrie besonders wichtig ist:

- Bei der Wiedereingliederung des Kranken und Behinderten in seinem Lebensraum mitzuwirken.
- Gesunde und Kranke zu motivieren und anzuleiten, ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Heutzutage soll der pflegerische Spielraum enger gefaßt werden. Menschlichkeit soll einer Kosten-Nutzen-Analyse untergeordnet werden. Die Psychiatrie, deren Schwerpunkt der Alltag des Patienten, die sozialen Beziehungen, die Kontaktfähigkeit ist, hat hier eine schwere Aufgabe.
Um den Interessen der Mitglieder gerecht werden zu können, bietet der DBfK die Möglichkeit der Mitarbeit in Fachgruppen. Die FACHGRUPPE PSYCHIATRIE im DBfK will:

- Bessere Voraussetzungen für berufliche Tätigkeit erreichen.
- An der Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege mitwirken.

Wir hoffen, daß die vorliegende Broschüre verdeutlicht, wie Krankenpflege in der Psychiatrie ausgeführt wird, aber auch Denkanstoß für die engagierte Mitarbeit an der Weiterentwicklung der Pflege ist.

Eröffnung
Rainer Kukla, Landesrat, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln
Die Perspektiven psychiatrischer Krankenpflege zu bestimmen, ist zweifellos ein schwieriges Unterfangen, da sie letztlich mit all den Veränderungen der Psychiatrie insgesamt zusammenhängen, die zur Zeit in der Diskussion sind. Der Wandlungsprozess, in dem sich die Psychiatrie befindet, berührt auch die Rolle und das Selbstverständnis des Pflegepersonals. Die Veränderungen im Krankheitsverständnis, die Verlagerung von stationären auf außerstationäre Hilfen, die Differenzierung der Behandlungs- und Betreuungsangebote sind nur einige

Aspekte dieses Prozesses. Aus ihm ergeben sich berufspolitische Konsequenzen, für die Tätigkeit selbst, für die Anforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen. Aus der Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland ist es sehr zu begrüßen, daß sich der DBfK und die DGSP zu dieser Thematik erstmals in einer Landesklinik zusammenfinden, um eine Standortbestimmung vorzunehmen und die Perspektiven abzustecken. Die Kliniken und die in ihnen arbeitenden Pflegekräfte sind ja von der weiteren Entwicklung der psychiatrischen Versorgung besonders berührt. Der politische Wille, die Großkrankenhäuser Schritt für Schritt zu verkleinern und zugleich gemeindenahe Einrichtungen in der Form aufzubauen, daß die Versorgung aller Patientengruppen gewährleistet ist, kann sinnvoll nur durchgesetzt werden, wenn eine qualifizierte stationäre und ambulante psychiatrische Krankenpflege sichergestellt ist. Dies bedeutet aber auch, daß in Zukunft bei dem Aufbau gemeindenaher Einrichtung verstärkt darauf geachtet werden muß, daß für heute in den Kliniken arbeitende Pflegekräfte Arbeitsalternativen im außerstationären Bereich geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, ihre spezifische Fachkompetenz in die Betreuung einzubringen.
Der Wert dieser Tagung liegt in besonderem Maße darin, daß hier von der Berufsgruppe der Krankenpflegekräfte selbst Möglichkeiten überlegt und diskutiert werden können, wie eine qualifizierte ambulante und stationäre Pflege in ein Gesamtkonzept integriert werden kann.
Ich bin sicher, daß hieraus notwendig Denkanstöße resultieren, die für die weitere Entwicklung wichtig sind.

Vorträge

Lutz Felgner **Berufspolitische Perspektiven der psychiatrischen Krankenpflege**	
Thema/Inhalt	**abzuleitende Thesen**
Was ist die Situation • Schon immer sei versucht worden, das geschlossene Auftreten der Pflege zu verhindern und sie zu spalten bzw. zu zersplittern; dies diene nicht der Förderung berufsständischer Entwicklung, damit soll die Professionalisierung der Krankenpflege verhindert werden, damit man widerspruchslos fragwürdige Sparkonzepte verwirklichen kann. • Jahrelang haben wir uns mit unserem Selbstverständnis auseinandergesetzt – die Diskussion war fruchtbar und hat sich gewandelt sowie den Wert unserer Arbeit deutlich gemacht. • Wir sind Spezialisten fürs Allgemeine, für den Alltag zuständig, bestimmen das Milieu usw. Hier kann uns keine andere Berufsgruppe ersetzen. Womit befaßt sich die Krankenpflege heute • Ausgehend von dem, was das Typische an der Krankenpflege ist und was diese Tätigkeit von anderen Berufsgruppen unterscheidet, wird festgestellt, dass sich die Pflege mit dem gesamten Menschen befasst, mit seinen gesunden und seinen kranken Anteilen, mit seinen individuellen speziellen Bedürfnissen. • Betont wird, dass andere Formen der Tätigkeiten Ko-Therapien seien, jedoch keine originäre Krankenpflege. • Der Begriff der individuellen Pflege sei in einer Zeit entstanden, in der es immer schwieriger wurde, auf die Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen. Gleichzeitig wird die Wichtigkeit der Einführung des Pflegeprozesses betont und festgestellt, dass Pflege mehr ist als „analytische Fehlersuche“. • Im weiteren Verlauf geht es um den gesellschaftlichen Auftrag der Pflege, dabei wird kurz auf Pflege als Frauenberuf, aber auch auf die Durchlässigkeit in den ambulanten Bereich eingegangen, Wie sieht die Zukunft aus? • Berufspolitik beruht auf drei Perspektiven: den Arbeitsbedingen, der aktuellen Tätigkeit und der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Bei den Arbeitsbedingungen wird schwerpunktmäßig auf Dienstzeit und Organisation abgehoben. Bei der aktuellen Tätigkeit wird betont, wie wichtig es ist, die Bedeutung der professionellen Krankenpflege darzustellen und sich der einäugigen Sparpolitik entgegenzustellen, da diese kurzsichtige Politik viel Schaden anrichte. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung wird nicht mehr bestritten, dass Krankenpflege in der Psychiatrie gelernt werden muß. Deutlich angesprochen wird, dass Fort- und Weiterbildung ein Mittel darstellt, Neuerungen zu initiieren und der Routine entgegenzuwirken. Festgestellt wird, dass für die weit über 30 000 Pflegekräfte in der Psychiatrie rund 20 Weiterbildungsstätten zur Verfügung stehen, während es im Bereich der Anästhesie- und Intensivpflege rund 160 Weiterbildungseinrichtungen gibt. Außerdem sei die tarifliche Eingruppierung nach Abschluss der Weiterbildung nicht befriedigend geregelt. Am Ende wird dazu aufgefordert, berufspolitisch aktiv zu sein, die eigene Meinung laut zu sagen, sich Verbündete zu suchen und viele Dinge zu organisieren und gemeinsam berufspolitische Ziele zu vertreten.	➢ Pflege muss solidarisch handeln, um Professionalität voranzutreiben ➢ Psychiatrische Pflegekräfte sind Spezialisten fürs Allgemeine (z. B. Alltag, Milieu) ➢ Differenzierung der Gemeinsamkeiten und spezifischen Tätigkeiten der Berufe im Alltag erforderlich ➢ Pflege ist mehr als „analytische Fehlersuche“ ➢ Berufspolitik beruht auf drei Säulen: den Arbeitsbedingungen, den spezifischen Tätigkeiten und auf qualifizierter Aus-, Fort- und Weiterbildung ➢ Anpassung der Bezahlung und tarifliche Eingruppierung für die professionelle Pflege

Fabian Härtling und Jutta Huber **Die Krankenpflegeausbildung als Vorbereitung auf die Berufspraxis**	
Thema/Inhalt	**abzuleitende Thesen**
Anhand eines persönlichen Erfahrungsberichtes vermitteln die beiden Vortragenden ihre Erlebnisse in Theorie und Praxis. Sie stellten zunächst die Rahmenbedingungen dar, z. B. den Einführungsblock, und zogen den Schluss daraus, dass es für spezifische Situationen keine Patentrezepte gibt. Hier hätten sie sich mehr praktisch-erlebte Beispiele gewünscht. Sie berichten über ihre ersten Einsätze und wie sehr schnell sich die Ideale verloren haben. Sie schildern unterschiedliche Situationen und stellen fest, dass es grundsätzlich besser gewesen wäre, wenn sie „Psychiatrische Pflege“ vor dem Einsatz in die Praxis unterrichtet bekommen hätten. „Wir hätten von Anfang an eine bessere Grundlage gehabt, hätte uns eine kompetente Lehrkraft oder ein/e erfahrene/r Schwester bzw. Pfleger reale Erfahrungen beschrieben: Zum Beispiel aus der Pflege von Manisch-Depressiven oder Schizophrenen. Es wäre wünschenswert, einen solchen Unterricht noch vor die am Anfang übliche Anatomie zu stellen. Eine andere Möglichkeit wären Praxisanleiter auf der Station gewesen: Personal, das sich gezielt der praktischen Einarbeitung der Schüler auf Station widmet und darüber hinaus wenigstens zu Beginn auch in die Schule kommt und dort eine Einführung in die psychiatrische Krankenpflege gibt. Es ist allerdings zu erwarten, daß der Kostenträger hier eine beträchtliche Rolle spielen wird.	➢ Theorie und Praxis in der Ausbildung verknüpfen ➢ Motivation bei Schülern erhalten ➢ Theoretisch-inhaltliche Vorbereitung auf die jeweiligen praktischen Einsätze ist Pflicht ➢ Selbstverständlichkeit von Praxisanleitung und Praxisbegleitung sowie Reflexion

Hilde Schädle-Deininger **Versuch einer Standortbestimmung der psychiatrischen Pflege**	
Thema/Inhalt	**abzuleitende Thesen**
Betont, dass die Ausführungen nur Denkanstöße sein können und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, weil die Thematik eng verbunden mit den bereits Behandelten ist. Drei Formen der „Krankenpflege“ werden unterschieden: 1. Nachbarschaftshilfe, familiäre Hilfe oder Krankenpflege, immer noch die häufigste Form. 2. Krankenpflege im Sinne christlicher Nächstenliebe, die älteste organisierte Form der Krankenpflege, nicht nur auf Kranke bezogen, sondern auf alle Hilfebedürftigen ausgedehnt. 3. Krankenpflege als Beruf, berufliche Krankenpflege ist also eine erlernte, bezahlte Dienstleistung an der Gesellschaft, an der Allgemeinheit mit entsprechender Verantwortung gegenüber dem in Anspruch nehmenden Menschen. Beruf – pflegerisch berufliches Handeln setzt voraus, daß die Tätigkeit spezielles Wissen erfordert, das von Familien oder Laien nicht mehr erbracht werden kann. Betont wird, dass die Spezialisierung in der allgemeinen Krankenpflege zur „Technisierung“ und in der Psychiatrie zur „Therapeutisierung“ führte. Anknüpfend an den Veränderungsprozess ab Anfang/Mitte der 1960er Jahre mit der Studentenbewegung, dem Infragestellen der Erziehungsideale, der Wohnformen und des Zusammenlebens, entstand in der Psychiatrie so etwas wie eine Aufbruchsstimmung, die mitgetragen wurde durch die öffentliche Meinung. Die Forderungen der Pflege waren damals: • mehr Zeit für Patienten, eine bessere Atmosphäre auf den Stationen schaffen, die eigene Arbeitssituation verbessern, Stationen geschlechtlich mischen, den Patienten ernster als Partner nehmen, von dem wir etwas lernen können. Die Veränderungen, die sich im Kleinen vollzogen haben, waren spürbar und überschaubar.	➢ Qualifikationsniveaus in der Pflege unterscheiden ➢ Psychiatrisch-pflegerische Tätigkeitsbereiche und Aufgaben definieren ➢ Sich in der Pflege der geschichtlichen Wurzeln bewusst sein ➢ Originäre Aufgaben professioneller Pflege in den Fokus stellen ➢ Position und Bildung professioneller Pflege verdeutlichen ➢ An Gesundheit und Wohlbefinden orientieren ➢ Autonomie des Berufes einfordern

Hilde Schädle-Deininger **Versuch einer Standortbestimmung der psychiatrischen Pflege**	
Thema/Inhalt	**abzuleitende Thesen**
Es folgte die Zeit „alle können alles“, das zeigte die Zugehörigkeit zu den „Fortschrittlichen“ an. Die Pflegenden waren die Therapeuten ohne Berufsbezeichnung. Viele der Berufsgruppe entwickelten andere Berufsziele. Festgestellt wird, dass die „Verbliebenen“ zunehmend in die Rolle der „Ko-Therapeuten“ geschlittert sind und die Entwicklung der psychiatrischen Pflege vernachlässigten und damit auch in der Entwicklung gemeindenaher Strukturen die Pflege eine nachgeordnete Rolle gespielt hat. Erst in der jüngsten Zeit wurde die Diskussion um das Berufsbild aufgenommen und hinsichtlich Fort- und Weiterbildung, Kontakten und Arbeitsgemeinschaften verschiedener Verbände und Organisationen auch im Ausland angestoßen, um sich mehr fachlich-inhaltlich psychiatrisch-pflegerisch zu positionieren. Es werden dann Schwerpunkte der psychiatrischen Pflege aufgezählt wie „Orientierung an den Gesundheitsbedürfnissen eines Menschen“, „eigene theoretische Grundlagen“, weg von der ärztlichen Orientierung, langfristige Begleitung, Betreuung und Pflege von chronisch psychisch erkrankten Menschen, Beziehungsgestaltung, die eigene Bewertung von Pflegetätigkeiten und der Ansatzpunkt bzw. die konkreten Fragestellungen professioneller Pflege usw., dabei wird das Ziel der Autonomie auch in Fallbeispielen hervorgehoben. Ein weiterer Punkt ist die Qualität der Pflege, da werden die Qualitätskriterien der Schweiz von gefährlicher Pflege bis optimale Pflege zugrunde gelegt. Festgestellt wird zudem, dass ein zentraler Punkt hinsichtlich qualitativer Pflege die Bereitschaft beinhaltet, sich in Frage zu stellen und zudem ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit erfordert. Die politische Dimension von Pflege wird deutlich benannt, aber auch die Notwendigkeiten von Aus-, Fort- und Weiterbildung. In der Zusammenfassung werden folgende Punkte festgehalten: • Die Professionalisierung des Krankenpflegeberufes ist unabdingbar. Die Voraussetzungen müssen von unserer Berufsgruppe vertreten, verfolgt und verwirklicht werden (es folgen Beispiele). • Psychiatrische Pflege muß vor, während und nach einer Erkrankung stattfinden (wird auch weiter ausgeführt). • Die Krankenpflege selbst muß sich mehr an Gesundheit, Prävention und Lebensbedingungen orientieren, denn der Mensch reagiert ganzheitlich auf innere und äußere Ereignisse und sein momentanes Erleben ist von früheren Erlebnissen geprägt. • Wir müssen den Mut haben, unsere Arbeit gezielt, inhaltlich, reflektiert darzustellen, d. h. Pflegeforschung (federführend durch unsere Berufsgruppe) ist unerläßlich. All das kann dazu beitragen, die Diskussion zur Identität psychiatrischer Pflege in Bewegung zu bringen und zu verfestigen.	➢ Eigene theoretische Grundlagen auf wissenschaftlicher Basis ➢ Inhalte und Forschungsergebnisse der psychiatrischen Pflege berufspolitisch und im Alltag aufzeigen und vertreten

Arbeitsgruppen
Leider lassen sich anhand der Dokumentation die einzelnen Gruppenmoderationen nur bruchstückhaft zuorden, zudem ist eine Arbeitsgruppe nicht dokumentiert, deshalb hier nur eine Auflistung aller Moderatoren und Referenten: Elisabeth Anders, Gisela Bliemeister, Elke Felgner, Lutz Felgner, Fabian Härtling, Jutta Huber, Alexander Kaun, Marie-Luise Koch, Uwe Krüger, Wolfgang Münster, Reinhilde Niemeyer, Rüdiger Pohl, Hilde Schädle-Deininger, Isolde Schmidt-Steden, Rosel Simonis, Ulrike Villinger, Gesche Vollstedt-Mehrens, Jürgen Vrinssen und Renate Wienekamp.

Thema/Inhalt	**abzuleitende Thesen**
AG 1 (18 TN): Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Die AG sammelte zunächst „Aufgaben“, die von Pflegekräften in der KJP erfüllt werden. Dabei stellte sich heraus, dass der „Pflege- und Erziehungsdienst“ identische Aufgaben wahrnimmt. Es wurden einzelne Aufgaben im grundpflegerischen Bereich bzgl. soziotherapeutischer Aufgaben und patientenorientierter Gruppenarbeit ausgeführt, aber auch Kooperations-, Koordinationsaufgaben und Zusammenarbeit oder auch Anleitungsaufgaben bei Auszubildenden und neuen Mitarbeitern usw. Dabei wurde festgestellt, dass die Vielfalt der Aufgaben nicht durch das vorhandene Personal abgedeckt und deshalb häufig nicht befriedigend ausgeführt werden kann. Die Arbeitsgruppe stellte folgende Forderungen auf: • Mitverantwortliche Mitarbeit bei dem Aufbau von ambulanten und mobilen Diensten • Berechnung des Personalbedarfes nicht nach Stellenschlüssel, sondern nach dem tatsächlichen Bedarf • Zusammenarbeit mit Angehörigen verstärken (d. h. auch dafür zeitlich Raum schaffen) • Fundierte und qualifizierte Fort- und Weiterbildung, Freistellung des Betroffenen bei Weiterbezahlung der Bezüge • Praxisanleiter für Krankenpflegeschüler müssen auf dem Stellenplan berücksichtigt werden, keine Anrechnung der Krankenpflegeschüler auf dem Stellenplan • Die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Erwachsenenpsychiatrie trennen oder getrennt lassen • Reflektion der Mitarbeiter (Supervision sollte für die Mitarbeiter während der Arbeitszeit angeboten und bezahlt werden) • Abschaffung des KR-Tarifs • Höhergruppierung aller Mitarbeiter nach abgeschlossener Fachweiterbildung • Gezielte Fortbildung für die KJP durch überwiegend nicht berufsfremde Dozenten Die Gruppe stellte fest, dass grundlegende Notwendigkeiten der Berufsgruppe nicht geschenkt und Inhalte von der Berufsgruppe selbst bestimmt werden müssen und dass diese (wichtige) Arbeit nicht an der Stationstüre aufhört.	➢ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst spezifische Pflege einen breit gefächerten Aufgabenbereich ➢ Supervision sowie Fortbildung muss Pflicht sein ➢ Die Praxisanleitung in der KJP muss geregelt sein ➢ Ausreichende Personalbesetzung ist zu gewährleisten ➢ KJP verselbständigen (soll nicht Anhängsel der Erwachsenenpsychiatrie sein)
AG 2a (Gruppe 2 wurde geteilt, 20 TN): Die Station – welche Bedeutung hat der stationäre Aufenthalt für den Patienten?	
• Ausgegangen wurde von der Frage, wie dem Patienten bei der Aufnahme begegnet wird und dass Wiederaufnahmen zu schaffen machen, weil die Frage aufkommt, warum es draußen nicht geklappt hat • Festgestellt wurde, dass das Netz von Hilfsangeboten außerhalb der Klinik weit verstreut ist und es überall an ausreichender Nachbetreuung mangelt, das Problem der Nachsorge schloss auch die Vorsorge mit ein • Einen zentralen Punkt stellte die Aufnahme eines Patienten dar, vor allem wurde beklagt, dass es wenig individuelle Informationen durch die Aufnahmeformalitäten gibt und der Patient nicht darüber informiert wird, was ihn erwartet.	➢ Arbeitsbedingungen in der psychiatrischen Pflege sind sehr unterschiedlich ➢ Supervision und andere Reflexionsverfahren müssen selbstverständlich im Arbeitsbereich sein

Thema/Inhalt	abzuleitende Thesen
Folgende Probleme wurden aus den unterschiedlichen Erfahrungen als Fragen herausgefiltert: • Ist es notwendig, alle Patienten zu durchsuchen, auch auf offenen Stationen? • Wie wichtig sind die gemeinsame Mahlzeit und ein schön gedeckter Tisch? • Wie sehr sind wir bereit und in der Lage, Forderungen zu stellen und uns dafür stark zu machen? • Welche Möglichkeiten haben wir, uns innerhalb der Arbeitszeit über aufgetretene Probleme auseinanderzusetzen? Gibt es Supervision? • Sind die Nachtwachen im Plan integriert, oder wird tagsüber nach einem anderen Konzept gearbeitet als nachts? • Wie gehen wir mit den Bedürfnissen der Patienten, aber auch mit unseren eigenen Bedürfnissen um? Die Bearbeitung dieser Fragen hat in der Diskussion gezeigt, dass bei den Anwesenden ein sehr unterschiedliches Verständnis über die psychiatrisch-pflegerische Arbeit besteht. Dabei wurde auch fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte – sowohl in der Pflege als auch ärztlicherseits und auf der Verwaltungsebene – betont. Gleichzeitig wurde ermutigt, stärker die eigenen Interessen zu vertreten.	➢ Das Pflegekonzept gilt für alle Mitarbeitenden ➢ Zentrale Aufgabenbereiche der psychiatrischen Pflege identifizieren ➢ Abhängigkeit der Pflege entgegenwirken und theoretische Inhalte vertreten
AG 2b: Die Station – welche Bedeutung hat der stationäre Aufenthalt für den Patienten?	
• Zunächst fand ein reger Austausch über die Erfahrungen in der Arbeit auf den Stationen der Teilnehmenden statt, wobei auch der Frage nachgegangen wurde, wie begegnen wir dem Patienten bei der Aufnahme, wird beispielsweise das Aufnahmegespräch gemeinsam mit dem Arzt geführt? • Bei der Frage, was der Patient will, kamen folgende Punkte zur Sprache: Der Patient will nichts von uns; er will Hilfe – in welcher Form auch immer; er will Medikamente; er kommt mit dem Anspruch, daß wir ihn heilen; der Patient will das Gefühl der Geborgenheit. Festgestellt wurde, dass diese Aspekte häufig im Widerspruch zum Bedürfnis der Psychiatriemitarbeiter stehen, die Probleme der Patienten aufarbeiten wollen. • Zündstoff in der Diskussion gab die Meinung eines Teilnehmers: „Viele Patienten nisten sich ins Landeskrankenhaus ein, weil sie es da bequem haben, weil es da viel zu schön ist.“ Es wurden Punkte ins Feld geführt wie schlechte Nachsorge, der eine große Bedeutung zugemessen wurde, aber auch dass es ein Fortschritt ist, wenn Patienten freiwillig zur Krisenintervention kommen. Der Personalmangel auf Station fiel auch in der Argumentation ins Gewicht und die mangelnde Unterstützung durch die Hierarchie. Folgende Forderungen wurden festgehalten: • Es müssen ausreichend Stellen für Krankenschwestern und Krankenpfleger sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich geschaffen werden, damit die Pflegekräfte den vielfältigen Aufgaben der psychiatrischen Pflege gerecht werden können. • In der Ausbildung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger muß das Fachgebiet „psychiatrische Krankenpflege“ mehr Raum als bisher einnehmen. • Kontinuierliche Fortbildung und Supervision muß gewährleistet und vom Arbeitgeber finanziert werden. • Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe begrüßen es, daß möglichst viele Berufsgruppen mit jeweils unterschiedlichem Erfahrungshintergrund an der psychiatrischen Versorgung beteiligt werden. Dies darf jedoch nicht auf Kosten der Pflegekräfte gehen, d. h. Krankenpflegestellen dürfen nicht von anderen Berufsgruppen besetzt werden.	➢ Ansprüche und Ziele von Patienten und Mitarbeitenden müssen geklärt werden ➢ Kontinuierliche Fortbildung und Supervision müssen gewährleistet (finanziert) werden ➢ In der Ausbildung muss Psychiatrie einen gewichtigen Raum einnehmen ➢ Alle Berufe müssen in der psychosozialen Versorgung gleichwertig und vertreten sein ➢ Der Personalbedarf darf nicht nur auf dem Papier stehen ➢ Multidisziplinarität und Altersdurchmischung im Alltag ist dringlich erforderlich

Thema/Inhalt	abzuleitende Thesen
AG 3: Ausbildung	
Die Arbeitsgruppe setzte sich aus sehr unterschiedlichen Bildungsbereichen der Pflege aus den verschiedensten Teilen Deutschlands und einem Teilnehmer aus den Niederlanden zusammen. Außerdem kamen die TN aus ganz unterschiedlichen Hintergründen bzgl. der Ausbildung und Arbeitsfeldern der psychosozialen Versorgung. • Zuerst beklagten alle die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, das bedeutet, dass in der Theorie nicht auf die Praxis (z. B. bzgl. der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen) vorbereitet wird. • Beklagt wurde auch, dass im Vorfeld der Ausbildung zu wenig Informationen über den Beruf vermittelt werden, dass die Ausbildung an den Schulen sehr unterschiedlich ist, dies wurde anhand des Unterrichtsfaches „psychiatrische Pflege“ diskutiert und festgestellt, dass das Fach in der Regel medizinisch unterrichtet wird. Es fehlte in der Regel Gesprächsführung, Angehörigenarbeit, psychiatrische Pflege im Zusammenhang mit Versorgungsstrukturen (ambulant/stationär usw., Berufsbild psychiatrischer Pflege usw. Außerdem differierte die Stundenzahl zwischen 0 und 70 Unterrichtsstunden. • Auch die Anleitung im Psychiatrieeinsatz wurde als unzureichend beschrieben, es wurde festgestellt, dass nur wenige Kliniken über ein organisiertes System der Praxisanleitung verfügen (Mentoren, Tutoren, Anleiter, gezielte Praxisreflexion). Folgende Forderungen wurden formuliert: • Krankenpflegeschulen müssen in ihren Rahmenbildungsplänen Zielsetzungen der Ausbildung an ihrem jeweiligen Haus klar formulieren. • Unterrichtsinhalte insbesondere im Fach „psychiatrische Krankenpflege“ sollten sich ausrichten nach den Erfordernissen der Praxis. Sie müssen abgrenzbar sein gegenüber anderen Unterrichtsfächern und von psychiatrisch erfahrenen Lehrkräften unterrichtet werden. • Unterricht in psychiatrischer Krankenpflege muß in einer angemessenen Stundenzahl angeboten werden. • Die praktische Ausbildung sollte von Praxisanleitern bzw. klinischen Unterrichtsschwestern und -pflegern begleitet und ausgewertet werden. Diese sind nicht im Stellenplan anzurechnen. • Parallel dazu muß das gesamte Pflegepersonal (auch einjährig Ausgebildete) kontinuierlich in aktueller Krankenpflege (z. B. Pflegeplanung und -dokumentation) fortgebildet werden. • Die Ausbildung der Lehrer für Krankenpflege muß sich mehr an den Erfordernissen der Krankenpflegepraxis bzw. der Pflege kranker Menschen und der Prävention inklusive gesundheitserzieherischer Maßnahmen orientieren. • Die Lehrer müssen durch einen angemessenen Lehrer-Schüler-Schlüssel (in den meisten psychiatrischen Kliniken beträgt dieser immer noch 1:30 und mehr – europäische Forderung ist 1:15) mehr Möglichkeit erhalten, in der Praxis mitzuarbeiten und vor Ort Schüler anzuleiten. • Krankenpflegeschulen sollten Kontakte zu anderen Krankenpflegeschulen pflegen, so daß es zu einem konstruktiven Austausch und einer effizienten Zusammenarbeit kommen kann. • Die Schülereinsätze sollten auch in außerstationären Einrichtungen ermöglicht werden. Die Ausbildungsvergütung muß wieder angehoben werden, ansonsten dürfen Auszubildende nicht in den Stellenplan integriert werden.	➢ Auf die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen muss in der Ausbildung vorbereitet, Lernziele klar formuliert werden ➢ Erteilung fachspezifischen Unterrichts durch erfahrene Lehrkräfte ➢ Praxisbegleitung verpflichtend ➢ Differenzierung in den Pflegequalifikationen mit verpflichtender Fortbildung ➢ In der Lehre mehr Gesundheitsförderung und Prävention verankern ➢ Festlegung des Lehrer-Schüler-Schlüssels ➢ Vernetzung und Kontakte zu anderen Pflegebildungseinrichtungen ➢ Auszubildende nicht auf den Stellenplan anrechnen – sonst adäquat bezahlen ➢ Einsatz in allen Bereichen der Pflege (stationär, ambulant und komplementär)

Thema/Inhalt	abzuleitende Thesen
AG 4: Thema unbekannt	
Keine Dokumentation vorhanden	
AG 5: Pflegefall – Behandlungsfall	
Die TN kamen aus unterschiedlichen Bundesländern und aus sehr unterschiedlichen Arbeitsbereichen. • Zu Beginn wurde der sozialrechtliche Unterschied von Behandlungs- und Pflegefall erläutert. Rasch ergab sich die Frage von einigen ambulant tätigen TN, inwiefern sich diese Unterscheidung auf die ambulante Krankenpflege auswirke. Wird ein Klient zum Pflegefall erklärt, so verliert er dadurch den Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse und muß so für seine Behandlung/ Pflege selbst aufkommen oder Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Dies bedeutet meist zusätzlich zur Krankheit einen deutlichen sozialen Abstieg. • Festgestellt wurde, dass es besonders für chronisch psychisch Erkrankte kein finanziertes ambulantes Angebot gibt, das auf die Dauer eine wirksame Alternative zur Heimunterbringung oder zum Klinikaufenthalt darstellen könnte. • Die Modellversuche konnten sich alleine durch die Kassenleistungen nicht tragen und waren auf Zuschüsse angewiesen. Aus diesem Grund sind in Pflegeheimen und Langzeitbereichen chronisch erkrankte Menschen untergebracht, die bei ausreichender ambulanter Pflege außerhalb von Klinik oder Heim leben könnten. • Es folgt der Vergleich zu der Zuspitzung während des Dritten Reiches in „Brauchbare“ und „Unbrauchbare“ und dem damit zusammenhängenden „Halbierungserlass“. Festgestellt wurde auch, dass Anfang der 1960er Jahre ein Abkommen zwischen Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern geschlossen wurde, welches zum Ziel hatte, daß der „Halbierungserlaß“ nicht mehr angewendet werden sollte, die Krankenkassen sich verpflichteten, die Kosten der Behandlung voll zu übernehmen, sofern kein Pflegefall vorliegt. Der Halbierungserlaß wurde erst Anfang der 1980er Jahre (!) offiziell aufgehoben. Ein weiterer Punkt war die Definition von Pflege und Pflegefall. Es wurde festgestellt, dass „Pflegefall“ häufig gleichgesetzt wird mit „da kann man nichts mehr tun“. Dem entgegenwirken könne nur eine gute Dokumentation im Pflegeprozess, aber auch Öffentlichkeitsarbeit, Thematisierung in Berufsverbänden und Kleinarbeit auf der Station, z. B. auch Diskussionen mit Ärzten über den Begriff. Ein weiterer Gesichtspunkt waren Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen und deren Folgen. Mit der Frage, inwieweit Pflegeforschung positive Auswirkungen auf die Anerkennung der Krankenpflege haben könnte und ob das Berufsbild dadurch greifbarer werden würde und Krankenpflege so durch andere Berufsgruppen weniger beeinflussbar wäre, schloss die Arbeitsgruppe.	➢ Die Finanzierung und Versorgungstrukturen von chronisch psychisch kranken Menschen müssen geregelt werden ➢ Pflegeforschung hat Einfluss auf die Anerkennung der Pflege ➢ Den Pflegeberuf mehr sichtbar machen ➢ Pflege wird häufig auf „Grundpflege“ festgelegt ➢ Es wird wieder in „Brauchbare“ und „Unbrauchbare“ unterschieden
AG 6: Der Pflegeprozess	
Der Pflegeprozess wurde mit einem Einführungsreferat der gesamten Gruppe erläutert, dann wurde die Gruppe geteilt (jedoch gemeinsames Protokoll). • Datensammlung: möglichst viele Daten vom Patienten für ein umfassendes Bild, durch Gespräche, Untersuchungen, Aufnahmeformulare, Fragebögen, Beobachtungen, durch dritte Personen • Pflegeplanung: Aufgrund von vorhandenen Informationen Probleme, Fähigkeiten herausfinden, Pflegeziele formulieren und Pflegemaßnahmen festlegen …	➢ Überprüfungspflicht des Pflegeprozesses, Evaluation ➢ Der Blick muss auf Ressourcen gerichtet sein und nicht auf Defizite

Thema/Inhalt	abzuleitende Thesen
• Durchführung des Pflegeplans: wird durch praktische Pflegehandlungen umgesetzt (Psychiatrie überwiegend Kontakt, Strukturierung Tagesablauf, Anleiten zu Selbstständigkeit usw.) • Erfolgskontrolle und Feedback: Rückmeldung über Erfolg und Mißerfolg (direkt an MA und Patienten), fühlt sich Patient durch Pflege gesünder, bessert sich sein Zustand oder verschlechtert er sich? Die Erfahrungen mit dem Pflegeprozess waren bei den TN sehr unterschiedlich, einige hatten sich mit dem Thema bisher noch nicht befasst. Nachfolgend wurde auf die Pflegeanamnese eingegangen, es wurde festgestellt, dass diese in der Praxis kaum stattfindet. Festgestellt wurde auch, dass der Blick auf die Defizite die Wahrnehmung einengt und die Pflegeanamnese den Fokus auch auf die Fähigkeiten richten muss. Der Dokumentation wurde unterschiedliches Gewicht eingeräumt. In der Diskussion wurde deutlich, dass die Pflegedokumentation wenig auf die Anwendung des Pflegeprozesses abgestimmt ist. Dabei wurden drei Punkte herausgestrichen: • Pflegekräfte müssen das Wissen über den Pflegeprozeß erwerben und seine Anwendung erproben • In die Dokumentation muß der Pflegeprozeß als notwendige Pflegemethode integriert werden können • Die Einführung einer Dokumentation muß erst probeweise und dann unter ständiger Rückkoppelung Theorie/Praxis mit praktischer Begleitung und Anleitung erfolgen Was leistet die Theorie des Pflegeprozesses für die Praxis? • Erleichtert wird die Einführung des Pflegeprozesses dadurch, daß er für die Ausbildung in der Krankenpflege jetzt zwingend im Krankenpflegegesetz vorgeschrieben ist. • Die Theorie des Pflegeprozesses ermöglicht die Auseinandersetzung mit pflegerischen Fachfragen im Unterricht und ist somit didaktisches Hilfsmittel. Sie liefert ein Modell für die Strukturierung der Pflege. Sie hilft Denkmodelle zu entwickeln und sie für andere nachvollziehbar zu machen. • Auf allen Ebenen der Bildung in der Krankenpflege (Aus-, Fort- und Weiterbildung) muß die Theorie des Pflegeprozesses fester Bestandteil werden. Sie darf aber nicht Selbstzweck sein, sondern sollte die Grundlage zur Reflektion der pflegerischen Praxis bilden. Einbeziehung der Patienten/Angehörigen • Hier scheint ein wunder Punkt bei der Anwendung des Pflegeprozesses und bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen überhaupt zu liegen. Pflegeplanung darf nicht nur im Stationszimmer stattfinden, sie muß entwickelt werden. Nur wenn der Patient/Klient sein Ziel selbst bestimmt und es selbst ansteuert, ist bleibender Erfolg gewährleistet. Es gibt nur wenige Ausnahmesituationen (z. B. akuter Suizidversuch), bei denen dieses Prinzip nicht gilt. • Die Pflege der Beziehung zu den Angehörigen ist bedeutsam, um den Patienten aus der Isolation herauszuholen bzw. die Einflüsse der Umwelt auf seine Erkrankung mit einzubeziehen. Hier treten oft Frustrationen beim Pflegepersonal auf, wenn der Kontakt mit den Angehörigen und ihre Mithilfe nicht sofort gepflegt werden. Es befindet sich aber nur die Pflege auf einem hohen Niveau, die bei der Pflegeplanung die Angehörigen gleichwertig mit einbezieht.	➢ Vermitteln von Wissen und theoretischem Hintergrund des Pflegeprozesses ➢ Pflicht auf allen Ebenen der Pflegebildung, den Pflegeprozess zu vermitteln ➢ Reflexion der Praxis ist selbstverständlich ➢ Die Dokumentation muss auf den Pflegeprozess abgestimmt sein ➢ Der Einbezug des Patienten und der Angehörigen ist Pflicht und Qualitätsmerkmal ➢ Beziehungsgestaltung ist Grundlage der psychiatrisch-pflegerischen Arbeit

Thema/Inhalt	abzuleitende Thesen
AG 7 (über 60 TN, wurde nach dem nachfolgenden Einführungsreferat in zwei Gruppen geteilt): Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter im Pflegedienst	
Nach dem ausführlichen Einführungsreferat wurden folgende Schwerpunkte gesetzt: • Welche Rolle hat die Krankenpflege innerhalb des therapeutischen Teams? • Haben wir Krankenschwestern/Krankenpfleger selbst ein klares Rollenverständnis? • Wie können wir damit umgehen, einerseits von anderen Berufsgruppen „einverleibt“ zu werden und andererseits beliebig „austauschbar“ zu sein? • Was ist psychiatrische Pflege? Erste Ergebnisse aus dieser Diskussion: Wir können die Fragen unseres beruflichen Selbstwertgefühls und der Anerkennung nur selbst lösen. Dazu ist es notwendig, Grundlagen der psychiatrischen Krankenpflege – Tätigkeiten und Ziele – zu formulieren. Stellenbeschreibungen müßten erarbeitet werden, grundsätzlich für psychiatrische Krankenpflege und bezogen auf die Besonderheiten der speziellen Abteilungen. Pflegeplanung ist notwendig. Da eine große Unsicherheit in Bezug auf das eigene Rollenverständnis spürbar war und während der ersten 1½ Std. auch immer wieder formuliert wurde, regte die Moderatorin nach der Pause die Teilnehmer an, aus ihrem eigenen beruflichen Alltag Tätigkeiten und Ziele psychiatrischer Krankenpflege zu nennen. Mit dieser Anregung war die Hoffnung verbunden, daß die Schwestern und Pfleger, die aus den verschiedensten Gegenden der Bundesrepublik kamen, ein hohes Maß an Übereinstimmung feststellen würden bzgl. der eigenen beruflichen Tätigkeit und Zielsetzung. Folgende Zielsetzungen wurden genannt: • die Selbständigkeit der Patienten fördern, insbesondere im lebenspraktischen Bereich • gesunde Verhaltensweisen wahrnehmen und aktivieren • Kontakt- und Beziehungsaufnahme ermöglichen • Realitätsbezug wahren und wiederherstellen An Tätigkeiten wurden benannt: • Überwachung und ggf. Hilfestellung bei der körperlichen Pflege • Herstellung eines therapeutischen Milieus durch Strukturierung des Tagesablaufes, Stationsversammlungen, zuhören, spielen, spazieren gehen usw. • Beobachtung im Alltag • Erstellen einer Pflegeanamnese und Pflegeplanung • Hausbesuche • administrative Aufgaben • Ausführung medizinisch-ärztlicher Anordnungen und Medikamentenverabreichung Die Teilnehmer sahen die Notwendigkeit, dem eigenen Berufsbild stärkere Konturen zu geben, um sich einerseits klarer abgrenzen zu können, aber auch, um von einer klareren Position her besser mit den anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten zu können.	➢ Tätigkeitsmerkmale und Zielsetzung ist Grundlage psychiatrischer Pflege ➢ Definition psychiatrische Pflege ➢ Klare Definition der Aufgaben professionell Pflegender ➢ Beitrag der Pflege im Team benennen ➢ Selbstverständnis und Rollen der Pflege schärfen ➢ Pflegeprozess auf theoretischen Grundlagen muss verpflichtend sein

Einführungsreferat zur AG 7: Überlegungen zur beruflichen Entwicklung der Krankenpflege

Einführungsreferat für die A-Gruppe
Tagung DGSP - DBfK 8. - 11.11.1985

Überlegungen zur beruflichen Entwicklung der Krankenpflege.

Die Diskussion über die berufliche Entwicklung der Krankenpflege hat vielschichtige Gründe und ist als ein sich entwickelnder dynamischer Prozess aus ihrer Geschichte und den jetzigen gesellschaftlichen Bedingungen heraus erklär- und verstehbar. Ihre Versuche, mehr Eigenständigkeit zu erlangen, werden seit geraumer Zeit in der Fachöffentlichkeit als Professionalisierungsprozess beschrieben oder Profession genannt. Da die Bedeutung dieser Terminologie nicht klar ist und Mißverständisse entstehen können, sollte zunächst eine Klärung der Begriffe erfolgen.

Von Wiese versteht unter Professionalisierung einen sozialen Prozess, der die Entstehung und Konsolidierung, die Institutionalisierung von Berufen bezeichnet, mit dem Ziel, einen solideren Gebildezusammenhang der vorhandenen beruflichen Strukturen aufzubauen. (27)
Etymologisch betrachtet kommt das Wort Profession aus dem lateinischen (Professionis und bedeutet soviel wie Anmeldung, öffentlicher Äußerung und in der zweiten, metonymischen Bedeutung "angemeldetes Gewerbe".
Das Wort Professionalisierung entstand im deutschen Sprachraum als soziologischer Fachterminus Ende der 60er Jahre in Anlehnung an den Begriff Professionalisation, aus der angelsächsischen Soziologie; es dient seit dieser Zeit zur Kennzeichnung von dynamischen Prozessen bei der Berufskonstruktion. (28) Trotz der soziologisch nicht exakten Definition des Begriffs fallen zwei Dinge besonders auf: Einmal die Akzentuierung auf einen dynamischen Prozess mit dem Ziel der Institutionalisierung eines Berufes, zum anderen die Hervorhebung der (bzw. Beschränkung auf die) akademischen Berufe. Die Begriffe Profession und Professionalisierung werden unterschiedlich verwendet. Grundsätzlich sind beide Begriffe in ihrer Bedeutung von einander zu trennen und nicht deckungsgleich.
Als Professionen sind die Berufe, die bereits den vollen Status einer Profession haben zu verstehen (Ärzte), Juristen und mit Einschränkung Theologen). Die anderen Berufe befinden sich bestenfalls erst auf dem Wege zu einer Profession.
Diesen Prozess kann man Professionalisierung nennen.

Carr-Sounders entwirft ein Schema mit vier Haupttypen von Profession in der modernen Gesellschaft. (29):

- Die "established professions"
  Zu diesen gehören der Mediziner, der Jurist und der Theologe. Sie teilen zwei grundlegende Attribute: ihre Tätigkeit basiert auf einem fundamentalen, vorwiegend theoretisch-wissenschaftlichen Studium; die Mitglieder dieser Profession fühlen sich einem bestimmten ethischen Verhaltenskodex verpflichtet.

- Die "new professions"
  Zu dieser Gruppe gehören vor allen Dingen Naturwissenschaftler wie Ingenieur, Chemiker und Physiker; in der Hauptsache gelang es diesen Berufen ein eigenständiges, theoretisch-wissenschaftliches Studium zu entwickeln.

- Die "semi-professions"
  Zu dieser Gruppe gehören z. B. die Krankenschwester, der Sozialarbeiter, der Optiker. Diese Berufe ersetzen ein theoretisch-wissenschaftliches Studium durch den Erwerb von technischen Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten; ein bestimmter Grad an abstraktem Wissen ist vorhanden.

- Die "would-Be professions"
  In diese Kategorie gehören beispielsweise der Verkäufer oder der Vertreter. Es wird weder ein theoretisches Studium noch der Erwerb von exakten Techniken verlangt, aber eine Vertrautheit mit gewissen Tätigkeiten im Geschäftsleben, Verwaltungsaufgaben und allgemeinen Umfangsformen wird erwartet.

Wenn von Professionen gesprochen wird muß auch immer der Begriff der Macht erwähnt werden. Goode ist der Auffassung, daß kein Professionalisierungsversuch ohne Konflikte vor sich geht. (30) Professionalisierung verstanden als kollektive Vorgehensweise ist dem zufolge als Kampf innerhalb und außerhalb eines bestimmten Berufes durch ein ständiges Ringen nach sozialem Prestige und um Honorierung gekennzeichnet, mit dem Endziel einer bewußt geplanten und gelenkten Institutionalisierung eines Berufes. Während dieses geschichtlichen Ablaufs spielt eine wichtige Rolle, ein die den betreffenden Berufsangehörigen zu vertretender Berufsverband, der zur Durchsetzung gemeinsamer Inter-

essen gegründet wird und im Laufe der Zeit mit Unterstützung des Gesetzgebers dafür Sorge trägt, daß ein bestimmter Grad von Autonomie erreicht wird.(31)

Professionalisierung oder Verberuflichung bedeutet allgemein, einen dynamischen Prozess der sozialen Differenzierung, in dessen Verlauf der Versuch unternommen wird, bestimmte gesellschaftliche Funktionen zu spezialisierten Berufen Schritt für Schritt umzuwandeln, z. B. die Entwicklung der Krankenpflege als ursprünglich reine laienhafte Familienangelegenheit zur außerfamiliären berufsmäßigen Ausgestaltung der Rolle der Krankenschwester.
Professionalisierungsprozesse sind keine exklusive Angelegenheit innerhalb eines Berufes, sondern die gesellschaftliche Funktion und Position eines Berufes spielen beim Professionalisierungsprozess eine große Rolle. Die Entwicklung eines Berufes zu einer Profession kann dem zufolge nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Bedingungen dar- und vorgestellt werden.

Parsons hat am Beispiel der Rolle des Arztes wesentliche Grundzüge der Struktur einer Profession untersucht. Auf dem Hintergrund der strukturell-funktionalen Theorie und unter Verwendung des in dieser Analyse erarbeiteten kategorialen Bezugssytems auf die Probleme der Gesundheit in der Gesellschaft hat er die Arztrolle gekennzeichnet als:

- universalistisch
- funktional-spezifisch
- affektiv-neutral
- kollektivitätsorientiert (32)

Hampel überträgt die "plattern variables", die Parsons für den Arztberuf entwickelt hat, auf die Berufsrollen im Bereich der Krankenpflege. (33) Er stellt fest, ähnlich wie Rohde (34) daß die Rolle der Krankenschwester/des Krankenpflegers durch aus als universalistisch anzusehen ist, denn auch von ihr wird erwartet, daß sie die Patienten ohne Unterschiede zu machen pflegt und versorgt. +)

Im Gegensatz zu der funktional-spezifischen Rolle der ärztlichen Tätigkeit sieht Hampel die Rolle der Schwester eher als funktional-unspezifisch. Parsons sieht dies ähnlich. Er erklärt es damit, daß die Tendenz der Krankenpflege im Rahmen der Humanisierung des Krankenhauses Ganzheitspflege und die Versorgung in kleine Pflegeeinheiten sei, also weg von der Spezialisierung in fachlich technischer Hinsicht. Dem gegenüber bin ich der Ansicht, daß die Aufgabe der Schwester und des Pflegers im psychosozialen Bereich durchaus funktional-spezifisch anzusehen sind. (35) Auch eine Kollektivitätsorientierung ist dem Schwesternberuf zuzustehen, da die Pflege des kranken Menschen sicherlich nicht als selbstorientiert angesehen werden kann, sondern einen Dienst an der Gesellschaft, ein berufliches Handeln mit grundsätzlich funktionalem Charakter beinhaltet.

Die pattern variable: "affektive Neutralität" ist sicher eine Handlungs- bzw. Orientierungsalternative, die die Pflege nur besonders schwer erfüllen kann und wie ich meine auch gar nicht versuchen sollte zu erfüllen, weil Pflege für ihre Berufsausübung genau diese affektive Neutralität nicht benötigt im Gegensatz zum Arzt. Da die soziale Distanz zwischen Patient und Schwester geringer ist als bei der Patient-Arzt-Beziehung, ergibt sich aus der Rolle und der Position der Schwester ein größerer Anteil an sozialer Verantwortung für die Patienten. Daraus läßt sich die Möglichkeit zur Übernahme einer psychosozialen, sozialtherapeutischen Roll bestimmen.
In einer Weiterführung dieses Gedankens beschreibt Katz, daß es in den Vereinigten Staaten Amerikas Bemühungen von Seiten der Krankenschwestern gibt, den Beruf nicht als einen medizinischen, sondern mehr als einen sozialwissenschaftlich orientierten und legitimierten Beruf aufzufassen.

Was sind nun Merkmale eines eigenständigen professionalisierten Berufes oder einer Profession:
- Eine lang andauernde Ausbildung mit einem Abschluß auf hohem Niveau, der den Eintritt in den Beruf bestimmt.
- Eine organisierte, ständige Weiterbildung.
- Die Berufsangehörigen haben die Kontrolle über ihren Beruf: juristische und gesellschaftliche Anerkennung durch gesetzliche Regelung, Titelschutz und Einrichtung einer Berufskammer.

- Fachautorität: Die Berufsangehörigen haben die alleinige Zuständigkeit für die Beurteilung ihrer Leistungen (spezialisierte Fachkenntnisse, Fachexperten), selbständige Zielsetzung, Bestimmung von Normen und Leistungsstandards, eine souveräne Normsicherheit, direkte Verantwortlichkeit dem Klienten gegenüber.
- Berufsethische Regeln, welche den Klienten vor Mißbrauch der Macht schützen, die der Berufsangehörige über ihn hat (Abhängigkeitsverhältnis), gemeint ist hier eine Berufskammer, wie sie z. B. in Österreich und Israel existiert.
- Ein eigenes Wissensgebiet, das lehr- und lernbar ist und das durch Forschung ständig erweitert wird: Publikationen, Fachzeitschriften, Lehrbücher, Forschungs- und Studienberichte.
- Berufsorganisation: Berufsverband, berufliche Grundsätze und Werte, Karrierebestimmungen (Schaffung von neuen Berufsrollen).
- Monopolistische Privilegien bei berufsspezifichen Tätigkeiten, die nicht von Inhabern anderer Berufspositionen übernommen werden können, also eine weitgehende Autonomie in der Ausübung der beruflichen Tätigkeit.
- Ein hohes Maß an Prestige sowohl durch die direkt Betroffenen als auch durch die gesellschaftliche Umwelt wegen des Dienstes für das öffentliche Wohl.

Wenn im weiteren von Professionalisierung die Rede ist, muß zuallererst die Frage gestellt werden unter welchen Bedingungen bzw. aus welchen Gründen ausgerechnet jetzt diese Diskussion so breiten Raum einnimmt.

Festhalten können wir zunächst einmal, daß die Professionalisierung der Krankenpflege ein Thema ist, das bereits Jahrzehnte in den USA diskutiert und aktiv vorangetrieben wird. Wirsing macht dafür vor allem die Entwicklung der Krankenpflege von einer karitativen Tätigkeit zu einer professionellen Arbeit innerhalb des Krankenhauses verantwortlich. (40)
Diese Entwicklung zeichnet sich seit mehr als einem Jahrzehnt sichtbar, auch in Europa ab. Die wesentlichen Merkmale sind:
- eine Veränderung der ökonomischen Bedingungen im Gesundheitswesen und damit verbunden ein Struktur- und Funktionswandel im Krankenhaus.
- der gesellschaftliche Anspruch auf mehr Humanität.

- die Berufsunzufriedenheit in der Krankenpflege
- eine Qualifizierung von Führungskräften innerhalb der Krankenpflege.

Wolfgang Münster
Auszug aus:
Münster, W; Berufliche Zielsetzungen in der psychiatrischen Krankenpflege; FH Osnabrück, 1984
Literaturliste auf Wunsch

Dokumentation der Podiums- und Plenumsdiskussion: „Die psychiatrische Pflege im ambulanten Bereich – Notwendigkeit oder Luxus?“

Teilnehmende: Frau Bliemeister DBfK; Herr Dellmann, BFLK; Herr Dielmann, ÖTV; Herr Kaun, Arbeitsbereich Station; Herr Dr. Mecklenburg, Landschaftsverband Rheinland; Frau Schädle-Deininger, Arbeitsbereich Ambulanz; Frau Schmidt-Rüther, DGSP; Herr Schönenberg, AOK Mettmann; Herr Schwendy, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker; Frau Weikemeier, DPWV
Moderation: Renate Wienekamp

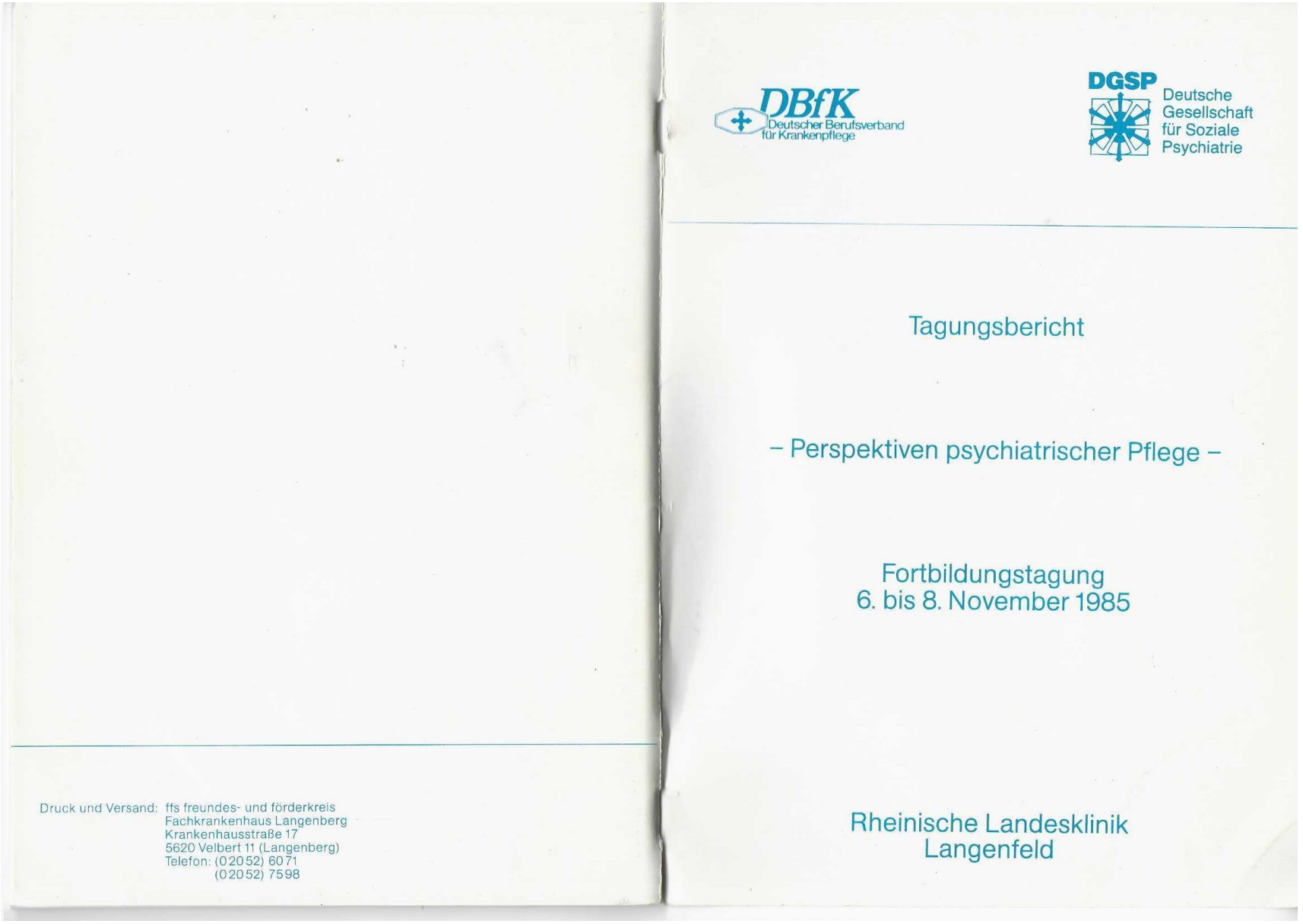
Ein **zusammenfassendes Protokoll** erstellten **Elisabeth Anders und Ulrike Villinger** mit der Bemerkung, dass die Lebendigkeit dieser Abschlussveranstaltung und die kontrovers geführte Diskussion in der Niederschrift leider nur unzureichend zum Ausdruck kommen, da nicht wortwörtlich mitgeschrieben wurde.

Zu Beginn ließ die Moderatorin feststellen, daß bis auf einzelne Ausnahmen fast alle Teilnehmenden im stationären Bereich der Psychiatrie arbeiten, daß sich aber etwa die Hälfte vorstellen kann, ambulant psychiatrisch zu pflegen. Viele möchten dies auch von der Station aus tun, z. B. in Form von Nachbetreuung.
Die Notwendigkeit ambulanter psychiatrischer Pflege ist unbestritten. Die meisten Krankenhäuser entlassen die Patienten sehr frühzeitig, häufig ohne vorher abgeklärt zu haben, ob die Familien diese Belastung tragen können, dazu noch ohne pflegerische Unterstützung. So geht diese „Frühentlassungspolitik“ voll zu Lasten der Angehörigen, die sich dagegen zur Wehr zu setzen versuchen. Die Hilfen, die andere Dienste und andere Berufsgruppen dabei anbieten, sind so speziell, daß sie den Familien im Alltag wenig weiterhelfen. Aber es gibt im ambulanten Bereich kaum Arbeitsstellen. Bei der Planung flankierender Einrichtungen und ambulanter Dienste sind Stellen für Pflegekräfte z. T. schlicht vergessen worden, z. B. sitzen Pflegeleute auch nicht in entscheidenden Gremien, um dort die Notwendigkeit von Pflege im ambulanten Bereich vertreten zu können. Das hat dazu geführt, daß der ambulante Bereich akademisiert ist. Mit dazu beigetragen hat vielleicht auch die Verfügbarkeit von bestimmten Berufsgruppen: es gibt viel mehr arbeitslose Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen als Krankenpflegekräfte, die sich auch nicht nach ambulanten Stellen zu drängeln scheinen. Dagegen wird eingewandt, daß nach wie vor jede Schwester/jeder Pfleger, die/der vom stationären Bereich in den ambulanten wechselt, eine ganze Menge Geld einbüßt, ganz abgesehen davon, daß die meisten ambulanten Stellen derzeit noch zeitlich befristet sind. Leute, die arbeitslos sind, spüren auch eher die Notwendigkeit, eigene Projekte und Hilfsangebote in Trägerschaft eines Vereins aufzuziehen, als dies bei Pflegekräften der Fall ist.
Trotzdem wäre es günstig, wenn auch Schwestern/Pfleger das Risiko eingehen würden, auch für 100,00 DM weniger eigene Hilfsangebote aufzuziehen, um damit den Beweis anzutreten, wie notwendig ambulante psychiatrische Pflege ist, um damit Fakten zu schaffen. Gleichzeitig kann dann eine Tarifänderung gefordert werden. Dagegen wird eingewandt, daß Krankenpflegeleute keine Kampfmittel haben, da viel zu wenige gewerkschaftlich organisiert sind und es nicht erwartet werden kann, daß andere die Kohlen für uns aus dem Feuer holen. Mögliche Verbündete sind allerdings in starkem Maß die Angehörigen, die bisher die Last der mangelhaften pflegerischen Versorgung zu tragen haben.
Einen weiteren Schwerpunkt der Diskussion bildete die unzureichende Finanzierung der ambulanten psychiatrischen Pflege durch die Leistungsträger. Zwar ist häusliche Krankenpflege Regelleistung der RVO, sie muß aber erstens von einem Arzt verordnet werden und umfaßt zum zweiten nur somatische Pflege im Behandlungsfall, nicht jedoch hier so genannte soziale Pflege und Grundpflege. Auch hier soll die Unterscheidung von Ärzten vorgenommen werden. Daraus folgt, daß im gegenwärtigen Leistungssystem Grundpflege und psychiatrische Behandlungspflege, hier auch als aktivierende Pflege bezeichnet, z. B. Einkaufen mit einem Patienten, Instrument psychiatrischer Pflege ist wie der Verbandswechsel bei chirurgischer Pflege. Ist schon im Bereich der somatischen Pflege eine Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungs- und sozialer Pflege nicht sinnvoll und im Rahmen der Bestrebungen nach ganzheitlichen Betreuungsmöglichkeiten abzulehnen, so ist sie bei der psychiatrischen Pflege überhaupt nicht möglich.
Allerdings muß psychiatrische Pflege als lebensbegleitende Hilfe noch genauer beschrieben werden, um sie auch Leistungsträgern begreiflicher machen zu können. Dazu kann verbesserte Pflegedokumentation eine wesentliche Hilfe bieten.
Anzustreben ist eine Mischfinanzierung durch verschiedene Leistungsträger, die das Eigentum des Patienten und dessen Familie nicht antastet. Alles andere wäre ein neuer Halbierungserlaß, die ambulante psychiatrische Pflege zum Luxus für wenige machen würde.
Offen bleibt bei allem die Frage, ob psychiatrische Pflege besser an Sozialstationen oder im multiprofessionellen Team in Institutsambulanzen oder sozialpsychiatrischen Diensten anzusiedeln ist.

Zuletzt wurde noch kurz auf die Meinungsverschiedenheiten vom Vortag bezüglich der unterschiedlichen Tarifforderungen für Absolventen der Fachweiterbildung Psychiatrie eingegangen. Die Leiter der Weiterbildungsstätten hatten sich wegen der möglicherweise leichteren Durchsetzbarkeit auf die Forderung nach KR(-Tarif) V geeinigt, die Stimmung im Saal machte deutlich, daß die Forderung nach KR V für angebracht gehalten wird. Insgesamt sollte aber der KR-Tarif als Ganzes über Bord geworfen werden, er ist über 30 Jahre alt und nicht mehr zeitgemäß, da er unter anderem auch mit Stationsgrößen und Patientenzahlen verknüpft ist und sinnvolle psychiatrische Pflege eher bestraft und damit behindert. Anzustreben ist die Überführung ins normale BAT-Tarifgefüge.
Zum Schluss ein Zitat aus der Diskussion von Arnd Schwendy: „Krankenpflege spannt das Netz, über dem andere Berufe ihre therapeutischen Drahtseilakte durchführen können …“

Presseecho
Neue Rheinische Zeitung vom 09.11.1985
„Katastrophale Folgen für die Qualität von Versorgung und Pflege der psychisch Kranken werden die derzeit auf allen Ebenen stattfindenden Kürzungen im Sozialbereich haben.“ In dieser Einschätzung waren sich die 250 Krankenschwestern und Krankenpfleger, die sich zu einer gestern zu Ende gegangenen Tagung in der Rheinischen Landesklinik trafen, einig. In einem Pressegespräch erläuterten die im „Bundesverband für Krankenpflege“ zusammengeschlossenen Versorgungskräfte, wie sie gegen diese Bedrohung des Gesundheitswesens vorgehen wollen.
Der Erfahrungsaustausch und die gemeinsame Suche nach Möglichkeiten des Widerstands standen im Mittelpunkt der dreitägigen Fachtagung. Der Verband will auf die Folgen der Sozialkürzungen aufmerksam machen. Oft führe dauerhafte Arbeitslosigkeit zu Erkrankungen der Psyche. Andererseits bestünden kaum Heilungschancen, wenn die in den Kliniken mühsam aufgepäppelten Patienten anschließend wieder in die Arbeitslosigkeit entlassen werden müßten.
Die in Langenfeld versammelten Pflegekräfte, die sich in sieben Arbeitsgruppen mit den unterschiedlichen Aspekten der Thematik auseinandersetzten, fordern einen schnellen Ausbau der ambulanten Versorgung, wie sie in der Landesklinik bereits praktiziert wird.
Langfristig sollen bei der ambulanten Versorgung ebenso viele Mitarbeiter eingesetzt werden, wie innerhalb des Klinikbetriebes. Der Ausbau der Ambulanz dürfe jedoch nicht auf Kosten des Personalschlüssels auf den Stationen gehen.

Anlage 10: Dokumentation der Fortbildungstagung von DBfK und DGSP vom 06. bis 08. November 1985



DBfK
Deutscher Berufsverband für Krankenpflege

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Tagungsbericht

– Perspektiven psychiatrischer Pflege –

Fortbildungstagung
6. bis 8. November 1985

Rheinische Landesklinik
Langenfeld

Druck und Versand: ffs freundes- und förderkreis
Fachkrankenhaus Langenberg
Krankenhausstraße 17
5620 Velbert 11 (Langenberg)
Telefon: (02052) 6071
(02052) 7598

Anlage 10: Dokumentation der Fortbildungstagung von DBfK und DGSP vom 06. bis 08. November 1985

Veranstalter:

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege
Königgrätzstr. 12
4300 Essen
Tel. 0201/285599

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie
Geibelstr. 69
3000 Hannover 1
Tel. 0511/800185

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ist keine Standesorganisation, sondern eine berufsübergreifende Gesellschaft, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die psychosoziale Versorgung in der Bundesrepublik soweit zu entwickeln, wie es den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Die DGSP hat u.a. folgende Ziele:

- Beseitigung inhumaner Zustände in psychiatrischen Krankenhäusern;
- Ausbau der ambulanten Vor- und Nachsorge;
- Schaffung von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für ehemalige Krankenhauspatienten, Gefährdete und Behinderte;
- Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit dem Ziel der berufsübergreifenden Teamarbeit;
- rechtliche Gleichstellung der seelisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken und Behinderten;
- Anerkennung der Psychiatrie als sozialwissenschaftliche und medizinische Disziplin von großer Bedeutung für die Weiterentwicklung unseres Gemeinwesens;
- Abbau solcher hierarchischer und bürokratischer Organisationsstrukturen, die der Verwirklichung der Menschenrechte für den psychisch Kranken ohne Notwendigkeit entgegenwirken.

Die inhaltliche Arbeit der Gesellschaft wird vom Bundesvorstand, den Landesverbänden, in regionalen Gruppen und in Fachausschüssen geleistet.

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP befaßt sich mit dem Stellenwert der Pflege innerhalb psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Versorgung, mit dem Berufsbild psychiatrischer Krankenpflege, wie wir sie immer mehr von der Krankenpflege weg und zur Gesundheitspflege hin entwickeln können u.a.v.m..

Wir hoffen, daß diese Tagung uns einen Schritt weitergebracht hat und uns ermutigt, die angefangenen Diskussionen weiterzuführen.

Lothar Evers
Geschäftsführer
der DGSP

H. Schädle-Deininger
Sprecherin des Arbeitskreises Pflege
in der DGSP

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) hat in seinem Aktionsprogramm für die 80iger Jahre die Rückbesinnung auf die praktische Krankenpflege zum Kernstück gemacht. Pflege in der Pschychiatrie ist eine schöne Aufgabe; denn sie befaßt sich mit dem Menschen, mit seinen Stärken und Schwächen aber auch mit seinen Verbiegungen und Störungen.

Der DBfK ist die Interessenvertretung aller Pflegekräfte der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege sowie der Krankenpflegehilfe.
Das Aktionsprogramm des DBfK beschreibt, was Krankenpflege bedeutet. Für die Psychiatrie besonders wichtig ist:

Bei der Wiedereingliederung des Kranken und Behinderten in seinen Lebensraum mitzuwirken.
Gesunde und Kranke zu motivieren und anzuleiten, ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Heutzutage soll der pflegerische Spielraum enger gefaßt werden. Menschlichkeit soll einer Kosten- Nutzenanalyse untergeordnet werden.
Die Psychiatrie, deren Schwerpunkt der Alltag des Patienten, die sozialen Beziehungen, die Kontaktfähigkeit ist, hat hier eine schwere Aufgabe.

Um den Interessen der Mitglieder gerecht werden zu können, bietet der DBfK die Möglichkeit der Mitarbeit in Fachgruppen.
Die FACHGRUPPE PSYCHIATRIE im DBfK will:

Bessere Voraussetzungen für die berufliche Tätigkeit erreichen.
An der Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege mitwirken.

Wir hoffen, daß die vorliegende Broschüre verdeutlicht, wie Krankenpflege in der Psychiatrie ausgeführt wird, aber auch Denkanstoß für die engagierte Mitarbeit an der Weiterentwicklung der Pflege ist.

(Rosemarie Weinrich)
Hauptgeschäftsführerin
des DBfK

(Lutz Felgner)
Koordinator der Fachgruppe
Psychiatrie im DBfK

Inhalt

Zur Einführung....3
Lutz Felgner:
Berufspolitische Perspektiven der psychiatrischen Krankenpflege....4
Fabian Härtling, Jutta Huber:
Die Krankenpflegeausbildung als Vorbereitung auf die Berufspraxis....13
Hilde Schädle-Deininger:
Versuch einer Standortbestimmung der psychiatrischen Pflege....16

1 Kinder- und Jugendpsychiatrie....24
2 Die Station A....27
B....29
AG 3 Die Ausbildung....32
AG 5 Pflegefall - Behandlungsfall....35
AG 6 Der Pflegeprozeß....38
AG 7 Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter im Pflegedienst
Wolfgang Münster: Überlegungen zur beruflichen Entwicklung der Krankenpflege....42
Protokoll der AG....48

Podiums- und Plenumsdiskussion:
Die psychiatrische Pflege im ambulanten Bereich - Notwendigkeit oder Luxus?....50

Referenten und Moderatoren....54
Presseecho....55

Zur Einführung

Die Perspektiven psychiatrischer Krankenpflege zu bestimmen, ist zweifellos ein schwieriges Unterfangen, da sie letztlich mit all den Veränderungen der Psychiatrie insgesamt zusammenhängen, die zur Zeit in der Diskussion sind. Der Wandlungsprozess, in dem sich die Psychiatrie befindet, berührt auch die Rolle und das Selbstverständnis des Pflegepersonals. Die Veränderungen im Krankheitsverständnis, die Verlagerung von stationären auf außerstationäre Hilfen, die Differenzierung der Behandlungs- und Betreuungsangebote sind nur einige Aspekte dieses Prozesses. Aus ihm ergeben sich berufspolitische Konsequenzen, aber auch Konsequenzen für die Tätigkeit selbst, für die Anforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen.
Aus der Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland ist es sehr zu begrüßen, daß sich der DBfK und die DGSP zu dieser Thematik erstmals in einer Landesklinik zusammenfinden, um eine Standortbestimmung vorzunehmen und die Perspektiven abzustecken. Die Kliniken und die in ihnen arbeitenden Pflegekräfte sind ja von der weiteren Entwicklung der psychiatrischen Versorgung besonders berührt. Der politische Wille, die Großkrankenhäuser Schritt für Schritt zu verkleinern und zugleich gemeindenahe Einrichtungen in der Form aufzubauen, daß die Versorgung aller Patientengruppen gewährleistet ist, kann sinnvoll nur durchgesetzt werden, wenn eine qualifizierte stationäre und ambulante psychiatrische Krankenpflege sichergestellt ist. Dies bedeutet aber auch, daß in Zukunft bei dem Aufbau gemeindenaher Einrichtungen verstärkt darauf geachtet werden muß, daß für heute in den Kliniken arbeitende Pflegekräfte Arbeitsalternativen im außerstationären Bereich geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, ihre spezifische Fachkompetenz in die Betreuung einzubringen.
Der Wert dieser Tagung liegt in besonderem Maße darin, daß hier von der Berufsgruppe der Krankenpflegekräfte selbst Möglichkeiten überlegt und diskutiert werden können, wie eine qualifizierte ambulante und stationäre Pflege in ein Gesamtkonzept integriert werden kann.
Ich bin sicher, daß hieraus notwendige Denkanstöße resultieren, die für die weitere Entwicklung wichtig sind.

Rainer Kukla, Landesrat
Leiter der Abteilung Gesundheitswesen des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln

Berufspolitische Perspektiven der psychiatrischen Krankenpflege

Liebe Teilnehmer,

wenn ich in den Saal sehe, freue ich mich, daß sich eine so große Zahl von Berufskollegen und -kolleginnen zusammengefunden hat.
Ihre Anwesenheit ist für mich der beste Beweis, daß in der Krankenpflege keine Null-Bock-Haltung herrscht, sondern, daß wir aktiv an unseren beruflichen Problemen arbeiten.
Natürlich hat in den vielen Fortbildungen, die ich geleitet habe, fast jeder auf der Station auch mal das Handtuch werfen und aussteigen wollen, erschöpft durch das ewige Gerangel um Geld und Verbesserungen für die Station.
Der Wille, die Schwierigkeiten zu bekämpfen, hat aber dann meistens gesiegt.
Geholfen hat häufig die Erkenntnis, daß es anderen ähnlich geht.
Gerade heute, wo an allen Ecken Sparmaßnahmen spürbar werden, ist das Zusammenrücken unserer Berufsgruppe nötig. Ich möchte Ihnen, ausgehend von der heutigen Situation, einige Zukunftsperspektiven unseres Berufes aufzeigen und mich dabei besonders mit zwei Aspekten der Krankenpflege befassen, dem individuellen und dem gesellschaftlichen.

Wie ist die Situation heute?
Es wurde schon immer versucht, das geschlossene Auftreten der Krankenpflege zu verhindern, auch heute wird dieser Versuch wieder unternommen.
Wir dürfen sie uns nicht bieten lassen, die Spaltung in:

katholische weibliche Pflegekraft
und evangelisch männliche
in katholisch männliche Pflegekraft
in konfessionslos weibliche Pflegekraft
in die evangelisch weibliche usw.

Diese Zersplitterung dient nur denen, die die Krankenpflege und die Krankenhäuser für ihre eng eingegrenzten Ziele benutzen wollen.
Sie dient nicht der Förderung berufsständischer Entwicklung.

Die Aufspaltung unserer Berufsgruppe ist zu allen Zeiten versucht worden, um zu verhindern, daß wir auf die Mißstände aufmerksam machen, die auch heute noch in der Psychiatrie bestehen.

So soll die Professionalisierung der Krankenpflege verhindert werden, damit noch ein Berufsstand im Krankenhaus arbeitet, an dem man widerspruchslos fragwürdige Sparkonzepte verwirklichen kann.

Jahrelang haben wir uns mit unserem Selbstverständnis auseinandergesetzt.
Die Diskussion war fruchtbar.
Die Situation hat sich gewandelt.
Sie hat uns den Wert unserer Arbeit bewußt gemacht.
Wir müssen immer weniger um Worte ringen, wenn wir unsere Tätigkeit beschreiben.
Sätze wie: Wir sind die meiste Zeit mit den Patienten zusammen.
Wir bestimmen das Milieu auf der Station.
Wir sind für den Alltag zuständig .....
sind noch gut im Ohr;
oder wie Dörner einmal formulierte:
Wir sind die Spezialisten für das Allgemeine.

Wir haben auch anderen verdeutlicht, daß nicht die Berufsbezeichnung Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger das Eigentliche unseres Berufes kennzeichnet, sondern die Fähigkeiten, die wir während der Ausbildung und im ständigen Umgang mit Patienten gewonnen haben.
Hier kann uns keine andere Berufsgruppe ersetzen.

Womit befaßt sich die Krankenpflege heute?
Bei der Auseinandersetzung mit den berufspolitischen Perspektiven müssen wir uns fragen, was ist das Typische an der Krankenpflege? Was unterschiedet sie von der Tätigkeit der anderen Berufsgruppen? Krankenpflege befaßt sich mit dem ganzen Menschen, mit seinen gesunden und seinen kranken Anteilen.

Im Erfassen dieser Ganzheit unterscheiden wir uns von anderen Berufsgruppen.

Krankenpflege befaßt sich aber auch immer mit dem Individuum mit dem einzelnen Menschen und seinen speziellen Bedürfnissen. Jede andere Form von Tätigkeit ist Co-Therapie.
Eine Aufgabe, die wir für den Arzt oder den Psychologen auch leisten, die aber keine originäre Krankenpflege ist.

Im Laufe der Jahre ist der Begriff individuelle Pflege entstanden, zu einem Zeitpunkt, als es immer schwieriger wurde, auf die persönlichen Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Sollte damit die tatsächliche Situation überdeckt werden? War die neue Wortschöpfung Ausdruck dafür, daß die Persönlichkeit des Patienten immer mehr an Wert verlor, daß auch wir uns an den Krankenhausbetrieb anpassen mußten? Wollen wir damit unser Gewissen entlasten?
Pflege befaßt sich stets mit dem Individuum, Pflege berücksichtigt stets den Einzelnen, wenn dies nicht der Fall ist, helfen auch keine neuen Begriffe sondern nur die Fragen: "Wie kommt das?" - "Wie kann das verändert werden?"

In den letzten Jahren haben erfreuliche Entwicklungen stattgefunden.
Der Pflegeprozeß kam ins Gespräch.
Er wurde in Fort- und Weiterbildungen gelehrt und gehört nun auch als fester Bestandteil zur Krankenpflegeausbildung. Der Pflegeprozeß ist als Methode für die praktische Arbeit nicht mehr wegzudenken, durch ihn kann Pflege zielgerichtet und systematisch vollzogen werden.
Er ist aber auch als didaktisches Modell für den Unterricht wichtig, da er die Möglichkeit bietet, sich mit Krankenpflege auseinanderzusetzen.

In vielen Fortbildungen habe ich die Erfahrung gemacht, daß er ein Instrument ist, das uns lange Zeit fehlte, um Pflege lernbar und nachvollziehbar zu machen.

Wir müssen uns aber davor hüten, Pflege nun ausschließlich als analytische Tätigkeit zu sehen.
Pflege ist genauso Dabeisein, Atmosphäre.
Pflege ist genauso der äußere Rahmen für das Zusammenleben auf der Station.

Pflege des Menschen umfaßt eben mehr als analytische Fehlersuche, sie umfaßt den Menschen mit seiner Biographie, mit seinen Gewohnheiten und sie umfaßt und gestaltet auch den Lebensraum, in dem dieser Mensch lebt.

Wir sind nun an einem zweiten wichtigen Punkt angelangt:
<u>Wir - die Pflegekräfte - erfüllen einen gesellschaftlichen Auftrag.</u>
Diskussionen über die Bedingungen unter denen Krankenpflege ausgeübt wird, werden schnell zu einem Wechselspiel, bei dem uns unsere Berufsehre um die Ohren geschlagen wird. Klagen wir über zu wenig Personal, schlechte Räumlichkeiten, ungünstige Arbeitszeit, so heißt es, wir befolgen rein persönliche Interessen, vernachlässigen die Bedürfnisse der Patienten, haben keine Freude an der Arbeit. Wir müssen hier lernen, eine klare Abgrenzung zu finden. Die individuelle Sicht auf den Einzelnen, die wir gelernt haben, und die wir jeden Tag praktizieren, hat uns die Sicht für gesellschaftliche Zusammenhänge versperrt. Wir leiten unsere Tätigkeit oft selbst noch vom Diener oder barmherzigen Samariter ab.
Besonders gern werden wir von anderen so gesehen.
Das macht uns ausbeutbar und erpreßbar.
So wird auch die Krankenpflege noch heute gerne als typischer Frauenberuf angesehen.
Frauen hatten schon immer schlechtere Arbeitsbedingungen als die Männer, so wird den Frauen auch die Tätigkeit im sozialen Bereich als ureigenste Tätigkeit zugestanden. Opferbereitschaft und ständiger Einsatz sind gefragt. Über Arbeitsbedingungen darf nicht gesprochen werden. Ich behaupte: Die Tätigkeit im sozialen Bereich ist für die dort Tätigen, also für uns alle hier, sozial schädlich.
Die Personaldecke wird immer knapper, Besetzung neuer Stellen verzögert.
Bei Springerdienst und ständig wechselnden Arbeitszeiten sind gesellschaftliche Kontakte kaum möglich.
Hinzu kommen die persönlichen Belastungen durch die Arbeit. Warum gibt es keine Untersuchungen über Berufsschäden bei Pflegekräften wie sie bei anderen Berufsgruppen gang und gäbe sind?

Die Antwort ist einfach:
Abenteuer im Weltraum und Kriegsspiele sind gefragt.
Sie sind spektakulärer als die Beschäftigung mit kranken und vereinsamten Menschen und deren Betreuer.
Wenn jeder von uns ein Computer wäre, hätte er keine Schwierigkeit, seine Existenzberechtigung zu beweisen, die Schäden würden sofort repariert.
So befinden wir uns heute in einer absurden Situation: Wir wollen bei Menschen die Schwierigkeiten beseitigen, die wir bei uns in zunehmendem Maße selbst verursachen.

Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit ist in den letzten Jahren differenzierter geworden.
Die psychiatrischen Kliniken gelten nicht mehr nur als Gefängnisse hinter Mauern.
Der Ruf der Psychiatrie hat sich in dem Maße verbessert, wie die Psychiatrie nach draußen in die Gemeinde gegangen ist. Wenn heute Krankenschwestern und /-pfleger aus der Psychiatrie auf Sozialstationen arbeiten, so ist das eine Entwicklung, die vor 10 Jahren für kaum möglich gehalten wurde.
Ich fordere Sie auf, haben Sie Mut nach draußen zu gehen! Daß es sich lohnt, dazu ein Beispiel:

Eine Projektarbeit des Stationsleitungskurses Psychiatrie befaßt sich mit der Einstellung der Angehörigen ehemaliger Patienten zur Klinik und zum Pflegepersonal.
Keiner der Teilnehmer wußte vorher, wie die Angehörigen reagieren würden.
Schlagen sie die Türe zu, wenn jemand aus der Klinik anklopft?
Sind sie mißtrauisch oder freuen sie sich, daß jemand sich nach ihnen erkundigt?

Zunächst gehörte natürlich eine Portion Muß dazu, den Vertreter an der Haustür in Sachen Psychiatrie zu spielen.
Die Ungewißheit war groß.
Das Ergebnis war um so erstaunlicher.
Die Angehörigen freuten sich, daß sich jemand aus der Klinik um sie kümmerte. Sie sprachen bereitwillig über ihre Probleme. Der Besuch aus der Klinik wurde genutzt, um sich beraten zu lassen.

Manche Angehörige empfanden es als Ehre, daß gerade sie ausgewählt wurden.
Das Ergebnis dieses Projekts beweist: Hilfe außerhalb der Klinik ist wichtig und muß die alltägliche Umwelt des Patienten mit einbeziehen.
Je mehr Hilfe dort gegeben wird, desto seltener wird ein Krankenhausaufenthalt und desto kürzer kann seine Dauer gehalten werden.
Wir müssen weg vom Institutionalismus.
Nicht die Sicherheit, sondern der Mut zum Wagnis verändert die Psychiatrie.

<u>Wie sieht die Zukunft aus?</u>
Berufspolitik in der Krankenpflege muß 3 Perspektiven haben:
1. Die Arbeitsbedingungen
2. Die aktuelle Tätigkeit
3. Aus-, Fort- und Weiterbildung

1. Die Arbeitsbedingung in der Psychiatrie
Wir müssen eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen nicht dulden.
Wir müssen uns Auskunft verschaffen über Stellenpläne und darauf drängen, daß offene Stellen besetzt werden. Soll sich die Situation der Krankenpflege in der Psychiatrie weiter verbessern, dann müssen wir weg von Zeitarbeitsverträgen.
Sie fördern Anpassung und Duckmäusertum.
Neuerungen sind nie durch Anpassung an die bestehenden Verhältnisse entstanden, sondern stets durch den Mut, die eigene Meinung zu sagen.
Wir müssen weg vom Springerdienst und weg von 10- oder 12stündigen Arbeitseinsätzen.
Bedenken Sie: Die Stimmung beim Personal ist die Stimmung bei den Patienten.
Die Qualität der Pflege steigt nicht mit steigender Arbeitszeit, sondern sie nimmt ab, Hektik steckt andere an und verleitet zu kurzschlüssigen Reaktionen und Handlungen.
Nur ausgeruhtes Personal kann dem Patienten Ruhe vermitteln.

Es gibt im Rheinland zur Zeit positive Ansätze zur Einführung des Acht-Stunden-Dienstes und der 5-Tage-Woche.

Ich weiß, daß diese Umstellung nicht überall auf Gegenliebe stößt.
Viele haben sich an die Mißstände gewöhnt.
Manch einer muß sich von alten Gewohnheiten trennen.
In der Diskussion muß aber klar sein - wo geht es um persönliche Vorteile und wo geht es primär um die Pflege und deren Qualität?
Jede Änderung der Dienstzeiten greift in das persönliche Leben des Einzelnen ein und ist ein schmerzlicher Streß. Wir sollten aber einen jahrzehntealten Mißstand nicht mit vordergründigen Argumenten über Pflege verteidigen.

2. Die aktuelle Tätigkeit
Ziel der Auseinandersetzung mit unserer Arbeit ist es, die Bedeutung der professionellen Krankenpflege darzustellen. Das ist heute so nötiger, da uns einäugige Sparpolitiker einreden wollen, daß r Nachbar genauso gut hilft wie die ausgebildete Krankenpflegekraft.
Diese kurzsichtige Politik richtet viel Schaden an.
Es darf keine sozialpolitische Flickschusterei mit Zivildienstleistenden und Praktikanten betrieben werden.
Sie sind herzlich willkommen, sie leisten gute Arbeit, aber sie dürfen nicht als Vorwand zum Abbau professioneller Hilfe dienen.
Auf die Bedeutung der professionellen Hilfe außerhalb der Klinik bin ich schon eingegangen.
Wir werden uns ausführlicher am Freitag damit befassen.

Die Auseinandersetzung mit der Krankenpflege bedeutet auch, daß wir ein offenes Ohr für Klagen über Mißstände in der Psychiatrie haben.
Wir müssen uns unseren Anteil daran bewußt machen - aber auch klar erkennen, wo unsere Grenzen sind.
Wir dürfen uns nicht für den Abbau im sozialen Bereich verantwortlich machen lassen, aber wir müssen dagegen kämpfen. In den letzten Jahren war von Pflegedepression die Rede, diese gilt es in Zukunft zu überwinden.
Lassen Sie uns deshalb auf dieser Tagung Mißstände klar benennen und aktiv um Verbesserungen ringen.

3. Aus-, Fort- und Weiterbildung
Als Berufsgruppe sind wir hier in den letzten Jahren ein gutes Stück weitergekommen.
Daß Krankenpflege in der Psychiatrie gelernt werden muß, wird nicht mehr bestritten, daß auch die Fähigkeit bestimmte Funktionsaufgaben übernehmen zu können nicht vom Himmel fällt, ist auch in der Psychiatrie anerkannt.
Wir müssen aber noch stärker auf Qualifizierung in unserem Beruf drängen.
Fort- und Weiterbildung ist ein Mittel, Neuerungen zu initiieren und von der Routine wegzukommen.
Fort- und Weiterbildung ist auch ein Mittel, mit beruflichen Belastungen fertig zu werden und Probleme der täglichen Arbeit aufzuarbeiten.

Daß es bei weit über 30 000 Pflegekräften in der Psychiatrie nur rund 20 Weiterbildungsstätten für Psychiatrie gibt, ist ein Mangel.
Im Bereich der Anästhesie- und Intensivpflege gibt es rund 160 Weiterbildungsstätten.

In Nordrhein-Westfalen hat der DBfK dieses Jahr eine Weiterbildungsstätte für Psychiatrie im Verbund gegründet. Weiterbildungsstätten anderer Einrichtungen werden folgen. Aber noch heute, 12 Jahre nach der Enquête wird der Abschluß einer Weiterbildung für Psychiatrie nicht entsprechend honoriert.
Wie heißt es in der Enquête?
"Die zweite berufliche Qualifikation durch eine erfolgreiche Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie bzw. zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie muß berufliche Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen, die auch mit finanzieller Besserstellung verknüpft sein sollte".

Die tarifliche Eingruppierung nach Abschluß der Weiterbildung ist bis heute nicht befriedigend geregelt.
Wir fordern deshalb, daß grundsätzlich jeder Weiterbildungsabsolvent eine Höhergruppierung nach Kr V erfährt.
Wir müssen in der Zukunft verstärkt unser Augenmerk auch auf die Ausbildung richten.
Hier werden die Grundlagen für unsere berufliche Tätigkeit gelegt.

Inwieweit die Ausbildung ihrer Aufgabe gerecht wird und wo Schwachstellen sind, werden Sie in dem anschließenden Referat hören.

Eine Tatsache möchte ich aber nicht übergehen. In Zukunft soll am beruflichen Nachwuchs gespart werden.
Mit fadenscheinigen Argumenten wird die Ausbildungsvergütung der Schüler gekürzt.
Diese Kürzungen gehen gleichzeitig einher mit einem Abbau der Ausbildungsplätze.
Wer tritt eigentlich für diese sozialpolitische Unverschämtheit ein?
Auch hier dürfen wir nicht schweigen.
An diese Situation dürfen wir uns auch in Zukunft nicht gewöhnen.
Deshalb möchte ich Sie auffordern -
seien Sie berufspolitisch aktiv!
Sagen Sie laut Ihre Meinung!
Suchen Sie Verbündete!
Organisieren Sie viel!
Vertreten Sie mit anderen zusammen die berufspolitischen Ziele der Krankenpflege!
Möge diese Tagung Anstoß dazu sein.

Lutz Felgner

Die Krankenhausausbildung als Vorbereitung auf die Berufspraxis

Unser Referat soll ein persönlicher Erfahrungsbericht sein, der unsere Erlebnisse in Theorie und Praxis aufzeichnet. Wir versuchen hier die Diskrepanz zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung zu schildern und die für uns daraus resultierenden Probleme.
Angefangen hat die Ausbildung am 1. Okt. 83 mit einem vierwöchigen Einführungsblock (4 Wochen Schule). In den Fächern Krankenpflege und Krankenbeobachtung wurden wir mit den Grundbegriffen vertraut gemacht, wie das in einer Ausbildung an einem allgemeinen Krankenhaus auch üblich ist.
Außerdem hatten wir die Fächer Einführung in die Psychiatrie und Psychologie. Dort wurde uns ein medizinisch theoretischer Einblick in die verschiedenen Formen von psychischen Erkrankungen gegeben. Trotzdem half uns das nicht konkret in unserem ersten praktischen Einsatz in der Psychiatrie. Wir wissen, daß es für spezifische Situationen keine Patentrezepte gibt, aber sicher wäre es hilfreich gewesen, wenn psychiatrisch erfahrene Lehrkräfte einige Situationen beschrieben hätten.

Beispiele aus praktischen Einsätzen.
Meinen ersten praktischen Einsatz machte ich auf der Aufnahmestation der Kinderpsychiatrie.
Die dort untergebrachten Jugendlichen (zwischen 13 und 18 Jahre) haben meistens Verhaltensstörungen, die durch ihre soziale Umgebung hervorgerufen werden. Ich ging mit viel Energie und guten Vorsätzen an die Arbeit, hatte die Vorstellung eines Laien von Therapie.
Vorher schwärmte ich von Neill und der Summerhillschool.
Basaglia war und ist mein großes Vorbild.
Dann verlor ich innerhalb der ersten vier Wochen auf Station ein Ideal nach dem anderen und stellte fest, daß ich vorher zu idealistisch dachte. Ich versuchte neue reale Ziele anzustreben, was mir auch zum Teil gelang. Dieser Prozess löste die erste Krise aus. Wahrscheinlich durch meine Unsicherheit, die aus der beschriebenen Diskrepanz zwischen Stationstherapie und meinen Idealen resultierte. Meistens stand ich zwischen Personal und Jugendlichen.
Die Kinder mochten mich sehr.

Sie stellten Betreuerhitlisten auf, bei denen ich immer sehr gut abschnitt. Oft konnte ich eine Vermittlerrolle einnehmen, die für beide Seiten wahrscheinlich hilfreich war. Trotzdem strengte mich diese Position sehr an und mich überkamen häufig Zweifel. Schwierig wurde es zum Beispiel als sich ein hochgradig manisches Mädchen (Zyclotymie) in mich verliebte. Durch den Psychiatrieunterricht wußte ich theoretisch über den Krankheitsverlauf Bescheid. Weil sie sich aber völlig auf mich fixierte, gelang es mir nur mühsam, die nötige Distanz zu finden, ihre überschwängliche Zuneigung abzublocken und das Mädchen trotzdem nicht zu verletzen (Situation beim Kaffeetrinken im Nachbarort).

Als ich ein halbes Jahr später auf die Akut-Aufnahmestation für achsene kam, geriet ich nun tatsächlich in eine Krise. Die ken überforderten mich. Fast hätte ich aufgegeben.

ich das erste Mal half, einen Patienten ans Bett zu fesseln, utte ich heulen können, obwohl ich mir damals schon im klaren darüber war, daß dies oft nötig ist. Solche Zweifel wiederholten sich. Kürzlich half ich wieder einen gleichalten, akut aufgenommenen Patienten zu fesseln. Er hatte immer wieder ganz klare Momente, fragte,warum man ihn jetzt ans Bett schnallen wolle, Sekunden später tobte er, redete von magnetischen Kräften und rannte, nachdem er sich losgerissen hatte, mehrmals mit dem Kopf gegen die Wand. Bis er fixiert war, hatte er zwei große Platzwunden am Kopf. Nach so einer Fixierung bin ich auch heute noch wie gerädert und brauche eine Pause.

Ich bin überzeugt, daß es jedem ähnlich geht, der sich mit seiner Tätigkeit kritisch auseinandersetzt. Es gibt in der Psychiatrie generell Situationen der Unsicherheit. Auch wenn man im Laufe der Jahre routinierter wird, bleibt wahrscheinlich dieses Gefühl.

Ich höre den älteren Kollegen gerne zu, profitiere auch davon, wenn sie von früher erzählen, extreme Vorfälle schildern, so daß man sie sich bildlich vorstellen kann.

Sicher gibt es auch oft Meinungsverschiedenheiten über Therapie und Stationsablauf. Der Druck des 450 Jahre alten Philipps-Hospitals ist stets spürbar und engt mich ein.

Dennoch nehme ich ihn hin, da ich mir meine Unruhe und meine Zweifel als Stimmulanz erhalten möchte.

Mittlerweile haben wir, außer in der Ambulanz, schon in allen Bereichen gearbeitet (Oligophrenie, Sucht, Akut, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mittelfrist, Langzeit, Geriatrie, Einsatz in der AT/BT). Auf den verschiedenen Stationen arbeiten wir jeweils drei Monate.

In unserem Umgang mit psychisch Kranken sind wir bereits sicherer geworden. Da die Mitarbeit der Schüler auf den Stationen notwendig ist (Personalschlüssel), wurden wir fast immer gut eingearbeitet. In der Diskussion profitieren wir von der langjährigen Erfahrung des Personals. Aber auch von uns eingebrachte Ideen wurden ernstgenommen und diskutiert. Das vermittelt uns das Gefühl, zum Team zu gehören. Bei Fallbesprechungen zum Beispiel werden alle Beiträge diskutiert, weil der Mensch mit seiner Erkrankung als Einheit gesehen werden soll und es nicht allein wichtig ist, mit feststehenden Theorien und Krankheitsbildern zu argumentieren, sondern auch persönliche Erfahrungen und Einschätzungen einzubringen sind.

Inzwischen kamen die Unterrichtsfächer Psychiatrische Krankenpflege und Psychiatrie hinzu. Der Unterricht macht Spaß und regt an, wir können viel aus unseren persönlichen Erfahrungen beitragen. So entstehen immer wieder Diskussionen in denen wir Widersprüche zwischen Theorie und Praxis feststellen.

Grundsätzlich wäre es besser gewesen, hätte das Fach Psychiatrische Krankenpflege schon vor der Praxis angesetzt.

Wir hätten von Anfang an eine bessere Grundlage gehabt, hätte uns eine kompetente Lehrkraft oder ein/eine erfahrene Schwester bzw. Pfleger reale Erfahrungen beschrieben: Zum Beispiel aus der Pflege von Manisch-Depressiven oder Schizophrenen. Es wäre wünschenswert, einen solchen Unterricht noch vor die am Anfang übliche Anatomie zu stellen.

Eine andere Möglichkeit wären Praxisanleiter auf den Stationen gewesen:

Personal, das sich gezielt der praktischen Einarbeitung der Schüler auf Station widmet, und darüber hinaus wenigstens zu Beginn auch in die Schule kommt und dort eine Einführung in die Psychiatrische Krankenpflege gibt. Es ist allerdings zu erwarten, daß der Kostenträger hier eine beträchtliche Rolle spielen wird.

Fabian Härtling
Jutta Huber

Versuch einer Standortbestimmung der psychiatrischen Pflege

Beim Vorbereiten des Referates bin ich auf einige Grenzen gestoßen, zum einen wurde mir deutlich, daß sich die Standortbestimmung von psychiatrischer Pflege, der Versuch dazu nicht grundsätzlich von berufspolitischen Perspektiven trennen lassen, dem Thema, das Lutz Felgner bereits referiert hat, zum Zweiten nicht unabhängig von der praktizierten Ausbildung ist - wie Jutta Huber + Fabian Härtling berichtet hat, zum Dritten resultiert der heutige Stand von der Vielschichtigkeit pflegerischer Geschichte, psychiatrischer Reformbewegung, pflegerischer Professionalisierung und pflegerischen Alltagshandelns.
Deshalb möchte ich meine Ausführungen als Anstöße zur Diskussion verstanden wissen, als unvollständige Darstellung, als Teilergebnis der Arbeit des Arbeitskreises Pflege in der DGSP.

Punktuelle Darstellung der Entwicklung

Um den Versuch zu machen, den heutigen Standort näher zu bestimmen, Fragestellungen und Probleme psychiatrischer Pflege aufkommen zu lassen, müssen wir uns die Entwicklung, vor allem auch der letzten Jahre vergegenwärtigen.
Wie Ihnen bekannt ist, bedeutet Krankenpflege inhaltlich nach Virginia Henderson, Hilfeleistung für den Menschen bei denjenigen Tätigkeiten, die er selbst tun würde, wenn er die notwendige Kraft, das Wissen und den Willen dazu hätte, sie hat zum Ziel, die Selbständigkeit und Autonomie des Menschen wiederherzustellen.
Drei Formen der Krankenpflege werden unterschieden:

1. Nachbarschaftshilfe, familiäre Hilfe oder Krankenpflege, immer noch die häufigste Form der Pflege.
2. Krankenpflege im Sinne christlicher Nächstenliebe, die älteste organisierte Form der Krankenpflege, nicht nur auf Kranke bezogen, sondern auf alle Hilfsbedürftigen ausgedehnt.
3. Krankenpflege als Beruf, berufliche Krankenpflege ist also eine erlernte, bezahlte Dienstleistung an der Gesellschaft, an der Allgemeinheit mit entsprechender Verantwortung gegenüber dem in Anspruch nehmenden Menschen. Beruf - pflegerisch berufliches Handeln setzt voraus, daß die Tätigkeit spezielles Wissen erfordert, das von Familien oder Laien nicht mehr erbracht werden kann.

Spezifisches Handeln - Spezialisierung führte in der allgemeinen Krankenpflege zur "Technisierung" - in der Psychiatrie zur "Therapeutisierung".
Zu Beginn der Psychiatriereform Anfang/Mitte der 60iger Jahre, zur Zeit der Studentenbewegung mit in Frage stellen der Erziehungsideale, der Wohnformen und des Zusammenlebens, hoffte auch die Psychiatrie auf ein menschenwürdigeres Leben. Es entstand so etwas wie Aufbruchstimmung, mitgetragen durch die öffentliche Meinung.
Unsere Forderungen damals waren: mehr Zeit für die Patienten, bessere Atmosphäre auf den Stationen schaffen, unsere eigene Arbeitssituation verbessern, Stationen mischen, Patienten ernster als Partner nehmen, von dem wir etwas lernen und vieles andere mehr.
Diese Veränderungen waren überschaubar, das Gefühl etwas zu verändern war allgegenwärtig und hat z. B. die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und den Mannheimer Kreis aus dem kleinen Kreis seiner Begründer herausgetragen.
Es folgte das Prinzip" Alle können alles", wir machten mit, fühlten uns endlich akzeptiert und ernst genommen: zugehörig zur Bewegung der Fortschrittlichen, der Therapeuten: ohne Berufsbezeichnung.
In dieser Zeit setzten sich viele Berufskollegen aus der Krankenpflege ab und entwickelten andere Berufsziele.
Die Verbliebenen schlitterten zunehmend in die Rolle von Co-Therapeuten und vernachlässigten zum größten bis heute die Entwicklung der Psychiatrischen Pflege.
Der Einfluß unserer Berufsgruppe auf die Psychiatriereform muß als gescheitert angesehen werden: sie hat bis jetzt ohne uns stattfinden können (siehe auch Modellprogramm Psychiatrie, in amb. Dienste fast keine Stellen für KR). Wir haben uns allzu schnell an den Arbeiten der anderen Berufsgruppen orientiert, unsere pflegerischen Aufgaben zu oft in Frage stellen lassen: "Ist denn Pünktlichkeit, Sauberkeit, Haare waschen so wichtig?"
In den letzten Jahren hat die Diskussion um das Berufsbild, um die pflegerischen psychiatrischen Aufgaben aus verschiedenen Gründen zugenommen:

- Fort- und Weiterbildung
- Arbeitsgemeinschaften verschiedener Verbände und Organisationen
- Kontakte der Verbände, Institutionen untereinander, auch im Ausland.

Relevante Fragen an die psychiatrische Pflege

In Auseinandersetzungen mit anderen Berufsgruppen, z. B. auch im Vorstand der DGSP, wurde uns deutlich, daß psychiatrische Pflege sich mehr fachlich inhaltlich begründen muß.
Fragen z. B. in wie weit im ambulanten Bereich angelernte Hausfrauen psychiatrische Pflege übernehmen können, werden immer drängender.

Unsere Berufsgruppe braucht eine andere Sichtweise der Krankenpflege als bisher, sie muß sich an den Gesundheitsbedürfnissen des Patienten, des Menschen orientieren, nicht nur an den Erwartungen des Arztes, der Diagnose oder einer akuten Erkrankung, sondern an langem Begleiten, Betreuen, Pflegen - an einer systematisch geplanten Pflege, die soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit und nicht nur technische Fertigkeiten einschließt.
Wir müssen unser spezielles berufliches Handeln genauer definieren, abgrenzen zu anderen Berufsgruppen bzw. zu Laien, z. B. heißt das bei einem chronisch psychotischen Menschen ist es im ambulanten Bereich notwendig, langfristig Kontakt aufzubauen, zu halten, zu erkennen, wann Veränderungen, Rückzug im Kontakt, nicht Einnehmen der Medikamente, Veränderung der Stimmung, Mimik, usw. dies alles schnell durch Beobachtung zu erkennen und einzuordnen, reagieren, besprechen und entsprechend aktiv zu werden.
Ich denke, daß das entsprechende Wissen, um Krankheitssymptome ..., die notwendige Fähigkeit z. B. Krankenbeobachtung, soziales Erfassen, mehr Schwierigkeiten im Kontakt usw., das fachliche Zusammenspiel ausmachen.

An dieser Stelle ist die Frage an uns, wie wir selbst in unserer Bewertungsskala Körperpflege, hausarbeitsnahe, soziotherapeutische Arbeiten einstufen, oder ob wir selbst psychotherapeutische Behandlungsverfahren höher bewerten?

Halten wir folgende Fragen über die Bewältigung der Krise, des Umgehenlernens mit der Krankheit für ebenso wichtig, wie die Frage nach der Kindheit des einzelnen Menschen: Fragen wie
- wie lebt dieser Mensch?
- was ist ihm in seinem Leben wichtig?
- wie hält er es mit den Grundbedürfnissen?
  mit dem Essen, dem Schlafen, mit seinen täigkeiten?
- wo liegt sein Problem in diesem, seinem Alltag?

- was kann er selbst, wo braucht er Hilfe?
- was mache ich mit dem Patienten, was für ihn, was gegen ihn?

u n d w a r u m ?

Eine weitere Frage ist, ob in der Pflege der chronische Patient nicht mehr in den Mittelpunkt rücken muß - oder in der gesamten Medizin?

Gestalten von Lebensbedingungen, Wahrnehmen von Bedürfnissen, mit der dem Patienten eigenen Weise mit Kontakt umzugehen, sein Leben zu leben oder leben zu lernen, mit Behinderungen fertig zu werden oder zu akzeptieren, Grundrechte wahrzunehmen (Wohnung, Arbeit ...) - wenn all dies in der Pflege, der psychiatrischen Pflege beinhaltet ist - kann psychiatrische Pflege sich nicht nur auf die Krankenhausmauern beziehen, sondern muß sich in der Zielsetzung am "was war davor, was kommt danach"? orientieren.

2 praktische Beispiele:

1. Manischer Patient auf der Station

herausgegriffenes Problem: Umgang mit Geld
- hat Schulden gemacht
- hat über seine Verhältnisse gelebt

Pflegeziel: Soll lernen mit Geld umzugehen
- Station: vernünftiger Umgang mit Taschengeld
  (Führen von Ausgabenbuch, Zettel)
- außerhalb: Schulden abbauen

Pflegeplan: wöchentlich mit Schwester / Pfleger X. (Wochentag, Uhrzeit) besprechen der wöchentlichen Ausgaben mit Belegen, Kontrolle der Quittungen, was war leicht, was fiel schwer, was bedeutet Geld ausgeben für mich. Detaillierter Plan zum Schuldenabbau (Krankengeld, Sozialhilfe ...) aufstellen, Briefe mit ihm formulieren oder besprechen, evtl. unter Hinzuziehung des Sozialarbeiters.

2. Schizophrener Patient auf Station

herausgegriffenes Problem: Beziehungs-, Kontaktschwierigkeiten (zieht sich zurück, redet kaum, spielt Schach)

Pflegeziel: Mit dem Patienten zusammen überlegen mit wem er gerne Schach spielen möchte, kleine Schritte z. B. Pat. übernimmt Amt, in der Morgenrunde, Buch über offene Punkte, oder täglich 15 Minuten mit Herr Y. unterhalten, Zeittung, früher ..... von, bis Pat. von Stat. Kontakt zu Freizeitclub aufnehmen lassen.
Kontakte, Besuch von Nachbarn?
Einbeziehen Nachfrage, wie er sich in der Situation, dem Kontakt gefühlt hat ...

Durch Pflegeplanung, Pflegeprozeß wird pflegerische Tätigkeit deutlicher, faßbarer, aber auch kontrollierbarer, die Qualität von Pflege sichtbar, das bedeutet:

1. Das eigene Tun und sich selbst immer wieder in Frage zu stellen, zu revidieren, die Bereitschaft, dies zu tun

2. Das Nachdenken über das Was und das Wie der eigenen Tätigkeit, das bewußte Tun

3. Das bewußte Wahrnehmen von Beziehungen, d. h. der eigenen Person und der des anderen und das Wechselspiel

Standortbestimmung heißt an dieser Stelle, daß jede Station, jeder pflegerische Arbeitsplatz, jedes Pflegeteam von Zeit zu Zeit eine Standortbestimmung über die Qualität der Pflege vornehmen sollte, müßte - und realistische Qualitätsziele für die Station, diesen speziellen Arbeitsplatz festzulegen.

Zur Verdeutlichung die Pflegestufen aus Meier / Fichtner, die vorausschicken, daß das absolute Minimum die sichere Pflege ist.

Stufe 0 gefährliche Pflege
Der Patient erleitet Schaden oder ist durch Unterlassungen oder Fehler in der Pflege gefährdet.
(Anmerkung: Alles für den Patienten machen, führt zu Unselbständigkeit, Schaden wird erlitten).

Stufe 1 sichere Pflege
Der Patient ist mit dem Nötigsten versorgt. Er ist nicht gefährdet. Er leidet keinen Schaden.
(Anmerkung: Patient wird aber auch nicht gefördert, Selbständigkeit und Autonomie zu erlangen).

Stufe 2 angemessene Pflege
Der Patient erfährt Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gewohnheiten, die er äußert.
(Anmerkung: umfassende, ganzheitliche Sichtweise fehlt, vor allem auch hinsichtlich was war, was wird).

Stufe 3 optimale Pflege
Der Patient und seine Angehörigen sind in die Pflegeplanung mit einbezogen.
Der Patient erhält gezielte Hilfe in seiner Anpassung an veränderte Umstände.

Pflegequalität und ihre Konkretisierung für die psychiatrische Pflege ist ein Thema an dem der Arbeitskreis Pflege in der DGSP im Augenblick arbeitet.

Pflege muß sich mehr um gesundheitspolitische Fragen kümmern.
Z. B. die Diskussion Pflege - Behandlungsfall seitens der Kostenträger hat uns - den Arbeitskreis Pflege - veranlaßt damit zu beschäftigen, daß in diesem Zusammenhang "Pflege" im Sinne verwendet wird, für den Menschen kann man nichts mehr machen, daß in diesem Zusammenhang sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter die diskriminierende Aufteilung in gute heilbare Behandlungsfälle und in aussichtslose Pflegefälle vorgenommen wird.
Wir müssen uns gegen diese negative Ettiketierung des Wortes Pflege wehren!

Fachkrankenpflege

Ein anderer Punkt:
Fachliche Qualifizierung muß unser erklärtes Ziel sein und bleiben, Qualifizierung muß sich in der Bezahlung niederschlagen. Wir müssen uns dafür einsetzen, stark machen, durchsetzen, daß Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger/Fachkrankenschwester für Psychiatrie in größerem Umfang als bisher möglich ist.

Lernzielkatalog für den praktischen Einsatz in der Psychiatrie während der Ausbildung

Ein weiteres Beispiel:
Nachdem der Einsatz in der Psychiatrie während der Ausbildung im neuen KR-Gesetz obligatorisch ist, müssen wir mehr darauf einwirken, was während des Einsatzes gelernt werden muß, der AK Pflege hat sich deshalb vorgenommen, einen Lernzielkatalog zu erarbeiten.

Zusammenfassung

1. Die Professionalisierung des Krankenpflegeberufes ist unabdingbar.
   Die Voraussetzungen müssen von unserer Berufsgruppe vertreten und verfolgt, verwirklicht werden.
   (Z. B. langdauernde Ausbildung, Fachautorität, selbständige Zielsetzung, berufsspezifische Tätigkeiten, berufsethische Regeln, Vertretung durch Berufsverband(e), kontinuierliche Fort- und Weiterbildung etc.).

2. Psychiatrische Pflege muß vor, während und nach einer Erkrankung stattfinden, nicht ausschließlich im Krankenhaus, ambulante, teilstationäre, komplementäre Krankenpflegestellen müssen vermehrt geschaffen werden, um eine Gesamtversorgung zu gewährleisten, um nicht zu selektieren.

3. Die Krankenpflege selbst - und somit wir alle - müssen uns mehr an Gesundheit, Prävention und Lebensbedingungen orientieren, denn der Mensch reagiert ganzheitlich (psychisch, physisch, sozial) auf innere und äußere Ereignisse und sein momentanes Erleben ist von früheren Erlebnissen geprägt.

4. Wir müssen mehr Mut haben, um unsere Arbeit gezielt, inhaltlich, reflektierend darzustellen, d. h. Pflegeforschung (federführend durch unsere Berufsgruppe) ist unerläßlich.
   All dies kann dazu beitragen, die Diskussion zur Identität psychiatrischer Pflege in Bewegung zu bringen und zu verfestigen.

Ich wünsche uns allen konstruktive Auseinandersetzungen, damit jeder von uns seinen Standpunkt näher bestimmen kann!

Herzlichen Dank für Ihr Zuhören!

Hilde Schädle-Deininger

Protokoll der Arbeitsgruppe I
Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nach der Begrüßung der ca. 18 Krankenschwestern und -pfleger durch die Moderatoren, stellte sich kurz jeder Teilnehmer der Arbeitsgruppe vor, dabei erfuhren alle Teilnehmer woher jeder kommt und mit welchen Kindern oder Jugendlichen der Einzelne arbeitet.

Die AG-Teilnehmer kamen überwiegend aus den Ländern: Rheinland-Pfalz, Hessen, Nordrhein-Westfalen.

Erwartungen:
Erfahrungsaustausch, Information und Diskussion über die Rolle der Pflegekräfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Aufzeigen von Mißständen und deren Öffentlichmachung.

Diskussion über Perspektiven in der KJP.

Die Arbeitsgruppe sammelte zunächst "Aufgaben" die von den Pflegekräften in der KJP erfüllt werden.

Dabei stellte sich bald heraus, daß in den meisten KJPs die erzieherischen und pflegerischen Mitarbeiter gleiche Aufgaben wahrnehmen, d. h. Erzieher- und Pflegekräfte bis auf wenige Ausnahmen das gleiche tun:

Grundpflege: (individualisierte Grundpflege organisieren und durchführen):
Erheben der Pflegeanamnesen; Mitwirkung bei der Aufstellung von Therapiezielen; Erarbeiten von pflegerisch-therapeutischen Zielen; Pflegeplan aufstellen, ausführen, dokumentieren, Verlauf kontrollieren, koordinieren (Der Punkt Pflegeplan war umstritten, eine Minderheit war der Meinung, man sollte die Jugendlichen oder Kinder nicht "verplanen".)

Mithilfe bei Krisenintervention; Konzepte zur Einübung realitätsgerechter Verhaltensweisen erarbeiten und umsetzen; Kontaktperson zu Patienten und den Angehörigen sein; Kennenlernen des häuslichen Milieus; Gespräche mit Patienten; medizinische Aufgaben (Achtung, keine Aufgaben der Ärzte übernehmen).

Soziotherapeutische Aufgaben:
1. Organisation und Gestaltung der Station zum therapeutischen Milieu.
Tages- und Wochenpläne aufstellen; Freizeitgestaltung fördern; Mitwirkung bei der räumlichen und wohnlichen Gestaltung der Station.

2. Patientenorientierte Gruppenarbeit:
Stationsversammlungen; pflegerisch-therapeutische Gruppen organisieren und Gruppenarbeit durchführen (Spiele, Sport, Werken, Malen, u. a.).

3. Sonstige wichtige Aufgaben:
Informationsfluß und Kommunikation zwischen allen Stationsarbeitern fördern (Erziehungspersonal), Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten usw.);
praxisbezogene Anleitung der Krankenpflegeschüler und Erzieher im Anerkennungsjahr.

Die oben genannten Aufgaben können sehr häufig nur sehr unvollkommen von den pflegerischen Mitarbeitern geleistet werden. Die Arbeitsgruppe konnte feststellen, daß weder die Krankenpflege- noch die Erzieherausbildung gute fachliche Voraussetzungen für die Arbeit in der KJP bieten.

Die Berechnung des Personalbedarfes nach der Patientenbelegungszahl entspricht bei weitem nicht dem tatsächlichen Personalbedarf, um all den oben genannten Aufgaben gerecht zu werden.

Die Arbeitsgruppe stellte folgende Forderungen:

- Mitverantwortliche Mitarbeit bei dem Aufbau von ambulanten und mobilen Diensten

- Berechnung des Personalbedarfes nicht nach Stellenschlüssel, sondern nach dem tatsächlichen Bedarf
- Zusammenarbeit mit Angehörigen verstärken (d. h. dafür auch zeitlich Raum schaffen)
- Fundierte und qualifizierte Fort- und Weiterbildung, Freistellung der Betroffenen bei Weiterbezahlung der Bezüge
- Praxisanleiter für Krankenpflegeschüler müssen auf dem Stellenplan berücksichtigt werden, keine Abrechnung der Krankenpflegeschüler auf dem Stellenplan
- Die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Erwachsenenpsychiatrie trennen oder getrennt lassen
- Reflektion der Mitarbeiter (Supervision sollte für die Mitarbeiter während der Arbeitszeit angeboten und bezahlt werden.)
- Abschaffung des KR-Tarifes
- Höhergruppierung aller Mitarbeiter nach abgeschlossener Fachausbildung
- Gezielte Fortbildung für die KJP durch überwiegend nicht berufsfremde Dozenten.

Viele Punkte konnten in den vier Stunden nur kurz besprochen oder diskutiert werden.
Den Teilnehmern wurde bewußt, daß unserer Berufsgruppe grundlegende Notwendigkeiten nicht geschenkt werden. Wir selbst müssen im verstärkten Maße unsere Rolle als Pflegekräfte erkennen und bestimmen und zum Teil mit neuen Inhalten benennen.

Wir wünschen uns ein mitverantwortliches und anerkanntes Arbeiten, sowohl in den Kliniken als auch in den ambulanten oder mobilen Diensten.

Unsere (wichtige) Arbeit hört nicht an der Stationstüre auf.

Protokoll für die AG 2 A

Die Gruppe hatte ca. 20 Teilnehmer.
Wie üblich begannen auch wir damit, uns gegenseitig vorzustellen.
Ein großer Teil der Gruppe kam aus Süddeutschland.
Etwa die Hälfte arbeitete in LKH's, die anderen kamen aus psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, aus Suchtkliniken, zwei Teilnehmer waren aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zwei Teilnehmer arbeiteten in einem Wohnheim für psychisch Kranke.
Ein Kollege war nicht in der Psychiatrie und wollte auf dieser Tagung etwas über die Arbeit auf psychiatrischen Stationen erfahren.
Die Teilnehmer hatten sich für diese Arbeitsgruppe entschlossen, weil ihnen die Station direkter Arbeitsplatz ist und weil die Station sehr nahe am Patienten ist. Das Hauptinteresse der Kollegen galt einem Erfahrungsaustausch.

Zuerst beschäftigten wir uns mit der Frage, welche Bedeutung ein stationärer Aufenthalt für den Patienten, aber auch für mich selbst hat. Wir merkten, daß wir "neuen" Patienten recht unbefangen gegenübertreten, die Wiederaufnahme uns schon bekannter Patienten den Mitarbeitern manchmal zu schaffen macht. Einerseits können wir sagen, daß auch viele somatisch Kranke wiederholt in eine Klinik müssen, andererseits stellen wir doch die Frage, warum es draußen nicht geklappt hat. Dabei haben alle Kollegen die gleiche Erfahrung gemacht: Das Netz von Hilfsangeboten außerhalb der Klinik ist viel zu weit, und es mangelt überall an ausreichender Nachbetreuung. Das Problem der Nachsorge zog die Frage der Vorsorge nach sich und wir setzten uns mit der Aufnahmesituation auseinander. Auch hier machten wir alle ähnliche Erfahrungen: Die Patienten werden von dem Aufnahmearzt einer Station zugewiesen, wobei es meist so ist, daß niemand in der Lage ist, etwas darüber auszusagen, was vor der stationären Aufnahme war, - wie der Patient lebt, wie seine soziale Situation ist und in welchem Umfang er betreut wurde - zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Kliniken besteht nur eine geringe Kommunikation. Das führt dann auch dazu, daß der Patient oft gar nicht weiß, was ihn in der Klinik erwartet. Bei der Aufnahme beginnt häufig erst die Auseinandersetzung mit der Psychiatrie und den Vorurteilen der Betroffenen und seiner Umgebung.

Nach der Pause stellten wir Stationen, von denen wir kamen, gegenüber und diskutierten spezielle Probleme:

- Ist es notwendig, alle Patienten zu durchsuchen, auch auf offenen Stationen?
- Wie wichtig ist die gemeinsame Mahlzeit und ein schön gedeckter Tisch?
- Wie sehr sind wir bereit und in der Lage, Forderungen zu stellen und uns dafür stark zu machen?
- Welche Möglichkeiten haben wir, uns innerhalb der Arbeitszeit über aufgetretene Probleme auseinanderzusetzen? Gibt es Supervision?
- Sind die Nachtwachen im Plan integriert, oder wird tagsüber nach einem anderen Konzept gearbeitet als nachts?
- Wie gehen wir mit den Bedürfnissen der Patienten, aber auch mit unseren eigenen Bedürfnissen um?

Diese Fragen führten zu lebhaften Diskussionen und zeigten, daß wir Pflegekräfte ein sehr unterschiedliches Verständnis von unserer Arbeit haben, daß wir aber vielen Situationen hilf- und machtlos gegenüberstehen und leider nicht immer auf Unterstützung durch Chefärzte, Pflegedienstleitungen und Verwaltungsleiter rechnen können. Manchen machten die Beiträge der Kollegen Mut, ihre Forderungen in Zukunft stärker zu vertreten.

Elke Felgner

Protokoll der Arbeitsgruppe 2 B

Die Station - welche Bedeutung hat der stationäre Aufenthalt für den Patienten?

Für diese Arbeitsgruppe interessierten sich über 40 Teilnehmer der Tagung.
Sie teilten sich in zwei Untergruppen, von denen die eine von Elke Felgner und die andere von mir moderiert wurden. Die Arbeit der Gruppe läßt sich in zwei Bereiche aufteilen: Zum einen, die überwiegende Zeit beanspruchend, fand ein reger Erfahrungsaustausch über die Arbeit auf Station statt, zum anderen versuchten wir Forderungen zu formulieren, die erfüllt werden müssen, um eine sinnvolle, Patienten - und Personal - gerechte Arbeit zu ermöglichen.
Diese Forderungen zu den Themen des Erfahrungsaustausches. Zu Beginn sprachen wir über Bedingungen, die für die Aufnahmesituation eine Rolle spielen.
Wie begegnen wir dem Patienten zum ersten Mal? Kommt er, nur mit den dürftigen Informationen des Einweisungsscheines, auf die Station oder ist es möglich einen Aufnahmemodus zu finden, der es ermöglicht, daß bei jeder Aufnahme ein Aufnahmegespräch stattfindet, an dem neben dem Patienten und dem Arzt obligatorisch auch eine Pflegekraft teilnimmt.
Diese Möglichkeit wird von den Teilnehmern eher als Idealfall bezeichnet, der aber keinesfalls selbstverständlich ist. Und dort wo dieses 3er Aufnahmegespräch schon die Regel ist, müssen die Pflegekräfte ihre Gesprächsteilnahme immer wieder anmahnen.
Als weiterer, ganz wichtiger Punkt in der Aufnahmesituation wurde genannt, daß den Angehörigen des Patienten, wo immer sie mit zur Aufnahme kommen, ein Gespräch angeboten wird, in dem ihnen Hilfestellungen gegeben werden kann - wo sie auch berichten können, was aus ihrer Sicht zur Aufnahme ihres Angehörigen geführt hat.

Zum Thema: "Was will der Patient" gab es ganz unterschiedliche Stellungnahmen, die hier nur stichwortartig aufgeführt seien:

- Der Patient will nichts von uns.
- Er will Hilfe - in welcher Form auch immer.
- Er will Medikamente.

- Er kommt mit dem Anspruch, daß wir ihn heilen.
- Der Patient will das Gefühl der Geborgenheit haben.

Diese Punkte stehen häufig im Gegensatz zu dem Bedürfnis der Psychiatriearbeiter, Probleme des Patienten aufarbeiten zu wollen.

Viel Zündstoff barg folgende Meinung in sich: "Viele Patienten nisten sich ins LKH ein, weil sie es da bequem haben, weil es da viel zu schön ist."
Es entwickelte sich eine Diskussion darüber, ob Patienten wirklich aus Bequemlichkeit in der Klinik bleiben wollen, oder ob es nicht viel häufiger der Fall ist, daß sie aufgrund der schlechten Perspektiven außerhalb des Krankenhauses und wegen der mangelnden Nachsorge, in der Klinik bleiben wollen, oder gar dort gehalten werden.

Anschließend gingen wir auf den Stellenwert der Nachbetreuung (was kommt nach dem stationären Aufenthalt) ein. Allgemein wurde der Nachsorge eine große Bedeutung beigemessen - eine Möglichkeit, die noch viel zu wenig genutzt wird. Aber auch die etwas resignierende Ansicht, daß selbst bei umfangreichem Nachbetreuungsangebot viele Patienten wieder in die Klinik kommen.
Auf die Ursachen im Einzelnen gingen wir nicht ein, stellten jedoch fest, daß es durchaus für einen Patienten einen Erfolg darstellen kann, wenn er statt eines Daueraufenthaltes in der Klinik diese nur in Abständen (Krisensituationen) aufsucht.

Bei allen besprochenen Punkten wurde immer wieder deutlich, daß in vielen Fällen zu wenig Krankenschwestern und Krankenpfleger auf der Station sind.
Und daß die auch noch regelmäßig mit Bemerkungen (von Arzt und auch PDL) wie "Ihr werdet das schon machen" oder "Ihr habt ja alles im Griff" mundtod gemacht werden und so begründete Forderungen nicht laut genug formuliert werden.

Forderungen:

1. Es müssen ausreichend Stellen für Krankenschwestern und Krankenpfleger, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich geschaffen werden, damit die Pflegekräfte den vielfältigen Aufgaben der psychiatrischen Pflege gerecht werden können.

2. In der Ausbildung zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger muß das Fachgebiet "psychiatrische Krankenpflege" mehr Raum als bisher einnehmen.

3. Kontinuierliche Fortbildung und Supervision muß gewährleistet und vom Arbeitgeber finanziert werden.

4. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe begrüßen es, daß möglichst viele Berufsgruppen mit jeweils unterschiedlichem Erfahrungshintergrund an der psychiatrischen Versorgung beteiligt werden. Dies darf jedoch nicht auf Kosten der Pflegekräfte gehen - d. h. Krankenpflegestellen dürfen nicht von anderen Berufsgruppen besetzt werden.

Alexander Kaun

Protokoll der Arbeitsgruppe 3 "Ausbildung" am 7. November 1985 in Langenfeld

Die Arbeitsgruppe bestand aus 30 Teilnehmern, Krankenschwestern und -pflegern, Krankenpflegehelfern und -helferinnen, Krankenpflegeschülern sowie mehreren Lehrern für Krankenpflege.
Da die Teilnehmer aus den verschiedensten Teilen Deutschlands und ein Teilnehmer aus Holland kamen, sowie aus den unterschiedlichsten psychiatrischen Einrichtungen (Landeskrankenhäuser, kleinere Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste ...) konnten Erfahrungen bezüglich der "Ausbildung" vielfältig ausgetauscht werden. Dabei ergab sich immer wieder, daß die Ausbildung in den Krankenpflegeschulen mit sehr unterschiedlichen Inhalten und Zielsetzungen angeboten wird. Der Teilnehmer aus Holland schilderte Ausbildungsmöglichkeiten, von denen wir in Deutschland bisher nur träumen.
Fast allen Aussagen gemeinsam war das Empfinden einer erheblichen Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis d. h. Krankenschwestern und -pfleger erhielten in der theoretischen Ausbildung nicht das, was sie für ihre tägliche Arbeit mit psychisch kranken Menschen gebraucht hätten.
Bereits mit der Bewerbung an einer Krankenpflegeschule fangen die Schwierigkeiten an. Die potentiellen Auszubildenden erhalten zu wenig Orientierungshilfen und haben häufig demzufolge nur unklare und irrealistische Vorstellungen von ihrem zukünftigen Beruf. Die Forderung, die sich aus dieser Problematik ergibt; Krankenpflege muß sich in der Öffentlichkeit präziser und realistischer darstellen. Dazu muß Krankenpflege zu einem einheitlichen Berufsverständnis gelangen.

Eine weitere Problematik ergibt sich aus den sehr unterschiedlichen Zielsetzungen und demzufolge auch sehr unterschiedlichen Unterrichtungsschwerpunkten und -inhalten an den Krankenpflegeschulen.

Exemplarisch wurde dieser Mißstand am Unterrichtsfach "psychiatrische Krankenpflege" diskutiert. Alleine das Ausmaß der angebotenen Unterrichtsstunden hatte in den einzelnen Kliniken eine Bandbreite von 0 bis 70 Stunden. Was die Inhalte dieses Faches betraf, wurde bemängelt, daß die meisten Schulen sich sehr an den ärztlichen Psychiatrieunterricht anlehnten und folglich fast ausschließlich

krankheitsbildorientiert unterrichteten. In die Inhalte des Faches "psychiatrische Krankenpflege" sollten dringend aufgenommen werden:

- Gesprächsführung
- Angehörigenarbeit
- psychiatrische Pflege "über die Stationstüre hinaus" z. B. in Ambulanz, SPD's ...
- Pflegeplanung und Dokumentation
- Berufsbild

u. a. m.

Große Mängel weist bislang auch die praktische Ausbildung in der Psychiatrie auf. Auszubildende fühlen sich hilflos, manchmal alleingelassen, als Arbeitskräfte "verheizt". Sie werden oftmals vor Situationen gestellt, auf die sie nicht ausreichend vorbereitet wurden.
Nur wenige Kliniken verfügen über ein gut organisiertes System der Praxisanleitung. In den meisten Kliniken sind Praxisanleiter (Mentoren oder Tutoren) oder gar klinische Unterrichtsschwestern und -pfleger eine Rarität. Häufig bieten sich für die Schüler auch keine Möglichkeiten, in der Praxis Gelerntes in irgendeiner Form von Praxisreflexion zu verarbeiten.

Der weitere Verlauf der Diskussion in der Arbeitsgruppe läßt sich in folgenden Forderungen zusammenfassen:

1. Krankenpflegeschulen müssen in ihren Rahmenausbildungsplänen Zielsetzungen der Ausbildung an ihrem jeweiligen Haus klar formulieren.
2. Unterrichtsinhalte insbesondere im Fach "psychiatrische Krankenpflege" sollten sich ausrichten nach den Erfordernissen der Praxis. Sie müssen abgrenzbar sein gegenüber anderen Unterrichtsfächern und von psychiatrisch erfahrenen Lehrkräften unterrichtet werden.
3. Unterricht in psychiatrischer Krankenpflege muß in einer angemessenen Stundenzahl angeboten werden.
4. Die praktische Ausbildung sollte von Praxisanleitern bzw. klinischen Unterrichtsschwestern und -pflegern begleitet und ausgewertet werden.Diese sind nicht im Stellenplan anzurechnen.

5. Parallel dazu muß das gesamte Pflegepersonal (auch einjährig Ausgebildete) kontinuierlich in aktueller Krankenpflege (z. B. Pflegeplanung und -dokumentation) fortgebildet werden.
6. Die Ausbildung der Lehrer für Krankenpflege muß sich mehr an den Erfordernissen der Krankenhauspraxis bzw. der Pflege kranker Menschen und der Prävention inklusive gesundheitserzieherischer Maßnahmen orientieren.
7. Die Lehrer müssen durch einen angemessenen Lehrer-Schüler-Schlüssel (in den meisten psychiatrischen Kliniken beträgt dieser noch immer 1:30 und mehr - europäische Forderung = 1:15) mehr Möglichkeiten erhalten, in der Praxis mitzuarbeiten und vor Ort, Schüler anzuleiten.
8. Krankenpflegeschulen sollten Kontakte zu anderen Krankenpflegeschulen pflegen, so daß es zu einem konstruktiven Austausch und einer effizienten Zusammenarbeit kommen kann.
9. Schülereinsätze sollten auch in außerstationären Einrichtungen ermöglicht werden.
10. Die Ausbildungsvergütung muß wieder angehoben werden, ansonsten dürfen Auszubildende nicht in den Stellenplan integriert werden.

Rosel Simonis

Protokoll der Arbeitsgruppe 5 "Pflegefall - Behandlungsfall"

Zunächst stellten sich alle Teilnehmer vor und teilten ihre Erwartungen an die Gruppe mit.
Danach wurde von Seiten der Moderatoren die sozialrechtliche Unterscheidung von Pflege- und Behandlungsfall erläutert.
Anschließend tauschten die Teilnehmer ihre Erfahrungen aus. Die Praxis der Unterscheidung zwischen Pflege- und Behandlungsfällen wurde geschildert anhand von Beispielen aus verschiedenen Bundesländern (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Baden-Würtemberg, Hessen, Bayern). Da einige Teilnehmer ambulant arbeiteten, entstand die Frage, inwiefern sich diese sozialrechtliche Unterscheidung auf die ambulante Krankenpflege auswirkt. Wird ein Klient zum Pflegefall erklärt, so verliert er dadurch den Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse und muß so für seine Behandlung / Pflege selbst aufkommen oder Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Dies bedeutet meist zusätzlich zur Krankheit einen deutlichen sozialen Abstieg.

Für psychisch Kranke in der Gemeinde, besonders für chronisch Erkrankte, gibt es kein finanziertes ambulantes Angebot, das auf Dauer eine wirksame Alternative zur Heimunterbringung oder zum Klinikaufenthalt darstellen könnte. Die zur Zeit existierenden Modellversuche sind auf Zuschüsse angewiesen, da sie sich durch Kassenleistungen alleine nicht tragen könnten. So befinden sich auch heute noch in Langzeitbereichen und Pflegeheimen chronisch kranke Menschen, von denen ein Teil mit ausreichender ambulanter Pflege außerhalb von Klinik oder Heim leben könnten. Die Situation der ambulanten psychiatrischen Versorgung (besonders aus krankenpflegerischer Sicht) ist ganz klar eine Benachteiligung der psychisch kranken Menschen gegenüber somatisch Erkrankten. Die heutige Entwicklung in einigen Bundesländern, sogenannte "Pflegefälle" von den "Behandlungsfällen" auch räumlich zu trennen, läßt Erinnerungen an die Geschichte der Psychiatrie wach werden. Bereits im letzten Jahrhundert gab es Pflegeanstalten, die die "Unheilbaren" beherbergten. Allmählich entwickelten sich daneben psychiatrische Anstalten, die es sich zur Aufgabe gemacht hatten, psychisch erkrankte Menschen zu heilen. Den "Heilbaren" sollte eine ärztliche Behandlung zu Teil werden, die anderen mußten unter deutlich schlechteren Bedingungen leben. Wurden wiederholte Aufnahmen notwendig, so wurde der kranke Mensch nicht mehr in der Heilanstalt

behandelt. Im Dritten Reich schließlich gipfelte die Diskriminierung der psychisch Kranken in der Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Dasein. Dies hatte für viele eine tödliche Konsequenz. Im Dritten Reich wurde der sogenannte "Halbierungserlaß" in Kraft gesetzt, nachdem im August 1941 die Tötungsaktionen offiziell eingestellt wurden. Der Halbierungserlaß ist ein Runderlaß des Reichsarbeitsministeriums und Innenministeriums vom 5. September 1942. Dieser Erlaß besagte folgendes:

> "Werden gegen Krankheit versicherte Geisteskranke von anderen Stellen als den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen und treten die Fürsorgeverbände als Kostenträger auf, so sind die den Fürsorgeverbänden durch die Unterbringung entstandenen Kosten - ungeachtet der Gründe, auf denen die Unterbringung beruht - je zur Hälfte von dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Fürsorgeverband zu tragen. ... Andererseits haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Fällen, in denen sie nach der bisherigen Rechtslage ... voll ersatzpflichtig wären, nur die Hälfte des Ersatzanspruches der Fürsorgeverbände zu decken. Eine Prüfung, ob der Geisteskranke wegen Gemeingefährlichkeit untergebracht ist, findet bei diesem Verfahren nicht mehr statt."
> (aus Demokratisches Gesundheitswesen 2/82)

Für zahllose psychisch kranke Menschen hatte dieser Erlaß zur Folge, daß sie zu Fürsorgeempfänger wurden, auch wenn bis zu diesem Erlaß die Krankenkasse alleine zuständig war. Neben dem sozialen Abstieg hatte dies häufig die Folge, daß auch die Verwandten zur Kostendeckung herangezogen wurden.
Anfang der 60er Jahre wurden Abkommen zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern geschlossen, die zum Ziel hatten, daß dieser "Halbierungserlaß" nicht mehr angewendet werden sollte. Die Krankenkassen verpflichteten sich, die Kosten der Behandlung voll zu übernehmen, sofern kein Pflegefall vorliegt. Der Halbierungserlaß wurde erst Anfang der 80er Jahre (!) offiziel aufgehoben. So weit der geschichtliche Rückblick.

Im weiteren Verlauf der Arbeitsgruppe beschäftigten wir uns mit der Definition von Pflege und Pflegefall. Wir bemerkten, daß der Begriff "Pflegefall" heute benutzt wird, um darzustellen, daß es sich um Menschen handelt, für die man nichts mehr tun kann/muß. Deshalb überlegten wir, was zu tun ist, um deutlich zu machen, daß Pflege ein wichtiger Bestandteil von Krankenbehandlung ist, ebenso wie zum Beispiel medizinische Maßnahmen. Dazu ist es notwendig, Pflege intensiver zu dokumentieren als bisher (Pflegeanamnese, -planung, -bericht). Weiterhin wird es notwendig sein, Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, dieses Thema in den Berufsverbänden zu behandeln und "Kleinarbeit" auf den Stationen zu leisten, zum Beispiel den zuständigen Arzt davon zu überzeugen, daß der jeweilige Patient nicht zum Pflegefall erklärt werden darf.

Danach beschäftigten wir uns mit der Fragestellung, welche Auswirkungen Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen und Rationalisierung haben. Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen kommen zustande, weil die Krankenkassen überprüfen lassen, ob der Tagespflegesatz eines Krankenhauses seinen Leistungen entspricht und ob all diese Leistungen notwendig sind. Die beauftragten Firmen überprüfen sehr unterschiedlich und stellen häufig fest, daß Personaleinsparungen möglich seien. Solange solch ein Bericht nicht widerlegt ist und mit den Krankenkassen neu verhandelt wurde, kann dies dazu führen, daß strittige offene Stellen nicht besetzt werden können. Der Tagespflegesatz bestimmt den Stellenplan eines Krankenhauses mit, da die Personalkosten über diesen Pflegesatz abgerechnet werden.

Zum Schluß beschäftigte uns noch die Frage, ob Pflegeforschung positive Auswirkungen auf die Anerkennung der Krankenpflege ausübt. Wir diskutierten, ob das Berufsbild greifbarer, die Krankenpflege von den anderen Berufsgruppen weniger beeinflußbar wird.

Arbeitsgruppe 6 "Der Pflegeprozeß"

Moderation:
Isolde Schmidt-Steden
Lutz Felgner

- Was bedeutet Pflegeplanung?
- Was ist eine Pflegeanamnese?
- Wie wird die Pflege dokumentiert?
- Was leistet die Theorie des Pflegeprozesses für die Praxis?
- Inwieweit kann der Patient/Angehörige mit einbezogen werden?

Die AG bestand aus rd. 60 Teilnehmern.

Der Pflegeprozeß wurde in einem Einstiegsreferat der gesamten Gruppe erläutert. Er setzt sich aus 4 Phasen zusammen.

Phase I: Datensammlung
In der ersten Phase sollen möglichst viele Daten über den Patienten/Klienten gesammelt werden, damit man sich ein umfassendes Bild von ihm machen kann. Es werden Informationen durch Gespräche, Untersuchungen, Aufnahmeformular und Fragebogen gesammelt. Ein anderer Teil wird durch Beobachtungen und Gespräche mit Dritten ermittelt.

Phase II: Pflegeplanung
Aufgrund der vorhandenen Informationen werden
- Probleme und Fähigkeiten herausgefunden
- Pflegeziele formuliert
- Pflegemaßnahmen festgelegt.

Die für sinnvoll erachteten pflegerischen Maßnahmen werden formuliert und schriftlich festgehalten (= Pflegeplan).

Phase III: Durchführung des Pflegeplans
Der Pflegeplan wird in praktische Pflegehandlungen umgesetzt. In der Psychiatrie steht dabei nicht das manuelle Tun im Vordergrund, sondern es geht z. B. um Strukturierung des Tagesablaufes, Nichtbeachten von Auffälligkeiten, Herstellen von Kontakten, Anleiten zur Selbständigkeit, u. a. m.

Phase IV: Erfolgskontrolle und Feedback
Rückmeldung über Erfolg oder Mißerfolg ist nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Mitarbeiter an der Pflege wichtig. Wird der Patient/Klient durch die Pflege gesünder, bessert sich sein Zustand oder verschlechtert er sich?
Die Rückmeldung erfolgt direkt zwischen Patient und Mitarbeiter oder auch indirekt im Mitarbeitergespräch. In jedem Fall ist sie wichtig für die Frage, ob die Pflege wirksam ist. Wird diese Frage verneint, dann beginnt der Kreislauf von neuem mit der Phase I.

Die Erfahrungen der Teilnehmer waren sehr unterschiedlich. Einigen war der Pflegeprozeß noch unbekannt, sie wollten hier erste Kenntnisse über den Pflegeprozeß erwerben. Es gab aber auch Teilnehmer, bei denen die Anwendung des Pflegeprozesses so zur Routine geworden war, daß einzelne Teile, besonders die Berichterstattung, nachlässig gehandhabt wurden.

Pflegeanamnese
Die Pflegeanamnese ist weitgehend unbekannt und wird selten durchgeführt. Das Gespräch des Arztes bei der Aufnahme des Patienten/Klienten steht im Vordergrund. Aufnahmegespräche des Pflegepersonals mit den Patienten finden wenn, dann nur am Rande statt. Das hat zur Folge, daß wichtige Informationen über die Umwelt und das tägliche Leben des Patienten/Klienten anfangs unentdeckt bleiben.

Des weiteren wird der Blick auf die Schwierigkeiten und Defizite des Patienten/Klienten eingeengt. Die Aufgabe der psychiatrischen Krankenpflege ist aber, nicht nur die Defizite zu reduzieren, sondern auch, vorhandene Fähigkeiten zu fördern. Schon die Pflegeanamnese muß die Voraussetzungen dazu bieten. Werden diese Informationen nicht von vornherein berücksichtigt, liegt ein Pflegeversäumnis vor, das später schwer nachgeholt werden kann.

Dokumentation der Pflege

Pflegedokumentation wird sehr unterschiedlich betrieben. Allgemein ist eine Abkehr von den geliebten Tagesberichts- und Nachtwachenbüchern und von der mehr aus Zeitmangel als aus Liebe betriebenen Zettelwirtschaft festzustellen. Vielerorts werden Dokumentationssysteme in Form von Flachsichtmappen eingeführt.
Bei der Diskussion wird deutlich, daß die Dokumentation wenig auf die Anwendung des Pflegeprozesses abgestimmt ist.
Eine übersichtliche Zuordnung: - Fähigkeiten/Probleme des Patienten
- Pflegeziele - Pflegeplan - ist selten gewährleistet.

Dokumentationssysteme scheinen
1. in den "Chefetagen" der Krankenpflege erdacht
2. den Pflegeprozeß als lästiges Anhängsel abzutun.

Drei Wege macht die Diskussion deutlich:
1. Pflegekräfte müssen das Wissen über den Pflegeprozeß erwerben und seine Anwendung erproben.
2. In die Dokumentation muß der Pflegeprozeß als notwendige Pflegemethode integriert werden können.
3. Die Einführung einer Dokumentation muß erst probeweise und dann unter ständiger Rückkoppelung Theorie/Praxis mit praktischer Begleitung und Anleitung erfolgen.

Was leistet die Theorie des Pflegeprozesses für die Praxis?

Erleichtert wird die Einführung des Pflegeprozesses dadurch, daß er für die Ausbildung in der Krankenpflege jetzt zwingend im Krankenpflegegesetz vorgeschrieben ist.
Die Theorie des Pflegeprozesses ermöglicht die Auseinandersetzung mit pflegerischen Fachfragen im Unterricht und ist somit didaktisches Hilfsmittel. Sie liefert ein Modell für die Strukturierung

der Pflege. Sie hilft Denkmodelle von Pflege zu entwickeln und sie für andere nachvollziehbar und überprüfbar zu machen.
Im letzten Teil wurde in der Arbeitsgruppe ansatzweise ein Pflegebeispiel aus der Praxis besprochen.

Auf allen Ebenen der Bildung in der Krankenpflege (Aus-, Fort- und Weiterbildung) muß die Theorie des Pflegeprozesses fester Bestandteil werden. Sie darf aber nicht Selbstzweck sein, sondern sollte die Grundlage zur Reflektion der pflegerischen Praxis bilden.

Einbeziehung der Patienten/Angehörigen

Hier scheint ein wunder Punkt bei der Anwendung des Pflegeprozesses und bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen überhaupt zu liegen. Pflegeplanung darf nicht auf dem Stationszimmer stattfinden. Sie muß mit den Betroffenen entwickelt werden.
Nur wenn der Patient/Klient sein Ziel selbst bestimmt und es selbst ansteuert, ist bleibender Erfolg gewährleistet.
Es gibt nur wenige Ausnahmesituationen (z. B. akuter Suizidversuch), bei denen dieses Prinzip nicht gilt.

Die Pflege der Beziehung zu den Angehörigen ist bedeutsam, um den Patienten aus der Isolation herauszuholen bzw. die Einflüsse der Umwelt auf seine Erkrankung mit einzubeziehen.
Hier treten oft Frustationen beim Pflegepersonal auf, wenn der Kontakt mit den Angehörigen und ihre Mithilfe nicht sofort gepflegt werden.

Es befindet sich aber nur die Pflege auf einem hohen Niveau, die bei der Pflegeplanung die Angehörigen gleichwertig mit einbezieht.

Bericht von:
Lutz Felgner
(Lehrer für Krankenpflege)
Koordinator der Fachgruppe
Psychiatrie im DBfK

Einführungsreferat für die A-Gruppe
Tagung DGSP - DBfK 8. - 11.11.1985

Überlegungen zur beruflichen Entwicklung der Krankenpflege.

Die Diskussion über die berufliche Entwicklung der Krankenpflege hat vielschichtige Gründe und ist als ein sich entwickelnder dynamischer Prozess aus ihrer Geschichte und den jetzigen gesellschaftlichen Bedingungen heraus erklär- und verstehbar. Ihre Versuche, mehr Eigenständigkeit zu erlangen, werden seit geraumer Zeit in der Fachöffentlichkeit als Professionalisierungsprozess beschrieben oder Profession genannt. Da die Bedeutung dieser Terminologie nicht klar ist und Mißverständisse entstehen können, sollte zunächst eine Klärung der Begriffe erfolgen.

Von Wiese versteht unter Professionalisierung einen sozialen Prozess, der die Entstehung und Konsolidierung, die Institutionalisierung von Berufen bezeichnet, mit dem Ziel, einen solideren Gebildezusammenhang der vorhandenen beruflichen Strukturen aufzubauen. (27)
Etymologisch betrachtet kommt das Wort Profession aus dem lateinischen (Professionis und bedeutet soviel wie Anmeldung, öffentlicher Äußerung und in der zweiten, metonymischen Bedeutung "angemeldetes Gewerbe".
Das Wort Professionalisierung entstand im deutschen Sprachraum als soziologischer Fachterminus Ende der 60er Jahre in Anlehnung an den Begriff Professionalisation, aus der angelsächsischen Soziologie; es dient seit dieser Zeit zur Kennzeichnung von dynamischen Prozessen bei der Berufskonstruktion. (28) Trotz der soziologisch nicht exakten Definition des Begriffs fallen zwei Dinge besonders auf: Einmal die Akzentuierung auf einen dynamischen Prozess mit dem Ziel der Institutionalisierung eines Berufes, zum anderen die Hervorhebung der (bzw. Beschränkung auf die) akademischen Berufe. Die Begriffe Profession und Professionalisierung werden unterschiedlich verwendet. Grundsätzlich sind beide Begriffe in ihrer Bedeutung von einander zu trennen und nicht deckungsgleich.
Als Professionen sind die Berufe, die bereits den vollen Status einer Profession haben zu verstehen (Ärzte), Juristen und mit Einschränkung Theologen). Die anderen Berufe befinden sich bestenfalls erst auf dem Wege zu einer Profession.
Diesen Prozess kann man Professionalisierung nennen.

Carr-Sounders entwirft ein Schema mit vier Haupttypen von Profession in der modernen Gesellschaft. (29):

- Die "established professions"
  Zu diesen gehören der Mediziner, der Jurist und der Theologe. Sie teilen zwei grundlegende Attribute: ihre Tätigkeit basiert auf einem fundamentalen, vorwiegend theoretisch-wissenschaftlichen Studium; die Mitglieder dieser Profession fühlen sich einem bestimmten ethischen Verhaltenskodex verpflichtet.

- Die "new professions"
  Zu dieser Gruppe gehören vor allen Dingen Naturwissenschaftler wie Ingenieur, Chemiker und Physiker; in der Hauptsache gelang es diesen Berufen ein eigenständiges, theoretisch-wissenschaftliches Studium zu entwickeln.

- Die "semi-professions"
  Zu dieser Gruppe gehören z. B. die Krankenschwester, der Sozialarbeiter, der Optiker. Diese Berufe ersetzen ein theoretisch-wissenschaftliches Studium durch den Erwerb von technischen Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten; ein bestimmter Grad an abstraktem Wissen ist vorhanden.

- Die "would-Be professions"
  In diese Kategorie gehören beispielsweise der Verkäufer oder der Vertreter. Es wird weder ein theoretisches Studium noch der Erwerb von exakten Techniken verlangt, aber eine Vertrautheit mit gewissen Tätigkeiten im Geschäftsleben, Verwaltungsaufgaben und allgemeinen Umfangsformen wird erwartet.

Wenn von Professionen gesprochen wird muß auch immer der Begriff der Macht erwähnt werden. Goode ist der Auffassung, daß kein Professionalisierungsversuch ohne Konflikte vor sich geht. (30) Professionalisierung verstanden als kollektive Vorgehensweise ist dem zufolge als Kampf innerhalb und außerhalb eines bestimmten Berufes durch ein ständiges Ringen nach sozialem Prestige und um Honorierung gekennzeichnet, mit dem Endziel einer bewußt geplanten und gelenkten Institutionalisierung eines Berufes. Während dieses geschichtlichen Ablaufs spielt eine wichtige Rolle, ein die den betreffenden Berufsangehörigen zu vertretender Berufsverband, der zur Durchsetzung gemeinsamer Inter-

essen gegründet wird und im Laufe der Zeit mit Unterstützung des Gesetzgebers dafür Sorge trägt, daß ein bestimmter Grad von Autonomie erreicht wird.(31)

Professionalisierung oder Verberuflichung bedeutet allgemein, einen dynamischen Prozess der sozialen Differenzierung, in dessen Verlauf der Versuch unternommen wird, bestimmte gesellschaftliche Funktionen zu spezialisierten Berufen Schritt für Schritt umzuwandeln, z. B. die Entwicklung der Krankenpflege als ursprünglich reine laienhafte Familienangelegenheit zur außerfamiliären berufsmäßigen Ausgestaltung der Rolle der Krankenschwester.
Professionalisierungsprozesse sind keine exklusive Angelegenheit innerhalb eines Berufes, sondern die gesellschaftliche Funktion und Position eines Berufes spielen beim Professionalisierungsprozess eine große Rolle. Die Entwicklung eines Berufes zu einer Profession kann dem zufolge nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Bedingungen dar- und vorgestellt werden.

Parsons hat am Beispiel der Rolle des Arztes wesentliche Grundzüge der Struktur einer Profession untersucht. Auf dem Hintergrund der strukturell-funktionalen Theorie und unter Verwendung des in dieser Analyse erarbeiteten kategorialen Bezugssytems auf die Probleme der Gesundheit in der Gesellschaft hat er die Arztrolle gekennzeichnet als:

- universalistisch
- funktional-spezifisch
- affektiv-neutral
- kollektivitätsorientiert (32)

Hampel überträgt die "plattern variables", die Parsons für den Arztberuf entwickelt hat, auf die Berufsrollen im Bereich der Krankenpflege. (33) Er stellt fest, ähnlich wie Rohde (34) daß die Rolle der Krankenschwester/des Krankenpflegers durch aus als universalistisch anzusehen ist, denn auch von ihr wird erwartet, daß sie die Patienten ohne Unterschiede zu machen pflegt und versorgt. +)

Im Gegensatz zu der funktional-spezifischen Rolle der ärztlichen Tätigkeit sieht Hampel die Rolle der Schwester eher als funktional-unspezifisch. Parsons sieht dies ähnlich. Er erklärt es damit, daß die Tendenz der Krankenpflege im Rahmen der Humanisierung des Krankenhauses Ganzheitspflege und die Versorgung in kleine Pflegeeinheiten sei, also weg von der Spezialisierung in fachlich technischer Hinsicht. Dem gegenüber bin ich der Ansicht, daß die Aufgabe der Schwester und des Pflegers im psychosozialen Bereich durchaus funktional-spezifisch anzusehen sind. (35) Auch eine Kollektivitätsorientierung ist dem Schwesternberuf zuzustehen, da die Pflege des kranken Menschen sicherlich nicht als selbstorientiert angesehen werden kann, sondern einen Dienst an der Gesellschaft, ein berufliches Handeln mit grundsätzlich funktionalem Charakter beinhaltet.

Die pattern variable: "affektive Neutralität" ist sicher eine Handlungs- bzw. Orientierungsalternative, die die Pflege nur besonders schwer erfüllen kann und wie ich meine auch gar nicht versuchen sollte zu erfüllen, weil Pflege für ihre Berufsausübung genau diese affektive Neutralität nicht benötigt im Gegensatz zum Arzt. Da die soziale Distanz zwischen Patient und Schwester geringer ist als bei der Patient-Arzt-Beziehung, ergibt sich aus der Rolle und der Position der Schwester ein größerer Anteil an sozialer Verantwortung für die Patienten. Daraus läßt sich die Möglichkeit zur Übernahme einer psychosozialen, sozialtherapeutischen Roll bestimmen.
In einer Weiterführung dieses Gedankens beschreibt Katz, daß es in den Vereinigten Staaten Amerikas Bemühungen von Seiten der Krankenschwestern gibt, den Beruf nicht als einen medizinischen, sondern mehr als einen sozialwissenschaftlich orientierten und legitimierten Beruf aufzufassen.

Was sind nun Merkmale eines eigenständigen professionalisierten Berufes oder einer Profession:
- Eine lang andauernde Ausbildung mit einem Abschluß auf hohem Niveau, der den Eintritt in den Beruf bestimmt.
- Eine organisierte, ständige Weiterbildung.
- Die Berufsangehörigen haben die Kontrolle über ihren Beruf: juristische und gesellschaftliche Anerkennung durch gesetzliche Regelung, Titelschutz und Einrichtung einer Berufskammer.

- Fachautorität: Die Berufsangehörigen haben die alleinige Zuständigkeit für die Beurteilung ihrer Leistungen (spezialisierte Fachkenntnisse, Fachexperten), selbständige Zielsetzung, Bestimmung von Normen und Leistungsstandards, eine souveräne Normsicherheit, direkte Verantwortlichkeit dem Klienten gegenüber.
- Berufsethische Regeln, welche den Klienten vor Mißbrauch der Macht schützen, die der Berufsangehörige über ihn hat (Abhängigkeitsverhältnis), gemeint ist hier eine Berufskammer, wie sie z. B. in Österreich und Israel existiert.
- Ein eigenes Wissensgebiet, das lehr- und lernbar ist und das durch Forschung ständig erweitert wird: Publikationen, Fachzeitschriften, Lehrbücher, Forschungs- und Studienberichte.
- Berufsorganisation: Berufsverband, berufliche Grundsätze und Werte, Karrierebestimmungen (Schaffung von neuen Berufsrollen).
- Monopolistische Privilegien bei berufsspezifichen Tätigkeiten, die nicht von Inhabern anderer Berufspositionen übernommen werden können, also eine weitgehende Autonomie in der Ausübung der beruflichen Tätigkeit.
- Ein hohes Maß an Prestige sowohl durch die direkt Betroffenen als auch durch die gesellschaftliche Umwelt wegen des Dienstes für das öffentliche Wohl.

Wenn im weiteren von Professionalisierung die Rede ist, muß zuallererst die Frage gestellt werden unter welchen Bedingungen bzw. aus welchen Gründen ausgerechnet jetzt diese Diskussion so breiten Raum einnimmt.

Festhalten können wir zunächst einmal, daß die Professionalisierung der Krankenpflege ein Thema ist, das bereits Jahrzehnte in den USA diskutiert und aktiv vorangetrieben wird. Wirsing macht dafür vor allem die Entwicklung der Krankenpflege von einer karitativen Tätigkeit zu einer professionellen Arbeit innerhalb des Krankenhauses verantwortlich. (40)
Diese Entwicklung zeichnet sich seit mehr als einem Jahrzehnt sichtbar, auch in Europa ab. Die wesentlichen Merkmale sind:
- eine Veränderung der ökonomischen Bedingungen im Gesundheitswesen und damit verbunden ein Struktur- und Funktionswandel im Krankenhaus.
- der gesellschaftliche Anspruch auf mehr Humanität.

- die Berufsunzufriedenheit in der Krankenpflege
- eine Qualifizierung von Führungskräften innerhalb der Krankenpflege.

Wolfgang Münster
Auszug aus:
Münster, W; Berufliche Zielsetzungen in der psychiatrischen Krankenpflege; FH Osnabrück, 1984
Literaturliste auf Wunsch

Protokoll der AG 7:

Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter im Pflegedienst

Moderation: Gisela Bliemeister
Reinhilde Niemeyer

Nach dem einführenden Vortrag von Wolfgang Münster, in dem die Frage der Professionalisierung der Krankenpflege einen breiten Raum einnahm, wurde die Gruppe von über 60 Teilnehmern in zwei Gruppen aufgeteilt, um effektivere Diskussion möglich zu machen.
Nach einer kurzen Vorstellung der ca. 30 Gruppenmitglieder wurde von den Moderatoren angeregt, zunächst Schwerpunkte für die Diskussion zu sammeln, um wegen der Fülle der Problematik und der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit eingegrenzter diskutieren und zu Ergebnissen kommen zu können.
Folgende Fragen wurden gestellt und diskutiert:
- Welche Rolle hat die Krankenpflege innerhalb des therapeutischen Teams?
- Haben wir Krankenschwestern/Krankenpfleger selbst ein klares Rollenverständnis?
- Wie können wir damit umgehen, einerseits von anderen Berufsgruppen "einverleibt" zu werden und andererseits beliebig "austauschbar" zu sein?
- Was ist psychiatrische Krankenpflege?

Erste Ergebnisse aus dieser Diskussion:
Wir können die Fragen unseres beruflichen Selbstwertgefühls und der Anerkennung nur selbst lösen. Dazu ist es notwendig, Grundlagen der psychiatrischen Krankenpflege - Tätigkeiten und Ziele - zu formulieren.
Stellenbeschreibungen müßten erarbeitet werden, grundsätzlich für psychiatrische Krankenpflege und bezogen auf die Besonderheiten der speziellen Abteilungen.
Pflegeplanung ist notwendig.

Da eine große Unsicherheit in bezug auf das eigene Rollenverständnis spürbar war und während der ersten 1 1/2 Stunden auch immer wieder formuliert wurde, regten die Moderatoren nach der Pause die Teilnehmer an, aus ihrem eigenen beruflichen Alltag Tätigkeiten und

Ziele psychiatrischer Krankenpflege zu nennen. Mit dieser Anregung war die Hoffnung verbunden, daß die Schwestern und Pfleger, die aus den verschiedensten Gegenden der Bundesrepublik kamen, ein hohes Maß an Übereinstimmung feststellen würden bzgl. der eigenen beruflichen Tätigkeit und Zielsetzung.

Folgende Zielsetzungen wurden genannt:
- Die Selbständigkeit der Patienten fördern, insbesondere im lebenspraktischen Bereich,
- gesunde Verhaltensweisen wahrnehmen und aktivieren,
- Kontakt und Beziehungsaufnahme ermöglichen,
- Realitätsbezug wahren und wiederherstellen.

An Tätigkeiten wurden genannt:
- Überwachung und ggf. Hilfestellung bei der körperlichen Pflege,
- Herstellung eines therapeutischen Milieus durch Strukturierung des Tagesablaufs, Stationsversammlungen, zuhören, spielen, spazierengehen usw.,
- Beobachtung im Alltag,
- Erstellen einer Pflegeanamnese und Pflegeplanung,
- Hausbesuche,
- administrative Aufgaben und
- Ausführung med. ärztl. Anordnungen und Medikamentenverabreichung.

Die Teilnehmer sehen die Notwendigkeit, dem eigenen Berufsbild stärkere Konturen zu geben um sich einerseits klarer abgrenzen zu können, aber auch, um von einer klareren Position her besser mit den anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten zu können.

Zusammenfassendes Protokoll der Podiums- und Plenumsdiskussion zum Thema

Die psychiatrische Pflege im ambulanten Bereich
- Notwendigkeit oder Luxus?

Podiumsteilnehmer:
Frau Bliemeister, DBfK
Herr Dellmann, Bundesvereinigung leitender Krankenpfleger in der Psychiatrie
Herr Dielmann, ÖTV
Herr Kaun, Arbeitsbereich Station
Herr Dr. Mecklenburg, Landschaftsverband Rheinland
Frau Schädle-Deininger, Arbeitsbereich Ambulanz
Frau Schmidt-Steden, DGSP
Herr Schönenberg, AOK Mettmann
Herr Schwendy, Bundesverband der Angehörigen
Frau Weickemeier, DPWV

Moderation: Frau Wienekamp

Zunächst wurde festgestellt, daß bis auf einzelne Ausnahmen alle Anwesenden im stationären Bereich der Psychiatrie arbeiten, daß aber etwa die Hälfte der Teilnehmer sich auch vorstellen kann, ambulant psychiatrisch zu pflegen.
Viele möchten dies auch von der Station aus tun, z. B. in Form von Nachbetreuung.

Die Notwendigkeit ambulanter psychiatrischer Pflege ist unbestritten. Die meisten Krankenhäuser entlassen die Patienten sehr frühzeitig, häufig ohne vorher abgeklärt zu haben, ob die Familien diese Belastung tragen können, dazu noch ohne pflegerische Unterstützung. So geht diese "Frühentlassungspolitik" voll zu Lasten der Angehörigen, die sich dagegen zur Wehr zu setzen versuchen. Die Hilfen, die andere Dienste und Berufsgruppen dabei anbieten sind so speziell, daß sie den Familien im Alltag wenig weiterhelfen. Aber es gibt im ambulanten Bereich kaum Arbeitsstellen. Bei der Planung flankierender Einrichtungen und ambulanter Dienste sind Stellen für Pflegekräfte z. T. schlicht vergessen worden, z. B. sitzen Pflegeleute auch nicht in entscheidenden Gremien, um dort die Notwendigkeit

von Pflege im ambulanten Bereich vertreten zu können. Das hat dazu geführt, daß der ambulante Bereich akademisiert ist. Mit dazu beigetragen hat vielleicht auch die Verfügbarkeit von bestimmten Berufsgruppen: es gibt viel mehr arbeitslose Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen als Krankenpflegekräfte, die sich auch nicht nach ambulanten Stellen zu drängeln scheinen. Dagegen wird eingewandt, daß nach wie vor jede Schwester/jeder Pfleger, die/der vom stationären Bereich in den ambulanten überwechselt, eine ganze Menge Geld einbüßt, ganz abgesehen davon, daß die meisten ambulanten Stellen derzeit noch zeitlich befristet sind. Leute, die arbeitslos sind, spüren auch eher die Notwendigkeit, eigene Projekte und Hilfsangebote in Trägerschaft eines Vereins aufzuziehen, als dies bei Pflegekräften der Fall ist.
Trotzdem wäre es günstig, wenn auch Schwestern/Pfleger das Risiko eingehen würden, auch für 100,00 DM weniger eigene Hilfsangebote aufzuziehen, um damit den Beweis anzutreten, wie notwendig ambulante psychiatrische Pflege ist, um damit Fakten zu schaffen. Gleichzeitig kann dann eine Tarifänderung gefordert werden. Dagegen wird eingewandt, daß Krankenpflegeleute keine Kampfmittel haben, da viel zu wenige gewerkschaftlich organisiert sind und es nicht erwartet werden kann, daß andere die Kohlen für uns aus dem Feuer holen.
Mögliche Verbündete sind allerdings in starkem Maß die Angehörigen, die bisher die Last der mangelhaften pflegerischen Versorgung zu tragen haben.
Einen weiteren Schwerpunkt der Diskussion bildet die unzureichende Finanzierung der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege durch die Leistungsträger. Zwar ist häusliche Krankenpflege Regelleistung der RVO, sie muß aber erstens von einem Arzt verordnet werden und umfaßt zum zweiten nur somatische Pflege im Behandlungsfall, nicht jedoch hier so genannte soziale Pflege und Grundpflege. Auch hier soll die Unterscheidung von Ärzten vorgenommen werden. Daraus folgt, daß im gegenwärtigen Leistungssystem Grundpflege und psychiatrische Behandlungspflege, hier auch als aktivierende Pflege bezeichnet, z. B. Einkaufen mit einem psychiatrischen Patienten nicht finanziert wird, damit wird sie auch als weniger Wert betrachtet. Dagegen wird heftig eingewandt, daß Einkaufen mit einem Patienten Instrument psychiatrischer Pflege ist wie der Verbandwechsel bei chirurgischer Pflege. Ist schon im Bereich der somatischen Pflege eine Unterteilung zwischen Grund-, Behandlungs- und sozialer Pflege nicht sinnvoll und im Rahmen der Bestrebungen nach ganzheitlicher Betreuungs-

möglichkeiten abzulehnen, so ist sie bei der psychiatrischen Pflege überhaupt nicht möglich. Allerdings muß psychiatrische Pflege als lebensbegleitende Hilfe noch genauer beschrieben werden, um sie auch Leistungsträgern begreiflicher machen zu können. Dazu kann verbesserte Pflegedokumentation eine wesentliche Hilfe bieten.

Anzustreben ist eine Mischfinanzierung durch verschiedene Leistungsträger, die das Eigentum des Patienten und dessen Familie nicht antastet. Alles andere wäre ein neuer Halbierungserlaß, die ambulante psychiatrische Pflege zum Luxus für wenige machen würde.

Offen bleibt bei allem die Frage, ob psychiatrische Pflege besser an Sozialstationen oder im multiprofessionellen Team in Institutsambulanzen oder sozialpsychiatrischen Diensten anzusiedeln ist.

Zuletzt wurde noch kurz auf die Meinungsverschiedenheiten vom Vortag bezüglich der unterschiedlichen Tarifforderungen für Absolventen der Fachweiterbildung Psychiatrie eingegangen. Die Leiter der Weiterbildungsstätten hatten sich wegen der möglicherweise leichteren Durchsetzbarkeit auf die Forderung nach Kr V geeinigt, die Stimmung im Saal machte deutlich, daß die Forderung nach Kr V für angebracht gehalten wird. Insgesamt sollte aber der KR-Tarif als Ganzes über Bord geworfen werden, er ist über 30 Jahre alt und nicht mehr zeitgemäß, da er unter anderem auch mit Stationsgrößen und Patientenzahlen verknüpft ist und sinnvolle psychiatrische Pflege eher bestraft und damit behindert. Anzustreben ist die Überführung ins normale BAT-Tarifgefüge.

Anmerkung der Protokollanten:

In dieser Darstellung der Abschlußveranstaltung kommt leider die Lebendigkeit, mit der die Diskussion z. T. auch kontrovers geführt wurde, völlig unzureichend zum Ausdruck. Es war uns nicht möglich, jede Äußerung mitzuschreiben. Auch kommen manche Einzelaspekte wahrscheinlich für manchen Leser zu kurz. Doch möchte ich stellvertretend für viele mutige und ermutigende Beiträge zwei Zitate einfügen: "Psychiatrische Pflege muß genauer beschrieben werden, dazu sollten auch Andere weitere Tagungen organisieren."

"Krankenpflege spannt das Netz, über dem andere Berufe ihre therapeutischen Drahtseilakte durchführen können."

Zuletzt möchten wir Frau Wienekamp herzlich danken für die Art ihrer Moderation, die eine so lebhafte Diskussion ermöglicht hat.

Protokoll: E. Anders, U. Villinger

Referenten und Moderatoren

Elisabeth Anders, Lortzingstr. 5, 6050 Offenbach
Gisela Bliemeister, Helsinkistr. 10, 2300 Kiel
Elke Felgner, Giradetstr. 74, 4300 Essen
Lutz Felgner, Giradetstr. 74, 4300 Essen
Fabian Härtling, Keplerstr. 5, 6000 Frankfurt/Main
Jutta Huber, Raiffeisenstr. 24, 6084 Gernsheim
Alexander Kaun, Ergatweiler 4, 7951 Eberhardzell
Marie-Luise Koch, Kämpenstr. 25, 4300 Essen
Uwe Krüger, Obergasse 4, 6109 Mühltal 3
Wolfgang Münster, Nierenhoferstr. 104, 4320 Hattingen
Reinhilde Niemeyer, Bergstr. 35, 5620 Velbert 11
Rüdiger Pohl, wülfingstr. 43, 5608 Radevormwald
Hilde Schädle-Deininger, Grenzstr. 130, 6050 Offenbach
Isolde Schmidt-Steden, Rheinische Landesklinik, 4018 Langenfeld
Rosel Simonis, Philippshospital 14, 6086 Riedstadt 2
Ulrike Villinger, Hoffmannstr. 5 1/2, 6100 Darmstadt
Gesche Vollstedt-Mehrens, Am Ringelbusch 15, 5600 Wuppertal 1
Jürgen Vrinssen, Parkstr. 19, 4050 Mönchengladbach 1
Renate Wienekamp, Hauptstr. 6, 2980 Norden

P R E S S E E C H O Neue Rheinische Zeitung vom 9.11.85

Kürzungen führen zur Katastrophe

LANGENFELD.
"Katastrophale Folgen für die Qualität von Versorgung und Pflege der psychisch Kranken werden die derzeit auf allen Ebenen stattfindenden Kürzungen im Sozialbereich haben." In dieser Einschätzung waren sich die 250 Krankenschwestern und Krankenpfleger, die sich zu einer gestern zu Ende gegangenen Tagung in der Rheinischen Landesklinik trafen, einig. In einem Pressegespräch erläuterten die im "Bundesverband für Krankenpflege" zusammengeschlossenen Versorgungskräfte, wie sie gegen diese Bedrohung des Gesundheitswesens angehen wollen.
Der Erfahrungsaustausch und die gemeinsame Suche nach Möglichkeiten des Widerstands standen im Mittelpunkt der dreitägigen Fachtagung. Der Verband will auf die Folgen der Sozialkürzungen aufmerksam machen. Oft führe dauerhafte Arbeitslosigkeit zu Erkrankungen der Psyche. Andererseits bestünden kaum Heilungschancen, wenn die in den Kliniken mühsam aufgepäppelten Patienten anschließend wieder in die Arbeitslosigkeit entlassen werden müßten.
Die in Langenfeld versammelten Pflegekräfte, die sich in sieben Arbeitsgruppen mit den unterschiedlichen Aspekten der Thematik auseinandersetzten, fordern einen schnellen Ausbau der ambulanten Versorgung, wie sie in der Landesklinik bereits praktiziert wird.
Langfristig soll bei der ambulanten Versorgung ebenso viele Mitarbeiter eingesetzt werden, wie innerhalb des Klinikbetriebes. Der Ausbau der Ambulanz dürfe jedoch nicht auf Kosten des Personalschlüssels auf den Stationen gehen. -Hff-

Anlage 11: Dokumentation der Themen im Arbeitskreis Pflege in der DGSP von 1979 bis 1999

1979/1980	
Themen	**Inhalte**
Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege auf allen Ebenen: Diskutiert wurde ein gemeinsames Grundbildungsjahr für alle Gesundheits- und Sozialberufe (Förderung von Teamarbeit und gemeinsamer Verantwortung usw.)	**Ausbildung** (ist Grundstock und muss vertieft werden) ✓ Abschaffung des „Heilhilfsberufes“, stattdessen eigenverantwortliche Tätigkeit ✓ Die Berufsausübung muss gesetzlich geschützt werden, nicht nur die Berufsbezeichnung ✓ An den Krankenpflegeschulen pflege- und nicht medizinorientiertes Fachwissen ✓ Vereinheitlichung der Weiterbildungsinhalte an den sog. „Krankenpflegehochschulen“ für Unterrichtskräfte und Dozenten ✓ Regelmäßige Fortbildung der Ausbilder, Unterrichtskräfte und Dozenten ✓ Keine ärztlichen Leitungen an Krankenpflegeschulen, sondern qualifizierte Pflegekräfte ✓ Qualifizierte und einheitliche Lernzielkataloge, sowohl für die theoretische als auch praktische Ausbildung (statt wie bisher nur Stundenzahl) ✓ Festlegung der praktischen Einsätze, Aspekte der Vorsorge und der gesunden Anteile einbeziehen (z. B. Altenheim, Industrie, Kindergarten, Sozialamt) ✓ Praxisanleitungspflicht (gesetzliche Verankerung) durch Schule und Tutoren (entsprechende Weiterbildung und genügend Unterrichtskräfte) ✓ Spezialkliniken (z. B. Psychiatrie, Orthopädie) dürfen keine Grundausbildung anbieten, sondern sollen in ihrem Fachgebiet fort- und weiterbilden ✓ Krankenpflegeschulen müssen Schwerpunktschulen sein, ohne Anrechnung auf Stellenpläne, Anwendung des Arbeitsförderungsgesetzes ✓ Lehrer-Schüler-Verhältnis muss festgelegt werden (z. B. 1:15) ✓ Übereinstimmung von Theorie und Praxis, beispielsweise Pflegeunterricht und Innere Erkrankungen parallel mit dem dortigen Einsatz, mehr Gruppenunterricht und Lernfeldorientierung **Weiterbildung** (z. B. für die Arbeit in der Psychiatrie unabdingbar) ✓ Weiterbildung muss in die Arbeit integriert sein, Dienstzeit ✓ Weiterbildung muss nach Abschluss honoriert werden ✓ Die Fachweiterbildung psychiatrische Pflege muss sowohl in den Inhalten als auch in den Einsätzen vereinheitlicht werden, Einsätze „weg vom Bett“ ✓ Durch gesonderte Prüfungen Bildungsdurchlässigkeit schaffen ✓ Konzepte für gemeinsame Weiterbildungen aller Berufsgruppen konzipieren, erproben, evaluieren und installieren **Fortbildung** (fachkompetentes Arbeiten erfordert kontinuierliche Weiterentwicklung und Wissenserweiterung) ✓ Fortbildungspflicht und Zusammenarbeit von Pflegedienstleitung und Krankenpflegeschule ✓ Fortbildung ist gleich Arbeitszeit und dient auch als Motivation zu Weiterbildungen ✓ Fortbildungsbedarf erheben, sowohl was der einzelne Mitarbeiter benötigt als auch was die Einrichtung braucht
Zusammengefasst: **Bildungspolitische Fragen ziehen sich seit Jahrzehnten durch die Pflegediskussionen und müssen dringend einer umfassenden Lösung zugeführt werden.**	

Anlage 11: Dokumentation der Themen im Arbeitskreis Pflege in der DGSP von 1979 bis 1999

1981/1982	
Themen	**Inhalte**
Organisation von zwei Pflegetagungen mit dem DBfK	
Hannover „Pflege in der Psychiatrie: Berufsspezifische und übergreifende Aufgaben im Spannungsfeld zwischen Körperpflege, Gesprächstherapie und täglichem Miteinander“	**Hannover** ✓ Pflege in der Psychiatrie: Welche Konsequenzen hat die Auflösung der Großkrankenhäuser[7] für das Pflegepersonal? Gemeindeorientierte Arbeit oder Verlust des Arbeitsplatzes? ✓ Pflege in der Psychiatrie: Teamarbeit – Entscheidungsfindung: Verantwortung oder Hilfsfunktion für die übrigen Berufsgruppen?
Essen „Der Alltag in der Pflege: Kontakt zum Patienten“ Die Anforderung, Kontakt zum Patienten zu haben, wird oft als Widerspruch empfunden: Machtabhängigkeit; Wärtertradition und Arbeitsbedingungen; Psychopharmaka und Personalstand; Sympathie, Antipathie, Distanz – Beziehung/Nähe: Kontakt als Selbstzweck – oder an den Bedürfnissen des Patienten orientiert?!!	**Essen** ✓ Der Alltag in der Pflege: Welchen Einfluss hat die Sparpolitik auf die psychiatrische Pflege? Stellenkürzungen und Rückgruppierungen, kein Boden für Reha-Maßnahmen, Bewahrpflege, Wiederaufleben des Halbierungserlasses? Entstehen von Asylen, Einschränkung der Sozialhilfe, Taschengeldkürzungen, Herabsenkung der Armutsschwelle. Einschränkung existentieller Bedürfnisse; Diagnose: Soziales Elend; Kürzungen, wo Leistungen nicht zu erwarten sind, Selbstverschuldungsprinzip ✓ Der Alltag der Pflege: Welche berufsfremden Arbeiten hindern in der Ausübung psychiatrischer Pflege?
Übergreifende Themen **Forschung in der Pflege** (dieses Thema wurde in den zwei Jahren immer wieder aufgegriffen) Festgestellt wurde, dass diese Thematik längerfristig bearbeitet und regelmäßig auf die Tagesordnung gesetzt werden muss. Nächste Schritte: Sammlung von Forschungsthemen, die aus unserer Sicht wichtig sind, z. B. Analyse der Arbeitsbereiche der Pflege in der psychosozialen Versorgung, Analyse von Arbeitsabläufen, Analyse der Ausbildung im Hinblick auf pflegerische Themen und Stellenwert der Pflege in der Gesamtbehandlung **Zusammenarbeit mit anderen Verbänden** (wird auch immer wieder thematisiert) Einzelne Mitglieder des Arbeitskreises Pflege nehmen gezielt Kontakte auf oder nehmen vorhandene gezielt wahr. Daraus wird eine Liste mit Kontaktpersonen erstellt.	
Zusammengefasst: **Politische Themen in der psychiatrischen Pflege aufgreifen und sich gesundheits-, sozial- und psychiatriepolitisch einmischen muss wieder selbstverständlicher werden.**	

[7] Die Mitgliederversammlung während der DGSP-Jahrestagung mit dem Rahmenthema „Therapie. Hilfe – Ersatz – Macht?“ vom 01. bis 04. November 1979 in Freiburg hatte einen „Auflösungsbeschluss“ der großen psychiatrischen Krankenhäuser gefasst. In den Arbeitsgruppen wurde der Beschluss diskutiert und mehrheitlich getragen. Die unterschiedlichen Meinungen zum Vorgehen nahmen in den Diskussionen breiten Raum ein.
Tagungsdokumentation: Pörksen, Niels (Hrsg.): Therapie: Hilfe – Ersatz – Macht? Werkstattschrift zur Sozialpsychiatrie Band 30, Rehburg-Loccum: Psychiatrie Verlag 1980.

Anlage 11: Dokumentation der Themen im Arbeitskreis Pflege in der DGSP von 1979 bis 1999

1983/1984	
Themen	**Inhalte**
Ambulante psychiatrische Pflege Es besteht die Gefahr, dass in der ambulanten psychiatrischen Versorgung die Krankenpflege ausgeklammert wird und damit eine wichtige Sichtweise im Erleben von psychisch kranken Menschen fehlt. Eine zentrale Frage dabei war: Wo soll psychiatrische Pflege angesiedelt sein, eher in Sozialstationen, im Sozialpsychiatrischen Dienst oder in der Ambulanz einer Klinik? Ergebnis: Überall, wo es um psychiatrische Versorgung geht, muss psychiatrische Pflege vertreten sein, die personelle Besetzung der Bereiche ist sicher davon abhängig, wie gut oder wie schlecht der Einzugsbereich bereits auch pflegerisch versorgt ist.	Argumente für die gleichberechtigte Beteiligung der Pflege ✓ Ambulant behandelte Patienten haben das Recht auf pflegerische Leistungen ✓ Ambulante Betreuung von chronisch kranken Menschen heißt den Blick auf Begleitung, menschenwürdiges und normales Leben lenken und weniger auf Therapie ✓ Professionelle psychiatrische Pflege darf in keinem multiprofessionellen Team fehlen ✓ Professionell pflegerische ambulante Versorgung ist keine Freizeitbeschäftigung für Laienhelfer ✓ Auch wenn berufliche Pflege stationär und ambulant usw. in einem jeweils anderen Setting stattfindet, gleichen sich die Inhalte, die an die Situation anzupassen sind: z. B. Strukturierung des Tages und der Woche, Unterstützung und Hilfe im Alltag, Wahrnehmen der Bedürfnisse und Veränderungen, gemeinsames Tun, Beurteilen, welche Versorgungsleistung benötigt wird usw. ✓ Pflege kann durch ihre geringe Fluktuation zur Kontinuität beitragen ✓ Originäre pflegerische Aufgabe ist es, Menschen dabei zu unterstützen, mit Einschränkungen, Behinderungen und Wiedererkrankungen zu leben, diese in das eigene Leben zu integrieren und ihnen wo es geht vorzubeugen ✓ Verknüpfung von stationärer, komplementärer und ambulanter Pflege, Durchlässigkeit der Behandlungsformen und deren Übergänge
Übergreifende Themen **Pflegeforschung im ambulanten Bereich**: Auch wenn in der Diskussion Bedenken geäußert wurden, waren sich die AK-Mitglieder einig, dass Krankenpflegeforschung von der Berufsgruppe selbst betrieben werden muss, um zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen. Festgestellt wurde auch, dass es sich schwierig gestaltet, Krankenpflegeforschung an Universitäten anzusiedeln. Themenschwerpunkte von Forschung für ambulantes pflegerisches Arbeiten: Situation des Krankenpflegepersonals in den Sozialpsychiatrischen Diensten – Krankenpflege und Verantwortungsübernahme – Krankenpflege und Arbeitszeitflexibilisierung **Aktionen, um der Pflege mehr Gewicht zu geben – gegen die Abwertung des Pflegeberufes** „Wir pflegen Menschen, nicht Betten“ Auswirkungen der Sparpolitik durch die Einrichtung von Pflegeheimen mit extrem niedrigem Pflegesatz und niedrigem Stellenplan – Thesen erstellen und publik machen Diskussion über Behandlungs- und Pflegefall bei den nächsten Tagungen **Pflegebildung** Diskussion über Artikel und Papiere zu Lehrkräften in der Pflege Verbesserung durch Qualifizierung, Lehrer für Pflegeberufe müssen Lehrer der Sekundarstufe 2 sein = Berufsschullehrer! Offener Brief an die Deutsche Pflegezeitschrift (DKZ) Stellungnahme zum Modellstudiengang an der FU Berlin, warum er nicht übernommen wird, wurde sehr lapidar beantwortet. **Modellprogramm Psychiatrie** Die Tendenz zeichnet sich ab, dass in den Modelleinrichtungen und Modellregionen nur Sozialarbeiterstellen und keine Pflegestellen geschaffen werden, da es viele arbeitslose Sozialarbeiter/-pädagogen gibt. Aus unserer Sicht ist das keine Begründung – die Pflege selbst tut sich wegen der schlechten Bezahlung schwer. Aufklärung tut not!	
Zusammengefasst: **Pflege im ambulanten und komplementären Bereich als fester Bestandteil mit Forderungen, die eigene Berufsgruppe mehr zu politisieren!**	

Anlage 11: Dokumentation der Themen im Arbeitskreis Pflege in der DGSP von 1979 bis 1999

1985/1986	
Themen	**Inhalte**
Tagung mit dem DBfK – Perspektiven psychiatrischer Pflege	
Pflege- und Behandlungsfall – Zurück zur Heil- und Pflegeanstalt für Unheilbare?	Sozialrechtliche Unterscheidung ✓ Welche Wertvorstellungen liegen diesem Bestreben zugrunde? Beispielsweise Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Rationalisierung? ✓ Reduzierung von Pflegesatz und Stellenplan? ✓ Was kann Pflege dagegensetzen? ✓ Theoretische, wissenschaftliche Erkenntnisse und Modelle ✓ Gute Dokumentation, auch über gefährliche Pflege und was nicht mit den Rahmenbedingungen zu machen ist ✓ Flugblatt zu Behandlungs- und Pflegefällen wurde für die nächste DGSP-Tagung erstellt
Aufgabenstellung der Fachpflege Psychiatrie, unterschiedliche Umgehensweisen in den Bundesländern. Es wird davon ausgegangen, dass die allgemeine pflegerische Ausbildung Grundlagenwissen vermittelt und eine Weiterbildung dieses in den einzelnen Disziplinen gezielt vertieft. Für eine gute psychiatrische Pflege wird eine qualifizierte Weiterbildung benötigt.	Ziel der Weiterbildung: ✓ Pflegerische Aufgaben fachlich qualifiziert durchzuführen ✓ Die Betreuung psychiatrischer Patienten verlangt ein Grundverständnis, das sämtliche Bereiche der psychosozialen Versorgung umfasst, sei es (teil-)stationär, ambulant, komplementär oder institutionell ✓ Die Fachpflege handelt qualitativ umfassend ✓ Die finanzielle Eingruppierung muss entsprechend gestaltet und eingefordert werden ✓ Fachpflegende arbeiten kompetent mit dem Patienten, grenzen sich von Funktionsstellen in diesem Kontext ab ✓ Zusatzaufgaben der Fachpflege sind: Innerbetriebliche Fortbildung, Praxisanleitung, spezifische Aufgaben und Projekte, Einführung z. B. von Pflegemodellen ✓ Fachpflege ist der Pflegedienstleitung direkt unterstellt
Übergreifende Themen **Stellungnahmen** zu aktuellen Diskussionen, z. B. an die ÖTV bzgl. gemeindenaher Psychiatrie und Verlagerung der Arbeitsplätze in die Gemeinde versus Besitzstandwahrung in den Landeskrankenhäusern und auch bzgl. der Bezahlung von Fachpflege allgemein sowie im „Außerstationären Bereich“. **Pflegequalität:** Einbeziehung von Angehörigen und Betroffenen, auch diejenigen, die sich nicht behandeln lassen wollen oder ihre Krankheit verleugnen. Zentrale Punkte sind Kontakt, eine tragfähige Beziehung und Begleitung, ggf. auch ohne Behandlungsauftrag. Beurteilungskriterien von Pflegequalität: Zielerreichung, Betroffenen- und Angehörigenrückmeldung, Überprüfung des Konzeptes und des Angebotes **Pflegetheoretische Ansätze und Modelle** wurden im Rahmen von Pflegequalität und beruflicher Qualifikation als notwendige Grundlage identifiziert. **Pflegeversicherung:** 1985 waren mehr als 2 Millionen Bundesbürger pflegebedürftig, davon lebten 260.000 Personen in Heimen. Psychiatrische Pflege wird im häuslichen Bereich zur Unterstützung von Familien, Angehörigen, nachstehenden Personen und Nachbarschaft immer mehr benötigt. **Darum fordern wir** (diese Forderungen wurden im Wahlkampf für die Bundestagswahl an die Kandidaten gestellt) ✓ eine gleichgewichtige Absicherung von häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege ✓ mehr Pflegestellen im ambulanten Bereich ✓ Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Pflege, Erhaltung der Stellen ✓ Verbesserung der Situation von Angehörigen pflegebedürftiger Menschen ✓ Stärkung und finanzielle Absicherung von Selbsthilfe ✓ Bedeutung des Zusammenhangs von Pflegebedürftigkeit und Versicherungssystem, künftige Absicherung und Finanzierung?	
Zusammengefasst: **Qualifikation der Pflegenden, Qualität im Handeln von Pflege, soziale Sicherung, politischer Wille und sozialpolitischer Zusammenhang sowie nachhaltige Lösungen.**	

1987/1988	
Themen	**Inhalte**
Verknüpfung von stationärer und ambulanter Pflege, auch schon in der Ausbildung	Durch Mindestanforderungen soll die psychiatrisch/psychosoziale Arbeit in die Ausbildung eingehen und dem Einsatz mehr Gewicht gegeben werden (Lernzielkatalog erarbeitet)
Modellprogramm Psychiatrie und Aspekte der fehlenden psychiatrischen Pflege im ambulanten Bereich	Stellungnahme zum Modellprogramm, Aufzeigen der Konsequenzen: ✓ Umfassende Versorgung, auch für chronisch psychisch erkrankte Menschen, ist ohne die Pflege nicht gewährleistet ✓ Die Orientierung an den alltäglichen Bedürfnissen der Betroffenen ist durch den Vorrang der Therapie und Therapierbarkeit nicht gegeben ✓ Unterschiedliche Sichtweise von Berufsgruppen und die Multiprofessionalität fehlen Daraus ergeben sich u. a. diese Forderungen: ✓ In allen Teams der Psychosozialen Versorgung ist psychiatrische Pflege vertreten ✓ Verknüpfung von stationärer und ambulanter Pflege, auch schon in der Ausbildung ✓ In der Ausbildung sowohl ein Einsatz in der Psychiatrie als auch in der Gemeindepflege ✓ Bildungsinhalte müssen sich mehr an Prävention und ambulanter Behandlung orientieren, bestehende Weiterbildungen müssen darauf überprüft werden ✓ Veränderung in der Bezahlung und im KR-Tarif

Übergreifende Themen (neben der Mitarbeit und spezifischen Angeboten auf Tagungen, Stellungnahmen und Leserbriefen, z. B. im Spiegel – wurde stark gekürzt)

Fragen zur Vorbereitung eines vereinbarten Gesprächs mit der ÖTV (das nach schriftlicher Zusendung der Fragen und wegen „Wechsel in der Zuständigkeit" nicht zustande gekommen ist).

- Wo sind und welche Möglichkeiten gibt es, den KR-Tarif in den BAT überzuleiten?
- Welche Rechtfertigung haben die Zulagen heute noch, wie kommen sie zustande?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen KR-Tarif und BAT (Anlage 1a und 1b), wo liegen die Vor- und Nachteile von beiden?
- Wie sehen die Aufstiegsmöglichkeiten für die Pflege im BAT aus?
- Wie können KR-Tarif und/oder BAT so verändert werden, dass Qualifikationen, direkte Arbeit am Patienten und ambulante Arbeit besser bewertet werden?
- Wo ist der KR-Tarif an die Bettenzahl gekoppelt, wie wirkt sich das aus?
- Wie schlägt sich kontinuierliche Fortbildung tarifrechtlich nieder?
- Wo sind in der ÖTV die kranken Mitglieder vertreten?
- Was ist die Meinung der ÖTV zu Pflegequalität?
- Welches Gesamtkonzept verfolgt die ÖTV derzeit, wo gibt es Gemeinsamkeiten? Wie schlagen sich Fortbildungsangebote, wie z. B. in Duisburg, auf die Gesamtpolitik in der ÖTV nieder?
- Wie sieht aus der Sicht der ÖTV das Berufsbild psychiatrischer Krankenpflege aus?

Diskussion um Zwangsmaßnahmen

Ergebnis der Diskussion war, dass Krisenintervention früher einsetzen muss, Zwang kontrollierbar und überprüfbar sein muss, eine sorgfältige Dokumentation und Nachbesprechungen erfolgen müssen – Reflexion von Gewaltsituationen, denn Gewalt entsteht auf beiden Seiten. In einem Arbeitsvertrag in der Psychiatrie sollte folgender Satz stehen: „Für die Mitarbeiter besteht das Recht und die Pflicht, nach der Ausbildung kontinuierlich an Fort- und Weiterbildung teilzunehmen und dies nachzuweisen." Ein weiteres Thema war, welche Aspekte und Konzepte der Milieugestaltung Gewalt reduzieren.

Pflegetheorien

Der Arbeitskreis befasst sich seit einiger Zeit mit Pflegetheorien und Modellen und überlegt, wie diese mehr Eingang in die psychiatrische Pflege finden. Besonders herausgegriffen werden die Theorien von Peplau, Orem, Johnsen und Schwester Callista Roy. Deutlich wird, dass es darum geht, diese Aspekte für die Praxis aufzuarbeiten (was sich im 1996 erschienenen Buch[8] von Schädle-Deininger und Villinger in den „Lernfällen" niedergeschlagen hat).

Zusammengefasst:
Psychiatrische Pflege muss in allen Bereichen der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung vertreten sein und dies auch politisch in die Hand nehmen. Gewalt und Zwang professionell und präventiv begegnen.

[8] Schädle-Deininger, H.; Villinger, U.: Praktische Psychiatrische Pflege – Arbeitshilfen für den Alltag, Bonn: Psychiatrie Verlag 1996. (Viele Anregungen in diesem Buch haben ihren Ursprung in diesen Diskussionen.)

Anlage 11: Dokumentation der Themen im Arbeitskreis Pflege in der DGSP von 1979 bis 1999

1989/1990	
Themen	**Inhalte**
Qualitätskriterien der psychiatrischen Pflegebildung	Ziel dieser Überlegungen war es, die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Aus unserer Sicht kann dies nur über den Zugang zur Universität und der Schaffung eines „pflegerischen" Fachbereichs erreicht werden, denn nur so ist eigene Forschung und Lehre möglich.
Empfehlung für eine Richtlinie über die psychiatrische Pflege	Hier wird vorausgesetzt, dass psychiatrische Pflege folgende Fähigkeiten besitzt: ✓ Fähigkeit, ihren Beitrag zu leisten zur Anleitung und Ausbildung eines Krankenpflege-Teams sowie zur Gesundheitserziehung des Patienten, seiner Familie und der unmittelbaren Umwelt ✓ Überblick über die allgemeine Gesundheits- und Sozialpolitik, um Entscheidungen und Maßnahmen intern und extern für die Pflege zu treffen ✓ Fähigkeiten, Forschungsvorhaben zu unterstützen durch dynamische Mitarbeit in einem Team
Stellungnahmen zu den Vorhaben der Weiterbildungsgesetze von Bundesländern, teils herrschen Überlegungen zu Vollzeitunterricht oder drastischen Stundenkürzungen usw.	Zentrale Aspekte der Stellungnahmen: ✓ Höherqualifizierung in der psychiatrischen Pflege kann sich nicht durch reine Theorievermittlung vollziehen; die Verknüpfung von Theorie und Praxis ist notwendig, also die Reflexion des Alltags im Zusammenhang mit neuen Erkenntnissen und deren Umsetzung in die Praxis. ✓ Die berufspraktischen Einsätze müssen in allen Bereichen der Versorgung erfolgen, nur so kann der überwiegend stationäre Blick verändert werden. ✓ Der diesbezügliche Kontext zu den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft muss hergestellt werden.
Tagung „BRDDR" Nach der Wiedervereinigung wurde eine Pflegetagung durch die DGSP in der Wilhelm-Griesinger-Klinik in Ostberlin veranstaltet	Diese Tagung sollte den „Ist-Stand" bzgl. qualifizierter psychiatrischer Pflege in den Blick nehmen. Deutlich wurde, dass beispielsweise die pflegerischen Fachweiterbildungen sehr verschieden waren, z. B. in der DDR nur ein Jahr dauerten, mehr Neurologie als Psychiatrie zum Inhalt hatten usw. Festgestellt wurde, dass es mehr Verständigung über die unterschiedlichen Strukturen braucht.
Übergreifende Themen (Mitvorbereitung und Durchführung von Workshops beim Weltkongress für Sozialpsychiatrie) **Personalverordnung Psychiatrie**, 1990 in Kraft getreten, wurde aufgrund der Festlegung der Aufgabenbereiche der einzelnen Berufsgruppen als Chance gesehen, der Arbeitskreis hat sich gründlich mit dem Gesetzestext, den unterschiedlichen Aufgabenbereichen sowie den Auswirkungen der Minutenwerte auf die Alltagsarbeit befasst. **Pflegerische Konzepte für chronisch psychisch erkrankte Menschen**, dieses Thema soll in den nächsten Sitzungen immer wieder aufgegriffen und erarbeitet werden. **Pflegenotstand**, diskutiert werden Aspekte der „Bettensperre" und dass dies auf die Dauer keine Lösung sei (Krankenkassen sparen, Träger gewöhnen sich daran). Letztendlich leiden die Betroffenen darunter. Wieder kommt als Abhilfe zur Sprache, dass der Pflegeberuf durch Bildungsdurchlässigkeit, Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung und entsprechende Bezahlung attraktiver gemacht werden muss. Als **Qualitätskriterien** wurden u. a. festgehalten: gute Qualifikation der Mitarbeitenden, Eigenverantwortlichkeit, transparente Dokumentation, Zielorientierung, Koordination, Kooperation und Zusammenarbeit auf unterschiedlichen Ebenen, Aufgabenbeschreibungen, Konzepte, durchlässige Entscheidungswege, Freiräume und Grenzen.	
Zusammengefasst: **Internationale Vergleichbarkeit der psychiatrischen Pflege durch entsprechende Qualifikation, Standards in den Aufgaben und Rahmenbedingen sowie der Durchführung professioneller Pflege.**	

Zur Ergänzung die weiteren Themen
In den Jahren von 1991 bis 1999 standen die folgenden Inhalte im Vordergrund.

1991/1992

- **Ethik und Pflege:** Anknüpfungspunkt waren die Patiententötungen in Gütersloh, einige Stichworte aus der Diskussion: Rolle der Supervision, Aggressivität wird oft nicht wahrgenommen oder abgespalten, Stellenwert und Rollenverständnis der Pflege, Verantwortlichkeit und Macht(-frage), Allmacht von Pflege, Präsenzpflicht von Pflege – wo bleiben die anderen Berufsgruppen in schwierigen Situationen, beruflicher Erfolgsdruck, Wertediskussion, medizinisch geprägtes Wissen, Recht auf Leiden, Sicht von Alter, erhöhter Druck auf Moral und Ethik begünstigen skrupelloses Verhalten. Außerdem werden ethische Probleme anhand von Grenzsituationen, die jeder kennt, sowie Aspekte der Tabuisierung und Überforderung, aber auch der Rahmenbedingungen beschrieben und diskutiert.
- **Überarbeitung der bildungspolitischen Denkanstöße:** Krankenpflegeausbildung im tertiären Bildungsbereich stärker betonen, wir wollen eine frühe „Auslese", jedoch die Handlungsorientierung nicht mindern, ermöglichen der Bildungsdurchlässigkeit wie in technischen Berufen. Kontakt mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).
- **Überarbeitung und Ergänzung der Broschüre Pflegequalität:** Aktualisierung der Qualitätskriterien zur Einschätzung der Pflegequalität auf einer Station, Rahmenbedingungen sollen mehr betont und Pflegeleitbilder erweitert werden.
- **Pflegenotstand:** Frust über die mangelnde Solidarität in der Pflege, wenig konkrete Vorstellungen, wie die Situation konstruktiv genutzt werden kann, keine Strategie zur Prioritätensetzung, weiter geht's mit „Jammern und Leiden".
- **Nachlese der Pflegefortbildungstagung in der Rheinischen Landesklinik Langenfeld:** Themen waren z. B. „Die Entwicklung psychiatrischer Pflege im europäischen Vergleich"; „Pflege auf dem Weg zum Beruf fürs Leben?"; „Im Team – intim?"; Qualität in der Pflege – was ist das?"; „Die Methode des Pflegeprozesses in der psychiatrischen Pflege"; „Gewalt in der psychiatrischen Pflege – wer gegen wen und warum?"; „Ambulante psychiatrische Pflege", „Weg mit der psychiatrischen Pflege"; „Rechtsfragen in der psychiatrischen Pflege"; „Gesundheitsverständnis und Prävention in der Pflege"; „Alternative Pflegemethoden"; „Pflegerische Ausbildung und Bildung".
- **PsychPV (Personalverordnung Psychiatrie):** Anhand der eigenen Arbeitsbereiche werden Berechnungen des Personalbedarfs beispielhaft als Grundlage für Pflegesatzverhandlungen erstellt, auch zur inhaltlichen Gestaltung und Qualitätssicherung einer Station. Gleichzeitig gibt es Bedenken, es bestehe die Gefahr, dass durch die PsychPV noch mehr Geld in den stationären Bereich fließt und der ambulante Bereich mehr zu kämpfen hat.
- **Pflegeversicherung:** Eckpunkte der Überlegungen sind z. B., dass die Begründungen von Pflegebedürftigkeit von psychisch erkrankten Menschen mit körperlich Erkrankten gleichgestellt werden. Qualifizierte Pflegepersonen (nicht Ärzte) sollen den Pflegebedarf selbst definieren und feststellen (Leistungskatalog). Notwendig ist eine wirksame Qualitätskontrolle. Außerdem müssen Sozialversicherungsmöglichkeiten von psychisch erkrankten Menschen diskutiert und verändert werden.
- **Weiterbildung Fachpflege:** Mängel in den bestehenden Weiterbildungsordnungen werden zusammengetragen, z. B. gibt es kein ausformuliertes Pflegeverständnis, pflegetheoretische Grundlagen fehlen weitgehend, die Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen wird überwiegend ausgeblendet, obwohl diese Personengruppe einen Großteil der pflegerischen Arbeit ausmacht, die Stundenzahl ist im europäischen Vergleich niedrig, Reflexionsverfahren sind unterrepräsentiert, bei der Auswahl der Weiterbildungsteilnehmenden muss ein(e) Vertreter/-in der Weiterbildungsstätte beteiligt sein.
  Diskutiert wurde, dass die Grundlage der Weiterbildung auch die Versorgungsstrukturen und die spezifischen Aufgaben und Wissensgrundlagen der Pflege sein könnten. Außerdem war Thema, ob für Absolventen, die gleichzeitig die fachgebundene Hochschulreife erreichen möchten, allgemeinbildende Fächer angeboten werden sollten. Besprochen wurde auch, dass Übergangslösungen und Nachqualifizierungen geschaffen werden müssen und inwieweit Noten in der Erwachsenenbildung sinnvoll sind.

Zusammengefasst
Pflegebildung, pflegerisches Selbstverständnis, Ethik und aktuelle politische Themen bestimmen die Sitzungen des Arbeitskreises.

1993/1994

- **Fortführung der „Ethikdiskussion“:** Einige ethisch-theoretische Grundlagen werden anhand von Thesen und inhaltlichen Ausführungen besprochen. Es wird festgestellt, dass der Bezug zu ethischen Fragestellungen im Alltag immer wieder hergestellt werden muss (wo, wer und wann wird sich mit Ethik beschäftigt?), vor allem auch in kritischen Situationen. Angesprochen wird, dass Ethik auf einem bestehenden Welt- und Menschenbild basiert und zielorientiert ist, die Auseinandersetzung greifbar und handhabbar sein muss.
- **Fortführung der Diskussionen zur „Pflegequalität“:** Aufgeworfen wird die Frage, inwieweit sich Qualität im zwischenmenschlichen Bereich überhaupt messen lässt; festgehalten wird, dass eine humanistische Grundhaltung und Einstellung Basis ist, dass Grundhaltung und Qualifikation ein Qualitätsmerkmal in der Pflege sein müssen. Wir entschließen uns, zentrale Schlüsselqualifikationen zu entwickeln und mit den Fähigkeiten und den Kenntnissen, die gebraucht werden, zu verbinden, aber auch festzuhalten, wie sich die Kompetenzen bemerkbar machen. Dabei sollen Aspekte wie Rahmenbedingungen, Informationskultur, Konzepte, Zusammenarbeit und Standards berücksichtigt werden.
- **Auswertung des „Weltkongresses für Sozialpsychiatrie“ in Hamburg:** Unter dem Motto „Abschied von Babylon – Verständigung über die Grenzen“ fand der Kongress zum ersten Mal nach dem zweiten Weltkrieg in Deutschland mit Teilnehmenden aus 52 Ländern statt. Der Kongress wurde zum ersten Mal von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen (trialogisch) geplant und durchgeführt. Die beiden Foren der Pflege waren gut besucht, die Tagung als Ganzes sehr beeindruckend.
- **Broschüre „Pflegeprofil – Grundriss psychiatrischer Pflege“:** Bzgl. der „pflegerischen Zugangswege“ zum psychisch erkrankten Menschen gab es große Diskussionen, inwieweit „hausarbeitsnah“ nicht zu sehr nach Hausfrauentätigkeit klingt, es besteht am Ende Einigkeit, dass psychiatrische Pflege unter anderem am Alltag und an den Grundbedürfnissen von Menschen ansetzt.
- **Gesundheitsstrukturgesetz** und seine Auswirkungen auf die Pflege: Die Deckelung des Budgets, der Bettenabbau und Positiv-Negativ-Listen bei Arzneimitteln haben Auswirkungen auf chronisch kranke Menschen. Lange wurde die Frage diskutiert, inwieweit die Psychiatrie gerade im Bereich der chronisch psychisch Kranken nicht bereits ausreichend eingespart hat, vor allem durch die bis in jüngste Zeit üblichen niedrigen Kostensätze, und dass hier endlich mehr in Konzepte investiert werden muss.

Zusammengefasst:
Aufgaben, spezifische Merkmale psychiatrischer Pflege, Ethik im alltäglichen Handeln, kontinuierliche Reflexion des alltäglichen Handelns sind Gegenstand der Arbeit des AKs.

1995/1996/1997/1998 und 1999

Es werden die bereits bearbeiteten Themen weiter vertieft und konkretisiert, die Qualitätsbroschüre herausgegeben, die Zusammenstellung für die Denkschrift[9] zum 20-jährigen Bestehen diskutiert, geplant und durchgeführt.
Eine Standortbestimmung des Arbeitskreises wird vorgenommen, inwieweit er in der DGSP überflüssig geworden ist. Herauskommt, dass es in der psychiatrischen Pflege noch einiges weiter zu erarbeiten gibt. Es wurde gleich weitergearbeitet, indem z. B. die Vor- und Nachteile von Pflegestandards erörtert wurden: Nur zum Abhaken? Geht die Individualität verloren?
Festgestellt wird, dass die „PsychPV“ z. B. bei der Einstufung in Kategorie A I das Verhältnis von direkter und indirekter Pflege (62:38 Min.) vorsieht, was niemals der Realität entspricht, da dies nicht ausreichend Zeit für die Dokumentation, Planung und Anleitung lässt, was für gute Pflegequalität unerlässlich ist.
Die „Qualitätsbroschüre“ ist gut angekommen, bei Nachfragen stellt sich heraus, dass die Matrix zu den „Qualitätsanforderungen“ bisher wenig genutzt wird.
Der Begriff „Kundenorientierung“ wird sehr in Frage gestellt und es wird dafür plädiert, beim Begriff der „Patientenorientierung“ zu bleiben, da viele Gefahren in diesem Begriff gesehen werden. „Zwangskunde“ in der Psychiatrie? Kunde und Kaufkraft? Auf dem Weg zu einer „Gesundheitswirtschaft“ – wer kann sich was leisten? – Haben wir noch eine soziale Marktwirtschaft? Das Gesundheitswesen konkurrenzfähig wie die Industrie? Welche Rolle spielen Leiden, soziale Verantwortung usw.?
In diesem Zusammenhang wurde auch die sogenannte „Kundenbefragung“ in den Blick genommen: Kann man Zufriedenheit per Bogen erfragen oder ist das eher mit Dialog möglich? Wie ist der Rückmeldebogen konzipiert (Fragen nach Veränderung)? Wissen eigentlich Patienten, was möglich ist und was sie fordern könnten? Behandlungsvereinbarungen sind eine gute Form der „Nutzerkontrolle“. Wo haben „Nutzer“ die Möglichkeit, Kritik anzubringen (unabhängige Beschwerdestellen)? Oft funktioniert die Eigenkontrolle nicht, wie soll dann „Nutzerkontrolle“ funktionieren? Zufriedenheit = Kür – Leistung = Pflicht? Widerspruch von Privatwirtschaftlichkeit und sozialer Sicherung – Volks- und Sozialwirtschaft?

[9] Schädle-Deininger, H.; Wolf, S.; Walter, G. (Hrsg.): Wegbeschreibungen – DENK-Schrift über psychiatrisch-pflegerisches HANDELN – Arbeitskreis Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Frankfurt am Main: Mabuse 2000, S. 230 ff.

An der Tagung des AK im Jahr 1997 in den Krankenanstalten Zülpich, Thema: „Soziale Kompetenz“, beteiligten sich im Sinne des Trialogs sowohl bei der Durchführung als auch als Teilnehmende Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige. Das Thema wurde aus unterschiedlichen Perspektiven sowohl in Vorträgen als auch in Arbeitsgruppen beleuchtet.
Pflegediagnosen: Es bestehen Zweifel an der unreflektierten Übertragbarkeit aus den USA, gleichzeitig wird gesehen, dass sie durchaus auch zur Arbeitserleichterung beitragen. Positiv: z. B. eindeutige Terminologie und Verständigung sowie Handlungsanweisungen; EDV formalisierbar; fördern Transparenz und Leistungsabrechnung, Dokumentation wird vereinfacht; Pflege wird sichtbar und erfährt Aufwertung; Orientierung für neue Mitarbeitende; Pflegeleistungen sind nachweisbar und Daten vergleichbar; bieten Handlungsmodell und Systematisierung; bieten Grundlagen für Forschung und Evaluation. Negativ: z. B. Diagnose wird nicht im Kontext anderer Hilfsmittel gesehen bzw. integriert; Profilierung am „ärztlichen Instrument“ (starke Medizinorientierung); Definitionsmacht?; Handeln und Orientierung mehr an Defiziten, führt zu Stigmatisierung?; gute Erhebung von Pflegeproblemen erübrigt Pflegediagnosen; Blick fürs Ganze geht verloren; erfordert hohe Kompetenz; „Katalogisierung“ statt „Patientenorientierung“; starres System, analytische Zergliederung eines Gesamtzustandes.
Personenzentrierte Hilfen: Es gibt gute Erfahrungen, besonders mit den Arbeitsblättern, welche zur Erhebung des Pflegebedarfs und zum „Behandeln, Begleiten durch Verhandeln“ zwingen; im Mittelpunkt standen Fragen wie „wer definiert den Anspruch auf Versorgung“, wirtschaftliche Konsequenzen durch Sparpolitik und dadurch verursachte Bedingungen kontra bedürfnisorientierter Versorgung.
Beim Thema Pflegeforschung kommt zur Sprache, wie an den Fachhochschulen und Universitäten Diplom- und Doktorarbeiten vergeben oder angeregt werden, denn es besteht der Eindruck, dass weniger relevante Themen aus der Praxis aufgegriffen werden bzw. die Praktiker ihren Forschungsbedarf nicht äußern. Daraufhin werden einige Themenbereiche zusammengetragen, die pflegerisches Handeln sichtbarer machen und theoretische Grundlagen für die Kernaufgaben psychiatrischer Pflege festigen könnten.

Zusammengefasst:
Der Trialog und damit verbundene Themen sowie theoretische Grundlagen der psychiatrischen Pflege sind Mittelpunkt der Diskussionen.