

Der Geschichte eine Zukunft geben

Die Entwicklung psychiatrischer Pflege 1960 bis 1990

Downloadmaterial zum Buch

Auszug: Anlagen 7, 8 und 9

Anlage 7: Dokumentation der „Viersener Badetage“	108
Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pflege in der Psychiatrie“	136
Anlage 9: Erweiterte Auswertung ausgewählter APK-Tagungen	145

Anlage 7: Dokumentation der „Viersener Badetage“

Die sogenannten „Viersener Badetage“ fanden in Zusammenarbeit mit der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (RGSP) und dem Landschaftsverband Rheinland Abteilung Gesundheitspflege statt.

Die Themen der ersten fünf „Badetage“ 1986 bis 1990 zeigen auf, dass viele heutige Diskussionen der psychiatrischen Pflege nicht neu sind, sondern häufig bereits bei diesen Tagungen, die von der Praxis ausgegangen sind, zur Sprache kamen. In dieser Dokumentation soll das Themenspektrum verdeutlicht und exemplarisch der erste Badetag inhaltlich festgehalten sowie systematisiert werden.

Deutlich wird, dass sich, ersichtlich durch die Programme, die Teilnehmenden sowohl mit der damaligen alltäglichen Realität als auch mit Haltungen, Inhalten und der Entwicklung einer eigenständigen psychiatrischen Pflege befassten. Dabei wurde erkennbar, dass der Beruf Pflege, um fachspezifisch handeln zu können, ein umfassendes Wissen und die Bereitschaft, sich in Entwicklungsprozesse zu begeben, erfordert und dass es gilt, die signifikanten Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der psychiatrischen Pflege sowie die Schnittstellen zu identifizieren, um in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen der psychiatrischen Versorgung den berufsspezifischen Beitrag einzubringen.

Die Wichtigkeit von theoretischen Ansätzen und Versorgungsstrukturen spielten dabei ebenso eine Rolle wie Überlegungen zu deren Anwendung und Veränderungsmöglichkeiten in der alltäglichen Arbeit. Die Identität mit der psychiatrisch-pflegerisch-beruflichen Arbeit rückte dabei mehr ins Zentrum.

Psychiatrische Pflege befasst sich mehr mit den Auswirkungen der Erkrankung als mit der Erkrankung selbst und ist damit wichtiger Bestandteil der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Sinne von Alltagsbegleitung und Krankheitsbewältigung.

Es kann nur exemplarisch auf die Inhalte eingegangen werden, da es leider nicht von allen Arbeitsgruppen Aufzeichnungen oder Protokolle gibt.

Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen nahmen an der Veranstaltung teil und auch die Gruppen wurden von unterschiedlichen Berufsangehörigen moderiert.

Die Badetage haben den psychiatrischen Alltag und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Fokus.

Zielsetzung und Themen des ersten Badetags am 29.11.1986 – Badetag gestern, heute, morgen? Alltägliche Probleme auf der Station

Aus dem Vorwort zum Tagungsprogramm:

Die Entwicklung von den großen Anstalten zur Gemeindepsychiatrie wird weiter fortschreiten. Stationäre Einrichtungen wird es aber auch in Zukunft geben. Und die Rückführung der chronisch Kranken in die Gemeinde fängt auf der Station an. Dies wird bei der Diskussion über Fortschritte in der Psychiatrie oft vergessen. Die Lebenswirklichkeit auf der Station, die der Patienten, aber auch unsere, wollen wir zum Thema dieser Tagung machen. Wir wollen uns an alltäglichen Problemen orientieren: Den schwierigen Patienten, den Dienstvorschriften, den eigenen Grenzen.

Auf der anderen Seite stehen unser therapeutischer Auftrag und der Anspruch der Patienten auf Verwirklichung ihrer Grundbedürfnisse und menschenwürdige Behandlung. Was heißt das im konkreten Fall? Wie sehen eigentlich unsere Vorstellungen von der „wahren“ Psychiatrie aus? Gibt es die überhaupt? Wie setzen wir unsere Ideen durch? Wir freuen uns auf anregende Gespräche zwischen allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen.

1. Badetag am 29.11.1986 – Badetag gestern, heute, morgen? Alltägliche Probleme auf der Station			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Einführungsreferat	Hilde Schädle- Deininger	<p>Es wird drei Fragestellungen nachgegangen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Was sind die Ziele im Alltag der Pflege? 2. Was bedeutet Pflege innerhalb der psychiatrischen Behandlung? 3. Was ist „Pflege“ oder was macht die Qualität einer Station aus? Pflegequalität als Bindeglied zwischen „drinnen“ und „draußen“ <p>Es wird von der Definition von Pflege nach Virginia Henderson ausgegangen: „Die besondere Funktion der Schwester/des Pflegers besteht in der Hilfestellung für den Einzelnen, ob krank oder gesund – in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundung oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügt. Diese Hilfestellung hat in der Weise zu geschehen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt.“</p> <p>Im Hinblick auf die Pflegequalität hängen gute und schlechte Pflege mit dem Leben und der Struktur im stationären Bereich sowie mit der Zusammenarbeit mit dem Betroffenen, Angehörigen und anderen Personen aus dem Umfeld zusammen.</p>	<p>Berufliche Identität ist die Voraussetzung für Teamarbeit. Handeln aus einer eigenen beruflichen Identität macht es allen im Team vertretenen Berufsgruppen möglich, die jeweils spezifischen Handlungsweisen so aufeinander abzustimmen, daß wiederum dem Patienten gegenüber einheitlich – aber nicht uniform – gehandelt werden kann. Dies schließt allerdings auch ein, daß die Handlungsmöglichkeiten und -spielräume der einzelnen Berufsgruppen bekannt und damit kalkulierbar sind.</p> <p>Pflege hat demnach zum Ziel: Einlösung von Grundrechten und Befriedigen von Grundbedürfnissen bei weitestgehend eigenständigem Leben, Hilfestellung nur da, wo krankheits- bzw. behinderungsbedingte Einschränkungen bestehen.</p> <p>Für uns als Pflegepersonal heißt das: Wir müssen unsere eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, also für uns als Berufsgruppe typischen Tätigkeiten, eindeutig und klar formulieren. Dies wird natürlich nicht ohne Auswirkungen auf die anderen Berufsgruppen bleiben.</p>

1. Badetag am 29.11.1986 – Badetag gestern, heute, morgen? Alltägliche Probleme auf der Station			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
AG: Fixierung, Zwangsbehandlung und andere „Sanktionen“	Marlene Stierl, KR Gerlinde Fritsch, KR	(40 TN: Krankenschwestern und -pfleger, Altenpfleger/-innen, Sozialarbeiter, Ärzte und Studenten, Aufteilung in zwei Gruppen) <ul style="list-style-type: none"> • „Hilfe“ mit Gewalt? Sicherheitsmaßnahmen/Strafaktionen? • Bauchgurt, Hand- und Fußfesseln, Isolierzellen, Spritze? • (Rundverfügung Nr. 40, 42 und 43) Problematisiert wurde die Größe der Landeskliniken, dass zu wenig Gespräche unter den Mitarbeitern über die Notwendigkeit einer jeden Fixierung stattfindet. Überlegt wurde, wie überhaupt Aggressivität beim Patienten entsteht (Angst und Verzweiflung). Überlegt wurden Alternativen zur Fixierung und Aggressionsbewältigung (Einzelbetreuung, Spaziergänge, Gymnastikraum, Isolierraum)	Warum kommt es zu Fixierungen (Ruhe auf der Station, Bequemlichkeit des Personals, Stationsablauf gewährleisten)? Wer übernimmt die Verantwortung für eine Fixierung, wer entscheidet über die Dauer? Wird mit dem Patienten hinterher darüber gesprochen? Sollten Ärzte den Patienten selbst fixieren? Im Falle einer Fixierung ist Einzelbetreuung notwendig. Wie steht es um die Rechte des Patienten, wer klärt ihn auf? Wer erteilt den Behandlungsauftrag? Wer übernimmt Verantwortung? Wie steht es um unser eigenes Erleben bei der Fixierung eines Patienten? Wie gehen wir mit unserer eigenen Betroffenheit um?
AG: Darf die Stationsküche geöffnet sein?	Viviane Kohn, KR Karl König, Psychologe	(10 TN aus sieben verschiedenen stationären psychiatrischen Einrichtungen und ganz unterschiedlichen Bereichen: Forensik, Suchtentgiftung, geschlossene Aufnahmestation, Allgemeinpsychiatrie und Reha-Station) <ul style="list-style-type: none"> • Plastiktischdecken für die Patienten? • Wer trägt wofür Verantwortung (Gesetz- und Verordnungsblatt vom 20.12.1982 zur Küchenbenutzung) • Kochgruppe: „Wenn man nicht aufpaßt, ist die Station in Nullkommanix versifft!“ • Schmutzige Teller, leerer Kühlschrank • Selbstmord mit dem Küchenmesser? Es findet ein reger Austausch über die unterschiedlichen Handhabungen statt, vor allem unter den Aspekten von Ordnung, Hygiene und Sicherheit.	Gestalten von Mahlzeiten wurde als wichtig angesehen, im Alltag der Teilnehmenden ist dies unterschiedlich verankert und wird daher als Aufgabenbereich der Pflege unterschiedlich wahrgenommen. Festgestellt wird, dass das Essen sich anders gestaltet, wenn Mitarbeitende mit am Tisch sind oder gar mitessen, und dass die Vorbildfunktion dabei ein wichtiger Aspekt ist. Zentrale Punkte waren Umstrukturierung der Rahmenbedingungen, beispielsweise Abschaffung des Plastikbestecks und -geschirrs, evtl. ein zweiter Kühlschrank, Stofftischdecken usw. „Küchendienst gilt überall als Therapie, aber ist es nicht so, dass wir die Patienten brauchen? Teilweise werden irgendwelche Rechte z. B. Ausgang, an die Pflicht zum Küchendienst gekoppelt.“

1. Badetag am 29.11.1986 – Badetag gestern, heute, morgen? Alltägliche Probleme auf der Station			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
AG: Toiletten und Badezimmer auf der Station – wie handhaben wir den Sanitärbereich?	Angelika Ruhm, KR Michael Becker, KR Marina Newig, Ärztin	(20 TN: Akut-Aufnahme, geschlossene Station, offene Station, Reha-Station, Langzeitstation, Geriatrie, oligophrener Bereich, überwiegend aus der Krankenpflege, eine Sozialpädagogin, eine Unterrichtsschwester, ein Masseur und eine Ärztin) <ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege ja – aber zu den Badezeiten! • Badetag – Waschstraße • „Stilles Örtchen“? – Mit dem Dreikant gegen Suizidgefahr? • Waschen mit Zuschauern? Immer wieder kam die Frage auf: „Wie tolerant können wir sein?“ Hygieneanforderungen, Sauberkeit und die traditionellen Vorgaben wurden diskutiert. Immer wieder wurde der Umgang mit suizidalen Patienten hinsichtlich unterschiedlicher Situationen in den Blick genommen.	Ausgangsfragen waren: Muss es feste Badezeiten geben? Müssen wir Patienten zur Körperpflege zwingen? Festgestellt wurde als gemeinsame Erfahrung, dass die Mitbeteiligung und Motivation durch Mitpatienten wesentlich effektiver und sinnvoller ist als Druck und Zwang durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Die Milieugestaltung von Badezimmern wurde als wesentlicher Bestandteil der Motivation zur Hygiene angesehen. Festgestellt wurde, dass bei starker Reglementierung des Sanitärbereichs auf beiden Seiten eine allgemeine Unlust am Baden und Waschen entsteht.
AG: Kaffee – erlaubte Ersatzsucht?	Susann Kornack, KR Regina Bikowski, AP Norbert Schalast, Psychologe	(6 TN: „Verwahrstation“ Bethel, Alexius-Krankenhaus Neuß, forensische Suchtstation Viersen, Psychotherapiestation Rheda) <ul style="list-style-type: none"> • Privileg des Personals? • Wie gehen Patienten mit Schlafmitteln, Abführmitteln, Nikotin und Alkohol um? • Wie steht es mit dem Personal? • „Genuss sofort“ mit lauwarmem Leitungswasser? Jeder wurde aufgefordert kurz zu überlegen, wo er im eigenen Bereich „etwas süchtig“ funktioniert. Der Erfahrungsaustausch nimmt einen großen Raum ein.	Werden im Alltag nicht häufig willkürliche Grenzen gesetzt? Faktoren für suchtvorstärkendes Verhalten oder süchtige Neigungen wurden festgestellt: Langeweile, Überlastung, Einsamkeit, Geselligkeit, Stress, Müdigkeit u. ä. Festgestellt wurde, dass Patienten häufig scheinbar kein Problembewusstsein im Hinblick auf ihre Ersatzsucht haben. Dem Spannungsfeld „Bevormundung“ und Fürsorgepflicht sowie Verantwortung wird sich in der Diskussion und durch Fragen angenähert.

1. Badetag am 29.11.1986 – Badetag gestern, heute, morgen? Alltägliche Probleme auf der Station			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
AG: Krankenhaushygiene als Widerspruch zur Lebenswirklichkeit psychisch Kranker	Annie Daniels, KR Waltraud Herkrens, KR Dr. Sebastian Stierl, Arzt	(13 TN aus verschiedensten Bereichen: von neurologisch-psychiatrische Station über Ambulanz bis zur psychiatrischen Unterrichtskraft) <ul style="list-style-type: none"> • Schizokokken und AIDA – der psychisch Kranke als Infektionsträger • Dienst- und Schutzkleidung in der Psychiatrie • Was ist „schmuddelig“ – was ist „sauber“? • Das Kreisveterinäramt und seine Stellung in der Therapie <p>Die Diskussionspunkte gingen wesentlich um Schutzkleidung, Hospitalismus, Hygiene und unterschiedliche Auffassungen in dieser Hinsicht. Es wurde über die Abgrenzung durch Dienstkleidung gesprochen, die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Haltung. Zur Sprache kamen auch die Rahmenbedingungen, Personal-mangel, Arbeitshetze, „therapiefeindliche“ Sachzwänge.</p>	Je ambulanter die Arbeit, desto mehr Toleranz gegenüber der Schwierigkeiten von Patienten, je „klinischer“, desto schwieriger der Kontrast zwischen Hygienevorstellungen der Patienten und denen der Mitarbeiter. Unterschiedliche Arbeitsbedingungen hinsichtlich Pflegehierarchie und Generationenaspekte erschweren den patientenbezogenen Alltag. Wichtig sei eine vertrauensvolle Beziehung, die auch mit Fingerspitzengefühl und Rücksichtnahme heikle Themen anzusprechen vermag. Das Mittel der Bekämpfung des psychischen Hospitalismus ist nicht Keimfreiheit und perfekte Hygiene, sondern die Beziehungspflege. Die Hygiene darf demnach immer nur als Bestandteil einer ganzheitlichen, die Person des Patienten in seiner Geschichte und seiner konkreten Lebenssituation berücksichtigenden Pflege verstanden werden.
AG: Muß die Station geschlossen sein?	Manfred Becker, Psychologe Monika Timpe, KR	(7 TN: bis auf einen Studenten hauptsächlich junge Pflegekräfte aus dem stationären Bereich, gemeindenahen Krankenhäusern, Psychiatrischem Zentrum, ein TN aus einem Landeskrankenhaus) <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmen mit Freiheitsentzug (Rundverfügung Nr. 52) • Soll man sie reinlassen – Umgang mit Besuchern? • Schlüsselbund, Frischluft, Ausgangsregelung <p>Die unterschiedlichen Erfahrungen und Einschätzungen wurden in einer lebhaften Pro-und-Contra-Diskussion näher beleuchtet und „subtilere“ freiheitsentziehende Maßnahmen einbezogen. Die Wichtigkeit des ganzheitlichen Wahrnehmens wurde festgehalten und ebenso, sich im Team auszutauschen.</p>	Erfordert die Erkrankung des Menschen eine geschlossene Unterbringung oder sind es Gründe, die in der Struktur der Institution liegen? Wie können wir als Pflegekräfte auf die Entscheidung, ob ein Mensch geschlossen untergebracht wird, Einfluss nehmen? Allgemein wurde festgestellt, dass die Aufnahme auf einer geschlossenen Station ein Freiheitsentzug ist, der in die Grundrechte eines Menschen eingreift. Aufgrund der pflegerischen Aufgaben stellen wir in jeder Beziehung eine Nähe zum Patienten her, die über die Aufgaben anderer Berufsgruppen hinausgeht, am deutlichsten wird dies, wenn wir uns einmal vergegenwärtigen, wie oft wir den Patienten berühren, um Pflegehandlungen zu verrichten.

1. Badetag am 29.11.1986 – Badetag gestern, heute, morgen? Alltägliche Probleme auf der Station			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
AG: Die Medikamentenausgabe und ihre Schwierigkeiten	Martin Rumöller, KR Margerita Ehleringer-Kosmoll, KR Rainhard Göttisch, Arzt	Keine Angaben zu TN-Zahl und Berufsgruppen <ul style="list-style-type: none"> • Trickser, Sammler, Schlucker • Wer ordnet an, wer teilt aus? • Auskunft über Wirkungen und Nebenwirkungen • Ausprobieren von neuen Medikamenten? • Was lernen wir über die Medikamente von Patienten? • Bei Verweigerung i. m. oder i. T. (in Tee)? • Wie vermitteln wir Einsicht? Festgestellt wurde, dass es häufig schwierig ist, die Notwendigkeit der Medikamente zu erklären, und dass vor allem akut psychotische und suizidale Menschen zur Einnahme gezwungen würden. Es kommt zur Sprache, dass Medikamente je nach Situation, persönlicher Einstellung und Belastbarkeit ein Machtmittel sind.	Die Kooperation zwischen Pflegepersonal und Arzt würde zur Objektivierung der Diagnostik und Therapie beitragen. Das Pflegepersonal fühlt sich verantwortlich, dass die Patienten ihre Medikamente regelmäßig einnehmen. Gibt es Vor- und Nachteile im Hinblick auf Verhalten und „Therapiezugänglichkeit“? Unterschiedliche Vorstellungen von seelischer Gesundheit und unterschiedliche Belastungsfähigkeit, Engagement und Berufsmotivationen beim Pflegepersonal bedingen unterschiedliche Reaktionen auf „Einnahmeverweigerung“. Ein zu wenig an Medikamenten wird eher registriert als ein zu viel!

1. Badetag am 29.11.1986 – Badetag gestern, heute, morgen? Alltägliche Probleme auf der Station			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
AG: Duzen von Patienten – das Problem von Nähe und Distanz	Rosemarie Röbers, KR Ruth Vogel, Studentin Dr. Rainer Pöppe, Arzt	<p>(24 TN: Krankenpfleger und Krankenschwestern, eine Sozialpädagogin, ein Erzieher, eine Praktikantin, eine Laienhelferin aus folgenden Orten: Duisburg, Gangelt, Rheda, Bethel und Langenfeld, es wurden zwei Gruppen gebildet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Jetzt gehen wir mal zum Klo ...“ Nicht ausrottbares Übel oder Ausdruck guter Beziehung? <p>Die Teilnehmer kamen zu dem Schluss, dass „Du“ und „Sie“ nicht gleichzusetzen sind mit „Nähe“ und „Distanz“. „Du“ und „Sie“ kann im Einzelfall sowohl Nähe als auch Distanz bedeuten.</p> <p>Viele TN vermissten Richtlinien über den „richtigen Umgang“ bzgl. Nähe und Distanz. Angesprochen wird der Wunsch vor allem von jüngeren Patienten – Wunsch nach Freundschaft und enger Beziehung.</p> <p>Die Atmosphäre auf Langzeitstationen ist ein weiterer Aspekt von Reflexion im Hinblick auf „Du“ und „Sie“. Betont wurde, dass sich die persönliche Achtung im „Sie“ ausdrückt und dass das „Du“ oft einseitig auf den psychisch Kranken gerichtet ist. Festgehalten wurde, dass jeder Mitarbeiter sich bewusst an diese Regeln halten soll. Er soll durch beispielhaftes Verhalten auch auf Mitarbeiter wirken, die sich das „Du“ als übliche Umgangsform mit Patienten angewöhnt haben, und den Umgangsstil zwischen Patienten und Kollegen immer wieder problematisieren.</p>	<p>Grundsätzlich sollte jeder erwachsene Mensch mit „Sie“ angesprochen werden.</p> <p>Festgehalten wurde zu Nähe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Es muss ein Entwicklungsprozess in der Beziehung vorausgehen ✓ Nicht „Distanzlosigkeit“ ✓ Mögliche Zuneigung, Achtung, Wärme, Echtheit ✓ Dass sie als Mittel zur Zielerreichung „eingesetzt“ werden kann sowohl vom Behandelnden als auch vom Behandelten <p>Zu Distanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bedeutet Sicherheit für den „Behandelnden“ ✓ Kann Achtung und/oder Echtheit ausdrücken ✓ Kann Angst vor Nähe bedeuten ✓ Kann „Grenzen akzeptieren“ bedeuten <p>Das „Du“ als Zeichen der jahrelangen Vertrautheit und Nähe oder als mütterliche/väterliche Fürsorge?</p> <p>Festgehalten wurde, dass psychisch Kranken, Verwirrten und geistig Behinderten so begegnet werden muss, als würden sie außerhalb einer Institution (Krankenhaus oder Heim) leben. Anordnungen und Verhaltensregeln von oben bringen keine Einstellungsänderung, es muss jedoch vermieden werden, dass negative Beispiele übernommen werden.</p>

Aspekte von Pflegequalität

Im alltäglichen Leben, im Tagesablauf muss jeder Patient individuelle Hilfestellung erfahren – mit der größtmöglichen Selbstverständlichkeit. Die Lebensgeschichte, die Identität des Einzelnen muß einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Der Krankenhausaufenthalt muß den ihm zustehenden Raum bekommen, das „Draußen“ muß immer eingeplant werden: Recht auf eigenständiges Wohnen, wobei sich hier „Pflege“ im Langzeit- und im Akutbereich durch unterschiedliche Ansätze und Zeiten, aber nicht im Grundsatz unterscheiden sollte.

Angehörige, Laien, eben Menschen aus dem Umfeld des Patienten, gehören zum Tagesablauf einer Station, oft werden sie jedoch als Störenfriede abgetan. Um dies noch deutlicher zu machen, gebe ich hier die Gegenüberstellung von „schlechter“ und „guter“ Pflege auf einer Langzeitstation. Diese Darstellung ist sicher nicht vollständig, es ist jedoch der Versuch einer Definition oder besser, der Beschreibung von „psychiatrischer Pflege“ näherzukommen.

Tab. 1 Psychiatrische Pflege: „Schlechte Pflege“ und „Gute Pflege“

Schlechte Pflege z. B.	Gute Pflege z. B.
<ul style="list-style-type: none"> • Das Milieu ist stark beschützend. Der Patient wird umfassend versorgt, Aufregungen werden von ihm ferngehalten, er wird von allen Pflichten entlastet, geschont; alle Patienten unterliegen denselben Regeln. Der Patient ist immer mit anderen zusammen, Außenkontakte existieren nicht. Entscheidungen werden für ihn getroffen. Der Patient wird vor den Konsequenzen seines Handelns vollständig geschützt. • Der Patient erfährt Reaktionen auf seine aktuellen Bedürfnisse, wenn er sie selbst äußert. Die Reaktionen bewegen sich allerdings im vorgegebenen institutionellen Rahmen – Wünsche werden ohne eigenes Zutun erfüllt, wie aus der Wundertüte. Verborgene Wünsche, nicht geäußerte Beschwerden oder Schwierigkeiten werden nicht wahrgenommen, Motivation ebenfalls nicht. • Patienten und Mitarbeiter bilden zwei getrennte, undurchdringliche Blöcke, die Distanz zwischen den Blöcken ist groß, dadurch auch das Mißtrauen. Es existieren institutionelle Regeln, auf die keiner Einfluß hat, die unumstößlich sind. Diese werden für Patienten und Mitarbeiter unterschiedlich zur Anwendung gebracht. Alle Patienten werden „gleichbehandelt“. • Der Patient wird mit allen lebensnotwendigen Dingen versorgt! Essen, Kleidung, Wärme, Sauberkeit ... • Die Tage verlaufen gleichförmig. Besondere Ereignisse werden von den Mitarbeitern geplant und durchgeführt. • Die Patienten werden vor ihren Angehörigen geschützt. • Pflege erfüllt Anordnungen anderer Berufsgruppen. • Der Patient zieht sich in Krisenzeiten in sein Bett zurück und bleibt sich selbst überlassen – „Spontanheilung“. • Bei Konflikten wird sofort der Arzt eingeschaltet, damit er Medikamente verordnet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Milieu bietet dem Patienten den notwendigen Schutz. Er fühlt sich sicher, vor allem in persönlichen Bezügen geborgen und mitgetragen. Er wird ermutigt, im Rahmen seiner Möglichkeiten eigene Entscheidungen zu treffen und die Folgen davon selbst zu tragen. Er kann im Rahmen der Gemeinschaft eigene Ideen verwirklichen, sich aber auch von der Gemeinschaft zeitweise zurückziehen. Eigentum wird gefördert. Die Intimsphäre bleibt gewahrt. Der Patient soll entsprechend seinen Möglichkeiten Aufgaben für sich und andere übernehmen. • Die Bedürfnisse werden wahrgenommen, auch wenn er sie nicht äußert/äußern kann. Es wird abgewogen, wie adäquat zu handeln ist. • Die Regeln des Zusammenlebens sind möglichst den sonst geltenden Regeln ähnlich oder gleich. Individuelle Ausnahmen – z. T. auch ohne die allgemein üblichen Sanktionen – sind möglich, wenn begründbar. Die Regeln bleiben jederzeit diskutierbar. Die Grenzen zwischen Mitarbeitern und Patienten bleiben durchlässig. Die Regeln gelten für Mitarbeiter wie Patienten gleichermaßen. • Der Patient bestimmt im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst über Aktivitäten des täglichen Lebens. Selbstversorgung wird gestützt und gefördert und gezielt beraten. Auch hier erfährt der Patient im Rahmen seiner Belastbarkeit die Konsequenzen seines Handelns (er friert, wenn er sich nicht warm genug anzieht). • Das allgemeingesellschaftliche Leben wird in das Stationsleben mit einbezogen: Geburtstage, jahreszeitliche Ereignisse, Politik, Sport. Besondere Ereignisse werden von Patienten und Mitarbeitern gemeinsam geplant und vorbereitet. Bei der Gestaltung der Freizeit wird darauf geachtet, daß Angebote von draußen vorrangig berücksichtigt werden. • Kontakte zu Angehörigen werden gefördert und unterstützt, desgleichen Kontakte zu anderen Menschen draußen. Angehörige und Patienten bekommen die dazu notwendige Hilfestellung. Es wird versucht, abgebrochene Verbindungen wieder herzustellen. • Das Pflegepersonal erarbeitet im Zusammenhang mit anderen Berufsgruppen ein gemeinsames Behandlungskonzept und führt den pflegerischen Teil in eigener Regie durch. Pflege übernimmt die Koordination der verschiedenen Dienste im Sinne des Patienten.

Tabelle: Hilde Schädle-Deiningner (aus Vortrag)

Zielsetzung und Themen des zweiten Badetags am 26. September 1987 – Der ganz normale Wahnsinn

Vorwort zum Tagungsprogramm:

Der Titel soll herausfordern. Wir psychiatrisch Tätigen wissen um die modischen Spielerein mit dem Begriff „Wahnsinn“. Wir benutzen das Wort Wahnsinn bei der Beschreibung uns unerträglich erscheinender gesellschaftlicher Tatsachen, wie z. B. Rüstung. Auch das ist uns „normaler Wahnsinn“. Zuerst aber sehen wir im Wahnsinn kranke leidende Menschen, Menschen, die zu uns kommen oder zu uns gebracht werden, damit wir ihnen helfen, wieder gesund zu werden. Wieso dann „ganz normaler Wahnsinn“?

In der alltäglichen Begegnung mit psychisch Kranken haben wir gelernt, die „gesunden Anteile“ unserer Patienten zu beachten. Immer wieder sind wir erstaunt über die Inseln der Normalität, die wir im seelischen Chaos und im Verhalten eines Schizophrenen entdecken. Und unsere therapeutische Aufgabe ist es, hier Land zu gewinnen, den Patienten bei der Wiedergewinnung von festem Boden zu unterstützen. Oft genug stehen wir uns selbst dabei mit unseren persönlichen Grenzen und den Bedingungen eines psychiatrischen (Groß-)Krankenhauses im Wege.

Unter dieser Problemstellung wollen wir uns in einer Tagung in der Landeslinik Viersen zusammensetzen.

Wie normal ist eigentlich das Leben auf einer psychiatrischen Station? Können wir es normaler gestalten? Wie normal gehen wir miteinander um? Wie bleibt man normal in einem Arbeitsleben in der Psychiatrie?

In den 13 Arbeitsgruppen haben wir die Gelegenheit, diese Fragen an banalen Alltäglichkeiten orientiert zu diskutieren und mit allen Berufsgruppen Erfahrungen auszutauschen.

Ins Rahmenthema „Der ganz normale Wahnsinn“ führte Aurel Büder, Krankenpfleger – Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. – mit seinem Vortrag ein.

2. Badetag am 26. September 1987 – Der ganz normale Wahnsinn			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Team – gibt's das wirklich?	Dr. Marina Newig, Ärztin Hans Lengning, Psychologe Susann Kornack, KR	Wer trägt wofür Verantwortung? Wer fühlt sich wofür verantwortlich? Wie steht es um die Zusammenarbeit der Berufsgruppen? Wer gehört dazu? Wer bestimmt den Ausgang? Wie steht es um die Zufriedenheit?	Der Frage wird nachgegangen, was eine gute Teamarbeit ausmacht Welche Hindernisse stehen im Weg und wie transparent werden Entscheidungen getroffen Wie setzt sich das Team zusammen und wie können gemeinsame Ziele entstehen und verfolgt werden
Was macht einen zum „chronischen Mitarbeiter“? – Anlage oder Umwelt?	Gerlinde Fritsch, KR Angelika Peters, KR	Die „kleinen Müdemacher“: Woher kriege ich Bastelmaterial? Warum braucht man für einen Kasten Mineralwasser zwei Unterschriften? Gute Therapie nur mit Privatgeld? „Kann ich mir von Ihrem Tabak mal eine drehen?“ – Wie viel kostet mich ein Patient (Telefongebühren, Kaffee, Bus?) Ärger mit den Handwerkern/Verwaltung Wie engagiert bin ich in 10 Jahren? „In der XX-Klinik ist das alles viel besser!“	Die Bürokratie wird unter die Lupe genommen und was den Alltag erleichtern könnte Welche Aspekte können mich motivieren und im Beruf halten Engagement und alltägliche Flexibilität muss auch gesehen und anerkannt werden Flüchten oder standhalten – Konflikte benennen und gemeinsam kämpfen

2. Badetag am 26. September 1987 – Der ganz normale Wahnsinn			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
„Gehen Sie doch besser ins Altenheim!“	Reinhard Göttisch, Arzt Eckhard Kleinlützum, Sozialpädagoge	Wie weit stülpen wir unsere Vorstellung über? Gewähren wir Mitbestimmung? Wo bleibt die Selbstbestimmung? „Bleiben Sie mal hier – zu Hause kommen Sie ja doch nicht klar!“ „Aber das ist doch wichtig für Sie!“ „Warum wollen Sie sich eigentlich nicht scheiden lassen?“	Selbst- und Mitbestimmung als Grundlage der alltäglichen Arbeit Fürsorge und Bevormundung liegen sehr nah beieinander Was können wir voneinander lernen?
„Das geht nicht mit!“ – Motivieren/Lust verlieren	Dorothe Dyckers, KR Marlies Eßers, KR Viviane Kohn, KR	Wer muss mehr motiviert werden, Personal oder Patienten? Sind wir froh darüber, wenn keiner mitgeht? „Wer geht heute mit ins Wasser?“ – „Am Abend guck’ ich allein fern, denn um 7 Uhr liegen alle in den Betten.“ Mit Loben und Geschenken bestechen uns die Patienten. Und umgekehrt genauso.	Aufrechterhaltung von Motivation bei Betroffenen und Mitarbeitenden Gestaltung der gemeinsamen Zeit und gute Arbeitsbeziehungen
„Ihrer Mutter geben wir erst einmal Besuchsverbot.“ – Vom Umgang mit Angehörigen	Käthe Küsters, KR Harald Lux, KR	„Bei dem Mann würd’ ich auch saufen!“ „Wenn die alles besser wissen, sollen sie den doch einpacken und mit nach Hause nehmen.“ „Da müssen Sie am Montag erst den Arzt fragen.“	Machtausübung und (Vor-)Urteile Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln
„Zeigen Sie erst mal ihren Ausweis!“	Martin Rumöller, KR Horst Winz, Sozialarbeiter	Wie behandeln wir Nachsorgeeinrichtungen? Wie offen sind wir für Laienhelfer und andere Eindringlinge? Wer leistet die bessere oder schwierigere Arbeit? Wollen wir den Patienten ganz alleine verhätscheln? Kämpfen wir bald mit denen um die Patienten?	Konstruktive Zusammenarbeit nach „außen“ und nach „innen“ Zuwendung und Grenzen Bestimmung des „Werts“ der Arbeit bei sich selbst und bei anderen
„Ohne uns läuft hier gar nichts!“ – Wieviel Selbstständigkeit lassen wir zu?	Barbara Wesolowska, Ärztin Karl König, Psychologe	„Allein kriegen Sie das doch nicht geregelt!“ Darf der Patient selbst beim Friseur anrufen? „Nachts gibt es hier nichts zu essen.“ „Noch sind wir hier in der Klinik!“ Ab wann ist ein Patient aufsässig? „Bei uns auf Station gibt es keinen Alkohol, höchstens fürs Personal.“ „Dafür müssen Sie schon ins Gebüsch.“	Grundbedürfnisse und deren Befriedigung, die eigene Grundhaltung und fachliche Begründung des Handelns Autonomie, Selbstständigkeit und eigene Entscheidung und was wann von wem zählt Verhalten als Möglichkeit des Widerstands
„Arbeiten soll ich auch noch, ich dachte, ich sei hier im Krankenhaus.“	Erika Wiegers, KR Michael Becker, KR	Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Küchendienst und Blumen gießen: Patienten arbeiten – Personal hat Pause. „Wofür kriegen Sie eigentlich Ihr Geld?“	Patientenzufriedenheit und Unverständnis Rollen und transparente Abläufe bzw. Konzepte

2. Badetag am 26. September 1987 – Der ganz normale Wahnsinn			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
„Paß auf, in der 31 hat einer AIDS!“ – AIDS in der Psychiatrie	Rosemarie Röbers, KR Karola Drewes, Sozialarbeiterin	Das Ende der Sexualität? Stehen wir über der Panikmache? Das Aus für gemischte Stationen?	Uninformiertheit und Ängste liegen häufig beieinander Fortbildung und aktuelles Wissen für Mitarbeitende und Patienten
„Seit dem Karatekurs fühle ich mich sicher.“ Wie lebe ich mit der Angst vor körperlicher Gewalt?	Jürgen Becker, KR Holger Götze, KR Sebastian Stierl, Arzt	Zwei Fixierungen am Tag und abends mit den Kindern spielen ... „Und wir müssen für die die Knochen hinhalten.“ Wird Fixieren leichter, wenn die Zwangsjacke aus Jeansstoff ist? „Beim letzten Mal hat der Maier dem Franz 2 Zähne ausgeschlagen.“ „Der X kommt zur Aufnahme – das gibt sicher ein Tänzchen.“	Gewaltrisiko und Gewaltein-schätzung Gewaltreduktion und Verhalten von Mitarbeitenden Hilfsmittel und professionelles Handeln Das Problem Gewalt muss im Team gelöst werden
„Schlucken Sie den Scheiß doch selber!“ – Wieweit sind wir für die Entstehung von Gewalt verantwortlich?	Marlene Stierl, KR Heidi Meipert, KR	„Würden Sie sich nicht wehren?“ „Können Sie mal aufschließen?“ – „Jetzt nicht!“ „So laß ich Sie nicht raus!“ Wo habe ich eigentlich gelernt, mit Macht umzugehen? Wer hat mehr Angst, der Patient oder wir? „Packen Sie mich nicht an!“	Alltag mit Gewalt ist auch eine Frage der Macht – Bewusstmachen der Anteile von beiden Seiten Milieugestaltung zur Reduzierung von Angst, Gewalt und Machtspielen
Lebenszufriedenheit und täglicher Wahnsinn	Norbert Schalast, Psychologe Aurel Büder, KR	Wie lebe ich mit meinem psychiatrischen Alltag? Wie erhole ich mich? Können Leute, die in der Psychiatrie arbeiten, überhaupt zufriedene Menschen sein? Wie halte ich es aus, Menschen einzuschränken und Zielscheibe ihrer Aggressionen zu sein? Wie normal, wie ungewöhnlich belastbar, wie wahnsinnig, depressiv, süchtig sind wir Mitarbeiter? Wie ertrage ich es, für Probleme verantwortlich zu sein, die die Gesellschaft nicht lösen kann?	Psychohygiene und individuelles Verhalten Reflexion der eigenen Anteile von unterschiedlichem schädlichem Verhalten Politische und gesellschaftliche Probleme und die Bedeutung der Psychiatrie Lösungsorientierung statt Problemfokussierung
„Jetzt will ich hier nicht mehr weg, ich hab’ doch alles. Draußen kenn’ ich doch keinen!“	Bernd Bachschuster, KR Heinz Botzet, Psychologe	Was macht chronische Patienten chronisch auf der Station? Was tragen wir dazu bei, daß sie chronisch bleiben? Was ist eigentlich „Milieu“? Welche Rolle spielen Überversorgung, Monotonie, duzen, Hygienevorschriften?	Hospitalisierungsschäden und Milieugestaltung Konzepte und Tages-/Wochenstrukturierung mit therapeutischer Wirkung Respekt, Akzeptanz und Toleranz auf allen Seiten

Zielsetzung und Themen des dritten Badetags am 26. November 1988 – Alles beim Alten?

Vorwort zum Tagungsprogramm:

Seit einigen Jahren beobachten wir in der Psychiatrie eine Inflation von „Therapie“: Was früher Ballspielen mit Patienten war, ist heute Spieltherapie. Unterhaltung mit Patienten ist Gesprächstherapie. Singen mit Patienten ist Musiktherapie usw.

Auf Hochglanzpapier macht sich das sicher ganz vorteilhaft. In der Alltagspraxis ist die sich hier spiegelnde Spezialisierung aber mit einigen Problemen verbunden. Plötzlich ist unklar: Wer kann eigentlich was? Wer darf was? Wer vertritt wen? Was haben die Patienten davon? Was ist Etikettenschwindel, was wirklich Fortschritt? Welche Werte sind mit dem Fortschritt verloren gegangen? Was ist eigentlich aus dem guten, alten Handwerk der Pflege geworden? „Therapie“ ist Gold?

Wir verstehen die Frage als Gelegenheit, aus dem Blickwinkel der vielen spezialisierten Arbeitsbereiche stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung unter allen beteiligten Berufsgruppen einen Gedankenaustausch anzuregen.

Der Einstieg ins Tagungsthema erfolgt durch das Knofl-Theater, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Rheinischen Landeslinik Langenfeld, die Szenen aus dem psychiatrischen Alltag aufgreifen und deutlich darstellen.

3. Badetag am 26. November 1988 – Alles beim Alten?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Wie arbeiten wir in der Forensik?	Rolf Balgar, KR Ottmar Hoppmanns, KR Arthur Koß, KR	Wärter, Pfleger, Ko-Therapeuten? Nach 2 Jahren verbraucht? Mit Angst zur Arbeit? Hast Du 'nen guten Anwalt? Ist doch eh alles zwecklos? Was hat sich geändert?	Rolle und Identität in der psychiatrischen Pflege Recht, Verantwortung und Qualität der psychiatrischen Pflege im Maßregelvollzug Veränderungen und eigenes Engagement und berufliche Organisation
Angst vor der Forensik?	Emmy Hüpkes, KR Matthias Klingen, KR Hubert Thevissen, KR Klaus van de Weyer, KR	Strafversetzt, abkommandiert? Kann Forensik so Spaß machen? Das hält doch kein Schwein aus! Gewalt in der Forensik: Wo stehen die Frauen?	Unbeliebte Arbeitsplätze Fachlichkeit in der forensisch-psychiatrischen Pflege Bezug zum Fach Forensik
Langzeitstation – Endstation	Marina Newig, Ärztin Bärbel Wildenberg, KR	20 Patienten, 1 Schwester, ¼ Arzt Die haben da doch nichts zu tun Die bleiben doch eh in der Klinik, die brauchen doch keine Aktivitäten Bei denen ist doch eh Hopfen und Malz verloren!	Langzeitstation und Resignation Unheilbar krank Befähigung zur Alltagsbewältigung
Sprungbrett ins Leere – Reha in der Anstalt	Heidi Meifert, KR Rosemarie Röbers, KR	Laß sie doch in Ruhe! Die haben ein Recht darauf, hier in Ruhe zu sterben Wieso auf Reha? Der hat doch nichts angestellt! Das ist hier doch sein Zuhause! Von uns aus können die doch alle haben.	Spagat zwischen Anregung, Veränderung und „Verharren dürfen“ Ruhe und Langeweile Enthospitalisierung oder „Bleiberecht“ Angebot der Rehabilitation nur für „leichter Kranke“ oder auch für chronisch Erkrankte

3. Badetag am 26. November 1988 – Alles beim Alten?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Kackstuhl im Tagesraum – Musiktherapie in der Geriatrie	Sabine Dahmen, KR Verena Kleck-Hansen, Ärztin Gisela Weber, KR Reinhard Göttisch, Arzt	Jetzt gehen wir mal einen absetzen! Omi, Schätzchen, Gretchen: wie verliert man seinen Namen? Keine Gruppengespräche mit Alten Für die Entlassung nicht mehr jung genug?	Arbeit in der Gerontopsychiatrie Würde und Akzeptanz Angebote und Struktur für alte Menschen
Tätigkeitsmerkmale psychiatrischer Krankenpflege	Angelika Peters-Goetze, KR Roland Tohang, KR	Minitherapeut? Ärztliches Hilfspersonal? Kranken- oder Arztpfleger? Pfadfinder oder Raumpfleger? Mädchen für alles?	Selbstverständnis psychiatrischer Pflege Aufgabenbereiche, Tätigkeiten und Qualifikation
„Therapeuten“ und „Hilfspersonal“ – wer leistet eigentlich die entscheidende Arbeit?	Doris Firlas, KR Norbert Schalast, Psychologe Dietmar Utes, KR	Teamarbeit: Wahn oder Wirklichkeit, Wohl oder Wehe – oder was? Brettspiele oder Belabern, Pflege oder Psychotherapie, was hilft? Die Stunde, auf die es ankommt: Das therapeutische Einzelgespräch Wir sind 24 Stunden am Tag mit den Patienten zusammen. Ärzte und Psychologen entziehen sich doch! Eine wirklich hilfreiche Beziehung setzt langjährige psychotherapeutische Weiterbildung voraus Und wen ruft der Patient nach der Entlassung an?	Teamarbeit: Lust oder Last, das alltägliche Miteinander Ergänzende Fähigkeiten und Fertigkeiten der unterschiedlichen Berufe Hierarchie und Zusammenarbeit Beziehung, Beziehungsgestaltung und therapeutische Beziehung Entlassungsmanagement Wertigkeit von Pflege und Therapie
„Bei der Frau würd' ich auch verrückt!“ – Vom Umgang mit Angehörigen	Käthe Köster, KR Thomas Richter, Psychologe	Ihrer Mutter geben wir erst einmal Besuchsverbot! Wenn die alles besser wissen, dann sollen sie den doch einpacken und mit nach Hause nehmen! Entlassen? – Wofür haben wir den dann eingewiesen?	Zuschreibung von Schuld an Erkrankungen Angehörige: Gegner oder Experten aus Mitleben
Die Mauern überwinden – wie verlagert man die Arbeit von der Station in die Gemeinde?	Marlene Stierl, KR Martin Rumöller, KR	Bei wem ist denn Ihr Krankenschein? Sparen Sie sich den Weg! Ich laß mich nicht ausspionieren! Die gehen ja doch nur Eis essen! Wenn die alle draußen sind, wer macht dann hier die Arbeit? Die machen uns die ganze Klinik kaputt!	Ambulante pflegerische Arbeit Vorurteile in den einzelnen Bereichen der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung Spannungsfeld zwischen Fürsorge, Verwahrlosung, fürsorglichem Zwang und gemeinsam sich nähern
Ab wann fährt es ab?	Gabi Dinkhoff-Awiszus, Psychologin Susann Kornack, KR Peter Seidel, Arzt	Das verfolgt mich im Schlaf Wie halte ich es aus, Menschen einzuschränken und Zielscheibe ihrer Wut zu sein? Das ist doch nicht mein Problem – ich halt mir das vom Hals!	Eigene Psychohygiene Verhalten und Reaktionen auf beiden Seiten, Patient und Mitarbeiter Einfühlsamkeit, Empathie und Distanzierung

3. Badetag am 26. November 1988 – Alles beim Alten?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
„Die helfen gegen die Stimmen“ – Medikamente als Allheilmittel	Michael Becker, KR Sebastian Stierl, Arzt	Jetzt reicht's! Sie haben es nicht anders gewollt! Sie zwingen uns dazu! Es ist angeordnet: die Spritze. Und zu Hause schmeiß' ich das doch alles in den Müll! Haben Sie das schon mal selbst eingenommen? Die Nebenwirkungen sind sicher unangenehm, aber da müssen Sie durch!	Medikamente als Machtmittel Nebenwirkungen und Wirkungen von Medikamenten (Psychopharmaka) Haltung gegenüber Medikamenten (Patient und MA)
Die machen mit uns den Molli – Dauerbrenner	Jürgen Becker, KR Karl König, Psychologe Stephan Wirtz, KR	Problempatienten: die unendliche Geschichte Das haben wir schon hundertmal durchgekaut Da soll sich der Neue die Zähne dran ausbeißen! Da fällt mir wirklich nichts mehr zu ein Der muß halt wieder auf die Nase fallen. Der will es wohl nicht anders. Das war ja abzusehen! Der müßte mehr angebunden werden! Ambulante Pflege! Leponex, Pflegerschaft, Heimplatz?	Resignation und Hoffnungslosigkeit Vorurteile und Urteile „Anbinden“ von Patienten, Möglichkeiten ambulanter Unterstützung Entlastung bei „anstrengenden Patienten“ Überprüfung der eigenen Haltungen, Einstellungen und des spezifischen Wissens z. B. über Verläufe
Busengrabschen inbegriffen – Anmache auf der Station	Dorothee Dyckers, KR Waltraud Wiethoff, KR	Die Grenzen der Toleranz Darüber spricht man nicht Umgang mit Sexualität, besonders während der Schülerausbildung: „Nun mach' mal! Du kannst das schon!“	Umgang mit Sexualität in der Pflege Verhalten und Verhältnismäßigkeit sowie Grenzen Reflexionsmöglichkeiten
Arbeit auf der Sucht	Ute Lennartz, KR Carila Tenhonsel, Sozialarbeiterin Manfred Wingenbach, Arzt	Jetzt versucht er mich wieder zu linken Am Anfang fällt man noch darauf rein! Wie verändert mich das Mißtrauen?	Professioneller Umgang mit suchterkrankten Menschen Misstrauen, Vertrauen und alltägliches Miteinander Eigenes Suchtverhalten
„Ich komme nicht mehr wieder!“ – „Na dann bis nächste Woche!“	Birgit Maleska, KR Christel Schneider, KR Thomas Reinert, Arzt	Sucht: Arbeit sinnlos? Welche Rolle spiele ich in der Karriere meines Suchtpatienten? Fit machen zum Weitersaufen?	Haltung zu suchterkrankten Menschen Mit dem Rückfall leben Erfolg – Misserfolg in der Suchtbehandlung Reflexion der eigenen Einstellung

3. Badetag am 26. November 1988 – Alles beim Alten?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Geistigbehinderte, die allerletzten!	Regina Schwertfeger, KR Andreas Klaußner, Erzieher	Die Arbeit auf der Station: Fließband und Routine? Station oder Lebensraum? Von der Verwahrung zum Versuch einer Neuorientierung Grundpflege: nur säubern? Der Geistigbehinderte: Warten auf die therapeutische Situation? Ist der/die Krankenpfleger/-schwester auch Pädagoge? Haben Geistigbehinderte eine Lobby? Ich will nicht in diesem Bereich arbeiten und werde dorthin versetzt, was nun?	Milieugestaltung und Tagesstrukturierung bei geistig behinderten Menschen Spezifische Aufgabe und Arbeitsbereich Grund- und Behandlungspflege – oder umfassende und „ganzheitliche“ Pflege Verwahrung versus gemeinschaftliches Tun
<p>Abschlußveranstaltung: Psychiatrische Pflege in Viersen: Alles beim Alten? Krankenpflegekräfte der Landeslinik Viersen berichten von ihren Erfahrungen mit „neuen“ Aufgaben: Rosemarie Röbers – Familienpflege / Arthur Koß – Wohngemeinschaft der Forensik / Jelka Klaric – Kontaktzentrum Mönchengladbach Dietmar Utes – Station für Psychotherapie und Psychosomatik / Heidi Meifert – Reha-Station / Marlene Stierl – Ambulanz Helmut Höfer/Martina Wirtz – Tagesklinik / Georg Ruhm/Klaus Magoley – Sozialstation in Kempen</p>			

Zielsetzung und Themen des vierten Badetags am 25. November 1989 – Rein kommen sie immer

Vorwort zum Tagungsprogramm:

Es ist nicht allzu schwierig, in eine psychiatrische Klinik aufgenommen zu werden. Wer zur rechten Zeit am richtigen Ort die richtigen (oder falschen) Gedanken äußert und sich entsprechend verhält, hat gute Aussichten auf einen stationären Behandlungsplatz. Nun ist es grundsätzlich zu begrüßen, daß erschöpften, verwirrten psychisch kranken Menschen schnelle, auch stationäre Hilfe zuteil werden kann.

Engagierte psychiatrische Arbeit bemüht sich stets darum, diesen Betroffenen den Weg zurück in die „Gesellschaft draußen“ zu bahnen. Doch tun sich hier entscheidende Schwierigkeiten auf. Psychische Beeinträchtigungen vertragen sich schlecht mit den enormen Anforderungen unserer Gesellschaft. Die Entlassung von Patienten in ein ungeklärtes und überforderndes soziales Umfeld provoziert den bekannten Drehtüreffekt. Über Wochen und Monate beschäftigt uns bei manchen Patienten die Frage: gibt es für diesen Menschen in dieser Gesellschaft einen Platz, an dem er sein Leben erträglich gestalten kann? Und manches Mal geben wir auf.

Beim 4. Viersener Badetag wollen wir uns zum einen über Themen austauschen, die man als Dauerbrenner des Psychiatriealltags bezeichnen kann: Personelle Situation, Team, Suizid, Gewalt, Arbeitszufriedenheit u. a. m. Mit diesen Fragen steht die Problematik der Wiedereingliederung in enger Wechselbeziehung. Wir können kaum hilfreiche und ermutigende Begleiter nach draußen sein, wenn unsere Arbeitssituation uns überfordert, wenn sie uns immer wieder Angst macht, wenn wir uns vom Team nicht unterstützt fühlen. Bei den Viersener Badetagen suchen wir in berufsübergreifenden Arbeitsgruppen nach Ursachen, Möglichkeiten und Perspektiven.

In der Abschlußveranstaltung erhalten Menschen, die im Umfeld der Klinik Entlassungsvorbereitungen unterstützen und mit Nachsorgeaufgaben befaßt sind, Gelegenheit, von ihren Erfahrungen mit der „Anstalt“ zu berichten und den Klinikmitarbeitern kritische Rückmeldung zu geben.

Wir hoffen auf rege Diskussionen in den Arbeitsgruppen und einen belebenden Tagungsverlauf.

In den Grußworten wird das Thema „Wiedereingliederung und Nachsorge – aus den Empfehlungen der Expertenkommission“ aus unterschiedlicher Sicht beleuchtet. Für die Betriebsleitung: Dr. Rainer Pöppe; für die Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.: Aurel Büder; für den Landschaftsverband Rheinland: Landesrat Rainer Kukla

Außerdem führte das Knofl-Theater Langenfeld durch „Szenen aus der Psychiatrie“ ein.

Angeboten wurden 21 Arbeitsgruppen, da die Gruppen auf zwölf Teilnehmende begrenzt wurden, um Offenheit zu fördern. In diesem Programm wurden die Berufsbezeichnungen weggelassen.

4. Badetag am 25. November 1989 – Rein kommen sie immer			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Langzeitbereich: Daß es sowas überhaupt gibt!	Heidi Meifert Marina Newig	Wie werde ich Langzeitpatient? Das geht schnell! Gemeindenah nur für Akutpatienten? Geschlossene Wohnheime: Vom Regen in die Traufe? Der fühlt sich doch hier wie zu Hause (wie sein Herr Doktor).	Veränderungen und Arbeiten im Langzeitbereich Gemeindenah Versorgung für chronisch psychisch Erkrankte oder Sondereinrichtungen
Behandlung, Entlassung Rückfall = forensische Therapie???	Otmar Hoppmanns Hubert Thevissen	Keine Wohngruppen für psychisch kranke Straftäter? Entlassungen aus forensischer Behandlung als Wurf in's kalte Wasser? Der große Frust des Personals – was können wir verbessern?	Forensik und Allgemeinpsychiatrie Strukturen und Möglichkeiten der komplementären und ambulanten Versorgung von forensischen Patienten

4. Badetag am 25. November 1989 – Rein kommen sie immer			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Das fluppt doch wie am Fließband – Geriatrie is' Waschstraße	Verena Fleck-Hansen Klaus Rösiges	Heute haben wir nur zwei Stunden zum Baden gebraucht. Die Würde des Menschen ist unantastbar/abwaschbar. Gnadenbrot hinter'm Brett, das Abstellgleis vom Abstellgleis. Individuelle Pflege statt Fließbandarbeit, Bezugspflege statt Funktionspflege?	Würde in der Gerontopsychiatrie Bezugspflege, Funktionspflege oder Fließbandpflege Würde und Selbstbestimmung im Alter
Wohin führt die Arbeitstherapie?	Günther Bodewig Willi Steegers	Training für die Arbeitslosigkeit? Beitrag zur Hospitalisierung der Langzeitpatienten? Externer Arbeitsversuch: Ein Weg nach draußen? Wir sind abhängig von der Mitarbeit der Stationen.	Arbeit und psychische Erkrankung Arbeitstherapie auf dem Prüfstand Mitarbeit von Patienten und Gewinn der Institution
Verrückt, versoffen und medikamentenabhängig	Susanne Grabenhorst Uli Hambuch Uwe Kornes	Was steht denn da im Vordergrund? Auf unsere Abteilung gehört der nicht! Verlegen als Verlegenheitslösung? Persönlichkeitsstörung: kriegt die deshalb Sonderrechte? Dem ist nicht zu helfen, den können wir nur möglichst schnell entlassen. Wir füllen das Faß ohne Boden: Suchtarbeit.	Konzepte und Haltungen in der Behandlung von suchterkrankten Menschen Verschieben von Problemen und sich nicht zuständig fühlen Resignation und Übertragung der Hoffnungslosigkeit
Das Basteln am Rande	Susanne Fiedler Erika Wiegers Karl König	Schicken wir den in die Bastelstube? Pausenfüller zwischen Frühstück und Forum? „Ich hab keinen Bock!“ „Dann gehen sie mal in die BT.“	Anerkennung der Arbeit im therapeutischen Team Wertschätzung und Zusammenarbeit
Geistig Behinderte: zu dumm für die Beschwerdekommision.	Brigitte Heinen Andreas Klaußner	Pflegen, pflegen ohne Ende? Jugendpsychiatrie, Landesklinik, HPH [Heilpädagogische Heime, Anm. d. Verf.] und zurück? Perspektive Außenwohngruppe	Versorgungsstrukturen von geistig behinderten Menschen Pflegen, unterstützen und begleiten
Pflegeplanung	Angelika Peters-Götze Wolfgang Böttner	Von oben, von unten oder woher? Für uns, für die Akten oder für wen? Nahziel: Inkontinenz beheben. Fernziel: Abitur? Mit Pflegeplanung gegen Anstaltstrott? Mit Pflegeplanung zum beruflichen Selbstverständnis?	Pflegeverständnis und pflegerische Hilfsmittel aus der Sicht von psychiatrisch Pflegenden Informationsweitergabe und Informationsfluss sowie Dokumentationskonzept

4. Badetag am 25. November 1989 – Rein kommen sie immer			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Und immer wieder Gewalt	Dorothe Duyckers Marlene Barghorn-Offermann Gregor Koch	Tust du mir weh, tu ich dir weh! Ich bin hier ganz allein mit 20 Leuten. Muß ich mir denn alles gefallen lassen? Die Psychiatrie ist gewalttätig, die Psychiatrie macht mich gewalttätig. Bei uns kommt Gewalt nicht vor, wir fixieren rechtzeitig.	Gewalt in der psychiatrischen Pflege Vorbeugung von Gewalt Fixierung und berufliche Identität Berufliche Rahmenbedingungen
Sterbehilfe	Ulla Schenk Rainer Pöppe	Der quält sich doch nur noch rum. So würde ich nicht mehr leben wollen. Wir wollen Leben erhalten. Das kann nur Gott entscheiden. Aufgenommen zum Sterben, Pflegeziel würdiger Tod?	Berufsethik und ethisch-moralisches berufliches Handeln Sterbehilfe ethisch vertretbar – oder Anrecht auf Begleitung
Voll im Trend: Ambulante Betreuung jetzt auch bei uns	Rosi Roebers Marianne Pötters Klaus Hantel	Unterstützung oder Kontrolle durch das Ambulanz- und Familienpflege-team? Die Schwester kommt zu mir nach Hause, habe ich es gut? Entlassen, doch die Klinik läßt mich nicht los. Bedrohen wir die Arbeitsplätze unserer Kollegen auf den Stationen?	Belagertes Wohnen und Hilfe im Alltag Kontrolle und Hilfe im Spannungsfeld Ambulant vor stationär – Psychiatrie-Enquête
In der Forensik knallt es selten	Emmy Hüpkes Achim Wahl Ulli Feldmann	... und brodeln es oft. Selbstverantwortlichkeit auch in der Klapse? Wie oft hör ich lieber nicht hin? Morbus Ausnahme: ein Problem forensischer Teamarbeit.	Besonderheiten der Forensik Selbstverantwortliches Handeln und Teamarbeit Konzepte im Kontext von Forensik
Ich arbeite mit Tätern	Doris Firlas Ulli Feil	Herr K. ist eigentlich sehr nett. Als ich das Urteil las, wurde mir fast schlecht. Wir wollen helfen, nicht bestrafen. Helfen wir zu verdrängen?	Biographie, Tat und Entwicklung einzelner Patienten in der Forensik Tat und Auswirkung auf die Beziehung und den Umgang der Mitarbeitenden
Bei der Familie kein Wunder: Vom Umgang mit Angehörigen	Ruth Vogel Helmut Höfer Günther Wolowski	Die sollen sich doch raushalten! Der Ehepartner als Hilfstherapeut? Solidarität oder Schuldzuweisung? Was wir von Angehörigen lernen können.	Angehörige und professionelle Mitarbeiter können voneinander lernen Über- und Unterforderung von Angehörigen
Was passiert nach dem Abendessen?	Monika Tüffers Bernd Bachschuster	Zeitliche Freiräume in der Krankenpflege: Luxus, Bequemlichkeit oder Notwendigkeit für vernünftige Arbeit? Was ... noch mehr arbeiten? Alles läuft doch gut, warum den Stationsablauf ändern?	Tagestrukturierung und abendliche Gestaltung Ende des Tages wichtiger Zeitpunkt für Rituale

4. Badetag am 25. November 1989 – Rein kommen sie immer			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Irgendwann bringt der sich doch eh' um: Vom Umgang mit suicidalen Krisen.	Susann Kornack Peter Seidel	Sie werden schon sehen, was Sie davon haben, wenn ich mich umbringe! Dafür tragen Sie die Verantwortung! Dafür trage ich nicht die Verantwortung! Immer, wenn die Dienst hat, passiert sowas.	Umgang mit Suizidalität und Suizidprävention Aufgabe und Grundlagen des Handelns in der Pflege
TEAM – ein Wort mit vier Buchstaben!	Michael Becker Jürgen Becker	Therapierte, emanzipierte, ausgebrannte Mitarbeiter Total egal alles Mist Konkurrenz belebt das Geschäft.	Teamentwicklung, Teamzusammensetzung, Teamfähigkeit
Helfen Pillen wirklich?	Geli Neues Nils Greve	Soteria Bern: Es geht fast ohne ... Arznei! Asmus Finzen: Ich würde mich mit Leponex behandeln lassen. Vom lästigen Mitbürger zum neurologischen Pflegefall: der Segen der Neuroleptika. Prof. Börgner: Dr. Halolowitsch und die Pharmareferenten: „Wir wollen auch leben!“	Reflexion der eigenen Haltung zu Psychopharmaka Alternativen zu Medikamenten Wirkung, Nebenwirkung und Forschung
Spiel und Lust gegen Anstaltsfrust	Birgit Maleska Roland Tohang	Was ist wichtiger: Nachtschränken auswaschen oder Gesellschaftsspiele? Blindekuh auf der Aufnahme, Fußball mit alten Omas? Mensch ärgere mich nicht!	Beschäftigung und Tagesstrukturierung als pflegerische Aufgabe
Sozialpsychiatrische Zentren (SPZs)	Edith Lörcher Jelka Klaric Dieter Schax	... lösen die Kliniken auf? ... werden dicht gemacht? ... schufteten sich kaputt? ... verhindern Langzeithospitalisierung? ... werden immer mehr.	Vernetzung und Versorgungsstrukturen Orientierung an Patienten oder MA
Alte Hasen – junge Spinner	Vivianne Kohn Norbert Schalast	Neue Besen kehren gut. Das haben wir auch schon probiert. Initiative stört das Team. Der Sumpf macht alles gleich.	Jung und Alt in der psychiatrischen Pflege als Dauerbrenner
Abschlußveranstaltung – Moderation: Angelika Peters-Götze und Klaus Hantel Motto: „Immer Ärger mit der Anstalt“ – Entlassungsbemühungen und Nachsorgearbeit im Umfeld einer Großklinik Teilnehmende: Sozialpsychiatrischer Dienst; Otto-Vetter-Haus; Laienhelfer; Drogenberatung; Sozialpsychiatrisches Zentrum Mönchengladbach; Bewährungshilfe, Sozialstationen; Psychiatrische Hilfgemeinschaft; Kontaktzentren; Angehörige, Vormund; niedergelassener Arzt			

Zielsetzung und Themen des fünften Badetags am 03. November 1990 – Die DGSP geht baden. Alles nur Schaum?

Vorwort zum Tagungsprogramm:

Es gibt Veränderungen in der Psychiatrie. Doch ist dies immer gleichbedeutend mit Fortschritt? Sind die neuen Entwicklungen nur Schaum, unter dem die „alte Psychiatrie“ mit ihrem wöchentlichen „Badetag“ unverändert weiterlebt? Sind die Pflegekräfte, die wohl wichtigste Mitarbeitergruppe in der Psychiatrie, Triebfeder oder Hemmschuh für Veränderungen?

Ambulanzen, Familienpflege, Sozialpsychiatrische Zentren, Angehörigenarbeit, Leponex, Flucil und manches mehr signalisieren Fortschritte. Aber welche Spuren haben diese Entwicklungen neben Spätdyskinesien auf den Langzeitstationen hinterlassen? Haben sie die geistig Behinderten, die Alten, die Forensik erreicht? Bleibt die Klinik die Zwangsheimat, weil viele Heime nicht besser sind?

Was hat sich im beruflichen Alltag verändert? Ist das Arbeiten in der Geriatrie weniger belastend geworden? Macht Leponex weniger Gewissensbisse als Elektroschock? Gibt es keine Gewalt mehr? Erleichtern die Spezialisten für Sport, BT, Gruppengespräche und Hausbesuche die Arbeit der Schwestern?

Ist es den psychotherapeutisch ausgerichteten Mitarbeitern gelungen, Chronifizierung zu verhindern, einen gewaltfreien Umgang zu gewährleisten, durch Gleichberechtigung in supervidierten Teams alle Mitarbeiter zufriedenzustellen? Wie steht es um die Teamarbeit, diesen sozialpsychiatrischen Schlüsselbegriff? Wie hoch ist der Schaumgehalt des Wortes? Wieviel ärztliche Bevormundung der Patienten und Mitarbeiter wurde abgebaut?

Welche Rechte haben die Patienten? Hat der neue ambulante Bereich dabei Rückwirkungen auf die Stationen, auf denen die personellen Lücken mit Hilfskräften zugehäumt werden? Welches Gewicht hat dabei noch die Gestaltung eines therapeutischen Milieus auf der Station durch die Pflegekräfte angesichts der Tatsache, daß es dafür noch immer keine allgemein anerkannten Regeln gibt, die biologistische und psychotherapeutische Ausrichtung aber zunimmt?

Hat die Sozialpsychiatrie im Alltag der Stationen Veränderungen bewirkt? Liefert sie Hilfestellungen für Anfänger, Unzufriedene und Neugierige? Oder liefert sie nur den Schaum für die Stationskonzepte, um die unveränderte traurige Wirklichkeit zu verdecken?

Bei der Diskussion dieser und anderer praxisbezogener Fragen mit Teilnehmern aus allen Berufsgruppen wünschen wir Ihnen viel Spaß und Anregungen.

Begrüßt wurden die Teilnehmenden vom Pflegedienstleiter Herrn Kunde, vom Ärztlichen Leiter Herrn Dr. Pöppe und von Herrn Becker aus der Vorbereitungsgruppe der Rheinischen Landesklinik Viersen (RLK). Das Knofl-Theater Langenfeld sorgte mit Szenen aus der Psychiatrie für einen Einstieg in die 28 Arbeitsgruppen.

5. Badetag am 03. November 1990 – Die DGSP geht baden. Alles nur Schaum?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Der Langzeitbereich als Endstation Sehnsucht	Irene Heimes KR Heidi Meifert KR Martina Zirbel KR alle RLK Viersen	Entlassung als Entwurzelung? Chronisch: Was ist das? Wer ist das? Langzeit = Lange Zeit für wen? Abstellgleis, Heimatbahnhof? Notbremse? Umsteigen noch möglich? Was kann man für PatientInnen und MitarbeiterInnen tun?	Definitionen von chronisch Patienten und Mitarbeiter gleich hospitalisiert und Konzepte der Enthospitalisierung Möglichkeiten der Veränderung

5. Badetag am 03. November 1990 – Die DGSP geht baden. Alles nur Schaum?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Krankenpflegeschüler	Ralf Funk, Pflegeschüler Wolfgang Küster, Unterrichtspfleger Allg. Krankenhaus Viersen Manfred Platzmüller, Pfleger ⁵ RLK Viersen	Heiß begehrt und kalt abgeschreckt: Praxisschock. Sind sie fit, werden sie versetzt. Lernzielkatalog: Papier ist geduldig. Sterben die Krankenpflegeschüler in der Psychiatrie aus?	Theorie-Praxis-Verknüpfung in der Pflegeausbildung Einhalten von Formalien Motivation für und Attraktivität des Pflegeberufs
Die Oligophrenie in der Mehrklassenpsychiatrie	Ute Lautermann, Erzieherin Regina Schwertfeger, KR Manfred Nowak, Dipl.-Päd. Lothar Schinkels, KR alle RLK Viersen	Keine Psychologen in den Schwerbehindertenbereichen? Pflegen, pflegen und kein Ende. Die Arbeit geht an die Substanz, aber bei uns hat sich so viel verbessert.	Arbeit mit geistig behinderten Menschen als Aufgabe für alle Berufsgruppen in der Psychiatrie Pflege gleich „nur Grundpflege“ versus umfassendes Pflegeverständnis
Für Zärtlichkeit und Sexualität kein Raum?	Dorothee Dyckers, KR Gerlinde Fritsch, KR Fred Lüttger, Dipl.-Psych. alle RLK Viersen	Wir sind kein Stundenhotel! Besuch auf den Zimmern, das geht zu weit. Als Neutrum auf Station. „Die Spritze nehme ich nicht, die macht mich impotent.“	Umgang mit Sexualität in der Pflege Sexualität und Medikamente Möglichkeiten und Grenzen eines Umgangs mit Sexualität
Und immer wieder Gewalt	Marlene Berghorn-Offermann, Ärztin Holger Götze, Pfleger beide RLK Viersen	Der gute Patient hat nichts zu befürchten. Wie lernt man die Krisenintervention mit Gurt, Cocktail und blauem Salon? Unser Kollege kam gestern ins Krankenhaus: Wer schützt die MitarbeiterInnen?	Gewaltprävention als gemeinsame Aufgabe Fortbildung Deeskalation, Milieugestaltung und Gewalt
Forscher, Schlucker und Verteiler: Helfen Pillen wirklich?	Ursula Schenk, KR Michael Becker, Pfleger Peter Seidel, Arzt alle RLK Viersen	Wundermittel oder chemische Zwangsjacke? Hochpotente Neuroleptika verbieten? Haben sie das Zeug eigentlich schon mal probiert? Die Nebenwirkungen sind sicher recht unangenehm, aber da müssen Sie durch!	Umgang mit Psychopharmaka Pflege und Medikamente (verordnet nicht, gibt sie jedoch) Wissen über Nebenwirkungen und Wirkungen
Alt und dann auch noch verrückt im Kopf	Kirstin Amberg, KR Rosemarie Newig, Dipl.-Psych., Ärztin beide RLK Viersen	Welcher Tag ist heute? Schwester, wo geht es hier raus? Endstation Gerontopsychiatrie?	Gerontopsychiatrie und Einstellung zum Arbeitsplatz Umgang mit alten und verwirrten Menschen

⁵ Anmerkung im Programm: „Bitte entschuldigt die formalen Mängel, z. B. die Berufsbezeichnung ‚Pfleger‘ statt ‚Krankenpfleger‘.“

5. Badetag am 03. November 1990 – Die DGSP geht baden. Alles nur Schaum?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Wohngemeinschaft: eine Alternative zur stationären Behandlung?	Doris Firfas, KR Hubertus Fichte, Pfleger beide RLK Viersen	Kochen, putzen ... ist das alles? Erfahrungsaustausch von MitarbeiterInnen, die in Wohngruppen tätig sind.	Aufgaben im komplementären Bereich Alltag begleiten und Konzepte entwickeln
Ambulante Pflege in Sozialstation und SPZ	Irene Fischer, KR Caritas Viersen Jelka Karic, SPZ Mönchengladbach Inge Rheinfelder, Caritas Viersen Dieter Schax, SPZ Mönchengladbach	Die Maßstäbe verändern sich: Körperpflege, saubere Tischdecken ... was ist wirklich wichtig? Bereitet die Klinik auf das Leben vor, oder bewahrt sie vor dem Leben? Wie problematisch ist die Zusammenarbeit?	Stationär und ambulant – Vorbereitung der Entlassung Alltag, Begleitung und Betreuung Maßstäbe von Patienten, Angehörigen und Professionellen Aufgaben ambulanter psychiatrischer Pflege
Familienpflege – ein Modell für wen?	Rosemarie Roebers, KR Georg Ruhm, Pfleger beide RLK Viersen	Wahlverwandtschaft: Habe noch ein Zimmer frei! In der Fremdfamilie soll es besser gehen als in der eigenen Familie: Darf das wahr sein? Wer half mir, der scheinbaren Rabenmutter? Welche Familie erfüllt alle Kriterien? Und welche Station läßt gerne ihre Besten gehen?	Begleitung von Familienpflege als Aufgabe der professionellen Mitarbeiter Vorurteile, sinnvolle Konzepte und Mut zu Neuem Indikation für Familienpflege
Jetzt werden auch noch die Angehörigen eingespannt!	Klaus Hantel, Arzt RLK Viersen Dietmar Knepper, RLK Mönchengladbach	Erleichterung für alle? Von der Familientherapie bis zur Selbsthilfegruppe: Erfahrungen mit Angehörigenarbeit	Unterstützung von Umfeld, Angehörigen und Bezugspersonen Therapeutische und Unterstützungskonzepte für Angehörige
Wohin führt die Arbeitstherapie?	Günther Bodewig, Arbeitstherapeut Horst Gabriel, Dipl.-Psychologe Willi Slegers, Arbeitstherapeut alle RLK Viersen	Training für die Arbeitslosigkeit oder für große Behindertenwerkstätten? Externer Arbeitsversuch: Weg nach draußen oder frommer Wunsch?	Konzepte der Arbeitstherapie Eingliederung ins Arbeitsleben und/oder sinnvolle Tätigkeit Auffassung von Arbeit und Sinnerfüllung
Wie geht man in der Forensik miteinander um?	Sigrid Schommer, KR Achim Wahl, Pfleger beide PLK Viersen	Bin ich Wärter? Mit dem Urteil soll er wieder raus? Der Patient wirkt recht normal, da verliert sich die Distanz. Wer ist für die forensische Therapie ausgebildet?	Pflegerisches Selbstverständnis in der Forensik Fortbildung für die Tätigkeit in der forensischen Psychiatrie Forensik und Nachsorge bzw. Prävention

5. Badetag am 03. November 1990 – Die DGSP geht baden. Alles nur Schaum?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Fitmachen zum Weisersaufen?	Uli Hambuch, KR Uschi Janssen, KR beide RLK Mönchengladbach Carola Tenhonsel, Sozialarbeiterin Manfred Heinen, Arzt beide RLK Viersen	Fragen zum Thema Sucht: Nur schnell entlassen? Wer ist an der Drehtür schuld: Therapeuten, Gesellschaft? Die Arbeit hier macht mich mißtrauisch.	Sinn und Zweck von Suchttherapie Konzepte in der Suchttherapie Eigenreflexion und Arbeit mit suchterkrankten Menschen Nachsorge von Suchterkrankten Präventive Aktionen
Was machen Akademiker Heiligabend?	Susann Kornack, Alexianer Krankenhaus Krefeld Karl König, Psychologe, Arzt, RLK Viersen	Die Teamarbeit endet um 17 Uhr: Arztgespräche sind schrecklich wichtig, aber nicht am Abend. Sonntags gibt es keine Gruppen, feiertags keine Beschäftigungstherapie. Schichtdienst für alle? Sind die Anreden „Herr Doktor“ und „Fräulein Schwester“ mehr als nur Floskel? Vielleicht Hierarchie?	Teamarbeit, Zusammenarbeit und Dienst zu „ungünstigen“ Zeiten Hierarchie im Krankenhaus Zusammenarbeit und gemeinsame Konzepte sind machbar
Die Stationen werden jetzt wieder größer	Aurel Büder, Pfleger Dreikönigenhaus Köln Peter Groß, Pfleger Personalrat RLK Viersen	Der KR-Tarif verhindert weiter fachgerechte Pflege: mehr Patienten = mehr Personal = mehr Geld für Leitende. Ambulant bleibt Silber, stationär Gold: Meine KR-8-Stelle gebe ich nicht mehr her! Wer will da einen Überlassungsvertrag, um draußen Neues zu entwickeln? Wieso Fortbildung? – Ich habe sowieso bald KR 5. Werden Oberärzte auch nach Unterstellung bezahlt?	Ungleiche Bezahlung im Krankenhaus, z. B. Unterstellungsverhältnis Schlechtere Bezahlung im ambulanten und komplementären Bereich Durchlässigkeit von „drinnen“ nach „draußen“ Fortbildung – freiwillig oder Pflicht Veränderungen rückwärts statt vorwärts
Der Dienstplan, ein Dokument	Manfred Neiken, Pfleger RLK Mönchengladbach Peter Groß, Pfleger RLK Viersen	Für jeden gleich? Freizeit nicht eingeplant. Diese Woche schon wieder auf drei Stationen eingesetzt. Man muß ja flexibel sein. Diskussion von Planungs- und Arbeitszeitmodellen.	Dienstplan, Freizeitplan und „Springer“ Arbeitszeitmodelle und Dienstplangestaltung Konzepte und Teambildung
Was passiert nach dem Abendessen?	Monika Tüffers, KR RLK Viersen	Zeitliche Freiräume in der Krankenpflege: Luxus, Bequemlichkeit oder Notwendigkeit für vernünftige Arbeit? Was, noch mehr arbeiten? Alles läuft doch gut, warum den Stationsablauf ändern?	Tagesstrukturierung und sinnvolle Freizeitgestaltung Tageszeiten und notwendige Unterstützung Orientierung am Patienten

5. Badetag am 03. November 1990 – Die DGSP geht baden. Alles nur Schaum?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Pflegerische Arbeit in der Forensik	Frank Hermann, Pfleger Mathias Smit, Pfleger Hubert Thevissen, Pfleger alle RLK Viersen	Selbstverständlich arbeiten hier Frauen. Kann man hier gerne arbeiten? Behandeln, helfen oder wegsperren? Welche besonderen Probleme gibt es bei der Arbeit mit süchtigen und psychisch kranken Straftätern?	Forensische Psychiatrie und Selbstverständnis der Pflegenden Frauen in der Forensik (Patienten und MA) Besonderheit von Sucht bei forensischen Patienten
Verrückt und auch noch abhängig!	Christoph Fröhlich, Pfleger Julian von Maydell, Arzt beide RLK Viersen	Wer fühlt sich zuständig? Verwahren oder gewähren, schonen oder konfrontieren, dirigieren oder motivieren? Wie soll man mit Mehrfacherkranken umgehen?	Sucht und Mehrfachbehinderung Umgang mit suchterkrankten Menschen Haltung, Unterstützung, Konzepte und Grenzen
Freizeitgestaltung	Bernd Baumschuster, Pfleger, RLK Viersen	Gibt es etwas anderes als Gartenausgang und Mensch-ärgere-dich-nicht?	Freizeitgestaltung und Gesundheitsförderung Arbeit, Entspannung und Geselligkeit Wissen und Kompetenzen für die Gestaltung von Freizeit
Wir Mitarbeiter als Vorbilder für erfolgreiche Lebensgestaltung	Marlies Esser, KR Norbert Schalast beide RLK Viersen	In den Augen der Patienten bemerkenswert stabil. Im Dienst selbstsicher, einfühlsam, zuversichtlich, für eigene Zweifel kein Platz	Selbstbewusstsein und Selbstverständnis der MA Vorbild sein als Grundlage des Handelns
Nachtwachen	Hans Corsten, Pfleger Klaus Rösches, Pfleger beide RLK Viersen	... müssen ausbaden, was tagsüber nicht läuft. Vernachlässigt, überflüssig, nicht für voll genommen?	Bedeutung der Arbeit während der Nacht auf einer psychiatrischen Station Rolle und Selbstverständnis von Nachtwachen und Zusammenarbeit mit dem „Tagdienst“
Wie verliert man seinen Namen?	Käthe Köster, PDL RLK Mönchengladbach Rainer Pöppe, Leitender Arzt RLK Viersen	Omi, Schätzchen, Gretchen – jetzt gehen wir mal aufs Klo. Nicht ausrottbares Übel oder Ausdruck guter Beziehung? Geduzt wird auch in der Forensik und im Akutbereich.	Arbeit und Selbstverständnis in der Gerontopsychiatrie Würde und Alter Duzen – Siezen als Respekt
Diese Depressiven machen mich fertig	Sigrid Ehls, Ärztin Jürgen Becker, Pfleger beide RLK Viersen	Wie gehe ich mit jammernden, interesselosen, bedrückten, hilflosen Menschen um?	Wissen und Kenntnisse sowie Umgang mit depressiven Menschen Eigene depressive Anteile Konzeptionelle Ansätze in der Depressionsbehandlung

5. Badetag am 03. November 1990 – Die DGSP geht baden. Alles nur Schaum?			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Teamarbeit oder Einzelgespräche?	Marina Neuhoff, KR Angelika Peters-Götze, KR beide RLK Viersen Nils Greve, Oberarzt RLK Langenfeld	Jeder Therapeut hat ein anderes Hobby. Bei uns machen sie jetzt Familientherapie: Ein Rückschritt für die Milieuthherapie? Machtkämpfe im Team um die therapeutische Richtung? Welche Rolle will das Pflegepersonal?	Pflegerische Konzepte und ärztliche Konzepte ergänzen sich Machtkampf um die „Vormachtstellung“ Selbstverständnis und theoretische Konzepte der psychiatrischen Pflege
Milieuveränderungen im Langzeitbereich?	Ruth Vogel, Psychologin Bärbel Wilderberg, KR beide RLK Viersen	Was können wir tun? Wer, wann, was, warum?	Milieugestaltung als psychiatrisch-pflegerische Aufgabe Theoretische Ansätze und Konzepte für den Alltag
Fit fürs Altenheim ...	Monika Gretenkort, Ärztin Franz Offermann, Pfleger beide RLK Mönchengladbach	Sedieren statt aktivieren? Erarbeitung von Pflegekonzepten in der Gerontopsychiatrie.	Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie
Abschlußdiskussion: „Die Psychiatrie am Niederrhein zwischen 1970 und 2000. Was wird aus Bedburg-Hau?“ Diskutanten: Asmus Finzen, Basel / Maria Rave-Schwank, Riedstadt / Peter Kruckenberg, Bremen / Alexander Veltin, Tübingen / Eckard Kleinlützum, Mönchengladbach			

Die Dokumentation der Badetage zeigt auf, dass diese Fortbildungen sich an den Problemen der Basis orientieren und alle Rheinischen Landeskliniken diese Möglichkeit nutzen.

Die Vorbereitung wird von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gemacht, die das, was von Mitarbeitenden angesprochen wird, aufgreifen. Daher wiederholen sich die Themen und Fragestellungen und wirken häufig identisch.

Ergänzung: Ein weiterer Badetag ... die Fachtagung für Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie der BGSP

Die Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (BGSP) hat die Viersener Badetage übernommen – hier wird der dritte aus dem Jahr 1989 dokumentiert, der in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin stattfand –, um anschließend die Inhalte zu beleuchten.

Vorwort zum Tagungsprogramm:

Die bewährte Crew um Wolfgang Keller hockt bereits in den Startlöchern, Seife und Handtuch liegen bereit und das Knofl-Theater ölt die Stimmbänder – der 3. Badetag 1989 kann losgehen.

Jawohl, zum 3. Mal bereits treffen sich Krankenschwestern und Krankenpfleger, um miteinander zu diskutieren, Erfahrungen auszutauschen, zu tratschen und zu meckern, und sich auch mal gegenseitig einzuseifen.

Als Arena dient uns schon zum 3. Mal die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, nachdem wir letztes Jahr die Gastfreundschaft der Nervenklinik Spandau strapaziert haben. Überhaupt scheint „Bonnie's Ranch“ die Stamm-Badestube zu werden. Ihr verdanken wir entscheidende Impulse und immer wieder neue neugierige Mitstreiter. So hat uns letztes Jahr Agnes Merten mit ihrem engagierten Referat zum Thema „Pflegerotstand“ auf Trab gebracht – dieses Jahr wird Wilma Jarnack diesen Part übernehmen. Aber nicht nur die zurückliegenden Badetage verdanken ihr Gelingen den aufgeweckten Kollegen der KBoN: der Badetag entfleucht den Fittichen der BGSP und wird sich als Pflegekind bei ihnen einnisten. Uns vom Vorstand der BGSP ergeht es wie wohl allen Eltern. Wehmütig und mit einer Träne im Knopfloch beobachten wir „unseren“ letzten Badetag, wir sind stolz, daß er so groß und selbständig geworden ist, und wir sind ein wenig erleichtert, daß wir die Windel wegwerfen können. Natürlich wünschen wir dem Badetag umso mehr viel Erfolg, und wir bedanken uns ganz herzlich bei den neuen Pflegeeltern. Und nächstes Jahr werden wir ganz bestimmt wieder dabei sein. Als Gast.

Genug gebadet, Kollegen? Noch lange nicht!

Das Einführungsreferat von Wilma Jarnack hatte das Thema: „Pflege im Wandel eines Jahrhunderts“.

Anschließend spielte das Knofl-Theater, die Kolleginnen und Kollegen aus Langenfeld, „Neue Szenen aus der alten Psychiatrie“.

Fachtagung für Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie der BGSP, 1989			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Krankenpflegepersonal – Wundertüte oder Knalltüte	Michael Moebus	Welche Ausbildung brauche ich in der psychiatrischen Pflege? Krankenpflege, Sozialarbeit, Psychologie, Halbkreisingenieur (Reinigungskraft) ...	Qualifikation, Aufgabenbereiche und Identität
Kein Wunder bei den Eltern!	Reiner Leichtenberger Katrin Schüler	Angehörige im Stationsbetrieb, Umgang mit Angehörigen	Angehörige
Ruhe ist die erste Patientenpflicht!	Marion Koletzki	Medikamente als Lösung für Personalprobleme	Medikamente
Der rote Faden für die Arbeit	Agnes Merten	Tätigkeitsmerkmale für Pflegepersonal – brauchen wir welche?	Tätigkeitsbereiche und Aufgaben der Pflege

Fachtagung für Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie der BGSP, 1989			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Ihr da oben – wir da unten	Hans-Werner Küsel Arnold Mertens	Demokratie in der Klinik – Wunsch oder Wirklichkeit?	Hierarchie und Demokratie
Wart' mal ab, du wirst auch noch ruhiger!	Detlef Heinrich	Generationenkonflikt beim Pflegepersonal	Generationen in der Pflege
Was muß passieren, damit ich in der Psychiatrie bleibe?	Klaus Kedig Martin Schumacher	Keine genaueren Angaben	Motivation zum Arbeitsplatz Psychiatrie
Badetag und was noch ...?	Heike Gutbrodt Corinna Rösler	Was tun wir für uns?	Selbstpflege und Gesundheitsförderung
Forensik – Personal als Spielball der Patienten	Reinhard Holzki Jens Rippert	Von den täglichen Problemen im Stationsalltag aus der Sicht des Pflegepersonals	Pflege in der forensischen Psychiatrie
Vom Säen und vom Ernten ...	Marianne Fiedler Sabine Möloth	Personalpolitik und Arbeitsatmosphäre in der Klinik – hat das eine mit dem anderen zu tun?	Arbeitsatmosphäre und Rahmenbedingungen
Rechtliche Absicherung – Maß allen psychiatrischen Handelns?	Edelgard Vorpahl Walter Nutz	Wie kann die Übernahme von Verantwortung begünstigt werden? Ist das Pflegepersonal rechtlos?	Recht und pflegerisches Handeln, alles absicherbar?
Schachern, tuscheln, jemand eins auswischen	Wilma Jarnack Sieglinde Kube	... oder sind wir ein therapeutisches Team?	Zusammenarbeit im Team
Burn-out-Syndrom	Simone Spieske Marion Sydow	Ausgebrannt und ausgelaugt – was nun?	Burnout oder/und interessenlos
Mobilität des Pflegepersonals?	Helmut Kirchner	Ist die Klinik die einzige Möglichkeit oder welche Voraussetzungen brauchen wir, um „raus“ zu gehen?	Merkmale ambulanter psychiatrischer Pflege
Stationshilfen und Pflegepersonal reden über Probleme	Rita Schenk Rosemarie Braun	Keine genaueren Angaben	Zusammenarbeit und Konflikte

Fachtagung für Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie der BGSP, 1989			
Thema	Referent*in/ Moderator*in	Beschreibung/Fragen	Anmerkungen/Inhalte
Dienstplangestaltung und Tarifrecht	Peter Burgpaß Christiane Kohl	Recht und Realität!	Bezahlung, Arbeitsrecht, Organisation
Dezentralisierung	Heinz Hartmaring Michael Zinke	Wer oder was geht raus und was oder wer bleibt zurück?	Durchlässigkeit stationär – ambulant
<p>Abschlußplenum mit Resultaten aus den Arbeitsgruppen Im Anhang des Programms ist zu lesen, welche Intension der bisherige Veranstalter BGSP hatte: Geleichgesinnte treffen, auf neue Ideen kommen ... Die eigene Praxis kritisch überprüfen, neue Kraft für den beruflichen Alltag schöpfen – das sind die wohl wichtigsten Gründe, sich auf Fortbildungsveranstaltungen und Tagungen umzusehen. Man trifft alte Bekannte, lernt neue Menschen aus dem eigenen Arbeitsfeld kennen, sieht, daß andere dieselben Schwierigkeiten haben, erlebt, wo die Kollegen weiter sind, aber auch, wo sich die eigene Praxis durchaus sehen lassen kann. Tagungen und Kongresse geben Kraft. Doch machen wir uns nichts vor: Solche Veranstaltungen haben auch eine entlastende Funktion. Den Kopf voll neuer Ideen fährt man nach Hause und dann hat einen der Alltag wieder ... Vor Ort ist alles geblieben wie zuvor. Dieselben kleinlichen Spielregeln, die gleichen institutionellen Zwänge, Personalmangel, Arbeitshetze, eine berufliche Praxis, die man eigentlich kaum noch verantworten kann. Da verschwimmen die klaren Ziele schnell. Der Alltag fordert seine kleinen, bösen Kompromisse. Da wirken die Arbeitsergebnisse der Tagung binnen weniger Wochen wie Luftschlösser: „Theoretisch bestechend, aber praktisch nicht umsetzbar.“ Will man nicht im beruflichen Alltag untergehen, braucht es Gleichgesinnte am Ort sowie einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch und Diskussionszusammenhang. In diesem Zusammenhang wirbt die BGSP für die Mitgliedschaft.</p>			

Beim Vergleich der thematischen Inhalte des vierten Viersener Badetags und des dritten Badetags der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., die beide 1989 stattfanden, fällt auf, dass die Themen sich stark ähneln.

Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pflege in der Psychiatrie“

Ein Verdienst der Aktion Psychisch Kranke e. V. war, dass sie als Auswirkung der Enquête-Ergebnisse ab Mitte der 1970er Jahre Fortbildungstagungen mit finanzieller Zuwendung des Bundesministeriums für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit für die Pflege unterstützt hat, bis bei einer Finanzprüfung Ende der 1980er Jahre festgestellt wurde, dass die APK keine Fortbildungsveranstaltungen, sondern nur Informationsveranstaltungen finanzieren darf. Das war das Ende der regelmäßig stattfindenden, stets rege besuchten APK-Pflegetagungen. Während dieses Zeitraums wurden jedoch viele Diskussionen und Veränderungen angestoßen. Bis 1982 fanden die Tagungen im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf statt, danach in Offenbach in Zusammenarbeit des Stadtgesundheitsamtes Sozialpsychiatrischer Dienst und der Klinik für Psychiatrie am Stadtkrankenhaus.

Im Laufe der Jahre stieg die Teilnehmerzahl von ca. 60 auf knapp 300 Personen an. Wir führten am Anfang Teilnehmerlisten, in denen wir die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch gefragt haben, wie lange sie bereits in der Psychiatrie arbeiten und wie oft sie Fortbildungen besuchen. Unsere Ergebnisse, die wissenschaftlichen Kriterien nicht standhalten, waren in der Aussagekraft jedoch nicht zu übersehen: Im Jahr 1983 waren die gut 200 Teilnehmenden zwischen einem und 32 Jahren in der Psychiatrie tätig, im Durchschnitt ca. 12,4 Jahre. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 23 Jahren und 58 Jahren, das Durchschnittsalter bei 34,8 Jahren. Es gab wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die schon andere Fortbildungen besucht haben (darunter vor allem medizinische), die meisten nahmen nach mehr als 10 Jahren Tätigkeit zum ersten Mal an einer Fortbildung teil.

Deutlich wird in diesen Tagungen, dass die psychiatrische Pflege ihre theoretischen Grundlagen mehr ausbauen und diese in den Pflegealltag integrieren muss. Die Pflegewissenschaft ist in erster Linie eine Praxiswissenschaft und daher müssen die Anstöße ebenso aus der Praxis erfolgen wie auch aus Forschung und Lehre. Es gilt theoretische Ansätze mit dem notwendigen Wissen im psychiatrisch-pflegerischen Alltag zu implementieren, aber auch sich mit dem spezifischen Hintergrund der psychiatrischen Pflege ganz selbstverständlich in die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen auf allen Ebenen ganz unbestreitbar einzubringen.

Die Pflegetagungen der APK haben immer versucht, aktuelle Fragestellungen aufzugreifen und sich in den Prozess der Weiterentwicklung, der Professionalisierung und der Etablierung der Pflege im Versorgungssystem einzumischen. Die vielfältigen Themen und die einzelnen Referenten lassen sich nicht mehr vollständig rekonstruieren, da es nur zwei Werkstattdokumente zur Sozialpsychiatrie gibt, die einzelne Tagungen dokumentieren, die meisten Vorträge und Arbeitsgruppendifkussionen waren als Tagungsdokumentationen zusammengeheftet und wurden nicht systematisch archiviert. Deshalb ist die nachfolgende Übersicht teils bruchstückhaft.

1979: 3. Fortbildungstagung – Weiterbildung für Pflegepersonal in der Psychiatrie	
Referent/-in	Thema
Asmus Finzen, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf Hilde Schädle-Deiningner, Wunstorf	Begrüßung und Einführung
Renate Wienekamp, Norden	Motivation zur Weiterbildung durch innerbetriebliche Fortbildung
Asmus Finzen, Wunstorf	Weiterbildung beim Pflegepersonal aus der Sicht der Krankenhausleitung
Günter Meier, Mamolshöhe (Königstein)	Weiterbildung zur Fachkrankenpflege in der Psychiatrie aus der Sicht der Träger
Reinhard Kluge, Göttingen Angela Heitmann, Essen	Was bringt die Fachweiterbildung für die praktische Arbeit aus Sicht der Teilnehmer
Dorothea Winkelmann, Köln	Was bringt die Weiterbildung aus der Sicht der Kursleitung – Schwierigkeiten und Ansätze
Ursula Hiltzinger, Düren	Organisatorische Schwierigkeiten der Weiterbildung aus der Sicht der Pflegedienstleitung
Maria Rave-Schwank	Lerninhalte der Weiterbildung zur Fachkrankenpflege
Ruth Schröck, Edinburgh	Weiterbildung – ein Weg zur gemeindenahen Psychiatrie
Die Tagung hat dazu beigetragen, dass in Wunstorf neben der bereits angebotenen Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. auch die Weiterbildung zur Fachpflege in der Psychiatrie installiert und noch in den 1970er Jahren klinikübergreifend angeboten wurde.	

Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pfleger in der Psychiatrie“

1980: Den psychisch Kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie	
Referent/-in	Thema
Ilse Hauer, Düsseldorf	Pflege am Bett oder am Menschen
Gertud Bednarck und Peter Grund, Emden	Arbeit mit Akutkranken
Annegret Lindemann, Norden	Arbeit mit geriatrischen Patienten
Renate Wienekamp, Aurich	Arbeit mit Langzeitkranken
Gisela Knorr, Riedstadt	Arbeit mit geistig behinderten Menschen
Wolfgang Münster, Langenberg	Pflege in der Suchtkrankenbehandlung
Elmar Dörr, Mönchengladbach-Rheydt	Arbeit im teilstationären Bereich
Hilde Schädle-Deininger, Wunstorf	Arbeit in einer psychiatrischen Ambulanz, im sozialpsychiatrischen Dienst
Jürgen Rave, Monheim	Arbeit in der Gemeinde
Ruth A. Schröck, Edinburgh	Krankenpflege und Forschung
<p>Die Tagung wurde in Schädle-Deininger, Hilde (Hrsg.): Den psychisch Kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 31, Rehburg-Loccum: Psychiatrie Verlag 1981 dokumentiert.</p> <p>„Wenn wir näher unseren Blick auf die Grundbedürfnisse des Patienten, des einzelnen Menschen richten, die Lebensumstände in den Mittelpunkt rücken, den Menschen als Ganzes sehen, nicht nur seinen kranken Anteil oder sein krankes Organ, ergeben sich daraus andere Fragestellungen und Feststellungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> wie kann ich dem Menschen helfen, mit seiner Erkrankung zurechtzukommen? welche Faktoren tragen dazu bei, daß ein Mensch, daß dieser Mensch, krank wird? Welche Bedürfnisse und Verrichtungen kann der Patient selbst in die Hand nehmen und für welche benötigt er Hilfe? Dabei werde ich feststellen, daß sich meine pflegerische Beobachtung nicht nur auf die Krankheit, die Störung beschränken darf, sondern den Patienten als ganzen Menschen mit und in seiner Umwelt wahrnehmen muss. Dabei werde ich außerdem feststellen, daß Menschen sich mit ähnlichem Krankheitsbild ganz unterschiedlich verhalten werden, deshalb auch unterschiedlich „betreut“ werden müssen. <p>Aus diesen Fragen ergibt sich für mich eine Vierteilung psychiatrischer Pflege:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vorbeugende Pflege Individuelle (persönliche) Pflege Versorgende Pflege Aktivierende Pflege <p>Diese ‚Vierteilung‘ ist natürlich nicht so strikt zu trennen, ist sicher auch schwerpunktmäßig in einer ambulanten psychiatrischen Pflege anders als auf einer Akutstation, in der Geriatrie, im Langzeitbereich, bei geistig Behinderten, in einer Tagesklinik oder in einem Wohnheim.“ (Hilde Schädle-Deininger, Vorwort der Dokumentation)</p>	

1981: Pflege in der Psychiatrie	
Referent/-in	Thema
	Begrüßung und Einführung
Christa Winter-von Lersner, Osna-brück	„Zwischen Illusion und Resignation – Überlegungen zum Berufsbild der psychiatrischen Pflege
Wolfgang Münster, Langenberg	Die Welt der Patienten ist draußen – pflegerisches Handeln und institutioneller Rahmen
Isolde Schmidt-Steden, Langenfeld	Ist Pflege Therapie?
<p>Nach jedem Vortrag gab es mehrere parallele Arbeitsgruppen mit Thesen und Forderungen, deren Ergebnisse zusammengetragen wurden.</p>	

Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pfleger in der Psychiatrie“

1982: Vom Krankenhaus in die Gemeinde – Pflege in der Psychiatrie	
Referent/-in	Thema
Asmus Finzen, Direktor des Nds. Landeskrankenhauses Wunstorf Hilde Schädle-Deiningner, Wunstorf	Begrüßung und Eröffnung
Antje Grauhan, Berlin	Pflege heute – Auf dem Weg zur Emanzipation?
Maren Knop, Hamburg	Spannungsfeld Krankenpflege – vom Werden einer psychiatrischen Krankenschwester
Renate Wienekamp, Aurich	Die Rolle der Pflege in der Psychiatrie – machen, was andere anordnen, oder selbst bestimmen, was zu tun ist?
Ulrike Villingner, Riedstadt	Pflege von Langzeitpatienten – wieder auf dem Wege zu Verwahrung?
Hilde Schädle-Deiningner, Wunstorf	Pflege in der Gemeinde – im Spannungsfeld zwischen „Depot-Spritzen-Schwester“ und „Alltagsbegleiter“
<p>Reaktion der lokalen Presse: Hannoversche Allgemeine Zeitung Ca. 150 Experten fordern Intensivierung der Gemeindepflege Grundlegende Reformen in der Betreuung der Patienten haben 150 Teilnehmer einer Tagung der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ im Landeskrankenhaus Wunstorf gefordert. Experten aus dem gesamten Bundesgebiet diskutierten zwei Tage lang das Thema „Vom Krankenhaus in die Gemeinde – Pflege in der Psychiatrie“ und lieferten damit einen weiteren Beitrag zur Neugestaltung der Arbeitsbedingungen in den pflegerischen Berufen. Viele Kranke, die in geschlossenen Anstalten leben, sind nach gründlicher Vorbereitung und bei ausreichender ambulanter Betreuung in der Lage, ein selbständiges Leben im eigenen Haushalt zu führen. Das ist seit Jahren bekannt und wird auch schon praktiziert. Dennoch verlangt diese Betreuung ein Umdenken bei den in der Psychiatrie beschäftigten Pflegern und Schwestern. Weg von der allgemeinen Pflege soll versucht werden, den Patienten durch seinen Pfleger zu mehr Selbständigkeit anzuleiten und ihn für das Leben außerhalb der beschützenden Anstalt zu trainieren. „Wir wollen mitarbeiten, daß die Patienten zurückkehren können in die Gemeinde“, sagt Hilde Schädle-Deiningner, lange Jahre Krankenschwester im Landeskrankenhaus Wunstorf und engagiertes Mitglied der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“. Mit dieser Bitte wendet sie sich an alle in der Psychiatrie Beschäftigten, wobei ihr durchaus bewußt ist, daß bei der Entlassung von Kranken aus geschlossenen Anstalten auch Arbeitsplätze frei werden. „Davor braucht sich keiner zu fürchten, wenn die frei werdenden Stellen in den ambulanten Pflegebereich übernommen werden“, lautet ihr Konzept für die Lösung. Um das zu erreichen, fordert die „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ mehr finanzielle Unterstützung für die Psychiatrie: Um eine bessere Betreuung der Patienten in kleinen Pflegegruppen zu gewährleisten, müssen mehr Pflegestellen geschaffen werden. Immer noch wird dem Patienten ein Teil seiner Selbständigkeit genommen, indem feste „Bettenbezieh- und Badetage“ angesetzt werden, damit mit wenigen Pflegern die organisatorischen Probleme bewältigt werden können. Gefordert werden außerdem mehr Stellen im ambulanten Pflegebereich, um so den allein lebenden Patienten feste Anlauf- und Beratungsstellen zur Seite zu stellen. Anknüpfen will man damit an die Gemeindekrankenpflege und am Beispiel der Sozialstationen – wie es sie auch in Wunstorf gibt –, fachlich geschultes Personal zur Seite zu stellen. Krankenpflege als einen eigenständigen Bereich zu akzeptieren, war eine weitere Forderung. Dabei sollte eine strenge Trennung zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung der Patienten bestehen, und auch Verwaltungsarbeit ist nach Ansicht der Tagungsteilnehmer nicht ihr Arbeitsbereich. Diese Tätigkeiten nehmen den Pflegern die Zeit, sich um die eigentlichen Aufgaben zu kümmern, den Patienten bei der Bewältigung des Alltags zu helfen. In einem abschließenden gemeinsamen Gespräch sprachen sich alle Tagungsgäste dafür aus, die Anregungen bei der Arbeit in den Stationen umzusetzen. Es soll außerdem daran gearbeitet werden, die Probleme im Pflegebereich der Krankenhäuser und psychiatrischen Anstalten noch mehr publik zu machen und sich weiter für Lösungen einzusetzen.</p>	

Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pflege in der Psychiatrie“

1983: Psychiatrische Pflege „drinnen und draußen“	
Referent/-in	Thema
Herr Picard, Vorsitzender der APK Herr Schmitt, Leiter Gesundheitsamt Herr Bauer, Chefarzt Psychiatrische Klinik Stadtkrankenhaus Offenbach Hilde Schädle-Deiningner, Fachkrankenschwester Sozialpsychiatrischer Dienst	Begrüßung und Einführung
Antje Grauhan, Stuttgart	Welche pflegerischen Traditionen sind heute für uns wichtig?
Ruth Schröck, Edinburgh	Der Beitrag der Pflege innerhalb der psychiatrischen Behandlung
Podiumsdiskussion und thematische Gruppen: Elisabeth Anders, Offenbach Dorothee Becker, Offenbach Karin Bothe, Darmstadt Hendrik Graf, Köln Heinz Lepper, Köln Hilde Schädle-Deiningner, Offenbach Ulrike Villinger, Riedstadt Peter Walter, Hildesheim Renate Wienekamp, Aurich	Der Alltag der psychiatrischen Pflege Arbeitsbereiche: Akutstation, Tagesklinik, Wohnheim, Nachtambulanz, sozialpsychiatrischer Dienst, Langzeit und Geriatrie

1984: Der psychiatrische Alltag als gemeinsame Aufgabe verschiedener Berufe und psychosozialer Einrichtungen	
Referent/-in	Thema
Herr Schmitt, Leiter Gesundheitsamt Herr Bauer, Chefarzt Psychiatrische Klinik Stadtkrankenhaus Offenbach Hilde Schädle-Deiningner, Fachkrankenschwester Sozialpsychiatrischer Dienst	Begrüßung und Einführung
Alexander Veltin, Mönchengladbach-Rheydt	Was heißt Zusammenarbeit im psychosozialen Feld, insbesondere zwischen stationären und ambulanten Diensten
Wolfgang Münster, Langenberg Hilde Schädle-Deiningner, Offenbach	Psychiatrische Pflege – Standortbestimmung und Perspektiven
Martin Waelsch	Alltag auf einer psychiatrischen Station: eine Möglichkeit Sozialpsychiatrischer Arbeit
Arbeitsgruppen	
Karin Bothe und Alois Fußner	AG 1: Die Aufnahme des Patienten
Martin Waelsch und Rosel Simonis	AG 2: Gewalt in der Psychiatrie
Helga Venherm und Christina Winkler	AG 3: Der Pflegeprozess – Pflegeplanung – Behandlungsplanung – Ziele
Hilde Schädle-Deiningner und Alexander Veltin	AG 4: Pflege ‚drinnen und draußen‘ – Konkurrenz oder Kooperation
N.N.	AG 5: Wer leitet wen auf Station an? Wer bestimmt die Art und Weise der Behandlung?
Hartmut Berger	AG 6: Teamarbeit – Teamverantwortung oder ärztliche Verantwortung?
Wolfgang Münster	AG 7: Welche Erwartungen haben Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen und andere Mitarbeiter aneinander?
Renate Wienekamp	AG 8: Tagesablauf – Wochenplan: Wer schiebt wem was zu? Wer ist wann anwesend? Wann findet was mit wem statt?
Diese Tagung konnte – trotz eines schrecklichen Brandes unmittelbar zuvor – in den Räumen des Stadtkrankenhauses stattfinden. Obwohl lange nicht bekannt war, ob die Veranstaltung abgesagt werden muss, kamen ca. 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die Tagung fand auch in der Presse regen und ausführlichen Zuspruch.	

Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pflege in der Psychiatrie“

1985: Den psychiatrischen Alltag planen	
Referent/-in	Thema
Holger Heupel, Offenbach, Hessische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Hilde Schädle-Deiningner Wolfgang Münster Isolde Schmid-Rüther	Begrüßung und Einführung
Klaus Dörner, Gütersloh	Chronisch krank – mit Hindernissen leben?
Ruth Schröck, Edinburgh	Der Pflegeprozeß – was bringt die Theorie für die psychiatrische Praxis?
Arbeitsgruppen mit Pro-und-Contra-Diskussion	
Wolfgang Münster, Langenberg Ulrike Villinger, Riedstadt	AG 1: Der Pflegeprozeß als Modell für die psychiatrische Pflege
Isolde Schmid-Steden, Langenfeld Philomina Seidenstricker, Offenbach	AG 2: Woran wird Qualität der Pflege gemessen – Wann ist „Pflege“ gut? Wann wird Pflege gefährlich?
Dorothea Winkelmann, Köln Christa Neumann, Köln	AG 3: Fachkrankenpflege in der Psychiatrie – Aufgaben? Kompetenzen?
Elisabeth Anders, Offenbach Renate Wienekamp, Aurich	AG 4: Zusammenarbeit – gemeinsame Planung der Berufsgruppen, mit dem Patienten/Klienten, wer bestimmt was?
Karin Bothe, Darmstadt Ilona Koppány, Darmstadt	AG 5: Mit der Krankheit leben – Regeln und Planung – Ermöglichen bzw. Wiederermöglichen von Zusammenleben? – Fallen lassen, aufgeben, resignieren, abschieben?
Hilde Schädle-Deiningner, Offenbach Günter Keusemann, Offenbach	AG 6: Ambulante psychiatrische Pflege – Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen
Harald Schulte, Riedstadt Rosel Simonis, Riedstadt	AG 7: Motivation im Alltag – Wer? Wie? Wozu? Warum?

1986: Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?	
Referent/-in	Thema
Prof. Dr. Manfred Bauer, Klinikum Offenbach Hilde Schädle-Deiningner, Fachkrankenschwester im Sozialpsychiatrischen Dienst, Stadtgesundheitsamt Offenbach	Begrüßung und Einführung
Konstanze Koenning, München	Der Weg entsteht beim Gehen – Entwicklungen in der Psychiatrie
Ulrike Villinger, Riedstadt Karin Bothe, Darmstadt	Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?
Renate Wienekamp, Aurich	„Pflege ist notwendig!“ – vom therapeutischen Anspruch zur Alltagsbegleitung
Arbeitsgruppen	
Ulrike Villinger Riedstadt Karin Bothe Darmstadt	AG 1: Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?
Rosel Simonis, Riedstadt Günter Keusemann, Offenbach	AG 2: Was kann die Krankenschwester für sich selber tun? – Psychohygiene der Mitarbeiter
Isolde Schmidt-Steden, Langenfeld Jürgen Vrinssen, Mönchengladbach-Rheydt	AG 3: Pflegeplanung – Vor- und Nachteile
Hilde Schädle-Deiningner, Offenbach Dr. Hartmut Berger, Offenbach	AG 4: Lebensräume und Gesundheitspflege <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie-Mitarbeiter: Mitglied der Gemeinde oder Mitglied der Institution? • Annäherung und Abgrenzung von Professionellen und Nichtprofessionellen – Gesundheit als gemeinsame Aufgabe

Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pflege in der Psychiatrie“

1986: Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?	
Referent/-in	Thema
Georg Vollmer, Fulda	AG 5: Schülerbegleitung – Praxisanleitung. Schwierigkeiten und Erfahrungen bei der Umsetzung von Theorie und Praxis
Lars-Uwe Krüger, Riedstadt	AG 6: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfahrungsaustausch und Konzepte
Helgard Clauss, Darmstadt Irmgard Eitel, Darmstadt	AG 7: Angehörige – ein Hindernis der Pflege? Erwartungen und Möglichkeiten zwischen Angehörigen und Pflegepersonal
Elisabeth Anders Dr. Rainer Dehe	AG 8: Welchen Stellenwert haben teilstationäre Einrichtungen, Wohnheime bzw. Wohngruppen bei der Versorgung psychisch Kranker in der Gemeinde, welche Aufgaben haben Pfleger und Schwestern in diesen Einrichtungen
<p>Podiumsdiskussion: „Psychiatrische Pflege – gestern – heute – morgen“, Moderation: Renate Wienekamp Teilnehmer*innen, Gruppenmoderatoren, Plenum</p> <p>Das Plenum wurde interaktiv gestaltet und beinhaltete viele Facetten psychiatrischer Pflege, bei dem das Gestern, das Heute und das Morgen beleuchtet wurden. Dabei wurde zusammenfassend festgestellt, dass unser Pflegeverständnis für das Heute und Morgen aus dem Gestern resultiert. Es braucht Mut für Veränderungen, vor allem muss sich die psychiatrische Pflege mehr von „drinnen“ nach „draußen“ bewegen und sich entsprechend konzeptionell weiterentwickeln.</p>	
<p>Pressemitteilung vom 12.06.1986 (Pressekonferenz)</p> <p>Die vierte Fortbildungstagung hier in Offenbach, zu der ca. 150 Teilnehmer aus der ganzen Bundesrepublik gekommen sind, befaßt sich – wie die vorhergegangenen Tagungen – schwerpunktmäßig mit der psychiatrischen Krankenpflege.</p> <p>Das Rahmenthema der Tagung: Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?</p> <p>Die Vorträge und die acht Arbeitsgruppen wollen unseren psychiatrischen Reformanspruch – nach der Psychiatrie-Enquête – beleuchten, wie können wir in der Psychiatrie Tätigen, wir Pflegenden mehr das Umfeld, die Angehörigen, Nachbarn, Gemeindeleben in unsere Arbeit einbeziehen, wie kann sich Krankenpflege mehr zur Gesundheitspflege hin entwickeln. Unbestreitbar bleibt dabei, daß psychiatrisches Handeln sinnvollerweise nur im Team stattfinden sollte. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in einem Team kann allerdings nur dann funktionieren, wenn jede Berufsgruppe ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, aber auch ihre Grenzen einbringen und deutlich machen kann. Berufliche Identität ist die Voraussetzung für Teamarbeit.</p> <p>Die Diskussion um die berufliche Identität in der psychiatrischen Pflege hat erst in den letzten Jahren begonnen, deshalb sind Tagungen wie diese für unsere Berufsgruppe wichtig, um Inhalte und Ziele unseres pflegerischen Arbeitens transparent zu machen für Betroffene, die Öffentlichkeit, für die anderen Berufe und nicht zuletzt für uns selbst.</p>	

1987: Psychiatrische Pflege – Qualität zum niedrigen Preis?	
Referent/-in	Thema
Hilde Schädle-Deininger, Fachkrankenschwester im Sozialpsychiatrischen Dienst, Stadtgesundheitsamt Offenbach	Begrüßung und Einführung
Hilde Steppe, Frankfurt am Main	Das Dilemma der pflegerischen Ethik – Anspruch und Berufsalltag
Helgard Claus, Darmstadt	Pflegen als Lernprozeß? – Was kostet uns das? Wie zahlt es sich aus?
Ruth Schröck, Edinburgh, Scotland	Die unbekannt Dimension der Pflegequalität – was läßt sich beschreiben und dokumentieren?
Antje Grauhan, Stuttgart	Menschenbild in der Pflege
Arbeitsgruppen	
Isolde Schmidt-Rüther, Köln Mareile Wurster, Nürtingen	<p>AG 1: Pflegequalität bei verwirrten Menschen Es sollen folgende Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität vorgestellt und bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezug der Verwirrten zu ihrer eigenen Lebensgeschichte • Kontaktaufnahme und Erhalten des Kontaktes zu verwirrten Menschen • Orientierungshilfen im Alltag

Anlage 8: Die APK-Fortbildungstagungen „Pflege in der Psychiatrie“

1987: Psychiatrische Pflege – Qualität zum niedrigen Preis?	
Referent/-in	Thema
Rosel Simonis, Riedstadt Günter Keusemann, Offenbach	AG 2: Pflegequalität bei ängstlich-erregten Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Bedürfnisse des ängstlich-erregten Patienten? • Wo braucht er Hilfe? • Was kann er selbst? • Wieviel Struktur und wieviel Freiraum benötigt er?
Elisabeth Anders, Offenbach Andrea Gaber, Esslingen	AG 3: Pflegequalität bei depressiven Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Depressive Patienten wecken bei uns häufig Ärger und Verdruss • Klagen klingen wie Anklagen • Suizidgefahr macht uns Angst • Welche Betreuungsstrategien sind zu entwickeln für den täglichen Umgang? • Welche Voraussetzungen können wir uns dafür schaffen?
Renate Schichler, Aurich Renate Wienekamp, Norden	AG 4: Pflegequalität bei schwierigen Patienten Hier geht es um Menschen, deren Verhaltensstörungen nicht einfach zugeordnet werden können: <ul style="list-style-type: none"> • Wie lassen wir uns auf sie ein? • Wer entwickelt mit wem welche Ziele? • Können wir sie nicht einfach so schwierig sein lassen?
Hilde Schädle-Deininger, Offenbach Ulrike Villinger, Darmstadt	AG 5: Pflegequalität bei chronisch erkrankten Patienten Um das Ziel „Lebensqualität“ nicht aus den Augen zu verlieren, gilt es über den Spannungsbogen zwischen „Ordnung schaffen“ und „Leben ermöglichen“ zu reflektieren <ul style="list-style-type: none"> • Wieviel Schutz braucht der chronisch erkrankte Mensch und wann? • Wieviel Freiraum brauchen die anderen?
Alexander Kaun, Bad Schussenried Jürgen Vrinsen, Mönchengladbach	AG 6: Pflegequalität bei abhängigen Patienten Wir wollen in der Gruppe einsteigen mit der Frage, welche Suchtgruppen brauchen welche Pflege in welchem Stadium (Entgiftung, Langzeit, Therapie) <ul style="list-style-type: none"> • Welche Anforderungen werden an die Pflege gestellt?
Helgard Clauss, Dieburg Philomina Seidenstricker, Offenbach	AG 7: Berufsethik versus Pflegequalität Wir wollen anhand unserer Erfahrungen im Berufsalltag Wechselwirkungen von Ethik und Qualität reflektieren und verdeutlichen
Renate Brenner, Frankfurt am Main Hilde Steppe, Frankfurt am Main	AG 8: Berufspolitische Fragen Themen dieser Gruppe können je nach Interesse der Teilnehmer sein: <ul style="list-style-type: none"> • Professionalisierung – von der Berufung zum Beruf • Splitterwirtschaft in der Krankenpflege – Fehlen von Solidarität • KR-Tarif • Aus-, Fort- und Weiterbildung
Erfahrungsaustausch zum Rahmenthema „Psychiatrische Pflege – Qualität zum niedrigen Preis“, Moderation: Renate Wienekamp Festgehalten wurden folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> • dass es nach wie vor an wissenschaftlich-theoretischen Grundlagen fehlt und dass diese nur entwickelt werden können, wenn sie auf breiter Ebene diskutiert werden, zum anderen, wenn Informationen sich mit Fortbildung paaren • wichtig erschien auch, dass sich die Berufsgruppe selbst artikuliert, welche Probleme relevant sind und wie sie aus der Sicht der Pflege gelöst werden können • festgestellt wurde, dass es dazu solche Tagungen wie die der Aktion Psychisch Kranke e. V. braucht • betont wurde, dass gerade im Pflegebereich ein großer Nachholbedarf an Fort- und Weiterbildung besteht • Themen wurden gesammelt, die als Grundlage für weitere Tagungen dienen können 	

1987: Psychiatrische Pflege – Qualität zum niedrigen Preis?
<p>Pressemitteilung: Jeder hat ein Recht auf qualifizierte Pflege! Die fünfte Fortbildungs- und Informationstagung der Aktion Psychisch Kranke e. V. in Offenbach befaßt sich speziell mit der Qualität der Pflege. Krankenpflege heute, ob im Allgemeinkrankenhaus, im Psychiatrischen Krankenhaus, in der Tagesklinik, im Wohnheim, in der Ambulanz, in der Gemeinde heißt eben nicht nur Ersatz bieten für durch Krankheit ausgefallene körperliche Funktionen des Menschen. Erkennen und Beachten der körperlichen und seelischen Bedürfnisse des „Patienten“, Hilfe zu geben, wo sie Eigenständigkeit fördern oder wiederherstellen kann, die Gestaltungsfähigkeit des Alltags trotz Krankheit oder Behinderung erlebbar zu machen, das bestimmt Inhalte und Qualität von Pflege. Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Pflegebereichen bieten in Referaten und Arbeitsgruppen Informationen und Fortbildung für ca. 150 Teilnehmer aus der gesamten Bundesrepublik an. Krankenpflege engagiert sich als eigenständige Berufsgruppe auch politisch. Tarifliche Regelungen und das Krankenhausfinanzierungsgesetz z. B. messen Pflege nicht an Qualität, sondern an Quantität (Zahl der nachgeordneten Mitarbeiter, Zahl der belegten Betten). Dieser an den Bedürfnissen des Krankenhauses (vor allem an den finanziellen) orientierte Ansatz verhindert nicht nur dort selbst qualitativ gute Pflege, sondern mehr noch in der Gemeinde, was sich besonders negativ auf die Begleitung und Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen auswirkt. Noch scheint nicht jeder Mensch ein Recht auf qualifizierte Pflege zu haben!</p>
<p>Artikel in der Offenbach Post, 04.09.1987 Pflege in der Psychiatrie auf der Suche nach neuer Identität Tagungsteilnehmer mit Offenbacher Verhältnissen zufrieden. Offenbach (hpf) Das Recht des psychisch Kranken auf eine qualifizierte Pflege und Probleme von Krankenschwestern sowie Pflegern angesichts bestehender Strukturen im Gesundheitssystem: Das waren Themen einer Fortbildungstagung der „Aktion Psychisch Kranke e. V.“ in Offenbach. Drei Tage lang – bis zum heutigen Freitag – diskutierten etwa 150 Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet in der Tagesklinik an der Sprendlinger Landstraße über den erwünschten Wandel im Berufsbild der Pflegekräfte und über Bedürfnisse ihrer Patienten, hörten Referate und arbeiteten in Kleingruppen. Was die Pflege psychisch Kranker betrifft, halten viele der Tagungsteilnehmer die Bundesrepublik noch für ein Entwicklungsland. Ein Entwicklungsland, in dem Offenbach als eine von relativ wenigen fortschrittlichen Inseln angesehen werden kann. Denn in der Lederstadt, darin sind sich die meisten einig, werden Forderungen für die Versorgung psychisch Kranker, wie sie seit vielen Jahren gestellt werden, recht weitgehend verwirklicht. Dazu zählen die Schaffung sogenannter gemeindenaher Dienste, die es erlauben, den Patienten außerhalb von geschlossenen Kliniken in seinem normalen Lebensraum zu betreuen, je nach Bedarf im Wohnheim, der Tagesklinik, in der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle oder ähnlichem. Dazu zählt auch das Vorhandensein von genügend Pflegekräften, die dem einzelnen Patienten entsprechend Zeit widmen, auf seine Probleme eingehen und mehr tun können, als Anweisungen des Arztes zur medizinischen Versorgung umzusetzen. Von einem notwendigen Lernprozess sprechen die Tagungsteilnehmer. Er soll dazu führen, wünscht sich beispielsweise Hilde Schädle-Deining, Organisatorin der Veranstaltung und Krankenschwester im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Offenbach, daß sich Pflege und Schwestern stärker mit ihrem eigenen Berufsbild identifizieren und lösen von einer allzu starken Orientierung an der Schulmedizin. „Erkennen und Beachten der körperlichen und seelischen Bedürfnisse des Patienten, Hilfe da zu geben, wo sie Eigenständigkeit fördern oder wiederherstellen kann. Die Gestaltungsfähigkeit des Alltags trotz Krankheit oder Behinderung erlebbar zu machen“. Das bestimmt nach Ansicht von Schädle-Deining Inhalte und Qualität der Pflege. Ziele, denen nach Ansicht vieler Schwestern bestehende Strukturen wie tarifliche Regelungen und das Krankenhausfinanzierungsgesetz entgegenstehen. Pflege werde, so wird bedauert, häufig nicht an der Qualität, sondern an der Zahl belegter Betten und untergeordneter Mitarbeiter gemessen. Folge waren in der Vergangenheit anonyme „Bettenhochburgen“, in denen psychisch Kranke eher anonym verwaltet als menschlich betreut wurden. Ein Vergleich, in dem Offenbach, darin sind sich die Tagungsteilnehmer einig, gut abschneidet. Eine psychiatrische Abteilung im Krankenhaus mit nur zwölf Betten pro Station, davon können die meisten nur träumen. Normal seien eher 20 bis 30 Betten, wurde berichtet. Und auch mit der Tagesklinik an der Sprendlinger Landstraße, in der 20 Patienten zwischen 8.30 Uhr und 17.00 Uhr von zwei Krankenschwestern, einem Sozialarbeiter, einem Psychologen, einem Arzt und einer Beschäftigungstherapeutin sowie stundenweise einem Pädagogen und einer Musiktherapeutin behandelt werden, ist Mitarbeiterin und Krankenschwester Elisabeth Anders zufrieden. Doch einen Punkt strichen die Tagungsteilnehmer trotz des Lobs für Offenbach heraus. „Hier gibt es keinen Luxus, sondern nur gute Arbeitsgrundlagen, die überall Standard sein sollten.“</p>

1987: Psychiatrische Pflege – Qualität zum niedrigen Preis?
<p>Artikel in der Frankfurter Rundschau, 05.09.1987 Offenbach ist für psychisch Kranke eine „Insel“ Im Bundesgebiet werden Menschen mit seelischen Problemen schlecht versorgt – Pfleger tagten. Offenbach. Jeder dritte Bundesbürger leidet im Laufe seines Lebens an irgendeiner psychischen Krankheit. Zwischen vier und acht Millionen suchen jährlich den praktischen Arzt mit Beschwerden auf, die hauptsächlich seelisch bedingt sind. 600 000 Menschen kommen wegen psychischer Krankheiten zum niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten, 200 000 werden pro Jahr von psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen aufgenommen. Die Zahlen der „Aktion psychisch Kranker“ belegen, wie lebensnah jedem das Thema psychische Erkrankung eigentlich ist. Hautnah bekommen es Krankenpfleger zu spüren, rund 150 von ihnen aus dem gesamten Bundesgebiet nahmen in dieser Woche an einer Fortbildung und Informationstagung der „Aktion“ und des Stadtgesundheitsamtes Offenbach in der Psychiatrischen Klinik in der Sprendlinger Landstraße teil. Das Thema des Treffens hieß: „Psychiatrische Pflege – Qualität zum niedrigen Preis“? Offenbach, so die einhellige Meinung der Fachleute, war der richtige Ort, darüber nachzudenken. Denn Offenbacher, die seelische Probleme haben, sind vergleichsweise gut versorgt, wie die Organisatorin Hilde Schädle-Deiningering berichtete. Eines von vielen Beispielen: die Tagesklinik, in der 20 Patienten täglich zwischen 8.30 Uhr und 17.00 Uhr unter anderem von zwei Krankenschwestern, einem Sozialarbeiter, einem Psychologen, einem Arzt und einer Beschäftigungstherapeutin betreut werden. Neben dieser „Insel“ am Main, deren Einrichtungen Standardniveau haben, erscheint die Bundesrepublik hingegen als psychiatrisches Entwicklungsland, in dem es mit der Versorgung psychisch Kranker nicht so gut bestellt ist. Forderungen an die Politik ließen daher auf der Tagung nicht auf sich warten. Die wichtigste lautet: Pflege darf bei der Leistungszuteilung nicht nach quantitativen Kriterien, etwa der Anzahl der belegten Betten, sondern muß nach ihrer Qualität bemessen werden; sie darf nicht „nur Ersatz bieten für krankheitsbedingt ausgefallene Körperfunktionen“, sondern muß sich an den körperlichen und seelischen Bedürfnissen des einzelnen Menschen orientieren. Kritisiert wurde von Sprecherinnen der Krankenpflege in diesem Zusammenhang, daß der „ganz spezielle Beitrag und die eigene Qualität der Pflege für die Gesundheit“ zu wenig anerkannt und nicht einmal von den dort Tätigen immer selbstbewußt vertreten würden. Seinen Niederschlag findet das unter anderem in der schlechten Bezahlung. „Man muß es sich leisten können, im psychosozialen Bereich zu arbeiten“, meinte eine Pflegerin sarkastisch. Es sei falsch, das Gehalt davon abhängig zu machen, wie hoch die Zahl der nachgeordneten Mitarbeiter oder die der belegten Betten ist, nicht aber das Maß an tatsächlicher Verantwortung für den Kranken. Beklagt wurde auch der Stellenabbau, beziehungsweise die verstärkte Heranziehung nicht ausgebildeter Hilfs- und Ersatzkräfte (wie Zivildienstleistende) infolge der schlechten Finanzlage der kommunalen und privaten Träger. Das sei besonders in einer Zeit zu verurteilen, in der durch die Wirtschaftslage die Lebenssituation vieler Menschen schwieriger werde, sich die persönlichen Probleme häuften und dadurch das soziale und psychische Elend zunehme. Die Folge: immer mehr Menschen werden zum „Fall“ für die Psychiatrie.</p>

1988: Psychiatrische Pflege im Jahr 2000 – was tun wir jetzt?	
Referent/-in	Thema
Hilde Steppe, Frankfurt am Main	Die Bedeutung von Pflege Theorien für die Pflegepraxis
Helgard Clauss, Dieburg	Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 – Ziele der Weltgesundheitsorganisation
Isolde Schmid-Rüther, Köln	Gesunde Beziehungen – gesundes Milieu: der Beitrag psychiatrischer Pflege zu diesen Zielen
Hilde Schädle-Deiningering, Offenbach am Main	Lernen für das Jahr 2000 – Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung heute
Ulrike Villinger, Darmstadt	„Wie geht’s uns denn heute – wir baden jetzt“ – Der Auftrag gefährlicher Pflege
Ruth Schröck, Osnabrück	Wissen und Verantwortung – Gedanken zu politischen Aufgaben der psychiatrischen Pflege
Renate Wienekamp, Norden	Abschlussrunde: „Sind wir auf dem Weg ins Jahr 2000? – Perspektiven 1989 ...“

Anlage 9: Erweiterte Auswertung ausgewählter APK-Tagungen

Die APK-Tagungen von 1986 bis 1988 in der Werkstattschrift Band 46

Die Vorträge der APK-Tagungen sind bis auf einen im Band 46 der Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie⁶ dokumentiert. Ihre Themen sind nach wie vor aktuell, weswegen sie nachfolgend mit ihren Schwerpunkten und inhaltlichen Aussagen wiedergegeben werden. Die Vorträge wurden in der Dokumentation nicht chronologisch angeordnet, sondern in drei thematische Schwerpunkte eingeteilt:

- Der erste Teil befasst sich mit Psychiatrieentwicklung, Menschenbild, ethischen und politischen Grundlagen der Krankenpflege,
- der zweite Teil legt den Schwerpunkt auf Pflgetheorien, Pflegeprozess, Pflegequalität und deren Bedeutung für den Alltag,
- der dritte Teil beschäftigt sich mit der Forderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und ihren Folgen für pflegerisches Handeln.

Wie dem Vorwort der Werkstattschrift zu entnehmen ist, lag allen drei Tagungen die Überzeugung zugrunde, dass Gesundheits- und Krankenpflege eine eigenständige Berufsgruppe im Gesundheitswesen sein kann und muss. Die Veranstaltungen sollten dazu dienen, dass die psychiatrische Pflege ihre eigenen Arbeitsweisen in die psychiatrisch-psychosoziale Versorgung einbringen kann und sich nicht mehr in Grund- und Behandlungspflege spalten lässt, denn die Berufsangehörigen gehen davon aus, dass sich Alltagshandeln ganzheitlich, umfassend, dem einzelnen Menschen angepasst vollziehen muss. Phantasie, Flexibilität, Mut zu Neuem und gleichzeitig Kontinuität und Geduld im Begleiten sind „Tugenden“ einer fachlich qualifizierten psychiatrischen Pflege.

Referent/-in	Thema	Jahr
Teil 1: Psychiatrieentwicklung, Menschenbild, ethische und politische Grundlagen		
Konstanze Koenning, Haldenwang	Der Weg entsteht beim Gehen – Entwicklungen in der Psychiatrie	1986
Antje Grauhan, Stuttgart	Menschenbild in der Pflege	1987
Hilde Steppe, Frankfurt am Main	Das Dilemma der pflegerischen Ethik – Anspruch und Berufsalltag	1987
Ruth Schröck, Osnabrück	Wissen und Verantwortung – Gedanken zu politischen Aufgaben der psychiatrischen Pflege	1988
Teil 2: Pflgetheorien, Pflegeprozess und Pflegequalität		
Hilde Steppe, Frankfurt am Main	Die Bedeutung von Pflgetheorien für die Pflegepraxis	1988
Helgard Clauss, Dieburg	Pflegen als Lernprozess – Was kostet uns das? – Wie zahlt es sich aus?	1987
Ruth Schröck, Osnabrück	Die unbekannt Dimension der Pflegequalität – was lässt sich beschreiben und dokumentieren?	1987
Ulrike Villinger, Darmstadt	Wie gehts uns denn heute – wir baden jetzt ... Der Alltag gefährlicher Pflege	1988
Karin Bothe, Darmstadt Ulrike Villinger, Darmstadt	Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?	1986
Teil 3: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“		
Helgard Clauss, Dieburg	Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 – Ziele der Weltgesundheitsorganisation	1988
Isolde Schmid-Rüther, Köln	Gesunde Beziehungen – gesundes Milieu: der Beitrag psychiatrischer Pflege zu diesen Zielen	1988
Hilde Schädle-Deiningner, Offenbach	Lernen fürs Jahr 2000 – Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung heute	1988

Nachfolgend werden zunächst die Vorträge der ersten beiden Teile der Werkstattschrift aufgeführt, danach folgt jeweils die erweiterte Dokumentation der Jahre 1980 und 1988, dazu muss die Systematik der Werkstattschrift also verlassen werden.

⁶ Schädle-Deiningner, H. (Hrsg.): Pflege – Pflege-Not – Pflege-Not-Stand – Entwicklungen psychiatrischer Pflege. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 46, Bonn: Psychiatrie Verlag 1990.

Werkstattsschrift 46, Teil 1:

Psychiatrieentwicklung, Menschenbild, ethische und politische Grundlagen

Konstanze Koenning, Haldenwang

Der Weg entsteht beim Gehen – Entwicklungen in der Psychiatrie

- Es gilt immer wieder innezuhalten, die Ziele zu überprüfen, um Fehlentwicklungen vorzubeugen und „die Karte der psychiatrischen Landschaft“ zu beleuchten, vielleicht auch neu zu zeichnen.
- „Gemeindenaher Psychiatrie“ ist das Schlagwort, besser wäre von Psychiatrie in der Gemeinde zu sprechen.
- Von der inneren Haltung und inneren Einstellung, mit der wir einen Weg gehen, hängt entscheidend ab, was wir wahrnehmen, in welchem Tempo wir uns bewegen, z. B. wie geduldig wir etwa auch mit den langsamsten Menschen umgehen und ob wir wahrnehmen, was alles am Wegesrand schon da ist – wir müssen inhaltliche Maßstäbe entwickeln, an denen wir unsere Arbeit messen können (z. B. im Hinblick auf Selektion, schwierige, störende und sogenannte unmotivierte sowie chronisch Kranke).
- Wir sollten unsere psychiatrischen Scheuklappen ablegen, unser Denken in Institutionen mal zur Seite stellen und uns auf Erkundungsreise in die Gemeinde begeben.
- Hin und her zu gehen zwischen draußen und drinnen – Behandlung in der Gemeinde heißt auch, daß wir eine Utopie vom Leben in der Gemeinde brauchen, eine Vorstellung, wie denn eine Gemeinde aussehen müßte, in der auch Ausländer, Alte, Kranke, Verrückte ihren Platz haben – das bedeutet vielleicht auch, Faulheit und Langsamkeit schätzen zu lernen – Begleiten und Pflegen vor Heilen und Ändern zu setzen.
- Chronisch krank bedeutet ja zunächst nichts anderes, als daß eine Störung, die Behinderung, welcher Art auch immer, lebensgeschichtlich prägend ist.
- Es geht also um Pflege und Begleitung, um die Herstellung eines lebendigen Klimas, die Ermöglichung von Zukunftsperspektiven, Hoffnungen und Wünschen, die Respektierung der Intimsphäre des Einzelnen sowie auch der Respekt vor dem persönlichen Maß an Nähe und Distanz eines jeden einzelnen Menschen.

Antje Grauhan, Stuttgart

Menschenbild in der Pflege

- Die Bedeutung, die wir dem Menschenbild eines Pflegenden geben, beruht wohl auf der Annahme, daß es sich im Verhalten des Pflegenden ausdrückt – im Verhalten sowohl gegenüber Patienten wie gegenüber Kollegen, daß es demnach für Pflegende geeignete und weniger geeignete Menschenbilder gibt, daß wir aus dem Menschenbild eines Pflegenden etwas über seine berufliche Eignung aussagen können, also auch über seinen persönlichen Erfolg oder Mißerfolg im Beruf und darüber, ob wir ihn als Kollegen schätzen oder nicht.
- Das Menschenbild macht Aussagen über das Wesen des Menschen und den Sinn seines Lebens, über seine Beziehungen zu Mitmenschen, zur Welt und zur Transzendenz. Das Menschenbild ist also ein philosophischer oder theologischer Begriff, d. h. er ist nur der kognitiven Sphäre des Menschen zugeordnet, seinem denkenden Bewußtsein. Das Menschenbild eines Menschen ist Teil seiner Persönlichkeit.
- Die unterschiedlichen Menschenbilder schließen sich nicht von vornherein gegenseitig aus, dies tun allenfalls ihre Extrempositionen, und sie haben gemeinsam, daß sie bipolar sind und damit eine Ausgrenzung erlauben.
- Die Frage der Einschätzung der eigenen und anderer Personen ist für die Pflege wesentlich wichtiger als die Art des Weltbildes und für die Pflege in der Psychiatrie noch bedeutsamer als für die allgemeine Pflege. Die Einschätzung der eigenen und anderer Personen beruht auf Tendenzen oder Verhaltensbereitschaften, die wir Einstellungen (Attitüden) nennen. Sie sind durch Charakter (Persönlichkeitsstruktur), Erkenntnisse und Erfahrungen des Menschen bestimmt.
- Das Sein bestimmt das Bewusstsein (Karl Marx) – wer Patienten nur zu Tests, Gesprächen oder Beratungsstunden sieht, hat im allgemeinen ein optimistischeres Bild von ihnen als der, der die anschließenden Gefühlsdurchbrüche auffangen muß.
- Die Bereitschaft, den Menschen (Patienten und Kollegen) als weitgehend gut, weitgehend der Vernunft zugänglich, weitgehend wertvoll als Individuum und willkommen als Mitglied der Gesellschaft zu sehen, ist abhängig von der Persönlichkeitsstruktur und der Lebensgeschichte – sie ist beeinflussbar – dieser Einfluß geht vom Stand der Ausbildung, von beruflichen Vorbildern, aber auch von der real vorgefundenen Arbeitssituation aus.

Hilde Steppe, Frankfurt/Main

Das Dilemma der pflegerischen Ethik

- Ethische Normen werden einmal von außen gesetzt, indem z. B. allgemein moralische Prinzipien und Werthaltungen auch für bestimmte Berufe gelten oder für sie spezifiziert werden, und zum anderen stellen die Angehörigen eines Berufes selbst oder ihre Repräsentanten in der Öffentlichkeit ethische Regeln auf, die für alle Be-

Anlage 9: Erweiterte Auswertung ausgewählter APK-Tagungen

rufsangehörigen verbindlich sein sollten, Unterscheidung in Rechtsnormen, berufsethische und individualethische Normen.

- Geschichtlich gesehen stand einmal die aus der Bibel abgeleitete moralische Verpflichtung zur Pflege und Sorge für die Armen und Schwachen um Christi Willen im Vordergrund, während andererseits die Versorgung derjenigen Armen und Kranken, die niemand zur Pflege hatten, eine quasi staatliche Pflicht war, die unter anderem auch zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung diente. Diese Unterscheidung zu treffen, ist deshalb so wichtig, weil sie die im 19. Jahrhundert entstehende Berufskrankenpflege in Deutschland vor riesige Probleme in der Bestimmung des berufsethischen Rahmens stellen sollte, so dass mit der Geburtsstunde der freiberuflichen Pflege zwei unterschiedliche Werterahmen für die Pflege existierten.
- Die Umstrukturierung des 19. Jahrhunderts und der damit verbundene Qualifizierungsbedarf der Pflege ging an der Irrenpflege der damaligen Zeit vorbei. Die proletarischen Wärter/-innen brauchte man fürs „Grobe“ oder sie mußten sich in den gegebenen Rahmen einfügen und konnten dann aufsteigen.
- Als zivilisiertes Land gelten für uns die Menschenrechte – die Würde des Menschen ist also unantastbar. Wie steht es mit der Würde vieler Aids-Kranker, die sozial isoliert sind? Wie halten wir es mit den Patienten in der Psychiatrie? Haben wir wirklich noch die Vorstellung, die Pflege sei unpolitisch, wertfrei, einfach von der Sache her gut? Auch dieser Rahmen bestimmt unsere berufsethischen Möglichkeiten.
- Die heutige Pflege ist einerseits ein hochspezialisierter Dienstleistungsberuf, der unter das Kriterium der gesellschaftlich abhängigen Lohnarbeit fällt und damit alle beruflichen Rechte für sich beanspruchen kann. Auf der anderen Seite sind wir jedoch der Garant geblieben für die Humanität im hochtechnisierten und durchrationalisierten Gesundheitswesen. Unsere Stellen fallen der Kostenexplosion oft als erste zum Opfer.
- Berufsethische Normen können nur dann von den Berufsangehörigen akzeptiert werden, wenn ihre Bedeutung für die Berufsausübung praktikabel und einsichtig ist.
- Jeder Beruf, der mit Menschen in abhängigen Situationen zu tun hat, wird sich immer wieder im ethischen Dilemma befinden. Je komplexer die Situation ist, desto komplexer ist dann naturgemäß auch dieses Dilemma.
- Die Veränderung berufsethischer Normen spielt sich im zeitlichen Rahmen von Generationen ab – wie wird unsere Generation diesen Rahmen an die weitergeben, die nach uns kommen?

Werkstattsschrift 46, Teil 2:

Pflege-theorien, Pflegeprozess, Pflegequalität und deren Bedeutung für den Alltag

Helgard Clauss, Dieburg

Pflegen als Lernprozess – Was kostet uns das? – Wie zahlt es sich aus?

- Haben Sie oft erfahren müssen, daß Ihnen Steine im Wege liegen, daß Ihnen andere Steine in den Weg legen? Der Stein erinnert mich an Erfahrungen von Abweisung, von Belastung, von Widerstand leisten und spüren müssen. Deshalb fällt es mir nicht schwer (und vielleicht geht es Ihnen ebenso), den Stein in meiner Phantasie zu einem schweren Brocken werden zu lassen. – Ich muß überlegen, was ich tun kann. Muß ich vorsichtig sein, daß ich mich nicht stoße, verletzte, stolpere? Bin ich selbst solch ein „Stein des Anstoßes“? Wie kann ich mir den Stein aus dem Weg räumen? Schaffe ich's allein, wer kann mir helfen ...
- Welche Merkmale muß unsere pflegerische Arbeit aufweisen, damit sie zu einem Lernprozess wird, aus dem wir kontinuierlich weitere Erkenntnisse gewinnen und diese umsetzen können, so daß aus einem mehr unsystematischen Aneinanderreihen von Handhabungen ein adaptiver Prozess wird?
- Wenn wir erfolgreiche, nämlich differenziert sich anpassende Krankenpflege leisten wollen, benötigen wir eine systematische Arbeitsmethode. Wir müssen unser Vorgehen planen, vorstrukturieren und dadurch durchsichtig machen können. Es geht darum, Pflegemaßnahmen nicht pauschal, sondern differenziert einzusetzen. Nur dann können wir der Gefahr begegnen, daß Individualität und Ganzheitlichkeit zu bloßen Leerformeln werden. Wir können lernen, sie zu berücksichtigen.
- Wir orientieren uns in erster Linie an der Lebenssituation des Patienten, an den notwendigen Hilfeleistungen und den vorhandenen Ressourcen. Hier eröffnen sich bereits viele Möglichkeiten zu lernen. Einmal kann die Fähigkeit entwickelt werden, ein Gespräch in den relevanten Zusammenhängen zu führen, so daß kein „Frage- und-Antwort-Spiel“ daraus wird. Zum anderen und ganz eng damit verbunden ergibt sich die Gelegenheit, Wertschätzung und Interesse zu verwirklichen. Dabei gilt es zu erfahren, wie sich gerade bei ihm oder ihr die Gewohnheiten in einzelnen Bereichen und Aktivitäten des Lebens auf Notwendigkeiten und Probleme in anderen Bereichen auswirken.
- Gemeinsam mit dem Patienten und mittels unserer Fachkompetenz bestimmen wir die Ziele der Pflege. Geschult zu beobachten und wahrzunehmen, verfolgen wir die Reaktionen. Gezielte Beobachtung ist pflegerisches Handeln, Denken in komplexen Zusammenhängen Teil des pflegerischen Tuns.

Anlage 9: Erweiterte Auswertung ausgewählter APK-Tagungen

- Auswerten heißt: auf der sozio-emotionalen und auf der kognitiven Ebene Arbeit zu leisten. Kein Lernen von Fakten, sondern ein Erkennen von Zusammenhängen in speziellen Situationen und die Analyse derjenigen Momente, die transferierbar sind. Exemplarisches, empirisches Lernen. Wir werden dadurch erfahrener, selbstbewußter, kritischer und handlungsfähiger, man könnte auch sagen menschlicher.
- Mangelnde Kooperation führt zum Gegeneinanderarbeiten, oft werden die ohnehin aufgrund des Personalman- gels stark belasteten Ressourcen jedes Einzelnen sinnlos verbraucht. Quantität ist nicht gleichbedeutend mit Qualität und guter Arbeit. Eine regelmäßige Entwicklung durch Lernerfahrungen macht den Lernprozeß in der Pflege im Alltag möglich.

Ruth Schröck, Osnabrück

Die unbekannt Dimension der Pflegequalität

- Eine Herausforderung hat in den letzten Jahren nicht nur die Diskussionen im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen gelenkt und manchmal beherrscht, sondern ist auch zum Tenor einer sozialökonomischen Debatte in allen westlichen Industrieländern seit Mitte der sechziger Jahre geworden. Wieviel Geld, als eine menschliche Gesellschaft in einem spezifischen Staatsgefüge, sind wir fähig und willens für bestimmte Sozialprodukte und -leistungen auszugeben?
- Die Qualität der Pflege im Sinne einer Humanisierung und Individualisierung messbar zu verbessern, war das Anliegen eines Anfang der 1980er Jahre vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Forschungsauftrages, wobei ökonomische Handlungsweisen und Rahmenbedingungen eingeflossen sind.
- Da einerseits die Krankenpflege aus vielen Gründen nicht zu denen gehört, die sich am lautesten zu Wort mel- den, und die Berufsangehörigen es bisher nicht gelernt haben (oder, es scheint manchmal, nicht besonders inter- essiert sind, es zu lernen), effektiven Druck zur rechten Zeit in einer konstruktiven Weise auszuüben. Zitat Neu- gebauer: „... weil andererseits die Hauptlast der Kosten des Krankenhauses, die heruntergedrückt werden sol- len, im Personalbereich liegen, zieht es den Rotstift der Sparkontrolleure automatisch immer zuerst und immer wieder neu zum Stellenplan des Pflegebereiches.“
- Das Bestreben, unser Wissen und Können zu erweitern und zu vertiefen, orientierte sich selten an einem durch- dachten und klar artikulierten Konzept der Krankenpflege. Versuche, dies zu erreichen, wurden und werden noch immer als nutzlose Philosophiererei und Zeitverschwendung abgetan. Denn – so sagt die Tradition – es ist offensichtlich, was Pflege ist oder, und dieser Widerspruch wird selten erkannt, es wird nie eine Übereinstim- mung darüber geben.
- Reichlich Verwirrung herrscht bei Versuchen, das Konzept Krankenpflege durch Tätigkeitsbeschreibungen zu füllen. Die erste unbewiesene Annahme ist, daß die Summe der Tätigkeiten, die von Pflegekräften ausgeführt werden, als solche den Begriff der Krankenpflege illustriert. Ohne Zweifel hat dieser Angang dazu geführt, daß man nur die konkreten Handlungen wahrnimmt, sie zweckfremd kategorisiert und dadurch dem Irrtum verfällt, daß diese Handlungen zusammenhanglos und willkürlich sind. Pflegekräfte haben zu dieser Auffassung nicht unwesentlich beigetragen, indem sie selbst wahllos Arbeitsgebiete abgestoßen, abgetreten haben, die ihnen durch eine zweckfremde Kategorisierung als entbehrlich erschienen.
- Ein besonders für den Patienten kostspieliger Irrweg hatte sich eröffnet, der den Wegweiser „berufsfremde Ar- beiten“ trug. Auf diesem Wege versuchten Pflegekräfte ohne Bedenken alles liegen zu lassen, was zeitraubend, physisch beschwerlich, schmutzig oder einfach langweilig war. Oft wurden Hilfestellungen, die für den Patien- ten besonders in der körperlichen Intimsphäre von großer emotionaler Bedeutung waren, unterlassen.
- In den letzten zehn bis fünfzehn Jahren sind Stimmen in der Krankenpflege laut geworden, die ein Nach- und Umdenken erforderten. Es wäre heute nicht möglich, über Pflegequalität zu reden, hätten Beiträge einer relativ kleinen, aber beharrlichen Gruppe von Pflegekräften nicht die Diskussion über Pflegekonzepte, die Rolle der Schwester und des Pflegers, patientenorientierte Pflege und den Pflegeprozeß geschürt und oft gegen Wider- stände eingeführt.
- Pflegedokumentation an sich ist nutzlos, in welcher Weise sie auch eingeführt werden mag, wenn die einzelne Pflegekraft nicht persönlich wenigstens irgendeinen praktischen Wert darin sieht, der mit ihrem oder seinem Pflegeverständnis übereinstimmt.
- Qualitätssicherung und -kontrolle pflegerischer Arbeit, ob im Krankenhaus, in anderen Pflegeeinrichtungen oder in der Gemeinde, erfordert zuerst eine Bestandsaufnahme. Die folgenden fünf Punkte zur Pflegedokumentation sollten erarbeitet und besprochen werden, während die letzten zwei Aspekte nur in umfangreichen Studien be- rücksichtigt werden müssen:
 - Definition und Operationalisierung wesentlicher Begriffe, wie Pflege, Pflegequalität, Pflegeprozeß, Qualitäts- sicherung etc.
 - Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen, unter denen sich Pflege vollzieht, insbesondere Pfl- egesystem, Personalstruktur, Kooperationsformen etc.
 - Meßbarkeit der Qualität pflegerischer Arbeit mittels geeigneter Indikatoren und Instrumente

Anlage 9: Erweiterte Auswertung ausgewählter APK-Tagungen

- Standardisierte Fragebögen und Erhebungsinstrumente zur Vorbereitung und Unterstützung des Pflegeprozesses
- Dokumentation und Auswertung pflegerischer Aktivitäten mittels geeigneter Dokumentationssysteme und Methoden
- Beschreibung wissenschaftlich vorbereiteter und durchgeführter Modellversuche zur Qualitätssicherung insgesamt bzw. zu Einzelaspekten
- Darstellung diesbezüglicher Planungen der WHO und, soweit bekannt, einzelner Verbände und Krankenhäuser
- Eine quantitative Tatsache ist praktisch immer die notwendige Voraussetzung, später weitere qualitative Aussagen machen zu können. Wir brauchen zum Beispiel quantitative Beschreibungen der Kontaktmöglichkeiten und -tatsächlichkeiten zwischen Pflegepersonal und Patienten, ehe wir verlässliche Aussagen über die Qualität dieses Kontaktes machen können.
- Motivation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter hängt von umfassenden Informationen, eigenverantwortlichem Handeln und freigesetzter Kreativität gepaart mit dem notwendigen Fachwissen ab, dies ist auch ein Qualitätskriterium, um eigenständig zu handeln und nicht auf „Anweisung“.

Karin Bothe und Ulrike Villinger, Darmstadt

Psychiatrische Pflege – Bremsklotz des Fortschritts oder Schutz vor Utopien?

- Wir haben unsere ersten Erfahrungen auf psychiatrischem Gebiet gesammelt in einer Umgebung, in der fast ausschließlich über Therapie geredet wurde, fast nie darüber, wie ein Patient mit seinem Geld zurechtkommt oder wie es zu schaffen ist, ihn in die Badewanne zu locken, in einer Umgebung, in der Schwestern und Pfleger ihre Qualifikation dadurch bewiesen haben, daß sie als Kotherapeuten in einer Gesprächspsychotherapie waren.
- Es wird gesagt, daß Pflegekräfte die Patienten unselbständig und unmündig machen, daß sie Hospitalisierungsschäden begünstigen, wenn nicht verursachen, daß sie Patienten möglichst lange im Krankenhaus behalten wollen mit dem einzigen Interesse, die eigenen Arbeitsplätze zu sichern, daß sie nicht bereit sind, mit Patienten das Krankenhaus zu verlassen, daß sie Kontakte der Patienten nach draußen und Besucher auf der Station – auch die Besuche von Angehörigen – eher mit Mißtrauen sehen und sie zu verhindern suchen, daß sie sich von anderen Berufsgruppen, aber auch von Angehörigen nicht in die Karten gucken lassen. Dies sind sicher nur ein paar Beispiele des Vorwurfes „Bremsklötze“.
- Was aber ist Fortschritt, was Utopie – ist der Fortschritt Utopie oder umgekehrt? – Dazu einige Stichworte: keine Medikamente, offene Türen = freiwillige Behandlung: Fortschritt oder Utopie? – Geschlechtermischung auf den Stationen, weitgehende Abschaffung der stationären Behandlung = Abschaffung der Psychiatrie überhaupt: Fortschritt oder Utopie? – Alle psychisch Kranken sind heilbar, bei entsprechender Behandlung gibt es keine chronisch Kranken mehr, Behandlung soll nur noch in der Gemeinde stattfinden, zumindest gemeindenah: Fortschritt oder Utopie?
- Der Grat zwischen schützendem Bremsklotz und Bevormundung ist ein schmaler, beispielsweise kann ich nicht das Leben des Patienten leben, kann ihm seine Erkrankung und seine Erlebnisse nicht abnehmen, er muß selbst seine Erfahrungen machen, Verantwortung und Konsequenzen für sein Verhalten übernehmen und tragen, Konflikte bewältigen, Verlust verarbeiten und möglicherweise Abschied von seinem bisherigen Lebensentwurf nehmen.
- Der Ausgangspunkt war, ob Pflegenden Bremsklötze sind, eher im Weg stehen oder den Patienten schützen – oder eher sich selbst?
- Wichtig ist festzuhalten, daß Vorwürfe dadurch entstehen, daß andere Menschen, egal ob Angehörige oder Mitarbeiter anderer Berufsgruppen, zu wenig von unserer Arbeit kennen und wissen. Und Vorwürfe verhindern eine am Ziel orientierte Zusammenarbeit, die für alle, Patienten, Pflegenden, Mitarbeiter anderer Berufsgruppen, sinnvoll werden kann.
- Was ist nun zu tun, um eine fruchtbare Zusammenarbeit im Sinne des Patienten und der Mitarbeit zu erreichen? Wir Krankenschwestern und -pfleger, die in der Psychiatrie in den verschiedenen Bereichen arbeiten, müssen unsere Arbeit vermehrt reflektieren und beschreiben, damit wird sie für uns und andere durchsichtiger.
- Wir müssen durch laufende Fort- und Weiterbildung unser Wissen vertiefen und uns auf dem neuesten Informationsstand halten. Das allein sind auch Wege zu einem klaren Selbstverständnis unserer Berufsrolle, mit dem wir uns vertreten können.

**APK-Fortbildungstagung vom 04.09. bis 05.09.1980 in Wunstorf:
Den psychisch Kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie**

Abgedruckt in: Schädle-Deininger, H. (Hrsg.): Den psychisch Kranken im Alltag begleiten – Pflege in der Psychiatrie. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 31, Rehburg-Loccum: Psychiatrie Verlag 1981.

Ilse Hauer, Düsseldorf	
Pflege am Bett oder am Menschen?	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Welche Frage, werden Sie sich sagen, die ist doch recht schnell und klar zu beantworten. Nehmen Sie die Aussagen, die unser berufliches Selbstverständnis als Pfleger und Schwester, die in der Psychiatrie tätig sind, beschreiben, steht die Beschäftigung mit dem Patienten im Vordergrund, ihnen liegt vor allem die Aktivierung des Patienten, die Förderung seiner Selbständigkeit und Selbstverantwortung am Herzen.</p> <p>Das bedeutet: Statt aufpassen – dabei sein – statt Kontrolle und Überwachung – mit dem Patienten zusammen sein.</p> <p>In der Tat, die Entwicklung der letzten Jahre in den psychiatrischen Krankenhäusern scheint unserem Anspruch nach Pflege am Menschen immer näher gekommen zu sein. Die Organisation der Station zum therapeutischen Milieu, d. h. die Herstellung kleiner überschaubarer Stationseinheiten mit der Mindestausstattung, die eine persönliche, wohnliche und individuelle Atmosphäre vermittelt, ist in weiten Teilen der Krankenhäuser verwirklicht. Es werden viele Möglichkeiten genutzt, die gesunden Anteile des Patienten zu stärken und zu erhalten. Aus den gut durchdachten Therapieplänen und Programmen ersehen wir, daß da Freizeitaktivitäten, Ausflüge, Spielnachmittage, gemeinsame Beratungen und Gruppengespräche wichtige Elemente des Tagesablaufes sind. Alle diese Aktivitäten verlangen den unmittelbaren Kontakt zum Patienten.</p> <p>An einem Fallbeispiel werden unterschiedliche Aspekte aufgezeigt, die zu den Schlussfolgerungen führen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um wirklich Pflege am Menschen praktizieren zu können, müssen wir den psychisch erkrankten Menschen in seinem Lebensalltag kennen und verstehen lernen; • wir müssen in der Behandlung an das anknüpfen, und dies gilt besonders für die Pflegebehandlung, was ihm wichtig ist; • wir müssen seine Form des alltäglichen Lebens für jede weitere Bemühung als Grundlage nehmen; • wenn wir Pflege am Menschen sagen, müssen wir uns immer vor Augen halten, daß es keinen allgemeinen Menschen gibt, sondern nur den bestimmten Menschen, mit seiner Herkunft, Lernerfahrung und seinen Werten. <p>Die Referentin fordert auf, die Station zu verlassen und mit den Patienten nach Hause zu gehen, um beispielsweise zu erfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie lebt dieser Mensch? • was ist ihm in seinem Leben wichtig? • wie hält er es mit seinen Grundbedürfnissen, mit dem Essen, Schlafen, mit seinen Tätigkeiten? • wo liegt sein Problem in diesem seinem Alltag? <p>Ich bin der Ansicht, wir sollten aufhören mit der Schaffung noch schönerer Stationen und ausgefeilteren Aktivitätsplänen, sondern jede Gelegenheit nutzen, um mit dem Patienten nach Hause, nach draußen zu gehen.</p>	<p><u>Allgemeine Ausführungen</u></p> <p>Berufliches Selbstverständnis</p> <p>Selbstverantwortung</p> <p>Handeln/Tätigkeit/Methoden/</p> <p>Kontakt-Beziehung</p> <p>Beratung und Gespräche</p> <p>Wissen um Wirkung von Behandlung</p> <p>Orientierung am einzelnen Menschen</p> <p>Verantwortliches eigenständiges Handeln</p> <p>Orientierung nach draußen</p> <p>Theoretische Ansätze</p>

Gertud Bednarck und Peter Grund, Emden Arbeit mit Akutkranken	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Die Referentin und der Referent stellen vor ihrem Erfahrungshintergrund die Arbeit in einer Abteilungspsychiatrie und im Landeskrankenhaus gegenüber, so wie sie das erlebt haben, und wollten aufzeigen, wie unterschiedlich die Versorgung von akut psychisch Kranken sein kann und dass Veränderungen von der eigenen Einstellung und Grundhaltung abhängen.</p> <p>Sie stellen dabei auch das Angehörigen-Informationsblatt vor, in dem u. a. zu lesen ist:</p> <p>Ein wesentlicher Teil unserer Arbeit besteht darin, daß wir in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen die gesunden Anteile des Kranken und seine verbliebenen Fähigkeiten unterstützen, z. B. durch Gruppengespräche, Beschäftigungstherapie, Sport, Wiedererlernen von Alltagsfähigkeiten und anderem mehr. Dazu gehört auch, daß der Patient die Chance erhält, entsprechend seinem Zustand durch Aktivitäten außerhalb der Klinik, z. B. spazieren gehen, einkaufen, Besuch von Veranstaltungen, Wochenendurlaub, Arbeitsversuche, möglichst früh wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Der große Vorteil einer solchen gemeinsamen Arbeit ist u. a., daß die Angehörigen an der Behandlung mitwirken können. Auf diese Weise bleibt der Kontakt des Patienten zu seinem vertrauten Personenkreis erhalten.</p>	<p><u>Praxisbericht</u></p> <p>Unterschiedliche Wahrnehmung</p> <p>Individuelle Situationen</p> <p>Berufliche Identität</p> <p>Kooperative Arbeit</p> <p>Einbeziehung der Angehörigen als Partner</p> <p>Mitwirkung in der Behandlung</p>

Annegret Lindemann, Norden Arbeit mit geriatrischen Patienten	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Die desolaten Arbeitsumstände in der Gerontopsychiatrie werden angesprochen und dabei verdeutlicht, was sich verändern müsste.</p> <p>Alternde Menschen, ganz gleich in welcher Institution oder auch zu Hause, bedürfen einer besonderen Betreuung, angepaßt an die jeweils persönlichen Bedürfnisse des Betroffenen. In meiner augenblicklichen Tätigkeit ist mir sehr klar geworden, daß eine Pflege und Betreuung geriatrischer Patienten von der Arbeit in erhaltendem Sinne, vielleicht sogar rehabilitativem Sinne, von einer Vielzahl von Einflüssen abhängt, wobei die Motivation der Betreuer und Pflegenden, und zwar aller Berufsgruppen, ihre Einstellung zum Alter und besonders zur Psychiatrie, zur Aus- und Fortbildung eine ausschlaggebende Rolle spielen. Selbstverständlich spielen Stellenplan und dessen Besetzung, Räumlichkeiten und Finanzen mit im Orchester der Möglichkeiten und können im Wesentlichen zum Gelingen einer vernünftigen Arbeit beitragen.</p> <p>Der Alltag wird geschildert mit seinen schwierigen Rahmenbedingungen und dem wenig ausgebauten Hilfesystem für alte und psychisch kranke Menschen und zum Schluss bemerkt: Wir wünschen uns sehr, daß wir für neue Impulse und andere Meinungen offen sind und es bleiben werden. Diejenigen von Ihnen, die in der Pflege alter Menschen tätig sind, kennen sicher den leider zu oft gebrauchten Satz: „Da kann man sowieso nichts mehr machen, das lohnt sich nicht mehr.“ Mir wäre es lieb, wenn daraus „hier muß man alles tun, um die letzten Lebensjahre zu erleichtern und verschönern“ würde.</p>	<p><u>Praxisbericht</u></p> <p>Arbeits- und Rahmenbedingungen</p> <p>Wahrnehmung von Veränderungsnotwendigkeiten</p> <p>Motivation</p> <p>Einstellungen zur Arbeit, zur besonderen Klienten-Gruppe</p>

Renate Wienekamp, Aurich Arbeit mit Langzeitkranken	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Was meinen wir, wenn wir von Langzeitkranken sprechen? (Abfrage: Zugehörigkeit zum „Langzeitbereich“ etwa ein Drittel der TeilnehmerInnen. Auf die Frage, wer mit chronisch erkrankten Menschen arbeitet, meldet sich ca. ein Viertel.)</p> <p>Gibt es denn Menschen hier, die mit „Patienten“ arbeiten, die zwar auch Langzeitpatienten sind, aber durchaus wie jeder andere von uns ihrer täglichen Arbeit nachgehen? Solche, die sich vielleicht jede Woche ihre Spritze holen müssen, vielleicht auch jede Woche in eine Gruppe gehen? Sie hören schon, daß ich Schwierigkeiten habe zu definieren, was langzeitkrank eigentlich ist.</p> <p>Die konkrete Arbeit im Zuge von veränderten Ansätzen auf Langzeitstationen wird beschrieben und betont, wie wichtig die Außenorientierung ist mit der Feststellung: Ich meine, wenn wir fachpsychiatrisch arbeiten wollen, wir sehr vorsichtig sein müssen, daß wir uns in der Arbeit mit Langzeitkranken nicht zu Spezialisten von Hospitalismus machen lassen. Daß wir nicht nur sagen dürfen, mit dem Menschen muß man doch was machen, die müssen doch noch therapiert werden, die haben früher doch wenig Chancen gehabt.</p> <p>Ich denke, wir müssen aufpassen, dass wir als Pflegepersonal genau das „Pflegen“ nicht vergessen, auch in der Arbeit mit Langzeitkranken. Und pflegen heißt in diesem Bereich mit-leben, den Alltag mitgestalten, mit Menschen, die über ganz lange Strecken nicht die Möglichkeit gehabt haben – vielleicht sie auch nicht haben konnten, weil sie die Verantwortung nicht übernehmen konnten – für sich selbst zu bestimmen, Menschen, die lange Zeit der Routine von Medizin und Pflege ausgesetzt waren, deren Aktivitäten häufig noch in Form von „na, der ist heute aber aufgedreht, dem müssen wir aber ein bißchen mehr an Medikamenten geben“ eingeengt wurden. Wenn ich sage, einfach „mit dem Menschen leben“, meine ich, daß wir Stück für Stück versuchen müssen, sie daran zu erinnern, daß sie durchaus einmal in der Lage waren, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Und daß Verantwortung übernehmen etwas ist, was gelernt werden kann.</p>	<p><u>Praxisbericht</u></p> <p>Unterscheidung in Arbeitsbereiche bzw. Klienten-Arbeit</p> <p>Verknüpfung von unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten</p> <p>Differenziertes Denken und Wissen im Umgang mit dem einzelnen Patienten</p> <p>Gemeinsame Aktivitäten</p> <p>Der Routine entgegenwirken</p> <p>Hilfestellung und Übungsfeld</p> <p>Verantwortung zurückgeben</p>

Gisela Knorr, Riedstadt	
Arbeit mit geistig behinderten Menschen	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Geistig behinderte Erwachsene werden in den geschichtlichen Daten kaum benannt. Der geistig Behinderte hatte in den meisten Fällen keine hohe Lebenserwartung. Erst mit dem Fortschritt der Medizin und der Erkenntnis, daß geistig Behinderte durch pädagogische und heilpädagogische Erziehung gefördert werden können, lässt sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine fortschreitende Verbesserung der Hilfe für geistig Behinderte erwarten. Nach dem Dritten Reich gelang erst im Jahre 1958 der Anfang eines Durchbruches, als Eltern von geistig Behinderten zusammen mit Ärzten, Heilpädagogen und anderen fachlichen Instanzen die Bundesvereinigung „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ gründeten. Die ständige Konferenz der Kultusminister wandte sich 1960 den besonderen erzieherischen Aufgaben des geistig behinderten Kindes zu, wies darauf hin, daß auch diese Kinder das Anrecht haben, als Menschen beachtet und behandelt zu werden. Auf diese Veranlassung hin war es den Bundesländern nun möglich, die erforderlichen gesetzlichen und organisatorischen Grundlagen für den Auf- und Umbau der verschiedenen Einrichtungen zu schaffen.</p> <p>Mit diesem punktuellen Rückblick soll verdeutlicht werden, dass die Arbeit mit geistig behinderten Menschen, wenn man es genau betrachtet, erst 20 Jahre jung ist. Festgestellt wird, dass in diesen 20 Jahren schon eine Menge geschehen ist. Es wird verdeutlicht, dass ein Klinikaufenthalt sich auch bei optimalen Bedingungen nicht immer vermeiden lässt. Hier beginnen die Aufgaben der Schwester und des Pflegers auf der Station. Und sie beginnen mit der Aufnahme, mit dem Kontakt zum Behinderten und seinen Angehörigen, mit der Vermittlung einer angstfreien Atmosphäre und einer Vertrauensbasis sowie mit der Erstellung der Pflegeanamnese. Die Erstellung der Pflegeanamnese halte ich gerade im Bereich für geistig Behinderte als unerlässlich. Hier werden Bedürfnisse, Gewohnheiten, Kenntnisse, Fähigkeiten und Mängel deutlich, die ich später für eine aktivierende Pflege unbedingt kennen muss. Die Angehörigen spüren dabei, dass ihr Familienmitglied keine Nummer ist. Für all das ist ein umfassendes Pflegewissen notwendig. Die Fort- und Weiterbildungsprogramme, die angeboten werden, reichen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen nicht aus. Wir kommen ohne gezielte Fort- und Weiterbildungen der Pflege in diesem Bereich nicht aus!</p>	<p><u>Praxisbericht</u></p> <p>Vernachlässigte Personengruppe</p> <p>Bezug zur Geschichte</p> <p>Verweis auf Lebenshilfe</p> <p>Rechte von Behinderten</p> <p>Vermeidung von Klinikaufhalten nicht immer zu vermeiden, gute Behandlung</p> <p>Einstellung und Motivation, mit geistig behinderten Menschen zu arbeiten</p> <p>Aktivierende Pflege</p> <p>Einbeziehung Angehörige und Umfeld</p> <p>Fort- und Weiterbildung der Pflegenden</p>

Wolfgang Münster, Langenberg Pflege in der Suchtkrankenbehandlung	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Suchtkranke als psychisch Kranke zu begreifen, ist nicht so selbstverständlich, wie sich das im ausgedruckten Programm zu dieser Veranstaltung liest. Die Suchtkranken sind körperlich Kranken noch immer nicht gleichgestellt. Sogar gegenüber anderen psychischen Erkrankungsformen herrschen Benachteiligungen. Obwohl die Suchterkrankung seit 1968 als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung gilt, warten die Betroffenen bis heute auf eine uneingeschränkte Erfüllung der sich daraus ableitenden Ansprüche. Das alte Vorurteil den Suchtkranken gegenüber, wenn sie nur wollten, könnten sie aufhören, bestimmt weitgehend das Verhältnis zum Patienten. Von diesem Vorurteil können sich weder die Angehörigen, die Kostenträger, die Therapeuten, ja selbst die Suchtkranken, die sich als schwach, labil und als Versager erleben, freisprechen.</p> <p>Durch eine an der Behandlungspraxis völlig vorbeiorientierten Finanzierungsregelung sind für die Behandlung der Suchterkrankung zwei Kostenträger zuständig, nämlich für die Entgiftungsbehandlung die Krankenkasse, die in der Regel nur 14 Tage in Leistung tritt, sowie für die sogenannte Entwöhnungsbehandlung der Rentenversicherungsträger. Im Klartext heißt das, die Kostenträger beanspruchen einen erheblichen Einfluß auf Behandlungszeit und Ablauf der Therapie. Eine solche Einschränkung bringt eine Vielzahl von Problemen in der Behandlung und Pflege mit sich. Ein weiteres Problem ist, daß Suchtkranke fast nie regional behandelt werden können. Es gibt wenige Einrichtungen vor Ort. Behandlungsplätze sind meist weitab im Grünen. Hier bestimmen die großen psychiatrischen Kliniken, Kurkliniken der Rentenversicherungsträger und Heilstätten weiter das Bild.</p> <p>Zu den Tätigkeiten der Mitarbeiter im Pflegedienst gehört die Organisation der Station, d. h. vielfach eine Auseinandersetzung mit den Patienten, die den größeren Teil der Stationsorganisation übernommen haben. Zu den weiteren Tätigkeiten der Pflegekräfte gehören Anamnesen, Rollenspiel, Bewegungstherapie, psychotherapeutische Kleingruppenarbeit. Zu bestimmten Anlässen finden Einzelgespräche mit Angehörigen oder/und Patienten statt, darüber hinaus gemeinsame Sport- und Spielaktivitäten sowie Unterstützung bei sozialen Angelegenheiten.</p> <p>Die entscheidende Stärke unseres Berufes und worin wir uns von allen anderen Berufsgruppen unterscheiden ist, daß wir einen unmittelbaren und beständigen Kontakt mit den Patienten haben, und zwar in Situationen, wo er uns seine Bedürftigkeit und Hilflosigkeit in Situationen der Gruppen- und Freizeitarbeit über 24 Stunden hinweg zeigt. Das schafft Vertrauen und Vertraulichkeit.</p>	<p><u>Praxisbericht</u> Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker Angehörige freisprechen von Schuld Finanzierung der Suchtbehandlung Probleme in der Behandlung und Pflege Wohnortnähe Fehlende Durchlässigkeit der Behandlung Aufgaben der Pflege Grundlagen der pflegerischen Tätigkeit Verantwortung in der Behandlung Kontakt und Selbstständigkeit Vertrauen</p>

Elmar Dörr, Mönchengladbach-Rheydt	
Arbeit im teilstationären Bereich	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>In unserer Klinik wird jeder dritte bis vierte Patient tagesklinisch und jeder siebte nur in der Tagesklinik behandelt, durchläuft also überhaupt keine Station. Zum Stammteam der Tagesklinik gehören zwei Krankenschwestern, ein Krankenpfleger, ein Psychologe, eine Ärztin, eine Beschäftigungstherapeutin. Wie in anderen Arbeitsbereichen der Klinik ist es auch in der Tagesklinik so, daß das Pflegepersonal bei weitem den meisten Kontakt zur Patientengruppe hat im Vergleich zu den anderen Mitarbeitern und auch die kontinuierlichste Berufsgruppe darstellt, z. B. meine Kollegin ist seit 1969 in der Tagesklinik, seit dem Bestehen der Einrichtung. Es war ja so, daß erst die Tagesklinik da war und dann die Gesamtklinik dazu kam. Daraus ergibt sich, daß die therapeutische Grundeinstellung der Krankenschwestern bzw. des Pflegers prägende Auswirkung hat auf das bestehende Stationsmilieu. Die Aufgaben, die uns zufallen, sind sehr vielseitig und werden in der dreijährigen Krankenpflegeausbildung z. T. gar nicht oder nur sehr unzureichend berücksichtigt. Es werden im Laufe des Vortrags die notwendigen pflegerischen Kenntnisse für die Arbeit in der Tagesklinik angesprochen.</p> <p>Nachdem an der separat angebotenen Angehörigengruppe wenig Interesse bestand, haben wir seit einigen Monaten die Patienten aufgefordert, gemeinsam mit ihren Angehörigen zu kommen. Diese Form der Arbeit mit Angehörigen hat sich bis heute am besten bewährt, die Abende werden gut besucht, das sind immer 15 bis 20 Leute. Das hat es vorher nicht gegeben.</p> <p>Arbeit in der Tagesklinik heißt auch, Hausbesuche zu machen, z. B. wenn ein Patient nicht kommt und sich auch nicht meldet und wir ihn telefonisch nicht erreichen können. Dann muß von uns jemand hinausfahren, wenn wir uns Sorgen machen und denken, da könnte etwas passiert sein.</p>	<p><u>Praxisbericht</u></p> <p>Multiprofessionelles Team und Zusammenarbeit</p> <p>Kontakte und Beziehungskontinuität durch Pflegenden</p> <p>Grundeinstellung der Pflegenden</p> <p>Stationsmilieu</p> <p>Aufgaben der Pflege</p> <p>Angehörige mit einbeziehen, Angehörigengruppen</p> <p>Hausbesuche und Kontakt nach draußen</p> <p>Notwendige Kenntnisse für die Arbeit</p>

Hilde Schädle-Deining, Wunstorf	
Arbeit in einer psychiatrischen Ambulanz, sozialpsychiatrischer Dienst	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Aus dem Bericht der Sachverständigenkommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ergibt sich, dass gemeindenahе und ambulante Versorgung Voraussetzung einer patientenorientierten Behandlung und Beratung sind. Ambulante Dienste <u>müssen</u> deshalb im weiten Umfang geschaffen werden. Es werden weitere Ausführungen zu Möglichkeiten der ambulanten Versorgung gemacht und dann der Schwerpunkt auf die Nachsorgeambulanz des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf gelegt.</p> <p>Die Nachsorge-Ambulanz orientiert sich an der Gemeindenähe, gewährt die Betreuung besonders gefährdeter und unterstützungsbedürftiger Klientengruppen; die Nachsorge-Ambulanz stellt eine Mischung von Sprechstunden- und Beratungsambulanz dar, dazu aktivierende Betreuung bis in das häusliche Milieu. Diese Kosten können derzeit nur zum Teil abgedeckt werden. Eine Möglichkeit stellt der Ermächtigungs- oder Institutionsvertrag mit den Krankenkassen dar, die die ärztlichen Leistungen abdecken, die pflegerischen Leistungen würden im Rahmen einer mit den Krankenkassen abzuhandelnden Pauschale abzudecken sein oder über § 185 Reichsversicherungsordnung (RVO). Bei Sozialarbeitern, Psychologen, Soziologen, Pädagogen usw. ist der § 185 RVO anzuwenden oder ebenfalls über Pauschalvertrag mit den Kassen. Die Finanzierung von patientenbezogener Pauschale, wie z. B. in der Sozialstation, ist nicht kostendeckend, da z. B. Wohngruppen, Patienten- und Freizeitclubs, präventive vorbeugende Aktivitäten nicht abrechenbar wären. Die Zielgruppe wäre durch den Kostenträger Krankenkasse eingeschränkt. Deshalb müssen alternative Finanzierungsmodelle überlegt werden, die meines Erachtens den einzelnen Regionen angepaßt sein müssen. Zunächst wäre der Bedarf einer Region zu erheben, dazu würde gehören, welche vorhandenen Dienste und Stellen in eine ambulante Versorgung einbezogen werden können. In der ambulanten Versorgung bietet sich eine Mischfinanzierung an, die je nach Aufgaben von den Krankenkassen und der öffentlichen Hand abzudecken sind. Die prozentuale Verteilung ist den örtlichen Gegebenheiten anzupassen. Die Entwicklung der Ambulanz wird im Aufbau seit Herbst 1975 dargelegt, sie hatte bereits 1979 450 Patienten pro Quartal.</p> <p>Psychiatrische Pflege hat, auch in der ambulanten Arbeit, zum wesentlichen Inhalt: Pflege der Beziehung und Kontaktaufnahme zu anderen und zu sich selbst, Selbstvertrauen fördern, Pflege der Atmosphäre, des Wohlbefindens, Abbau der Vernachlässigung gegen sich selbst und gegenüber anderen, Rechte, Pflichten und Wünsche erkennen, wahrnehmen lernen und fördern, Fähigkeiten und Fertigkeiten herausfinden, einüben, in Einklang bringen mit den Erfordernissen des Alltagslebens. Dazu gehört auch Medikamente zu verabreichen, Nebenwirkungen zu beobachten, auf Hygiene, Körperpflege und Pflege der persönlichen Dinge zu achten. Dies bedeutet zudem Pflege von Kontakten zu Nachbarn, Familie, Integration des Patienten oder besser des Mitmenschen in Freizeitclubs, Vereine oder sonstige Gruppen usw.</p> <p>Die Schlußbemerkungen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um dem präventiven Aspekt der Krankenpflege gerecht zu werden, ist es meines Erachtens unumgänglich, einen Einsatz in der Gemeinde während der Grundausbildung zu fordern. 2. Zur Vervollständigung eines Teams in der ambulanten Versorgung gehört ein Mitarbeiter aus dem Pflegebereich. 3. In der Weiterbildung zur Fachkrankenpflege müssen Praktika außerhalb der stationären Versorgung abgeleistet werden. 4. In Fortbildungsveranstaltungen sollten mehr Tätigkeitsmerkmale in den verschiedenen Arbeitsbereichen, mögliches Angehen von Problemen und Erfahrungen mit bestimmten Konzepten der psychiatrischen Pflege festgehalten werden. 	<p><u>Praxisbericht</u></p> <p>Notwendigkeit ambulanter psychiatrischer Versorgung</p> <p>Regionale Versorgung</p> <p>Geschichtliche Entwicklung</p> <p>Rechtliche Grundlage</p> <p>Berufsgruppenübergreifende pauschale Finanzierung</p> <p>Unterschiedliche Angebote für Betroffene</p> <p>Gruppen- und Einzelangebote</p> <p>Beziehung, Kontaktaufnahme und deren theoretische Hintergründe</p> <p>Aufgaben der psychiatrischen Pflege</p> <p>Normalitätsprinzip</p> <p>Selbstwahrnehmung</p> <p>Gesundheitsfördernde und präventive Aufgaben der ambulanten psychiatrischen Pflege</p> <p>Fort- und Weiterbildung</p> <p>Mehr Pflege in der ambulanten Arbeit</p>

Jürgen Rave, Monheim Arbeit in der Gemeinde	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Das Arbeitskonzept der Sozialstation Monheim ist die Krankenpflege, bezeichnet als die Entlastung des Arztes und der pflegenden Angehörigen in Form von medizinisch-technischen Verrichtungen und beratender, betreuender und vermittelnder Tätigkeit. Was es in der Sozialstation Monheim nicht gibt, ist eine Fachrichtung von Krankenpflege. Es wird nach einem integrativen Konzept gearbeitet, das keinen Unterschied zwischen psychiatrischer und anderer Krankenpflege macht. (Im Laufe der Ausführungen wird deutlich, dass ein Drittel der Hilfesuchenden psychisch erkrankt sind.) Im Arbeitskonzept heißt es: Wir wollen insbesondere Ansprechpartner und Kontaktperson sein, und zwar für Patienten und deren Angehörige, die sich in einer besonderen Belastungssituation befinden. Eine solche Belastungssituation können eine individuelle Krise oder auch Probleme der sozialen Beziehungen sein. Wenn die Krise den Rahmen der Pflege und Betreuung überschreitet und es der Patient wünscht, vermitteln wir an Psychologen, Psychotherapeuten oder wir suchen eine Lösung über den zuständigen Hausarzt. Darüber hinaus gibt es aber auch die allgemeine Beratung und Vermittlung bei Fragen zu sozialen Belangen. Zumindest kann jeder Hilfesuchende an die richtige, für ihn zuständige Stelle vermittelt werden.</p> <p>Zur Krankenpflege gehört in der Sozialstation auch der sogenannte Haushaltshilfedienst, der als zeitlich begrenzte Hilfestellung als Ergänzung des sonst selbst geführten Haushalts geleistet wird. Eine solche Hilfeleistung kann darüber entscheiden, ob ein Betroffener in ein Altenheim oder in eine Klinik eingewiesen werden muß oder nicht. (Wenn jemand nicht selbst einkaufen gehen kann, sich also nicht selbst versorgen kann, heißt es oft: Den Verantwortlichen fällt nur noch Klinik oder Altenheim ein.)</p> <p>Eine weitere Aufgabe in der Gemeindekrankenpflege ist die Organisation von ehrenamtlichen Helfern (also Laienhelfern) und deren Anleitung im Rahmen unserer Arbeit, daneben die Organisation der Nachbarschaftshilfe und Selbsthilfe. Letztere heißt, daß wir unser Wissen und Können so weit als möglich weitergeben, um zu ermöglichen, daß der Betroffene bzw. seine Angehörigen möglichst unabhängig von der Hilfeleistung werden.</p> <p>Schließlich ist auch die Öffentlichkeitsarbeit Bestandteil unserer Arbeit, denn es ist wichtig, der Bevölkerung unseres Versorgungsgebietes die Leistungsangebote nahezubringen und zu verdeutlichen. Wir glauben, daß Durchsichtigkeit und Deutlichkeit unserer Arbeit beim Bürger Vertrauen erwecken.</p> <p>All dies wird an Beispielen und an verschiedenen Krankheitsbildern ausgeführt.</p>	<p><u>Praxisbericht</u></p> <p>Ambulante Pflege als Entlastung der Ärzte und der Angehörigen</p> <p>Integratives Konzept der ambulanten Pflege</p> <p>Koordination der Hilfen</p> <p>Beratung Betroffener und Angehöriger</p> <p>Vermittlung anderer Hilfen</p> <p>Unterschiedlich intensive Hilfsangebote von unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern</p> <p>Ehrenamtliche Helfer anleiten</p> <p>Verantwortung, Hilfe zur Selbsthilfe</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit</p>

Ruth A. Schröck, Edinburgh Krankenpflege und Forschung	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<p>Krankenpflege als traditionsgebundene Tätigkeit am kranken Menschen, die sich nur auf Überlieferung und Nachahmung stützt, wird zunehmend in Frage gestellt. Selbst ein oberflächlicher Beobachter einer typischen Krankenhaussituation kann nicht umhin kommen sich zu fragen, ob die Tätigkeiten des Pflegepersonals effektiv, notwendig, zielgerichtet und ökonomisch vertretbar sind.</p> <p>Patienten sind nicht mehr ausschließlich passive Empfänger von Diensten, die von anderen als „gut für den Kranken“ bewertet werden. Die Gründe für den Erwartungswandel, der in den letzten Jahren einen immer dringenderen Ausdruck gefunden hat, sind komplex und können hier nicht zufriedenstellend analysiert und belegt werden.</p> <p>Die Zeit der billigen, stets in großer Anzahl verfügbaren Krankenpflegekräfte, die mit einem Minimum an Ausbildung und Bezahlung zufrieden waren, den Anforderungen des Arztes blind Folge zu leisten, ist vorbei. Wenn aus keinem anderen Grunde, ökonomisch ist es nicht länger vertretbar, ineffektive, unnötige und ziellose Tätigkeiten auszuüben, in der Hoffnung, daß durch Zufall einige dieser Tätigkeiten für den einen oder anderen Patienten therapeutisch wertvoll sein könnten. Beispiele von routinierten Handlungen, die viel teure Pflegezeit beanspruchen, gibt es genügend (es werden einige aufgezählt).</p> <p>Die zunehmende Individualisierung und Demokratisierung im täglichen Leben vieler Menschen mit der Folge, daß Patienten sowie Personal sich berechtigt fühlen, Fragen zu stellen nach den Gründen für die erfahrene oder angebotene Versorgung, verlangen bessere Antworten als die traditionellen Sprüche wie „weil wir es immer so machen“.</p> <p>Eine andere Tradition ist ebenfalls zunehmend ins Schwanken gekommen. Die Annahme, daß sich Krankenpflegetätigkeiten ausschließlich mit den Erkenntnissen aus der medizinischen Praxis und Wissenschaft begründen lassen, wird weitgehend bezweifelt. Obgleich z. B. physiologisches, anatomisches, bakteriologisches und pharmazeutisches Wissen dem Arzt (und der Schwester) die Möglichkeit gibt, entsprechende Nahrung für den Patienten zu verordnen, der an einem Durchfall leidet, begründet dieses Wissen in keiner Weise die Tätigkeiten der Schwester, die dem Patienten hilft, Essen zu akzeptieren, das er normalerweise nicht für sich gewählt hätte, oder die ihm beisteht, die Scham, das Bett verschmutzt zu haben, zu überwinden.</p> <p>Wenn man akzeptiert, daß „Forschung“ der Vermehrung des Wissens auf einem bestimmten Gebiet durch systematische Untersuchungen dient, die in praktischen Berufen (wie in der Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit oder Krankenpflege) zu neuen Erkenntnissen führt, die in der Praxis verwertbar sind, dann müssen Krankenschwestern und Krankenpfleger sich mit den Möglichkeiten und Ergebnissen der Krankenpflegeforschung auseinandersetzen.</p> <p>Es werden unterschiedliche Pflegeforschungen, auch psychiatrische, kurz vorgestellt und dann das Fazit gezogen:</p> <p>Die kurz beschriebenen Forschungen in der psychiatrischen Krankenpflege führen zu weiteren Arbeiten, die nicht nur umfangreicher, sondern auch theoretischer sind und eigenständiger im Bereich der Krankenpflege stehen. In Großbritannien haben sich viele Schwestern und Pfleger mit ihren Forschungsarbeiten Dokorate erworben. Doch so zufriedenstellend diese akademischen Anerkennungen ohne Zweifel sind, das Ziel ihrer Arbeit und der aller in der Krankenpflegeforschung beschäftigten Schwestern und Pfleger ist es, das Wissen und Können der psychiatrischen Pflegekräfte zu unterstützen und zu belegen. Forschung in der psychiatrischen Pflege muß praxisbezogen von und für Schwestern und Pfleger Wege weisen, die die kompetente, effektive, notwendige, zielgerichtete und ökonomisch vertretbare Pflege des psychisch kranken Menschen garantieren.</p>	<p><u>Allgemeine Ausführungen</u></p> <p>Krankenpflege als Beruf mit Tradition</p> <p>Partizipation und Eigenständigkeit von Betroffenen</p> <p>Eigenständige Tätigkeiten</p> <p>Individualisierung und Demokratisierung</p> <p>Begründung von Handlungen</p> <p>Pflege vor eigenem theoretischem Hintergrund und nicht auf den Grundlagen der Medizin aufbauend</p> <p>Wissen und theoretische Grundlagen</p> <p>Pflegeforschung und Pflegewissenschaft</p> <p>Anwendung der Erkenntnisse in der Praxis</p> <p>Akademisierung der Pflege</p> <p>Plädoyer für gut qualifizierte Pflegefachpersonen in der Praxis</p>

Zusammenfassung:

Schon beim ersten Überblick lässt sich feststellen, dass die Inhalte dieser Pflage-tagung vor knapp 40 Jahren sehr viele Aspekte der heutigen Diskussionen – sicher in einer anderen Sprache und mit anderen Vorzeichen – zur Sprache gebracht und bearbeitet hat.

Deutlich wird, dass die unterschiedlichen Arbeitsbereiche der psychosozialen Versorgung bereits in dieser Zeit als zentrale, relevante und sinnvolle Tätigkeitsfelder der professionellen psychiatrischen Pflege angesehen wurden.

Weiter ist zu vermerken, dass das Thema Pflegeforschung Eingang in die Tagung gefunden hat und sich sehr gut mit den dargelegten Teilaspekten verknüpfen ließ, weil dadurch der Bedarf an theoretischen Grundlagen und damit verbundenem spezifischem Wissen aufgezeigt wurde.

**APK-Fortbildungstagung vom 28.09. bis 30.09.1988 in Offenbach am Main:
Psychiatrische Pflege im Jahr 2000 – Was tun wir jetzt?**

<p>Hilde Steppe, Frankfurt/Main Die Bedeutung von Pflege Theorien für die Pflegepraxis</p>	
Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<ul style="list-style-type: none"> • Der Prozeß der inhaltlichen Auseinandersetzung mit Pflege, was sie ist, was sie sein sollte, was sie nicht sein darf, ist ein wichtiges Indiz für das Bedürfnis nach Veränderung und Neubestimmung innerhalb der Pflege. Im Rahmen dieses komplexen Geschehens entwickelt sich zunehmend auch das Interesse an theoretischen Konzepten für die Pflege. • Die Entwicklung von Pflege Theorien als eigenständiger Bereich von Pflegeforschung steckt bei uns noch in den Kinderschuhen – wenn man freundlich unterstellt, daß dieses Kind überhaupt schon in diesem Lande das Licht der Welt erblickt hat. Die Ursachen und Hintergründe für diese Tatsache liegen auf der Hand, wenn man sich die typische Entwicklung der Pflege hier bei uns vergegenwärtigt. • Dadurch, daß die Pflege explizit als handwerklich-zuarbeitende und unwissenschaftliche Hilfstätigkeit für die Medizin konstruiert wurde, ist ihr bis heute der direkte Zugang zu den Institutionen wissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung verschlossen. Den ersten Fuß in dieser Tür haben wir genau seit dem 1.12.1987, als der erste Lehrstuhl für Pflegewissenschaft und Sozialwissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück mit Frau Dr. Schröck besetzt wurde, immerhin 84 Jahre später als in den USA, wo bereits 1903 Adelaide Nutting Professorin am Columbia Teachers College der Universität war. • Unter Pflege Theorie versteht man ganz allgemein theoretische Beschreibungen und Erklärungen von Pflege (oder Teilbereichen) auf der Basis allgemein gültiger wissenschaftlichen Prinzipien. Pflege Theorien beziehen natürlich Erkenntnisse anderer wissenschaftlicher Disziplinen mit ein und basieren auf der Annahme einer eigenständigen Funktion von Pflege, die allein (d. h. isoliert) definiert werden kann und überprüfbar sein muß (also z. B. den spezifischen Anteil pflegerischer Interventionen am gesamten Heilungsprozeß nachweisen zu können). • Erst die Erkenntnisse und der zunehmende Einfluß der Sozialwissenschaften machten eine Umorientierung von pflegerischen Normen möglich und unterstützen die Einrichtung eines neuen theoretischen Rahmens, der (weg vom von der Medizin geprägten Denken) einer ganzheitlichen und individuellen Vorstellung von Pflege entsprach und ihrer Komplexität gerecht wurde. • Patientenorientierte Konzepte beziehen sowohl naturwissenschaftliche als auch sozialwissenschaftliche und philosophische Grundlagen mit ein und bilden damit etwas Neues – eine Pflege Theorie. Alle Pflege Theorien haben bestimmte Grundüberzeugungen, die eine umfassende Sichtweise beinhalten. • Es ist bei uns nach wie vor zu beobachten, daß das Instrument des Pflegeprozesses gleichgesetzt wird mit einer theoretischen Bestimmung der Pflege. Die intensive Beschäftigung mit theoretischen Modellen der Pflege macht jedoch deutlich, daß der Pflegeprozeß wirklich nichts anderes ist als ein ablauforganisatorisches Hilfsinstrument zur Durchführung der Pflege. 	<p>Veränderungen im Berufsbild Pflege Theoretische Grundlagen Wissenschaft und Akademisierung Eigenständiges Wissen in der Pflege, Beitrag im Gesundheitswesen Pflegespezifisches Wissen, weg von der Medizin Philosophische Grundlage und Überzeugungen Organisation der Pflege Fachliches Handeln in der Pflege Begründung des Handelns Qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung Universitäre Anbindung der Pflege Bildungsdurchlässigkeit Berufliche Autonomie Berufliche Qualität, Aufstiegsmöglichkeiten und Bezahlung Pflege selbstbewusst vertreten oder sie ist ohne Bedeutung</p>

Hilde Steppe, Frankfurt/Main

Die Bedeutung von Pflege-theorien für die Pflegepraxis

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<ul style="list-style-type: none">• Auf berufsfachlicher Ebene sind Pflege-theorien unbedingt notwendig, um Pflege inhaltlich in unserem, d. h. pflegerischen Sinne füllen zu können. Die Bedeutung einzelner Tätigkeiten und die Notwendigkeit ihrer fachkompetenten Durchführung werden auf der Basis eines theoretischen Rahmens deutlich und nachvollziehbar. Die Forderung nach und die Durchführung von ganzheitlicher und individueller Pflege ergibt sich aus einer theoretischen Bestimmung und Definition von Pflege, die die Komplexität berücksichtigt.• Durch die angewandte Theorie in der Praxis tritt die Pflege heraus aus der Beliebigkeit und reaktiven Durchführung von Tätigkeiten, die man lassen kann, wenn keine Zeit dafür da ist, und wird zu einem wichtigen therapeutisch relevanten Bereich der Gesamtversorgung, der quantitativ und qualitativ gesichert werden muß.• Die Wichtigkeit von Pflege-theorien für alle Bereiche pflegerischer Lehre liegt geradezu auf der Hand. Curricula für die pflegerische Grundausbildung könnten sich endlich konsequent an der Pflege orientieren und dieses Fach zum Ausgangspunkt machen, dem sich alle anderen sinnvoll zuordnen können. In Fort- und Weiterbildung könnten notwendige Veränderungen vorgenommen werden, Konzepte weiterentwickelt, untersucht und erprobt werden.• Eine theoretische Bestimmung erfordert natürlich auch die entsprechende Institution – bei uns ist dies immer noch die Universität.• Die Durchlässigkeit von pflegerischen Berufsabschlüssen zum universitären Bereich muß endlich geschaffen werden, wobei Pflegeforschung nicht nur dort stattfinden muß und kann.• Auf der berufspolitischen Ebene würden uns Pflege-theorien ein gutes Stück der so lange geforderten beruflichen Autonomie näher bringen, denn ein eigenständiger theoretischer Rahmen macht die Absurdität formaler hierarchischer Unterordnung sehr deutlich.• Wir können in der Regel offensichtlich immer noch nicht die Qualität umfassender professioneller Pflege verdeutlichen – Theorien könnten uns dabei unterstützen, die Qualität so offensichtlich zu beweisen, daß Pflege nicht mehr beliebig und austauschbar ist. In der Folge müßten sich auch die Arbeitsbedingungen, Bezahlung und Aufstiegsbedingungen entsprechend anpassen und verändern.• Die Pflege scheint im Moment an einem Punkt angelangt zu sein, wo sich in Zukunft entscheiden wird, sich entweder selbstbewußt als eigenständiger Bereich im Gesundheitswesen zu etablieren – oder in die Bedeutungslosigkeit von Hilfstätigkeiten zurückzufallen. Pflege muß nur mit inhaltlichen und theoretischen Notwendigkeiten endlich beginnen.	

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<ul style="list-style-type: none"> • Die 38 Ziele der WHO im Projekt „Gesundheit 2000“ und die europäische Regionalstrategie und Regionalziele zur Umsetzung legen die inhaltlichen Schwerpunkte zugrunde: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Chancengleichheit ✓ Förderung der Gesundheit ✓ Aktive Beteiligung der Bevölkerung ✓ Multisektoriale Zusammenarbeit ✓ Primäre Gesundheitsversorgung ✓ Internationale Zusammenarbeit • Während der 1988 erstmalig stattfindenden Europäischen Pflegekonferenz in Wien wurde der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege) eine Schlüsselposition zur Umsetzung und Erreichung der Ziele zuerkannt. • Der Nationale Bericht mit der Stellungnahme zu den 38 Zielen der WHO-Europa ist von Vertreter/-innen der drei großen Dachorganisationen ADS (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwestern), DBfK (Deutscher Berufsverband für Krankenpflege) und DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) gemeinsam erarbeitet und verabschiedet worden. • „Die Festlegung einer auf die Gesundheit ausgerichteten Strategie für die Bevölkerung Europas wird auch in der Bundesrepublik Deutschland von den Berufen in der Krankenpflege begrüßt, besonders weil die vorgegebenen Ziele sich an der Gesamtheit der Lebensbezüge des Menschen orientieren [...]. Die Einbeziehung von psychischen, sozialen, wirtschaftlichen, umweltbedingten und biographischen Gegebenheiten bei der Festlegung von Pflegezielen für den einzelnen Betreuten ist unverzichtbarer Teil krankenpflegerischen Handelns geworden.“ • „Die bestehenden Strukturen, vornehmlich des Gesundheitswesens, erschweren es den Angehörigen der Krankenpflegeberufe, ihre Fähigkeiten und Kenntnisse in dem von ihnen erstrebten Maß einzusetzen und die Ziele der Gesundheit 2000 konsequent zu verwirklichen. Besonders ihre Aktionsmöglichkeiten in der Gesundheitsvorsorge sind gering.“ • Dabei ist es eine elementare Berufsaufgabe, dem Grundbedürfnis des Menschen nach Sicherheit Rechnung zu tragen. Die gesundheitliche Sicherheit ist auf vielen verschiedenen Ebenen gefährdet. [...] In diesem Zusammenhang muß auf die gesundheitliche Gefährdung der pflegerischen Berufe selbst aufmerksam gemacht werden. [...] Eine angemessene Personalbesetzung, die sich an der realen Leistungserbringung ausrichtet, ist dringlich erforderlich, um die Gesundheit der Pflegenden sicherzustellen. Andererseits sollten die Pflegenden selbstkritisch ihr eigenes Gesundheitsverhalten reflektieren.“ • Gesundheit hat u. a. sehr viel mit Bewegung zu tun. Bewegung im körperlichen Sinn, aber auch Beweglichkeit in Denkprozessen und im Wandeln von Vorstellungen, die wieder zur Bewegung festgefahrener Strukturen auch im gesellschaftspolitischen und gesundheitspolitischen Bereich führen können. Und nicht zuletzt emotionales Bewegen und mich bewegen lassen. Bewegung ermöglicht, daß wir aufeinander zugehen, daß es zu Bewegungen kommt. • „Die Angehörigen der Krankenpflegeberufe sind bereit und kompetent, ihre Rolle bei der Erreichung der Ziele zu erfüllen, wenn die geeigneten Bedingungen dazu geschaffen werden. Eine wichtige Voraussetzung dazu ist das formale Recht auf berufliche Autonomie. Mit dem Pflegeprozeß wurde ein Instrument entwickelt, das den ganzheitlichen 	<p>Grundsätze der WHO zur Gesundheitsversorgung</p> <p>Internationaler Anschluss</p> <p>Verabschiedung der nationalen Ziele der WHO durch die Verbände der BRD</p> <p>Ziele der Krankenpflege und Bezug zu den Rahmenbedingungen</p> <p>Mehr Orientierung der Pflege an Prävention und Vorsorge</p> <p>Aufgabe der Pflege: Befriedigung der Grundbedürfnisse</p> <p>Angemessene Personalbesetzung</p> <p>Gesellschaftspolitischer und gesundheitspolitischer Kontext</p> <p>Autonomie des Pflegeberufes, theoretische Bedingungen schaffen</p> <p>Neuorientierung und Umdenken in der Krankenpflege hin zu Gesundheitspflege</p> <p>Eigenes Profil der professionellen Pflege</p> <p>Fremdbestimmtheit entgegenwirken</p> <p>Politische Dimension der Pflege</p> <p>Individuelle Identität und Erwartung an den Pflegeberuf</p>

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)

Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)

und umfassenden Ansatz von Pflege in den Vordergrund stellt und berufliche Autonomie verlangt. [...] Pflege im ganzheitlichen Sinn ist dynamisch und flexibel und hat die Fachkompetenz, das pflegerische Angebot jeweils auf die individuell notwendigen Bedürfnisse hin zu modifizieren. Damit bietet die Pflege von ihrer inhaltlichen Bestimmung her im Prinzip sehr gute Möglichkeiten, den Zielen ‚Gesundheit 2000‘ näherzukommen und ihren Beitrag zur Verwirklichung der Vorstellungen der WHO zu leisten.“

- Sicherlich sind auch Bilder vor Augen, z. B. hierarchische Strukturen im Gesundheitswesen, sei es im Krankenhaus oder außerhalb, oder auch daß die Krankenpflege an Rollen gebunden wird, welche die Anpassung an einen veränderten Gesundheitsbedarf nicht zuläßt. Da wird beispielsweise geglaubt, Pflege sei seit eh und je einzig und allein für kranke Menschen zuständig gewesen: solange die Auszubildenden in der Krankenpflege überwiegend Kranke pflegen (dem Krankheitsbild entsprechend und der dazugehörenden Diagnostik und Therapie dem Patienten ein Paket von Tätigkeiten zuordnen) ist Gesundheitspflege (Vorsorge und Erhalt) als Aufgabengebiet der Pflege für sie nicht erfahrbar. Damit ist Gesundheitspflege in ihrer Definition von Krankenpflege nicht enthalten!
- Da wird geglaubt, Pflege sei abgeschwächte Medizin oder freiwilliger Helferdienst. Nur weil diese Fremdbilder von Krankenpflege noch an vielen Orten leben, wagt man es im Hinblick auf den derzeitigen Pflegenotstand Lösungen zu diskutieren wie: Hilfskräfte auf in der Krankenpflege, soziales Pflichtjahr für Mädchen, arbeitslose Ärzte als Ersatz für fehlende Pflegekräfte ... Personengruppen, die in vielen Bereichen kompetent sein mögen, in der professionellen Krankenpflege ganz sicher nicht!
- Das sind Beispiele von Erwartungen, mit denen wir konfrontiert werden. Mit diesen Erwartungen und diesen Bildern über uns lassen wir uns fremdbestimmen. Auf der Pflegekonferenz sind alle diese Bilder ausdrücklich von Vertretern vieler Länder wiederlegt worden (es waren 32 Länder vertreten).
- Aber welches Bild von Krankenpflege hat jeder Einzelne von uns? Sind wir in den einzelnen Pflege-theorien und Konzepten bewandert, können wir glaubwürdig ein Berufsbild entwerfen, das den Gesundheitsbedürfnissen und Gesundheitsproblemen der Bevölkerung in Gegenwart und Zukunft entgegenkommt und effektive Hilfeleistung anbietet? Können wir für unseren Beruf und damit für unsere Zukunft, für notwendige gesundheitspolitische Veränderungen systematisch, konzeptionell und logisch begründet argumentieren?

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<ul style="list-style-type: none"> • Im Jahre 2000 wird alles anders! Es trennen uns nur noch gut zehn Jahre von diesem magischen, bisher so weit in die Zukunft verlegten Datum. Eine sehr kurze Zeit, gemessen daran, wie langsam der Fortschritt ist, wie lange Veränderungen dauern. „Der Fortschritt ist eine Schnecke“ (Günter Grass), der Satz schützt davor, zu früh aufzugeben. Eine Schnecke kommt voran, langsam, aber zielstrebig! • Die Entscheidung, was hier bei uns in der BRD von diesem Rahmenkonzept der WHO („jeder soll ein Gesundheitsniveau erreichen, das es erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“) umgesetzt wird, wird im politischen und ökonomischen Raum getroffen. Wir Krankenschwestern und Krankenpfleger müssen uns dort artikulieren, denn wir wissen für unseren Arbeitsbereich am besten, was wir brauchen. Es ist höchste Zeit, als Person und als Berufsgruppe politisch zu denken und zu handeln im Sinne des Engagements für unsere Sache, für die Pflege und unsere Arbeitsbedingungen. • Primäre Gesundheitsförderung, das zieht sich als roter Faden durch das WHO-Programm, d. h. unter anderem Menschen zu lebenslangem Lernen befähigen, ihnen helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt; dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht.“ • Alle psychisch Kranken, Behinderten, alten Menschen sind Bürger einer Gemeinde. Wie oft wird das vergessen, weil sie dort nicht in Erscheinung treten. Sie leben in Heimen, Großkrankenhäusern, isoliert in ihren Wohnungen. Es gilt bis zum Jahr 2000 verstärkt weiterhin zu fordern und zu unterstützen, dass sie in die Gemeinde zurückkehren. Es gilt Lebensräume für diese Bürger zu schaffen. Was brauchen sie für ihr Leben? Welche Hilfen und Angebote benötigen sie? Gelingt es, eine Lebensform zu finden, die größtmögliche Freiheit, Aktivität, Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung ermöglicht? • Auf diesem Weg im Lebensalltag begleiten, beraten, unterstützen, das Anderssein akzeptieren, langen Atem haben, unterwegs, wenn uns die Puste ausgeht, anhalten, Pause machen, fordern, nicht überfordern – das sind einige wichtige Elemente psychiatrischer Pflege. • Wir beschreiben psychiatrische Pflege als Beziehungspflege. Psychiatrische Störungen sind immer auch Beziehungsstörungen im Sinne der Störung oder der Andersartigkeit der Beziehung zu sich selbst, zu anderen Menschen und/oder zur Umwelt. Psychiatrische Pflege hat somit diese Beziehungen und die Gestaltung der Umgebung, der Lebensweise und des Alltags zum Gegenstand. Eine umfassende und ganzheitliche Sichtweise des Menschen in seinem Umfeld, seinem Milieu, diese Aufgaben psychiatrischer Pflege sind uns bekannt. • Die Fähigkeit mit Emotionen umzugehen (Trauer, Wut, Ärger, Zorn, Freude, Glück, Zufriedenheit, Liebe, Freundschaft, Zärtlichkeit ...) ist Voraussetzung, sich auf eine Beziehung einlassen zu können. Eine Beziehung eingehen können heißt, bereit und fähig zu sein, Perspektiven und Sichtweisen des Anderen zu übernehmen. Nutzen wir die Gelegenheit in unse- 	<p>Veränderungen brauchen Zeit</p> <p>Ziele verfolgen und entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, (berufs-)politisch denken und sich engagieren</p> <p>Primäre Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege</p> <p>Verantwortung und Entscheidung fördern</p> <p>Integration und Teilhabe aller Menschen</p> <p>Aufgaben und Ziele professioneller Pflege</p> <p>Grundlagen und Handlungsfeld der Pflege</p> <p>Beziehungsgestaltung und Krisenbewältigung als elementare Aufgaben der Pflege</p> <p>Theoretische Grundlagen und gezielter Einsatz</p> <p>Arbeitsfelder der Pflege in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung</p> <p>Konzeptionelle Grundlagen und Orientierung am einzelnen psychisch erkrankten Menschen</p> <p>Angehörigenarbeit und Zukunftsorientierung</p> <p>Berufliche Haltung</p> <p>Unterschiedliches Wissen und Können für die sehr verschiedenen Aufgaben und strukturellen Bedingtheiten im praktischen Alltag</p>

Isolde Schmid-Rüther, Köln

Gesunde Beziehungen – gesundes Milieu: der Beitrag psychiatrischer Pflege zu diesen Zielen

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)

Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)

- rem Beruf, diese Fähigkeit zu trainieren, oder bleibt dies ausschließlich unserem Privatleben vorbehalten?
- Wann immer von Beziehungen die Rede ist, spricht man auch von der Distanz und der Nähe, die wir zulassen können. Wann wird Distanz und Nähe therapeutisch wirksam eingesetzt, wann sind wir uns ihrer bewußt und wann geraten wir in einen neurotischen Clinch? Es ist ein strukturelles Merkmal von Institutionen, daß Routinearbeit und ein reibungsloser Ablauf höher bewertet werden als individuelle Pflege.
 - Im Jahr 2000 findet psychiatrische Pflege überwiegend außerhalb von Kliniken statt: Wir werden in einem regionalen Verbund mit anderen Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten, die institutionellen Barrieren werden abgebaut.
 - Erarbeiten wir uns vor dem Hintergrund unserer jetzigen Möglichkeiten ein Konzept der Übergangspflege, die es uns ermöglicht, Patienten nach Hause und aus der Klinik heraus zu begleiten und/oder arbeiten wir mit Berufsgruppen und Personen, die dieses bereits tun, zusammen. Suchen wir Bündnispartner und widmen wir uns der Angehörigenarbeit in einer uns möglichen und sinnvollen Form. Denken wir daran, daß Angehörige oft die wichtigsten Menschen für die Patienten sind. Respektieren wir deren Beziehung, bieten wir Hilfe an, die es Angehörigen leichter machen, mit dem kranken Familienmitglied zu leben.
 - Ein therapeutisches Milieu ist dann gegeben, wenn ein Klima, eine Umgebung vorhanden ist, wo es Möglichkeiten gibt, die den Einzelnen bei der Bewältigung von Krisen unterstützen, und die in einem relativ geschützten Rahmen Lernen und Veränderung möglich macht. Das therapeutische Milieu muß Herausforderungen bieten, die den Fähigkeiten der Patienten entsprechen und sie bei ihren Bemühungen schützen und unterstützen. Klarheit, Vorhersehbarkeit, Berechenbarkeit von Reaktionen, Sicherheit und erkennbare Strukturen kennzeichnen den Umgang miteinander in einem solchen Milieu. Die Gestaltung des Milieus umfaßt Wohnen, Arbeiten Freizeit, Rechte und Pflichten, Regeln des Zusammenlebens, Erlernen von Konfliktbewältigungsstrategien durch Beispiele und Vorbild. Wir können uns in diesem Zusammenhang fragen, wie es mit der Wohnlichkeit, den Freizeit- und den Rückzugsmöglichkeiten, der Mitbestimmung und der Selbstbestimmung in unserem Arbeitsbereich bestellt ist. Dann fragen wir nach den Bedürfnissen der Patienten, finden wir Möglichkeiten, diese verstärkt zu beachten und vor allem die Betroffenen selbst mit einzubeziehen!
 - Nur mit dieser Haltung, mit fundiertem fachlichem Wissen und Können, können wir uns als Spezialisten für den Alltag bezeichnen, die für gesunde Beziehungen und gesunde Umgebung für alle, besonders für psychisch kranke Menschen – nicht erst im Jahr 2000, eintreten.

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<ul style="list-style-type: none"> • Lernen als lebenslanger Prozeß und „Lernen warum?“ läßt sich in der Pflege nur entwicklungsgeschichtlich betrachten. Die Krankenpflegeausbildung ist, trotz des neuen Krankenpflegegesetzes, weiterhin orientiert an einer Berufsausbildung im Krankenhaus, d. h. sie ist am Bett orientiert, Lerninhalte sind medizinischer und klinisch-pflegerischer Art, ambulant-pflegerische Maßnahmen finden im Gemeindeeinsatz – von meist nur vier Wochen – ihren bescheidenen Eingang ins Bewußtsein der Krankenpflegeschüler, ganzheitliche patientenorientierte Pflege ist meist sowohl theoretisch als auch praktisch ein Wunschtraum. Primäre Gesundheitsversorgung durch die Pflege war und ist bis jetzt im Lehrplan mehr oder weniger vergessen worden. Es ergibt sich die Frage, warum sich Lehrkrankenhäuser für Mediziner durchgesetzt haben, um einen gewissen Standard zu setzen, in der Pflege jedoch nicht. Sicher wurde in den 1960er Jahren versäumt, die Krankenpflege an den Fachhochschulen anzusiedeln, die Sozialarbeit hat diese Chance wahrgenommen und genutzt. • Nach wie vor zählt die Krankenpflege zu den „nichtärztlichen Berufen“ oder zu den „Heilhilfsberufen“. Diese Terminologie spricht Bände. Wir sind also ein „Nicht-Beruf“. Müssen wir uns nicht endlich dagegen wehren und andere Bezeichnungen einführen. Wir sind ein Beruf im Gesundheitswesen! • Deutlich wird, dass die weitgehende Orientierung an der Medizin wiederum dafür spricht, dass Krankheiten eine größere Rolle spielen, Gesundheit und Gesundheitsvorsorge geringer eingestuft werden. • Besehen wir unseren „Nicht-Beruf“ doch einmal unter beruflichen Aspekten näher. Die Krankenpflege hat in ihrer Professionalisierung immer Abgrenzungs- und Definitionsprobleme gehabt und hat sie noch, z. B. hat sie sich an die Medizin angehängt, der Gerätemedizin verschrieben oder wie in der Psychiatrie weitgehend an Therapien orientiert. In diesem Kontext ist festzuhalten, dass Professionalisierung sich aufgrund verschiedener Modelle als dynamischer Prozeß definieren läßt, in welchem ein Beruf in der sozialen Auseinandersetzung steht. Eine Profession, ein Beruf setzt nicht nur erlernbare Kenntnisse, sondern auch Intuition und Begabung voraus. Die Krankenpflege steht in Folge eng im Zusammenhang mit wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Bedingungen. • Die Einführung von Pflege-theorien und Pflegeprozeß haben eine entscheidende Auswirkung auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege. Ethische Fragen und unser Denken als Pflegende sowie unser Bild sowohl von uns selbst als auch das des zu Pflegenden wird durch den Prozeß verändert. Die Abwehrmechanismen werden abgebaut, der Patient stellt sich ganzheitlich als Mensch dar und nicht nur als „Krankheit“. Im pflegerischen Handeln wird plötzlich das „was war vor der Krankheit“, „was wird danach“, „womit muß der Patient leben“ mit ins Blickfeld gerückt. <p>Mängel sind vielfältig, beispielsweise: in den bisherigen Curricula wird „das Bett“ in den Mittelpunkt gestellt. Wissensvermittlung nimmt einen großen Raum ein, Selbsterfahrung, Reflektion, „Suchhaltung“ nach Dörner/Plog sind zweitrangig. Nach abgeschlossener Ausbildung sind nicht genügend planvolle Fort- und Weiterbildungen vorhanden, diese sind zudem uneinheitlich und nichttariflich abgesichert. Das neue Krankenpflegegesetz, ein Kompromiß, findet nur zögerlich Eingang, Pflegeprozeß, Pflichteinsatz in der Psychiatrie und Gemeinde werden oft nicht mit dem nötigen Ernst betrieben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Umfassender Lernprozess Patientenorientierung und Orientierung an Gesundheitsförderung Akademisierung Infragestellen der Tradition der pflegerischen Ausbildung Gesundheit – Krankheit Definition Beruf und seine Elemente Theoretische Ansätze und Auswirkung auf Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegerisches Handeln in Bezug auf Reflexion, Suchhaltung und Wissensvermittlung Biographischer Ansatz und Beziehungsgestaltung Pflegeprozess und Planung gemeinsam mit dem psychisch erkrankten Menschen Pflichtfortbildung und Bildungsdurchlässigkeit Bezahlung in der Pflege Humanistische Grundhaltung als Voraussetzung der Pflege Lernziele hinsichtlich Qualität Lernziel solidarisches Handeln Lebenslanges Lernen als Prozess Eigenständigkeit und Autonomie des Berufes Pflege

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)

Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)

- Bis zum Jahr 2000 müssen folgende Prinzipien Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung gefunden haben:
 - ✓ Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seiner Biographie und seinem Umfeld.
 - ✓ Wissensvermittlung ergibt nur dann Sinn, wenn sie dazu dient, Grundlage für eine zukunftsorientierte Beziehung zum Pflegenden zu schaffen, z. B. im Krankenpflegeprozeß gemeinsames Suchen nach Zielen bei gegenseitiger Toleranz und Akzeptanz.
 - ✓ Vorsorge, Primärprävention muß Hauptbestandteil pflegerischer Ausbildung und pflegerischen Handelns werden.
 - ✓ Jede Arbeit hat ihren Preis – und nicht zuletzt an ihrem Preis bemißt sich ihr Wert!
- Fort- und Weiterbildung sind mit den genannten Inhalten Pflicht, dabei ist die Bildungsdurchlässigkeit unerlässlich.
- Grundhaltung als Lernziel: Die erste Voraussetzung ist, daß ich Beziehungen aufnehmen kann, d. h. dass ich meinem Gegenüber Achtung, Toleranz und Akzeptanz entgegenbringe, d. h. aber auch, daß ich dies erst tun kann, wenn ich mich selbst akzeptiere. In einer ehrlichen Beziehung sind beide Partner gleich und gleich wichtig. Teilnahme, Vertrauen, Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit sind dabei ebenso zentrale Aspekte wie Klarheit in Worten und im Handeln. Es geht darum, dem Patienten dabei zu helfen, seinen Standort zu bestimmen und festzustellen, wohin er will, und ihm dabei Krücke zu sein, ohne ihm Entscheidungen abzunehmen, ihn aber zu ermutigen.
- Qualität als Lernziel bedeutet klare Vorstellungen zu haben, welche Merkmale die geleistete pflegerische Arbeit sowohl strukturell, im Prozeß und im Ergebnis aufweisen soll.
- Solidarisches Handeln als ein Ziel bedeutet anzuerkennen, daß unterschiedliche Sichtweisen der Beobachtung und Wahrnehmung ein differenziertes und abgerundetes Bild von Ereignissen, Situationen und Problemen ergeben.
- Lebenslanges Lernen bedeutet, sich auf Lernprozesse einzulassen und sein Wissen kontinuierlich zu erweitern und Erkenntnisse auf dem aktuellen Stand zu halten. Das bedeutet aber auch, sich der Auswirkungen von Berufs- und Gesundheitspolitik bewußt zu sein.
- Lernziel berufliche Autonomie: Eine Profession hat drei Merkmale: Das Vorhandensein eines Berufskodexes, die Unterrichtung des „Nachwuchses“ durch die Profession selbst und die Kontrolle, wer zu dieser Profession zugelassen oder wer ausgeschlossen sein soll durch Vertreter des Berufes. Ein Ziel für das Jahr 2000 – oder was können wir schon heute tun, um die Eigenständigkeit unseres Berufes zu untermauern?

Ulrike Villinger, Darmstadt

Wie gehts uns denn heute – wir baden jetzt ... Der Alltag gefährlicher Pflege

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)

- Ausgehend von den vom Schweizer Roten Kreuz herausgegebenen Qualitätsstufen wird der Alltag einer Langzeitstation überprüft und festgestellt, dass überwiegend als Ergebnis der beobachteten Situationen Stufe 0 herauskommt: „gefährliche Pflege“.
- Die meisten von uns wissen, wie angemessene oder optimale Pflege aussehen muß – spätestens dann, wenn Sie überlegen, wie Sie denn einen Angehörigen oder Freund betreut haben möchten, sollte dieser pflegerischer Hilfe im Krankenhaus oder Zuhause bedürfen.
- Es ist bekannt, daß Patienten weniger Medikamente mit den bekannten zum Teil katastrophalen Nebenwirkungen und Spätschäden, die sie verursachen, nehmen müßten, daß weniger fixiert werden müßte, wenn zumindest angemessen Pflege vorgehalten würde. Und doch machen wir nirgendwo die Diskrepanz zwischen Ist und Soll deutlich.
- Wir müßten die Mängel nicht nur wie jetzt beschreiben, sondern auch mit einem geeigneten Dokumentationssystem belegen können – und wem erzählen wir, dass wir gefährliche Pflege betreiben und häufig durch Personalmangel dazu gezwungen sind? Wir decken eher Mißstände zu und verweisen darauf, daß sich schon so vieles gebessert hat.
- Ein weiterer Aspekt alltäglicher gefährlicher Pflege: In einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit 750 Planstellen im Pflegebereich wurden im ganzen Jahr 1986 achtzig Arbeitstage zu Fortbildungszwecken außerhalb des Hauses verbracht, d. h. daß nur jeder zehnte Mitarbeiter im Pflegebereich einen Tag eine externe Fortbildung besucht hat – oder umgekehrt gerechnet: Jeder pflegerische Mitarbeiter fährt nur einen Tag in zehn Arbeitsjahren zu einer externen Fortbildung. Fortbildungen wie Stationsleiterkurse, die im unbezahlten Urlaub stattfinden, sind dabei nicht eingerechnet. Dies sind Zahlen aus einem Allgemeinkrankenhaus. Bei genauerem Hinsehen dürften sie in der Psychiatrie ähnlich sein. Diese Zahlen, die sicher den Tatsachen entsprechen, sind atemberaubend, ihre Aussage ist gefährlich plastisch. Es gibt keine andere Berufsgruppe im Gesundheitsbereich, die auf der einen Seite so viel stöhnt und klagt, und zum großen Teil mit Recht, und die gleichzeitig fast alle Chancen für Entlastung und Anregung ungenutzt an sich vorbeiziehen läßt. Eine Krankengymnastin erklärte kürzlich, daß sie immer dann, wenn sie in ihrem Beruf sich überlastet, gelangweilt oder gestreßt fühlte, nach einer Fortbildungsveranstaltung Ausschau gehalten habe und dann zufriedener weiterarbeiten konnte. Und wie ist das bei uns?

Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)

Pflegequalität und deren Einstufung
Gefährliche, angemessene und optimale Pflege
Dokumentation der Pflege (auch Versäumnisse)
Personalmangel und Aufdeckung von Missständen
Fortbildungspflicht
Chancen und Hindernisse in der Pflege
Politisches Engagement
Rechte und Pflichten

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)	Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)
<ul style="list-style-type: none"> • Vor mehr als zwanzig Jahren war die Frage „Was ist Krankenpflege“ oder sogar „Was ist effektive Krankenpflege“ für die meisten praktizierenden Schwestern und Pfleger beinahe gegenstandslos. Krankenpflege war offensichtlich das, was das Krankenpflegepersonal tat. Die Vorstellung, daß nicht alles, was eine Schwester oder ein Pfleger tut, Pflege sein muß und schon gar nicht für den Patienten effektive Pflege, wäre bei vielen auf Verwunderung, wenn nicht gar auf Ablehnung gestoßen. • Seit Jahren sind die Stimmungsbilder von der Titelseite der Deutschen Krankenpflegezeitschrift verschwunden und aussagekräftigeren Illustrationen über Pflege gewichen. Der Inhalt ist beherrscht von Fragestellungen aus und zur Krankenpflege. Eine wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe unter dem Titel „Pflege“ gibt es seit Anfang 1988 mit Zielsetzungen, die es sich lohnt, einmal als Spiegel der Entwicklungen des Krankenpflegewissens zu bedenken. • „Pflege“ will einen Beitrag zur Entwicklung der Pflegewissenschaft und dadurch auch der Pflegepraxis leisten. Sie versteht sich als umfassendes Forum, in dem sich rasch entwickelnde Bereiche der Pflegeforschung, -theorie und -praxis sowie der Ausbildung, des Managements, der Ethik, Geschichte und Politik der Pflege diskutiert werden können. • „Pflege“ bringt: Neue Erkenntnisse aus Studien der Pflegepraxis – Berichte über die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis – Diskussionen und Kritiken von Konzepten, Modellen und Theorien der Pflege und deren Anwendung in Forschung und Praxis – Analysen und Diskussionen aus der Pflegepraxis – Auseinandersetzungen mit spezifischen Aspekten der Pflege und der Entwicklung der Pflegeberufe – Forschungsmethoden, Anleitungen zum Lesen von Forschungsarbeiten usw. Hier ist eine Vorstellung von dem, was Krankenpflegewissen sein mag, artikuliert. • Doch wie wir alle nur zu gut wissen, sind patientenzentrierte Pflege, Pflegeprozeß und Pflegedokumentation, ganz zu schweigen von Pflegestandards und dem Messen der Pflegequalität recht schwer in der Praxis umzusetzen. Wir hören nach über zehn, wenn nicht gar fünfzehn Jahren immer noch mit allerdings berechtigter Bewunderung von Einzelbeispielen, die Ansätze in der Praxis darstellen. Wie lange wollen, sollen und können wir es bei Ansätzen belassen? • Die durch die Identifizierung des Krankenpflegewissens verursachte ideologische Kursänderung in der Pflege von Grund- und Funktionspflege zu einer patientenzentrierten, ganzheitlichen Pflege muß in jedem Falle Unsicherheit und daraus erwachsene Konflikte hervorrufen. • Wenn aus der Kursänderung ein höherer Grad an professioneller Handlungsfreiheit seitens des Pflegers und ein größeres Maß an Selbstbestimmung beim Patienten erwächst, wie es das „neue“ Wissen in der Krankenpflege verlangt, dann muß nicht nur der Arzt bereit sein, einen Teil Macht und Verantwortung abzutreten, sondern beide, der Pfleger und der Patient, müssen bereit sein, zusätzliche Macht und Verantwortung anzunehmen. • Wir wissen, dass zum Beispiel die vielen Dinge, die zur Depersonalisierung des Kranken im Krankenhaus beitragen, schädlich sind. Haben wir nicht eine individuelle Verantwortung, dies ständig zur Sprache zu bringen und zu bezeugen, daß es unmoralisch ist, entgegen besseren Wissens diese Umstände weiter walten zu lassen? Es soll hier nicht gesagt werden, dass ein einziger Mensch das ganze System ändern kann. Was er jedoch tun kann, ist in jeder möglichen Weise die Unzulänglichkeiten und Gefahren dieses Systems aufzuzeigen. Derjenige, der es sich einfach verbittet, daß in seiner Gegenwart Patienten kollektiv als „Pflegefälle“ abgehandelt werden, begeht eine individuell politische Handlung. 	<p>Pflegerisches Selbstverständnis</p> <p>Pflegewissenschaftliche Veröffentlichungen</p> <p>Entwicklung von Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und Pflegepraxis</p> <p>Erkenntnisse für die Pflege auf allen Ebenen</p> <p>Pflegerische Hilfsmittel in der Praxis angekommen?</p> <p>Patientenorientierte und ganzheitliche Pflege als Grundlage</p> <p>Verantwortung für das eigene Tun und Verantwortung abgeben</p> <p>Politisches Handeln in der Pflege und Reflexion des eigenen Handelns</p> <p>Widerstand und Berufspolitik</p> <p>Individuelle und berufliche Verantwortung</p> <p>Gesundheitspolitisch Stellung beziehen</p> <p>Ethische Fragestellung und Rechtfertigung</p> <p>Individuelles Engagement</p> <p>Wahrnehmen von Bedürfnissen und Qualität des Handelns</p>

Ruth Schröck, Osnabrück

Wissen und Verantwortung – Gedanken zu politischen Aufgaben der psychiatrischen Pflege

Inhalt (zusammengefasste Inhalte und Aussagen der Vorträge)

Stichpunkte zu den Merkmalen (Kategorien)

- Haben wir nicht eine berufspolitische Verantwortung, daß wir das Wissen, das wir haben, auch anwenden können? Woran liegt es denn, daß so wenige Schwestern und Pfleger berufspolitisch aktiv sind, um gemeinsam das zu erreichen, was in ihrer Macht steht und von dem sie wissen, daß es richtig ist? Die noch allzu oft geäußerte Meinung, daß „mich Politik überhaupt nicht interessiert“ und zudem sowieso nichts mit der praktischen Pflege zu tun hat, kann nur einer riesigen Ignoranz oder einer furchterregenden Gleichgültigkeit entspringen.
- Letztendlich können wir uns auch nicht der gesellschaftlichen Verantwortung entziehen, für das Wohl unserer Patienten einzustehen. Es ist und muß jedem klar sein, daß eine gesellschaftliche Ausrichtung auf reines Wettbewerbsdenken und materiellen Profit nicht die Voraussetzungen schaffen kann, in denen die schwachen und schutzbedürftigen Mitglieder unserer Gesellschaft menschenwürdig behandelt und versorgt werden können. Es scheint mir eine Gewissensfrage zu sein, die sich jede Schwester und jeder Pfleger stellen muß, ob sie/er im weitesten Sinne die politischen Ideologien und Strömungen unterstützen kann, die jede kollektive Verantwortung für das Wohlergehen des Individuums praktisch ablehnen.
- Wir müssen uns jetzt, jeder in seiner individuellen Situation entscheiden, auf individueller, berufspolitischer und gesellschaftlicher Ebene unsere Verantwortung aktiv wahrzunehmen. Es genügt nicht mehr, daß wir hoffen, irgendwer und irgendwo wird schon was geschehen. Es ist auch kein Grund, nichts zu tun, nur weil das, was ich tun kann, sehr bescheiden erscheint. Wenn wir zum Beispiel alle von nur einem oder zwei Patienten systematisch aufzeigen würden, welche konkreten Bedürfnisse dieser Patient hat und wieviele davon nicht berücksichtigt werden können, weil es uns auf der Station zu der Zeit an qualifiziertem Personal mangelt, hätten wir mehr Überzeugungskraft, als unsere generelle Feststellung eines Pflegenotstandes hervorrufen kann. Möglicherweise könnten wir dann auch beweiskräftiger aufzeigen, daß dieser Mangel nicht mit gutwilligen und gutherzigen jungen Frauen in einem sozialen Pflichtjahr behoben werden kann.