



Heike Ulatowski

Pflegeplanung in der Psychiatrie

Eine Praxisanleitung
mit Formulierungshilfen

 Springer

Pflegeplanung in der Psychiatrie

Heike Ulatowski

Pflegeplanung in der Psychiatrie

Eine Praxisanleitung mit Formulierungshilfen

Mit 21 Abbildungen

Heike Ulatowski
Hamburg
Deutschland

ISBN 978-3-662-48545-3
DOI 10.1007/978-3-662-48546-0

ISBN 978-3-662-48546-0 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Andrey Popov / Fotolia
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Vorwort

» Der Panther

(Im Jardin des Plantes, Paris)

Sein Blick ist vom Vorübergehn der Stäbe
so müd geworden, dass er nichts mehr hält.
Ihm ist, als ob es tausend Stäbe gäbe
und hinter tausend Stäben keine Welt.

Der weiche Gang geschmeidig starker Schritte,
der sich im allerkleinsten Kreise dreht,
ist wie ein Tanz von Kraft um eine Mitte,
in der betäubt ein großer Wille steht.

Nur manchmal schiebt der Vorhang der Pupille
sich lautlos auf –. Dann geht ein Bild hinein,
geht durch der Glieder angespannte Stille –
und hört im Herzen auf zu sein.

(Rainer Maria Rilke)

Wenn ich an psychisch kranke Menschen denke, ist das Erste, was mir einfällt, dieses Gedicht von Rainer Maria Rilke. Einfach weggesperrt hat man psychisch Kranke noch bis in 1970er Jahre; stigmatisiert und ausgegrenzt werden sie bis heute. Und eingesperrt sind sie oftmals immer noch, nicht selten in sich selbst. Umso wichtiger ist es, dass wir Pflegenden gerade diesen Patienten mit einem Höchstmaß an Empathie und Anteilnahme, mit Authentizität und Aufrichtigkeit sowie mit unbedingter und uneingeschränkter Wertschätzung gegenüberreten.

Das vorliegende Buch richtet sich vornehmlich an Führungskräfte in der stationären psychiatrischen Pflege, wobei auch ambulante und teilstationäre Aspekte Berücksichtigung finden. Aus eigener Anschauung wissen Sie, dass die Arbeitsbelastung professionell Pflegenden in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat. Diese Entwicklung ist nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Marktöffnung des Gesundheitswesens und des damit einhergehenden Wettbewerbs- und Kostendrucks zu sehen. Hinzu kommt, dass Sie die Pflegequalität Ihrer Einrichtung oder Ihrer Station mindestens sichern, wenn nicht sogar stetig verbessern müssen, um den Patienten eine möglichst optimale Versorgung zu bieten und somit am Markt bestehen zu können. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung ist es wichtig, Arbeitsabläufe zu optimieren und die vorhandenen zeitlichen Ressourcen möglichst effizient einzusetzen. Dieses Buch soll einen kleinen Beitrag dazu leisten, denn gerade in der psychiatrischen Pflege ist die Dokumentation oftmals recht aufwendig.

Durch eine systematische und professionelle Bearbeitung der schriftlichen Dokumentation lässt sich mehr Zeit für die direkte Arbeit mit den Patienten gewinnen. Dies ist umso wichtiger, als zum einen der psychiatrischen Pflege, also der pflegerischen Betreuung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, im Behandlungsprozess der Psychiatrie eine nicht unerhebliche Bedeutung zukommt. Zum anderen ist in der Psychiatrie eine professionelle Haltung und Arbeitsweise aller Berufsgruppen von existenzieller Be-

deutung, um einen erfolgreichen Behandlungsablauf gewährleisten zu können. Dies gilt in besonderem Maße für die Pflegekräfte, da sie in der Regel die intensivsten Beziehungen zu den Patienten unterhalten. Somit ist eine professionelle Pflegeplanung nicht nur als Zeit- und Kostenersparnis sowie als Mittel der Qualitätssicherung anzusehen; vielmehr kann sie den Pflegenden gleichsam wie ein Gerüst einen sicheren Halt im Umgang mit den oftmals beziehungsstörungen Patienten bieten. Außerdem stellt die Pflegeplanung gewissermaßen ein Bindeglied zwischen (pflege)theoretischem Wissen und der direkten pflegerischen Arbeit dar und ermöglicht, natürlich je nach Art und Ausmaß der jeweils vorliegenden Störung – eine (partielle) Mitarbeit des betroffenen Patienten.

Das Buch besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil gibt Ihnen eine kurze einleitende Übersicht über die (pflege)theoretischen Hintergründe und ist zudem den Definitionen und der inhaltlichen Abgrenzung relevanter Begriffe gewidmet. Es werden darüber hinaus Selbstverständnis, Aufgaben, Handlungsfelder und Geschichte der psychiatrischen Pflege vorgestellt und erläutert. Des Weiteren werden Klassifikationssysteme psychiatrischer Krankheiten sowie deren Epidemiologie und Prävalenz aufgezeigt. Aus pragmatischen bzw. abrechnungsrelevanten Gründen orientiere ich mich weitgehend an der ICD-Kodierung. Teil I des Buches ist verhältnismäßig kurz geraten, da ich davon ausgehe, dass Sie bereits über das notwendige theoretische Hintergrundwissen verfügen, um Krankheitsbilder und den pflegerischen Umgang mit psychisch Kranken adäquat einordnen zu können. Es soll vor allem deutlich gemacht werden, in welchem Bereich des Pflegeprozesses eine praktische Begleitung bzw. Hilfestellung der Pflegeplanung ansetzen kann.

Der zweite Teil des Buches ist als eigentlicher Hauptteil zu begreifen. Hier geht es darum, Ihnen praxisnahe Anregungen für die pflegerische Arbeit mit psychisch Kranken an die Hand zu geben, die Ihre Mitarbeiterinnen im stationären Setting, in der Tagesklinik oder in der ambulanten psychiatrischen Pflege konkret umsetzen können. Die Einteilung der Krankheitsbilder erfolgt in Anlehnung an die ICD-10, wobei keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Vielmehr werden in erster Linie Krankheitsbilder vorgestellt, die in der alltäglichen pflegerischen Arbeit von Bedeutung sind. Für jede Krankheit bzw. Störung werden zunächst Kennzeichen und Merkmale benannt und darauf aufbauend Formulierungsvorschläge für eine Pflegeplanung präsentiert. Dabei wird jedoch ausreichend Raum gelassen, um je nach Patient bzw. Krankheitsverlauf individuelle Modifikationen vornehmen zu können.

Bei der Lektüre wird Ihnen vielleicht der eine oder andere Patient in den Sinn kommen. Möglicherweise fallen Ihnen auch besonders prägnante Situationen oder Gespräche mit Patienten oder Mitgliedern Ihres Teams ein. Es kann sein, dass Sie denken: »Ja, genau diese Maßnahme hätte ich bei Frau X gut anwenden können.« Oder Sie sitzen nun vor diesem Buch und denken sich: »Nein, also das würde ich aber ganz anders machen.« Gut so! Denn trotz evidenzbasierter Pflege, Pflegestandards und Musterpflegeplanungen wird doch gerade die Pflege in hohem Maße von der Person und von der Persönlichkeit der Pflegenden und der Patienten geprägt. So liegt es keineswegs in meiner Absicht, Ihnen nun ebendiese Individualität zu nehmen, vielmehr möchte ich mein Buch als Angebot, Inspiration und Anregung oder als Grundlage für eigene Ideen verstanden wissen. Vielleicht auch als eine Art Werkzeugkoffer, aus dem Sie sich je nach Anlass, Störungsbild, Eigenschaften und Eigenarten der Patientin oder des Patienten und Ihrem eigenen beruflichen Selbstverständnis das jeweils Passende herausuchen und das, was nicht passt, einfach liegen lassen können. Ich

hoffe, dass ich durch diese Angebotspalette Ihren beruflichen Alltag ein wenig bereichern und an der einen oder anderen Stelle eventuell zu ein wenig Klarheit oder zu ein wenig mehr Struktur beitragen kann. Für Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschläge und sonstige Rückmeldungen bin ich immer offen und dankbar. Sie erreichen mich ganz einfach per E-Mail unter: pflgeconsulting.hamburg@yahoo.de.

Noch eine Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, beide Geschlechtsformen zu nennen – unabhängig von der verwendeten Personenbezeichnung sind grundsätzlich immer beide Geschlechter gemeint.

Nun wünsche ich Ihnen eine angenehme Lektüre in der Hoffnung, Ihnen mit diesem Buch einige nützliche Ideen, Denkanstöße und Hinweise für den Arbeitsalltag in der psychiatrischen Pflege geben zu können.

Heike Ulatowski

Hamburg, im September 2015

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Hintergrund

1	Grundlagen und Geschichte der psychiatrischen Pflege	3
	<i>Heike Ulatowski</i>	
1.1	Handlungsfelder und Aufgaben der Psychiatriepflege.....	4
1.2	Geschichte der Psychiatriepflege.....	6
	Literatur.....	8
2	Pflegemodell – Pflegeprozess – Pflegediagnose – Pflegestandard	11
	<i>Heike Ulatowski</i>	
2.1	Pflegemodell.....	12
2.2	Pflegeprozess.....	12
2.3	Pflegediagnose.....	13
2.4	Pflegestandards.....	15
	Literatur.....	16
3	Pflegeplanung in der psychiatrischen Pflege	17
	<i>Heike Ulatowski</i>	
3.1	Definition und Ablauf der Pflegeplanung.....	18
3.2	Besonderheiten der Pflegeplanung in der psychiatrischen Pflege.....	18
	Literatur.....	19
4	Klassifikationssysteme in der Psychiatrie	21
	<i>Heike Ulatowski</i>	
	Literatur.....	23
5	Stellenwert psychiatrischer Erkrankungen im Gesundheitsmarkt	25
	<i>Heike Ulatowski</i>	
	Literatur.....	28

II Formulierungshilfen für die Pflegeplanung

6	Störungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)	31
	<i>Heike Ulatowski</i>	
6.1	Abhängigkeitssyndrom (F10.02)	32
6.1.1	Merkmale.....	32
6.1.2	Pflegeplanung Abhängigkeitssyndrom.....	33
6.1.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege.....	37
6.2	Entzugssyndrom (F10.03)	37
6.2.1	Merkmale.....	37
6.2.2	Pflegeplanung Entzugssyndrom.....	38
6.2.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege.....	45
6.3	Psychotische Störungen (F10.04)	45
6.3.1	Merkmale.....	45

6.3.2	Pflegeplanung psychotische Störungen	46
6.3.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	50
6.4	Exkurs: Pflege bei Suchtdruck	50
6.4.1	Pflegeplanung Suchtdruck.....	51
	Literatur	52
7	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F29)	53
	<i>Heike Ulatowski</i>	
7.1	Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F20.0)	54
7.1.1	Merkmale.....	54
7.1.2	Pflegeplanung paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	56
7.1.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	61
7.2	Hebephrene Schizophrenie (F20.1)	61
7.2.1	Merkmale.....	61
7.2.2	Pflegeplanung hebephrene Schizophrenie.....	62
7.2.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	66
7.3	Katatone Schizophrenie (F20.2)	66
7.3.1	Merkmale.....	66
7.3.2	Pflegeplanung katatone Schizophrenie.....	67
7.3.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	73
7.4	Exkurs: Pflege bei Zwangsmaßnahmen	73
7.4.1	Pflegeplanung Fixierung.....	74
	Literatur	76
8	Affektive Störungen (F30–F39)	77
	<i>Heike Ulatowski</i>	
8.1	Manische Episode (F30)	78
8.1.1	Merkmale.....	78
8.1.2	Pflegeplanung manische Episode	80
8.1.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	88
8.2	Bipolare affektive Störung (F31)	89
8.2.1	Merkmale.....	89
8.2.2	Pflegeplanung bipolare affektive Störung.....	90
8.2.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	108
8.3	Depressive Episode (F32)	108
8.3.1	Merkmale.....	108
8.3.2	Pflegeplanung depressive Episode	110
8.3.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	118
8.4	Rezidivierende depressive Episoden (F33.0 oder F33.1)	118
8.4.1	Merkmale.....	118
8.4.2	Pflegeplanung rezidivierende depressive Episode	120
8.4.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	127
8.5	Exkurs: Pflege bei Suizidalität	128
8.5.1	Pflegeplanung Suizidalität	131
	Literatur	134

9	Neurotische Störungen, Belastungsstörung und somatoforme Störungen (F40–F48)	137
	<i>Heike Ulatowski</i>	
9.1	Angststörungen (F41)	138
9.1.1	Merkmale	138
9.1.2	Pflegeplanung Angststörung	140
9.1.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	151
9.2	Zwangsstörungen (F42)	151
9.2.1	Merkmale	151
9.2.2	Pflegeplanung Zwangsstörung	152
9.2.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	157
9.3	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	158
9.3.1	Merkmale	158
9.3.2	Pflegeplanung posttraumatische Belastungsstörung	160
9.3.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	169
9.4	Dissoziative Identitätsstörung (F44)	169
9.4.1	Merkmale	169
9.4.2	Pflegeplanung dissoziative Identitätsstörung	170
9.4.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	177
9.5	Exkurs: Pflegetherapeutische Gruppen – Angstexpositionstraining	177
	Literatur	181
10	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)	183
	<i>Heike Ulatowski</i>	
10.1	Anorexia nervosa (F50.0)	184
10.1.1	Merkmale	184
10.1.2	Pflegeplanung Anorexia nervosa	186
10.1.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	193
10.2	Bulimia nervosa (F50.2)	194
10.2.1	Merkmale	194
10.2.2	Pflegeplanung Bulimia nervosa	195
10.2.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	201
10.3	Exkurs: Pflegetherapeutische Gruppen – Kochgruppe	201
	Literatur	203
11	Persönlichkeitsstörungen (F60–F69)	205
	<i>Heike Ulatowski</i>	
11.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31)	206
11.1.1	Merkmale	206
11.1.2	Pflegeplanung Borderline-Persönlichkeitsstörung	208
11.1.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	229
11.2	Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)	229
11.2.1	Merkmale	229
11.2.2	Pflegeplanung histrionische Persönlichkeitsstörung	232
11.2.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	247

11.3	Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)	248
11.3.1	Merkmale	248
11.3.2	Pflegeplanung abhängige Persönlichkeitsstörung	249
11.3.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	260
11.4	Exkurs: Pflegetherapeutische Gruppen – Skills-Training	260
	Literatur	264
12	Gerontopsychiatrische Störungen (F00–F01)	265
	<i>Heike Ulatowski</i>	
12.1	Demenz vom Alzheimer-Typ (F00.0)	266
12.1.1	Merkmale	266
12.1.2	Pflegeplanung Demenz vom Alzheimer-Typ	269
12.1.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	276
12.2	Vaskuläre Demenz (F01.0)	277
12.2.1	Merkmale	277
12.2.2	Pflegeplanung vaskuläre Demenz	278
12.2.3	Anmerkungen für die ambulante Pflege	285
	Literatur	285

Serviceeteil

Stichwortverzeichnis	288
-----------------------------------	-----

Theoretischer Hintergrund

- Kapitel 1** **Grundlagen und Geschichte der psychiatrischen
Pflege – 3**
Heike Ulatowski
- Kapitel 2** **Pflegemodell – Pflegeprozess – Pflegediagnose –
Pflegestandard – 11**
Heike Ulatowski
- Kapitel 3** **Pflegeplanung in der psychiatrischen Pflege – 17**
Heike Ulatowski
- Kapitel 4** **Klassifikationssysteme in der Psychiatrie – 21**
Heike Ulatowski
- Kapitel 5** **Stellenwert psychiatrischer Erkrankungen im
Gesundheitsmarkt – 25**
Heike Ulatowski

In der psychiatrischen Pflege ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft ein wichtiger Teil der pflegerischen Arbeit. Die wesentlichen Grundlagen und Besonderheiten der psychiatrischen Pflege sind Gegenstand dieses Buchteils. In ▶ Kap. 1 wird neben den Handlungsfeldern kurz die historische Entwicklung der Psychiatriepflege skizziert. ▶ Kap. 2 nimmt eine allgemeine begriffliche Klärung bzw. Abgrenzung der Termini Pflegemodell, Pflegeprozess, Pflegediagnose und Pflegestandard vor, wobei ein Bezug zur Psychiatriepflege hergestellt wird. Daran anschließend werden in ▶ Kap. 3 die Grundzüge der Pflegeplanung und ihre Anwendung in der psychiatrischen Pflege dargestellt, in ▶ Kap. 4 die Klassifikationssysteme zu den Krankheitsbildern, mit denen Pflegende in der Psychiatrie mehrheitlich konfrontiert werden und die dem Aufbau des zweiten Buchteils zugrunde liegen. Abschließend erläutert ▶ Kap. 5 kurz die heutige Bedeutung bzw. Stellung der Psychiatrie im Rahmen der Krankenversorgung in diesem Land.

Grundlagen und Geschichte der psychiatrischen Pflege

Heike Ulatowski

- 1.1 Handlungsfelder und Aufgaben der Psychiatriepflege – 4
- 1.2 Geschichte der Psychiatriepflege – 6
- Literatur – 8

Pflegerisches Handeln impliziert die Begleitung, die Unterstützung und die Betreuung »von Menschen in Situationen des Krankseins und des Gesundwerdens (in allen Bereichen der Aktivitäten des alltäglichen Lebens)« (Stefan et al. 2006, S. 36). Die Pflege in der Psychiatrie unterscheidet sich hierbei jedoch insofern von der somatischen Pflege, als hier Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen von Pflegefachkräften betreut und versorgt werden.

1.1 Handlungsfelder und Aufgaben der Psychiatriepflege

Zwischen der psychiatrischen Pflege bzw. der Psychiatriepflege und der Pflege in der Psychiatrie gilt es zu differenzieren. Die psychiatrische Pflege bezieht sich nur auf die Pflege bei psychischen Erkrankungen. Die Pflege in der Psychiatrie umfasst darüber hinaus auch

- » die Pflege bei jeder anderen Erkrankung, die ein Patient in einer psychiatrischen Klinik im Einzelfall benötigen kann. Weil im Zusammenhang mit psychiatrischen auch somatische Erkrankungen vorkommen, gehört zur Pflege in der Psychiatrie prinzipiell das ganze Repertoire der allgemeinen Krankenpflege (Kistner 2002, S. 4).

Im Folgenden wird ausschließlich auf die psychiatrische Pflege bzw. die Psychiatriepflege abgestellt.

Definition

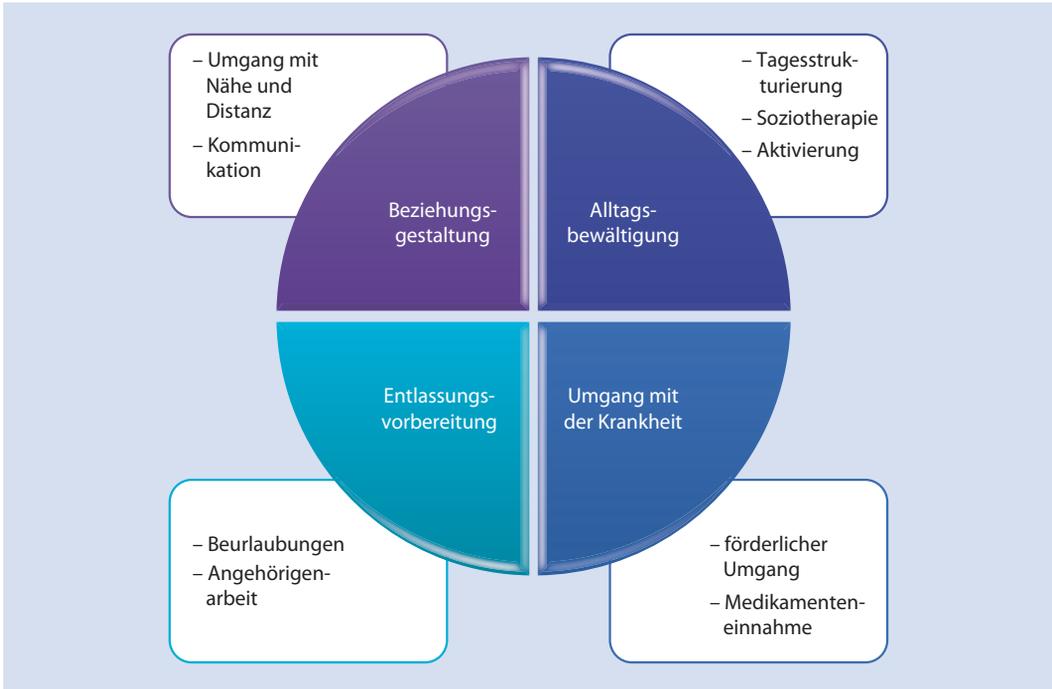
Die psychiatrische Pflege umfasst die fachgerechte und geplante pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen unter Berücksichtigung kultureller, psychosozialer und pädagogischer Aspekte sowie der Lebenssituation der Patienten und deren Angehörigen. Zum Aufgabenspektrum der psychiatrischen Pflege gehört die Erhaltung, die Anpassung bzw. die Wiederherstellung der lebenspraktischen Alltagsfähigkeiten der Patienten mit dem Ziel, den psychisch Kranken im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten zu einer eigenständigen Lebensführung zu verhelfen. Ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Pflege liegt in der Beziehungsgestaltung, insbesondere

in dem Aufbau einer möglichst tragfähigen Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient (vgl. Felgner 2008, S. 53).

In der psychiatrischen Pflege stellt die Beziehungsgestaltung nicht nur eine Rahmenbedingung für die eigentliche pflegerische Tätigkeit dar, sondern eines der wesentlichen Handlungsfelder. Es geht nicht nur darum, ein angenehmes Klima zu schaffen:

- » Ein angenehmes zwischenmenschliches Klima zu erzeugen ist zwar auch in der Psychiatrie wesentlich, reicht aber für die Behandlung beziehungsgestörter Menschen nicht aus. Vielmehr wird die bewusste Beziehungsgestaltung durch die Pflegenden selber zu einem Mittel der Problemlösung (Kistner 2002, S.10).

Weitere Handlungsfelder der stationären psychiatrischen Pflege bestehen in dem lebenspraktischen Training, der Tagesstrukturierung, der Anleitung zum Umgang mit Krankheit und ggf. mit den Medikamenten und der Vorbereitung auf die Entlassung. Für Pflegenden in der Psychiatrie ist ein professioneller Umgang mit Nähe und Distanz besonders wichtig, da sowohl zu viel als auch zu wenig Nähe gerade bei beziehungsgestörten Patienten zu Konflikten führen kann. Dem Ziel, nach Möglichkeit Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, folgend, arbeiten Pflegenden gemeinsam mit den Patienten daran, dass diese ein (möglichst) selbstständiges Leben führen können. Hierzu dient etwa die Anleitung zu einer geregelten Tagesstruktur ebenso wie die Förderung der sozialen Kompetenzen im Rahmen der Soziotherapie und durch das lebenspraktische Training, das u. a. die Bereiche Hauswirtschaft, Finanzen oder öffentliche Verkehrsmittel umfasst. Zudem ist eine systematische Vorbereitung des Patienten auf seine Entlassung unabdingbar, um Rückschläge und vorzeitige Therapieabbrüche zu vermeiden. Hierbei sind vor allem geplante kurze Beurlaubungen während des Aufenthaltes, etwa über das Wochenende, die von den Pflegekräften und Patienten vor- und nachbereitet werden, sowie die Zusammenarbeit mit dem familiären Umfeld des Patienten sinnvoll (vgl. Gold et al. 2014, S. 235–239). Die Handlungsfelder der Psychiatriepflege werden in  Abb. 1.1 aufgezeigt.



■ **Abb. 1.1** Handlungsfelder der Psychiatriepflege

Die oben angeführten Handlungsfelder lassen sich nicht immer strikt voneinander trennen und bedingen sich überdies oftmals gegenseitig. Für die ambulante psychiatrische Pflege gelten im Wesentlichen ähnliche Aufgaben und Handlungsfelder, wobei hier die für das stationäre Setting typische Entlassungsvorbereitung zugunsten von Überleitungs- und Case Management wegfällt und weitere Aufgaben hinzukommen, die für den ambulanten Bereich relevant sind, beispielsweise die Anleitung zur Bewältigung des persönlichen Alltags in den eigenen vier Wänden.

Die Aufgaben der psychiatrischen Pflege sind in der Psychiatrie-Personalverordnung aufgeführt. Sie beinhalten folgende Elemente (vgl. Haupt 2002, S. 376–377):

- **Individuelle Behandlung und Betreuung**, beispielsweise:
 - Individuelle Pflege nach Pflegeplan
 - Krisenintervention
 - Trainingsmaßnahmen zur Alltagsbewältigung

- Angehörigenarbeit
- Mitwirkung bei therapeutischen Maßnahmen
- ggf. Begleitung bei Behördengängen, Vorstellungsgesprächen etc.
- **Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung**, beispielsweise:
 - Leitung bzw. Durchführung von Stationsversammlungen
 - Pflegeleitete Aktivitätengruppen (Kochgruppe etc.)
 - Planung und Organisation von Ausflügen und Festen
 - Mitwirkung in Therapiegruppen
- **Arztvisiten**:
 - Vorbereitung
 - Teilnahme
 - Ausarbeitung
- **Tätigkeiten mit indirektem Patientenbezug**, beispielsweise:
 - Dienstbesprechungen
 - Dienstübergaben

- Dokumentation
- Supervision
- Fort- und Weiterbildung
- **Organisatorische Aufgaben der Station**, beispielsweise:
 - Dienstplangestaltung
 - Terminabsprachen
 - Stationsinterne Disposition (Medikamente etc.)
 - Koordination therapeutischer Leistungen
 - Administrative Tätigkeiten

Es ergibt sich somit ein umfangreiches Aufgabenspektrum, das hohe fachliche und persönliche Anforderungen an die Pflegenden stellt.

Praxistipp

Für Sie als Führungskraft in der psychiatrischen Pflege ist es wichtig, darauf zu achten, dass Ihre Mitarbeiterinnen eine professionelle Distanz zu den Patienten wahren (können). Dies lässt sich u. a. durch Mitarbeiterinnengespräche, Schulungen, Supervision sowie durch ein hohes Maß an Professionalität der Pflege gewährleisten. Ihre Pflegekräfte sollten zudem grundsätzlich mit Nachnamen angesprochen werden, also nicht mit »Schwester Heike«, sondern mit »Frau Ulatowski«.

1.2 Geschichte der Psychiatriepflege

Die Geschichte der psychiatrischen Pflege ist eng mit der Geschichte der Psychiatrie verbunden. Diese ist nicht eben von Humanität gekennzeichnet gewesen. So fanden etwa im Mittelalter viele psychisch Kranke als vermeintlich vom Teufel Besessene den Tod auf dem Scheiterhaufen, andere wurden misshandelt, gefoltert oder in Ketten gelegt (vgl. Thiel u. Traxler 2006, S. 1). Bis zum 19. Jahrhundert wurden in Westeuropa Menschen mit psychischen Erkrankungen kriminalisiert und gemeinsam mit verurteilten gewalttätigen Straftätern weggesperrt. Erste entmystifizierte Behandlungsansätze, die auf einem beginnenden Verständnis um Symptome und Krankheiten basierten, wurden

in Frankreich Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelt (vgl. Gaßmann et al. 2006, S. 5 f.). Sie sind eng verbunden mit dem Pariser Arzt Philippe Pinel, der im Jahr 1793 den psychisch Kranken im Pariser Becêtre-Krankenhaus die Ketten abnehmen ließ (vgl. Thiel u. Traxler 2006, S. 3). Im deutschsprachigen Raum wurde der Begriff »Psychiatrie« 1803 von Johann Christian Reil in seinem Werk »Psychiatriische Rhapsodien« eingeführt (vgl. Gaßmann et al. 2006, S. 4). Oftmals lebten die Pflegekräfte, im damaligen Sprachgebrauch »Irrenwärter«, mit ihren Patienten zusammen, d. h. sie schliefen mit ihnen in einem Raum und erhielten die gleiche Verköstigung (vgl. Schädle-Deininger u. Villinger 1997, S. 19).

Die jüngere Psychiatriegeschichte in Deutschland wurde nach dem Ersten Weltkrieg vor allem von der Behandlung der damals als »Kriegszitterer« oder »Kriegsneurotiker« bezeichneten Kriegstraumatisierten dominiert. Dementsprechend lassen sich in der Weimarer Republik Anfänge der Traumaforschung verzeichnen. Besondere Erfolge erzielte hier die junge Disziplin der Psychoanalyse:

- » In der Behandlung der sog. Kriegsneurotiker erzielten Psychoanalytiker deutlich bessere Heilungserfolge als mit bisherigen Therapien erreicht worden waren (Gaßmann et al. 2006, S. 10).

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 stellte auch in der deutschen Psychiatriegeschichte eine radikale Zäsur dar. Fortan wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen als »Ballastexistenzen« stigmatisiert, verfolgt, zwangssterilisiert, grausamen Experimenten unterzogen, dem systematischen Hungertod überlassen und ermordet (vgl. Schott u. Tölle 2006, S. 166–180). Eine besonders unheilvolle Rolle übernahmen hier die Psychiater, die letztlich über Leben und Tod entschieden, indem sie die Krankenakte psychisch Erkrankter entsprechend kennzeichneten:

- » Mit den zum Symbol für die »Euthanasie-Aktion« gewordenen »Grauen Bussen« wurden die durch ein rotes Plus-Zeichen auf ihrem Meldebogen zur Ermordung bestimmten mehr

als 70.000 Patienten aus den Heimen abgeholt und zwischen Januar 1940 und August 1941 nach einem kurzen Aufenthalt in »Zwischenanstalten« in den sechs Tötungszentren Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Pirna-Sonnenstein, Bernburg und Hadamar im Gas erstickt (DGPPN online, 2014).

Der Massenmord an Psychiatriepatienten wurde in der Öffentlichkeit mit dem Erhalt der »Volks-gesundheit« und der ökonomischen Belastung der »Volksgemeinschaft« durch die Behandlungskosten gerechtfertigt.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs waren in beiden deutschen Staaten zunächst in vielen Bereichen der Psychiatrie noch strukturelle und personelle Kontinuitäten zu beklagen: So blieben etwa in der BRD viele der im Dritten Reich aktiven Psychiater auch nach Kriegsende unbescholten in Amt und Würden; in der DDR wurde die Psychiatrie in Teilbereichen zur »Behandlung« politischer Oppositioneller missbraucht (vgl. Gaßmann et al. 2006, S. 11–12). Das Hungersterben in der Psychiatrie hielt bis in die 1950er Jahre an (vgl. Amberger u. Roll 2010, S. 5). Mit der Aufarbeitung der Psychiatriegeschichte zwischen 1933 und 1945 wurde erst in den 1970er Jahren begonnen.

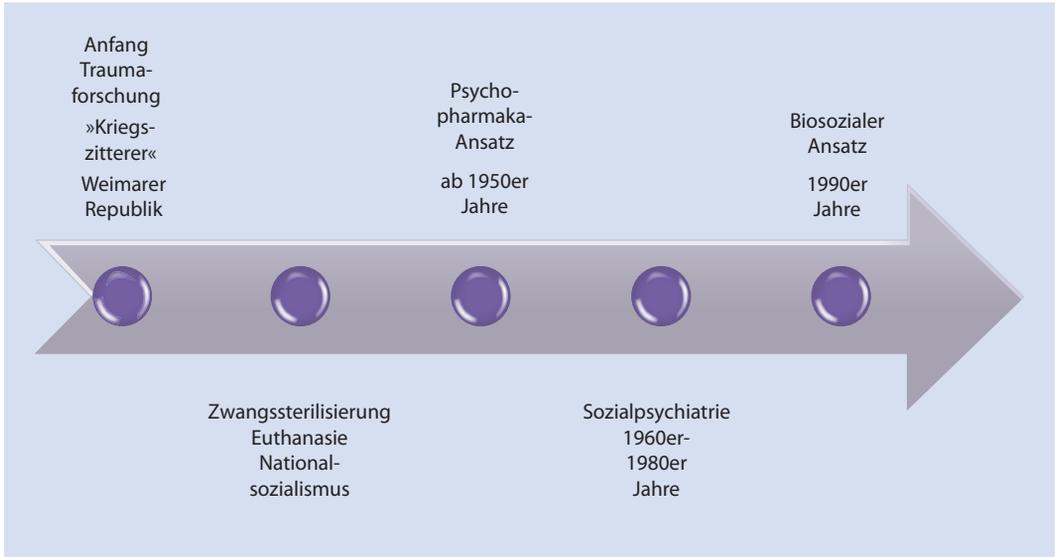
In den 1950er Jahren wurde in Deutschland mit dem therapeutischen Einsatz von Psychopharmaka begonnen. Ausschlaggebend war hier die Einführung des Chlorpromazins 1956, auf die 1958 der therapeutische Einsatz des Neuroleptikums Haloperidol und in den 1960er Jahren des atypischen Neuroleptikums Clozapin folgte. Bereits 1954 wurde erstmals Lithium zur Behandlung von Manien eingesetzt und Mitte der 1950er Jahre wurden erste Studien zum Einsatz von Antidepressiva durchgeführt (vgl. Balz 2010, S. 17 f.). Zudem wurden etwa manische Patienten zusätzlich zur medikamentösen Behandlung Elektroschocks unterzogen (vgl. Balz 2010, S. 174–176).

Während der 1960er Jahre wurden erste sozialpsychiatrische Ansätze entwickelt. Die Sozialpsychiatrie bezieht soziologische und epidemiologische Aspekte in die Betrachtung psychiatrischer Erkrankungen mit ein. Im Zuge der Psychiatriereform von 1975 sollte zudem die bisherige Unterbringung in

großen psychiatrischen Anstalten durch wohnortnahe ambulante und stationäre Versorgungsangebote ersetzt und psychisch Kranke mit somatisch Kranken gleichgestellt werden (vgl. Amberger u. Roll 2010, S. 6 f.). Insgesamt entwickelte die Sozialpsychiatrie bis in die 1980er Jahre hinein einen eher ganzheitlich orientierten Umgang mit psychisch kranken Menschen, der auch die Lebensumstände und das soziale Umfeld der Patienten mit einbezog (vgl. Gross 1999, S. 75–78). Mit Beginn der 1990er Jahre erfolgte erneut ein Perspektivenwechsel hin zu einem neurobiologischen Krankheitsverständnis. Nunmehr wurden genetische, biologische und psychosoziale Faktoren als ursächlich für das Auftreten psychiatrischer Erkrankungen angesehen, wobei hier zwar eine Wechselwirkung zwischen den einzelnen Faktoren konstatiert wird, jedoch bei eindeutiger Dominanz der bio- bzw. neurowissenschaftlichen Komponenten (vgl. Lux 2012, S. 207–209). Die  Abb. 1.2 gibt einen schematischen Überblick über die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland.

Im Zuge dieser Entwicklung wurden aus den »Irrenwärdern« von einst die heutigen Psychiatriefachpflegekräfte (weiter dazu: Schädle-Deininger u. Villinger 1997, S. 16–25). Noch bis in die 1970er Jahre hinein waren die Zustände in den psychiatrischen Anstalten für Patienten und die in der Regel männlichen Pflegekräfte ebenso menschenunwürdig wie gewaltbeladen. Heinz Häfner, seinerzeit Vorsitzender der Psychiatrie-Enquêtekommission des Deutschen Bundestages und einer der Wegbereiter der Psychiatriereform von 1975, schildert seine Erlebnisse als Doktorand auf der Männerstation der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität in München folgendermaßen:

- » Ich konnte meine Erschütterung kaum verbergen. Einige Männer schrien laut, rüttelten an der Tür oder bedrängten den Stationsarzt mit Entlassungswünschen. Die Stimmung schwankte zwischen Resignation und Aggression. Zeitweilig konnten die Pfleger den Saal nur mit vorgehaltener Matratze betreten (Bühning 2001, S. 301).



■ **Abb. 1.2** Zeitleiste zur Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland

Das heutige Selbstverständnis von Pflegenden in der Psychiatrie steht im deutlichen Gegensatz zu dem Bild der meist männlichen »Irrenwärter«, deren Aufgabe vornehmlich darin bestand, oftmals mit körperlicher Gewalt die »Irren« zu bändigen. Vielmehr wird in der heutigen Psychiatriepflege eine möglichst partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Patienten angestrebt, die deren Individualität, Selbstbestimmung und Persönlichkeitentfaltung in den Vordergrund stellen (vgl. Gaßmann et al. 2006, S. 14 f.). Allerdings ergibt sich bei der Beziehungsgestaltung das Problem, dass die Pflegenden einerseits ein tragfähiges Vertrauensverhältnis zu den Patienten aufbauen müssen, andererseits aber im Stationsalltag auch Aufsichts- und Kontrollfunktionen wahrnehmen (vgl. Gold et al. 2014, S. 236).

Praxistipp

Für Sie als Führungskraft in der psychiatrischen Pflege ist es wichtig, dass Sie sich und Ihren Mitarbeiterinnen stets aufs Neue und gerade auch im Umgang mit herausfordernden Patienten eben dieses Selbstverständnis vor Augen führen.

Literatur

Amberger S, Roll S (2010) Psychiatriepflege und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart

Balz V (2010): Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka: Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980. Transcript, Bielefeld

Bühning P (2001) Psychiatrie-Reform: Auf halbem Weg stecken geblieben. Dtsch Ärztebl 6: 301

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2014) Psychiatrie im Nationalsozialismus. DGPPN online, <http://www.dgppn.de/dgppn/geschichte/nationalsozialismus.html>. Zugegriffen: 06. August 2015

Felgner L (2008) Psychiatriische Pflege. Unterrichts- und Arbeitsmaterialien für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Kohlhammer, Stuttgart

Gaßmann M, Marschall W, Uschatkowski J (2006) Psychiatriische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care. Springer, Heidelberg

Gold K, Schlegel Y, Stein K-P (Hrsg) (2014) Pflege konkret: Neurologie – Psychiatrie. Lehrbuch für Pflegeberufe, 5. Aufl. Urban & Fischer, München

Gross G (Hrsg) (1999) 50 Jahre Psychiatrie: Symposium am 13. Dezember 1996 in Bonn; aus Anlaß des 75. Geburtstages von Professor Dr. med. Dr. med. h.c. Gerd Huber. Schattauer, Stuttgart

Haupt W F (2002) Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe. Thieme, Stuttgart

- Kistner W (2002) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie: Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege, 4. Aufl. Elsevier, München
- Lux V (2012) Genetik und psychologische Praxis. Springer, Heidelberg
- Schädle-Deininger H, Villinger U (1997) Praktische psychiatrische Pflege: Arbeitshilfen für den Alltag. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Schott H, Tölle R (2006) Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. Beck, München
- Stefan H, Eberl J, Schalek K, Streif H et al. (2006) Praxishandbuch Pflegeprozess: Lernen – Verstehen – Anwenden. Springer, Heidelberg
- Thiel H, Traxler S (Hrsg) (2006) Psychiatrie für Pflegeberufe. Urban & Fischer, München

Pflegemodell – Pflegeprozess – Pflegediagnose – Pflegestandard

Heike Ulatowski

- 2.1 Pflegemodell – 12
- 2.2 Pflegeprozess – 12
- 2.3 Pflegediagnose – 13
- 2.4 Pflegestandards – 15
- Literatur – 16

Vor dem weiteren Einstieg in die Thematik ist zum besseren Verständnis zunächst eine begriffliche Klärung empfehlenswert. Nachfolgend werden die Begriffe Pflegemodell, Pflegeprozess, Pflegediagnose und Pflegestandard definiert und erläutert.

2.1 Pflegemodell

Definition

Ein Pflegemodell setzt die professionelle Pflege in Bezug zum Patienten, seinem Gesundheitszustand sowie seinem sozialem Umfeld. Es ist auf einen bestimmten Kulturkreis (z. B. Europa, Nordamerika) bezogen. Außerdem werden hier Gegenstand und Ziele der Pflege sowie Aufgaben und Tätigkeiten des Pflegepersonals beschrieben und die Grundlagen für die Struktur der individuellen Pflegeplanung festgelegt. Das Pflegemodell dient zwar als Basis für die Entwicklung eines einrichtungs-internen Pflegekonzeptes, ist jedoch nicht auf ein bestimmtes Pflegesystem ausgerichtet (vgl. Kostka 1999, S. 342–344).

Oftmals findet eine begriffliche Gleichsetzung von Pflegelehre und Pflegemodell statt, da viele Modelle eine rein theoretische Ausrichtung besitzen. Pflegemodelle lassen sich inhaltlich differenzieren nach Bedürfnis-, Interaktions- und Ergebnismodellen (vgl. Leoni-Scheiber 2005, S. 150–156.) In **Tab. 2.1** findet sich eine Übersicht der Pflegemodelle mit den jeweiligen Leitfragen und beispielhaft einigen entsprechenden Pflegeetheoretikerinnen.

Praxistipp

Eine weitere inhaltliche Vertiefung soll an dieser Stelle nicht stattfinden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass für Sie als Führungskraft in der psychiatrischen Pflege vor allem die Interaktionsmodelle von Interesse sind, da hier der Beziehungsgestaltung eine besondere Bedeutung zukommt.

2.2 Pflegeprozess

Definition

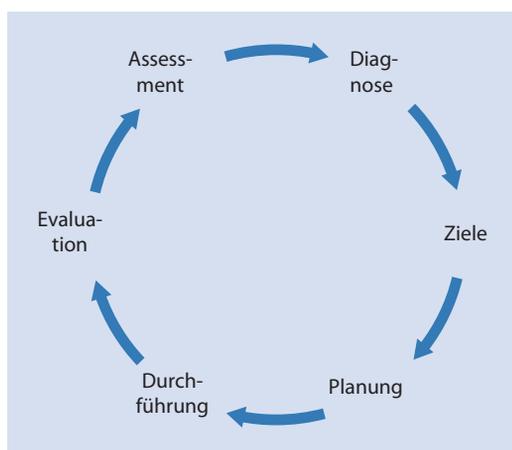
Unter dem Begriff Pflegeprozess ist in der professionellen Pflege eine systematische Arbeitsmethode zur Erfassung, Planung, Durchführung und Evaluation von pflegerischen Maßnahmen zu verstehen. Es gibt verschiedene Modelle, die 4–6 Phasen umfassen und alle auf der Annahme basieren, dass der auch Pflegeregellekreis genannte Pflegeprozess einen dynamischen Prozess der Problemlösung und der Beziehungsgestaltung darstellt. Die Abbildung der verschiedenen Phasen des Pflegeprozesses erfolgt in der Pflegedokumentation (vgl. Löser 2006, S. 12).

Der Pflegeprozess ist also ein zyklischer Prozess, dessen Phasen nicht immer klar gegeneinander abgrenzbar sind, sondern oftmals ineinandergreifen. Denkbar ist auch, dass die einzelnen Schritte nicht immer in der vorgegebenen Reihenfolge ablaufen, wie in **Abb. 2.1** schematisch dargestellt. Zudem sind Überlappungen der einzelnen Phasen möglich, was auch mit eine Ursache dafür ist, dass sich in der Literatur Pflegeprozessmodelle mit 4, 5 oder 6 Phasen finden lassen (vgl. Amberger u. Roll 2010, S. 20).

Der Pflegeprozess vollzieht sich somit in verschiedenen Phasen, die inhaltlich vornehmlich darin bestehen, Informationen zu sammeln und Daten zu erheben, Pflegediagnosen zu stellen und Pflegepläne zu erstellen, Pflegemaßnahmen durchzuführen sowie mittels regelmäßiger Evaluation den Erfolg der Pflege/pflegerischen Maßnahmen und den Grad der Zielerreichung zu kontrollieren. Der Pflegeprozess lässt sich als Arbeitsmethode einer systematischen und professionellen Pflege begreifen, der die Grundlage für eine methodische Pflege bildet (vgl. Stefan et al. 2006, S. 44).

■ **Tab. 2.1** Übersicht: Pflegemodelle und Leitfragen

Bedürfnismodelle	Interaktionsmodelle	Ergebnismodelle
Leitfrage: Was ist Pflege?	Leitfrage: Wie wird gepflegt?	Leitfrage: Warum wird gepflegt?
– Virginia Henderson	– Hildegard Peplau	– Martha Elisabeth Rogers
– Madeleine Leininger	– Ida Jean Orlando	– Callista Roy
– Dorothea Orem	– Imogen King	– Betty Neumann
– Nancy Roper	– Rosemarie Rizzo-Parse	
– Liane Juchli	– Marie-Luise Friedemann	
– Monika Krohwinkel	– Erwin Böhm	



■ **Abb. 2.1** Sechsstufiger Pflegeprozess (nach Fiechtner und Meier, vgl. Stefan et al. 2006)

Praxistipp

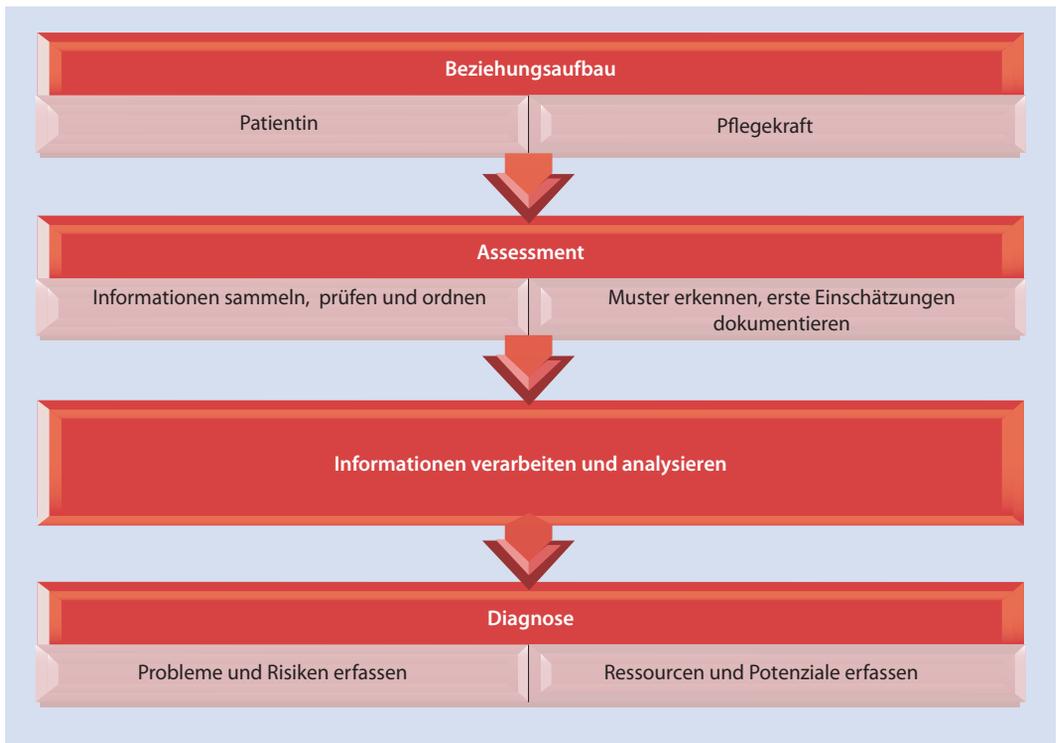
Gerade in der psychiatrischen Pflege ist die Abgrenzung der einzelnen Phasen nicht immer eindeutig. Probleme bei der Beziehungsgestaltung bis hin zu (temporären) Beziehungsabbrüchen oder der insbesondere für Borderline-Patientinnen typischen Spaltung des Teams in »gute« und in »böse« Pflegekräfte sind Ihnen aus Ihrem beruflichen Alltag sicher gut bekannt. Um hier die Behandlung nicht ernsthaft zu gefährden, ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, an welcher Stelle des Behandlungsprozesses die betreffende Patientin gerade steht. Vor allem bei bevorstehender Entlassung ist nicht selten ein vorübergehender »Rückfall« in überwunden geglaubte Verhaltensweisen zu beobachten.

2.3 Pflegediagnose

Definition

Unter einer Pflegediagnose ist die fachlich fundierte Beschreibung und Beurteilung pflegerelevanter Probleme und Ressourcen zu verstehen, die auf der Erhebung objektiver und subjektiver Daten basiert und so kurz und prägnant wie möglich formuliert werden sollte. Ihre Funktion besteht in erster Linie darin, Art und Umfang des Pflegebedarfs zu erfassen und abzubilden sowie eine erste, grobe Handlungsorientierung für die pflegerische Versorgung zu liefern, indem sie als Grundlage für die Wahl geeigneter Pflegemaßnahmen dienen. Zudem stellen Pflegediagnosen in Bezug auf die Beschreibung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen eine Ergänzung zu den medizinischen Diagnosen nach ICD-10 dar (vgl. Eveslage 2006, S. 86–87).

Pflegediagnosen stellen für die Pflegenden ein wichtiges Informations- und Kommunikationsmittel dar, da hier begründet wird, warum und in welchem Maße eine Person Pflege benötigt. Pflegediagnosen werden zunehmend ressourcenorientiert formuliert und stellen die individuellen Fähigkeiten und Potenziale der Pflegebedürftigen in den Vordergrund (vgl. Stefan et al. 2013, S. 15). Am Anfang einer jeden Pflegediagnose steht der Aufbau einer möglichst vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Pflegerin. In ■ Abb. 2.2 werden die notwendigen Komponenten und Abläufe bei



▣ **Abb. 2.2** Erstellung einer Pflegediagnose

der Erstellung einer Pflegediagnose schematisch veranschaulicht (vgl. Townsend 2012, S. 37).

Pflegediagnosen sind grundsätzlich von medizinischen Diagnosen zu unterscheiden:

- » Pflegediagnosen beschreiben die Reaktionen von Menschen auf den aktuellen Gesundheitsstatus und gesundheitsbezogene Ereignisse im Lebensprozess bzw. deren Umgang damit. Die pflegerische Beurteilung richtet sich am Erleben der Gesundheits- oder Krankheitssituationen von Menschen aus. Die medizinische Diagnostik und Therapie beschäftigen sich direkt mit den Krankheiten eines Menschen (Stefan et al. 2013, S. 6).

Hierbei können medizinische Diagnosen jedoch auch durchaus sinnvolle zusätzliche Informationen für die Pflege enthalten:

- » Medizinische Diagnosen können jedoch als Zusatzinformationen zu den pflegerisch relevanten Ursachen im Hinblick auf potenzielle Komplikationen bzw. mögliche Gefährdungen des Menschen mit Pflegebedarf von Bedeutung sein (Stefan et al. 2013, S. 47).

Pflegediagnosen lassen sich verschiedenen Pflegemodellen zuordnen, beispielsweise dem Modell der Aktivitäten, Beziehungen und Existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) von Monika Krohwinkel (weiter dazu: Townsend 2012, S. 778 ff). Es existieren verschiedene Klassifikationssysteme, neben den NANDA-Pflegediagnosen ist im deutschsprachigen Raum vor allem die aus Österreich stammende Praxisorientierte Pflegediagnostik (POP) von Bedeutung (weiter dazu: Stefan et al. 2013, S. 23 ff.).

2.4 Pflegestandards

Definition

Pflegestandards beschreiben in strukturierter Form qualitativ und/oder quantitativ relevante pflegerische Tätigkeiten, die kontinuierlich aktualisiert und dem neuesten Expertenwissen angepasst werden müssen. Sie sind ein Instrument der Qualitätssicherung, indem sie die Qualität der jeweiligen Pflegehandlung festlegen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechen muss (vgl. §§ 113 ff. SGB XI), und sie dienen dazu, pflegerisches Handeln transparent und überprüfbar zu machen. Die WHO definiert Pflegestandards als

» allgemein zu erreichendes Leistungsniveau, das durch ein oder mehrere Kriterien umschrieben wird [und das] den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung entspricht (WHO 1983, zit. nach Bartholomeyczik 2005).

Wesentliche Kriterien für die Qualität von Pflegestandards sind Gültigkeit, Präzision, Evaluation und patientenorientierte Abstufung (vgl. Holnburger 2004, S. 21).

Pflegestandards sind ablauf- und problembezogen. Die Zielsetzung besteht darin, eine »zufällige Pflege zu vermeiden«, allerdings sind individuelle oder situative Abweichungen von dem Standard möglich, sofern sie nachvollziehbar und sinnvoll sind und zudem vollständig dokumentiert werden (Henke u. Horstmann 2008, S. 106).

Es lassen sich verschiedene Arten von Pflegestandards unterscheiden (vgl. Holnburger 2004, S. 20–21):

- **Universalstandards:** übergeordnete Richtlinien für die Beschreibung der Pflegestandards, beziehen sich beispielsweise auf das Einrichtungslitbild oder das Pflegeverständnis.
- **Strukturstandards:** sind auf die (klinischen) Strukturen ausgerichtet, beispielsweise Standards für die Bezugspflege (Primary Nursing).
- **Prozessstandards:** beziehen sich auf die konkrete pflegerische Handlung.

- **Ergebnisstandards:** beziehen sich auf die (zu erwartenden) Pflegeergebnisse, beispielsweise Patientenzufriedenheit.

Praxistipp

In der psychiatrischen Pflege sind alle Arten der oben aufgeführten Pflegestandards von Bedeutung. Für die erfolgreiche Umsetzung der Pflegestandards ist es wichtig, dass im Pflege team möglichst einheitlich nach den Standards gearbeitet wird. In der Psychiatriepflege kann dies vor allem bei Patienten, die zur Spaltung des Teams in »gute« und in »böse« Pflegekräfte neigen, etwa Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, mitunter besonders schwierig werden. Achten Sie also darauf, dass in Ihrem Team Geschlossenheit nach außen und Transparenz nach innen herrschen.

■ Exkurs: Expertenstandards

Expertenstandards sind allgemeiner formuliert als Pflegestandards und beziehen sich in erster Linie auf die Rahmenbedingungen der Pflege. Sie werden von dem »Deutschen Netzwerk zur Qualitätssicherung in der Pflege« (DNQP) nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt. Derzeit liegen folgende Expertenstandards vor (vgl.

- ▶ <http://www.dnqp.de/380029.html>):
- Dekubitusprophylaxe (2000)
- Entlassungsmanagement (2004)
- Schmerzmanagement (2005)
- Sturzprophylaxe (2006)
- Förderung der Harnkontinenz (2007)
- Chronische Wunden (2009)
- Ernährungsmanagement (2010)

Seit Mai 2014 liegt der Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität« als Entwurf vor; dieser ist jedoch für die Pflegeeinrichtungen noch nicht verbindlich. Weiterhin in Planung sind Expertenstandards zu Schmerzmanagement bei chronischen nicht malignen Schmerzen, zur Pflege demenziell Erkrankter und zum Medikamentenmanagement (vgl. Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, ▶ <http://www.gkv-spitzenverband.de>).

Allerdings richten sich die Expertenstandards in erster Linie an die somatische Alten- und Krankenpflege.

Praxistipp

Für Sie als Pflegemanagerin in der psychiatrischen Pflege ist vor allem das Entlassungsmanagement von Bedeutung, aber auch Schmerz- und Ernährungsmanagement können im Falle bestehender Komorbidität (z. B. Essstörungen) relevant sein.

Literatur

- Amberger S, Roll S (2010) Psychiatriepflege und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart
- Bartholomeyczik S (2005) Einige Anmerkungen zu Standards in der Pflege. Dr. med. Mäbuse 154: 20–23
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandards. ► <http://www.dnqp.de/38029.html>, Zugriffen: 10. Dezember 2014
- Eveslage K (2006) Pflegediagnosen: praktisch und effizient. Springer, Heidelberg
- Henke F, Horstmann C (2008) Pflegekniffe von A–Z; Pflegefehler erfolgreich vermeiden. Kohlhammer, Stuttgart
- Holnbürger M (2004) Pflegestandards in der Psychiatrie, 3. Aufl. Elsevier, München
- Kostka U (1999) Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin: eine biblische und theologisch-ethische Reflexion. LIT, Münster
- Leoni-Scheiber C (2005) Didaktik Pflegeprozess: ein Leitfaden für den Unterricht. Facultas, Wien
- Löser AP (2006) Evaluation – Auswertung des Pflegeprozesses: Bewertungsverfahren zur prozesshaften Gestaltung der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Expertenstandards, ► http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandards/expertenstandards.jsp. Zugriffen: 10. Dezember 2014
- Stefan H et al. (2006) Praxishandbuch Pflegeprozess: Lernen – Verstehen – Anwenden. Springer, Heidelberg
- Stefan H et al. (2013) Praxisorientierte Pflegediagnostik. Springer, Wien
- Townsend MC (2012) Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung, 3. Aufl. Huber Hogrefe, Bern

Pflegeplanung in der psychiatrischen Pflege

Heike Ulatowski

- 3.1 Definition und Ablauf der Pflegeplanung – 18
- 3.2 Besonderheiten der Pflegeplanung in der psychiatrischen Pflege – 18
- Literatur – 19

Dieses Kapitel gibt zunächst einen Überblick über die allgemeinen Merkmale und Abläufe der Pflegeplanung als systematische Arbeitsmethode und Bestandteil des professionellen Pflegeprozesses. Daran anschließend werden die Besonderheiten der Pflegeplanung in der Psychiatriepflege vorgestellt.

- Planung der Pflegemaßnahmen
- Durchführung der Pflege
- Evaluation

3.1 Definition und Ablauf der Pflegeplanung

Definition

Die Pflegeplanung stellt eine Arbeitsmethode im Rahmen des Pflegeprozesses dar und beinhaltet die konkrete Vorbereitung der Pflegehandlung durch die Pflegekraft. Die Zielsetzung besteht darin, eine systematische und nachvollziehbare Pflege zu leisten sowie einen individuellen Pflegeplan zu erstellen, der die Ressourcen und die Probleme des zu pflegenden Menschen erfasst und die entsprechenden pflegerischen Maßnahmen festlegt. Die Erstellung einer Pflegeplanung ist seit der Novellierung im Jahr 1985 gesetzlich vorgeschrieben (vgl. Maikranz-Boening u. Beul 2008, S. 74 ff.).

Die historischen Wurzeln der Pflegeplanung liegen in den USA. Dort wurden bereits Ende der 1950er Jahre Vorläufer der heutigen Pflegeplanung eingeführt. In den 1960er Jahren wurden hierzu erste Fachartikel veröffentlicht und ein Jahrzehnt später wurde die Pflegeplanung in den US-amerikanischen Krankenhäusern verbindlich eingeführt. In Deutschland wurde erst in den 1990er Jahren systematisch mit der Pflegeplanung gearbeitet; 1995 wurde sie durch die gesetzlichen Qualitätsanforderungen der Pflegeversicherung zum »State of the Art der Arbeitsvorbereitung« in der Pflege (Berger 2014, S. 10).

Die Pflegeplanung besteht generell aus folgenden Schritten:

Schritte der Pflegeplanung (nach Fiechter und Meier)

- Informationssammlung
- Beschreibung der Ressourcen und Probleme
- Formulierung der Pflegeziele

Bei der Erstellung der Pflegeplanung ist es wichtig, darauf zu achten, dass möglichst realistische bzw. realisierbare Ziele formuliert werden, wobei eine Unterscheidung zwischen Nah- und Fernzielen sinnvoll ist. Zudem sind die Probleme und die Ressourcen zutreffend und umfassend zu erfassen und zu benennen. Die pflegerischen Maßnahmen sind möglichst ausführlich aufzuführen und so zu formulieren, dass sie mit der Durchführungskontrolle, in der die durchgeführte Maßnahme von der Pflegekraft abgezeichnet wird, übereinstimmen. Darüber hinaus sind regelmäßige Evaluationen vorzunehmen und es ist darauf zu achten, dass die Pflegeplanung dem aktuellen Stand der pflegerischen Versorgung entspricht und dass Veränderungen zeitnah und vollständig dokumentiert werden (vgl. Berger 2014, S. 31 f.). Die Pflegeplanung umfasst im Pflegeprozess die Bereiche Diagnose (hier: Probleme und Ressourcen), Ziele (hier: Pflegeziele) sowie Planung und Durchführung (hier: der Pflegemaßnahmen) (vgl. Holnburger 2004, S. 15). Sie lässt sich gewissermaßen als Bindeglied zwischen (pflege)theoretischem Wissen und der direkten pflegerischen Arbeit begreifen und ermöglicht darüber hinaus die Beteiligung des betroffenen Patienten, wobei hier Art und Ausmaß der jeweils vorliegenden Störung berücksichtigt werden muss.

3.2 Besonderheiten der Pflegeplanung in der psychiatrischen Pflege

In der psychiatrischen Pflege ist bei der Pflegeplanung die Zusammenarbeit mit dem Patienten von maßgeblicher Bedeutung, insbesondere für die Erfolgsaussichten bei der Erreichung der anvisierten Ziele. Vorausgesetzt natürlich, dass die Krankheit bzw. die akute Verfassung des Patienten dies zulässt, stellt bereits die gemeinsame Formulierung möglicher Ziele Beziehungsarbeit dar. Selbstredend ist die Pflegeplanung Aufgabe der jeweiligen

Bezugspflegekraft. Gemeinsam aufgestellte Ziele lassen sich zudem besser erreichen. Auch ist der Patient bei der Erarbeitung pflegerischer Maßnahmen und Interventionen mit einzubeziehen, und seine Vorstellungen und Wünsche sollten so weit wie möglich Berücksichtigung finden (vgl. Schädle-Deinnger u. Villinger 1997, S. 122–126).

Die psychiatrische Pflege ist nicht selten auch eine Herausforderung an die psychische und emotionale Stabilität der Pflegekräfte. Die Pflegeplanung in der Psychiatrie kann mit dazu beitragen, den Pflegenden eine professionelle Beziehung zu den Patienten zu erleichtern. Die strukturierte und transparente Planung der Pflege stellt für Pflegerin und Patienten eindeutig klar, dass es sich trotz aller Zuwendung und Empathie von Seiten der Pflegerin um eine »Arbeitsbeziehung« handelt. Zudem kann sich die Pflegekraft gerade auch bei »schwierigen« Patienten darauf berufen, dass in der Pflegeplanung gemeinsam Zielsetzungen erarbeitet bzw. formuliert worden sind, an deren Erreichen auch der Patient einen erheblichen Anteil hat.

Praxistipp

Es ist wichtig, dass Sie als Führungskraft darauf achten, dass Ihre Mitarbeiterinnen durch Weiterbildung, Supervision, Selbsterfahrung und Gespräche im Team in die Lage versetzt werden, das eigene Handeln, die eigenen Ziel- und Wertvorstellungen und die eigenen Anteile an der Beziehungsgestaltung zu identifizieren und kritisch zu reflektieren. So lässt sich vermeiden, dass Wünsche und Vorstellungen der Patienten fehlinterpretiert bzw. mit denen der (Bezugs-)Pflegerin vermischt werden. Darüber hinaus ist es gerade in der psychiatrischen Pflege oftmals nicht einfach, die Patienten nicht zu über- oder zu unterfordern, wobei beides – Unterforderung und Überforderung – bei psychisch kranken Menschen negative Folgen haben kann.

Literatur

- Berger M (2014) Wie schreibe ich eine Pflegeplanung: Erfahren Sie, wie Sie richtig gute Pflegeplanungen schreiben. Books on Demand, Norderstedt
- Holnburger M (2004) Pflegestandards in der Psychiatrie, 3. Aufl. Elsevier, München
- Maikranz-Boening A, Beul U (2008) Workshop Pflegeplanung: so einfach lässt sich der Pflegeprozess entwickeln und umsetzen. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover
- Schädle-Deinnger H, Villinger U (1997) Praktische psychiatrische Pflege: Arbeitshilfen für den Alltag. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Klassifikationssysteme in der Psychiatrie

Heike Ulatowski