

Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege

Michael Schulz

Demographische und epidemiologische Faktoren sowie ein sich in starkem Wandel befindliches Gesundheitssystem machen eine Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege erforderlich. Im Rahmen des Artikels wird mit der International Classification of Function (ICF) und Evidence-based Nursing (EBN) auf zwei Konzepte eingegangen, welche aus Sicht des Autors eine innerhalb des Professionalisierungsprozesses notwendige Erweiterung der Wissensbasis psychiatrischer Pflege darstellt.

Because of demographic and epidemiological factors and a German health care system which is undergoing significant development, psychiatric nursing must reconceptualise its body of knowledge. The aim of the article is to discuss the concept of the International Classification of Functioning (ICF) and the concept of evidence-based nursing (EBN) and their impact to psychiatric nursing. In order to develop a profession, psychiatric nursing has to incorporate concepts like these to create a modern body of knowledge.

Quo Vadis? Psychiatrische Pflege muss sich entscheiden

Psychiatrische Pflege ist einem wachsenden Innovationsdruck hinsichtlich Weiterentwicklung und Effizienznachweis ausgesetzt. Begründen lässt sich dies u.a. aufgrund externer Faktoren, wie z.B. sich wandelnde gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und interne Faktoren, wie z.B. der Akademisierungsprozess der Pflege oder Wissenszuwachs im Versorgungsbereich psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Bedauerlicherweise existieren aber innerhalb der Berufsgruppe nur unklare Vorstellungen darüber, welche Qualitäten psychiatrische Pflege hat oder haben sollte und wie sich die Wirksamkeit psychiatrischer Pflege bzw. der durchgeführten Interventionen nachweisen lässt. Eine Diskussion darüber, in welche Richtung eine professionelle Weiterentwicklung zu erfolgen hat, ist bisher ausgeblieben.

Die übergeordnete Frage, die es hinsichtlich eines möglichen Professionalisierungsprozesses zu beantworten gilt, lautet: Wird psychiatrische Pflege ihre Stellung als Heilberuf auf lange Zeit hin zementieren, oder aber gelingt es, ein Berufsprofil zu entwickeln, welches unter Einbeziehung der jeweiligen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse ein zeitgemäßes, den Umständen entsprechendes Dienstleistungsprodukt zu formulieren und vorzuhalten in der Lage ist. Psychiatrisch Pflegende sind in erster Linie Teil der Berufsgruppe der

Pflegenden und erst in zweiter Linie psychiatrisch Pflegende. Von daher verwundert es nicht, dass sich viele übergeordnete Anforderungen und Probleme im Rahmen des Professionalisierungsprozesses von Pflege in transponierter Form im psychiatrischen Bereich wiederfinden lassen. Gleichwohl ist es erforderlich, die charakteristischen Akzentuierungen der zu bearbeitenden Themengebiete für die psychiatrische Pflege herauszufiltern und Implikationen für eine Weiterentwicklung aus den gewonnenen Erkenntnissen abzuleiten.

Paradigmenwechsel im Rahmen der Psychiatrieenquête

Der letzte Paradigmenwechsel der psychiatrischen Pflege in Deutschland liegt lange zurück. Er liegt begründet in der Veränderung der psychiatrischen Versorgung, die durch die Psychiatrieenquête angestoßen wurde. Für die Formulierung zukünftig zu integrierender Inhalte und Konzepte in den Wissenskörper der Profession ist ein Verständnis dieser Entwicklungen hilfreich. Das Bild psychiatrischer Pflege hat sich im Zuge der Psychiatrie-Enquête grundsätzlich verändert. Nach Häffner handelt es sich bei dieser Enquête nicht nur um eine Umgestaltung des Versorgungssystems sondern auch um ein Zeichen einer tiefgreifenden Wende zur Humanität gegenüber psychisch Kranken (Häffner 2001). Dies zog eine grundsätzliche Veränderung der psychiatrischen Pflege mit sich. Das Profil änderte sich vom Wärter zum gleich-

berechtigten Teammitglied. Des Weiteren zogen mit Psychiatern und Psychologen neue Berufsgruppen in die Kliniken ein. Im Zuge von Enthospitalisierung und Sozialpsychiatrie fand eine Neudefinition psychiatrischer Pflege statt, welche die psychiatrische Pflege innerhalb der Pflegelandschaft in eine Vorreiterrolle, z.B. was Aspekte wie Kommunikation oder Einbeziehung Angehöriger in den therapeutischen Prozess angeht, brachte.

Die interdisziplinäre Teamarbeit gehört dabei zu den wesentlichen charakteristischen Merkmalen im stationären Bereich und an den Professionsschnittstellen gab es große Überschneidungsbereiche. Bis heute funktioniert die interdisziplinäre Teamarbeit in psychiatrischen Kliniken wesentlich besser als im somatischen Bereich. Noch bevor in Deutschland die Professionalisierung der Pflege über akademische Studiengänge vorangetrieben wurde, hatten psychiatrisch Pflegende – je nach Einrichtung – im Rahmen des therapeutischen Prozesses weitreichende Kompetenzen. Teamarbeit war wichtiger als die Abgrenzung unterschiedlicher Arbeitsbereiche verschiedener Professionen. Dies hat ein Verwischen der Professionsgrenzen zur Folge. Die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche fallen zunehmend in die Gesamtverantwortung des Teams. Im Hinblick auf die Enquête schreibt Häffner: »Die Organisation einer gesellschaftskritischen, aber psychiatrienahen Begleitung der Reform be-

gann mit der Gründung des Mannheimer Kreises 1969, der alle in der Psychiatrie tätigen Berufe hierarchiefrei umschloss«. Später ging aus diesem Kreis die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie (DGSP) hervor.

Fehlende Abgrenzung als Hindernis im Professionalisierungsprozess

Organisation ist Kommunikation, und nichts wäre bedauerlicher, als wenn diese erreichte interdisziplinäre Zusammenarbeit zugunsten von »Professionsdünkeln« geopfert würde. Für die unterschiedlichen Professionen im interdisziplinären Team stellt diese Arbeitsweise so lange kein Problem dar, wie Klarheit über Art und Wirksamkeit der jeweiligen Interventionen gegeben ist. Für die psychiatrische Pflege aber gilt, dass sie über ihre Einzigartigkeit und ihren Tätigkeitsbereich und die begründenden theoretischen Inhalte nicht ausreichend Klarheit erlangt hat. Der Engländer Nolan schreibt in diesem Zusammenhang: »Das gegenwärtige Aufgabenprofil psychiatrischer Pflege ist weder klar definiert noch hat es eine schlüssige und rigorose wissenschaftliche oder philosophische Grundlage« (Nolan 2000: 45; Übers. M.S.). Im Zusammenhang mit multidisziplinären Trainingsansätzen des Personals, wie sie in England stattfinden, gibt er zu bedenken, dass der Erfolg solcher Trainings davon abhängt, wie sicher sich die Teilnehmer in ihrer jeweiligen Profession fühlen. Von daher ergibt sich in einer Zeit von Reorganisation und einer damit einhergehenden Neuaufteilung der Zuständigkeiten im therapeutischen Prozess eine Bedrohung für die psychiatrische Pflege, da nur unscharf über ihre Aufgaben und Grenzen Einigkeit besteht.

Die Erweiterung der Wissensbasis tut Not

Faktoren wie z.B. die demographische und epidemiologische Entwicklung, die wissenschaftlichen Erkenntnisse im neuropsychologischen Bereich und ein gesteigener Anspruch an die Wissensbasis infolge der Professionalisierung, machen eine Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege erforderlich. Gewachsene Verantwortung im Rahmen des therapeutischen Prozesses verändern den Beruf grundlegend: Nicht mehr jeder wird für alles zuständig sein (können) (Schulz/Krause 2003). Zu Fragen ist daher, wie sich die Wissensbasis

psychiatrischer Pflege sinnvoll erweitern lässt.

Nach Ansicht der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin McCabe unterliegt psychiatrische Pflege einem veralteten Verständnis psychiatrischer Krankheit und befindet sich in der prekären Situation, ein überholtes Paradigma in der Praxis zu leben, welches durch veraltetes Wissen und Ansichten begründet wird und sich neuen Erkenntnissen und Entwicklungen im Gesundheitswesen verschließt (McCabe 2002). Im Wesentlichen wird bemängelt, dass dem Beziehungsprozess als wesentlichem Therapeutikum im Sinne Peplaus als einzige wahre Intervention in der Praxis weiterhin eine zentrale Rolle zugeordnet wird. Unberücksichtigt dabei bleibt, dass Peplaus Ausführungen zu diesem Thema vor Einführung der Psychopharmaka entstanden sind und wesentliche Erkenntnisse der letzten 50 Jahre (Stichwort »Decade of the Brain«) nicht entsprechend in den Wissenskörper eingearbeitet wurden. Neue Erkenntnisse z.B. aus den Bereichen Neuropsychologie und Primary Care gilt es zu nutzen, um entsprechend des Bevölkerungsbedarfs Interventionen zu entwickeln und diese auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Die interpersonelle Beziehung zum Patienten ist in einem neuen Paradigma nicht mehr das einzige, was psychiatrische Pflege tut, es ist vielmehr der Kontext in dem wir arbeiten und in dem wir Interventionen durchführen. Die therapeutische Beziehung zwischen Pflegendem und Patienten bildet dabei den Kern psychiatrischer Arbeit. Aber es ist nicht länger ausreichend, diese Beziehung unserer Rolle und Identifikation zugrunde zu legen. Sie ist keine Intervention, welche wir als Pflegende durchführen. Sie ist auch keine Theorie, die wir mögen oder nicht mögen. Sie liegt in der Natur unserer Arbeit: Sie ist psychiatrische Pflege (McCabe 2002). Peplaus Errungenschaften sind also für uns in der heutigen Zeit nicht wertlos, sie stellen vielmehr ein wesentliches Element pflegerischen Handelns dar. Psychiatrische Pflege muss außerdem Rechenschaft über die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen ablegen (Schulz 2002).

Viele psychiatrisch Pflegende in Deutschland haben ihr professionelles Aufgabengebiet bereits über diesen Beziehungsaspekt

hinausgehend interpretiert und sich mit spezifischen Interventionen in den therapeutischen Prozess eingebracht. Als Beispiel sei die Durchführung von Gruppen etwa im Rahmen von psychoedukativen Programmen wie z.B. der dialektisch behavioralen Therapie (DBT) oder PEGASUS (Wienberg 1992), das Medikamententraining oder die Durchführung therapeutischer Interventionen innerhalb der Cognitiven Behavioralen Therapie (CBT) genannt. Eine solche Erweiterung des Profils ist wünschenswert und psychiatrische Pflege folgt damit Entwicklungen, die in anderen Ländern ebenfalls stattgefunden haben, z.B. Erfahrungen psychiatrischer Pflege mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (vgl. Gournay 2000).

Bei aller Freude über eine solche Erweiterung des Profils, sollten wir uns aber über das grundsätzliche Spannungsfeld, was hinsichtlich der jeweiligen Intervention größer oder kleiner sein kann, im Klaren sein. Die pflegerische Verantwortung für ein Selbstsicherheitstraining lässt sich in diesem Zusammenhang sowohl als ein willkommener Schritt in Richtung Professionalisierung als auch ein Schritt in die Abhängigkeit der Psychologen interpretieren, die die Definitionsmacht darüber behalten, inwieweit Pflege verantwortlich ist oder nicht. In der Praxis wird diese Diskussion i.d.R. viel weniger unter dem Aspekt der Professionalität geführt. Hier sind in diesen Tagen ökonomische Argumentationsstränge häufiger im Sinne von »dass können wir nicht auch noch machen« anzutreffen. Dies geschieht unabhängig davon, ob es berufspolitisch wünschenswert ist oder nicht, dass psychiatrisch Pflegende bestimmte Tätigkeiten und damit die Verantwortung für diese Tätigkeiten im therapeutischen Prozess übernehmen. Eine berufspolitische Diskussion über solche Inhalte fehlt außerdem.

Integration des internationalen Classifikation of Functioning (ICF) in der psychiatrischen Pflege

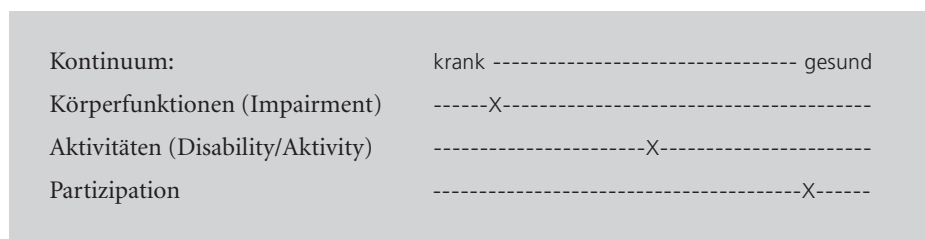
In der Vergangenheit wurden im psychiatrischen Bereich eine Vielzahl Betten abgebaut und die strukturellen Versorgungsmöglichkeiten in den Gemeinden wurden verbessert. Nach Häffner hat die Psychiatrie mit dem Belegungsrückgang den größten Beitrag zu einem prioritären Ziel deut-

scher Gesundheitspolitik geleistet: massive Reduzierung der Krankenhausbetten und Übergang zur ambulanten Versorgung. Ein Merkmal des Mentalitätswandels, der von der Enquête mitangestoßen wurde, ist die Tatsache, dass Leiter und Mitarbeiter psychiatrischer Krankenhäuser die Enthospitalisierung und den Aufbau gemeindepsychiatrischer Versorgungsnetze trotz Positions- und Arbeitsplatzverlusten aktiv und engagiert mitgetragen haben (Häffner 2001).

Der Ausbau gemeindenaher und ambulanter Strukturen, v.a. mit qualifizierten Angeboten im Sinne von »Hospital at home« ist etwas, was für den somatischen Bereich bis heute gefordert wird. Die gesetzliche Vorgabe »ambulant vor stationär« ist noch lange nicht umgesetzt. Die Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger aufgrund eines zergliederten Sozialgesetzbuches und die Dominanz des stationären Bereiches stehen weiterhin einer integrierten Versorgung im Wege. Die Schnittstelle von stationär zu ambulant stellt häufig eine Gefährdung des Gesundheitszustandes der Patienten dar und »Qualität durch Kooperation« (Höhmann et al. 1998) findet zu selten statt. Dies ist insofern inakzeptabel, als die demographische Entwicklung auch für den psychiatrischen Bereich eine Zunahme chronischer Erkrankungen v.a. im Alter mit sich bringt. Dadurch gewinnt eine aufgrund mangelnder curativer Aussichten rehabilitativ ausgerichtete Versorgung zunehmend an Bedeutung. Für die psychiatrische Behandlung gilt, dass wesentliche Elemente einer rehabilitativen Behandlung, wie z.B. Psychoedukation, Angehörigenberatung oder Medikamententraining, sich nicht unterschiedlichen Behandlungsphasen zuordnen lassen, sondern, unabhängig vom zuständigen Sozialgesetzbuch, vom ersten Tag an Bestandteil der Behandlung sein müssen.

Prägende Merkmale chronischer Erkrankungen sind nach Behrens (2002) Dauer, Krisenhaftigkeit und sehr reduzierte Heilungschancen. Um chronische Krankheitsverläufe und deren Auswirkungen für das Leben der Patienten objektiv fassbar zu machen, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor mehr als zwanzig Jahren der lediglich kausal orientierten International Classification of Disease (ICD) mit der International Classification of Impairment,

Disability and Handicap (ICIDH) ein Klassifikationssystem hinzugefügt, welches körperliche Beeinträchtigungen in Folge von Erkrankungen und Ausschlüsse aus sozialem Leben berücksichtigt. In der Weiterentwicklung, der aktuell gültigen International Classification of Functioning (ICF) finden außerdem physische und soziale Kontextfaktoren Berücksichtigung. Für die psychiatrische Pflege liegt der hohe Wert dieses Konzeptes in der Mehrdimensionalität chronischer Krankheit und die sich daraus ergebenden Kontinua, auf denen einer jeweils mehr oder weniger »gesund« sein kann:



Je nach Kontinuum kann ich eher gesund oder krank sein. Krankheit meint also nicht nur psychisch-physische Eigenschaften, sondern mindestens genauso sehr Eigenschaften der Umwelt von Personen bzw. die Reaktionen der Umwelt auf Personen (Behrens 2002). Nach diesem Klassifikationssystem lassen sich Wissensquellen zuordnen, die jedem Teil der dreiteiligen Diagnose entsprechen: Impairment (z.B. Schizophrenie) verlangt v.a. medizinisches Wissen, zu dem die Pflege durch Krankenbeobachtung beiträgt. Die Disability (bzw. Activity nach ICF) (z.B. das Hören von Stimmen) verlangt im psychiatrischen Bereich eine taktil-kommunikativ pflegerische und zeitweise z.B. ergotherapeutische oder ärztliche Expertise. Das Handicap (ICF: Partizipation) und damit einhergehende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (im Beispiel beeinträchtigt z.B. durch Stigmatisierung, geringe Belastbarkeit, Belastung der Angehörigen) verlangt pflegerische Kompetenz der Beratung von Angehörigen, taktil-kommunikative Unterstützung und erhebliche, durch Rechts- und ökonomische Kenntnisse fundierte Organisationsfähigkeit im Case- und Disease-Management. Vor dem Hintergrund, dass hinsichtlich von Kernkompetenzen und Grenzen des Berufes eine große Unsicherheit festzustellen ist, bietet dieser Ansatz einen brauchbaren konzeptuellen Rah-

men zur Identifikation klinischer Kompetenzen. Er hilft, wesentliche Merkmale psychiatrischer Pflege deutlich zu machen und gegenwärtige bzw. zu erwartende Realitäten des Raumes, in dem sich psychiatrische Pflege bewegt, zu berücksichtigen.

Die Einbeziehung des psychiatrischen Umfelds in die psychiatrische Pflege gelingt uns bisher nur unzureichend, was durch strukturelle Merkmale erklärbar ist: Psychiatrische Pflege findet fast ausschließlich im stationären Umfeld statt. Während es den anderen Professionen im interdisziplinären psychiatrischen Team, z.B. Medizin

oder Psychologie, durchaus gelungen ist, mit den Patienten gemeinsam den Schritt vom stationären in den extramuralen Raum zu vollziehen und ein ambulantes Dienstleistungsangebot zu formulieren, ist die psychiatrische Pflege weitgehend im stationären Umfeld geblieben. Eine Versorgung von Menschen mit psychiatrischem Pflegebedarf durch psychiatrisch Pflegenden findet im ambulanten Bereich nicht statt und das, obwohl die Einbeziehung der Lebensumwelt des Patienten, der psychischen und physischen Umweltfaktoren eine Domäne psychiatrischer Pflege ist. Die Spezialisten für psychiatrische Pflegeprobleme arbeiten in Krankenhäusern, während Menschen mit psychiatrischem Pflegebedarf in der Mehrzahl gar nicht im psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden (vgl. hierzu auch Wienberg 1992). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Patienten ambulanter Pflegedienste sehr häufig psychiatrische Pflegeprobleme aufweisen, die psychiatrische Pflegekompetenz bei den Pflegenden aber oftmals nicht vorhanden ist (vgl. Plummer et al. 2000). Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, welche Inhalte psychiatrischer Pflege in der Krankenpflegeausbildung gelehrt werden müssen, damit Patienten in Altenheimen, Krankenhäusern oder im häuslichen Umfeld angemessen versorgt werden können, und wo es der Konsiliaritätigkeit von Spezialisten be-

darf. Die Frage nach Primary Care Konzepten wird an dieser Stelle zukünftig eine Rolle spielen.

Vor dem Hintergrund, dass im ambulanten wie im stationären Bereich viele Patienten neben ihrem somatischen Pflegebedarf auch Bedarf an psychiatrischer Pflege haben, ist zu überlegen, wie eine umfassende pflegerische Versorgung gewährleistet werden kann. McCabe plädiert in diesem Zusammenhang für ein integratives Modell und setzt hinsichtlich der Integration voraus, dass der spezielle Wissensfundus psychiatrischer Pflege (»body of knowledge«) sich unterscheidet von dem Wissensfundus, auf dem somatische Pflege basiert. Dabei sind beide Wissensgebiete zu umfangreich, als dass sie beide zusammen von einer Pflegenden zu beherrschen sind. Sie geht weiterhin davon aus, dass (a) jeder Patient als ganzheitliches Wesen mit potentiellen physischen und psychischen Pflegeproblemen gepflegt werden muss und das (b) in der Pflegepraxis Modelle zu entwickeln sind, die diesen Umstand berücksichtigen (McCabe 2002).

Der Umstand, dass Krankenhäuser weiterhin für Aus- und Weiterbildung in der Pflege finanziell in hohem Masse verantwortlich sind, führt in der Folge aufgrund fehlender ambulanter Inhalte zu einer fehlenden Pflegekompetenz im häuslichen Umfeld und einem geringem Ansehen der Menschen, die in diesem Bereich beschäftigt sind. Dieses grundsätzliche Problem kann auch das neue Krankenpflegegesetz nicht lösen. Eine grundsätzliche Veränderung der Pflege setzt immer auch bei den Lehrplänen an und damit einhergehend an den Orten, an denen Ausbildung stattfindet. Ähnlich den Problemen, mit denen die allgemeine Pflegeausbildung zu kämpfen hat, leidet die Fachweiterbildung Psychiatrie mit einer im Wesentlichen vom stationären Bereich getragenen Ausbildung an einer zu starken Fokussierung auf die Bedürfnisse des Krankenhausalltages. Diese Ausbildungsinhalte folgen den Interessen der stationären Institutionen und sind losgelöst von gesellschaftlichen Notwendigkeiten. Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang, dass in Berlin ein Curriculum entwickelt wurde, welches der Ausbildung im ambulanten Bereich eine größere Bedeutung zubilligt (Gaßmann/

Marshall 2002). Zu fordern ist, dieses auf seine Effektivität hin zu evaluieren.

»The Decade of the brain« und Implikationen neurowissenschaftlicher Erkenntnisse für die psychiatrische Pflege

Wenngleich die Interaktion zwischen menschlichem Verhalten und dem zentralen Nervensystem sehr komplex ist, so gibt es dennoch gute Gründe, neurobiologische und neuropsychologische Erkenntnisse in Forschung und Praxis der psychiatrischen Pflege zu berücksichtigen. Davon ausgehend, dass diese Erkenntnisse Interventionen psychiatrischer Pflege beeinflussen, spricht man in Amerika zunehmend auch von neuropsychiatrischer Pflege als einem speziellen Zweig psychiatrischer Pflege (vgl. auch Flakerud/Wuerker 1999). Für psychiatrisch Pflegende gilt vergleichbar, was Spitzer in seinem Buch zum Verständnis des Gehirns über Lehrer schreibt: »Wer lehrt, sollte etwas vom Lernen und dem Organ des Lernens, dem Gehirn verstehen« (Spitzer 2002: 19). Der Nobelpreisträger Kandel hat einen neuen intellektuellen Rahmen für die Psychiatrie entwickelt. Ihm zufolge kann die Analyse von Interaktionen sozialer und biologischer Determinanten als Domäne der Psychiatrie dann am besten verstanden werden, wenn ein umfassendes Verständnis biologischer Verhaltenskomponenten bekannt ist. Nach seiner Auffassung liegen auch den komplexesten mentalen Prozessen Operationen des Gehirns zugrunde (vgl. Kandel 1998, 1999). Dies mag stellvertretend stehen für einen Trend hin zu einer zunehmend biologischen Sichtweise psychiatrischer Erkrankung, u.a. stark fokussierend auf genetische Komponenten. Finzen (1998) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass psychiatrische Forschung sich eher vom Menschen als Einheit oder soziales Wesen entfernt und immer kleinere Einheiten, wie z.B. Gene, Gegenstand von Forschung sind. Der Mensch in seinem sozialen Umfeld ist zunehmend weniger Gegenstand von Forschung, es sind auch nicht zwangsläufig Psychiater, die eine solche Forschung durchführen, Biologen sind für Forschung an Zellen oder Genen bisweilen viel besser geeignet. Aus dieser, die psychiatrische Landschaft in hohem Masse beeinflussende Entwicklung, ergeben sich für die psychiatrische Pflege Implikationen hinsichtlich

eigener Forschungsprioritäten und des Einbeziehens wesentlicher Erkenntnisse in den Wissenskorpus der Profession. Dies ist bisher kaum geschehen und stellt eine Bedrohung der Profession insofern dar, als ein notwendiger Erneuerungsprozess an dieser Stelle nicht stattfindet.

Entwicklung von Forschungsprioritäten psychiatrischer Pflege

(Pflege-) Forschung schafft Handlungsoptionen. Als Aufgaben von psychiatrischer Pflegeforschung benennen Pullen et al. (1999) die Produktion einer starken Wissensbasis für die praktische Pflege. Dabei dokumentieren Forschungsergebnisse die Fachlichkeit psychiatrischer Pflege und begründen ihren Beitrag am therapeutischen Prozess innerhalb des therapeutischen Prozesses und des therapeutischen Teams. Durch Forschungsaktivitäten den Fokus psychiatrischer Pflege zu identifizieren, ist die Voraussetzung dafür, eine zukünftige Richtung zu bestimmen und Prioritäten festzulegen. Als mögliches Instrument sei hier auf die Entwicklung einer Forschungsagenda verwiesen, in der wesentliche zu beforschende Themen psychiatrischer Pflege benannt werden. Eine solche Agenda könnte dann bei der Vergabe von Drittmitteln Berücksichtigung finden. Da es auch andernorts an einer solchen Forschungsagenda fehlt, haben die Autoren im Rahmen einer Literaturrecherche induktiv übergeordnete Themenfelder extrahiert, die Gegenstand psychiatrischer Pflegeforschung sind. Folgende sechs Kategorien wurden benannt: Unterstützung (support), Holismus (holism), psychiatrische Pflegepraxis (mental health nursing practice), Pflegequalität (quality care outcomes), ätiologische Fragestellungen (etiology) und das psychiatrische Gesundheitsversorgungssystem (mental health delivery system).

Eine solche induktiv erstellte Liste beantwortet allerdings nicht die Frage, ob die bearbeiteten Themen tatsächlich relevant für die psychiatrische Pflege sind und die Erkenntnisse im Alltag Berücksichtigung finden. Von daher wäre es wünschenswert, wenn innerhalb der Profession hinsichtlich der zu beforschenden Themen Konsens bestünde, da nicht zielgerichtete Forschung bestenfalls zufällig einen Beitrag zu dem benötigten Wissen leisten kann. Die fachliche Organisation von Pflege im Allge-

meinen und psychiatrischer Pflege im Besonderen lässt aber bisher Strukturen vermissen, von denen eine solche Koordinationsfunktion übernommen werden könnte. Gegenwärtig ist für die psychiatrische Pflegeforschung keine gemeinsame Richtung und keine Koordination erkennbar.

Evidence-based Nursing als verpflichtendes Element einer zukünftigen psychiatrischen Pflege

Allerdings wächst von anderer Seite der Druck, hinsichtlich der durchgeführten Interventionen und deren Wirkung Klarheit zu erlangen, denn auch für die psychiatrische Pflege besteht eine gesetzliche Verpflichtung, ihre therapeutischen Leistungen wissenschaftlich zu fundieren. In SGB V, § 135a zur Verpflichtung zur Qualitätssicherung heißt es in Absatz 1: »Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden«. Als handlungsleitendes Konzept wird uns Evidence-based Nursing in den kommenden Jahren auch in diesem Feld zunehmend beschäftigen. Evidence-based Nursing ist dabei die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die tägliche Pflegepraxis unter Einbezug theoretischen Wissens und der Erfahrungen der Pflegenden, der Vorstellungen des Patienten und der vorhandenen Ressourcen. Die Schaffung eines German Center for Evidence-based Nursing, welches angegliedert ist an das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther Universität in Halle/Saale leistet u.a. durch kontinuierlich stattfindende Workshops, Vorträge und über die mittels Homepage weitergegebenen Inhalte (www.medizin.unihalle.de/pflegewissenschaft/ebn/index.htm) einen wertvollen Beitrag, um in Deutschland das Konzept voranzubringen.

Dabei liegt der Wert des Konzeptes nicht nur in der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis. Häufig suchen wir (noch?) vergebens nach wissenschaftlichen Erkenntnissen in der psychiatrischen Pflege. Der Wert für psychiatrische Pflege liegt v.a. in einer neuen Art zu den-

ken. »Welche wissenschaftlichen Belege habe ich für meine Intervention?« Dabei ist zu berücksichtigen, dass es hier nicht nur um quantitative bzw. randomisierte Forschungsdesigns (RCT's) oder Systematic Review geht. Es geht vielmehr darum, innerhalb der Profession Klarheit über die zu beantwortenden Fragen und die dafür notwendigen Forschungsansätze zu bekommen. Der Stellenwert qualitativer Ansätze ist hier zu klären. Einer zu einseitigen Fokussierung von randomisierten Studiendesigns (RCT's) innerhalb von Evidence-Based Nursing ist aus wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht entgegenzuwirken. Newell und Gournay weisen darauf hin, dass ein zu starkes Gewicht auf diesen vermeintlichen goldenen Standard (RCT) zum Einen die wissenschaftliche Grundlage der Profession in beträchtlichem Masse reduzieren würde, zum Anderen die alleinige Berücksichtigung von RCT's einen Bias an sich darstellen würde (Newell/Gournay 2000).

Grundsätzlich ist anzuerkennen, dass die mediale Verfügbarkeit wissenschaftlicher Studienergebnisse durch das Internet, z.B. über Datenbanken wie Medline oder Cinahl, tiefgreifende Veränderungen des Gesundheitswesens nach sich zieht. Die Frage, ob wir innerhalb der Profession für oder gegen Evidence-based Nursing oder Evidence-based Healthcare (Ebx) sind, ist insofern eher akademischer Natur, als es unabhängig davon schon heute eine grosse Rolle spielt. Die Frage ist vielmehr, wie wir dieses Konzept für uns gestalten, und welche Schwerpunkte wir setzen. Gleichzeitig müssen die Schwächen des Konzeptes sichtbar gemacht werden. So weist z.B. Steinert für die Psychiatrie auf einen potentiellen Nebeneffekt des Siegeszuges evidenzbasierter Medizin hin: »Die Gefahr ist«, so Steinert/Naumann (2003), »dass nicht-medikamentöse Behandlungsformen aufgrund der Betonung von aus der Somatik entlehnten Studien-Designs deutlich benachteiligt werden, was z.B. Forschungsressourcen angeht. Als Folge von Standardisierungs-Bestrebungen werden auch in der Psychiatrie v.a. Studien durchgeführt, die gut operationalisierbare, z.B. pharmakologische Effekte, erforschen, und für die sich Fördermittel von der Industrie einwerben lassen«. Die eher dürftigen Ergebnisse im pflegerischen und psychiatrischen Bereich

sollten aber gerade nicht handlungsunfähig machen und dazu führen, dass das Konzept abgelehnt wird. »Ebx sollte vielmehr Ärzten und Therapeuten ein neues, auch intellektuelles Vergnügen an ihrer Arbeit zu machen« (Steinert/Naumann ebd.).

Goethe folgend, dass es nicht genug ist, zu wissen, sondern Wissen auch zur Anwendung gebracht werden muss, ist im Bezug auf Evidence-based Nursing zu sagen, dass wir in den Institutionen bezüglich der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis noch am Anfang stehen. Gleichwohl ist davor zu warnen, die Praxis mit der Implementierung von neuem Wissen zu überfordern. Corrigan et al. (2001) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Befürworter von Evidence-based healthcare häufig vergessen, dass es nicht nur Geld und Zeit braucht, wissenschaftliche Erkenntnisse zu produzieren. Oft dauert es 10 Jahre oder länger, bis wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis zur Anwendung kommen. In diesem Zusammenhang fordern sie einen evidenzbasierten Ansatz, um die Einführung evidenzbasierter Maßnahmen evaluieren zu können.

Zusammenfassung und Ausblick: Psychiatrische Pflege zwischen Innovation und Restriktion

Was Wingenfeld und Schaeffer (2002) für die Pflege im Allgemeinen in Deutschland konstatieren, ist auch für die psychiatrische Pflege gültig: »Für die derzeitige Situation der Pflege in Deutschland ist – ungeachtet vielversprechender innovativer Entwicklungstendenzen – nach wie vor eine deutliche Diskrepanz zwischen Modernisierungserfordernissen und eher problematischen Rahmenbedingungen zu deren Bewältigung kennzeichnend«. Während wir auf der einen Seite in den Institutionen mit zunehmend schwierigeren Rahmenbedingungen zu kämpfen haben, gilt es andererseits, ein zukunftsfähiges Berufsprofil zu entwickeln. Dies kann nur gelingen, wenn aktuelle Entwicklungen Berücksichtigung finden. Beispielhaft wurde in diesem Artikel auf das Konzept der WHO zum Verständnis chronischer Erkrankung und auf Evidence-based Nursing als Konzept für eine notwendige wissenschaftliche Fundierung psychiatrischer Pflege eingegangen. Dabei geht es nicht darum, all dies in kürzester Zeit umzusetzen. Aus Sicht des Au-

tors ist es vielmehr erforderlich, grundsätzlich über den Wissenfundus psychiatrischer Pflege zu reflektieren und innerhalb der Profession in einen Diskurs über ein zukünftiges Berufsprofil und die Profession begründende Wissensbasis einzutreten.

Dr. rer. medic. Michael Schulz,
Diplompflegewirt, Krankenanstalten
Gilead, Zentrum für Psychiatrie und
Psychotherapeutische Medizin (ZPPM),
Pflegeforschung
Remterweg 69–71, 33617 Bielefeld
Tel. 05 21/144-26 58
michael_schulz69@yahoo.de

Literatur

- Behrens, J.: Die ICDH – ICF und das Reha-Aktivitäten-Profil in ihrer Bedeutung für unser Verständnis von Gesundheit und für unsere Arbeit im multiprofessionellen Team. In: C.A.M. van Bennekom/F. Jelles/G.J. Lankhorst (Hrg.): RAP – Reha Aktivitäten Profil – Handbuch und Beschreibung, Universitätsverlag Ulm, 2001, S. 9–13.
- Behrens, J.: Inklusion durch Anerkennung – Chronische Krankheit, das Verhalten der Indikatoren sozialer Ungleichheit und die Herausforderungen an die Pflege und andere Gesundheitsberufe. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 27 (4), 2002, S. 23–41.
- Chisholm, M./Howard, P.B./Boyd, M./Clement, J.A./Hendrix, M.J./Reiss-Brennan, B.: Quality Indicators for primary mental Health within managed Care: A public health Focus. In: Archives of Psychiatric Nursing, 11 (4), 1997, S.167–181.
- Corrigan, P.W./Steiner, L./Stanley, G./McCracken, G./Blaser, B./Barr, M.: Strategies for disseminating evidence-based Practices to Staff who treat People with serious mental Illness. In: Psychiatr Serv, 2001 (52), S.1598–1606.
- Finzen, A.: Das Pinelsche Pendel – Sozialpsychiatrische Texte, Psychiatrie-Verlag, 1998, Bd. 1.
- Flaskerud, J.H./Wuerker, A.K.: Mental health Nursing in the 21st Century. In: Issues in mental health Nursing, 1999 (20), S. 5–17.
- Gaßmann, M./Marshall, W.: Curriculum – Weiterbildung Pflege in der Psychiatrie – Fachweiterbildung für Pflege und andere Berufsgruppen in psychiatrischen Arbeitsfeldern, Universitätsklinikum Berlin, 2002 (unveröffentlicht).
- Gournay, K./Denford, L./Parr, A.-M.: British Nurses in behavioral Psychotherapie: A 25-year follow-up. In: Journal of Advanced Nursing, 32 (2), 2000, S. 343–351.
- Häffner H.: Die Psychiatrie-Enquête – Historische Aspekte und Perspektiven. In: Psycho, 2001 (27), S. 258–270.
- Hoehmann, U./Mueller-Mundt, G./Schulz, B.: Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung, Mabuse-Verlag Ort, 1998.
- Kandel, E.R.: A new intellectual Framework for Psychiatry. In: American Journal of Psychiatry, 155 (4), 1998, S. 457–469
- Kandel, E.R.: Biology and the Future of Psychoanalysis: A new Intellectual Framework for Psychiatry revisited. In: Am J Psychiatry, 156 (4), 1999, S. 505–524.
- McCabe, S.: Bringing psychiatric Nursing into the twenty-first Century. In: Archives of Psychiatric Nursing, 14 (3), 2000, S.109–116.
- McCabe, S.: The Nature of Psychiatric Nursing: The Intersection of Paradigm, Evolution and History. In: Archives of Psychiatric Nursing, 16 (2), 2002, S. 51–60.
- McCabe, S./ Macnee, C.L.: Weaving a new Safety Net of mental health Care in rural America: A Model of integrated Practice. In: Issues in mental health Nursing, 2002 (23), S. 263–278.
- Newell, R./Gournay, K.: Introduction. In: R. Newell/K. Gournay (Hrg.): Mental health Nursing – An evidence-based Approach, Churchill Livingstone Edinburgh/London/New York, 2000, S. 1–8.
- Nolan, P.: History of mental health Nursing and Psychiatry. In:R. Newell/K. Gournay (Hrg.): Mental health Nursing – An evidence-based Approach, Churchill Livingstone Edinburgh/London/New York, 2000, S. 27–48.
- Plummer, S.E./Gournay, K./Goldberg, D./Ritter, S.A.H./Mann, A.H./Blizard, R.: Detection of psychological Distress by practice Nurses in general Practice. In: Psychological Medicine, 2000 (30), S.1233–1237.
- Pullen, L./Tuck, I./Wallace, DC.: Research Priorities in mental health Nursing. In: Issues in mental health Nursing, 20 (3),1999, S. 217–27.
- Schulz, M.: Zur Messung von Outcome-Kriterien im Bereich der psychiatrischen Pflege – Möglichkeiten, Grenzen und methodische Probleme. In: Psychiatrische Pflege Heute, 2002, (6) S. 339–342.
- Schulz, M./Krause, P.: Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. In: Psychiatrische Pflege Heute, 2003, (5) S. 242–248.
- Spitzer, M.: Die Zukunft der Psychiatrie. In: Verdacht auf Psyche – Grundlagen, Grundfragen und Grundprobleme der Nervenheilkunde, Schattauer Stuttgart/New York, 2003, S. 5–13.
- Spitzer, M.: Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens, Spektrum: Akademischer Verlag Berlin/Heidelberg, 2003.
- Steinert, T./Naumann, A.: Evidence-based-Medicine im psychiatrischen Alltag. Wunsch und Wirklichkeit. In: Krankenhauspsychiatrie 2003 (14), S. 56–60.
- Wienberg, G. (HRG.): Die vergessene Mehrheit, Psychiatrie-Verlag Bonn, 1992.
- Wingenfeld, K./Schaeffer, D.: Zur aktuellen Situation der Pflege in Deutschland. In: Public Health Forum, 10 (34), 2002, S. 23–24.