



Arbeitskreis Pflege  
in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hg.)

# Standortbestimmung Psychiatrischer Pflege in der DGSP

**»Psychiatrische Pflege setzt am Alltag, der Lebens- und Krankheitsgeschichte, den Folgen der Erkrankung und den Fähigkeiten bzw. Grenzen des Einzelnen an. Sie stützt sich im Wesentlichen auf drei Säulen ihres Handelns: Kontakt- und Beziehungsgestaltung, Gestaltung eines förderlichen Milieus sowie Gesundheitsförderung, Alltags- und Krankheitsbewältigung.«**

*Definition des Arbeitskreises Pflege in der DGSP*

## Vorwort

Nach mehr als dreieinhalb Jahrzehnten Wirken des Arbeitskreises Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) ist es Zeit, Rückschau auf die Arbeit zu halten, Erarbeitetes zu überprüfen und Erkenntnisse zukunftsorientiert festzuhalten. Die Basis der Betrachtung bildeten die bearbeiteten Themen und die Veröffentlichungen des Arbeitskreises.

Die grundlegenden Auffassungen des Arbeitskreises orientieren sich an einem humanistischen Menschenbild und an pflegerisch-ethischen Prinzipien. Dabei werden die moralischen Gebote im Sinne der Care-Ethik, anderen gegenüber nicht unfair zu handeln, sowie jemand, der in Not geraten ist, nicht im Stich zu lassen und ihm umfassende Hilfeleistungen anzubieten, in den Mittelpunkt gestellt.

Die Orientierung an einer gemeindenahen und kommunalen Versorgung war und ist für die Pflegenden in der DGSP Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Mitglieder des Arbeitskreises Pflege in der DGSP sehen sich im Alltag – wie alle psychiatrischen Pflegekräfte – mit unzulänglichen Rahmenbedingungen (z.B. zu große Stationen, wenig Möglichkeiten, kreative, alternative und erweiterte Pflegemethoden anzuwenden, Qualifikation und Qualität klaffen in der Pflege auseinander, häufig nicht ausreichendes Konflikt- und Deeskalationsmanagement) konfrontiert. In diesem Zusammenhang

wird auch festgehalten, dass die Mitarbeit in Gremien, Arbeitskreisen und Verbänden die Blickrichtung auf Fachlichkeit, Inhalte und Entwicklungen unterstützt und dass dies von der Berufsgruppe zu wenig genutzt wird.

Bei der Rückschau stellt sich heraus, dass die Mitglieder des Arbeitskreises Pflege besonders an ihm schätzen, dass die regelmäßigen Treffen zur kontinuierlichen Mitarbeit anregen und Anreiz geben, über den Arbeitsalltag hinaus mit psychiatrisch-pflegerisch Tätigen Erfahrungen auszutauschen und neue Anregungen zu bekommen. In den themenbezogenen Diskussionen werden unterschiedliche Aspekte des pflegerischen Verständnisses berücksichtigt und auf fundiertem Hintergrund behandelt und diskutiert. Dabei werden auch unangenehme Themen nicht außen vorgelassen, sondern in hoher gegenseitiger Akzeptanz besprochen und sich konstruktiv und achtsam mit strittigen Themen auseinandergesetzt.

*Für den Arbeitskreis Pflege in der DGSP  
Hilde Schädle-Deiningner und Günter Storck*

## Einleitung

Der Arbeitskreis (AK) Pflege in der DGSP konnte 2014 auf 35 Jahre Arbeit zurückblicken. Leitsatz des Arbeitskreises war und ist, aktuelle und weniger beliebte Themen der Psychiatrischen Pflege aufzugreifen. Dabei ging und geht es darum, Zusammenhänge zu erfassen und zu fragen, warum wir so arbeiten, wie wir arbeiten. Ausgangspunkt war immer die jeweilige berufs-, psychiatrie-, sozial- und gesundheitspolitische Sachlage und unsere jeweilige Einschätzung.

Pflegetheoretische Ansätze als Grundlage des professionellen Handelns sind im beruflichen Alltag allgemein nicht selbstverständlich.

In unseren Diskussionen entstand oft der Eindruck, dass das Alte das Neue, das Neue das Alte und auch das Morgen das Gestern ist! Pflegetheoretische Modelle, Pflegeprozess, Pflegediagnosen, Pflegephänomene, Pflegeklassifikationen, pflegerisches Assessment, pflegerische Konzepte, pflegerische Ethik oder auch pflegerische Qualität usw. haben uns durchgängig beschäftigt. Die Mitglieder des Arbeitskreises konnten vieles anstoßen und wollten viele Ansätze mithilfe von Kollegen und Kolleginnen implementieren, stießen jedoch in der eigenen Berufsgruppe auf Widerstände. Der Spagat zwischen dem Anspruch der Professionalisierung der Pflege und der beruflichen Praxis ist nach wie vor nicht gelungen.

### Ziele des Arbeitskreises Pflege in der DGSP (1985)

Standortbestimmung bei alten und neuen Themen und Fragen, Förderung der beruflichen Eigenständigkeit, Erweiterung des psychiatrisch-pflegerischen Handwerkszeugs, Utopieentwicklung für die psychiatrische Versorgung, vor allem für psychisch erkrankte Menschen mit größerem Hilfebedarf.

Wer sich überlegt, im Arbeitskreis Pflege der DGSP mitarbeiten zu wollen, sollte:

- ◆ sich mit den Zielen der DGSP identifizieren,
- ◆ über eigene Erfahrungen in seinem Arbeitsfeld der psychiatrischen Versorgung verfügen, also kein absoluter Neuling in der Psychiatrie sein,
- ◆ Freude daran haben, manche Themen auch kontrovers zu diskutieren,
- ◆ bereit sein, »Hausaufgaben« zu übernehmen und diese auch verbindlich durchzuführen, also auch ein gewisses Zeitbudget zu investieren,
- ◆ wichtige Informationen und Neuigkeiten beisteuern wollen,
- ◆ die Fähigkeit mitbringen, sich auch anhand von Literatur mit Themen der Psychiatrischen Pflege auseinanderzusetzen oder Themen anhand von Literatur zu erarbeiten,
- ◆ bereit sein, ein – zwei – drei – mehrere Jahre kontinuierlich mitzuarbeiten und zu Treffen zu kommen,
- ◆ Mitglied in der DGSP sein oder es bald werden zu wollen.

Der Erfahrungsaustausch, die kollegiale Beratung und die Entwicklung von Utopien spielen im AK Pflege eine große Rolle, stehen jedoch nicht im Mittelpunkt unserer Diskussionen. Der Arbeitskreis versteht sich nicht als Fortbildungsort für Anfänger in der Psychiatrie, aber als Ort der kollegialen Unterstützung. So profitiert jedes Mitglied des AK von den vielfältigen Informationen und Diskussionen, die geführt und theoretisch untermauert werden.

## Frühere Themen des AK Pflege – heute immer noch aktuelle Herausforderungen

Der AK Pflege hat in den vielen Jahren sehr unterschiedliche Themen bearbeitet und dazu Stellung genommen. Dabei wurde deutlich, welche »irren Wege« die Psychiatrische Pflege ging und geht. Strömungen und Gegenströmungen wird es in einem komplexen gesellschaftlichen System und einem umfassenden Beruf weiterhin geben.

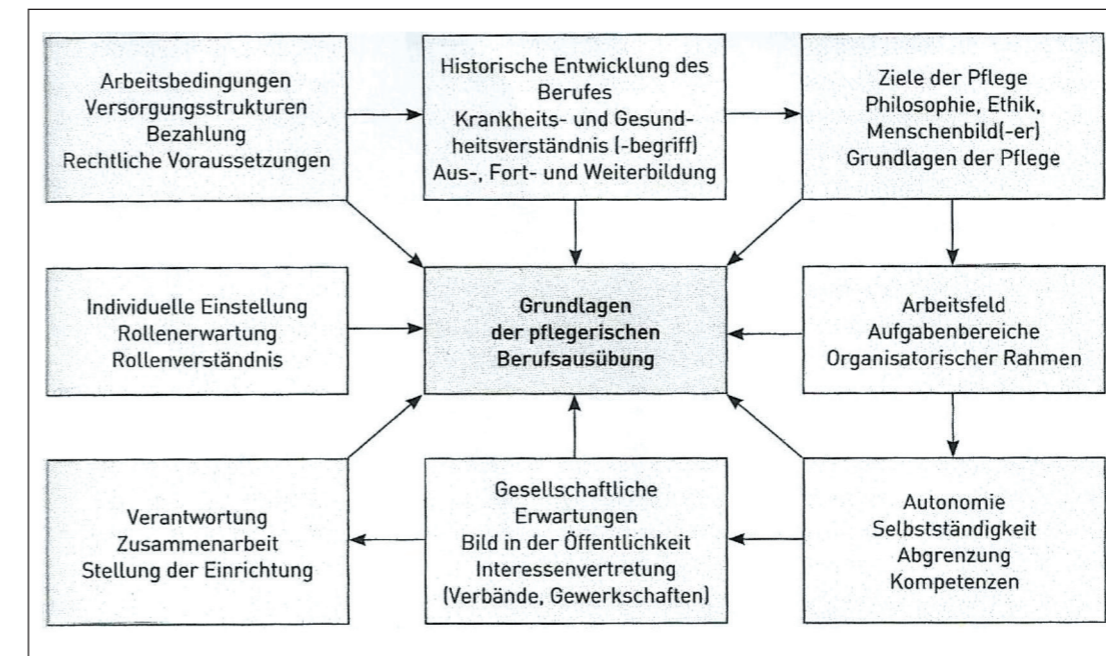
Der Arbeitskreis hat, im Sinne der Ziele der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit und einer am Bedarf und den Bedürfnissen von Betroffenen und ihrem sozialen

Umfeld orientierten Versorgungsqualität immer in den Mittelpunkt gestellt, auch wenn es um spezifische berufliche Belange ging.

Die vielfältigen Diskussionspunkte und die komplexen inhaltlichen Schwerpunkte stellt die nachfolgende Grafik (Abb. 1) dar.

Im Folgenden einige Beispiele dafür, was sich als roter Faden durch die Diskussionen der Psychiatrischen Pflege zieht und nach wie vor aktuell ist und gelöst werden muss.

Abb. 1: Einflüsse auf das Berufsbild Pflege



Aus: Schädle-Deininger, Hilde (2006): Fachpflege Psychiatrie. München/Jena: Elsevier, Urban & Fischer, S. 6 (leicht verändert)

## Psychiatrisch-pflegerische Identität

AK Pflege in der DGSP (Hg.): Pflegeprofil – Grundriß psychiatrischer Pflege. Köln, 1994

### Blick zurück

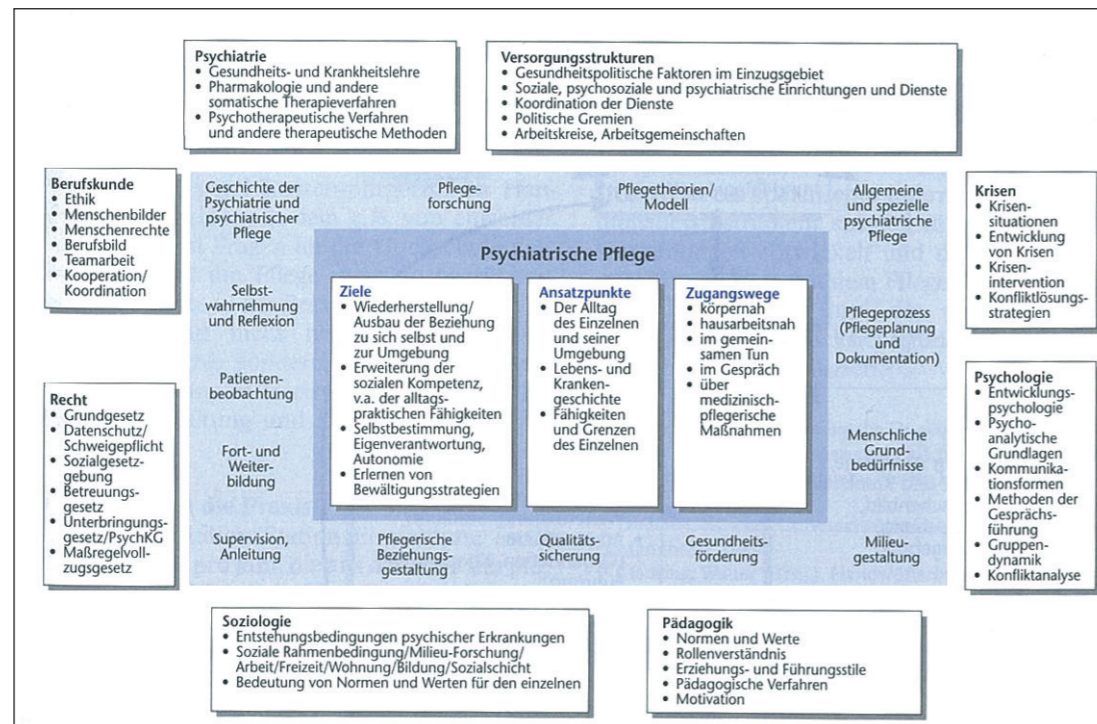
Den Kern der Diskussionen Ende 1980/Anfang 1990 bildeten die Fragen nach Wesen und theoretisch-spezifischem Wissen der Psychiatrischen Pflege, die Auseinandersetzung mit der Geschichte des pflegerischen Berufes im Sinne einer Reflexion über die Rolle der Pflege im Laufe der Jahrhunderte, der möglichen pflegerischen Machtausübungen und – gerade in der Psychiatrie – ihre Rolle im Nationalsozialismus. Diese Reflexion

muss auch die jüngere Geschichte wie Krankenpflegegesetz, Bildungsrahmen, Psychiatrie-Enquete, Expertenkommission usw. mit einschließen.

Entscheidend war inhaltlich die folgende Leitidee bzw. die Grundhaltung: »In der Psychiatrischen Pflege steht die Begleitung von Menschen, die in ihrer Person als Ganzes von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen sind, im Vordergrund.«

Um uns Wissen und zentralen Ansatzpunkten der Psychiatrischen Pflege zu nähern, beschäftigten wir uns mit unterschiedlichen Pflegetheorien und deren Anwendbarkeit im psychiatrischen Arbeitsfeld. Wir zogen englischsprachige Literatur mit heran, wo pflegerisch-psychiatrische Aufgaben schon beschrieben waren.

Abb. 2: Pflegewissen in der psychiatrischen Versorgung



Aus: Schädle-Deininger, Hilde (2006): Fachpflege Psychiatrie. München/Jena: Elsevier, Urban & Fischer, S. 17; nach: AK Pflege in der DGSP (Hg.): Pflegeprofil – Grundriß psychiatrischer Pflege. Köln, 1994

Am Ende der Diskussionen ist das Schaubild »Pfliegewissen in der psychiatrischen Versorgung« (Abb. 2) entstanden, das im Grunde die gesamte Psychiatrische Pflege und deren Wissen inhaltlich erfasst:

- ◆ Das Zentrum zeigt psychiatrisch-pflegerisches Handeln, dessen Ziele, Ansatzpunkte und den pflegerischen Zugang auf.
- ◆ Die Innenfläche beinhaltet das spezifische Pflegewissen.
- ◆ Die Außenfläche stellt den Rahmen zu den Bezugs- und »Hilfs«-Wissenschaften her.

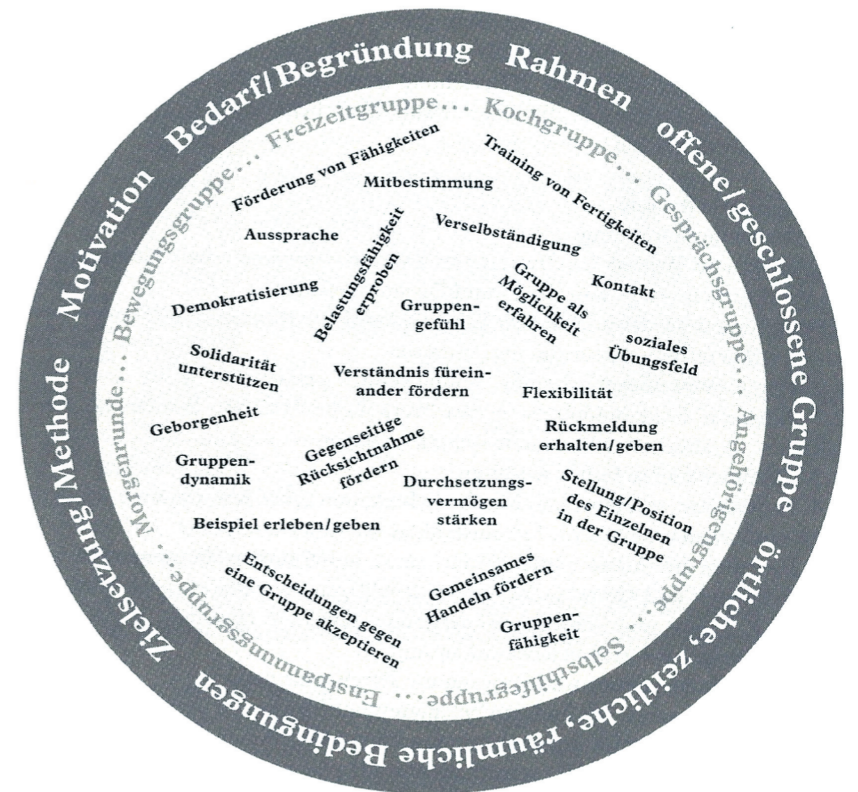
Aus dem Wissen entsteht eine Haltung, sich mit gesellschafts- und sozialpolitischen Gegebenheiten und Entwicklungen auseinanderzusetzen. Psychiatrisch Pflegende übernehmen deshalb die Verantwortung für ihr berufliches und bürgerschaftliches Handeln.

Psychiatrisch Pflegende reflektieren ihren beruflichen Alltag, um neugierig auf Menschen zu bleiben und die Ehrfurcht vor dem Leben zu bewahren sowie entsprechend fachlich zu handeln. Die Komplexität psychiatrisch-pflegerischen Handelns erfordert, das Gesundheits- und Krankheitsverständnis des einzelnen psychisch erkrankten Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Demzufolge basiert Psychiatrische Pflege nicht ausschließlich auf der Diagnose, sondern befasst sich mit den auftretenden Phänomenen einer psychischen Erkrankung.

Die spezifischen Aufgaben der Psychiatrischen Pflege haben wir in Anlehnung an die Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) in folgende Bereiche gegliedert:

- ◆ einzelnd bezogene Aufgaben (Erkennen des Pflegebedarfs, Krankenbeobachtung, Bedürfnisse der Patientin/ des Patienten erkennen und einbeziehen, Krisensituationen und Veränderungen im Verhalten erkennen, Beziehungsgestaltung, pflegerisches Handeln reflektieren);
- ◆ gruppenbezogene Aufgaben (Vielfältigkeit von Gruppen, siehe Abb. 3);
- ◆ umfeldbezogene Aufgaben (direkte Bezugspersonen, Arbeit, Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung, Wohnen, Mitarbeit in der Gemeinde).

Abb. 3: Spezifische Aufgaben der Psychiatrischen Pflege



Aus: AK Pflege in der DGSP (Hg.): Pflegeprofil – Grundriß psychiatrischer Pflege. Köln, 1994

### Bestandsaufnahme

Der psychiatrisch-pflegerische Alltag zeigt, dass das in der Abbildung 2 dargestellte pflegerische Wissen nicht durchgängig von allen Pflegenden umgesetzt wird. Konzepte werden eher als Ablaufinstrumente benutzt denn als Prozesse unter Einbindung von deren Wirksamkeit. Häufig wird das theoretische Pflegewissen nicht in Teams, nicht in Besprechungen oder auch nicht als Teil der Behandlung selbstbewusst eingebracht, weil es als zu alltagsnah und scheinbar zu unwissenschaftlich empfunden und dadurch zu wenig pflegerisch-inhaltlich argumentiert wird und der Beitrag der Pflege an Gleichwertigkeit mit der Expertise anderer Berufsgruppen verliert.

In der Pflege gibt es zunehmend Bestrebungen, ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen und psychotherapeutisch tätig zu sein, aber dabei die eigene pflegerische Kompetenz und theoretischen Ansätze zu vernachlässigen.

Dass pflegerisches Handeln therapeutisch wirkt, wird nicht bezweifelt. Trotzdem wird im Alltag häufig Therapie höher eingeschätzt als Pflege (auch was therapeutische und pflegerische Gruppen angeht). Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass pflegerische Gruppen häufiger nicht stattfinden und der »Routine« zum Opfer fallen oder von pflegerisch-therapeutischen Gruppen gesprochen wird. Das weist nicht auf großes berufliches pflegerisches Selbstbewusstsein hin.

### Konsequenzen für die Zukunft

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP

- ◆ fordert, dass gute und spezifische Einarbeitung in das Fachgebiet der Psychiatrie und die Aufgaben der Psychiatrischen Pflege umgesetzt werden müssen,
- ◆ setzt als selbstverständlich voraus, dass pflegerische Konzepte mit den benötigten Instrumenten und deren Grundlagen Basis des pflegerischen Alltagshandelns sind,
- ◆ tritt dafür ein, dass Fort- und Weiterbildung und deren Förderung Gegenstand der regelmäßigen Entwicklungsgespräche für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind,
- ◆ fordert eine entsprechende Rechtsform ein, um den Beruf Pflege auf einem Qualitätsstand zu halten (z.B. Pflegekammer, Ausbau der Registrierung),
- ◆ setzt sich dafür ein, dass Pflege als gleichwertiger Beruf im Gesundheitswesen Anerkennung findet,
- ◆ erwartet, dass vorhandenes spezifisches und bewährtes (psychiatrisches) Pflegewissen respektiert wird und Pflege nicht nur auf körpernahe Tätigkeiten oder »Grundpflege« reduziert, sondern als ganzheitliches berufliches Handeln gesehen wird,
- ◆ erwartet im Rahmen der Qualitätssicherung regelmäßige und notwendige Reflexionen über Rahmenbedingungen und Inhalte der Pflege,
- ◆ setzt sich dafür ein, dass die Geschichte der Pflege, auch die im Nationalsozialismus, wach bleibt und Pflegenden aus der Geschichte lernen.

### Pflegerische Bildung

AK Pflege in der DGSP (Hg.): Denkanstöße zu bildungspolitischen Konzepten in der Pflege. Köln, 1983

#### Blick zurück

Wie und wo auf längere Sicht die Pflegeausbildung und damit die Weiterqualifizierung angesiedelt sein sollen, wird auf den unterschiedlichen Ebenen der Pflege (Theorie, Praxis und Management) oft kontrovers diskutiert.

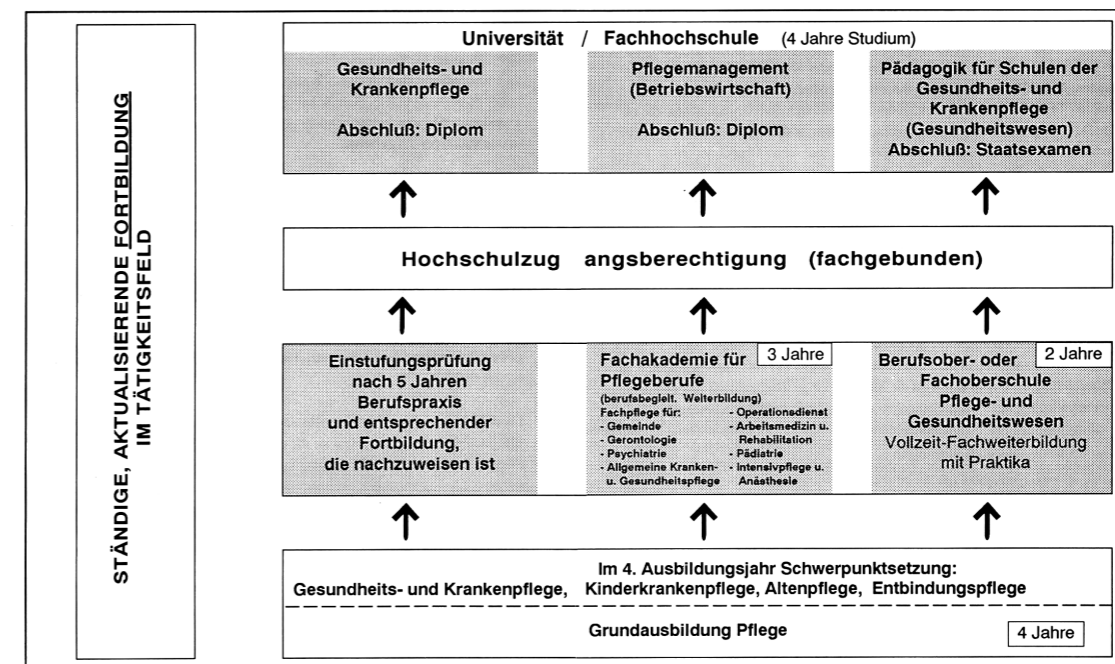
Die Bildungsfrage innerhalb der DGSP führte unter anderem zur Gründung des Arbeitskreises Ende der 1970er-Jahre. Ende der 1980er-Jahre befasste sich der Arbeitskreis intensiv mit dieser Frage und verfasste die »Denkanstöße zu bildungspolitischen Konzepten in der Pflege«.

Ausgegangen sind wir von dem relativ niedrigen Stand von Bildung und Ausbildung in der Krankenpflege und der unmittelbaren Folge der Abkoppelung der Pflegeausbildung vom allgemeinen Berufsbildungssystem.

Der Pflegeberuf kann nach Auffassung des AK Pflege aus der schwierigen und katastrophalen Situation nur herauskommen, wenn Bildung und eigenständiges Berufsbild/eigenverantwortliches Handeln die Grundlage sind.

Deshalb hat der Arbeitskreis ein Bildungskonzept entwickelt, das sowohl die akademische Ausbildung als auch eine Übergangslösung der Bildungswege und Durchlässigkeit in der Pflegebildung beinhaltet (siehe Abb. 4; das Schaubild ist allerdings noch an Diplomstudiengängen – heute Bachelor- und Masterstudiengänge – orientiert).

Abb. 4: Bildungskonzept der Pflegeberufe



Aus: AK Pflege in der DGSP (Hg.): Denkanstöße zu bildungspolitischen Konzepten in der Pflege. Köln, 1983

### Bestandsaufnahme

Die Pflegeausbildung findet weiterhin in den bisherigen Strukturen statt. Eine europäische oder internationale Ausrichtung der Pflegebildung ist nicht in Sicht. Die Frage der grundsätzlichen Akademisierung der Pflegeberufe wird weiterhin kontrovers diskutiert. Die bisherigen Absolventen der Hochschulen, haben nach wie vor keine Erlaubnis zur Berufsausübung. Die bisher praktizierte Lösung, ins dritte Ausbildungsjahr einer Krankenpflegeschule einzusteigen und dort das Examen zu machen, ist keine adäquate Umsetzung, sondern verkompliziert und erschwert die Ausbildungsanforderungen.

### Konsequenzen für die Zukunft

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP

- ◆ fordert, dass die Pflegeausbildung grundsätzlich an die Hochschule gehört und entsprechend gut qualifizierte Expertinnen und Experten für Pflege in der Praxis verankert sind; dies gilt insbesondere für den sensiblen Bereich der psychiatrisch-psychozialen Versorgung,
- ◆ erwartet und unterstützt die Einführung einer Qualifikationsabstufung; dies muss zeitnah geschehen, um entsprechend auf die Bedarfe und Bedürfnisse in der psychiatrischen Gesamtversorgung zu reagieren,
- ◆ fordert, dass für Pflegende mit einem Hochschulabschluss eine entsprechende Vergütung verbunden sein muss,
- ◆ geht davon aus, dass Pflegewissenschaft und -forschung auch auf die berufliche Alltagspraxis ausgerichtet sein müssen, um so die Psychiatrische Pflege weiterzuentwickeln.

### Bezahlung im Pflegeberuf

Flugblatt »Weg mit dem KR-Tarif«, 1982

### Blick zurück

Anfang der 1980er-Jahre verteilte der Arbeitskreis auf Tagungen das Flugblatt »Weg mit dem KR-Tarif«. Die Bezahlung war ein Sondertarif innerhalb des Bundesangestelltentarifs (BAT). Der AK Pflege wollte dahin gehend einwirken, dass Pflegeberufe der tariflichen Eingruppierung von Sozialarbeitern, Beschäftigungstherapeuten usw. gleichgestellt werden.

Bereits zu diesem Zeitpunkt waren psychiatrisch Pflegende im teilstationären, komplementären und ambulanten Bereich tätig. Damals wie heute klappt die Bezahlung zwischen »vollstationär« und »außerstationär« erheblich auseinander.

### Bestandsaufnahme

Diese Diskrepanz in der Vergütung führt dazu, dass im ambulanten Bereich Psychiatrische Pflege psychisch erkrankten Menschen und deren sozialem Umfeld weitgehend vorenthalten wird. Damit fehlt eine wesentliche professionelle Sichtweise auf die Situation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Durch die finanziellen Einbußen im »außerstationären« Bereich sind diese Arbeitsplätze für Pflegende wenig attraktiv.

### Konsequenzen für die Zukunft

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP fordert,

- ◆ dass der Unterschied in der Bezahlung zwischen »vollstationär« und »außerstationär« abgeschafft wird,
- ◆ dass das Qualifikationsniveau und die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung in das Entgelt einfließt,
- ◆ dass akademisierte qualifizierte Pflegeexpertinnen und -experten mit entsprechenden Aufgaben und angemessenen Vergütungen als Expertinnen und Experten in der direkten Arbeit mit Patientinnen und Patienten/Klientinnen und Klienten tätig sind. Dies beinhaltet die eigenständige Erhebung des Pflegebedarfs sowie die Verordnung der Pflegeleistung.

### Qualität und Psychiatrische Pflege

*AK Pflege in der DGSP (Hg.): Pflegequalität in der psychiatrischen Versorgung – soweit sie sich messen lässt. Köln, 1994*

### Blick zurück

Die Qualifikation eines/einer pflegerischen Mitarbeiters/Mitarbeiterin setzt sich aus mehreren Teilen zusammen:

1. den theoretischen Kenntnissen,
2. deren konsequenter Anwendung in der Praxis,
3. der allgemeinen Arbeitshaltung,
4. der Fähigkeit, im Team zu arbeiten.

Selbst wenn ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin diese vier Punkte erfüllt, würden zum Beispiel Nutzer oder Angehörige nicht zwingend davon sprechen, dass sie gute Psychiatrische Pflege erleben, sich angenommen fühlen. Zu ihr gehört darüber hinaus Empathie, die sich zwar wahrnehmen, jedoch weder messen noch verordnen lässt.

In einem Brainstorming hat der Arbeitskreis Pflege 1999 folgende Visionen und Ziele formuliert:

### Bereich Grundhaltung

- ◆ Die »Charta Pflege in der Psychiatrie« in Europa ist umgesetzt. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen der schwerst psychisch erkrankten Menschen.
- ◆ Die Kommunikation innerhalb eines Dialogs zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Pflegeexpertinnen und -experten ist obligatorisch. Die Pflegekräfte nehmen an Psychose-Seminaren teil.
- ◆ Wir arbeiten ambulant und stationär. Die Pflegekompetenz ist außerhalb der Kliniken etabliert.
- ◆ Qualitativ hochwertige Pflegeleistung bedingt eine funktionierende Teamarbeit. Das Zusammenspiel von unterschiedlichen Berufsgruppen und deren berufsspezifischen Fähigkeiten ist zu nutzen.
- ◆ Grund- und Behandlungspflege: Die Begriffe sind obsolet geworden, die Unterscheidung ist aufgehoben.

### Bereich Selbstbestimmung

- ◆ Verhandeln statt behandeln: Recht auf persönliche Entscheidung des von psychischer Erkrankung Betroffenen, akzeptierendes Miteinander.
- ◆ Die Pflege wahrt die Selbstbestimmung der Betroffenen; die Philosophie des personenbezogenen Handelns prägt und beeinflusst unser pflegerisches Tun.
- ◆ Leistung und Leistungserbringer werden von den Betroffenen selbst ausgesucht und geordert. Mit dieser Entwicklung wird die psychiatrische Versorgung auf den Prüfstand gestellt.
- ◆ Die Pflege ist selbstbestimmt. Durch ihre weiterentwickelte Fachlichkeit und Kompetenz als eigenständige Berufsgruppe sowie die Etablierung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung hat sich die Pflege gegenüber den anderen Berufsgruppen emanzipiert.
- ◆ Die Bedarfsorientierung hat sich gegenüber der Angebotsorientierung durchgesetzt.

### Bereich Theorie und Praxis

- ◆ Mehr Zeit für humane Tätigkeiten mit den Patienten. Pflegefachkräfte verbringen mindestens 60 Prozent ihrer Arbeitszeit im direkten Kontakt mit Betroffenen und gehen auf sich verändernde Situationen und Bedürfnisse bedarfsgerecht ein.
- ◆ Pflegeforschung ist selbstverständlich. Sie definiert sich aus Erkenntnissen der Forschung und Praxis.
- ◆ Pflegepraxis und Pflegeforschung haben internationales Niveau erreicht. Die Psychiatrische Pflege hat den internationalen Anschluss geschafft.

- ◆ An der Pflegeforschung wirken alle in der Pflege mit, Ideen und Theorien werden entwickelt und überprüft.

### Bestandsaufnahme

Qualitätsmanagementsysteme werden im Alltag häufiger als Struktur- und Ablaufinstrumente genutzt, weniger als prozessorientierte und inhaltliche Unterstützung. Die Prozess- und Ergebnisqualität hat immer noch nicht ihren wichtigen Stellenwert zur Weiterentwicklung der professionellen Pflege erreicht.

Pflegekräfte wehren sich in der Regel nicht gegen qualitätsmindernde Aspekte, obwohl ihnen die dazugehörigen wissenschaftlichen Erkenntnisse geläufig sind (z.B. enge Räumlichkeiten, Möglichkeit der Reizabschirmung, Mitarbeiterzahl und Qualifikation, »Verschiebung« von Patienten/Klienten).

Eine enge Orientierung an ausschließlich ökonomischen Werten und nur privatwirtschaftlichen Sichtweisen vergiftet Haltung, Sprache und Motivation der handelnden Personen und behindert nachhaltig qualitative Entwicklungen.

Zudem ist im Zusammenhang mit Qualität anzumerken, dass eine nur wirtschaftlich gedachte Gesundheitsversorgung den ethischen Grundprinzipien der Pflege (International Council of Nurses, ICN, Weltbund der Krankenpflege) widerspricht.

In der Präambel des ICN heißt es unter anderem: »Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung.

Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.«

Qualität bedeutet auch: Wissen und Anwendung von Kenntnissen (vgl. Abb. 5).

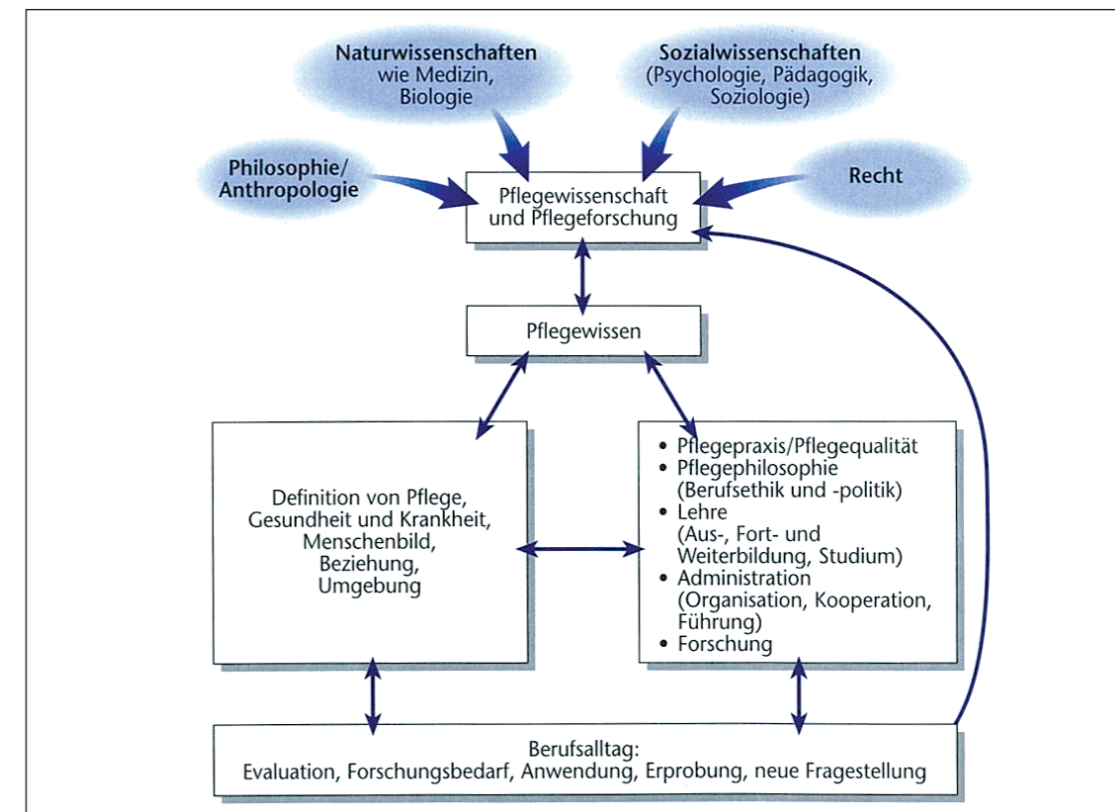
### Konsequenzen für die Zukunft

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP

- ◆ setzt sich auch dafür ein, dass der ICN-Kodex und pflegerische Ethik im Alltag Anwendung findet,
- ◆ fordert, dass Prozessqualität handlungsleitend im Qualitätsmanagement ist,

- ◆ weist darauf hin, dass bei Schweigen zu Missständen und qualitätsmindernden Bedingungen – wenn es im Zusammenhang mit psychisch erkrankten Menschen steht – ein gravierender Pflegefehler vorliegt,
- ◆ macht darauf aufmerksam, dass Sprache und qualitativ sich verschlechternde Arbeitsbedingungen auch die Haltung und Motivation verändern,
- ◆ fordert dazu auf, dass regelmäßig reflektiert wird, was messbare und was eher beobachtbare (quantitative und qualitative) Qualitätsmerkmale sind, und vertritt ansonsten die Ansicht, dass sich in der Psychiatrischen Pflege nicht alle Ergebnisse und Wirkungen trotz einer Vielzahl von Evaluationsmethoden messen lassen.

Abb. 5: Zusammenhang von Pflegewissen und nahestehenden Disziplinen



Aus: Schädle-Deininger, Hilde (2006): Fachpflege Psychiatrie. München/Jena: Elsevier, Urban & Fischer, S. 18

## Was trägt Psychiatrische Pflege zur psychosozialen Versorgung bei

Flugblatt »Auch uns reicht's!«, 2008

### Blick zurück

Aus unserem Flugblatt ein paar wenige Argumente:

- ◆ Die sozialrechtliche Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege widerspricht der psychiatrisch-pflegerischen Berufsauffassung und dem Versorgungsbedarf von psychisch erkrankten Menschen. Pflege ist nicht teilbar, sie geschieht umfassend mit ganzheitlichem Blick auf den Betroffenen.
- ◆ Die personelle Ausstattung und Ressourcen sowie die Organisationsformen müssen so gestaltet werden, dass die Dauer der Kontaktmöglichkeiten und die direkte Begegnung einen hohen zeitlichen Umfang erreichen und somit therapeutisch wirksam sind. Somatisch erkrankte Menschen benötigen unter Umständen eine kostenintensive apparative Versorgung, psychisch erkrankte Menschen brauchen in erster Linie kostenintensive Zeit von professionellen Helfern (auch der Psychiatrischen Pflege).
- ◆ Die Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen muss eine Beziehungskontinuität zwischen behandelnden und helfenden Personen und Patientinnen/Patienten gewährleisten. Zu diesem Zweck müssen die Grenzen zwischen den Einrichtungen

durchlässig sowohl für Mitarbeiter als auch für Klienten gemacht werden.

- ◆ Pflegekräfte benötigen einen umfassenden Handlungsspielraum. Diesen Handlungsspielraum gilt es jetzt und in Zukunft konstruktiv und kämpferisch im Sinne der qualitativen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen zu nutzen. Es gilt, sich zu positionieren angesichts der vielen neu geschaffenen Berufsbilder, die für sich eine zunehmende Bedeutung im Gesundheitswesen beanspruchen.

### Bestandsaufnahme

Von einzelnen Beispielen und Regionen abgesehen, ist Psychiatrische Pflege im komplementären und ambulanten Bereich unterrepräsentiert. Damit fehlt ein pflegerisch fundiertes Hilfsangebot. 1988 forderte Hilde Steppe (damals Berufsbildungswerk des DGB Frankfurt und Mitglied im AK Pflege) bei der DGSP-Jahrestagung in Herborn unter dem Titel »DGSP-Perspektiven Gesundheit für alle – Perspektiven der Weltgesundheitsorganisation für das Jahr 2000 – Auswirkungen auf die Psychiatrie« – unter anderem:

- ◆ Akzeptieren der politischen Brisanz pflegerischer Arbeit als gesellschaftlich relevante Kraft im Gesundheitswesen;
- ◆ Offensivität bei der Vertretung von qualitativen und inhaltlichen Ansprüchen an umfassende, individuelle und gemeindenahere Pflege;
- ◆ Anpassung der Arbeitsbedingungen an gesellschaftliche Realitäten, auch zum

Beispiel der Berufstätigkeit von Frauen mit Kindern (veränderte Bedarfe von Klienten und Umfeld);

- ◆ Aufnahme der unterschiedlichen pflegerischen Arbeitsbereiche in Tarifverträge und entsprechende Anpassung der Vergütungsstrukturen;
- ◆ Anerkennung der formalen und realen beruflichen Autonomie der Pflegeberufe mit allen Konsequenzen.

### Konsequenzen für die Zukunft

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP fordert,

- ◆ die Diskrepanz der Bezahlung in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen und Funktionen entsprechend zu verändern, denn sie ist häufig ein Hindernis, dass Pflegeexpertinnen und -experten nicht im ambulanten und komplementären Bereich arbeiten; dadurch fehlt häufig ein wesentliches Element in der psychosozialen Versorgung,
- ◆ die Eigenständigkeit und berufliche Autonomie qualifizierter Psychiatrischer Pflege anzuerkennen und umzusetzen; dies muss sich in der Versorgungslandschaft niederschlagen und ganz selbstverständlich in Konzepte eingehen,
- ◆ dass Psychiatrische Pflege fester Bestandteil der Hilfeplankonferenz ist,
- ◆ dass in Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung Psychiatrische Pflege eine feste Größe im multiprofessionellen bzw. multidisziplinären Team ist,

- ◆ die Einrichtung pflegerischer Konsile, Förderung der Beratungs- und Fortbildungstätigkeit zur besseren psychosozialen Versorgung, beispielsweise für Menschen mit Demenz in Alteneinrichtungen oder in Abteilungen der inneren Medizin in Krankenhäusern.

## Psychiatrische Pflege als Kostenfaktor im Finanzierungssystem

AK Pflege in der DGSP (Hg.) (2000):  
Wegbeschreibungen – DENK-Schrift über psychiatrisch-pflegerisches HANDELN.  
Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

### Blick zurück

In der Denkschrift »Wegbeschreibungen« zum 20-jährigen Bestehen des AK Pflege ist zu lesen: »Ökonomisches Handeln orientiert sich dabei unter anderem an drei einfachen Prinzipien: dem Minimalprinzip, dem Maximalprinzip und dem Prinzip der Gewinnmaximierung. Nach dem Minimalprinzip zu handeln bedeutet, ein gestecktes Ziel unter Einsatz einer möglichst geringen Gütermenge zu erreichen. Gelingt das, wirtschaftet man effizient. Nach dem Maximalprinzip versucht man, mit einer vorhandenen Gütermenge möglichst viel zu produzieren. Das wäre effektiv. Wirtschaftliches Handeln orientiert sich also immer an bestimmten Zielen. Die Formulierung eines zu erreichenden Zieles ermöglicht erst, den Erfolg des eigenen Handelns zu überprüfen. Das Prinzip, mit möglichst



geringen Mitteln möglichst viel zu erreichen, ist unlogisch und gibt es daher nicht« (S. 132).

### Bestandsaufnahme

Die Diskussion um die unterschiedlichen Finanzierungssysteme hat auch vor der Psychiatrischen Pflege nicht haltgemacht. Unser Gesundheitssystem zeichnet sich nach Meinung vieler Bürger dadurch aus, dass es kompliziert organisiert, leistungsfähig und teuer ist. Gesundheitsfürsorge und Daseinsfürsorge als Aufgabe des Staates wird teilweise infrage gestellt und dem einzelnen Menschen übertragen.

Die Meldungen in Zeitungen und Nachrichten suggerieren uns seit Langem, dass wir ohne radikale Einschnitte im Gesundheits- und Sozialwesen nicht auskommen und dass das, was durch sogenannte Expertinnen und Experten vorgeschlagen und in politischen Gremien in dieser Hinsicht beschlossen wird, nicht zu umgehen sei, sondern unser aller Wohl dient und unsere künftigen sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse sowie Pflegebedürftigkeit absichert. Um es mit dem »Unwort des Jahres« 2010 zu bezeichnen, dass dies alles »alternativlos« ist.

Sätze wie »Es gibt keine Alternativen in Zeiten von knappen Kassen« oder »Das Teuerste sind die Personalkosten, dies lässt keine anderen Möglichkeiten zu, als dort zu reduzieren und einzusparen«, aber auch »Unser Gesundheits- und Sozialsystem ist zu teuer, das kann sich kein Staat leisten« sind an der Tagesordnung. Dazu Folgendes:

- ◆ Steht das ständige Vortragen von Sachzwängen und die Hinweise auf den Zeitdruck von Management und Politik, also die Aussage, dass einem nichts anderes übrig bleibe, als so zu agieren und zu handeln, wie man es tue, nicht im Widerspruch zu Politik, Demokratie und Führung? Deren Aufgabe besteht doch darin, zu beratschlagen, zu überlegen und auf der Grundlage des Nachdenkens, des Reflektierens, des Erwägens von Alternativen dann eine politische und/oder der Dienstleistung angemessene und förderliche Entscheidung zu treffen.
- ◆ Für Expertinnen und Experten steht fest, dass durch die ungenügend durchdachten, kurzfristigen politischen und privatwirtschaftlich orientierten Entscheidungen wieder Mehrkosten zu verzeichnen sind. Beispielsweise weil ein pflegebedürftiger oder erkrankter Mensch weniger Gelegenheiten hat, durch entsprechende Interventionen, Trainings und Alltagsgespräche sich besser mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen, und auch Angehörige und Umfeld darin nicht genügend unterstützt werden können. Oder auch wenn Betroffene bei der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse aus Gründen knapper Zeitbemessung nicht angemessen unterstützt werden und dadurch immer wieder in Krisen geraten. Bisher ist dies nicht ausreichend untersucht worden und fließt daher in der Regel nicht in Entscheidungen mit ein.
- ◆ Sind wir wirklich von den bisher praktizierten strukturellen, die Situation angeblich reformierenden Maßnahmen und Gesetzen überzeugt,

vor allem diejenigen, die täglich in Krankenhäusern, Alteneinrichtungen, in sogenannten sozialen Brennpunkten oder mit chronisch kranken Menschen professionell zu tun haben?

- ◆ Bisher sind wir davon ausgegangen, dass »re-« für zurück steht und »formatio« für Gestaltung, Wiederherstellung, also im politischen Kontext für eine größere, sukzessive, planvolle und gewaltlose Umgestaltung sowie Verbesserung der bestehenden Verhältnisse.

Im Zuge des betriebswirtschaftlichen Renditedenkens und des daraus resultierenden rigorosen Sparens verformt sich das professionelle Denken und Handeln. Pflegerisch-psychiatrische Inhalte werden so zu Rechengrößen, Zuwendung und individuelle Hilfeleistungen spielen eine untergeordnete Rolle. Es wird geglaubt, dass man durch mehr Standards, Vorgaben, technokratisches Vorgehen den Mängeln gerecht werden kann.

An dieser Stelle ist die Gretchenfrage zu stellen: Ist mit dem privatwirtschaftlichen Denkansatz und den dazugehörigen Strategien und Instrumenten das Gesundheits- und Sozialsystem überhaupt im Sinne der hilfebedürftigen Menschen zu steuern?

Über diese Grundsatzfrage findet in den Verbänden auf Landes- wie auf Bundesebene keine Auseinandersetzung statt, die trotz der Unterschiede in den Ländern unbedingt zu führen wäre.

### Konsequenzen für die Zukunft

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP

- ◆ fordert Finanzierungsmöglichkeiten, die der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, dem sozialen Umfeld und den gesellschaftlichen Anforderungen gerecht wird,
- ◆ fordert, dass im Rahmen der Daseinsfürsorge die Pflegenden ihre berufliche Tätigkeit und ihr Wissen zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft ungehindert einsetzen können,
- ◆ stellt fest, dass die Attraktivität eines Berufes auch davon abhängt, wie er gesellschaftlich anerkannt und honoriert wird,
- ◆ wehrt sich gegen die Maxime, mit wenigen finanziellen Mitteln viel zu erreichen, da dies auf Kosten der Qualität geht, und legt die katastrophalen Auswirkungen offen,
- ◆ solidarisiert sich hinsichtlich der nicht mehr zu vertretenden Einsparungen mit Betroffenen, Angehörigen und anderen Berufsgruppen.

## Fazit

An der Standortbestimmung und punktuellen Bestandsaufnahme bestätigt sich die Definition der Psychiatrischen Pflege des Arbeitskreises (siehe oben).

Die Inhalte und Ansätze der Psychiatrischen Pflege haben Tradition. Im Kern haben sie auch weiterhin Bestand.

»Die Aufgabe der Krankenschwester ist es, mit oder für den Patienten alle diese Dinge zu tun, die er normalerweise in seinem alltäglichen Leben allein ausgeführt hätte, wäre er nicht durch physische oder psychische Krankheit daran verhindert« (Virginia Henderson, 1958). Und Ruth Schröck: »Der Ausgangspunkt für eine Definition der Krankenpflege muss dieser sein: Was für eine Hilfe braucht dieser Mensch jetzt, in dieser Woche, in absehbarer Zeit, um mit seinen alltäglichen Bedürfnissen physischer, psychischer und sozialer Art fertig zu werden? Was ist es, was er normalerweise in seiner Gesellschaft und in seiner Kultur selbst tun könnte, um alle diese Bedürfnisse zu befriedigen?« (1977).

Auf der Grundlage dieser Definitionen bedeutet das, dass die Psychiatrische Pflege sich mehr um die Auswirkung der Erkrankung als um die Erkrankung selbst kümmert. Denn in der Regel suchen psychiatrische Patienten nicht wegen ihrer Krankheitssymptome Kontakt zu psychiatrischen Diensten und Einrichtungen, sondern häufig sind es die sozialen und medizinischen Folgeerscheinungen, die den Betroffenen, seine Angehörigen oder Nachbarn dazu veranlassen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Das psychiatrisch-pflegerische Angebot hat deshalb zum Ziel, den psychisch erkrankten Menschen im Alltag zu begleiten und zu unterstützen. Zu den angebotenen Aufgaben im Pflegeprozess gehören zum Beispiel:

- ◆ Wahrnehmen, Stärken und Fördern von Fähigkeiten und Ressourcen,
- ◆ Üben und Pflegen von größtmöglicher Autonomie und Selbstständigkeit im täglichen Leben unter Einbeziehung der Angehörigen und des Umfeldes,
- ◆ Tages- und Wochenstrukturierung im lebenspraktischen Bereich, z.B. bei der Hygiene, der Haushaltsführung, Gestaltung der freien Zeit; die Beziehung von psychisch erkrankten Menschen zu sich selbst und zu anderen,
- ◆ Pflege des Klimas, der Atmosphäre, des Milieus, um Entwicklungen, Veränderungen überhaupt erst möglich zu machen,
- ◆ Begleitung des Einzelnen in der Auseinandersetzung im Alltag mit seiner Erkrankung mit dem Ziel eines bestmöglichen Wohlbefindens,
- ◆ Erkennen und Bewusstmachen von alltäglichen und situativen Verhaltensveränderungen für sich anbahnende Krisen und Anzeichen von Frühsymptomen der Erkrankung,
- ◆ Erarbeitung eines Notfallplanes hinsichtlich der niedrigschwelligen Hilfemöglichkeiten und eines verantwortlichen Umgangs mit Medikamenten.

## Quellen

### Broschüren des Arbeitskreises Pflege in der DGSP

- ◆ Denkanstöße zu bildungspolitischen Konzepten in der Pflege (1983)
- ◆ Lernzielkatalog für die praktische Ausbildung in der Psychiatrie (1992)
- ◆ Pflegeprofil – Grundriß psychiatrischer Pflege (1994)
- ◆ Pflegequalität in der psychiatrischen Versorgung – soweit sie sich messen läßt (1996)

### Flugblätter des Arbeitskreises Pflege in der DGSP

- ◆ »Weg mit dem KR-Tarif« (1982)
- ◆ »Auch uns reicht's!« (2000)

### Literatur

Schädle-Deininger, Hilde (Hg.) (1981): Den psychisch Kranken im Alltag begleiten. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie. Band 31. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Schädle-Deininger, Hilde (Hg.) (1990): Pflege – Pflege-Not – Pflege-Not-Stand. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie. Band 46. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Schädle-Deininger, Hilde (2006): Fachpflege Psychiatrie. München/Jena: Elsevier, Urban & Fischer

Schädle-Deininger, Hilde; Wolff, Stephan; Walter, Gernot (Hg.) (2000): Wegbeschreibungen – DENK-Schrift über psychiatrisch-pflegerisches HANDELN. Hrsg. vom Arbeitskreis Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Neue Broschüre des Arbeitskreises Pflege in der DGSP

Hilde Schädle-Deininger/Günter Storck (Hg.)  
**Vor 75 Jahren – NS-»Euthanasie«-Erlass**  
**Nachdenken über das, was wir in den pflegerischen Berufen aus der Geschichte lernen können und was wir künftigen Generationen weitergeben müssen und können**

Broschüre als Download unter:  
<http://www.dgsp-ev.de/>

### Impressum

Standortbestimmung Psychiatrischer Pflege in der DGSP

Herausgeber:

Arbeitskreis Pflege in der DGSP

Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln

Tel.: 0221 511002

Fax: 0221 529903

[dgsp@netcologne.de](mailto:dgsp@netcologne.de)

[www.dgsp-ev.de](http://www.dgsp-ev.de)

Titel: fotolia © DOC RABE Media

1. Auflage, Oktober 2015

Schutzgebühr: 1,- EUR

