

Clienia im Gespräch: Wertorientiertes Handeln

Wie können wir mit den gesetzten Rahmenbedingungen bestmögliche therapeutische Arbeit leisten? Welche gesellschaftlichen Grundwerte sind für uns nicht verhandelbar? Wie gehen wir damit um, wenn verschiedene Wertsysteme in Konflikt geraten? Darüber unterhalten sich Dr. phil. Margitta Krahmer, Oberpsychologin im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Clenia Littenheid, Daniela Lang, Stellvertretende Stationsleiterin der Privatstation D2 der Clenia Schlössli und Dr. med. Regula Stengel, Heimärztin im Clenia Bergheim.

Wir möchten über Werte sprechen, konkreter über wertorientiertes Handeln. Das ist ein sehr weit gestecktes Feld. Bezogen auf Ihren beruflichen Alltag: Was kommt Ihnen dazu als erstes in den Sinn?

Margitta Krahmer: Mich beschäftigt, wie mit dem zunehmenden administrativen Überbau und den finanziellen Reduktionen gute Psychotherapie gemacht werden kann, also solche, die meinen Wertvorstellungen entspricht. Ich arbeite seit fast 20 Jahren für die Klinik Littenheid. Im Laufe dieser Zeit hat die Administration, also Dokumentation,

«Menschen, die aus allen Bezügen gefallen sind, werden nicht in einem Monat gesund.»

Margitta Krahmer

Berichtswesen, zunehmend differenziertere Tarifsysteme und anderes, sehr zugenommen. Es kommen immer neue Dokumentationsstandards, Fragebögen und Auswertungssysteme hinzu, und alles muss immer schneller fertig sein. Auf der anderen Seite werden die Aufenthaltsdauern laufend verkürzt, im Erwachsenenbereich noch stärker als bei uns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Therapeutische Prozesse brauchen aber ihre Zeit. Das ist nicht nur für

mich ein Spagat, sondern für unseren ganzen Berufsstand. Menschen, die aus allen Bezügen gefallen sind, keine Ausbildung, kein Familiensystem, keine Perspektive haben, die werden nicht in einem Monat gesund.

Daniela Lang: Die Hilfsmittel, die du ansprichst, zum Beispiel der BSCL-Fragebogen, haben schon Vorteile. Sie geben unserer Arbeit eine Struktur und zeigen, wo es hingehen soll. Aber der Faktor Mensch ist nicht mit ökonomischen Kriterien erfassbar. Gute Therapie ist nicht nur das Bedienen von Messinstrumenten.

Regula Stengel: Die Messinstrumente können auch hinderlich sein. Sie verleiten uns Therapeuten zur Simplifizierung im Dienste der gewünschten Vollständigkeit. Man traut sich nicht mehr, ein offenes Gespräch zu führen, weil das mehr Zeit braucht und schwieriger zu dokumentieren ist. Dabei ist die eigentlich spannende Frage: Wie viel Dokumentation ist nötig und für alle Beteiligten hilfreich?

Daniela Lang: Genau. Man kann den Eindruck gewinnen, nur das, was dokumentiert ist, sei relevant, und davon dann aber alles. Das ist ein Paradigmenwechsel gegenüber früher, wo eher der Grundsatz galt: Was unauffällig ist, ist nicht dokumentationspflichtig und wird deshalb nicht dokumentiert.

Regula Stengel: Ich verstehe die Idee dahinter schon. Die Kasse bezahlt, was dokumentiert ist. Nicht dokumentiert ist gleichbedeutend mit nicht gemacht. Aber dem ist häufig nicht so.



Regula Stengel, Daniela Lang, Margitta Krahmer (v.l.n.r.)

Margitta Krahmer: Diese Erhebungen betreffen nicht Clenia allein. Sie sollen unter anderem Kliniken untereinander vergleichbar machen, auch im Sinne eines Wettbewerbs. Vor allem die Pflege hat dadurch aber erheblich weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten als früher.

Daniela Lang: Ich möchte nicht zu pessimistisch sein. Die Dokumentation und Auswertung hat immerhin den Vorteil, dass ich mehr Klarheit über die Prozesse gewinne. Ich habe einen Anfangs- und einen Endpunkt.

Regula Stengel: Aber eben nur, solange ich nicht alles zu sehr vereinfache, nur um es auf die gewünschten Parameter zu bringen.

Margitta Krahmer: Worüber wir noch nicht gesprochen haben, ist der Wunsch nach beziehungsweise die Notwendigkeit von Spezifizierung und Qualifikation, zum Beispiel durch die Zertifizierung einer Station. Auch das ist mit viel Aufwand verbunden. Wir entwickeln uns dabei kontinuierlich weiter, lernen dazu, aber die Ressourcen sind trotz hoher Qualifikation irgendwann erschöpft.

Daniela Lang: Ich betreue im «Schlössli» auch HF-Studierende. Sie lernen heute systematisch alles über Störungen und Erkrankungen. Früher passierte das Lernen mehr am Patienten selbst, also praktischer. Heute ist es hinterlegt mit Studien, Modellen, Konzepten und Theorien.

Regula Stengel: Dass man weniger Zeit für die Menschen hat, macht den Pflegeberuf für junge Leute nicht attraktiver.

Patientinnen und Patienten sind heute informierter und wissen teilweise sehr genau Bescheid. Auch ist es unsere Gesellschaft generell gewohnt, vermessen und beurteilt zu werden. Das fängt schon im Kleinkindalter an. Wie sehr verlangen denn die Patientinnen und Patienten, dass ihr Weg dokumentiert wird?

Regula Stengel: Im Langzeitbereich ist das einfach zu beantworten. Die Bergheim-Bewohnerinnen und -Bewohner suchen Zuwendung, Verständnis und Linderung der Symptome.

Margitta Krahmer: Die Jugendlichen interessiert es in der Regel nicht, wie ihre Beurteilungsbögen zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung ausfallen. Aber sie wollen wissen, ob sie Fortschritte gemacht haben bezüglich ihrer zu Beginn gesteckten Ziele. Und sie wollen verstehen, warum sie eine Diagnose erhalten haben, um diese annehmen zu können. Nachvollziehbarkeit ist enorm wichtig für sie. Evaluation von Therapiemethoden und Instrumenten ist auch für die Therapieforschung wichtig. Methoden kann man nur mit Überprüfungsinstrumenten evaluieren. Es ist einfach eine Frage des Masses und gesetzter Schwerpunkte.

*«Gute Therapie ist
nicht nur das Bedienen von
Messinstrumenten.»*

Daniela Lang

Daniela Lang: Bei uns auf der Privatstation gibt es schon Menschen, die wirklich eine genaue Auswertung haben wollen, eine Punktzahl am Anfang und eine am Schluss, die belegen, inwiefern sie Fortschritte im Sinne einer Besserung erzielt haben. Es gibt bei uns auch die Möglichkeit zur Akteneinsicht, wenn Patienten wissen wollen, was genau dokumentiert wurde.

Margitta Krahmer: Wer durch Fürsorgerische Unterbringung zu uns gekommen ist, ist häufig weniger motiviert für einen therapeutischen Prozess als jemand, der aus eigenem Antrieb kommt.

Welche Werte sind Ihnen persönlich wichtig in Ihrer Arbeit?

Margitta Krahmer: Wertschätzung, Authentizität, Transparenz und Offenheit sind mir sehr wichtig in der Arbeit mit den Patienten oder Patientinnen und deren Familien, aber auch in der Zusammenarbeit mit den Kollegen und Teams. Gerade auch bezüglich der steigenden Arbeitsbelastung und der begrenzten Ressourcen müssen diese Werte im klinischen Alltag und im Betrieb meiner Meinung nach jederzeit gelebt werden.

Daniela Lang: Dem kann ich nur beipflichten. Ergänzend möchte ich den gesunden Menschenverstand nennen. Es muss nicht immer alles pathologisiert oder psychologisiert werden. Als Pflegefachperson ist mir Echtheit wichtig. Und dass ich nahbar bin.

Regula Stengel: Ein wichtiger Wert ist für mich die Autonomie, gerade bei Menschen, die eingeschränkt sind, und als Gegenpol die Fürsorge, vor allem im Altersbereich. Wenn zum Beispiel jemand nicht mehr essen will, muss sorgfältig abgeklärt werden, ob er beim Essen Unterstützung braucht oder wirklich nicht mehr essen will. Wertschätzung hat ein Mensch unabhängig von seinem

geistigen Zustand zugute, auch beispielsweise eine demente Person. Bei Demenz können die Meinungen von Angehörigen und Patienten extrem auseinandergehen. Da müssen wir sehr oft abwägen. Muss man jemanden akut hospitalisieren am Ende des Lebens, nur weil die Angehörigen nicht damit umgehen können, dass er stirbt? Muss man jemanden weiterhin zwingen, mit Messer und Gabel zu essen, wenn es ihm schwerfällt und Fingerfood viel einfacher wäre, nur weil die Angehörigen diese zivilisatorische Fähigkeit mit Würde verknüpfen? In solchen Situationen müssen wir sehr viele Gespräche führen. Wir müssen die Interessen unserer Bewohnerinnen und Bewohner vertreten, aber die Angehörigen trotzdem ernst nehmen. Letztlich sind wir aber dem Patienten, der Patientin verpflichtet.

«Letztlich sind wir dem Patienten, der Patientin verpflichtet.»

Regula Stengel

Und wenn Ihr eigenes Wertesystem mit jenem des Patienten oder der Patientin kollidiert? Wie gehen Sie damit um, wenn eine betroffene Person etwas komplett anders sieht?

Regula Stengel: Das ist komplex. Ein Beispiel: Stellen Sie sich vor, eine betagte Bewohnerin braucht wegen einer Hüftfraktur eine Operation. Sie ist aber sicher, dass ihre Schmerzen keine somatische Ursache haben, sondern dass sie ihr zum Beispiel von einer anderen, bösartigen Person mit Absicht zugefügt werden. Da muss ich mir als Ärztin die Freiheit herausnehmen, die Operation möglich zu machen. Bei uns ist das eine häufige Situation, dass Menschen gravierende somatische Erkrankungen nicht behandeln lassen wollen. Manchmal muss ich dann direktiv sein, zum Beispiel gemeinsam mit einem Beistand. Ich versuche aber tolerant zu sein, wo die Konsequenzen weniger massiv sind. Zum Beispiel, wenn sich jemand nicht waschen will. Diese Person wird von den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern ohnehin die Rückmeldung erhalten, dass sie unangenehm riecht. In solchen Situationen versuchen wir Absprachen zu treffen.



Daniela Lang

Margitta Krahmer: Was du ansprichst, ist auch im Jugendbereich sehr wichtig. Es gibt Grundwerte der Gesellschaft, und die gelten bei uns auch. Zum Beispiel das Recht auf Bildung, Meinungsfreiheit, körperliche Unversehrtheit. Dann gibt es auch persönliche Werte, also Werte, die jeder Mensch für sich setzt und die sich von anderen unterscheiden können. Im therapeutischen Arbeiten wird zunehmend eine Werteorientierung (insbesondere auch durch Einflüsse des ACT – Akzeptanz- und Commitment-therapie) als handlungsleitendes Element einbezogen. Wir schauen mit den Jugendlichen, was ihre Wertvorstellungen sind, wo sie hinwollen, wie sie Beziehungen pflegen möchten, was ihnen wichtig ist im Leben. Wir sind stets interessiert, diese Wertvorstellungen in den therapeutischen Prozess einfließen zu lassen und bemühen uns, im partizipativen Dialog mit den Jugendlichen einen Weg zu finden, der entwicklungsförderlich und im Sinne der definierten Therapieziele ist. Wenn ein Jugendlicher aber beispielsweise als Ziel hat, nicht mehr in die Schule gehen zu wollen, kann ich das nicht einfach akzeptieren und unterstützen, nur weil er denkt, es sei das Beste für ihn.



Margitta Krahmer

Regula Stengel: Bei uns wird das auch verhandelt, wenn auch vielleicht auf einer tieferen Ebene. Grundsätzlich darf, wer stark unangenehm riecht, zum Beispiel nicht in die Gemeinschaftsräume. Autonomie muss mit den gesellschaftlichen Grundwerten abgewogen werden. Aber man darf Menschen nicht überfahren. Vor allem bei verwahrlos-

ten Personen braucht es sehr viel Geduld, bis sie bereit sind, mitzumachen.

Daniela Lang: Auf unserer Station orientieren wir uns sehr an den Behandlungszielen der Patientinnen und Patienten. Wir versuchen, passende Angebote zu machen, von denen wir denken, dass sie guttun könnten. Ohne das Commitment des Patienten nützt die beste Therapie nichts.

Patientinnen und Patienten haben ein Umfeld. Und Sie haben ein Team um sich herum. Welche Wertsysteme treffen da aufeinander?

Daniela Lang: Auf unserer Therapiestation hat die Pflege eine co-therapeutische Funktion. Das Rapportwesen dient dazu, verschiedene Ansichten und Werte innerhalb des Behandlungsteams zu diskutieren und zu verhandeln. Das braucht von allen eine grundsätzliche Offenheit für die Position des anderen, für die Suche nach Kompromissen oder wenigstens nachvollziehbaren Entscheidungen.

Margitta Krahmer: Wir versuchen, andere Bezugspersonen, vor allem Eltern, aber auch Beistände, Lehrer, Berufsbildner etc. in den Prozess einzubinden. Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass sich Eltern das Beste für ihre Kinder wünschen und sich entsprechend verhalten. Manchmal ist das Verhalten der Eltern aber nicht zielführend, dann benötigen sie unsere Unterstützung. Meist geht man dann einen gemeinsamen Weg, aber manchmal haben Eltern andere Vorstellungen als wir. Auch das gilt es zu akzeptieren beziehungsweise Verantwortlichkeiten gegebenenfalls an andere Institutionen und Behörden abzugeben, insbesondere dann, wenn zu befürchten ist, dass das Wohl des Kindes gefährdet sein könnte. Innerhalb des Behandlungsteams sind wir um eine gemeinsame Grundhaltung und Sprache bemüht. In meinem Team beispielsweise sind alle Mitarbeitenden in der Therapie-richtung, die wir anbieten, geschult. Das macht unser Handeln untereinander nachvollziehbar und erleichtert vieles.

Eine letzte Frage: Wie verhält es sich mit dem Wert des Lebens an sich? Und wie begegnen Sie Suizidalität?



Regula Stengel

Margitta Krahmer: Fast alle Jugendlichen auf meiner Station kennen Suizidgedanken. Viele haben auch schon Suizidversuche unternommen. Natürlich ist unser Ziel immer ihr Überleben. Meist tritt die Suizidalität in den Hintergrund, sobald die Jugendlichen ihre Symptomatik reduzieren können und wieder eine andere Perspektive für ihr Leben haben. Sehr selten hatte ich bis jetzt Jugendliche in Therapie, die über eine viele Jahre anhaltende, sehr grundsätzliche und tiefgehende Lebensunlust berichtet haben. Gott sei Dank haben sie sich gegen den Suizid entschieden. Aber das Arbeiten in der Psychiatrie bedeutet auch, akzeptieren zu lernen, dass sich manche Menschen dafür entscheiden, nicht weiter leben zu wollen.

Daniela Lang: Ich habe schon miterlebt, dass sich Menschen suizidiert haben, zum Beispiel nach Klinikaustritt oder während der verordneten Abwesenheit, fern der Klinik. Dann müssen wir uns fragen, ob wir etwas übersehen haben oder ob wir etwas hätten anders machen können. Im «Schlössli» kümmern wir uns zurzeit in einem übergeordneten Zweijahresprojekt um die heiklen Phasen, zum Beispiel bei Klinikaustritt, und überlegen uns, was wir tun können. In meiner Wahrnehmung ist ein Mensch, der in einer suizidalen Krise steckt, in einem psychischen Ausnahmezustand, der es ihm verunmöglicht, frei zu entscheiden. Darum ist sein Wille kein freier, und er kann nicht frei entscheiden. Oberster Wert für uns ist das Leben und oberstes Ziel das Sichern des Überlebens. Spannend finde ich, wie es im Kontext verschiedener Religionen und Kulturen komplett unter-

schiedliche Werthaltungen zum Thema Suizid gibt und diese auch Platz haben. Es ist noch nicht allzu lange her, als im Christentum der Suizid als Sünde oder als Todsünde galt. Die Verstorbenen erhielten keinen Bestattungsort in der «geweihten Erde». Ich empfinde es als positive Entwicklung, dass sich auch aus christlich religiöser Perspektive der Fokus auf das Leid verschoben hat, warum jemand sein Leben beenden will. Für uns Fachleute besteht in diesem Umdenken die Chance, Hilfe und Unterstützung anzubieten. Damit sinkt die Hemmschwelle des Patienten, sich Hilfe zu holen.

Regula Stengel: Für uns ist der begleitete Suizid theoretisch ein Thema. Wir haben dies im Rahmen der Palliativzertifizierung mehrfach besprochen und sind zum Ergebnis gekommen, den begleiteten Suizid in unserem Haus nicht zuzulassen. Unsere Bewohnerinnen und Bewohner haben eine psychiatrische Hauptdiagnose, somit darf und muss die Freiheit der Entscheidung angezweifelt werden. In der Praxis ist der Wunsch nach begleitetem Suizid im Bergheim aber in den letzten Jahren nie geäußert worden. Auch wenn wir Menschen bei uns haben, deren Lebensqualität von aussen gesehen nicht hoch ist, sind sie selbst doch weit davon entfernt, ihr Leben beenden zu wollen. Was aber für uns immer wieder eine Herausforderung ist, ist das Erkennen und Behandeln schwerer somatischer Erkrankungen, die zum Tod führen können, weil uns die Betroffenen ihre Beschwerden nicht mitteilen oder eine Behandlung ablehnen.