



Pflege
PRAXIS



Mit vielen
Praxisbeispielen
für die perfekte
Umsetzung

Margarete Stöcker

Pflege bei psychiatrischen Krankheitsbildern

So gelingt die SIS® schnell und kompakt

schlütersche



Margarete Stöcker

Pflege bei psychiatrischen Krankheitsbildern

So gelingt die SIS® schnell und kompakt



Margarete Stöcker ist Krankenschwester und Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Dipl. Pflegewirtin und Master of Arts im Gesundheitswesen, Master of Science Gesundheitspsychologie, Heilpraktikerin für Psychotherapie, Mimikresonanz®-Trainerin und Coach sowie Inhaberin des Bildungsinstitutes Fortbildungsvorort für Inhouse-Schulungen für Gesundheitsberufe (<https://fortbildungsvorort.de/>).

»Gerade bei Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern steht ein ›Verhandeln statt Behandeln‹ im Vordergrund: die tragfähige Beziehung. Empathie und Wertschätzung sind in dieser Begegnung entscheidend.«

MARGARETE STÖCKER



pflgebrief

– die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-8426-0890-0 (Print)

ISBN 978-3-8426-9172-8 (PDF)

ISBN 978-3-8426-9173-5 (EPUB)

Originalauflage

© 2022 Schlütersche Fachmedien GmbH, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover
www.schluetersche.de

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in diesem Buch die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Angehörige des männlichen und weiblichen Geschlechts sowie auf Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen.

Autorin und Verlag haben dieses Buch sorgfältig erstellt und geprüft. Für eventuelle Fehler kann dennoch keine Gewähr übernommen werden. Weder Autorin noch Verlag können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus in diesem Buch vorgestellten Erfahrungen, Meinungen, Studien, Therapien, Medikamenten, Methoden und praktischen Hinweisen resultieren, eine Haftung übernehmen. Insgesamt bieten alle vorgestellten Inhalte und Anregungen keinen Ersatz für eine medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung. Etwaige geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass es sich um freie Warennamen handelt. Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

Lektorat: Claudia Flöer, Text & Konzept Flöer

Covermotiv: melita – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Satz: Sandra Knauer Satz · Layout · Service, Garbsen

Inhalt

1	Einleitung	10
2	Die Dokumentation	13
2.1	Die fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel	15
2.2	Das Strukturmodell	19
3	Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit	23
4	Das indikatorengestützte Qualitätsmanagement	32
5	Die Klassifikationssysteme	39
5.1	ICD-10	40
5.2	ICD-11	45
6	Psychiatrie im Wandel der Zeit	55
7	Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	57
7.1	Das SIS®-Gespräch mit Frau Isolde S.	57
7.2	Definition	61
7.2.1	Häufigkeit und Verlauf	62
7.3	Ätiologie – Pathogenese	63
7.4	Symptome	66
7.4.1	Positiv-Symptome	66
7.4.2	Negativ-Symptome	70
7.5	Pflege und Beschäftigung	72
7.6	SIS® für Frau Isolde S.	79
7.7	Maßnahmenplan für Frau Isolde S.	83
8	Depressive und manische Störungen	85
8.1	SIS®-Gespräch mit Herrn Uwe D.	86
8.2	Depressive Phase	89
8.2.1	Definition	89
8.2.2	Häufigkeit und Verlauf	89

8.2.3	Ätiologie – Pathogenese	90
8.2.4	Symptome	92
8.3	Manische Phase	95
8.3.1	Definition	95
8.3.2	Häufigkeit und Verlauf	95
8.3.3	Ätiologie – Pathogenese	95
8.3.4	Symptome	95
8.4	Pflege und Beschäftigung	97
8.5	SIS® für Herrn Uwe D.	104
8.6	Maßnahmenplan für Herrn Uwe D.	107
9	Angststörungen	109
9.1	SIS®-Gespräch mit Frau Elisabeth A.	109
9.2	Definition	113
9.2.1	Häufigkeit und Verlauf	113
9.3	Ätiologie – Pathogenese	113
9.4	Symptome	115
9.4.1	Symptome der einzelnen Formen	116
9.5	Kurz erklärt: Parkinson-Erkrankung	117
9.5.1	Symptome	118
9.6	Pflege und Beschäftigung	118
9.6.1	Der Teufelskreis der Angst	121
9.7	SIS® für Frau Elisabeth A.	122
9.8	Maßnahmenplan für Frau Elisabeth A.	125
10	Essstörungen	127
10.1	SIS®-Gespräch mit Frau Simone E.	128
10.2	Definition	132
10.2.1	Häufigkeit und Verlauf	132
10.3	Anorexia nervosa	132
10.3.1	Symptome	133
10.4	Bulimia nervosa	133
10.4.1	Symptome	134

10.5	Kurz erklärt: Multiple Sklerose	134
10.5.1	Häufigkeit und Verlauf	134
10.5.2	Symptome	135
10.6	Pflege und Beschäftigung	135
10.6.1	Pflege und Beschäftigung bei Multipler Sklerose	136
10.7	SIS® für Frau Simone E.	139
10.8	Maßnahmenplan für Frau Simone E.	142
11	Abhängigkeitserkrankungen	144
11.1	SIS®-Gespräch mit Herrn Kai K.	146
11.2	Definition	148
11.2.1	Häufigkeit und Verlauf	148
11.3	Ätiologie – Pathogenese	148
11.4	Alkoholabhängigkeit	149
11.4.1	Symptome	151
11.4.2	Alkoholentzugssyndrom – Delir	152
11.4.3	Wernicke Enzephalopathie	153
11.4.4	Korsakow-Syndrom	154
11.4.5	Alkoholhalluzinose	154
11.4.6	Alkoholischer Eifersuchtswahn	154
11.5	Drogenabhängigkeit	155
11.6	Symptome	157
11.7	Pflege und Beschäftigung	157
11.8	SIS® für Herrn Kai K.	161
11.9	Maßnahmenplan für Herrn Kai K.	164
12	Persönlichkeitsstörungen	166
12.1	SIS®-Gespräch mit Frau Kerstin B.	167
12.2	Definition	169
12.2.1	Häufigkeit und Verlauf	169
12.3	Ätiologie – Pathogenese	169
12.4	Symptome	171
12.5	Pflege und Beschäftigung	173
12.6	SIS® für Frau Kerstin B.	176
12.7	Maßnahmenplan für Frau Kerstin B.	179

13	Somatoforme Störungen	182
13.1	SIS®-Gespräch mit Frau Doris W.	182
13.2	Definition	184
13.2.1	Häufigkeit und Verlauf	184
13.3	Ätiologie – Pathogenese	184
13.4	Symptome	184
13.5	Pflege und Beschäftigung	186
13.6	SIS® für Frau Doris W.	187
13.7	Maßnahmenplan für Frau Doris W.	190
14	Belastungsstörungen	192
14.1	SIS®-Gespräch mit Herrn Willi Sch.	192
14.2	Definition	194
14.2.1	Häufigkeit und Verlauf	194
14.3	Ätiologie – Pathogenese	195
14.4	Formen und Symptome	195
14.5	Pflege und Beschäftigung	197
14.6	SIS® für Herrn Willi Sch.	198
14.7	Maßnahmenplan für Herrn Willi Sch.	201
15	Intelligenzminderungen	203
15.1	SIS®-Gespräch mit Frau Gudrun F.	203
15.2	Definition	204
15.2.1	Häufigkeit und Verlauf	205
15.3	Ätiologie – Pathogenese	205
15.4	Symptome	205
15.5	Pflege und Beschäftigung	206
15.6	SIS® für Frau Gudrun F.	207
15.7	Maßnahmenplan für Frau Gudrun F.	209
16	Demenz	211
16.1	SIS®-Gespräch mit Herrn Walter L.	212
16.2	SIS®-Gespräch mit Frau Renate V.	213
16.3	Definition	214
16.3.1	Häufigkeit und Verlauf	214

16.4	Ätiologie und Pathogenese	215
16.5	Formen der Demenz	216
16.5.1	Die Alzheimer-Demenz	216
16.5.2	Die vaskuläre Demenz	216
16.5.3	Die Lewy-Körper-Demenz	217
16.5.4	Die frontotemporale Demenz	217
16.6	Symptome	217
16.7	Pflege und Beschäftigung	220
16.7.1	Der Mini-Mental-Status-Test (MMST)	221
16.7.2	Mimikresonanz® für Menschen mit Demenz	223
16.8	Maßnahmenplan für Frau Renate V.	225
16.9	SIS® für Herrn Walter L.	226
16.10	Maßnahmenplan für Herrn Walter L.	229
16.11	SIS® für Frau Renate V.	231
17	Medikamente	234
17.1	Antipsychotika (Neuroleptika)	235
17.2	Antidepressiva	237
17.3	Hypnotika/Tranquillizer	238
17.4	Antidementiva	239
17.5	Phasenpräparate	240
17.6	Medikamentengabe – auch eine ethische Frage	240
17.7	Arzneimittelformen	241
17.8	Medikamentenversorgung per PEG	242
18	Herausforderndes Verhalten	243
19	Praxistipps für Ihren Alltag	250
19.1	Den Schlaf fördern	250
19.2	Die Sexualität ermöglichen	251
20	Schlusswort	254
	Literatur	257
	Register	259

1 Einleitung

Die Zeit der »klassischen« Altenpflege ist vorbei. Sie, als Pflegende und Betreuende in der stationären Langzeitpflege, haben es schon lange nicht mehr mit den »typischen« alten pflegebedürftigen Menschen zu tun. Dies trifft aber ebenso auch für die akute Pflege im Krankenhaus zu wie für die ambulante Pflege. Zu den ohnehin stetig steigenden veränderten Herausforderungen kommen die Veränderungen der zu pflegenden und zu betreuenden Personen. Dazu gehören zunehmend jüngere pflegebedürftige Menschen, Betroffene mit Migrationshintergrund, Menschen, die zum Sterben in die Einrichtung kommen und – stark zunehmend – Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern.

Diese Veränderungen haben dazu geführt, dass Sie dieses Buch in Ihren Händen halten. Danke dafür. Denn Sie benötigen »Handwerkzeug«. Dieses Buch möchte Sie darin unterstützen, Ihren »Handwerkskoffer« weiter aufzufüllen oder zu sortieren, also Wissen in kompakter Form parat halten.



Info

Es gibt mehr psychiatrische Krankheitsbilder als in diesem Buch vorgestellt werden. Die Entscheidung, für die in diesem Buch vorgestellten Erkrankungen basiert darauf, dass Menschen mit diesen Erkrankungen zunehmend in der stationären Langzeitpflege einziehen oder Klienten in der ambulanten Versorgung werden.

2 Die Dokumentation

Es gibt viele Pflgetheorien und viele Dokumentationssysteme. Eine inhaltliche Gemeinsamkeit finden Sie in ihrer Wertschätzung für den pflegebedürftigen Menschen. Der Mensch steht mit seinen Bedürfnissen und seiner Individualität im Mittelpunkt. Im Buch »Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk«¹ werden 26 Theoretikerinnen und ihre Ideen dazu vorgestellt.

Aktuell stehen die »Fördernde Prozesspflege« und das »Strukturmodell« im Vordergrund. Beide Dokumentationssysteme zeigen als Basis einen Regelkreislauf. Grundsätzlich ist es wichtig zu schauen, welche Informationen vorliegen, welche Probleme, Fähigkeiten, Ressourcen die zu pflegende Person hat. Sie werden daraus fachliche Hinweise ableiten, welche Unterstützung die zu pflegende und zu betreuende Person benötigt bzw. welche Risiken sie hat. Außerdem werden Sie die davon abgeleiteten Maßnahmen durchführen, auf ihre Wirksamkeit prüfen und ggf. anpassen.

Ihre Einrichtung kann noch so schön sein, wo wäre der Bewohner in der Regel am liebsten? Richtig: zu Hause und er soll in Ihrer Einrichtung nun ein neues Zuhause finden. Also braucht er Menschen, die ihn verstehen, die fragen: *»Wie geht es Ihnen damit, dass Sie jetzt bei uns sind?«* – *»Was können wir für sie tun?«*

Wenn ein Haus gebaut wird, muss die Statik stimmen. Alles weitere, die Farbe der Gardinen, des Teppichs oder der Fliesen ist Geschmackssache. Sie können die teuersten Gardinen, Teppiche oder Fliesen aussuchen, wenn

¹ Marriner-Tomey A (1992): Pflgetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom, Basel

die Statik nicht stimmt, nützt das nichts und Ihr Haus hält keinem Wind stand! Oder, noch etwas anders ausgedrückt: Wenn ein Mensch schreiben kann, kann er schreiben. Egal, ob mit einem Bleistift für 50 Cent oder einem Montblanc® Füllfederhalter für 500 €.



Ein Instrument ist so gut wie der Mensch, der es spielt.*

* Stöcker M (2019): Ein Instrument ist so gut wie der Mensch, der es spielt. Das gilt auch für die SIS®. QM-Praxis in der Pflege, S. 22–25

Diese Metaphern zeigen, wie wichtig Ihre fachliche Basis und Ihr Verstehen des Grundverständnisses der Dokumentation bzw. des Pflegeprozesses sind. Darauf baut sich die Dokumentation für den pflegebedürftigen Menschen auf. Sie führen diese Dokumentation und sind prozessverantwortlich und niemand anderes. Denn der zu pflegende Mensch benötigt Ihre fachliche Kompetenz. Sollten Fachgremien anderer Meinung sein als Sie, können Sie Ihre Ansicht gut darstellen und in Abstimmung mit den individuellen Wünschen und Bedürfnissen Ihres Bewohners diskutieren und darlegen. Fachliche und kommunikative Kompetenz sind Ihre Grundlagen für gelingende Gespräche².

² Vgl. Wipp & Stöcker 2021

3 Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Als pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI (Elftes Buch Sozialgesetzbuch, das die Vorschriften für die soziale Pflegeversicherung enthält) gelten Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, **kognitive oder psychische Beeinträchtigungen** oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen⁵, wobei folgende Bereiche betroffen sein können:

1. Mobilität
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte

Alle Bereiche spielen eine große Rolle. Für die in diesem Buch beschriebenen Krankheitsbilder stehen die Bereiche zwei und drei im Vordergrund.⁶ Zu den jeweiligen Bereichen (im Begutachtungsinstrument »Module« genannt) gehören folgende Inhalte:

⁵ Vgl. GKV (2021): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Essen, Berlin, S. 29

⁶ Vgl. Hindrichs S (2017): Kognition/Kommunikation und Verhaltensweisen. Vincentz, Hannover

- **Modul 1 – Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen.
- **Modul 2 – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse der Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch.
- **Modul 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen.

Welche Bereiche betroffen sind bzw. welche Fähigkeiten vorhanden oder verändert sind, müssen Sie der Dokumentation des jeweiligen Bewohners entnehmen können. Führen Sie die Dokumentation »tatsachengerecht«. Wie das geht, zeigt das folgende Beispiel.

Beispiel

Die tatsachengerechte Dokumentation

Ein Bewohner schreit Sie an: »Lassen Sie mich in Ruhe. Ich haue Ihnen gleich eine in die Fresse!«

Was dokumentieren Sie und wo? Richtig! Sie dokumentieren im Bericht, und zwar in wörtlicher Rede. Im Rahmen der Begutachtungs-Richtlinien der Pflegegradbestimmung wird beschrieben, dass bei verbalem aggressiven Verhalten, das täglich stattfindet, fünf Punkte anerkannt werden.* Selbstverständlich schauen Sie nach den Ursachen und dokumentieren auch diese im Bericht. Die Maßnahmen müssen entsprechend angepasst werden.

4 Das indikatorengestützte Qualitätsmanagement

In Ihrer Einrichtung finden regelmäßige Qualitätsprüfungen statt. Die (neuen) Kriterien der Prüfung stellen nun die Ergebnisqualität in den Vordergrund. Das bedeutet, die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten des Bewohners in den jeweiligen Modulen werden erfasst. Es wird geprüft, was Sie dazu beitragen konnten, den Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen. Zu dokumentieren ist eine bedarfsgerechte Versorgung des Bewohners. Stellen die Prüfer fest, dass Risiken nicht erkannt wurden oder Maßnahmen nicht (fachgerecht) durchgeführt wurden, wird dies als Qualitätsdefizit gewertet. Dazu stehen entsprechende Bewertungskategorien zur Verfügung:

- A – keine Auffälligkeiten
- B – Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
- C – Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
- D – Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Es ist naheliegend, welche Kategorie erreicht werden soll! Im Vordergrund sollten daher Ihre Fachlichkeit und die bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung des Bewohners stehen. Genau das können Sie über eine gut geführte Dokumentation darstellen: Was möchte der Bewohner – was schätzen Sie fachlich ein – worauf einigen Sie sich. Zu beantworten sind daher Leitfragen⁸. Wenn Sie den Maßnahmenplan geschrieben haben und die SIS[®] in der Fallbesprechung vorgestellt wurde, können Sie während der Prüfung auch die Leitfragen beantworten.

⁸ Vgl. Wipp & Stöcker 2021

Mobilität

- Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf der versorgten Person?
- Erhält die versorgte Person, wenn sie es wünscht, Unterstützung für Aufenthalte im Freien?
- Wurden die vorliegenden Mobilitätseinschränkungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
- Entspricht die Unterstützung im Bereich der Mobilität den Erfordernissen, die aus der individuellen Risikosituation erwachsen?
- Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der versorgten Person abgestimmt sind?

Unterstützung bei der Ernährung- und Flüssigkeitsversorgung

- Sind die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person sowie die Selbständigkeit der versorgten Person in diesem Bereich fachgerecht erfasst worden?
- Erfolgte eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?
- Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung- und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

- Wurde die Kontinenz der versorgten Person zutreffend erfasst?
- Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzverlust, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?
- Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

5 Die Klassifikationssysteme

Die Grundlage zur medizinischen Diagnostik bildet in Deutschland die ICD. »ICD« steht für Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), die zurzeit in der 10. Version verfügbar ist (ICD-10). Die ICD-10⁹ beschäftigt sich nicht mit den Ursachen einer Erkrankung, sondern beschreibt deren Symptome. Ärzte und Therapeuten treffen eine diagnostische Entscheidung und definieren darüber das Krankheitsbild.



Übung

Ändert die genaue Kenntnis eines Problems das Problem?

Wenn ein Mensch mit einer Angststörung genau weiß, woher die Angst kommt, ändert sie sich dadurch, verschwindet sie vielleicht? Nein! Aber dieser Mensch kann therapeutisch unterstützt werden. Weil die Ursachen multifaktoriell und nicht (immer) direkt zu beeinflussen sind, werden meist die im Vordergrund stehenden Symptome behandelt.

Die ICD befindet sich in ständiger Bearbeitung, zurzeit wird die 10. Version der ICD überarbeitet, die 11. Version steht dann voraussichtlich im September 2022¹⁰ zur Verfügung. Die Geschichte der ICD ist schon länger als ein Jahrhundert. Es begann mit einer systematischen Klassifikation Todesur-

⁹ https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html

¹⁰ Ebd.

sachen im 18. Jahrhundert. Die erste ICD wurde 1900 von der französischen Regierung herausgegeben. Seit der 6. Version ist die WHO der Herausgeber. 2019 kam die 11. Version heraus, die seit dem 1. Januar 2022 verfügbar ist¹¹.

1893 – Erste Klassifikation (nur Todesursachen)

1948 – 6. Revision, Erweiterung auf Krankheiten und Verletzungen

1975 – ICD-9

1983 – Beginn der Überarbeitung zur 10. Revision

1993 – Inkrafttreten der ICD-10

2019 – Verabschiedung der ICD-11, mit 5 Jahren Übergangszeit



Info

Zurzeit befindet sich die ICD-11 in Erarbeitung. Hier finden Sie den aktuellen Stand: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Im Folgenden finden Sie die Hauptgruppen der psychiatrischen Krankheitsbilder im Überblick.

5.1 ICD-10

Tab. 7: Die ICD-10

Kapitel	Inhalt
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	Vaskuläre Demenz
F02	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz

¹¹ <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Kapitel	Inhalt
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Kokain
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F1x:0	Akute Intoxikation
F1x.1	Schädlicher Gebrauch
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom
F1x:3	Entzugssyndrom
F1x.4	Entzugssyndrom mit Delir
F1x.5	Psychotische Störung
F1x.6	Amnestisches Syndrom

6 Psychiatrie im Wandel der Zeit

Was denken Sie, wenn Sie das Wort Psychiatrie hören? Viele Bücher füllen das Thema der psychiatrischen Krankheitsbilder. Dazu gehören geschichtliche Darstellungen, in denen berichtet wird, dass Menschen in der Vorzeit als von Dämonen besetzt beschrieben wurden und infolgedessen mit Peitschenhieben oder anderen Maßnahmen »behandelt« wurden. Der Körper sollte so für Dämonen »unattraktiv« werden. Im Mittelalter wurden psychisch Erkrankte als Hexen verbrannt. Erst im 17. Jahrhundert setzte sehr langsam ein Sinneswandel ein. Dennoch wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Straftäter behandelt und eingesperrt. Mitte des 18. Jahrhunderts fand eine Humanisierung statt, aus Zuchthäusern wurden Irrenanstalten¹². »Irre« und »Irrenanstalten« waren zu diesem Zeitpunkt keine Schimpfworte, sondern schlicht eine Beschreibung. Erst viele Jahrzehnte später sprach man von »Psychiatrien« und »psychischen Erkrankungen«.

In Deutschland wurde während der Zeit des Nationalsozialismus die dunkle Seite der Psychiatriegeschichte geschrieben. Hunderttausende erkrankte Menschen wurden systematisch getötet oder grausamen Experimenten unterzogen.

Erst 1975 fand die sogenannte »Psychiatrie-Enquete« (Untersuchung) über die Lage der Psychiatrien in Deutschland statt. Seitdem öffneten sich die Türen. Menschen, die zu Hunderten in psychiatrischen Krankenhäusern verweilten, erfuhren eine offene Versorgung und Fördermaßnahmen. Es wurde eine gemeinde- und familiennahe Versorgung angestrebt. Aus-, Fort- und

¹² Vgl. Stöcker 2021b

7 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

Die Begriffe »Psychose« und »Schizophrenie« werden oft als Synonyme benutzt, richtig würde es heißen: »Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis«. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert eine Psychose als eine seelische Störung, bei der die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein solches Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Realitätsbezug, Einsicht und die Fähigkeit zu sehr gestört sind, um einigen der üblichen Lebensanforderungen noch zu entsprechen.¹³

7.1 Das SIS®-Gespräch mit Frau Isolde S.

Sie führen mit Frau Isolde S. und Ihrer Betreuerin Frau E. das SIS®-Gespräch. Sie informieren beide über den Sinn und Zweck des Gesprächs. Es geht nämlich nicht darum, dass Sie neugierig sind, sondern dass Sie gemeinsam mit beiden besprechen und planen möchten, wie Frau S. gut in ihrer neuen Umgebung ankommen kann. Ebenfalls informieren Sie beide Frauen darüber, wie viel Zeit Ihnen für das Gespräch zur Verfügung steht.

Sie stellen die Ausgangsfrage, wie es Frau S. damit geht, in Ihrer Einrichtung zu sein und ob sie sich kurz vorstellen würde.

»Ich heiße Isolde S. und bin im Juni 1964 geboren und jetzt bin ich hier und brauche Hilfe. Ich habe eine vier Jahre ältere Schwester. Mit ihr, so wie mit anderen Familienmitgliedern, habe ich keinen Kontakt mehr. Seit der Diagnose para-

¹³ Vgl. Stöcker 2021b

8 Depressive und manische Störungen

»Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt«. Das ist zwar ein Zitat von Goethe, aber es bringt die bipolare Störung auf den Punkt. Depressive und manische Störungen werden als affektive Störungen bezeichnet. Zugrunde liegt eine krankhafte Veränderung der Stimmung, entweder als gedrückte Stimmung bei der Depression oder als gehobene Stimmung bei der Manie.

Die Störung ist eine Erkrankung, die in Phasen auftritt. Die Phasen können mehrmals im Leben auftreten, der Wechsel kann sehr unterschiedlich sein. Es ist nicht so, dass eine depressive Phase von einer manischen Phase abgelöst wird. Zwischen den Phasen ist alles (fast) normal. Es können Wochen bis Monate, sogar Jahre vergehen, bis die nächste Phase auftritt. Treten die Phasen schnell hintereinander auf, spricht man vom Rapid Cycling.

Tritt nur eine Phase auf, z. B. eine depressive, wird von unipolarem oder monopolem Verlauf der Erkrankung gesprochen. Treten auch manische Phasen auf, spricht man von einer bipolaren Störung.

Beide Bereiche, depressiv und manisch, können auch einen leichteren Verlauf nehmen. Menschen mit einer leichten manischen Phase gehen in der Regel nicht zum Arzt. Sie fühlen sich einfach gut. Im »Vollbild« der Manie gehen sie jedoch meistens auch nicht zum Arzt, werden jedoch für das Umfeld oft zu »anstrengend« und müssen meistens gegen ihren Willen in eine Klinik.

9 Angststörungen

Haben Sie schon einmal Angst erlebt? Ich hoffe es, denn sonst könnten Sie die Risiken und Gefahren Ihres Lebens nicht adäquat einschätzen. Angst ist erst einmal etwas sehr nützliches »Lebenserhaltendes«, manchmal ein Motivator, manchmal aber auch ein Folterknecht.

Was passiert auf der körperlichen Ebene? Bei Angst werden Hormone freigesetzt: Katecholamine (Adrenalin/Noradrenalin) und Glukokortikoide. Auf der körperlichen Ebene können Sie beobachten das die Pupillen größer werden, das Herz schlägt schneller, der Speichelfluss nimmt ab, der Blutdruck geht hoch, die Hände zittern, der Muskeltonus nimmt zu. Was fühlen Sie, wenn Sie frisch verliebt sind? Ähnliches! Oft macht die Bewertung einer Situation die erlebten Gefühle angenehm oder unangenehm. Beispielsweise haben Menschen mit einer Spinnenphobie eine ganz andere innere Vorstellung von einer (kleinen) Spinne als andere Menschen.

Viele Betroffene berichten von der Angst vor der Angst (► Kap. 9.2). Angst davor wieder die intensive, quälende Angst zu empfinden und sich ohnmächtig ausgeliefert zu fühlen.

9.1 SIS®-Gespräch mit Frau Elisabeth A.

Sie führen mit Frau A. und Ihrer Tochter Frau P. das SIS®-Gespräch. Sie informieren beide über den Sinn und Zweck des Gesprächs. Dass Sie nämlich nicht neugierig sind, sondern dass Sie gemeinsam besprechen und planen möchten, wie Frau A. gut in ihrer neuen Umgebung ankommen kann. Eben-

10 Essstörungen

Essen, essen, essen. »Liebe geht durch den Magen.« Essen ist Zuneigung. Sie lernen einen Menschen kennen, Sie verabreden sich und gehen essen. Sie laden jemanden ein, was machen Sie? Kochen (oder bestellen). Sie sind eingeladen, was bringen Sie mit? Süßes oder etwas zu trinken. Essen ist Genuss. Zu viel des Guten aber macht dick. Übergewicht wird als krank und unattraktiv gewertet. Auf und in vielen Zeitschriften sind schlanke und sportliche Menschen zu sehen und mindestens genauso viele Diäten im Heft.

Die Nahrungsaufnahme bedeutet Energiezufuhr für den Körper. Der Körper benötigt unterschiedliche Nährstoffe, bekommt er davon zu viel oder zu wenig, reagiert er mit Untergewicht (BMI < 18,5), Übergewicht (> 25) oder Mangelernährung!

Eine Mangelernährung ist nicht ausschließlich ans Gewicht gebunden. *»Im ungünstigsten Fall könnte sogar ein guter BMI oder optimale Gewichtsverläufe über eine Mangelernährung viel zu lange hinweg täuschen, wenn mögliche Störvariablen (z. B. Wassereinlagerung, übermäßig viel Fettmasse) nicht berücksichtigt ... werden.«*²⁶ Unterschieden wird zwischen qualitativer oder quantitativer Mangelernährung. Bei einer quantitativen Mangelernährung ist die Energieaufnahme kleiner als der Bedarf. Es kommt zu einem Gewichtsverlust mit sichtbarem Verlust von Muskelmasse. Bei der qualitativen Mangelernährung, die auch beim Übergewicht auftreten kann, besteht ein Defizit von essenziellen Nährstoffen, wie Proteine, Vitamine, Mineralstoffe,

²⁶ Halek M, Bartolomeyczik M (2010): Mangelernährung. Schlütersche, Hannover, S. 28

11 Abhängigkeitserkrankungen

Haben Sie schon einmal versucht, das, was Sie gerne machen, nicht mehr zu tun, sich etwas abzugewöhnen? War es einfach? Wollte schon einmal ein anderer Mensch, dass Sie bestimmte Dinge nicht mehr tun? Rauchen Sie und wollten schon einmal aufhören? Hatten Sie schon mal vor, eine Diät zu machen und wollten daraufhin direkt zum Kühlschrank? Wenn Menschen an etwas gewöhnt sind, ist es nicht so einfach, sich davon zu verabschieden. Vor allem nicht, wenn die Substanzen Suchtmittel sind. Aber natürlich gibt es Abstufungen: Was ist ein Missbrauch? Was bereits eine Sucht? Und was ist eine Abhängigkeit?

Ein **Missbrauch** oder auch **Abusus** genannt, ist ein schädlicher, missbräuchlicher Gebrauch einer Substanz, aber noch keine Abhängigkeit. Die WHO³¹ versucht den Begriff »Sucht«, der Siechen = Krankheit bedeutet, durch den Begriff »Abhängigkeit« zu ersetzen. Dieser Begriff soll beide Elemente, die körperliche und die psychische Abhängigkeit, darlegen.

Bei einer **Abhängigkeit** kann sich der betroffene Mensch nicht mehr von einer Substanz lösen. Sein Denken kreist immer mehr um die Einnahme der Substanz, der Suchtdruck, das Verlangen, das sog. Craving, nimmt zu. Es kommt zu einer Toleranzentwicklung und bei Abstinenz zu psychischen und/oder physischen Entzugserscheinungen. Schauen Sie sich den Film »28 Tage« mit Sandra Bullock an. Er zeigt sehr eindrücklich, wie gravierend eine Abhängigkeit ist.

³¹ Vgl. Stöcker 2021b

12 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen wurden früher als »Persönlichkeitsneurosen« bezeichnet. Früher wurde primär eine Ursache beschrieben, dazu gehört das beschriebene Neurosenmodell von Sigmund Freud, das besagt, dass frühkindliche Konflikte zu einer Neurose geführt haben. Dahinter steht die Annahme, dass die Persönlichkeit eines Menschen sich in seiner Kindheit entwickelt und davon im Laufe der Jahre kontinuierlich beeinflusst wird.

Zweifellos: Menschen entwickeln sich, dennoch gibt es bestimmte typische Merkmale einer Person. Versuche, diese Merkmale, die sich meist über Zeit und Situation als stabil erweisen, zu kategorisieren, wurden schon vor vielen Jahren unternommen. Sehr bekannt ist das sog. »Big-five-Modell«:

1. Extraversion (kontaktfreudig – zurückhaltend)
2. Verträglichkeit (friedfertig – streitsüchtig)
3. Gewissenhaftigkeit (gründlich – nachlässig)
4. Neurotizismus (entspannt – überempfindlich)
5. Offenheit (kreativ – fantasielos)

Stellen Sie sich das Modell als Abakus (Rechenschieber) vor. Jeder Mensch hat seine eigene Intensität der Merkmale, kann sich jedoch situativ angemessen anpassen. Genau diese Anpassungsleistung können Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung nicht leisten. Das vorherrschende Merkmal ist ausgeprägt und der Mensch ist starr und unflexibel in seinem Verhalten.

13 Somatoforme Störungen

Typisch für somatoforme Störungen sind wiederholt auftretende körperliche Symptome, die die Erkrankten dazu treiben, möglichst alle medizinische Diagnostik auszuschöpfen. Doch auch wenn sämtliche Ärzte versichern, dass die Symptome keine körperlichen Ursachen haben, bleiben die Erkrankten bei ihren Überzeugungen. Im Vordergrund stehen also körperliche Beschwerden ohne nachweisbare körperliche Veränderungen.

Zu den somatoformen Störungen zählt die ICD-10

- Somatisierungsstörung
 - Beschwerden in unterschiedlichen Körperregionen und Organsystemen
- Somatoforme autonome Funktionsstörung
 - umschriebene körperliche Beschwerden
- Hypochondrische Störung
 - ausgeprägte Krankheitsbefürchtungen

13.1 SIS®-Gespräch mit Frau Doris W.

Sie führen mit Frau W. das SIS® Gespräch. Sie informieren sie über den Sinn und Zweck des Gespräches. Dass Sie nämlich nicht neugierig sind, sondern dass Sie gemeinsam besprechen und planen möchten, wie Frau W. gut in ihrer neuen Umgebung ankommen kann. Ebenfalls informieren Sie sie darüber, wie viel Zeit Ihnen für das Gespräch zur Verfügung steht.

Sie stellen die Ausgangsfrage, wie es Frau W. damit geht, in Ihrer Einrichtung zu sein und wie in der Vergangenheit ihr Alltag aussah.

14 Belastungsstörungen

Per Definition (► Kap.14.2) muss einer Belastungsstörung ein belastendes Ereignis zu Grunde liegen. Nicht jedes Erleben wird jedoch als Belastung bzw. als Trauma definiert. So kann ein schwerer Verkehrsunfall für den einen Menschen ein nicht bewältigtes Trauma darstellen und ein anderer Mensch, durch individuelle persönliche Faktoren, bewältigt werden kann.

14.1 SIS®-Gespräch mit Herrn Willi Sch.

Sie führen mit Herrn Sch. da SIS®-Gespräch. Sie informieren sie über den Sinn und Zweck des Gespräches. Dass Sie nämlich nicht neugierig sind, sondern dass Sie gemeinsam besprechen und planen möchten, wie Herr Sch. gut in ihrer neuen Umgebung ankommen kann. Ebenfalls informieren Sie ihn darüber, wie viel Zeit Ihnen für das Gespräch zur Verfügung steht.

Sie stellen die Ausgangsfrage, wie es Herrn Sch. damit geht, in Ihrer Einrichtung zu sein und wie in der Vergangenheit ihr Alltag aussah.

»Es ist gut hier zu sein. Ich lebe allein, meine Frau ist vor ein paar Jahren gestorben. Unsere beiden Kinder wohnen weit weg, die Tochter in Berlin und der Sohn in Australien.

Ich bin 1934 geboren, habe keine Geschwister, der Krieg brach aus und die Familie zerbrach. Der Vater musste in den Krieg und kam nicht wieder. Meine Mutter musste uns irgendwie durchbringen. Keine einfache Zeit.«

15 Intelligenzminderungen

Menschen mit Intelligenzminderungen verbringen ihr Leben meistens zu Hause bei den Eltern oder in Einrichtungen der Lebenshilfe oder vergleichbaren Institutionen. In der stationären Langzeitpflege leben heute erst wenige Bewohner mit Intelligenzminderungen, wie etwa einer Trisomie 21.

15.1 SIS®-Gespräch mit Frau Gudrun F.

Sie führen mit Frau F. und ihrer Betreuerin Frau F. das SIS® Gespräch. Sie informieren sie über den Sinn und Zweck des Gespräches. Dass Sie nämlich nicht neugierig sind, sondern dass Sie gemeinsam besprechen und planen möchten, wie Frau F. gut in ihrer neuen Umgebung ankommen kann. Ebenfalls informieren Sie sie darüber, wie viel Zeit Ihnen für das Gespräch zur Verfügung steht.

Sie stellen die Ausgangsfrage, wie es Frau F. damit geht, in Ihrer Einrichtung zu sein und wie in der Vergangenheit ihr Alltag aussah.

Frau F. ist 60 Jahre alt und lebte bis vor kurzem bei ihrer Mutter, die vor vier Wochen gestorben ist. Die Betreuerin erzählt, während Frau F. anteilslos daneben sitzt. Bei direkter Ansprache schaut sie die Betreuerin nur ängstlich an. »Frau F. hat tagsüber in einer Einrichtung der Lebenshilfe in der Werkstatt gearbeitet. Dort arbeitete sie in der Küche«.

16 Demenz

Menschen mit einer demenziellen Erkrankung verlieren alles, ihr gesamtes »Person-sein«. Sie verlieren so viele Fähigkeiten, dass Ihnen eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Die Vergangenheit wird zur Gegenwart für die mögliche Zukunft.

Das Wort Demenz stammt aus den lateinischen und bedeutet »De« = weg und »Mens« = Geist und soll den Verlust der kognitiven Fähigkeit zum Ausdruck bringen.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle die Metapher eines Wollknäuels. Wenn ein Wollknäuel aufgerollt wird, haben wir zu Beginn nur etwas »geknüllte« Wolle und müssen erst die Möglichkeit dafür schaffen, dass etwas Rundes entsteht. Erst beim sorgsamem Aufwickeln wird das Wollknäuel größer und schön rund.

Wenn ein Mensch geboren wird und wir das Leben mal als »Wollknäuel« betrachten, so wird dieses Wollknäuel von Tag zu Tag größer. An jedem Tag lernt der Mensch, macht Erfahrungen und vieles mehr. Mal ist der Faden des Lebens bunt, mal dick, mal dünn, mal schwarz, mal weiß und vielleicht auch mal sehr dünn, manchmal haben Menschen Angst, der Faden könnte reißen. So wächst das »Wollknäuel« des Lebens und wird größer und größer, je älter ein Mensch ist. Dann kommt das Krankheitsbild der Demenz, fasst an den hinteren Faden und rollt das Wollknäuel wieder ab, je nach demenzieller Form schneller oder langsamer – das »Wollknäuel« wird kleiner und kleiner. So kann der Betroffene zwar nicht mehr wissen, was oben lag, jedoch das in der Tiefe Liegende wirkt und zeigt sich in der jetzigen Zeit. Aus

17 Medikamente

Sie kennen den Spruch: »Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker!« Er ist auch hier zutreffend. Nehmen Sie bitte immer Rücksprache, Sie sind oft nur noch die einzige Lobby, die der Bewohner hat. Wenn Sie nicht »hinschauen«, wer dann? Schauen Sie sich unbedingt die Priscus-Liste (<https://www.priscus2-0.de/>) an.

Bitte achten Sie besonders auf Bewohner, die aus dem Krankenhaus zu Ihnen kommen. Aus dem Krankenhaus zu kommen, bedeutet oft eine Akutmedikation zu bekommen. Achten Sie darauf, dass die Anordnung vom weiter behandelnden Arzt geprüft wird, ggf. reduziert bzw. bei Psychopharmaka beibehalten werden. Wenn der erkrankte Bewohner sich stabil fühlt, sollten die Medikamente nicht einfach abgesetzt oder reduziert werden.

Wichtig

Achten Sie auf die Medikamenteneinnahme und auf eine fachgerechte Gabe der Medikamente.

Gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente und/oder Begleiterkrankungen sind zu berücksichtigen. Ebenso das Alter. Die für ein Medikament angeordnete mg-Zahl für einen 20-Jährigen sind anders wirksame als bei einem 80-Jährigen.

Psychopharmaka sind Substanzen, die direkt im zentralen Nervensystem wirken. Im Folgenden finden Sie eine kurze Übersicht der fünf Psychopharmaklassen:

18 Herausforderndes Verhalten

Was ist herausforderndes Verhalten und für wen ist was herausfordernd? Oft gibt es verschiedene Perspektiven und Sichtweisen. Kennen Sie von Lorient die Szene »Ich will hier nur sitzen«. <https://www.youtube.com/watch?v=Iuobpte4ndQ> Dort sitzt Hermann und möchte nur in Ruhe sitzen, seine Frau, die beschäftigt in der Küche hin und her läuft. Da sie meint, ihr Mann hätte jetzt endlich mal Zeit etwas zu tun, bietet sie ihrem Mann verschiedene Aktivitäten an, Zeitung lesen, spazieren gehen. Nur er möchte nur »hier sitzen«. Schauen Sie sich die Szene an und stellen sich die Frage, wenn Sie Herrmann fragen könnten und wenn Sie seine Frau fragen könnten, wie sie das gerade empfunden haben. Was würde sie antworten? Und wer hätte Recht? Beide, aus ihrer eigenen Perspektive.

Wie sieht und empfindet ihr Gegenüber eine Situation?

Sie haben auf den vergangenen Seiten viele psychiatrische Krankheitsbilder kennengelernt und es sind immer noch nicht alle. Menschen, die eine veränderte Wahrnehmung der Welt haben, reagieren anders auf die Welt.

Was wird als herausforderndes Verhalten empfunden?

Erhöhter Bewegungsdrang

- Bewohner laufen und laufen. Es könnte sich, wie im Kapitel Medikamente beschrieben, um eine Nebenwirkung von Neuroleptika handeln
 - Maßnahme: Überprüfung der Medikamente durch den Facharzt

19 Praxistipps für Ihren Alltag

19.1 Den Schlaf fördern

Schlafstörungen können aus verschiedenen Gründen auftreten oder auch als Symptom. Viele psychiatrische Krankheitsbilder gehen mit Schlafstörungen einher oder auch mit einer Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus. Zu der Gruppe nichtorganische Schlafstörungen gehören zum einen Dys-somnien, ein abweichendes Schlafverhalten und die Parasomnien, das sind Störungen, die im Schlaf auftreten.

Es gibt viele Gründe keinen gesunden, erholsamen Schlaf zu finden. Dazu gehören Krankheiten, aber auch viele Umgebungsfaktoren, die einen entscheidenden Einfluss nehmen.

Bedenken Sie dabei, wie viele Stunden am Tag die Bewohner im Bett liegen oder wer gar bettlägerig ist. Hinzu kommen eine fremde Umgebung, nicht bekannte Geräusche, nächtliche Kontrollgänge, unter Umständen mit Versorgung, ein schmales Bett, zu viel oder zu wenig Licht, das Alleinsein, ggf. noch Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten, unangenehme Träume bis zu Albträumen und vieles mehr.

Wichtig

Medikamente zur Schlafunterstützung (► Kap. 17) sind jedoch nicht die einzige Möglichkeit und haben auch nicht immer eine erwünschte positive Wirkung.

20 Schlusswort

Nichts ist so beständig wie der Wandel. Veränderungen finden ständig statt, was aber wird benötigt? Sie werden sich jetzt wahrscheinlich mehr Kolleg*innen/Mitarbeiter*innen, mehr Zeit und vieles mehr wünschen. Das würde ich Ihnen auch gern gleich mit diesem Buch liefern. Aber das geht nicht.

Sie haben jedoch auch die Erfahrung gemacht, dass es nicht immer zwingenderweise die Anzahl der Kolleg*innen im Dienst ist, sondern auch, welche Personen im Dienst sind. Definitiv kostet Haltung keine Zeit. Sie haben viel über Krankheitsbilder gelesen, mit denen Sie vielleicht noch nicht so vertraut sind, sowie über mögliche empathische, professionelle Pflege- und Beschäftigungsmaßnahmen.

Was brauchen Sie in der Praxis außer Kolleg*innen und Zeit? Fachliche Kompetenz und wertschätzende Haltung! Diese Voraussetzungen sollten Ihnen natürlich bereits in den Ausbildungen vermittelt werden. *»Ausbildung muss mehr auf die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse ausgerichtet werden, die auf dem Arbeitsmarkt benötigt werden.«*⁵¹ Soweit die Theorie. Wie es in der Praxis (noch) aussieht, zeigt das folgende Gespräch. Frau Sch. begann vor vielen Jahren als Pflegehelferin. Heute ist die 53-jährige Pflegedienstleitung.

⁵¹ Vgl. Kriesten U (2021). Praxisanleitung – gesetzeskonform, methodenstark & innovativ. Schlütersche, Hannover.

Register

- ABEDL®-Strukturmodell 17
 Abhängige Persönlichkeitsstörungen 171
 Abhängigkeit 144, 148
 Abhängigkeiten
 – stoffgebundene 145
 Abhängigkeitserkrankungen 144
 – Pflege und Beschäftigung 157
 Abusus 144
 Abwehr von Risiken und Gefährdungen 37
 Agitierte Depression 92
 Agoraphobie 114
 Akrophobie 114
 Aktivitäten des Lebens 18
 Akute Belastungsreaktion 195
 Alkoholabhängigkeit 149
 Alkoholentzugssyndrom 152
 Alkoholhalluzinose 154
 Altersdepression 91
 Alzheimer-Demenz 216
 Amphetamine 156
 Anankastische Depression 91
 Anankastische Persönlichkeitsstörungen 171
 Ängstliche Persönlichkeitsstörungen 171
 Angstneurose 113
 Angststörung
 – Pflege und Beschäftigung 118
 – Symptome 115
 Angststörungen 109
 Anorexia nervosa 132
 Anpassungsstörung 196
 Antidementiva 239
 Antidepressiva 237
 Antipsychotika 235
 Arachnophobie 114
 Arzneimittelformen 241
 Aussage
 – des Pflegebedürftigen 21
 Begutachtungsinstrument 23
 Belastungsstörungen 192
 – Pflege und Beschäftigung 197
 Bericht 19, 22
 Berichtblatt 22
 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 30
 Bewegungsdrang 96
 – erhöhter 243
 Big-five-Modell 166
 Binge-Eating 132
 Biografieorientierte Unterstützung 37
 BMI 127
 Borderline-Störung 170
 Bradykinese 118
 Bulimia nervosa 132, 133
 Cannabinoide 155
 Crack 156
 Craving 144, 148

- Delirium tremens 152
- Demenz 211
 - Formen 215
 - Pflege und Beschäftigung 220
- Depression
 - Pflege und Beschäftigung 97
 - postschizophrene 65
 - Symptome 92
 - Ursachen 90
- Designerdrogen 156
- Disposition
 - genetische 63
- Dissoziale Persönlichkeits-
störung 170
- Dokumentation
 - tatsächengerechte 24
- Dokumentationssysteme 13
- Dopamin-Spiegel 63
- Down-Syndrom 206
- Drogenabhängigkeit 155

- Eifersuchtswahn
 - alkoholischer 154
- Einhaltung Hilfsmittel-
versorgung 37
- Einhaltung von Hygiene-
anforderungen 37
- Einschätzung
 - pflegefachliche 21
- Emotionale instabile
Persönlichkeitsstörung 170
- Erschöpfungsdepression 91
- Essstörungen 127
 - Pflege und Beschäftigung 135
- Evaluation 19, 22

- Existenzangst 113
- Existenzielle Erfahrungen 18

- Fähigkeiten 15
- Flashback 196
- Flashbacks 157
- Freiheitsentziehende
Maßnahmen 36
- Frontotemporale Demenz 217

- Gehemmte Depression 91
- Generalisierte Angststörung 114
- Gestaltung des Alltagslebens und
soziale Kontakte 31
- Gleichgewichtsstörungen 118

- Halluzinationen 246
- Halluzinogene 157
- Herausforderndes Verhalten 243
- Histrionische Persönlichkeits-
störung 170
- Homosexualität 253
- Hypersexualität 97
- Hypnotika/Tranquilizer 238
- Hypochondrische Störung 182

- ICD-10 39, 40
- ICD-11 40, 45
- Ideenflucht 96
- Intelligenzminderungen 203
 - Einteilung 204
 - Pflege und Beschäftigung 206
- Internationale Klassifikation
psychischer Störungen in der
10. Version 39

- Involution- bzw.
Spätdepression 91
- Klassifikationssysteme 39
- Klaustrophobie 114
- Klinefelter-Syndrom 206
- Kognitive und kommunikative
Fähigkeiten 27
- Kokain 156
- Korsakow-Syndrom 154
- Krankheitsentstehung
– multifaktorielle 63
- Larvierte Depression 92
- Lewy-Körper-Demenz 217
- Mangelernährung 128, 247
- Manie
– Symptome 95
- Maßnahmenplan 19, 21, 83
- Matrix 20
- Medikamentengabe 240
- Medikamentenversorgung per
PEG 242
- Medikamentöse Therapie 34
- Milieufaktoren 248
- Mimikresonanz® 220, 223
- Mini-Mental-Status-Test 221
- Missbrauch 144
- Mobilität 26, 33
- Multiple Sklerose 134
- Nächtliche Versorgung 35
- Nahrungsverweigerung 247
- Narzisstische Persönlichkeits-
störung 171
- Neuroleptika 63
- Opioide 155
- Orthorexie 132
- Panikstörungen 114
- Paranoide Persönlichkeits-
störung 170
- Parkinson-Erkrankung 117
- Parkinsonoid 63
- Persönlichkeitsstörung
– multiple 61
– Symptome 171
- Persönlichkeitsstörungen 166
- Pflegebedürftigkeit 23
– Bereiche 23
- Pflegegrad 26
- Pflegeverweigerung 246
- Phase
– depressive 89
– manische 95
- Phasenpräparate 240
- Planung
– individuelle 21
- Posttraumatische Belastungs-
störung 194
- Prozesspflege
– fördernde 15
- Psychosen
– schizophrener Formen-
kreis 57

- Qualität
 - Leitfragen 32
- Qualitätsdefizit 32
- Qualitätsindikatoren 37
- Qualitätsmanagement
 - indikatoren gestütztes 32
- Rausch
 - akuter 151
- Realangst 113
- Ressourcen 15
- Rigor 118
- Rufen
 - lautes 244
- Schizoide Persönlichkeits-
störung 170
- Schizophrenia Simplex 66
- Schizophrenie 61
 - hebephrene 65
 - katatone 65
 - paranoide 65
 - Pflege und Beschäftigung 72
 - Symptome 66
 - zönanästhetische 66
- Schlafstörungen 250
- Schlafunterstützung 250
- Schmerz
 - Pflege und Beschäftigung 186
- Schmerzmanagement 34
- Selbstständigkeit 15
- Selbstversorgung 29
- Sexualität 251
- SIS® 19
 - Abhängigkeitserkrankung 161
 - Angststörungen 122
 - Belastungsstörung 198
 - Demenz 226, 231
 - Essstörungen 139
 - Persönlichkeitsstörung 176
 - Psychosen 79
 - Somatoforme Störung 187
- Somatisierungsstörung 182
 - Symptome 184
- Somatoforme autonome
Funktionsstörung 182
- Somatoforme Störungen 182
- Soziale Beziehungen 18
- Soziale Phobien 114
- Sprache
 - Symbolkraft 245
- Störung
 - schizoaffektive 86
- Störungen
 - depressive 85
 - manische 85
- Strukturierte Informations-
sammlung 19
- Strukturmodell 19
- Sucht 144
- Tatendrang 96
- Tremor 118
- Trisomie 21 203
- Überleitung bei Krankenhaus-
aufenthalt 36
- Unruhe
 - nächtliche 248

- Unterstützung bei besonderen
medizinisch-pflegerischen
Bedarfslagen 34
- Unterstützung bei der
Bewältigung von sonstigen
therapiebedingten Anfor-
derungen 35
- Unterstützung bei der
Ernährungs- und Flüssigkeits-
versorgung 33
- Unterstützung bei der Gestal-
tung des Alltagslebens und der
sozialen Kontakte 35
- Unterstützung bei der Körper-
pflege 34
- Unterstützung bei der Tages-
strukturierung, Beschäftigung
und Kommunikation 35
- Unterstützung bei Kontinenzver-
lust, Kontinenzförderung 33
- Unterstützung der versorgten
Person in der Eingewöhnungs-
phase nach dem Einzug 36
- Unterstützung von versorgten
Personen mit herausforderndem
Verhalten und psychischen
Problemlagen 36
- Vaskuläre Demenz 216
- Verhaltensweisen und psychische
Problemlagen 28
- Verständigungsprozess 21
- Vulnerabilitäts-Stress-
Modell 64
- Wahn 246
- Wahnideen 96
- Wernicke Enzephalopathie 153
- Wohlbefinden 15
- Wundversorgung 34

Mehr Gelassenheit für den Pflegealltag



Margarete Stöcker

Der Anti-Stress-Ratgeber für Pflege- und Betreuungskräfte

So bewältigen Sie berufliche Belastungen

160 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-8426-0872-6
€ 29,95

Auch als E-Book erhältlich

- Die besten Strategien für mehr Gelassenheit im Job
- Corona hat das Stresserleben in der Pflege- und Betreuung massiv erhöht
- Doch Stress lässt sich gezielt mindern: mit Selbstwirksamkeit
- Die wichtigsten Methoden zur Stressreduktion im Alltag

»Leben Sie eine gesunde Selbstfürsorge – Sie sind es wert.«

Margarete Stöcker

Änderungen vorbehalten.



Das kompakte Wissen für eine adäquate Pflege und Betreuung

Bewohner mit psychiatrischen Krankheitsbildern wie Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen, Angst- und Zwangs, Ess- und Persönlichkeitsstörungen etc. brauchen eine adäquate Pflege und Betreuung.

Mit diesem Buch steht ein Handwerkskoffer voller Instrumente zur Verfügung: Kenntnisse zu den psychiatrischen Krankheitsbildern und Hilfen zur Dokumentation der Versorgung. Die strukturierte Informationssammlung (SIS®) ist hier die Basis allen Handelns.

Dieses Buch ist das erste, das beides vereint: kompaktes Wissen zu den Krankheitsbildern und jede Menge echter »Fälle« mit passender SIS®. So erfahren die Leser*innen, wie sie von der SIS® zur adäquaten pflegerischen Versorgungsplanung kommen! Und immer ist der erkrankte Mensch der Profi, der den Takt des gemeinsamen Handelns vorgibt.

schlütersche
macht Pflege leichter

Die Autorin

Margarete Stöcker ist Krankenschwester und Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Dipl. Pfl egewirtin und Master of Arts im Gesundheitswesen, Master of Science Gesundheitspsychologie, Heilpraktiker für Psychotherapie, Mimikresonanz®-Trainererin und Coach; Inhaberin des Bildungsinstitutes Fortbildungsvorort für Inhouse-Schulungen für Gesundheitsberufe.

ISBN 978-3-8426-0890-0

