

DKHS Ulrike Hecht
DGKS Barbara Nadlinger
DGKS Erika Czeskleba
DGKP Christian Luksch

SMZ Baumgartner Höhe
Otto Wagner Spital
Baumgartner Höhe 1
1140 Wien

Einbeziehung patientenorientierter Krankenhausseelsorge in die gerontopsychiatrische Krankenpflege

Einleitung

Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Organsysteme. Was wir heute umgangssprachlich als „Ganzheitlichkeit“ bezeichnen, wird in den Humanwissenschaften als „Mehrdimensionale Sichtweise des Menschen“ oder *Biopsychosoziales Paradigma* identifiziert. Dieses besagt im wesentlichen, dass der Mensch in seiner Ganzheit aus mehreren Systemen, etwa einem biologischen, einem psychischen und einem sozialem, besteht, von diesen abhängig ist und auf diese wiederum Einfluss nehmen kann. Diese Mehrdimensionalität schließt auch eine Betrachtung der Biographie und der individuellen Spiritualität des Menschen mit ein. In diesem Sinne hat also jeder Mensch genauso einen spirituellen (religiösen) Anteil, wie er einen Körper, eine Psyche, ein soziales Umfeld und eine persönliche Geschichte (Biographie) hat. Die einzelnen Komponenten bedingen und ergänzen einander, sind also nicht voneinander unabhängig zu sehen.

Das heißt aber wiederum, dass wir, ausgehend von dieser Sichtweise, in der Betreuung und Pflege von Menschen auch mehrdimensional vorgehen müssen. Pflege ist demnach mehr, als die Deckung der physischen Grundbedürfnisse und betrifft im weitesten Sinne auch die psychische, soziale, biographische und spirituelle Betreuung und Begleitung des Patienten.

Während Medizin und Krankenpflege ihr Handlungsfeld hauptsächlich in körperlichen und psychosozialen Zusammenhängen sehen, erhebt patientenorientierte Krankenhausseelsorge den Anspruch, die spirituell-religiösen Bedürfnisse des Menschen, - unabhängig seiner konfessionellen Zugehörigkeit, abzudecken. Hauptaktionsfeld der Seelsorge und gleichzeitig wichtigste Schnittstelle zur Pflege ist dabei die verbale (und nonverbale) Kommunikation mit dem Patienten („Begegnung und Begleitung“).

Im folgenden Bericht soll versucht werden, anhand des Beispiels der Zusammenarbeit von Krankenhausseelsorge und drei gerontopsychiatrischen Stationen (den Tageskliniken 14/3 und 19/3 sowie der Akutstation 19/2 des Otto-Wagner-Spitals) im Zeitraum November 1998 bis Oktober 2000, die positive Wirkung patientenorientierter Krankenhausseelsorge und deren systematische Einbeziehung in pflegetherapeutische Prozesse nachzuweisen.

Danken möchten wir bereits an dieser Stelle den interdisziplinären Teams der Stationen 14/3, 19/2, und 19/3, sowie dem Team der Krankenhausseelsorge und den Leitungen der I. und III. psychiatrischen Abteilung des Otto-Wagner-Spitals, sowie unseren Familien und - vor allem – unseren Patientinnen.

Ulrike Hecht, Barbara Nadlinger, Erika Czeskleba, Christian Luksch
Wien, Baumgartner Höhe, im November 2000

Projektimpuls und Ausgangslage

1997 ersuchte der ärztliche Leiter des PKH Baumgartner Höhe, Univ. Prof. Dr. H.E. Gabriel die Erzdiözese Wien um eine Neustrukturierung der Krankenhauseelsorge im PKH, da sich die bisherige Form als ineffizient und bisweilen sogar kontraindiziert erwiesen hatte.

Die Erzdiözese Wien setzte daraufhin drei KrankenhauseelsorgerInnen mit entsprechenden psychosozialen Zusatzqualifikationen ein, mit dem Auftrag, Krankenhauseelsorge für Menschen, die unter psychischer Krankheit leben, den individuellen Anforderungen besser entsprechend, patientenorientierter und therapiekompatibler zu konzipieren und umzusetzen.

In einer ersten Situationsanalyse auf den gerontopsychiatrischen Stationen 14/3, 19/2 und 19/3 im Oktober 1998 wurden folgende Probleme und Ressourcen sowohl seitens der Krankenhauseelsorge, als auch der Pflorgeteams festgestellt:

SITUATIONSANALYSE OKTOBER 1998		
	Seelsorge	Pflorgeteams
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerer Zugang und niedrige Kontaktfrequenz zum Patienten • Kommunikationsdefizite zwischen Seelsorge und Behandlungsteams • Unkoordinierte bis fehlende gemeinsame Strukturen • Informationsmangel über Patienten und organisatorische Belange • Skepsis der Teams bezüglich der Relevanz seelsorglicher Tätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensdefizite in Effizienz und therapeutischen Nutzen von Seelsorge • Informationsdefizite über Arbeitsweise der Krankenhauseelsorge • Koordinationsdefizite mit den Aktivitäten der Krankenhauseelsorge • Kompetenzdefizite, spirituelle Bedürfnisse von Patienten abzudecken • Persönliche Probleme im Umgang mit Sterben und Tod von Patienten
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Krankenhausführung und der Erzdiözese • Mehr und fachlich höher qualifiziertes Personal • Neues Konzept mit Schwerpunkt „Patientenorientierung“ • Flexible Zeitplanung für Aktivitäten mit und für Patienten • Explizite Planung von Lösungsstrategien für die o.a. Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Abteilungsführungen und Teams • Personalisiertes Schnittstellenmanagement • Neue Pflegekonzepte mit integrativen Schwerpunkt (Animation) • Spezielle Zeitplanung für spirituelle Bedürfnisse von Patienten • Explizite Planung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Auf der Basis dieses Problem- und Ressourcenscreenings wurden in mehreren gemeinsamen Arbeitsgesprächen zwischen Krankenhauseelsorgerin und jeweils einer speziellen Ansprechperson in den Pflorgeteams (Animationspflegeperson) folgende gemeinsame Ziele erarbeitet:

Gemeinsame Ziele von Krankenhauseelsorge und Pflorgeteams:

- Religiösen und spirituellen Bedürfnissen von Patienten soll adäquat, kompetent, rasch und effizient Folge geleistet werden können
- In der gemeinsamen psychischen, sozialen und spirituellen Betreuung der Patienten soll koordiniert, zielorientiert und rehabilitierend vorgegangen werden
- Gegenseitige Skepsis und Informationsdefizite zwischen Krankenhauseelsorge und Pflege sollen zwecks besserer Kooperation abgebaut werden
- Krankenhauseelsorge soll explizit und aktiv in die zeitlichen, räumlichen und organisatorischen Strukturen der Stationen eingebaut werden
- Der Prozeß der Lebens- Sterbe- und Trauerbegleitung soll gemeinsam koordiniert und individuell bedarfs- und aufgabenbezogen durchgeführt werden

Durchgeführte Maßnahmen (Tätigkeitsbericht)

Bereits im Rahmen der Problemanalyse wurde der Bedarf der Seelsorgerin nach einer **direkten Ansprechperson** durch Animationspflegepersonen gedeckt, die sich auch spontan dazu bereit erklärten, weiterhin den **Kontakt zwischen Pflegeteam und Seelsorge** aufrecht zu erhalten und die entsprechenden Schnittstellen zu managen.

In weiterer Folge wurde auch, in Absprache mit den Teams der Stationen, **Informationsmaterial der Seelsorge** (Plakate und Folder) auf den Stationen ausgehängt und die **Kontaktbesuche** der Seelsorgerin sowie **Stationsgottesdienste** mit den organisatorischen Tages- und Wochenstrukturen der Stationen **koordiniert**.

Zu Allerheiligen 1998 hielt die Seelsorgerin auf Initiative des Animationspflegers von 19/3 im Rahmen der Morgenrunde mit den Patienten eine Besinnung zum Thema „Tod und Sterben“ ab, die derart positive Resonanz bei den Patienten fand, daß im darauffolgenden Dezember einmal wöchentlich mit der Seelsorgerin „Adventbesinnungsrunden“ abgehalten wurden. Ab Jänner 1999 wurden diese **Besinnungsrunden**, einmal monatlich, schwerpunktbezogen stattfindend, **als Standard in das therapeutische Programm** aufgenommen.

Weiters finden seit Jänner 1999 **regelmäßige Koordinationsgespräche** zwischen Pflege und Seelsorge statt, die unter anderem gemeinsame Aktivitäten im Rahmen des Jahreskreises (Fastenzeit, Ostern, Erntedank, Advent, Weihnacht) aber auch gemeinsame Vorgangsweisen bei bestimmten Patienten koordinieren.

Im Frühjahr 1999 ersuchte die Oberärztin der Station 19/2 explizit die Seelsorgerin um **professionelle Sterbebegleitung** einer Patientin. Dies wurde, insbesondere vom Pflegepersonal der Station als große psychische Erleichterung empfunden, ebenso wie die Aufarbeitung zweier, kurz aufeinander folgender **Patientensuizide**, sowohl mit Patienten, als auch mit Teilen des Pflegepersonals.

Im Herbst 1999 hielten Animationspflegepersonen der Stationen 19/2 und 19/3 vor Seelsorgerinnen verschiedener Krankenhäuser **Vorträge**, gemeinsam mit der Seelsorgerin auch im Kardinal-König-Haus (Bildungshaus Lainz) und **moderierten Arbeitsgruppen** bei einem von ärztlicher Leitung des PKH und der Seelsorge gemeinsam veranstalteten Studienachmittag zum Thema *Religion und Psychiatrie*. Weiters wurden über die **Kontakte** der Seelsorgerin **zu mehreren Schulen** im Rahmen des Religions- bzw. Lebenskundeunterrichtes Vorträge für und Exkursionen von Schüler auf die Stationen unter großer positiver Resonanz sowohl der Patienten als auch der Schüler und ihrer Lehrer organisiert.

Seit Jänner 2000 gehört **Seelsorge zum Standardangebot der Stationen** 14/3, 19/2 und 19/3, was sich auch im derzeit entwickelten Konzept der Station 19/3 schriftlich niederschlägt. Auf allen Stationen wurde der anfänglich nur auf eine Pflegeperson festgelegte Kontakt der Seelsorgerin auf das gesamte Team und auch andere Professionen, etwa Kunst- und Psychotherapie sowie Ärzte ausgedehnt. Die Seelsorgerin dokumentiert ihre Beobachtungen an Patienten nach einer Einschulung in der Pflegedokumentation.

Seit Frühjahr 2000 werden in unregelmäßigen Abständen und unter großer Anteilnahme von Patienten aller drei Stationen gemeinsam, mit Pflegepersonen und Seelsorgerin **Einrichtungen der Weltreligionen besucht**, so etwa der Stephansdom, die islamische Moschee und die buddhistische Friedenspagode. Für das kommende Frühjahr ist ein Besuch der jüdischen Synagoge und der griechisch-orthodoxen Kirche geplant.

Angeregt durch die intensive und direkte Arbeit mit den Patienten absolvierte die Seelsorgerin eine **Ausbildung zur diplomierten Validationsanwenderin** und innerhalb derer sie mit einer Patientin der Station 19/2 (mit deren Einverständnis) arbeitete.

Im Oktober 2000 erntete die Seelsorgerin mit den hier vorgestellten Ergebnisse auf dem **24. Internationalen Kongreß für Pflegeberufe** in Salzburg (Titel: *Kooperation hat Zukunft*) großes Interesse, unter anderen des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München.

Ergebnisse

Der Vollständigkeit halber muß angemerkt werden, daß die hier angeführten Maßnahmen einer „rollenden Planung“ unterlagen, also keinem speziellen, bereits im Vorfeld geplanten Maßnahmenpaket entstammen, sondern sich nach speziellen und individuellen Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitern richteten. Aus diesem Grund konnte auch nicht auf eine spezifische Messung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit eingegangen werden, doch schon der Tätigkeitsbericht alleine spricht, wie wir denken, für sich.

Zur weiteren Verdeutlichung soll hier eine Situationsanalyse vom Oktober 2000 jener vom Oktober 1998 (siehe oben) entgegengehalten werden:

SITUATIONSANALYSE OKTOBER 2000	
Stärkung der Autonomie der Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Religiösen Bedürfnissen der Patienten wird individuell, adäquat, kompetent, unmittelbar und im Kontext zur Therapie nachgegangen ✓ Krankenseelsorge wird als Prozess, sowohl für einzelne Patienten als auch für Patientengruppen, auf Basis der Freiwilligkeit geplant und im Einklang mit den therapeutischen Erfordernissen praktiziert ✓ Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung sowohl von Patienten und deren Angehörigen als auch von Pflegepersonen wird individuell geplant, koordiniert und professionsspezifisch durchgeführt
Verstärkung der Kommunikation und Information	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zwischen Pflege und Seelsorgeteam finden regelmäßig auch krankenhausübergreifende Informationsgespräche statt ✓ Das Schnittstellenmanagement zwischen Pflege und Seelsorge wird von einer bestimmten Ansprechperson im Pflgeteam gehandhabt ✓ Seelsorge dokumentiert Aktivitäten von Patienten schriftlich in der Pflegedokumentation und mündlich an die Pflgeteammitglieder
Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Professionen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Skepsis der Pflgeteams gegenüber der KHS wurde abgebaut und wich einem respektvollen, gegenseitigen Vertrauen ✓ Die Seelsorgerin ist in das multiprofessionelle Team, ihre Tätigkeit in die organisatorischen Strukturen der Station integriert ✓ Angebot und Aktivitäten der Seelsorge richten sich nach den Grundsätzen psychiatrischer Rehabilitation aus und werden gemeinsam mit der Pflege geplant, koordiniert, durchgeführt und dokumentiert
Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Krankenseelsorge gilt als Standardleistung im Versorgungsangebot der Stationen 14/3, 19/2 und 19/3 und soll in zukünftigen Konzepten auch als solches identifiziert werden ✓ Durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere an Schulen, wird das Image des Krankenhauses gehoben, sowie Toleranz und Verständnis für psychisch kranke Menschen gefördert ✓ Trotz der deutlichen Hebung der Qualität erwachsen weder dem KAV noch dem Krankenhaus zusätzliche Kosten
Übertragbarkeit auf andere Gesundheitseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Wichtige Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit zwischen Seelsorge und Pflege auf den Modellstationen fließen in die Arbeit, sowohl der Seelsorge als auch der Pflege, auf anderen Stationen ein ✓ Besinnungsrunden und Gestaltung von Stationsgottesdiensten wie auf den Modellstationen, finden zunehmend auch in anderen Abteilungen (Pflegeheim, Subakut-Psychiatrie) statt ✓ Auch Organisationen außerhalb des Otto-Wagner-Spitals (z.B. LKH Gugging, AKH Wien, SMZ Ost) sowie aus dem Ausland (Max-Planck-Institut München) zeigen großes Interesse an dem Modell