

Pflege fallorientiert lernen und lehren



**Leseprobe**

# Die Reihe zur Pflegeausbildung

Jetzt zu unserem neuen Newsletter anmelden:  
[newsletter.kohlhammer.de](mailto:newsletter.kohlhammer.de)

**Kohlhammer**

# Leseprobe der Reihe „Pflegerorientiert lernen und lehren“

## Inhalt

Geleitwort der Herausgeberinnen .....	3
Auszug aus Dieterich/Reiber, Fallbasierte Unterrichtsgestaltung .....	4–6
Auszug aus Schmiedgen/Nitzschke/Schädle- Deiningner/Schoppmann, Psychiatrie .....	7–15
Reihenübersicht .....	15

Die Herausgeberinnen der Reihe

**Prof. Dr. Karin Reiber**, Dipl.-Päd., Krankenschwester, Professorin für Erziehungswissenschaft/Didaktik an der Hochschule Esslingen.

**Dr. Juliane Dieterich**, Dipl.-Pflegepäd. (HU), Krankenschwester, Hochschuldozentin für allgemeine Didaktik sowie pflege- und gesundheitsberufliche Didaktik an der Universität Kassel.

**Prof. Dr. Martina Hasseler**, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, Professorin für Pflegewissenschaften an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften.

**Prof. Dr. Ulrike Höhmann**, M.A. Soziologie, Psychologie und Politikwissenschaften, Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen an der Universität Witten/Herdecke.

## Geleitwort der Herausgeberinnen

Die Ausübung des Pflegeberufs wird immer anspruchsvoller: Professionelles Pflegehandeln umfasst verantwortungsvolles Planen, Gestalten und Auswerten von Pflegesituationen. Die Settings, in denen diese berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, haben sich zunehmend ausdifferenziert und die Aufgaben werden immer komplexer. Damit sind auch ganz neue Herausforderungen an die Pflegeausbildung gestellt. Die Buchreihe »Pflege fallorientiert lernen und lehren« ist ein Kompendium für die Pflegeausbildung, das sowohl die verschiedenen Versorgungsbereiche, in denen Pflegekräfte tätig werden, als auch die unterschiedlichen Lebensalter und -situationen der Pflegeempfänger abbildet.

Die elf Bände der Reihe spiegeln die wesentlichen Institutionen wider, in denen pflegerische Versorgung stattfindet. Alle Bände folgen der gleichen Struktur und demselben Aufbau. In einem Einleitungsteil wird in die Besonderheiten des jeweiligen Settings eingeführt. Pflegewissenschaftliche Expertenstandards und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse werden dabei ebenso berücksichtigt wie die Ausbildungsziele der Prüfungsordnungen. Die Präsentation der Inhalte erfolgt in Form von Musterfällen; dabei werden die unterschiedlichen Aspekte pflegeberuflichen Handelns aufgezeigt und fallbezogene Besonderheiten und Schwerpunkte professioneller Pflege exemplarisch illustriert. Die fallorientierte Aufbereitung von Lerngegenständen greift den berufspädagogischen Trend der Kompetenz- und Handlungsorientierung auf und setzt ihn fachdidaktisch um.

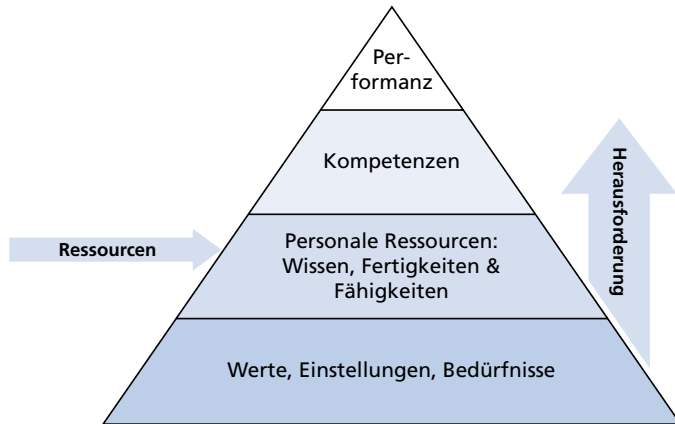
Die einzelnen Bände geben einen sehr guten Einblick in die facettenreichen pflegerischen Aufgaben innerhalb der verschiedenen Versorgungsbereiche, gewähren anschauliche Einblicke in die Besonderheiten anhand einschlägiger Fallbeispiele und bieten exemplarische Lösungen an. Sie ermöglichen dadurch die Entwicklung spezifischer Fachkompetenz professioneller Pflege.

Die Reihe wendet sich an Lernende und Lehrende in den Pflegeausbildungen an Schulen, Hochschulen oder Praxisstätten sowie an Studierende der Pflegepädagogik. Neue Formen der Pflegeausbildung – wie z. B. primärqualifizierende Pflegestudiengänge – hatten die Herausgeberinnen bei der Konzeption der Reihe und der Betreuung der Bände sowie die Autorinnen und Autoren der einzelnen Bände ganz besonders im Blick.

Die Leseprobe gibt Ihnen einen Einblick in die Konzeption der Reihe.

Karin Reiber, Juliane Dieterich, Martina Hasseler, Ulrike Höhmann

## Auszug aus dem Band „Fallbasierte Unterrichtsgestaltung“ (Dieterich/Reiber, 2014)



**Abb. 1.1:**  
Kompetenzmodell  
(Reiber, 2012, S. 13)

Aufbau der Reihe

Der fallorientierte Aufbau der Reihe soll Lehrende und Lernende dabei unterstützen, Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten darzubieten bzw. zu erwerben im Hinblick auf ein in der Fallbeschreibung dargelegtes Problem. Dabei werden Lehrende und Lernende das rund um die Fallbeschreibungen und Musterlösungen bereitgestellte Material und ggf. noch zusätzliche weitere Informationsquellen (z. B. Internet, medizinische Fachbücher) nutzen. Sie werden darüber hinaus immer wieder dazu angeregt, die eigenen handlungsleitenden Haltungen zu reflektieren.

Professionelles Pflegehandeln ist äußerst komplex. Es umfasst manuelle Routinefertigkeiten ebenso wie das schnelle Entscheiden und Handeln in völlig unvorhergesehenen Situationen, wie z. B. einem akuten Notfall. Neben der fachlichen und Methodenkompetenz benötigen professionell Pflegende ein großes Repertoire an sozialen und personalen Kompetenzen, um den vielschichtigen Herausforderungen im täglichen Umgang mit kranken bzw. von Krankheit bedrohten Menschen angemessen zu begegnen. Die Zusammenarbeit in einem Team von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen macht es darüber hinaus erforderlich, sich in andere professionelle Perspektiven und Sichtweisen einzudenken und über die eigene professionelle Position in eine verständliche Aushandlung treten zu können.

Aufgaben-  
schwerpunkte

Pflegeexpertin

Dieser Facettenreichtum des professionellen Pflegehandeln wird in den Bänden in Form unterschiedlicher Aufgabenschwerpunkte abgebildet, die situativ in den Vordergrund treten können. Im Mittelpunkt steht der Aufgabenschwerpunkt der Pflegeexpertin mit ihrer Problemlösungskompetenz im Rahmen des Pflegeprozesses (ausführlicher dazu ► **Kap. 1.3**): Es

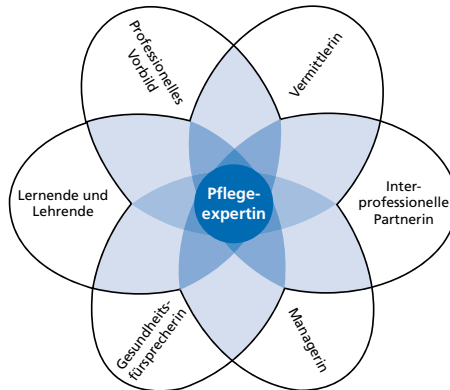
geht hier immer darum, eine Situation mit ihren Problemen, Gefahren und Ressourcen umfassend einzuschätzen und die Vision eines besseren Zustands zu entwerfen. Im Vergleich von Ist- und Soll-Zustand werden unter Beteiligung der Betroffenen die Ziele herausgearbeitet, die in dieser spezifischen Situation maximal erreichbar sind. Auf Basis dieser Ziele werden wiederum die Pflegeinterventionen, deren Zwischen- und Endergebnisse geplant und durchgeführt. Die Abschlussevaluation ermittelt die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen und ob bzw. inwieweit die Ziele erreicht wurden. Aus ihr werden ggf. weitere Schritte und Maßnahmen abgeleitet.

Alle weiteren Aufgabenschwerpunkte sind Aspekte des Expertenhandelns und in dieses integriert (vgl. Reiber, 2012):

- *Vermittlerin*: Die Pflegeexpertin kann Informationen unterschiedlichster Quellen aufnehmen, konstruktiv auswerten und miteinander verknüpfen. Sie kann Informationen und ihr eigenes Fachwissen situations- und zielgruppengerecht vermitteln. Sie kann mit Betroffenen und Beteiligten die Ziele und Maßnahmen aushandeln, wobei sie ihre Erfahrung und ihr Wissen dazu nutzt, die zu erwartenden Wirkungen darzulegen. Vermittlerin
- *Interprofessionelle Partnerin*: Die Pflegeexpertin arbeitet mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe fall- und patientenbezogen gleichberechtigt zusammen. Sie bezieht auch Patienten und ggf. ihre Angehörigen in die Zusammenarbeit mit ein. Sie kann Dienstleistungen anderer Organisationseinheiten, wie beispielsweise der Verwaltung oder der Hauswirtschaft, sinnvoll für die Unterstützung ihres professionellen Pflegehandelns nutzen. Umgekehrt liefert sie ihnen die Daten und Informationen, die sie zur Bereitstellung dieser Unterstützungsprozesse benötigen. Interprofessionelle Partnerin
- *Managerin*: Die Pflegeexpertin kann alle mit der Problemlösung verbundenen Organisations- und Steuerungsarbeiten wahrnehmen und führt diese so aus, dass sie dem eigentlichen professionellen Pflegehandeln dienen (und nicht umgekehrt). Sie trifft Entscheidungen auf der Basis von anerkannten und transparenten Kriterien und macht diese anderen nachvollziehbar. Sie geht verantwortlich mit den begrenzten Ressourcen Umwelt, Finanzen, Zeit und Personal um. Managerin
- *Gesundheitsfürsprecherin*: Die Pflegeexpertin stellt ihr Handeln in den Dienst der Gesundheit einzelner Menschen, sozialer Gruppen und der Gesellschaft. Sie nimmt im Rahmen des Pflegeprozesses eine ressourcenorientierte Perspektive ein, um gesundheitliche Potenziale eines Menschen und seines Umfeldes bestmöglich zu berücksichtigen. Dabei hat sie nicht nur die aktuelle Situation, sondern auch zukünftige gesundheitliche Potenziale und Risiken der Person im Blick. Gesundheitsfürsprecherin
- *Lernende und Lehrende*: Die Pflegeexpertin entwickelt ihre Kompetenz fortlaufend weiter und stellt sie anderen als Anleiterin, Mentorin und auch als Vorbild zur Verfügung. Sie unterstützt, so es in ihrer Funktion erforderlich ist, Forschung und Entwicklung und beteiligt sich regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen. Lernende und Lehrende

- Professionelles Vorbild
- *Professionelles Vorbild*: Die Pflegeexpertin folgt in ihrem Handeln und Verhalten den Standards ihrer Profession, steht hinter deren Berufskodex und trägt aktiv in der täglichen Berufspraxis zu seiner Umsetzung bei. Sie beteiligt sich an der Weiterentwicklung des Pflegeberufs und trägt zu seinem gesellschaftlichen Ansehen bei, ohne anderen Professionen zu schaden.

Diese Aufgabenschwerpunkte sind hergeleitet und für das professionelle Pflegehandeln adaptiert aus dem CanMEDS-Modell (Frank, 2005), den »Canadian Medical Education Directions for Specialists« (Frank, 2005, S. vii), das dank seiner weiten Verbreitung nicht mehr nur auf die Ausbildung von Medizinern und auf den kanadischen Raum begrenzt ist. Inzwischen wird das Modell auch in Europa und im deutschsprachigen Raum für Ausbildungsreformen und im Rahmen der Curriculumentwicklung genutzt – nicht nur mit Blick auf die medizinische Ausbildung, sondern auch für andere Gesundheitsberufe (vgl. Reiber, 2012; ► Abb. 1.2).



**Abb. 1.2:**  
Das CanMEDS-Modell  
(vgl. Frank, 2005, S. 3,  
eigene Übersetzung)

Für die Bearbeitung der Fälle bedeutet dieses Rollenmodell, dass jeder Fall als Problemlösungsprozess strukturiert wird. Die Lösung des Falls kann entlang der Wissensgebiete vorgenommen werden, die die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vorgeben, d. h. das Wissen wird fallbezogen nach originärem pflegebezogenem und gesundheitswissenschaftlichem Fachwissen oder pflegerelevanten Kenntnissen aus Medizin, Naturwissenschaften, Geistes- und Sozialwissenschaften sowie aus Recht, Politik und Wirtschaft (vgl. KrPflAPrV, Anlage 1, 2004) aufbereitet und dargestellt.

Innerhalb des Problemlösungsprozesses werden die einzelnen Aufgabenschwerpunkte gemäß ihrer Bedeutung im jeweiligen Fall herausgearbeitet.

# Auszug aus dem Band „Psychiatrie“ (Schmiedgen et al., 2014)

## 2 Menschen, die unter Depression leiden – Gefangen in mir?

Jeder Mensch kennt in seinem Leben Phasen vermehrter Niedergeschlagenheit, Momente der Nachdenklichkeit und Erschöpfung. Doch ab wann wird von Depression gesprochen? Im Unterschied zu der »normalen«, bei allen Menschen vorkommenden Erschöpfung beschreiben die Betroffenen, dass die Bewältigung alltäglicher Arbeiten und die Pflege sozialer Kontakte kaum noch zu bewältigen erscheint und dass sie Schwierigkeiten haben, ihrer Arbeit oder Schule nachzugehen. Es erscheint ihnen unmöglich, den Erfordernissen ihres Alltags gerecht zu werden. Des Weiteren ist die Dauer der anhaltenden Beschwerden von mindestens zwei Wochen ausschlaggebend. Depression ist eine psychiatrische Erkrankung, die behandelt werden muss. Sie kann im schlimmsten Fall lebensbedrohlich werden und/oder unbehandelt einen chronischen Verlauf nehmen. Eine Depression kann jeden Menschen treffen, unabhängig von seinem Alter, seinem Geschlecht oder seinem sozialen Status. Das Gefühl der Ausweglosigkeit kann unerträgliche Maße annehmen. Oftmals nehmen Betroffene die Warnsignale nicht rechtzeitig wahr und nicht selten werden sie auch vom Hausarzt übersehen. Denn Depressionen können sich unterschiedlich äußern. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO (2001) sind Depressionen nach den Herz-Kreislauf-erkrankungen die zweithäufigste Volkskrankheit.

### 2.1 Fallbeispiel Herr Novak

#### Falldarstellung

Herr Adam Novak<sup>2</sup>, 41 Jahre, hatte sich vor vier Wochen erneut bei seinem Hausarzt vorgestellt, da es ihm trotz Krankschreibung zunehmend schlechter ging. Er beschrieb gegenüber seinem Arzt sich ständig müde und erschöpft zu fühlen. Die vergangenen zwei Wochen habe er fast nur im Bett gelegen. Alles falle ihm schwer, er fühle sich kraftlos



2 Alle Namen aus den Fallbeispielen sind frei erfunden.

und selbst die kleinsten Tätigkeiten im Haushalt blieben liegen. Er schaffe es schon lange nicht mehr seine Ehefrau im Haushalt und bei der gemeinsamen Kindererziehung zu unterstützen. Stattdessen schlafe er viel und müsse ständig grübeln. Als leitender Bauunternehmer Sorge er sich sehr um seine berufliche Situation, fühle sich wertlos und zu nichts nutze.

Der Hausarzt von Herr Novak hatte ihm, seinen Schilderungen zu folge, eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik ausgeschrieben, mit der Empfehlung sich dort stationär behandeln zu lassen. Er begründete dies kurz damit, dass er das Vorliegen einer akuten Depression vermute. Eine Woche später fasste sich Herr Novak ein Herz und vereinbarte in der zuständigen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie einen Aufnahmetermin.

Aktuell befindet sich Herr Novak seit drei Wochen in stationärer Behandlung. Im gemeinsamen Aufnahmegespräch mit dem behandelnden Arzt und der zuständigen Bezugspflegerin erzählte Herr Novak, dass er gebürtig aus Polen stamme, was man nur an einem leichten Akzent hörte. Er berichtete in eher einfachen Verhältnissen geboren zu sein. Da er in Polen keine berufliche Zukunft für sich gesehen hatte, kam er mit 20 Jahren das erste Mal nach Deutschland. Schnell ist es ihm durch Fleiß, Ehrgeiz und gute Schulbildung gelungen, in Deutschland beruflich Fuß zu fassen und sich zum selbstständigen Bauunternehmer hoch zu arbeiten. Sein Lebensmittelpunkt wechselte währenddessen langjährig zwischen Polen und Deutschland – zum einen wegen beruflicher Verknüpfungen zu polnischen Geschäftspartnern, jedoch auch wegen seines stark ausgeprägten familiären Verpflichtungsgefühls gegenüber seiner früh verwitweten Mutter.

Erst im Alter von 33 Jahren hatte Herr Novak seine heutige Ehefrau kennengelernt und wurde gemeinsam mit ihr endgültig in Deutschland sesshaft. Er kaufte ein Einfamilienhaus und ein Jahr später folgte die Hochzeit. Ein weiteres Jahr später wurde die heute sechsjährige Tochter geboren. Die Geburt seiner Tochter hauchte Herrn Novak erstmals »eigenes Leben« ein, wie er im Gespräch sagte. Zum ersten Mal im Leben fühlte er sich wirklich glücklich und zufrieden. Die Sorgen um seine Mutter rückten allmählich in den Hintergrund.

Das veränderte sich jedoch im Laufe des vergangenen Jahres. Die Firma lief schlecht und Herr Novak machte einige finanzielle Einbußen. Außerdem wurde seiner Mutter eine beginnende Demenz attestiert, was Herrn Novak sehr besorgte und verunsicherte. Er fühlte sich für das Wohlergehen aller Familienmitglieder sehr verantwortlich und war gleichzeitig vollkommen überfordert. Lange hatte er seine Sorgen mit niemandem geteilt, da er es als unmännlich empfand Schwäche zu zeigen. Stattdessen hatte er versucht, die Situation mit sich selbst auszumachen, um gegenüber seiner Frau und seiner Tochter weiterhin fröhlich und unbeschwert zu wirken. Doch als seine Kräfte und seine Energien zunehmend nachließen, schaffte er es schon bald nicht mehr seinen eigenen Erwartungen zu entsprechen. Er ging nicht mehr zur



Arbeit, zog sich ins Bett zurück, sorgte sich viel im Stillen und weinte, wenn es keiner sehen konnte. Er fühlte sich als Versager und verlor bald jegliches Selbstwertgefühl. Ab und an beschlichen ihn Gedanken, es seinem Vater gleich zu tun und sich das Leben zu nehmen, jedoch konnte er dies seiner Familie nicht zumuten – vor allem der Gedanke an seine kleine Tochter hielt ihn, trotz starker Verzweiflung und schwindender Lebenslust, davon ab.

Seine Schilderungen bestätigten den Verdacht des Hausarztes, dass Herr Novak unter einer Depression leidet, weswegen ihm eine mehrwöchige Therapie angeboten wurde. Herr Novak ließ sich zögerlich und mit einiger Skepsis zunächst auf eine Behandlung von drei Wochen ein. Eine längere Behandlung, so sagte er, könne er sich als selbstständiger Unternehmer wegen der aktuellen finanziellen Situation nicht erlauben und wolle dies auch seiner Familie nicht zumuten.

Während der stationären Behandlung zeigte sich Herr Novak von Anfang an als sehr bemühter Patient. Er nahm pflichtbewusst alle ihm verordneten Therapien wahr und erschien pünktlich zu allen Gesprächsterminen mit Ärzten, Pflegenden und Psychologen. In der therapiefreien Zeit jedoch war er anfangs überwiegend im Bett anzutreffen. Oftmals schien es ihm morgens unmöglich aufzustehen, so dass er oft das Frühstück und manchmal sogar das Mittagessen verpasste. Ohnehin hatte sein Appetit in letzter Zeit stark nachgelassen, so dass er binnen der vergangenen Wochen fünf Kilogramm abgenommen hatte. Seine innere Verzweiflung merkte man ihm äußerlich sehr an. Er wirkte oft traurig, lachte kaum, hielt nur selten Blickkontakt und suchte von sich aus wenig Kontakt zu den Mitarbeitenden. Gegenüber seinen Mitpatienten war Herr Novak sehr zurückhaltend. Die Gesprächsthemen strengten ihn an und machten ihn zugleich wütend.

Er konnte die Gesprächsrunden, in denen andere von ihren Sorgen erzählten nur schwer aushalten und empfand deren Äußerungen als »Jammern«, was überhaupt nicht zu seinen Vorstellungen von Männlichkeit passte.

Aus diesem Grund fiel es ihm zunächst schwer sich gegenüber seinen behandelnden Ärzten und seiner Bezugspflegenden emotional zu öffnen. Er äußerte sich eher sachlich und nüchtern über sein bisheriges Leben. Das Beschreiben seiner Empfindungen und Gefühle strengte ihn sehr an. Deswegen war zunächst eine intensive Beziehungsarbeit notwendig, in deren Verlauf Herr Novak langsam Vertrauen fassen konnte.

Je mehr er schließlich seiner Bezugspflegenden vertraute, desto mehr begann er sich zu öffnen und berichtete über eine lange bestehende nächtliche Schlaflosigkeit mit morgendlichem Früherwachen, Schuld- und Schamgefühlen und der hartnäckigen Empfindung einer inneren Leere und Sinnlosigkeit. Er beschrieb traurig, niedergeschlagen und verzweifelt zu sein, wofür er sich selbst ablehnte. Er sah sich selbst und seine Zukunft sehr negativ und verglich das Leben oftmals mit einer Einbahnstraße, die ihm »kein Zurück« ermöglichte.

Während der stationären Behandlung, die unterschiedliche Therapieformen, einschließlich intensiver Gespräche mit der Bezugspflegerin und dem behandelnden Arzt und eine medikamentöse Begleittherapie beinhaltete, verbesserte sich allmählich Herr Novaks Zustand. Er zeigte morgens weniger Antriebsmangel, schaffte es zeitnah aufzustehen – unabhängig von Terminen – bekam wieder Appetit und nahm an der Station regelmäßig an den Mahlzeiten teil. Er begann auch, sich mehr auf Kontakte zu anderen Patienten einzulassen: So unterhielt er sich immer öfter, tauschte Erfahrungen aus und nahm häufiger an Angeboten der Station teil, wie beispielsweise gemeinsames Backen am Wochenende oder Spielerunden am Abend. Bei seinen Mitpatienten galt Herr Novak schnell als ein kluger, erfahrener und nachdenklicher Mann und beliebter Gesprächspartner. So beliebt zu sein, gefiel Herrn Novak und er gewann wieder an Offenheit, Lebendigkeit und Selbstachtung.

Zu Beginn der stationären Behandlung hatte Herr Novak seine Frau gebeten, ihn nicht in der psychiatrischen Klinik zu besuchen, weil er sich schämte, diese Hilfe überhaupt in Anspruch nehmen zu müssen. Inzwischen kam die Ehefrau nun regelmäßig an den Wochenenden und teilweise auch kurz an Werktagen, um ihn zu besuchen. Am vierten Wochenende fühlte sich Herr Novak erstmalig bereit, eine Nacht zu Hause zu schlafen. Es war ihm wichtig, wieder aktiv Zeit mit seiner Familie zu verbringen und obwohl ihn diese gemeinsame Zeit zu Hause noch sehr anstrengte, bemerkte er, wie er allmählich wieder Freude empfinden konnte. Er begann sich seiner Ehefrau gegenüber zu öffnen und traute sich seine inneren Konflikte auszusprechen. Den Vorschlag des Arztes, gemeinsam mit ihm ein Paargespräch zu führen, nahm er nach anfänglichem Zögern, dankend an.

Herr Novak begann zunehmend von der stationären Therapie zu profitieren. Sein allmählich stabilisierter Zustand erlaubte es ihm immer aktiver auf die Behandlung Einfluss zu nehmen. Er formulierte persönliche Behandlungsziele und stimmte ein, noch für weitere vier Wochen in stationärer Behandlung zu bleiben.

## 2.2 Die Erkrankung: Begriffe, Ursachen, Verlauf und Diagnostik



### Depression

(lat. Deprimere, depressus = niederdrückend, herabziehend)  
 Depressionen gehören zu dem Formenkreis der affektiven Störungen. Sie sind gekennzeichnet durch die Unfähigkeit zur Freude, Hemmung

des Denkens und der Psychomotorik und durch vegetative Störungen. Aufgrund der mit ihr verbundenen Phänomene wie Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Appetitlosigkeit usw. werden sie auch als die Krankheit der »-losigkeit« bezeichnet.

### Affektive Störungen

Affektive Störung ist eine Sammelbezeichnung für jede deutliche von der Norm abweichende Veränderung der Gestimmtheit eines Menschen. Dabei kann die Stimmung nach oben abweichen, z. B. in Form einer Antriebssteigerung verbunden mit euphorischen Gefühlen oder mit besonderer Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit wie bei den depressiven Störungen.



### Affekt

(lat: affectus = Gemütsverfassung)  
Bezeichnung für zeitlich kurze und intensive Gefühlsregung. In der Regel mit physiologischen Veränderungen. Emotion und Stimmung bezeichnet dagegen länger andauernde Grundbefindlichkeiten.



### Ursachen von Depression

Es gibt nicht die eine Ursache bei der Entstehung von Depression. Bei psychischen Erkrankungen geht man von einem multifaktoriellen Entstehungsmechanismus aus, d. h. es müssen erst verschiedene Faktoren zusammenkommen, damit der Mensch erkrankt.

Vermittlerin

*Belastende Lebensereignisse* können verschiedene Ausmaße annehmen und unterschiedlicher Natur sein. Als Beispiele dafür können Trennung vom Lebenspartner, Arbeitsplatzverlust, chronischer Stress oder traumatische Erlebnisse gelten. Jedoch auch positiv einschneidende Momente können Auslöser sein, wie die Geburt eines Kindes, der bestandene Schulabschluss, Heirat etc.

Belastende Lebensereignisse

### Am Fallbeispiel

Die Firma machte Herrn Novak vermehrt Sorgen – die Aufträge stockten und die Familie geriet zunehmend in finanzielle Engpässe. Seiner Auffassung nach war es seine Aufgabe als Familienoberhaupt, die Familie materiell gut zu versorgen und auch dem Wunsch seiner Ehefrau nach einem größeren Haus zu entsprechen. Deswegen arbeitete Herr Novak sehr hart, bemühte sich um Neukunden und sah seine Familie bald nur noch am späten Abend. Als Herr Novak dann vor circa einem



halben Jahr von der Verschlechterung der Gesundheit seiner Mutter erfuhr, der die Ärzte in Polen eine beginnende Demenz attestierten, verschlechterte sich auch sein eigener gesundheitlicher Zustand. Er machte sich viele Sorgen um seine Mutter und seine eigene familiäre Situation.

Biologische,  
genetische  
Faktoren

*Biologische, genetische und physische Faktoren* beinhalten Störungen des Neurotransmittersystems oder das Vorliegen anderer körperlicher Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenerkrankungen, Apoplex, Parkinson. Es kann auch eine erbliche Vorbelastung in einer Familienanamnese bestehen.



#### Am Fallbeispiel

Herr Novaks Vater setzte seinem Leben durch Suizid ein Ende. In diesem Zusammenhang könnte man das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und somit eine familiäre Vorbelastung vermuten.

Soziale Faktoren

Zu den sozialen Faktoren zählen nicht nur die aktuelle Situation des Menschen in Bezug auf seinen Arbeitsplatz, seine sozialen Kontakte und seine Partnerschaft. Sie beinhalten ebenso andere Lebensereignisse wie den Verlauf der Kindheit und der Schulzeit.



#### Am Fallbeispiel

Herr Novak wuchs in wenig stabilen Verhältnissen auf. Die frühere Familienatmosphäre war durch chronische Geldsorgen ständig überlagert. Seine Eltern, er selbst sowie sein jüngerer Bruder waren den materiellen Verzicht gewohnt. Als sich sein Vater ums Leben brachte, als Herr Novak 18 Jahre alt war, fühlte er sich frühzeitig für das Wohl seiner Familie sehr verantwortlich. Damals hatte er es sich als Familienältester zur Aufgabe gemacht, die Familie bestmöglich zu versorgen.

Traumata

*Umwelteinflüsse* können den Ausbruch einer Erkrankung begünstigen. Vor allem betrifft dies in den Wintermonaten die verminderte Lichtkonzentration und durch die Kälte eventuelle verminderte Freizeitaktivität.

Frühere *Traumata* beinhalten traumatische Ereignisse im Leben eines Menschen, deren Verarbeitung nicht ausreichend stattfinden konnte. Was bei einem Menschen ein Trauma auslösen kann ist sehr unterschiedlich und muss im Kontext der jeweils vorhandenen Bewältigungsfähigkeiten gesehen werden.

Klimakterium und  
Entbindung  
Medikamente

*Klimakterium und Entbindung* können durch die hormonellen Veränderungen psychische Erkrankungen begünstigen.

Manche *Medikamente* können als Nebenwirkung Auswirkung auf die Psyche haben z. B. Betarezeptorenblocker, Antihistaminika oder Antiparkinsonmittel.

## Verbreitung

Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass Depressionen zu den häufigsten Erkrankungen gehören und etwa 12 % aller Erkrankungen ausmachen (WHO 2001). Frauen erkranken häufiger an einer depressiven Störung als Männer und alleinerziehende Mütter sind im Vergleich zu verheirateten Müttern einem noch deutlich größeren Risiko ausgesetzt (Skärsäter 2010).

## Verlaufsformen

Eine einmalige Episode beinhaltet das Auftreten einer Depression entweder zum ersten Mal im Leben einer Person oder das einmalige Auftreten der Erkrankung. Von rezidivierenden, also wiederkehrenden depressiven Episoden spricht man, wenn zwischen den Phasen eine »gesunde« Zeit von mindestens sechs Monaten besteht. Der chronische Verlauf ist gekennzeichnet durch ein Anhalten der depressiven Beschwerden länger als zwei Jahre. Saisonal abhängige Depression, auch »Herbst-Winter-Depression« genannt, ist vor allem im Zusammenhang mit der dunklen Jahreszeit zu sehen.

## Schweregrade

Depressionen können in unterschiedliche Schweregrade eingeteilt werden. Je nach Anzahl der vorhandenen Symptome kann der Schweregrad definiert werden. Man unterteilt Symptome in Haupt- und Zusatzsymptome. Zu den Hauptsymptomen der Depression zählen unter anderem der Verlust von Interessen und Freude, die depressive Stimmung und die Verminderung des Antriebs. Als Zusatzsymptom kann zum Beispiel die Konzentrationsstörung, eine Appetitminderung und suizidale Gedanken gewertet werden. Diese Einteilung dient zur Orientierung und zur Festlegung des Therapiezeitraums und ausgewählter Therapie- und Pflegeziele.

Schweregrad	Erläuterung
Leichte depressive Episode	Über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen treten zwei Hauptsymptome plus zwei Zusatzsymptome auf.
Mittelschwere depressive Episode	Über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen treten zwei Hauptsymptome plus 3–4 Zusatzsymptome auf.
Schwere depressive Episode	Über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen treten alle drei Hauptsymptome plus mindestens vier Zusatzsymptome auf.

**Tab. 2.1:**  
Unterscheidung  
Schweregrade

## 2.6 Die unterschiedlichen Rollen der Pflegenden

Wie in diesem Kapitel deutlich wurde, nehmen die Pflegenden in der Arbeit mit Herrn Novak unterschiedliche Rollen ein.

Pflegeexpertin

Die Rolle des Pflegeexperten wird nicht nur an der ausführlichen Darstellung der Pflegediagnostik und der Gestaltung der Pflegeinterventionen und Zugangswege ersichtlich, sondern zeigt sich schon in der Situation des Aufnahmegesprächs, das ja bereits der Informationssammlung dient und interprofessionell durchgeführt wird.

Interprofessionelle Partnerin

Auch im weiteren Verlauf zeigt sich die interprofessionelle Zusammenarbeit an verschiedenen Schnittstellen, so z. B. wenn die Pflegenden Herrn Novak bitten, seine Beschwerden, die möglicherweise in Zusammenhang mit Nebenwirkungen seiner Medikation stehen, auch dem Arzt mitzuteilen, damit dieser evtl. die Medikation anpassen kann oder wenn Bezugspflegende und Arzt unabhängig voneinander Herrn Novak über die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten informieren und es ihm so ermöglichen, sich für eine Behandlungsform zu entscheiden.

Vermittlerin

Hier wird zugleich die Rolle des Kommunikators eingenommen, der auf sprachliche Aushandlungsprozesse spezialisiert ist und dazu die Kommunikation sehr bewusst gestaltet und dafür auch theoretische Modelle wie das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun oder das Modell von Watzlawick nutzt. Dabei handelt die Pflegenden sowohl eigen-, als auch mitverantwortlich, indem sie sich einem gemeinsamen Behandlungsziel, der Verbesserung des Gesundheitszustands von Herrn Novak, verpflichtet sieht und dazu den pflegerischen Anteil eigenverantwortlich gestaltet. Dazu nutzt sie die Ressourcen von Herrn Novak wie z. B. seine Kenntnisse über Sport und Kultur, um ihn bei der Integration in die Gemeinschaft der Patienten zu unterstützen, mit dem Ziel seinen Selbstwert durch die Akzeptanz in der Gruppe zu steigern.

Managerin

Ein solches Vorgehen wird hier unter der Rolle einer Managerin angesiedelt. Zwar handelt die Pflegenden hier nicht explizit unternehmerisch, aber sie trägt durch ihr professionelles Handeln dazu bei, Herrn Novak in seinem Symptommanagement zu unterstützen und sorgt so indirekt für einen angemessenen Behandlungszeitraum und das stellt selbstverständlich ein unternehmerisches Interesse dar.

Gesundheitsfürsprecherin

Gleichzeitig nimmt die Pflegenden auch die Rolle einer Gesundheitsberaterin ein. Indem sie mit Herrn Novak an seinen Ansprüchen an sich selbst und an seinen männlichen Rollenvorstellungen arbeitet, schafft sie bei Herrn Novak ein Bewusstsein dafür, an welchen Stellen er sich selbst unter einen hohen Erwartungsdruck setzt und zeigt ihm gleichzeitig auf, wie er diese Vorstellungen und Erwartungen verändern kann. Damit arbeitet sie auch präventiv und beugt dem erneuten Auftreten einer depressiven Episode vor. Dazu trägt selbstverständlich auch die gut vorbereitete Entlassungsplanung bei.

Lernende und Lehrende

Mit der Schilderung der Reflexion im Team und in der Teamsupervision wird schließlich auch die Rolle der Lehrenden und Lernenden ange-

sprochen. In diesen Situationen profitieren nicht nur die Pflegenden sondern auch die anderen Berufsgruppen voneinander, denn Teamsitzungen und Supervisionen finden in der Psychiatrie in der Regel in einer multi-professionellen Besetzung statt.

Im gemeinsamen Nachdenken über einen Patienten werden die angesprochenen Fallstricke, wie z. B. Herrn Novak aus Überfürsorglichkeit zu viele Pflichten abzunehmen, deutlich und die Beteiligten lernen sowohl etwas über den Patienten als auch über sich selbst. Insofern sind die Teammitglieder untereinander Lernende und Lehrende zugleich und damit auch professionelles Vorbild, weil Haltungen, Annahmen und Handlungsmotive ausgesprochen und begründet werden müssen.

Professionelles  
Vorbild

## Die Bände der Reihe im Überblick

alle Titel  
auch als  
EBOOK

Juliane Dieterich  
Karin Reiber

### Fallbasierte Unterrichtsgestaltung Grundlagen und Konzepte

Didaktischer Leitfaden für  
Lehrende

2014. 136 Seiten, 17 Abb. Kart. € 24,-  
€ 24,99  
ISBN 978-3-17-022604-3

S. Schmiedgen/B. Nitzschke/  
H. Schädle-Deiningner/  
S. Schoppmann

### Psychiatrie

2014. 204 Seiten. Kart. € 24,99  
ISBN 978-3-17-023017-0

Annika Grote/Heike Thiele

### Rehabilitation

2014. 212 Seiten. Kart. € 24,99  
ISBN 978-3-17-022607-4

Michael Schilder

### Geriatric

Ca. 180 Seiten. Kart. Ca. € 24,-  
ISBN 978-3-17-022693-7

Marion Großklaus-Seidel/  
Margret Flieder/  
Karen Widemann

### Ambulante und stationäre Palliativpflege

Ca. 180 Seiten. Kart. Ca. € 24,-  
ISBN 978-3-17-022397-4

Thomas Fischer

### Stationäre Langzeitpflege

Ca. 180 Seiten. Kart. Ca. € 24,-  
ISBN 978-3-17-022489-6

### Ambulante Pflege

In Vorbereitung

### Chirurgie

In Vorbereitung

### Gynäkologie und Geburtshilfe

In Vorbereitung

### Innere Medizin

In Vorbereitung

### Pädiatrie

In Vorbereitung



## Ich bestelle

Exemplare ISBN 978-3-17-...

Autor, Titel

Bitte  
freimachen

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels).

Datum

Kenntnisnahme/Unterschrift

W. Kohlhammer GmbH  
Vertrieb  
70549 Stuttgart

Die genannten Preise enthalten die gesetzliche Umsatzsteuer. Zusätzlich berechnen wir bei Direktbestellung über den Verlag W. Kohlhammer die zu marktüblichen Konditionen anfallenden, tatsächlichen Versandkosten entsprechend dem Gewicht der Lieferung. Preise z. Z. der Drucklegung. Änderungen und Irrtum vorbehalten. Art.-Nr. 91032. Stand: 6/2014



Bitte ausschneiden  
und einsenden

oder per Fax:  
0711/7863-8430

Telefon:  
0711/7863-7280

E-Mail:  
vertrieb@kohlhammer.de

## Kohlhammer im Internet

### In unserem Webshop finden Sie:

- alle Informationen zum gesamten Fachbuchprogramm
- Leseproben, Rezensionen und Inhaltsverzeichnisse
- E-Books (PDF und EPUB)
- bequeme und sichere Bestellung
- versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands  
ausgenommen Fortsetzungsbezüge und Abonnements

► [www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)



## Kohlhammer Newsletter

Mit unseren Newslettern bleiben Sie stets auf dem Laufenden. Melden Sie sich für Ihr Fachgebiet an: [newsletter.kohlhammer.de](mailto:newsletter.kohlhammer.de)

## Kohlhammer Blog

Auf unserem Blog stellen wir regelmäßig unsere Autoren und aktuelle Neuerscheinungen in kurzen Artikeln und interessanten Interviews vor: [blog.kohlhammer.de](http://blog.kohlhammer.de)