

Berufsübergreifende Zusammenarbeit im Krankenhaus – Chance und Herausforderung

J. Degenhardt

Marienhaus Klinikum Bendorf-Neuwied-Waldbreitbach

Zusammenfassung

Pflege und Medizin haben aus ihrem beruflichen Selbstverständnis heraus unterschiedliche Paradigmen des Umganges mit Patienten, was häufig zu Konflikten in der praktischen Zusammenarbeit führt. Die vorliegende Arbeit beleuchtet diese Problematik aus dem Blickwinkel der Gesundheitswissenschaft und der Psychoanalyse. Sie geht auf die Differenz der Paradigmen ein und stellt Veränderungsmöglichkeiten vor. Konsequenzen für die Führung, für das berufliche Selbstverständnis, für die Verantwortungsübernahme, für die eigene Motivation und unterschiedliche Schwerpunkte bei der Diagnosestellung werden dargestellt. Weiter wird auf Strukturen hingewiesen, die die Paradigmenangleichung von Pflege und Medizin leichter möglich machen. Auf den Effekt der Teamentwicklung im Sinne der Erleichterung der Paradigmenangleichung wird eingegangen.

© Hippocampus Verlag 2005

Teil I – Paradigmen

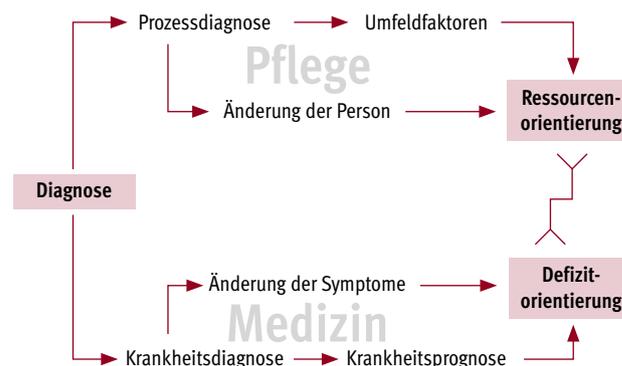
Bei der Kooperation von Pflege und Medizin geht es um fünf Aspekte, die, aus der Sicht der Pflege und der Medizin betrachtet, zu jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen führen. Es handelt sich dabei um den diagnostischen Aspekt, den Versorgungsaspekt, den Verantwortungsaspekt, den motivationalen Aspekt und zuletzt den Führungsaspekt bzw. den Aspekt der Einflussnahme aufeinander und auf den Patienten.

Diagnose

Diagnose leitet sich von den Begriffen »dia«, griechisch für durch, und »gnoscere«, lateinisch für erkennen, her. Diagnose meint das Erkennen des zugrundeliegenden Krankheitsbildes durch die bestehende Symptomatik hindurch. Pflege ist wie die Medizin am Prozess der Genesung interessiert, Pflege beobachtet dabei aber direkter und öfter am Tag die Veränderung der Symptomatik und fokussiert damit den Längsschnitt, den Verlauf. Bei dieser Längsschnittsbetrachtung über Tage und Nächte werden wegen der ständigen Ansprechbarkeit der Pflege Umfeldfaktoren eher von ihr wahrgenommen [7]. Pflege steht mit Personen aus dem Umfeld der Patienten auf der Station in direktem Kontakt, so dass die Integration des Familiensystems, die Arbeit mit den Angehörigen zum Teil expliziter Auftrag für die Pflege geworden ist. Durch das Wissen um die sozialen Ressourcen

und das Erspüren der psychischen Ressourcen des einzelnen Patienten entwickelt sich diese umfassendere Diagnose auf dem Boden der ständigen Verfügbarkeit der Pflege fast automatisch [2]. Das entsprechende Wissen ist der einzelnen Pflegekraft häufig mehr vorbewusst als kognitiv bewusst. Pflege nimmt eher automatisch wahr und vermittelt die Prozessdiagnose mit hoher Sprach- und Symbolvariabilität an die anderen Berufsgruppen. Das, was im Rahmen des Assessments, der multiprofessionellen Wertung des gesamten Krankheitsbildes geleistet werden soll, übernimmt in der durch Zeitdruck geprägten eher funktionalistisch-mechanistischen Medizin der heutigen Krankenhauslandschaft die

Abb. 1: DIAGNOSTISCHER ASPEKT



Pflegekraft oft als impliziten Auftrag, ohne wissenschaftliche Bewertung dieses Tuns und damit leider nur wenig reproduzierbar. Bezogen auf die Diagnose ist der Arzt im Rahmen der Querschnittsdiagnose eher darauf konzentriert, die aktuelle Befindlichkeit im Zusammenhang mit der Krankheit zu erfassen. Er definiert die Symptomatik des Kranken als Zielpunkt der Veränderung und ist dementsprechend defizitorientiert. Umfeldfaktoren werden eher sekundär bewertet, die Prognose des Krankheitsbildes wird aus Diagnose, Empirie und eventuellen Begleiterkrankungen des Patienten erschlossen. Im Rahmen der Diagnose ist der Arzt also symptomzentrierter und damit unaufmerksamer für sozialmedizinische und gesundheitswissenschaftliche Fassbarkeiten im Einzelfall. Die Pflegeperson dagegen ist aufmerksam auch für das Umfeld des Einzelnen, aber weniger konzentriert auf die Querschnittsdiagnose. Aus der Psychopathologie ist bekannt, dass menschliches Tun über den Begriff der Konzentration und über den Begriff der Aufmerksamkeit beschreibbar ist. Konzentration, also die Zentrierung auf einen Punkt, mindert Aufmerksamkeit. Aufmerksamkeit dagegen, als die freie Öffnung für alle Sinneseindrücke mit der Möglichkeit, sie zu beantworten, mindert Konzentration. Pflegerische und ärztliche Handlung bedingt beides, sowohl die Konzentration auf das Wesentliche und das konzentrierte Abarbeiten dessen, was vorrangig ist, als auch die Aufmerksamkeit für alle Bedürfnisse, Botschaften und zwischenmenschlichen Nuancen, die nicht im Zentrum stehen. In der Abgrenzung von Pflege und Medizin besteht die Tendenz, dass Pflege eher aufmerksam für alle Bedürfnisse des Patienten ist, die Medizin dagegen konzentriert auf Defizite (Abb. 1).

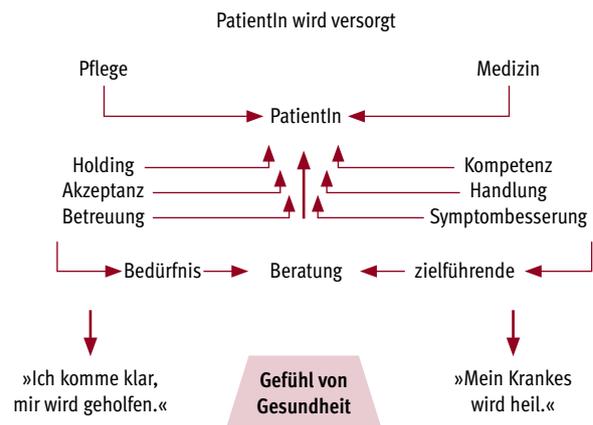
Den Versorgungsauftrag am Patienten erfüllen beide gemeinsam eher, wenn beide Berufsgruppen sowohl konzentriert auf die Querschnittsdiagnose als auch aufmerksam für den Prozess der Gesundheitsentwicklung sind.

Versorgung

Die Pflege versorgt den Patienten schon durch die von ihr ausgehende Haltefunktion. Der Begriff der »holding function« entstammt dem psychoanalytischen Denken *Winnicotts* [13], der diese Funktion als Haltefunktion dem Muttersein zuordnete und damit ein averbales, schützendes Umgehen mit dem Patienten meinte. Dieses ist verbunden mit der Akzeptanz des ganzen Menschen und einer eher ganzheitlichen Betreuung. Die Medizin wirkt versorgend über die medizinische funktionale Handlung auf die Patienten ein, sowohl über die ärztliche inhaltliche Kompetenz als auch über die juristisch definierte Kompetenz einer erlaubten Körperverletzung. Diese Versorgung bezieht sich auf das Symptom und zielt auf Symptombesserung. Insofern kann man die Versorgung durch die Medizin als eher auf Symptombesserung abzielend und die Versorgung durch die Pflege eher als bedürfnisorientiert bezeichnen (Abb. 2).

Durch Berücksichtigung beider Versorgungsaspekte wird der Auftrag erfüllbar. Der Patient macht dabei nach *Dörner* eine Patientenkarriere über mehrere Stufen der beginnenden Erkenntnis von Krankheit durch. Aus dem Grund-

Abb. 2: Versorgungsaspekt



gefühl, dass irgend etwas nicht stimmt, entsteht die Gewissheit des Krankseins, der Wunsch nach diagnostischer Einschätzung und die Übernahme der Patientenrolle mit der Akzeptanz von Hilfe. Im Laufe der Behandlung oder danach entsteht das Gefühl, wieder gesund zu sein (Abb. 3). Auch dieses rekrutierende Gefühl von Gesundheit wird von beiden Berufsgruppen gemeinsam geprägt. Einerseits entsteht in der Phase der Genesung im Krankenhaus ein mehr atmosphärisch-ganzheitliches, subjektives Gefühl der Erleichterung, das eher die Pflege vermittelt, andererseits entsteht auf dem Boden der Symptomreduktion ein objektives Wissen um Gesundheit.

Abb. 3: Patientenkarriere (Dörner 1975) [9]

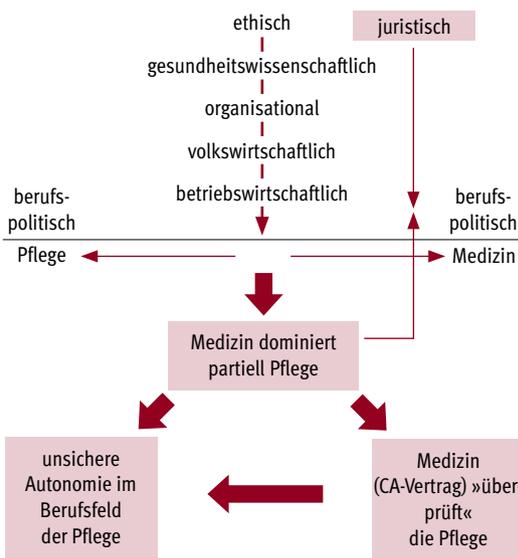
Erstes Stadium:	»Etwas stimmt nicht.«	→ Symptomerfahrung
Zweites Stadium:	»Ich bin krank.«	→ Krankenrolle
Drittes Stadium:	»Ich muss zum Arzt.«	→ Diagnosestellung
Viertes Stadium:	»Ich bin Patient.«	→ Akzeptanz der Hilfe
Fünftes Stadium:	»Ich werde gesund.«	→ Ende der Patientenkarriere

Der Patient braucht sowohl das subjektive Gefühl von Erleichterung als auch das objektive, kognitive Wissen um Besserung. Nur dann wird er die Erkrankung nicht nur als Destruktion erleben, sondern auch als seine Aufgabe. Der Patient übernimmt die Aufgabe, sich selbst zu schützen. Diese Haltung erst ermöglicht sekundäre Prävention. Aus der Angst vor der Erkrankung kann (Selbstfür-)Sorge werden, die zielführend als Vorsorge im Sinne der Sekundärprävention gestaltetet werden kann [12]. Diese basiert auf der Einsicht des Patienten [5, 11]. Die Einsicht ist prägar durch die Beachtung der »holding function« und der symptomorientierten Behandlungskompetenz durch beide Berufsgruppen. Für diese Vorsorge haben Pflege und Medizin gemeinsam Verantwortung.

Verantwortung

Die Verantwortung von Pflege und Medizin bezieht sich sowohl auf die Patientenversorgung als auch auf den krankheitsentsprechenden Ressourcenverbrauch. Pflege und Medizin haben hier gemeinsam ethische Verantwortung, gesundheitswissenschaftliche Verantwortung, organisationale Verantwortung, volkswirtschaftliche Verantwortung und natürlich auch betriebswirtschaftliche Verantwortung. Bezogen auf die juristische Definition der Verantwortlichkeit für das, was am Patienten geschieht, wird diese mehr von der Medizin getragen (Abb. 4).

Abb. 4: Verantwortungsaspekt



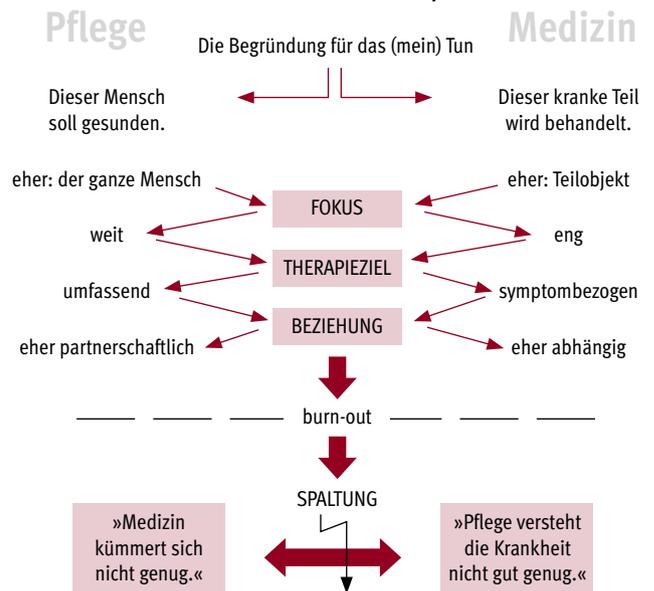
Die Pflege ist in der juristischen Wertung Vollziehungshilfe der Medizin. Die Tatsache, dass die Pflege für juristisch falsches Handeln am Patienten seltener in die Verantwortung genommen wird, führt zu einer höheren Belastung und zu einer höheren Bewertung der medizinischen Arbeit. Das prägt (noch) die berufliche Identität der Pflegekräfte, insbesondere wenn sie bei aller Akademisierung und aller Autonomie von der Justiz immer noch als sekundär betrachtet werden [10].

Motivation

Trotz des unterschiedlichen Ausmaßes der juristischen Verantwortung bezieht sich der motivationale Aspekt von Pflege und Medizin zunächst auf Hilfeleistung. Entsprechend den diagnostischen Aspekten bezieht sich die Motivation der Pflege eher auf den ganzen Menschen, die Motivation der Medizin auf ein durch den speziellen Krankheitsaspekt repräsentiertes spezielles Fachgebiet der Medizin. Motivation ist damit nicht nur generell Hilfe, sondern Hilfe plus Methodenwahl. Eine Motivation, die sich wie bei der Pflege direkter auf die Versorgung des ganzen Menschen bezieht,

hat den Vorteil, dass sich aus ihr ein eher partnerschaftlicher Umgang mit dem Patienten entwickeln kann. Aus diesem partnerschaftlichen Umgangsstil kann sich aber eine fehlende professionelle Distanz zum Patienten entwickeln, eine fehlende Abgrenzung, die über die Über-Ich-Belastung eher zum burn-out führen kann. Aus der Motivation, symptombezogen mit der eigenen Methode zu (be-)handeln und zu helfen, kann sich eher eine Abhängigkeitsbeziehung zwischen Patient und Arzt entwickeln. Die enge Beziehungsführung an Symptom und Methode führt aber eher dazu, dass der als abhängig erlebte Patient ein subjektiv überhöhtes Verantwortungsgefühl im Arzt entstehen lässt, das dann trotz der schützenden Teilobjektbeziehung ebenfalls zum burn-out führen kann. Das burn-out kann bei beiden Berufsgruppen zu Spaltung mit entsprechender Vorurteilsbildung führen: Die Medizin könnte das Vorurteil entwickeln, dass die Pflege zu wenig weiß, die Pflege könnte das Vorurteil entwickeln, dass sich die Medizin nicht umfassend um den Menschen kümmert (Abb. 5).

Abb. 5: Motivationaler Aspekt



Führung und Hierarchie

Ein Krankenhaus wird geführt, im Krankenhaus wird geführt. Obwohl Pflege in den Pflegestandards nicht von Führung, sondern von Beratung und Aufklärung der Patienten spricht und obwohl die Selbstbestimmung des Patienten Qualitätskriterium ist [6], wird natürlich auch von der Pflege auf letzteren Einfluss genommen. Ärzte propagieren ebenfalls einen partnerschaftlichen Dialog mit ihren Patienten, und auch sie sind zu Aufklärung und Beratung verpflichtet. Häufig kommt es aber zu einem regressiven Vertrauensdialog im Sinne der Entscheidungsführung durch den Arzt. Diese unterschiedlichen Formen von partnerschaftlicher, beratender Einflussnahme und Entscheidungsführung im Dialog auf dem Boden einer Abhängigkeitsbeziehung birgt die Gefahr einer Kommunikationsstörung im Handlungs-dreieck

von Pflege, Medizin und Patient. Ist der Dialog zwischen Pflege und Medizin gestört und als Konsequenz die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft zu eng, wird Medizin zum Funktionsaspekt. Wirkt sich die Kommunikationsstörung zwischen Pflege und Medizin so aus, dass die Beziehung zwischen Patient und Arzt zu eng wird, wird Pflege zum Vollziehungsgehilfen. Wird dagegen die Beziehung zwischen Medizin und Pflege zu eng, werden Patienten zu Querulanten. Diese Gefahr der Polarisierung im Behandlerdreieck wird um so größer, je mehr Ansprüche dieses erfüllen muss. Hier wirken sich aber Ansprüche von drei oder vier Hierarchiesäulen aus:

Der kaufmännische Direktor nimmt Einfluss über die Kostenregulation, die Pflegedienstleitung über Pflegestandards, die ärztliche Direktion über Behandlungspfade und die Oberin über Kulturgestaltung, oft über Qualitätsmanagement und Trägerrepräsentanz (Abb. 6). Wird der »Anspruchserfüllungsdruck« einer oder mehrerer Säulen zu groß, so kann es dazu kommen, dass sich alle drei Personen des Behandlerdreiecks miteinander identifizieren, quasi »zusammenrücken« und die Identifikation mit der Organisation aufgeben. Sie alle sind oder fühlen sich als Opfer. Damit werden Kostenkalkulation, Standardentwicklung, Behandlungspfad und corporate culture als unwichtig und störend empfunden, und die Führungsriege wird entwertet. In diesem Fall wird nicht mehr top-down geführt. Alles wird isoliert an der Basis geregelt, die direkten Behandler aus Pflege und Medizin identifizieren sich mit dem Patienten und grenzen sich von den hierarchischen Einflussgrößen ab. Dadurch entsteht die Gefahr der Etablierung einer subkulturellen Opfergemeinschaft zwischen Patienten, Stationsärzten und Stationschwestern. Es lassen sich also im Bereich der Diagnose, des versorgenden Umganges mit Patienten, der Verantwortung und der Motivation und Führung unterschiedliche Schwerpunktsetzungen finden, die im Dialog der täglichen Zusammenarbeit beider Professionen Konflikte nach sich ziehen können, be-

sonders wenn die Paradigmen nicht bewusst im Dialog angesprochen und im Einzelfall bewertet werden [8].

Im Unterschied zu den versorgungsüblichen Abteilungen der medizinischen Hauptfächer finden sich im Krankenhaus durchaus Bereiche, in denen die unterschiedlichen Paradigmen von Pflege und Medizin weniger unterschiedlich spürbar sind. Es sind dies Abteilungen oder Stationen für Geriatrie, Psychosomatik, Palliativmedizin sowie Ambulatorien und Tageskliniken, in denen Pflege und Medizin weniger konkurrierend arbeiten und sich im gemeinsamen Dialog mit anderen Berufsgruppen befinden. Es scheint also Abteilungen zu geben, in denen bei den gleichen grundlegenden Paradigmen von Pflege und Medizin Vormachtstellungen aufgegeben werden, Konkurrenzen nicht konfliktuös ausgeglichen werden und Wissenskompetenz und Erfahrungskompetenz aller Berufsgruppen integrierbar sind.

Beispiel:

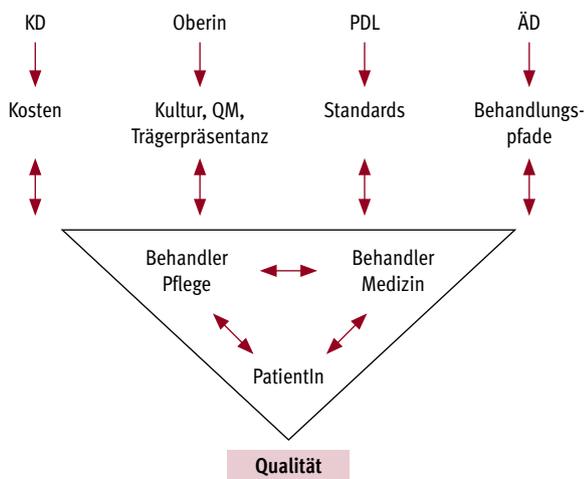
In Einrichtungen der geriatrischen Versorgung entdeckt man mehr Interdisziplinarität, mehr Verpflichtung zum gegenseitigen »aufeinander beziehen«, was durch die Verpflichtung zu einer einheitlichen Einschätzung von Defizit und Ressource des Patienten im geriatrischen Assessment seine Struktur findet. Die ärztliche Diagnose entspricht hier durch die Integration einer Prozessdiagnose dem impliziten pflegerischen Denken. Gezwungen durch das Assessment ergibt sich automatisch, dass man gemeinsam auch sozialmedizinische und sozialpsychologische Aspekte einbezieht. Die gemeinsame Hilfe ist klar auf den einzelnen Patienten ausgerichtet und nicht an Methoden gebunden. Bezogen auf den Versorgungsaspekt heißt das, dass sowohl Medizin als auch Pflege mit Kompetenz und gerichteten Handlungen auf die Symptombesserung hinarbeiten, damit eine zielführende Beratung durchführen, gleichwohl aber gemeinsam die umfassende Betreuung, die »holding function«, anbieten. Die medizinische Vormachtstellung wird immer dann relativiert, die Konflikthaftigkeit zwischen Pflege und Medizin weicht immer dann einem partnerschaftlichen Dialog, wenn die Paradigmen von Diagnose, Motivation, Einflussnahme, Versorgungspraktik und Verantwortung von Pflege und Medizin strukturell angeglichen werden.

Durch zunehmende Professionalisierung, Akademisierung und Spezialisierung der Pflege, durch zunehmende Definition von Pflegestandards, Festlegung eigener Pflegeanamnesen und daraus abgeleiteter Verfahren wird die Pflege auch stärker in die Verantwortungspflicht am Patienten genommen werden. Das Mandat der Profession Pflege wird wachsen.

Teil II – Herausforderungen

Eine Herausforderung besteht in der gemeinsamen Übernahme der juristischen Verantwortung für pflegerische und medizinische Handlungen gleichermaßen und in der damit verbundenen Verstärkung des Riskmanagements auch im pflegerischen Bereich.

Abb. 6: Führungsaspekt



Cave: Entwicklung einer Opfergemeinschaft

Eine weitere Herausforderung ist die Angleichung der hierarchischen Ebenen in Medizin und Pflege. Trotz der zahlenmäßig deutlich stärkeren Berufsgruppe der Pflegenden sollte deren innerhäusliche Struktur entsprechend der ärztlichen Organisation auf drei Ebenen reduziert werden. Strukturähnlichkeit hilft, definierte Feedbackschleifen zu etablieren. Eine weitere Herausforderung ist die Integration von Geriatrien, psychosomatischen Abteilungen, Palliativabteilungen bzw. Hospizstationen. Dies begründet sich zunächst in der inhaltlichen Notwendigkeit der Integration dieser Angebote zur Steigerung der Versorgungsqualität. Die Schaffung solcher Strukturen ermöglicht aber zusätzlich zum Gewinn der besseren Patientenversorgung einen konfliktfreieren Umgang von Pflege und Medizin, da die Paradigmen hier strukturell angeglichen sind. Dies gelingt auch durch die Teamentwicklung solcher Stationen. Ein Team als Gruppe von Mitarbeitern aus verschiedenen Bereichen ist eine reflektierende Leistungseinheit der Organisation [1]. Die Leistung der Teams besteht im Krankenhaus darin, verschiedene Informationen aus den Einzelbeziehungen zum Patienten zusammenzuführen und das komplexe ganzheitsmedizinische Krankheits- und Gesundheitsbild des Patienten zu erfassen. Da im Team mehrere Mitarbeiter mit unterschiedlichen Professionen, Ausbildungen und Sichtweisen zusammen sind, ist die Chance, den Gesamtauftrag am einzelnen Patienten zu erfassen, groß. Darüber hinaus ist der Umgang in den Teams enthierarchisierter [3, 4]. Hier besteht die Chance, dass Pflege und Medizin im Austausch ihrer Kompetenzen und Erfahrungen zu einer Annäherung ihrer Paradigmen und damit zu einer generellen gegenseitigen Bereicherung kommen.

Literatur

1. Andersen T: Das reflektierende Team, Band 5. Verlag modernes lernen, Dortmund 1990, 54-56
2. Degenhardt J (Hrsg): Kooperation und Vernetzung in der Psychiatrie. Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2002, 7
3. Degenhardt J: Struktur- und Führungswandel im Krankenhaus. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1998: 34-44
4. Degenhardt J: In Teamarbeit tragende Werte entwickeln. Neue Caritas 2002; 3: 16-19
5. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2004, 11-18
6. Kielstein R: Die Selbstbestimmung des Patienten als Qualitätskriterium der Behandlung. In: Spörkel H, Ruckriegel B, Janßen H, Eichler A (Hrsg): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Beltz Verlag, Weinheim 1997, 149-160
7. Lauber A (Hrsg): Grundlagen beruflicher Pflege, Band I. Thieme Verlag, Stuttgart/New York 2001, 221-228
8. Mentzos S: Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt 1999, 74-87
9. Misek-Schneider K: Psychosoziale Aspekte von Kranksein und Krankheitsbewältigung. In: Schwarzer W (Hrsg): Lehrbuch der Sozialmedizin. Verlag Borgmann, Dortmund 1996, 33
10. Schaeffer D: Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg): Public Health und Pflege. Rainer Bohn Verlag, Berlin 1994, 103-129
11. Sting S, Zurhorst G (Hrsg): Gesundheit und Soziale Arbeit. Juventa Verlag, Weinheim und München 2000, 55-68
12. Waller H: Sozialmedizin. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2002, 34-36
13. Winnicott DW: Familie und individuelle Entwicklung. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt 1984, 32-34

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. J. Degenhardt
 Ärztlicher Direktor Marienhaus Klinikum
 Bendorf-Neuwied-Waldbreitbach
 St. Antonius-Krankenhaus Waldbreitbach
 Margaretha-Flesch-Str. 4
 56588 Waldbreitbach

J. Degenhardt (Hg.)

Kooperation und Vernetzung in der Psychiatrie Anforderungen an Methodik und Struktur des psychiatrischen Krankenhauses

2002, br., 268 S., 11 Abb., 21 Tab., € 24,50, ISBN 3-9806107-8-0

Dieses Buch entstand zu einer Zeit, in der notwendige Strukturen in der Psychiatrie geschaffen sind und in der Qualifikationen der Berufsgruppen stattgefunden haben. Die Autoren stellen bestehende Konzepte und Entwicklungsmöglichkeiten vor. Methodische Probleme der Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, suizidalen Tendenzen, Bindungs- oder Persönlichkeitsstörungen und auch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie älterer Patienten werden dabei in besonderem Maße berücksichtigt. In der Wahl der Themen zeigen sich Handlungs-, aber auch Belastungsschwerpunkte psychiatrischer Arbeit und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung bestehender Behandlungskonzepte. Diese müssen für die Patienten effizient und für die Behandler nachvollziehbar, umsetzbar und erfolgversprechend sein. Differenzierte, aus den konkreten Erfahrungen aller Berufsgruppen entwickelte Konzepte sind nicht nur Basis einer wirksamen therapeutischen Arbeit, sondern sie beugen auch dem Burn-out-Syndrom vor, das gerade im Bereich der Psychiatrie mit ihren häufigen Grenzerfahrungen eine ständige Gefahr darstellt.

Zielgruppe: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegendе

J. Degenhardt (Hg.)

Aktuelle Psychiatrie Methodische und strukturelle Grenzen und Möglichkeiten

2004, br., 234 S., 12 Abb., € 19,80,
 ISBN 3-936817-16-2

Im Zuge der Veränderungen im Gesundheitswesen entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten eine weit überwiegend gemeindenahе Psychiatrie, deren Zentrum immer noch das psychiatrische Krankenhaus bzw. die psychiatrische Abteilung bildet. Das psychiatrische Krankenhaus alleine kann jedoch eine moderne gemeindenahе Versorgung nicht gewährleisten. Vielfach werden Netzwerke psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfsangebote geknüpft, um ein breites Spektrum an bedarfsgerechten Hilfen anbieten zu können. Das vorliegende Buch reflektiert die Fragen der Vernetzung von Therapieangeboten, des Schnittstellen- und Case-Managements sowie der Qualitätsverbesserung des Leistungsangebots. Der methodische Teil beschäftigt sich mit Problemen der psychotherapeutischen Behandlung häufiger Krankheitsbilder wie Depression, Suizidalität und Borderline-Störungen.

Zielgruppe: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegendе

