

## „Auf dem Weg zu einer professionellen Beziehungspflege“

Organisation, inhaltliche Kernelemente und Zukunftsfragen der pflegerischen Beziehungsarbeit einer geschützten allgemeinspsychiatrischen Akutaufnahmestation

**Autor**

**M. Haut**

### **Bibliografie**

**DOI** 10.1055/s-2007-963073  
Psych Pflege 2007; 13:  
135 – 138 © Georg Thieme  
Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 0949-1619

### **Korrespondenzadresse**

**Martin Haut**  
Privat-Nerven-Klinik Dr. med.  
Kurt Fontheim  
Lindenstrasse 15  
38704 Liebenburg  
haut@klinik-dr-fontheim.de  
www.klinik-dr-fontheim.de

**In Form eines Praxisberichts wird über den Weg einer organisatorischen und inhaltlichen Neuausrichtung der pflegerischen Beziehungsarbeit einer geschützten allgemeinspsychiatrischen Akutaufnahmestation berichtet. Nach einer Beschreibung der Implementierung eines Bezugspflegestrukturkonzepts im Stationsrahmen geht der Autor anhand einer realen Fallgeschichte auf wesentliche Kernelemente der inhaltlichen Beziehungsarbeit sowie Zukunftsfragen des Pflegeteams im Themenkontext ein.**

### **Die Station und ihre Patientinnen**

Die Station 4 A der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim ist eine geschützte allgemeinspsychiatrische Akutaufnahmestation. Die Station führt 18 Betten und behandelt jährlich ca. 350 Patientinnen mit psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Im Setting der Station nicht behandelt werden demente und forensische Patienten.

Die akutpsychiatrische Kooperation mit einer geschützten Akutaufnahmestation für ausschließlich männliche Patienten bedingt, dass auf der Station 4 A fast ausschließlich Frauen behandelt werden. Der überwiegende Teil der Patientinnen befindet sich auf der Rechtsgrundlage des Niedersächsischen Gesetzes für psychisch Kranke in Behandlung. Ihre durchschnittliche Verweildauer auf der Station beträgt 28 Tage.

Auftrag der Station sind die medizinische und pflegerische Diagnostik, psychiatrische Krisenintervention und Akutbehandlung, sowie die anschließende Vermittlung der Patientinnen an spezifische Therapieangebote nach Überwindung akuter Krisen.

Patientenaufnahmen erfolgen zumeist „notfallmäßig ad hoc“ zu allen Tages- und Nachtzeiten. Die pflegerische Versorgung der Patientinnen wird mit 13,5 Pflegestellen (inkl. Stationslei-

tung) sichergestellt. Bis auf eine Mitarbeiterin arbeiten alle Pflegekräfte in Vollbeschäftigung. Vom im Pflegeleitbild der Klinik verankerten Qualitätsverständnis ausgehend, „Qualität in der Pflege bedeutet für uns primär, die selbstkritische Reflexion von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, mit dem Ziel die Gesundheit psychisch kranker Menschen zu fördern“ [1] erfolgte im August 2005 eine kritische Standortbestimmung der bis dato weitgehend funktional ausgerichteten Pflege.

Daraus ergab sich der Impuls zur Einleitung eines sowohl pflegeorganisatorisch als auch inhaltlichen Veränderungsprozesses in Richtung einer professionellen inhaltlichen Beziehungspflege. Erstes Ziel auf diesem Weg, war die Erarbeitung eines organisatorischen Rahmens, der die Ausgestaltung einer ganzheitlich – beziehungsorientierten Pflege bestmöglichst unterstützt.

### **Implementierung eines Bezugspflegestrukturkonzepts – „nur“ der erste Schritt**

In Kooperation mit der Qualitätsleitstelle der Klinik wurde im November 2005 die Implementierung einer Bezugspflegearbeitsstruktur projektiert.

Dabei bildete, im Sinne eines personell ganzheitlichen Ansatzes, das multiprofessionelle Stations-team zugleich das Projektteam. Die vorrangige Projektaufgabe (und Herausforderung) bestand in der Operationalisierung einer Bezugspflegeorganisationsstruktur in Anlehnung an die von Abderhalden und I. Needham definierten Gestaltungsempfehlungen und Qualitätsnormen [2] im konkreten Stationskontext. Da es sich klinikintern um eine Bezugspflegeerstumsetzung handelte, war ein Rückgriff auf praktische Implementierungserfahrungen von Bezugspflegestrukturen innerhalb der Klinik nicht möglich.

Projektergebnis waren zwei, im Konkretheitsgrad steigende und sich ergänzende Konzepte:

- ▶ die Verfahrensweisung zur Bezugspflegeumsetzung auf der Station 4 A
- ▶ Manual: Organisatorische Detailregelungen zur Sicherung der Bezugspflegeumsetzung in Standardsituationen.

Zusätzlich wurde ein, eine DIN A 4-Seite umfassendes, Handout in Form einer Checkliste (▶ **Abb. 1**) als Bezugsrahmen für die Evaluation erarbeitet. Es bietet in übersichtlicher Form einen Bezugsrahmen, anhand dessen sich der/die Mitarbeiter/in bei der Selbstreflexion seines organisatorischen Niveaus der Bezugspflegeumsetzung orientieren kann. Die genannten Konzepte werden seit Januar 2006 umgesetzt.

## „Vom Rahmen zum Inhalt“



### Lernen und Suchen – als Kernelemente in der pflegerischen Beziehungsarbeit

*An einem Samstagabend erscheint Frau R. per Krankentransport zur stationären Notfallaufnahme. Zuvor hatte die Patientin auf der Entbindungstation eines naheliegenden Krankenhauses mit den Hinweisen „ihre Fruchtblase sei soeben geplatzt“ und „sie würde jetzt entbinden“ um Aufnahme gebeten.*

*Da nachweisbar keine Schwangerschaft vorlag, lehnte die diensthabende Gynäkologin eine Aufnahme ab, worauf Frau R. hochgradig erregt dekompenzierte. Nach einer medikamentösen Sedierung erfolgte die Verlegung mit dem Rettungsdienst auf die Station 4 A. Für die Patientin handelte es sich um die dritte Aufnahme auf dieser Station.*

Grundlegende Leitidee der pflegerischen Beziehungsarbeit der Station 4 A ist „ein hoher Bewusstseitsgrad“ im Sinne eines realitätsgerechten Erkennens und Berücksichtigen der vielfältigen Aspekte der Pflegekraft-Patient-Beziehung, um diese bewusst, reflektiert und gezielt zu gestalten.

In der Fallgeschichte ist die Situation, einer vollständig fremdbestimmten stationären Aufnahme beschrieben. Für die Patientin handelte es sich um eine Zwangssituation und somit um eine Erfahrung, die sich grundsätzlich niemand wünscht. Von der Patientin ist der Beginn einer psychiatrischen Pflegebeziehung primär nicht gewollt [3]. Allein dieser Aspekt lässt das pflegerische Anliegen einer konstruktiven Beziehungsarbeit vorerst einseitig und zu einer „interaktiven Herausforderung“ werden. Für den schwierigen „Beziehungsstart“ gilt es, Ressourcen zu suchen und zu nutzen. Bei dieser Ressourcensuche ist zu überlegen, inwieweit die Patientin von Voraufenthalten bereits mit Team und Setting vertraut ist, ob die frühere Bezugspflegekraft erneut als solche aktivierbar ist; ob und bei wem aus früheren Pflegebeziehungen zu Frau R. noch „Beziehungskredit“ in Form von Vertrauen vorhanden ist.

Ein zentraler Kerngedanke ist das Kennenlernen individueller lebensgeschichtlicher Entwicklungen, sowie individueller, subjektiver Sinnzusammenhänge und Bedeutungen. Dieser Aspekt ist der empathische Schlüssel zu einer vertrauensvollen pflegerischen Arbeitsbeziehung. Der Patientin wird Verständnis für ihre subjektiven Perspektive, Bedeutungen und Sinnzusammenhänge im Dialog rückgemeldet. Dieses Feedback ist Vorbedingung für das Vertrauen der Patientin in der Pflegebeziehung. Analog einer „Beweispflicht“ wird „Verstehen dialogisch erarbeitet und rückmeldet, um vertrauensbildend zu wirken“ [4]. Der Begriff Kennenlernen beinhaltet das Wort Lernen. Ein Lernerfolg stellt sich bekanntlich nicht von selbst ein, sondern

„er folgt“ in jedem Lernprozess in einer konzentrierten Lernanstrengung. Daraus ergibt sich, dass das Erkennen patientenindividueller Sinnzusammenhänge immer Ergebnis achtsamer patientenorientierter Wahrnehmung und kommunikativer Erarbeitung ist.

Auf der Station 4 A ist hierzu das erweiterte Kennenlerngespräch ein Meilenstein der pflegerischen Beziehungsarbeit. Bei diesem führt jede Bezugspflegekraft mit ihren Bezugspatienten ein ca. 30–45 min. Einzelgespräch. Es handelt sich um eine nichtdelegierbare Aufgabe im „Pflichtenheft“ der Bezugspflegekräfte. Der Gesprächszeitpunkt ist einerseits abhängig vom Vorhandensein entsprechender kognitiver und emotionaler Ressourcen der Patientin, andererseits schnellstmöglich nach der stationären Aufnahme zu wählen. Da ein offener Dialog zwischen Pflegekraft und Patientin angestrebt wird, existiert für dieses Gespräch bewusst keine Checkliste.

Neben einer kurzen wiederholten Vorstellung der „organisatorischen Grundidee der Bezugspflege“ und den Zielen des Gesprächs, bildet der Dialog zu wichtigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen, aktueller Situation incl. Problemen und Ressourcen, sowie bestehenden Wünschen, Bedürfnissen und Zielen, den Kern des Gesprächs.

*Mit Frau R. ist innerhalb der ersten Behandlungswoche kein erweitertes Kennenlerngespräch möglich. Aufgrund ihres psychotischen Ausstiegs aus der Realität mit der Wahnvorstellung, in einem terminalen Schwangerschaftsstadium zu sein, inkohärentem Denken und ausgeprägtem Rückzugsverhalten, ist für das erweiterte Kennenlerngespräch noch keine stabile kognitiv-emotionale Ressourcenbasis vorhanden.*

Zu Beginn der pflegerischen Beziehung liegt der pflegerische Schwerpunkt oft weniger in verbaler Pflegeintervention, sondern in der Unterstützung bei der Befriedigung von Bedürfnissen im Kontext der Aktivitäten des täglichen Lebens. Im Patientenkontakt liegt zu diesem Zeitpunkt hohe Priorität im Non Verbalen. Eine positive emotionale Stationsatmosphäre, feinfühlig Wahrnehmung und Achtung der Belastungsgrenzen der Patientin incl. deren dynamische Entwicklung, gemeinsames Tun alltäglicher Dinge, entspannte körpersprachliche Botschaften der Mitarbeiter, die auch in emotional aufgeladenen Situationen konstant bleiben und Sicherheit vermitteln, darüber hinaus ein niedriges Niveau an Beziehungsstress im zwischenmenschlichen Miteinander des Team, seien genannt.

Im Kontext der Beziehungsarbeit wird über diese Aspekte häufig erst die Vertrauensbasis für vertiefende Dialoge geschaffen. Darüber hinaus benötigt jede Patientin „ihre Zeit“ der Stabilisierung, um über die kognitiven und emotionalen Ressourcen für das erweiterte Kennenlerngespräch zu verfügen.

### Auszug aus der Dokumentation des erweiterten Kennenlerngesprächs mit Frau R.



*Die 26-jährige Patientin – lebt in einer Kleinstadt am Harz – bis vor zwei Jahren zusammen mit ihrem acht-jährigen Sohn – dieser besucht die dritte Klasse – lebt allerdings aktuell bei Pflegeeltern – Frau R. ist krankheitsbedingt erwerbsunfähig berentete Einzelhandelskauffrau – sie kümmert sich um die Ferienwohnungen der Mutter und reinigt diese auch – vor zwei Jahren wurde die Patientin von einer Mitarbeiterin des Jugendamtes besucht, da ihr Sohn seit mehreren Tagen nicht mehr in der Schule erschien – Frau R. dekompenzierte in der Situation mit einem panischen*

CHECKLISTE Umsetzung der Bezugspflege auf der Station 4 A			
	ja	teils	nein
<b>1. Verantwortung</b>			
1. Meine Patienten kennen mich als ihre Bezugspflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin für meine Patienten und Dritte primärer Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich führe das erweiterte Kennenlerngespräch mit meinen Bezugspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich nehme die Pflegeplanung meiner Bezugspatienten vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. von mir getroffene Entscheidungen werden von meinen Kollegen umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich nehme Zielabstimmungen mit anderen Berufsgruppen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin über Kerninhalte der ärztlich u. psychologischen Arbeit informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Zuordnung</b>			
Zuordnungen von Patientinnen erfolgen unter Berücksichtigung			
1. von Anwesenheiten & Dienstplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. der voraussichtlichen Verweildauer der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. der Zuordnungsobergrenze von max. 5 Patienten pro Pflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. dem pflegerischen Anspruchsniveau des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. meinen individuellen Kompetenzen (Stärken / Schwächen / Interessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. meines Einarbeitungsstatus (neue Mitarbeiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. die Zuordnung erfolgt spätestens 24 h nach der Aufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wiederkehrer erhalten dieselbe Bezugsperson wie beim Voraufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Dokumentation</b>			
1. meine Pflegedokumentation erfolgt konzeptgemäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Kommunikation &amp; Information</b>			
1. wenn ich im Dienst bin, führe ich das pflegerische Aufnahmegespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. meine Patienten kennen meine Abwesenheitsvertretung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. meine Zuordnung ist auf der Bezugspflegeplantafel visualisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. im Frühdienst nehme an der morgendlichen Fallbesprechung teil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ich übergebe bei Dienstübergaben meine Patienten persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Beziehungsarbeit</b>			
1. ich finde angemessen Zeit, die Beziehung zu meinen Patinnen zu pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ich bin mit meinen Patienten in jedem meiner Dienste im Gesprächskontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ich kenne die Vorgeschichte des stationären Aufenthaltes meiner Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ich kenne in Grundzügen die Lebensgeschichte meiner Patientinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. mir ist bekannt, was meine Patienten aktuell gedanklich beschäftigt und emotional bewegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Abwesenheitsvertretung</b>			
1. meine Abwesenheitsvertretung ist geklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. meine Abwesenheitsvertretung ist auf der Tafel visualisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. meine Abwesenheitsvertretung funktioniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Koordination</b>			
1. die Koordination der Bezugspflegeumsetzung funktioniert gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. die Unterstützung meiner Kollegen funktioniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Verlegung &amp; Entlassung</b>			
1. ich nehme Verlegungen meiner Patienten selbst vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ich nehme pflegerische Entlassungen selbst vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ich schreibe den pflegerischen Überleitungs- & Entlassungsbericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ich verabschiede bei Entlassungen meine Pat. persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 1 Checkliste zur Selbstreflexion der Bezugspflegeumsetzung.

*Erregungszustand und verweigerte täglich aggressiv den Zutritt zur Wohnung – es folgt der erste akutstationäre Psychiatrieaufenthalt auf der 4 A – später wird der Sohn der Patientin vom Jugendamt in einer Pflegefamilie untergebracht – Frau R. berichtet unüberwindbaren seelischen Schmerz hinsichtlich der Trennung von ihrem Sohn – oft habe sie den Wunsch mit einem zweiten Kind „von vorne anzufangen“ – sie sei fest entschlossen, dann „alles besser zu machen“ –*

Informationen und individuelle Zusammenhänge werden in der Pflegedokumentation, unter der gestempelten Überschrift „erweitertes Kennenlerngespräch“, im Telegrammstil notiert. Das gewonnene Zusammenhangsverständnis ist eine wesentliche Grundlage, der anschließend zu erweiternden Pflege – und Beziehungsplanung. Bis dahin liegt diese als kurzgefasste Akutpflegeplanung vor.

Im Verlauf des Aufenthaltes konnte sowohl Frau R., wie auch das Team, die Wahnidee „in einem terminalen Stadium schwanger zu sein, als Ausdruck ihres Wunsches und ihrer Hoffnung, „doch noch ein erfülltes Familienleben zu führen“ „sich selbst zu beweisen, in ihrem subjektiven Erleben in der Mutterrolle keine Versagerin zu sein“ und „sich hierzu eine zweite Chance zu wünschen“, verstehen.

Ergänzend zu obigen Aspekten der allgemeinen Beziehungsgestaltung, ist das kompetente Umgehen mit störungsspezifischen Beziehungsmustern zu benennen.

Da auf störungsspezifische Beziehungsmuster nur kompetent eingegangen werden kann, wenn sie bewusst wahrgenommen und reflektiert wurden, ist das Erkennen störungsbildtypischer Beziehungsmuster und Dynamiken hierbei der erste Schritt. Wahrnehmung „läuft“ immer durch Filter. Inhousefortbildung

gen und begleitendes pflegfachliches Feedback seitens der Stationsleitung dienen u.a. dazu „neue Wahrnehmungsfilter“ anzubieten, die helfen, pflegerischen Anforderungen an eine differenzierte Feinwahrnehmung der Patientinnen gerecht zu werden.

Dienstübergaben erfolgen von Bezugspflegekraft zu einer fest geregelten Abwesenheitsvertretung und umgekehrt, jedoch konsequent im Team, um vielfältige Wahrnehmungsaspekte zusammenzuführen.

Bei Frau R. ergaben sich dabei u. a. folgende pflegerelevante, störungsbildtypische Beziehungsmuster (Auszug – ohne Priorisierung)

- ▶ *sozialer Rückzug zwecks Eigenschutz vor Reizüberflutung,*
- ▶ *Vermeiden von Kontakt zu Mitpatienten/Personal in Verbindung noch nicht vorhandenen personalen Vertrauens und paranoiden Misstrauens,*
- ▶ *wahnhaltlich begründete Erwartung an das Team, wie eine hochschwangere Frau behandelt und geschont zu werden (u. a. Bettruhe), mit hoher Eskalationsneigung im Bezugspflegekontakt bei Nichterfüllen dieser Erwartung,*
- ▶ *vertrauensgefährdendes, konkretistisches Missverstehen.*

Pflegediagnostisch relevant ist neben der Frage des Vorhanden-/Nichtvorhandenseins störungsbildtypischer Beziehungsmuster die Feinwahrnehmung der Intensität, sowie deren Folgen für eine autonome Alltagsbewältigung der Patientin.

Bezugsrahmen für die pflegeanamnestische Erhebung der Ressourcen und Pflegeinterventionsbedarfe bei der Alltagsbewältigung ist primär das von C. Abderhalden um bedeutsame psychosoziale Aspekte ergänzte (!) Pflegemodell der Aktivitäten des täglichen Lebens L. Juchlis.

## Zukunftsfragen

▼  
Gemäß dem Titel des Beitrags „Auf dem Weg ...“, befindet sich das Team der Station, nach einer pflegeorganisatorisch und inhaltlichen Neuausrichtung, auf dem Weg einer sich konstant verbessernden inhaltlichen Beziehungsarbeit mit vielfältigen Höhen und Tiefen. Wegbegleiter sind dabei ebenso vielfältige offene Fragen, wie:

- ▶ Was sind neben Anleitung, Feedback, Fortbildung geeignete Unterstützungskonzepte einer beziehungsorientierten Pflegeausrichtung?
- ▶ Was ist zu tun, um ältere Mitarbeiter in eine fachlich anspruchsvollere Zukunft „mitzunehmen“?
- ▶ Welche Supervisionsform „passt“ und welche können wir uns im Kontext verfügbarer Ressourcen leisten?

- ▶ Was kosten unsere Konzepte und wird ihre Umsetzung zukünftig finanzierbar sein?
- ▶ Wie können Bezugspflegekräfte von Aufgaben, die nicht im direkten Patientenkontakt stattfinden, entlastet werden?
- ▶ Was ist in der Beurteilung anderer Berufsgruppen eine therapeutische Beziehung? Welchen Kriterien muss die Pflegekraft-Patienten-Beziehung dafür genügen?
- ▶ Wieviel Zeit wird uns zukünftig für die Beziehungsarbeit zur Verfügung stehen?
- ▶ Was ist zu tun, um die Motivation engagierter Pflegekräfte unter den zukünftigen Rahmenbedingungen von Pflege zu erhalten?

Uns ist bewusst, dass Qualität und Umfang verfügbarer Ressourcen, Vorbedingungen für das Realisieren „guter Antworten“ auf diese Fragen sind. Diesbezüglich wird der Weg, in Zukunft stärker „über Kopfsteinpflaster“ führen. Der Konfrontation mit dem Dilemma, bei weiterer Ressourcenverknappung qualitativ anspruchsvolle Konzepte umsetzen zu wollen, kann auch eine moderne Kriseninterventionsstation einer 125-jährigen, privatwirtschaftlich geführten, Fachklinik für Psychiatrie, nicht ausweichen. Andererseits ist jedoch die zukunftsgerichtete fragende Auseinandersetzung mit Themen beziehungsorientierter Pflege, Beleg einer aktiven Übernahme von Verantwortung für psychisch kranke Menschen, für die „es sich einzusetzen lohnt“ [5].

## Literatur

- 1 Pflegeleitbild der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim.
- 2 *Needham I, Abderhalden C.* Empfehlungen und Qualitätsnormen der Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz. [www.pflegeforschung-psy.ch](http://www.pflegeforschung-psy.ch)
- 3 *Schröck R.* Das Beginnen und das Beenden einer Beziehung. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 1991; 10: 702
- 4 *Sachse R.* Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe, 2006; Bd. 1: 37
- 5 Unternehmensphilosophie der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim.

## Vita

Der Autor ist als pflegerische Hausleitung von Haus 4 der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim seit vier Jahren führungsverantwortlich für eine geschützte allgemeinpsychiatrische Akutaufnahme und Kriseninterventionsstation, einer geschützten gerontopsychiatrischen Akutaufnahmestation sowie einer offenen Entgiftungs- und Motivationsstation für suchtkranke Menschen.