

Britta Schroll

# Bezugsbetreuung für Kinder mit Bindungsstörungen

Ein Konzept für die  
heilpädagogisch-therapeutische Praxis



Tectum

Buch „The Practice of Primary Nursing“, das 1980 in den USA erschien, beschreibt sie die Unzulänglichkeit der damaligen Pflegesysteme. Insbesondere nahm sie Anstoß an der Zentralisierung der Pflegeentscheidungen. Die am Bett Pflegenden seien gezwungen, Anordnungen von oben, im klinischen Bereich also von der Stationschwester anzunehmen und durchzuführen. Sie hätten demnach nur einen begrenzten Entscheidungs-, Aktions- und Verantwortungsspielraum (vgl. Kellnhauser 1998, 633).

In diesem hierarchischen Entscheidungssystem sah Manthew zwei große Probleme. Zum einen kann die Pflege dem einzelnen Patienten in seiner individuellen und vielleicht akuten Not nur begrenzt hilfreich sein, da Entscheidungen nicht selbstständig von den Pflegenden getroffen werden können, sondern erst nach Rücksprache mit der vorgesetzten Stationschwester. Zum anderen wuchs die Unzufriedenheit des Pflegepersonals permanent. Das System des Primary Nursing ermöglicht dagegen eine Dezentralisierung der Entscheidungsfindung. Der Pflegend entscheidet über die erforderlichen pflegerischen Aktivitäten und übernimmt auch die Verantwortung dafür. So werden einerseits die pflegerischen Fähigkeiten der Einzelnen herausgefordert, andererseits deren berufliche Autonomie angehoben. Der Patient wiederum erhält eine individuell auf ihn und seine aktuellen Bedürfnisse zugeschnittene Pflege, und es findet eine direkte Kommunikation von Person zu Person statt.

Das Modell Primary Nursing kann wie folgt definiert werden: „Primary Nursing oder Primär-Pflege ist die Erbringung von umfassender, koordinierter, kontinuierlicher und individualisierter ganzheitlicher Pflege durch die examinierte Krankenschwester, der hierfür Autonomie, Verantwortung und Autorität auf einer 24-stündigen Basis übertragen wird“ (Kellnhauser 1998, 633).

Das Besondere an Manthews Pflegemodell liegt in der grundlegend anderen Organisation. Im Unterschied zu anderen Pflegemodellen liegt jetzt die kontinuierliche Verantwortung für alle pflegerischen Maßnahmen, die während seines Klinikaufenthaltes für und mit einem Patienten durchgeführt werden, bei ein und derselben Pflegeperson.

Beschränkt sich Manthews Modell des Primary Nursing noch auf die Organisation rein pflegerischer Tätigkeiten durch Krankenschwestern und -pfleger (vgl. Kellnhauser 1998, 634), so schließt das deutsche Modell der Bezugspflege - insbesondere in der psychiatrischen Praxis - eine bewusst angelegte Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehungen ein. Somit kann die Primär-Pflege zwar als organisatorische Grundlage für die deutsche Bezugspflege benannt werden, allerdings dürfen die beiden Systeme nicht gleichgesetzt werden.

Zum grundlegenden Verständnis der in Deutschland durchgeführten Bezugspflege muss zunächst gesagt werden, dass hier in der Patientenpflege zwei unterschiedliche Systeme existieren: Die Funktionspflege und die Bezugspflege.

Bei der Funktionspflege wird die gesamtplegerische Arbeit in verschiedene Einzeltätigkeiten aufgeteilt, wie Hilfestellung bei der Hygiene oder Medikamentenausgabe, die ein Pflegend bei allen Patienten einer Station durchführt. Diese durch Spezialisierung

gekennzeichnete Arbeitsteiligkeit ist vergleichbar mit dem arbeitsteiligen Prinzip in der Industrie. Dort dient sie der Rationalisierung der Arbeit. Erwartet wird die routinierte, schnelle und gute Ausführung der Einzeltätigkeit, die wiederum zum reibungslosen Funktionieren der einzelnen Arbeitsabläufe führen soll. Entsprechend steht auch bei der Funktionspflege das Einsparen von Zeit sowie die Einsatzmöglichkeit angelernter Pflegekräfte im Vordergrund (vgl. Schletting; von der Heide 1993, 70f.). In der Funktionspflege findet sich also eine sächliche und ökonomische Orientierung, welche in erster Linie im Versorgen der physischen Bedürfnisse der Patienten ihren Ausdruck findet. Seelische oder geistige Bedürfnisse spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Im Gegensatz zur Bezugspflege ist die Funktionspflege also nicht beziehungsorientiert. Die pflegerische Tätigkeit wird eher einer Pflegekraft zugeordnet als einem bestimmten Patienten. Diese Pflegeform gilt mittlerweile als überholt, da sich gezeigt hat, dass sowohl Pflegenden als auch Patienten mit diesem Versorgungsprinzip zunehmend unzufrieden werden (vgl. Mühlbauer, Reinhard, Süllwold 1994, 469). Dagegen haben sich patientenorientierte Pflegesysteme bewährt. Dazu zählen neben der Bezugspflege unter anderem auch die Zimmerpflege sowie die Bereichspflege. Bei der Zimmerpflege wird zu Dienstbeginn einer Pflegeperson ein bestimmtes Zimmer zugewiesen. Bei der Bereichspflege werden Patienten einer großen Station in bestimmte räumliche Bereiche aufgeteilt, und zu Beginn jeder Schicht besprechen die Pflegenden, wer für die Patienten in den Zimmern welches Bereiches zuständig ist (vgl. Mühlbauer, Reinhard, Süllwold 1994, 76).

Obwohl in der Erwachsenenpsychiatrie nicht nur Pflegekräfte angestellt sind, sondern auch pädagogische Fachkräfte, die auch als Bezugspersonen eingesetzt werden, erhält sich aufgrund der klinischen Strukturen und häufigen Zugehörigkeiten von Psychiatrien zu Krankenhäusern der Begriff der Bezugspflege und deren pflegerische Orientierung. Die Bezugspflege wird dann wie folgt definiert:

„Ein Bezugspflegesystem ordnet Menschen (Pflegepersonen) zu Menschen (Patienten) zu.“ (Kistner 1997, 20). Bei Fiechter und Meier (1981) heißt es weiter: „Pflege ist ein zwischenmenschlicher Beziehungsprozess, bei dem zwei Personen (Pfleger und Gepflegter) zueinander in Kontakt treten, um ein gemeinsames Ziel, das Pflegeziel zu erreichen.“ Und Kunze und Kaltenbach (1990, 220) ergänzen: „Psychiatrische Krankenpflege bedeutet ganzheitliche Pflege. Ganzheitliche Pflege kann nur in Form der Bezugspflege durchgeführt werden.“

Es kann also gesagt werden, dass der zentrale Ausgangspunkt der Bezugspflege in der psychiatrischen Praxis der ist, dass jeder Patient eine für ihn zuständige Pflegeperson hat, die mit ihm professionell Beziehung gestaltet und sich somit um physische aber in besonderem Maße auch um psychisch-seelische Belange kümmert, ihm also eine ganzheitliche Pflege zukommen lässt.

In den meisten psychiatrischen Kliniken sind die grundlegenden Bereiche der Bezugspflege ähnlich organisiert und strukturiert. Ihre detaillierte inhaltliche Ausführung dagegen kann sich stark unterscheiden, je nach Auftrag und Klientel der Einrichtung. So kann die Art der

Beziehungsgestaltung in einer Klinik für Suchtkranke nicht verglichen werden mit der auf einer Station für Menschen mit affektiven Störungen. Im Rahmen dieser Arbeit kann aufgrund der Fülle unterschiedlicher Inhalte daher nur auf die allgemeingültigen Basiselemente der Bezugspflege eingegangen werden.

Die kontinuierliche Zuständigkeit einer Pflegekraft besteht vom Tag der Aufnahme des Patienten auf die psychiatrische Station bis zu seiner Entlassung oder Verlegung. Eine Beziehung zwischen Pflegendem und Patient kann auch unabhängig von spontaner Sympathie realisiert werden. Selbst ablehnende Patientenreaktionen - wie Distanz, Abneigung oder Abwehr - können durch aktives Hinterfragen des Pflegenden noch zu einer Ausgangsposition führen, die eine gute Beziehung ermöglicht. Sollte dies - auch mit Hilfe von Außen, wie z. B. Supervision - absolut nicht möglich sein und die Beziehung einer der Parteien schaden, so besteht die Möglichkeit, die Bezugspflege innerhalb des Teams zu tauschen. Diese letzte Konsequenz sollte aber erst ergriffen werden, wenn tatsächlich ein schwerwiegendes unlösbares Problem besteht, da aufgrund der psychischen Erkrankung der Patienten Konflikte in Beziehungen oft die Regel sind und sich häufig durch die Auseinandersetzung mit dem Anderen und das Aushalten der Konflikte die Beziehung erst entwickelt.

Mit der Übernahme eines Bezugspatienten ist die volle Verantwortung für den gesamten Pflegeverlauf inklusive Pflegeplanung und Durchführung der Pflegemaßnahmen und -dokumentation verbunden. Außerdem muss der Pflegendem dem Patienten und allen Mitarbeitern namentlich bekannt sein. Auf diesem Wege wird für den Patienten die Anonymität der Pflegenden, wie sie in der Funktionspflege zu finden ist überwunden und individuelle Pflege ermöglicht. Zum anderen lernt der Pflegendem seinen Patienten mit seiner Diagnose und Prognose, mit seinen Gewohnheiten, Anliegen, Problemen und Ressourcen sehr gut kennen. So kann er abschätzen, wie belastbar der Patient ist und wie seine zumutbaren Eigenaktivitätsmöglichkeiten sind. Die Pflege kann so individuell geplant werden.

Da die Pflegekraft umfassend über den Patienten informiert ist, wird sie zum Partner von Ärzten und Therapeuten, ist Mitglied im multiprofessionellen Team und trägt mit gezielten Beobachtungen zu Diagnostik und Therapie bei. Sie stellt das Bindeglied zwischen den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten und geplanten Aktivitäten in Bezug auf Diagnose und Therapie dar und gewichtet und steuert so die Durchführung von Pflege, Diagnostik und Therapie (vgl. Schletting; von der Heide 1993, 8-10).

Die Grundlage der Bezugspflege bildet - neben einer effektiven und fachgerechten Pflege und Versorgung des Patienten - die persönliche zwischenmenschliche Begegnung mit ihm und das Begleiten im Beziehungsprozess. Es handelt sich dabei um eine professionelle Beziehung, die der Pflegendem von Berufs wegen aufnimmt. Er hat dafür fachliches Wissen und Kompetenzen erworben sowie sich Fähigkeiten erarbeitet, um einen bewussten Beziehungsprozess eingehen zu können. Das ermöglicht es ihm, eine therapeutische Haltung in der Beziehungsgestaltung einzunehmen, in die der Patient als sich entwickelnde Persönlichkeit einbezogen ist und in deren Verlauf etwas Positives wachsen kann.

Die Bezugspflege soll sowohl dem Patienten als auch der Pflegekraft eine konstruktive Entwicklung der Persönlichkeit ermöglichen.

Die Haltung und Einstellung des Pflegenden trägt mehr zur therapeutischen Atmosphäre bei als Pflegeorganisation und -systeme. Diese Form der Beziehung kann, muss jedoch nicht therapeutische Wirkungen entfalten. Da nicht deutlich ist, an welchem Punkt eine solche Patienten-Pfleger-Beziehung in eine therapeutische übergeht, wird in diesem Zusammenhang von *pflegerischer* Beziehung gesprochen. Dies impliziert einen professionellen, bewussten Umgang mit dem Patienten (vgl. Schletting; von der Heide 1993, 13-15).

### **3.3.4 Bezugsbetreuung in heilpädagogisch-therapeutischen Einrichtungen für Kinder**

Der Begriff „pädagogisch-therapeutische Arbeit“ wird in Einrichtungen benutzt, in denen pädagogische und therapeutische Methoden bei der Arbeit mit Kindern eng miteinander verbunden sind, z. B. in Kinderpsychiatrien. Dort besuchen die Kinder Psychotherapiesitzungen und/oder erhalten Unterstützung durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Verstärkerpläne oder Verhaltenstrainings. Dabei werden sie von therapeutischen Fachkräften begleitet.

Die Begleitung der Kinder im Alltag und die Bezugsbetreuung dagegen werden hauptsächlich von pädagogischen Fachkräften übernommen. Gleichwohl vollzieht sich der Alltag in einem therapeutischen Milieu, das durch die Haltung der Betreuer und durch die Bezugsbetreuung aufgebaut wird. Da die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit der Kinder einen großen Teil der Behandlung einnimmt, kann man sagen, dass die Beziehungsgestaltung mit dem Kind selbst problemlösendes Handeln ist, also sowohl pädagogisch, als auch hinsichtlich therapeutischer Ziele wirksam ist (vgl. Konzept Bonn o. J).

Aufgrund dieser Dualität muss von pädagogisch-therapeutischem Handeln gesprochen werden. Die pädagogisch-therapeutisch orientierte Bezugsbetreuung oder auch das Bezugspersonensystem in der Arbeit mit psychisch kranken, traumatisierten und verhaltensauffälligen Kindern findet sich in Kinder- und Jugendpsychiatrien, Tageskliniken und auch in heilpädagogisch ausgerichteten Heimgruppen sowie Intensivgruppen für verhaltensauffällige Kinder. Ihre Grundlage ist in der Bezugspflege zu finden.

Kinder- und Jugendpsychiatrien sind wie Erwachsenenpsychiatrien von ihrer Struktur her klinisch organisiert. Das bedeutet, dass sie ärztlich geleitet werden und das Personal einer Station, der so genannte Pflegeund Erziehungsdienst, einer pflegerischen Stationsleitung unterstellt ist.

Meist sind sie Teil großer städtischer-, Universitäts-, oder Kinderkliniken. Aufgrund dieser klinischen Struktur sprach man auch von der pädagogisch-therapeutischen Bezugsbetreuung zunächst als Bezugspflegesystem. Dies ist auch in manchen Kliniken weiterhin der Fall, obwohl die Arbeit in ihrer Gewichtung weitaus mehr pädagogisches als pflegerisches Handeln umfasst. Aus diesem Grund setzte sich immer mehr die

Begrifflichkeit der Bezugsbetreuung und des Bezugspersonensystems durch, da die Bezeichnung Bezugspflege die Arbeitsinhalte der Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes nicht korrekt wiedergibt.

Bezugsbetreuung bedeutet, dass ein Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes sich in besonderer Weise auf eine Beziehung zu einem Kind einlässt. Viele psychische Störungen im Kindesalter haben ihren Ursprung entweder in unsicheren sozialen Beziehungen und/oder traumatischen Erlebnissen und/oder organischen Ursachen, die alle Ausgangspunkt für schwerwiegende Verhaltensproblematiken und Bindungsstörungen sein können.

Aus diesem Grund ist es für die Behandlung von Kindern von großer Bedeutung, dass ihnen sichere, überschaubare, verbindliche und verantwortungsvolle Beziehungen angeboten werden. Dies wird durch die Bezugsbetreuung in besonderem Maße gewährleistet (vgl. Konzept Rheinland-Pfalz 2002). Die als Bezugsbetreuer arbeitenden Personen sind überwiegend pädagogische Fachkräfte (Sozial-/Heilpädagogen, Pädagogen, Erzieher, Heilerziehungspfleger), obwohl gerade in Kinder- und Jugendpsychiatrien auch Pflegekräfte wie Krankenschwestern oder Kinderkrankenschwestern als Bezugsbetreuer arbeiten und pädagogische Aufgaben übernehmen.

Die Zuordnung der Bezugsbetreuerschaft wird in den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt. In einigen Einrichtungen steht bereits mit dem Tag der Aufnahme eines Kindes fest, welcher Mitarbeiter sein Bezugsbetreuer wird. Er ist vom ersten Tag an sein Ansprechpartner, begleitet es im Alltag und hilft ihm, sich in der neuen Situation zurechtzufinden. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass das Kind vom ersten Augenblick in der Einrichtung einen Halt- und Orientierungspunkt hat und sich bereits früh eine tragfähige Beziehung zwischen Betreuer und Bezugskind aufbauen kann.

Andererseits gibt es jedoch auch die Möglichkeit, dass sich die Kinder zunächst einige Zeit - meist zwei bis vier Wochen - in der Einrichtung befinden, ehe eine Bezugsperson festgelegt wird. Dies wiederum hat den Vorteil, dass genau geschaut werden kann, welcher Betreuer am besten für die Bezugsbetreuung geeignet ist, ob sich bereits Sympathien abzeichnen oder auch, ob eventuell besondere Probleme zwischen dem Kind und einem Mitarbeiter entstehen, die eine Bezugsbetreuung wenig sinnvoll und hilfreich erscheinen lassen. Auch gibt es organisatorische Unterschiede in der Anzahl der Bezugsbetreuer. Entweder übernimmt nur eine Bezugsperson ein Bezugskind oder das Kind bekommt zwei feste Bezugsbetreuer. Dies ist vor allem in Einrichtungen der Fall, in denen im Wechseldienst gearbeitet wird. Jedes Kind erhält dann pro Dienst einen Bezugsbetreuer. Damit wird gewährleistet, dass sowohl im Früh- als auch im Spätdienst ein besonderer Ansprechpartner zur Verfügung steht. Ein Wechsel der Bezugsperson ist in jedem Fall möglich, muss jedoch mit dem Team hinreichend reflektiert werden und stellt wie bei der Bezugspflege immer die letzte Konsequenz dar.

Die Bezugsperson ist für die Belange ihres Bezugskindes zuständig, kann aber auch bestimmte Angelegenheiten delegieren. Sie steht immer im Austausch mit dem multiprofessionellen Team (Ärzten, Therapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten,