Standardisiertes Coaching für Teamangehörige in ambulanten Nierenzentren zur Optimierung der Versorgungsabläufe

Projektleitung: Prof. Dr. Hans Volker Bolay  
(Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung (Viktor Dulger Institut) DZM e.V.)

Projektkoordination: Dipl.-Musiktherap. Alexander F. Wormit  
(Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung)

Wissenschaftliche Beratung:  
- Prof. Dr. Thomas Hillecke  
  (Fakultät Musiktherapie der Fachhochschule Heidelberg)  
- Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Wilker  
  (Fakultät Musiktherapie der Fachhochschule Heidelberg)  
- Prof. Dr. Peter Schneider  
  (Nierenzentren Weinheim, Viernheim & Lindenfels)  
- Dr. Alexander Müller  
  (Nierenzentren Weinheim, Viernheim & Lindenfels)  
- Dipl.-Psych. Heike Argstatter  
  (Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung)

Projektassistenz: Dipl.-Musiktherap. Dominik Kleinrahm  
(Fakultät Musiktherapie der Fachhochschule Heidelberg)
## Inhaltsverzeichnis

1 ZUSAMMENFASSUNG .................................................................................................................. 5
1.1 Einleitung ............................................................................................................................. 5
1.2 Projektziele .......................................................................................................................... 5
1.3 Ergebnisse .......................................................................................................................... 5
1.3.1 Teilprojekt 1: „Musiktherapeutisches Coaching zu Beginn der Dialysebehandlung“ .... 5
1.3.2 Teilprojekt 2: „Konfliktmanagement bei schwierigen Dialysepatienten“ ................. 6
1.4 Schlussfolgerungen ............................................................................................................ 6
2 MUSIKTHERAPEUTISCHES COACHING FÜR DIALYSEPATIENTEN .......................... 8
2.1 Kontext ............................................................................................................................... 8
2.1.1 Zum Stand der Dialysebehandlung in Deutschland ...................................................... 8
2.1.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren bei Dialysepatienten .............................................. 9
2.1.3 Bisherige psychosoziale Interventionen ...................................................................... 11
2.2 Methodik .......................................................................................................................... 13
2.2.1 Fragestellungen ............................................................................................................. 13
2.2.2 Studiendesign .............................................................................................................. 13
2.2.2.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ............................................................................. 14
2.2.2.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C) ........................................ 15
2.2.2.3 Soziogramm ........................................................................................................... 16
2.2.2.4 Statistik .................................................................................................................. 17
2.2.3 Musiktherapeutisches Coaching.................................................................................. 20
2.2.3.1 Modul: Entspannungstraining nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten .......... 21
2.2.3.2 Modul: Verhaltenstraining .................................................................................... 21
2.3 Ergebnisse ........................................................................................................................ 22
2.3.1 Beschreibung der Stichprobe ...................................................................................... 22
2.3.1.1 Gesamtstichprobe von Dialysepatienten ............................................................... 22
2.3.1.2 Eingeschlossene Patienten ................................................................................... 22
2.3.1.3 Gecoachte Patienten ............................................................................................ 23
2.3.2 Psychosoziale Charakterisierung der Patienten .......................................................... 24
2.3.2.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ........................................................................... 24
2.3.2.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C) ....................................... 26
2.3.2.3 Soziogramm ........................................................................................................... 26
2.3.3 Ergebnisse des musiktherapeutischen Coachings ...................................................... 29
               Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ................................................................................... 30
3.3.3 Ergebnisse der zertifizierten Weiterbildung ................................................................. 54
3.3.3.1 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) ................................. 54
3.3.3.2 Feedback .............................................................................................................. 57

4 DISKUSSION ............................................................................................................... 58
4.1 Zusammenfassung der Fragestellungen 1 und 2 ......................................................... 58
4.2 Zusammenfassung der Fragestellung 3 ...................................................................... 58
4.3 Diskussion der Ergebnisse ......................................................................................... 59
  4.3.1 Rahmenbedingungen/Design ................................................................................ 59
  4.3.2 Forschungsmethodik/Messinstrumente ................................................................. 59
  4.3.3 Implementierung ..................................................................................................... 60

5 VERZEICHNISSE ........................................................................................................ 61
5.1 Literatur ..................................................................................................................... 61
5.2 Tabellen ..................................................................................................................... 65
  5.2.1 Abbildungen .......................................................................................................... 66
1 Zusammenfassung

1.1 Einleitung

In Deutschland sind mit steigender Tendenz knapp 60.000 Patienten auf eine Dialysebehandlung angewiesen. Die Dialysepflichtigkeit verändert das alltägliche Leben der Patienten und fordert von diesen große Anpassungsleistungen und Bewältigungsfähigkeiten. In den letzten Jahren konnte in empirischen Studien nachgewiesen werden, dass psychosoziale Belastungsfaktoren wie depressive und ängstliche Verarbeitungsmuster die Komplikationsraten erhöhen. Diese Erkenntnisse sprechen für die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung von Dialysepatienten zur Behandlungsoptimierung. Es erscheint demnach sinnvoll, psychisch auffällige bzw. schlecht motivierte Dialysepatienten durch geschultes Pflegepersonal vor Ort adäquat zu betreuen.

1.2 Projektziele

Projektziel ist die Erstellung eines Leitfadens zur psychosozialen Betreuung von Dialysepatienten. Die Daten und Erfahrungen für den Leitfaden werden aus zwei Teilprojekten ermittelt:

- Musiktherapeutisches Coaching für Dialysepatienten
- Konfliktmanagement bei schwierigen Dialysepatienten für Dialysefachkräfte

1.3 Ergebnisse

1.3.1 Teilprojekt 1: „Musiktherapeutisches Coaching zu Beginn der Dialysebehandlung“


Bisher wurden 31 Patienten in den Nierenzentren Heppenheim, Weinheim, Wieblingen und Viernheim in ein musiktherapeutisches Coaching eingeschlossen. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe der 101 Dialysepatienten sind die in das Coaching eingeschlossenen

Die Datenauswertung zeigt, dass sich die eigene Einschätzung der psychischen Belastung bei 10 Patienten (knapp 50%) nach Abschluss des musiktherapeutischen Coachings zuverlässig verbessert.

1.3.2 Teilprojekt 2: „Konfliktmanagement bei schwierigen Dialysepatienten“

Zwölf weibliche Dialysefachkräfte nahmen an dieser Weiterbildung teil. Sie schätzen die Bedeutung ihrer Arbeit subjektiv geringer ein und haben wenig beruflichen Ehrgeiz als die deutsche Normstichprobe von 378 Krankenpflegern. Im Umgang mit anderen Personen beschreiben sie sich als fürsorglich und gehen eher zurückhaltend mit anderen Menschen um. Vier Wochen vor der Weiterbildung liegt „schonungsreiches Arbeiten“ bei 50 % der Teilnehmerinnen und bei 42 % sogar „resignatives Arbeiten“ (Burnout-Syndrom) vor.


1.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des ersten Teilprojekts, die durch das Fehlen einer Kontrollgruppe allerdings eingeschränkt sind, unterstreichen, dass sich ein musiktherapeutisches Coaching als zusätzliches Angebot positiv auf die Krankheitsbewältigung zu Beginn der Dialysebehandlung auswirkt. Vor allem können krankheitsspezifische Belastungen wie Ängste und depressive Verarbeitungsmuster deutlich verringert werden. Standardtherapie für derart belastete Patienten ist bisher eine verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie. Kosten-Aufwand-Analysen ergeben, dass das angebotene musiktherapeutische Coachingkonzept
gegenüber einer indizierten Verhaltenstherapie Einsparungen von ca. € 1.300,00 pro Pa-
tient bietet.

Die Studienergebnisse des zweiten Teilprojekts bekräftigen die Bedeutung von psychoso-
zialen Weiterbildungen für Dialysefachkräfte. Vor allem das Erleben von sozialer Unter-
stützung, eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit sowie eine Reduzierung von Bur-
nout-Verarbeitungsmustern bei den Pflegekräften können erreicht werden. Das Fehlen ei-
er Kontrollgruppe und männlicher Teilnehmer sind kritisch zu bewerten. Das aufgrund 
der veränderten Rahmenbedingung entwickelte Design (Kompaktkurs an einem Wochen-
ende für die Implementierung einer festen monatlichen Coachinggruppe) eröffnet ein sehr 
interessantes Angebot für die knapp 3.000 Pflegekräfte, die an Dialysenzentren beschäf-
tigt sind. Erste Anfragen zur Durchführung weiterer Coachingmaßnahmen sind bereits 
eingegangen.
2 Musiktherapeutisches Coaching für Dialysepatienten

2.1 Kontext

2.1.1 Zum Stand der Dialysebehandlung in Deutschland

Zum 31.12.2003 nahmen in Deutschland 78.281 Patienten Nierenersatztherapie in Anspruch. Der Median der Altersverteilung der Patienten lag bei 64 Jahren. 64 % der neu aufgenommenen Patienten waren 65 Jahre und älter. 19.702 Patienten (rund 25 %) befanden sich in der Nachsorge nach einer Nierentransplantation und 58.579 (rund 75 %) waren dialysepflichtig. Unter den Dialyseverfahren standen die Hämodialyseverfahren (mit Hämofiltration und Hämodiafiltration) mit ca. 95 % gegenüber den Peritonealdialyseverfahren (ca. 5 %) deutlich im Vordergrund (Frei & Schober-Halstenberg, 2004).

Unter den Versorgungsarten der Hämodialysepatienten ist die an ein Dialysezentrum gebundene ambulante Behandlung mit drei Dialyseterminen à 4-5 Stunden pro Woche die meistverwendete Methode (s. Tab. 1).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dialysearten</th>
<th>Anteil in %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Heimdialyse</td>
<td>0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>LC-Dialyse</td>
<td>10,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrumsdialyse</td>
<td>78,8</td>
</tr>
<tr>
<td>teilstationäre Dialyse</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre Dialyse</td>
<td>2,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bei der Diagnoseverteilung der Dialysepatienten im Jahr 2003 (N = 43.949) ist auffallend, dass 40 % der Diagnosen durch Alterserkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II und die vaskuläre Nephropathie bedingt sind.

Bei Patienten (N = 5.940), deren Dialysebehandlung im Jahr 2003 begann, erhöhten sich die alterbedingten Erkrankungen als Ursache einer Nierenerkrankung sogar auf 56 %. Die am häufigsten gestellte Diagnose war Diabetes mellitus mit 36 % (Typ I: 3 % und Typ II: 33 %) gefolgt von der vaskuläre Nephropathie (20 %). Das heißt, dass gegenwärtig über die Hälfte der Neuerkrankungen als Folgen altersbedingter Erkrankungen zu betrachten sind. Dies lässt sich auf die Struktur der Alterspyramide in Deutschland zurückführen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich dieser Trend weiter fortsetzt.
Die 5-Jahres-Überlebensraten bei dialysepflichtigen Patienten liegen unabhängig vom Verfahren bei 50 % (Medicine Worldwide, 2004). Demgegenüber liegen die Funktionsraten transplantierter Nieren erst nach 10 Jahren bei 50 %.

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Dialysepatienten im Vergleich zu transplantierten Patienten bzw. der Normalbevölkerung eine eingeschränkte Lebensqualität aufweisen (Muthny & Koch, 1991; Niechzial et al., 1999; Reimer et al., 2002; Unruh et al., 2005). Was das Konstrukt der „Lebensqualität“ anbelangt muss allerdings festgestellt werden, dass bisher ein relativ geringer Zusammenhang zwischen objektiver Symptomatik und subjektivem Wohlbefinden gefunden wurde (Schumacher et al., 2003; Ebert et al., 2002). Ursache dafür kann sein, dass es Menschen gelingt durch Prozesse der Um- oder Neubewertung (Kraaij et al., 2002) oder der Kompensation durch Stärken in anderen Lebensbereichen (Sperling, 2003) ein stabiles Wohlbefinden zu erreichen.


2.1.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren bei Dialysepatienten


Im Umgang mit zwischenmenschlichen Problemen gemessen mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz et al., 2000) beschreiben sich Dialysepatienten als weniger dominant und empfinden sich als streitsüchtiger/konkurrierender und abwei-
sender/kälter als die Normalbevölkerung. Eine aktive, problemorientierte Haltung gegenüber der Krankheit sowie die Fähigkeit sich Ablenkung zu verschaffen sind die zwei wichtigsten Krankheitsverarbeitungsmodi dieser Patienten.

Muthny (1999) hat psychosoziale Probleme und Konflikte im Verlauf von Niereninsuffizienz und ihrer Behandlung systematisch dargestellt und für die Dialysebehandlung folgende psychische Belastungen und Reaktionen zusammengefasst:

- Fehlende Akzeptanz der Dialysepflichtigkeit
- Schock- und Verleugnungsreaktionen
- Erleben einer „latenten Todesdrohung“
- Angst vor Punktion bzw. vor Schmerzen
- Belastung durch Nahrungs- und Flüssigkeitsrestriktion, u.U. quälende Durstgefühle, Compliance-Probleme
- Belastung durch die Abhängigkeit von der Maschine und die zeitlichen Einschränkungen
- Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
- Beziehungsprobleme, sexuelle Störungen, evtl. Belastung durch Rollenwechsel in der Familie

Für komplexe medizinische Interventionen wie die Dialysebehandlung bestehen hohe Compliance-Anforderungen, die psychosoziale Probleme triggern können, z. B. Restriktion der Flüssigkeitszufuhr, Vermeidung kaliumhaltiger Nahrungsmittel, Notwendigkeit von Medikamentennahme sowie Pünktlichkeit und Einhalten der Dialysetermine.
2.1.3 Bisherige psychosoziale Interventionen

Im Folgenden werden einige, bereits wissenschaftlich evaluierte, psychosoziale Behandlungsansätze für Dialysepatienten vorgestellt. Ausgewählte Studien werden, soweit aus der Literatur ersichtlich, mit den zu behandelnden psychosozialen Belastungen, den dafür gewählten Interventionen und ihren Ergebnissen genannt.

Tab. 2: Darstellung bisheriger psychosozialer Interventionen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Studie</th>
<th>Belastungsbereiche</th>
<th>Intervention</th>
<th>Ergebnis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Van Vilsteren, de Greef &amp; Huisman (2005)</td>
<td>• gesundheitsbezogene Lebensqualität</td>
<td>• Trainingsgruppe (12-wöchiges Konditionstraining am Rad)</td>
<td>• signifikante Verbesserung in den Bereichen Verhaltensänderung, physische Fitness, physiologischen Kondition und gesundheitsbezogene Lebensqualität</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Beratung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tsay, Lee &amp; Lee (2005)</td>
<td>• Stress</td>
<td>• Adaption training programm (ATP)</td>
<td>• signifikante Verringerung des Stresserlebens und der Depressivität der Patienten sowie Verbesserung der Lebensqualität</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Depressivität</td>
<td>• 8-wöchiges Training, das von einem Psychotherapeuten und einer erfahrenen Pflegekraft geleitet wurde</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Lebensqualität</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mathers (1999)</td>
<td>• Krankheitsbewältigung</td>
<td>• Sieben psychosoziale Trainingsstunden auf Tonbänder</td>
<td>• keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>• kein Erfolg bezüglich der Anpassung älterer Dialysepatienten an die Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Muthny (1999)</td>
<td>• Depressive Verstimmungen (reaktive Depression)</td>
<td>• Verhaltenstherapeutische Maßnahmen</td>
<td>• eher mäßige Erfolge in der Reduktion depressiver Stimmungen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Sexualstörungen bei (vor allem) männlichen Dialysepatienten</td>
<td>• Einbeziehung des Partners</td>
<td>• deutliche, jedoch heterogene, Verbesserungen durch das gemeinsame Gespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Campbell &amp; Sinha (1980)</td>
<td>• Krankheitsbewältigung</td>
<td>Gruppentherapeutische Intervention, mit dem Ziel des Erwerbs einer adaptiveren Einstellung zur Erkrankung durch aktive Verbalisierung und offenen Ausdruck von Gefühlen.</td>
<td>• Ansatz wenig rentabel</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>• wenig Inanspruchnahme der Intervention durch die Patienten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hervorzuheben ist, dass bei psychosozialen Interventionen bei Dialysepatienten in einem höheren Maß der Aufbau und die Stärkung der Behandlungs motiviation notwendig sind,
als dies üblicherweise bei psychotherapeutischen Maßnahmen der Fall ist (Yeh et al., 2004). Dies steht möglicherweise damit in Zusammenhang, dass sich Dialysepatienten als überdurchschnittlich abweisend bzw. kalt empfinden (Wormit et al., 2002). Muthny & Koch (1997) heben die Bedeutung von Einzelpsychotherapien und Kriseninterventionen neben dem hohen Stellenwert der Personalfortbildung hervor. Da diese Versorgungsaufgaben meist nur konziliarisch realisiert werden können, erfordert ihre Gestaltung ein hohes Maß an Flexibilität und langfristig angelegte Strategien.
2.2 Methodik

2.2.1 Fragestellungen

1. Liegen bei Dialysepatienten mehr psychische Belastungen vor als bei der Normpopulation?

2. Lassen sich interpersonale Probleme von Dialysepatienten charakterisieren?

3. Haben Alter, Geschlecht und Therapiedauer Einfluss auf die psychischen Belastungen und interpersonale Probleme?

4. Liegen bei gecoachten Dialysepatienten höhere psychische Belastungen vor als in der Normierungsstichprobe von Dialysepatienten?

5. Können die psychischen Belastungen durch die Coachingmaßnahme verringert werden?

2.2.2 Studiendesign


Zur Untersuchung von Fragestellung vier und fünf wurden Dialysepatienten in den o. g. Zentren aufgenommen und medizinisch behandelt. Lagen die Voraussetzungen für eine Aufnahme in das Coaching vor (s. Tab. 3), wurde den Patienten zu Beginn ihrer Dialysebehandlung standardmäßig ein musiktherapeutisches Coaching angeboten.

Tab. 3: Einschluss- und Ausschlusskriterien des musiktherapeutischen Coachings (Wormit et al., 2004)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einschlusskriterien</th>
<th>Ausschlusskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Beginn der Dialyse</td>
<td>• andere schwere körperliche Grunderkrankungen</td>
</tr>
<tr>
<td>• Krankheitsbedingte psychische Beeinträchtigungen</td>
<td>• Alter &lt; 18 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>• positive Motivation zur Coachingmaßnahme</td>
<td>• andere ambulante psychologische Interventionen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zur Evaluation der Coachingmaßnahmen wurde zur Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik die Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1995) verwendet. Im Rahmen der Eingangsdagnostik wurde ein Soziogramm der Patienten erstellt. Zusätzlich wurden so-
ziodemographische Daten zu Alter, Geschlecht und Familienstand erhoben (s. Tab. 4).

Tab. 4: Darstellung der diagnostischen Erhebung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Messzeitpunkt 1</th>
<th>Messzeitpunkt 2</th>
<th>Messzeitpunkt 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Coachingbeginn)</td>
<td>(nach 6 Wochen)</td>
<td>(Abschluss nach 12 Wochen)</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R</td>
<td>SCL-90-R</td>
<td>SCL-90-R</td>
</tr>
<tr>
<td>Soziogramm</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soziodemographische Daten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.2.2.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)


Tab. 5: Darstellung der Skalen der SCL-90-R

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>Anzahl der Items</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Somatisierung (SOM)</td>
<td>Beschreibt einfache körperliche Störungen bis hin zu funktionellen Störungen der kardiovaskulären, gastrointestinalen, respiratorischen und anderer stark autonom geregelter Systeme.</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Zwanghaftigkeit (ZWA)</td>
<td>Umfasst leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit (Ich-fremde Gedanken, Impulse und Handlungen).</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Unsicherheit im Sozialkontakt (UNS)</td>
<td>Repräsentiert die Bandbreite von leichter sozialer Unsicherheit bis zum Gefühl totaler persönlicher Unzulänglichkeit (Unwohlsein, Selbstabwertung und negative Erwartungen bzgl. zwischenmenschlichen Verhaltens).</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Depressivität (DEP)</td>
<td>Gibt Symptome von leichter Traurigkeit bis zur schweren Depression wieder (gesunkenes Interesse am Leben allgemein, verringerte Motivation, Hoffnungslosigkeit, Suizidgefahr, etc.).</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Ängstlichkeit (ANG)</td>
<td>Umfasst die Spannbreite zwischen körperlich spürbarer Nervosität bis hin zu tiefer Angst (Spannung, Zittern, Schreckgefühle, Panikattacken, etc.).</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Aggressivität/Feindseligkeit (AGG)</td>
<td>Beschreibt Gefühle der Unausgeglichenheit und Reizbarkeit bis zu Feindseligkeit und ausgeprägter Aggressivität (Irritierbarkeit, Verstimmung und Zorn).</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

→ Fortsetzung auf der nächsten Seite
2.2.2.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>Anzahl der Items</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>zu autokratisch/dominant (PA)</td>
<td>Personen mit hohen Werten berichten über Probleme, andere zu akzeptieren, sie zu sehr ändern oder beeinflussen zu wollen, andere zu sehr zu kontrollieren oder zu oft im Streit mit anderen zu sein. Sie betonen ihre Unabhängigkeit zu sehr und berichten Schwierigkeiten sich unterzuordnen.</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>zu streitsüchtig/konkurrierend (BC)</td>
<td>Personen mit hohen Werten berichten über Probleme, anderen zu vertrauen bzw. anderen gegenüber misstrauisch zu sein. Es fällt ihnen schwer, andere zu unterstützen, sich wirklich um die Probleme oder Bedürfnisse anderer zu kümmern. Sie beschreiben sich als missgünstig, als Personen, die zuviel streiten und zu sehr auf Rache aus sind.</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>zu abweisend/kalt (DE)</td>
<td>Personen mit hohen Werten berichten über Schwierigkeiten, Nähe zu anderen herzustellen oder Zuneigung zu zeigen. Es fällt ihnen schwer, Liebe zu anderen zu empfinden oder langfristige Verpflichtungen gegenüber Personen einzugehen. Sie geben an, andere zu sehr auf Distanz zu halten oder Schwierigkeiten zu haben, sich zu versöhnen, nachdem sie ärgerlich waren.</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
zu introveriert/social vermeidend (FG)

Personen mit hohen Werten berichten über Probleme, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen oder mit anderen etwas zu unternehmen. Sie beschreiben Schwierigkeiten, ihrer Gefühle zu zeigen.

zu selbstunsicher/unterwürfig (HI)

Personen mit hohen Werten berichten über Probleme, anderen mitzuteilen, was sie wollen oder nicht. Es fällt ihnen schwer, sich gegenüber anderen zu behaupten, standfest zu sein, andere auch mit Problemen zu konfrontieren oder auch aggressiv zu sein. Sie sehen sich als wenig selbstbewusst im Beisein anderer und tun sich schwer, eine Chef-Rolle zu übernehmen.

zu ausnutzbar/nachgiebig (JK)

Personen mit hohen Werten berichten über Schwierigkeiten, sich von anderen abzugrenzen, „Nein“ zu sagen oder zu zeigen, dass sie wütend sind. Sie beschreiben sich als leichtgläubig bzw. als Personen, die sich leicht überreden lassen. Es fällt ihnen schwer, mit anderen zu streiten oder fest zu bleiben bzw. sich nicht zu sehr auszunutzen zu lassen.

zu fürsorglich/freundlich (LM)

Personen mit hohen Werten berichten, dass sie ihre eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer vernachlässigen, dass sie zu großzügig sind oder sich zu leicht durch die Not anderer rühren lassen. Es fällt ihnen schwer, anderen Grenzen zu setzen.

zu expressiv/aufdringlich (NO)

Personen mit hohen Werten berichten über Schwierigkeiten, Dinge für sich zu behalten. Sie erzählen zu oft Persönliches von sich, öffnen sich zu sehr. Sie beschreiben sich als Personen, die zu viel Wert auf Beachtung durch andere legen, zu oft den Clown spielen oder Schwierigkeiten haben, allein zu sein. Sie fühlen sich zu sehr für andere verantwortlich und haben Schwierigkeiten, sich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.

2.2.2.3 Soziogramm


Das Soziogramm bezieht sich jeweils auf das gesamte individuelle Bezugssystem des einzelnen Patienten (s. Abb. 1). Im Rahmen eines Brainstormings wird zusammen mit dem Patienten zuerst die Beziehung zu „significant others“ (Ehepartner, Kinder, Freunde/Bekannte) visualisiert, danach das erweiterte psychosoziale Bezugsfeld. Die einzelnen Bezugssysteme werden bewertet (positive oder negative Aspekte). Danach erfolgt eine Ermittlung der „Nähe“ (Bedeutung) der einzelnen Systembereiche zum Patienten. Aus den negativen Aspekten und der Nähe des Bezugssystems werden die Coachingziele festgelegt (vgl. Abb. 6, S. 27).
2.2.2.4 Statistik

**Parametrische und nonparametrische Tests**

Zur Datenanalyse wurde die Statistiksoftware SPSS 11.5.1 verwendet. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte je nach Fragestellung und Datenqualität. Für die Vergleiche zu den Normierungsstichproben und die Prä-Post-Vergleiche wurden t-Tests gegen einen Testwert (Normwert) herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde jeweils bei .05 festgelegt.

**Die Methode der reliablen Veränderung nach Jacobson und Truax**


Das Modell von Jacobson & Truax (1991) erlaubt die Beurteilung von *reliabler relativer* Veränderung. Veränderungen sind dann reliabel, wenn für den RC-Index gilt:

\[
RC = \frac{(x_{post} - x_{prä})}{2^{\frac{1}{2}} SE} > 1.96
\]

Mit Hilfe dieses Vorgehens können individuelle Prä-Post-Veränderungen und nicht nur die Veränderung der gesamten Gruppe beurteilt werden.

Clinical Significance: Die Methode des Cut-Off-Werts nach Jacobson & Truax


\[ c_1 = \frac{(SD_0M_1 + SD_1M_0)}{(SD_0 + SD_1)} \]


Die Methode der Klinisch bedeutsamen Verbesserung nach Kordy & Hannöver


\[ Z = [c_1; c_2] \]

Die grafische Darstellung der Konzepte im Prä-Post-Vergleich

Abbildung 2 zeigt am Beispiel von 31 Schmerzpatienten (Hillecke, 2005) die Veränderung von psychischen Belastungen unter Verwendung der Skala „Gesamtwert“ (Minimum = 0; Maximum = 180) des OQ-45.2 (Lambert et al., 1996).

Die reliable relative Veränderung wird entsprechend dem Modell von Jacobson & Truax (1991) berechnet. Die kritischen Werte liegen nach Lambert et al. (2002) vor (Globalskala: \( d_{krit} = 21 \)). Die relevanten Bereiche werden graphisch durch die durchgezogenen parallelen Linien zur Diagonalen begrenzt. Dabei zeigt sich, dass 18 Patienten (58,1 %) unter der Diagonalen liegen, also später bessere Werte als vorher erreichen. Fünf dieser Patienten liegen unterhalb des Konfidenzintervalls und erreichen damit reliable relative Verbesserungen (16,1 %). Elf Patienten (35,5 %) liegen über der Diagonalen und ein Patient (3,2 %) oberhalb des Konfidenzintervalls, dieser hat sich also relabel relativ verschlechtert. Zwei Patienten liegen genau auf der Diagonalen und haben sich somit nicht verändert. Gruppenstatistisch ist das dargestellte Ergebnis unter Verwendung des t-Tests für abhängige Stichproben tendenziell signifikant (\( t = 1,94; p = .061 \)). Allerdings liegen mit einer Sicherheit von 95 % (Konfidenzintervall) nur 5 reliable relative Verbesserungen (16,1 %) und eine reliable relative Verschlechterung (3,2 %) vor. Bei diesen Patienten geht die Veränderung also mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht auf einen Messfehler zurück.
Die Darstellung weist vier Felder entsprechend der Darstellungsweise von Kordy & Hannöver (2000) auf. Die Cut-Off-Werte werden von Lambert et al. (2002) übernommen und entsprechend der oben dargestellten Vorgehensweise hergestellt (Cut-Off = 58,9). Die Vier-Felder der klinischen Signifikanz werden durch die gestrichelte horizontale und vertikale Linie begrenzt. Das Beispiel von Hillecke (2005) zeigt bei drei Schmerzpatienten (9,7 %) eine „klinisch bedeutsame Verbesserung“ (Feld I), bei 17 Schmerzpatienten (54,8 %) eine „klinisch nicht ausreichende Veränderung“ (Feld III), bei zehn Schmerzpatienten (32,3 %) eine „klinisch irrelevante Veränderung“ (Feld II) und bei einem Schmerzpatienten (3,2 %) eine „klinisch bedeutsame Verschlechterung“ (Feld IV).

2.2.3 Musiktherapeutisches Coaching

Durch ein auf den Erfordernissen und Problemen der Dialysebehandlung zugeschnittenes Coaching stellt sich die Musiktherapie der Aufgabe die Nierenersatztherapie zu optimieren (Wormit et al., 2002; 2004). Das musiktherapeutische Coaching wird zu Beginn der Dialysebehandlung angeboten und umfasst drei Bereiche: Erstgespräch, ausführliche psychosoziale Diagnostik sowie eigentliches Coaching. Die Behandlungsmaßnahme besteht aus sieben Coachingterminen, die 14-tägig à 50 Minuten appliziert werden. Es findet in Abrede mit dem Patienten vor oder nach der Dialysebehandlung in einem separaten Raum statt.

Im einem interdisziplinären Erstgespräch mit dem Patienten, das vom Musiktherapeuten und behandelnden Arzt durchgeführt wird, findet eine erste Orientierung über die psychischen, körperlichen und sozialen Belastungsfaktoren nach einem strukturierten Interviewleitfaden statt. Weitere Ziele des Erstgesprächs liegen in der Motivationsstärkung des Patienten und in der Vertrauensgewinnung.

Das musiktherapeutische Coaching berücksichtigt einerseits die in Studien belegte eingeschränkte Lebensqualität von Dialysepatienten sowie deren allgemeine psychosoziale Belastung (vgl. Kap. 2.1.2) und andererseits die individuellen Coachingziele (s. Kap. 2.2.2.3). Es enthält im Einzelnen folgende Trainingsmodule, die je nach dem Ergebnis der patientenspezifischen Problemfeldanalyse in unterschiedlicher Gewichtung zur Anwendung kommen:

**Modul: Entspannungstraining nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten**

Das Entspannungstraining nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten (Bolay & Selle, 1982; Selle, 2004) dauert ca. 20 Minuten und ist in vier Abschnitte gegliedert:

1. kurze körperliche Lockerungsübungen
2. verbale Entspannungsinduktion
4. Zurücknahme der Entspannung durch lockernde Körperbewegungen

⇒ *Ziel ist, dass der Dialysepatient die erlernte Entspannungstechnik in seinen Alltag überträgt und somit Belastungen wie die Dialyse situation adaptieren und angstfreier bewältigen kann.*

**Modul: Verhaltenstraining**

3. Weitere Schwierigkeiten sind die Umstellung der Ernährung sowie das Einhalten der adäquaten Flüssigkeitszufuhr.

⇒ *Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstverantwortung, die es dem Patienten ermöglicht, seine Wahrnehmung, sein Erleben und sein Verhalten bezüglich seiner Nierenerkrankung zu verbessern bzw. zu erweitern (Rauen, 2002).*
2.3 Ergebnisse

2.3.1 Beschreibung der Stichprobe

2.3.1.1 Gesamtstichprobe von Dialysepatienten

Bisher wurde ein Datensatz von 101 Dialysepatienten aus den Dialysezentren Weinheim, Viernheim, Wieblingen und Heppenheim gesammelt. Der Datensatz setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 7: Datensatz der Normierungsstichprobe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Referenzdaten</th>
<th>Stichprobenbeschreibung</th>
<th>Ergebnisse (n = 101)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter (Jahre)</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>62 ± 17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Range</td>
<td>18–89</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td>männlich</td>
<td>52 (51 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>49 (49 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Therapiedauer (in Monaten)</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>39 ± 48</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Range</td>
<td>1–201</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.3.1.2 Eingeschlossene Patienten


Den Datensatz beschreibt Tab. 8:

Tabelle 8: Datensatz der Patienten bei Aufnahme

<table>
<thead>
<tr>
<th>Referenzdaten</th>
<th>Stichprobenbeschreibung</th>
<th>Ergebnisse (n = 31)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter (Jahre)</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>65 ± 17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Range</td>
<td>18–88</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td>männlich</td>
<td>10 (32 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>21 (68 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dropout</td>
<td>Verschlechterung des körperlichen Zustands</td>
<td>4 (13 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abbruch der Fragebogenerhebung</td>
<td>3 (10 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abbruch des Coachings</td>
<td>2 (6 %)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.3.1.3 Gecoachte Patienten

Das Coaching wurde von neun Patienten (29 %) abgebrochen. Vier Patienten (13 %) konnten aufgrund einer Verschlechterung ihres körperlichen Gesundheitszustandes das Coaching nicht zu Ende führen. Weitere drei Patienten (10 %) brachen aus Altersgründen die Fragebogenerhebung ab, wurden aber weiter betreut. Zwei Patienten brachen das Coaching ohne weitere Begründung (6 %) ab. Mit einer Dropoutrate von 29 % liegt die Studie über den Erwartungen (20 %). Dies erscheint dennoch akzeptabel, da sich die spezifische gesundheitliche Situation und der damit verbundene Krankheitsverlauf sowie das hohe Alter der Patienten in der klinischen Praxis widerspiegeln.

Vor allem Frauen schieden aus dem Coaching aus. Lag im Gesamtdatensatz die Frauenquote bei 68 %, liegt der korrigierte Anteil nur noch bei 54,5 %. Das Durchschnittsalter verjüngte sich von 65 auf 60 Jahre.

Der Datensatz für die gecoachten Dialysepatienten setzt sich nach Berücksichtigung der Abbrecher wie folgt zusammen:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 9: Datensatz der gecoachten Patienten nach Ausschluss der Dropouts</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Referenzdaten</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter (Jahre)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 2.3.2 Psychosoziale Charakterisierung der Patienten

#### 2.3.2.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Im Vergleich zur Normpopulation gaben Dialysepatienten hoch signifikant höhere psychische Belastungen an (GSI; p = .000) (Tab. 10).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>GSI</th>
<th>SOM</th>
<th>ZWA</th>
<th>UNS</th>
<th>DEP</th>
<th>ANG</th>
<th>AGG</th>
<th>PHO</th>
<th>PAR</th>
<th>PSY</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Norm</td>
<td>0,59</td>
<td>0,89</td>
<td>0,69</td>
<td>0,44</td>
<td>0,75</td>
<td>0,51</td>
<td>0,39</td>
<td>0,32</td>
<td>0,50</td>
<td>0,29</td>
</tr>
<tr>
<td>(± 0,41)</td>
<td>(± 0,54)</td>
<td>(± 0,48)</td>
<td>(± 0,29)</td>
<td>(± 0,54)</td>
<td>(± 0,55)</td>
<td>(± 0,40)</td>
<td>(± 0,47)</td>
<td>(± 0,44)</td>
<td>(± 0,32)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Norm (Franke 1995)</td>
<td>0,33</td>
<td>0,35</td>
<td>0,47</td>
<td>0,41</td>
<td>0,40</td>
<td>0,29</td>
<td>0,31</td>
<td>0,14</td>
<td>0,35</td>
<td>0,18</td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>,000</td>
<td>,000</td>
<td>,000</td>
<td>,543</td>
<td>,000</td>
<td>,000</td>
<td>,080</td>
<td>,000</td>
<td>,001</td>
<td>,001</td>
</tr>
<tr>
<td>Psy. Som.</td>
<td>0,91</td>
<td>1,06</td>
<td>1,04</td>
<td>0,97</td>
<td>1,10</td>
<td>1,02</td>
<td>0,67</td>
<td>0,65</td>
<td>0,76</td>
<td>0,61</td>
</tr>
<tr>
<td>(± 0,62)</td>
<td>(± 0,81)</td>
<td>(± 0,74)</td>
<td>(± 0,75)</td>
<td>(± 0,75)</td>
<td>(± 0,81)</td>
<td>(± 0,51)</td>
<td>(± 0,78)</td>
<td>(± 0,70)</td>
<td>(± 0,58)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Patienten beschrieben erhebliche körperliche Belastungen (SOM; p = ,000) und Zwänge (ZWA; p = ,000). Auf den Skalen „Depressivität“ (DEP; p = ,000), „Ängstlichkeit“ (ANG; p = ,000), „Phobische Angst“ (PHO; p = ,000), Paranoides Denken (PAR; p = ,001) und „Psychotizismus“ (PSY; p = ,0001) wiesen die Dialysepatienten signifikant höhere Mittelwerte auf, als die Norm. Tendenziell höhere Werte konnten auch auf der Skala „Aggressivität“ (AGG) nachgewiesen werden (p = ,080). Keine signifikanten Unterschiede konnten auf der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (UNS; p = ,543) gefunden werden.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>GSI</th>
<th>SOM</th>
<th>ZWA</th>
<th>UNS</th>
<th>DEP</th>
<th>ANG</th>
<th>AGG</th>
<th>PHO</th>
<th>PAR</th>
<th>PSY</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&gt; Cut-Off</td>
<td>46%</td>
<td>72%</td>
<td>32%</td>
<td>20%</td>
<td>38%</td>
<td>35%</td>
<td>24%</td>
<td>26%</td>
<td>30%</td>
<td>28%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Weiter wurde untersucht, ob Dialysepatienten in mehreren Bereichen (SCL-Skalen) Werte über dem Cut-Off erzielen. Erhöhte Werte in 0 bis 2 Bereichen wurden als keine bzw. leichte Auffälligkeit, erhöhte Werte in 3 bis 6 Bereichen als mittlere Auffälligkeit und erhöhte Werte in 6 bis 9 Bereichen als starke Auffälligkeit definiert (vgl. Tab. 12).

Tabelle 12: Darstellung der Häufigkeit erhöhter Werte pro Patient (n=101)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Keine oder leichte Auffälligkeit</th>
<th>Erhöhte Werte auf</th>
<th>Häufigkeit</th>
<th>Prozent</th>
<th>Kumulierte Prozent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 Skalen</td>
<td>23</td>
<td>22,8%</td>
<td></td>
<td>52,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>1 Skala</td>
<td>21</td>
<td>22,8%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Skalen</td>
<td>9</td>
<td>8,9%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Auffälligkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 Skalen</td>
<td>9</td>
<td>8,9%</td>
<td></td>
<td>31,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>4 Skalen</td>
<td>11</td>
<td>10,9%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 Skalen</td>
<td>3</td>
<td>3,0%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 Skalen</td>
<td>9</td>
<td>8,9%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Starke Auffälligkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 Skalen</td>
<td>2</td>
<td>2,0%</td>
<td></td>
<td>15,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>8 Skalen</td>
<td>3</td>
<td>3,0%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9 Skalen</td>
<td>11</td>
<td>10,9%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dementsprechend zeigten sich bei 52,5% der Dialysepatienten keine bis leichte Auffälligkeiten, bei 31,7% mittlere Auffälligkeiten und bei 15,8% starke Auffälligkeiten. Am häufigsten zeigten sich Auffälligkeiten in den SCL-Skalen Somatisierung (SOM), Depressivität (DEP) und Ängstlichkeit (ANG).


Tabelle 13: Reliable Change Cut-Off-Werte der SCL-90-R (dargestellt werden die Mittelwerte und Standardabweichungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GSI</td>
<td>0,33 (0,25)</td>
<td>0,59 (0,41)</td>
<td>± 0,10</td>
<td>0,43</td>
</tr>
<tr>
<td>SOM</td>
<td>0,35 (0,30)</td>
<td>0,89 (0,54)</td>
<td>± 0,28</td>
<td>0,54</td>
</tr>
<tr>
<td>ZWA</td>
<td>0,47 (0,38)</td>
<td>0,69 (0,48)</td>
<td>± 0,27</td>
<td>0,57</td>
</tr>
<tr>
<td>UNS</td>
<td>0,41 (0,38)</td>
<td>0,44 (0,29)</td>
<td>± 0,28</td>
<td>0,43</td>
</tr>
<tr>
<td>DEP</td>
<td>0,40 (0,38)</td>
<td>0,75 (0,54)</td>
<td>± 0,25</td>
<td>0,54</td>
</tr>
<tr>
<td>ÄNG</td>
<td>0,29 (0,32)</td>
<td>0,51 (0,55)</td>
<td>± 0,25</td>
<td>0,37</td>
</tr>
<tr>
<td>AGG</td>
<td>0,31 (0,34)</td>
<td>0,39 (0,40)</td>
<td>± 0,32</td>
<td>0,35</td>
</tr>
<tr>
<td>PHO</td>
<td>0,14 (0,22)</td>
<td>0,32 (0,47)</td>
<td>± 0,27</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>PAR</td>
<td>0,35 (0,37)</td>
<td>0,50 (0,44)</td>
<td>± 0,37</td>
<td>0,42</td>
</tr>
<tr>
<td>PSY</td>
<td>0,18 (0,24)</td>
<td>0,29 (0,32)</td>
<td>± 0,22</td>
<td>0,23</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.3.2.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)

Bei der Analyse mit dem Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C) fanden sich signifikante Abweichungen zur Norm in den Bereichen „zu autokratisch / dominant (PA)“ (p = 0,000), „zu streitsüchtig / konkurrierend (BC)“ (p = 0,007) und „zu abweisend / kalt (iDE)“ (p = 0,037; vgl. Abb. 4¹). In den anderen Skalen des IIP-C zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zur Norm.

Abb. 4: Kreismodell-Darstellung des IIP-C von Dialysepatienten mit Schmerzpatienten und der Normpopulation

![Legende zum IIP-C:]
PA: zu autokratisch / dominant
BC: zu streitsüchtig / konkurrierend
DE: zu abweisend / kalt
FG: zu introvertiert / sozial vermeidend
HI: zu selbstunsicher / unterwürfig
JK: zu ausnutzbar / nachgiebig
LM: zu fürsorglich / freundlich
NO: zu expressiv / aufdringlich

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>PA</th>
<th>BC</th>
<th>DE</th>
<th>FG</th>
<th>HI</th>
<th>JK</th>
<th>LM</th>
<th>NO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Normierungs-</td>
<td>-3,19</td>
<td>-0,58</td>
<td>0,31</td>
<td>-0,12</td>
<td>1,23</td>
<td>0,97</td>
<td>2,50</td>
<td>-1,12</td>
</tr>
<tr>
<td>stichprobe</td>
<td>(+3,11)</td>
<td>(+3,53)</td>
<td>(+4,75)</td>
<td>(+4,01)</td>
<td>(+3,49)</td>
<td>(+3,68)</td>
<td>(+3,98)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Norm</td>
<td>-1,47</td>
<td>-1,59</td>
<td>-0,73</td>
<td>-0,22</td>
<td>1,18</td>
<td>1,3</td>
<td>2,27</td>
<td>-0,46</td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>0,000</td>
<td>0,007</td>
<td>0,037</td>
<td>0,810</td>
<td>0,879</td>
<td>0,429</td>
<td>0,177</td>
<td>0,112</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Insgesamt begegnen Dialysepatienten interpersonalen Problemen mit wenig dominanten Verhalten und empfinden sich als „zu streitsüchtig / konkurrierend“ und „zu abweisend / kalt“.

2.3.2.3 Soziogramm

Die Analyse der Gesprächsinhalte im Rahmen der Erstellung des Soziogramms (n = 31) ergab einen Gesprächsschwerpunkt im Bereich Familie (45,3 %), gefolgt vom persönlichen Umfeld (Freunde und Hobbys; 22,5 %), der Dialysebehandlung (13,9 %) sowie von
den psychischen Inhalte (10,9°%). Sowohl über den Körper als auch über die Zukunft wurde weniger gesprochen, da die Patienten die Behandlung des körperlichen Gesundheitszustands eindeutig den Fachärzten zuordneten. Andererseits waren die Fragen nach der „Zukunft“ bzw. nach „persönlichen Wünschen“ für die älteren Dialysepatienten häufig schwer zu beantworten (s. Abb. 5).

Eine detaillierte Auswertung der Soziogramme zeigt, dass die Angaben zum Bezugssystem Familie im knapp der Hälfte der Fälle negative Wertungen enthalten (vgl. Tab. 15). Zu Beginn der Dialysebehandlung berichteten die Patienten häufig über Konflikte mit Ehepartnern und Kindern, d.h. gerade die Adaption an die neue Lebens- bzw. Familiensituation stand im Vordergrund und war oft Auslöser für Konflikte. In den Bereichen „Dialyse“ und „Psyche“ waren ebenfalls ca. 50 % der Gesprächsinhalte negativ wertend.

Tabelle 15: Positive und negative Gesprächsinhalte in %

<table>
<thead>
<tr>
<th>positiv</th>
<th>negative</th>
<th>gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>23,8</td>
<td>21,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Umfeld</td>
<td>15,0</td>
<td>7,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Dialyse</td>
<td>7,7</td>
<td>6,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Zukunft</td>
<td>2,7</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Psyche</td>
<td>4,5</td>
<td>6,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Körper</td>
<td>0,0</td>
<td>4,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>53,7</td>
<td>46,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Hier wurden die ipsatierten Werte des IIP-C verwendet, die individuelle Standardscores darstellen.

Abb. 6: Darstellung eines Patientensoziogramms mit den erarbeiteten Coachingzielen (Punkte 1. bis 3.) anhand von Patientenzitaten

Freunde
- beste Freunde
- Schwester
- Eltern

Ausbildung
- bin wieder aufgenommen
- Kontakt zu Kollegen

Dialyse
- Super zufrieden
- Blutdruckkontrolle

Eltern
- Aggressiv
- wohler

Hobby
- Sport (Volleyball, Gitarren)
- Musikhören

Nervosität
Angst vom Punktieren
Ängstlich vor den anderen
Aggressivität

F. R.
Neurotiker, leichte Angst
Vater
Mutter
Oma

2. Anstrengend
Bei der Klinik ämter

1. Unterstützen mich

3. Sport (Volleyball, Gitarren)
2.3.3 Ergebnisse des musiktherapeutischen Coachings

Insgesamt sind die SCL-Werte der eingeschlossenen Patienten mit den Ergebnissen der Normierungsstichprobe (vgl. Tab. 16) vergleichbar. Patienten der aktuellen Studie beschrieben sich als hoch signifikant weniger unsicher im Sozialkontakt (UNS; p = .000) und gaben signifikant weniger Misstrauens- und Minderwertigkeitsgefühle an (PAR, p = .0006). Weiter empfanden die in das Coaching eingeschlossenen Patienten tendenziell weniger phobische Ängste (PHO; p = .082).

Tabelle 16: Vergleich der Mittelwerte der SCL-90-R der eingeschlossenen Patienten (n=31) mit der Normierungsstichprobe (n=101)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>GSI</th>
<th>SOM</th>
<th>ZWA</th>
<th>UNS</th>
<th>DEP</th>
<th>ANG</th>
<th>AGG</th>
<th>PHO</th>
<th>PAR</th>
<th>PSY</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eingeschlossene Patienten</td>
<td>0,51 (± 0,34)</td>
<td>0,79 (± 0,47)</td>
<td>0,62 (± 0,25)</td>
<td>0,64 (± 0,55)</td>
<td>0,30 (± 0,35)</td>
<td>0,32 (± 0,51)</td>
<td>0,34 (± 0,29)</td>
<td>0,27 (± 0,29)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Normierungsstichprobe</td>
<td>0,59 (± 0,41)</td>
<td>0,89 (± 0,54)</td>
<td>0,69 (± 0,29)</td>
<td>0,75 (± 0,54)</td>
<td>0,39 (± 0,40)</td>
<td>0,47 (± 0,47)</td>
<td>0,50 (± 0,44)</td>
<td>0,29 (± 0,32)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>.222</td>
<td>.255</td>
<td>.425</td>
<td>.000</td>
<td>.268</td>
<td>.640</td>
<td>.140</td>
<td>.082</td>
<td>.006</td>
<td>.721</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die hohe Dropoutrate legte nahe die psychische Belastungen (SCL-90-R) der gecoachten Patienten (n = 22) auf signifikante Unterschiede zur Stichprobe aller aufgenommenen Patienten (n = 31) zu untersuchen (s. Tab. 18).

Tabelle 18: Vergleich der Mittelwerte der SCL-90-R der eingeschlossenen Patienten (n =31) mit den gecoachten Patienten (n = 22)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>GSI</th>
<th>SOM</th>
<th>ZWA</th>
<th>UNS</th>
<th>DEP</th>
<th>ANG</th>
<th>AGG</th>
<th>PHO</th>
<th>PAR</th>
<th>PSY</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eingeschlossene Patienten</td>
<td>0,51 (± 0,34)</td>
<td>0,79 (± 0,47)</td>
<td>0,62 (± 0,25)</td>
<td>0,64 (± 0,55)</td>
<td>0,30 (± 0,35)</td>
<td>0,32 (± 0,51)</td>
<td>0,34 (± 0,29)</td>
<td>0,27 (± 0,29)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gecoachte Patienten</td>
<td>0,57 (± 0,37)</td>
<td>0,82 (± 0,53)</td>
<td>0,69 (± 0,26)</td>
<td>0,74 (± 0,58)</td>
<td>0,61 (± 0,48)</td>
<td>0,34 (± 0,38)</td>
<td>0,37 (± 0,53)</td>
<td>0,32 (± 0,33)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>.364</td>
<td>.749</td>
<td>.425</td>
<td>.465</td>
<td>.312</td>
<td>.454</td>
<td>.482</td>
<td>.796</td>
<td>.628</td>
<td>.360</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Zwischen den in das Coaching eingeschlossenen Patienten und der Gruppe der gecoachten Dialysepatienten konnten keine signifikanten Unterschiede in den psychischen Belastungen gefunden werden.

**Symptom-Checkliste (SCL-90-R)**

Die Veränderungsbeurteilung im Prä-Post-Vergleich ergab signifikante Verbesserungen in den psychischen Belastungen (s. Tab. 19). Der Gesamtwert der psychischen Belastungen (GSI) zeigt eine signifikante Verringerung von $p = 0.012$.

### Tabelle 19: Mittelwerte der SCL-90-R der gecoachten Patienten im Prä-Post-Vergleich ($n = 22$)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>GSI</th>
<th>SOM</th>
<th>ZWA</th>
<th>UNS</th>
<th>DEP</th>
<th>ANG</th>
<th>AGG</th>
<th>PHO</th>
<th>PAR</th>
<th>PSY</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Coaching (prä)</td>
<td>0.57</td>
<td>0.82</td>
<td>0.69</td>
<td>0.28</td>
<td>0.74</td>
<td>0.61</td>
<td>0.34</td>
<td>0.34</td>
<td>0.37</td>
<td>0.32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(± 0.037)</td>
<td>(± 0.53)</td>
<td>(± 0.54)</td>
<td>(± 0.26)</td>
<td>(± 0.58)</td>
<td>(± 0.48)</td>
<td>(± 0.38)</td>
<td>(± 0.53)</td>
<td>(± 0.30)</td>
<td>(± 0.33)</td>
</tr>
<tr>
<td>Coaching (post)</td>
<td>0.39</td>
<td>0.77</td>
<td>0.40</td>
<td>0.22</td>
<td>0.40</td>
<td>0.36</td>
<td>0.16</td>
<td>0.21</td>
<td>0.23</td>
<td>0.21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(± 0.030)</td>
<td>(± 0.51)</td>
<td>(± 0.36)</td>
<td>(± 0.31)</td>
<td>(± 0.38)</td>
<td>(± 0.41)</td>
<td>(± 0.24)</td>
<td>(± 0.37)</td>
<td>(± 0.34)</td>
<td>(± 0.29)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$p$-Werte: 0.012, 0.618, 0.001, 0.404, 0.000, 0.010, 0.002, 0.107, 0.065, 0.085

Auf den Skalen „Depressivität“ (DEP; $p = 0.000$), „Zwanghaftigkeit“ (ZWA; $p = 0.001$), „Aggressivität“ (AGG; $p = 0.002$), und „Ängstlichkeit“ (PAR; $p = 0.010$) wurden signifikante Verbesserungen erzielt. Tendenzielle Verbesserungen konnten in den Skalen „Paranoides Denken“ (PAR; $p = 0.065$) und „Psychotizismus“ (PSY; $p = 0.031$). Keine Veränderungen ergaben sich auf den Skalen „Somatisierung“ (SOM; $p = 0.618$) „ Unsicherheit im Sozialkontakt“ (UNS; $p = 0.404$) und „Phobische Ängste“ (PHO; $p = 1.07$). Wobei die Skala UNS schon zu Beginn des Coaching im Normbereich lag.

Die Bewertung des Reliable Change (RC-) Index bzw. der Klinischen Signifikanz für den Gesamtwert der psychischen Belastung (GSI) in Abbildung 7 deckt sich mit den in Tabelle 20 dargestellten signifikanten Ergebnisse.

[Abbildung 7: Jacobson-Plot-Darstellung des GSI im Prä-Post-Vergleich ($n = 22$) (Wertbereich 0-4)]
2.4 Diskussion

2.4.1 Zusammenfassung der Fragestellungen

Im Vergleich zur Normpopulation gaben knapp die Hälfte der Dialysepatienten klinisch signifikant höhere psychische Belastungen an. Die Dialysepatienten wiesen depressive und ängstliche Verarbeitungsmuster auf und litten häufig unter körperlichen Beschwerden. Bei 32% der Patienten konnten mittlere Auffälligkeiten in den psychischen Belastungen festgestellt werden, bei 16% starke Auffälligkeiten.

Im Umgang mit interpersonalen Problemen beschrieben sich Dialysepatienten weniger dominant und empfanden sich streitsüchtiger und abweisender.

In Bezug auf die Variablen Alter, Geschlecht und Therapiedauer konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Im Vergleich zur Normierungsstichprobe waren die in das musiktherapeutische Coaching eingeschlossenen Patienten signifikant weniger unsicher im Sozialkontakt. Sie gaben weniger Minderwertigkeits- und Misstrauensgefühlen an und hatten tendenziell weniger phobische Ängste.


2.4.2 Diskussion der Ergebnisse

2.4.2.1 Allgemeine Diskussion

Der aktuelle Ergebnisstand entspricht den Ergebnissen und Erkenntnissen der bisher durchgeführten Studien bei Dialysepatienten (wie z. B. Muthny, 1999; Van Vilsteren et al., 2005). Sie zeigen weiter, dass das musiktherapeutische Coaching zu Beginn der Dialysebehandlung bei Patienten eine effektive (Psycho-)Prophylaxe darstellt, in dem es zu einer klinisch bedeutsamen Verringerung der psychischen Belastungen beiträgt. Trotz der körperlichen Belastung, die durch die Dialysebehandlung entstehen, ist die Verbesserung des psychischen Zustands bemerkenswert. Dies kann mit der Symptom-
Checkliste (SCL-90-R) nachgewiesen werden und zeigt sich in der differenzierten Analyse besonders in den Bereichen Depressivität, Aggressivität, Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit.

Das flexible und an den Patienten orientierte Coachingangebot kann gut in den klinischen Alltag integriert werden und wird von den Patienten gut angenommen. Aufgrund des Alters der Patienten ergeben sich jedoch Schwierigkeiten in der Durchführung der Studie, was sich in der hohen Dropoutrate niederschlägt. Gründe dafür sind vor allem die Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands und die Schwierigkeiten älterer Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen.

2.4.2.2 Forschungsmethodik / Messinstrumente

Kritisch zu bewerten ist das Fehlen einer Kontrollgruppe. Deshalb kann die vorliegende Studie lediglich als Pilotstudie angesehen werden, die in einer größeren kontrollierten, randomisierten Studie repliziert werden sollte.


2.4.2.3 Implementierung


Eine zusätzliche Kosten-Aufwand-Analyse der angebotenen Coachingmaßnahme im Vergleich zu einer indizierten Standardpsychotherapie (z. B. Verhaltenstherapie) ergibt eine Kostenersparnis von etwa € 1.300,00 pro Patient. Somit leistet das musiktherapeutische Coaching sowohl einen ökonomischen als auch effizienten Beitrag zur Verringerung der Komplikationsraten bei Dialysepatienten und kann problemlos regional bzw. überregional in Dialysezentren implementiert werden.

Besonders vor dem Hintergrund, dass auch üblicherweise angebotene therapeutische Hilfsangebote für Dialysepatienten bisher nicht ausreichend auf ihre Wirksamkeit untersucht wurden (vgl. Kap. 2.1.3), erscheint ein musiktherapeutisches Coaching als ernstzunehmende Alternative.
3 Konfliktmanagement bei schwierigen Dialysepatienten

3.1 Kontext

Die Arbeitssituation in den sozialen Berufen ist durch Interaktivität, Vielschichtigkeit und ein hohes Maß an psychischer Belastung geprägt. In den folgenden zwei Unterkapiteln werden Aspekte der Pflege im Allgemeinen sowie Theorien und Daten zur Situation der Dialysepatienten und zur Situation des Pflegepersonals in der Dialyse dargestellt.

3.1.1 Pflege

Pflege definiert sich je nach theoretischem Hintergrund verschieden. Sie findet allerdings, darüber sind sich die Theorien einig, in der Interaktion zwischen Patient und Pfleger statt. Daher wird im Folgenden ein Überblick über Pflegetheorien und über die Pfleger-Patient-Interaktion (PPI) gegeben.

3.1.1.1 Pflegetheorien


Tabelle 20: Darstellung verschiedener pflegetheoretischer Richtungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Theorietyp</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bedürfnistheorien</td>
<td>Die Theorien in dieser Gruppe gehen davon aus, dass jeder Mensch eine bestimmte Anzahl an Grundbedürfnissen hat. Dazu zählen z.B. Atmen, Nahrungsaufnahme, Schlaf, Bewegung, Kommunikation, etc. Pflege setzt nach diesen Ansätzen ein, wenn diese Grundbedürfnisse nicht mehr selbständig befriedigt werden können, also ein Defizit an Bedürfnisbefriedigung besteht.</td>
</tr>
<tr>
<td>Interaktionstheorien</td>
<td>In dieser Kategorie liegt der Fokus der Theorien auf dem zwischenmenschlichen Interaktionsprozess. Die Schwerpunkte können dabei sowohl auf den sozialen Kontext, als auch auf die psychodynamische Entwicklung der Pflegebeziehung gerichtet sein.</td>
</tr>
<tr>
<td>Humanistische Theorien</td>
<td>„Vertreter dieser Denkschule, betrachten Pflege als Betreuung, Fürsorge und Versorgung (caring), die geprägt ist durch eine wechselseitige Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson.“ (Stähling, 2000, S. 107)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Schließlich ist bei der geplanten Umsetzung einer Theorie zu beachten, „[...] dass sich nicht jede Pflegetheorie für jeden Praxisbereich eignet und dass nicht mit einer Pflegetheorie alleine alle pflegerischen Handlungen entschieden und begründet werden können.“ (Stähling, 2000, S. 119)

3.1.1.2 Pfleger-Patienten-Interaktion


Die meisten Pflegetheorien stammen aus einer Zeit, in der besonders die Interaktion und der Wert der zwischenmenschlichen Beziehung betont wurden (Meleis, 1997). Die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal haben sich in den letzten Jahrzehnten allerdings drastisch geändert, sodass der Aufbau einer tragfähigen Pfleger-Patient-Beziehung nach diesen Modellen aus Gründen mangelnder Zeit und des deutlich erhöhten geforderten Arbeitspensums oft nicht mehr möglich ist. In der neueren Fachliteratur finden sich deshalb

3.1.2 Situation der Patienten und des Personals in der Dialyse

3.1.2.1 Die Patienten


3.1.2.2 Das Personal


3.1.3 Überlegungen zur Fortbildungsmethodik

Berufliche Weiterbildung ist stets Erwachsenenbildungspraxis. Als solcher liegt ihr eine theoretische Fundierung zu Grunde. Schäffter bemerkt, dass Erwachsenenbildung begonnen hat, sich von der „illusionären Selbstvereinfachung“, dass „gelernt wird, was gelehrt wird!“, zu lösen (Schäffter, 1994, S.6). Vielmehr setzt sich die Erkenntnis durch, „[..] daß die Teilnehmer/innen vielfach nicht das lernen, was gelehrt wurde, daß etwas gelernt wurde, was nicht gelehrt wurde oder daß gelernt wird, wenn gar nicht gelehrt wird“ (ebd.). Dies bedeutet den Abschied von einer auf linearer Kausalität gründenden Didaktik (Input → Output, Aktion → Reaktion).


1. Die Teilnehmer haben ähnliche Lernziele und Verwendungssituationen.
2. Sie sind bereit ihre Bilder/Konstruktionen der (Arbeits-)Welt sowie ihre Handlungs- und Erlebensmuster miteinander zu thematisieren und zu reflektieren.

Was die Verwendungssituationen anbelangt ist für das vorliegende Projekt die Homogenität durch die berufliche Situation der Teilnehmer gegeben. Der Begriff ‚Lernziel‘ bezieht sich hierbei nicht notwendig auf den Umgang mit schwierigen Dialysepatienten, sondern eher auf die oben genannten individuellen Lernziele. Falls diese Ziele stark differieren ist es Aufgabe der Fortbildungsleiter darauf pädagogisch und therapeutisch professionell zu reagieren und eine Annäherung und Integration der Ziele zu ermöglichen.

3.2 Methodik

3.2.1 Fragestellung

Die Projektgruppe formulierte folgende Fragestellungen für das aktuelle Projekt:

1. Welche spezifischen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster liegen bei Teamangehörigen in ambulanten Nierzentren vor?
2. Lassen sich interpersonale Probleme von Dialysepflegekräften charakterisieren?
3. Können die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster von Dialysepflegekräften durch ein Coaching verändert werden, um eine Optimierung der interpersonalen Kompetenzen von Dialysepflegekräften in der Betreuung von Patienten zu erreichen?

3.2.2 Literaturrecherche

3.2.2.1 Fragebögen

In Bezug zur ersten Fragestellung wurden Fragebögen zur Arbeitssituation (Teamklima, Organisations- und Kommunikationsstrukturen, Verhaltens- und Erlebensmuster) gesucht. Dazu wurde der Testkatalog 2004/05 (Hogrefe) verwendet. Die Suche ergab fünf Fragebögen, welche in folgender Tabelle kurz dargestellt sind.

Tabelle 21: Kurzdarstellung möglicher Fragebögen zur Arbeitssituation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Titel</th>
<th>Herausgeber</th>
<th>Kurzbeschreibung / Inhalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KomminO</td>
<td>Sperka, M. &amp; Rózsa, J. (i.Vorb.)</td>
<td>Der „Fragebogen zur Erfassung der Kommunikation in Organisationen“ erhebt die subjektive Beurteilung der internen Kommunikation am Arbeitsplatz.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Der AVEM-Test wurde ausgewählt, da er sich durch eine sehr kurze Bearbeitungsdauer und spezifischen arbeits- und gesundheitspsychologische Fragestellungen auszeichnet und daher der Zielrichtung am besten entspricht.

3.2.2.2 Bisherige Weiterbildungen für Pflegefachkräfte

Für die Suche nach bisherigen Weiterbildungen wurde mit folgenden Begriffen in Psynex gesucht:

- Fortbildung und Dialyse (2 Treffer)
- Dialyse und psychosozial (0 Treffer)
- psychosozial* Personalfortbildung (in TI) (3 Treffer)

Die vier gefundenen Beiträge (eine Überschneidung) sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 22: Literatur zu Weiterbildungen für Pflegefachkräfte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autoren/Herausgeber</th>
<th>Inhalt</th>
</tr>
</thead>
</table>
  - Dokumentation einer betriebsinternen Fortbildung zur psychologischen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse
  - Darstellung der Konzeption der Fortbildung
  - Beschreibung einzelner Module und Aspekte der sechsmonatigen Fortbildung
  - Darstellung der Evaluation des Projekts
  - Ausblick |
  - Manual zu psychosozialen Fortbildung im Umgang mit chronisch Kranken
  - Darstellung psychosozialer Belastungen des medizinischen Personals
  - Darstellung psychosozialer Aspekte chronischer Krankheiten
  - Darstellung psychosozialer Auswirkungen der Erkrankungen zur Verbesserung des Verständnisses der Patienten
  - Darstellung des Interaktions- und Beziehungsaspekts der Patientenprobleme
  - Lösungsmöglichkeiten für Probleme innerhalb des Behandlungsteams |
  - Fragebogenerhebung an n = 174 Pflegerinnen und Pflegern
  - Trotz vermehrt positiver Darstellung der eigenen Arbeitssituation berichten ca. 25 % der Probanden über ausgeprägte psychosoziale Belastungen.
  - Knapp zwei Drittel der Probanden betonten die Notwendigkeit einer psychosozialer Fortbildung.
  - Vorwiegend werden Überlegungen bezüglich des Verständnisses psychosozialer Personalfortbildung angestellt sowie Erfahrungen aus der Praxis beschrieben und diskutiert.
3.2.3 Studiendesign


3.2.3.1 Messdesign


Tabelle 23: Darstellung der Messzeitpunkte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Messzeitpunkt 1 (KW 37)</th>
<th>Messzeitpunkt 2 (KW 41)</th>
<th>Messzeitpunkt 3 (KW 47)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IIP-C</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVEM</td>
<td>AVEM</td>
<td>AVEM</td>
</tr>
<tr>
<td>Soziodemographische Daten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.2.3.2 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster


Tabelle 24: Darstellung der Skalen des AVEM

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>Anzahl der Items</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</td>
<td>Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben.</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Beruflicher Ehrgeiz</td>
<td>Streben nach beruflichen Aufstieg und Erfolg</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Verausgabungsbereitschaft</td>
<td>Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Perfektionsstreben</td>
<td>Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Distanzierungsfähigkeit</td>
<td>Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Resignationstendenz bei Misserfolg</td>
<td>Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Offensive Problembewältigung</td>
<td>Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Innere Ruhe und Ausgeglichenheit</td>
<td>Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewicht</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Erfolgserleben im Beruf</td>
<td>Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebenszufriedenheit</td>
<td>Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Erleben sozialer Unterstützung</td>
<td>Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Über die Einzelskalen hinausgehend werden vier Muster abgebildet, die die Zuordnung individueller Profile und deren Bewertung unter dem Gesundheitsaspekt erlauben (s. Tab. 25).
Tabelle 25: Darstellung der Muster des AVEM

**Muster G**
(„Gesundheitsförderliches Arbeiten“)
- nicht exzessive Ausprägungen in den Dimensionen, die das Arbeitsengagement anzeigen
- stark ausgeprägter beruflicher Ehrgeiz, während in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben mittlere bis leicht erhöhte Werte zeigen
- trotz hohem Engagement Distanzierfähigkeit erhalten
- angemessene Widerstandskraft gegenüber Belastungen
- hohe Ausdruckswerte in positiven Emotionen bezüglich beruflichem Erfolgserleben, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung

**Muster S**
(„Schonungsreiches Arbeiten“)
- geringe Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben
- stark ausgeprägte Distanzierungsunfähigkeit
- niedrige Resignationstendenz
- hohe Ausprägung von innerer Ruhe und von Ausgeglichenheit auf Widerstandsfähigkeit gegenüber den beruflichen Belastungen
- hohes positives Lebensgefühl, das eher außerhalb der Arbeit zu suchen ist

**Risikomuster A**
- stärkste Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben
- niedrigste Werte in der Distanzierungsfähigkeit zu Problemen von Arbeit und Beruf
- geringe Ausprägung der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit
- hohe Resignationstendenz
- negatives Lebensgefühl (negative Werte in der Lebenszufriedenheit und im Erleben sozialer Unterstützung)

**Risikomuster B**
(„Burnout-Syndrom“; allgemeines Erschöpfungserleben)
- hohe Resignationstendenz
- geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit
- ausbleibendes Erfolgserleben im Beruf
- generelle Lebensunzufriedenheit
- niedriges Arbeitsengagement und beruflicher Ehrgeiz
- im Unterschied zu Muster „S“ geht vermindertes Engagement mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit einher

3.2.3.3 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)

3.2.3.4 Das Gedanken-ABC


Tabelle 26: Beispiel der Spaltentechnik frei nach Beck et al. (1994)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivierendes Er-</th>
<th>Meine Reaktion</th>
<th>Meine Gefühle</th>
<th>Meine Gedanken</th>
<th>Alternative Gedanken</th>
</tr>
</thead>
</table>

3.2.3.5 Feedback


3.2.3.6 Statistik
Zur Datenanalyse wird die Statistiksoftware SPSS 11.5.1 verwendet. Die statistische Auswertung der Daten erfolgt je nach Fragestellung und Datenqualität. Für die Datenvergleiche werden parametrische und nonparametrische Testverfahren verwendet. Das Signifikanzniveau wird jeweils bei .05 festgelegt.

3.2.4 Rahmenbedingungen


Im Rahmen der Veranstaltung wurde vereinbart, dass

- eine verbindliche Anmeldung bis zum 31. Mai 2005 erfolgt,

Insgesamt hatten sich 20 Dialysefachkräfte (19 Frauen; 1 Mann) für die Weiterbildung angemeldet. Die Gruppe teilte sich wie folgt auf:


3.2.5 Inhaltliche Gestaltung
3.2.5.1 Ablaufplan

Aufgrund der Kürzung der Gesamtdauer der Fortbildung wurde der Plan für den Kom- paktkurs wie folgt konzipiert:

Tabelle 27: Ablaufplan des Fortbildungwochenendes vom 19./20.11.05

**Samstag, 19.11.05**

09:00 bis 09:15  Begrüßung, organisatorische Hinweise, Ausgabe der Seminarhandouts, kurze gegenseitige Vorstellung

09:15 bis 11:00  Theorieteil: „Psychosoziale Belastungen von Dialysepatienten“
Praxisteil:
Kennen lernen der Instrumente (Trommeln) und erste Spiele
 – 15 Minuten Kaffeepause

11:15 bis 13:00  Theorieteil: „Das Gedanken-ABC: Strategien zum Selbstmanagement“
Gemeinsames Sammeln und Ordnern jeweiliger Belastungen, Austausch in der Gruppe
 – Mittagspause

14:00 bis 18:00  Theorieteil: „Kommunikationsformen und -modelle/Gesprächsführung“
Praxisteil:
Übungen zur Kommunikation und der Gesprächsführung
 – dazwischen Kaffeepausen nach Bedarf

**Sonntag, 20.11.05**

09:00 bis 09.30  Einstimmung

09:45 bis 11:15  Theorieteil: „Beispiele aus der Praxis“
Praxisteil:
Übung zum Thema Kommunikation mit Einbezug der Themen des Vortags
 – 15 Minuten Kaffeepause

11:30 bis 12:30  Theorieteil: „Schutz- und Entlastungsmöglichkeiten“
Praxisteil:
Entspannungsübungen

12:45 bis 13:00  Abschlussrunde/Feedback

Aus dem Plan wird ersichtlich, dass im Vergleich zur ursprünglichen Konzeption die Titel, Inhalte und zeitlichen Positionen einzelner Module verändert bzw. neu konzipiert werden mussten. Diese Änderungen sind im folgenden Kapitel näher dargestellt und begründet.

3.2.6 Module
Für die zertifizierte Weiterbildung waren ursprünglich sechs problemspezifisch orientierte Module geplant:

- Umgang mit Arbeitsbelastungen
- Allgemeine Kommunikationsformen und -modelle
- Allgemeine Gesprächsführung
- Psychosoziale Belastungen von Dialysepatienten
- Themenspezifische Kommunikation
- Schutz- und Entlastungsmöglichkeiten


**Psychosoziale Belastungen von Dialysepatienten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ziel</th>
<th>Die Pflegefachkräfte sollen den aktuellen Stand der Forschung kennenlernen. Ferner sollen sie die Belastungen der Patienten nachvollziehen, in Relation zur eigenen Person setzen und darstellen können.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Musiktherapeutische Intervention</td>
<td>Die musiktherapeutische Intervention richtet in diesem Fall den Fokus auf das eigene emotionale Erleben während einer freien Gruppenimprovisation. Dies dient der individuellen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der psychosozialen Reaktionen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Das Gedanken-ABC: Strategien zum Selbstmanagement**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ziel</th>
<th>Die Pflegefachkräfte werden zur Selbststeuerung angeleitet. Sie sollen die Fähigkeit einer aktiven, eigenständigen Problembewältigung erlangen, die im fortgeschrittenem Lern- und Veränderungsprozess ohne professionelle Hilfe gestaltet werden kann.</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Allgemeine Kommunikationsformen und -modelle & allgemeine Gesprächsführung**

Musiktherapeutische Intervention


**Beispiele aus der Praxis**

Ziel

Die Teilnehmer sollen anhand von Fallbeispielen spezifische Verhaltensmuster angepasster Kommunikationsregeln kennenlernen.

Musiktherapeutische Intervention

Umsetzung nonverbaler und verbaler Kommunikations- und Verhaltensformen durch musikalische gestützte Rollenspiele.

**Schutz- und Entlastungsmöglichkeiten**

Ziel

Die Dialysefachkräfte sollen Möglichkeiten zur eigenen Psychoprophylaxe und Psychoshygiene lernen.

Musiktherapeutische Intervention

Im letzten Modul erhalten die Teilnehmer einen Einblick in das Entspannungsverfahren nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten nach Bolay & Selle (1982).
3.3 Ergebnisse

3.3.1 Stichprobenbeschreibung

Von 20 angemeldeten Dialysefachkräften nahmen zwölf Frauen (60 %) an der Weiterbildung teil. Aufgrund der Fragebogenerhebung wurde von fünf Dialysefachkräften (25 %) die Teilnahme abgesagt. Aus privaten bzw. gesundheitlichen Gründen nahmen drei Pflegekräfte (15 %) nicht teil.

Den Datensatz der teilnehmenden Dialysefachkräfte beschreibt Tab. 28:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Referenzdaten</th>
<th>Stichprobenbeschreibung</th>
<th>Ergebnisse ((n = 12))</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter (Jahre)</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>40 ± 9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Range</td>
<td>25–52</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td>weiblich</td>
<td>12 (100 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Berufsjahre</td>
<td>Mittelwert</td>
<td>20 ± 10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Range</td>
<td>7–33</td>
</tr>
<tr>
<td>Schulabschluss</td>
<td>Hauptschule</td>
<td>1 (8 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Realschule</td>
<td>8 (67 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gymnasium</td>
<td>1 (8 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sonstiges</td>
<td>2 (17 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Familienstand</td>
<td>verheiratet</td>
<td>9 (75 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ledig</td>
<td>2 (17 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>geschieden/getrennt</td>
<td>1 (8 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dialysezentrum</td>
<td>Weinheim</td>
<td>3 (25 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Worms</td>
<td>3 (25 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wieblingen</td>
<td>2 (16,67 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Heppenheim</td>
<td>2 (16,67 %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lindenfels</td>
<td>2 (16,67 %)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.3.2 Charakterisierung der Dialysepflegkräfte

3.3.2.1 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Im Vergleich zur berufsübergreifenden Eichstichprobe der Frauen zeigen die Dialysefachkräfte hoch signifikant weniger beruflichen Ehrgeiz (BE; p = .001). Die subjektive Bedeutung der Arbeit wird ebenfalls signifikant geringer eingeschätzt (BA; p = .043). In den weiteren AVEM-Dimensionen können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Tabelle 29: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte (n = 12) mit der berufsübergreifenden Eichstichprobe der Frauen (Deutschland, n = 1430)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dimensions</th>
<th>BA</th>
<th>BE</th>
<th>VB</th>
<th>PS</th>
<th>DF</th>
<th>RT</th>
<th>OP</th>
<th>IR</th>
<th>EE</th>
<th>LZ</th>
<th>SU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dialysefachkräfte</td>
<td>13,3</td>
<td>14,2</td>
<td>18,3</td>
<td>22,1</td>
<td>18,6</td>
<td>15,7</td>
<td>21,7</td>
<td>19,3</td>
<td>22,5</td>
<td>22,8</td>
<td>22,3</td>
</tr>
<tr>
<td>(± 5,1)</td>
<td>(± 2,3)</td>
<td>(± 3,7)</td>
<td>(± 2,2)</td>
<td>(± 4,5)</td>
<td>(± 4,0)</td>
<td>(± 3,2)</td>
<td>(± 3,5)</td>
<td>(± 3,0)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 4,2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eichstichprobe</td>
<td>16,7</td>
<td>17,4</td>
<td>19,1</td>
<td>22,5</td>
<td>17,1</td>
<td>16,5</td>
<td>21,9</td>
<td>19,4</td>
<td>23,3</td>
<td>21,8</td>
<td>22,9</td>
</tr>
<tr>
<td>(Frauen)</td>
<td>(± 4,5)</td>
<td>(± 4,9)</td>
<td>(± 4,4)</td>
<td>(± 4,1)</td>
<td>(± 5,0)</td>
<td>(± 4,4)</td>
<td>(± 3,6)</td>
<td>(± 4,5)</td>
<td>(± 3,8)</td>
<td>(± 4,0)</td>
<td>(± 4,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>.043</td>
<td>.001</td>
<td>.485</td>
<td>.516</td>
<td>.280</td>
<td>.486</td>
<td>.820</td>
<td>.949</td>
<td>.823</td>
<td>.337</td>
<td>.729</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Kolmogorow-Smirnow-Test zeigte keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Aus diesem Grund wurde der t-Test gegen einen Testwert (Normwert) verwendet.

Der Vergleich mit der deutschen Normstichprobe von Krankenpflegepersonal liefert das ähnliche Ergebnis. Dialysefachkräfte haben signifikant weniger beruflichen Ehrgeiz (BE; p = .002) und schätzen die persönliche Bedeutung ihrer Arbeit signifikant geringer ein (BA, p = .043).

Tabelle 30: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte (n = 12) mit dem Krankenpflegepersonal (Deutschland, n = 378)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dimensions</th>
<th>BA</th>
<th>BE</th>
<th>VB</th>
<th>PS</th>
<th>DF</th>
<th>RT</th>
<th>OP</th>
<th>IR</th>
<th>EE</th>
<th>LZ</th>
<th>SU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dialysefachkräfte</td>
<td>13,3</td>
<td>14,2</td>
<td>18,3</td>
<td>22,1</td>
<td>18,6</td>
<td>15,7</td>
<td>21,7</td>
<td>19,3</td>
<td>22,5</td>
<td>22,8</td>
<td>22,3</td>
</tr>
<tr>
<td>(± 5,1)</td>
<td>(± 2,3)</td>
<td>(± 3,7)</td>
<td>(± 2,2)</td>
<td>(± 4,5)</td>
<td>(± 4,0)</td>
<td>(± 3,2)</td>
<td>(± 3,5)</td>
<td>(± 3,0)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 4,2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenpflegepersonal</td>
<td>16,7</td>
<td>16,9</td>
<td>17,8</td>
<td>23,1</td>
<td>18,8</td>
<td>16,2</td>
<td>22,3</td>
<td>20,6</td>
<td>21,7</td>
<td>21,9</td>
<td>22,6</td>
</tr>
<tr>
<td>(Deutschland)</td>
<td>(± 4,7)</td>
<td>(± 4,8)</td>
<td>(± 4,2)</td>
<td>(± 3,7)</td>
<td>(± 4,8)</td>
<td>(± 4,0)</td>
<td>(± 3,4)</td>
<td>(± 3,7)</td>
<td>(± 3,8)</td>
<td>(± 4,2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>.043</td>
<td>.002</td>
<td>.625</td>
<td>.130</td>
<td>.871</td>
<td>.654</td>
<td>.687</td>
<td>.239</td>
<td>.380</td>
<td>.388</td>
<td>.560</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Kolmogorow-Smirnow-Test zeigte keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Aus diesem Grund wurde der t-Test gegen einen Testwert (Normwert) verwendet.
Die Beziehungen der einzelnen AVEM-Dimensionen (s. Tab. XX, S. 44) werden in vier arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebnismustern ausgedrückt: Muster G (Gesundheit), Muster S (Schonung, Risikomuster A (i. S. der Selbstüberforderung) sowie Risikomuster B (i. S. von Resignation und Depression). Im Rahmen der AVEM-Auswertungssoftware (Schaarschmidt & Fischer, 2003) wurde die Ähnlichkeit des individuellen Profils mit Referenzmustern berechnet. Bei einem p-Wert von \( p \geq .950 \) (95%) kann von einem „reinen“ Muster ausgegangen werden. „Reine“ Musterzuordnungen treten zu einem geringeren Teil auf. In der Regel überwiegt die Kombination von zwei Mustern.

Die Musterverteilung (Abb. 2) zeigt bei drei Teilnehmerinnen ein eindeutiges Muster S (1, 3 und 8) und bei drei ein stärker ausgeprägtes Muster S (6, 10 und 11). Fünf Teilnehmerinnen haben ein am stärksten ausgeprägtes Muster B (4, 5, 7, 9 und 12). Das Muster G ist bei einer Teilnehmerin (2) am stärksten ausgeprägt.

Abbildung 9: Musterverteilung der Teilnehmerinnen (n=12)

3.3.2.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)

Bei der Analyse mit dem Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C) geben die Teilnehmerinnen an signifikant weniger „abweisend/kalt (DE)“ \( (p = .007) \), weniger „autokratisch/dominant (PA)“ \( (p = .009) \) und weniger „streitsüchtig/konkurrierend (BC)“ \( (p = .032) \) zu sein. Sie sind signifikant „fürsorglicher/freundlicher (JK)“ \( (p = .007) \) jedoch auch „selbstunsicherer/unterwürfiger (LM)“ \( (p = .016) \). Tendenziell beschreiben sich die
Teilnehmerinnen als „ausnutzbar/nachgiebig (JK)” \((p = .074)\). In den anderen Skalen des IIP-C zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zur Norm.

Abbildung 10: Kreismodell-Darstellung des IIP-C von Dialysefachkräfte mit der Normpopulation und der Normierungsstichprobe von Dialysepatienten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>PA</th>
<th>BC</th>
<th>DE</th>
<th>FG</th>
<th>HI</th>
<th>JK</th>
<th>LM</th>
<th>NO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dialysepflegekräfte</td>
<td>-3,73 (± 2,40)</td>
<td>-3,4 (± 2,55)</td>
<td>-3,23 (± 2,61)</td>
<td>-1,23 (± 3,39)</td>
<td>4,02 (± 3,47)</td>
<td>3,35 (± 3,61)</td>
<td>4,69 (± 2,50)</td>
<td>-0,48 (± 2,82)</td>
</tr>
<tr>
<td>Norm</td>
<td>-1,47 (± 3,11)</td>
<td>-1,59 (± 3,53)</td>
<td>-0,73 (± 4,75)</td>
<td>-0,22 (± 4,01)</td>
<td>1,18 (± 3,49)</td>
<td>1,3 (± 4,03)</td>
<td>2,27 (± 3,68)</td>
<td>-0,46 (± 3,98)</td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>.009</td>
<td>.032</td>
<td>.007</td>
<td>.325</td>
<td>.016</td>
<td>.074</td>
<td>.007</td>
<td>.982</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Kolmogorow-Smirnow-Test zeigte keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Aus diesem Grund wurde der t-Test gegen einen Testwert (Normwert) verwendet.

Die Analysen der IIP (Abb. 10) lassen vermuten, dass Dialysefachkräfte das streitsüchtige und abweisende Verhalten ihrer Patienten mit fürsorglichem und zurückhaltendem Verhalten kompensieren.
3.3.3 Ergebnisse der zertifizierten Weiterbildung

3.3.3.1 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Aufgrund zweier unvollständiger Datensätze konnte eine vollständige Analyse nur bei zehn Teilnehmerinnen durchgeführt werden. Deshalb ist es sinnvoll, zuerst einen Vergleich der AVEM-Dimensionen der Teilnehmerinnen, von denen alle Fragebögen vorhanden sind (n = 10), mit allen Teilnehmerinnen (n = 12) durchzuführen, da bei der Größe der Stichprobe der Wegfall von zwei Datensätzen zu erheblichen Verzerrungen der Ergebnisse führen könnte. Wie Tabelle 32 zeigt, unterscheiden sich die beiden Stichproben nicht signifikant,

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dimensionen</th>
<th>BA</th>
<th>BE</th>
<th>VB</th>
<th>PS</th>
<th>DF</th>
<th>RT</th>
<th>OP</th>
<th>IR</th>
<th>EE</th>
<th>LZ</th>
<th>SU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n = 12</td>
<td>13,3</td>
<td>14,2</td>
<td>18,3</td>
<td>22,1</td>
<td>18,6</td>
<td>15,7</td>
<td>21,7</td>
<td>19,3</td>
<td>22,5</td>
<td>22,8</td>
<td>22,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(± 5,1)</td>
<td>(± 2,3)</td>
<td>(± 3,7)</td>
<td>(± 2,2)</td>
<td>(± 4,5)</td>
<td>(± 4,0)</td>
<td>(± 3,2)</td>
<td>(± 3,5)</td>
<td>(± 3,0)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 4,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n = 10</td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>17,7</td>
<td>22,5</td>
<td>18,4</td>
<td>15,9</td>
<td>21,9</td>
<td>19,3</td>
<td>22,6</td>
<td>22,2</td>
<td>22,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(± 5,0)</td>
<td>(± 2,3)</td>
<td>(± 3,5)</td>
<td>(± 2,0)</td>
<td>(± 4,7)</td>
<td>(± 4,2)</td>
<td>(± 3,4)</td>
<td>(± 2,9)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 3,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>.670</td>
<td>.811</td>
<td>.604</td>
<td>.556</td>
<td>.896</td>
<td>.884</td>
<td>.844</td>
<td>1,00</td>
<td>.926</td>
<td>.582</td>
<td>.877</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Kolmogorov-Smirnow-Test zeigte keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Aus diesem Grund wurde der t-Test gegen einen Testwert (Normwert) verwendet.

Für den Prä-Post-Vergleich wird der erste Messzeitpunkt (Baseline-Messung acht Wochen vor der Weiterbildung; MZP 1) mit dem letzten (vier Wochen nach der Weiterbildung; MZP 3) verglichen. Im Zeitraum von zwölf Wochen können eine signifikante Erhöhung des Erlebens sozialer Unterstützung (SU; p = .028) und eine erhöhte Distanzierungsfähigkeit (DF; p = .035) bei den Teilnehmerinnen ermittelt werden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dimensionen</th>
<th>BA</th>
<th>BE</th>
<th>VB</th>
<th>PS</th>
<th>DF</th>
<th>RT</th>
<th>OP</th>
<th>IR</th>
<th>EE</th>
<th>LZ</th>
<th>SU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MZP 1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14,0</td>
<td>14,0</td>
<td>17,7</td>
<td>22,5</td>
<td>18,4</td>
<td>15,9</td>
<td>21,9</td>
<td>19,3</td>
<td>22,6</td>
<td>22,2</td>
<td>22,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(± 5,0)</td>
<td>(± 2,3)</td>
<td>(± 3,5)</td>
<td>(± 2,0)</td>
<td>(± 4,7)</td>
<td>(± 4,2)</td>
<td>(± 3,4)</td>
<td>(± 2,9)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 3,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>MZP 3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>13,2</td>
<td>14,6</td>
<td>16,7</td>
<td>20,7</td>
<td>21,3</td>
<td>14,7</td>
<td>21,2</td>
<td>20,5</td>
<td>22,2</td>
<td>23,1</td>
<td>24,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(± 3,4)</td>
<td>(± 3,9)</td>
<td>(± 4,7)</td>
<td>(± 4,5)</td>
<td>(± 4,0)</td>
<td>(± 5,2)</td>
<td>(± 3,0)</td>
<td>(± 3,8)</td>
<td>(± 3,8)</td>
<td>(± 3,3)</td>
<td>(± 3,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>p-Werte</td>
<td>.552</td>
<td>.646</td>
<td>.351</td>
<td>.204</td>
<td>.035</td>
<td>.324</td>
<td>.573</td>
<td>.383</td>
<td>.719</td>
<td>.473</td>
<td>.028</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde für den Prä-Post-Vergleich und die Verlaufsmessungen der Wilcoxon-Test verwendet.
Zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt kann eine signifikante Erhöhung der Distanzierungsfähigkeit (DF; \( p = .032 \)) festgestellt werden (s. Tab. 34). Da diese Dimension die Fähigkeit der psychischen Erholung von der Arbeit beinhaltet, könnte es sich möglicherweise um einen Erwartungseffekt handeln.

Tabelle 34: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt (MZP) \((n = 10)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dimensionen</th>
<th>BA</th>
<th>BE</th>
<th>VB</th>
<th>PS</th>
<th>DF</th>
<th>RT</th>
<th>OP</th>
<th>IR</th>
<th>EE</th>
<th>LZ</th>
<th>SU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MZP 1</td>
<td>14,0 (± 5,0)</td>
<td>14,0 (± 2,3)</td>
<td>17,7 (± 3,5)</td>
<td>22,5 (± 2,0)</td>
<td>18,4 (± 4,7)</td>
<td>15,9 (± 4,2)</td>
<td>21,9 (± 3,4)</td>
<td>19,3 (± 2,9)</td>
<td>22,6 (± 3,3)</td>
<td>22,2 (± 3,9)</td>
<td>22,5 (± 3,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>MZP 2</td>
<td>13,2 (± 3,7)</td>
<td>14,8 (± 3,2)</td>
<td>16,8 (± 4,1)</td>
<td>21,5 (± 3,4)</td>
<td>20,8 (± 3,4)</td>
<td>14,4 (± 4,1)</td>
<td>21,1 (± 2,4)</td>
<td>20,0 (± 2,5)</td>
<td>22,2 (± 4,0)</td>
<td>21,7 (± 3,3)</td>
<td>23,7 (± 3,1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

p-Werte \(.593, .262, .271, .473, .032, .436, .261, .550, .501, .527, .175\)

Aufgrund der kleinen Stichprobe wurden für den Prä-Post-Vergleich und die Verlaufsmessungen der Wilcoxon-Test verwendet.

Der Vergleich des zweiten Messzeitpunkts (eine Woche vor der Weiterbildung) mit dem dritten Messzeitpunkt (vier Wochen nach der Weiterbildung) ergibt eine tendenzielle Erhöhung der Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation (LZ; \( p = .063 \)).

Tabelle 35: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte zwischen zweitem und drittem Messzeitpunkt (MZP) \((n = 10)\)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dimensionen</th>
<th>BA</th>
<th>BE</th>
<th>VB</th>
<th>PS</th>
<th>DF</th>
<th>RT</th>
<th>OP</th>
<th>IR</th>
<th>EE</th>
<th>LZ</th>
<th>SU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MZP 2</td>
<td>13,2 (± 3,7)</td>
<td>14,8 (± 3,2)</td>
<td>16,8 (± 4,1)</td>
<td>21,5 (± 3,4)</td>
<td>20,8 (± 3,4)</td>
<td>14,4 (± 4,1)</td>
<td>21,1 (± 2,4)</td>
<td>20,0 (± 2,5)</td>
<td>22,2 (± 4,0)</td>
<td>21,7 (± 3,3)</td>
<td>23,7 (± 3,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>MZP 3</td>
<td>13,2 (± 3,4)</td>
<td>14,6 (± 3,9)</td>
<td>16,7 (± 4,8)</td>
<td>20,7 (± 4,5)</td>
<td>21,3 (± 4,0)</td>
<td>14,7 (± 5,2)</td>
<td>21,2 (± 3,0)</td>
<td>20,5 (± 4,1)</td>
<td>22,2 (± 3,8)</td>
<td>23,1 (± 3,3)</td>
<td>24,6 (± 3,7)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

p-Werte \(.865, .724, .526, .228, .435, .724, .932, .504, .903, .063, .196\)

Aufgrund der kleinen Stichprobe wurden für den Prä-Post-Vergleich und die Verlaufsmessungen der Wilcoxon-Test verwendet.
Der Vergleich der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebnismuster zwischen MZP 1 bis 3 ergibt eine Erhöhung des reinen bzw. am stärksten ausgeprägten Musters S von vier auf sieben Teilnehmerinnen (1, 2, 4, 5, 9, 10). Keine Veränderungen können bei zwei Teilnehmerinnen mit Muster B festgestellt werden (3, 7). Eine Teilnehmerin mit Ausgangsmuster S verändert ihr Verhaltensmuster in G (8). Eine Musterveränderung kann häufig schon bei der zweiten Messung ermittelt werden, so dass ein möglicher Erwartungseffekt für die Weiterbildung nicht ausgeschlossen werden kann.

Abbildung 11: Mustervergleich aller drei Messzeitpunkte (n = 10)

S (schonungsreiches Arbeiten), G (gesundheitsförderliches Arbeiten), B (allgemeines Erschöpfungserleben - Burnout), A (großer Einsatz und ausbleibende Anerkennung - Herz-Kreislauf-Risiko)
3.3.3.2 Feedback

Die Rückmeldungen aus dem Feedback im Rahmen der Abschlussrunde ergeben eine sehr gute bis gute Bewertung der Weiterbildung von Seiten der Teilnehmerinnen. Das Gesamtergebnis der gewichteten Zielerreichung beträgt 1,5 (Skalarange von 1 bis 5; 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft).

Anregungen und Tipps für den Arbeitsalltag zu erhalten ist ein sehr wichtiges Bedürfnis für die Teilnehmerinnen (1,2), gefolgt von dem Erwerb von neuem Wissen (1,3) sowie die Gewinnung von Erkenntnissen über eigenes Verhalten (1,4). Obwohl der Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen (1,6) in der Wichtigkeit an letzter Stelle liegt, wird dieser Inhalt in der Zielerreichung am höchsten eingestuft (1,2). Die Skala „Neues Wissen erwerben“ wird sowohl von der Wichtigkeit als auch von der Zielerreichung am besten bewertet.

Tabelle 36: Abschlussfeedback am Ende des Weiterbildungswochenendes (n=12)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skalen</th>
<th>Wichtigkeit</th>
<th>Zielerreichung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neues Wissen erwerben (z. B. Fachwissen, Managementwissen, Methoden)</td>
<td>1,3 (± 0,6)</td>
<td>1,4 (± 0,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkenntnisse über eigenes Verhalten gewinnen (Feedback, blinder Fleck)</td>
<td>1,4 (± 0,7)</td>
<td>1,5 (± 0,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Allgemeine Anregungen/Tipps/Hilfen für den Arbeitsalltag erhalten</td>
<td>1,2 (± 0,6)</td>
<td>1,6 (± 0,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Konkrete Probleme lösen</td>
<td>1,5 (± 0,7)</td>
<td>1,9 (± 0,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Das eigene Verhalten ändern/verbessern</td>
<td>1,5 (± 0,7)</td>
<td>1,7 (± 0,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Erfahrungsaustausch mit bzw. kennen lernen von Kolleg(inn)en</td>
<td>1,6 (± 0,5)</td>
<td>1,2 (± 0,8)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Gesamtergebnis der gewichteten Zielerreichung** 1,5 (± 0,5)

Insgesamt können fünf Bewertungskategorien vergeben werden von 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft.
4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Fragestellungen 1 und 2

Die teilnehmenden Dialysefachpflegerinnen haben einen signifikant geringeren beruflichen Ehrgeiz und schätzen die Bedeutung ihrer Arbeit viel geringer ein als die Frauen der Eichstichprobe und der deutschen Normstichprobe des Krankenpflegepersonals. Von den vier arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebnismustern des AVEM sind bei den Teilnehmerinnen überwiegend das schonungsreiche Arbeiten (50 %; Muster S) und das Burnout-Syndrom (42 %; Risikomuster B) vorhanden. Im Umgang mit anderen Menschen beschreiben sie sich fürsorglich/freundlich und gehen zurückhaltend mit anderen um. Durch diese Eigenschaften können sie möglicherweise das streitsüchtige und abweisende Verhalten ihrer Patienten kompensieren.

Die Ergebnisse müssen aufgrund der Stichprobengröße von n = 12 und den fehlenden männlichen Teilnehmern vorsichtig interpretiert werden.

4.2 Zusammenfassung der Fragestellung 3

4.3 Diskussion der Ergebnisse


4.3.1 Rahmenbedingungen/Design


4.3.2 Forschungsmethodik/Messinstrumente
Kritisch zu bewerten sind die Stichprobengröße, die nicht repräsentative Gruppe und die fehlende Kontrollgruppe. Deshalb sollte vorliegende Studie durch eine größere kontrollierte, randomisierte Studie repliziert werden sollte. Dass trotz des geringen Stichprobenumfangs signifikante Ergebnisse erzielt werden konnten, weist auf die Wirksamkeit der Intervention hin.


4.3.3 Implementierung

5 Verzeichnisse

5.1 Literatur


## 5.2 Tabellen

| Tab. 1: | Anteil der verschiedenen Hämodialyse-Versorgungsarten (HD, HDF, HF) in % | S. 8 |
| Tab. 2: | Darstellung bisheriger psychosozialer Interventionen | S. 11 |
| Tab. 3: | Einschluss- und Ausschlusskriterien des musiktherapeutischen Coachings | S. 13 |
| Tab. 4: | Darstellung der diagnostischen Erhebungen | S. 14 |
| Tab. 5: | Darstellung der Skalen der SCL-90-R | S. 14/15 |
| Tab. 6: | Darstellung der Skalen des IIP-C | S. 15/16 |
| Tab. 7: | Datensatz der Normierungsstichprobe | S. 22 |
| Tab. 8: | Datensatz der Patienten bei Aufnahme | S. 22 |
| Tab. 9: | Datensatz der gecoachteten Patienten nach Ausschluss der Dropouts | S. 23 |
| Tab. 10: | Vergleich der Mittelwerte (incl. Standardabweichungen) der SCL-90-R der Dialysepatienten mit der Norm (n=101) | S. 24 |
| Tab. 11: | Prozentzahlen der Dialysepatienten mit klinisch bedeutsamen Werten auf den SCL-Skalen (n=101) | S. 24 |
| Tab. 12: | Darstellung der Häufigkeit erhöhter Werte pro Patient (n=101) | S. 25 |
| Tab. 13: | Reliable Change Cut-Off-Werte der SCL-90-R (dargestellt werden die Mittelwerte und Standardabweichungen) | S. 25 |
| Tab. 14: | Vergleich der Mittelwerte des IIP-C mit der Norm (n = 93) | S. 26 |
| Tab. 15: | Positive und negative Gesprächsinhalte in % | S. 267 |
| Tab. 16: | Vergleich der Mittelwerte der SCL-90-R der eingeschlossenen Patienten (n=31) mit der Normierungsstichprobe (n=101) | S. 29 |
| Tab. 17: | Prozentzahlen der Dialysepatienten mit klinisch bedeutsamen Werten auf den SCL-Skalen (n=31) | S. 29 |
| Tab. 18: | Vergleich der Mittelwerte der SCL-90-R der eingeschlossenen Patienten (n=31) mit den gecoachteten Patienten (n=22) | S. 29 |
| Tab. 19: | Mittelwerte der SCL-90-R der gecoachteten Patienten im Prä-Post-Vergleich (n = 22) | S. 30 |
| Tab. 20: | Darstellung verschiedener pflegetheoretischer Richtungen | S. 36 |
| Tab. 21: | Kurzdarstellung möglicher Fragebögen zur Arbeitssituation | S. 40 |
| Tab. 22: | Literatur zu Weiterbildungen für Pflegekräfte | S. 41 |
| Tab. 23: | Darstellung der Messzeitpunkte | S. 42 |
| Tab. 24: | Darstellung der Skalen des AVEM | S. 43 |
| Tab. 25: | Darstellung der Muster des AVEM | S. 44 |
| Tab. 26: | Beispiel der Spaltentechnik frei nach Beck et al. (1994) | S. 45 |
| Tab. 27: | Ablaufplan des Fortbildungswochenendes vom 19.20.11.05 | S. 47 |
| Tab. 28: | Datensatz der Patienten vier Wochen vor der Weiterbildung | S. 50 |
| Tab. 29: | Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte (n=12) mit der berufsumgrenzenden Eichstichprobe der Frauen (Deutschland, n=1430) | S. 51 |
| Tab. 30: | Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte (n=12) mit dem Krankenpflegepersonal (Deutschland, n=378) | S. 51 |
| Tab. 31: | Vergleich der Mittelwerte des IIP-C mit der Norm (n = 93) | S. 53 |
| Tab. 32: | Mittelwerte des AVEM der vollständigen Datensätze (n=10) mit allen Teilnehmerinnen (n=12) | S. 54 |
Tab. 33: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte zwischen erstem und letzten Messzeitpunkt (MZP) (n=10) S. 54
Tab. 34: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt (MZP) (n=10) S. 55
Tab. 35: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte zwischen zweitem und drittem Messzeitpunkt (MZP) (n=10) S. 55
Tab. 36: Abschlussfeedback am Ende des Weiterbildungswochenendes (n=12) S. 57

5.2.1 Abbildungen

Abb. 1: Aufbau des Soziogramms S. 17
Abb. 2: Jacobson Plot des Konzepts der klinischen Signifikanz am Beispiel des OQ45.2-Gesamtwerts für n = 31 musiktherapeutisch und medizinisch behandelte Schmerzpatienten (Hillecke, 2002) S. 19
Abb. 3: Patientenpfad des musiktherapeutischen Coachings S. 20
Abb. 4: Kreismodell-Darstellung des IIP-C von Dialysepatienten mit Schmerzpatienten und der Normpopulation S. 26
Abb. 5: Durchschnittlicher Gesprächsinhalt im Rahmen der Erstellung des Soziogramms in % S. 27
Abb. 6: Darstellung eines Patientensoziogramms mit den erarbeiteten Coachingzielen (Punkte 1. bis 3.) anhand von Patientenzitaten S. 28
Abb. 7: Jacobson-Plot-Darstellung des GSI im Prä-Post-Vergleich (n = 22) (Wertbereich 0-4) S. 30
Abb. 8: Zusammensetzung der Gruppe S. 46
Abb. 9: Musterverteilung der Teilnehmerinnen (n=12) S. 52
Abb. 10: Kreismodell-Darstellung des IIP-C von Dialysefachkräfte mit der Normpopulation und der Normierungsstichprobe von Dialysepatienten S. 53
Abb. 11: Mustervergleich aller drei Messzeitpunkte (n=10) S. 56