



Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung

(Viktor Dulger Institut) DZM e.V.

German Center for Music Therapy Research
Institute of the University of Applied Sciences Heidelberg

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
	Parametrische und nonparametrische Tests	17
	Die Methode der reliablen Veränderung nach Jacobson und Truax	17
	Clinical Significance: Die Methode des Cut-Off-Werts nach Jacobson & Truax	18
	Die Methode der Klinisch bedeutsamen Verbesserung nach Kordy & Hannover	18
	Die grafische Darstellung der Konzepte im Prä-Post-Vergleich	18
2.2.3	Musiktherapeutisches Coaching	20
	Modul: Entspannungstraining nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten	21
	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

2.4	Diskussion.....	32
2.4.1	Zusammenfassung der Fragestellungen	32
2.4.2	Diskussion der Ergebnisse	32
2.4.2.1	Allgemeine Diskussion.....	32
2.4.2.2	Forschungsmethodik / Messinstrumente	33
2.4.2.3	Implementierung	34
3	KONFLIKTMANAGEMENT BEI SCHWIERIGEN DIALYSEPATIENTEN	35
3.1	Kontext.....	35
3.1.1	Pflege.....	35
3.1.1.1	Pflegetheorien.....	35
3.1.1.2	Pfleger-Patienten-Interaktion	36
3.1.2	Situation der Patienten und des Personals in der Dialyse.....	37
3.1.2.1	Die Patienten	37
3.1.2.2	Das Personal	37
3.1.3	Überlegungen zur Fortbildungsmethodik.....	38
3.2	Methodik	40
3.2.1	Fragestellung	40
3.2.2	Literaturrecherche.....	40
3.2.2.1	Fragebögen.....	40
3.2.2.2	Bisherige Weiterbildungen für Pflegefachkräfte	41
3.2.3	Studiendesign	42
3.2.3.1	Messdesign.....	42
3.2.3.2	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster	43
3.2.3.3	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)	44
3.2.3.4	Das Gedanken-ABC	45
3.2.3.5	Feedback	45
3.2.3.6	Statistik	45
3.2.4	Rahmenbedingungen	46
3.2.5	Inhaltliche Gestaltung	46
3.2.5.1	Ablaufplan	47
3.2.6	Module	47
	Psychosoziale Belastungen von Dialysepatienten	48
	Das Gedanken-ABC: Strategien zum Selbstmanagement	48
	Allgemeine Kommunikationsformen und -modelle & allgemeine Gesprächsführung	48
	Beispiele aus der Praxis	49
	Schutz- und Entlastungsmöglichkeiten.....	49
3.3	Ergebnisse	50
3.3.1	Stichprobenbeschreibung	50
3.3.2	Charakterisierung der Dialysepflegkräfte	51
3.3.2.1	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	51
3.3.2.2	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)	52

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“

Zur psychosozialen Charakterisierung von Dialysepatienten wurde eine Stichprobe von 101 Dialysepatienten aus den Nierenzentren Heppenheim, Weinheim, Wieblingen und Viernheim erhoben. Knapp 50% dieser Dialysepatienten geben im Vergleich zur Normpopulation höhere psychische Belastungen an. Sie weisen häufig depressive und ängstliche Verarbeitungsmuster auf. Im Umgang mit anderen Personen beschreiben sich die Patienten als weniger dominant und empfinden sich als streitsüchtiger und abweisender.

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

Patienten weniger unsicher im Sozialkontakt und geben weniger Minderwertigkeits- und Misstrauensgefühle an. Insgesamt 22 Dialysepatienten absolvierten das musiktherapeutische Coaching. Die Ursache der relativ hohen Abbrecherrate von neun Dialysepatienten (29 %) ist auf die Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands und das Alter der Patienten zurückzuführen.

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.

Die Datenauswertung zeigt, dass vier Wochen nach Abschluss der Weiterbildung eine signifikante Erhöhung des Erlebens sozialer Unterstützung erreicht werden konnte. Die Befragungen ergeben eine tendenzielle Verbesserung der Lebenszufriedenheit eine Woche vor bzw. vier Wochen nach der Weiterbildung. Nach Abschluss der Weiterbildung geben 70 % der Teilnehmerinnen ein reines bzw. stärker ausgeprägteres schonungsreicheres Arbeiten an. Eine Reduktion des resignativen Arbeitmusters (Burnout) konnte erzielt werden. Die zertifizierte Weiterbildung wird als „sehr gut“ eingestuft. Vor allem der Erwerb von neuem Wissen wie der Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen wird als relevantes Ergebnis der Intervention angesehen.

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 Patient bietet.

Die Studienergebnisse des zweiten Teilprojekts bekräftigen die Bedeutung von psychosozialen Weiterbildungen für Dialysefachkräfte. Vor allem das Erleben von sozialer Unterstützung, eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit sowie eine Reduzierung von Burnout-Verarbeitungsmustern bei den Pflegekräften können erreicht werden. Das Fehlen einer Kontrollgruppe und männlicher Teilnehmer sind kritisch zu bewerten. Das aufgrund der veränderten Rahmenbedingung entwickelte Design (Kompaktkurs an einem Wochenende für die Implementierung einer festen monatlichen Coachinggruppe) eröffnet ein sehr interessantes Angebot für die knapp 3.000 Pflegekräfte, die an Dialysezentren beschäftigt 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).

Tab. 1: Anteil der verschiedenen Hämodialyseversorgungsarten (HD, HDF, HF) in %

Dialysearten	Anteil in %
Heimdialyse	0,8
LC-Dialyse	10,4
Zentrumsdialyse	78,8
teilstationäre Dialyse	7,2
stationäre Dialyse	2,8

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 transplanteder 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.

Aufgrund von Überlebensraten und Daten zur Lebensqualität kann die Transplantation als Königsweg der Nierenersatztherapie bezeichnet werden (vgl. Muthny & Koch, 1997 und Reimer et al., 2002). Allerdings stehen längst nicht für jeden Bedürftigen Ersatzorgane zur Verfügung. Insofern bleibt die Dialysebehandlung die am häufigsten angewandte Intervention.

2.1.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren bei Dialysepatienten

Kimmel (2005) gibt einen Überblick über den Bereich der psychosozialen Belastungsfaktoren von Dialysepatienten. Obwohl heute klar ist, dass psychosoziale Belastungsfaktoren die Komplikationsraten erhöhen, liegt der Fokus der Dialysebehandlung auch weiterhin überwiegend auf der physischen und organmedizinischen Behandlung. Dabei sind häufig beobachtbare depressive Verarbeitungsmuster auf die psychologischen Anforderungen der chronischen Erkrankung und die Auswirkungen der Behandlung zurückzuführen. Psychische Belastungsfaktoren entsprechen krankheitsspezifischen Belastungen, die als Komorbiditäten bzw. Begleitsymptome der Dialysebehandlung bei Patienten auftreten können (Kimmel, 2005; Tossani et al., 2005). Soziale Unterstützung stärkt und tröstet, während Isolation und Eheprobleme negative Auswirkungen haben (Gee et al., 2005). Soziale Unterstützung verringert depressive Symptome, verbessert die Lebensqualität sowie die Compliance der Patienten und erhöht auch die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal (Patel et al., 2005).

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

Studie	Belastungsbereiche	Intervention	Ergebnis
Van Vilsteren, de Greef & Huisman (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • gesundheitsbezogene Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Trainingsgruppe (12-wöchiges Konditionstraining am Rad) • Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • signifikante Verbesserung in den Bereichen Verhaltensänderung, physische Fitness, physiologischen Kondition und gesundheitsbezogene Lebensqualität
Tsay, Lee & Lee (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Stress • Depressivität • Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaption training programm (ATP) • 8-wöchiges Training, das von einem Psychotherapeuten und einer erfahrenen Pflegekraft geleitet wurde 	<ul style="list-style-type: none"> • signifikante Verringerung des Stresserlebens und der Depressivität der Patienten sowie Verbesserung der Lebensqualität
Mathers (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsbewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sieben psychosoziale Trainingsstunden auf Tonbändern 	<ul style="list-style-type: none"> • keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen • kein Erfolg bezüglich der Anpassung älterer Dialysepatienten an die Erkrankung
Muthny (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Verstimmungen (reaktive Depression) • Sexualstörungen bei (vor allem) männlichen Dialysepatienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapeutische Maßnahmen • Einbeziehung des Partners 	<ul style="list-style-type: none"> • eher mäßige Erfolge in der Reduktion depressiver Stimmungen • deutliche, jedoch heterogene, Verbesserungen durch das gemeinsame Gespräch
Muthny (1986)	<ul style="list-style-type: none"> • Compliance-Probleme 	<p>Grundprinzip dieser „Verhaltenstherapie bei Non-Compliance von Dialysepatienten“ ist das Training von Selbstkontroll-beobachtung, Stimuluskontrolle sowie Selbstverstärkung durch den Patienten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • eingeschränkte Wirksamkeit der Intervention
Campbell & Sinha (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsbewältigung 	<p>Gruppentherapeutische Intervention, mit dem Ziel des Erwerbs einer adaptiveren Einstellung zur Erkrankung durch aktive Verbalisierung und offenen Ausdruck von Gefühlen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatz wenig rentabel • wenig Inanspruchnahme der Intervention durch die Patienten

Hervorzuheben ist, dass bei psychosozialen Interventionen bei Dialysepatienten in einem höheren Maß der Aufbau und die Stärkung der Behandlungsmotivation 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 der Fragestellungen eins bis drei wurden Dialysepatienten in den Dialysezentren Weinheim, Viernheim, Wieblingen und Heppenheim anhand einer einmaligen Fragebogenerhebung untersucht. Zur Evaluation wurden die Messinstrumente Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1995) sowie das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C; Horowitz et al., 2000) verwendet, die beide entsprechend der klassischen Testtheorie validiert sind.

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)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none">• Beginn der Dialyse• Krankheitsbedingte psychische Beeinträchtigungen• positive Motivation zur Coachingmaßnahme	<ul style="list-style-type: none">• andere schwere körperliche Grunderkrankungen• Alter < 18 Jahre• andere ambulante psychologische Interventionen

Zur Evaluation der Coachingmaßnahmen wurde zur Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnisdagnostik 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

Messzeitpunkt 1 (Coachingbeginn)	Messzeitpunkt 2 (nach 6 Wochen)	Messzeitpunkt 3 (Abschluss nach 12 Wochen)
SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R
Soziogramm		
Soziodemographische Daten		

2.2.2.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1995) misst die subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen. Der „Globale Gesamtwert“ (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung und ergibt sich aus der Summe der Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“.

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

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

→ Fortsetzung auf der nächsten Seite

Phobische Angst (PHO)	Beinhaltet leichte Gefühle der Bedrohung bis hin zu massiver phobischer Angst (andauernde und unangemessene Furcht bzgl. einer bestimmten Situation oder Person und daraus resultierendes Flucht- oder Vermeidungsverhalten).	7
Paranoides Denken (PAR)	Repräsentiert Gefühle des Misstrauens bis hin zu starkem paranoidem Denken (Argwohn, Einengung, Grandiosität, Gedankenprojektion, wahnhafte Täuschungen, etc.).	6
Psychotizismus (PSY)	Beschreibt das Gefühl der Isolation bzw. Entfremdung bis hin zu psychotischen Episoden (verzerrter, isolierter, schizoider Lebensstil, Halluzinationen und Gedankenzerfall).	10
Zusatzitems	Sind keiner Skala zugeordnet und enthalten Fragen u. a. nach schlechtem Appetit, Einschlafschwierigkeiten, dem Gedanken an Tod und Sterben, gestörtem Schlaf und Schuldgefühlen; sie können – bei Bedarf – separat ausgewertet werden.	7

2.2.2.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)

Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C; Horowitz et al. 2000) erfasst Probleme im Umgang mit anderen Menschen. Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, die einer Person schwer fallen und die eine Person im Übermaß zeigt. Theoretisch orientiert sich das Verfahren an Persönlichkeitsmodellen, wie sie z.B. von Sullivan (1953) oder Leary (1957) entwickelt wurden.

Tab. 6: Darstellung der Skalen des IIP-C

Skala	Beschreibung	Anzahl der Items
zu autokratisch/dominant (PA)	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.	8
zu streitsüchtig/konkurrierend (BC)	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.	8
zu abweisend/kalt (DE)	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.	8

→ Fortsetzung auf der nächsten Seite

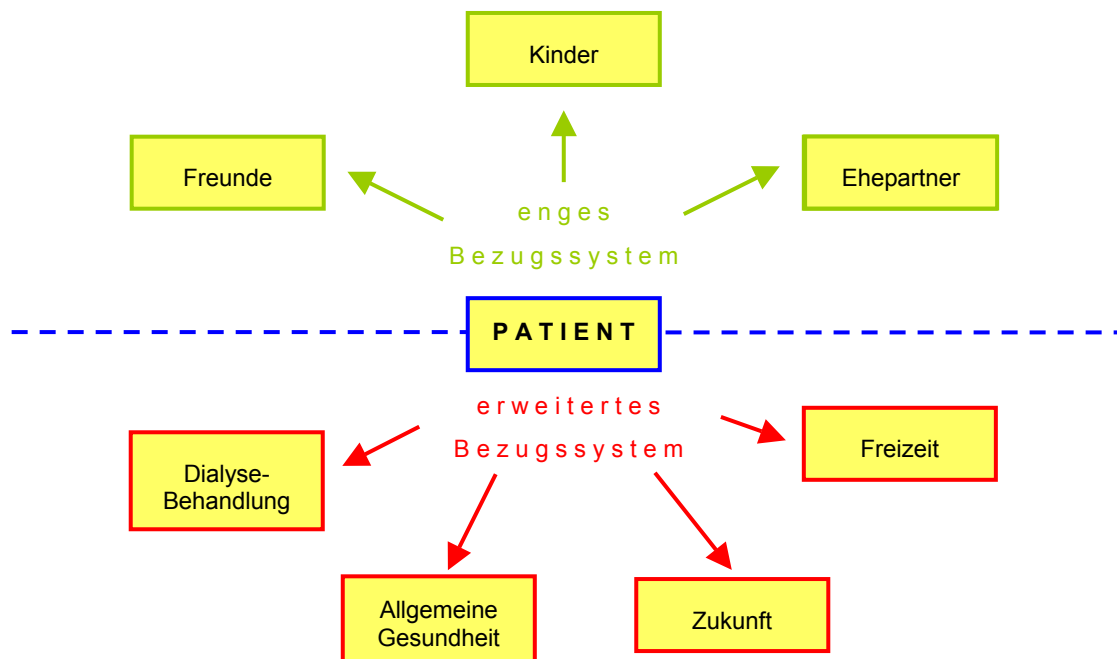
zu introvertiert/sozial vermeidend (FG)	Personen mit hohen Werten berichten über Probleme, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen oder mit anderen etwas zu unternehmen. Sie beschreiben Schwierigkeiten, ihrer Gefühle zu zeigen.	8
zu selbstunsicher/unterwürfig (HI)	Personen mit hohen Werten berichten 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.	8
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 ausnutzen zu lassen.	8
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.	8
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.	8

2.2.2.3 Soziogramm

Mit Hilfe des Soziogramms wird das persönliche Bezugssystem des Patienten dargestellt. Ziel ist es, ein persönliches Stärken-/Schwächenprofil zu ermitteln, auf dem aufbauend die Coachingziele mit dem Patienten gemeinsam festgelegt werden.

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).

Abb. 1: Aufbau des Soziogramms



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

Zusätzlich zu inferenzstatistischen Verfahren kommen auch andere, in der Psychotherapieforschung etablierte und diskutierte Verfahren der Datenauswertung zur Anwendung, die den Begriff Veränderung unter Einbezug testtheoretischer Kriterien operationalisieren. Insbesondere das Modell von Jacobson & Truax (1991; 1998) der „Reliable Change (RC-) Index“ bzw. Erweiterungen davon (Kordy & Hannover, 2000) zur Klinischen Signifikanz werden verwendet.

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

$$RC = (x_{post} - x_{prä}) / 2^{1/2} SE > 1,96$$

Ergibt sich ein Wert, der größer als 1,96 ist, kann von reliabler Veränderung ausgegangen werden. Dies bedeutet, dass der Unterschied mit einer 5 %-igen Fehlerwahrscheinlichkeit behaftet ist. Der RC-Index wird auch zur Herleitung der Grenzwerte von Konfidenzintervallen angewandt. So kann ein „Band der Unsicherheit“ (Konfidenzintervall) um einen Normwert bzw. Zielwert geformt werden. Werte innerhalb dieses Bereichs haben sich nicht reliabel verändert.

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

Die Beurteilung des erreichten Zustands im Hinblick auf die gesunde Norm ist Gegenstand der zweiten Methode von Jacobson & Truax (1991; 1998). Ziel ist die Beurteilung, ob eine Person eher zu der gesunden Gruppe (*functional group*) oder der Gruppe der Patienten (*dysfunctional group*) gerechnet werden soll. Dieses Modell geht von normalverteilten Werten aus. Wenn Mittelwert und Standardabweichung beider Gruppen bekannt sind, so kann der *Cut-Off-Wert* als Mittel der Mittel errechnet werden:

$$c_1 = (SD_0M_1 + SD_1M_0) / (SD_0 + SD_1)$$

Entsprechend wurden für die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) Cut-Off-Werte nach der Methode von Jacobson & Truax errechnet (s. Tab. 14, S. 24).

Die Methode der Klinisch bedeutsamen Verbesserung nach Kordy & Hannöver

Kordy & Hannöver (2000) orientieren sich an der Definition von Zielintervallen bei der Beurteilung der Veränderung. Eine klinisch bedeutsame Verbesserung liegt dann vor, wenn die von Patienten erreichten Werte ähnlich denen von Gesunden sind. Dies entspricht auch den Annahmen von Jacobson & Truax (1991; 1998). Kordy & Hannöver teilen daher die betreffenden Skalen in Skalenabschnitte und definieren ein Zielintervall „Z“.

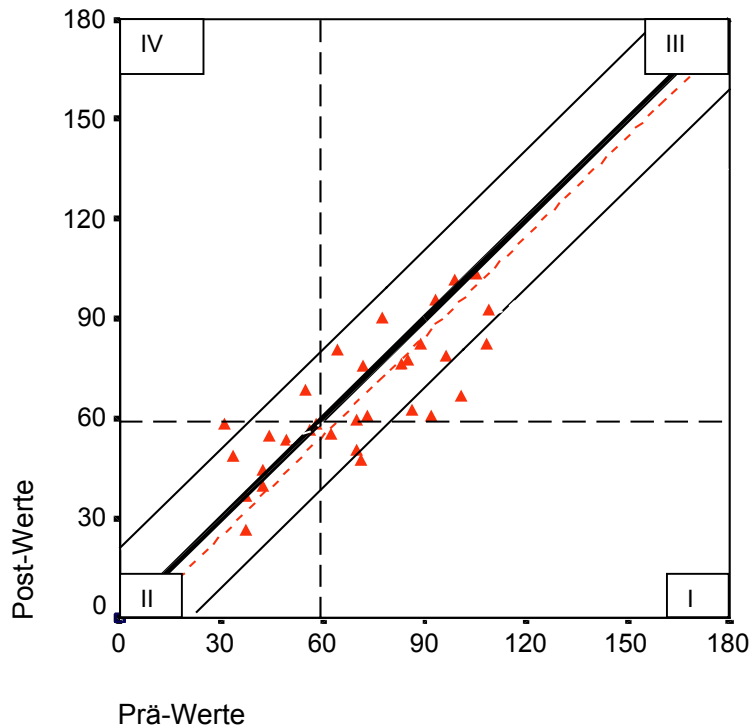
$$Z = [c_1; c_2]$$

Die grafische Darstellung der Konzepte im Prä-Post-Vergleich

Kordy & Hannöver (2000) stellen zur Explikation der Vorgehensweise eine grafische Darstellung des Konzeptes der Klinischen Signifikanz vor (Jacobson Plot). Aufbauend auf diesem Modell werden die Ergebnisbewertungen auch in der vorliegenden Studie umgesetzt. Ein Vorteil der vorgestellten Techniken liegt darin, dass die Studienergebnisse in grafischer Form einfach dargestellt werden können.

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).

Abb. 2: Jacobson Plot des Konzepts der klinischen Signifikanz am Beispiel des OQ45.2-Gesamtwerts für n = 31 musiktherapeutisch und medizinisch behandelte Schmerzpatienten (Hillecke, 2005)



Legende:
Die x- und y-Achsen geben die möglichen Werte der Globalskala des OQ45.2 (0-180) an. Die Parallelen zur Diagonalen repräsentieren den $RC/d_{krit} = 21$. Die horizontale und vertikale gestrichelte Linie stellt den Cut-Off = 58,9 dar. Die gestrichelte Parallele zur Diagonalen repräsentiert die durchschnittliche Veränderung bei den Patienten.

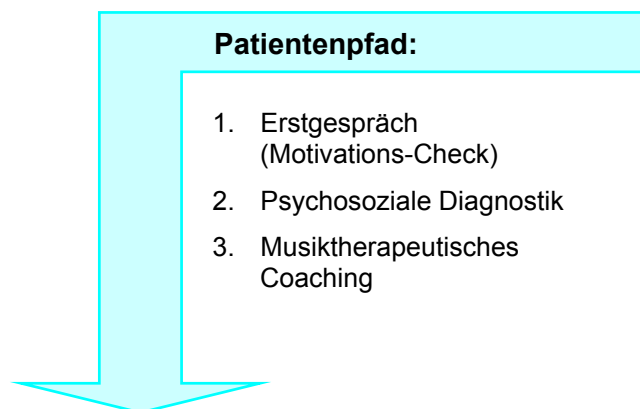
Die reliable relative Veränderung wird entsprechend dem Modell von Jacobson & Truax (1991) berechnet. Die kritischen Werte liegen nach Lambert et al. (2002) vor (Globalskala: $d_{krit} = 21$). Die relevanten Bereiche werden graphisch durch die durchgezogenen parallelen Linien zur Diagonalen begrenzt. 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 reliable 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 & Hannover (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 Absprache mit dem Patienten vor oder nach der Dialysebehandlung in einem separaten Raum statt.

Abb. 3: Patientenpfad des musiktherapeutischen Coachings



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.

Liegen die Voraussetzungen für ein Coaching vor (s. Tab. 3), wird eine ausführliche psychosoziale Diagnostik durchgeführt. Hierbei wird anhand von validierten psychologischen Tests ein psychologisches Profil des Patienten ermittelt. Zusätzlich wird anhand einer Visualisierungstechnik gemeinsam mit den Patienten eine individuelle Problemfeldanalyse erstellt. Ziel dabei ist es, ein Stärken-/Schwächenprofil zu erarbeiten, auf dem aufbauend die Coachingziele mit den Patienten gemeinsam festgelegt werden können.

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
 3. Konditionierung eines musikalischen Reizes mit dem Ziel der Stärkung der Assoziation von spezifischer Musik und Entspannung
 4. Zurücknahme der Entspannung durch lockernde Körperbewegungen
- ⇒ *Ziel ist, dass der Dialysepatient die erlernte Entspannungstechnik in seinen Alltag überträgt und somit Belastungen wie die Dialysesituation adaptieren und angstfreier bewältigen kann.*

Modul: Verhaltenstraining

1. Bewusstmachen und Bearbeiten von psychischen Belastungen sowie die Verbesserung von Krankheits-Bewältigungsstrategien (vgl. Kap. 2.1.2, S. 8).
 2. Thematisieren von interpersonalen Problemen, wie z. B. bei Familie, Beruf oder Pflegepersonal.
 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

Referenzdaten	Stichprobenbeschreibung	Ergebnisse (n = 101)
Alter (Jahre)	Mittelwert	62 ± 17
	Range	18–89
Geschlecht	männlich	52 (51 %)
	weiblich	49 (49 %)
Therapiedauer (in Monaten)	Mittelwert	39 ± 48
	Range	1–201

2.3.1.2 Eingeschlossene Patienten

Ab September 2001 wurden 31 Dialysepatienten aus den Dialysezentren Weinheim, Viernheim, Wieblingen und Heppenheim in das musiktherapeutische Coaching aufgenommen, die den Einschlusskriterien entsprachen.

Den Datensatz beschreibt Tab. 8:

Tabelle 8: Datensatz der Patienten bei Aufnahme

Referenzdaten	Stichprobenbeschreibung	Ergebnisse (n = 31)
Alter (Jahre)	Mittelwert	65 ± 17
	Range	18–88
Geschlecht	männlich	10 (32 %)
	weiblich	21 (68 %)
Dropout	Verschlechterung des körperlichen Zustands	4 (13 %)
	Abbruch der Fragebogenerhebung	3 (10 %)
	Abbruch des Coachings	2 (6 %)

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:

Tabelle 9: Datensatz der gecoachten Patienten nach Ausschluss der Dropouts

Referenzdaten	Stichprobenbeschreibung	Ergebnisse (n = 22)
Alter (Jahre)	Mittelwert	60 ± 18
	Range	18–83
Geschlecht	männlich	10 (45,5 %)
	weiblich	12 (54,5 %)

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).

Tabelle 10: Vergleich der Mittelwerte (incl. Standardabweichungen) der SCL-90-R der Dialysepatienten mit der Norm (n=101)

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

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.

Verglichen mit psychisch erkrankten Patienten (Patienten mit psychosomatischen Störungen (Psy. Som., vgl. Tab. 10) ergaben sich jedoch niedrigere Werte. Deshalb wurde entsprechend der Vorstellung von Kordy & Hannöver (2000) ein an der Norm orientierter Cutoff-Wert errechnet. Dabei sind Werte, die schlechter als 75% der Norm sind und damit über dem berechneten Cutoff-Wert liegen, als klinisch bedeutsam zu bewerten. Tabelle 11 gibt den Prozentsatz der Dialysepatienten an, die schlechtere Werte als 75% der Normalstichprobe aufwiesen (bei der Norm 25%). Diese Art der Analyse gibt Aufschluss über die Häufigkeit des Vorkommens erhöhter Werte. Sie ist gegenüber der Verzerrung durch extreme Testwerte einzelner Probanden weniger anfällig als t-Tests.

Tabelle 11: Prozentsatz der Dialysepatienten mit klinisch bedeutsamen Werten auf den SCL-Skalen (n=101)

Skala	GSI	SOM	ZWA	UNS	DEP	ANG	AGG	PHO	PAR	PSY
> Cut-Off	46%	72%	32%	20%	38%	35%	24%	26%	30%	28%

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)

	Erhöhte Werte auf	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
Keine oder leichte Auffälligkeit	0 Skalen	23	22,8%	
	1 Skala	21	22,8%	52,5%
	2 Skalen	9	8,9%	
Mittlere Auffälligkeit	3 Skalen	9	8,9%	
	4 Skalen	11	10,9%	31,7%
	5 Skalen	3	3,0%	
	6 Skalen	9	8,9%	
Starke Auffälligkeit	7 Skalen	2	2,0%	
	8 Skalen	3	3,0%	15,8%
	9 Skalen	11	10,9%	

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).

Entsprechend dem erweiterten Konzept der reliablen Veränderung von Kordy & Hannover (2000) wurden für die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) Cut-Off-Werte berechnet (s. Tab. 13).

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

Skala (Wertebereich: 0 bis 4)	Normpopulation (Franke, 1995)	Normierungs- Stichprobe (n=101)	Reliable Change Index (nach Kordy & Hannöver, 2000)	Cut-Off-Wert (nach Jacobson & Truax, 1991)
GSI	0,33 (0,25)	0,59 (0,41)	± 0,10	0,43
SOM	0,35 (0,30)	0,89 (0,54)	± 0,28	0,54
ZWA	0,47 (0,38)	0,69 (0,48)	± 0,27	0,57
UNS	0,41 (0,38)	0,44 (0,29)	± 0,28	0,43
DEP	0,40 (0,38)	0,75 (0,54)	± 0,25	0,54
ÄNG	0,29 (0,32)	0,51 (0,55)	± 0,25	0,37
AGG	0,31 (0,34)	0,39 (0,40)	± 0,32	0,35
PHO	0,14 (0,22)	0,32 (0,47)	± 0,27	0,20
PAR	0,35 (0,37)	0,50 (0,44)	± 0,37	0,42
PSY	0,18 (0,24)	0,29 (0,32)	± 0,22	0,23

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

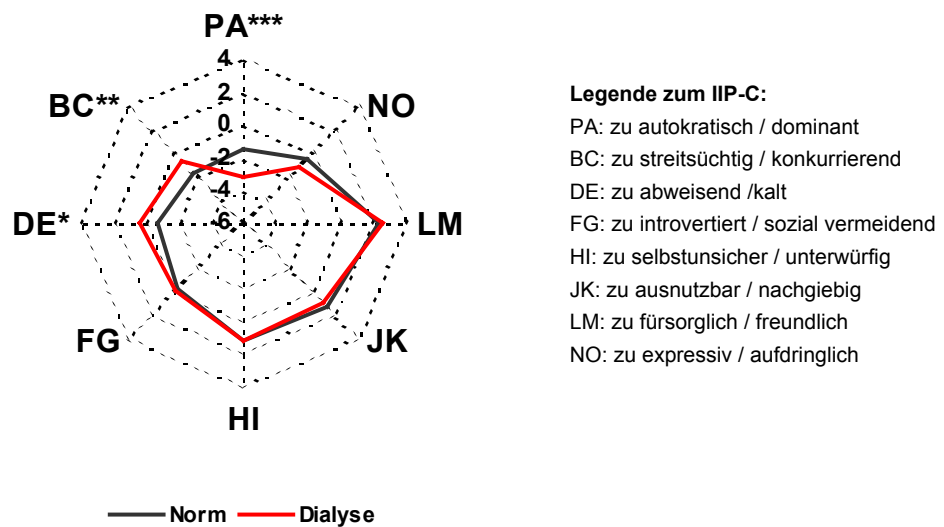


Tabelle 14: Vergleich der Mittelwerte des IIP-C mit der Norm (n = 93)

Skala	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
Normierungsstichprobe	-3,19 (± 3,11)	-0,58 (± 3,53)	0,31 (± 4,75)	-0,12 (± 4,01)	1,23 (± 3,49)	0,97 (± 4,03)	2,50 (± 3,68)	-1,12 (± 3,98)
Norm	-1,47	-1,59	-0,73	-0,22	1,18	1,3	2,27	-0,46
p-Werte	,000	,007	,037	,810	,879	,429	,177	,112

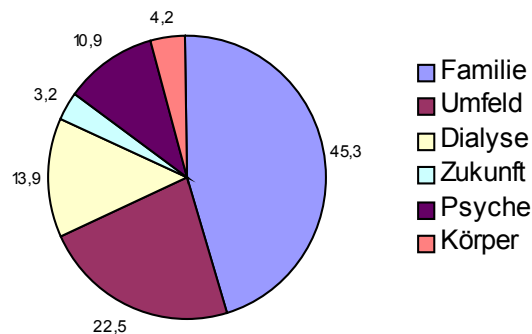
Insgesamt begegnen Dialysepatienten interpersonalen Problemen mit wenig dominanten Verhalten und empfinden sich als „zu streitsüchtig / konkurrierend“ und „zu abweisend / kalt“.

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).

Abb. 5: Durchschnittlicher Gesprächsinhalt im Rahmen der Erstellung des Soziogramms in %



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.

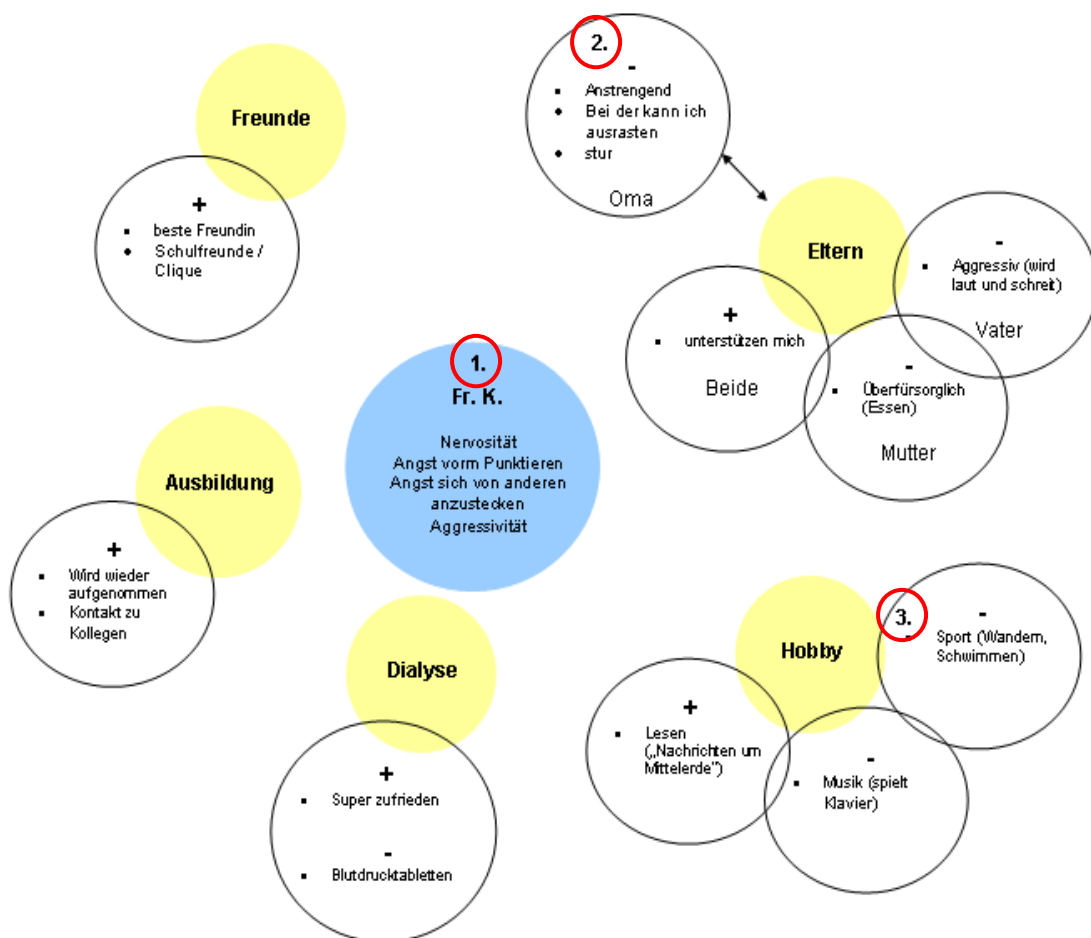
Tabelle 15: Positive und negative Gesprächsinhalte in %

	positiv	negative	gesamt
Familie	23,8	21,5	45,3
Umfeld	15,0	7,5	22,5
Dialyse	7,7	6,2	13,9
Zukunft	2,7	0,5	3,2
Psyche	4,5	6,4	10,9
Körper	0,0	4,2	4,2
Gesamt	53,7	46,3	100

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

Vor allem Blutdruckprobleme, Gewichtsverlust, Schlafprobleme sowie körperliche Schwäche aufgrund der Dialysebehandlung belasteten die Patienten. Psychologische Belastungen wurden von den Patienten hauptsächlich als „Nervosität“ und „Unruhe“ beschrieben. Im Bezugssystem Umfeld (Freunde und Hobbys) sind knapp ein Drittel der Angaben negativ. Hierbei handelt es sich überwiegend um die Hobbys, denen aufgrund der Erkrankung nicht bzw. nur eingeschränkt nachgegangen werden konnten. Der Bereich Körper wurde – wenn besprochen – immer negativ beschrieben. Häufig hingen die Beschwerden mit der Dialysebehandlung zusammen.

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



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 ($n=101$)

Skala	GSI	SOM	ZWA	UNS	DEP	ANG	AGG	PHO	PAR	PSY
Eingeschlossene Patienten	0,51 ($\pm 0,34$)	0,79 ($\pm 0,47$)	0,62 ($\pm 0,49$)	0,25 ($\pm 0,25$)	0,64 ($\pm 0,55$)	0,55 ($\pm 0,45$)	0,30 ($\pm 0,35$)	0,32 ($\pm 0,51$)	0,34 ($\pm 0,29$)	0,27 ($\pm 0,29$)
Normierungsstichprobe	0,59 ($\pm 0,41$)	0,89 ($\pm 0,54$)	0,69 ($\pm 0,48$)	0,44 ($\pm 0,29$)	0,75 ($\pm 0,54$)	0,51 ($\pm 0,55$)	0,39 ($\pm 0,40$)	0,47 ($\pm 0,47$)	0,50 ($\pm 0,44$)	0,29 ($\pm 0,32$)
p-Werte	,222	,255	,425	,000	,268	0,640	,140	,082	,006	,721

Tabelle 17 gibt an, wie viele Patienten über dem Cut-Off-Wert lagen und damit höhere Belastungen sowohl auf der Gesamtskala als auch auf den Einzelskalen der SCL-90-R angaben. Knapp 40% der Patienten lagen im Gesamtwert der psychischen Belastungen (GSI) über dem Cut-Off. Auf den Einzelskalen zeigten sich am häufigsten klinisch bedeutsame Werte in den Bereichen „Somatisierung“ (SOM; 71 %) „Ängstlichkeit“ (ANG; 39 %), „Depressivität“ (DEP; 29 %) sowie „Psychotizismus“ (PSY; 29 %).

Tabelle 17: Prozentsatz der Dialysepatienten mit klinisch bedeutsamen Werten auf den SCL-Skalen ($n=31$)

Skala	GSI	SOM	ZWA	UNS	DEP	ANG	AGG	PHO	PAR	PSY
> Cut-Off	12 (39 %)	22 (71 %)	8 (26 %)	1 (3,2 %)	9 (29 %)	12 (39 %)	5 (16 %)	7 (23 %)	4 (13 %)	9 (29 %)

Die hohe Dropouttrate 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 ($n = 22$)

Skala	GSI	SOM	ZWA	UNS	DEP	ANG	AGG	PHO	PAR	PSY
Eingeschlossene Patienten	0,51 ($\pm 0,34$)	0,79 ($\pm 0,47$)	0,62 ($\pm 0,49$)	0,25 ($\pm 0,25$)	0,64 ($\pm 0,55$)	0,55 ($\pm 0,45$)	0,30 ($\pm 0,35$)	0,32 ($\pm 0,51$)	0,34 ($\pm 0,29$)	0,27 ($\pm 0,29$)
Gecoachte Patienten	0,57 ($\pm 0,37$)	0,82 ($\pm 0,53$)	0,69 ($\pm 0,54$)	0,28 ($\pm 0,26$)	0,74 ($\pm 0,58$)	0,61 ($\pm 0,48$)	0,34 ($\pm 0,38$)	0,34 ($\pm 0,53$)	0,37 ($\pm 0,30$)	0,32 ($\pm 0,33$)
p-Werte	,364	,749	,425	,465	,312	,454	,482	,796	,628	,360

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 $p = ,012$.

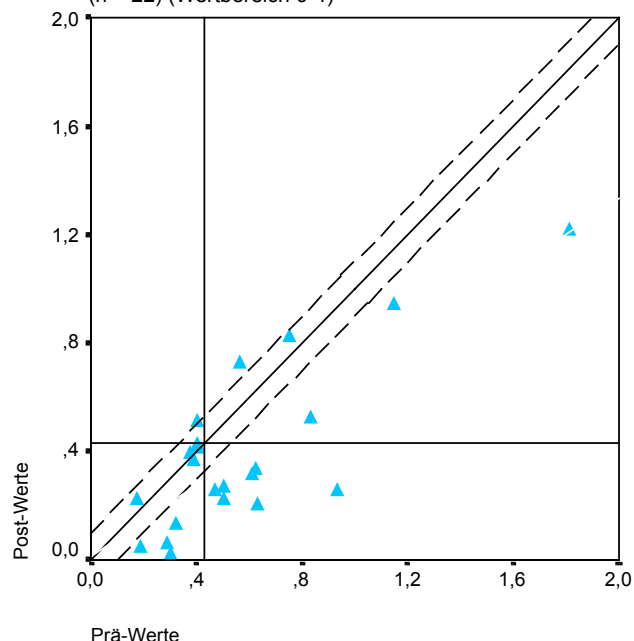
Tabelle 19: Mittelwerte der SCL-90-R der gecoachten Patienten im Prä-Post-Vergleich (n = 22)

Skala	GSI	SOM	ZWA	UNS	DEP	ANG	AGG	PHO	PAR	PSY
Coaching (prä)	0,57 (± 0,37)	0,82 (± 0,53)	0,69 (± 0,54)	0,28 (± 0,26)	0,74 (± 0,58)	0,61 (± 0,48)	0,34 (± 0,38)	0,34 (± 0,53)	0,37 (± 0,30)	0,32 (± 0,33)
Coaching (post)	0,39 (± 0,30)	0,77 (± 0,51)	0,40 (± 0,36)	0,22 (± 0,31)	0,40 (± 0,38)	0,36 (± 0,41)	0,16 (± 0,24)	0,21 (± 0,37)	0,23 (± 0,34)	0,21 (± 0,29)
p-Werte	,012	,618	,001	,404	,000	,010	,002	,107	,065	,085

Auf den Skalen „Depressivität“ (DEP; $p = ,000$), „Zwanghaftigkeit“ (ZWA; $p = ,001$), „Aggressivität“ (AGG; $p = ,002$), und „Ängstlichkeit“ (PAR; $p = ,010$) wurden signifikante Verbesserungen erzielt. Tendenzielle Verbesserungen konnten in den Skalen „Paranoides Denken“ (PAR; $p = ,065$) und „Psychotizismus“ (PSY; $p = ,031$). Keine Veränderungen ergaben sich auf den Skalen „Somatisierung“ (SOM; $p = ,618$) „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (UNS; $p = ,404$) 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.

Abb. 7: Jacobson-Plot-Darstellung des GSI im Prä-Post-Vergleich (n = 22) (Wertebereich 0-4)



Es konnten bei 14 Patienten reliable Veränderungen (64 %) festgestellt werden. Die Werte von 4 der 14 Patienten lagen sowohl zu Beginn als auch nach Abschluss des Coachings im Normbereich. Daher ist das Ergebnis dieser vier Patienten klinisch irrelevant. Drei Patienten verbesserten sich reliabel und erreichten eine klinisch nicht ausreichende Veränderung. Eine klinisch signifikante Verschlechterung konnte bei einem Patienten festgestellt werden. Bei sieben Patienten (32 %) verringerten sich die psychischen Belastungen klinisch signifikant, d.h. die Werte nach Abschluss des Coaching lagen unter dem Cut-Off. Die Patienten konnten somit der gesunden Gruppe zugeordnet werden. Keine Veränderung der psychischen Belastungen konnte bei sieben Patienten festgestellt werden. Ein Patient verschlechterte sich zuverlässig.

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.

Durch das musiktherapeutische Coaching konnte eine signifikante Verringerung der psychischen Belastungen erreicht werden. Die Patienten litten weniger unter Depression, Angst, Aggressivität und Zwängen. Die Angaben zur körperlichen Belastung veränderten sich nicht. Nach der Methode der klinisch bedeutsamen Veränderung ergab sich bei knapp der Hälfte der Patienten eine zuverlässige Veränderung. Eine klinisch bedeutsame Verbesserung in den psychischen Belastungen wurde von einem Drittel der Dialysepatienten erreicht.

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.

Die testtheoretische Überprüfung und Normierung des SCL-90-R von Hessel et al. (2001) hat ergeben, dass der „Gesamtwert der psychischen Belastungen“ (GSI) ein reliables Instrument zur Messung der globalen psychischen Symptombelastung darstellt. Sowohl die hohen Interkorrelationen der Skalen als auch der Eigenwerteverlauf der Faktorenanalyse legen die Existenz eines varianzstarken Generalfaktors (GSI) nahe. Eine valide Erfassung unterschiedlicher Symptombereiche mit den neun SCL-Einzelskalen lässt sich nicht bestätigen. Deshalb schlagen die Autoren vor, nur den GSI zur Messung von psychischen Belastungen zu verwenden.

Im Rahmen der routinemäßigen Qualitätssicherung nach dem Stuttgart-Heidelberger-Modell legen Percevic et al. (2004) als bedeutsame (reliable) Veränderung des GSI einen Wert von $\pm 0,26$ fest. Hierbei handelt es sich um eine Stichprobe von Patienten mit psychosomatischen Störungen. Da bei Dialysepatienten eine organische Erkrankung im Vordergrund steht und, damit verbunden, krankheitsspezifische psychischen Belastungen auftreten können, erscheint eine reliable Veränderung des GSI von $\pm 0,10$ errechnet nach dem Modell des Reliable Change (RC-) Index von Jacobson & Truax (1991; 1998) als ausreichend. Ein weniger konservatives Modell erscheint auch deshalb angemessen, weil niedrigere Ausgangswerte auch geringere Veränderungswerte erwarten lassen.

2.4.2.3 Implementierung

In Deutschland nehmen knapp 60.000 Patienten Dialyse in Anspruch, in Europa sind es rund 225.000, mit insgesamt steigender Tendenz. Die Neuerkrankungsrate im Jahr 2003 betrug mit 15.360 Patienten über 25 % (Frei & Schober-Halstenberg, 2004). Gründe hierfür liegen einerseits in der demographischen Entwicklung (steigender Altersdurchschnitt der Bevölkerung), andererseits in der explosionsartigen Zunahme von Volkskrankheiten, die in unmittelbarer Wechselwirkung mit Nierenerkrankungen stehen wie z. B. Diabetes oder Hypertonie (vgl. Kap. 2.1.1). Die Zahl der Nierenerkrankungen, die einer Dialysebehandlung bedürfen, wird in den kommenden Jahren steigen und das Gesundheitssystem auch finanziell stark belasten. Rund 10 Milliarden Euro jährlich werden in Europa bereits heute für die Behandlung von Nierenleiden ausgegeben (Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, 2005).

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 Pflege-theorien und über die Pfleger-Patient-Interaktion (PPI) gegeben.

3.1.1.1 Pflege-theorien

Pflege-theorien sollen für die Gestaltung und das Verständnis des Pflegealltags wissenschaftlich fundierte Hilfe bieten. Sie können den Pflegefachkräften helfen die größeren Zusammenhänge ihrer Tätigkeit zu erkennen und dadurch womöglich vertiefend auf die Sinnggebung ihrer Arbeit wirken. Sie dienen der Wissenserweiterung und dem „[...] Zusammenfügen und Ordnen einer Vielzahl an sich eigenständiger Fakten zu einem bedeutsamen Ganzen [...]“ (Stähling, 2000, S. 104).

Meleis (1997) kategorisiert Pflege-theorien in vier Denkschulen. Diese Kategorien sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden. Trotz dieser Unterteilung gestalten sich die jeweils unter einem Begriff subsummierten Pflege-theorien in ihrer Art noch heterogen. Daher sollten die hier aufgeführten Beschreibungen nur als skizzenhafte Darstellungen verstanden werden. Stähling (2000) schließt an ihre Darstellung noch eine fünfte Pflege-theorie an. Dabei handelt es sich um ein Pflege-modell bei chronischen Krankheiten, dass der folgenden Tabelle als fünfte Zeile angefügt wird.

Tabelle 20: Darstellung verschiedener pflegetheoretischer Richtungen

Bedürfnistheorien	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.
Interaktionstheorien	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.
Humanistische Theorien	„Vertreter dieser Denkschule, betrachten Pflege als Betreuung, Fürsorge und Versorgung (<i>caring</i>), die geprägt ist durch eine wechselseitige Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson.“ (Stähling, 2000, S. 107)
Ergebnisorientierte Theorien	Diese Theorien sind auf das Ergebnis der Pflege ausgerichtet. Um dem jeweiligen Ziel der Pflege schnell näher zu kommen soll dabei der Patient bei den von ihm geforderten Anpassungsleistungen unterstützt werden.
Pflegemodell „Chronische Krankheiten“	Nach diesem Modell ist es das vorrangige Ziel der Pflege bei chronischen Erkrankungen, den Patienten bei der Bewältigung und Gestaltung seines Alltags und der Aufrechterhaltung der Lebensqualität durch die sogenannte begleitende Pflege zu unterstützen. Diese ist als ein fortlaufender Prozess zu sehen, bei dem es um die Berücksichtigung der Interessen des Patienten und seiner Angehörigen, sowie um deren aktive Beteiligung an der Entwicklung von Pflegeplänen und Interventionen geht.

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 Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patienten ist durch Ambivalenz geprägt. Einerseits werden Schwestern und Pfleger sehr positiv attribuiert (Muff, 1982), so z.B. als hilfsbereit, freundlich, etc. Andererseits fand Shattell (2002) in Patientenbefragungen auch sehr starke negative Äußerungen über das Pflegepersonal seitens der Patienten. Schließlich nimmt das Pflegepersonal in den Krankenhausaufenthaltsbeschreibungen von Patienten eine herausragende Position ein, da der Kontakt zu den Pflegern, im Vergleich zu z.B. den Ärzten, der intensivste Kontakt ist.

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

vereinzelt Vorschläge zu einer Neugestaltung der Theorien zur Pfleger-Patient-Beziehung (Hagerty & Patusky, 2003; Shattell, 2004). Diese Theorien sollen der Interaktivität, der Nicht-Linearität sowie dem kognitiv-dynamischen und systemischen Aspekt der Pfleger-Patient-Beziehung gerecht werden. Ferner sollen sie dem Verständnis der Interaktionen dienen und dabei in den verschiedenen Phasen der Pflege gleichermaßen Orientierung bieten.

3.1.2 Situation der Patienten und des Personals in der Dialyse

3.1.2.1 Die Patienten

Dialysepatienten weisen verschiedene, überdurchschnittlich hohe, psychosoziale Belastungen auf. Was den Umgang mit zwischenmenschlichen Problemen betrifft konnten Wormit et al. (2002) mittels des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz et al., 2000) feststellen, dass sich Dialysepatienten als weniger dominant, jedoch als streitsüchtiger/konkurrierender sowie abweisender/kälter empfinden. Diese Daten decken sich mit den Ergebnissen von Pabst (2004), dass die meisten Aggressionen gegenüber den Pflegenden – nach deren Einschätzung – von den Patienten ausgehen. Der Umgang mit Dialysepatienten stellt sich daher für das Personal oft als problematisch dar. Muthny & Koch (1997) heben für die Optimierung der Behandlungsqualität bei Dialysepatienten die Bedeutung von Einzelpsychotherapien und Kriseninterventionen neben dem hohen Stellenwert der Personalfortbildung hervor.

3.1.2.2 Das Personal

„Die wichtigste Voraussetzung für Zufriedenheit und Sinnerleben in der Pflege dürfte die erfolgreiche Beziehungsgestaltung gegenüber den Patienten sein“ (Fischer & Schaar-schmidt, 2002). Dieser Befund findet sich auch in den Daten von Pabst (2004) wieder. Dieser fragte 1330 Dialyse-Pflegekräfte nach der Bewertung der eigenen beruflichen Situation. Ihr Verhältnis zu Ärzten beschrieben sie dabei als kritisch, das zu Kollegen als eher zurückhaltend und das zu den Patienten als außerordentlich nah. Diese Ergebnisse decken sich mit der oben erwähnten Annahme, dass die Pfleger-Patient-Beziehung der zentralste und wichtigste Aspekt in der klinischen Praxis ist.

Nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsqualität und gleichzeitiger Kostensenkung gefragt, setzen sowohl Pfleger als auch Pflegerinnen die Verbesserung der Ausbildung des Pflegepersonals – nach der Verbesserung der Organisation und der Einstellung zusätzlicher Hilfskräfte für einfache Aufgaben – auf Platz drei (Pabst, 2004).

Eine solche Verbesserung der Ausbildung kann auch im Rahmen von Fortbildungen erreicht werden. Hierzu regen Broda & Muthny (1989) in ihrem Lehr- und Handbuch der psychosozialen Fortbildung an, dass es den Teilnehmern ermöglicht werden soll „bislang bestehende Sichtweisen zu überprüfen, zu revidieren oder zu erweitern. [...] Es soll bewusst werden, wieviel Einfluß gefühlsmäßiges Erleben auf Denken und Handeln hat (und vice versa) und wie notwendig es ist, diesen Einfluß kennenzulernen und in bezug auf eigenes Denken, Fühlen und Handeln abschätzen zu können.“ (ebd., S. 6)

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 gelehrt 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).

Im Versuch der Entwicklung einer konstruktivistisch begründeten Erwachsenenbildung formulieren Arnold & Siebert (2003) Erwachsenenbildung als eine Gelegenheit, „[...] in relativer Distanz zu den Zwängen und Handlungsnotwendigkeiten des Alltags seine Wirklichkeitskonstruktionen zu überdenken, mit anderen zu vergleichen, durch neues Wissen anzureichern, neue Sichtweisen kennenzulernen“ (ebd., S. 118). Eine in diesem Sinne offenere Didaktik fokussiert somit weniger die Vermittlung des Neuen, als vielmehr die, bei den Teilnehmern bisher vorhandenen, Wissensstände und Wirklichkeitskonstruktionen sowie ihre individuellen, biographisch determinierten Lernziele.

Dabei legen die individuellen Lernmuster, also die Muster, nach denen ein Mensch zu lernen gelernt hat, den Rahmen fest, in dem neue Informationen aufgenommen und bestehende Strukturen verändert werden können. Eine entsprechende Erwachsenenbildung stellt damit „*hohe Anforderungen an die pädagogische* [und u.E. auch therapeutische] *Professionalität*“ (ebd., S. 148). Ferner sind die Anforderungen an zwischenmenschliche und psychosoziale Kompetenzen bei Angehörigen therapeutischer Berufe, wie der Pflege, sehr hoch. Die Erfüllung der beruflichen Rolle ist dabei stark mit der Persönlichkeit des Pflegers gekoppelt. Diese Nähe beruflich relevanter und die Persönlichkeit betreffender Aspekte erfordert große Aufmerksamkeit gegenüber der Intimsphäre der Teilnehmer.

Die Zielgruppe der hier beschriebenen Fortbildung sind Pflegende in ambulanten Dialyseinrichtungen. Zur Definition des Begriffs der ‚Zielgruppenarbeit‘, schlagen Arnold & Siebert (2003) folgende zwei Kriterien vor:

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.

Die Bereitschaft zur Identifikation der eigenen Handlungs- und Erlebensmuster, und zum gemeinsamen Austausch über sie, erfordert Offenheit und Vertrauen. Die musiktherapeutischen Gruppeninterventionen dienen einerseits der Identifikation eigener Muster und ermöglichen andererseits ein Gruppenerlebnis. So können, aufbauend auf dem Austausch über Selbst- und Fremdwahrnehmung während des Musizierens, Gruppenidentität, Offenheit und Vertrauen unterstützt und gefördert werden.

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 Nierenzentren 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

Titel	Herausgeber	Kurzbeschreibung / Inhalt
AVEM	Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2003)	Der Fragebogen „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren, mit dem differenzierte Selbsteinschätzungen zum Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf erhoben werden.
FAT	Kauffeld, S. (2004)	Der „Fragebogen zur Arbeit im Team“ wird in der Unternehmensberatung, sowie in der Organisations- und Teamentwicklung eingesetzt, um den Teamentwicklungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen abzuleiten.
FEO	Daumenlang, K., Müskens, W. & Harder, U. (2004)	Der „Fragebogen zur Erfassung des Organisationsklimas“ erhebt zwölf Dimensionen des Organisationsklimas. Der FEO kann am Beginn von Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung stehen und zu deren Evaluation verwendet werden.
KomminO	Sperka, M. & Rósza, J. (i.Vorb.)	Der „Fragebogen zur Erfassung der Kommunikation in Organisationen“ erhebt die subjektive Beurteilung der internen Kommunikation am Arbeitsplatz.
TKI	Brodbeck, F. C., Anderson, N. & West, M. (2000)	Das „Teamklima Inventar“ dient der Messung des Klimas für Innovation und Leistung in sozialen Arbeitskontexten. Der Begriff Klima ist hier ein Konstrukt nach der Vier-Faktoren-Theorie der Innovation von West.

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 Psyndex 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

Autoren/Herausgeber	Inhalt
Bernath, U., Fichten, W., Klaus, J. & Rieforth, J. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Broda, M. & Muthny, F. A. (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Manual zu psychosozialer 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
Muthny, F. A. (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Nach Meinung der Pflegerinnen und Pfleger sollten sich Fortbildungseinheiten mit Fallarbeit, kognitiven und handlungsbezogenen Trainings für den Umgang mit Patienten in Konfliktsituationen befassen. Weiter wurden als Themenvorschläge Depression, Krankheitsverarbeitung sowie der Umgang mit aggressiven und fordernden Patienten genannt.
Muthny, F. A., Beutel, M., Broda, M. & Dinger, A. (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorwiegend werden Überlegungen bezüglich des Verständnisses psychosozialer Personalfortbildung angestellt sowie Erfahrungen aus der Praxis beschrieben und diskutiert. • Darstellung der Arbeiten von Broda & Muthny (1989) und Muthny (1989)

3.2.3 Studiendesign

Zur Untersuchung der Fragestellungen wurde für Dialysepflegekräfte der Dialysezentren Weinheim, Viernheim, Lindenfels, Wieblingen, Heppenheim und Worms im Herbst 2005 ein zertifizierte Weiterbildung „Konfliktmanagement bei schwierigen Dialysepatienten“ angeboten. Diese Weiterbildung basierte auf freiwilliger Basis und wurde von den ärztlichen Leitern der Dialysezentren als Weiterbildung anerkannt.

3.2.3.1 Messdesign

Zur Evaluation der Weiterbildung wurden zur Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik das Instrument für arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 2003) und das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C; Horowitz et al., 2000) verwendet, die beide entsprechend der klassischen Testtheorie validiert sind. Zusätzlich werden soziodemographische Daten erhoben (s. Tab. 23).

Tabelle 23: Darstellung der Messzeitpunkte

Messzeitpunkt 1 (KW 37)	Messzeitpunkt 2 (KW 41)	Messzeitpunkt 3 (KW 47)
IIP-C		
AVEM	AVEM	AVEM
Soziodemographische Daten		

3.2.3.2 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster

Das Instrument für arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 2003) ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren, mit dem differenzierte Selbsteinschätzungen zum Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf erhoben werden. Es besteht aus folgenden Dimensionen: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz bei Misserfolg, offensive Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung. Die Gütekriterien des AVEM werden von den Autoren als gut bis befriedigend eingestuft.

Tabelle 24: Darstellung der Skalen des AVEM

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

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

<p>Muster G („Gesundheitsförderliches Arbeiten“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nicht exzessive Ausprägungen in den Dimensionen, die das Arbeitsengagement anzeigen • stark ausgeprägter beruflicher Ehrgeiz, während in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und das Perfektionsstreben mittlere bis leicht erhöhte Werte zeigen • trotz hohem Engagement Distanzierungsfähigkeit erhalten • angemessene Widerstandskraft gegenüber Belastungen • hohe Ausdruckswerte in positiven Emotionen bezüglich beruflichem Erfolgserleben, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung
<p>Muster S („Schonungsreiches Arbeiten“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben • stark ausgeprägte Distanzierungsfähigkeit • 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
<p>Risikomuster A („Typ-A-Konzept“; großer Einsatz und ausbleibende Anerkennung, u. a. Herz-Kreislauf-Risiko)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>Risikomuster B („Burnout-Syndrom“; allgemeines Erschöpfungserleben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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)

Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C; Horowitz et al. 2000) erfasst Probleme im Umgang mit anderen Menschen. Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, die einer Person schwer fallen und die eine Person im Übermaß zeigt. Theoretisch orientiert sich das Verfahren an Persönlichkeitsmodellen, wie sie z.B. von Sullivan (1953) oder Leary (1957) entwickelt wurden (s. Tab. 6, S. 15/16).

3.2.3.4 Das Gedanken-ABC

Mit Hilfe der Spaltentechnik von A. T. Beck (1994) soll die Hilfe zur Selbsthilfe aktiviert, die eine heilsame Geschichte erschafft, die es ermöglicht angemessen auch mit problematischen Situationen umzugehen. Die Spaltentechnik erlaubt es unter professioneller Anleitung, negative Gedanken und Gefühle des Patienten zu identifizieren und selbst Alternativen zu entwickeln, die seinem subjektiven, kognitiven Bezugssystem entsprechen.

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

Aktivierendes Ereignis	Meine Reaktion	Meine Gefühle	Meine Gedanken	Alternative Gedanken
Patient zeigt Angstreaktionen bei der Punktion. Er bewegt seinen Arm, arbeitet nicht mit und zeigt insgesamt keine Compliance.	Ich führe meine Arbeit routinemäßig durch und setze mich über die Angstreaktion des Patienten hinweg. Ich halte seinen Arm fest und versuche den Arbeitsschritt so schnell wie möglich hinter mich zu bringen.	Ich fühle mich überfordert und hilflos. Ich bin frustriert und hoffe, den widerständigen Patienten bei der nächsten Behandlung abzugeben. Das ist aber wahrscheinlich nicht möglich, also werde ich weiter frustriert sein, weil keiner meine Arbeit wertschätzt.	Was soll ich denn machen? Schließlich hängt das Leben des Patienten von der Behandlung ab. Wir sind zu wenige im Team, niemand kann mich unterstützen. Ich will aber auch keine Schwäche zeigen. Gefühle sind hier eh fehl am Platz.	Meine Arbeit ist existenziell für den Patienten. Sie ist allein schon dadurch bedeutsam. Ich kann ja den Patienten verstehen, schließlich ist es für ihn eine unangenehme Situation. Vielleicht könnte ich mich ja mit meinen Kollegen austauschen. Denen geht es ja vielleicht ähnlich.

3.2.3.5 Feedback

Zur Qualitätssicherung der Weiterbildung wurden die Teilnehmer am Ende des Wochenendblocks nach ihrer Zufriedenheit (angelehnt an den Bogen zur Trainerqualität nach Etzel, 2005) befragt. Diese Maßnahme bietet einen zusätzlichen Rahmen für Kritik, Verbesserungsvorschlägen oder anderen Wünschen. Es soll hierbei auch in Erfahrung gebracht werden, von welchen Modulen der Intervention besonders profitiert werden konnte, bzw. mit welchen Modulen oder Interventionen die Teilnehmerinnen Schwierigkeiten hatten. Entscheidend ist besonders wie hoch der Wissenszuwachs durch das Seminar, bzw. der Lernerfolg eingeschätzt wird.

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.

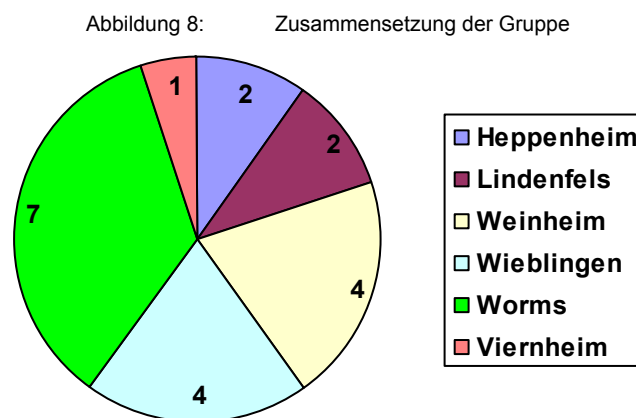
3.2.4 Rahmenbedingungen

Zur Koordination und Organisation der zertifizierten Weiterbildung wurde am 21.04.2005 in Heppenheim (Seminarraum Arcarde) eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Es nahmen 34 interessierte Pflegekräfte (30 Frauen; 4 Männer) aus den kooperierenden Dialysezentren teil.

Im Rahmen der Veranstaltung wurde vereinbart, dass

- eine verbindliche Anmeldung bis zum 31. Mai 2005 erfolgt,
- die Weiterbildung an den Wochenenden vom 22./23. Oktober und 19./20 November 2005 stattfindet.

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



Aufgrund zeitlicher und inhaltlicher Gründe wurde von Seiten der Geschäftsführung der Dialysezentren die Projektgruppe gebeten die Konzeption der Weiterbildung kurzfristig zu revidieren. Von den zwei Wochenendveranstaltungen fiel der erste Weiterbildungsblock weg. Das Wochenende vom 19./20. November 2005 wurde daher zu einem Kompaktkurs modifiziert.

3.2.5 Inhaltliche Gestaltung

3.2.5.1 Ablaufplan

Aufgrund der Kürzung der Gesamtdauer der Fortbildung wurde der Plan für den Kompaktkurs wie folgt konzipiert:

Tabelle 27: Ablaufplan des Fortbildungswochenendes 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
–	<i>15 Minuten Kaffeepause</i>
11:15 bis 13:00	Theorieteil: „Das Gedanken-ABC: Strategien zum Selbstmanagement“ Gemeinsames Sammeln und Ordnen jeweiliger Belastungen, Austausch in der Gruppe
–	<i>Mittagspause</i>
14:00 bis 18:00	Theorieteil: „Kommunikationsformen und -modelle/Gesprächsführung“ Praxisteil: Übungen zur Kommunikation und der Gesprächsführung
–	<i>dazwischen Kaffeepausen nach Bedarf</i>
Sonntag, 20.11.05	
9:00 bis 9.30	Einstimmung
09:45 bis 11:15	Theorieteil: „Beispiele aus der Praxis “ Praxisteil: Übung zum Thema Kommunikation mit Einbezug der Themen des Vortags
–	<i>15 Minuten Kaffeepause</i>
11:30 bis 12:30	Theorieteil: „Schutz- und Entlastungsmöglichkeiten“ Praxisteil: Entspannungsübung
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

Diese Module bestehen jeweils aus der Vermittlung theoretischen Basiswissens, dem – teilweise musiktherapeutischen – Training von Handlungskompetenz und dem Transfer des Gelernten in den beruflichen Alltag. In den folgenden Tabellen werden die einzelnen Einheiten kurz beschrieben.

Psychosoziale Belastungen von Dialysepatienten

Ziel	Die Pflegefachkräfte sollen den aktuellen Stand der Forschung kennen lernen. Ferner sollen sie die Belastungen der Patienten nachvollziehen, in Relation zur eigenen Person setzen und darstellen können.
Musiktherapeutische Intervention	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.

Das Gedanken-ABC: Strategien zum Selbstmanagement

Ziel	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.
Intervention	In diesem Modul wird das Gedanken-ABC nach Ellis (1962/1977) mit der Spaltentechnik frei nach Beck et al. (1994) durchgeführt. Strategie ist es, eine heilsame Geschichte zu schaffen, die es ermöglicht, angemessen mit problematischen Situationen umzugehen. Die Spaltentechnik umfasst die fünf Bereiche „aktivierendes Ereignis“, „meine Reaktion“, „meine Gefühle“, „meine Gedanken“ sowie „alternative Gedanken“ (s. Tab. 26, S. 45)

Allgemeine Kommunikationsformen und -modelle & allgemeine Gesprächsführung

Ziel	Ziel ist es, dass die Teilnehmer die Mehrdimensionalität von Kommunikation verstehen und erfahren. Dabei soll sich jeder Teilnehmer der Unterscheidung von verbaler und nonverbaler Kommunikation bewusst werden. Im Umgang mit dem Patienten sollen grundlegende Parameter der Gesprächsführung und des Erwerbs spezifischer Kompetenzen (z. B. Pacing-Leading, aktives Zuhören, Einfluss des Rollenverständnisses, etc.) gefördert werden.
------	--

Musiktherapeutische Intervention	Einzelne Aspekte der Kommunikationstheorien nach Watzlawick et al. (1969/1990) werden – wo dies möglich ist – auf die rhythmische Ebene übertragen. Hierdurch werden einzelne Konzepte des theoretischen Teils durch praktische Übungen spielerisch ergänzt und vertieft.
----------------------------------	---

Beispiele aus der Praxis

Ziel	Die Teilnehmer sollen anhand von Fallbeispielen spezifische Verhaltensmuster angemessener Kommunikationsregeln kennen lernen.
------	---

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 Psychohygiene 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:

Tabelle 28: Datensatz der Patienten vier Wochen vor der Weiterbildung

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

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.

Tabelle29: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte (n = 12) mit der berufsübergreifenden Eichstichprobe der Frauen (Deutschland, n = 1430)

Dimensionen	BA	BE	VB	PS	DF	RT	OP	IR	EE	LZ	SU
Dialysefachkräfte	13,3 (± 5,1)	14,2 (± 2,3)	18,3 (± 3,7)	22,1 (± 2,2)	18,6 (± 4,5)	15,7 (± 4,0)	21,7 (± 3,2)	19,3 (± 3,5)	22,5 (± 3,0)	22,8 (± 3,3)	22,3 (± 4,2)
Eichstichprobe (Frauen)	16,7 (± 4,5)	17,4 (± 4,9)	19,1 (± 4,4)	22,5 (± 4,1)	17,1 (± 5,0)	16,5 (± 4,4)	21,9 (± 3,6)	19,4 (± 4,5)	22,3 (± 3,8)	21,8 (± 4,0)	22,9 (± 4,6)
p-Werte	,043	,001	,485	,516	,280	,486	,820	,949	,823	,337	,729

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)

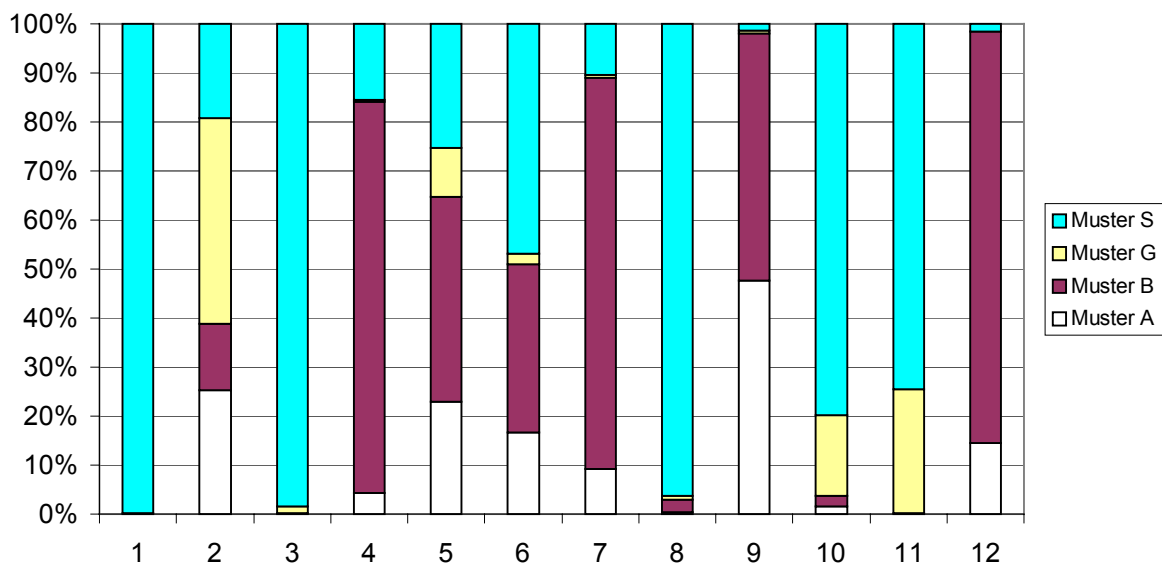
Dimensionen	BA	BE	VB	PS	DF	RT	OP	IR	EE	LZ	SU
Dialysefachkräfte	13,3 (± 5,1)	14,2 (± 2,3)	18,3 (± 3,7)	22,1 (± 2,2)	18,6 (± 4,5)	15,7 (± 4,0)	21,7 (± 3,2)	19,3 (± 3,5)	22,5 (± 3,0)	22,8 (± 3,3)	22,3 (± 4,2)
Krankenpflegepersonal (Deutschland)	16,7 (± 4,7)	16,9 (± 4,8)	17,8 (± 4,2)	23,1 (± 3,7)	18,8 (±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

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)



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

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 Dialysefachkräften mit der Normpopulation und der Normierungsstichprobe von Dialysepatienten

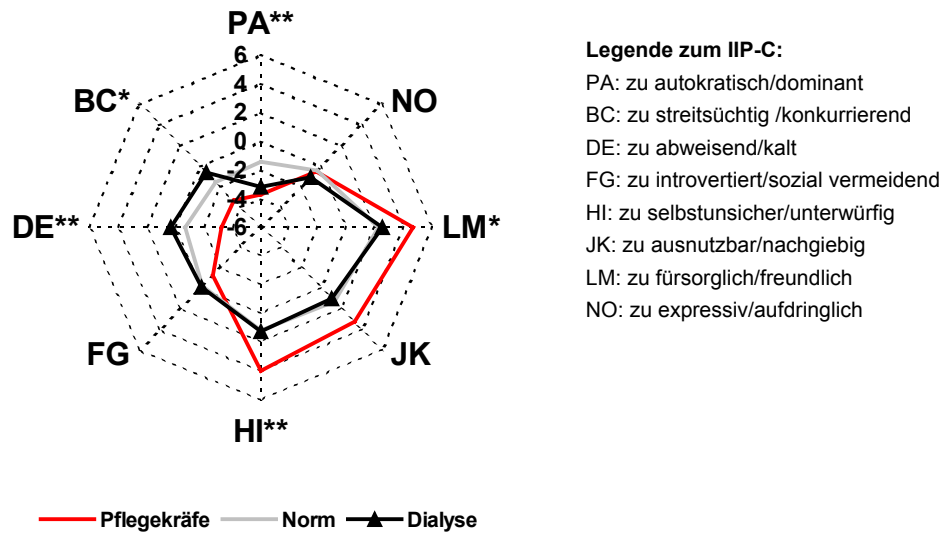


Tabelle 31: Vergleich der Mittelwerte des IIP-C mit der Norm ($n = 93$)

Skala	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
Dialysepflegekräfte	-3,73 ($\pm 2,40$)	-3,4 ($\pm 2,55$)	-3,23 ($\pm 2,61$)	-1,23 ($\pm 3,39$)	4,02 ($\pm 3,47$)	3,35 ($\pm 3,61$)	4,69 ($\pm 2,50$)	-0,48 ($\pm 2,82$)
Norm	-1,47	-1,59	-0,73	-0,22	1,18	1,3	2,27	-0,46
p-Werte	,009	,032	,007	,325	,016	,074	,007	,982
Dialysepatienten	-3,19 ($\pm 3,11$)	-0,58 ($\pm 3,53$)	0,31 ($\pm 4,75$)	-0,12 ($\pm 4,01$)	1,23 ($\pm 3,49$)	0,97 ($\pm 4,03$)	2,50 ($\pm 3,68$)	-1,12 ($\pm 3,98$)

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,

Tabelle 32: Mittelwerte des AVEM der vollständigen Datensätze (n=10) mit allen Teilnehmerinnen (n=12)

Dimensionen	BA	BE	VB	PS	DF	RT	OP	IR	EE	LZ	SU
Stichprobe n = 12	13,3 (± 5,1)	14,2 (± 2,3)	18,3 (± 3,7)	22,1 (± 2,2)	18,6 (± 4,5)	15,7 (± 4,0)	21,7 (± 3,2)	19,3 (± 3,5)	22,5 (± 3,0)	22,8 (± 3,3)	22,3 (± 4,2)
Stichprobe n = 10	14,0 (± 5,0)	14,0 (± 2,3)	17,7 (± 3,5)	22,5 (± 2,0)	18,4 (± 4,7)	15,9 (± 4,2)	21,9 (± 3,4)	19,3 (± 2,9)	22,6 (± 3,3)	22,2 (± 3,3)	22,5 (± 3,9)
p-Werte	,670	,811	,604	,556	,896	,884	,844	1,000	,926	,582	,877

Der Kolmogorow-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.

Tabelle 33: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte zwischen erstem und letzten Messzeitpunkt (MZP) (n = 10)

Dimensionen	BA	BE	VB	PS	DF	RT	OP	IR	EE	LZ	SU
MZP 1	14,0 (± 5,0)	14,0 (± 2,3)	17,7 (± 3,5)	22,5 (± 2,0)	18,4 (± 4,7)	15,9 (± 4,2)	21,9 (± 3,4)	19,3 (± 2,9)	22,6 (± 3,3)	22,2 (± 3,3)	22,5 (± 3,9)
MZP 3	13,2 (± 3,4)	14,6 (± 3,9)	16,70 (± 4,7)	20,7 (± 4,5)	21,3 (± 4,0)	14,7 (± 5,2)	21,2 (± 3,0)	20,5 (± 3,8)	22,2 (± 3,8)	23,1 (± 3,3)	24,6 (± 3,7)
p-Werte	,552	,646	,351	,204	,035	,324	,573	,383	,719	,473	,028

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)

Dimensionen	BA	BE	VB	PS	DF	RT	OP	IR	EE	LZ	SU
MZP 1	14,0 (± 5,0)	14,0 (± 2,3)	17,7 (± 3,5)	22,5 (± 2,0)	18,4 (± 4,7)	15,9 (± 4,2)	21,9 (± 3,4)	19,3 (± 2,9)	22,6 (± 3,3)	22,2 (± 3,3)	22,5 (± 3,9)
MZP 2	13,2 (± 3,7)	14,8 (± 3,2)	16,8 (± 4,1)	21,5 (± 3,4)	20,8 (± 3,4)	14,4 (± 4,1)	21,1 (± 2,4)	20,0 (± 2,5)	22,2 (± 4,0)	21,7 (± 3,3)	23,7 (± 3,1)
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; $p = ,063$).

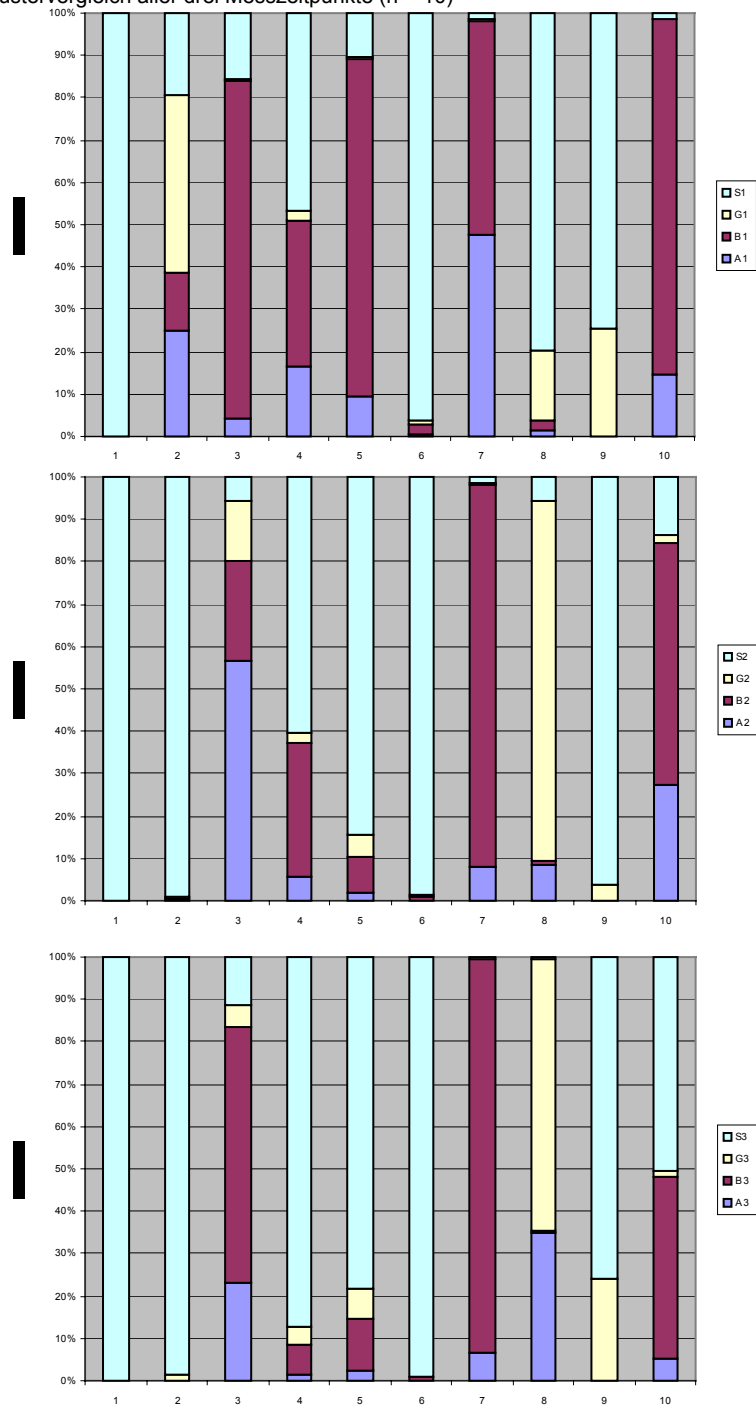
Tabelle 35: Vergleich der Mittelwerte des AVEM der Dialysefachkräfte zwischen zweitem und drittem Messzeitpunkt (MZP) (n = 10)

Dimensionen	BA	BE	VB	PS	DF	RT	OP	IR	EE	LZ	SU
MZP 2	13,2 (± 3,7)	14,8 (± 3,2)	16,8 (± 4,1)	21,5 (± 3,4)	20,8 (± 3,4)	14,4 (± 4,1)	21,1 (± 2,4)	20,0 (± 2,5)	22,2 (± 4,0)	21,7 (± 3,3)	23,7 (± 3,1)
MZP 3	13,2 (± 3,4)	14,6 (± 3,9)	16,7 (± 4,8)	20,7 (± 4,5)	21,3 (± 4,0)	14,7 (± 5,2)	21,2 (± 3,0)	20,5 (± 4,1)	22,2 (± 3,8)	23,1 (± 3,3)	24,6 (± 3,7)
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)

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

Im Rahmen der zertifizierten Weiterbildung kann eine signifikante Erhöhung des Erlebens sozialer Unterstützung und der Distanzierungsfähigkeit erreicht werden. Sieben von zehn Teilnehmerinnen geben vier Wochen nach Abschluss der Weiterbildung ihre Arbeitsweise schonungsreich (Muster S) an, während zu Beginn der Weiterbildungsmaßnahme häufig ein resignatives Verarbeitungsmuster (Burnout) angegeben wurden. Es ist aber zu vermuten, dass ein enger Zusammenhang mit der starken Distanzierungsfähigkeit und dem Muster S zu sehen ist, da diese AVEM-Dimension im Muster S am stärksten ausgeprägt ist. Die signifikante Erhöhung der AVEM-Dimension „Distanzierungsfähigkeit“ zum zweiten Messzeitpunkt (eine Woche vor dem Weiterbildungswochenende) könnte für einen Erwartungseffekt der Teilnehmerinnen vor der Weiterbildung stehen. Die signifikante Erhöhung der sozialen Unterstützung kann als Ergebnis der zertifizierten Weiterbildungsmaßnahme interpretiert werden, da diese AVEM-Dimension erst im Prä-Post-Vergleich signifikant wird. Vier Wochen nach der Weiterbildung hat sich tendenziell die Lebenszufriedenheit der Teilnehmerinnen erhöht, die u. a. auf den musiktherapeutischen Schwerpunkt der Weiterbildung zurückzuführen ist.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Durch die angebotene Maßnahme kann eine Erhöhung des Erlebens sozialer Unterstützung sowie Lebenszufriedenheit erreicht werden. Die Auswertung des Feedback-Fragebogens ergibt eine sehr hohe Zufriedenheit der Teilnehmerinnen bezüglich des Erwerbs von neuem Fachwissen und des Erfahrungsaustauschs mit Kolleginnen. Bezüglich der Erlebens- und Verhaltensmuster zeigen 70 % der Teilnehmerinnen vier Wochen nach der Weiterbildung ein reines bzw. ein am stärksten ausgeprägtes Muster S für schonungsreiches Arbeiten. Aufgrund des geringen Stellenwerts der Arbeit und des wenig ausgeprägten beruflichen Ehrgeizes kann das Muster G für gesundheitsförderliches Arbeiten nicht erreicht werden. Diese Erkenntnis könnte generell zur Überlegung führen, wie die Arbeit von Dialysefachkräften attraktiver und bedeutsamer gestaltet werden könnte. Neben dem Konfliktmanagement bei schwierigen Dialysepatienten haben die Teilnehmerinnen einen großen Bedarf über Teamkonflikte zu sprechen und diese zu lösen. Die Bearbeitung von Teamkonflikten wurde von einigen Teilnehmerinnen als wichtiger eingestuft als der Umgang mit Dialysepatienten. Schließlich ist es das Team, das hilft problematische und konfliktreiche Arbeitssituationen zu tragen. Interessant ist auch, dass sich nur Frauen für die Weiterbildung mit psychosozialen Inhalten angemeldet haben.

4.3.1 Rahmenbedingungen/Design

Aufgrund zeitlicher und inhaltlicher Gründe musste Anfang Oktober 2005 die Konzeption der Weiterbildung kurzfristig revidiert werden. Die geplanten zwei Wochenendveranstaltungen wurden zu einem Kompaktkurs an einem Wochenende zusammengefasst. Somit mussten auch die Inhalte und Ziele verändert werden. Anstelle der ursprünglich geplanten Optimierung der Handlungskompetenz lag der Schwerpunkt in der Vermittlung von Fachwissen und dem Kennenlernen von Handlungsstrategien. Im Rahmen des Abschluss-Feedbacks gaben alle Teilnehmerinnen an, dass die Veranstaltung zu kurz gewesen sei. Da aber das ursprüngliche Design mit zwei Wochenendblöcken auch zukünftig nicht realisiert werden kann, könnte der Kompaktkurs als Einstiegsveranstaltung für ein kontinuierlich laufendes Gruppencoachingangebot für Dialysezentren stehen, das einmal im Monat durchgeführt wird. Diese Überlegungen wurden bereits mit den Geschäftsführern der beteiligten Dialysezentren diskutiert und als umsetzbar eingestuft.

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.

Das AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 2003) erweist sich als geeignetes Instrument zur Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik von Arbeits- und Erlebensmustern von Dialysefachkräften und kann auch in zukünftigen weiterführenden Studien eingesetzt werden.

Zwar liefert das IIP-C (Horowitz et al., 2000) interessante Ergebnisse, wie Dialysefachkräfte mit ihren Patienten umgehen. Jedoch trug die Anwendung des IIP-C zur hohen Dropout-Quote bei. Das Ausfüllen dieses psychologischen Diagnostikums wurde von einigen Dialysefachkräften als zu privat eingestuft. Für die zukünftige Verwendung des IIP-C sollte darauf geachtet werden, dass eine ausführliche Einführung und Aufklärung durchgeführt wird.

4.3.3 Implementierung

Bei einer Zahl von knapp 3.000 Dialysepflegekräften (Papst, 2004), die ähnliche Probleme und Bedürfnisse haben wie die Teilnehmerinnen der zertifizierten Weiterbildung, könnte insgesamt ein großer Bedarf an psychosozialen Weiterbildungen vorliegen. Die persönlichen Erfahrungen und Rückmeldungen der Projektgruppe aus Fachkongressen und -seminaren bekräftigen diesen Eindruck. Das aufgrund der veränderten Rahmenbedingung entwickelte Design (Kompaktkurs an einem Wochenende und die anschließende Implementierung einer festen monatlichen Coachinggruppe) eröffnet ein sehr interessantes Angebot für Dialysezentren. Erste Anfragen zur Durchführung weiterer Coachingsmaßnahmen sind bereits eingegangen.

5 Verzeichnisse

5.1 Literatur

Arnold, R. & Siebert, H. (2003). *Konstruktivistische Erwachsenenbildung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Kognitive Therapie der Depression* (4. Auflage). Weinheim: PVU.

Bernath, U., Fichten, W., Klaus, J. & Rieforth, J. (2000). *Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegefachkräfte in der Dialyse*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Bolay, H. V. & Selle, E.-W. (1982). *Entspannung nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten – Trainerhandbuch*. Schweinfurt: Arbeitskreis Musiktherapie Heidelberg und Verlag neues forum GmbH.

Broda, M. & Muthny F. A. (1989). *Umgang mit chronisch Kranken – ein Lehr- und Handbuch für die psychosoziale Personalfortbildung*. Stuttgart: Thieme.

Brodbeck, F. C., Anderson, N. & West, M. (2000). *TKI. Teamklima-Inventar*. Göttingen: Hogrefe.

Campbell, D. R. & Sinha, B. K. (1980). Brief group psychotherapy with chronic hemodialysis patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1234-1237.

Daumenlang, K., Müskens, W. & Harder, U. (2004). *FEO. Fragebogen zur Erfassung des Organisationsklimas*. Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (2005). Nierenerkrankungen auf dem Vormarsch. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit.de/medizin/erkrankungen/niere/nierenerkrankungen-auf-dem-vormarsch/> [24.05.2005].

Ebert, S. A., Tucker, D. C. & Roth, D. L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.

Ellis, A. (1962 /1977). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.

Etzel, M. (2005). *Die Trainerbank*. Verfügbar unter: http://www.weiterbildung-mv.de/pdf/managerseminare_dozenten-check.pdf [23.08.2005].

Fischer, A. W. & Schaarschmidt, U. (2002). Beanspruchung im Pflegeberuf - Sind Pflegepersonen gesundheitlich gefährdet? Häufiger Unter- als Überforderung? *Journal für das Nephrologische Team*, 19.

Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.

Frei, U. & Schober-Halstenberg, H.-J. (2004). *Nierenersatztherapie in Deutschland*. Berlin: QuaSi-Niere.

Gee, C. B., Howe, G. W. & Kimmel, P. L. (2005). Couples Coping in Response to Kidney Disease: A Developmental Perspective. *Seminars in Dialysis*, 18, 103-108.

- Hagerty, B. M. & Patusky, K. L. (2003). Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2), 145-150.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Hillecke, T. K. (2002). *Effektivität und theoretische Aspekte von Musiktherapie bei Patienten mit chronischen, nicht malignen Schmerzen*. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.) der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Handanweisung (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1998). Clinical significance: A Statistical Approach to Defining meaningful Change in Psychotherapy Research. In A. E. Kazdin (Eds.), *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research. Second Edition* (pp. 521-538). Washington: American Psychological Association.
- Kauffeld, S. (2004). *F-A-T. Fragebogen zur Arbeit im Team*. Göttingen: Hogrefe.
- Kimmel, P. L. (2005). Psychosocial Factors in Chronic Kidney Disease Patients. *Seminars in Dialysis*, 18, 71-72.
- Kordy, H. & Hannöver, W. (2000). Die Evaluation von Psychotherapie und das Konzept der klinisch bedeutsamen Veränderung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 477-495). Wien: Springer.
- Kraaij, V., Pruybom, E. & Garnefsik, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 6, 275-281.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M. & Reisinger, C. W. (1996). *Administration and Scoring Manual for the OQ TM-45.2*. Stevenson: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M. J., Hannöver, W., Nisslmüller, K., Richard, M. & Kordy, H. (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 40-47.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: Ronald Press.
- Mathers, T. R. (1999). Effects of psychosocial education on adaptation in elderly hemodialysis patients. *ANNA Journal American Nephrology Nurses Association*. 26, 587-589.
- Medicine Worldwide (2004). Prognose für Dialysepatienten. Verfügbar unter: <http://www.m-ww.de/krankheiten/nephrologie/dialyse.html?page=2> [08.06.2005].
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Muff, J. (1982). *Socialization, Sexism, and Stereotyping: Women's Issues in Nursing*. St. Louis: Mosby.

- Muthny, F. A. (1986). Verhaltenstherapie bei Compliance-Problemen von Dialyse-Patienten. *Verhaltensmodifikation*, 7, 133-150.
- Muthny, F. A. (1989). Job strains and job satisfaction of dialysis nurses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51 (3), 150-155.
- Muthny, F. A., Beutel, M., Broda, M. & Dinger, A. (1989). Psychosoziale Personalfortbildung und integrierte Psychosomatik. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2, 248-256.
- Muthny, F. A., Broda, M. & Koch, U. (1991). Psychosoziale Probleme im Umfeld von Dialyse und Transplantation – Versorgungskonzepte und Interventionsverfahren. In E. Brähler, M. Geyer & M. M. Kabanow (Hrsg.), *Psychotherapie in der Medizin* (S. 314-333). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Muthny, F. A. & Koch, U. (1997). Psychosoziale Aspekte der Nierentransplantation. In U. Koch, & J. Neuser (Hrsg.), *Transplantationsmedizin aus psychologischer Perspektive* (S. 61-81). Göttingen: Hogrefe.
- Muthny, F. A. (1998). Bedarf, Maßnahmen und Wirkungen am Beispiel des „Herforder Modells“. In F. A. Muthny (Hrsg.), *Psychoonkologie* (S 24-35). Lengerich: Pabst.
- Muthny, F. A. (1999). Psychosoziale Probleme bei der chronischen Niereninsuffizienz und Behandlungsmöglichkeiten. In H. Brass, T. Philipp & W. Schulz (Hrsg.), *Manuale nephrologicum IX. Ein Lehr- und Nachschlagewerk im Dustringbuch, Band II* (S. 1-13). Deisenhofen: Dustrie.
- Niechzial, T., Grobe, T., Dörning, H., Raspe, H. & Nagel, E. (1999). Veränderungen der Lebensqualität nach Organtransplantationen. *Sozial- und Präventivmedizin*, 44, 171-183.
- Pabst, W. (2004). Dialyse-Pflegende: Patientenorientiert und organisationskritisch. *Journal für das nephrologische Team*, 2, 95-101.
- Patel, S. S., Peterson, R. A. & Kimmel, P. L. (2005). The Impact of Social Support on End-Stage Renal Disease. *Seminars in Dialysis*, 18, 98-102.
- Percevic, R., Bauer, S. & Kordy, H. (2004). Was ist klinisch bedeutsam an klinisch bedeutsamer Veränderung?. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (3), 165-171.
- Rauen C. (2002). *Handbuch Coaching* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Reimer, J., Franke, G. H., Lütkes, P., Kohnle, M., Gerken, G., Philipp, T. & Heemann, U. (2002). Die Lebensqualität von Patienten vor und nach Nierentransplantation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 16-23.
- Schäffter, O. (1992). Bedeutungskontexte des Lehrens und Lernens. *Hessische Blätter für Volksbildung*, 44 (1), 4-15.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2003). *AVEM. Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Frankfurt a.M.: Swets.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 9-24). Göttingen: Hogrefe.

- Selle, E.-W. (2004). "...ein breites, sicheres Floß...". Entwicklung und Wirkungsgeschichte eines 'Entspannungstrainings nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten'. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Theorie und Praxis rezeptiver Musiktherapie* (S. 271-288). Wiesbaden: Reichert.
- Shattell, M. (2002). Eventually it'll be over: the dialectic between confinement and freedom in the phenomenal world of the hospitalized patient. In S. Thomas & H. Pollio (Hrsg.), *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice* (S. 214-236). New York: Springer.
- Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (6), 714-722.
- Sperka, M. & Rószka, J. (i.Vorb.). *KomminO. Fragebogen zur Erfassung der Kommunikation in Organisationen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sperling, U. (2003). Responses to the Demands of Everyday Life: Domain-Specific of General Coping? *Journal of Adult Development*, 10, 189-201.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Stähling, E. (2000). Pflgetheorien. In E. Kellnhauser, S. Schewior-Popp, F. Sitzmann, U. Geißner, M. Gümmer & L. Ullrich (Hrsg.), *Pflege* (S. 104-120). Stuttgart: Thieme.
- Tossani, E., Cassano, P. & Fava, M. (2005). Depression and Renal Disease. *Seminars in Dialysis*, 18, 73-81.
- Tsay, S.-L., Lee, Y.-C. & Lee, Y.-C. (2005). Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 39-46.
- Unruh, M. L., Weisbord, S. D. & Kimmel, P. L. (2005). Health-Related Quality of Life in Nephrology Research and Clinical Practice. *Seminars in Dialysis*, 18, 82-90.
- van Vilsteren, M. C. B. A., de Greef, M. H. G. & Huisman, R. M. (2005). The effects of a low-to-moderate intensity pre-conditioning exercise programme linked with exercise counselling for sedentary haemodialysis patients in The Netherlands: results of a randomized clinical trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 20, 141-146.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969/1990). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Wormit, A. F., Hillecke, T. K., Geberth, S., Bischoff, K., Müller, A., Schneider, P. & Bolay, H. V. (2002). Charakterisierung der psychosozialen Belastung und der Krankheitsbewältigung von Hämo-Dialysepatienten als Vorbereitung für ein Coachingkonzept zur Verbesserung der Behandlungsqualität. *Nieren- und Hochdruckkrankheiten*, 31, 186-192.
- Wormit, A. F., Hillecke, T. K., Geberth, S., Bischoff, K., Müller, A., Schneider, P. & Bolay, H. V. (2004). Musiktherapeutisches Coaching zu Beginn der Dialysebehandlung als psychosoziale Intervention zur Optimierung der Behandlungsqualität. *Nieren- und Hochdruckkrankheiten*, 33, 342-347.
- Yeh, T. L., Huang, C. L., Yang, Y. K., Lee, Y. D., Chen, C. C. & Chen, P. S. (2004). The adjustment to illness in patients with generalized anxiety disorder is poorer than that in patients with end-stage renal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 165-170.

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 gecoachten 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:	Prozentsatz 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. 26/7
Tab. 16:	Vergleich der Mittelwerte der SCL-90-R der eingeschlossenen Patienten (n=31) mit der Normierungsstichprobe (n=101)	S. 29
Tab. 17:	Prozentsatz 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 gecoachten Patienten (n = 22)	S. 29
Tab. 19:	Mittelwerte der SCL-90-R der gecoachten 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 Pflegefachkräfte	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 berufsübergreifenden 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