

Dorothea Sauter, Michael Löhr, Stefan Scheydt, Brigitte Anderl-Doliwa, Frank Vilsmeier

Die Tätigkeiten der Pflege in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik – ein Update

The activities of nursing in adult psychiatry and psychosomatics – an update

A concrete description of the tasks and activities of day clinics and inpatient psychiatric care is a prerequisite for the determination of personnel requirements and for inter-professional coordination. As part of a project to calculate patient-nurse ratios in adult psychiatry and psychosomatics, a list of nursing activities was compiled, clustered and agreed upon on the basis of current literature. These activities were confirmed by nursing experts in two workshops.

The new description of nursing activities reflects patient-oriented nursing in psychiatric and psychosomatic hospital treatment in a contemporary way. It has to find its way into the politics and practice of psychiatric hospitals. Calculations of personnel requirements must not ignore necessary nursing activities.

Keywords

Nursing activities, Staffing requirements, Nurse staffing, Psychiatric care, Regular tasks

Eine konkrete Beschreibung von Aufgaben und Tätigkeiten der (teil-)stationären psychiatrischen Pflege ist Voraussetzung für die Ermittlung des Personalbedarfs wie auch für interprofessionelle Abstimmungen. Als Teilauftrag eines Projektes zur Berechnung von Patient-Nurse-Ratios in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik wurde auf Basis der aktuellen Literatur eine Liste mit Pflegetätigkeiten erstellt, geclustert und konsentiert. Diese Tätigkeiten wurden im Rahmen von zwei Workshops durch Pflegeexpert_innen bestätigt.

Die neue Beschreibung der Pflegetätigkeiten bildet patientenorientiertes Pflegehandeln in der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbehandlung zeitgemäß ab. Sie muss Eingang in die Politik und in die Handlungspraxis psychiatrischer Kliniken finden. Berechnungen zur Ermittlung des Personalbedarfs dürfen erforderliche Pflegetätigkeiten nicht ausblenden.

Schlüsselwörter

Pflegetätigkeiten, Personalbedarf, Personalausstattung, Psychiatrische Pflege, Regelaufgaben

eingereicht 28.01.2020

akzeptiert 03.04.2020

1. Aufgaben der Pflege und Versorgungserfordernisse

Welche Aufgaben und Tätigkeiten übernimmt die Pflege im Rahmen des multiprofessionellen und mehrdimensionalen Therapiesgeschehens in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Die Klärung dieser Frage ist Voraussetzung für interprofessionelle Abstimmungen und für die Konzeptualisierung von Versorgung, aber auch für Fragen bezüglich Bildung und Forschung und nicht zuletzt für eine sachgerechte Personalbedarfsberechnung.

Eine genaue Klärung der Aufgaben und Rollen der Pflege ist erschwert, weil Pflegehandeln komplex (damit situations- und kontextabhängig), alltagsnah und pflegetheoretisch unscharf konzeptualisiert ist (Bartholomeyczik 2002). In der psychiatrischen Versorgung kommt hinzu, dass es viele Überschneidungen mit dem Hilfehandeln anderer Akteur_innen (inkl. Genesungsbegleiter_innen und Angehörigen) gibt.

Eine stationäre und teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung Erwachsener dient nicht nur der therapeutischen Beeinflussung des Krankheitsgeschehens. Weitere Ziele sind u. a.: die Krisenbewältigung, das verbesserte Krankheitsmanagement, die Linderung von Symptomlast sowie die Gewährleistung von Sicherheit und Schutz bei Selbst- und Fremdgefährdung. Wie alle anderen Berufsgruppen tragen auch die Pflegefachpersonen durch gezielte und möglichst evidenzbasierte Interventionen zum multiprofessionellen Therapiesgeschehen bei. Durch die Rund-um-die-Uhr-Präsenz obliegen ihnen weitere Aufgaben: die Pflegenden sind die ersten Ansprechpartner_innen für Fragen und Alltagsbelange wie auch in Krisensituationen der Patient_innen und sie leisten Begleitung. Sie gewährleisten, dass die Versorgungs- und Hilfebedarfe der Patient_innen, die unabhängig vom eigentlichen Krankheitsgeschehen vorliegen, befriedigt werden, wie beispielsweise die kompensatorischen Hilfen bei Funktionseinschränkungen. Die Pflegenden gestalten sehr wesentlich das therapeutische Milieu, dem hohe Bedeutung zugebilligt wird (Abderhalden 2011). Stationäre Patient_innen haben auch außerhalb der „klassischen Therapieangebote“, die von verschiedenen Berufsgruppen in der Regel von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 17:00 erbracht werden, einen Hilfebedarf und brauchen Unterstützung, sonst wäre die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich. Auch diese Zeiten sind therapeutisch sehr wirksam (Pfammatter, Tschacher 2012) und müssen entsprechend gestaltet werden.

Insgesamt haben sich die Aufgaben der psychiatrischen Pflege in den letzten Dekaden stark erweitert (Sauter et al. 2018).

2. Pfl egetätigkeiten und Personalbedarfsberechnung

Um Personalbedarfe zu berechnen, müssen zunächst alle Handlungsschritte, die zur Erreichung der Behandlungsziele und Gewährleistung des Patientenwohls erforderlich sind, beschrieben werden. Auch die in den 1980er Jahren entwickelte und von 1990 bis 2019 in Deutschland gültige Psychiatrie-Personalverordnung (kurz: „Psych-PV“;

Kunze, Kaltenbach, Kupfer 2010) war entsprechend vorgegangen. Sie benannte zunächst die Behandlungsziele und Behandlungskonzepte und hat dann die „Regelaufgaben“ aller Berufsgruppen, auch der Pflegenden, sehr konkret beschrieben.

Sind die Tätigkeiten definiert, dann können für jede einzelne Aufgabe die erforderlichen Zeiten/Minuten eingeschätzt werden. Aus diesen Minutenwerten werden die Personalbedarfszahlen berechnet. Auch die Psych-PV hat jeder Regelaufgabe Minutenwerte zugeordnet.

Seit dem 01.01.2020 ist die „Richtlinie für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik“ (kurz: „PPP-RL“) in Kraft getreten. Diese Richtlinie ist eine Mindestpersonalverordnung und schreibt für das Personal einzuhaltende Untergrenzen fest. Rechengrundlage für Festschreibung dieser neuen Mindestpersonalvorgaben ist die Psych-PV. Denn die in den 1980er Jahren formulierten Regelaufgaben wurden unverändert in die neue PPP-RL übernommen. Die daraus errechneten Minutenwerte erfuhren nur marginale Veränderungen. Faktisch bildet diese Liste der Regelaufgaben jedoch das Pflegegeschehen nicht mehr adäquat ab: nicht nur das Spektrum der Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege hat sich erweitert, auch die Hilfe-/Therapie- und Pflegebedarfe der Patient_innen wurden komplexer (Löhr, Längle 2018). Die Psych-PV wurde in der Vergangenheit nicht an die massiven Veränderungen in der klinischen Behandlung angepasst (Hauth 2016). Weder die Regelaufgaben noch die damit verbundenen Minutenwerte wurden je aktualisiert.

Belege zur Wirksamkeit der Personaldichte in der Pflege gibt es vor allem hinsichtlich unerwünschter Ereignisse. In der Somatik hat die Studie von Aiken et al. (2014) viel Aufmerksamkeit erlangt. Hier konnten die Autor_innen zeigen, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Anzahl der Pflegenden, ihrem Qualifikationsgrad und der Sterblichkeitsrate der Patient_innen gab. In der stationären Psychiatrie ist v. a. der Zusammenhang mit Aggressionsereignissen belegt (Bowers, Crowder 2012; Nienaber et al. 2018; Staggs 2013; Staggs et al. 2017). In den Studien, die nicht den deutschen Versorgungsrahmen untersuchen, spielt für die Patientensicherheit nicht nur die Quantität des Pflegepersonals eine Rolle, sondern auch der Qualifikationsgrad. Die aktuelle Studienlage erlaubt insgesamt keinen direkten Rückschluss auf konkrete Personalbedarfszahlen (Blume et al. 2019).

Die Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK) beauftragte 2018 daher die Fachhochschule der Diakonie Bielefeld damit, den Personalbedarf der Pflege für die Krankenhausbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik zu ermitteln. Ein von Löhr et al. (2016) zuvor aufgezeigtes Modell einer pflegerischen Personalbedarfsberechnung sollte also operationalisiert, genau berechnet und damit auch inhaltlich validiert werden. Der Personalbedarf der Pflege wird in diesem „PPR-PP-Modell“ („Patienten-Pflegepersonal-Relation in Psychiatrie und Psychosomatik“) als Verhältniszahl (Ratio) zwischen Pflegenden und Patient_innen ausgewiesen, was international üblich ist (Simon, Mehmecke 2017). Im ersten Schritt dieses Projektes mussten die Pfllegetätigkeiten umfassend und konkret

beschrieben werden, damit die entsprechende Zeitwerte eingeschätzt und zugeordnet werden können.

Vorliegender Aufsatz beschreibt und diskutiert diesen ersten Projektschritt. Die Ergebnisse des Gesamtprojektes sind als Abschlussbericht auf www.bflk.de frei verfügbar, siehe Lühr, Sauter (2020).

3. Ermittlung und Beschreibung der Pflegetätigkeiten

Die Erstellung einer Liste der Pflegetätigkeiten erfolgte auf Basis der Literatur. Glücklicherweise lagen zwei sehr aktuelle systematische Literaturrecherchen vor, die das Spektrum der Tätigkeiten bzw. die Kompetenzen der psychiatrischen Pflege abbilden.

Scheydt, Holzke (2018a) erstellten zu den stationären oder settingübergreifenden Pflegetätigkeiten im Bereich Allgemeinpsychiatrie eine Literaturübersicht. Die systematische Recherche nach relevanter Literatur erfolgte in den elektronischen Datenbanken Medline/Pubmed, CINAHL und Cochrane sowie in den elektronischen Suchmaschinen Google und Goggle-Scholar. In die Analyse wurden Reviews oder Originalarbeiten eingeschlossen, welche die empirische und theoretische Betrachtung der Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie fokussierten. Die Analyse der relevanten Quellen erfolgte mittels qualitativer strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Auf Grundlage der identifizierten Literatur konnte ein strukturierter Katalog der Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie mit insgesamt 81 Items, welche 4 Kategorien zuordenbar waren, entwickelt werden (Scheydt, Holzke 2018). Im Rahmen der Studie konnten die gelisteten Tätigkeiten nicht auf inhaltliche Validität oder Vollständigkeit überprüft werden, dies erfolgte später im Rahmen einer deutschlandweiten Delphi-Befragung (Scheydt et al. 2019).

Zeitgleich verfasste Anderl-Doliwa (2017) ihre Dissertation über Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegenden in ambulanten Settings. Die Literaturanalyse in dieser Arbeit schließt im ersten Schritt Reviews zu Kompetenzen, Fähigkeiten und Tätigkeiten in allen Settings der psychiatrischen Pflege ein, erst im zweiten Schritt wird auf das ambulante Setting fokussiert. Es wurden ausschließlich strukturierte Reviews in die Literaturanalyse eingeschlossen, Arbeiten wie Thesenpapiere, Kommentare, Curricula, Lehrbücher etc. wurden ausgeschlossen. Weiter wurden nur Arbeiten aus Mitteleuropa, dem Vereinigten Königreich, Australien und den USA eingeschlossen um zu starke Varianzen durch kulturelle Spezifika auszuschließen.

Auf Basis dieser beiden Recherchen wurde eine Liste der psychiatrischen Pflegetätigkeiten erstellt, die im Folgeschritt eine Zuordnung von konkreten Minutenwerten ermöglichen sollte. Um sicherzugehen, dass keine wichtigen Pflegeaktivitäten übersehen wurden, wurde alle im „Lehrbuch Psychiatrische Pflege“ von Sauter et al. (2011) beschriebenen Pflegeinterventionen geprüft. Dieses Lehrbuch ist das umfanglichste deutschsprachige Lehrbuch, es beschreibt das Pflegehandeln bezogen auf Pflegephäno-

mene (statt auf ICD-Diagnosen) und gilt als Standardwerk. Es zeigte sich, dass alle im Lehrbuch beschriebenen Handlungen in der Liste abgebildet waren.

Diese Liste sollte die Personalaufwände in konkreten Minutenwerten abbildbar machen, dafür sollte die Anzahl der Items wie auch der Cluster übersichtlich bleiben. Gleichzeitig galten weitere Prämissen:

- Alle Pflegehandlungen sollten möglichst eindeutig einem (und nur einem) ausformulierten Item zugeordnet werden könnten
- Um auch den erforderlichen Skill- und Grademix berechnen zu können, sollten aus den einzelnen Pflegetätigkeiten Angaben zum erforderlichen Kompetenzlevel abgeleitet werden können
- Da die Personalberechnung aufgrund §136a (2), SGB V (Bundesanzeiger 2016) eine leitliniengerechte Versorgung der Patient_innen ermöglichen soll, wurden die krankheits- und therapiebezogenen Pflegehandlungen in einem gesonderten Cluster abgebildet. So kann dieser Teil schneller aktualisiert werden, wenn Leitlinienempfehlungen sich ändern. Außerdem werden vor allem die krankheitsbezogenen Leistungen in der Praxis von mehreren Berufsgruppen erbracht; mit der gesonderten Darstellung dieser Tätigkeiten sind flexible Zuordnungen zwischen den Berufsgruppen machbar.
- Für die Personalberechnung müssen Angebote für Einzelpatient_innen von Gruppenangeboten getrennt dargestellt werden.

Letztendlich wurden die Pflegetätigkeiten in 56 Items formuliert und in 13 Themen geclustert. Dabei wurden „Krankheitsbezogene Leistungen“, die „Grundversorgung und Sicherheit“ sowie die „Unmittelbar patientenbezogenen Leistungen“ in 3 Themenblöcke getrennt. 42 Items beschreiben das direkt patientenbezogene Handeln. Die vollständige Liste ist in Kasten 1 abgebildet.

4. Konsentierung und Validierung der Pflegetätigkeiten

In einer Videokonferenz via Skype wurden die Tätigkeiten innerhalb des Autor_innenteams des vorliegenden Beitrags konsentiert. Gewährleistet werden sollte, dass die Tätigkeiten die in den systematischen Literaturrecherchen herausgearbeiteten Ergebnisse inhaltlich valide abbilden, trotz der für die Zuordnung von Minutenwerten erforderlichen Umformulierung und Neu-Clusterung. Alle Items wurden einzeln mit Bezug auf die zugrundeliegenden Primärquellen geprüft und so lange besprochen, bis ein Konsens bezüglich der finalen Formulierung stand.

Im nächsten Projektschritt wurden zwei moderierte Expert_innenworkshops durchgeführt, um zu einer Einschätzung der Personalaufwände und Zeitwerte für die Pflege zu gelangen. Die Workshops fanden im Mai 2018 an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld und am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim statt. Die Akquise der Teilnehmenden erfolgte in Zusammenarbeit mit der BFLK. So waren Pflegedirektor_innen aus ganz Deutschland eingeladen, in ihren Kliniken geeig-

nete Personen zu benennen. Die formulierte Anforderung war, dass die teilnehmenden Pflegepersonen fachlich als sehr kompetent gelten, Pflegeaufwände gut einschätzen können bzw. viel Berufserfahrung sowie eine entsprechende spezifische und hohe Qualifikation (Fachweiterbildung in Psychiatrischer Pflege bzw. ein Studium) aufweisen.

Schlussendlich nahmen 120 berufserfahrene Pflegeexpert_innen an den Workshops teil; ausgewertet wurden die vollständigen Datensätze von 117 Personen (57% weiblich und 43% männlich). Folgende Merkmale galten für den Kreis der Teilnehmenden:

- Alter: im Mittel 43,54 Jahre (SD 10,46; min. 22; max. 64)
- Berufserfahrung: im Mittel 20,84 Jahren (SD 10,87), davon in der Psychiatrie 17,89 Jahre (SD 9,4).
- Erweiterte Qualifikation bei 75% der Teilnehmenden, dabei B.A. in der Pflege (20%), Fachweiterbildungsabsolvent_innen (33%) sowie weitere Abschlüsse (Master, PDL-Weiterbildung, B.A. Pflegemanagement u.a.m.)
- Tätigkeit in der direkten Patientenversorgung bei 71% der Teilnehmenden
- Klinikstrukturen: 80% der Teilnehmenden kamen aus psychiatrischen Fachkrankenhäusern, 13% aus Abteilungspsychiatrien, 7% aus Universitätskliniken
- Regionen: die Teilnehmenden kamen aus sechs Bundesländern
- Fachbereiche: 45,3% Allgemeinpsychiatrie, 22,2% Gerontopsychiatrie, 14,5% Suchtkrankenbehandlung und 7,7% Psychosomatik.

In den Workshops wurde jede der 56 Pfl egetätigkeiten von den Moderierenden vorgestellt und Art, Inhalt und Ziel der jeweiligen Pflegehandlung an Beispielen aufgezeigt; Fragen der Teilnehmenden wurden beantwortet. Dies sollte ein gemeinsames Verständnis zur jeweiligen Pflegehandlung gewährleisten. Anschließend wurden die Aufwände zu jeder Tätigkeit eingeschätzt, jeder der Expert_innen machte Angaben bezogen auf seinen/ihren Fachbereich. Allen Items wurden von allen Expert_innen Zeitwerte zugeordnet, demnach werden alle Tätigkeiten als relevant im Pflegealltag eingeschätzt. Die final durchgesprochenen und konsentierten Items sind in Kasten 1 dargestellt. In den Workshops wurde außerdem explizit nachgefragt, ob irgendwelche Pfl egetätigkeiten nicht abgebildet sind. Dies wurde verneint, was darauf hinweist, dass die Liste das Pflegehandeln in psychiatrischen Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie vollständig abbildet.

5. Diskussion

Die vorliegende Liste der Pfl egetätigkeiten wurde als Basis für Personalbedarfsberechnungen entwickelt. Die Tätigkeiten bilden inhaltlich die Ergebnisse zweier jüngerer systematischer Literaturrecherchen ab. Zeitlich parallel zur hier beschriebenen Erhebung fand eine Delphi-Befragung von Scheydt et al. (2019) statt, die ebenfalls einen konsentierten und strukturierten Aufgaben- und Tätigkeitskatalog erarbeitete, allerdings nur für den Bereich der allgemeinpsychiatrischen Pflege. Es zeigten sich keine Widersprüche zwischen den Tätigkeitsprofilen zur vorliegenden Liste. Scheydt et al.

(2019) haben darüber hinaus die Tätigkeiten pflegerischen Qualifikationsstufen zugeordnet.

Die praktische Relevanz aller 56 Items für alle voll- und teilstationären Settings der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie wurde durch 117 Expert_innen aus der Praxis bestätigt. Es gab keinen Hinweis auf fehlende Tätigkeiten.

Die Beschreibung der Pflegetätigkeiten über 56 Items (davon 42 Items für das direkt patientenbezogene Handeln) ist kleinteilig. Dies beschreibt Pflegehandeln sehr differenziert, erschwerte aber teilweise exakte Zuordnungen von einzelnen Pflegeaktivitäten zu einem Item. In den Expert_innenworkshops mussten diesbezüglich entsprechende Vereinbarungen getroffen werden. Auch wenn bei der Beschreibung der Items (Pflegetätigkeiten) auf eine trennscharfe Formulierung geachtet wurde, kann nicht in jedem Fall eine Überschneidung ausgeschlossen werden, da die Interpretation der Tätigkeit je nach Betrachtendem heterogen sein kann.

Etliche der konsentierten Pflegetätigkeiten finden sich nicht bzw. nicht explizit in der Liste der Regelaufgaben der aktuell gültigen Personaluntergrenzen-Richtlinie PPP-RL. Dies betrifft insbesondere therapeutische und gesundheitsfördernde Interventionen.

Es gibt derzeit keine Evidenz, um konkrete Personalanzahlzahlen für die psychiatrische Krankenhausbehandlung zu beschreiben. Die möglichst angemessene Ermittlung von Personalbedarfen muss daher durch Einschätzungen von Expert_innen erfolgen (Hauth et al. 2019). Die Benennung der Regelaufgaben aller Akteur_innen ist die Basis solcher Einschätzungen. Für die psychiatrische Pflege liegt nun ein Katalog vor, der den Anforderungen an die Pflege im Rahmen einer zeitgemäßen und recoveryorientierten Krankenhausbehandlung (Richter et al. 2014) gerecht wird. Durch diese Breite ihrer Handlungen kann die Pflege der Vielfalt und Mehrdimensionalität der Hilfebedarfe psychiatrischer Patient_innen begegnen.

Die Tätigkeiten wurden im Soll ermittelt und konsentiert und stellen daher kein Abbild der tatsächlichen derzeitigen Pflegepraxis (Ist-Situation) dar. Sie können jedoch im klinischen Diskurs über Aufgabenverteilung in multiprofessionellen Teams wie auch für die Konzeptualisierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung herangezogen werden.

Die Liste der Pflegetätigkeiten beinhalten keine Informationen zum erforderlichen Qualifikationsgrad der Pflegenden. Diese Differenzierung, z. B. in Elementary Psychiatric Nursing, Basic Psychiatric Nursing, Specialized Psychiatric Nursing sowie Advanced Psychiatric Nursing, sollte unbedingt erfolgen. Möglich wäre dies z. B. anhand des von Scheydt, Holzke (2018b) entwickelten Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie.

Im Rahmen der hier vorgestellten Untersuchung wurden ausschließlich die pflegerischen Tätigkeiten der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik erhoben und geprüft. Die Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

war nicht Gegenstand dieser Untersuchung (Löhr, Sauter 2020). Erhoben wurden Zeitwerte für die Berufsgruppe der psychiatrischen Pflege. Da psychiatrische Krankenhausbehandlung in multiprofessionellen Teams stattfindet und da viele Tätigkeiten von Angehörigen mehrerer Berufsgruppen ausgeübt werden können, könnten berufsgruppenübergreifende Erhebungen ergänzende Informationen auch für die Pflege liefern. Zu erwarten ist, dass bestimmte Tätigkeiten von mehreren Berufsgruppen erbracht werden können. Die mögliche Flexibilität in der Besetzung psychiatrischer Teams könnte durch berufsgruppenübergreifende Personalberechnungen quantifiziert werden.

6. Fazit

Ausgangspunkt für eine Personalberechnung müssen die Bedarfe der Patient_innen während der Krankenhausbehandlung sein. Neben den krankheitsbezogenen und leitliniengerechten Therapieleistungen aller Berufsgruppen, müssen die Personalanzahlzahlen weiteren Versorgungsbedarfen (z. B. im Kontext von Symptomlast oder Funktionseinschränkung), den Sicherheitsanforderungen sowie allgemeinen Zielen, wie Förderung von Recovery und Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, gerecht werden. Auch die rechtlichen und ethischen Anforderungen an die Krankenhausbehandlung sind gestiegen (Trüg et al. 2018). Die Pflegenden nehmen über die krankheitsbezogenen Interventionen hinaus viele weitere Aufgaben wahr, wie z. B. die Herstellung von Präsenz und die Begleitung im Alltag, die Erfüllung von Pflegebedarfen, die auch unabhängig von der Krankheit vorliegen, alle Routineleistungen, die Gestaltung der sogenannten „therapiefreien Zeit“ und der Tagesstruktur, die Gewährleistung von Patientensicherheit, die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs und des professionellen und interdisziplinären Informationsflusses, die Angehörigenarbeit und anderes mehr (Scheydt et al. 2019).

Die vorliegende Liste der Pfl egetätigkeiten stellt eine aktuelle und umfangreiche Beschreibung des Pflegehandelns dar. Im Interesse einer qualitäts- und leitliniengerechten Versorgung muss es den Pflegefachpersonen ermöglicht werden, den Patient_innen alle erforderlichen Leistungen anzubieten. Damit die Pflege ihre Handlungspotenziale ausschöpfen kann, müssen Anpassungen bezüglich der Stellenbemessung wie auch der Aus-, Fort- und Weiterbildung erfolgen. Die derzeit in Deutschland gültigen Vorgaben für die Mindestpersonalbesetzung bilden das Pflegehandeln unzureichend ab. Diesen Vorgaben liegen nicht nur veraltete Minutenwerte zugrunde; v. a. ist die Leistung der Regelaufgaben unvollständig. Für die kommende Aktualisierung der PPP-RL ist zu fordern, dass die konkreten Zahlen zum quantitativen Personalbedarf der Pflege im psychiatrischen Krankenhaus für die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik anhand dieses hier vorliegenden Tätigkeitskatalogs ermittelt werden. Im Zusammenhang mit der generalistischen Pflegeausbildung, die eine nur kurze praktische Ausbildungszeit in der Psychiatrie zugesteht, ist außerdem eine den spezifisch psychiatrischen Aufgaben entsprechende Fachpflegequote zwingend einzuführen.

Kasten 1: Liste der Pflegeetätigkeiten

Grundversorgung und Sicherheit

1 *Pflegeprozess und Pflegebeziehung*

- Durchführung Routineassessment und Pflegediagnostik und Herstellung eines Arbeitsbündnisses (incl. Somatischer Status, incl. Schmerzerfassung (bei kognitiver Beeinträchtigung), incl. fortlaufendes Assessment)
- Durchführung Risikoscreenings (z.B. Dekubitus, Aggression, Suizidalität etc.)
- Erstellen der Pflegeplanung im Rahmen Therapieplan und in Abstimmung mit Patient, incl. Entwickeln realistischer Ziele und Durchführung geplanter regelmäßiger pflegetherapeutischer Gespräche (z.B. Reflexionsgespräche, Evaluationsgespräche usw. (incl. Pflegevisiten))
- Täglicher (Gesprächs-)kontakt (auch nachgehend) durch Bezugsperson oder Vertretung; ggf. Durchführung von Kontrollen; ggf. nächtlicher nachgehender Kontakt (Rundgang) (Gesprächskontakt zur Erfassung aktueller Themen, Probleme und Befinden sowie zur Stabilisierung des Arbeitsbündnisses; beinhaltet fortlaufende Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung; bei Bedarf auch Kontrollen wie Leibeskontrolle, Zimmerkontrolle, Alkoholkontrolle)

2 *Aufnahme, Verlegung, Entlassung und Case-Management*

- Durchführung aller Aufnahmeabläufe und Hilfestellung beim Einzug/Umgebungswechsel (Intervention richtet sich an Patient und/oder Angehörige)(beinhaltet auch 1. Administrative Aufgaben z. B. Stammdatenerfassung/ Sicherung Wertsachen und 2. Hilfen zur Anpassung/Orientierung im neuen Umfeld; Maßnahme (einschl. Vorstellung der Station: Mitpatienten, Mitarbeiter, Konzept, Räume und Abläufe); ggf auch bei Verlegung erforderlich)
- Durchführung aller Pflegeaktivitäten zur Vorbereitung und Durchführung der Entlassung entsprechend Expertenstandard und gesetzlicher Anforderungen) (Incl. „Fallsteuerung“ für die Zeit nach der Entlassung und Kontakt zu weiterbetreuenden Institutionen)
- Vorbereitung und Nachbesprechung Belastungserprobung

3 *Präsenz Begleitung Support*

- Präsent sein, Akzeptanz und positive Zuwendung, Begleitung (und bei Bedarf Aufsicht) im Stationsalltag, Verfügbarkeit in Situationen von hohem Stress oder Krisen unterschiedlicher Genese, situatives Reagieren auf Bedürfnisse („being there“) (auch informierende und orientierungsgebende Kurzgespräche mit Patient und Angehörigen; auch gewaltpräventive, deeskalierende Kurzinterventionen)
- Emotionale Unterstützung und situative supportive Gespräche zur Vermittlung von Vertrauen, Akzeptanz und Ermutigung in belastenden Situationen und bei hohem Stress („being with“) (z. B. bei hoher Symptomlast, bei aktueller Angst oder Unsicherheit, bei Verlust- oder Trauererfahrungen, bei Entscheidungskrisen, etc.)
- Ausgangsbegleitung und außerstationäre Begleitung (beinhaltet Begleitung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen oder Hausbesuche oder Vorstellungstermine in Einrichtungen u.ä.)

4 *Umgang mit Funktionseinschränkung*

- Assistenz bei oder stellv. Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, z.B. Essen, Mobilität, Hygiene, Kommunikation, Schlaf, etc.)
- Aufsicht oder Motivation oder Training oder Edukation bzgl. Aktivitäten des täglichen Lebens
- Assistenz bei oder stellv. Übernahme von instrumentellen Aktivitäten (IADL, z. B. Haushaltsführung, Einkaufen, Behördenbesuch, Nutzung Vereinsangebote, Spielen, etc.)
- Aufsicht oder Motivation oder Training oder Edukation bzgl. Instrumenteller Aktivitäten-Assistenz/Unterstützung oder Beratung bei Rollenüberlastung des Patienten oder der Angehörigen (z. B. Beratung Angehöriger als „CAREGIVER“, Beratung Patienten bzgl. Wahrnehmung Elternrolle, Arbeitnehmerrolle etc.)

5 *Medikation und somatische Komorbidität*

- Ausgabe von Medikamenten (incl. Bedarfsmedizin), Herrichten, Überwachen der Einnahme, fortlaufende Erklärung von Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen; fortlaufende Beobachtung der Wirkungen und Nebenwirkungen
- Durchführung pflegerischer Prophylaxen (Sturz-, Dekubitus-, Thromboseprophylaxe etc.)
- Maßnahmen im Rahmen von Wundversorgung incl. Prävention von Komplikationen
- Mitwirkung bei der Notfallversorgung und Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen; Nachsorgehandeln Patientenbezogen

6 *Förderung von Gesundheit und Inklusion und Ressourcen*

- Tätigkeiten mit Ziel verbessertes Gesundheitsverhalten und Erhöhung Gesundheitskompetenz (Themen sind Schlafen, Ernährung, Bewegung, Entspannung, Rauchen, Lebensstil sowie Umgang mit Stress und Krisen)
- Förderung von Skills, psychosozialen Funktionalitäten und Fertigkeiten (incl. angemessenem Sozialverhalten), Problemlösefertigkeiten, Entscheidungsfindung, sowie von Hintergrundwissen zu relevanten Lebensthemen (dies beinhaltet u.a. Praktische Hilfen und Beratung bei Lebensproblemen (z. B. Schulden, Ehekonflikte) oder Lebensentscheidungen (z. B. Berufswahl, Trennung); Beratung bei komplexen Fragen (z. B. Sozialrecht, Gesundheitsversorgung); Förderung von Verhaltensänderung oder Einsicht, auch Förderung und Training von sozialem Verhalten etc.)
- Förderung von Hoffnung und Sinnfindung; Förderung Kontroll- und Selbstwirksamkeitserleben sowie Bewältigungsstrategien und Ressourcen; Förderung/ Training von Achtsamkeit und Selbstwahrnehmung (dazu gehören auch 1. die Unterstützung von kulturellen und religiösen Handlungen und Riten, 2. die Unterstützung von Ausdruck und Kreativität)
- Durchführung von (oder Beratung bezüglich) körperbezogenen oder komplementären Interventionen (z. B. Akupunktur, Massagen, Basale Stimulation, Aromatherapie etc.)

7 *Milieu und Gruppenbezogenes Handeln*

- Durchführung von nicht-manualisierten Themengruppen, Gruppenangeboten mit dem Ziel der Aktivierung, Bewegungsförderung und Beschäftigung sowie der Verbesserung von Kompetenzen und Funktionalitäten, auch Nacharbeiten von Notfall und Krisensituationen (als Betreuung betroffener Mitpatienten)
 - o Themengruppen: z. B. zur Förderung von Recovery, Männer-/Frauengruppen, themenbezogene Infogruppen, Konfliktlösungsgruppen, Nachbesprechung von Krisen
 - o Aktivierung/Freizeit: z.B. Walkinggruppe, Freizeitgruppe, Sportgruppe, Singkreis, Kreativangebot, Bastelgruppe etc.
 - o Kompetenzen und Fertigkeiten: z. B. Lebenspraktisches Training, Problemlösung, psychosoziale Fertigkeiten, Kochgruppe etc.
- Durchführung von oder Mitwirkung bei standardisierten oder manualisierten Gruppen (die allen Patienten offenstehen) (PMR, Achtsamkeitsübungen, Genusstraining etc.)
- Aktivitäten zur Herstellung/ Gewährleistung eines gesundheitsförderlichen und krankheitsgerechten Milieus (Gewährleistung von Orientierung und Struktur; Privatheit und Rückzug; Tagestruktur, Aktivierung und Vermeidung von Langeweile; Klarheit von Regeln und Abläufen; Prävention von Gewalt; Reizgleichgewicht; Managen des Zusammenlebens innerhalb der Patientengruppe; etc. Maßnahmen sind z.B. Raumgestaltung, Etablierung sinnvoller Rituale und Abläufe, Absprachen zur Kommunikation und Regeln mit den Patienten, Erstellen der Therapiepläne, Beschäftigungsangebote - Außenaktivitäten - Freizeitangebote - offene Gruppenangebote, Safewards-Implementierung, Durchführen von Stationsversammlungen u.a.m.)

8 *Assistenzleistungen für andere Berufsgruppen*

- Durchführung von Angeboten anderer Berufsgruppen bzw. Ersatzangeboten (in deren Abwesenheit, z. B. bei Krankheit)

- Serviceleistungen außerhalb der Dienstzeiten von Servicekräften (Telefondienste, Hol- und Bringendienste, Betten aufbereiten etc.)
- Vor- und Nachbereitung von Untersuchungen
- Entnehmen, Vorbereiten und Aufbewahren von Proben für Laboruntersuchungen
- Vitalzeichenkontrollen

Therapiebezogene Pflegeleistungen

Spezifische Diagnostik

- Anwenden spezifischer Assessmentinstrumente (diagnose- oder phänomenbezogen)
- Erfassen (und Besprechen) von Denkprozessen & Überzeugungen und Reaktionen im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen (z. B. wenn bei Schlafproblemen dysfunktionale Gedanken zu verstärktem Grübeln führen, wenn nach Traumaerlebnissen Schuldgefühle das Selbstwertgefühl senken, wenn wahrgenommene Denkstörungen zu heftigen emotionalen Reaktionen führen, wenn depressives Erleben zu Hoffnungslosigkeit führt...)

Spezifische Therapeutische Interventionen

- Informieren und Beraten der Patienten (und/oder der Angehörigen) bzgl. Krankheitsgeschehen – fortlaufend im gemeinsamen Alltag und geplante Gespräche (Themen sind z.B. Ätiologie und Auslöser, Symptomatik, Behandlung und Management von psych. Krankheit, Erkennen von Frühwarnzeichen)
- Durchführung von Maßnahmen im Rahmen des Symptom- und Verhaltensmanagements (z. B. kognitive Restrukturierung, Ablenkung, Emotions- und Stimmungsmanagement, Realitätsorientierung, Halluzinations- und Wahnmanagement; auch erforderliche Begleitung z. B. Essbegleitung; Schmerzmanagement bei Bedarf; Interventionen zur Schlafförderung)
- Durchführen von strukturierten (i.d.R. manualisierten) (psycho-)therapeutischen Maßnahmen oder Trainings (z. B. Memory-Training, MKT, Motivational Interviewing, Adherence Therapie, Expositionen, Edukation, PMR, Skilltrainings, Medikamententraining)

Intensivbehandlung/Krisenmanagement

- Präventive und/oder deeskalierende Interventionen bei drohender/erwartbarer Selbst-/Fremdgefährdung (oder anderweitig drohendem Schaden)
- Intensive Betreuung und Begleitung in Krisen (verbunden mit peritraumatischen, supportiven oder therapeutischen Interventionen) (Einschließlich Durchführung/ Begleitung freiheitsentziehender Maßnahmen)
- Nachsorge nach Krisensituationen und Maßnahmen zur Wiederherstellung altes Funktionsniveau
- Betreuung Sterbender und Versorgung Verstorbener

Gruppenbezogene Interventionen

- Mitwirken in manualisierten oder psychodynamischen Therapiegruppen (z. B. Gesprächspsychotherapie, Rollenspiel, Psychoedukation, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie)
- Durchführen von manualisierten oder psychodynamischen Gruppenangeboten (z. B. DBT-Tools, Memory-Training, MKT, Motivational Interviewing, PMR, Themengruppen, Psychoedukation)

Mittelbar Patientenbezogenes Handeln

1. Inter- und intraprofessionelle Patienten- /Fallbesprechungen, Therapiekonferenzen oder „Kurvensiten“ einschließlich Supervision und Ethikkonferenz
2. Teaminterne Kommunikation, pflegeintern und professionsübergreifend, Dienstbesprechungen, Übergaben, Konzeptgespräche etc. einschl. fortlaufende Kurzabstimmungen
3. Organisation von Terminen, Aufgaben und Verpflichtungen Incl. Diagnostiktermine und Koordination nichtpflegerischer Gruppen

4. Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der pflegerischen Mitarbeitenden und Dienstplanung
5. Dokumentationsaufgaben (Pflegedokumentation, Patientendokumentation für andere Berufsgruppen, nicht patientenbezogene Dokumentation)
6. Beschaffung und Instandhaltung von Materialien, Medikamenten und Hilfsmitteln zur Patientenversorgung, Essensbestellung unter Erfragen der Vorlieben der Patient_innen
7. Durchführung von Tätigkeiten im Rahmen von Praxisentwicklung und Pflegeforschung sowie Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung
8. Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Einhalten hygienischer Standards
9. Führung und Entwicklung pflegerischen Personals; Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, fachliche Beratung von Kollegen, Dienstaufsicht
10. Begleitung und Koordination des Einsatzes von Peers/ Genesungsbegleiter_innen
11. Fort- und Weiterbildung
12. Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Durchführung von Schulungen und Informationsveranstaltungen in Schule, Unternehmen und Gemeinde etc.)
13. Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen
14. Wegezeiten

Literatur

- Aberhalden, C. (2011): Milieugestaltung. In: Sauter, D.; Aberhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege (3. Aufl., S. 475–491). Bern: Huber
- Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, L.; Van den Heede, Koen; Griffiths, P.; Busse, R.; et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. London: Elsevier
- Anderl-Doliwa, B. (2017): Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegenden in ambulanten und aufsuchenden Settings: Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.). Vallendar: Philosophisch-Theologische Hochschule
- Bartholomeyczik, S. (2002): Zum Gegenstand beruflicher Pflege: Eine Einführung. In: Bartholomeyczik, S.; Dielmann, G. (Hrsg.): *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Pflege & Gesellschaft / Sonderausgabe* (S. 7–12). Frankfurt am Main: Mabuse
- Blume, A.; Snellgrove, B.; Steinert, T. (2019): Personalbesetzung und patientenbezogene Outcomes: Systematische Literaturübersicht zur internationalen Evidenz. In: *Der Nervenarzt*, 90(1), 40–44
- Bowers, L.; Crowder, M. (2012): Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards—a cross sectional time series poisson regression study. In: *International journal of nursing studies*, 49(1), 15–20. Edinburgh: Elsevier
- Bundesgesetzblatt (2016): Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). In: *Bundesgesetzblatt 2016, Teil I Nr. 63a*. Berlin: Bundesanzeiger-Verlag, www.bundesanzeiger-verlag.de
- Hauth, I. (2016): Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung: Wie viel qualifiziertes Personal ist notwendig? In: *Der Nervenarzt*, 87(3), 276–277
- Hauth, I.; Brückner-Bozetti, P.; Heuft, G.; Kölch, M.; Löhr, M.; Richert, A.; Deister, A. (2019): Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen: Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. In: *Der Nervenarzt*, 90(3), 285–292
- Kunze, H.; Kaltenbach, L.; Kupfer, K. (2010): *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis* (6. aktualisierte und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer
- Löhr, M.; Liekenbrock, A.; Vilsmeier, F.; Hemkendreis, B.; Nienaber, A.; Klessmann, R.; Wabnitz, P.; Schindler, C.; Sauter, D.; Oppermann, G.; Ludowisy-Dehl, S.; Schulz, M.; Heuft, G. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. In: *Z Psychosom Med Psychother* 62, 150–166
- Löhr, M.; Längle, G. (2018): Veränderungen von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen in der vollstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Intensivbehandlung in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis*, 45(1), 38–45

- Löhr, M.; Sauter, D. (2020): Personalbedarf der Pflege in unterschiedlichen Settings der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik – Eine Studie der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (www.bflk.de).
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Nienaber, A.; Heinz, A.; Rapp, M. A.; Bermppohl, F.; Schulz, M.; Behrens, J.; Löhr, M. (2018): Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. In: *Der Nervenarzt*, 89(7), 821-827
- Pfammatter, M.; Tschacher, W. (2012): Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(1), 67–76
- Richter, D.; Schwarze, T.; Hahn, S. (2014): Was ist gute Psychiatrische Pflege? In: *Psych. Pflege Heute*, 20(03), 125–131.
- Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S., (Eds.) (2011): *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber
- Sauter, D.; Nienaber, A.; Richter, D.; Schulz, M.; DFPP e.V. (2018): Psychiatrische Pflege. In: DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.), S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl., S. 127–128)
- Scheydt, S.; Holzke, M. (2018a): Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie – eine Literatursynthese. In *HeilberufeSCIENCE*, 9(3-4), 59–65
- Scheydt, S.; Holzke, M. (2018b): Spezialisierte Rollenprofile in der psychiatrischen Pflege. *Pflegezeitschrift* 71, 48–51
- Scheydt, S.; Holzke, M.; Sauter, D. (2019): Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie – Ergebnisse einer Delphi-Studie. In: *Psychiatrische Praxis*, 46(6), 324–329.
- Simon, M.; Mehmecke, S. (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf, Stand 2017-05-15
- Staggs, V. S. (2012): Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. In: *Research in nursing; health*, 36(1), 26–37
- Staggs, V. S.; Olds, D. M.; Cramer, E.; Shorr, R. I. (2017): Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. In: *Journal of general internal medicine*, 32(1), 35–41
- Trüg, E.; Albani, C.; Holzke, M.; Längle, G. (2018): Medizinisch leistungsgerechte Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik. In: https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forschung/Erlauterungen_Schussenrieder_Tabelle.pdf. Zugegriffen:

Dorothea Sauter, M.Sc.

Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, LWL-Klinik Münster, sau-ter@dfpp.de
Am Dill 212, 48163 Münster (Korrespondenzadresse)

Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr

LWL-Klinikum Gütersloh, Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung; LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen in Münster, mi-chael.loehr@lwl.org

Dr. Stefan Scheydt

Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, AG Psychiatrische Pflegeforschung, J5, 68159 Mannheim, stefan.scheydt@zi-mannheim.de

Interessenkonflikt

Die Liste der Pflegetätigkeiten wurde im Rahmen der Studie „Personalbedarf der Pflege in unterschiedlichen Settings der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik“ erstellt, welche von der Bundesfachvereinigung Leitender Pflegekräfte e.V. (BFLK) als Auftraggeberin finanziert wurde.

Prof. Dr. rer. cur. Brigitte Anderl-Doliwa

Katholische Hochschule Mainz, Saarstraße 3, 55122 Mainz
Brigitte.Anderl-Doliwa@kh-mz.de

Frank Vilsmeier

Psychiatrisches Krankenhaus Rickling, 24635 Rickling
vilsmei-er.frank@psychiatrischeszentrum.de

Michael Mayer, Markus Witzmann

Zwang gegenüber Patienten – Über den Umgang mit ethischen Herausforderungen in der psychiatrischen Pflege

Coercion of patients – How to deal with an ethical challenge

Nurses fulfil a dual mandate in many psychiatric clinics. On the one hand, they support people with mental health problems in achieving their individual goals of quality of life and well-being and, on the other hand, nurses take on a regulatory function that extends to the implementation of safety and coercive measures. Formal and informal forms of coercion are used. This paper aims to shed light on the professional and ethical challenges that result from this double function and to identify possible solutions for dealing with conflicting ethical requirements.

Keywords

ethical challenges, coercion, mental health nursing

Die psychiatrische Pflege erfüllt in vielen Kliniken ein Doppelmandat. Einerseits unterstützt sie Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen bei ihren individuellen Zielen nach Lebensqualität und Wohlbefinden, und andererseits übernimmt sie eine regulierende Funktion, die bis zur Durchführung von Sicherheits- und Zwangsmaßnahmen reicht. Dabei kommen formale und informelle Formen von Zwang zu Anwendung. Mit dem vorliegenden Beitrag sollen fachliche und ethische Herausforderungen, die aus dieser Doppelfunktion resultieren, beleuchtet und mögliche Lösungswege zum Umgang mit widersprüchlichen ethischen Anforderungen aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter

Pflegeethik, Zwangsmaßnahmen, Psychiatrische Pflege

eingereicht 20.01.2020

akzeptiert 03.04.2020

Einführung

Im Rahmen einer akuten psychischen Krise können Menschen sich selbst oder andere gefährden. Selbstgefährdendes suizidales Verhalten gehört zu den drei häufigsten Einweisungsgründen in eine psychiatrische Klinik (Schönfeldt-Lecuona et al. 2017). Die Angaben über die Häufigkeit fremdgefährdender aggressiver Patientenübergriffe in psychiatrischen Stationen reichen von ca. 2% (Richter/Berger 2001; Steinert et al. 1991) bis 17% (Iozzino et al. 2015). Abderhalden et al. (2007) errechneten in einer Schweizer Untersuchung im Durchschnitt ein aggressives Ereignis pro Woche (Inzidenzrate: 1.83 pro 100 Behandlungstage). Für körperliche Übergriffe lag die Inzidenz bei 0.61, was in etwa einem Übergriff alle zwei Wochen entspricht. Die Schwere der aggressiven Übergriffe gegenüber Dritten lag auf der SOAS-R-Skala im Schnitt bei 8.80 +/- 4.88 Punkte (maximal 22 Punkte, schwere Aggression ab 9 Punkte). Pflegepersonen in der psychiatrischen Akutbehandlung sind also sowohl mit selbst- wie auch mit fremdgefährdendem Verhalten konfrontiert.

Zur Abwehr einer Gefahr für Dritte (Fremdgefährdung) oder einer Gefährdung für die betroffene Person selbst (Selbstgefährdung) wenden Gesundheitsfachpersonen in der Psychiatrie auch Zwang an. Zwang ist jede Maßnahme, die gegen den „erklärten Willen“ (Vollmann et al. 2014: 5) einer Person durchgeführt wird oder bei dem die handelnde Person „den Willen einer adressierten Person überwindet“ (Deutscher Ethikrat 2019: 27). Rechtlich betrachtet ist Zwang ein schwerwiegender Eingriff in die im deutschen Grundgesetz verankerten Rechte auf Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 2 GG), Würde (Art. 1 Abs. 1 GG) und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). Die Anwendung von Zwang widerspricht zudem grundlegenden Menschen- und Freiheitsrechten, wie sie beispielsweise in der UN-Behindertenrechtskonvention (United Nations 2006) festgelegt sind. Insbesondere das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit (Artikel 14), die Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Artikel 15) sowie den Schutz der Unversehrtheit der Person (Artikel 17) können durch Zwangsmaßnahmen beeinträchtigt sein. Das deutsche Bundesverfassungsgericht hat mit seinen Urteilen zur Zwangsbehandlung von 2011 (2 BvR 882/09) und zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine Fixierung von Patienten von 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) dazu beigetragen, dass Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie zunehmend kritisch diskutiert werden (Deutscher Ethikrat 2019; Zinkler/Laupichler/Osterfeld 2016).

Meist sind es Pflegendе, die Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Akutstationen aufgrund ärztlicher Anweisung ausführen sollen. Mit dieser Literaturarbeit möchten die Autoren unterschiedliche Formen von Zwang in der Psychiatrie darstellen und die damit verbundenen ethischen Herausforderungen beleuchten. Sie gehen davon aus, dass sich das Handeln der Pflegefachpersonen an Normen und Werten orientiert. Philosophisch spricht man hier von einer Moral (lat. mores: Sitte, Charakter). Die moralischen Vorstellungen in einer Gesellschaft entwickeln sich aus der Einsicht, dass sie die bestmögliche Form menschlichen Zusammenlebens garantieren sollen (Fenner 2010). Da in einer Situation verschiedene moralische Vorstellungen konkurrieren

können, entstehen mitunter moralische Dilemmata (Höffe 1997). Damit sind keineswegs nur tragische Konfliktsituationen gemeint, vielmehr sind moralische Dilemmata alltäglich, wenn beispielsweise berufliche und familiäre Verpflichtungen kollidieren. Das richtige Handeln in solchen Situationen erfordert ein Nachdenken. Dafür bietet die philosophische Ethik Methoden, denn sie sucht nach Begründungen für das richtige Handeln in den allgemeinen Prinzipien, die einer Moral zugrunde liegen (Fenner 2010). In diesem Beitrag sollen Überlegungen für ein ethisch reflektiertes Handeln in der psychiatrischen Pflege formuliert werden.

Zwang zur Kontrolle gefährdenden Verhaltens

In der Psychiatrie wird die Anwendung von Zwang mit der Abwehr einer Gefahr für Dritte oder einer Gefährdung für die betreffende Person selbst begründet (Steinert 2015). Die Psychiatrie ist aber nur dann zuständig, wenn diese Gefahren aus einer psychischen Erkrankung resultieren. Problematische Verhaltensstörungen infolge psychischer Erkrankungen können aggressives, suizidales oder sich selbst vernachlässigendes Verhalten sein. Mit Zwangsmaßnahmen versuchen Gesundheitsfachpersonen erhebliche Gefährdungen einzudämmen, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr dazu in der Lage ist. Neben dem wahrgenommenen Zwang können formale Zwangsmaßnahmen und Maßnahmen des informellen Zwangs unterschieden werden (Hem et al. 2016). Die Anwendung formalen Zwangs ist in Deutschland rechtlich geregelt und muss dokumentiert werden. Informeller Zwang findet dagegen oft in einer Grauzone statt.

Zu den rechtlich legitimierbaren formalen Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen gehören die betreuungsrechtliche oder öffentlich-rechtliche Unterbringung, unterbringungs-ähnliche Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Fixierung oder Isolierung sowie Zwangsbehandlungen. Unter einer Zwangsbehandlung versteht man jede medizinische Maßnahme der Diagnostik und Therapie, die gegen den (natürlichen) Willen einer betroffenen Person durchgeführt wird (Henking/Mittag 2015). Auch wenn die betroffene Person ein Medikament nur deshalb nimmt, weil sie befürchtet, dass ihr sonst eine Zwangsmaßnahme droht, ist dies eine Zwangsbehandlung, da die Person Zwang wahrnimmt. Und selbst wenn das Medikament heimlich unter das Essen der betroffenen Person gemischt wird, erfährt sie damit eine Zwangsbehandlung, da der mögliche Wille der Person indirekt überwunden wurde. Von einer Behandlung abzugrenzen sind Sicherungsmaßnahmen. Darunter fallen Zwangsmaßnahmen wie eine Fesselung ans Bett (Fixierung), das Festhalten durch speziell dafür ausgebildete Mitarbeiter oder das Einsperren in einen besonders gesicherten Raum, unter kontinuierlicher Beobachtung (Isolierung). Formale Zwangsmaßnahmen, wie beispielsweise eine Fixierung haben erhebliche Auswirkungen auf die betroffenen Personen. So können Fixierungen bei Betroffenen erhöhte Unruhe, Angstzustände oder Panikattacken verursachen (Bredthauer 2003). Etwa ein Viertel der Betroffenen weist nach einer Fixierung Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf (Fugger et al. 2016). Daneben gibt es körperliche Gefährdungen, wie Infektionsrisiken oder

Thrombosen (Bredthauer 2003). Sogar Todesfälle im Zusammenhang mit Fixierungen sind beschrieben (Berzlanovich/Schöpfer/Keil 2012; Paterson et al. 2003; Robinson/Sucholeiki/Schocken 1993).

Neben diesen formal geregelten Zwangsmaßnahmen kann die Freiheit einer Person auch mit informellem Zwang beeinträchtigt werden. Für Szumkler und Appelbaum (2008) sind es Maßnahmen, die zwar einen therapeutischen Druck („treatment pressures“) aufbauen, der betroffenen Person jedoch eine Wahlmöglichkeit lassen. In ihrem hierarchischen Modell unterscheiden sie vier Formen des therapeutischen Drucks:

- Überzeugen („persuasion“)
- zwischenmenschlicher Einfluss („interpersonal leverage“)
- Anreize („inducements“)
- Drohen („threats“)

Mit zunehmendem Druck wird es für die adressierte Person schwieriger, sich frei zu entscheiden. Beim Überzeugen appelliert eine Gesundheitsfachperson noch an die Vernunft ihres Gegenübers. Sie geht sogar auf Gegenargumente ein, versucht diese aber zu entkräften. Beim zwischenmenschlichen Einfluss setzt die Gesundheitsfachperson bereits emotionale Druckmittel ein. So kann sie beispielsweise ausnutzen, dass die betroffene Person sie nicht enttäuschen möchte. Die Gewährung von Ausgang kann als Anreiz betrachtet werden, während das Nicht-Gewähren von Ausgang als Drohung wahrgenommen wird. Anreiz und Drohung sind nicht immer einfach zu unterscheiden. Nach Szumkler und Appelbaum (2008) muss man sich dafür die moralische Grundlinie vergegenwärtigen. Entscheidend ist demnach, ob der Ausgang etwas ist, das einer Person ohnehin zusteht. Wird also einer Person etwas als Anreiz gegeben, was ihr moralisch zusteht, erfährt sie eine Drohung.

Nun ist die Frage, ob man mit therapeutischen Druckmitteln wie Anreizen oder Drohungen eine Person bereits zu etwas zwingt. Entscheidend ist hier die Wahrnehmung der betroffenen Person. Wenn die adressierte Person lediglich die Wahlmöglichkeit zwischen zwei Übeln sieht, also entweder Medikamente nehmen oder keinen Ausgang bekommen, dann kann sie das als Zwang wahrnehmen. Aus dieser subjektiven Sicht kann Zwang sogar unbeabsichtigt ausgeübt werden, beispielsweise wenn eine betroffene Person glaubt, dass ihre Ablehnung einer Behandlungsmaßnahme ungünstige Auswirkungen auf die weitere Unterstützung durch die Fachpersonen haben könnte.

Formale Zwangsmaßnahmen sind also lediglich ein Endpunkt, mit deutlichen rechtlichen Konsequenzen und teilweise erheblichen psychischen oder gar körperlichen Folgen für betroffene Personen. Tatsächlich beginnt Zwang aber schon viel früher, wenn Betroffene sich gezwungen fühlen. Was für Fachpersonen noch als tolerierbarer therapeutischer Druck erscheint, erleben manche Betroffene bereits als übergriffigen Zwang.

Zwang und die psychiatrische Pflege

Die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie hat eine lange Tradition (Esther 1997). Daran wird auch die sogenannte „Doppelfunktion“ der Psychiatrie als medizinischer Fachbereich deutlich (Steinert 2009; Steinert/Hirsch 2018). Einerseits haben Menschen in psychischen Krisensituationen Anspruch auf eine individuelle medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung, die sich an ihren Bedürfnissen und Lebensumständen orientiert. Andererseits hat die Psychiatrie aber auch einen gesellschaftlichen Auftrag nach Sicherheit und Abwehr von Gefahren durch Menschen in psychischen Krisensituationen zu erfüllen. Dies beinhaltet die Fürsorge für die betroffene Person selbst, aber auch den Schutz Dritter. Gerade im Umgang mit Zwang wird deutlich, dass sich die Ansprüche nach personenorientierten Hilfen und die Aufträge nach Sicherung nicht immer gut ausbalancieren lassen. Der zweifache Auftrag der Psychiatrie hat auch Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen. So fanden Björkdahl, Palmstierna und Hansebo (2010) bei Pflegefachpersonen in psychiatrischen Intensivstationen zwei Einstellungen, die sich als Pole gegenüberstehen. Das Selbstverständnis der befragten Pflegefachpersonen bewegte sich zwischen einem personenorientierten Ansatz, den sie mit der Metapher „Balletttänzer“ beschrieben und einem eher paternalistischen Selbstverständnis als „Bulldozer“. Letztere sorgten sich vor allem um die Sicherheit und Ordnung der Station, die sie durch das Chaos und die Risiken einer akuten psychischen Krise ständig bedroht sahen. Diese zwei Sichtweisen von Pflegefachpersonen konnten Larsen und Terkelsen (2014) bestätigen. In ihrer Befragung fühlten sich einige Pflegenden schuldig, wenn sie Zwang anwenden, andere, wenn sie es nicht tun. Der ersten Gruppe ging es um Menschlichkeit und Lockerung, der zweiten Gruppe um Konsequenz, die sie als therapeutische Notwendigkeit betrachteten.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass in der psychiatrischen Versorgung Pflegefachpersonen einerseits mit der Aufgabe der individuellen Begleitung betroffener Personen betraut sind, andererseits aber auch das Interesse der Gesellschaft nach Aufrechterhaltung öffentlicher Ordnung und Sicherheit vertreten müssen. Dieser doppelte Auftrag stellt die Pflegefachpersonen in der Psychiatrie vor große Herausforderungen. Immer wieder gilt es, einen möglichen Widerspruch zwischen Selbstbestimmung und paternalistischer Fürsorge aufzulösen.

Ethische Herausforderungen

Sorgebeziehungen sind mit ethischen Herausforderungen verbunden. In seiner Schrift „Über die Freiheit“ (1859) argumentiert der Philosoph John Stuart Mill (2011), dass der einzig legitime Grund für die Anwendung von Zwang, der Schutz Dritter ist. In der Psychiatrie wird Zwang jedoch auch als Fürsorge zum Schutz der Person selbst angewandt. Dies wird als „wohlthätiger Zwang“ (Deutscher Ethikrat 2019: 27) bezeichnet. Nun unterliegen die Werte und Normen einer Moral soziokulturellen und geschichtlichen Einflüssen und selbst innerhalb einer Gesellschaft gibt es unterschiedliche Vorstellungen davon, welches Handeln moralisch gerechtfertigt ist. Mit Hilfe der Ethik als

wissenschaftliche Reflexionstheorie können die moralischen Ansprüche, die bei der Anwendung von wohltätigem Zwang zu berücksichtigen sind, im Hinblick auf letztgültige Prinzipien reflektiert werden. In der Tradition Kants (2016) ist das letztgültige Prinzip der Moral die Freiheit des Menschen. Daraus resultieren nicht nur die Menschenrechte und die im deutschen Grundgesetz formulierte Würde des Menschen, sondern auch der Anspruch auf Selbstbestimmung und Autonomie. In seiner Stellungnahme zum wohltätigen Zwang setzt der Deutsche Ethikrat (2019) den normativen Orientierungsrahmen für das professionelle Sorgehandeln in psychiatrischen Einrichtungen daher entlang der zentralen Begriffe Würde, Autonomie und Selbstbestimmung.

Ein wohltätiger Zwang resultiert aus der Sorge um das Wohl der adressierten Person. Das Besorgtsein um eine andere Person kann dazu führen, dass dem Gegenüber die Verantwortung abgenommen wird. Dieses „Einspringen“ macht die umsorgte Person zur Abhängigen und Beherrschten (Heidegger 1967). Die Abhängigkeit von anderen Personen kann eine emotionale Belastung sein, und die wiederholte Erfahrung von Zwang kann zur Rebellion oder zum Verlust von Selbstvertrauen, Selbstachtung und zum sozialen Rückzug führen. Gerade Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind oft besonders vulnerabel für solche Beeinträchtigungen, da ihre Gesundheitsprobleme bereits mit Selbst- und Fremdstigmatisierungen verbunden sind (Schoernerus/Angermeyer 2011). Demgegenüber steht eine Sorge, die vor allem zur Selbstsorge und damit zur Freiheit befähigen möchte. Diese gleichsam „vorrausspringende“ Sorge (Heidegger 1967: 122) reduziert ihr Eingreifen auf ein Minimum und findet sich in Konzepten der aktivierenden Pflege, des Recovery oder Empowerment.

Die Sorgebeziehung psychiatrischer Pflegefachpersonen ist eine asymmetrische Beziehung, die eine Abhängigkeit der betroffenen Person beinhaltet. Da Sorgehandlungen nicht nur wohltuend sein können, bedürfen sie einer Absicherung durch ein ethisch reflektiertes, fachlich begründetes Handeln auf der Basis wissenschaftlich anerkannter und normativ getragener Standards. Menschen in psychischen Krisensituationen haben daher Anspruch auf eine reflektierte Praxis, in der Werte konkretisiert und gegeneinander abgewogen werden. Orientierungsrahmen wie der ICN-Ethikkodex für Pflegende (International Council of Nurses 2012), die inzwischen als klassische Prinzipien der Medizinethik geltenden vier Prinzipien von Beauchamp und Childress (1991) oder die in der Pflegeethik besonders auf Sorge und Achtsamkeit ausgerichtete Care-Ethik (Knoll 2020) können hier hilfreich sein.

Eine Fürsorge mit Zwang steht beispielsweise in Konkurrenz zum Prinzip der Autonomie, das einer Person auch das Recht auf Selbstschädigung zugesteht. Ist die Fähigkeit zur Selbstbestimmung jedoch aufgrund einer psychischen Erkrankung beeinträchtigt, sind Situationen vorstellbar, in denen es sogar geboten erscheint, mit Zwang einzugreifen (Steinert 2015). Zur Legitimation von wohltätigem Zwang muss das Verhalten der Person in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen und die selbstbestimmte Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt oder nicht mehr vorhanden sein. Der Deutsche Ethikrat be-

schreibt dies wie folgt: „Bei der Bewertung solcher Maßnahmen muss also zwischen der Beförderung oder der Erhaltung des Wohls einer Person einerseits und der Achtung vor der individuellen Person und ihrer Selbstbestimmung andererseits abgewogen werden“ (Deutscher Ethikrat 2019: 5). Damit wird deutlich, dass jede Anwendung von Zwang rechtfertigungspflichtig ist. Dabei ist insbesondere die Fähigkeit zur freiverantwortlichen Selbstbestimmung einer Person zu berücksichtigen.

Der Deutsche Ethikrat (2019) geht in seinen Überlegungen von einem minimalen Autonomiekonzept aus, das lediglich die allgemein üblichen Anforderungen an Erwachsene voraussetzt. Zu einer freiverantwortlichen Entscheidung gehören demnach das Wissen um die Folgen, das Wollen und ‚Inkaufnehmen‘ dieser Folgen und das ‚Wählenkönnen‘ zwischen Alternativen. In psychiatrischen Fachkreisen werden im Allgemeinen vier Anforderungen an die Selbstbestimmungsfähigkeit einer Person diskutiert (Grisso/Appelbaum 1998; Henking/Mittag 2015; Vollmann et al. 2014). Demnach muss eine Person, die freiverantwortlich entscheiden kann, in der Lage sein,

- einen bestimmten Sachverhalt zu verstehen (understanding)
- die Informationen, in angemessener Weise zu verarbeiten und dabei Risiken sowie Folgen zu bedenken (appreciation)
- die Informationen, auch im Hinblick auf Alternativen, angemessen zu bewerten (reasoning) und
- ihren Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung der Situation bestimmen und mitteilen können (evidencing a choice).

Psychische Erkrankungen sind Störung des Erlebens und Verhaltens einer Person. Sie können die Informationsverarbeitung, das Urteilsvermögen, die Einsichtsfähigkeit oder die Interaktion mit anderen beeinträchtigen. Infolge dieser Störungen kann auch die Fähigkeit zur Selbstbestimmung teilweise oder ganz aufgehoben sein (Vollmann et al. 2014). Allerdings kann die Selbstbestimmungsfähigkeit im Verlauf einer psychiatrischen Erkrankung stark schwanken.

Nun wird wohlthätiger Zwang auch damit gerechtfertigt, dass er der betroffenen Person zu Schadensfreiheit und langfristig auch zu Autonomie verhelfen soll. Doch beinhaltet dies eine inhärente Ambiguität, zumal keineswegs sicher ist, ob die gewünschten Effekte auch tatsächlich eintreten. Besonders bei vulnerablen Personen ist darauf zu achten, dass sie nicht durch einspringend-beherrschende Fürsorge und einem damit verbundenen Verlust von Selbstbestimmung in ihrem Selbstvertrauen geschwächt werden (Deutscher Ethikrat 2019). Mit Zwang kann nicht nur die Selbstachtung der Person, sondern auch die Erfahrung der eigenen Würde als Mensch gefährdet werden. Der Deutsche Ethikrat (2016) verweist hier auf die pflegewissenschaftlich fundierte Care-Ethik. Sie umfasst nicht nur mitmenschliche Zuwendung und Anteilnahme, sondern auch eine Ermutigung zur Selbstbestimmung, wie sie auch in den psychiatrischen Konzepten des Empowerments und Recovery zu finden sind (Amering/Schmolke 2012; Zuaboni et al. 2012).

Doch während die ethische Problematik formaler Zwangsmaßnahmen unzweifelhaft ist (Steinert/Hirsch 2018), werden ethische Fragen im Zusammenhang mit informellem Zwang oder therapeutischem Druck bisher kaum diskutiert. Elmer et al. (2018) fanden bei einer Befragung von 424 Fachpersonen in der Psychiatrie in Deutschland und der Schweiz, dass vor allem die Häufigkeit der Anwendung stärkerer Formen von informellem Zwang von Mitarbeitenden unterschätzt wird – insbesondere wenn diese eine eher positive Einstellung gegenüber der Anwendung informellen Zwangs haben. Nach Ansicht der Autoren könnte dieses Ergebnis auch damit zusammenhängen, dass Maßnahmen, wie zum Beispiel das Androhen einer Zwangsmaßnahme oder die Beschränkung des Ausganges bei Non-Compliance, häufig angewandt werden. Sie sind oft Teil der vorhandenen Stationskultur.

Die hier dargestellten ethischen Überlegungen machen deutlich, dass es keine einfachen Lösungen für die ethischen Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit gibt. Pflegende sind vom Doppelmandat der Psychiatrie unmittelbar betroffen, was sich auch in ihrer Haltung widerspiegelt. Am Beispiel ihrer Beteiligung an formalen und informellen Zwangsmaßnahmen lässt sich aufzeigen, dass es einer reflexiven Begegnung der damit verbundenen Herausforderungen bedarf, die nicht nur fachliche und rechtliche, sondern auch moralische Aspekte mit einbezieht. Die kritische Reflexion des eigenen beruflichen Handelns ist wesentlich für den Erwerb moralischer Kompetenz und der Gewährleistung ethisch gerechtfertigter Praxis zum Wohle der betroffenen Personen. Im Folgenden sollen daher Ansätze aufgezeigt werden, die eine ethische Reflexion der Praxis unterstützen.

Lösungsansätze

Die hier vorgestellten Lösungsansätze beziehen sich vor allem auf eine ethisch reflektierte Gestaltung der pflegerischen Sorgebeziehung, die die Möglichkeiten der Selbstbestimmung achtet und fördert. Die dazu notwendige Reflexion bedarf einer gezielten Stärkung geeigneter Rahmenbedingungen durch die Einrichtungen und einer selbstkritisch, fachlich fundierten Haltung der psychiatrischen Pflegefachpersonen. Eine grundlegende Orientierung bieten die bereits dargestellten Normen und Werte.

In ihrem sorgenden Handeln zielt die psychiatrische Pflege auf die Förderung der Selbstbestimmung. Dazu übernehmen beruflich Pflegende auch die Fürsprache für betroffene Personen. Cole, Wellard und Mummery (2014) sehen die Fürsprache-Rolle vor allem in einer aktiven Unterstützung der betroffenen Person bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und Wahlmöglichkeiten im Gesundheitssystem. Dazu gehören die Unterstützung einer informierten Entscheidung im Hinblick auf ihre Pflege und Behandlung sowie der Schutz von Grundrechten, wie der Autonomie. Diese Meinung vertreten auch die psychiatrischen Pflegeverbände in ihrer Definition der psychiatrischen Pflege (Schädle-Deininger/Mayer 2019), wenn sie bekunden, dass die psychiatrische Pflege die Selbstbestimmung der nutzenden Person achten und ihre Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung fördern soll. Entsprechend der Care-Ethik sollen

„Pfleger in besonderem Maß über attentiveness (Aufmerksamkeit), responsibility (Verantwortlichkeit), competence (Kompetenz), responsiveness (Antwortfähigkeit) und mindfulness (Achtsamkeit) verfügen. Solche professionsethischen Pflichten verstehen sich als angestrebte Haltungen, die mit der eigenen professionellen und persönlichen Entwicklung gemäß dem heute in der Pflegewissenschaft eingeführten Modell der stufenweisen Kompetenzentwicklung erworben werden“ (Deutscher Ethikrat 2016: 78).

Eine strenge Fokussierung auf die Selbstbestimmung der Person ist allerdings irreführend, denn das klassische Verständnis von Autonomie ist sehr auf das Individuum begrenzt. Damit werden Autonomieförderung und die informierte Entscheidung („informed consent“) zu zentralen Zielen. Diese Perspektive übersieht nach Cole et al. (2014), dass die meisten Menschen wichtige Entscheidungen mit Bezugspersonen aus ihrem sozialen Umfeld besprechen. Sie empfehlen für die psychiatrische Arbeit daher ein relationales, aus der feministischen Tradition stammendes, Autonomiekonzept. Es zielt nicht allein auf die Entscheidungskompetenz einer Person, sondern berücksichtigt dabei auch deren sozialen Kontext. Zur Rolle der Fürsprache gehört es dann, mit der betroffenen Person zu besprechen, ob sie bestimmte Personen in ihre Entscheidung einbeziehen möchte. Mitunter kann es auch sinnvoll sein, dass vertraute Personen die Interessen der betroffenen Person vertreten oder zumindest über deren Sichtweise informieren.

Falls eine deutliche Gefährdung für die betroffene Person besteht und die bisherigen Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung nicht zum Ziel führten, muss jede Anwendung wohlwärtigen Zwangs ethisch sorgsam abgewogen werden. Dabei sollte man die oben beschriebenen Stufen von informellem und formalem Zwang berücksichtigen. Eine Orientierung für die ethische Reflexion bieten die vier praxisnahen Prinzipien der Medizinethik (Beauchamp/Childress 1991) mit Respekt und die Stärkung der Autonomie der Person (respect for autonomy), Vermeidung von Schaden (nonmaleficence), einem aktiven, fürsorglichen Handeln (beneficence) sowie die Gewährleistung einer unabhängigen, gerechten Pflege und Behandlung (justice). Nach Marckmann (2000) erfolgt die Anwendung der vier Prinzipien auf ethische Konfliktfälle sinnvoller Weise in zwei Schritten: (a) zunächst wird jedes Prinzip im Hinblick auf die spezifische Situation des Falles interpretiert (Interpretation) um anschließend (b) zu überprüfen, ob die aus den einzelnen Prinzipien resultierenden Verpflichtungen übereinstimmen oder in Konflikt zueinander stehen. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Prinzipien keine absolute Geltung besitzen, sondern im Konfliktfall gegeneinander abgewogen werden müssen (Gewichtung).

Manche Pfleger sehen Zwang als eine notwendige therapeutische Maßnahme in der Psychiatrie, die zum Schutz der betroffenen Person und des therapeutischen Milieus angewandt wird. Gleichwohl sehen sie sich nur selten in der persönlichen Verantwortung für Zwangsmaßnahmen. Meist erleben sie sich eher als Teil eines psychiatrischen Systems (Larsen/Terkelsen 2014). Möglicherweise schützt dieses System, das sich auch in einem Auftreten als Team verdeutlicht, die Vulnerabilität der Einzelper-

son. Schuldgefühle durch die Anwendung von Zwang entstehen vor allem dann, wenn Pflegefachpersonen eine emotionale Nähe zur betroffenen Person aufgebaut haben. Außerdem gelingt es ethisch sensitiven Mitarbeitenden besser, ihr Gegenüber als Individuum wahrzunehmen. So führen Larsen und Terkelsen (2014) die Unterschiede zwischen den zuhörenden und kontrollierenden Pflegenden auf eine unterschiedliche ethische Kompetenz der Mitarbeitenden zurück. Die ethische Sensitivität kann durch die Gewöhnung an Zwang ab stumpfen, sodass sogar formale Zwangsmaßnahmen wie eine Isolierung bereits als therapeutische Maßnahmen angesehen werden. Hier können regelmäßige ethische Reflexionen, die Etablierung eines klinischen Ethikkomitees oder ethische Fallberatung hilfreich sein. Im Rahmen einer klinischen Ethikberatung können ethische Kontroversen fundiert besprochen werden (Mertz 2019).

In der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang (Steinert/Hirsch 2018) finden sich eine Reihe von konkreten Maßnahmenempfehlungen zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie. Diese umfassen beispielsweise Intensivbetreuung, die Einführung von komplexen Interventionen wie Safewards, deeskalierende Gesprächsführung, die Gestaltung des räumlichen und sozialen Milieus einer Station sowie den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen. Alternative Maßnahmen erfordern im Allgemeinen Kreativität, Flexibilität, Fachwissen und eine gute personelle Ausstattung, um auch Spaziergänge, Hausbesuche oder begleitete Rückzugsräume zu ermöglichen (Zinkler/Waibel 2019). Während der Anwendung von Zwang sollte man Wahlmöglichkeiten anbieten, die zumindest ein Mindestmaß an Autonomie für die Person ermöglichen (Hem et al. 2016). Außerdem sind solche Maßnahmen für die betroffenen Personen besser zu akzeptieren, wenn ihnen die Gesundheitsfachpersonen mit Ehrlichkeit, Transparenz, Respekt und Mitgefühl begegnen (Hem et al. 2016). Für die Betroffenen ist es wichtig, die wohlwollenden Absichten der Gesundheitsfachpersonen zu erkennen. In der Nachbesprechung einer Zwangsmaßnahme können Pflegefachpersonen anbieten, über die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Person zu sprechen.

Die Anwendung von Zwang beinhaltet eine ethische Herausforderung, der nur dann angemessen begegnet werden kann, wenn die Situation im jeweiligen Einzelfall unter Berücksichtigung der Individualität der Person betrachtet wird. Eine ethische Reflexion muss die betroffene Person, mit ihren jeweils eigenen Vorstellungen, Wünschen, Interessen, ihrer eigenen Geschichte und ihren Rechten zum Ausgangspunkt nehmen. Sie muss aber auch die spezifische Situation und mögliche Gefährdungen berücksichtigen. Solche ethischen Reflexionen müssen zum Standard in psychiatrischen Einrichtungen werden. Jede außergewöhnliche Situation sollte fachlich und ethisch reflektiert werden, um sowohl die fachlichen Kompetenzen zur Prävention von Zwang, als auch die Sensibilität der Mitarbeitenden für ethische Probleme zu fördern.

Für den Umgang mit ethischen Herausforderungen durch die Anwendung von Zwang ist eine ethische Kompetenz der Handelnden notwendig, die zu einer ständigen Reflexion des eigenen Handelns führt. In den Zielen der Aus- und Weiterbildung von Pflegeberufen ist die Entwicklung von ethischer Kompetenz fest verankert (in

Deutschland z. B. PflAPrV 2018). Allerdings resultieren viele ethische Probleme der psychiatrischen Pflegepraxis aus ungünstigen Rahmenbedingungen, mangelnden Personalressourcen, überkommenen Traditionen in den Einrichtungen oder einer unzureichenden Qualifikation für die Besonderheiten der psychiatrischen Arbeit. Daher sind hier auch die Einrichtungen gefragt, Zeiten für Reflexion, besonders eine zeitnahe Reflexion von Zwangsmaßnahmen zuverlässig zu gewährleisten. Zudem muss man Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige in diese Reflexion einbeziehen.

Von zentraler Bedeutung ist eine personenorientierte Beziehung der Pflegefachperson zur betroffenen Person, wie sie beispielsweise in Recovery-orientierten Konzepten zu finden ist (vgl. Barker/Buchanan-Barker 2013; Mahler et al. 2014). Es erfordert fachliche und personale Kompetenzen, um ethisch verantwortlich als Fürsprechende für Betroffene handeln zu können. Die hier dargestellten Maßnahmen können dazu beitragen, den Pflegefachpersonen in der Psychiatrie einen engagierten Umgang mit Normen und Werten zu vermitteln, der eine Reflexion der eigenen Person, der subjektiven Lebenswelt des Betroffenen, eine sachgemäße Anwendung fachlichen Wissens und ein sensibles Wahrnehmen der konkreten Situation beinhaltet (Schädle-Deininger 2014). Diese Form einer ethisch sensibilisierten Pflegepraxis ist in den Anforderungen der heutigen Psychiatrie höchst fragil, es ist daher notwendig, dass die Einrichtungen auch Anreize für ethische Reflexion bieten (Wyder et al. 2017).

Fazit

Pflegefachpersonen in der Psychiatrie sind meist in die Anwendung von Zwang eingebunden. Innerhalb der psychiatrischen Pflegepraxis gibt es zwei Positionen. Die einen fordern mehr Individualität, während für die anderen allgemeine Regeln und Konsequenz wichtig sind (vgl. Björkdahl/Palmstierna/Hansebo 2010; Larsen/Terkelsen 2014). Die Anwendung von Zwang zur Abwendung einer Gefahr für Dritte ist ethisch gut zu legitimieren. Für Zwang im Rahmen einer Selbstgefährdung ist das weitaus schwieriger. Hier sind ethische Prinzipien wie Autonomie, Fürsorge und Würde der Person miteinander abzuwägen. Die medizinische Leitlinie zur Prävention von Zwang in der Psychiatrie (Steinert/Hirsch 2018) fokussiert ausschließlich auf formale Zwangsmaßnahmen. Informeller Zwang oder therapeutischer Druck bewegt sich dagegen in einem Graubereich, der von Gesundheitsfachpersonen oft unterschätzt wird (Elmer et al. 2018). Die handelnde Person erlebt eine ethische Herausforderung oft als Unsicherheit, Zweifel oder Unbehagen über das moralisch richtige Handeln in der jeweiligen Situation. Oft resultieren diese ethischen Herausforderungen auch aus institutionellen Rahmenbedingungen wie Personalmangel oder mangelnder Reflexionskultur in der Organisation.

Grundsätzlich kann Zwang nur erwogen werden, wenn eine Person aktuell nicht freiverantwortlich handeln kann (Deutscher Ethikrat 2019). Dies muss von psychiatrisch Tätigen zuverlässig beurteilt werden. Zudem müssen psychiatrische Einrichtungen Reflexionsmöglichkeiten schaffen und in ihren internen Richtlinien eine klare

Differenzierung verschiedener Formen oder Stufen von Zwang beschreiben. Psychiatrische Pflegefachpersonen müssen ihr fachliches Handeln immer wieder einem selbst-reflexiven Prozess unterziehen und dafür auch den Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen suchen. Jede Form von Zwang muss mit der betroffenen Person, aber auch fachlich und ethisch reflektiert werden. Gerade Maßnahmen des informellen Zwangs werden allzu häufig noch zu unbedarft angewandt.

Literatur

- Aberhalden, C./Needham, I./Dassen, T./Halfens, R./Fischer, J. E./Haug, H.-J. (2007): Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. In: *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH* 3, S. 30
- Amering, M./Schmolke, M. (2012): *Recovery das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Barker, P./Buchanan-Barker, P. (2013): *Das Gezeiten-Modell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*. Auflage: 1., Aufl. Bern: Verlag Hans Huber
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (1991): Principles of Biomedical Ethics: In: *International Clinical Psychopharmacology* 6, S. 129–130
- Berzlanovich, A. M./Schöpfer, J./Keil, W. (2012): Deaths Due to Physical Restraint. In: *Deutsches Aerzteblatt Online*
- Björkdahl, A./Palmstierna, T./Hansebo, G. (2010): The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17, S. 510–518
- Bredthauer, D. (2003): *Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie*. Universität Ulm. <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/228> (Abruf 17.1.2020)
- Cole, C./Wellard, S./Mummery, J. (2014): Problematising autonomy and advocacy in nursing. In: *Nursing Ethics* 21, S. 576–582
- Deutscher Ethikrat (2019): *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*. Berlin. <https://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/wohlaetiger-zwang> (Abruf 24.8.2019)
- Deutscher Ethikrat (2016): *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. Berlin. S. 155. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (Abruf 17.1.2020)
- Elmer, T./Rabenschlag, F./Schori, D./Zuaboni, G./Kozel, B./Jaeger, S./Mahlke, C./Heumann, K./Theodoridou, A./Jaeger, M. (2018): Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. In: *Psychiatry Research* 262, S. 400–406
- Esther, R. J. (1997): Use of physical restraints in a nineteenth-century state hospital. In: *History of Psychiatry* 8, S. 83–93
- Fenner, D. (2010): *Einführung in die angewandte Ethik*. Tübingen: Francke Verlag. (= UTB Philosophie 3364)
- Fugger, G./Gleiss, A./Baldinger, P./Strnad, A./Kasper, S./Frey, R. (2016): Psychiatric patients' perception of physical restraint. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 133, S. 221–231
- Grisso, T./Appelbaum, P. S. (1998): *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*. New York, NY, US: Oxford University Press
- Heidegger, M. (1967): *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer
- Hem, M. H./Gjerberg, E./Husum, T. L./Pedersen, R. (2016): Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. In: *Nursing Ethics* 25, S. 92–110
- Henking, T./Mittag, M. (2015): *Rechtliche Rahmenbedingungen*. In: Henking, T./Vollmann, J. (Hrsg.): *Zwangsbehandlung psychisch kranker Personen: ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin ; Heidelberg: Springer, S. 29–90

- Höffe, O. (Hrsg.) (1997): Lexikon der Ethik. 5., neubearbeitete und erw. Aufl., Originalausg. München: Verlag C.H. Beck. (= Beck'sche Reihe 152)
- International Council of Nurses (2012): The ICN Code of Ethics for Nurses
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
(Abruf 13.1.2020)
- Iozzino, L./Ferrari, C./Large, M./Nielsen, O./de Girolamo, G. (2015): Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: PLOS ONE 10, S. e0128536
- Kant, I. (2016): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. 2., durchgesehene Auflage mit aktualisierter Einleitung und Bibliographie. Hamburg: Felix Meiner Verlag. (= Philosophische Bibliothek Band 519)
- Knoll, F. (2020): Mensch bleiben!: Lehrbuch Anthropologie, Ethik und Spiritualität für Pflegeberufe. Stuttgart: Kohlhammer
- Larsen, I. B./Terkelsen, T. B. (2014): Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. In: Nursing ethics 21, S. 426–436
- Mahler, L./Jarchov-Jádi, I./Montag, C./Gallinat, J. (Hrsg.) (2014): Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl. (= Fachwissen).
- Marckmann, G. (2000): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik. In: Ärzteblatt Baden-Württemberg 55, S. 499–502
- Mertz, M. (2019): Ethik im Gesundheitswesen. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften., S. 689–700
- Mill, J. S. (2011): Über die Freiheit. 2., verb. Aufl. Hamburg: Meiner. (= Philosophische Bibliothek 583)
- Paterson, B./Bradley, P./Stark, C./Saddler, D./Leadbetter, D./Allen, D. (2003): Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10, S. 3–15
- Richter, D./Berger, K. (2001): Patientenübergriffe auf Mitarbeiter Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. In: Der Nervenarzt 72, S. 693–699
- Robinson, B. E./Sucholeiki, R./Schocken, D. D. (1993): Sudden death and resisted mechanical restraint: A case report. In: Journal of the American Geriatrics Society 41, S. 424–425
- Schädle-Deining, H. (2014): Ein-Blick in Ethik und Haltungen der psychiatrischen Pflege. In: Psychiatrische Praxis 41, S. S11–S15
- Schädle-Deining, H./Mayer, M. (2019): Definition und Grundlage psychiatrische Pflege. Psychiatrische Pflegeverbände entwickeln ein gemeinsames Verständnis. In: Psychiatrische Pflege 4, S. 36–38
- Schomerus, G./Angermeyer, M. (2011): Stigmatisierung psychisch Kranker. In: Psychiatrie und Psychotherapie up2date 5, S. 345–356
- Schönfeldt-Lecuona, C./Gahr, M./Schütz, S./Lang, D./Pajonk, F./Connemann, B./Muth, C.-M./Freudenmann, R. (2017): Psychiatrische Notfälle im Notarzt- und Rettungsdienst in Ulm in den Jahren 2000 und 2010 und Konsequenzen für die Praxis. In: Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie 85, S. 400–409
- Steinert, T. (2015): Zwangsmaßnahmen aus der Perspektive der klinischen Psychiatrie: Evidenz und Good Clinical Practice. In: Henking, T./Vollmann, J. (Hrsg.): Zwangsbehandlung psychisch kranker Personen: ein Leitfaden für die Praxis. Berlin ; Heidelberg: Springer, S. 1–18
- Steinert, T. (Hrsg.) (2009): Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-022.htm> (Abruf 29.3.2010)
- Steinert, T./Hirsch, S. (2018): S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-07.pdf (Abruf 27.7.2018)
- Steinert, T./Vogel, W. D./Beck, M./Kehlmann, S. (1991): Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik: eine 1-Jahres-Studie an vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern. In: Psychiatrische Praxis 18, S. 155–161

- Szmukler, G./Appelbaum, P. S. (2008): Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. In: *Journal of Mental Health* 17, S. 233–244
- United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). [https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html](https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html) (Abruf 13.1.2020)
- Vollmann, J./Barnikol, U. B./Finzen, A./Gather, J./Gerlinger, G./Heberlein, A./Heinz, A./Helmchen, H./Lieb, K./Maier, W./Müller, J. L./Müller, S./Pollmächer, T./Saß, H./Schramme, T./Seidel, M./Walter, H. (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2014/ethik.html> (Abruf 23.12.2014)
- Wyder, M./Ehrlich, C./Crompton, D./McArthur, L./Delaforce, C./Dziopa, F./Ramon, S./Powell, E. (2017): Nurses experiences of delivering care in acute inpatient mental health settings: A narrative synthesis of the literature. In: *International Journal of Mental Health Nursing* 26, S. 527–540
- Zinkler, M./Laupichler, K./Osterfeld, M. (Hrsg.) (2016): Prävention von Zwangsmaßnahmen: Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag
- Zinkler, M./Waibel, M. (2019): Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden – ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird. In: *Psychiatrische Praxis* 46, S. S6–S10
- Zuaboni, G./Abderhalden, C./Schulz, M./Winter, A. (Hrsg.) (2012): Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste
- (2018): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV). In: *Bundesgesetzblatt Teil I*, S. 1572

Michael Mayer, M.A.

Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, Kempten University of Applied Sciences, Referent Studiengangsentwicklung Pflege, Bahnhofstraße 61, 87435 Kempten
Korrespondenz: michael-mayer@posteo.de

Prof. Dr. Markus Witzmann, BBA, MSM, MA

Hochschule München / Munich University of Applied Sciences, Studiengangleitung Master Mental Health (MMH), Master Advanced Nursing Practice (ANP), Fakultät 11; Campus Pasing, Am Stadtpark 20, 81243 München, markus.witzmann@hm.edu

Dorothea Sauter, Jacqueline Rixe, Gertrud M. Ayerle

Bereitschaft psychiatrisch Pflegender zur Verantwortungsübernahme – eine qualitativ-rekonstruktive Studie

Willingness of psychiatric nurses to assume responsibility – a qualitative-reconstructive study

Without the ability and willingness of nursing professionals to shoulder responsibility professional patient-oriented care is impossible. The preconditions for this are multifarious and are not always met in nursing practice. The aim of the study was to understand the action orientation of psychiatric nurses towards assuming responsibility and to derive recommendations for practice. Four group discussions with altogether 20 nursing professionals working in psychiatric care were conducted and evaluated according to the Documentary Method.

Responsibility is gladly accepted and in a sense of caring ethics, if the preconditions are met. On the basis of a good work alliance, nurses' decisions in the patients' interests are possible even in risk situations. The preconditions for assuming responsibility differ considerably between the inpatient and outpatient setting as well as between the clinics. It is detrimental to the well-being of patients if nursing professionals are not able or not allowed to act and decide in the patients' interest in specific situations. Further questions require profound research.

Keywords

Responsibility, mental health nursing, professionalisation, documentary method

Eine professionelle und patientenorientierte Pflege ist ohne die Fähigkeit und die Bereitschaft der Pflegefachpersonen zur Verantwortungsübernahme nicht möglich. Die Voraussetzungen hierfür sind vielfältig und in der Pflegepraxis nicht immer gegeben. Ziel der Untersuchung ist, Handlungsorientierungen psychiatrisch Pflegender zur Verantwortungsübernahme zu verstehen und Handlungsempfehlungen entwickeln zu können. Es wurden vier Gruppendiskussionen mit insgesamt 20 psychiatrisch tätigen Pflegefachpersonen durchgeführt und nach der dokumentarischen Methode ausgewertet.

Verantwortung wird gerne und im fürsorgeethischen Sinn übernommen, wenn die Voraussetzungen gegeben sind. Auf der Basis eines guten Arbeitsbündnisses sind auch in Risikosituationen Entscheidungen im Patienteninteresse möglich. Die Voraussetzungen für Verantwortungsübernahme unterscheiden sich zwischen dem stationären und dem ambulanten Setting wie auch zwischen den Kliniken erheblich. Es schadet dem Patientenwohl, wenn Pflegefachpersonen in konkreten Situationen nicht im Patienteninter-

eingereicht 28.01.2020

akzeptiert 03.04.2020

se handeln und entscheiden können oder dürfen. Weitere Fragen erfordern vertiefende Forschung.

Schlüsselwörter

Verantwortung, Psychiatrische Pflege, Professionalisierung, Dokumentarische Methode

1. Verantwortung als zentrales Konzept der Pflege

Verantwortung ist in allen Hilfekontexten aufgrund der asymmetrischen Beziehung zwischen Hilfeempfänger_innen und Helferpersonen ein bedeutsames Konzept. Je vulnerabler die Hilfeempfänger_innen, desto höher ist die Verantwortung der Helfenden.

1.1 Begriffe Verantwortung und Verantwortungsübernahme

Der Verantwortungsbegriff ist sehr vielseitig und spielt in vielen Disziplinen eine zentrale Rolle. Er stammt ursprünglich aus der Gerichtssprache und bedeutet dort die Rechenschaftslegung für das eigene Handeln einer Institution (dem Richter) gegenüber. Im soziologischen Verständnis meint der Verantwortungsbegriff nicht nur die Zuschreibung von Fähigkeiten an Personen (im Sinne von Verantwortungsbewusstsein oder Kompetenzen), sondern auch die Zuschreibung an eine Position oder Rolle, deren Aufgabenspektrum einen erheblichen Handlungsspielraum und selbständige „Entscheidungszumutungen“ aufweist (Hoff 2001). Tewes (2002) sieht den Menschen als Träger der Verantwortung einer übergeordneten Instanz oder einem Wertesystem gegenüber rechtfertigungspflichtig und betont ebenfalls, dass sein Verantwortungsbereich durch diejenigen Lebensbereiche geprägt ist, in denen er Entscheidungsfreiheit hat. Kaufmann (1992) betont, dass soziale Zuschreibung von Verantwortung Vertrauen voraussetzt. Ihm zufolge antizipiert Verantwortung die Folgen von Handlungen, um mögliche Schäden, Risiken oder Gefährdungen zu vermeiden und Nutzen zu fördern. Hoff (2001) ergänzt, dass neben Werten und Überzeugungen auch das Gefühl der eigenen Wirksamkeit und Kontrolle Voraussetzungen für Verantwortungshandeln sind.

Durch Ausdehnung der Verantwortungsbereiche sollen die Risiken unter Kontrolle gebracht werden. Die Zuschreibung von Verantwortung an Dritte dient der eigenen Entlastung. Nicht selten werden bei solchen Zuschreibungen die Grenzen menschlicher Verantwortungsfähigkeit missachtet (Kaufmann 1992).

Die Verantwortungsübernahme gilt als „prosoziales Verhalten“, als Neigung sich in einer bestimmten Situation als zuständig zu erklären (Dorsch 2013: 1232f.). Sie kann durch etliche Faktoren beeinträchtigt werden, z. B. durch die Diffusion der Verantwortung oder aufgrund einer sozialen Hemmung (aus Angst etwas Falsches zu tun).

Neben der individuellen Verantwortung gibt es auch eine kollektive Verantwortung, die mehr oder weniger formalisierten Gruppen oder Institutionen zugeschrieben wird. Hier müssen die Verantwortungsstrukturen gut geklärt werden (Tewes 2002).

1.2 Professionstheoretische und ethische Anforderungen

Jede Verantwortungsübernahme setzt eine autonome Entscheidung voraus. Es gibt unterschiedliche Konzepte um Professionen zu beschreiben, aber berufliche Handlungsautonomie gilt über alle professionstheoretischen Schulen hinweg als zentrales Merkmal beruflicher Professionalisierung (Schaeffer 2011).

Nach dem interaktionstheoretischen und handlungsorientierten Professionsverständnis von Oevermann liegt der Schwerpunkt des beruflichen Verantwortungsbereichs professioneller Pflege darin, Entscheidungen (und Handlungen) mit dem Patienten/der Patientin über die Abwägung von Regelwissen und Fallverstehen zu begründen und vertreten (Weidner 1995).

Bezüglich ethischer Fragestellungen hat sich die Praxis der Medizinethik auf die Orientierung an den vier Prinzipien „nonmaleficence“, „beneficence“, „autonomy“, und „justice“ von Beauchamp & Childress (2013; 1. Auflage 1940) verständigt. Gerade der Wert der Autonomie wird in der philosophischen Ethik der europäischen Kulturgeschichte sehr stark betont; dabei scheint vergessen zu werden, dass auch Angewiesensein für jeden Menschen zum Leben gehört (Gahlings 2014). Der International Council of Nursing sieht die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse („Advocacy“) als eine Schlüsselaufgabe der Pflege (ICN 2002). Die Bedürftigkeit und Abhängigkeit der Hilfeempfänger_innen erfordert eine normative Betrachtung der Verantwortung im „fürsorgeethischen Sinn“ (Hoff 2001: 385). Verantwortlich handeln gegenüber bedürftigen Personen ist also den ethischen Wertmaßstäben der Fürsorge verpflichtet. Arndt (1996: 59f.) betont, dass die Pflegeethik die „Ethik des Füreinander-Sorge-Tragens, Ethik der Verantwortung oder Ethik des Antwortgebens“ beinhalten muss. Gahlings (2014) sieht aus der Perspektive der Fürsorge-Ethik den aktuellen Pflegenotstand in Deutschland als moralisches Problem und „beschämende Verletzung des Fürsorge-Gebots“.

1.3 Der Verantwortungsbereich der psychiatrischen Pflege

Das neue deutsche Pflegeberufegesetz (PflBG, in Kraft seit 01.01.2020; Bundesgesetzblatt 2017) stellt in §4 das Pflegeprozesshandeln unter Vorbehalt und weist den Pflegefachpersonen damit einen eigenen Verantwortungsbereich zu. Ähnlich definierte der Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP) die Verantwortung für den Pflegeprozess als Kerngeschäft professioneller Pflege. Diese Expertise zum Verantwortungsbereich der Pflege wurde 2015 im Auftrag des Schweizer Bundesamts für Gesundheit verfasst (VfP 2015). Darüber hinaus sind im Pflegealltag viele situative Entscheidungen zu treffen, für die ebenfalls Expertise erforderlich ist (Benner et al. 2000: 16ff.).

Doch Pflege ist komplex und die Pflegeverantwortung ist kontextgebunden. Sie beinhaltet sowohl individuelle als auch kollektive Aspekte. Eine exakte Eingrenzung des Verantwortungsbereichs ist damit kaum möglich (Tewes 2002: 16). Die Pflegeverantwortung geht über die Verantwortung für den Patienten hinaus und umfasst Aspekte wie die eigene Entwicklung, die Entwicklung von Forschung und Pflegepraxis, die

Kolleg_innen und die Organisation sowie die Mitwirkung an der Gestaltung der Versorgung (Sauter, Rixe 2016/VfP 2015).

In der psychiatrischen Versorgung gelten einige Besonderheiten für die Pflegeverantwortung. Psychiatrische Kliniken nehmen einen öffentlichen „Ordnungsauftrag“ wahr, sie müssen Menschen mit psychischen Störungen auch gegen ihren erklärten Willen behandeln, wenn aufgrund der Krankheit die Sicherheit des Betroffenen oder der Öffentlichkeit gefährdet ist. Das mehrdimensionale Verständnis psychiatrischer Störungen erfordert vor allem bei längeren Verläufen nahezu immer einen Mix an Hilfen. Dörner et al. (2017: 76) betonen die Gefahr der Verantwortungsdiffusion in psychiatrischen Teams. Die unscharfen Grenzen zwischen psychischer Krankheit und nichtpsychiatrischen Störungen bedingen einen unklaren Handlungsauftrag der Helfenden (Weinmann 2016). Wichtig ist jedoch, dass die Patient_innen sehr schnell Kontrolle über ihr Leben zurückbekommen. Auch wenn in einer psychiatrischen Krise die Betroffenen von Verantwortung entlastet werden müssen, so muss die Rückgabe der Verantwortung schnell erfolgen, um Empowerment-Prozesse nicht zu beeinträchtigen (Knuf 2006).

1.4 Voraussetzungen für Verantwortungsübernahme

Die Übernahme von Verantwortung beruht auf vielen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen.

Autorität, Autonomie

Tewes (2002: 39ff.) beschreibt die Voraussetzungen als „Autorität, die legitime Macht die zu verantwortenden Aufgabe auszuführen“ und die „Autonomie, die Freiheit selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen“. Sowohl Klient_innen als auch die beschäftigenden Organisationen müssen den Pflegenden in der Festlegung und Ausführung ihrer Arbeit Autonomie zuerkennen (VfP 2015: 6).

Fallverstehen, Kompetenz, Reflexion

Neben dem auf Evidenz und Problemlösung gerichtetem Fachwissen erfordert der Fürsorgeauftrag der Pflegeprofession auch „Orientierungswissen“ (Friesacher 2016) bzw. hermeneutische Kompetenz (Bräutigam 2002). Zeitgemäßes psychiatrisches Handeln erfordert fächerübergreifendes Wissen, sozial-kommunikative und vor allem persönliche Kompetenzen. Sehr bedeutsam sind selbstreflexive Kompetenzen wie auch Rollenklarheit (Gromann 2014).

Klare Verantwortlichkeiten, Kontinuität

In Kliniken müssen innerhalb multiprofessioneller Teams und innerhalb Pflgeteams Rollen und Aufgaben gut geklärt werden, auch um Verantwortungsdiffusion zu vermeiden. Um den Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess gestalten zu können, sind zeitliche, fachliche und persönliche Kontinuität erforderlich. Das Pflegeorganisationsmodell des Primary Nursing hat genau den Zweck, klare Aufgaben und Verantwortlichkeiten innerhalb von Pflgeteams sowie die erforderliche Kontinuität

ität zu gewährleisten (Manthey 2011: 80ff.) und sollte daher etabliert werden. Unter den weiteren organisationalen Voraussetzungen hat die ausreichende Personalbesetzung zentrale Bedeutung.

1.5 Zum Forschungsstand

Nur wenige Studien untersuchten explizit das Thema der Verantwortungsübernahme in der Pflege. Renate Tewes widmete ihre Habilitationsarbeit der Pflegeverantwortung in der somatischen Krankenhauspflege. Hilfreich für die Verantwortungsübernahme sind klare Verantwortungsstrukturen in der Organisation sowie positive Pflegekulturen und offene Kommunikation im Team, die Wahrnehmung der Pflegenden als Individuen (statt vereinheitlicht als Team), das Erleben beruflicher Sicherheit und beruflichen Selbstvertrauens, Empathiefähigkeit sowie seitens der Leitung ein demokratischer Führungsstil und die Etablierung patientenorientierter Pflegesysteme (Tewes 2002).

Manuel und Crowe (2014) erhoben über 10 semistrukturierte Gespräche mit Pflegenden in Neuseeland, wie diese ihren Verantwortungsbereich definieren: sie fühlen sich rechenschaftspflichtig für ihre Entscheidungen, in denen zwischen Patientenbedürfnissen und Sicherheitsanforderungen abzuwägen war. Sie versuchen die Eigenverantwortung der Patienten zu fördern und wollen sich in Risikosituationen absichern. Risikokontrolle spielt eine bedeutsame Rolle und führt dazu, dass Verantwortung teilweise Ablehnung hervorruft.

Über eine Analyse der Berichte psychiatrisch Pflegenden über kritische Ereignisse untersuchte Mitchell (2001) in Großbritannien, wie Pflegenden mit Konflikten hinsichtlich ihrer Verantwortung umgehen. Sie lernten durch die kritischen Ereignisse, dass eine klare Verteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten hohe Bedeutung hat.

Die Übernahme der Verantwortung für die Beziehung zum Patienten und für die individuelle Gestaltung der Pflege ist das zentrale Merkmal guter psychiatrischer Pflege. Dies ist die Erkenntnis, die Gabrielsson et al. (2016) anhand qualitativer Interviews in Schweden gewannen. Auf ihre Frage, wie Pflegenden „good nursing practice“ praktizieren können, erfuhren sie, dass geeignete Werte und Einstellungen, ausreichend Zeit für den direkten Patientenkontakt und ein kompetentes Team im Hintergrund eine verantwortungsvolle Pflege unterstützen. Psychiatrisch Pflegenden in Japan intervenieren im Interesse vulnerabler Patienten auch dann, wenn dies kulturellen Normen widerspricht (Toda et al. 2015).

Insgesamt zeigt sich Verantwortung in der Pflege als ein extrem komplexes Thema, das von vielfältigen Bedingungen abhängig und im Pflegealltag sehr unterschiedlich ausgestaltet wird. Gleichzeitig rechtfertigt die insgesamt dünne Befundlage die vorliegende Untersuchung. Denn Handlungsempfehlungen können umso zielgenauer formuliert werden, je klarer die spezifischen aktuellen Probleme der Verantwortungsübernahme in der psychiatrischen Pflege in Deutschland bekannt sind. Zumal es eine unübersehbare Anzahl an Studien mit teilweise ernüchternden Befunden gibt, die die

vielfältigsten Einflussfaktoren und Voraussetzungen für Verantwortung in den Blick genommen haben. Sie zeigen, dass die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für gute, verantwortungsvolle Pflege nicht gegeben sind (Schnepp 2006), selbst wenn die Pflegenden dazu motiviert sind.

2. Fragestellung und Methodik der Untersuchung

Übergeordnetes Ziel dieser Studie ist ein tieferes Verständnis der Handlungsorientierung in der psychiatrischen Pflege bezüglich der Übernahme von Verantwortung. Diesbezüglich sollen fördernde und hemmende Einflussfaktoren identifiziert sowie Schlüsse für eine verbesserte Handlungspraxis und für den Professionalisierungsprozess der Pflege gezogen werden. Hierfür muss verstanden werden, welche Aspekte der Verantwortung und welchen Kontext die Praktiker_innen als bedeutungsvoll erleben. Folgende Forschungsfragen waren handlungsleitend:

„Wie erleben stationär psychiatrisch Pflegendе ihre Verantwortung im Berufsalltag?“

„Welche Einflüsse fördern oder hemmen die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme?“

Design der Studie

Eine rekonstruktive interpretativ-hermeneutische Forschung wurde gewählt, denn sie kann auch nicht explizit kommunizierte Muster und Wertvorstellungen im alltäglichen habituellen Handeln identifizieren, explizieren und interpretieren (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014: 11 ff.).

Zugang zum Feld und Sample

Diese Arbeit bezieht sich auf die psychiatrische Pflege erwachsener Patient_innen, die im Rahmen des Sozialgesetzbuches V finanziert ist. Der Zugang zum Feld erfolgte über die jeweils zuständigen Pflegedienstleitungen, welche in ihren Einrichtungen interessierte Personen ansprachen. Die Studienteilnehmenden sollten die Untersuchungspopulation hinsichtlich relevanter Merkmale möglichst gut repräsentieren und in ihrer Breite abbilden. Daher wurden sie in Kliniken unterschiedlicher Träger (privat, öffentlich, kirchlich) sowie in ambulant psychiatrischen Pflegediensten unterschiedlicher Anbieter in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen akquiriert. Die mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegefachpersonen waren in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (Tag-/Nachtdienst, Voll-/Teilzeit) und Settings (Allgemeine Psychiatrie, Suchtbereich, Gerontopsychiatrie, Konzeptstationen, Akutstationen, ambulante psychiatrische Pflege) tätig (Einschlusskriterien), sie wiesen unterschiedlich lange Berufserfahrung auf und hatten teilweise Weiterbildungsmaßnahmen besucht. Leitungspersonen waren von einer Teilnahme ausgeschlossen.

Datenerhebung

Um das kollektive Erleben der pflegerischen Verantwortung in seinen Kontexten erfassen zu können, wurden Gruppendiskussion durchgeführt (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014: 88 ff.). Alle Gesprächsteilnehmenden wurden ausführlich über die Studie infor-

miert und gaben ihre schriftliche Einwilligung. Tabelle 1 zeigt die Merkmale der vier Gruppendiskussionen.

Als Gesprächseinstieg diente eine Fallvignette, die ein Entscheidungsdilemma der Pflege beschrieb und mit einer offenen, erzählstimulierenden Frage verbunden war. In den Kliniken wurde geschildert, dass eine fixierte Patientin sich wieder beruhigt hatte und die Pflegefachperson bittet sie für einen Toilettengang zu defixieren, ein Arzt jedoch aktuell nicht erreichbar war. Im Gespräch der ambulant Pflegenden beschrieb die Vignette einen Patienten, der akut suizidal ist, aber sich in keinem Fall in die stationäre Behandlung begeben will.

Geprächsguppe Nr.	Einrichtung / Setting	Anzahl Diskutierende	Dauer des Gesprächs
GD 1	Klinik – privater Träger	6	85 min
GD 2	Klinik – kirchlicher Träger	5	85 min
GD 3	Klinik – öffentlich-rechtlicher Träger	4	75 min
GD 4	Pflegende aus 3 Ambulanten Pflegediensten	6	70 min

Tab. 1: Einige Merkmale der Gruppendiskussionen (im Folgenden „GD“)

Datenverarbeitung, Datenschutz und ethische Überlegungen

Die drei forschungsethischen Grundprinzipien Informierte Zustimmung, Anonymität und Schutz vor eventuellem Schaden der Teilnehmenden wurden gewährleistet. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet und pseudonymisiert transkribiert, so dass die Ergebnisdarstellung keinen Rückschluss auf die teilnehmenden Einrichtungen oder Personen zulässt. Da sie keiner vulnerablen Gruppe angehören und ein möglicher Schaden der Teilnehmenden nicht zu erwarten war, war ein Votum einer Ethikkommission nicht angezeigt.

Analyse

Die Dokumentarische Methode war für das Projekt besonders geeignet, da sie im Hinblick auf Gruppendiskussionen und zur Analyse kollektiver Orientierungsmuster entwickelt worden ist (Dorsch 2013: 396). In der Rekonstruktion der Performanz eines Gesprächs oder einer Interaktion werden die Handlungsorientierungen oder Orientierungsrahmen der Gruppe und deren Herstellungspraxis herausgearbeitet, wobei deutlich wird, mit welchen Erfahrungen bestimmte Orientierungen zusammenhängen (Bohnsack et al. 2013: 19). Dabei wird zwischen konjunktiven Gesprächspassagen (narrativen und beschreibenden Textsorten) und kommunikativ-generalisierenden bzw. theoretisierenden Passagen (argumentativen bzw. evaluativen Textsorten) unterschieden. Um zu vermeiden, dass die reflektierende Interpretation durch die Person der Interpretin geprägt wird, erfolgte für diesen Interpretationsschritt eine externe Validierung der Interpretationen durch eine zweite Forscherin.

Können bestimmte Sinnstrukturen oder Handlungsorientierungen in einer Gesprächspassage identifiziert werden, so wird anschließend über die komparative Analyse geprüft, ob diese nur im berichteten Kontext gelten oder allgemeingültig sind (d. h. dass sie für unterschiedliche Themen und Situationen sowie in allen Settings zutreffen).

Ziel des rekonstruktiven Verfahrens ist die Bildung von Typiken, in denen wesentliche (typische) Handlungsorientierungen vom erzählten situativen Kontext abstrahiert zum Ausdruck kommen. In der „Basistypik“ werden die übergreifend gültigen Handlungsorientierungen verdichtet und mehrere Dimensionen integriert. Dadurch zeigt die Basistypik soziale Zusammenhänge, die sich dann nicht mehr ohne weiteres in individualisierter Form darstellen lassen, sondern eine Regel oder einen Mechanismus repräsentieren, der von allgemeinerer Bedeutung ist (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014). Ergänzend zur Basistypik können weitere Orientierungen (und bei umfanglichem Material auch weitere Typiken) beschrieben werden, die abhängig von definierten Settings oder Situationen gültig sind.

3. Ergebnisse

3.1 Gruppendiskussionen

In allen Gruppendiskussionen wurde das Thema Verantwortung im selbstläufigen Diskurs facettenreich besprochen. Am häufigsten und längsten thematisiert waren Fragen der Sicherheit und Risikokontrolle, die Zusammenarbeit mit den Patient_innen, die Komplexität von Entscheidungen in Risikosituationen, die Bedeutung von Erfahrungswissen, die Personalsituation und andere Rahmenbedingungen sowie die (haftungs-)rechtliche Verantwortung.

Die Pflegeverantwortung wurde zwischen den Gruppen sehr unterschiedlich erlebt. Während die ambulant tätigen Pflegenden einheitlich einen weiten Handlungsraum beschrieben, zeigten sich Unterschiede nicht nur zu den Kliniken, sondern auch zwischen den Kliniken, und sogar zwischen einzelnen Stationen. Die im Abschnitt 3.2 beschriebenen übergreifend konsentierten Handlungsorientierungen werden im Abschnitt 3.3 zur Basistypik psychiatrischer Pflegeverantwortung verdichtet.

3.2 Übergreifend konsentierte Orientierungen

Orientierung: „Entscheidungsfähig durch Arbeitsbündnis“

Diese erste Orientierung beinhaltet, dass Pflegefachpersonen auf der Basis der Zusammenarbeit mit der Patientin/dem Patienten in Risikosituationen entscheiden können. Dies wird von den Teilnehmer_innen der GD 1 (vgl. Tabelle 1) direkt zu Beginn formuliert. Es ging um die in der Fallvignette aufgeworfene Situation, dass eine fixierte Patientin für den Toilettengang defixiert werden wollte.

W2: Also, äh, diese Frau hat ein Anliegen [6.00] und verspricht, anschließend wieder ins Bett zu gehen. Ähm, ich hatte, ähm, in meinem Arbeitsleben hier ähnliche Begegnungen

und, ähm, ich konnte mich dann auch spontan entscheiden, da auf das Versprechen einzugehen. [...]

Das Arbeitsbündnis als Basis von Entscheidungen in Risikosituationen wurde im Verlauf des Gesprächs durchgängig bestätigt, dabei wurden Voraussetzungen und Strategien konkretisiert. Auch die GD 2 bestätigte die Bedeutung des Arbeitsbündnisses in allen Erzählungen und Debatten. Gleichzeitig wurden mit dem „Safety-First-Gebot“ Grenzen dieser Orientierung verdeutlicht (s. u.). Eine Konkretisierung der Orientierung erfolgte, weil das Pflegesystem der Bezugspflege gute Arbeitsbündnisse mit den Patienten ermöglichen auf deren Basis bedeutsame Entscheidungen getroffen werden könnten. Auch in der GD 3 erzählten die Teilnehmenden, dass sie Risikosituationen auf Basis des Arbeitsbündnisses mit den Patient_innen bewältigt hätten.

Im der GD 4 (ambulant psychiatrisch Pflegenden) bildete die Feststellung, dass die Beziehungsebene die Einschätzung der Suizidalität ermöglicht, die erste konkludierende (übereinstimmend konsentierende) Orientierung.

[Z 39] W1 [...] Ähm, also für mich ist die Beziehungsebene da ganz wichtig. Wenn ich den Patienten schon kenne, ähm, glaub' ich schon, mit ihm auch verhandeln zu können, so, und, ähm, zu gucken, wie sieht's jetzt wirklich aus mit der Suizidalität [...]. [Z 53] Aber, ich glaub' schon, dass die Beziehungsebene, oder ich bin davon überzeugt durch meine Erfahrung, die sagt mir auch, dass die Beziehungsebene da ganz maßgeblich ist.

Orientierung: „Pflegerverantwortung ist komplex, facettenreich und erfordert Abgrenzung“

Die Komplexität und Vielfalt der Pflegerverantwortung wurden von allen Diskutierenden wahrgenommen; verantwortungsvolle Pflege wurde als herausfordernd erlebt. Teilweise war eine Abgrenzung gegenüber Aufgaben erforderlich, damit diese bewältigbar blieben. In der GD 2 beschreibt ein Teilnehmer:

M 2: [neben] sichergestellten PsychKG-Patienten [...] haben wir noch fünfzig andere Patienten, so. Ähm, das heißt, wir haben noch fünfzig andere Verantwortlichkeiten, ähm, mit teils, ähm, Schwerkranken oder sich in der Genesungsphase befindlichen Patienten, auch mit Schlafstörungen, mit irgendwelchen anderen Problemfeldern, ähm, die man nicht außer Acht lassen darf. Und dazu, wie gesagt, die Verantwortung auch für sich selbst, für die Pflegehelfer. [...] das ist alles, ähm, sehr viel komplexer und eng getakteter geworden und, ähm, schwieriger. [24.17]

Die Breite der Pflegerverantwortung wurde im Gespräch mehrfach explizit beschrieben und mehrfach wurde debattiert, dass es zu viel Verantwortung gäbe („man schafft nicht, fertig zu werden, muss man anfangen, Abstriche zu machen“ [Z 318]). Es bestand Konsens, dass das Ablehnen von Verantwortung als Strategie [ab Z 641] erforderlich sei, um sich zu schützen.

W1: [...] Und, ähm, also, ich habe versucht, immer gut Verantwortung zu übernehmen, aber ich musste auch [28.00] lernen, nicht verantwortlich zu sein für einige Dinge, um überhaupt noch, ähm, motiviert oder um überhaupt noch an der Arbeit zu überleben. [28.11]

Das Gespräch in GD 1 belegte die Komplexität der Verantwortung u. a. dadurch, dass Entscheidungen differenzierte Abwägungsprozesse brauchen, ein gemeinsames Konzept hilfreich sei und man Verantwortung lernen müsse. Die GD 3 fand einen Konsens, dass angesichts schwieriger Entscheidungen das gemeinschaftliche Entscheiden hilfreich und für den Einzelnen entlastend wäre. Auch die ambulant psychiatrisch Pflegenden erläuterten die Komplexität und Vielseitigkeit der Pflegeverantwortung häufig und mit vielen Beispielen aus Alltagssituationen.

Orientierung: „Verantwortung zu haben macht Spaß und beinhaltet Wertschätzung; ein beschnittener Handlungsrahmen ist belastend und kränkend“
Entscheidungs- und Gestaltungsräume zu haben wurde genussvoll erlebt und gab Pflegenden das Gefühl der Wertschätzung. Umgekehrt wurde es als kränkend erlebt, wenn diese beschnitten waren. Dies wurde insbesondere von den ambulant Pflegenden (GD 4) hervorgehoben:

W1: Also, mir macht dieser, ich mach' den Job ja jetzt schon seit zwanzig Jahren, und, ähm, ich, also, wenn ich das mal so, wenn ich mir das immer wieder so angucke, dann ist es tatsächlich, dass das, das ist grade so dieser Gestaltungsspielraum, den ich habe, ähm, in meinen Terminen. Dass ich also, ähm, selber gucken kann, was ich mit den, ähm, was ich den Klienten anbiete, ne, was ich mit den Klienten tue, wie ich die Beziehung gestalte. Und das ist, das hat für mich schon nen großen Wert. [1.06.00]

Schon vorher war vielfältig bestätigt worden, dass Verantwortung ein Gefühl der Bestätigung vermittele. Kompetenzen (im Sinne von Befugnissen) zu haben wurde explizit als wertschätzend beschrieben. Die weiteren Gruppendiskussionen bestätigten ebenfalls durch viele Erzählungen, dass Verantwortungsübernahme als erfüllend erlebt wurde. Dass die Bedingungen es oft nicht erlauben, den eigenen Ansprüchen an Verantwortung gerecht zu werden, frustrierte und wurde als kompetenzbeschneidend erlebt.

Weitere konsentiertere Orientierungsfiguren

Über die bislang explizit dargelegten Orientierungen zeigen sich weitere homologe, fallübergreifend gültige Sinnstrukturen (Orientierungsfiguren). Obschon Verantwortung zu haben gewünscht war und als erfüllend und beglückend erlebt wurde, bestand Konsens, dass vor einer Ausweitung der Befugnisse die Voraussetzungen geklärt sein müssen. Dies betrifft u. a. Kompetenzen, Sicherheit und einen angemessenen Umgang mit Fehlentscheidungen; vor allem müssten die personellen Voraussetzungen (auch im Nachtdienst) erfüllt sein. Neben der hohen Bedeutung des Erfahrungswissens wird eine positive Zusammenarbeit innerhalb des multiprofessionellen Teams als sehr unterstützend eingeschätzt.

3.3 Basistypik der psychiatrischen Pflegeverantwortung

Auf der Basis eines guten Bündnisses mit den Patient_innen sind patientenorientierte Pflegeentscheidungen auch in Risikosituationen möglich. Diese und weitere Aspekte

der Pflegeverantwortung stellen komplexe Herausforderungen dar und erfordern die Anwendung verschiedener Strategien und das Einbringen von Erfahrungswissen. Wenn Pflegefachpersonen keinerlei Entscheidungsbefugnisse für Situationen haben, in denen sie gut Entscheidungen im Patienteninteresse treffen könnten, spüren sie ein Dilemma. Im hohen emotionalen Engagement für die Befriedigung der Patientenbedürfnisse zeigt sich die Grundhaltung der Fürsorge. Sofern Handlungsräume für die Pflege bestehen und diese nicht überfordernd sind, werden sie genussvoll und wertschätzend erlebt. Zu viele Verantwortlichkeiten im Kontext mit mangelnden Voraussetzungen führen jedoch zum Gefühl der Überforderung oder zur Zurückweisung von Verantwortung. Hierbei spielt die gegebene Personalsituation eine große Rolle. Nur wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, ist eine Ausweitung der Entscheidungsbefugnisse möglich und gewünscht.

3.4 Settingabhängige Orientierungen

Neben den über alle Gruppen hinweg konsentierten Orientierungen gab es Themen und Aussagen, deren Gültigkeit oder Bedeutung abhängig vom Setting war. So wurde das Thema der Rückgabe von Verantwortung an die Patientin/den Patienten nur in der APP explizit behandelt und war dort der zentrale Aspekt. In allen Kliniken beschrieben die Diskutierenden ihr Dilemmaerleben, wenn im Namen der Sicherheit gegen den Patientenwillen gehandelt wurde; dies hatte in der APP marginale Bedeutung. Darüber hinaus gab es Orientierungen, die nur in einer von drei Kliniken konkludiert wurden und somit Besonderheiten einer Klinikkultur aufzeigen. Solche Unterschiede belegen die kontextabhängigen Aspekte der Pflegeverantwortung. Das Datenmaterial erlaubte, einige Orientierungen dem stationären oder ambulanten Setting klar zuzuordnen, zumal sich der Handlungsauftrag und die Rahmenbedingungen der stationären und der ambulanten psychiatrischen Pflege sehr unterscheiden. Die Kliniken müssen Schutz gefährdeter Patient_innen rund um die Uhr gewährleisten, während dies in der ambulanten Situation nicht möglich ist.

Orientierung: „souverän bei klar abgrenzbarem Handlungsrahmen“

Ambulant psychiatrisch Pflegende sind in der Regel „allein vor Ort“ und müssen in vielfältigsten Situationen ohne Rücksprachemöglichkeit entscheiden. Trotz seiner Breite oszilliert der Verantwortungsrahmen innerhalb klarer Grenzen. Der ärztlich verordnete Umfang der ambulanten Pflege stellt eine Begrenzung des Hilfeangebots dar. Pflegende können sich durch die Hinzuziehung des Facharztes entlasten. Am deutlichsten begrenzt die Rückgabe der Verantwortung an die Patient_innen den pflegerischen Handlungsrahmen.

Orientierung: „Dilemmaerleben bei ausgeprägtem Sicherheitsparadigma“

Eine starke oder gar starre Orientierung am Sicherheitsgedanken führt oft zu Entscheidungen gegen das Patienteninteresse, wie eine Passage aus der Gruppendiskussion 2 verdeutlicht.

M 2: Kenne ich auch. Ähm, auch oft erlebt diese Situation. [...] Ich habe eine Verantwortung der Patientin gegenüber, ähm, den rechtlichen Rahmenbedingungen gegenüber, mir selber gegenüber, der Station gegenüber, würde ich alles so miteinander abgleichen und dann eine Entscheidung treffen. Aber in jedem Fall würde ich die Situation kontrolliert halten wollen und, ähm, safety first, ja, genau. [6.31]

Als relevantester Faktor für eine Bedrohung der Sicherheit wurde die Personalsituation genannt. Die Diskutant_innen schilderten Situationen, in denen restriktive Maßnahmen durchgeführt wurden, die bei höherer Personalbesetzung nicht erforderlich gewesen wären.

Konkludiert wurde, dass Sorgen vor Kontrollverlust restriktive Maßnahmen rechtfertigen. Relevant dabei sind (neben der Personalausstattung) die Qualität der multiprofessionellen Zusammenarbeit, die Fehlerkultur der Klinik und die (defizitäre) konzeptuelle Klarheit.

4. Diskussion

4.1 Dringlichkeiten und Handlungsmöglichkeiten

Verantwortung dient der Kontrolle von Risiken; gerade in psychiatrischen Kliniken besteht die Aufgabe, Menschen in Gefährdungssituationen vor sich selbst und anderen zu schützen. In der Praxis suchen Pflegende Lösungen zwischen rigidem Sicherheitsparadigma und Patientenorientierung (Bjorkdahl et al. 2010). Die Gruppendiskussionen zeigten, dass es häufig vermeidbare Aspekte waren, welche die Realisierbarkeit der Patientenorientierung einschränkten, vorrangig die Personalbesetzung. Auch Übergriffe und Zwangsmaßnahmen stehen mit der Personalbesetzung in Verbindung (Nienaber et al. 2018). Vielerorts verhindern dienstrechtliche Bestimmungen, dass Pflegefachpersonen über Lockerungen oder Beendigungen von restriktiven Maßnahmen entscheiden, selbst bei Nichterreichbarkeit des Arztes. Es ist unabdingbar, dass diejenige Personengruppe, welche die Patient_innen während der Zwangsmaßnahme begleitet, auch über deren Beendigung (mit-)entscheiden kann (was der aktuellen Leitlinienempfehlung entspräche, siehe DGPPN 2018).

Im ambulanten Setting stellt die Eigenverantwortung der Patient_innen eine zentrale Orientierung dar. Erstaunlicherweise wurde diese in keinem der Gespräche in den Kliniken zur Sprache gebracht. Angesichts der Bedeutung von Empowerment und Selbstmanagementförderung als wesentliche Bestandteile einer zeitgemäßen recoveryorientierten psychiatrischen Versorgung (DGPPN 2019) besteht auch hier dringlicher Handlungsbedarf. Pflegende, die sich für die Pflegeergebnisse persönlich verantwortlich fühlen, können Empowerment-Prozesse besser unterstützen (Knuf 2006; Kuokkanen, Leino-Kilpi 2001).

Die Diskutierenden nannten konzeptuelle Klarheit und eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit als Voraussetzung für Verantwortungsübernahme. Auch die Etablierung von Primary Nursing bzw. Bezugspflege wurde als sehr hilfreich bestätigt.

In der Alltagspraxis verursachen konzeptuelle Unschärfen Stress und schwächen die Position der Pflege im multiprofessionellen Diskurs (Delaney, Johnson 2014). Dagegen wurde die gelebte Fehlerkultur als erleichternd für Pflegeentscheidungen angesehen. In der ambulanten psychiatrischen Pflege erleichtert der gute geklärte Handlungsrahmen die Verantwortungsübernahme, obschon die individuelle Verantwortung der Mitarbeitenden sehr hoch ist. In den Kliniken sind die Handlungsspielräume der Pflegefachpersonen hingegen sehr heterogen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass viele Voraussetzungen für die Übernahme von Verantwortung v. a. in den Kliniken nicht gegeben sind. Teilweise müssen Pflegefachpersonen zum Selbstschutz Verantwortung zurückweisen, wie dies auch Gabrielsson et al. (2016) festgestellt haben. Gleichzeitig hätte gerade in den Kliniken das Management viele Möglichkeiten, die Verantwortung der Pflegefachpersonen zu erhöhen. Ein gutes Beispiel sind sogenannte Magnet-Hospitals, in denen die „shared governance“, die geteilte Macht, eine zentrale Strategie darstellt. Magnet Hospitals belegen, dass mehr Patientenpartizipation und die Erhöhung der Handlungsautonomie aller Mitarbeiter_innen und die Verbesserung der Behandlung gleichzeitig erreicht werden können (Schweiger 2017).

4.2 Stärken und Limitationen der Studie

Die Forschungsfrage war relevant und wurde mit aussagefähigen Ergebnissen beantwortet. Das Design und die Verfahren der Erhebung und Auswertung waren geeignet. Das Sampling bildete die heterogene Untersuchungspopulation hinsichtlich zentraler objektiver Merkmale angemessen ab. Jedoch wies die Mehrheit der Teilnehmenden langjährige Berufserfahrung auf, nur drei Personen waren weniger als 5 Jahre examiniert. Außerdem war die Teilnahme freiwillig und vermutlich waren weniger reflexionsfreudige Pflegefachpersonen nicht zur Mitwirkung bereit. Damit bleibt offen, ob sie andere Perspektiven zum Thema eingebracht hätten.

Da die Besonderheiten eines Falles gerade vor dem Hintergrund des Vergleichs mit anderen Fällen deutlich werden, muss die Anzahl von nur vier Gruppendiskussionen als Limitation angesehen werden. Die Entwicklung der Basistypik auf der Basis minimaler Kontraste innerhalb der Diskurse und zwischen den Gruppen war noch gut möglich; daher können diese Ergebnisse als generalisierbar angesehen werden. Mit weiteren Fällen hätte die Basistypik jedoch vermutlich deutlich konturierter dargestellt werden können.

Spannend und geeignet für die maximale Kontrastierung war der Vergleich zwischen dem stationären und dem ambulanten Setting. Dieser Schritt erfordert, dass sehr klare und mehrfach bestätigte (und zwischen den Settings divergente) Orientierungen an mehreren Stellen belegbar sind. Hier konnten aufgrund der begrenzten Datenmenge nur wenige als verlässlich geltende Ergebnisse abgeleitet werden.

Auch wenn von einer grundsätzlichen Validität im Sinne der Übereinstimmung mit „Common-Sense-Konstruktionen“ der Untersuchten auszugehen ist (Przyborski,

Wohlrab-Sahr 2014: 22ff.), sind weitere zukünftige Verfahren zur inhaltlichen Validierung der Ergebnisse wünschenswert.

Erkenntnisgenerierend in der rekonstruktiven Forschung ist der Vergleich. In der Dokumentarischen Methode ist schon die Sequenzanalyse vergleichend, weiter hat die komparative Analyse neben der erkenntnisgenerierenden auch eine erkenntnis kontrollierende Funktion (Nohl 2013). Durch methodentreues Arbeiten lässt sich die Reproduktionsgesetzlichkeit gut belegen und intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleisten.

5. Fazit

Das wichtigste Ergebnis dieser Arbeit ist, dass die grundsätzliche Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegenden deutlich bejaht werden kann. Die heterogene Praxis der gelebten Verantwortung ist allerdings fachlich nicht begründbar und erfordert weitere Prüfungen.

Die Tatsache, dass restriktive Maßnahmen aufgrund von Personalmangel durchgeführt oder aufrechterhalten werden, ist unvereinbar mit allgemeinen Grundrechten. Dieser Sachverhalt muss dringend reflektiert, thematisiert und im jeweiligen Kontext geklärt werden.

Die Beschneidung der Handlungsräume von engagierten Pflegefachpersonen – insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels – erscheint geradezu paradox. Kompetente, befugte und verantwortliche Pflege ist erforderlich, damit einerseits angewiesene Patient_innen angemessene Hilfen erhalten, und andererseits um die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen zu gewährleisten. Es ist viel zu tun, um mehr Pflegeverantwortung zu ermöglichen!

Literatur

- Arndt, M. (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart: Thieme
- Beauchamp, T.; Childress, J. (2013): Principles of Biomedical Ethics (7th ed.). New York: Oxford.
- Benner, P.; Tanner, C. A.; Chesla, C. A.; Dreyfus, H. L. (2000): Pflegeexperten: Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern: Huber
- Bjorkdahl, A.; Palmstierna, T.; Hansebo, G. (2010): The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(6), 510–518
- Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS
- Bräutigam, C. (2002): Professionelles Situationsverstehen im Pflegeprozess: Ein analytischer und phänomenologischer Zugang im Vergleich. Bochum: Evang. Fachhochsch. Rheinland-Westfalen-Lippe
- Bundesgesetzblatt (2017). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Teil I, (49), 2581
- Delaney, K. R.; Johnson, M. E. (2014): Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: what is important to staff? In: Journal of the American Psychiatric Nurses Association 20(2), 125–137

- DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2018): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Langversion). <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>, Stand 2020-01-20
- DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2019): S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (Langversion). <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>, Stand 2020-01-20
- Dörner, K.; Plog, U.; Bock, T.; Brieger, P.; Heinz, A.; Wendt, F. (Hrsg.) (2017): *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag
- Dorsch, F. (Hrsg.) (2013): *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (16. Aufl.). Bern: Huber.
- Friesacher, H. (2016): Professionalisierung und Caring - passt das überhaupt zusammen. In: Kleibel, V. & Urban-Huser, C. (Hrsg.): *Caring - Pflicht oder Kür? Gestaltungsspielräume für eine fürsorgliche Pflegepraxis*. Wien: Facultas-Verlag, 55-71
- Gabrielsson, S.; Sävenstedt, S.; Olsson, M. (2016): Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. In: *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434-443
- Gahlings, U. (2014): Ethik der Fürsorge. In G. Böhme (Hrsg.): *Pflegenotstand: der humane Rest*. Bielefeld: Aisthesis-Verlag, 33-65
- Gromann, P. (2014): Schlüsselqualifikationen für psychiatrisches Handeln - gibt es das? In: P. Gromann (Hrsg.): *Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie: Vol. 3. Schlüsselkompetenzen für die psychiatrische Arbeit*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 7-14
- Hoff, E.-H. (2001): Verantwortung. In: Wenniger, G. (Hrsg.): *Lexikon der Psychologie in fünf Bänden: Vierter Band*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 383-386
- Kaufmann, F.X. (1992): *Der Ruf nach Verantwortung. Risiko und Ethik in einer unüberschaubaren Welt*. Freiburg: Herder
- Knuf, A. (2006): *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Kuokkanen, L.; Leino-Kilpi, H. (2001): The qualities of an empowered nurse and the factors involved. In: *Journal of Nursing Management*, 9(5), 273-280
- Manthey, M. (2011): *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern: Huber
- Manuel, J.; Crowe, M. (2014): Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: a descriptive, qualitative study. In: *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 336-343
- Mitchell, G. J. (2001): A qualitative study exploring how qualified mental health nurses deal with incidents that conflict with their accountability. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 241-248
- Nienaber, A.; Heinz, A.; Rapp, M.A.; Bempohl, F.; Schulz, M.; Behrens, J.; Löhr, M. (2018): Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. *Nervenarzt* 89, 821-827
- Nohl, A.M. (2013): *Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich. Neue Wege der dokumentarischen Methode*. Wiesbaden: Springer VS
- ICN, International Council of Nurses - ICN. (2002): Definition der Pflege. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf>. Stand 2020-04-01
- Przyborski, A.; Wohlrab-Sahar, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). München: Oldenbourg
- Sauter, D.; Rixe, J. (2016). Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege. In: *Psychiatrische Pflege*, 1(1), 37-40
- Schaeffer, D. (2011): Professionalisierung der Pflege - Verheißungen und Realität. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 65(5-6), 30-37
- Schnepf, W. (2006): Verantwortlichkeit und professionelle Pflege: Verantwortung: wem gegenüber? eine persönliche Sicht. In: *Die Schwester, Der Pfleger*, 45(8), 638
- Tewes, R. (2002). *Pflegerische Verantwortung: Eine empirische Studie über pflegerische Verantwortung und ihre Zusammenhänge zur Pflegekultur und zum beruflichen Selbstkonzept*. Bern: Huber

- Toda, Y.; Sakamoto, M.; Tagaya, A.; Takahashi, M.; Davis A.J. (2015): Patient advocacy: Japanese psychiatric nurses recognizing necessity for intervention. In: *Nursing Ethics*, 22(7), 765-77
- Schweiger, J. (2017) Das Magnet-Krankenhaus — Anziehend durch Qualität und Transparenz. In: *Pflegezeit-schrift* 70(6), 18-21
- Tewes, R. (2008). Primary Nursing - das ungeahnte Powerpaket. In: *Die Schwester, Der Pfleger*, 47(11), 1031–1033
- VfP, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2015): Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Bern. http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/31758_1_dl_expertenbericht%20deutsch.pdf, Stand 2020-01-20
- Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Weinmann, S. (2016): Risiken und Verantwortung in der klinischen Praxis: Ermutigungen und Abwägungen aus ärztlicher Sicht. In: *Die Kerbe*, 34(4), 20–25

Dorothea Sauter, MSc

LWL-Klinik Münster, Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster
dorothea.sauter@lwl.org (Korrespondenzadresse)

Jaqueline Rixe, MSc

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Haus Gilead IV, Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld
jacqueline.rixe@evkb.de

Dr. Gertrud M. Ayerle

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale)
gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Interessenkonflikterklärung und Informationen
Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Diese hier vorgestellte Studie wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes und einer Masterarbeit in Pflege- und Gesundheitswissenschaften durchgeführt. Die Masterarbeit von Dorothea Sauter mit dem Titel „Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegender – Eine qualitative Studie“ wurde vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle zur Publikation in der Springer-Reihe „best of pflege“ vorgeschlagen und vom Springerverlag als prämierter Beitrag angenommen und 2018 publiziert <https://www.springer.com/de/book/9783658202064>.

Beiträge

Sandra Tschupke

Pflegestudiengänge für beruflich Qualifizierte – Ergebnisse einer Programmanalyse zu Strukturen, Inhalten, Lernergebnissen und Zielen

German study programs in nursing for the professionally qualified - Results of a program analysis of organization, contents, learning outcomes and objectives

In the last 15 years nationwide numerous study programs in nursing have been established for vocationally qualified nurses to qualify them for direct nursing practise and care. The literature often refers to the heterogeneity of study programs in nursing. Therefore there are substantial problems with the transparency regarding the organization of study programs as well as uncertainties regarding the contents and the competences that should be acquired in these study programs. A systematic analysis of study programs in nursing practice or nursing science for vocationally qualified students did not exist so far. Hence, a program analysis of nursing-related study programs for vocationally qualified nurses focussing on organization, contents, learning outcome and objectives, which is the basis of the following contribution, is relevant. The results of the program analysis show, to some extent, a substantial scope of interpretation regarding the aspects related to the contents, learning outcome and objectives formulated in the study programs. Hence, comparing the competences formulated in the study programs, systematic differences between Bachelor programs and Master programs are often not recognizable.

Keywords

nursing studies, vocationally qualified students, nursing professions, program analysis

In den letzten 15 Jahren sind bundesweit zahlreiche Pflegestudiengänge für beruflich Qualifizierte eingerichtet worden, die Pflegefachpersonen für die direkte Pflegepraxis und Versorgung qualifizieren sollen. In der Literatur wird vielfach auf die Heterogenität von Pflegestudiengängen hingewiesen. So bestehen erhebliche Transparenzprobleme bezüglich der Strukturen von Studienangeboten sowie Unsicherheiten in Bezug auf die Studieninhalte und die in Pflegestudiengängen zu erwerbenden Kompetenzen. Eine systematische Analyse von Pflegestudiengängen für beruflich Qualifizierte existierte bislang nicht. Demzufolge ergibt sich die Relevanz für eine Programmanalyse pflegebezogener Studiengänge für beruflich qualifizierte Pflegefachkräfte mit dem Fokus auf Strukturen,

eingereicht 27.04.2019

akzeptiert 01.07.2019

Inhalte sowie Lernergebnisse und Ziele, die den Gegenstand des vorliegenden Beitrags bildet. Die Ergebnisse der Programmanalyse¹ zeigen einen teils erheblichen Interpretationsspielraum in Bezug auf die in den Studienprogrammen formulierten inhaltlichen sowie lernergebnis- und zielbezogenen Aspekte. Daraus folgt, dass hinsichtlich der in den Programmen formulierten Kompetenzen oftmals keine systematischen Unterschiede zwischen Bachelor- und Masterstudienangeboten erkennbar werden.

Schlüsselwörter

Pflegestudiengänge, Pflegestudium, beruflich qualifizierte Studierende, Pflegeberufe, Programmanalyse

1. Einleitung und Erkenntnisinteresse

Seit Beginn der Akademisierung in den 1990er Jahren werden in Deutschland Studiengänge für Pflegefachpersonen eingerichtet (Kälble 2013: 1129). Jährlich kommen neue Angebote hinzu (Heylmann 2015: 173). Während sich bis in die 2000er Jahren vor allem weiterbildende Studienangebote in den Bereichen Pflegemanagement und -pädagogik etablierten, entstanden seit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2004 sowohl primärqualifizierende Studiengänge als auch Angebote für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen, die (Nachwuchs-)Fachkräfte als sogenannte „reflective practitioners“² für die direkte Pflegepraxis und Versorgung qualifizieren sollen (Kälble 2013: 1130).

Die zunehmende Relevanz für die Weiterentwicklung und Etablierung von pflegebezogenen Studienangeboten für beruflich qualifizierte Pflegefachkräfte wird einerseits vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen befördert. Andererseits rücken bildungsprogrammatische Qualifizierungsinitiativen beruflich qualifizierte Zielgruppen in den Fokus hochschulischer Bildungsangebote. In diesem Zusammenhang formuliert der Wissenschaftsrat (WR 2012: 49f.) in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen: „Wie das Gesundheitswesen unterliegen auch das deutsche Wissenschaftssystem und mit ihm die Hochschullandschaft gravierenden Veränderungen. Zu den im Kontext dieser Empfehlung wichtigsten zählen die wachsende gesellschaftliche Beteiligung an hochschulischer Bildung und die damit zusammenhängende Notwendigkeit für die Hochschulen, sich für neue gesellschaftliche Gruppen zu öffnen und entsprechend attraktive Studienangebote zu entwickeln [...]. Diese Veränderungen berühren die hochschulische Qualifizierung für Berufe der Gesundheitsversorgung in besonderer Art und Weise.“ Folglich gewinnen Fragen der Bedarfs- und Zielgruppenorientierung für die (Weiter-)Entwicklung von pflegebezogenen Studienangeboten für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen an Bedeutung.

1 In Bezug auf die in diesem Beitrag zugrunde liegende Programmanalyse besteht kein Interessenkonflikt. Auf ein ethisches Votum konnte verzichtet werden.

2 Der Bezeichnung des „reflective practitioners“ liegt das gleichnamige Konzept von Schön (1983) zugrunde, auf welches sich u. a. der Wissenschaftsrat (WR 2012) bezieht.

An Pflegestudiengänge und Pflegeakademiker_innen werden aus unterschiedlichen Perspektiven (Pflegefachkräfte, Arbeitgebende, Gesellschaftspolitik, Berufspolitik oder pflegewissenschaftlicher Fachgesellschaften) teils diametrale Erwartungen gestellt, welche sich im Spannungsfeld zwischen der Sicherung des Fachkräftebedarfs sowie der Versorgungsqualität einerseits und der „Fluchtakademisierung“ im Berufsfeld der Pflege andererseits bewegen. Dabei stellt sich die Erwartungshaltung einzelner Gruppen keinesfalls immer eindeutig dar (Tschupke 2019: 54). Zwar wird berufserfahrenen Pflegefachpersonen mit einer akademischen Qualifikation eine Schlüsselposition im Kontext der Bewältigung der aktuellen und zukünftigen Anforderungen im Gesundheitswesen zugesprochen (vgl. Darmann Finck 2016: 364). Auch scheint der Bedarf für Pflegeakademiker_innen überwiegend unstrittig³ und das Interesse an Studiengängen für beruflich qualifizierte Pflegefachkräfte gegeben (vgl. Tschupke 2019: 54ff.) Trotzdem bestehen nach wie vor erhebliche Unsicherheiten in Bezug auf die Studieninhalte, die in Pflegestudiengängen zu erwerbenden Kompetenzen oder die Einsatzbereiche von Absolvent_innen sowie Transparenzprobleme bezüglich der Strukturen von weiterbildenden Studienangeboten. Entgegen der theoretisch-differenzierten Systematik zwischen primärqualifizierenden und weiterbildenden Studienformaten sowie pflegerischen Studienrichtungen (Pflege bzw. Pflegepraxis, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik), wird in der Literatur vielfach auf die Heterogenität von Pflegestudiengängen hingewiesen (vgl. Heeskens und Hardegen 2018; Kälble 2017; Lademann et al. 2016; DBfK 2015; Simon und Flaiz 2015; Darmann-Finck et al. 2014; Hülsken-Giesler und Korporal 2013; Lehmeier und Schleinschok 2011). Nach Hülsken-Giesler und Korporal (2013: 4) führt die Heterogenität der Studienangebote dazu, dass sich sogar für Akteure im Gesundheitswesen Probleme in Bezug auf die Transparenz der Strukturen, Inhalte sowie zu erwerbenden Kompetenzen und Qualifikationen ergeben. Für Zielgruppen weiterbildender Pflegestudiengänge ist das Angebot demzufolge kaum überschaubar.

Obwohl multiperspektivisch-heterogene Erwartungen und Diskurse im Kontext der Akademisierung der Pflege in den letzten Jahren Erkenntnis, Ausgangspunkt und/oder Gegenstand unterschiedlicher Untersuchungen sowie Empfehlungen waren und in der Literatur wiederholt auf die bestehende Intransparenz und Heterogenität von pflegebezogenen Studiengängen⁴ für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen hingewiesen wurde, erfolgt überwiegend keine trennscharfe Thematisierung von pflegebezogenen Studienangeboten oder den Zielgruppen dieser. Eine systematische Analyse von Pflegestudiengängen für beruflich Qualifizierte mit dem Fokus auf Zielgruppen und Angebotsprofile existierte bislang nicht. Ausgehend von dieser Forschungslücke, begründet sich die Relevanz für eine Programmanalyse pflegebezogener Studiengänge für beruflich qualifizierte Pflegefachkräfte, die im Rahmen des Disserta-

3 Kritische Stimmen kommen primär aus den Reihen der Ärzteschaft (vgl. Windhorst o.J.). Jedoch zeigt sich in unterschiedlichen Studien auch aus der eigenen Berufsgruppe eine ablehnende Haltung gegenüber akademisch qualifizierten Kolleg*innen (vgl. Linden et al. 2018; Simon und Flaiz 2015; Blum et al. 2014).

4 Unter der Bezeichnung pflegebezogener Studiengänge wird die Gesamtheit pflegepraktischer und pflegewissenschaftlicher Studiengänge verstanden, wobei pflegepädagogische Studiengänge sowie Studiengänge, die dem Bereich des Pflegemanagements zugeordnet werden können, bewusst ausgeschlossen werden.

tionsprojektes der Autorin an der Universität Bielefeld realisiert wurde. Das zielstellende Erkenntnisinteresse des Dissertationsprojektes lag u. a. auf organisatorischen und strukturellen, inhaltlichen sowie lernergebnis- und zielorientierten Merkmalen, die in den Studienprogrammen beschrieben werden und den Gegenstand des vorliegenden Beitrags bilden.

2. Forschungsmethodischer Zugang und methodisches Vorgehen

Für die Analyse der Organisation und Strukturen, Inhalte sowie Lernergebnisse und Ziele pflegebezogener Studiengänge stellen Studienprogramme einen zentralen Forschungsgegenstand dar. Nach Nolda (1998: 212) liegt der originäre Zweck von Programmen in der Information für Interessent_innen, „[...] *die sich auf Grundlage der angegebenen Daten allgemein über das Angebot entscheiden können*“. Programme spielen als Gegenstand der Weiterbildungsforschung eine zentrale Rolle. So beschreibt Nuissl (2010: 173) die Methode der Programmanalyse als „[...] *einzigste wirklich weiterbildungsspezifische Forschungsmethode, die sich dem in der Weiterbildung konstituierenden Produkt ‚Programm‘ widmet*“. Der Argumentation folgend und ausgehend von der Annahme, dass Studiengänge für beruflich Qualifizierte der Logik der Weiterbildung entsprechen, fand der methodische Ansatz der Programmanalyse für die Untersuchung von pflegebezogenen Studienprogrammen Anwendung. Die Programmanalyse wurde in Anlehnung an Nolda (2018: 439f.) über eine unmittelbare Programmanalyse veröffentlichter Studienprogramme als Querschnittsuntersuchung realisiert.⁵ Es wurden alle pflegebezogenen Studienangebote für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen in Deutschland im Januar 2017 in die Analyse einbezogen (n=42). Die Auswahl der Fälle erfolgte auf Grundlage einer systematischen Recherche auf dem Informationsportal der Hochschulrektorenkonferenz „Hochschulkompass.de“. Berücksichtigt wurden Bachelorstudiengänge (n=32) sowie Masterstudiengänge (n=10) für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen, auch dann, wenn weitere, nicht-pflegebezogene Berufsgruppen zugangsberechtigt sind. Darüber hinaus wurden Bachelorstudiengänge einbezogen, die sowohl als primärqualifizierende Formate angeboten werden als auch für beruflich qualifizierte Zielgruppen geöffnet sind (n=11). Konsekutive Masterstudienangebote wurden dann berücksichtigt, wenn ein pflegeberuflicher Hochschulabschluss vorausgesetzt wird oder das Masterstudium durch seine Organisation eine Berufstätigkeit neben dem Studium ermöglicht. Ausgehend von der zentralen Informationsfunktion für Zielgruppen wurden die Gesamtheit der öffentlich zugänglichen Studiengangflyer sowie die Informationen der Internetseiten – als Studienprogramme – für die Programmanalyse herangezogen. Insgesamt wurden 119 Dokumente in die Programmanalyse eingeschlossen. Die Dokumente wurden durch die Vergabe von Identifikationsnummern strukturiert und zu Dokumentengruppen je Fall zusammengeführt. Für die Analyse pflegebezogener Studiengänge für beruflich Qualifizierte

5 Da Programme zunächst ein Leistungsversprechen darstellen und dadurch „[...] nicht mit der Realität der tatsächlichen durchgeführten Veranstaltungen identisch [...]“ (Nolda 2018: 434) sein müssen, sei darauf hingewiesen, dass die Erkenntnisse der Programmanalyse zunächst einmal realitätsunabhängig zu bewerten sind.

wurde die Programmanalyse als methodischer Ansatz im Kontext eines qualitativen Forschungsparadigmas fokussiert. Die Analyse der Studienprogramme erfolgte softwaregestützt mittels MAXQDA 2018 anhand einer inhaltlich strukturierenden sowie typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse⁶ in Anlehnung an Kuckartz (2016). Die Kategorienbildung erfolgte im Sinne eines deduktiv-induktiven Vorgehens. Für die Bildung der Kategorien sowie die Analyse der Studienprogramme wurden u. a. das „Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge“ von Hülsken-Giesler et al. (2010), der „Fachqualifikationsrahmen Pflege für hochschulische Bildung“ (FQR Pflege) von Hülsken-Giesler und Korporal (2013) sowie das Modell der Advanced Nursing Practice (ANP) von Hamric (2005) zugrunde gelegt.

Der Fokus der nachfolgenden Darstellungen liegt auf den Ergebnissen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse zur Organisation und den Strukturen, der inhaltlichen Ausrichtung sowie den Lernergebnissen und Zielen pflegebezogener Studienangebote für beruflich Qualifizierte.⁷

3. Ergebnisse

3.1 Organisation und Strukturen

3.1.1 Hochschulen und Angebote

Die insgesamt 42 analysierten Pflegestudiengänge werden an 34 unterschiedlichen, staatlich anerkannten Hochschulen angeboten. Sechs Hochschulen bieten zwei und eine Hochschule drei pflegebezogene Studiengänge für beruflich Qualifizierte an. Überwiegend entfallen die Pflegestudiengänge auf Fachhochschulen (n=30). Zehn Studienangebote werden von Universitäten angeboten. In je einem Fall ist eine Duale Hochschule oder Medical School Anbieter des Pflegestudiums. Von den fachhochschulischen Pflegestudiengängen schließen 25 mit einem Bachelor- und fünf mit einem Masterabschluss ab. Jeweils fünf Studiengänge von Universitäten entfallen auf Bachelor- bzw. Masterangebote. Das Angebot der Dualen Hochschule sowie der Medical School enden mit der Vergabe eines Bachelorabschlusses.

Die Hälfte der 42 Pflegestudiengänge liegt im Angebotsportfolio von staatlichen Hochschulen, etwas weniger als jedes dritte Studienangebot wird von konfessionellen und knapp jedes fünfte von privaten Hochschulen angeboten. Die relative Verteilung von fachhochschulischen und universitären Angeboten ist zwischen staatlichen, konfessionellen und privaten Hochschulträgern ausgeglichen. Mehrheitlich ist das Studienangebot an Fakultäten, Fachbereichen bzw. Departments für Soziales, Pflege

6 Es wurden merkmalsinhomogene Aspekte herausgearbeitet und für die Bildung eines strukturellen Rahmens, eines inhaltlichen Profils, eines Profils der Lernergebnisse und Ziele sowie eines Profils beruflicher Perspektiven zugrunde gelegt. Auf Grundlage der Profile erfolgte die Konstruktion einer merkmalsheterogenen Angebotstypologie von pflegebezogenen Studienangeboten (vgl. Tschupke 2019).

7 Die Ergebnisdarstellung der Programmanalyse ist stark verkürzt. Aus diesem Grund wird eine ausdrückliche Einladung ausgesprochen, das (vor-)codierten Datenmaterial bei der Autorin anzufordern und auch für weitere Forschungsprojekte zu nutzen.

und/oder Gesundheit angegliedert. Vergleichsweise selten werden pflegebezogene Studiengänge an einer wirtschaftlichen bzw. ökonomischen oder medizinischen Fakultät bzw. einem Fachbereich angeboten.

In jedem vierten Studienprogramm wird die Anzahl der zur Verfügung stehenden Studienplätze benannt, wobei die Spannweite mit 15 bis 145 Studienplätzen erheblich ist. Auch die Bezeichnungen der Studiengänge variieren teils erheblich voneinander. So werden Studienangebote mit den Bezeichnungen Advanced Nursing Practice; (Health:) Angewandte Pflegewissenschaft/en; Evidence based Health Care; Geriatriische Therapie, Rehabilitation und Pflege; Gesundheit und Pflege; Gesundheits- und Pflegewissenschaften; Innovative Pflegepraxis oder Versorgungskonzepte; Intensivierte Fachpflege; Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management; Medizinalfachberufe; Palliative Care; Pflege; Pflege- und Casemanagement; Pflege/Pflegemanagement; Pflegeexpertise; Pflegewissenschaft; Pflegewissenschaften/Pflegemanagement; Physician Assistant/Medizinassistent; (Psychische Gesundheit-)Psychiatrische Pflege sowie Versorgungsmanagement für Menschen im Alter in die Programmanalyse einbezogen. Zumeist werden die Studiengangbezeichnungen der (Angewandten) Pflegewissenschaft(en) und der Pflege verwendet.

Aussagen zur erfolgreichen Akkreditierung oder Reakkreditierung werden in über der Hälfte der Studienprogramme getroffen. Eine in Vorbereitung befindliche Akkreditierung wird vereinzelt beschrieben. In keinem der Studienprogramme wird genannt, dass eine Akkreditierung ohne Erfolg geblieben ist oder nur unter Auflagen erfolgte.

3.1.2 Studienformate, Regelstudienzeit und Workload

Das Studienformat wird in den Programmen überwiegend mit mehr als einer Bezeichnung charakterisiert. Am häufigsten werden das berufsbegleitende Studium, das Vollzeit- oder das Teilzeitstudium benannt. Seltener werden die Bezeichnungen des Präsenzstudiums, des (nicht-)konsekutiven, dualen, weiterbildenden oder grundständigen Studiums bzw. Erststudiums sowie des Fernstudiums in den Programmen aufgeführt. Vor allem als berufsbegleitend studierbar charakterisierte Formate werden auch als Vollzeit- oder Kompaktstudiengänge, Teilzeit-, Weiterbildungs- oder Fernstudium sowie duale, konsekutive oder nicht-konsekutive Formate bezeichnet. Erläuterung, die Rückschlüsse auf die Differenzierung der Studienformatbezeichnungen – gerade in Bezug auf den Workload oder die Regelstudienzeit – erlauben, erfolgen nicht.

Die angegebene Regelstudienzeit variiert in Bachelorstudienprogrammen zwischen fünf und elf Semestern. Durchschnittlich wird die Regelstudienzeit in Bachelorstudiengängen mit sechs bis acht Semestern angegeben. Zumeist werden in Bachelorstudiengängen 180 ECTS (European Credit Transfer System) erworben, in jedem vierten Fall 210 ECTS. Mit einer Spannweite von drei bis fünf Semestern, beträgt die Regelstudienzeit von Masterstudienangeboten überwiegend vier Semester, bei einem Workload von 120 ECTS. Seltener werden in Masterformaten nur 90 ECTS erworben.

3.1.3 Zulassung, Öffnung der Hochschule und Studierbarkeit

Eine Zulassungsbeschränkung wird in knapp einem Drittel aller Pflegestudiengänge benannt. Etwas seltener wird die Zulassungsbeschränkung explizit ausgeschlossen. In knapp der Hälfte der analysierten Studienprogramme erfolgen keine Angaben zur Zulassungsbeschränkung. In den meisten Bachelorstudienprogrammen wird die Möglichkeit für beruflich qualifizierte und erfahrene Personen genannt, das Studium ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung („Studieren ohne Abitur“) aufzunehmen. Im Bereich der Masterstudiengänge erfolgen keine Aussagen zum Thema. Entsprechend der Stichprobenauswahl wird in den Programmen eine abgeschlossene Pflegeausbildung⁸ in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege bzw. ein erster pflegebezogener Hochschulabschluss als Zulassungsvoraussetzung formuliert. In einem Teil der Studienprogramme werden weitere Berufsgruppen im Bereich des Hebammenwesens, der Heilerziehungspflege, der Physio-, Ergo- und/oder Logopädie als zulassungsberechtigt benannt. Vereinzelt ist die Zulassung auch für Fachkräfte aus dem Bereich des Notfallsanitätswesens, medizinischer Assistenzberufe oder einem Abschluss in einem vergleichbaren Ausbildungsgang möglich. Mit Blick auf die für Masterangebote zulassungsberechtigten Studiengängebereiche und Absolvent_innengruppen zeigt sich ein vergleichbares Bild. So werden insbesondere Absolvent_innen pflegebezogener Studiengänge, aber auch gesundheits- oder therapiewissenschaftlicher Formate aufgeführt.

Allgemeine Angaben zur zeitlichen Organisation des Studiums oder Lehrveranstaltungsterminen werden in drei Viertel der Studienprogramme gemacht. Mehrheitlich sind die Lehrveranstaltungen in Form von Präsenzblöcken organisiert. Die Spannweite der Präsenzzeiten zwischen den Angeboten ist, mit maximal 14 Einzeltagen im Semester gegenüber drei Wochentagen im Semester während einer Vorlesungszeit von 16 Wochen, erheblich.

In der Mehrzahl der Studienprogramme werden Aspekte der Studierbarkeit dargestellt. Zumeist werden die Vereinbarkeit von Beruf und Studium und/oder Familie und Studium benannt oder Aussagen zu Alternativformaten getroffen. Primär wird ein Zusammenhang zwischen der Vereinbarkeit von Studium und Beruf bzw. Familie aufgrund des Formats (berufsbegleitendes Studium, Teilzeit- oder Fernstudium) hergestellt oder die Möglichkeit einer nebenberuflichen Tätigkeit während des Studiums betont. Auch wird die Vereinbarkeit des Studiums im Kontext der Anrechnung von Kompetenzen beschrieben. So werden in der Hälfte der Bachelorstudiengänge Aussagen zur Verkürzung der Regelstudienzeit oder die mögliche Einstufung in höhere Semester getroffen. Durchschnittlich erfolgt in diesen Angeboten die Verkürzung des Studiums aufgrund beruflicher oder weiterer außerhochschulisch erworbener Kompetenzen um zwei Semester bzw. 50 ECTS. Ferner wird vereinzelt die Möglichkeit der zeitlichen Flexibilisierung der Studienangebote genannt.

⁸ Formate, die sowohl als primärqualifizierende Studiengänge angeboten werden als auch für beruflich qualifizierte Zielgruppen geöffnet sind (n=11), weichen hiervon ab.

3.1.4 Personen und Kooperationen

In etwas weniger als jedem dritten Studienprogramm erfolgen Angaben zu Lehrenden aus dem hochschulischen oder außerhochschulischen Kontext. Dabei steht einerseits die namentliche Nennung der Lehrenden im Vordergrund, andererseits wird die (pflege-)praktische Expertise der Lehrpersonen betont. Angaben zur Kooperation oder Zusammenarbeit mit Praxis- oder Bildungseinrichtungen gehen aus der Hälfte der Programme hervor. Dabei werden die Kooperationen sowohl in Bezug auf die Studiengangentwicklung als auch auf die Angebotsorganisation dargestellt. Darüber hinaus werden in den Studienprogrammen Aspekte der Vernetzung oder der Einbindung des Studiengangs in Forschungsinstitute und Zentren der Hochschule fokussiert.

3.1.5 Kosten und Finanzierung

Aussagen zu finanziellen Belastungen werden in den meisten Studienprogrammen getroffen. Der Semesterbeitrag wird insgesamt in 18 Studienprogrammen und überwiegend als konkrete Summe benannt. Er liegt durchschnittlich bei circa 170 Euro. Die Erhebung von Studien- oder Prüfungsgebühren wird in 17 Studienprogrammen thematisiert. Im Schnitt beläuft sich die monatliche Belastung im Bereich der kostenpflichtigen Studienangebote auf 200 bis 500 Euro. Tabelle 1 zeigt das heterogene Bild im Hinblick auf die Gebühren zwischen den einzelnen Studienangeboten sowie den Hochschulträgern.

Im Vergleich zu finanziellen Belastungen durch das Studium werden Finanzierungsmöglichkeiten und -modalitäten in den Studienprogrammen seltener dargestellt. Eher vereinzelt wird auf Stipendien bzw. Finanzierungsmöglichkeiten im Sinne der Begabtenförderung und Studienkredite hingewiesen oder Bezug auf das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) genommen. Auch wird die Möglichkeit der Ratenzahlung, kostenfreier Verlängerungssemester oder die Reduktion der Gebühren durch die Anerkennung und Anrechnung von bereits erworbenen Kompetenzen nur im Einzelfall benannt.

3.2 Inhaltliche Ausrichtung

Erste Annahmen zur inhaltlichen Ausrichtung der Studienangebote lassen sich aus den Studiengangbezeichnungen ableiten. So suggerieren die Namen der Studiengänge beispielsweise eine generalistische oder spezialisierte Ausrichtung der jeweiligen Angebote.

In insgesamt 39 der 42 analysierten Studienprogramme werden konkrete Studieninhalte genannt. Diese beziehen sich zumeist auf Modul- oder Lehrveranstaltungsbezeichnungen in den Bereichen Pflegepraxis und Versorgung (n=38), (Pflege-)Wissenschaft und Forschung (n=37), Gesellschaft, Entwicklungen und Bezugswissenschaften (n=37), Wirtschaft, Management, Organisation und Personal (n=31), Kommunikation und Bildung (n=29), Beruf und Professionalisierung (n=23), Qualität und Evalu-

Studienangebote		private Hochschulen	konfessionelle Hochschulen	staatliche Hochschule
Studiengebühren in Euro				
pro Monat	Bachelor	360	300(*)	-
		390	260(**) oder 320(***)	
		510	260 oder 295(****)	
	Master	-	300(*)	-
pro Semester	Bachelor	1.600	330	-
	Master	-	-	-
insgesamt ggf. Prüfungs- gebühren	Bachelor	5.910 zzgl. 615	-	-
		12.390 zzgl. 300		
		12.600		
	Master	12.000	-	7.300 12.000
Langzeitgebühren ¹ bzw. Gebühren für lebensältere Studierende ²	Bachelor	-	-	500 ¹ 500 ²
	Master	-	-	-

* inkl. zwei kostenloser Verlängerungssemester

** mit abgeschlossener Fachweiterbildung

*** ohne abgeschlossene Fachweiterbildung

**** widersprüchliche Aussagen im Studienprogramm

Tab. 1: Gebühren für Bachelor- und Masterstudienangebote nach Trägerschaft der Hochschule (Tschupke 2019: 168)

ation (n=22) sowie auf fachübergreifende Inhalte (n=21) oder den Bereich der Interprofessionalität bzw. -disziplinarität (n=16).

Über die konkreten Studieninhalte hinaus, werden in den Programmen zudem Aussagen zur inhaltlichen Gesamtausrichtung der Studienangebote getroffen. Meist erfolgen Aussagen in mehreren Themenbereichen. So wird in 40 Studienprogrammen die Verknüpfung von Theorie und Praxis oder Praxis und Theorie als relevanter Gegenstand des Studiums beschrieben. In 34 Programmen wird auf die Gesamtausrichtung im Bereich der (Pflege-)Wissenschaft und Forschung Bezug genommen. Angaben zum inhaltlichen Fokus im Bereich der Pflegepraxis und Versorgung erfolgen in 27 Programmen. In jedem zweiten Fall wird die Thematik der Interprofessionalität bzw. Interdisziplinarität und Vernetzung im Zusammenhang mit der Studienausrichtung im Gesamten dargestellt. Eine generelle inhaltliche Studienausrichtung im Bereich Ethik, Werteorientierung und Gesellschaft wird in 17 Studienprogrammen benannt. In jedem vierten Programm werden Aspekte der Innovation und Zukunftsorientierung als zentrale Inhaltsbereiche des Angebots thematisiert. Vergleichsweise selten wird eine inhaltliche Gesamtausrichtung im Bereich Wirtschaft und Management genannt. Darüber hinaus finden sich in der Mehrheit der Studienprogramme (n=31) Aussagen zu Wahlmöglichkeiten und Vertiefungen. In 24 Programmen werden inhaltliche Aus-

sagen zu Wahlmöglichkeiten und Vertiefungen getroffen. Diese beziehen sich auf die Bereiche Management, Organisation oder Leitung und Führung (n=14), Pflegepraxis und -expertise (n=11) sowie Bildung und Pädagogik oder Lehre und Beratung (n=10). Wenngleich weniger häufig, so werden Wahlmöglichkeiten und Vertiefungen auch in spezifischen Pflege- bzw. Versorgungssettings beschrieben. Diese beziehen sich auf die Themenbereiche Community und Family Health Nursing (n=6), Gerontologie und Pflege bei Demenz (n=6), Palliative Care (n=6), psychiatrische Pflege (n=3), Notfall- und Intensivpflege sowie Anästhesie- und OP-Pflege (n=3). Weitere Wahlmöglichkeiten und Vertiefungen werden u. a. im Bereich Pflegewissenschaft und Forschung (n=4), Gesundheit bzw. Gesundheits- und Sozialwissenschaften (n=4) sowie Qualität (n=2) genannt.

3.3 Lernergebnisse und Ziele

Mit Ausnahme eines Studienangebots, das erst zum Sommersemester 2019 startet, enthalten alle der analysierten Studienprogramme Aussagen zu Lernergebnissen oder (Lern-, Qualifikations-, Studiengang-)Zielen⁹. Zumeist erfolgen Aussagen zu fachlichen Kompetenzen oder Qualifikationszielen in unterschiedlichen Bereichen. Dabei fällt auf, dass auf Grundlage der Studienprogramme überwiegend keine systematische Differenzierung oder Niveauunterschiede von Bachelor- und Masterstudienangeboten erkennbar werden. In fast allen Studienprogrammen (n=39) werden Kompetenzen oder Ziele im Bereich der Pflegepraxis und Versorgung beschrieben, wobei die Darstellungen meist wenig konkret sind. Pflegepraktische oder versorgungsbezogene Lernergebnisse oder Ziele beziehen sich primär auf eine erweiterte Pflegepraxis und komplexe Versorgung im Sinne einer Pflegeexpert_innen-Expertise (n=31), Pflege- und Versorgungskonzepte, Projekte sowie Aspekte der Praxisentwicklung (n=20), die Gestaltung bedarfs- und zielgruppengerechter Angebote (n=18) oder die Pflege und Versorgung im Sinne des Pflegeprozesses und pflegeberuflicher Handlungskompetenzen im Allgemeinen (n=16). Lernergebnisse oder Ziele, die im Zusammenhang mit der Sicherung oder Verbesserung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung stehen, werden in knapp der Hälfte der Studienprogramme dargestellt. Nur selten werden Kompetenzen oder Ziele im Bereich der Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten sowie der Diagnostik und Therapie expliziert (n=6).

In insgesamt 32 Studienprogrammen wird Bezug auf Lernergebnisse oder Ziele genommen, die im direkten Zusammenhang mit einer wissenschaftlich begründeten bzw. fundierten Tätigkeit stehen. Darüber hinaus wird der Erwerb von Wissenschafts- und Forschungskompetenzen in 26 Fällen benannt. Während in den Studienprogrammen von Bachelorangeboten eher allgemeine Aussagen zum Kompetenzerwerb im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens und Forschens getroffen werden, liegt der Fokus in Masterprogrammen häufiger auf dem Erwerb selbstständiger Forschungskompetenzen.

⁹ Eine Differenzierung zwischen den benannten Lernergebnissen sowie Lern-, Qualifikations- und Studienganzielen ist überwiegend nicht möglich, weshalb die Ergebnisdarstellung im Gesamten erfolgt.

Berufsbildbezogene Kompetenzen oder Ziele werden in insgesamt 30 Studienprogrammen thematisiert. Vor allem werden Lernergebnisse oder Ziele im Bereich der (ethischen) Reflexion und Entscheidungsfindung (n=26) genannt. Halb so häufig werden die Förderung der Professionalisierung oder beruflichen Identität als zielstellend beschrieben (n=13).

Ferner werden in den Studienprogrammen die Kompetenz, gesellschaftliche und institutionelle Interessen im Spannungsfeld der Werteorientierung ausbalancieren (n=11) sowie auf sich wandelnde Anforderungen flexibel reagieren zu können (n=14) betont. Interprofessionelle Kompetenzen werden in 18 Studienprogrammen thematisiert.

Zielstellend ist der Kompetenzerwerb zudem im Bereich der Kommunikation und Bildung (n=27). So werden Beratungs- und Anleitungskompetenzen (n=18), die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit im Sinne eines konstruktiv-diskursiven Austausches (n=16) sowie Lernergebnisse im Kontext der Aus-, Fort-, Weiterbildung sowie Personalentwicklung (n=12) formuliert.

Den Programmen zufolge können in knapp der Hälfte der Pflegestudienangebote zudem Kompetenzen im Bereich Wirtschaft, Management, Organisation und Leitung erworben werden.

Auch werden in der Hälfte der Programme Schlüsselqualifikationen und eine allgemeine Kompetenzerweiterung durch das Studium benannt.

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Programmanalyse verdeutlichen, dass zwischen pflegebezogenen Studienangeboten für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen einerseits eine gewisse Nähe bezüglich der Organisation und Strukturen, der inhaltlichen Ausrichtung sowie der Lernergebnisse und Ziele besteht. Andererseits lässt sich vor allem mit Blick auf einzelne Programme eine erhebliche Spannweite der Pflegestudienangebote feststellen und die in der Literatur vielfach konstatierte Heterogenität bestätigen.

In Bezug auf die Organisation und Strukturen der Studienangebote können gleichermaßen zielgruppenadäquate Aspekte als auch potentielle Studienbarrieren abgeleitet werden, die im Widerspruch zu den in unterschiedlichen Untersuchungen herausgestellten Doppel- oder Mehrfachbelastungen von beruflich qualifizierten Pflegestudierenden stehen (vgl. Linden et al. 2018; Schwikal, Helbig und Bächle 2018; Kimmerle et al. 2015). So passen die im Bereich kostenpflichtiger Studienangebote aufgerufenen Gebühren von durchschnittlich 200 bis 500 Euro monatlich nicht zu den monetären Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit. Besonders kritisch kann vor diesem Hintergrund die in den Studienprogrammen eher marginale Thematisierung von Finanzierungsmöglichkeiten und -modalitäten bewertet werden. Weitere Studienbarrieren zeigen sich im Kontext der Studierbarkeit. Zwar wird in den Studienprogrammen das „Studieren ohne Abitur“ beworben sowie auf die Vereinbarkeit von

Studium, Beruf und/oder privaten Verpflichtungen durch geblockte Präsenzveranstaltungen oder einen reduzierten Workload hingewiesen. Jedoch widersprechen die Ausführungen – zumindest teilweise – dem hohen Anteil an Vollzeit(präsenz)formaten. Aufgrund der fehlenden Differenzierung zwischen den Studienformatbezeichnungen bleibt zudem unklar, welches Verständnis einem berufsbegleitenden Studium zugrunde liegt. So täuscht die Bezeichnung ggf. auch darüber hinweg, dass es sich bei einem berufsbegleitenden Studium gleichermaßen um ein Vollzeit(präsenz)studium handeln kann.

In Bezug auf die in den Studienprogrammen getroffenen Aussagen zur inhaltlichen Ausrichtung sowie zu Lernergebnissen und Zielen zeigt sich ebenfalls ein teils erheblicher Interpretationsspielraum. Daraus folgt, dass Differenzmerkmale der in den Studienprogrammen benannten inhaltlichen sowie lernergebnisbezogenen Aspekte zwischen Bachelor- und Masterstudienangeboten sowie auch zwischen Angeboten mit gleichzeitig primärqualifizierendem und ausschließlich weiterbildendem Charakter überwiegend nicht ersichtlich werden. Vor allem mit Blick auf die im Bereich der Pflegepraxis und Versorgung formulierten Kompetenzen und Ziele wird oftmals kein Unterschied deutlich. So bleibt beispielsweise ungewiss, was genau unter einer erweiterten pflegepraktischen Expertise verstanden werden kann und was eine (hoch-)komplexe Pflegesituation von einer normalen (?) Pflegesituation abgrenzt. Auch Darmann-Finck und Reuschenbach (2018: 167) stellen in diesem Zusammenhang fest, dass es bisher an „[...] einer empirischen und theoretischen Fundierung der besonderen Komplexität [...]“ mangelt.

Ob oder inwieweit das Kerncurriculum Pflegewissenschaft von Hülksen-Giesler et al. (2010), der FQR Pflege von Hülksen-Giesler und Korporal (2013) oder das Modell der ANP von Hamric (2005) bei der Studiengangentwicklung zugrunde gelegt oder berücksichtigt wurden, wird nicht erkenntlich. Zwar finden sich hinsichtlich der in den Programmen aufgeführten Lernergebnisse und Ziele erhebliche Schnittmengen zu den im Kerncurriculum Pflegewissenschaft, FQR Pflege oder Modell der ANP benannten Aspekten. Themen- und kategorienübergreifend bestehen hingegen keine durchgängigen Übereinstimmungen.

Des Weiteren fällt auf, dass die Thematik der Heilkundeübertragung sowie auch der Anschluss an internationale Entwicklungen in den Studienprogrammen eine – wenn überhaupt – untergeordnete Rolle spielt.

Aus den Ergebnissen der Programmanalyse zeigt sich darüber hinaus, dass in Pflegestudiengängen für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen sowohl Kompetenzen für die Tätigkeit in pflegepraxis- und versorgungsnahen als auch in pflegepraxis- und versorgungsfernen Einsatzbereichen erworben werden sollen. Vor diesem Hintergrund drängt sich die Frage nach der Trennschärfe pflegebezogener Studienrichtungen (Pflege bzw. Pflegepraxis, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik) auf.

Um der Forderung nach Transparenz in Bezug auf die Strukturen und Inhalte von pflegebezogenen Studienangeboten nachzukommen sowie die Unsicherheit hinsichtlich der in Pflegestudiengängen zu erwerbenden Kompetenzen zu reduzieren, ergibt sich der Bedarf für eine systematische und perspektivübergreifende Reflexion von pflegebezogenen Studienrichtungen und -angeboten. Dazu bedarf es einer konstruktiven Auseinandersetzung mit Fragen nach pflegebezogenen Studienrichtungen und Differenzmerkmalen von Bachelor- und Masterstudienangeboten für primärqualifizierende sowie beruflich qualifizierte Zielgruppen unter Bezugnahme auf den „Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse“ (KMK 2017) bzw. den „Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“ (AK DQR 2011) durch Akteure pflegewissenschaftlicher Fachgesellschaften sowie berufs- und berufsbildungspolitischer Interessenvertretungen. Im Kontext der Studiengang(weiter)entwicklung sollten dabei verstärkt die Interessen der Zielgruppen aus Pflegefachpersonen und Arbeitgebenden berücksichtigt werden. So entscheidet letztlich die zielgruppenorientierte Ausgestaltung von Pflegestudiengängen, ob diese überhaupt in Anspruch genommen werden.

Literatur

- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) (Hrsg.) (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf (Stand 2019-07-11)
- Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M./Steffen, P. (2014): DKI KRANKENHAUS BAROMETER. Umfrage 2014. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2014.pdf [Stand 2019-07-11]
- Darmann-Finck, I. (2016): Erstausbildung an der Hochschule. Aufgabenfelder hochschulisch ausgebildeter Pfleger. In: *Pflegezeitschrift* 69, 6, 362-364a
- Darmann-Finck, I./Muths, S./Görres, S./Adrian, C./Bomball, J./Reuschenbach, B. (2014): Abschlussbericht Dezember 2014. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf [Stand 2019-07-11]
- Darmann-Finck, I./Reuschenbach, B. (2018): Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Grefß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege*. Berlin: Springer Open, 163-170
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2015): Empfehlungen der BAG Pflegemanagement für die strategische Personalentwicklung in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen mit Blick auf BSN-Absolvent/innen. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Empfehlungen-der-BAG-PM-fuer-die-strategische-Personalentwicklung-BSN-Absolv-2015-01-19.pdf> [Stand 2019-07-11]
- Hamric, B. (2005): A definition of advanced practice nursing. In: Hamric, A./Spross, J./Hanson, C. (Hrsg.): *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. 3th Edition, Philadelphia: Elsevier, 25-41
- Heeskens, K./Hardegen, C. (2018): Was kommt nach dem Bachelor? In: Simon, A. (Hrsg.): *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklungen und Chancen*. Berlin: Springer, 137-144
- Heylmann, L. (2015): *Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Hülksen-Giesler, M./Brinker-Meyendriesch, E./Keogh, J./Muths, S./Sieger, M./Stemmer, R./Stöcker, G./Walter, A. (2010): *Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine In-*

- itative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. In: *Pflege & Gesellschaft* 15, 3, 216-236
- Hülksen-Giesler, M./Korporal, J. (Hrsg.) (2013): *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung*. Berlin: Purkschke + Hensel
- Käble, K. (2013): *Der Akademisierungsprozess der Pflege. Eine Zwischenbilanz im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen*. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56, 8, 1127-1134
- Käble, K. (2017): *Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland. Stand und Perspektiven*. In: *Sander, T./Dangendorf, S. (Hrsg.): Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 27-58
- Kimmerle, B./Huber, J. M./Riedel, A./Bonse-Rohmann, M./Ruhland, E. (2015): *Pflegeberuflich Qualifizierte: Betrachtung einer neuen Studierendengruppe beim Übergang in die Hochschulen*. In: *Freitag, W./Buhr, R./Danzeglocke, E.-M./Schröder, S./Völk, D. (Hrsg.): Übergänge gestalten. Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung erhöhen*. Münster, New York: Waxmann, 151-172
- Kuckartz, U. (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Kultusministerkonferenz (KMK) (Hrsg.) (2017): *Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse*. Im Zusammenwirken von Hochschulrektorenkonferenz und Kultusministerkonferenz und in Abstimmung mit Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet und von der Kultusministerkonferenz am 16.02.2017 beschlossen. Berlin.
https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2017/2017_02_16-Qualifikationsrahmen.pdf (Stand 2019-07-11)
- Lademann, J./Latteck, Ä.-D./Mertin, M./Müller, K./Müller-Fröhlich, C./Ostermann, R./Thilehorn, U./Weber, P. (2016): *Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland - eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte*. In: *Pflege & Gesellschaft* 21, 4, 330-345
- Lehmeyer, S./Schleinschok, M. (2011): *Primärqualifizierende Pflegestudiengänge. Eine systematische Analyse dualer und grundständiger Pflegestudienmodelle in Deutschland*. Lage: Jacobs Verlag
- Linden, K./Heitmann-Möller, A./Hasseler, M./Batzdorfer, L./Tschupke, S./Düsselbach, S. (2018): *Lebenslanges Lernen an Hochschulen: Ein Trainingsprogramm für nichttraditionell Studierende (ToPntS). Bericht zum Arbeitspaket 1*. Wolfsburg. https://opus.ostfalia.de/frontdoor/deliver/index/docId/898/file/Ergebnisbericht_AP1_FINAL.pdf [Stand 2019-07-11]
- Nolda, S. (1998): *Programme der Erwachsenenbildung als Gegenstand qualitativer Forschung*. In: *Nolda, S./Pehl, K./Tietgens, H. (Hrsg.): Programmanalysen. Analysen für Erwachsenenbildung*. Frankfurt am Main: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 139-227
- Nolda, S. (2018): *Programmanalyse in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung – Methoden und Forschungen*. In: *Tippelt, R./von Hippel, A. (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Wiesbaden: Springer VS, 433-449
- Nuissl, E. (2010): *Trends in der Weiterbildungsforschung*. In: *Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE) (Hrsg.): Trends in der Weiterbildung - DIE Trendanalyse 2010*. Bielefeld: Bertelsmann, 171-180
- Schön, S. (1983): *Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books
- Schwikal, A./Helbig, A./Bächle, M. (2018): *Unterschiedliche Lebenssituationen und Bedarfe als Impulse zur Weiterentwicklung von Studienangeboten – Herausforderungen von jüngeren und älteren Studierenden im Kontrast*. In: *Buß, I./Erbsland, M./Rahn, P./Pohlenz, P. (Hrsg.): Öffnung von Hochschulen. Impulse zur Weiterentwicklung von Studienangeboten*. Wiesbaden: Springer VS, 277-313
- Simon, A./Flaiz, B. (2015): *Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung*. In: *Pflege & Gesellschaft* 20, 2, 154-172
- Tschupke, S. (2019): *Zielgruppenkonstrukte und Angebotsprofile pflegebezogener Studiengänge für beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen. Eine Programmanalyse*. Bielefeld: Universität Bielefeld, doi:10.4119/unibi/2934176

- Windhorst, T. (o.J.): Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/111Top03Windhorst.pdf [Stand 2019-07-11]
- Wissenschaftsrat (WR) (Hrsg.) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Stand 2019-07-11]

Dr. phil. Sandra Tschupke

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel; Campus Wolfsburg; Fakultät Gesundheitswesen
Rothenfelder Str. 10, 38440 Wolfsburg, s.tschupke@ostfalia.de

Andreas W. Gold, Clara Römer, Hans-Ulrich Dallmann

Hochschulische Weiterbildung als sinnvoller Bestandteil der Akademisierung der Pflege – Ein kritisches Plädoyer

University continuing education as a reasonable part of the academization of nursing – a critical plea

The present contribution pleads for a stronger consideration of university continuing education offers as part of the academization of nursing. To this end, the background and the overarching overall strategy of opening up higher education institutions will be briefly summarised and related changes in higher education operations will be pointed out. Subsequently, arguments for an increased scientific continuing education of nursing professionals are highlighted, which end with a critical plea for a stronger integration of continuing education offers for nursing professionals into university structures.

Keywords

Academisation – Nursing – Opening of universities – Continuing education

Der vorliegende Beitrag plädiert für eine stärkere Berücksichtigung hochschulischer Weiterbildungsangebote als Bestandteil der Akademisierung der Pflege. Hierzu werden der Hintergrund und die übergeordnete Gesamtstrategie der Öffnung der Hochschulen kurz zusammengefasst und auf damit zusammenhängende Veränderungen im Hochschulbetrieb hingewiesen. Im Anschluss werden Argumente für eine verstärkte wissenschaftliche Weiterbildung von Pflegefachpersonen herausgestellt, die mit einem kritischen Plädoyer zur stärkeren Einbindung von Weiterbildungsangeboten für Pflegefachpersonen in hochschulische Strukturen enden.

Schlüsselwörter

Akademisierung – Pflege – Öffnung der Hochschulen – Weiterbildung

eingereicht 16.03.2020

akzeptiert 18.05.2020

1. Hintergrund

Akademische Qualifizierungsangebote für die Pflege werden zunehmend ausgebaut und bieten verschiedenste Möglichkeiten hinsichtlich des Studienformats und der inhaltlichen Schwerpunktsetzung (Heitmann et al. 2019). Zudem besteht seit Beginn dieses Jahres durch das Pflegeberufereformgesetz auch bundesweit die Möglichkeit zur Primärqualifizierung. Die Organisation bestehender und die Entwicklung neuer Studienangebote ist dabei für die Hochschulen¹ mit einem hohen Bedarf an zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen verbunden. Die Rolle hochschulischer Weiterbildungsangebote wird dabei als marginal eingeschätzt (Konegen-Grenier 2019: 4), auch wenn entsprechende Angebote u. a. durch den Wissenschaftsrat (2012, 2019) empfohlen werden.

Neben den bereits angeführten Hemmnissen für hochschulische Weiterbildung durch unzureichende Ressourcenbereitstellung erscheint den Autor_innen des vorliegenden Beitrags auch eine bisweilen ambivalente Haltung verschiedener Akteure gegenüber hochschulischer Weiterbildung zusätzlich hemmend. Wie schon bei den Umstellungen im Zuge der Bolognaform wird die Erosion akademischer Traditionen und eine zunehmende Ökonomisierung gefürchtet (Überblick: Pohlmann et al. 2020: 392–395).

In diesem Beitrag wird zunächst die hochschulische Weiterbildung in Deutschland in einem kurzen Überblick dargestellt und die übergeordnete Gesamtstrategie der Öffnung der Hochschulen skizziert. Im Weiteren werden Argumente aufgegriffen, die für einen Ausbau wissenschaftlicher Weiterbildungsangebote für Pflegefachpersonen sprechen. Vor diesem Hintergrund folgt abschließend ein kritisches Plädoyer für hochschulische Weiterbildung als sinnvoller Bestandteil der Akademisierung der Pflege.²

2. Hochschulische Weiterbildung

Die Weiterbildung wurde 1976 als dritte Kernaufgabe der Hochschulausbildung im Hochschulrahmengesetz verankert und blieb auch nach dessen Novellierung im Jahr 1998 bestehen (Dobischat et al. 2010: 24). Die hochschulische Weiterbildung soll lebenslanges Lernen an den Hochschulen ermöglichen und richtet sich dabei an Berufstätige und Personen mit Berufserfahrung – mit und ohne vorangegangenes Studium (Schmid et al. 2019: 11–12). Eine einheitliche Definition von wissenschaftlicher Weiterbildung liegt dabei nicht vor. Klassischerweise fasst man darunter Bildungsangebote, die von Hochschulen konzipiert und häufig auch selbst durchgeführt werden. Ein weiteres Merkmal ist die inhaltliche Orientierung am aktuellen Stand der Forschung und die Berücksichtigung der Grundsätze des wissenschaftlichen Arbeitens.

1 Hochschulen meint in diesem Zusammenhang alle tertiären Bildungseinrichtungen.

2 Die Autor_innen sind Mitarbeitende eines Verbundforschungsprojekts, das im Rahmen des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschulen“ durch Mittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert wurde.

Üblicherweise werden ein erster berufsqualifizierender Abschluss sowie Berufstätigkeit voraussetzen (wobei diese Voraussetzungen stark variieren können). Die Angebote sind meist berufsbegleitend konzipiert und können zu einem akademischen Abschluss (Bachelor oder Master) führen (BDA et al. 2013: 6). Berufliche Weiterbildungen sind davon insoweit abzugrenzen, als sie auch der Vertiefung oder Ergänzung beruflicher Kenntnisse dienen, jedoch nicht in erster Linie auf wissenschaftliche Methoden des Erkenntnisgewinns abzielen.

Die Hochschulen, die gesetzlich zum Anbieten wissenschaftlicher Weiterbildungen verpflichtet sind, erhalten für diesen Sektor allerdings keine zusätzlichen Mittel (Schanz 2015: 22). Dies begründet sich auch durch das Beihilferecht in der Europäischen Union, wonach eine Benachteiligung privater Anbieter durch staatliche Hochschulen unzulässig ist (Maschwitz et al. 2017: 6–7). Die Hochschulen finanzieren daher ihre Weiterbildungsangebote klassischerweise über Gebühren der Teilnehmenden bzw. Studierenden (Wissenschaftsrat 2019: 49).

Im Rahmen der Integration von Weiterbildungsangeboten und den sich damit wandelnden Vergütungsstrukturen hin zur privaten Finanzierung ergeben sich an den Hochschulen die Notwendigkeit von Aushandlungsprozessen zwischen dem gewohnten Ablauf mit der Fokussierung auf Vollzeitstudienangebote und den neuen Entwicklungen durch das Weiterbildungsangebot. Durch die private Finanzierung von Weiterbildungsangeboten kommt es zu Verschiebungen von der Angebots- hin zu einer stärkeren Nachfrageorientierung und einer noch stärkeren Dienstleistungsorientierung (Sweers 2019: 25). Spannungsfelder ergeben sich dabei u. a. aus dem Aushandlungsprozess zwischen öffentlichem Auftrag und Einsatz von unternehmensähnlichen Steuerungs- und Managementansätzen und der Frage nach der Priorisierung von Wissenschafts- oder Praxisorientierung (Sweers 2019: 20–24).

In der Wahl der Studienformate der wissenschaftlichen Weiterbildung sind die Hochschulen weitestgehend frei, es lässt sich jedoch ein Trend zu Kurzformaten (z. B. Zertifikatkurse, CAS³, DAS⁴) beobachten (Nickel et al. 2019a). Hinzukommen verschiedene weiterbildende Studienformate, die auf eine berufstätige Zielgruppe zugeschnitten und in der Regel gebührenpflichtig sind (Überblick: Wissenschaftsrat 2019: 43–47). Auch wenn in den letzten Jahren ein sukzessiver Ausbau wissenschaftlicher Weiterbildungsangebote beobachtet werden kann, kommt der Wissenschaftsrat zu der Einschätzung, dass „*die Bedeutung der Hochschulen als Anbieter auf dem Weiterbildungsmarkt insgesamt peripher [ist]*“. (Wissenschaftsrat 2019: 37–38).

Dies impliziert jedoch nicht, dass wissenschaftliche Weiterbildung ausschließlich in einem hochschulischen Kontext stattfinden könnte. Neben den Hochschulen bieten unter anderem Bildungswerke der Wirtschaft, Institute, Akademien und Agenturen wissenschaftliche Weiterbildungen an. Einen zertifizierten Abschluss (wie z. B. Bachelor oder Master) zu verleihen, können im Rahmen der Bildungshoheit lediglich staatlich anerkannte Bildungsträger (Faulstich et al. 2010: 24; BDA et al. 2013: 8).

3 Certificate of Advanced Studies laut CRUS et al. (2009: 16) mit einem Mindestumfang 10 ECTS

4 Diploma of Advanced Studies laut CRUS et al. (2009: 16) mit einem Mindestumfang 30 ECTS

3. Öffnung der Hochschulen als übergeordnete Gesamtstrategie

Das Ziel „*lifelong learning paths into and within higher education*“ wurde bereits 2003 von der Europäischen Kommission festgehalten und forderte damit die Hochschulen auf, lebenslanges Lernen zu ermöglichen (Kretschmer 2014: 3). Hanft et al. (2012: 141) beschreiben eine Kultur des lebenslangen Lernens an Hochschulen mit den folgenden Elementen:

- Offenheit gegenüber heterogenen Studierenden.
- Gestaltung von Übergängen zum Studium entlang vorhandener Kompetenzen und Leistungsvoraussetzungen.
- Flexible, modularisierte Gestaltung von Studienangeboten.
- Professionalität bei der Planung, der Entwicklung und dem Management der Studienprogramme.

Eine besondere Bedeutung für den Ausbau der hochschulischen Weiterbildung in Deutschland hat gegenwärtig die Qualifizierungsinitiative des Bund-Länder-Wettbewerbs Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschulen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert seit 2011 77 Verbund- und Einzelprojekte an 100 verschiedenen deutschen Hochschulen mit insgesamt 250 Millionen Euro über zwei Wettbewerbsrunden (BMBF o.J.). Ziel und Zweck dieser Förderungsinitiative ist die Entwicklung marktreifer, weiterbildender Studienangebote. Diese sollen spätestens zum Ende der Projektlaufzeit 2020 erfolgreich in den hochschulischen Betrieb implementiert werden. Dabei soll eine heterogene Zielgruppe angesprochen werden, z. B. Personen mit Familienpflichten und Berufstätige (BMBF 2011).

Das Zwischenergebnis von 2011 bis 2018 zeigt mit 702 neuen bzw. weiterentwickelten Studiengängen, Zertifikatsprogrammen und -kursen sowie Vorbereitungs- und Brückenkursen eine sehr gute Entwicklung für die Etablierung wissenschaftlicher Weiterbildung an Hochschulen. Wie nachhaltig diese Entwicklung auf dem Weiterbildungsmarkt tatsächlich ist, muss nach dem Ablauf der Projektphase überprüft werden (Schmid et al. 2019: 14).

Von 139 entwickelten Angeboten an (Fach-)Hochschulen können 25,9% dem Themenbereich Pflege und Gesundheit zugeordnet werden, an Universitäten sind dies 10,8% bei 93 entwickelten Angeboten (Nickel et al. 2019b: 41). Hierdurch können neue Qualifizierungswege für Pflegefachpersonen auch jenseits klassischer Weiterbildungsformate erprobt und umgesetzt werden. Im Bereich der wissenschaftlichen Weiterbildung bleibt jedoch die Heterogenität der Bildungsangebote und die mangelnde Vereinheitlichung der formalen Abschlüsse ein relevantes Problem für Weiterbildungsinteressierte und Unternehmen (Nickel et al. 2019a).

4. Argumente für eine verstärkte wissenschaftliche Weiterbildung von Pflegefachpersonen

Die Pflege stellt mit 1,21 Mio. Beschäftigten in der Summe die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar und ist mit einer Vielzahl von veränderten Anforderungen konfrontiert (Heitmann et al. 2019: 59). Die sich verändernde Versorgungslandschaft erfordert vertiefte Kompetenzen, um mit komplexen Pflegesituationen, zunehmender Digitalisierung und verstärkter interdisziplinärer Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen gut umgehen zu können. Gemäß des Pflegeberufereformgesetzes erfolgt Pflege entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse und auf der Grundlage einer professionellen Ethik (§5 (2) PflBRefG). Für die Umsetzung einer wissenschaftlich basierten Pflege wird jedoch auch die Notwendigkeit entsprechender Methodenkompetenz beschrieben (DiCenso et al. 2005: 3–19; Behrens et al. 2016), der Erwerb dieser kann durch eine fachschulische Berufsausbildung alleine jedoch nicht sichergestellt werden.

Die Entwicklungen im Versorgungskontext unterstreichen die Notwendigkeit adäquater Angebote zur Aus-, Fort- und Weiterbildung für Pflegefachpersonen und diejenigen, die es werden wollen. Weitgehende Einigkeit besteht dabei in dem Bestreben, einen höheren Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu erreichen (Robert Bosch Stiftung 2018: 10; Wissenschaftsrat 2012).

Der Einsatz akademisch aus- bzw. weitergebildeter Pflegefachpersonen lässt gleichwohl noch Luft nach oben. Zudem fehlt es an einer verlässlichen Datengrundlage zur Beurteilung der Entwicklung. Schätzungen für den Krankenhausbereich aus dem Jahr 2015 gehen davon aus, dass ein Anteil von ca. 0,5 % des Pflegefachpersonals über ein abgeschlossenes Hochschulstudium verfügt (Simon 2015: 39). Für den Bereich der Langzeitversorgung beläuft sich der Anteil graduerter Pflegefachpersonen auf 0,1% (ambulant) bzw. 0,2% (stationär) des Gesamtpersonals (Ewers et al. 2020: 170).

Auch wenn ein Ausbau pflegebezogener Studienangebote konstatiert werden kann, bleibt der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Patientenversorgung nach wie vor die große Ausnahme, dies gilt im besonderen Maße für die ambulante und stationäre Langzeitversorgung. Für bereits beruflich qualifizierte und berufserfahrene Pflegefachpersonen stellt ein Vollzeitstudium häufig eine nicht leistbare Einschränkung der beruflichen Tätigkeit und des damit einhergehenden Verdienstes dar. Angebote der wissenschaftlichen Weiterbildung, die explizit auf den berufsbegleitenden Kompetenzerwerb ausgerichtet sind, stellen daher für diese Zielgruppe häufig die attraktivere Möglichkeit zur hochschulischen Weiterqualifizierung dar. Aber auch für den raren Anteil der bereits akademisch Qualifizierten in der Versorgung stellen Angebote der wissenschaftlichen Weiterbildung die einzige qualifikationsäquivalente Form der Weiterbildung dar.

5. Ein kritisches Plädoyer

Die vorherigen Ausführungen zeigen: Es gibt gute Gründe, die Verankerung wissenschaftlicher Weiterbildung für Pflegefachpersonen an den Hochschulen stärker zu forcieren als bislang. Aus Sicht der Autor_innen sprechen insbesondere folgende Argumente (ohne jeglichen Anspruch auf Vollständigkeit) dafür.

Angebote der wissenschaftlichen Weiterbildung für Pflegefachpersonen

- ...ermöglichen einen erleichterten Zugang zu hochschulischer Bildung – insbesondere für diejenigen ohne allgemeine Hochschulzugangsberechtigung und die beruflich Qualifizierten, für die ein Vollzeitstudium aus familiären, finanziellen und/oder beruflichen Gründen nicht (mehr) in Frage kommt.
- ...tragen damit auch der Heterogenität ihrer Zielgruppe Rechnung. Aktuell findet eine sozial ungleiche Auswahl Pflegestudierender statt. Dies geschieht in der Form, dass vor allem Jüngere und Menschen ohne familiäre Verpflichtung ein Studium aufnehmen (können).⁵ Angebote der wissenschaftlichen Weiterbildung adressieren hingegen regelmäßig explizit berufserfahrene Pflegefachpersonen.
- ...können damit die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe unterstützen, indem sie mehr Pflegefachpersonen als bislang den Zugang zu wissenschaftlicher (Weiter-)Bildung ermöglichen und hierdurch auch zu einer stärkeren Verankerung und Präsenz akademisierter Pflegefachpersonen in der Praxis beitragen.
- ...ermöglichen qualifikationsadäquate Weiterbildungsangebote für bereits akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen.
- ...unterstützen die Funktion der Hochschulen als ‚Scharnier‘ zwischen Theorie und Praxis und in ihrer dritten Kernaufgabe neben Forschung und Lehre.

Aufgrund dessen ist – aus Sicht der Autor_innen – hochschulische Weiterbildung notwendigerweise als wichtiger Bestandteil der Akademisierung in der Pflege zu betrachten und eine stärkere Verankerung der wissenschaftlichen Weiterbildung zu forcieren. Hochschulen haben dabei selbstverständlich kein Monopol auf das Angebot wissenschaftlicher Weiterbildung, verfügen jedoch über eine vorteilhafte Ausgangsposition durch ihre Einbindung in den Wissenschaftsbetrieb. Die bereits angerissenen Spannungsfelder innerhalb der Organisation Hochschule sind dabei keinesfalls zu negieren. Vielmehr soll dieser Beitrag dazu einladen, die Chancen und Herausforderungen einer stärkeren Verankerung hochschulischer Weiterbildung für Pflegefachpersonen konstruktiv zu diskutieren und einen Austausch über erfolgreiche Konzepte anzustoßen.

⁵ So weist die amtliche Hochschulstatistik ein Durchschnittsalter von 26,7 im ersten Hochschulsemester in den Fächern Pflegewissenschaft/-management aus (Statistisches Bundesamt 2019: 465) In einer Vollerhebung unter Pflegestudierenden in Rheinland-Pfalz sind 62% der Befragten jünger als 30 Jahre (Helbig et al. 2018: 27). Bei Angeboten der wissenschaftlichen Weiterbildung an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen lag hingegen das Durchschnittsalter der Teilnehmenden bei 48,69 Jahren (u.a.: Gold et al.: 11).

Literatur

- BDA/Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (2013): Leitfaden für Unternehmen Wissenschaftliche Weiterbildung als Baustein der Personalentwicklung nutzen <www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/BDA_Wissenschaftliche-Weiterbildung.pdf/\$file/BDA_Wissenschaftliche-Weiterbildung.pdf
- Behrens, J./Langer, G. (2016): Evidence-based nursing and caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Bern: Hogrefe
- BMBF (o.J.): Der Wettbewerb <www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de/wettbewerb> [Stand: 2020-03-13]
- BMBF (2011): Richtlinien zum Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen. 1 Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage <https://www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de/wettbewerb/1-runde> [Stand: 2020-03-13]
- CRUS/KFH/COHEP (2009): Qualifikationsrahmen für den schweizerischen Hochschulbereich <https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Lehre/NQR/nqf-ch-HS-d.pdf> [Stand: 2020-01-10]
- DiCenso, A./Guyatt, G./Cliska, D. (2005): Evidence-based nursing. A guide to clinical practice. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby
- Dobischat, R./Ahle, E./Rosendahl, A. (2010): Hochschulen als Lernorte für das Lebensbegleitende Lernen? Probleme und Perspektiven für die (wissenschaftliche) Weiterbildung. In: REPORT Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 33, 22–33
- Ewers, M./Lehmann, Y. (2020): Hochschulisch qualifizierte Pflegenden in der Langzeitversorgung?! In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer, 167–178
- Faulstich, P./Oswald, L. (2010): Demokratische und Soziale Hochschule. Wissenschaftliche Weiterbildung
- Gold, A. W./Dürschmidt, D./Dallmann, H.-U.: Erprobung und Evaluation des Zertifikatskurses: Ethik und Recht in gemeindenaher Gesundheitsversorgung <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:386-kluedo-58654> [Stand: 2020-03-13]
- Hanft, A./Brinkmann, K. (2012): Lifelong Learning als gelebte Hochschulkultur. In: Kerres, M./Hanft, A./Wilkesmann, U./Wolff-Bendik, K. (Hrsg.): Studium 2020. Positionen und Perspektiven zum lebenslangen Lernen an Hochschulen. Münster: Waxmann, 135–144
- Heitmann, D./Reuter, C. (2019): Pflegestudiengänge in Deutschland. In: PflegeZeitschrift 72, 59–61
- Helbig, A. K./Poppe, S./Gold, A. W./Steuerwald, T./Arnold, D. (2018): Pflegestudierende und ihre Präferenzen hinsichtlich wissenschaftlicher Weiterbildung. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Studierenden pflegebezogener Studiengänge an rheinland-pfälzischen Hochschulen und Universitäten <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:386-kluedo-58531> [Stand: 2020-03-13]
- Konegen-Grenier, C. (2019): Wissenschaftliche Weiterbildung. Bestandsaufnahme und Handlungserfordernisse <https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2019/IW-Report_2019_Wissenschaftliche_Weiterbildung.pdf> [Stand: 05.03.20]
- Kretschmer, S. (2014): Einleitung. In: Flaiz, B./Klages, B./Kretschmer, S./Kriegel, M./Lorz, F./Lull, A./Zieher, J. (Hrsg.): Handreichung Pflege und Gesundheit, 3-7
- Maschwitz, A./Schmitt, M./Hebisch, R./Bauhofer, C. (2017): Finanzierung wissenschaftlicher Weiterbildung. Herausforderungen und Möglichkeiten bei der Implementierung und Umsetzung von weiterbildenden Angeboten an Hochschulen. Berlin: BMBF
- Nickel, S./Reum, N. (2019a): Im Labyrinth der Zertifikate. In: DUZ Spotlight, 2–5
- Nickel, S./Schulz, N./Thiele, A.-L. (2019b): Projektfortschrittsanalyse 2018: Entwicklung der 2. Wettbewerbsrunde im Zeitverlauf seit 2016. <nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0111-pedocs-166289> [Stand: 2020-03-13]
- Pohlmann, S./Vierzigmann, G. (2020): Öffnung wissenschaftlicher Weiterbildung. In: Jütte, W./Rohs, M. (Hrsg.): Handbuch Wissenschaftliche Weiterbildung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 385–401

- Robert Bosch Stiftung (2018): Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland <<https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/mit-eliten-pflegen>> [Stand: 2020-03-13]
- Schanz, H. (2015): Wissenschaft in der Weiterbildung – Modularisierung als integrale Strategie zur Stärkung der Weiterbildungsangebote von forschungsstarken Hochschulen. In: Besters-Dilger, J./Neuhaus, G. (Hrsg.): Modulare wissenschaftliche Weiterbildung für heterogene Zielgruppen entwickeln. Formate - Methoden - Herausforderungen. Freiburg, Berlin, Wien: Rombach, 17-40
- Schmid, C./Maschwitz, A./Maschwitz, U./Nickel, S./Elsholz, U./Cendon, E. (2019): Wissenschaftliche Weiterbildung in Deutschland – Ein kommentierter Überblick zum Stand der Forschung. In: Beiträge zur Hochschulforschung 41, 10–35
- Simon, M. (2015): Ökonomische Dimensionen der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung in der Pflege <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/WEB_Einzelseiten_DGP_Tagungsdokumentation.pdf> [Stand: 2020-03-13]
- Statistisches Bundesamt (2019): Bildung und Kultur. Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen 1980-2018 <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Publikationen/Downloads-Hochschulen/kennzahlen-nichtmonetaer-2110431187004.pdf>> [Stand: 2020-03-13]
- Sweers, F. (2019): Wissenschaftliche Weiterbildung in der Aushandlung. Eine empirische Studie zu kooperativer Angebotsgestaltung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen <<https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>> [Stand: 2020-03-13]
- Wissenschaftsrat (2019): Empfehlungen zu hochschulischer Weiterbildung als Teil des lebenslangen Lernens. Vierter Teil der Empfehlungen zur Qualifizierung von Fachkräften vor dem Hintergrund des demographischen Wandels <<https://www.wissenschaftsrat.de/download/2019/7515-19.pdf>> [Stand: 2020-03-13]

Andreas W. Gold (M.Sc., B.A.)*

Clara Römer (M.A., B.A.)*

(*gleichberechtigte Erstautorenschaft)

Prof. Dr. Hans-Ulrich Dallmann

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Korrespondenzadresse:

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Ernst-Boehe-Str. 4, Standort Maxstr. 29

67059 Ludwigshafen am Rhein

Interessenkonflikterklärung

Die Autor_innen wurden in einem Verbundforschungsprojekt im Rahmen des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschulen“ durch Mittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter den Förderkennzeichen 16OH21009 (1. Förderphase) bzw. 16OH22009 (2. Förderphase) unterstützt.