



Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege

Dorothea Sauter

Text erschienen in:

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.)

Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen.

1. Auflage. ISBN 978-3-88414-678-1. Köln: Psychiatrie-Verlag, Seiten 208-222

Online verfügbar unter:

<http://www.apk-ev.de/veroeffentlichungen/apk-tagungsbaende/43-verantwortung-uebernehmen/> (Zugriff am 04.07.2017)

Die Pflege ist nach Anzahl der Akteure wohl die größte Dienstleisterin im Gesundheitswesen, gleichzeitig gibt es immer wieder Unklarheiten oder Konflikte, wenn es um die Benennung ihrer Aufgaben und Kompetenzen geht. Dieser Text versucht zu konkretisieren, an welchen Stellen und wie die Pflege eine „verlässliche Hilfe bei psychischen Erkrankungen“ ist, wo sie es sein könnte und was erforderliche Bedingungen für gute Pflegearbeit sind. Hierfür beschreiben Professionsmerkmale die Anforderungen. Die Praxis der Verantwortungsübernahme wird für den stationären und ambulanten Bereich skizziert. Alle Beschreibungen in diesem Beitrag werden sich auf Deutschland beziehen, da sich die Situation international sehr unterschiedlich darstellt. Vorab wird betont, dass auch die Pflege einen klaren Arbeitsauftrag hinsichtlich der Förderung der Eigenverantwortung des Pflegeempfängers hat. Im Fazit können einige Forderungen nicht ausbleiben.

Pflegeauftrag Klientenautonomie

Wie alle Helferberufe will auch die Pflege grundsätzlich dem Hilfeempfänger zur „Selbsthilfe“ verhelfen. Wie alle Helferberufe hat auch sie ein Dilemma, wenn Autonomie und Fürsorge im Widerspruch stehen. Grundsätzlich ist die Autonomieförderung und die „Rückgabe von Verantwortung an den Pflegeempfänger“ ein sehr zentraler Baustein fast aller Theorien, Konzeptualisierungen und Ethikbeschreibungen der Pflege (z.B. ABDERHALDEN 2011; ABDERHALDEN et al. 2011). Doch Autonomieziele dürfen nicht verabsolutiert werden. Denn auch das „Angewiesensein“ ist ein fester Bestandteil des menschlichen Lebens; und das nicht nur am Lebensanfang und am Lebensende (PILLEN 2006). Das Autonomieparadigma darf nicht dazu führen, nicht-autonomen Daseinsformen Wert abzusprechen (ebd., SAUTER 2011).

Pflege ist umso intensiver erforderlich, je weniger autonom die Lebensführung eines Menschen gelingt und sie hat auch einen Handlungsauftrag, wenn sich keine Erhöhung der Selbstständigkeit mehr herbeiführen lässt, z.B. in palliativen und terminalen Situationen. Auch und gerade in diesen Situationen müssen Pflegehandlungen im Einklang mit dem Patientenwillen stehen. Bei deutlichen Einschränkungen von Kognition und/oder Ausdrucksfähigkeit muss dieser sorgsam ermittelt werden. Mit hohen Pflegekompetenzen, viel Erfahrungswissen, einer fürsorglichen und engagierten Grundhaltung sowie durch die Übernahme der Betroffenenperspektive können Pflegefachpersonen das leisten und so den Willen selbst schwerstpflegebedürftiger Menschen erfüllen (vgl. z.B. BENNER et al. 2000).

In anderen Pflegesituationen ist der Auftrag der Autonomieförderung und der Empowermentunterstützung viel offensichtlicher. Gerade Pflegebedarfe, die im Kontext der Auseinandersetzung mit Krankheit entstehen, erfordern die Förderung von Selbst-, Symptom- und Therapiemanagement, die Erhöhung von Gesundheitskompetenzen und die Unterstützung von Recoveryprozessen.

An dieser Stelle soll nicht nach Gründen gesucht werden, warum hierzulande die Pflege im öffentlichen Bild vorrangig mit kompensatorischen und supportiven Pflegehandlungen gesehen wird. Der Blick in die Klassifikation der Pflegeinterventionen (Nursing Intervention Classification NIC; BULECHEK et al. 2016) zeigt, wie breit das Handlungsspektrum der Pflege ist; die Pflegeergebnisklassifikation (Nursing Outcome Classification NOC; MOORHEAD et al. 2013) belegt, dass viele angestrebte Pflegeergebnisse auf die Erhöhung der Eigenverantwortung des Patienten zielen.

Die berufliche Verantwortung der Pflege

Die Pflegerische Verantwortung bezieht sich auf den Nachweis der rechtmäßigen Pflege – „es wird also im besten Sinne des Patienten gehandelt“ (TEWES 2002). Die Bereiche eigenverantwortlichen Handelns in der Pflege gibt das Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 2003 in §3 Abs. 2 vor: die Verantwortung für den Pflegeprozess und die Pflegeevaluation, sowie für die Beratung, Anleitung und Unterstützung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen (u.a.).

2015 verfasste der Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP) eine Expertise zum Verantwortungsbereich der Pflege (ein Projekt des Schweizer Bundesamts für Gesundheit). Im Einklang mit der deutschen Gesetzgebung wurde die Verantwortung für den Pflegeprozess als Kerngeschäft professioneller Pflege definiert. Die wissenschaftliche Fundierung und die konkrete Beschreibung der Einzelaktivitäten der Pflege sehen die Autoren der Expertise in den vorliegenden Pflegeklassifikationen abgebildet (MÜLLER-STAUB et al. 2015): den Pflege Diagnosen der NANDA (HERDMAN UND KAMITSURU 2016) sowie den bereits erwähnten Pflegeinterventionen NIC (BULECHEK et al. 2016) und Pflegeoutcomes NOC (MOORHEAD et al. 2013).

Der Pflegeprozess ist ein Instrument für kritisches Denken und zur Entscheidungsfindung (ALFARO-LEFEVRE und MÜLLER STAUB 2013), seine Anwendung basiert auf der professionellen Beziehung zum Pflegeempfänger (MÜLLER-STAUB et al. 2015). Darüber hinaus sind im Pflegealltag viele situative Entscheidungen zu treffen, für die ebenfalls Expertise erforderlich ist (BENNER et al. 2000; BENNER 1994; REUSCHENBACH 2008).

Was zunächst einfach klingt muss im Alltag präzisiert werden. 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 (ROBERT BOSCH STIFTUNG 1996, TEWES 2002). Außerdem ist Pflegen eine Alltagstätigkeit. Professionelle Pflege muss auch von der „Alltagshandlung Pflegen“ abgegrenzt werden, auch hier sind Grenzen fließend.

Die Pflege hat vielfältige Anstrengungen unternommen, um die Inhalte des Pflegeauftrags zu konkretisieren. Dies geschieht in Definitionen von Pflege (SPICHIGER et al. 2006) und bildet sich in Lehrbüchern (für die psychiatrische Pflege siehe u.a. SAUTER et al. 2011; SCHÄDLE-DEININGER 2010) oder Arbeitspapieren von Berufsorganisationen (z.B. WARD 2011) ab. Übereinstimmung herrscht, dass Pflege Individuen und Gruppen in der Auseinandersetzung „mit menschlichen Erfahrungen, Bedürfnissen und Reaktionen in Zusammenhang mit Lebensprozessen, Lebensereignissen und aktuellen oder potenziellen Gesundheitsproblemen unterstützt“ (ABDERHALDEN et al. 2011; MÜLLER-STAUB et al. 2015). Nicht das Krankheitsgeschehen ist das primäre Thema der Pflege, sondern die Folgen von Krankheits- und andere Prozessen im Lebensalltag. Professionelles Handeln wird erforderlich, wenn „Selbstpflege-defizite“ vorliegen, also die Handlungsmöglichkeiten von Patienten und deren Familien den krankheits- oder entwicklungsbedingten Selbstpflegeerfordernissen nicht gerecht werden (TAYLOR et al. 2013).

Die Pflegeverantwortung geht über die Verantwortung für den Patienten hinaus und umfasst Aspekte wie die eigene Entwicklung, die Entwicklung von Forschung und Pflegepraxis, die Kollegen und die Organisation sowie die Mitwirkung an der Gestaltung der Versorgung (zusammenfassend siehe SAUTER und RIXE 2016; sowie MÜLLER-STAUB et al. 2015).

Verantwortungsbereiche der Psychiatrischen Pflege

Psychiatrische Pflege unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der „allgemeinen Pflege“. Die beschriebene Konzeptualisierung und Definition von Pflege ist nicht an ein Setting oder eine Klientelgruppe gebunden und gilt folglich auch in psychiatrischen Handlungsfeldern. Anscheinend hat die psychiatrische Pflege dennoch Probleme ihren Auftrag klar zu fassen (STAUDACHER und KOZEL 2011). Die eigene berufliche Geschichte der psychiatrischen Pflege (vgl. KONRAD 1986), die sehr späte Akademisierung (SCHULZ und SAUTER 2015) und die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit (STAUDACHER und KOZEL 2011) mögen dazu beitragen. Außerdem ist der ordnungspolitische Auftrag spezifisch für die Psychiatrie und erfordert Handlungen, die sich (auch) in der Pflege nicht immer deren Grundanliegen decken. Die Besonderheiten psychiatrischer Hilfebedarfe erfordern im Regelfall eine Fokussierung des Beziehungsprozesses, dies betonen die konzeptuellen Modelle der psychiatrischen Pflege (am bekanntesten: PEPLAU 2009; BARKER und BUCHANAN-BARKER 2013).

Die unterschiedlichen Pflegebedarfe psychiatrischer Patienten machen das Aufgabenfeld der Pflegefachpersonen sehr breit und herausfordernd. Frauenfelder et al. analysierten systematisch die für die stationäre psychiatrische Pflege beschriebenen Pflegeanlässe und Pflegeinterventionen und stellten fest, dass die Pflege Themen über die Pflegediagnosen NANDA (FRAUENFELDER et al. 2016) und die Pflegehandlungen über die Tätigkeitkatalog NIC (FRAUENFELDER et al. 2013) hinausgehen. Für die stationäre Pflege in der Schweiz identifizierten SCHOPPMANN und LÜTHI (2009) die häufigsten Pflegeaufgaben. Sie kategorisierten die Ergebnisse in die Gruppen „Creating the Ward Milieu, Interdisciplinary Collaboration, Medical Care, Shaping Nursing Situations, Planned Nursing Interventions, Cooperation with other Wards and Institutions, Documentation and Information, Having an Eye for the Whole Thing, Teaching and Learning, Shaping Relationships, Reflection and Humour“. Die Autorinnen fanden, dass die von Pflegefachpersonen genannten Aufgaben insgesamt mit den Inhalten der Lehrbücher übereinstimmen und somit einem „basic framework of psychiatric nursing“ entsprechen zu scheinen (ebd.). Für Deutschland existiert eine solche Erhebung bislang nicht.

Zu den Tätigkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege (im Folgenden APP) gibt es eine aktuelle länderübergreifende Studie von WEISSFLOG et al. (2016). Ambulant tätige Pflegefachpersonen beschreiben die Beziehungsgestaltung und den Pflegeprozess als Basis ihrer Arbeit und nennen als häufige Aufgaben das Training von Alltagsfertigkeiten, sozialen Kompetenzen und kognitiven Fähigkeiten, das Management von akuten Krisen, die Gesundheitsförderung und Prävention, das Unterstützen der ärztlichen Behandlung sowie die Förderung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit Medikamenten, das Management somatischer Begleiterkrankungen, die Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Vermittlung von Hilfen und Netzwerkbildung, Kooperationen und Koordination, außerdem die Öffentlichkeitsarbeit und die Qualitätssicherung. WEISSFLOG et al. (2016) nehmen Bezug auf eine Metasynthese der Tätigkeiten der APP (RICHTER und HAHN 2009) und betonen, dass die Praxis der APP in der Schweiz und in Deutschland international anschlussfähig ist.

Voraussetzung Professionsstatus und Professionsethik

Professionen können über Merkmale definiert werden, z.B. die Gemeinwohlorientierung, das besondere (wissenschaftliche) Wissen, die Existenz einer Berufsethik, die berufliche Selbstregulierung, ein Handlungskompetenzmonopol und die Handlungsautonomie (WEIDNER 1995). Andere Erklärungsmodelle nehmen den Professionalisierungsprozess und das professionelle Handeln in den Fokus, z.B. OEVERMANN (1978, vgl. WEIDNER 1995). Demnach ist professionelles Handeln eine Kombination aus der Anwendung von Regeln (die auf wissenschaftlichem Wissen basieren) und dem besonderen Verstehen des jeweiligen Falls („hermeneutisches Fallverstehen“). Nach OEVERMANN lässt sich professionelles Handeln nur teilweise standardisieren, das wissenschaftliche Regelwissen muss mit der Situation und den Wünschen und Bedürfnissen des Klienten in Verbindung gebracht werden. Dieser Ansatz wird auch von BEHRENS (2004) aufgegriffen, der über Evidenz-based Nursing eine Chance für die Professionalisierung sieht. Professionelles Pflegehandeln besteht auf der Grundlage

eines Arbeitsbündnisses zum Patienten in der Kunst, „externe Evidenz“ mit der patientenbezogenen „internen Evidenz“ (Erfahrungswissen des Patienten und der Pflegefachpersonen) zu verknüpfen.

Die Pflege erfüllt das Professionsmerkmal der Gemeinwohlorientierung unstrittig, andere Punkte bedürfen genauerer Betrachtung.

Eigenständiges Wissen

Die Beschreibung des eigenständigen Wissenskörpers sieht der Schweizer Expertenbericht zur Pflegeverantwortung durch die Pflegeklassifikationen als erfüllt an (MÜLLER-STAUH et al. 2015), doch muss eingeräumt werden, dass das Evidenzlevel bei den Pflegeklassifikationen nicht hoch ist. In der Entwicklung von empirischem Wissen ist die Pflege auf dem Weg (dies zeigt sich vor allem in internationalen Publikationen), allerdings kann in Deutschland „nicht mal ansatzweise von einer strukturierten Impementierung die Rede sein“ (MEYER et al. 2013). Aufgrund des deutschen Sonderwegs in der Pflegebildung (Hofmann 2012) und der verspätet eingesetzten und nicht flächendeckenden Akademisierung hat die (psychiatrische) Pflege hierzulande enormen Nachholbedarf, wenn sie international auch nur im Ansatz anschlussfähig sein will (SCHULZ und SAUTER 2015).

Professionswissen muss an entsprechende Qualifikationen und Kompetenzen der Handelnden gekoppelt sein, siehe daher ergänzend die Ausführungen von Hilde Schädle-Deiningner in diesem Band.

Berufsethik

Pflegeverantwortung ist an ethische Normen gebunden; die Berufsethik der Pflege bildet sich in vielen national und international ausformulierten Ethik-Kodizes für Pflegende ab (Zusammenfassung in ARNDT (1996), sehr bekannt ist der ICN-Code (<http://icn.ch/ethics.htm>; vgl. Fry 1995). Allerdings sind solche Kodizes Pflegepraktikern oft nicht genügend bekannt oder zu abstrakt, um für konkrete Handlungssituationen Hilfe zu bieten (LAY 2012). Die Pflegeethik ist u.a. geprägt vom feministischer Ethik und der Ethik der Achtsamkeit, sie versteht sich auch als Ethik der Bezogenheit und sieht als Paradigmen die Themen Wohlbefinden, Autonomie, Gerechtigkeit, Aufrichtigkeit und dialogische Verständigung (ebd.). Rechtlich und praktisch treffen Ärzte in der Regel die ethischen Entscheidungen; sie folgen meist den Paradigmen von Beauchamp & Childress (autonomy, non-maleficence, beneficence und justice). Eine eigene Pflegeethik scheint im klinischen Alltag nicht zu existieren (ebd.) und die Pflegeprinzipien sind damit ohne Relevanz. 2008 waren nur in 10% der Ethikkommissionen deutscher Kliniken Pflegefachpersonen vertreten (RABE 2008, zit. in LAY 2012: S. 66).

Handlungsautonomie und Handlungsmonopol

Berufliche Handlungsautonomie bedeutet, dass die Berufsangehörigen ihr eigenes Handeln autonom kontrollieren und Rechenschaft ablegen. Pflegefachpersonen sind nicht nur verantwortlich für die individuelle Pflege sondern auch für die Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung. Sowohl Klienten als auch die beschäftigende Organisationen müssen den Pflegenden in der Festlegung und Ausführung ihrer Arbeit Autonomie zuerkennen (MÜLLER-STAUH et al. 2015).

Leider haben andere Entscheidungsträger (u.a. die Finanzierer, die Sozialgesetzgebung und die Leitungspersonen in Organisationen) in aller Regel „rudimentärere“ Vorstellungen vom Auftrag der Pflege (HOFMANN 2012). Dies wirkt sich auf die Gesetzgebung einschließlich der Regelungen zur Pflegebildung und auf die Stellenbemessung/Finanzierungsmodelle aus. Die Pflegebildung ist weder für die Berufspraxis noch im internationalen Vergleich ausreichend (Verbändedialog psychiatrische Pflege 2016). Bezüglich pflegerischer Besetzung geben vorliegende Zahlen Hinweise, dass Deutschland innerhalb Europas zu den Ländern mit der schlechtesten Pflege-Patienten-Relation zählt. So versorgen in Deutschland im Schnitt 12,3 Pflegekräfte (Pflegefachpersonen und Hilfskräfte) 100 Krankenhauspatienten. In Polen sind dies 15,2, in Spanien 18,2, in England 22,5 und in Norwegen 42,9 Pflegekräfte, um nur ein

paar Beispiele zu nennen (SIMON 2015). Erforderliche Pflegeleistungen müssen hierzulande oft rationiert werden, am ehesten vernachlässigt werden Tätigkeiten im Zusammenhang mit psychosozialer Versorgung und Zuwendung (ZANDER et al. 2014). Auch in der Psychiatrie ist von einer deutlichen Unterbesetzung der Pflege auszugehen (LÖHR et al. 2014).

Zur beruflichen Handlungsautonomie gehört auch die berufliche Selbstregulierung. Seit über 20 Jahren kämpfen Pflegeorganisationen in Deutschland für die hierfür erforderliche Verkammerung. Ende 2016 haben erst 3 von 16 Bundesländern entsprechende Gesetze auf den Weg gebracht, in etlichen Bundesländern wird die Verkammerung der Pflege weiter strikt abgelehnt (siehe www.pflegekammer-jetzt.de). Die Pflege in Deutschland ist politisch ohnmächtig (HOFMANN 2012).

Voraussetzungen in Organisationen

Im Hilfeschehen haben die Akteure der multiprofessionellen Teams vor Ort ihre Aufgaben abzustimmen. Da sich viele Inhalte der verschiedenen Berufsgruppen überschneiden, sind Diskussionen unvermeidlich. Im klinischen Bereich wird die Diskussion aufgrund der geplanten Neudefinition der Personalmindestbesetzung aktuell viel breiter und schärfer geführt. Bislang orientiert sich die Personalbemessung im stationären Bereich an Regelaufgaben, die für jede Berufsgruppe beschrieben sind (KUNZE et al. 2010). Zur Zeit hat jede Berufsgruppe also hohes Interesse ihren eigenen Verantwortungsbereich möglichst breit (und den der anderen Berufsgruppen entsprechend schmaler) zu definieren und die Wirksamkeit ihres Handelns mit Evidenz zu belegen (vgl. z.B. LÖHR et al. 2016).

Im Geltungsbereich des SGB V stehen pflegerische Handlungen unter ärztlicher Gesamtverantwortung, das heißt, dass sie „vom Arzt angeordnet und überwacht werden“ (IGL 1998, zit. in TEWES 2002, S. 48). Die Folge sind Abgrenzungsprobleme pflegerischer Verantwortung und Frustrationen bei Pflegefachpersonen, die andere Vorstellungen ihrer Verantwortlichkeiten haben als Ärzte.

Organisationen klären im Rahmen der Vorgaben die Spielregeln der Zusammenarbeit und legen Abläufe fest. Die Pflege organisiert sich mittlerweile in vielen Kliniken über Bezugs- pflege- oder Primary-Nursing-Modelle. Grundgedanke dieser Pflegeorganisationsmodelle ist die feste Zuschreibung der Verantwortung für den Pflegeprozess an *eine* Pflegefachkraft, auch über die Schichtdienstzeiten hinaus. Damit wird im „Primary Nursing“ (im Folgenden PN) Verantwortung klar zugesprochen, wie die Begründerin Maria MANTHEY (2011) betont. Renate TEWES (2002) umfangreiche Forschungsarbeit zur Pflegeverantwortung bestätigt diese Einschätzung. Insgesamt scheint unstrittig, dass PN oder ähnliche Pflegesysteme nicht nur die Verantwortungsübernahme sehr erleichtern, sondern auch vielfältige weitere positive Effekte für Patienten und Pflegefachkräfte haben (z.B. NEEDHAM 2011).

Die Praxis der Pflegeverantwortung stationär – ein Forschungsprojekt

In einem studentischen Forschungsprojekt fragten RIXE und SAUTER (2016) nach der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme stationär psychiatrisch Pflegenden, der Fokus lag auf Einflussfaktoren und Voraussetzungen. Dazu wurden Gruppengespräche von Pflegefachpersonen aufgezeichnet und qualitativ anhand der dokumentarischen Methode (PRZYBORSKI und WOHLRAB-SAHR 2014) analysiert. So konnten kollektiven Orientierungen und unbewusste konjunktive Erfahrungsräume rekonstruiert werden (ebd.). Das Projekt lieferte Ergebnisse, die mangels Datensättigung jedoch nicht generalisiert werden konnten. Daher werden aktuell weitere Daten erhoben und analysiert, dies soll im Sommer 2017 abgeschlossen sein.

Die vorläufigen und (noch) nicht generalisierbaren Ergebnisse liefern Hinweise, die eine nähere Betrachtung verdienen. Die Diskutanten brachten in den Gruppengesprächen zum Ausdruck, dass sie sich mit ihrem Beruf identifizieren und Verantwortung gerne übernehmen und hierfür förderliche Aspekte im Alltag teilweise realisiert sind. Doch die Verantwortungsübernahme erfährt eine starke Begrenzung; zum einen durch das Primat der Sicherheit, zum anderen durch die hohe Arbeitsbelastung. Pflegeentscheidungen sind dann teilweise im Wi-

derspruch zum Patientenbedürfnis und zum beruflichen Anspruch der Pflegeperson. Die Personalsituation spielt hier eine zentrale Rolle, nach Einschätzung der Diskutanten kann diese der ausschlaggebende Faktor für eine freiheitsentziehende Maßnahme oder andere Handlungen gegen das Patientenwohl sein. Pflegende erleben es als emotional belastend, wenn sie sich gezwungen sehen, Verantwortung abzuweisen oder gegen die Patientenbedürfnisse zu handeln.

Die vorliegenden Hinweise deuten auf erhebliche Einschränkungen der Verantwortungsübernahme und auf fehlende Voraussetzungen hin. Es scheint sehr wichtig, diese Ergebnisse genauer zu untersuchen, damit die richtigen Handlungsschritte geplant werden und die Patienten vor Schaden bewahrt werden können.

Die Praxis der Pflegeverantwortung ambulant – einige Feststellungen

Im ambulanten Setting leisten die Pflegefachpersonen in der Regel die direkte Betreuungsarbeit alleine, mögliche Teamkollegen sind nicht ohne weiteres verfügbar. Dadurch erweitern sich Aufgabenspektrum und Verantwortungsbereiche beträchtlich. So sind ambulant tätige Pflegefachpersonen beispielsweise gezwungen, die akute Suizidalität eines Patienten einzuschätzen – was den Pflegefachpersonen im stationären Alltag vielerorts in Abrede gestellt wird (LÖHR 2013).

Die breiten Aufgaben (s.o.) der ambulanten psychiatrischen Pflege können bedarfsorientiert in hochfrequenten Behandlungskontakten (bis zu 14 in einer Woche) erbracht werden. Damit stellt APP in Krisensituationen oft das am meisten stabilisierende Angebot dar.

Viele Regelungen zur APP sind unbefriedigend. Im SGB V wird im §37 APP beschrieben als „Grund- und Behandlungspflege und häuslicher Versorgung“. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist die Differenzierung „Grund- und Behandlungspflege“ falsch (KLIE 1998). Die Verordnung ist zeitlich und auf definierte Diagnosegruppen beschränkt – obschon psychiatrische Pflegebedarfe oft ohne Zeitlimits und nur bedingt abhängig von der ICD-Diagnose bestehen. Die Tatsache, dass ambulante psychiatrische Pflege in Deutschland weit entfernt von einer flächendeckenden Umsetzung ist, vermittelt den Eindruck eines „nice-to-have“-Angebots. Auf Bundesebene fehlen verbindliche Regelungen zur Personalstärke, Qualifikation und Vergütung der APP.

Forderungen und Fazit

Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen während akuter Krisen und bei chronischen Verläufen ein sehr breites Spektrum an Pflegeerfordernissen bzw. Pflegebedarfen auf. Die Pflegepraxis verfügt auch in Deutschland grundsätzlich über ein breites Repertoire an Konzepten und Hilfeangeboten. Doch ob, in welchem Umfang und in welcher Qualität pflegerische Hilfen angeboten werden, ist sehr unterschiedlich. Dies fängt an beim möglichen Vorhandensein/Nichtvorhandensein von APP in einer Region und geht über das Anordnungsverhalten der Ärzte weiter bis zu den sehr unterschiedlichen „Kulturen und Standards“ der Pflege in verschiedenen Einrichtungen. Der Praxis fehlen wissenschaftliche Fundierung (SCHULZ und SAUTER 2015) und verbindliche Leitlinien oder Standards (AHRENS und SAUTER 2013), an denen sie gemessen werden kann. Bildung und Qualifikation müssen sich dringend internationalen Standards annähern, genauso wie die Stellenbemessung und Kompetenzzuweisung. Es existieren keinerlei bundeseinheitliche Vorgaben für die berufliche Fortbildung in der Pflege, noch gibt es irgendwelche Regelungen zum Skill- und Grademix in der Pflege (siehe z.B. GAIDYS 2011). Der größte Akteur im Gesundheitswesen darf weitgehend beliebig arbeiten.

Mit einer beruflichen Selbstverwaltung könnte ein Teil dieser Themen angegangen werden. Darüber hinaus muss Pflege eine aktive Rolle in der Versorgungsplanung haben. Die Pflege selbst muss sich konzeptuell mehr in die aufsuchende und niedrighschwellige Arbeit sowie in die Prävention einbringen und entsprechende multiprofessionelle Angebote mitgestalten.

Eine stärkere Rolle der Pflege, verbunden mit besseren Qualifikationen und Personalbesetzung, würde sicher helfen den Fokus der Hilfen von „Symptominderung“ auf die „Lebensziele und Lebensqualität des Klienten“ zu verschieben und den Alltags- und Lebensweltbezug der Hilfen zu verbessern.

Ein Forschungsprojekt der Berner Fachhochschule wollte klären in welche Richtung die Pflege sich weiterentwickeln soll. Dafür wurde unter Einbezug von Patienten, Angehörigen und Pflegefachpersonen versucht zu definieren, was „Gute Psychiatrische Pflege“ ist (RICHTER et al. 2014). Die Ergebnisse unterstreichen die Aussage einer irischen Studie (LAKEMAN 2012): „*Psychiatrische Pflege ist eine professionelle, klientenzentrierte und zielorientierte Aktivität. Sie basiert auf guter Evidenz und ist auf Wachstum, Entwicklung und Recovery von Menschen mit komplexen psychiatrischen Bedürfnissen ausgerichtet. Sie nutzt sorgende (caring), empathische, einsichtsvolle und respektvolle zwischenmenschliche Fertigkeiten, um auf den personalen Ressourcen aufzubauen und diese weiterzuentwickeln in einer partnerschaftlichen Beziehung mit dem Individuum und in Kooperation mit Freunden, der Familie sowie mit dem Gesundheitssystem*“.

Menschen mit entsprechenden Hilfebedarfen sollten keine Abstriche von diesem Angebot machen müssen.

Literaturverzeichnis

- ABDERHALDEN, C. (2011): Pflgetheorie. In: DOROTHEA SAUTER, CHRISTOPH ABDERHALDEN, IAN NEEDHAM UND STEPHAN WOLFF (Hg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege), S. 57–81.
- ABDERHALDEN, C./NEEDHAM, I./WOLFF, S./SAUTER, D. (2011): Auffassung von Pflege. In: DOROTHEA SAUTER, CHRISTOPH ABDERHALDEN, IAN NEEDHAM UND STEPHAN WOLFF (Hg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege), S. 43–56.
- AHRENS, R./ SAUTER, D. (2013): Das aktuell bestmögliche Pflegeangebot gewährleisten. In: *Psych Pflege* 19 (03), S. 145–148. DOI: 10.1055/s-0033-1345700.
- ALFARO-LEFEVRE, R./ MÜLLER STAUB, M. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Huber (Pflegeprozess).
- ARNDT, M. (1996): Ethik denken - Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart: Georg Thieme.
- BARKER, P./ BUCHANAN-BARKER, P. (2013): Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. 1. Auflage. Hg. v. Gianfranco ZUABONI, Christian BURR und Michael SCHULZ. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Pflege).
- BEHRENS, J. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft" ; qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegeforschung).
- BENNER, P. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- BENNER, P/TANNER, CHRISTINE A./CHESLA, C. A./DREYFUS, H. L. (2000): Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern [u.a.]: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege).
- BULECHEK, G. M./BUTCHER, H. K./DOCHTERMAN, J. M./WAGNER, C. M./WIDMER, R./GEORG, J. (Hg.) (2016): Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Unter Mitarbeit von Michael Hermann. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.
- FRAUENFELDER, F./MULLER-STAU, M./NEEDHAM, I./VAN ACHTERBERG, T. (2013): Nursing interventions in inpatient psychiatry. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 20 (10), S. 921–931. DOI: 10.1111/jpm.12040.
- FRAUENFELDER, F./VAN ACHTERBERG, T./NEEDHAM, I./MULLER STAUB, M. (2016): Nursing Diagnoses in Inpatient Psychiatry. In: *International journal of nursing knowledge* 27 (1), S. 24–34. DOI: 10.1111/2047-3095.12068.
- FRY, S. T. (1995): Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung. Eschborn: Dt. Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).
- GAIDYS, U. (2011): Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung - Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: *Pflege* 24 (1), S. 15–20. DOI: 10.1024/1012-5302/a000087.

- HERDMAN, T. H./KAMITSURU, S. (2016): NANDA international, inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017 / Herausgegeben von T. Heather HERDMAN, PhD, RN, FNI und Shigemi KAMITSURU, PhD, RN, FNI. 1. Auflage. Kassel: RECOM.
- HOFMANN, I. (2012): Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konstellationen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (9), S. 1161–1167. DOI: 10.1007/s00103-012-1540-1.
- KLIE, T. (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: *Pflege & Krankenhausrecht* 1 (1998), S. 13–17.
- KONRAD, M. (1986): Vom Wärter zum Co-Therapeuten -. Der komplizierte "Aufstieg" des Pflegers in der Psychiatrie. In: *Die Schwester, Der Pfleger* 25 (12), S. 992–997.
- KUNZE, H./KALTENBACH, L./KUPFER, K. (2010): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170265516.
- LAKEMAN, R. (2012): What is good mental health nursing? A survey of Irish Nurses. In: *Archives of Psychiatric Nursing* 26 (3), S. 225–231. DOI: 10.1016/j.apnu.2011.10.005.
- LAY, R. (2012): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft (Pflege).
- LÖHR, M. (2013): Suizidale Patienten in der Akutpsychiatrie. Das Leben pflegen. In: *Psych Pflege* 19 (03), S. 155–158. DOI: 10.1055/s-0033-1345703.
- LÖHR, M./LIEKENBROCK, A./VILSMEIER, F./HEMKENDREIS, B./NIENABER, A./ KLESSMANN, R. et al. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. In: *Z Psychosom Med Psychother* 62 62, S. 150–166.
- LÖHR, M./SCHULZ, M./KUNZE, H. (2014): Wegfall der Psych-PV – was dann? In: *Psych Pflege* 20 (03), S. 140–155. DOI: 10.1055/s-0034-1376276.
- MANTHEY, M. (2011): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3., überarb. u. erg. Aufl. Hg. v. Maria Mischo-Kelling. Bern: Verlag Hans Huber (Pflegemanagement).
- MEYER, G.; BALZER, K.; KOPKE, S. (2013): Evidenzbasierte Pflegepraxis--Diskussionsbeitrag zum Status quo. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107 (1), S. 30–35. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.12.001.
- MOORHEAD, S./JOHNSON, M./MAAS, M./SWANSON, E./AQUILINO, M./ HERRMANN, M. (Hg.) (2013): Pflegeergebnisklassifikation (NOC). 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Pflegeklassifikationen).
- MÜLLER-STAU, M./ABT, J./BRENNER, A./HOFER, B. (2015): Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP. Bern. Online verfügbar unter http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/31758_1_dl_expertenbericht%20deutsch.pdf, zuletzt geprüft am 12.11.2016.
- NEEDHAM, I.(2011): Pflegesysteme und Bezugspflege. In: Dorothea SAUTER, Christoph ABDERHALDEN, Ian NEEDHAM und Stephan WOLFF (Hg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege), S. 228–238.
- PEPLAU, H. E. (2009): Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke. 2. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege Psychiatrische Pflege).
- PILLEN, A. (2006): Gegen ihren Willen? Über Willenfreiheit als Handlungsorientierung in der Gerontopsychiatrie. In: *Soziale Psychiatrie* 30 (4), S. 4–9.
- PRZYBORSKI, A./WOHLRAB-SAHR, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4., erw. Aufl. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- REUSCHENBACH, B. (2008): Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege. Berlin: Logos-Verl.
- RICHTER, D./HAHN, S. (2009): Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. In: *Pflege* 22, S. 129–142. DOI: 10.1024/1012.
- RICHTER, D./SCHWARZE, T./HAHN, S. (2014): Was ist gute Psychiatrische Pflege? In: *Psych Pflege* 20 (03), S. 125–131. DOI: 10.1055/s-0034-1376273.
- RIXE, J./SAUTER, D. (2016): Was beeinflusst die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegenden - eine qualitative Studie. In: M. et al. SCHULZ (Hg.): „Fremdsein überwinden“ Kompetenzen der psychiatrischen Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen.13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. Bern: Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, S. 366–368. Online verfügbar unter http://pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2016.pdf, zuletzt geprüft am 02.11.2016.

- ROBERT BOSCH STIFTUNG (1996): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis : Denkschrift. Gerlingen: Bleicher (Materialien und Berichte / Robert Bosch Stiftung GmbH, 46 : Förderungsgebiet Gesundheitspflege).
- SAUTER, D. (2011): Autonomie. In: Dorothea SAUTER, Christoph ABDERHALDEN, Ian NEEDHAM und Stephan WOLFF (Hg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege), S. 652–668.
- SAUTER, D./ABDERHALDEN, C./NEEDHAM, I./WOLFF, S. (Hg.) (2011): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege).
- SAUTER, D./RIXE, J.(2016): Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege. In: *Psychiatrische Pflege* 1 (1), S. 37–40. DOI: 10.1024/2297-6965/a000010.
- SCHÄDLE-DEININGER, H. (2010): Fachpflege Psychiatrie. Repr. der Ausg. 2006. Frankfurt am Main: Mabuse.
- SCHOPPMANN, S.; LÜTHI, R. (2009): Insights from inside: the duties and activities of nurses at the psychiatric clinic Munsterlingen (CH). A qualitative study. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 16 (7), S. 606–620. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01420.x
- SCHULZ, M./SAUTER, D. (2015): Ein langer Weg. Zur wissenschaftlichen Fundierung der psychiatrischen Pflege. In: *Dr. med. Mabuse* (216), S. 34–35.
- SIMON, M. (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hg. v. Hochschule Hannover. Online verfügbar unter http://f5.hs-hanno-ver.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2015__Unterbesetzung_im_Pflegedienst__2._Auflage_.pdf, zuletzt geprüft am 14.12.2016.
- SPICIGER, E./KESSELRING, A./SPIRIG, R./GEEST, S. DE (2006): Professionelle Pflege--Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: *Pflege* 19 (1), S. 45–51. DOI: 10.1024/1012-5302.19.1.45.
- STAUDACHER, D./KOZEL, B. (2011): Wohin? Und warum? Eine kritische Reflexion zur fehlenden Identität der psychiatrischen Pflege. In: *Psych Pflege* 17 (01), S. 18–22. DOI: 10.1055/s-0030-1270694.
- TAYLOR, S. G./RENPENNING, K. M./BEKEL, G./VILLWOCK, U. (Hg.) (2013): Selbstpflege. Wissenschaft, Pflegeethik und evidenzbasierte Praxis. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegeethik).
- TEWES, R. (2002): Pflegerische Verantwortung. Eine empirische Studie über pflegerische Verantwortung und ihre Zusammenhänge zur Pflegekultur und zum beruflichen Selbstkonzept. 1. Aufl. Bern, Göttingen [u.a.]: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- VERBÄNDEDIALOG PSYCHIATRISCHE PFLEGE (2016): Gütersloher Erklärung zum geplanten Pflegeberufegesetz. Unter Mitarbeit von BFLK e.V., BAPP e.V., DFPP e.V. und et al. Online verfügbar unter http://www.verbaendedialog.de/archiv/Guetersloher-Erklärung_VbD2016.pdf, zuletzt geprüft am 14.12.2016.
- WARD, M. (2011): Deklaration von Turku. Der Beitrag der Psychiatrischen Pflege zur Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Unter Mitarbeit von Roland van de SANDE, Denis RYAN, Hieki ELLILA, Michael SCHULZ, Kevin GAFA, Richard BRODD et al. Hg. v. HORATIO - European Psychiatric Nurses. Online verfügbar unter http://www.horatio-web.eu/downloads/The_Turku_Declaration_-_German.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2016.
- WEIDNER, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 22).
- WEISSFLOG, S./SCHOPPMANN, S./RICHTER, D. (2016): Aufgaben und Tätigkeiten der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der Schweiz und in Deutschland: Ergebnisse eines länderübergreifenden Forschungsprojektes. In: *Pflegezeitschrift* 18 (3/4), S. 180–191. DOI: 10.3936/1338.
- ZANDER, B./DOBLER, L./BAUMLER, M./BUSSE, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 76 (11), S. 727–734. DOI: 10.1055/s-0033-1364016.