

2. Hintergrund

2.1. Verantwortung und Verantwortungsübernahme: Begriff und Konzept

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 (Körtner, 2012, S. 84f.). Während die Ethik unter dem Begriff Verantwortung moralische Prinzipien behandelt, betont die Pädagogik den Aspekt der Entwicklung von Verantwortung hin zur Mündigkeit, die Psychologie die Entwicklung von Ich und Moral und die Sozialwissenschaft die Interaktion. Die Philosophie hingegen verknüpft Verantwortung mit Freiheit und diskutiert, dass menschliche Freiheit in verantwortlichem Sinn ausgeübt werden soll (zusammenfassend in Körtner, 2012, S. 83ff.; Tewes, 2002, S. 25ff.).

Der *Verantwortungsbegriff im soziologischen Sinn* meint 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 durch einen erheblichen Handlungsspielraum und entsprechende selbständige Entscheidungszumutungen sowie hohes Folgenrisiko gekennzeichnet ist“ (Kaufmann, 1989, S. 214f., zit. in Hoff, 2001, S. 383). Demnach ist Verantwortung ein Merkmal von Personen und Umwelten (soziale Kontexte, Situationen, Rollen, pp.). Die Verantwortung findet im sozialen Bezugsrahmen statt und bezieht sich auf das Handeln, dabei unterliegt sie sozialen Deutungen (Hoff, 2001). Im *deskriptiven Verständnis* von Verantwortung wird gefragt, wer wem wofür und mit welchen Voraussetzungen verantwortlich ist. Es geht also um Einflussmöglichkeiten, Kausalitäten und Konsequenzen von Handlungen oder Unterlassungen. Das *normative Verständnis* von Verantwortung beurteilt Handlungssubjekt, Handlungsvollzug und Handlungsergebnisse anhand von Wertmaßstäben, die vor äußeren Instanzen und/oder dem eigenen Gewissen Rechtfertigung einfordern (ebd.). Hoff (ebd., S. 383f.) plädiert dafür in konkreten Situationen die deskriptive und die normative Verantwortung zu betrachten, dabei gilt, dass erst „die Annahme der Handlungs- bzw. Entscheidungsfreiheit eines Handlungssubjektes [...] logisch die Voraussetzung für normative Urteile [ist]“. Auch Tewes (2002, S. 35) 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, S. 77ff.) ergänzt, 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 (ebd.). Risikosituationen können aber auch mit Ungewissheit verbunden sein, das heißt das entscheidungsrelevante Wissen ist nicht verfügbar (Tewes, 2002, S. 32f.).

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, S.77ff.).

Verantwortung für andere (soziale Verantwortung) setzt nach Bierhoff und Neumann (2006, S. 174) Empathie voraus. das Empfinden von Empathie und Schuld sieht er als Vorläufer des Verantwortungsgefühls (ebd.: S. 176). Entwicklungsbiologisch scheint soziale Verantwortung Teil der menschlichen Natur zu sein und dazu zu dienen menschliche Grundbedürfnisse zu befriedigen (ebd.). In allen menschlichen Gesellschaften werden moralische Regeln der Verantwortung entwickelt, hier gibt es allerdings kulturelle Unterschiede (ebd.).

Das Thema der *Verantwortungsübernahme* beschreibt das Dorsch-Lexikon der Psychologie unter dem Begriff „prosoziales Verhalten“ als Neigung sich in einer bestimmten Situation als zuständig zu erklären (Dorsch, 2013, S. 1232f.). Dabei erhöhen Wissen, Kompetenzgefühl, Entschlussesicherheit und die prosoziale Intention die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen in Notfallsituationen eingreifen. Die Verantwortungsübernahme kann durch etliche Faktoren beeinträchtigt werden, z.B. durch die Diffusion der Verantwortung oder aufgrund einer sozialen Hemmung (aus Angst etwas Falsches zu tun) (ebd.). Hoff (2001, S. 384) ergänzt, dass neben Werten und Überzeugungen auch das Gefühl der eigenen Wirksamkeit und Kontrolle Voraussetzungen für Verantwortungshandeln sind.

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, S. 59f.).

Als *Diffusion von Verantwortung* wird beschrieben, wenn die Bereitschaft einer Person zur Verantwortungsübernahme (z.B. bei einer Hilfeleistung) sinkt, weil viele Personen anwesend sind, die ebenfalls eingreifen könnten. Zeugen einer Notlage fühlen sich offenbar weniger verantwortlich, wenn sie Teil einer Gruppe sind: sie schieben die Verantwortung ab. Dieses Phänomen wurde vielfach empirisch belegt (Bierhoff & Neumann, 2006, S. 178).

Die Diffusion ist ein häufiges Phänomen kollektiver Verantwortung, denen mit klaren betrieblichen Bestimmungen entgegengewirkt werden kann (Tewes, 2002, S. 59ff.).

Zusammenfassend handeln Menschen verantwortungsvoll, wenn sie ethische Standards berücksichtigen und sich als rechenschaftspflichtig für die Folgen ihrer Handlung sehen. Die individuelle oder kollektive Verantwortung ist ein sehr komplexes Geschehen und unterliegt vielfältigsten Einflussfaktoren.

2.2. Verantwortungsbereich der Pflege

2015 verfasste der Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP) im Auftrag des Schweizer Bundesamts für Gesundheit eine Expertise zum Verantwortungsbereich der Pflege. Im Einklang mit der deutschen Gesetzgebung (s.u.) 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, Abt, Brenner, & Hofer, 2015): den Pflegediagnosen der NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2016) sowie den 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, 2013), seine Anwendung basiert auf der professionellen Beziehung zum Pflegeempfänger (Müller-Staub et al., 2015, S. 9f.). Darüber hinaus sind im Pflegealltag viele situative Entscheidungen zu treffen, für die ebenfalls Expertise erforderlich ist (Benner, 1994, S. 125f.; Benner, Tanner, Chesla, & Dreyfus, 2000, S. 16ff.; 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, S.10; Tewes, 2002, S.16). Bartholomeyczik (2003, S. 8f.) nennt Gründe, warum der Gegenstand der Pflege schwer zu umschreiben sei: wenn das Ziel der Pflege das Zurechtkommen im Lebensalltag ist, dann gäbe es eigentlich nichts, für das nicht potenziell Pflege angebracht ist, und die im Kern helfende und unterstützende Arbeit unterliege in Methoden und Inhalten keinerlei Begrenzung. Außerdem sei Pflegen eine Alltagstätigkeit und ohne die nicht-berufliche Pflege könne der gesellschaftliche Versorgungsbedarf nicht gedeckt werden.

Die Pflege hat vielfältige Anstrengungen unternommen, um die Inhalte des Pflegeauftrags zu konkretisieren. Dies geschieht in Definitionen von Pflege (Spichiger, Kesselring, Spirig, & Geest, 2006) und bildet sich in Lehrbüchern (für die psychiatrische Pflege Abderhalden, Needham, Wolff, & Sauter, 2011; Schädle-Deininger, 2010) oder Arbeitspapieren von Berufsorganisationen (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, Needham, Wolff, & Sauter, 2011). Nicht das Krankheitsgeschehen ist das primäre Thema der Pflege, sondern die Folgen von Krankheits- und anderen Prozessen im Lebensalltag. Dieser Fokus macht Pflegehandeln bedeutsam (Holstick, 1994). 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 & Renpenning, 2013). Dabei will die Pflege dem Hilfeempfänger grundsätzlich zur Selbsthilfe und zur souveränen und befriedigenden Lebensgestaltung verhelfen; die Autonomieförderung ist ein sehr zentraler Baustein fast aller Theorien und Konzeptualisierungen der Pflege (Abderhalden, 2011c).

Auch die psychiatrische Pflege hat Probleme ihren Auftrag klar zu fassen (Staudacher & Kozel, 2011), die von Schulz bereits 2003 eingeforderte „Rekonzeptualisierung“ der Psychiatrischen Pflege (Schulz, 2003) findet keinen systematischen Niederschlag im Berufsalltag der Praktiker. Einige Kernmerkmale des psychiatrischen Pflegeauftrags haben zwei jüngere Studien herausgearbeitet: psychiatrische Pflege will aufbauend auf den personalen Ressourcen des Betroffenen und auf der Basis der sorgsam Ermittlung und der gemeinsamen Klärung der Ziele Wachstum, Entwicklung und Recovery (zum Recoverykonzept vgl. Kap. 2.6.) von Menschen mit psychischen Hilfebedarfen erhöhen (Lakeman, 2012; Richter, Schwarze, & Hahn, 2014).

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 Lüthi & Schoppmann, 2007, S. 100; Sauter & Rixe, 2016; Schanz, 2016).

2.3. Rechtliche Regeln zur Verantwortung der Pflege

Formalrechtlich gibt das aktuell gültige Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 2003 in §3 Abs. 2 die Bereiche eigenverantwortlichen Handelns in der Pflege 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.). Dies definiert Pflege jedoch nicht ausreichend und regelt nur die Berufsbezeichnung, nicht die Berufsausübung (Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 97). Ob das geplante neue Pflegeberufereformgesetz den Forderungen der Pflegeverbände entsprechen und die Verantwortung für den Pflegeprozess unter Vorbehalt stellen wird, ist aktuell noch nicht sicher (dip e.V., 2017).

Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) erläutert im §14 was Pflegebedürftigkeit ist, benennt jedoch nicht explizit die Pflegeaufgaben. Zwar unterliegt der Geltungsbereich des SGB XI vielfältigen Kontrollen von Kostenträgern und Aufsichtsbehörden, doch hat Pflege hier nahezu vollständige Handlungsautonomie und ist nicht von ärztlichen Weisungen abhängig (Hofmann, 2012).

Im Krankenversicherungsgesetz (SGB V) ist explizit nur die häusliche Pflege beschrieben (§ 35): als „Grund- und Behandlungspflege“ mit dem Ziel der Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten. Hingegen hebt das SGB V die ärztliche Letztverantwortung hervor, was immer wieder zu Abgrenzungsproblemen führt (Tewes, 2002, S. 17). Um die schon vor 10 Jahren vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen empfohlene Neuverteilung von Aufgaben zwischen Medizin und Pflege wird nach wie vor gerungen (Behrens & Selinger, 2012; Dreier, Rogalski, Homeyer, Oppermann, & Hoffmann, 2015). In den Kliniken ist die Pflege die größte Akteurin und zeitlich am häufigsten mit dem Patienten in Kontakt und hat daher neben dem Pflegeprozess auch viele situative Entscheidungen zu treffen (Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 31). Außerdem hat sie die Durchführungsverantwortung für ärztlich angeordnete Leistungen. Selbstredend sind auch vertragsrechtliche und haftungsrechtliche Aspekte im Pflegealltag bedeutsam.

In der stationären psychiatrischen Versorgung konkretisiert die Psychiatrie-Personalverordnung mit der Beschreibung von Regelaufgaben für den Pflegedienst ein breites Handlungsfeld der Pflege, welches mit Minutenwerten gewichtet der Personalberechnung dient (Kunze, Kaltenbach, & Kupfer, 2010, S. 44ff.).

2.4. Ethische Aussagen

Die Ethik fragt, ob Handeln in moralischer Hinsicht verantwortbar ist. Geprüft wird an dieser Stelle, welche Aussagen die Verantwortungsethik und die Care-Ethiken zum Thema Pflegeverantwortung machen und was die Voraussetzungen für ethisches Handeln sind.

Prinzipien in der Verantwortungsethik

Max Weber prägte (1919, zit. in Körtner, 2012, S. 22) den Begriff der Verantwortungsethik, der die Folgen von Handlungen reflektiert, in Abgrenzung zur Gesinnungsethik. Verantwortungsethik gilt als integrative Ethik und orientiert sich an der Zukunft und an den Sozialdimensionen der Gesellschaft (ebd.; sowie Arndt, 1996, S. 59ff. unter Bezugnahme auf die Ethik der Verantwortung von Hans Jonas). Ethische Verantwortung beinhaltet Themen der Pflichtenlehre (Fragen nach Verbindlichkeiten), der Güterlehre (Entscheidungen über Wirkungen des Handelns im Sinne von Prävention und Fürsorgepflicht) und der Tugendlehre (kognitive und affektive Voraussetzungen unseres Handelns) (Körtner, 2012, S. 88). Arndt (1996, S. 59f.) ergänzt, dass die Verantwortungsethik für die Pflege um die „Ethik des Für-einander-Sorge-Tragens, Ethik der Verantwortung oder Ethik des Antwortgebens“ ergänzt werden muss. Sie beschreibt (Arndt, 1996, S. 66ff.) folgende fünf Prinzipien der Ethik der Verantwortung: das Prinzip der Achtung vor dem Wert des Lebens, das Prinzip des Guten und Richtigen, das Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness, das Prinzip der Wahrheit und Ehrlichkeit und das Prinzip der individuellen Freiheit und Selbstbestimmung. Letzteres kann durch die vier vorhergehenden Prinzipien begrenzt werden.

Zur Relevanz von Medizinethik und Pflegeethik

Die Pflegeethik gilt wie die Medizinische Ethik als eine Bereichsethik innerhalb der angewandten Ethiken (Lay, 2012, S. 46ff.). Allerdings ist das Verhältnis dieser beiden Bereichsethiken noch nicht geklärt: als Ethiken des Gesundheits- und Sozialwesens haben Medizinethik und Pflegeethik hohe Schnittmengen, aber auch eigene Teilbereiche (Körtner, 2012, S. 26ff.; Lay, 2012, S. 65ff.). Traditionell erhebt die Medizinethik den Anspruch, moralische Fragen der Pflege mit beantworten zu können, wogegen sich Vertreter der Pflegeethik zur Wehr setzen (Lay, 2012, S. 70 und S. 114 ff.). Doch die Pflegeethik findet wenig Niederschlag in der Praxis (Kohlen & Kumbruck, 2008, S. 25f.). Auch in den Ethikkomitees der Kliniken ist die Perspektive der Pflege selten vertreten (Kohlen, 2012). Und pflegerische

Ethik-Kodizes sind den Pflegepraktikern oft nicht genügend bekannt und/oder zu abstrakt, um für konkrete Handlungssituationen Hilfe zu bieten (Lay, 2012, S. 137ff.).

Pflegeethik geht über die Berufsethik der Pflege hinaus und befasst sich mit allen moralischen Fragen der beruflichen und nichtberuflichen Pflegepraxis (ebd., S. 107). Sie ist – ergänzend zur medizinischen Ethik – erforderlich, weil Ärzte und Pflegende andere Aufgaben und Rollen gegenüber ihren Klienten wahrnehmen, weil Pflege mehr als andere Akteure das Wohl des Patienten und die „elementare und unmittelbare Sorge für die Kranken“ (ebd., S. 117) als Fokus habe und weil der oft intensive zeitliche und körpernahe Kontakt zu spezifischen Beziehungen mit spezifischen psychologischen und moralischen Problemen führe (zusammenfassend Lay, 2012, 114 ff., Körtner, 2012, S. 37ff.).

In der Medizinethik konnte sich keine klassische Theorie durchsetzen, daher hat sich die Praxis der Medizinethik auf die Orientierung an den vier Prinzipien mittlerer Reichweite von Beauchamp & Childress (2013; 1. Auflage 1940) verständigt. Die vier Prinzipien „non-maleficence“, „beneficence“, „autonomy“, und „justice“ verbinden hippokratisches Gedankengut und jüngere universelle ethische Werte und werden bei einem breiten Spektrum an Entscheidungen zur Orientierung herangezogen (Lay, 2012, S. 62ff.).

Autonomie und Angewiesensein in Care-Ethiken

Autonomie ist ein Zentralwert v.a. westlicher Gesellschaften und dabei scheint vergessen zu werden, dass auch Angewiesensein für jeden Menschen zum Leben gehört. In der europäischen Kulturgeschichte orientiert sich die philosophische Ethik an den „großen Gesten der Freiheit des Entwurfs“ (Gahlings, 2014, S. 36). Die Lehren befassen sich mit Selbstmächtigkeit, Autonomie, Gerechtigkeit, Willensfreiheit, Pflicht, Tugend etc. Gahlings (ebd., S. 37) stellt fest, dass sich aus diesen Ethiken so gut wie keine Impulse für die mitfühlende Praxis oder ein Engagement für Bedürftige ableiten lassen. Erst die „Ethics of Care“ in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts formulierten explizit die Fürsorgeperspektive und die zwischenmenschliche Verbundenheit. Im Grundsatz geht es darum, Personen nicht als autonome Individuen zu verstehen, sondern als Personen mit unterschiedlichen Graden von Autonomie und Angewiesen-sein innerhalb von Beziehungen und Gemeinschaft. Die moralische Urteilsfindung solle nicht auf Prinzipien fußen, sondern auf der Praxis des Sorgens, bei welcher Achtsamkeit und Aufmerksamkeit eine große Rolle spielen (Gahlings, 2014, S. 48ff.; Kohlen & Kumbruck, 2008, S. 21ff.). Die Care-Ethiken zeigen viele Überschneidungen zur feministischen Ethik und bemängeln, dass in der europäischen Kulturgeschichte entwickelte Ethiken kaum Impulse für die mitfühlende Praxis oder bezüglich Engagement

für Bedürftige bietet (Gahlings, 2014, S. 36ff.). Care-Ethiken kritisieren einige Aspekte der medizinischen Ethik, welche objektive Kriterien sucht und sich prinzipienorientiert entscheidet (ebd., Lay, 2012, S. 131ff.).

Voraussetzungen moralischen Handelns

Damit Pflege moralisch handeln kann, braucht sie berufliche Freiheit und angemessene Rahmenbedingungen Lay, 2012, S. 122 ff.). Arndt (1997, S. 517) konkretisiert zwei Bedingungen: „1. Pflege muss berufliche Autonomie entwickeln und 2. Die pflegerische Verantwortung muss zunächst den Patienten gelten und nicht dem Arzt oder der Institution“.

Gahlings (2014) sieht aus der Perspektive der Fürsorge-Ethik den aktuellen Pflegenotstand in Deutschland als moralisches Problem: „diese beschämende Verletzung des Fürsorge-Gebots in der sensiblen Lebenssituation der Krankheit sagt auch was über die moralische Qualität unserer Gesellschaft aus, die als Wohlstandsgesellschaft sehr wohl in der Lage wäre, solchen Problemen angemessen zu begegnen“ (ebd. S. 45).

Auch Kohlen (2016) warnt, dass die Ökonomisierung und bestehende Strukturen eine Care-Praxis verhindern und fordert daher, dass Care-Ansätze Macht, Ungleichheit und Konflikte thematisieren müssen. Die Care-Praxis brauche ein emanzipatorisches Verständnis von Pflege und ein mutiges Miteinander (ebd., S. 24).

2.5. Professionstheoretische Sicht auf Pflegeverantwortung

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 (Giese & Heubel, 2016, S. 36; Schaeffer, 2011). Umgekehrt werden Prozesse der Einschränkung von Autonomie (aus welchen Gründen auch immer) als Deprofessionalisierung (Schaeffer, 2011; Weidner, 1995, 38ff.) bezeichnet. Die weiteren beiden zentralen Professionskriterien sind laut Schaeffer (2011) der Zentralwertbezug und das wissenschaftliche Wissen. Durch das Kriterium des Zentralwertbezugs (also der Gemeinwohlorientierung) lässt sich von öffentlicher Verantwortung einer Profession sprechen.

In den Professionalisierungstheorien werden v.a. der struktur- und funktionsorientierte Ansatz, der prozessorientierte und der handlungsorientierten Erklärungsansatz unterschieden (Krampe, 2009, S. 64ff.; Stemmer, 2003; Weidner, 1995, S. 46ff.; Weidner, 1999). Im struktur- und funktionsorientierten Ansatz werden Merkmale von Professionen gelistet, u.a. die

Wissenschaftlichkeit, den Expertenstatus und die Berufsautonomie. Der prozessorientierte Ansatz beschreibt die Professionalisierungsprozesse. Beide Ansätze können jedoch die Merkmale von professionellen *Handlungen* nicht gut darlegen. Doch in sozialen Berufen besteht ein wesentlicher Teil der Dienstleistung in der Beziehung zum Klienten und professionelles Handeln zeichnet sich neben der Qualität des Handlungsergebnisses auch durch die Qualität der Leistungserbringung aus (Veit, 2004, S. 34). In der Bearbeitung der sozialen Klientenprobleme kann der professionell arbeitende Experte nicht auf festgelegte allgemeingültige Handlungsstandards zurückgreifen (ebd., S. 35). Ulrich Oevermann entwickelte daher in den 70er Jahren ein interaktionstheoretisches Professionsverständnis, nach dem Handlungen und Entscheidungen im Einzelfall begründet werden müssen und können (Weidner, 1995, S. 48ff.; Weidner, 1999, S. 22ff.). Professionelles Handeln ist ein „personenbezogenes, dem kommunikativen Handeln verpflichtetes, stellvertretendes Agieren des Professionellen für den Betroffenen im Sinne der Einheit von Wissensbasis und Fallverstehen präzisiert“ (Weidner, 1995, S. 58). Die subjektive Betroffenheit des Klienten und seine autonome Lebenspraxis finden Würdigung in der Kombination aus der Anwendung von Regeln (die auf wissenschaftlichem Wissen basieren) und dem besonderen Verstehen des jeweiligen Falls („hermeneutisches Fallverstehen“). Oevermanns Ansatz ist mit der Pflege (Weidner, 1995, S. 58f.), der Sozialarbeit und der Pädagogik kompatibel (Bräutigam, 2002, S. 11) und wird häufig repliziert. Nach diesem handlungsorientierten Professionsverständnis liegt der Schwerpunkt des beruflichen Verantwortungsbereichs professioneller Pflege darin, Entscheidungen (und Handlungen) mit dem Patienten über die Abwägung von Regelwissen und Fallverstehen zu begründen und vertreten.

„Regelwissen“ meint die Kenntnis und Fähigkeit der Anwendung des eigenständigen, wissenschaftlich gesicherten Fachwissens, was u.a. die (verstärkte) Akademisierung der Pflege erfordert (Schaeffer, 2011; Veit, 2004, S. 86). Der eigene Kompetenzbereich der Pflege muss dabei durch eine theoretische Konzeptualisierung geklärt werden (Moers, Schaeffer, & Schnepf, 2011).

Das „Hermeneutische Verstehen“ sucht nicht nach Kausalbeziehungen, sondern will menschliche Lebensäußerungen in ihrer Bedeutung erfassen und kontextbezogen interpretieren. Dieses Verstehen ist nie vollständig möglich, es bleibt die sogenannte „hermeneutische Differenz“, die aber mit verschiedenen Strategien (z.B. dem hermeneutischen Zirkel, dem Validieren vorläufiger Deutungen, pp) verkleinert werden kann (Bräutigam, 2002, 74ff). Nach Bräutigam erfordert dieser phänomenologische Zugang für die Erfassung der Situation

des Patienten das Erfahrungswissen und die Intuition des Pflegenden sowie die Interaktion mit dem Klienten (Bräutigam, 2002, S. 59ff.)

2.6. Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung

Die Verantwortung professioneller Helfer in psychiatrischen Handlungsfeldern muss zum einen auf die Besonderheiten psychiatrischer Störungen eingehen, zum anderen auch dem öffentlichen „Ordnungsauftrag“ wahrnehmen (Task Force „Ethik in Psychiatrie und Psychotherapie“ der DGPPN, 2014). Letzterer bedeutet, dass die Psychiatrie Menschen mit psychischen Störungen nicht nur dann behandelt (und in konkreten Fällen behandeln muss), wenn diese eine Behandlung suchen und wollen, sondern auch dann, wenn aufgrund der Krankheit die Sicherheit des Betroffenen oder der Öffentlichkeit gefährdet ist. In Deutschland sind öffentlich-rechtliche Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer geregelt. Weiter ermöglichen Regelungen des Betreuungsrechts Hilfen und Behandlungen gegen den Willen des Betroffenen (vgl. Bürgerliches Gesetzbuch §§ 1896ff.). Es versteht sich von selbst, dass Zwangsmaßnahmen die Autonomierechte der Betroffenen massiv verletzen. Verantwortliches Handeln in allen psychiatrischen Settings muss daher beinhalten, präventive Konzepte zu entwickeln und vorzuhalten. In Falle der Zwanganwendung gelten zusätzliche ethische und rechtliche Anforderungen (Task Force „Ethik in Psychiatrie und Psychotherapie“ der DGPPN, 2014).

Eine Besonderheit psychiatrischer Störungen ist, dass sie sowohl in ihrer Genese wie auch bezüglich der Folgen mehrdimensional verstanden werden müssen (Dörner et al., 2017). Vor allem bei längeren Verläufen ist deshalb nahezu immer ein Mix an Hilfen erforderlich; und damit verschiedene Akteure, die sich vernetzen und abstimmen müssen, damit Genesung und Inklusion gelingen kann (Riedel-Heller & Richter, 2008). Entsprechend sieht die Psychiatrie-Personalverordnung unter Bezugnahme auf das mehrdimensionale Krankheitsmodell multiprofessionelle Teams vor (Kunze et al., 2010, S. 6f.). Dörner et al. (2017, S. 76) betonen die Gefahr der Verantwortungsdiffusion in psychiatrischen Teams.

Auch wenn die Mehrdimensionalität psychiatrischer Hilfebedarfe anerkannt ist, die Hilfe-konzepte fokussieren sehr auf Heilung und Symptomkontrolle. Sauter (2017) schätzt ein, dass mehr Pflegeverantwortung in verschiedenen Hilfeinstitutionen dazu beitragen würde, die Hilfeziele mehr auf Alltagsbewältigung und Lebensqualität zu richten. Auch im Ausland wird gefordert, dass psychiatrische Pflege in der Gesundheitsversorgung wachsende Verantwortungs-bereiche gestaltet (Heslop, Wynaden, Tohotoa, & Heslop, 2016; Iqbal, 2014).

Eine andere Besonderheit ist, dass sich keine klaren Grenzen lassen, weder zwischen psychisch krank und psychisch gesund ziehen, noch zwischen psychischer Krankheit und nicht-psychiatrischen Störungen (Weinmann, 2016). Diese Unschärfen bedingen einen unklaren Handlungsauftrag der Helfer und erschweren ein klares Behandlungs- oder Hilfeziel zu formulieren (ebd.). Betroffene möchten Genesung bzw. „Recovery“ selbst definieren – und zwar anders, als die klassische Psychiatrie dies tut: nicht über die Abwesenheit von Symptomen sondern über Empowerment und souveräne Lebensgestaltung (Deegan, 1988; Schrank & Amering, 2007). Dieses Recovery kann nur erreicht werden, wenn die Betroffenen sehr schnell Kontrolle über ihr Leben zurückbekommen, und das kann durchaus beinhalten, dass sie dabei Fehlentscheidungen treffen. Nur so sind Lernprozesse möglich (Burr, 2015). Profis sind daher gefordert negative Risiken wie Selbst- oder Fremdgefährdung von positiven Risiken zu unterscheiden, und letztere zu unterstützen (Burr & Richter, 2016).

Grundsätzlich muss das Thema Verantwortung in der Beziehung zwischen Helfern und Nutzern sorgsam geklärt werden. In der Krise kann es notwendig sein, den Betroffenen von Verantwortung zu entlasten. Aber dann muss die Rückgabe der Verantwortung an die Nutzer schnell erfolgen, um Empowermentprozesse nicht zu beeinträchtigen (Knuf, 2006; Richter, Schwarze, & Hahn, 2014). Pflegende, die sich für die Pflegeergebnisse persönlich verantwortlich fühlen, können Empowermentprozesse besser unterstützen (Knuf, 2006, S. 120f.; Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000; Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2001). Doch das Thema der Eigenverantwortung der Patienten mit seinen Paradoxien bleibt eine Herausforderung, denn unverantwortliches und gefährdendes Verhalten Betroffener erfordert das Eingreifen der Pflege (Lakeman, 2016). Außerdem gibt es Situationen, in denen das Paradigma Patientenautonomie relativiert werden muss (Sauter, 2011a).

Patientenpartizipation wird sowohl fachlich als auch rechtlich immer deutlicher eingefordert. Daher müssen Genesungs- und Hilfeziele mit den Betroffenen abgestimmt werden. Dies gilt bei psychiatrischen Patienten als grundsätzlich möglich und notwendig (Hamann, Leucht, & Kissling, 2003), auch wenn die Wirksamkeit noch nicht sicher belegt ist (Duncan, Best, & Hagen, 2010). Pflegende befürworten im Grundsatz den Anspruchs der Patientenpartizipation. Sie erleben jedoch moralischen Stress wenn hierbei die Handlungskonzepte unklar sind oder wenn sie nicht mit ärztlichen Entscheidungen einverstanden sind (Jansen & Hanssen, 2016). Eine Rolle spielt auch, dass das Erscheinungsbild vieler psychiatrischer Patienten nicht zum Bild des informierten, selbstverantwortlichen Nutzers passt (Lakeman, 2016).

2.7. Voraussetzungen für Verantwortungsübernahme

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass (berufliche) Verantwortung konzeptuell gut geklärt sein muss und sowohl Autonomie wie auch Kompetenzen als Voraussetzung hat. Weil berufliche Pflege im SGB-V-Bereich immer in Organisationen stattfindet, müssen auch organisationalen Voraussetzungen angesprochen werden.

2.7.1. Autonomie, Autorität, Befugnisse

Als explizite Voraussetzungen für die Pflegeverantwortung benennt Renate Tewes (2002) in ihrer Literaturanalyse die „Autorität, die legitime Macht, die zu verantwortenden Aufgabe auszuführen“ und die „Autonomie, die Freiheit selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen“ (ebd., S. 39). Die o.g. Ausführungen zur Pflegeethik und zur Professionalisierung der Pflege bestätigen diese Voraussetzung deutlich. In der Berufspraxis bedeutet dies, 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 beschäftigenden Organisationen müssen den Pflegenden in der Festlegung und Ausführung ihrer Arbeit Autonomie zuerkennen (Müller-Staub et al., 2015, S. 6).

Doch wichtige Entscheidungsträger (u.a. die Finanzierer, die Sozialgesetzgebung und die Leitungspersonen in Organisationen) haben offenbar „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). Auch in der Psychiatrie ist von einer deutlichen Unterbesetzung der Pflege auszugehen (Löhr, Schulz, & Kunze, 2014).

Schäffer (2011) verweist darauf, dass Pflege zeigen muss, dass sie einen eigenständigen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit leistet, damit ihr diese Autorität zugesprochen wird. Dazu gehören die Generierung und die Implementierung eigenständigen Wissens. Doch die Pflege

in Deutschland hinkt bezüglich der Akademisierung anderen westlichen Ländern hinterher (ebd., Hofmann, 2012). Dies gilt für die psychiatrische Pflege in besonderem Maße (Schulz & Sauter, 2015).

2.7.2. Kompetenz und Performanz, Regelwissen und Fallverstehen

Berufliche Qualifikationen werden über Fachkompetenz (Wissen und Fertigkeiten) sowie personale Kompetenz (als Sozialkompetenz und Selbstständigkeit) beschrieben (AK DQR, 2011). Professionelle Entscheidungen in Helferbeziehungen basieren auf Regelwissen und Fallverstehen (s.o.). Neben dem auf Evidenz und Problemlösung gerichtetem Fachwissen erfordert der Fürsorgeauftrag der Pflegeprofession auch „Orientierungswissen“ (Friesacher, 2016) bzw. moralische Kompetenz (Raven, 1995). Eine wesentliche Grundlage pflegeethischer Kompetenz ist die hermeneutische Kompetenz (Bräutigam, 2003; Körtner, 2012, S. 108f.). Der breite Handlungsauftrag der Pflege erfordert berufsbezogene Sicherheit auf Basis von grundlegendem Wissen und Können (regelgeleitetes Handeln), die Fähigkeit Situationen individuell einschätzen (situativ-beurteilendes Handeln) sowie Reflexionsfähigkeit (reflektiertes Handeln), damit aktives, empathisches und ethisches Handeln (aktiv-ethisches Handeln) möglich ist (Olbrich, 2000). Kenntnisse und Fertigkeiten an sich reichen nicht aus, sondern sie müssen in spezifischen Situationen zur richtigen Handlung führen („Handlungsperformanz“; Raven, 2006). Sichere Entscheidungen in schwierigen, komplexen und/oder schwer einschätzbaren Situationen zu treffen ist ein Kennzeichen von Expertise auf der Basis „klinischen Urteilsvermögens“ (Benner et al., 2000, S. 11ff.). Dieses wiederum basiert auf guter persönlicher Ethik, praktischer Umsichtigkeit, innerer Anteilnahme an der Situation und Vertrautheit mit den Patienten (ebd.,) und wird über unterschiedliche Strategien im Arbeitsalltag erworben (Benner, 1994; Benner, Tanner, Chesla, & Dreyfus, 2000, S. 243ff. und 291ff.).

Zeitgemäßes psychiatrisches Handeln erfordert fächerübergreifendes Wissen, sozial-kommunikative und vor allem persönliche Kompetenzen. Sehr bedeutsam sind selbstreflexive Kompetenzen wie auch Rollenklarheit (Gromann, 2014). Auch hier gilt, dass solche Kompetenzen einer „tendenziellen Nichtvermittelbarkeit“ (im Sinn formalisierten, abprüfbareren Wissens) unterliegen und daher in Arbeitsprozessen angeeignet werden müssen (ebd.). Die geforderten Kompetenzen für die psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum untersuchten (Grieser, Abderhalden, Crivelli, Knüppel, & Kunz, 2009). Als wichtige Methodenkompetenzen wurden Analysefähigkeit, Flexibilität, Reflexivität und zielorientiertes Handeln beschrieben. Weiter erfordert der Pflegeberuf die Sozialkompetenzen situationsge-

rechtes Auftreten, Führungsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und soziale Verantwortung sowie die personale Kompetenzen Selbstverantwortung, moralische Verantwortung und Motivation.

Aktuelles Forschungswissen muss in das berufliche Handeln einfließen. Im ärztlichen Bereich sind die Behandlungsleitlinien ein etabliertes Instrument, um evidenzbasiertes Wissen für die Praxis verfügbar zu machen. Für die deutschsprachige psychiatrische Pflege sind diese Entscheidungshilfen für die Praktiker nicht vorhanden (Ahrens & Sauter, 2013).

Bei Berufsanfängern ist der Grad der erworbenen Kompetenzen der stärkste Prädiktor für die Handelsfähigkeit („nurses empowerment“, Kuokkanen et al., 2016). Doch die aktuelle Pflegeausbildung kann den komplexen Anforderungen des Pflegealltags nicht gerecht werden (Robert Bosch Stiftung, 2000, S. 18ff.). Bezüglich der beruflichen Fort- und Weiterbildung gibt es hierzulande nur in einzelnen Bundesländern Vorgaben. Damit dürfte von einer breiten Streuung der Kompetenz (incl. „Performanz“) der Pflegepraktiker auszugehen sein.

2.7.3. Voraussetzungen in Organisationen und Primary Nursing

Verantwortungsübernahme unterliegt vielfältigen Voraussetzungen und Organisationen können hierfür förderliche oder hinderliche Rahmenbedingungen schaffen. In Kliniken müssen innerhalb multiprofessioneller Teams und innerhalb Pflegeteams Rollen und Aufgaben gut geklärt werden, auch um Verantwortungsdiffusion zu vermeiden. Tewes (2002, S. 17f) benennt weitere Aspekte, welche die Verantwortungsübernahme für die Pflege erschweren, u.a. die begrenzten Stellen, die Verantwortung für eine große Zahl an Patienten, die negative Besetzung der Thematik, der mangelnde Handlungsspielraum der Pflege etc. In allen Bereichen der Krankenversorgung (ambulant und stationär) sind laut SGB V alle pflegerischen Verrichtungen unter die ärztliche Gesamtverantwortung gestellt. Konflikte sind zwangsläufig, wenn Mediziner das Recht haben die pflegerische Versorgung zu überwachen ohne eine Pflegeausbildung absolviert zu haben (Tewes, 2002, S. 17, in Bezug auf Igl, 1998).

Der Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess (Abderhalden, 2011a) gilt als „Kerngeschäft“ und eigenständiger Bereich professioneller Pflege (Müller-Staub et al., 2015, S. 8). Seine Anwendung erfordert (u.a.) zeitliche, fachliche und persönliche Kontinuität (Schrems, 2006). Das Pflegeorganisationsmodell des Primary Nursing (im Folgenden PN) hat genau den Zweck, klare Aufgaben und Verantwortlichkeiten innerhalb von Pflegeteams sowie die erforderliche Kontinuität zu gewährleisten (Deutsches Netzwerk Primary

Nursing, 2016; Manthey, 2011, S. 80ff.). Umgekehrt ist ohne diese klare Zuordnung die Übernahme von Pflegeverantwortung deutlich erschwert (Bartholomeyczik, 2006; Tewes, 2002, S. 15; Tewes, 2008). In der psychiatrischen Pflege wird häufig auch von Bezugspflege gesprochen, zumal eine im Delphi-Verfahren konsentierende Broschüre zur Bezugspflege im deutschsprachigen Raum die feste Zuordnung der Pflegeverantwortung für den Pflegeprozess über die gesamte Behandlungsdauer des Patienten definiert (Needham & Abderhalden, 2002). PN oder Bezugspflege wird in sehr vielen Kliniken zumindest in Ansätzen realisiert (Needham, 2011).

Es gibt Hinweise, dass PN in psychiatrischen Settings nicht nur die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit erhöht und den Informationsstand der Patienten verbessert (Nienaber, Kämmer, Nölle, Rohde, & Schulz, 2013), sondern auch explizit zu klarer Verantwortungsübernahme führt (Armitage, Champney-Smith, & Andrews, 1991; Melchior, Abu-Saad, Philipsen, von den Berg, Andre A, & Gassmann, 1999; Sellick, Russell, & Beckmann, 1983).

2.8. Stand der Forschung

Um zu prüfen welche Erkenntnisse zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegenden vorliegen wurde eine Recherche in den Datenbanken Cochrane Library, PubMed, CINAHL und PsychInfo durchgeführt. Verantwortung kann sowohl als „accountability“ wie auch als „responsibility“ übersetzt werden, die Stichpunkte der Recherche lauteten daher (responsibility OR accountability) AND (mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness) AND (nursing). Da die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Pflege in Deutschland sehr von internationalen Standards abweichen wurden zusätzlich Publikationen im deutschsprachigen Raum gesucht. Hierfür wurden die Inhaltsverzeichnisse der nicht in CINAHL gelisteten Zeitschriften „Psychiatrische Pflege“ und „Psych. Pflege Heute“ durchsucht. Weiter erfolgte eine Handsuche sowie eine Recherche auf google scholar. Da Handlungsautonomie das zentrale Merkmal der Professionalität ist, wurden wesentliche Befunde über professionelles Pflegehandeln mit aufgenommen.

Aufgrund der Breite und Komplexität der Thematik gab es jeweils hohe Trefferzahlen, doch nach Sichtung der Abstracts blieben wenige, die das Thema konkret bearbeiten. Von diesen befassten sich die meisten Arbeiten mit Einflussfaktoren, Voraussetzungen oder anderen Teilaspekten der Pflegeverantwortung. Sie sind in die obigen Ausführungen mit eingeflossen.

Die pflegerische Verantwortung wurde von Renate Tewes (2002) gezielt in der somatischen Krankenhauspflege untersucht. Sie führte teilnehmende Beobachtungen wie auch themenzentrierte Gruppendiskussionen durch. 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 vereinhaitlicht als Team), das Erleben beruflicher Sicherheit und beruflichen Selbstvertrauens, Empathiefähigkeit sowie seitens der Leitung ein demokratischer Führungsstil und die Etablierung patientenorientierter Pflegesysteme (ebd., 327f.). Der finanzielle Druck, die häufige Unsichtbarkeit von Pflege und die Abgrenzungsprobleme zwischen Pflege und Medizin erschweren Pflegeverantwortung (ebd., 333ff.). Sie resümiert, dass Pflegeverantwortung erlernbar ist und dass das Pflegemanagement breite Möglichkeiten bezüglich der Herstellung förderlicher Bedingungen hat (ebd., 335f.).

Für die psychiatrische Pflege befragte Bernd Meyer (2011) 150 Fachweiterbildungsabsolventen per Fragebogen zunächst nach Aspekten ihres Berufsverständnisses. Dann legte er Fallvignetten vor, in denen Dilemmasituationen skizziert waren, und stellte dazu offene und geschlossene Fragen. Er stellte ernüchtert fest, dass viele Teilnehmende, obschon sie sich zu einem zeitgemäßen Pflegeverständnis bekennen, nicht situationsgerecht und patientenorientiert handeln würden (ebd., S. 76f.). Doch weist die Arbeit viele methodische Mängel auf.

Die Voraussetzungen und Perspektiven beruflichen Handelns der Pflege im Krankenhaus untersuche Frank Weidner (1995) in seiner schon älteren, doch vielbeachteten Habilitationsarbeit. Er fand über die Analyse problemzentrierter Interviews heraus, dass das Pflegehandeln grundsätzlich professionalisierbar sei, die notwendige Autonomie der Pflege aber an der Weisungsbefugnis der Mediziner sowie den Krankenhausstrukturen ende (ebd., 327ff.). Das professionelle Fallverstehen habe patientenorientierte Pflegesysteme als Voraussetzung (ebd., 328). In der Praxis zeigten sich immense Defizite bezüglich des Theoriewissens, der Handlungsspielräume und des Bewältigungsverhaltens Pflegenden, die Pflegepraxis sei „keineswegs professionell“ (ebd., S. 332).

Auch Annegret Veit (2004) sieht die Professionalisierung der Pflege als machbar und erforderlich an (ebd., S. 126). Um professionelles Handeln explizit zu machen und um zu erfahren ob und inwiefern professionelles Handeln in der Praxis verwirklicht ist, befragte sie entlassene Patienten nach ihren Erfahrungen mit der Pflege im Krankenhaus. Sie stellte fest, dass die Patienten sehr unterschiedliche Erfahrungen mit Pflegenden machen (ebd., 223 ff.), und empfiehlt der Pflege mehr Augenmerk auf die Entwicklung der hermeneutischen Kom-

petenz zu legen (auch in der Wissenschaft und in der Bildung) und klare Richtlinien für ein professionelles Rollenverständnis zu entwickeln und implementieren. Das „professionelle Situationsverstehen im Pflegeprozess“ wurde von Christoph Bräutigam (2002) in einer Literaturstudie untersucht. Er kommt zum Schluss, dass linear-analytische Betrachtungsweisen sich für überschaubare Situationen eignen und eher von Anfängern praktiziert werden, während Intuition und Erfahrungswissen helfen komplexe Situationen zu erfassen (ebd., 71ff.).

Die jüngere Studie von Burr und Richter (2016) beleuchtet die Einstellung von Psychiatriepflegenden gegenüber dem Risikoverhalten ihrer Patienten und damit die Frage, ob Pflegenden die Übernahme positiver Risiken der Patienten und damit deren Empowermentprozesse fördern. Die Auswertung von Fokusgruppeninterviews zeigte, dass Pflegenden „Risiko“ negativ konnotieren und ihre Einstellung von Ambivalenz zwischen Kontrolle und Offenheit geprägt ist. Wichtige negative Einflussfaktoren waren die Risikoaversion der Institution sowie die fachliche Unsicherheit aufgrund des Mangels an Leitlinien und Vorgaben (ebd.). Eine irische Erhebung mittels Fragebogen bestätigt die Ambivalenzen der Pflegenden bezüglich Risiko-Assessments und dem Umgang mit positiven Risiken (Downes, Gill, Doyle, Morrissey, & Higgins, 2016).

Wie psychiatrisch Pflegenden ihren Verantwortungsbereich definieren erhoben Manuel und Crowe (2014) über 10 semistrukturierte Gespräche mit Pflegenden in Neuseeland. Die Teilnehmenden fühlen sich rechenschaftspflichtig für ihre Entscheidungen zwischen Patientenbedürfnissen und Sicherheitsanforderungen. Sie versuchen die Eigenverantwortung der Patienten zu fördern und sie wollen sich in Risikosituationen absichern. Risikokontrolle spielt eine bedeutsame Rolle und führt dazu, dass Verantwortung teilweise aversiv erlebt wird. Die Autorinnen diskutieren die Befunde kritisch, da stringentes Risikomanagement zu untherapeutischem Verhalten oder zur Abwälzung der Verantwortung an den Arzt oder den Patienten führt.

Die Reaktionen psychiatrisch Pflegender auf herausfordernde Situationen erforschten Ejneborn Looi, Gabrielsson, Savenstedt, und Zingmark (2014) über die Auswertung von Fokusgruppen. Die Bandbreite der Begründungen ihrer Reaktionen reichen von „solving the staff's problems“ (meist im Zusammenhang mit stringentem Risikomanagement und/oder Routinehandeln und/oder Disziplinierung der Patienten) und „meeting the patient's needs“ (als personenzentriertes Vorgehen). Die Autoren unterstreichen damit die Ergebnisse von Bjorkdahl, Palmstierna, & Hansebo (2010) welche Pflegenden auf psychiatrischen Intensivstationen sehr plastisch entweder als „bulldozer“ (die Station vor Chaos bewahrend, Macht

ausübend) oder „ballett dancer“ (fürsorglich, sich in die Lage der Patienten versetzend) beschreiben. In beiden Studien wird betont, dass Pflegende in der Reflexion ihrer Arbeit unterstützt werden müssen, damit mehr fürsorgliches und personenzentriertes Handeln möglich ist und dass die Übergänge zwischen beiden Extremen fließend sind.

Über eine Analyse der Berichte psychiatrische Pflegender über kritische Ereignisse untersuchte Mitchell (2001) in Großbritannien, wie Pflegende mit Konflikten der Verantwortung umgehen. Die Pflegenden lernten durch die kritischen Ereignisse, dass eine klare Verteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten hohe Bedeutung hat. Für den Umgang mit diesen Situationen brauchen Pflegende mehr Rechtssicherheit und eine bessere Kommunikation im Team. Nach Eintreten eines kritischen Ereignisses brauchen haben sie Bedarf an Nachbesprechungen und Supervision und sie möchten ihre Sorgen vom Management wahrgenommen wissen.

Wie Pflegende „good nursing practice“ praktizieren können, wollten Gabrielsson, Sävenstedt, & Olsson (2016) anhand qualitativer Interviews herausfinden. Sie befragten stationär psychiatrisch Pflegende, deren positive Einstellungen zum Patienten bekannt war. Die Übernahme der Verantwortung für die Beziehung zum Patienten und die individuelle Gestaltung der Pflege war das zentrale Merkmal guter Pflege. Verantwortungsvolle Pflege wird u.a. unterstützt durch geeignete Werte und Einstellungen, durch genug Zeit für den direkten Patientenkontakt und ein kompetentes Team im Hintergrund. Pflegende erleben Stress und Frustration, wenn die Umstände dies nicht erlauben. Dann müssen sie zu ihrem Selbstschutz Verantwortung zurückweisen. Pflegeverantwortung braucht daher förderliche Faktoren, v.a. eine Priorisierung der Zeit mit dem Patienten und klare humanistische Werte.

Diese skizzierten Befunde belegen alle, dass Pflegeverantwortung sehr komplex und von vielen Kontextfaktoren abhängig ist. Sie erlauben aber nur sehr bedingt Rückschlüsse auf die aktuelle Situation der psychiatrischen Pflege hierzulande. Sie fokussieren nur Teilaspekte, oder beschreiben die Pflege in somatischen Kliniken. Diese kann nur in wenigen Aspekten mit der Pflege in der Psychiatrie verglichen werden, zu verschieden sind die Inhalte und vor allem die Rahmenbedingungen. Und für die internationalen Befunde gilt, dass eine Übertragbarkeit auf hiesige Verhältnisse nur sehr begrenzt möglich ist, wenn die berufliche Bildung und die Arbeitssituation der Pflege relevant für Forschungsergebnisse sind. Aufgrund des „deutschen Sonderwegs“ (Hofmann, 2012) lässt die beruflichen Rolle der Pflege im Gesundheitswesen wenig Vergleichbarkeit mit dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum zu.

Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme

psychiatrisch Pflegender

Eine qualitative Studie

Sauter, D.

2018, XIII, 110 S., Softcover

ISBN: 978-3-658-20206-4