Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft
(Dr. rer. cur.) an der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar

Verhaltensaktivierung im aufsuchenden Psychiatrischen Setting. Eine explorative Studie.

Erstgutachter: Hr. Prof. Dr. Frank Weidner
Zweitgutachterin: Fr. Prof.in. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa

vorgelegt von Karsten Gensheimer im August 2021

Inhaltsverzeichnis

Hinweise zur Lesbarkeit und zur Verwendung bestimmter Begriffe V

Abkürzungsverzeichnis VI

Abbildungsverzeichnis VII

Tabellenverzeichnis VIII

Abstrakt IX

Abstract X

Einleitung 1

1 Hinführung zum Thema 6

1.1 Zur Bedeutung psychosozialer Therapien 6

1.2 Aufsuchendes psychiatrisches Setting 7

1.2.1 Ambulante Psychiatrische Pflege 9

1.2.2 Soziotherapie 12

1.2.3 Integrierte Versorgung 13

1.2.4 Assertive Community Treatment 15

1.2.5 Home Treatment 15

1.2.6 Besonderheiten im aufsuchenden Setting 17

1.3 Neues Pflegeberufegesetz 19

2 Verhaltensaktivierung 22

2.1 Einheit 1: Aufbau und Struktur 25

2.2 Einheit 2: Verhaltensweisen erkennen 27

2.3 Einheit 3: Kognitive Prozesse 29

2.4 Einheit 4: Vermeidungsverhalten 31

2.5 Einheit 5: Soziale Kontakte 32

2.6 Einheit 6: Reflexion bisheriger Inhalte 34

2.7 Einheit 7: Rückfallprophylaxe I 35

2.8 Einheit 8: Rückfallprophylaxe II 35

2.9 Kontraindikationen 35

3 Theoretische Rahmung 37

3.1 Strukturen und Organisationen im Gesundheitswesen 37

3.2 Abgrenzung der Begriffe Beruf, Profession, Professionalisierung und Professionalität 38

3.2.1 Der Beruf 39

3.2.2 Die Profession 39

3.2.3 Die Professionalisierung 41

3.2.4 Die Professionalität 42

3.3 Profession und Professionalität innerhalb der Pflegeberufe 43

3.3.1 Stand der Professionalisierungsentwicklung in der Pflege 44

3.3.2 Zur allgemeinen Fachlichkeit und pflegerischen Kompetenzen 47

3.3.3 Pflegerische Handlungsoptionen 50

3.3.4 Die Phänomenologie des Fertigkeitserwerbs 52

3.3.5 Kompetenzen mit dem Fokus der psychiatrischen Pflege 56

3.4 Das Habituskonzept im Kontext psychiatrisch Pflegender 62

3.5 Gesundheitsbezogenes Verhalten 66

3.5.1 Gesundheitsverhalten 67

3.5.2 Krankheitsverhalten 67

3.5.3 Gesundheitshandeln 68

3.5.4 Informationen aus Expertenquellen 69

3.5.5 Änderung des Gesundheitsverhaltens 71

3.6 Wissen als Voraussetzung für das Handeln 74

3.6.1 Das Rubikonmodell der Handlungsphasen 75

3.6.2 Implizites Wissen 77

3.6.3 Nichtverbalisierbarkeit von Wissen 80

3.6.4 Erfahrungsgebundenheit des Wissens 80

3.6.5 Wissen und Lernen aus instruktionspsychologischer Sicht 81

4 Methodisches Vorgehen 84

4.1 Design 84

4.1.1 Ursprünglich geplantes methodisches Vorgehen 84

4.1.2 Tatsächlich durchgeführtes methodisches Vorgehen 91

4.2 Datenerhebung 94
4.2.1 Stichprobenplan 95
4.2.2 Experteninterviews 97
4.2.3 Leitfadengestütztes Interview 98
4.2.4 Einsatz von Fallvignetten 100
4.3 Datenanalyse 103
4.3.1 Datenaufbereitung 103
4.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring 105
4.3.3 Induktive Kategorienbildung 107
4.3.4 Datenanalyse mittels MaxQDA 111
5 Ergebnisdarstellung 111
5.1 Darstellung der Fallvignette 111
5.2 Beschreibung und Ablauf der Interviewsituationen 114
5.3 Exemplarische Darstellung eines Interviewtranskriptes 122
5.4 Darstellung der induktiv gebildeten Kategorien und Codes 131
5.5 Darstellung der Kategorien inklusive Ergebnisinterpretation 133
5.5.1 Kategorie Behandlungskonzept (prozessorientiert) 133
5.5.2 Kategorie Behandlungskonzept (fallbezogen) 138
5.5.3 Kategorie berufliches Selbstverständnis 145
5.5.4 Kategorie Patientenbegegnung 152
5.5.5 Kategorie Multiprofessionalität 155
5.5.6 Kategorie Lebenswelt 158
5.5.7 Kategorie Rahmenbedingungen 161
5.5.8 Kategorie Handlungsoperationalisierung 167
5.5.9 Vorteile durch Verhaltensaktivierung 168
6 Kritische Reflexion 171
6.1 Methodische Reflexion 171
6.1.1 Sampling und Generalisierbarkeit der Ergebnisse 171
6.1.2 Laborsituation 172
6.2 Inhaltliche Reflexion 173
6.2.1 Datensättigung 173
6.2.2 Soziale Erwünschtheit 173

7 Diskussion 174

8 Empfehlungen an die Praxis 179

Literaturverzeichnis **..... 181**

Anhang XII

Interview 1 XII

Interview 2 XII

Interview 3 XII

Interview 4 XII

Arbeitsmaterialien XIX

Die Spirale der sich bessernden Stimmung XIX

Die Spirale der sich verschlechternden Stimmung XX

Prozess der aktiven Problemlösung XXI

Stimmungsprotokoll XXII

Eidesstattliche Erklärung zur Einhaltung guter wissenschaftlicher Praxis XXIV

Hinweise zur Lesbarkeit und zur Verwendung bestimmter Begriffe

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text bei Personen, Gruppen- oder Funktionsbezeichnungen ausschließlich das maskuline Genus in dessen generischer Lesart verwendet.

Sofern dies nicht explizit abweichend geäußert wird, sind damit immer gleichwertig auch Personen mit weiblichem bzw. diversem Geschlecht gemeint.

Darüber hinaus wird ebenfalls aufgrund der besseren Lesbarkeit durchgängig der Begriff des Patienten verwendet, auch wenn im aufsuchenden Setting diesbezügliche Besonderheiten existieren.

Eine differenzierte Darstellung der erwähnten Besonderheiten ist im Verlauf der Abhandlung vorzufinden.

Abkürzungsverzeichnis

APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
bzw.	beziehungsweise
CMHT	Community Mental Health Team
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
GAF	Global Assessment of Functioning
HAPA	Health Action Process Approach
HICBT	High Intensity Cognitive Behavioural Therapy
HKP	Häusliche Krankenpflege
HT	Home Treatment
ICN	International Council of Nurses
IV	Integrierte Versorgung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LICBT	Low Intensity Cognitive Behavioural Therapy
LÜG	Lebensüberdrußgedanken
PflBG	Pflegeberufegesetz
PTHV	Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar
SDM	Shared Decision Making
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
SVR	Sachverständigenrat
TAU	Treatment as usual
VA	Verhaltensaktivierung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Depressionsmodell nach Martell et al. (2010) ……... 23

Abbildung 2: Das ABC-Modell des Verhaltens …… 26

Abbildung 3: Das Problemlösemodell nach D'Zurilla & Goldfried (1971) …….. 29

Abbildung 4: Modell des Health Action Process Approach ……..… 66

Abbildung 5: Das Rubikonmodell der Handlungsphasen ……... 68

Abbildung 6: Notationssystem nach Kallmeyer und Schütze …..……..….... 99

Abbildung 7: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse …… 103

Abbildung 8: Prozess der Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung …… 104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SMART-Regel zur Zielformulierung ……. 32

Tabelle 2: Sieben Schritte zur Verhaltensänderung 33

Tabelle 3: Mögliche Rollen und Kompetenzen von Pflegenden …….. 48

Tabelle 4: Kompetenzbereiche von Pflegenden ……..…..…… 49

Tabelle 5: Kompetenzen im Kontext psychiatrischer Pflege ……. 57

Tabelle 6: Vergleich von Habitus- und Professionalisierungsmerkmalen ……. 65

Tabelle 7: Qualitätskriterien der Inhaltsanalyse .....…….. 107

Tabelle 8: Inhalte des Interviewleitfadens der Aufwärmphase ……. 115

Tabelle 9: Inhalte des Interviewleitfadens der Hauptphase ……..……... 116

Tabelle 10: Inhalte des Interviewleitfadens der Schlussphase ……. 121

Tabelle 11: Hauptkategorien und Interviewcodes …….. 131

Tabelle 12: Behandlungskonzept prozessorientiert ……136

Tabelle 13: Behandlungskonzept fallbezogen ……..141

Tabelle 14: Berufliches Selbstverständnis ……..……..148

Tabelle 15: Patientenbegegnung ……..…… 153

Tabelle 16: Multiprofessionalität ……..…….. 157

Tabelle 17: Lebenswelt ……...…… 160

Tabelle 18: Rahmenbedingungen ……..……... 164

Tabelle 19: Handlungsoperationalisierung ……..…….167

Tabelle 10: Übersicht der Vorteile durch Verhaltensaktivierung ….....…… 170

Abstrakt

Hintergrund: Aktuelle Untersuchungen hinsichtlich der Wirksamkeit von Verhaltensaktivierung deuten darauf hin, dass die psychische Gesundheit von Menschen durch den Einsatz dieser Interventionen verbessert werden kann. Vor allem zeigen sich signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Reduktion der Symptomschwere sowie eine Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeiten bei Menschen, die Symptome wie Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug und Wertlosigkeit aufwiesen.

Methode: In einer explorativ deskriptiven Studie hinsichtlich des Einsatzes von Verhaltensaktivierung im aufsuchenden Setting wurden Experteninterviews mit Pflegenden durchgeführt, die Hinweise für die Umsetzung im Feld liefern sollten.

Ergebnisse: Ein großer Vorteil der Verhaltensaktivierung ist die Verständlichkeit bezüglich Zielsetzung und Vorgehen. Es ist sowohl für Patienten als auch für die Pflegenden einfach vermittel- und lernbar und setzt an den symptomatischen Defiziten wie sozialem Rückzug, Interessenverlust, Inaktivität sowie Hoffnungslosigkeit an.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten auf eine gute Umsetzbarkeit von Verhaltensaktivierung im aufsuchenden Setting hin, sofern vorhandene Rahmenbedingungen eine individuelle und anlassbezogene Unterstützung der Patienten gewährleisten.

Abstract

Background: Current research regarding the effectiveness of behavioral activation suggests that the mental health of affected individuals can be improved through the use of these interventions. In particular, there are significant results regarding the reduction of symptom severity as well as an improvement of general functioning in people who showed symptoms such as hopelessness, social withdrawal and worthlessness.

Methods: In an exploratory descriptive study mentioned the use of behavioral activation in outreach settings, expert interviews were conducted with caregivers to provide evidence for implementation in the field.

Results: A major advantage of behavioral activation is its comprehensibility in terms of objectives and procedures. It is easy to communicate and learn for both patients and caregivers and addresses symptomatic deficits such as social withdrawal, loss of interest, inactivity, and more.

Conclusion: The results indicate a good feasibility of the intervention, provided that existing framework conditions guarantee an individual and occasion-related support of the patients.

Einleitung

Die WHO fordert in ihrem Mental Health Action Plan 2017-2020 als ein Ziel auf europäischer Ebene, die Bildung flächendeckender Angebote zur Behandlung von mehreren seelischen Krankheiten. Dabei soll im Vergleich zum aktuellen Status eine Erhöhung um 20 Prozent stattfinden. Darüber hinaus wird gefordert, die Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen zu erhöhen. In Anlehnung an den *Compass for Action on Mental Health and Well-Being (2014-2020)* soll im Bereich der *Community-Based Mental Health Services* das Recht auf niederschwellige, gemeindenahe Angebote gestärkt werden. Hierfür sollen Versorgungsmodelle wie beispielsweise *Community Mental Health Teams, Recovery Based Practice, Shared Decision Making* jedoch vor allem *Early Intervention Services* gefördert werden, um eine individuelle Behandlung in einem am wenigsten einschränkenden, lebensfeldorientierten Setting bereitstellen zu können (vgl. Jose Miguel Caldas-de-Almeida et al. 2016).

Vor dem Hintergrund der aufgeführten Aspekte ist das Ziel des vorliegenden Projektes zum einen, psychiatrische Pflegefachpersonen in ihrer fachlichen Expertise so zu stärken, dass sie den Einsatz der „*Verhaltensaktivierung*“ lege artis durchführen können.

Zum anderen sollen niederschwellige, gemeindenahe Angebote vor allem für psychisch erkrankte Menschen bereitgestellt werden. Aufgrund der möglicherweise daraus resultierenden besseren Ergiebigkeit der Behandlungsangebote gilt es die Frage zu beantworten, ob durch den Einsatz einer niederschwelligen Intervention eine Verbesserung hinsichtlich des Funktionsniveaus bei den Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die im häuslichen Umfeld behandelt wird, eintritt.

Hierfür soll die Intervention der sog. *Verhaltensaktivierung* eingesetzt werden. Verhaltensaktivierung ist eine spezielle, niederschwellige Technik aus der kognitiven Verhaltenstherapie (*low intensity*).

Sie ist sowohl einfach zu erlernen als auch leicht an die Zielgruppen zu vermitteln (vgl. Hoyer & Vogel 2018, S. 12).

Low-Intensity-gestützte Interventionen sind, in Abgrenzung zu den üblicherweise verwendeten hochintensiven Behandlungen kürzer andauernde Interventionen, die wesentlich weniger Behandlungszeit benötigen. Ferner wurden sie entwickelt, um von Gesundheitsfachpersonen vor allem im aufsuchenden psychiatrischen Setting, nach kurzem Training und mit kontinuierlicher Unterstützung durch die Gesundheitsfachpersonen durchgeführt werden zu können (vgl. Rijnders et al. 2016, S. 282ff.; Waller et al. 2015, S. 298ff.).

Erste Studien weisen bei Menschen mit Diagnosen im Bereich der Depressionen auf eine gute Wirksamkeit bezüglich der Verbesserung der depressiven Symptomatik, des Aktivitätsniveaus sowie von Bewältigungsstilen hin (vgl. Waller et al. 2014, S. 255ff.). Darüber hinaus wurde die aus der Intervention resultierende Zufriedenheit sowohl bei den Mitarbeitern als auch bei den Teilnehmenden als hoch bewertet. Dennoch bedarf es weiterer Studien um die Ergebnisse aus diesen Untersuchungen zu bestätigen bzw. zu modifizieren (vgl. Waller et al. 2013, S. 98ff.), was auch das Ziel der vorliegenden Abhandlung ist.

Vor diesem Hintergrund lässt sich das zentrale Forschungsinteresse anhand zweier grundlegender Aspekte formulieren. Zum einen soll untersucht werden, inwieweit Verhaltensaktivierung im aufsuchenden psychiatrischen Setting implementiert und eingesetzt werden kann. Darüber hinaus soll eruiert werden, inwiefern die in diesem Bereich tätigen Pflegenden durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung in Hinblick auf ihre Expertise profitieren.

Die Bearbeitung der Abhandlung unterlag jedoch zweier erheblicher und außergewöhnlicher Störungen und Restriktionen. Zum einen hatten die Auswirkungen der COVID 19 Pandemie im laufenden Prozess des Promotionsverfahren aufgrund der Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens auch gravierende Effekte für die ursprüngliche Form des methodischen Vorgehens. So ergaben sich durch die landesweit ansteigenden Fallzahlen der mit COVID 19 infizierten Personen betriebsinterne Veränderungen im Arbeitsprozess der aufsuchenden psychiatrischen Dienste. Mit dem erneuten geplanten Lockdown, der zum November 2020 einsetzte, wurden die aufsuchenden Tätigkeiten eingestellt. Desweiteren haben es die pandemiebedingten Einschränkungen nicht ermöglicht, die geplanten Maßnahmen so durchzuführen, wie sie ursprünglich bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft beantragt wurden.

Darüber hinaus wurde am 1. April 2021 durch die Geschäftsführung der PTHV verkündet, dass die Pflegewissenschaftliche Fakultät mit sofortiger Wirkung stillgelegt würde. Ohne weiterführende Bemerkungen zu diesem Schritt zu treffen wird dennoch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass diese Entscheidung auch weitreichende Auswirkungen auf die Fertigstellung dieser Dissertation hatte.

Konkret bedeutet dies für das Design, dass eine Laborsituation geschaffen wurde, welche die Thematik lediglich in einem theoretischen Konstrukt durchlaufen ließ (siehe hierzu auch Punkt 6 Kritische Reflexion).

Demzufolge ist es durchaus denkbar, dass an bestimmten Stellen der Dissertation eine noch differenziertere Betrachtung angemessen gewesen wäre, dies aufgrund forschungsökonomischer Aspekte sowie personeller Ressourcen im Zusammenhang mit der Stilllegung nicht umsetzbar gewesen wäre.

Im ersten Kapitel dieser Arbeit erfolgt eine Hinführung zum Thema, welche die Bedeutsamkeit psychosozialer Therapien im Kontext der psychischen Gesundheit herausstellen soll.

Danach werden die wesentlichen pflegerischen-therapeutischen Behandlungsformen des aufsuchenden Settings beschrieben. Letztlich wird anhand des Pflegeberufegesetz das eigenständige Handeln im Hinblick auf Voraussetzungen und Grenzen bei Pflegenden begründet.

Im zweiten Kapitel wird die Intervention der Verhaltensaktivierung dargelegt. Hierbei werden die wesentlichen Inhalte der acht Einheiten aufgeführt.

Das dritte Kapitel beschreibt den theoretischen Bezugsrahmen der Arbeit. Dieser Bezugsrahmen soll die drei wesentlichen Perspektiven der vorliegenden Abhandlung begründen. Daher wird im ersten Schritt der Fokus auf die Professionalität der Pflege gelegt. Hinsichtlich der Professionalisierung der Pflege werden dementsprechend Strukturen und Organisationen im Gesundheitswesen vorgestellt. Im Anschluss daran findet eine Abgrenzung von Terminologien statt. Darauf aufbauend werden die aktuellen Entwicklungen bezüglich der Professionalisierung innerhalb der Pflegeberufe reflektiert. In Ergänzung hierzu wird das Habituskonzept von Bourdieu im Kontext der psychiatrischen Pflege vorgestellt.

Die zweite Perspektive betrachtet den Zusammenhang der Patienten. Unter diesem Blickwinkel werden Merkmale zur Änderung dysfunktionaler Verhaltensmuster vorgestellt, wobei das Hauptaugenmerk auf den Menschen mit chronischen Erkrankungen liegt.

Die dritte Perspektive wird sowohl für die Pflegenden als auch für die Patienten als elementar angesehen. Hier werden verschiedene Besonderheiten von Wissen sowie Voraussetzung für das Handeln dargelegt.

Ziel ist es, einen umfassenden Überblick zu geben bzw. ein Verständnis für die zentrale Fragestellung des Forschungsprojektes zu erzeugen, das heißt, inwieweit beeinflussen die aufgeführten Perspektiven diese drei Teilbereiche bei der Umsetzbarkeit im aufsuchenden Setting.

Im vierten Kapitel wird das methodische Vorgehen dargestellt. Eine Besonderheit im methodischen Vorgehen liegt in der Änderung des Forschungsdesigns während des laufenden Forschungsprozesses.

Dementsprechend wird zu Beginn dieses Kapitels eine kurze Darstellung des ursprünglichen methodischen Vorgehens durchgeführt. Im weiteren Verlauf wird dann das tatsächlich umgesetzte Design vorgestellt sowie die Inhalte der Datenerhebung begründet. Im Anschluss daran erfolgt die Vorstellung der Datenanalyse.

Das fünfte Kapitel beinhaltet die Darstellung der gewonnenen Ergebnisse. Hierfür wird am Anfang des Kapitels die in den Interviews verwendete Fallvignette dargestellt und anschließend die Abläufe der Interviews beschrieben. Daran anknüpfend wird exemplarisch eine Transkription eines Interviews sowie die Darstellung der induktiven Kategorien abgebildet. Zentrales Merkmal dieses Kapitels bildet die Darstellung der einzelnen Kategorien, die ebenfalls die Ergebnisinterpretation mit beinhalten.

Im sechsten Kapitel findet eine kritische Reflexion sowohl der Inhalte als auch der methodischen Vorgehensweise statt.

Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und mit den Erkenntnissen aus der aktuellen Forschung verglichen.

Abschließend werden im achten Kapitel Empfehlungen an die Praxis angegeben.

1 Hinführung zum Thema

Um einen umfassenden Einblick in das Thema der psychiatrischen Pflege und dabei vorzugweise den Bereich der aufsuchenden Pflege in den Fokus rücken zu können, werden im folgenden Abschnitt sowohl die Wichtigkeit psychosozialer Therapien für diesen Bereich als auch die wesentlichen Settings beschrieben.

1.1 Zur Bedeutung psychosozialer Therapien

Schwere psychische Erkrankungen sind neben langanhaltenden und chronischen Krankheitssymptomen zusätzlich mit weitreichenden Einschränkungen in den persönlichen, sozialen und beruflichen Bereichen verbunden. Daher nehmen psychosoziale Therapien einen sehr hohen Stellenwert in der Behandlung von chronisch psychischen Erkrankungen ein.

Die im Jahr 2018 veröffentlichte S-3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zeigt aktuelle Empfehlungen für die Versorgungsforschung und die Gemeindepsychiatrie auf. Aus dieser Leitlinie geht hervor, dass besonders den psychosozialen Interventionen bei psychisch kranken Menschen eine große Bedeutung zugeschrieben werden kann.

Einen großen Bestandteil nehmen dabei die aufsuchenden, gemeindenahen Behandlungsansätze ein, welche sich in der Akuität der Erkrankung, der Teamkonstellation des Versorgungsmodells sowie der aufsuchenden beziehungsweise nicht aufsuchenden Behandlung unterscheiden.

Während Community Mental Health Teams (CMHT) für eine definierte Versorgungsregionen und nicht aufsuchend tätig sind, erfolgen Home Treatment (HT) und Assertive Community Treatment (ACT) als primär aufsuchende Behandlungsform.

Die primär aufsuchenden Behandlungsformen kennzeichnen sich durch spezialisierte Behandlungsteams, welche die Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen in den Krankheitsphasen je nach Intensität und Unterstützungsbedarfen begleiten.

Die aufsuchenden Behandlungsformen unterscheiden sich primär in der Kontinuität und Dauer der Behandlung. HT erfolgt in der Regel über ein zwei bis sechswöchigen Zeitraum, hingegen ACT über einen wesentlich längeren Zeitraum. Während sich CMHT in Form von psychiatrischen Ambulanzen in Deutschland etabliert haben, findet Home Treatment oder ACT nur vereinzelt ihre Anwendung in der psychiatrischen Versorgungspraxis. Darüber hinaus existieren Angebote für eine häusliche psychiatrische Krankenpflege, die im SGB V geregelt ist.

1.2 Aufsuchendes psychiatrisches Setting

Aufgrund der Heterogenität sowie der voranschreitenden „Ambulantisierung“ der psychiatrischen Versorgung werden psychiatrische Tätigkeiten von unterschiedlichen Leistungsstellen erbracht. Vor diesem Hintergrund wird in dieser Abhandlung von einem aufsuchenden psychiatrischen Setting gesprochen, damit sämtliche Organisationsformen ihre Berücksichtigung finden können. Die inhaltliche Arbeit aus den unterschiedlichen Organisationskontexten unterscheidet sich dabei nicht.

Bei einer differenzierten Betrachtung der sektorübergreifenden Versorgung psychisch erkrankter Menschen lässt sich feststellen, dass ein Mangel an Koordination und Kooperation bezüglich adäquater Leistungen vorliegt. Dieses Phänomen bringt somit längere Wartezeiten im aufsuchenden Setting mit sich und kann zu einer stationären Krankenhausbehandlung führen. Die Versorgung psychisch kranker Menschen gestaltet sich sehr komplex. Oftmals existieren zahlreiche Leistungsanbieter für dieselbe Indikation. Im ambulanten Sektor sind dies vorrangig Fachärzte und/oder psychologische Psychotherapeuten.

Für chronisch psychisch erkrankte Personen existieren darüber hinaus auch noch ambulante Angebote der Soziotherapie, der Ergotherapie sowie der fachpflegerischen Unterstützung. Geregelt werden diese Leistungen im fünften Sozialgesetzbuch. Hinsichtlich weiterführender Leistungen, wie beispielsweise in Form von Unterstützungsangeboten in Beratungsstellen, durch sozialpsychiatrische Dienste, durch Tagesstätten oder betreute Wohnformen, existieren auch Angebote, die durch die Sozialgesetzbücher VI, IX oder XII geregelt sind (vgl. Bühring 2018, S. 1422ff.).

Aus einem Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) geht hervor, dass die Sektorengrenzen bei der Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen besonders hinderlich für eine adäquate Versorgung sind, da Mängel an den Koordinations- bzw. Kooperationsstellen identifiziert wurden. Dementsprechend verweist der SVR auf die entstehenden langen Wartezeiten bei ambulanten psychotherapeutischen Angeboten. Durchschnittlich liegt die Wartezeit für einen Richtlinientherapieplatz im bundesweiten Durchschnitt bei rund 20 Wochen. Die Wartezeiten auf eine akute psychotherapeutische Behandlung liegen bei etwas mehr als drei Wochen. So können die ausgewiesenen Wartezeiten durchaus zu erneuten stationären Behandlungen führen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin [ÄZQ], 2015).

Damit die Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern sowie den Sektoren verbessert werden können, erscheint es unumgänglich, innovative Versorgungsformen zu fördern. Hier existieren bereits zahlreiche Selektivverträge nach §140a SGB V und dem Modellvorhaben nach § 64b SGB V (Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen)[1].

[1] Ziel des Modellvorhaben ist die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung psychisch kranker Menschen. Modellvorhaben können vorsehen, dass Personen deren Berufe per Pflegeberufegesetz, Kranken- oder Altenpflegegesetz geregelt sind, die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege vornehmen können, sofern es sich nicht um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

Die so genannte Task Force „Innovative Versorgungsformen“ der DGPPN hat anhand einiger Best-Practice Modellen Kriterien entwickelt, um die unterschiedlichen Versorgungsmodelle inhaltlich bewerten zu können. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass multiprofessionelle Behandlungsteams, auch nach Meinung der kassenärztlichen Bundesvereinigung, einen wichtigen Baustein in der ambulanten Versorgung bilden. Vor diesem Hintergrund werden nun folgend die wesentlichen unterschiedlichen Settings beschrieben (Deister & Wilms, 2015).

1.2.1 Ambulante Psychiatrische Pflege

Ziel der ambulanten psychiatrischen Pflege (app) ist es, ein gemeindeorientiertes Versorgungsangebot bereit zu stellen, um Menschen mit psychischen Erkrankungen ein eigenständiges und würdiges Leben in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Dementsprechend soll, in Abgrenzung zu einer institutionellen Orientierung, eine stärkere Patientenorientierung geschaffen werden. Der ambulant psychiatrischen Pflege wird daher in der psychiatrischen Versorgung eine elementare Bedeutung zugeschrieben. Als zentrale Bestandteile der Aufgabenfelder psychiatrisch Pflegender in diesem Setting werden die Einschätzung des Gesundheitszustands, pflegerisch-therapeutische Inhalte wie beispielweise die Beziehungsgestaltung zu den Patienten sowie das Medikationsmanagement aufgeführt. Die Besonderheit in diesem Sektor besteht in der Ambivalenz zwischen der einerseits mitmenschlichen Beziehung sowie den andererseits kontrollierenden Tätigkeiten. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer fundierten Fort- und Weiterbildung, die sich nicht allein auf formelle Tätigkeiten konzentrieren, sondern auch informelle Verhaltensweisen und Besonderheiten beinhalten sollte (vgl. Richter & Hahn 2009, S. 129ff.).

Infolgedessen beinhalten die Anforderungen an ambulant psychiatrisch Pflegende einige Besonderheiten und unterscheiden sich im Wesentlichen von den Kriterien für Pflegende in stationären Einrichtungen.

Durch die Behandlung in der Klinik geben die Patienten einen großen Teil ihrer Privatsphäre auf und finden sich selbst, mitunter auch gegen ihren eigenen Willen in der Rolle des Gastes wieder. Diese Konstellation erfährt im ambulanten Setting eine diametrale Umkehr, da in dem häuslichen Umfeld der Patienten die Pflegenden die Rolle des Gastes einnehmen und sich somit an die privaten Rahmenbedingen anpassen müssen. Die psychiatrische Pflege wird somit auch von einem potentiellen Spannungsverhältnis, in dem eine pflegerisch-therapeutische Akzeptanz immer wieder aufs Neue erarbeitet werden muss, belebt (vgl. Meyer 2013, S. 223ff.).

Bei der aufsuchenden Tätigkeit vor Ort kann das soziale Milieu jedoch in die pflegerische Arbeit mit einbezogen werden, indem Voraussetzungen für eine soziale Integration geschaffen werden. Dabei wird der trialogische Ansatz[2] als eine unverzichtbare Methode aufgefasst. Ein Vorteil für Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Versorgung im eigenen Umfeld stellt die volle Aufmerksamkeit der Bezugspflegekraft auf die individuellen Bedarfe des zu versorgenden Menschen dar. Daher ist es möglich, die „therapeutische Beziehung“ zum entscheidenden Wirkfaktor der pflegerischen Arbeit zu gestalten. Dementsprechend dient dies als grundlegende Voraussetzung für eine partizipative Pflegeplanung und stellt eine fundamentale Basis für die gemeinsame Arbeit dar. Die Tätigkeit der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege ist in drei Leistungsbereiche geteilt: die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz, die Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels sowie die Krisenintervention. Das häusliche Umfeld soll dabei als Stabilisierung und für den Aufbau der Selbsthilfekompetenzen dienen (vgl. Hemkendreis & Haßlinger 2014).

Für den Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung müssen die Pflegenden dazu in der Lage sein, in einer ungewohnten Umgebung

[2] Trialog bezeichnet ein gleichberechtigtes Miteinander von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. Durch diese inklusive Sichtweise sollen das psychiatrische Denken und Handeln von reziproken Lernprozessen und gegenseitigem Respekt beeinflusst werden (vgl. Bock et al. 2012, S. 514ff.).

angemessen zu agieren und mit hoher Flexibilität auf neue Bedingungen reagieren zu können.

Voraussetzung hierfür ist eine entsprechende Expertise, die sich darin zeigt, Fähigkeiten und Erfahrungen zu besitzen die es ermöglichen den Lebensraum der Patienten so zu interpretieren, dass adäquate Kommunikationsstrukturen aufgebaut werden können. Die Besonderheit in diesem Setting stellt die mangelnde Chance der teambasierten Reflexion des unmittelbaren eigenen Handelns dar, da die Pflegenden in der app (weitestgehend) auf sich allein gestellt sind. Demnach tragen die Pflegenden auch eine besonders hohe Verantwortung für die Situationen vor Ort. Sie benötigen auch die Fähigkeiten, potentiell auftretende Konflikte ohne die Unterstützung eines Teams zu lösen. Dies setzt ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Erfahrung voraus sowie das Wissen, wie eigenständige Entscheidungen in Krisensituationen umsetzbar sind (vgl. Heslop et al. 2016, S. 426ff.).

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Leistungsinhalte sind gemäß SGB V §37 definiert. Jedoch ist einer verordneten psychiatrischen Behandlungspflege ein Zusatzvertrag nach § 132a Abs. 2, SGB V für häusliche psychiatrische Krankenpflege vorausgesetzt, welcher länderspezifische, rahmenrechtliche Anforderungen für die Erbringung der Leistungen beinhalten. Im § 37 des SGB V wird ebenfalls die ambulante Soziotherapie geregelt (siehe hierzu Punkt 1.2.2 Soziotherapie).

In Bezug auf die app konkurrieren in Deutschland inzwischen eine Vielzahl von unterschiedlichen Verträgen der Integrierten Versorgung, die neben der Regelversorgung in vielen Regionen kaum mehr aus der Versorgungslandschaft wegzudenken sind (siehe hierzu Punkt 1.2.3 Integrierte Versorgung).

1.2.2 Soziotherapie

Soziotherapie findet ebenfalls im sozialen Umfeld des Patienten statt und kann unter anderem durch Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, die selbstständig oder angestellt in einer Einrichtung arbeiten, durchgeführt werden.

Die Soziotherapeuten werden von den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen für die ambulante Soziotherapie zugelassen nachdem mit diesen ein Vertrag abgeschlossen wurde. Diesbezüglich müssen bestimmte Anforderungen wie beispielsweise Berufserfahrung im ambulanten und stationären Bereich nachgewiesen werden.

Gegenstand der Soziotherapie ist die Analyse und Reflexion häuslicher, beruflicher und sozialer Situationen der Patienten. Darauf aufbauend sollen unter Zuhilfenahme von praktischen Übungen sowohl die Motivation, die Belastbarkeit als auch die Ausdauer der Patienten verbessert werden. Weitere Übungen betreffen die Strukturierung von Tagesabläufen, das planerische Denken und Handeln sowie Strategien im Umgang zur Konfliktlösung. Dabei sollen die Patienten in die Lage versetzt werden, ihre Tage zu strukturieren, um den Alltag zu meistern und generelle Vorhaben umzusetzen. Soziotherapie erfolgt primär als Einzelmaßnahme in enger Kooperation mit dem Umfeld der Patienten.

Vor allem durch die Integration der Soziotherapie in den gesamten Lebensbereich der Patienten sind die Interventionen individuell und fallspezifisch gestaltet. Beispielweise können Freunde und Familienangehörige gleichermaßen wie das psychiatrische Angebot vor Ort (z.B. Tages- und Begegnungsstätten oder Ergotherapie) in die Therapie miteinbezogen werden.

Ein wesentlicher Aspekt der Soziotherapie ist es, die Krankheitswahrnehmung der Patienten zu stärken. Dabei sollen die Patienten befähigt werden, ihre individuellen Frühwarnzeichen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ankündigen, erkennen zu können.

Die Patienten lernen dann gemeinsam mit den beteiligten Akteuren (z.B. Soziotherapeuten, behandelnder Arzt oder Psychotherapeuten) wie sie entsprechend gegensteuern können, um einen Krankheitsschub zu verhindern. Daher stehen die Soziotherapeuten den Patienten auch in akuten Krisensituationen zur Seite und sind dabei stets in enger Kooperation mit den behandelnden Ärzten bzw. Psychotherapeuten.

Die Versorgung mit Soziotherapie richtet sich an Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen aus bestimmten Formen eines gewissen Diagnosespektrums (ICD-10-Abschnitt F20-20.6, F21, F22, F24, F25 oder ICD-10-Abschnitt F31.5, F32.3, F33.3). Der Orientierungswert auf der GAF-Skala[3] liegt bei 40 und darf nicht über 50 gehen.

Therapieverlauf und -ziele werden in regelmäßigen Abständen von den beteiligten Akteuren evaluiert und gegebenenfalls angepasst. Dieser Betreuungsplan enthält neben den Maßnahmen eine zeitliche Strukturierung sowie eine Prognose vor allem der Teilschritte. Somit kann die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure besser koordiniert und umgesetzt werden. Basis ist die Dokumentation der zuständigen Fachkraft zu den durchlaufenen Maßnahmen, dem Behandlungsverlauf und den bereits erreichten respektive den noch offenen Therapiezielen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2021).

1.2.3 Integrierte Versorgung

Ein weiteres Modell zur Behandlung und Betreuung von Patienten, die mit sektorenübergreifenden Strukturen in ihrem Lebensumfeld versorgt werden sollen, stellt die Integrierte Versorgung (IV) dar. Sie ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen vorgesehen und wird größtenteils ambulant von regionalen, multiprofessionellen Teams durchgeführt.

[3] Das Global Assessment of Functioning (GAF) ist eine Skala, die verwendet wird, um das allgemeine Funktionsniveau von Personen erfassen zu können ohne Berücksichtigung körperlicher Erkrankungen oder Umgebungsbedingungen. Vorrangig werden psychische, soziale und berufliche Funktionen auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit expliziert (vgl. Lange & Heuft 2002, S. 256ff.).

Die IV ist durch § 140 a bis d des SGB V geregelt und soll dazu dienen, die Akteure vor Ort zu vernetzen, um somit eine Verbesserung in der Versorgungslandschaft zu erzielen. Sie wird durch Selektivverträge bestimmter gesetzlicher Krankenkassen mit entsprechenden Leistungserbringern geregelt und soll somit die Möglichkeit bieten, innovative Modelle mit den Kassen auszubauen.

Der Nachteil hierbei ist, dass nur Menschen davon profitieren können, wenn sie bei einer entsprechenden Krankenkasse versichert sind. Die Teilnahme an den jeweiligen Angeboten ist stets auf freiwilliger Basis. Personen, die sich für das Angebot der IV entscheiden, können weiterhin auf sämtliche Angebote der Regelversorgung zurückgreifen, da das Angebot der IV ein zusätzliches Angebot der gesetzlichen Krankenkassen ist. Das primäre Ziel der IV ist die Verbesserung der ambulanten Angebotsstruktur. Dessen ungeachtet soll dieses Angebot jedoch auch Kosten stationärer Behandlungen reduzieren (Heinrich Kunze & Stefan Priebe, 2006).

Vor diesem Hintergrund muss eine Fachkraft des multiprofessionellen Teams innerhalb von einer Stunde beim betroffenen Menschen sein, wenn ein Krisenfall eintritt. Das multiprofessionelle Team setzt sich aus Sozialarbeitern, Soziotherapeuten, Pflegekräften, entsprechend geschulten Psychiatrie-Erfahrenen zusammen und arbeitet im Netzwerk mit Ärzten, Psychotherapeuten und Kliniken. Der sogenannte "Fallmanager" übernimmt vorrangig die Netzwerkarbeit, damit im Bedarfsfall die Hilfen zeitnah vernetzt und individuell angepasst werden können. Grundlegend wird gemeinsam mit den Patienten ein Behandlungsplan entwickelt, der Maßnahmen zur Stabilisierung aber vor allem einen individuellen Krisenplan beinhaltet. In diesem Krisenplan sind jene Maßnahmen notiert, die dem jeweiligen Menschen helfen sollen, eine seelische Krise besser zu bewältigen oder im besten Fall bereits im Vorfeld abwenden zu können.

1.2.4 Assertive Community Treatment

Das Assertive Community Treatment (ACT) ist eine wissenschaftlich fundierte Behandlung für Personen mit schweren und anhaltenden psychischen Störungen wie beispielsweise Personen mit der Diagnose Schizophrenie, schizoaffektive Störung, bipolare Störung und schweren depressiven Störungen. Die Behandlungsform des ACT wurde erstmals aus stationären Behandlungsteams 1974 in Wisconsin beschrieben.

Zu den ACT-Teams gehören ein Psychiater, psychiatrisches Pflegepersonal, Fallmanager und andere Fachkräfte, die intensive psychiatrische Betreuung in der Gemeinde anbieten. Die Fallzahlen werden in der Regel auf ein Verhältnis von 10:1 minimiert. Grundsätzlich gehen Teams 24 Stunden, an 365 Tagen im Jahr auf die Bedürfnisse der Patienten ein. Die Aufgaben bestehen in der Verwaltung psychiatrischer Medikamente, der Koordination mit Primärversorgern, dem Umgang bei Drogenmissbrauch sowie Fragen zu Unterkunft und Verpflegung. Die Ziele von ACT sind personalisiert. Dabei ist die Kontinuität der Versorgung der medizinischen und psychiatrischen Übertragungssysteme vorrangig. ACT reduziert nachweislich stationäre Krankenhausaufenthalte und wird zunehmend als eine Hauptstütze der wissenschaftlich fundierten psychiatrischen Praxis für Personen mit schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen genutzt. ACT hat sich auch als eine kostensparende Behandlung erwiesen, was zu einer Ausweitung von ACT in ländlichen Gebieten geführt hat (vgl. Boege et al., 2015, S. 583ff.).

1.2.5 Home Treatment

Unter Home Treatment (HT) wird die Behandlung im akuten Krankheitsfall verstanden, die im häuslichen Umfeld stattfindet und eine Alternative zur stationären Allgemeinbehandlung repräsentiert.

Effektive Ergänzungen in dieser Form der häuslichen Akutbehandlung stellen Faktoren wie die Einbeziehung individueller Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen sowie die Integration der vorhandenen sozialen Netzwerke und Strukturen dar.

Dennoch steht außer Frage, dass nicht alle Patienten von solch einer häuslichen Akutbehandlung profitieren, sondern vielmehr eine vollstationäre Behandlung unverzichtbar erscheint.

Diese vollstationäre Behandlung betrifft vornehmlich Patienten, die beispielsweise ein schwaches soziales Netzwerk haben, eine erhöhte Eigen- und/oder Fremdgefährdung oder eine zu geringe Kooperationsbereitschaft aufweisen.

Weitere Gründe, die gegen den Einsatz von HT sprechen, ist das Vorliegen eines zu schweren Verlaufes einer Erkrankung (vgl. Harrison et al. 2001, S. 310ff.; Perkins & Burns 2001, S. 55ff.).

In Abgrenzung zu weiteren gemeindenahen Behandlungsangeboten stellt bei HT ein multiprofessionelles Behandlungsteam, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegenden sicher, dass die akut psychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden können. Grundlage hierfür ist ein gemeinsam definierter Behandlungsplan. Das multiprofessionelle Team ist für die Patienten rund um die Uhr verfügbar, wobei die Dauer der Interventionen nicht die eines gewöhnlichen vollstationären Krankenhausaufenthalt überschreiten sollte (vgl. Brimblecombe et al. 2003, S. 683ff.; Cornelis et al. 2018, S. 55ff.).

Diese Form der „Zuhausebehandlung“ unterscheidet sich daher explizit von weiteren Versorgungsangeboten wie beispielweise tagesklinischen Angebote, betreutes Wohnen oder auch ambulanter psychiatrischer Pflege (vgl. Brenner et al. 2000, S. 691ff.). HT steht, im Gegensatz zu weiterführenden, ambulanten Angeboten, die den Fokus ihrer Interventionen auf der Stabilisierung sowie der Rehabilitation psychisch kranker Menschen in der Gemeinde legen, für eine Akutbehandlung schwer beeinträchtigter Menschen in deren häuslichem Umfeld somit als Alternative zur Krankenhausbehandlung (vgl. Smyth & Hoult 2000, S. 305ff.).

Ergebnisse empirischer Untersuchungen zu HT deuten darauf hin, dass HT ein effektives, gemeindenahes Behandlungsangebot für Menschen mit (schweren) psychischen Beeinträchtigungen darstellen kann. Weiter existieren Anzeichen dafür, dass durch HT die psychische Beeinträchtigungsschwere reduziert werden kann (gemessen mittels BPRS[4]). Ein weiterer Aspekt stellt die höhere Zufriedenheit sowohl der Patienten als auch derer Angehörigen durch HT dar (vgl. Wasylenki et al. 1997, S. 151ff.).

1.2.6 Besonderheiten im aufsuchenden Setting

Wenngleich im Hinblick auf eine gute Lesbarkeit der vorliegenden Abhandlung der Begriff des Patienten genutzt wird, bedarf es einer differenzierten Darstellung der Besonderheiten im aufsuchenden Setting, da dort im Vergleich zum stationären Behandlungskontext elementare Unterschiede existieren. Diese werden im Folgenden durch die Terminologie von Patienten, Klienten und Kunden dargestellt.

Bei vielen ambulanten Leistungsanbietern hat sich der Begriff Kunde oder Klient anstelle von Patienten bereits etabliert. Dabei wird der Begriff Patient im stationären Setting kaum hinterfragt, obwohl auch hier erste Ansätze darauf hinweisen, dass die Patienten zu Klienten erklärt werden (Klünsch, 2007).

Demnach scheint es ein gesundheitspolitisches Ziel zu sein, die Patienten in der ambulanten Versorgung stärker in den Vordergrund zu stellen. Dieses Gestaltungsprinzip soll die alten Betreuungsformen modifizieren und die Pflegenden auf die veränderten Kundenwünsche ausrichten. Die Frage nach einer gleichberechtigten Partizipation der Patienten an pflegerischen und anderen Entscheidungen, die sie betreffen, wird in der ethischen

[4] Die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ist ein Verfahren zur Beurteilung psychopathologischer Symptome bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen.

Diskussion mit dem Begriff des *informed decision making* bzw. *informed consent* (Beauchamp, 2011) umschrieben.

Bei der Analyse der Faktoren, die für eine Genesung wichtig erscheinen lässt sich ableiten, dass professionelle Leistungen nur dann Erfolg haben können, wenn die Pflegebedürftigen als am Prozess beteiligte „Experten" mitwirken, in dem sie selbst aktiv an der Prozess- und Ergebnisqualität mitarbeiten können. Voraussetzung hierfür ist, eine entsprechende Beratung und Schulung im Kontext der jeweiligen biografischen Hintergründe. Wenn die Patienten als bewusste Co-Produzenten miteingebunden werden, stärkt dies nicht nur die aktive Partizipation, sondern dient vielmehr als Grundlage eines vertrauensvollen Beziehungsaufbaus.

Vor allem im Umgang mit chronischen Erkrankungen erscheint ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis zwischen Betroffenen und Pflegenden von grundlegender Bedeutung. Somit kann die Patientensouveränität gestärkt werden, ohne eine bestehende Beziehungsasymmetrie (potentielle Abhängigkeit zwischen Patienten und Pflegenden) leugnen zu müssen (vgl. Bettencourt et al., 2002, S. 100ff.).

„Beeinflusst wurde dieser Prozess von den anglo-amerikanischen Pflegetheorien, die patientenorientiert sind und [die] *Ausrichtung der Pflegeplanungen an den ganzheitlichen Erfordernissen der zu betreuenden Menschen propagieren. In der Proklamation einer patientenorientierten Pflege ist eine Abgrenzung vom bio-medizinischen Krankheitsverständnis zu sehen. Pflegehandlungen sollen* [demzufolge] *möglichst patienteninitiiert sein und das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Menschen fördern. Hierfür ist es notwendig, die Sicht der Patienten auf ihren Pflegeprozess zu erheben und sie im Rahmen einer gemeinsamen Pflegeplanung umzusetzen. In der Pflege fand diese neue Perspektive Ausdruck in der Formulierung ganzheitlicher Pflegekonzepte, die eine umfassende Betreuung des kranken Menschen sicherstellen sollten."* (Müller & Thielhorn 2000, S. 24).

1.3 Neues Pflegeberufegesetz

Mit dem Inkrafttreten (2020) des neuen Pflegeberufegesetzes (PflBG) soll eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflege in unterschiedlichen Settings entstehen. Daher werden im Folgenden die wesentlichen Bestandteile hinsichtlich des Einsatzes von Verhaltensaktivierung im aufsuchenden psychiatrischen Setting beleuchtet.

Das Ziel der Reformierung ist es gewesen, eine modifizierte und hochwertige Ausbildung anzubieten, die sich den gesellschaftlichen Entwicklungen durch variable berufliche Einsatzmöglichkeiten anpassen kann.

Mit Einführung des neuen Pflegeberufegesetzes, wird ein entscheidenden Faktor für das berufliche Selbstverständnis von Pflegenden begründet, wodurch auch der Einsatz von Verhaltensaktivierung begründet werden kann.

Verdeutlicht wird dies, indem man den modularisierten Aufbau der Intervention Verhaltensaktivierung mit dem in Deutschland etablierten sechsstufigen Pflegeprozess nach Fiechter & Meier (1993) vergleicht. Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier hat zum Ziel, auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis der Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen und besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten. Die einzelnen Schritte sind auf ein Ziel hin (Problemlösung) ausgerichtet und beinhalten im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilung und Neuanpassung (vgl. Fiechter & Meier 1993).

Vor diesem Hintergrund bedarf es der differenzierten Betrachtung des Ziels einer generalistischen Pflegeausbildung. Die Absicht ist es, den angehenden Pflegefachpersonen *„… die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der*

zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion zu vermitteln“ (PflBG 2017, §5 (1)). Dabei wird lebenslanges Lernen als *„… ein Prozess der eigenen beruflichen Biographie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt“* (PflBG 2017, §5 (1)).

„Pflege (…) umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.“ (PflBG 2017, §5 (2)).

Demzufolge sollen die angehenden Pflegefachpersonen dazu befähigt werden, eigenständig die individuellen Pflegebedarfe und Pflegeplanungen festzustellen und darüber hinaus den Pflegeprozess zu organisieren, zu gestalten, zu steuern und dies in entsprechender Form zu dokumentieren. Einen wesentlichen Aspekt stellt die Analyse, Evaluation, Sicherung und die Entwicklung der Qualität der Pflege sowie die Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen dar. Dabei spielen Faktoren von Beratung, Anleitung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit eine zentrale Rolle. Auch die Erhaltung bzw. die Stärkung der eigenständigen Lebensführung sowie der Alltagskompetenzen unter Einbeziehung der sozialen Bezugspersonen müssen dabei berücksichtigt werden.

Daraus resultierend scheint die Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung von individuellen Fähigkeiten, vor allem bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, unter Berücksichtigung der individuellen Unterstützungsbedarfen als äußerst bedeutsam.

Diese vorbehaltenen Tätigkeiten dürfen daher nur von Personen mit gültiger Berufserlaubnis ausgeübt werden (vgl. PflgBG 2017, §4 (1)).

In der Zusammenschau der aufgeführten Aspekte rechtfertigt dies in besonderem Maße den Einsatz der Intervention Verhaltensaktivierung im beschriebenen Setting.

2 Verhaltensaktivierung

Unter Bezugnahme auf die Aspekte der ausbaufähigen Versorgung, dem Mangel an adäquaten Angeboten in vor allem ländlichen Regionen sowie der vorbehaltlichen Pflegetätigkeiten wird an dieser Stelle die Intervention der Verhaltensaktivierung dargestellt. Diese Intervention kann durch entsprechend geschulte Pflegekräfte frühzeitig zum Einsatz kommen und so nicht nur einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten, sondern wahrscheinlich auch dazu beitragen, dass stationäre Behandlungen vermieden werden können.

Verhaltensaktivierung ist eine spezielle, niederschwellige Technik aus der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und kann als low-intensitiy Intervention angesehen werden. Sie ist sowohl einfach zu erlernen als auch einfach an die Zielgruppen zu vermitteln (vgl. Hautzinger 2011, S. 12ff.).

Low-Intensity-gestützte Interventionen sind, in Abgrenzung zu den üblicherweise verwendeten hochintensiven Behandlungen kürzer andauernde Interventionen, die wesentlich weniger Therapiezeit benötigen. Sie wurden entwickelt, um von Gesundheitsfachpersonen vor allem im aufsuchenden psychiatrischen Setting, nach kurzem Training und mit der laufenden Unterstützung durchgeführt werden zu können (vgl. Rijnders et al. 2016, S. 282ff.; Waller et al. 2015, S. 298).

Erste Studien weisen bei Menschen mit Diagnosen im Bereich der depressiven Störungen auf eine gute Wirksamkeit bezüglich der Verbesserung der depressiven Symptomatik, des Aktivitätsniveaus sowie von Bewältigungsstilen hin (vgl. Waller et al. 2014, S. 255ff.).

Darüber hinaus wurde die aus der Intervention resultierende Zufriedenheit sowohl bei den Mitarbeitern als auch bei den Teilnehmern als hoch bewertet. Dennoch bedarf es weitere Studien um die Ergebnisse aus diesen Untersuchungen zu bestätigen bzw. zu erweitern (vgl. Waller et al. 2013, S. 98ff.).

Der Ansatz der Verhaltensaktivierung beinhaltet verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken und wird als ausgewiesene Methode angesehen, um Menschen mit depressiven Erkrankungen wieder zu motivieren (vgl. Hofheinz et al. 2017, S. 37ff.).

Die wesentlichen Bestandteile der Verhaltensaktivierung werden durch das Aktivitätenmonitoring und die Aktivitätenplanung gekennzeichnet. Durch Selbstbeobachtungen können die Patienten somit in die Lage versetzt werden, ihre eigenen Aktivitätsmuster und daraus resultierende Probleme so zu erkennen, dass ein zielgerichtetes Entgegenwirken ermöglicht werden kann. Bezeichnenderweise erfolgt das Aktivitätenmonitoring anhand eines Wochenplans, in den die jeweiligen Handlungen und Stimmungen eingetragen werden. Dieses Vorgehen bedarf der anfänglichen Übung und Unterstützung, da es schwierig ist, eine Balance zwischen zu detailliertem bzw. zu grobmaschigen Verhaltensmonitoring zu finden. Ziel des Monitorings ist es, Alltagsroutinen aufzudecken. Dieser Prozess lässt die Patienten sich zwangsläufig mit ihren Routinen und Abläufen auseinandersetzen, so dass diese einen objektivierten Eindruck davon erhalten, wie ihre Aktivitäten im Leben aussehen. Auch können die Personen erkennen, ob Schwankungen bezüglich der wöchentlichen Stimmungslage auftreten. Ferner wird es den Patienten durch das Aktivitätenmonitoring ermöglicht, die eigenen Emotionen sowie Intensitäten zu erkennen und entsprechend einzuordnen. Das Aktivitätenmonitoring per se kann bereits eine starke motivationale Wirkung entfalten. Anhand einer anschließend gezielten Aktivitätenplanung wird durch den Einsatz der Verhaltensaktivierung versucht, dysfunktionale Muster wie beispielsweise sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit, Interessen- und Freudverlust zu durchbrechen. Das Prinzip, das dabei verfolgt wird, ist das zielgerichtete Handeln nach Plan und nicht das stimmungsgeleite Handeln (vgl. Hoyer & Vogel 2018, S. 35).

Die Ergebnisse der aktuellen Forschung deuten darauf hin, dass Patienten mit depressiven Erkrankungen eine geringere Aktivitätsrate als gesunde Personen aufweisen und somit auch eine schwächere Rate positiver Verstärker im Alltag aufweisen (vgl. Hautzinger 2011, S. 17ff.).

Beachtet man die empirischen Befunde zur Wirksamkeit der Verhaltensaktivierung, so ist festzuhalten, dass diese Intervention bereits seit Jahren durch ihre alleinige Anwendung ebenso gute Ergebnisse wie eine kognitive Verhaltenstherapie erzielt (vgl. Jacobson et al 1996, S. 295ff.; Richards et al. 2016, S. 871ff.).

Im Vergleich zu Wartelisten und placebokontrollierten Interventionen erzielte die Verhaltensaktivierung sogar signifikante Verbesserungen bezüglich einer vorliegenden depressiven Symptomatik (vgl. Cuijpers et al. 2007, S. 318ff.; Ekers 2008, S. 611ff.; Mazzucchelli et al. 2009, S. 383ff.).

Im Vergleich zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) kann die Verhaltensaktivierung als einfachere Intervention angesehen werden, die nicht ausschließlich durch Psychotherapeuten ihre Anwendung findet. Auch anderen Professionen der Gesundheitsfachberufe ist es ohne kostenintensive Qualifizierung möglich, die Intervention so anwenden, dass die Wirkung nicht geringer als die der KVT ist (vgl. Richards et al. 2016, S. 871ff.).

Die Zusammenschau der aufgeführten Aspekte zeigt, dass vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sozial zurückgezogen leben und nicht mehr in der Lage sind, essenzielle Kontakte zu pflegen, Unterstützung durch aufsuchend psychiatrische Pflegende benötigen.

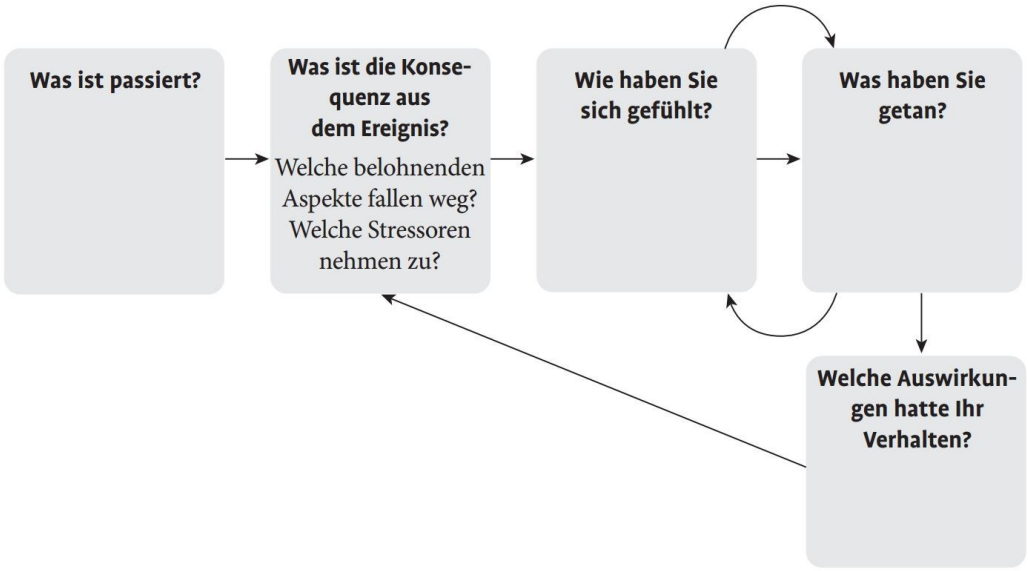
Im Folgenden werden die einzelnen Einheiten der Verhaltensaktivierung aufgeführt und inhaltlich skizziert. Die elementaren Arbeitsmaterialien sind dem Anhang zu entnehmen.

2.1 Einheit 1: Aufbau und Struktur

Ziel der ersten Einheit ist es, den Betroffenen einen Überblick über den formalen Aufbau und die inhaltliche Struktur für die folgenden Sitzungen zu verschaffen. Darauf aufbauend werden erste psychoedukative Elemente gemeinsam mit den Patienten erarbeitet.

Dies soll neben der Vermittlung von Krankheitsinhalten auch zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen den Pflegenden und den Patienten dienen. Teil der Psychoedukation ist es, den Patienten das Depressionsmodell nach Martell et al. (2010) zu erläutern. Abbildung 1 zeigt die einzelnen Phasen des Modells.

Abbildung 1: Depressionsmodell nach Martell et al. (2010)



(Quelle: Hoyer & Vogel 2018, S. 64)

Im ersten Schritt (was ist passiert?) wird erörtert, welche einschneidenden Lebensereignisse oder ungünstigen Lebensumstände Stress- und Belastungssituationen auslösen können. Hierunter zählen kritische Lebensereignisse wie beispielsweise der Verlust von Angehörigen, der Verlust des Arbeitsplatzes, schwere bzw. chronische Erkrankungen, finanzielle Nöte und weitere Anhäufungen alltäglicher negativer Erfahrungen.

Durch die gemeinsame Besprechung sollen die Patienten lernen, dass es multifaktorielle Auslöser für dysfunktionale Verhaltensmuster geben kann.

Im zweiten Schritt sollen gemeinsame Überlegungen getroffen werden, welche Konsequenzen sich aus diesen Ereignissen ergeben beziehungsweise inwiefern mögliche Stressoren zunehmen können. Eine zentrale Rolle spielt die Identifikation von internen beziehungsweise externen Stressoren. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den veränderten Zugängen zu positiven oder belohnenden Ergebnissen und dem Zusammenspiel selbstwertförderlicher Kompetenzerfahrungen. Den Patienten soll somit eine Reflexion über potentielle Lebensveränderungen ermöglicht werden.

Im dritten Schritt sollen die Gefühle ermittelt werden, die in den jeweiligen Situationen vorgelegen haben. Gefühle, die besonders bei Menschen vor allem mit depressiven Erkrankungen auftreten können, sind Gefühle von Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit oder Traurigkeit. Darüber hinaus können Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Interessenverlust entstehen. Ebenso können Gefühle der Überforderung, der Mutlosigkeit aber auch Gefühle von Insuffizienz vorliegen.

Ein häufiges Phänomen stellt das Rückzugs- oder Vermeidungsverhalten dar. Der Rückzug von sozialen oder gesellschaftlichen Anlässen sowie das Vermeiden von Anforderungen können jedoch negative Konsequenzen mit sich bringen. Daher sollen im vierten Schritt Überlegungen zu Handlungskonsequenzen getätigt werden. Ziel ist es dabei, den Patienten zu vermitteln, dass sie mehr Dinge umsetzen, die einen positiven Verstärkungswert besitzen. Konkret bedeutet dies, unwirksame Ausgleichsaktivitäten zu verändern, d.h. entweder die Dosis bzw. die Rahmenbedingungen zu verändern oder neue Dinge auszuprobieren.

Somit können auch Patienten angesprochen werden, deren Verhaltensweisen nicht nur in der Vermeidung oder der Inaktivität liegen.

Durch diese Vorgehensweise können Alternativen aufgezeigt werden, die zu der Zurückgewinnung von Entspannungsfähigkeiten und Ressourcen führen. Bedeutsam ist hierbei, dass die Patienten darauf hingewiesen werden, sich nicht übermäßig zu verausgaben.

Im fünften Schritt sollen die potentiellen Auswirkungen von Verhaltensweisen erörtert werden. Rückzugsverhalten und damit verbundene Vernachlässigung notwendiger Aktivitäten und Routinen kann zu einer weiteren Verschlechterung der Lebenssituation bzw. der Lebensqualität führen. Hierdurch können auch sekundäre Lebensprobleme entstehen, die wiederum einen Teufelskreislauf aus ungünstigen Lebensumständen, depressiven Gefühlen und dem Rückzugs- bzw. Vermeidungsverhalten aufrechterhalten können. Daher sollte den Patienten der Zusammenhang zwischen Rückzug- und Vermeidungsverhalten verdeutlicht werden. Eine Abnahme positiver Ereignisse bzw. die Zunahme von Stressoren kann zu einer Stimmungsverschlechterung beitragen.

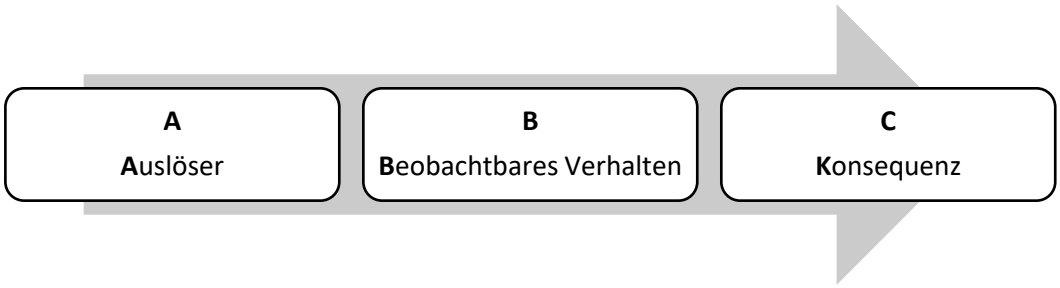
Vor diesem Hintergrund ist es zielführend, den Patienten Stimmungs- und Aktivitätsprotokolle bereitzustellen. Ein sehr bedeutsamer Aspekt dieser Protokolle besteht in der Evaluation der durchgeführten Aktivitäten und der damit einhergehenden empfunden Stimmung. Exemplarisch ist ein Stimmungsprotokoll in der Anlage vorzufinden.

2.2 Einheit 2: Verhaltensweisen erkennen

Ziel der zweiten Sitzung ist es, die Patienten in die Lage zu versetzen, das eigene Verhalten zu analysieren und zu erkennen, welche Konsequenzen dem eigenen Verhalten folgen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Betonung der aktiven Rolle der Patienten bei der Bewältigung der vorliegenden Symptomatik. Zur besseren Verständlichkeit wird dies gemeinsam mit den Patienten am ABC-Modell des Verhaltens (Ellis & Hoellen, 2004) eingeübt (siehe Abbildung 2).

Ein elementarer Bestandteil dieser Einheit liegt in der Psychoedukation zum Thema Rückzug und Vermeidungsverhalten, da die Menschen unter anderem nur sehr geringe Vorstellungen besitzen, wie Situationen, Verhalten und Gefühle miteinander in Beziehung stehen. Um besser verstehen zu können, welche Verhaltensweisen funktional sind, ist es elementar, diese Zusammenhänge zu verstehen, um das gewünschte Verhalten besser definieren und somit die Ziele auch erreichen zu können.

Abbildung 2: Das ABC-Modell des Verhaltens



(eigene Darstellung nach Ellis 2004)

Die Auslöser, also sämtliche Situationen, die einem Verhalten vorausgehen, werden in **A** subsummiert. Die Patienten sollen verstehen, dass einschneidende Ereignisse bestimmte Situationsvariablen mit Gefühlen koppeln, die dann zu einem späteren Zeitpunkt auftreten können, sobald die Personen erneut mit den gleichen Situationsvariablen konfrontiert werden.

Das beobachtbare Verhalten wird unter **B** eingeschlossen und meint die Verhaltensweisen, die analysiert und verstanden werden sollen. Hier sind die dysfunktionalen Verhaltensweisen vorzufinden. Vor diesem Hintergrund sollte das Verhalten möglichst explizit beschrieben und definiert werden.

In Punkt **C** (Konsequenz) wird beschrieben, inwiefern die Folgen des Verhaltens günstig oder ungünstig erscheinen. Wird ein Verhalten positiv verstärkt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass dieses Verhalten künftig erneut gezeigt wird. Wird das Verhalten negativ konnotiert, verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten wiederholt wird.

Die Konsequenzen von sozialem Rückzug oder Vermeidungsverhalten können zwar kurzfristig eine entlastende Wirkung mit sich bringen, längerfristig kann diese Form von Verhalten jedoch zu Problemen führen.

Um es den Patienten zu vereinfachen, wird in der Verhaltensanalyse meist mit dem beobachtbaren Verhalten begonnen und im Anschluss daran die Auslöser eruiert. Abschließend werden dann die Konsequenzen ergänzt (vgl. Kanter et al. 2010, S. 608ff.).

Daran anknüpfend sollen gemeinsam funktionale Verhaltensweisen erarbeitet werden, die den eigenen Werten entsprechen und zielgerichtete Aktivitäten fördern. Für einige Patienten ist es hilfreich zu wissen, dass umfangreiche und nachhaltige Veränderungen erzielt werden können, indem in einem ersten Schritt das sehr eingegrenzte Problemverhalten überwunden werden soll. Eine günstige Prognose scheint vor allem dann gegeben, wenn die Handlungen nach Plan und nicht unter Berücksichtigung der Stimmungslage durchgeführt werden.

2.3 Einheit 3: Kognitive Prozesse

Die dritte Einheit widmet sich dem Thema der Rumination[5] und dem damit einhergehenden aktiven Umgang mit Grübelgedanken. Hierbei sollen die Patienten die Möglichkeit erhalten, kognitive Prozesse als aktiv zu bewältigendes Verhalten zu erleben. Dementsprechend sollen gemeinsam folgende Anti-Grübel Strategien entwickelt werden:

- 2 Minuten Regel:
  Nach diesem Prinzip sollte nach zwei Minuten das vorherrschende Grübeln hinterfragt werden. Ziel ist es, herauszufinden, inwiefern der Prozess als hilfreich im Hinblick auf eine Problemlösung beschrieben werden kann.

[5] Der Fachbegriff Rumination bezeichnet das menschliche Grübeln über vergangene Situationen. Dabei sind die Inhalte von Unglück oder Schicksalsschläge geprägt (Stangl, 2021).

Sofern keine adäquate Problemlösung angestrebt werden kann, sollte versucht werden, das Grübeln durch aktive Ablenkung zu unterbinden.

- Aktive Ablenkung:
  Durch aktive Ablenkung soll versucht werden, aufkommende Grübelgedanken durch andere Prozesse zu unterbrechen. Je nach Situation kann dies durch körperliche oder geistige Ablenkung geschehen.

- Probleme lösen:
  In diesem Prozess sollen Strategien gezielt eingesetzt werden, um eine aktive Problemlösung herbeizuführen.

- Refokussierung:
  bei dem Prozess der Refokussierung soll die Aufmerksamkeit weg von den Grübelgedanken hin zur vorliegenden Aufgabe zu führen. Mögliche Hilfen können dabei innere Monologe darstellen, welche die nächsten Teilschritte einer bevorstehenden Aufgabe beschreiben.

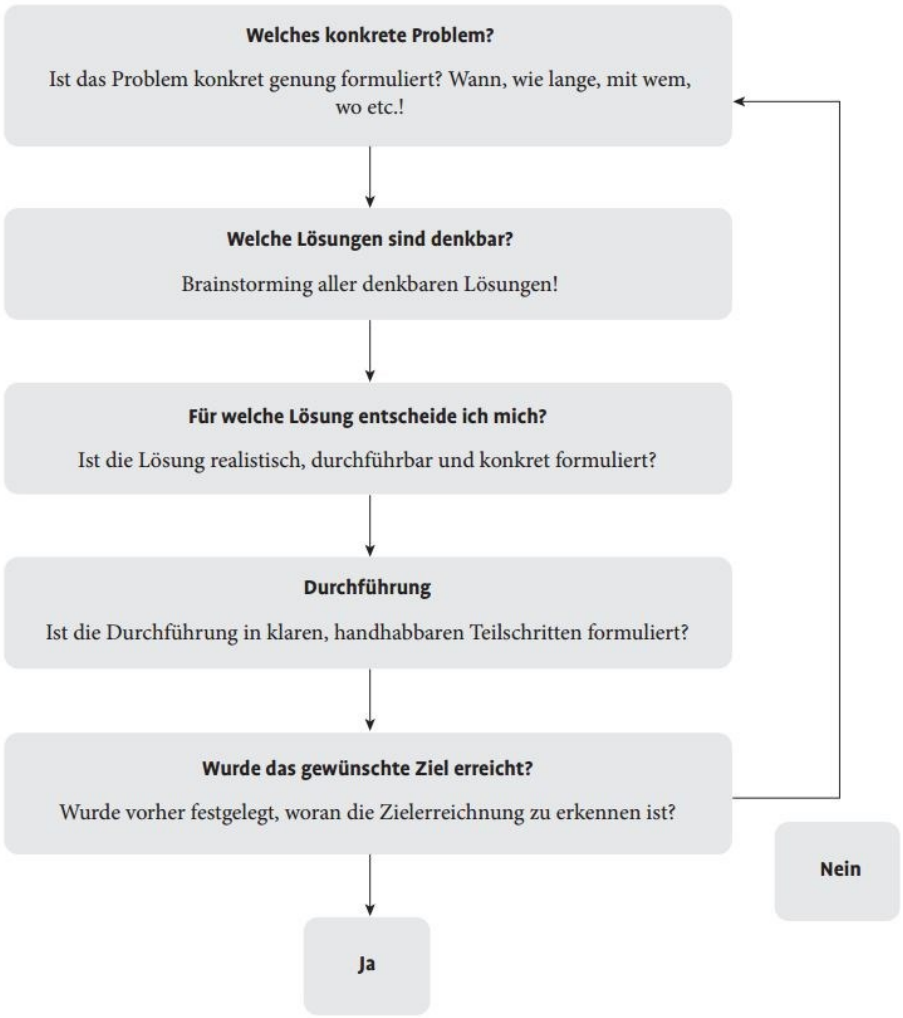
- Achtsamkeit:
  Statt zu grübeln soll durch Achtsamkeit versucht werden, die eigenen Sinneswahrnehmungen erfassen zu können. Beispielsweise wäre eine Möglichkeit den Geschmack, Geruch sowie die Konsistenz einzelner Speisen wahrzunehmen.

Somit kann eine mögliche Hürde auf dem Weg zu einem funktionalen Verhaltensaufbau angesprochen und gleichzeitig aktive Veränderung angeregt werden.

2.4 Einheit 4: Vermeidungsverhalten

In der vierten Einheit soll gemeinsam erarbeitet werden, inwiefern potentielles Vermeidungsverhalten überwunden werden kann. Durch vermeidende Verhaltensweisen können Aufgaben und Verpflichtungen, aber auch soziale und interpersonelle Konflikte oft über längere Zeit ungelöst bleiben, was das Erleben von Belastung erhöhen kann. Demzufolge sollten unter Anwendung des Problemlösemodell nach D'Zurilla & Goldfried (1971) Strategien gefunden werden, die eine aktive Problemlösung ermöglichen. In Abbildung 3 wird das Problemlösemodell aufgezeigt.

Abbildung 3: Das Problemlösemodell nach D'Zurilla & Goldfried (1971)



(Quelle: Hoyer & Vogel 2018, S. 100)

Ein häufig auftretendes Phänomen bei Patienten stellt die konkrete Formulierung eines Problems dar. Die Patienten sollen erlernen, ihre Probleme in verhaltensbezogener Sprache auszudrücken, um somit besser den Zusammenhang einschätzen zu können in dem Probleme auftreten. Darüber hinaus fällt es vielen Menschen schwer, Ziele so zu formulieren, dass diese von adäquater Schwierigkeit und somit realisierbar sind. Daher sollten die Patienten die sogenannte SMART Regel nach Doran (1981) anwenden. Das Akronym[6] SMART steht für die Begriffe **S**pezifisch, **M**essbar, **A**nwendbar, **R**ealistisch und **T**erminiert. In Tabelle 1 werden die dazugehörigen Definitionen aufgeführt.

Tabelle 1: SMART-Regel zur Zielformulierung

Spezifisch (Specific)	Das Ziel ist eindeutig definiert.
Messbar (Measurable)	Das Ziel ist messbar.
Anwendbar (Achievable)	Das Ziel ist ansprechend und erstrebenswert.
Realistisch (Reasonable)	Das Ziel ist realisierbar.
Terminiert (Time-bound)	Das Ziel ist zeitgebunden.

(eigene Darstellung nach Doran 1981)

Bei Patienten, die sich aus ihrem Alltag zurückziehen wäre beispielsweise folgende Formulierung zielführend: „Ich treffe mich am kommenden Samstag um 10:00 Uhr mit einem Freund zu einem Spaziergang“.

2.5 Einheit 5: Soziale Kontakte

Soziale Kontakte geben Halt und Struktur und können somit die Verbindlichkeit von Zielen erhöhen, sofern diese gemeinschaftlich festgelegt wurden. Die Unterstützung wird daher als eine wichtige Ressource angesehen. In der fünften Einheit geht es darum, soziale Rückmeldungen als Verhaltensverstärker zu identifizieren. Somit können Defizite im sozialen Kontakt besser dargestellt werden.

[6] Ein Akronym ist ein gebildetes Kurzwort, das aus den jeweiligen Anfangsbuchstaben mehrerer Wörter besteht.

Den Patienten soll somit ermöglicht werden, eigene Probleme im Bereich der sozialen Interaktion zu thematisieren. Dementsprechend können aktiv alternative Verhaltensweisen exploriert und eingeübt werden.

In Tabelle 2 werden sieben Schritte zur Verhaltensänderung aufgeführt.

Tabelle 2: Sieben Schritte zur Verhaltensänderung

Schritt	**Inhalt**
1. Situationen und Verhaltensweisen identifizieren, die zur Stimmungsverschlechterung beitragen	Die Patienten suchen nach Situationen, in denen sich die Stimmung verschlechtert hat. Dabei sollen vor allem Verhaltensweisen identifiziert werden, die im Wochenverlauf regelmäßig integriert sind. Darüber hinaus sollen wiederkehrende Muster erkannt werden.
2. Suche nach alternativen Verhaltensweisen	In diesem Schritt versuchen die Patienten, sämtliche alternativen Verhaltensweisen für die identifizierten Situationen zu notieren. Die Patienten sollen versuchen, Verhaltensweisen zu finden, die ihre Stimmung verbessern. Es sollen jedoch auch solche mit einbezogen werden, die die Stimmung verschlechtern können oder keinen Einfluss darauf haben. Ziel ist eine offene Ideensammlung.
3. Integration alternativer Verhaltensweisen in den Alltag	Die Patienten eruieren, welche Verhaltensweisen prädestiniert sind, um ihre Stimmung zu verbessern. Wichtig dabei ist herauszufinden, welche Strategien keinen Beitrag zu einer Verbesserung leisten würden. Darauf aufbauend soll für jede Situation eine Alternative gewählt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Ausführung relativ einfach umzusetzen ist. Hintergrund ist das Erleben von Erfolgen und damit einhergehender positiver Verstärkung.
4. Experimentieren mit dem Verhalten	Die Angewöhnung einer experimentellen Einstellung ist im Hinblick auf eine nachhaltige Verhaltensänderung ein entscheidender Faktor. Dies bedeutet, dass positive oder negative Effekte insofern zweitrangig sind, als dass die Patienten vielmehr lernen, welche Interventionen hilfreich bzw. hinderlich sein können. Es wird auf einen Perspektivwechsel abgezielt. Dabei ist es wichtig, die Patienten in diesem Prozess zu unterstützen und nachhaltig zu motivieren, da die Gefühle und Gedanken von Hoffnungslosigkeit und damit einhergehenden Vorurteilen geprägt sein können. Aufgrund vorliegender Ambivalenz ist der zentrale Aspekt in diesem Schritt das Handeln nach Plan und nicht das Handeln nach der Gefühlslage.

	Das Ziel ist die Identifikation von kleinen Veränderungen in bestimmten Situationen.
5. Neue Verhaltensweisen ausprobieren - Effekte beobachten	Die Patienten suchen sich unterschiedliche Aktivitäten aus und verpflichten sich, diese zu einem bestimmten Zeitpunkt umzusetzen. Wichtig dabei ist das Notieren der Stimmung und Gefühlslagen (auch in Zeiten ohne geplante Aktivitäten) um so besser identifizieren zu können, welche Aktivitäten eine positive Veränderung mit sich bringen. Den Patienten soll vermittelt werden, dass sie den Fokus auf die Ausführung legen. Ferner sollten sie es vermeiden, die Ergebnisse der Experimente zu bewerten, bevor diese abgeschlossen sind. Wichtig ist auch, dass die Experimente mehrfach ausprobiert werden sollten, bevor Aussagen über die Stimmungslage getroffen werden.
6. Auswertung der Ergebnisse	In diesem Schritt sollen die Patienten reflektieren, inwiefern sich die neuen Verhaltensweisen auf die Stimmung auswirken. Auch soll überprüft werden, ob sich bereits ein erster Lerneffekt eingestellt hat.
7. Weitermachen – Ausprobieren	Zentrale Aspekte der Verhaltensaktivierung stellen das Experimentieren, das Beobachten der Ergebnisse sowie das Vergleichen mit früheren Ergebnissen dar. Die Patienten sollten nun im letzten Schritt erlernen, inwiefern das antrainierte Verhalten, das sich positiv auf die Stimmung auswirkt, in ihren Alltag umgesetzt werden kann. Wichtig ist jedoch auch die Ursachen zu identifizieren, warum Veränderungen keine positiven Effekte auf die Stimmung haben können.

(eigene Darstellung nach Hoyer & Vogel 2018, S. 108ff.)

2.6 Einheit 6: Reflexion bisheriger Inhalte

Ziel der sechsten Einheit ist es, bisherige Themen zusammenzufassen. Es soll reflektiert werden, welche Inhalte bereits gut umgesetzt werden konnten, bzw. in welchen Bereichen noch offene Fragen vorliegen. Dies bietet auch die Möglichkeit für ein Zwischenfazit hinsichtlich der Verhaltensaktivierung zu ziehen. Dabei können Wochenpläne besprochen und ggf. auf Hindernisse eingegangen werden. Es bedarf keinem neuen Input, vielmehr können die Zielstellungen bei Bedarf angepasst und aufgetretene Verständnisprobleme aufgegriffen werden.

Auch potentielle Barrieren hinsichtlich der Umsetzung der erarbeiteten Inhalte können hierdurch identifiziert werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, nochmals gezielt auf die werteorientierte Aktivitätenplanung einzugehen.

2.7 Einheit 7: Rückfallprophylaxe I

Schwerpunkte der siebten Einheit liegen im Transfer und in der Generalisierung der Strategien, die in der zurückliegenden Zeit gemeinsam erarbeitet wurden. Darüber hinaus wird ein Rückfallmodell eingebaut und anhand von potentiell schwierigen Situationen zur Anwendung gebracht. Somit können sich die Patienten klare Handlungsanweisungen für Risikosituationen erarbeiten. Ein weiterer Aspekt ist die konstruktive Auseinandersetzung mit eigenen individuellen Frühwarnzeichen.

2.8 Einheit 8: Rückfallprophylaxe II

In der achten Einheit liegt der Fokus auf dem Bewusstwerden der einzelnen Inhalte. Dabei sollen potentiell zu erwartende Schwierigkeiten besprochen und die neu erlernten Techniken angewandt werden. In Abgrenzung zur siebten Einheit sollen sich hier die Patienten selbst ein mittelfristiges Ziel setzen, um somit die Verbindlichkeit und den Transfer der Inhalte weiterhin zu fördern.

2.9 Kontraindikationen

Wenngleich eine Vielzahl von Vorteilen durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung aufgezeigt werden konnte, existieren auch Grenzen hinsichtlich der Anwendung. Der Einsatz im Einzelsetting ist dann kontraindiziert, wenn psychotische oder manische Symptome oder wenn ein aktueller Substanzmissbrauchs bzw. eine Substanzabhängigkeit vorliegen. Darüber hinaus ist der Einsatz der Verhaltensaktivierung nicht geeignet, wenn bei den Patienten eine akute suizidale Krise vorliegt.

Ferner kann es bei einer schweren depressiven Symptomatik, bei psychotischen Störungen oder Ähnlichem erforderlich sein, eine gezielte psychopharmakologische Therapie anzuwenden, bevor eine Verhaltensaktivierung überhaupt möglich ist (vgl. Hoyer & Vogel 2018, S. 45ff.).

3 Theoretische Rahmung

Der theoretische Bezugsrahmen der vorliegenden Arbeit soll drei Gesichtspunkte umfassen. Zum einen werden bezüglich der Pflegefachpersonen die Aspekte von Professionalität, dem Kompetenzerwerb mit entsprechenden Handlungsoptionen sowie die Aspekte der Fachlichkeit aufgezeigt und diese anhand des Habitus-Konzept nach Bourdieu in den Kontext der psychiatrisch Pflegenden eingebettet.

Speziell für den Patientenkontext werden Kennzeichen von gesundheitsbezogenem Verhalten sowie Merkmale von Änderungen des Gesundheitsverhaltens charakterisiert, um so den Bezug zu dysfunktionalen Mustern besser abbilden zu können.

Darüber hinaus werden Merkmale von Wissen und Können sowohl in Hinblick auf die Patienten als auch den Pflegenden vorgestellt. Dies erscheint einerseits als elementarer Bestandteil für Pflegefachpersonen in ihrem täglichen Handeln bzw. in Hinsicht auf die Fachlichkeit. Andererseits sind Strukturen des Wissenserwerbes, Könnens und Handelns wichtig bei der Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensweisen im Sinne der Krankheitsbewältigung.

Aufgrund einer mehrfachen Auftragsverpflichtung der Pflegefachpersonen, die in ihrer Arbeit persönliche Motive verfolgen, aber auch sowohl eine Verpflichtung gegenüber den vorgeordneten Instanzen als auch den Patienten gegenüber besitzen, werden im Allgemeinen Strukturen und Organisationen im Gesundheitswesen umschrieben.

3.1 Strukturen und Organisationen im Gesundheitswesen

Unternehmen wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen sind geprägt von Interaktionen und Interdependenzen. Da innerhalb der Organisation mehrere Akteure agieren entsteht dabei ein Abhängigkeitsverhältnis, welches Auswirkungen auf die Handlungsergebnisse wie beispielsweise der Gesundheitsförderung und der Verhütung von Krankheiten hat.

Gegensätzliche Interessen müssen überwunden und individuelles Handeln koordiniert werden. Die Bündelung der Ressourcen soll durch teamorientiertes Handeln zur Realisierung gemeinschaftlicher Ziele beitragen. Das Ergebnis wird hierbei durch individuelles Handeln beeinträchtigt, da die Gruppe nur so stark wie das schwächste Glied handeln kann. Allerdings müssen auch geordnete Kommunikationsstrukturen gefunden werden, die das individuelle Handeln der Akteure koordinieren, um das gemeinsame Ziel nicht zu verfehlen. Dies gelingt durch die Erfüllung der einzelnen Rollen sowie durch die Wechselwirkung der individuellen Akteure. Die Rolle wird als Summe von Normen, Erwartungen und Einschränkungen des Inhabers definiert. Der Handlungsspielraum wird somit eingeschränkt (strukturelle Gegebenheiten). Der Akteur wird in seiner Funktion entsprechend belohnt. Dies kann zur Entstehung von Sicherheit und Druck beitragen. Entsprechende Verhaltensreaktionen beziehen sich auf die Individuen, wobei das rollenspezifische Verhalten abhängig von Variablen der Verfügbarkeit, der Sozialisation, der Eigendefinition und der Umwelt ist (vgl. Abraham & Büschges 2009, S. 19f., 29ff.).

3.2 Abgrenzung der Begriffe Beruf, Profession, Professionalisierung und Professionalität

Die Bemühungen einer adäquaten Bestimmung der Begriffe Beruf, Profession, Professionalisierung sowie Professionalität stehen bis dato sowohl im nationalen als auch im internationalen wissenschaftlichen Diskurs der Professions- und Berufsforschung. Im nationalen Raum werden Fragen der Professionalisierung sowie des professionellen Handelns im Sinne der Professionalität vorrangig in der Berufs- und Professionssoziologie untersucht (vgl. Kälble 2017, S. 27ff.).

3.2.1 Der Beruf

Die Variabilität potentieller Arbeitsanforderungen und den entsprechenden Qualifikationsprofilen wird in modernen Gesellschaften auf eine Anzahl standardisierter Berufsbilder reduziert. Folglich wird der Beruf als zentrale soziale Organisationsform der Erwerbsarbeit definiert, obwohl keine explizite Begriffsbestimmung existiert (vgl. Dewe & Stüwe 2016). Dennoch können die Berufe als definiert werden *„… als relativ tätigkeitsunabhängige, gleichwohl tätigkeitsbezogene Zusammensetzungen und Abgrenzungen von spezialisierten und institutionell fixierten Mustern von Arbeitskraft, die u.a. als Ware am Arbeitsmarkt gehandelt und gegen Bezahlung in fremdbestimmten, kooperativ-betrieblichen organisierten Arbeits- und Produktionszusammenhängen eingesetzt werden“* (Beck et al. 1980, S. 20).

Berufe werden durch spezielle Kompetenzen/Fähigkeiten und Tätigkeitsfelder, eine systematische Ausbildung, charakteristische Mobilitätspfade[7] sowie durch ein mehr oder minder ausgeprägtes Berufsprestige gekennzeichnet. Im soziologischen Kontext können Berufe zugleich auch als eine Vermittlungsinstanz zwischen Bildung und Beschäftigung angesehen werden (vgl. Heidenreich 1999, S. 35ff.).

3.2.2 Die Profession

In Anlehnung an die professionssoziologische Theoriebildung können Professionen als eine besondere Form von Berufen angesehen werden, da sie sich durch explizite Eigenschaften von anderen Berufen unterscheiden (vgl. Kurtz 2014; Pfadenhauer & Sander 2010, S. 361ff.).

Mit dem Begriff Profession werden vorwiegend historisch begründete, vergleichsweise autonom und wissenschaftlich fundierte Expertenberufe im Dienstleistungsbereich benannt (vgl. McClelland 1985, S. 233ff.).

[7] Mobilitätspfade meint Berufsverlaufsmuster im Sinne von Aufstiegsmöglichkeiten wie beispielsweise eine Krankenschwester zur Stationsleitung und im weiteren Verlauf zur Pflegedienstleitung „aufsteigen“ kann (vgl. Heidenreich 1999, S. 35ff.).

Diese Berufe kennzeichnen besondere Leistungen für die Gesellschaft und ihre jeweilige Klientel in einem gesellschaftlich relevanten Problembereich. Sie zeichnen sich unter anderem durch Einfluss, privilegierte Qualifikationsniveaus sowie entsprechender Erwerbschancen aus. Professionen werden zudem durch ein weitgehendes Monopol auf einem ausgewiesenem Tätigkeits- und Wissensbereich gekennzeichnet (vgl. Kälble 2005, S. 1ff.).

Sowohl zur Logik als auch zur Wahrnehmung von Professionen gehört ein relativ autonomes Handeln ihrer Mitglieder, da dies vorteilhafte Auswirkungen für die Gesellschaft haben kann. Vor diesem Hintergrund kennzeichnet eine Profession auch die relative Unabhängigkeit ihrer Aufgaben hinsichtlich administrativer und ökonomischer Zwänge. Vornehmliche Übereinstimmung besteht darin, dass die eigene Wissenskontrolle sowie die Zuerkennung von beruflicher Eigenständigkeit und Zuständigkeit bestimmende Erkennungszeichen für einen erfolgreich durchprofessionalisierten Beruf sind (vgl. Abbott 1988; Larson 1979).

Entsprechend kontrovers diskutieren Professionen mit anderen Professionen und Berufen um die jeweiligen Problembearbeitungszuständigkeiten sowie die Definitionsmonopole für gesellschaftlich bedeutsame Fragen und Probleme (vgl. Abbott 1988; Mieg 2016, S. 27ff.).

Etablierte Professionen werden in Anlehnung an Schütze (1996) und Abbott (1988) nicht als zeitunabhängige, unveränderliche Größen oder starre Formationen, sondern vielmehr als wandelbare Phänomene angesehen, die sich unter gewissen gesellschaftlich-historischen Voraussetzungen und in der Auseinandersetzung unterschiedlicher Akteure gebildet und entwickelt haben. Sie sind durch ihre Veränderbarkeit in den Kontextbedingungen der jeweiligen Gesellschaft beeinflussbar, was vor allem als Beruf sichtbar wird (vgl. Kälble 2005, S. 1ff., 2017, S. 27ff.; Unschuld 2015, S. 503ff.).

Vor diesem Hintergrund können oftmals Probleme bei der Bewältigung respektive der Anpassung an gesellschaftlichen Veränderungen existieren, wodurch auch die Aspekte von Einfluss und Unabhängigkeit an Bedeutung verlieren (Deprofessionalisierung). Die weitergehende Frage, ob Professionen strukturelle Voraussetzungen für zeitgemäße Gesellschaften darstellen oder doch ein historisches Auslaufmodell sind, ist von jeher strittig (*Ende Der Profession Und Professionalisierung Ohne Ende?*, 2011).

Im wissenschaftlichen Diskurs wird einerseits das Modell der Profession weitgehend als obsolet angesehen, weshalb entsprechend für einen Abschied des Professionsbegriffs plädiert wird (vgl. Stichweh 2017, S. 49ff.). Andererseits existieren Ansichten, dass grundlegend alle Berufe die Möglichkeit haben, sich zu professionalisieren (vgl. Hesse 1972).

3.2.3 Die Professionalisierung

In Addition hierzu wird dem Begriff der Professionalisierung im Allgemeinen der vielschichtige Prozess der Weiterentwicklung eines Berufes oder einer Berufsgruppe hinsichtlich der autonomen Profession zugeschrieben. Teilweise wird er jedoch auch so ausgelegt, dass er neben diesem Prozess auch das Ziel der Professionsbildung umfasst (vgl. Mieg 2016, S. 27ff.).

Dennoch sei an dieser Stelle der Hinweis gegeben, dass an den sozialen Prozessen auch immer unterschiedliche Akteure mit jeweils unterschiedlichen Interessen beteiligt sind und sich somit letztlich im internationalen Vergleich die Professionalisierung als ein Muster mit zahlreichen Varianten zeigt. In den handlungstheoretisch orientierten Professionalisierungstheorien werden sowohl die Strukturen als auch die Logik professionellen Handelns beziehungsweise die Spezifik des Handelns fokussiert. Vor diesem Hintergrund meint Professionalisierung die Herausbildung und Zuerkennung einer bestimmten Handlungskompetenz (Professionalität), die von der Struktur der professionellen Handlung verlangt wird (vgl. Kälble 2017, S. 27ff.).

Die Theorien verstehen professionelles Handeln als Vermittlung zwischen Theorie und Praxis in Hinblick auf die Lösung manifester Probleme von Klienten und eignen sich vor diesem Hintergrund vor allem im Kontext des pflegerischen Handelns. Als wesentliche berufliche Angelegenheit der professionellen Personen gilt hier die Verknüpfung generalisierten, wissenschaftlichen Wissens mit dem hermeneutische Fallverständnis. Dies wurde in systemtheoretischen (Stichweh 1996), strukturtheoretischen (Oevermann 1996) und interaktionistischen (Schütze 1996) Zugängen expliziert. Daraus ging hervor, dass insbesondere therapeutische, pflegerische und pädagogische Tätigkeiten als professionalisierungsbedürftig gekennzeichnet seien (vgl. Kälble 2017, S. 27ff.).

3.2.4 Die Professionalität

Mit dem Begriff der Professionalität kann somit zwar ein Zugang zum beruflichen Handeln, zur Wissensbasis des Handels und zur Qualität der personenbezogenen Dienstleistungen hergestellt werden, jedoch kann infolgedessen die Professionalisierung zweideutig verstanden werden. Zum einen kann es als Prozess verstanden werden, in dem Professionalität angestrebt und herausgebildet wird, zum anderen als ein Prozess, in dem sich ein Beruf in Richtung einer Profession entwickelt und durchsetzt. Professionalisierung kann somit sowohl hinsichtlich der kollektiven Berufsentwicklung institutioneller Organisation von Berufen, als auch die Professionalität betreffend untersucht werden (vgl. Kälble 2017, S. 27ff.).

Professionalität kann zugleich unter dem Aspekt gekonnter und reflexiver Beruflichkeit angesehen werden, die dabei vor allem managerialen Verfahren überlegen ist (vgl. Dewe & Stüwe 2016).

3.3 Profession und Professionalität innerhalb der Pflegeberufe

In Anlehnung an den International Council of Nurses sind Pflegende Menschen, die eine *„… eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung (…) in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen…“* (International Council of Nurses, 2012) gewährleisten. Insbesondere unter den aktuellen Geschehnissen der COVID-19 Pandemie soll nun folgend die Professionsentwicklung der Pflege differenziert dargestellt werden.

Entsprechend erscheint es wichtig, einige Aspekte gesondert zu betrachten. Zum einen erscheint die Überlegung wesentlich, wie es unter den gegebenen Umständen gelingen kann, dass Pflegende weiterhin auch Aufgaben wie die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse von Patienten sowie die Förderung einer sicheren Umgebung umsetzen können. Zum anderen soll überlegt werden, ob es überhaupt noch möglich ist, Aspekte von Forschung, gesundheitspolitische Betrachtungsweisen im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung weiterhin in der Form zu berücksichtigen, die es einer fortschreitenden Professionalisierung bedarf.

Daher erfolgt eine kritische Darstellung sowie eine Reflexion des Professionalisierungsprozesses. Es erscheint unumgänglich, grundlegende Anhaltspunkte von Strukturen und Organisationen im Gesundheitswesen zu erläutern, um im weiteren Verlauf so eine Überleitung zum Professionalisierungsprozess zu ermöglichen. Dabei sollen unter Berücksichtigung der Professionsentwicklung in der Pflege Fragen erläutert werden, die mögliche Indizien aufzeigen, weshalb offensichtlich nur ein schleppender Fortschritt existiert bzw. warum noch immer eine unzureichende Vernetzung zwischen Theorie und Praxis vorliegt.

3.3.1 Stand der Professionalisierungsentwicklung in der Pflege

Bereits in den 90er Jahren, nach der Gründung der ersten Studiengänge für Pflege, entstand die Diskussion über die Professionalisierung der Pflege.

Dabei wurden Fragen nach der Professionalisierbarkeit an äußeren Professionsattributen verankert, wobei schon anfänglich darauf hingewiesen wurde, dass es einer inhaltlichen Fundierung bedarf, damit die Professionalisierbarkeit der Pflege garantiert werden könne (vgl. Schäffer et al. 2004, S.301ff.).

Dies lässt die Frage aufkommen, weshalb in der heutigen Zeit immer noch von einer Semi-Profession gesprochen wird, wenn über die Disziplin der Pflege diskutiert wird. Weiterhin erscheint es fraglich, weshalb ein enormer Zuwachs in der Theorie besteht, jedoch eine fehlende Vernetzung in der Praxis existiert. Im Einzelnen kann sich die Situation anhand der drei Kriterien Wissen, Autonomie und Gemeinwohlorientierung veranschaulichen lassen.

Im Bereich des Wissens lässt sich zum heutigen Zeitpunkt sagen, dass eine inhaltliche Fundierung aufgrund zahlreicher Forschungsaktivitäten gegeben ist bzw. Grundlagenwissen produziert wurde. Dies erscheint von elementarer Bedeutung hinsichtlich der Professionalität der Pflege. Für die Gestaltung von professionellem, autonomen Handeln sieht Oevermann die entsprechende Fachkompetenz durch fundierte Ausbildung sowie das individuelle Fallverständnis (Autonomie!) als therapeutische Arbeitsbündnis an, da beides notwendig ist, für die Bewältigung der Selbstpflegedefizite in krankheitsbedingten Krisensituationen. Hinsichtlich der Gemeinwohlorientierung kann festgehalten werden, dass Pflege seit jeher für die Zuwendung zum Nächsten steht (vgl. Oevermann 1996).

Im Vergleich hierzu stehen sowohl die Neustrukturierungen der Gesundheitsversorgung aber vor allem der weltweit einschneidende Zustand durch die COVID-19 Pandemie, der alle beteiligten Professionen zu einer effizienten, effektiven und zielorientierten Versorgung zwingt, die dabei noch qualitativ hochwertig zu gestalten ist.

Eine Professionalisierung der Pflege entsteht nicht durch die Delegation von (potentiell unliebsamer) Tätigkeiten anderer Professionen. Dies kann möglicherweise aus Gründen der Kosteneffizienz praktiziert werden. Wichtig zu wissen ist, dass durch solch eine vermeintliche Aufwertung eines bestimmten Berufsbildes (in diesem Falle dies der Pflege), durch Spezialisierungsmaßnahmen einzelner Expertenbereiche (z.B. Operationsassistenz) eine Semi-Profession herbeigeführt wird (vgl. Cassier-Woidasky 2019, S. 163ff.).

Demnach müsste also im nächsten Schritt erörtert werden, wodurch Professionen gekennzeichnet sind bzw. wodurch sie von gesellschaftlich anders organisierten Tätigkeiten zu unterscheiden sind. Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Forschungsprojekt wäre ein elementarer Erklärungsansatz in Hinblick auf die Profession der Pflege der Einsatz von Verhaltensaktivierung, der nach Ansicht des Verfassers den zentralen Aspekt *"... für die selbständige, umfassende und prozessorientierte Pflege …“* (§5 PflBG) leistet. Professionen können als besondere Dienstleistungsberufe verstanden werden, die ihr Handeln unter dem Anspruch von Erklärung betreiben. Professionen sind vor allem durch drei Merkmale gekennzeichnet: erstens sind Professionen akademische Berufe, die über einen besonderen gesellschaftlichen Status verfügen und deren Handeln auf hoher Fachkompetenz und qualifiziertem wissenschaftlichen Wissen basiert. Mit Blick auf den Pflegeberuf kann durchaus bestätigt werden, dass das Handeln auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen beruht. Das zweite Merkmal einer Profession stellt die hohe Bedeutung für die Erhaltung des Wertsystems der Gesellschaft bzw. die Gewährleistung der Realisierung zentraler Werte dar, also die Wertuniversalie, zu deren Sicherung sich die Gesundheitsprofessionen verpflichtet fühlen. Professionelles Handeln ist deshalb zentralwertbezogen und gemeinwohlorientiert. Die traditionelle, caritative Ausrichtung des Pflegeberufes bestätigt auch dieses Merkmal der Profession. Professionen verfügen als drittes Merkmal außerdem über ein hohes Maß an Autonomie, was bedeutet, dass sie eigenständig organisiert sind, sie unabhängig von

staatlichen Instanzen, auch vom Markt sind und ihnen die Kontrolle über die Beurteilung ihrer Leistungen sowie über die Standards ihrer Berufsausübung selbst obliegt.

Diese drei Merkmale sind über alle professionstheoretischen Schulen hinweg als charakteristisch für professionelle Dienstleistungsberufe anzusehen (vgl. Dewe & Ferchhoff 2011; Weidner 2004). Im Umkehrschluss meint Professionalisierung demnach nichts anderes, als den Prozess des Erwerbs dieser drei Merkmale.

In Bezug auf die Akademisierung der Pflege sei angemerkt, dass dies in Deutschland zwar durchaus sehr dynamisch erfolgte, jedoch eine sehr hohe Heterogenität bezogen auf die inhaltliche Gestaltung der Studiengänge vorliegt (vgl. Schaeffer 2011, S. 30ff.).

Vor diesem Hintergrund bleibt abzuwarten, inwieweit sich die generalistische Ausbildung auf den Professionalisierungsprozess hinsichtlich eines (international gängigen) dreistufigen Prozesses auswirkt. Dabei kann die Pandemie durchaus als Chance einer Neuordnung von pflegerisch-medizinischen oder pflegerisch-therapeutischen Tätigkeiten dienen, weshalb in dieser Abhandlung der aufsuchenden psychiatrischen Pflege eine autonome Verantwortlichkeit im Verständnis nach Oevermann beigemessen wird. Sofern die direkte Pflege aufgrund personeller Ressourcen an Hilfskräfte delegiert wird, macht sich die Pflege selbst wertlos. Pflege neu denken bzw. Pflege sichtbar machen bedeutet demnach, dass eine partnerschaftliche Übernahme von Verantwortung mit medizinisch-therapeutischen Professionen eine Entlastung auf beiden Seiten bringen könnte, sofern die Kompetenzen auf einer kooperativen Interessensbasis aufgeteilt würde (vgl. Cassier-Woidasky 2019, S. 163ff.).

Es wäre durchaus legitim anzunehmen, dass die systemrelevanten Personen sich nicht ihrer Macht bewusst sind. Der Begriff Macht sei dabei keineswegs negativ konnotiert, sondern soll vielmehr den positiven Aspekt von Macht wie beispielsweise die Möglichkeiten und Potentiale zur Gestaltung von Prozessen zum Ausdruck bringen.

Weiterhin sei noch angemerkt, dass aus strukturfunktionalistischer Sicht Professionen – denen die Pflege anhand o.a. Kriterien offensichtlich angehört – ein gesellschaftliches Mandat besitzen, welches die Integration der Gesellschaft auf Wertebene sicherstellen, da die Angehörigen der „Professionen“ privilegiert sind, existentielle Aufgaben berufsethisch zu übernehmen und dabei fernab von Profitinteressen handeln (vgl. Tewes 2011).

Dementsprechend sollte nun diese Eventualität genutzt werden, um die Umsetzung der langfristig geplanten Strukturwandlungen durchzuführen.

3.3.2 Zur allgemeinen Fachlichkeit und pflegerischen Kompetenzen

Fachkompetenz umfasst Wissen und Fertigkeiten. Sie wird als Fähigkeit angesehen, Aufgaben und Problemstellungen in eigenständiger Art und Weise und fachlich angemessener Form, methodengeleitet zu bearbeiten und das Ergebnis zu beurteilen. Dabei bezeichnet das Wissen die Gesamtheit der Fakten, Grundsätze und Theorien in einem Arbeitsbereich. Fertigkeiten bezeichnen die Fähigkeit, erworbenes Wissen anzuwenden, um Aufgaben ausführen und Probleme lösen zu können. Sie werden sowohl als kognitive (z.B. logisches Denken) wie auch als praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden) beschrieben (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011).

Die Bezeichnung Kompetenz beschreibt in vielfältiger Art und Weise die Fähigkeiten, die im berufsspezifischen Zusammenhang als wissensbezogene Gütekriterien zur Einschätzung von Leistung herangezogen werden. Daher wird das Verständnis des individuellen Kompetenzbereichs einer Person dem Kontext der Fachlichkeit gleichgestellt. Demzufolge beschreibt der Begriff der Kompetenz das Gütekriterium der „Fachlichkeit“ (vgl. Olbrich 2010). Vor diesem Hintergrund findet im weiteren Verlauf der Abhandlung der Ausdruck Kompetenz(en), im Sinne der Fachlichkeit seine Anwendung.

Die wesentliche Fragestellung diesbezüglich lautet, wie die pflegerischen Kompetenzen im psychiatrischen Setting beschrieben werden könnten. Vor diesem Hintergrund müssen potentiell auftretende Probleme in den unterschiedlichen Kompetenzbereichen berücksichtigt werden.

Die aktuelle Studienlage hinsichtlich der pflegerischen Kompetenzen im Kontext mit der stationären bzw. ambulanten psychiatrischen Pflege ist sowohl national als auch international als rudimentär zu bezeichnen. Vor diesem Hintergrund werden hier Ergebnisse aufgeführt, die den pflegerischen Kontext im Allgemeinen beschreiben. Eine Möglichkeit der Betrachtung besteht darin, die Übertragbarkeit in das psychiatrische Pflegesetting zu prüfen bzw. kritisch zu reflektieren.

In Tabelle 3 sind in Anlehnung an Kellnhauser et al. (2002) spezifische Merkmale von Pflegenden hinsichtlich potentieller Rollen sowie den dazugehörigen Kompetenzen aufgeführt.

Tabelle 3: Mögliche Rollen und Kompetenzen von Pflegenden

Rolle	**Kompetenz**
Direkt Pflegender	Einsatz evidenzbasierter Pflege; Kommunikation; Interaktion; Beobachtung; ethisches Bewusstsein; Kenntnisse über rechtliche Aspekte
Beziehungsgestalter	Ethisches Bewusstsein und Handeln; therapeutische Beziehung; psychologische/soziologische Kenntnisse
Koordinator	Interdisziplinäres Fachwissen; Vernetzung ambulant – stationär; Teamarbeit; EDV-Kenntnisse
Teamführer	Motivieren; delegieren
Patientenanwalt	Ethisches Bewusstsein und Handeln; Interessenvertretung Patient
Forscher	Pflegewissenschaftliche Kompetenzen
Lehrer in der Pflege	Gesundheitsförderung; Beratung; ethisches Handeln
Manager	Führen; delegieren; Casemanagement
Professionelle Person	Eigeninitiative bezgl. Fortbildungen; pflegerische Fachkompetenz
International Agierender	(inter)kulturelles Arbeiten; Fremdsprachenkenntnisse

(eigene Darstellung nach Kellnhauser et al. 2002)

Eine durch den Bildungsrat für Pflegeberufe in Auftrag gegeben Studie, die durch Kellnhauser et al. durchgeführt wurde untersuchte die Meinungen von Pflegeexperten hinsichtlich der Ausbildungsinhalte von Pflegenden.

Tabelle 4: Kompetenzbereiche von Pflegenden

Kompetenzbereich	**Merkmalsbeschreibung**
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Pflegende setzen ihre pflegewissenschaftlichen Fertigkeiten in der Praxis um. Sie verfügen über diagnostische Fähigkeiten und kennen Methoden der prozessbezogenen Evaluation.
Ethische Kompetenz	Pflegende arbeiten nach ethischen Prinzipien und übernehmen dementsprechend Verantwortung.
Kommunikationskompetenz	Die Personen besitzen Fähigkeiten zur Gesprächsführung und Verhandlungsführung. Sie verfügen über Fremdsprachenkenntnisse (speziell Englisch).
Betriebswirtschaftliche Kompetenz	Pflegende verknüpfen ökologische, ökonomische und politische Interessen miteinander.
Berufspolitische Kompetenz	Pflegende besitzen berufspolitische Interessen und zeigen sich eigenverantwortlich.
Pädagogisch-Didaktische Kompetenz	Die Kompetenzen erstrecken sich über die Bereiche der Präsentation, Moderation, Information, Beratung, Begleitung und Planung.
Forschungskompetenz	Pflegende sind in der Lage Forschungsprojekte durchzuführen, sowie die Ergebnisse in der Praxis umzusetzen.
Führungskompetenz	Die Pflegenden besitzen Fähigkeiten in den Bereichen der Verhandlungsführung, Motivation, Delegation, Problemlösung und Konfliktfähigkeit.
Organisatorische Kompetenz	Sie verfügen über Kenntnisse der Methodik, Planung, Steuerung und dem Qualitätsmanagement.
Interdisziplinäre Kompetenz	Pflegende fördern sowohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit als auch die Schnittstellenarbeit.
Rechtliche Kompetenz	Pflegepersonen können Rechts- und Unrechtspositionen unter Berücksichtigung des entsprechenden Rechtswissens wahrnehmen.
Psychosoziale Kompetenz	Sie besitzen die Fähigkeit zur Empathie, Reflexion, Frustrations- und Belastungstoleranz,

	Stressbewältigung und der Nähe und Distanzregelung.

(eigene Darstellung nach Kellnhauser et al. 2002)

Dabei wurden den Pflegenden aufgrund der Literaturanalyse diverse Rollen mit entsprechend einhergehenden Kompetenzen zugeschrieben (vgl. Kellnhauser et al. 2002). Vor diesem Hintergrund der verschiedenen Rollen von Pflegenden beschreiben Kellnhauser et al. (2002) im weiteren Verlauf zwölf grundlegende Kompetenzbereiche, die aufgrund der besseren Lesbarkeit in Tabelle 4 aufgeführt werden.

3.3.3 Pflegerische Handlungsoptionen

In Abgrenzung zu den aufgeführten grundlegenden Kompetenzen von Pflegepersonen zeigt Olbrich Möglichkeiten des pflegerischen Handelns auf. Dabei versteht sich die dargestellte Auflistung der Handlungsoptionen von Pflegenden als Prozess und ist aufeinander aufbauend. Pflegende benötigen grundlegendes Wissen und Können, das ihnen die Möglichkeit verschafft, berufsbezogene Sicherheit zu gewinnen. Nach dem Erwerb dieser Sicherheit ist es den Pflegenden möglich, Situationen individuell einschätzen zu können, wodurch sich bei den Pflegenden die Reflexionsfähigkeit ausbildet. Sind diese Prozesse durchlaufen, ermöglicht dies aktives, empathisches und ethisches Handeln (vgl. Olbrich 2010).

Das regelgeleitete Handeln beruht auf fachlichem Wissen und Können sowie der sachgerechten Anwendung pflegerischer Interventionen. Dabei vollzieht sich das Handeln routiniert und befindet sich innerhalb der jeweiligen Normen.

Sofern die Handlungsorientierung aufgrund situativer Beurteilungen der Pflegenden erfolgt, stehen die Wahrnehmung und die Sensibilität der spezifischen Situation im Vordergrund.

Wenn die Pflegenden sowohl die Patienten als auch ihre eigene Person als Teil des Geschehens erkennen, können die Pflegenden ihr Handeln selbst reflektieren. Dabei scheinen sowohl die Gefühle als auch die Gedanken des eigenen Erlebens besser fassbar zu sein.

Die Basis des aktiv ethischen Handelns bildet die jeweiligen eigenen ethischen Werte. Sobald ersichtlich wird, dass sich keine Erfolge einstellen, führt die Reflexion des Handelns zur Formulierung von Grenzen.

Hinsichtlich der Fachlichkeit einer Person ist es das Ziel, die jeweiligen Kompetenzbereiche zu operationalisieren. Demzufolge können diverse Fähigkeiten als Indikatoren regelgeleiteter Pflege dienen, die sich innerhalb eines kontextualisierenden Rahmens vorfinden. Ein Indikator charakterisiert dabei die Anforderungsstruktur im Zusammenhang mit der pflegerischen Tätigkeit (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2013).

Die pflegerischen Interventionen werden in routinierter Weise durchgeführt. Dabei bezieht sich die Handlungsfähigkeit der Pflegeperson auf die angeordnete und fachlich korrekte Umsetzung und nicht auf die Reflexion des Geschehens. Ziel ist es, erworbenes Wissen auf der methodischen Ebene anwenden zu können. Im nächsten Schritt beschreibt das situativ-beurteilende Handeln die Fähigkeit der Empathie sowie der Selektion einzelner Aspekte. Kompetenz in der Dimension des reflektierenden Handelns wird als Befähigung selbstreflexiver Anteile im Kontext zu den pflegerischen Interventionen beschrieben. Letztendlich beruht die Kompetenz des aktiv ethischen Handelns auf der Fähigkeit des Erkennens ethischer Dilemmata und der damit einhergehenden Befähigung, adäquate Konsequenzen aus den individuellen Situationen ableiten zu können (vgl. Olbrich 2010).

Unter Berücksichtigung der Kompetenzförderung in Gesundheitsberufen können allgemeine Fähigkeiten im pflegerischen Kontext als Schlüsselkompetenzen bei den entsprechenden Pflegenden angesehen werden.

Aufgrund der stetigen Veränderung in der pflegerischen Versorgung geht somit die Bereitschaft zu einem fortlaufenden Lernprozess einher. Daher müssen Pflegende nicht nur Freude am Lernen aufzeigen, sondern dies auch in ihrer beruflichen Laufbahn immer wieder umsetzten, da durch die fortlaufende Wissenserweiterung sowohl die soziale als auch die methodische Kompetenz verbessert werden kann. Ziel dieses Vorgehens ist es, das angeeignete Wissen strukturiert im Praxisfeld einsetzen zu können (vgl. Nussbaumer & Reibnitz 2008, S. 31ff.).

3.3.4 Die Phänomenologie des Fertigkeitserwerbs

Im folgenden Kapitel wird die Phänomenologie des Fertigkeitserwerbes dargestellt, da die Verhaltensaktivierung durch die Pflegenden zuerst erlernt werden muss. Dementsprechend soll der Bezug zum Erwerb dieser Fähigkeit im pflegerischen Kontext differenzierter dargestellt werden.

Ein geachtetes Modell in der Pflege stellt das fünfstufige Modell (nach Benner) des Kompetenzerwerbes durch Reziprozität von Theorie und Praxis, im Zusammenhang mit pflegerischer Kompetenz dar (vgl. Benner et al. 2012). Im Folgenden werden die einzelnen Stufen kurz skizziert.

Personen, die sich im Prozess der pflegerischen Ausbildung befinden, werden als Anfänger oder Neulinge bezeichnet. Sie befinden sich in der Stufe eins. Charakteristisch für die erste Stufe sind vorgegebene, kontextunabhängige Faktoren, die die Anfänger anhand eines Regelwerkes erkennen können und somit regelgeleitetes Handeln entstehen kann. Die Kenntnisse der Anfänger entsprechen dem sogenannten theoretischen Wissen.

Verfügen die Neulinge über umfangreiche Erfahrungen in Praxissituationen, so können sich gleichermaßen deren Leistungen verbessern. Sie werden dann als fortgeschrittene Anfänger bezeichnet und befinden sich in der zweiten Stufe.

Dabei ist es wichtig, dass die Neulinge situationsbezogene Erfahrungen sammeln, da sie anhand dieser Faktoren später vom regelgeleiteten Handeln hin zum intuitiven Handeln gelangen.

Aufgrund der zunehmenden Erfahrung werden Pflegende in der dritten Stufe als kompetent Handelnde bezeichnet und können sich eine hierarchisch strukturierte Betrachtungsweise aneignen.

Demgemäß legen kompetent Handelnde einen Plan fest, wonach sie entscheiden, welche Elemente einer Situation als wichtig zu behandeln sind. Dabei empfinden diese Personen, im Gegensatz zu fortgeschrittenen Anfängern, ein großes Verantwortungsbewusstsein für ihr jeweiliges Handeln.

In der vierten Stufe werden die Personen als Erfahrene bezeichnet. In diesem Stadium ist es den Pflegenden möglich, ihr Handeln situationsspezifisch zu unterscheiden, wobei die abgeleiteten Interventionen dabei nicht mehr regelgeleitet, sondern vielmehr intuitiv ausgeführt werden. Bestimmte Aspekte werden nach innerer Anteilnahme als wichtig wahrgenommen, ohne dass sich die Person aktiv für eine Perspektive entscheidet. Das Handeln erfolgt intuitiver.

Aufgrund der situationsspezifischen Differenzierungsfähigkeit werden Personen in dieser Stufe als Experten bezeichnet, die wissen, welche Ziele in welcher Form erreicht werden können. Dabei handeln sie fortlaufend und denken über die Perspektive nach, die ihnen hinsichtlich der Zielerreichung sinnvoll erscheinen.

In Abgrenzung zu dem aufgeführten Modell nach Benner, verweist Remmers (2011) hinsichtlich der Beschreibungen von Pflegeinterventionen auf die Berücksichtigung derer Komplexität. Die Komplexität der pflegerischen Interventionen ergibt sich aus der Kontextualisierung eines Problems sowie der Entwicklung entsprechender Lösungsstrategien. Darüber hinaus resultiert die Komplexität aus formalen und inhaltlichen Kriterien des pflegerischen Wissens (vgl. Remmers 2011).

Demzufolge müssen Unterscheidungen bezüglich der Entdeckungszusammenhänge komplexer Sachverhalte und Rechtfertigungszusammenhänge wissenschaftlicher Thesen getroffen werden (vgl. Remmers 2011). Vor diesem Hintergrund zeigt sich das zentrale Element des pflegerischen Handelns im lebensweltorientierten, situativen Verständnis der Problemlösung (vgl. Friesacher 2008).

Ergänzend zu den aufgeführten Aspekten pflegerischer Kompetenzen, werden im Folgenden Aspekte hinsichtlich der pflegerischen Expertise aus Sicht des International Council of Nurses (ICN) aufgeführt.

Dabei weist der ICN darauf hin, dass der Bedarf an pflegerischer bzw. gesundheitlicher Erfordernisse stetig ansteigt, dessen ungeachtet jedoch in zahlreichen europäischen Ländern die pflegerischen Rahmenbedingungen verschlechtert werden, da es zu Kürzungen im Bereich der personellen Besetzung kommt. Vor diesem Hintergrund erachtet es der ICN als notwendig, die inhaltlichen Aspekte der pflegerischen Arbeit zu vervollständigen, sowie die Rahmenbedingungen hinsichtlich der fachlichen Expertise (neu) zu definieren.

Dabei nimmt sich der ICN zur Aufgabe, den Umfang von Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen der Pflegenden im Hinblick auf deren Expertise in einem Rahmenplan festzuhalten. Dieser konzeptuelle Rahmen beabsichtigt, die Bandbreite der Rollen hinsichtlich der Kompetenzen Pflegender zu kommunizieren, sowie die Darstellung der zunehmenden Verantwortung bedingt durch die aufkommende Komplexität stufenweise abzubilden. Ein wesentlicher Aspekt zeigt sich in der inhaltlichen Abgrenzung der handlungsbezogenen Verantwortung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausbildungsniveaus der Pflegenden. Demzufolge können neue Rollenkonzepte sowie Verantwortlichkeiten von Pflegenden evaluiert und entsprechend gesteuert werden (vgl. International Council of Nurses 2012).

Herausforderungen im Bereich der Pflegefachlichkeit ergeben sich durch die eingeschränkte Messbarkeit des Konstruktes, da vor allem auf der Ebene der Entdeckungszusammenhänge phänomenologisch-hermeneutische Kompetenzen der einzelnen Pflegepersonen eine elementare Rolle spielen.

Dies bedeutet, dass in erster Linie nicht die Aspekte der Anerkennung der Kompetenzen auf formale Qualifikationsprofile eine führende Rolle spielen, sondern eher die Frage aufkommt, wie sich die lebensweltlichen Kompetenzen professionsspezifisch entfalten können (vgl. Hülsken-Giesler 2011).

Pflegende benötigen grundlegendes Wissen und Können, da es ihnen somit die Möglichkeit verschafft, berufsbezogene Sicherheit zu gewinnen. Nach dem Erwerb dieser Sicherheit können sie dann Situationen individuell einschätzen, wodurch sich bei den Pflegenden die Reflexionsfähigkeit ausbildet. Wurden diese Phasen durchlaufen, kann aktives, empathisches und ethisches Handeln möglich sein (vgl. Olbrich 2010).

Vor dem Hintergrund der verschiedenen Rollen die Pflegenden ausführen werden zwölf grundlegende Kompetenzen beschreiben. Dabei sollten Pflegende Kompetenzen in den Bereichen der Fachwissenschaft, der Ethik, der Kommunikation, der Betriebswirtschaft, der Berufspolitik, der Pädagogik, der Forschung, der Organisation und der Interdisziplinarität aufzeigen. Darüber hinaus sollten Pflegende sowohl rechtliche als auch psychosoziale Kompetenzen vorzeigen (vgl. Kellnhauser et al. 2002).

Hinsichtlich der jeweiligen Fachlichkeit einer Person ist es das Ziel, die jeweiligen Kompetenzbereiche zu operationalisieren. Demzufolge können diverse Fähigkeiten als Indikatoren regelgeleiteter Pflege dienen, die sich innerhalb eines kontextualisierenden Rahmens vorfinden. Ein Indikator charakterisiert dabei die Anforderungsstruktur im Zusammenhang mit der pflegerischen Tätigkeit (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011).

Die pflegerischen Interventionen werden in routinierter Weise durchgeführt. Dabei bezieht sich die Handlungsfähigkeit der Pflegeperson auf die angeordnete und fachlich korrekte Umsetzung und nicht auf die Reflexion des Geschehens. Ziel ist es, erworbenes Wissen auf der methodischen Ebene anwenden zu können (vgl. Olbrich 2010).

Fachkompetenz umfasst Wissen und Fertigkeiten. Sie wird als Fähigkeit angesehen, Aufgaben und Problemstellungen in eigenständiger Art und Weise und fachlich angemessener Form, methodengeleitet zu bearbeiten und das Ergebnis zu beurteilen. Dabei bezeichnet das Wissen die Gesamtheit der Fakten, Grundsätze und Theorien in einem Arbeitsbereich. Fertigkeiten bezeichnen die Fähigkeit, erworbenes Wissen anzuwenden, um Aufgaben ausführen und Probleme lösen zu können. Sie werden sowohl als kognitive (z.B. logisches Denken) wie auch als praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden) beschrieben (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011).

Die Komplexität der pflegerischen Interventionen ergibt sich aus der Kontextualisierung eines Problems sowie der Entwicklung entsprechender Lösungsstrategien. Darüber hinaus resultiert die Komplexität aus formalen und inhaltlichen Kriterien des pflegerischen Wissens. Demzufolge müssen Unterscheidungen hinsichtlich der Entdeckungszusammenhänge komplexer Sachverhalte und Rechtfertigungszusammenhänge wissenschaftlicher Thesen getroffen werden (vgl. Remmers 2011).

Vor diesem Hintergrund zeigt sich das zentrale Element des pflegerischen Handelns im lebensweltorientierten, situativen Verständnis der Problemlösung (vgl. Friesacher 2008).

3.3.5 Kompetenzen mit dem Fokus der psychiatrischen Pflege

Ziel der Untersuchung von Anderl-Doliwa (2018) war es zu eruieren, welche Kompetenzen und damit einhergehende Profile für die Tätigkeit im aufsuchenden psychiatrischen Setting benötigt werden.

Dabei wurde auch untersucht, ob diese Profile eine ähnliche Gewichtung innerhalb der Pflege innehaben oder sich ihre Bedeutsamkeit unterscheiden. Ausschlaggebend für die Untersuchungen war die offensichtlich unzureichende Fort- und Weiterbildung innerhalb der psychiatrischen Pflege, die dadurch gekennzeichnet ist, dass spezifische Kompetenzen für den ambulanten Bereich ebenso wenig systematisch gelehrt werden, wie Aufgaben- und Rollenspezifika ambulanter Settings. Dies ist möglicherweise auch der fehlenden Kenntnis über solch entsprechende Kompetenzanforderungen zurückzuführen. Überblicksgenerierende Arbeiten, die sich systematisch mit den settingspezifischen Kompetenzen beschäftigen, sind auch im englischsprachigen Raum rar und im deutschsprachigen Bereich nahezu nicht vorhanden. Problematisch ist auch die Übertragung von Handlungen aus dem englischsprachigen Raum in den deutschen Arbeitskontext, da oft ein abweichender Rechtsrahmen sowie diverse Versorgungsbedingungen existieren (vgl. Anderl-Doliwa 2018, S. 3).

Vor diesem Hintergrund soll in Abgrenzung zu den aufgeführten allgemeinen Kompetenzen von Pflegenden werden im Folgenden spezielle Kompetenzgruppen nach Anderl-Doliwa mit dem Fokus der psychiatrischen Pflege im aufsuchenden Setting dargestellt werden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die einzelnen Kompetenzen inklusive der entsprechenden Eigenschaftsbeschreibung in tabellarischer Form aufgeführt.

Tabelle 5: Kompetenzen im Kontext psychiatrischer Pflege

Kompetenz	Eigenschaftsbeschreibung
Aufbau einer therapeutischen Beziehung	Aufbau und Erhalt einer pflegerisch-therapeutischen Beziehung werden durch mehrere Kompetenzen begünstigt und ermöglicht. In der Literatur werden die Inhalte oftmals nicht als Kompetenz, sondern als Ziel beschrieben. In dieser Gruppe sind Kompetenzen verortet, die direkt mit dem erfolgreichen Beziehungsaufbau in Bezug gesetzt werden, wie etwa das offene Ansprechen von Problemen in der Kommunikation, das

	Managen von Abhängigkeit, das selbstkritische Prüfen und Hinterfragen der Art der Beziehung. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass keine Aussagen getroffen werden sollen, welcher Art diese Beziehung ist. Hier finden sich in der Literatur durchweg verschiedene Interpretationen, die von einer freundschaftlichen Verbindung bis zu einer durch professionelle Distanz geprägten, eher dienstleistungsorientierten Beziehung reichen.
Behandlungsplanung	Behandlungsplanung umfasst das Erkennen, Analysieren und Einplanen von Problemfeldern des Patienten. Zwar wird dies in der Praxis teilweise auch ohne den Patienten realisiert, jedoch wird die Partizipation des Patienten im Sinne einer gemeinsamen Behandlungsplanung explizit miteingeschlossen.
Diagnostik	Diagnostik umfasst das Erheben diagnostischer Informationen oder das Stellen von Diagnosen, darunter die Verifikation bzw. Falsifikation von Diagnosen, aber auch das Anzweifeln von Diagnosen und entsprechende Rückmeldungen an die Mitbehandler. Diagnostik umfasst dabei sowohl die Kenntnis diagnostischer Prozesse und Kriterien als auch deren Anwendung in der Praxis und das Interpretieren von Informationen hinsichtlich einer diagnostischen Fragestellung.
Empathie	Empathie bezeichnet das intuitive Erkennen von Gedanken, Emotionen, Motiven, Absichten und Persönlichkeitsmerkmalen einer Person sowie die angemessene spontane Reaktion auf diese Wahrnehmung. Die unter Empathie verorteten Kompetenzen sind Teilaspekte von Empathie oder andere Beschreibungen für Empathie.
Erkennen von Denkmustern	Dieser Aspekt beschreibt die Fähigkeit, Denkmuster einzelner Patienten über lange Zeit zu erkennen und etwa in Einzeltherapien, der Behandlungsplanung oder der Kommunikation mit Dritten zu berücksichtigen. Konkret umfasst sie das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Überzeugungen von Patienten sowie das Erkennen gedanklicher Widersprüche und Inkonsistenzen.
Fördern von Therapiemotivation	In diesem Bereich wird die Fähigkeit beabsichtigt, Therapiemotivation, Krankheitseinsicht und Compliance mit Mitteln wie beispielsweise Motivational Interviewing, Modelllernen und Veranschaulichung positiver Folgen einer Veränderung zu fördern.
Freizeitaktivitäten anbieten	Skills, die zum Organisieren und Durchführen von Freizeitaktivitäten wie Ausflügen, Kinobesuchen, gemeinsamem Kochen und Ähnlichem mit Patientengruppen

	benötigt werden, sind in dieser Kompetenzgruppe zusammengefasst. Die Gruppe ist durch eine konkrete Aufgabe definiert, umfasst aber auch die Fähigkeit, solche Aktivitäten anzuleiten, also selbst kochen, musizieren oder Ähnliches zu können. Weiterhin umfasst es das Fördern solcher sozialen Aktivitäten und deren langfristige Etablierung beim Patienten.
Gesundheitserziehung	Interventionen, die darauf ausgerichtet ist, Rückfälle oder Neuerkrankungen zu vermeiden und generell das Gesundheitsverhalten des Patienten zu verbessern, bilden diese Kompetenzgruppe. Die einzelnen Kompetenzen werden von unterschiedlichen Interventionen etwa durch Ernährungsberatung, Anleiten von Sportprogrammen oder Durchführen von Programmen zur Raucherentwöhnung gebildet. Zur Kompetenzgruppe gehört implizit aber auch das Wissen um die Vermittlung und die Förderung der Motivation.
Hintergrundwissen Psychotherapie	Hintergrundwissen umfasst Kenntnisse zur Ätiologie und Symptomatik psychischer Störungen sowie die Anwendung dieses Wissens zum Wohl des Patienten, sei es zur Informationsvermittlung bei direkter Nachfrage oder zur Planung konkreter Interventionen.
Informationsvermittlung	In diesem Bereich werden Kompetenzen zur Vermittlung von Informationen über Erkrankungen, Symptome oder Stressoren verstanden, die den Patienten aktuell oder später betreffen (könnten). Impliziert wird auch, dass dies in einer Sprache geschieht, die der Patient versteht.
Lebenspraktische Beratung	Lebenspraktische Beratung umfasst Kompetenzen, um Patienten konkrete Problemlösestrategien anzubieten, damit sie lebenspraktische Probleme (z. B. Schulden, Ehekonflikte, Ängste) lösen können. Im Unterschied zur Alltagshilfe übernimmt die Pflege hierbei nur die Beratung und überlässt die Durchführung dem Patienten.
Monitoring von Veränderung	Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Erkennen und Erfassen von Veränderungen und Behandlungsfortschritten sowie deren Berücksichtigung in Umgang, Therapie und Behandlung werden dieser Kompetenzgruppe zugeordnet.
Selbstreflexionsfähigkeit (persönliche Reife)	Diese Kompetenzgruppe betrifft die Entwicklung persönlicher Reife, die u. a. ein unterscheiden zwischen eigenen emotionalen Anteilen und denen des Patienten, das Wissen um die eigene Motivationslage und eigene Krisen sowie eine intuitive Interaktion mit Patienten umfasst.

Psychotherapie im Einzelsetting	Einzelpsychotherapeutische Arbeit mit Patienten unabhängig von einer bestimmten therapeutischen Schule wird mit dieser Kompetenzgruppe zusammengefasst. Dabei wird von einem längeren begleitenden therapeutischen Prozess ausgegangen, der individuell auf die Störung und die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt ist. Diese Kompetenz entspricht der Arbeit von Psychotherapeuten, Kompetenzen innerhalb der Gruppe bezeichnen bestimmte Verfahren.
Rückfallprophylaxe	Diese Kompetenzgruppe ist störungsübergreifend zu verstehen, wenngleich sie hauptsächlich beim Umgang mit Suchtpatienten untersucht wurde. Inhalte sind u. a. Kompetenzen zum Erstellen eines individualisierten Störungsmodells mit dem Schwerpunkt, Rückfälle und Verschlechterungen gemeinsam mit dem Patienten rechtzeitig zu erkennen und zu kompensieren.
Selbständiges Anwenden von Behandlungskonzepten	In dieser Kompetenzgruppe werden das Wissen um Behandlungskonzepte wie Empowerment, Resilienz, Shared-Decision Making oder vergleichbare Modelle aus dem pflegerisch-therapeutischen Bereich sowie deren eigenständige Anwendung in der Berufspraxis zusammengefasst. Der Übergang zur Psychotherapie ist fließend. Jedoch werden diese Behandlungskonzepte nicht gezielt angewandt, sondern stehen als Rahmen diverser Interventionen auf einer anderen Ebene.
Selbstwirksamkeitserwartung	Die Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet den Glauben an die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Speziellen und im Allgemeinen den Glauben daran, dass die eigene Arbeit die Situation von Patienten verbessern kann. Auch Motivation für den Beruf und seine Herausforderungen werden in dieser Kompetenzgruppe zusammengefasst.
Strukturierte Therapieverfahren anwenden	Strukturiertes Erheben, Auswerten und Interpretieren von Informationen, etwa mittels psychologischer Testverfahren, Assessmentbögen oder Fragebögen, werden in dieser Kompetenzgruppe zusammengefasst. Viele der betreffenden Kompetenzen werden im Englischen unter dem Fachwort des Assessments verortet, sodass die verschiedenen Arten des Assessments den größten Teil der Skills dieser Gruppe bilden.
Symptommonitoring	Während das Monitoring von Veränderungen Kompetenzen beschreibt, die der Überwachung eines Veränderungsprozesses dienen, bezieht sich das Monitoring von Symptomen gezielt auf deren Entwicklung, etwa zur Beurteilung einer Verschlechterung oder Besserung mit dem

	Ziel, diese Informationen in einen Behandlungsplan zu integrieren
Zielplanung	Die Kompetenzgruppe der Zielplanung beschreibt das Aufstellen realistischer Therapieziele zusammen mit dem Patienten, deren Überprüfung und Evaluation. In Abgrenzung zur Behandlungsplanung enthält die Zielplanung keine Maßnahmen und Absprachen, also konkrete Interventionen, sondern lediglich das Erarbeiten von Zielvorstellungen im Dialog mit dem Patienten.
Krisenintervention	Die Kompetenzgruppe „Krisenintervention“ umfasst alle Kompetenzen und Skills, die zum Abfangen persönlicher Krisen, etwa infolge persönlicher oder psychosozialer Krisen benötigt werden. Die Gruppe umfasst auch die Prävention von Suizid und Notfallpsychologie und in diesem Sinne vorbeugende Maßnahmen, peritraumatische Interventionen und Nachsorge.
Problemlösungsfertigkeit fördern	Diese Kompetenzgruppe bezeichnet das Fördern der generellen Problemlösungsfertigkeiten ohne Bezug auf ein konkretes Problem, wie es bei der lebenspraktischen Beratung der Fall ist. Es bedeutet, dem Patienten zu helfen, Lösungen für die eigenen Probleme zu finden, ohne selbst Teil der Problemlösung zu sein, wozu etwa ressourcenorientiertes Arbeiten und das Fördern individueller Stressmanagementstrategien gehören.

(eigene Darstellung nach Anderl-Doliwa 2018, S. 108ff.)

Im Hinblick auf die Bedeutsamkeit der Kompetenzen werden grundsätzlich drei Schwerpunkte aufgeführt, die alle dem Bereich der Pflege-Patient-Beziehungsgestaltung zugeordnet werden können und sich außerdem mit Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung decken. Die Schwerpunkte werden im Bereich des Coachings bzw. der Psychotherapie, der Alltagsbegleitung sowie der Fallsteuerung und der Vernetzung angesehen. Die Ergebnisse deuteten jedoch auch darauf hin, dass die psychotherapeutischen Kompetenzen nur rudimentär vorhanden sind, weshalb eine Hemmschwelle im Einsatz niederschwelliger Interventionen vorhanden zu sein scheint (vgl. Anderl-Doliwa 2018, S. 153ff.).

3.4 Das Habituskonzept im Kontext psychiatrisch Pflegender

Im folgenden Abschnitt wird der Begriff des Habitus erläutert, der als Grundhaltung von Menschen zu sich selbst bzw. zur Welt bezeichnet werden kann. Er setzt sich aus Verhaltensstrukturen und Denkmustern zusammen, welche die Möglichkeiten und Grenzen des Denkens sowie des Handelns von Menschen bestimmen. Es wird dabei festgelegt, welche Wahrnehmungskategorien die Menschen besitzen, d.h. was für sie per se denkbar ist, was sich die einzelnen Menschen zutrauen und welche Verhaltensweisen sie als selbstverständlich ansehen. Bourdieu geht davon aus, dass die Grundstrukturen, die das Denken und Handeln der Menschen steuern nicht angeboren, sondern vielmehr aus Erfahrung entstehen und bezeichnet dies als „generatives Prinzip“. Bourdieus Habitusbegriff gehört zum Standard der Sozialwissenschaften. Der Begriff Habitus wird in zahlreichen Bereichen der Wissenschaft verwendet und unterliegt somit verschiedenen Definitionen. Häufig wird er mit der äußeren Erscheinung eines Menschen oder dem Gesamterscheinungsbild gleichgesetzt. Ziel der Entwicklung des Habituskonzeptes war es, unmittelbare Handlungsoptionen und Erklärungen ohne Zuhilfenahme theoretischer Modelle oder bewusster Reflexion für ungewohnte Situationen liefern zu können. Die Kombination aus Handlungsmöglichkeiten, bestehend aus Habitus und Kapital, sowie den Strukturen aus dem betroffenen Feld ergibt dabei die zu erklärende Praxis. Demnach ist das Kapital in diesem Zusammenhang als ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Mittel zu verstehen. Als Felder beschreibt Bourdieu die durch Ausdifferenzierung entstandenen und von Machtstrukturen geprägten Bereiche. Bourdieu hat das Zusammenspiel seiner Konzepte versucht in einer Formel zu verdeutlichen: [(Habitus)(Kapital)] + Feld: Praxis (vgl. Bourdieu & Russer 2018).

Laut Bourdieu wirkt der Habitus als sozial erworbene Disposition im Menschen, was dazu führt, dass Praxisformen in spezifischer Art und Weise erzeugt werden.

Insofern kann der Habitus als akkumulierte, verinnerlichte Geschichte angesehen werden, die zwar in der Vergangenheit im Körper abgelegt, jedoch in der Gegenwart wirkt und bis in die Zukunft reichen kann. Dementsprechend werden Lebensbedingungen materieller und kultureller Art durch den Habitus sichtbar und beeinflussen sowohl das Denken, das Wahrnehmen sowie das Handeln. Ausgehend von Bourdieu ist der Habitus an den Körper einer Person gebunden und äußert sich entsprechend durch körpergebundene Ausdrucksformen wie Gestik, Mimik und Körperhaltung (vgl. Bourdieu et al. 2013).

Aus diesen inkorporierten Lebensbedingungen resultieren dann spezielle mentale Schemata. Diese Muster bilden die Handlungsgrundlagen der Menschen und erzeugen gleichermaßen habituelle Praxisformen. Darüber hinaus wird dies auch in der Darstellung von Geschmack, Präferenzen oder Interessen, wie beispielsweise hinsichtlich individueller Hobbys, Kleidungsstile oder Nahrungsgewohnheiten ausgedrückt. Aufgrund der Inkorporation des Habitus ist dieser somit in sämtlichen Ausdrucksformen die ein Mensch besitzt sichtbar (vgl. Bourdieu & Russer 2018).

Bourdieu nutzt für die Inkorporation sozialer Handlungen nicht den Begriff Sozialisierung, sondern Habitusformierung, da er davon ausgeht, dass soziale Handlungen nicht natürlich-biologisch sind, sondern generell sozialisiert. Somit sind Handlungen das Ergebnis aus familiärer und schulischer Erziehung. Hier werden grundlegende und einverleibte Erfahrungen der Existenzbedingungen im Kindheitsalter als wichtigster Grundbaustein der Habitusformierung festgeschrieben. Uneingeschränkte Individualität kann es aufgrund der Verbindung von Gesellschaft und Erfahrungen nicht geben. Ähnliche Existenzbedingungen führen zu ähnlichen Ausbildungen des Habitus (vgl. Krais & Gebauer 2017, S. 61ff.). Im philosophischen Kontext ist der Habitus ein Begriff für erworbenes Verhalten, weshalb man auch von Haltung spricht (vgl. Bourdieu & Russer 2018).

Soziologisch bedeutet der Begriff die äußere Erscheinung des Menschen, den Kleidungsstil und auch die Sprache, von der aus man auf die Einstellungen und die Gewohnheiten von Menschen schließen kann. Wichtig für das Verstehen im Sinne von Bourdieu ist der Effekt der Hysteresis[8]. Bourdieu bezeichnet damit die Trägheit als Kennzeichen des Habitus. Der Begriff der Hysteresis zeigt den Konservatismus auf, der proportional zum Lebensalter zunimmt. Darüber hinaus erklärt er, dass Menschen immer die Umgebung suchen, für die sie am besten ausgerüstet sind. Also solche Umgebungen, in der ihr Habitus ausgeprägt wurde (vgl. Fröhlich & Rehbein 2009, S. 114).

Dementsprechend ist der Habitus als individuelle Handlungsdisposition anzusehen und dient in der sozialen Welt zur Orientierung bei sinnvollen Handlungsausführungen. Die Zusammenhänge, die den Habitus dabei zum Vorschein bringen, sind in der Regel unbewusst. Somit ist es Menschen möglich, auf Grundlage ihres Habitus intuitiv zu handeln respektive intuitiv zu wissen, welches Verhalten undenkbar oder gar schockierend bzw. beschämend wäre (vgl. Bourdieu et al. 2013).

Vor diesem Hintergrund weist der Habitus auch Grenzen auf, die bestimmte Handlungen verhindern (können). Nach Bourdieu existieren ungleiche Lebensbedingungen, die den Habitus in der Gesellschaft prägen. Er bezeichnet dies als klassen- bzw. milieuspezifisch. Daher unterscheiden sich diese Bedingungen hinsichtlich kultureller, ökonomischer und sozialer Kapitale, über die Gruppen von Menschen längerfristig verfügen. Dies wiederum führt bei bestimmten Gruppen zu spezifischen Wünschen und Vorlieben oder zu unterschiedlichen Lebenszielen (vgl. Bourdieu et al. 2013).

[8] Hysteresis beschreibt die grundlegende Eigenschaft des Habitus. Ausgehend von der beschriebenen dauerhaften Inkorporation scheinen sich demnach die Dispositionen nur verzögert an veränderte äußere Strukturen anzupassen. Folglich bleibt der Habitus den äußeren Entwicklungen etwas zurück und weist somit eine verspätete Anpassung auf, wodurch auch seine Herkunft veranschaulicht wird (vgl. Fröhlich & Rehbein 2009, S.127ff.).

Dies kann als wichtiges Merkmal im Kontext der psychiatrischen Pflege angesehen werden, da Menschen mit ähnlichen Existenzbedingungen oder einer ähnlichen Biographie Praxisformen bilden, die in ihrer Gesamtheit systematisch von den Praxisformen anderer Gruppen unterschieden werden können und entsprechend in ihrem sozialen Raum unterschiedlichen Milieus - ihren spezifischen Habitus betreffend - verschiedene Positionen einnehmen. Daher erscheint es ebenfalls sinnvoll, zwischen individuellem und kollektivem Habitus zu unterscheiden (vgl. Bourdieu et al. 2013).

Im unmittelbaren Vergleich des Habitus mit den Professionalisierungsansprüchen innerhalb der Pflege werden Eigenschaften deutlich, die in einem Spannungsverhältnis zueinanderstehen können. Diese Diskrepanz wird vor allem unter Berücksichtigung der Autonomie, der beruflichen Identität, der Monopolisierung sowie dem Image der Pflege ersichtlich.
Exemplarisch wird in Tabelle 5 der Vergleich von Habitusmerkmalen und Professionalisierungsmerkmalen aufgeführt.

Tabelle 6: Vergleich von Habitus- und Professionalisierungsmerkmalen

Typische Merkmale des Habitus	**Eigenschaften zur Förderung der Professionalisierung**
Festhalten an Vertrautem	Karriere-/Statusorientierung
Ohnmächtig hinsichtlich der Arbeitsbedingungen	Macht- und Kontrollansprüche
Zurückstellen eigener Ansprüche	Verwirklichung eigener Ansprüche
Selbstausschluss	Öffentliche Selbstpräsentation
Erleben von Entlastung durch die Gruppe	Erleben von Stärke durch Unabhängigkeit
Betonung von Gemeinschaftlichkeit	Betonung von Eigenverantwortung
Überzeugung, dass das Ethos nicht erreichbar ist	Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten
Orientierung an Machbarkeit und Notwendigkeit	Orientierung an kollektiven Vorstellungen von Utopien (Wünschenswertem)
„Jedermann-Qualifikation“	Spezifisches, exklusives Wissen

(eigene Darstellung nach Eylmann 2017, S. 96)

Damit eine berufliche Identität entwickelt werden kann, erscheint es unumgänglich, eine Utopie der pflegerischen Zukunft zu entwickeln, welche ein umfassendes Verständnis von Pflege begründet. Darüber hinaus bedarf es an Zeit außerhalb des beruflichen Alltags, um Bildungs- und Interaktionsprozesse hinsichtlich einer pflegespezifischen Identität entwickeln zu können. Wesentliche Aspekte der Pflegenden scheinen dabei das Vertrauen in die individuellen Fähigkeiten zu besitzen sowie der Überzeugung zu sein, künftige Anforderungen mit den vorhandenen Fertigkeiten sicher zu meistern. Im einem weiteren Schritt kann dies sogar als Grundlage zur Etablierung beruflicher Autonomie dienen (vgl. Eylmann 2017, S. 83ff.).

3.5 Gesundheitsbezogenes Verhalten

Ein weiterer Aspekt, der auch in Hinblick auf die Menschen mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen ist, stellt das gesundheitsbezogene Verhalten und Handeln dar. Gesundheitsbezogenes Handeln enthält Verhaltensweisen von sowohl gesunden als auch kranken Menschen. Diese Verhaltensweisen werden als subjektiv bedeutsam für die Gesunderhaltung betrachtet. Durch den sozialen Kontext sowie das persönliche Alltagskonzept von Gesundheit wird beeinflusst, wie die Arten des Handelns im alltäglichen Leben konkret aussehen können. Hieraus resultiert letztendlich die Bedeutung von Partizipation und Empowerment für die Gesundheitsförderung (vgl. Faltermaier 2017, S. 272ff.).

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung bedeutet die Bezugnahme auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten bzw. auf das Gesundheitshandeln, dass Personen durch ihre individuellen, alltäglichen Lebens- und Verhaltensweisen sowie deren Veränderung ihre persönliche Gesundheit im Wesentlichen gezielt beeinflussen können. Dabei können sie durch Professionelle in vielfältiger Weise unterstützt werden. Dies kann beispielsweise den Abbau spezifischer Risikoverhalten, jedoch auch den Aufbau eines Gesundheitsverhaltens beinhalten.

Somit kann eine verbesserte Adhärenz bezüglich eines Krankheitsverhaltens aber auch die Entwicklung eines Gesundheitshandelns bis hin zu einer gesunden Lebensweise bei den entsprechenden Zielgruppen entstehen (vgl. Richter & Hurrelmann 2016, S. 1ff.).

In Anlehnung an das Konzept der Health Literacy (Gesundheitskompetenz) werden professionelle Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Voraussetzungen eines Gesundheits- und Krankheitsverhaltens sowie die Möglichkeiten der Veränderung herangezogen. Die Bedingungen beinhalten zum einen die Motivation von Menschen inklusive deren subjektiven Überzeugungen und zum anderen die jeweiligen sozialen Rahmenbedingungen (vgl. Kohlmann et al. 2018, S. 31ff.).

3.5.1 Gesundheitsverhalten

Sämtliche Verhaltensweisen von gesunden Menschen, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder Gesundheit erhalten werden können, werden als Gesundheitsverhalten („health behavior“) bezeichnet. Der Begriff wird dementsprechend als Antonym zum Risikoverhalten verwendet. Unter Risikoverhalten versteht man sämtliche Verhaltensweisen oder Gewohnheiten, die wissenschaftlich belegt die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine spezifische Krankheit zu entwickeln (vgl. Faltermaier 2017, S. 295f.).

3.5.2 Krankheitsverhalten

In Abgrenzung zum Gesundheitsverhalten steht das Krankheitsverhalten. Dieses umfasst sämtliches Verhalten von Personen, die Symptome einer Krankheit wahrnehmen und sich darum bemühen, diese abzuklären bzw. eine geeignete Behandlung zu erreichen.

Dabei können Versuche unternommen werden, die Bedeutung der Beschwerden abzuschätzen, sich Informationen über die Krankheit einzuholen und ihre Folgen zu verstehen, sich Unterstützung im sozialen Umfeld zu erschließen oder bei Bedarf professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen (vgl. Faltermaier 2017, S. 249ff.).

3.5.3 Gesundheitshandeln

Gesundheitshandeln („health action“) wird als das subjektiv bedeutsame Handeln von kranken oder gesunden Personen verstanden, welches mehr oder minder bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt und auf dem Gesundheitsbewusstsein (Health literacy) basiert (vgl. Faltermaier 2016, S. 229ff.). Unter dem Begriff des Gesundheitsbewusstseins wird das Alltagswissen von Personen oder sozialen Gruppen sowie deren Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit verstanden (vgl. Faltermaier 2017, S. 222ff.).

In der Zusammenschau der aufgeführten Aspekte in Bezug auf das gesundheitsrelevante Verhalten gilt es auch der Frage nachzugehen, warum es potentiell schwierig ist, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu ändern. Daher erscheint es wichtig, die Bedingungen, die dem Verhalten vorausgehen, aus psychologischer sowie soziologischer Sicht zu erörtern und darüber hinaus psychologische Vorstellungen über die reflexiven Systeme mit soziologischen Vorstellungen über die soziale Praxis verstehen zu können (vgl. Kelly & Barker 2016, S. 109ff.).

Wenn Verhaltensänderung demnach ein Resultat gesunden Menschenverstandes wäre, würden alle Personen in der Lage sein, Dinge zu ändern, wann immer dies gewollt wäre. Veränderung ist schwierig und erfordert anhaltende Motivation und Unterstützung. Menschliches Verhalten ist somit das Ergebnis des Zusammenspiels von Gewohnheiten, automatischen Reaktionen auf die unmittelbare und weitere Umgebung, bewusster Entscheidungen und Kalkül und ist in komplexen sozialen Umgebungen und Kulturen angesiedelt (vgl. Michie 2014).

3.5.4 Informationen aus Expertenquellen

Die verhaltenswissenschaftliche Literatur warnt allerdings auch Fehlern, die in Bezug auf das gesundheitsbezogene Verhalten existieren. Diese würden sich exemplarisch an die traditionellen medizinischen Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung anlehnen. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass Patienten ein Informationsdefizit haben und zu Ärzten gehen, um deren Fachwissen zu konsultieren und damit ihren Mangel an Wissen und Verständnis zu beheben (vgl. Becker 1952, S. 462ff.). Im Gegenzug erhalten die Patienten dann Informationen in Form einer Diagnose, von der die Behandlung ausgeht. Dieses Modell funktioniert vor allem sehr gut für Patienten mit akuten Beschwerden, jedoch weniger gut bei Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Die chronischen Erkrankungen stellen nach heutigem Kenntnisstand erheblichere Herausforderungen dar, auch wenn die Patienten oft ein sehr hohes Maß an Informations- und Wissensstand haben. Noch weniger effektiv ist diese Art der Verhaltensänderung im Bereich der Prävention anzusehen (vgl. Kelly 2015, S. 89ff.).

Dieses Modell geht davon aus, dass Menschen ihr Verhalten ändern, wenn ihnen die negativen Folgen von nicht gesundheitsförderlichem Verhalten erklärt wird. Dieser grundlegende Gedanke über die Rolle von Informationen und Wissen bei dem Verhalten zu bestimmen ist unzeitgemäß und unwissenschaftlich, da sich Menschen nicht ändern, nur wenn sie Informationen erhalten (vgl. Barker et al., 2008, S. 1229ff.; Lawrence et al., 2012, S. 785ff.). Die Ergebnisse aus den Untersuchungen von Kelly & Barker (2016) deuten darauf hin, dass Betroffene immer wieder benennen, dass es nicht an fehlendem Wissen liege, das gewohnte Verhalten zu ändern, sondern vielmehr multiple Faktoren im Leben sie daran hindern, eine Verhaltensänderung umzusetzen, da diese auch immer in soziale Prozesse eingebettet sind. Daher kann durch die gezielt geplanten, sowie durch die unterstützende Begleitung von Pflegenden, die Verhaltensaktivierung einen äußerst effektiven und praktikablen Beitrag

hinsichtlich einer Verhaltensänderung darstellen (vgl. Kelly & Barker 2016, S. 109ff.).

Fest in den Alltag der Menschen integrierte Routinen und Gewohnheiten sind exakt die Dinge, die den Menschen helfen sich in einem hohen Ausmaß zu definieren, wer und was sie sind. Dabei leitet sich auch das Selbstverständnis und die Identität ab und lässt die entsprechenden Verhaltensweisen folgen (vgl. Kelleher & Leavey 2004, S. 4ff.).

Berücksichtigt man die zentralen Aufgaben aufsuchender Pflegefachkräfte im psychiatrischen Setting so wird deutlich, dass vor allem in diesem Bereich der partizipativen Entscheidungsfindung im Sinne von Shared Decision Making (SDM)[9] eine zentrale Rolle beigemessen wird (vgl. Hamann et al. 2006, S. 1071ff.).

Vor diesem Hintergrund hat das Konzept des Anstupsens (engl. nudge) bei der Beeinflussung des menschlichen Verhaltens wesentlich zur Popularisierung der Bedeutung des automatischen Systems beigetragen. In einer Reihe von Artikeln haben Theresa Marteau und Kollegen sehr deutlich gemacht, dass das Gesundheitsverhalten viel weniger rational ist und viel weniger von bewussten und kognitiven Prozessen angetrieben wird (vgl. Marteau et al. 2012, S. 1492ff.).

Die exakte Vorhersage, welche Veränderungen sich auf einen bestimmten Stimulus zurückzuführen sind, sind auf eine kleine Anzahl von hochautomatischen Reaktionen und auf relativ kurze Zeitspannen begrenzt (vgl. Kelly 2010, S. 266ff.). Das Wissen über den Zusammenhang, die Mechanismen zwischen individuellen Handlungen und gesellschaftlichen Mustern ist dünn und bietet daher wenig Möglichkeiten auf diesen Interventionen aufbauen können (vgl. Michie et al. 2018, S. 501ff.).

[9] SDM ist primär auf Behandlungsentscheidungen ausgerichtet, bei denen Pflegende vorrangig für die Bereitstellung von Optionen verantwortlich sind, während die Patienten ihre eigenen Werte und Präferenzen beisteuern.

3.5.5 Änderung des Gesundheitsverhaltens

Die Frage, wie und warum Menschen ihr Gesundheitsverhalten ändern, aber auch welche Schwierigkeiten dabei auftreten können, wird im wissenschaftlichen Kontext beispielhaft anhand des Health Action Process Approach (HAPA) erläutert, ausgehend davon, dass das Modell die Prozesse der Verhaltensänderungen in die zwei Phasen der Motivation und der Volition einordnet (vgl. Schwarzer & Fleig 2014, S. 338ff.).

Ein zentraler Aspekt stellt die Förderung der Adhärenz sowie der Compliance bei der Begleitung zwischen Patienten und Therapeuten dar.

Im Speziellen ist dies bei der Verhaltensaktivierung im aufsuchenden Setting der psychiatrischen Pflege gültig, da aufgrund der Zielsetzung in der motivationalen Phase der Fokus auf der Absicht der Verhaltensänderung liegt (Intentionsbildung). Wichtig ist dies vor allem für die postintentionalen Mechanismen in Bezug auf die Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung des Zielverhaltens. Dies findet in der volitionalen Phase statt und wird unter anderem durch sozial-kognitive Variablen wie die Handlungs-Ergebnis-Erwartung und der Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst. Als hauptsächlicher Prädiktor für die Aufrechterhaltung des Verhaltens wird die Selbstwirksamkeitserwartung angesehen (vgl. Schwarzer 2004, S. 12ff.).

Vor diesem Hintergrund werden auszugsweise übungsbezogene Techniken der Verhaltensänderung mit motivationalem und volitionalem Fokus sowie den dazugehörigen Determinanten aufgeführt.

Techniken, die einen motivationalen Fokus aufweisen haben das Ziel, eine Verbesserung in den Bereichen des Wissens, der Ergebniserwartung, der Selbstwirksamkeit, der Ausführungsplanung sowie der Zielerreichung herbeizuführen. Dies kann beispielsweise in Form aktiver Unterstützung im Bereich des Stimmungsmanagements gelingen, jedoch auch durch die Formulierung erreichbarer Ziele. Techniken, die einen volitionalen Fokus aufweisen haben vor allem das Ziel, die Bereiche der Selbstwirksamkeit,

der Handlungssteuerung, des Wissens sowie der Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) zu modifizieren.

Geeignet hierfür wären beispielsweise Faktoren wie die Identifikation möglicher Barrieren (im Sinne von Stolpersteinen), der Einbezug des sozialen Umfeldes sowie eine detaillierte Skizzierung einer Rückfallprophylaxe. Integrative Konzepte können somit den Fokus erweitern und lenken die Aufmerksamkeit auf zentrale persönliche Faktoren wie die individuellen Einstellungen, Fähigkeiten, Emotionen, Überzeugungen und Wissen (vgl. Geidl et al. 2012, S. 259ff.).

Mit Blick auf den Einsatz der Intervention Verhaltensaktivierung wird somit die Intentionsbildung vor allem begünstigt, wenn ein gewisses Maß an Selbstwirksamkeit vorhanden ist. Selbstwirksamkeit bedeutet, dass die Patienten der subjektiven Überzeugung sind, aufgrund eigener Kompetenzen bestimmte Verhaltensweisen ausführen zu können. Beispielhaft sei hier das Erreichen eines vermeintlich schweren Ziels aufgeführt. Um den Aufbau der Selbstwirksamkeit zu fördern ist dabei vor allem die Machbarkeit der Zielerreichung zu berücksichtigen (vgl. Schwarzer 2008, S. 1ff.).

Die Beschreibung der jeweiligen Pflegeziele sollte daher vor allem realitätsorientiert und konkret erfolgen. Hinsichtlich der Erreichbarkeit sollte die Einteilung der jeweiligen Ziele in Nah- und Fernziele gegliedert werden. Darüber hinaus sind vor allem bei der Formulierung der Pflegeziele häufig standardisierte Aussagen vorzufinden. Beispielhaft sei hier das allgemeine Wohlbefinden oder eine ausgeglichene Stimmung aufgeführt. Diese Zielparameter können auf diese Weise nicht gemessen und auch im schlimmsten Fall nicht erreicht werden. Daher stellt die Formulierung von Pflegezielen nach der SMART-Regel[10] sowohl eine Erleichterung der Zielerreichung für die Patienten dar, als auch eine hilfreiche Orientierung für

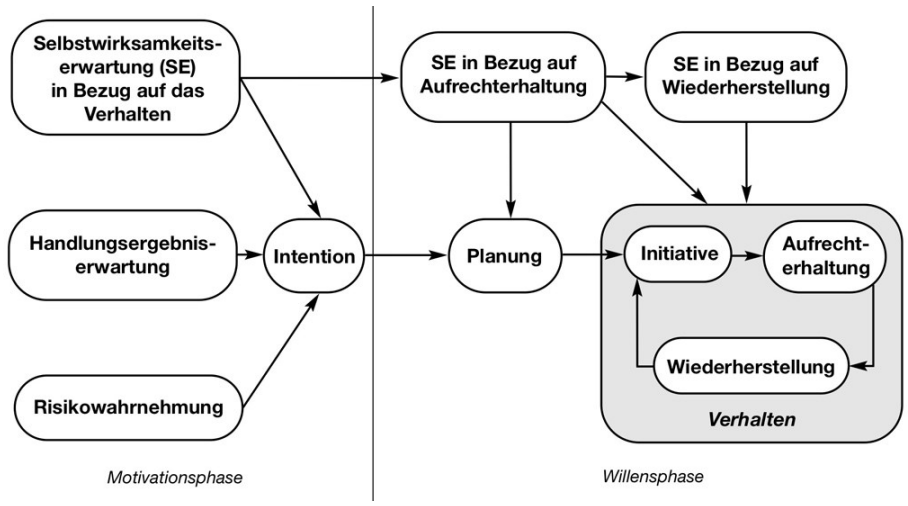
[10] Das Akronym SMART steht für Spezifisch, Messbar, Anwendbar, Realisierbar und Terminiert.

die Evaluation der Maßnahmen durch die Pflegenden (vgl. Schmidt & Meißner 2009, S. 164ff.).

Personen, die entschlossen sind ihr Verhalten zu ändern, dies jedoch nicht umsetzen können werden als Intender bezeichnet. Bei diesen Personen treten beispielsweise krankheitsbedingt Schwierigkeiten in der gezielten Umsetzung auf, weshalb es essentiell und effektiv ist, sowohl eine Handlungs- als auch eine Bewältigungsplanung aufzustellen (vgl. Hagger & Luszczynska 2014, S. 1ff.). Die Handlungsplanung ist dabei teilweise in der Bewältigungsplanung inkludiert. Sofern eine Person das Wann, Wie und Wo ihrer Handlung geplant hat, kann sie mögliche Hindernisse antizipieren und entsprechende Strategien entwickeln, diese zu bewältigen (vgl. Luszczynska et al. 2011, S. 151ff.).

Dies gelingt weniger über die individuelle Willenskraft, sondern vielmehr werden vielfältige selbstregulatorische Fähigkeiten subsummiert. Derartige Faktoren werden explizit im HAPA-Modell berücksichtigt. Die einzelnen Phasen werden in Abbildung 4 näher dargestellt (vgl. Schwarzer & Fleig 2014, S. 338ff.).

Abbildung 4: Modell des Health Action Process Approach



(Quelle: Schwarzer 2008, S. 6)

Letztendlich kann unter der Verwendung der genannten theoretischen Konstrukte das Verständnis von Verhaltensänderung differenziert dargestellt werden.

Zeitgleich können nicht nur einzelne Erkennungszeichen für die Entwicklung von Interventionen sondern vielmehr individuell passende Interventionen für bestimmte Personengruppen entwickelt werden. Grundsätzlich postuliert das Modell, dass in allen Phasen die Selbstwirksamkeitserwartungen als dringend erforderlich angesehen und somit für Maßnahmen hinsichtlich der Gesundheitsförderung beachtet werden sollten (vgl. Schwarzer & Fleig 2014, S. 338ff.).

Beispielhaft seien an dieser Stelle die einzelnen Module der Verhaltensaktivierung aufgeführt, bei denen dem Monitoring eine zentrale Rolle beigemessen wird (siehe hierzu Kapitel 2 Verhaltensaktivierung).

3.6 Wissen als Voraussetzung für das Handeln

Nach Krathwohl (2002) kann Wissen in unterschiedliche Formen eingeteilt werden. Die Wissensformen gehen dabei auf lern- und kognitionspsychologische Befunde zum Aufbau und zur Speicherung des Wissens zurück. Die verschiedenen Formen werden als Faktenwissen, prozedurales Wissen, konzeptuelles und metakognitives Wissen bezeichnet (vgl. Krathwohl 2002, S. 212ff.).

Der Fokus vieler Studien mit psychologischem Hintergrund liegt auf der prädiktiven Wirkung von Wissen im Hinblick auf das Handeln und untersucht dabei das Wissen als eine zentrale Voraussetzung für das Handeln (vgl. Kaiser & Fuhrer 2000, S. 52ff.).

Das Wissen führt demnach mit großer Wahrscheinlichkeit nur dann zu Handlungen, wenn sowohl Intentionen als auch gezielte Handlungspläne in elaborierter Form vorliegen. Dies bedeutet für das Individuum, dass es unter anderem gut motiviert und von der Wirksamkeit des Handelns überzeugt sein muss. Jüngere Prozessmodelle hingegen wenden ein differenzierteres

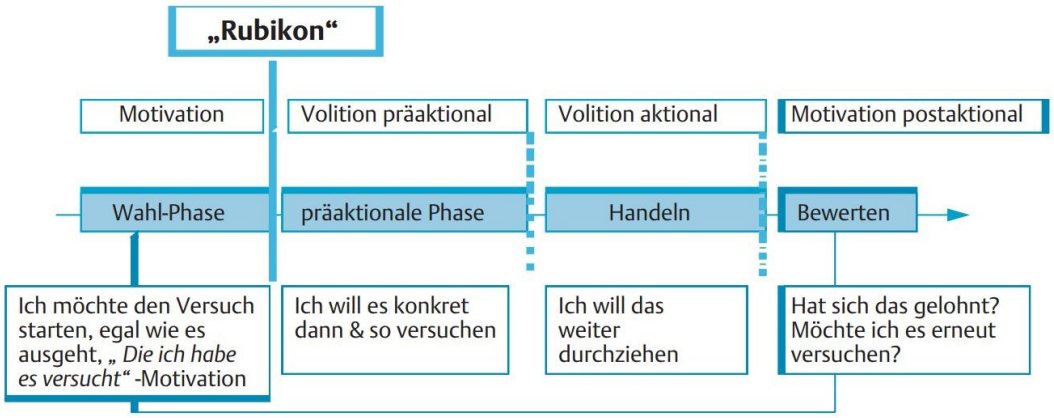
Konzept von Wissen an, welches sich nicht nur auf deklaratives Wissen bezieht.

Vielmehr nehmen hier die Handlungs-Ergebnis-Erwartungen, die Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Wahrnehmung von Risiken, wie beispielsweise bei der Gesundheitsprävention, eine zentrale Rolle ein. Diese systematisierte Betrachtung des Wissens kann somit auch eine exaktere Beschreibung der *präaktionalen* und *aktionalen* Handlungsphasen ermöglichen (vgl. Renner & Schwarzer 2000, S. 26ff.).

3.6.1 Das Rubikonmodell der Handlungsphasen

Als zentrales Modell der Motivation wird das Rubikon-Modell der Handlungsphasen angesehen, welches vier Phasen im Handlungsprozess spezifiziert und die Motivation von der Volition unterscheidet. Die Phasen menschlichen Handelns werden dabei unter einer chronologischen Perspektive betrachtet und im Folgenden kurz skizziert. In Abbildung 5 wird das Rubikonmodell der Handlungsphasen aufgeführt.

Abbildung 5: Das Rubikonmodell der Handlungsphasen



(Quelle: Heckhausen & Heckhausen 2010, S. 311)

In der prädezisonalen Phase (Abwägephase) werden individuelle Bewertungen über die Bedeutsamkeit des Erreichens von etwas Erwünschtem bzw. das Vermeiden von etwas Unerwünschtem gebildet (Wertkomponente). Andererseits werden Erwartungen gebildet, ob das

Gewünschte herbeigeführt bzw. das Unerwünschte vermieden werden kann (Erwartungskomponente).

Ein Bestreben wird dann geformt, wenn aus dem Abwägen beider Komponenten eine positive Bilanz gezogen werden kann.

In der präaktionalen Phase (Planungsphase) liegt das Hauptaugenmerk auf der Realisierung des gesetzten Handlungsziels. Die Planungsphase besteht aus der Konzeption der Handlungsdurchführung, dem Ableiten oder Abwarten einer günstigen Gelegenheit zur Handlungsinitiierung sowie der Isolation anderer konkurrierender Ziele.

Während der aktionalen Phase (Handlungsphase) kommt es dann zur tatsächlichen Handlungsinitiierung. Die Regulation von Anstrengung und Ausdauer sowie die Abwehr störender Einflüsse sind die zentralen Kontrollprozesse während dieser Phase. Sofern kein Wechsel zu einer alternativen Handlung durchgeführt wird bzw. es nicht zu einem Handlungsabbruch kommt, wird zu einem bestimmten Zeitpunkt der angestrebte Zielzustand erreicht und bringt den Abschluss der Handlungsausführung mit sich.

Innerhalb der postaktionalen Phase (Bewertungsphase) werden anschließend Handlungsverlauf und Handlungsergebnisse evaluiert. Dazu zählt in besonderem Maße die Analyse der Ursachen für Erfolg und Misserfolg, welche letztlich Schlussfolgerungen für zukünftiges Handeln auslöst (vgl. Heckhausen & Heckhausen 2010, S. 310).

Eine wichtige Konsequenz dieses Modells ist die Vermittlung eines differenzierten Wissens durch eine entsprechende Gesundheits- und Umweltbildung, da Wissen häufig als Voraussetzung von Handlungen verstanden wird. Dies bringt die Frage mit sich, warum Individuen ihr vorhandenes Wissen wenig bis gar nicht anwenden oder sich zuweilen gegenüber besserem Wissen erwartungswidrig verhalten (vgl. Kaiser & Fuhrer 2000, S. 52ff.). Wissen kann darüber hinaus auch als Steuerung von Handlungen durch rationale Kosten-Nutzen-Kalküle (vgl. Esser 1999, S.

113ff.) oder als Voraussetzung zur Intentions- und Volitionsgenese dienen (vgl. Renner & Schwarzer 2000, S. 26ff.).

Volition bezeichnet die bewusste, willentliche Umsetzung von Zielen und Motiven in Resultate (Ergebnisse) durch zielgerichtete Steuerung von Gedanken, Emotionen, Motiven und Handlungen. Die Volitionsphase umfasst also Handlungsinitiierung (Planen) und -ausführung (Handeln). In Abgrenzung hierzu seien die Ansatzpunkte der pflegerischen Interventionen unter Verweis auf jeweiligen Fähigkeitsstörungen bei den betroffenen Personen zu sehen, da der Prozess der Selbststeuerung die Überwindung von Widerständen wie beispielsweise Unlustgefühlen oder Ablenkungen durch Willenskraft erfordert (vgl. Lewin 1926, S. 40ff.).

3.6.2 Implizites Wissen

Der Begriff des „impliziten Wissens“ beinhaltet Eigenschaften, die im wissenschaftlichen Diskurs kontrovers diskutiert werden, da er weder einheitliche Verwendung findet, noch explizit definiert wird. Der Begriff verbindet sich mit unterschiedlichen Annahmen und besitzt Konnotationen, die sich per se schwer identifizieren lassen (vgl. Neuweg 2004, S. 12).

Implizites Wissen wird auch als *tacit know**ing*** angeführt und benennt den Modus des inneren oder äußeren Tuns. Dabei steht dies als Synonym für das intuitive Können und wird nach Ryle (1949) als *knowing-how* bezeichnet. Dies beansprucht jedoch das Vorliegen von Intelligenz. Dabei bezieht sich *tacit know**ing*** auf die Gegebenheiten während des Wahrnehmens, Handelns oder Urteilens. In Abgrenzung hierzu denkt der Handelnde während des Handelns nicht diskursiv, sondern *„… nimmt etwas wahr, fällt ein Urteil, erwartet etwas, gelangt zu einer Schlussfolgerung, hat einen Einfall, löst ein Problem, erreicht ein Ziel, führt eine Bewegung aus usw.“* (Neuweg 2004, S. 13).

Das Handeln wird dann als intuitiv bezeichnet, wenn während der jeweilig ablaufenden Prozesse nicht die Regulation der Prozesse, sondern die Erreichung der (Zwischen-) Ergebnisse zum Bewusstsein gelangen.

Dementsprechend ist das Konstrukt des impliziten Wissens eng mit der Frage nach der Funktionsweise des menschlichen Bewusstseins sowie dem Konzept des prozeduralen Wissens verknüpft. Das prozedurale Wissen bezieht sich auf die kognitiven Mechanismen, die Personen dazu in die Lage versetzen, komplexe kognitive und motorische Handlungen durchzuführen, ohne dabei die einzelnen Bestandteile dieser Handlungen bewusst kontrollieren zu müssen (vgl. Gadenne & Oswald 1991, S. 98ff.).

Nach Schön wird diese spontane, intuitive Art des Handels als *knowing-in-action* bezeichnet und ist durch stillschweigendes, implizit in den Handlungsmustern sowie den Gefühlen für das Material charakterisierte Wissen enthalten (vgl. Schön 1983).

In Abgrenzung hierzu wird *tacit know**ing*** im Sinne des intuitiven Handelns als natürlicher Zustand praktischen Wissens angesehen, welches im Allgemeinen dem üblichen Handlungsmodus des Könners entspricht (vgl. Schön 1983).

Verdeutlicht wird dies in den Ausführungen von Dreyfus et al. die darauf verweisen, dass Experten in ihren Handlungsausführungen weder Probleme lösen noch Entscheidungen treffen, sondern lediglich das tun, was üblicherweise funktioniert, sofern keine außergewöhnlichen Situationen auftreten (vgl. Dreyfus et al. 1986).

Dabei wird das implizite Wissen als erlerntes Wissen im Allgemeinen angenommen. Schacter (1987) spricht demgemäß von einem impliziten Gedächtnis, sofern vergangene Lernerfahrungen hinsichtlich der perzeptuellen, motorischen oder kognitiven Leistungsfähigkeit funktional wirksam werden, ohne bewusst erinnert zu werden oder überhaupt erinnert werden zu können (vgl. Schacter 1987, S. 501ff.).

Darüber hinaus ist es möglich, dass implizite Wissen nicht nur dem intuitiv handelnden Könner zuzuschreiben, sondern auch implizites Regelwissen (*tacit know**ledge***) beizumessen, sofern das Können wiederholt und unter wechselnden Umständen gezeigt werden kann.

Nach Schön (1983) muss in Anbetracht dessen die ausführende Person über eine flexible Disposition verfügen. *„Tacit know**ledge**“* oder ***„know**ledge**-in-action“*** umfasst dementsprechend das sprachlich ausformulierbare Regelwissen, das wissentlich vom Könner demonstriert wird und in einem dynamischen Prozess des *know**ing**-in-action* von einer dritten Person formuliert werden kann (vgl. Schön 1983).

„Wenn jemand in einer bestimmten Situation erfolgreich handelt, schreiben wir ihm prozedurales Wissen für diese Situation als Disposition zu erfolgreichem Umgang mit ihr zu. Nur die Tatsache, dass erfolgreiches Handeln in dieser Situation erlernt werden kann, legitimiert dabei zunächst die Bezeichnung als „Wissen“. Die Zuschreibung prozeduralen Wissens ist nur für einen Beobachter möglich. Der Handelnde selbst handelt und erwartet „intuitiv“, nicht auf der Grundlage expliziter Regeln oder Kritiken. Er ist sich des Gegenstandes seiner Handlung bewusst, aber nicht seines eigenen Wissens.“ (Oberauer 1993, S.37).

Die handelnde Person kann nur dann die Beobachterrolle einnehmen, wenn selbstreflexives Handeln möglich ist. Dabei versucht die Person, unter Zuhilfenahme von Beschreibungen zu Erkenntnissen hinsichtlich des Sach- und Handlungswissens zu gelangen.

Die Fähigkeit der Reflexion kann nicht nur der Explikation der Regeln des eigenen Handelns, sondern auch seiner Präskription dienen. Implizites Wissen wird als Basis der Kognition[11] verstanden, die bedarfsweise

[11] Kognition kann als Sammelbegriff für Prozesse und Strukturen, die sich auf die Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung von Informationen beziehen verstanden werden. Hierunter zählen unter anderem die Aspekte von Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Sprache, Denken und Problemlösen sowie die Intelligenz.

reflektiert, partiell expliziert und bewusst korrigiert werden kann (vgl. Oberauer 1993, S. 30ff.).

3.6.3 Nichtverbalisierbarkeit von Wissen

Unter dem Begriff der Nichtverbalisierbarkeit ist das Phänomen zu verstehen, dass der Könner lediglich etwas „nur zeigen“ kann, jedoch nicht angemessen darüber sprechen kann. Dies zeigt sich situativ darin, dass der Könner sich an kein Wissen zum Zweck der Handlungssteuerung erinnern kann. Er spricht dann davon, dass er nicht mehr wisse als er im Tun sich erinnern könne, sondern dass er auch tatsächlich mehr weiß als er dies zum Ausdruck bringen kann. Dieses Phänomen beschreibt Foppa (1990) als nichtberichtbares Wissen (vgl. Foppa 1990, S. 3ff.).

Nicht-explizierbares Wissen stellt demnach einen maßgeblichen Teil des Wissens bzw. Könnens durch Befragungsverfahren dar, welches nicht nur der körperlichen Expertenschaft sondern auch der geistigen Expertise zugesprochen werden kann (vgl. Hacker 1998, S. 255ff.).

3.6.4 Erfahrungsgebundenheit des Wissens

Sowohl didaktisch als auch instruktionspsychologisch ist der Begriff des impliziten Wissens mit der Hypothese verbunden, dass Expertise primär aus einer Funktion von Erfahrung und weniger aus der Funktion der Schulweisheit resultiert. Implizites Wissen ist demzufolge ungelehrt und durch Erfahrungen im Beruf gesteigert (vgl. Myers & Davids 1992, S. 45ff.).

Entsprechend rückt Molander vielmehr die Lehrer-Schüler-Beziehung als die Experten-Novizen-Beziehung in den Vordergrund, da er die Auffassung vertritt, dass *„Wissen, das durch Vorbilder oder Musterbeispiele (…) weitergegeben, und Wissen, das durch Übung und persönliche Erfahrung erworben wird“,* als implizites Wissen angeführt werden kann, *„… weil das Herzstück solchen Wissens nicht in verbalen oder mathematischen Formulierungen besteht* [sondern] *darin, Urteile bilden und Dinge in der*

Praxis tun zu können. Somit liegt das Wissen im Urteilen und Tun“ (Molander 1992, S. 11).

3.6.5 Wissen und Lernen aus instruktionspsychologischer Sicht

Unter Berücksichtigung instruktionspsychologischer[12] Aspekte ergibt sich die Frage, wie beispielsweise die Dimension des Aggregatzustandes von Wissen als Lernergebnis (explizit vs. implizit Wissen) mit der Dimension der Lernbedingung (implizite vs. explizite Lernprozesse) korreliert.

Als implizites Lernen lässt sich der Prozess bezeichnen, in dem der Lernende sich weder explizit um den Wissensaufbau bemüht hat noch auf geltende Regeln explizit hingewiesen wurde.

Explizites Lernen stellt eine Form des bewussten und aktiven Bemühens um den expliziten Wissensaufbau im Sinne einer Suche nach Regeln durch Hypothesengenerierung dar. Eine weitere Möglichkeit stellt das explizite Lehren im Sinne einer sprachlichen Vermittlung von Regeln dar.

Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, das Wissen verbalisieren zu können erscheint es wichtig zu verstehen, in welcher Art und Weise Wissen angeeignet bzw. gelernt werden kann. Vor diesem Hintergrund können mindestens fünf Relationen zwischen Lernergebnis und Lernmodus unterschieden werden, die im Folgenden kurz skizziert werden.

Typ 1: Implizites Lernen – Implizites Wissen

Bei der ersten Variante wird das Können als Ergebnis impliziter Lernbedingungen wie beispielsweise Prozeduren der Wahrnehmung, des Urteilens, der Erwartung oder der Handlungen angesehen. Diesbezüglich verfügt das Lernsubjekt jedoch nicht über explizites Wissen die in Lernprozessen erworben wurden bzw. bei denen explizit auf entsprechende

[12] Die Instruktionspsychologie bezeichnet die Lehr- und Lernforschung sowie den Einfluss des Lehrens und beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Art des Lehrens auf das Lernen.

Inhalte (Regeln) hingewiesen oder auf den Erwerb aufgefordert wurde. Auch fanden keine Bemühungen zu einem Wissenserwerb statt. Als Beispiele in der Literatur werden hier die Klassische Konditionierung, das Erlernen der Muttersprache, den Erwerb der Fähigkeiten des Ablesens und Deutens menschlicher Gesten bzw. des Mienenspiels jedoch auch der Erwerb von Regelkenntnissen aufgeführt (vgl. Berry & Broadbent 1984, S. 209ff.; Broadbent et al. 1986, S. 33ff.; Lewicki et al. 1987, S. 523ff.; Reber 1977, S. 333ff.).

Typ 2: Explizites Lernen – Implizites Wissen

Variante zwei beinhaltet das Können, das über die sprachlich gefasste Regelsysteme erworben und somit qua prozeduralisiert wurde. Nach Anderson (1982) entspricht dies der Ansicht, dass prozedurales Wissen aus deklarativem Wissen generiert und somit sukzessive schlechter abrufbar wird. Beispielhaft sei an dieser Stelle das Erlernen motorischer Fähigkeiten aufgeführt, denen prozeduralisiertes Wissen zugrunde liegen, die jedoch nicht mehr deklarativ erinnert werden können, obwohl diese über explizite Instruktionen vermittelt wurden (vgl. Anderson 1982, S. 369ff.).

Typ 3: Implizites Lernen – Explizites und Implizites Wissen

Dieses Muster weist Können auf, das ohne verbale Anleitung sowie ohne bewusste Regelsuche erlernt wurde. Nachträglich besteht allerdings die Möglichkeit, die zugrunde liegenden Regeln zu analysieren. Dies ist zum Beispiel dann möglich, wenn Fertigkeiten in Probierverfahren gelernt und anschließend versucht wird, diese Fertigkeit zu verbalisieren und jemand anderem dieses Können zu vermitteln (z.B. Krawattenbinden). Infolgedessen gelangt man dann zu hypothetischem deklarativem Wissen über die persönlichen Kompetenzen sowie den zugrundeliegenden Regeln (vgl. Reber 1989, S. 219).

Typ 4: Explizites Lernen – Explizites und Implizites Wissen

Dieser Typus umfasst explizit gelerntes Regelwissen, die sowohl in Form von deklarativem Wissen als auch prozedural erreichbar ist.

Als Beispiel kann hier die Fähigkeit fungieren, die Regeln des Schachspiels erläutern zu können und gleichzeitig die Fähigkeit zu verbinden, auch Schach spielen zu können. Vermutet wird hierbei die präskriptiv wirksame Ausführung von Prozeduren (vgl. Lewicki et al. 1987, S. 523ff.).

Typ 5: Explizites Lernen – Träges Wissen

Hierunter werden Fälle subsummiert, denen explizites Wissen erläutert wurde und die Möglichkeit besteht dieses Wissen auch zu erinnern, jedoch keinen adäquaten Prozeduren unterliegen. Das erlernte Wissen wird demnach nicht angewendet (vgl. Renkl 2009, S. 737ff.).

4 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Abschnitt wird die methodische Vorgehensweise anhand der vier Abschnitte*, Design, Datenerhebung*, *Analyseplan* sowie der *Ethischen Reflexion* beschrieben. Ein wesentliches Merkmal, welches das Vorgehen geprägt hat, liegt in der Änderung des methodischen Vorgehens. Die Änderungen ergaben sich durch die eingeleiteten Maßnahmen welche hinsichtlich der Eindämmung des Infektionsgeschehens getroffen wurden. Dementsprechend konnte das ursprünglich geplante Design nicht umgesetzt werden konnte.

4.1 Design

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, weshalb das ausgewählte Design zutreffend für das durchgeführte Forschungsprojekt erscheint. Dabei findet zu Beginn eine Erläuterung des ursprünglichen methodischen Vorgehens statt, welches aus genannten Gründen im laufenden Prozess umgestellt wurde. Im Anschluss daran erfolgt die Vorstellung des tatsächlich umgesetzten methodischen Vorgehens in Form einer kurzen Darlegung allgemeiner Aspekte qualitativer Forschung sowie der Einteilung empirischer Studien nach ihrem jeweiligen Erkenntnisinteresse. Dies soll die Auswahl des neu gewählten methodischen Vorgehens begründen.

4.1.1 Ursprünglich geplantes methodisches Vorgehen

Das Forschungsprojekt sollte ursprünglich in drei psychiatrischen Klinikverbunden in Form einer klassisch kontrollierten Studie durchgeführt werden. Dabei sollten die Pflegenden zweier aufsuchender Teams mit der Intervention Verhaltensaktivierung geschult werden und diese Maßnahme als Interventionsgruppe anwenden. Der dritte Klinikverbund sollte als Kontrollgruppe fungieren, bei der die Pflegenden angehalten waren, wie gewohnt ihre pflegerischen Maßnahmen bei der täglichen Arbeit umzusetzen (treatment as usual).

Da die Anwendung von Verhaltensaktivierung bei Personen aus vulnerablen Gruppen eingesetzt werden sollte, erfolgte vorab ein Clearing durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften und wird anhand der Punkte 4.1.1.1 bis 4.1.1.5 dargestellt.

4.1.1.1 Ethische Reflexion des ursprünglichen methodischen Vorgehens

Eingangs der ethischen Reflexion fand eine kritische Auseinandersetzung in Hinblick auf die Rechtfertigung der Einbeziehung von Teilnehmenden statt. Im Anschluss daran werden mögliche Risiken sowie vorbeugende Maßnahmen für die Teilnehmenden reflektiert. Darüber hinaus werden Kriterien aufgeführt, die zum Abbruch der Interventionen führen. Abschließend wird ein Überblick in Bezug auf die forschungsrelevanten Aspekte des Datenschutzes aufgeführt.

4.1.1.2 Rechtfertigung der Einbeziehung der Teilnehmenden

Gemäß §37 des SBG V kann ambulante Pflege zur Vermeidung bzw. Verkürzung von Krankenhausaufenthalten dienen. Dabei ist die Sicherstellung der Behandlung durch niedergelassene Fachärzte zu verordnen. Somit schaffen die Richtlinien HKP eine einheitliche Grundlage für die ambulante psychiatrische Pflege in ganz Deutschland. Bedauerlicherweise liegen jedoch keine Umsetzungsbestimmungen vor, das bedeutet, dass jeder potenzielle Leistungserbringer die Angebote aushandeln muss.

Demzufolge besteht bis heute keine flächendeckende Versorgung in Deutschland, wenngleich eine innovative Versorgungsstruktur geschaffen wurde, die sich in Leistungsfähigkeit und Kosteneffizienz positiv von der Regelversorgung abhebt (vgl. SGB V 1988).

Entsprechend dieser rechtlichen Grundlage können Patienten mit bestimmten Diagnosen die häusliche psychiatrische Krankenpflege erhalten. Das Hauptaugenmerk der aufsuchenden Tätigkeit liegt in der Vermeidung bzw. Verringerung der Klinikaufenthalte und soll dementsprechend eine Verhinderung der Hospitalisierung mit sich bringen. Dabei sollen die Patienten in ihrem gewohnten Lebensumfeld Unterstützung bei der praktischen Bewältigung des Alltags erhalten. Als grundlegendes Ziel der aufsuchenden psychiatrischen Pflege ist die Förderung von Integration in die Umgebung und die Verhinderung von Chronifizierung anzusehen (vgl. Gaßmann et al. 2006, S. 386ff.).

Ein weiterer wichtiger Aspekt hinsichtlich der Rechtfertigung der Einbeziehung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen liegt in den Aufgaben psychiatrischer Pflegefachpersonen im aufsuchenden Setting. Hierzu zählen vor allem die Gestaltung des Milieus, die Beziehungsgestaltung sowie die Begleitung und Bewältigung von Krisensituationen.

Eine weitere Rolle spielt die Begleitung der Patienten über die Gesamtheit des Genesungsprozesses. Dies bedarf eines hohen Maßes an Patientenbeobachtung. Darüber hinaus dürfen im häuslichen Umfeld die Angehörigenarbeit sowie die Einbeziehung des sozialen Umfelds der Patienten nicht vernachlässigt werden. Es bedarf vielmehr (im interprofessionellen Sinn) einer Gestaltung der Strukturen einer Pflege- und Behandlungseinheit sowie die Gewährleistung eines kontinuierlichen Informationsflusses zwischen allen am Genesungsprozess beteiligten Berufsgruppen.

Um der Situation vorzubeugen, dass sich aus der Rekrutierung über betreuende Pflegefachpersonen ein "moralischer Druck" für die Betreuten ergeben könnte, sei an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an dem ursprünglichen Projekt freiwillig und jederzeit beendbar gewesen wäre, ohne dass sich versorgungsrelevante Nachteile für die Teilnehmer ergeben hätten.

Darüber hinaus erscheint es wichtig anzumerken, dass die betreuenden Pflegepersonen nicht das Interesse des Forschungszieles in den Vordergrund stellen bzw. vertreten, sondern vielmehr die Interessen der Betroffenen im Sinne einer „anwaltlichen“ Funktion (advocacy) vertreten sollten. Es würde auch keine Verpflichtung gegenüber dem Forschungsleiter existieren.

4.1.1.3 Mögliche Risiken für die Teilnehmenden

In der kritischen Auseinandersetzung der aktuellen fachlichen Literatur wird argumentiert, dass jegliche Intervention die potentiell eine Erleichterung psychischer Störungen generieren soll, durchaus auch das Risiko birgt, negative Auswirkungen hervorzurufen. Im Kontext psychotherapeutischer Interventionen werden je nach Ausrichtung der Therapieform unangenehme Effekte in unterschiedlicher Ausprägung aufgeführt (vgl. Linden & Strauß 2013, S. 203ff.).

Beispiele für unangenehme Effekte bei Patienten können die Überforderung der Patienten (bis hin zur Angst vor dem Therapeuten), Schwächung des Selbstwertgefühls, Verschlechterung der Symptomatik, das Hervortreten neuer Symptome, Suizidalität, Therapieversagen, Stigmatisierung und/oder Veränderung des familiären Umfeldes bzw. des sozialen Netzwerkes sein (vgl. Hoffmann et al. 2008, S. 4ff.; Papworth et al. 2015, 387ff.; Parker et al. 2013, S. 293ff.).

Demzufolge bedarf es eingangs einer differenzierten Darstellung von Wirkung, Nebenwirkung sowie unerwünschter Ereignisse. In Abgrenzung zu den aufgeführten Aspekten sei an dieser Stelle dennoch angemerkt, dass vor allem im Umgang mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung im zwischenmenschlichen Kontext ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen durch die Pflegenden aufgebracht werden muss.

So kann es durchaus sein, dass das Weinen einer Person zwar eine „Nebenwirkung“ darstellen kann, diese aber nicht von großer Relevanz ist, da auch gesunde Menschen unter bestimmten Voraussetzungen weinen.

Relevante Nebenwirkungen sind daher entweder schwerwiegend (Suizidalität) oder führen zu einer nachhaltigen Änderung der Lebenssituation (Krankenhauseinweisung). In der Regel werden auch hier kritische Lebensereignisse subsummiert (vgl. Linden et al. 2018, S. 377ff.). Sofern ein solch unerwünschtes Ereignis auftritt, muss es umgehend im gemeinsamen Bezugspflegegespräch bearbeitet werden.

Im aufsuchenden psychiatrischen Setting sind immer bilaterale Kontakte vorhanden, die sich über einen Zeitraum von mindestens zwei bis maximal zwölf Monate erstrecken. Die Betroffenen werden dabei von Pflegefachpersonen in ihrem häuslichen Umfeld aufgesucht.

Möglicherweise kann es daher zu einem erhöhten Überforderungserleben oder einem gesteigerten negativen Selbstwertgefühl durch potentielles Aufkommen/Bewusstwerden der eigenen Fähigkeitsstörungen kommen.

4.1.1.4 Vorbeugende Maßnahmen

Die Probanden sollten über die jeweiligen aufsuchenden Pflegefachpersonen der psychiatrischen Dienste rekrutiert werden. Die entsprechenden Pflegefachpersonen hätten die Teilnehmer gezielt beim Erstkontakt ansprechen sollen. Sofern sich die Personen gegen die Teilnahme des modularisierten Programms der Verhaltensaktivierung entscheiden hätten, wäre kein versorgungsbezogener Nachteil für die jeweiligen Personen entstanden. Anreize in finanzieller oder sonstiger Form in Aussicht gestellt.

Die Interventionen würden im Eins zu Eins Kontakt und nicht in Gruppensitzungen durchgeführt. Somit können potentiell auftretende Schamgefühle (i.S. „Sich öffnen in einer Gruppe“) reduziert werden (vgl. Hoyer & Vogel 2018, S. 57).

Sollte es dennoch seitens der Teilnehmer zu einem Abbruch der Intervention kommen, werden weiterhin kompensatorische Hilfen gemeinsam erarbeitet, um diese bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörung durch die Pflegefachpersonen gemeinsam mit den Probanden einzusetzen (vgl. Rijnders et al. 2016, S. 282ff.).

Alle teilnehmenden Pflegepersonen wurden durch einen psychologischen Psychotherapeuten (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) und den Forschungsleiter geschult, da die Versorgung von Patienten im aufsuchenden Setting die integrative Zusammenarbeit mit anderen Professionen z.B. Psychologen, Ärzten und anderer Professionen erfordert. Der Erfolg dieser interprofessionellen Teamarbeit kann nicht nur durch die Expertise der Teammitglieder, sondern auch durch deren Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen hinsichtlich der Zusammenarbeit im Team beeinflusst werden (vgl. Antoni 2010, S. 18ff.).

Sollten Verhaltensweisen wie beispielsweise ein aktives Suchtverhalten, psychotisches Erleben, maniforme Symptome, schwere depressive Episoden oder sogar eine akute Suizidalität vorliegen, ist eine Fortführung des manualisierten Programms nicht möglich. In diesem Fall wäre eine hochintensive stationäre Behandlung unumgänglich (vgl. Hoyer & Vogel 2018, S. 45ff.).

Darüber hinaus ist es erforderlich die niederschwelligen Interventionen abzubrechen, wenn die Betroffenen Angst (z.B. vor den Pflegenden) äußern oder sie so überfordert sind, dass möglicherweise auch das Selbstwertgefühl in extremen Maße eingeschränkt wird. Bei einer Verschlechterung der Symptome bzw. beim Hervortreten neuer Symptome werden umgehend hochintensive Interventionen durch psychotherapeutische oder fachärztliche Begleitung eingesetzt (vgl. Hoffmann et al. 2008, S. 4ff.; Papworth et al. 2015, S. 387ff.; Parker et al. 2013, S. 293ff.). Im Kontext der aufsuchenden Pflege besteht die Möglichkeit, solche Termine sehr zeitnah zu vermitteln.

4.1.1.5 Forschungsrelevante Aspekte des Datenschutzes

Die Teilnehmer werden in schriftlicher Form über das Vorhaben informiert. Dabei sind alle Personen in der Lage, die Informationen zu verstehen. Sie erhalten ausführliche Informationen zum Forschungsziel. Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig und jederzeit beendbar, ohne dass sich versorgungsrelevante Nachteile für die Teilnehmerinnen ergeben (Beauchamp & Childress, 2013). Die Zustimmung seitens der Einrichtungen wird durch die jeweiligen Betriebsleitungen eingeholt. Die ProbandInnen selbst willigen direkt mit ihrer Unterschrift in die Teilnahme am Projekt ein.

Das Forschungsprojekt orientiert sich streng an den Vorgaben des ethischen Vorgehens bei Forschungsarbeiten. Die Daten werden eins zu eins ausgewertet. Dabei können keine Rückschlüsse auf einzelne Personen vorgenommen werden.

Anonymität und Vertraulichkeit werden gewahrt, da die Identität der Teilnehmenden nicht durch die Aufgaben des Forschers ermittelt werden kann (LoBiondo-Wood, Haber, & Nohl, 2005). Im Anschluss an das Auswertungsverfahren werden sämtliche Dokumente vernichtet. Die Daten werden außerdem nicht an Dritte weitergeleitet.

Patienten, bei denen eine gesetzliche Betreuung existiert sind unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche der Betreuungsbereiche grundsätzlich nicht einwilligungsunfähig. Hinsichtlich der Teilnahme an dem ausgewiesenen Forschungsprojekt sollen die BetreuerInnen durch ihre Betreuten informiert werden. Die Betreuten sollen jedoch selbst entscheiden können, ob sie an der Studie teilnehmen möchten oder nicht.

Sofern eine Betreuung im Bereich der Gesundheitssorge vorliegt, kann durch den Betreuer ein Veto bezüglich der Teilnahme eingelegt werden, sofern nach erfolgter Aufklärung Zweifel an der Gesundheit der jeweilig betreuten Person aufkämen.

Laut § 1904 BGB Abs. 1 aa) bedarf es Erforderlichkeit einer Einwilligung für ärztliche Maßnahmen, wenn Eingriffe in die körperliche Integrität eines Menschen eine Körperverletzung i. S. d. § 223 Abs. 1 StGB darstellen (…). Weiter heißt es (in Abs. 1 bb) „Zuständigkeit für die Erteilung der Einwilligung“, dass selbst wenn der Patient einen gesetzlichen Betreuer mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitssorge hat, daraus nicht [folgt], dass nur der Betreuer die Einwilligung zu erteilen hätte und er also Aufklärungspartner (…) ist. Es ist hier ähnlich wie bei der Frage nach der Geschäftsfähigkeit im rechtsgeschäftlichen Bereich: sie ist unabhängig vom Vorliegen der Betreuung zu beantworten. (…) Vielmehr komme es auf die Einwilligungsfähigkeit an, d.h. auf die Fähigkeit, Art, Bedeutung und Umfang der Maßnahme zu erfassen und entsprechend willensbestimmt zu handeln (§1904 BGB Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen).

Würde dennoch ein Veto durch den Betreuer erfolgen, sollten sich die Pflegenden an dem Willen der einwilligungsfähigen Teilnehmer orientieren (in Anlehnung an BGB §1904). Dies wäre dann bei der Erhebung entsprechend zu vermerken.

4.1.2 Tatsächlich durchgeführtes methodisches Vorgehen

Die nun folgend aufgeführten Punkte beziehen sich explizit auf das real durchgeführte methodische Vorgehen.

4.1.2.1 Allgemeine Aspekte qualitativer Forschung

In der qualitativen Forschungsmethodologie können soziale Prozesse und Strukturen als mögliche Gegenstandbereiche der Forschung angesehen werden. Die Forschung beschäftigt sich mit Strategien und Auswirkungen von Prozessen, die von Akteuren initiiert werden. Daher kann in der qualitativen Forschung auf drei zentrale Themenkomplexe, die Logik der Selektion, die Logik der Situation sowie der Logik der Aggregation Bezug genommen werden (vgl. Brüsemeister 2008, S. 13ff.).

Die *Logik der Selektion* untersucht zum einen dabei, wie sich die Akteure in bestimmten Situationen in ihrem Handeln entscheiden. Zum anderen wird überprüft, inwiefern die Deutungsmuster Einfluss auf die jeweiligen Entscheidungen nehmen (vgl. Esser 2002, S. 241ff.).

Die *Logik der Situation* kann darüber Auskunft geben, welche Situationen, die als Kontextbedingung identifiziert werden, von den Akteuren wahrgenommen werden und somit die Entscheidungen beeinflussen. Dabei stellen die Situationsdefinitionen der Akteure den entscheidenden, kausalen Faktor hinsichtlich der Formulierung von Handlungserklärungen dar (vgl. Kelle 1997).

Der dritte Themenkomplex, die *Logik der Aggregation*, beinhaltet die Aspekte, welche Konstellationen, Strukturen oder Aggregationen sich aus den Entscheidungen der Akteure ergeben.

Sobald zwei oder mehr Akteure im Geschehen involviert sind entstehen, ob intentional (gewollt) oder transintentional (ungewollt), Intentionsinterferenzen, die sich entweder zum Vor- oder Nachteil einer oder aller Parteien auswirken (vgl. Schimank 2016, S. 186 ff.). Aus den Entscheidungen der einzelnen Akteure bzw. dem handelnden Zusammenwirken mehrerer Parteien resultieren dann Aggregationen (vgl. Esser 2002, S. 291ff.), Konstellationen (vgl. Schimank 2016, S. 202ff.) oder Strukturen (vgl. Strauss & Hildenbrand 2007). In der Zusammenschau bezeichnen diese Begrifflichkeiten das handelnde Zusammenwirken mehrerer Akteure, welches entsprechend sowohl auf der Mikro-, der Meso- als auch der Makroebene stattfindet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich qualitative Untersuchungen eignen, um spezielle Problemfelder zu veranschaulichen. So können Forscher sich einen umfassenden Überblick über ein komplexes Feld erschließen. Dabei wird der Fokus auf die Sicht der darin agierenden Akteure gelegt. Ziel ist es, verstehen zu wollen, wie diese Akteure ihr Handeln entscheiden (vgl. Bergold & Flick 1987).

Desweiteren können Schwerpunkte auf die Beschreibung einer bestimmten Lebenswelt gelegt werden (vgl. Legewie 1987, S. 138ff.). Qualitative Forschungsansätze weisen demnach eine hohe Aspektvielfalt auf (vgl. Flick 2000).

4.1.2.2 Einteilung empirischer Studien nach Erkenntnisinteresse

Empirische Studien werden im Wesentlichen nach dem jeweiligen Erkenntnisinteresse in drei unterschiedliche Gruppen unterteilt. Es wird dabei in explorative, explanative[13] und deskriptive Studien unterschieden (vgl. Döring & Bortz 2016, S. 192f.).

Ziel einer explorativen Studie ist das Finden von wesentlichen Aspekten zu einem Thema, womit mögliche Ursachen für relevante Variablen extrahiert werden können. Insbesondere findet dies Anwendung, wenn wenig Wissen über die Ursachen und Konsequenzen eines Konstrukts existiert. Infolgedessen können potenziell wenig beforschte Bereiche abgebildet werden (vgl. Quandt et al. 2008, S. 27ff.).

In deskriptiven Studien sollen bestimmte Populationen differenziert auf die Verbreitung bestimmter Merkmale beschrieben werden. Diese Merkmale können Aspekte des Gesundheits- und Sozialverhaltens beinhalten. Deskriptive Studien basieren vorwiegend auf strukturierten mündlichen oder schriftlichen Befragungen (vgl. Weiß 2019, S. 224ff.).

Bezugnehmend auf die vorliegende Untersuchung sowie die Berücksichtigung der durchgeführten methodischen Veränderungen in der Vorgehensweise der Datenerhebung und damit einhergehend auch Änderungen der Datenanalyse, kann das vorliegende Projekt am ehesten als eine Mischform explorativ-deskriptivem Charakters verstanden werden.

[13] Bei explanativen Studien werden im Vorfeld aufgestellte Hypothesen getestet. Somit werden auch die zugehörigen Theorien überprüft, aus denen die Fragen abgeleitet wurden.

4.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung in der vorliegenden Arbeit erfolgte anhand mündlicher Befragungen in Form von Experteninterviews. In den empirischen Sozialwissenschaften stellt die mündliche Befragung die häufigst eingesetzte Methode der Datenerhebung dar. Wissenschaftliche Interviews verstehen sich als zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Generierung von verbalen Äußerungen befragter Personen zu ausgewählten Aspekten ihres Wissens, Erlebens oder Verhaltens. Die Interviews können in Form von persönlichen Kontakten als auch als Telefoninterviews durchgeführt werden (vgl. Döring & Bortz 2016, S. 375f.).

In Abgrenzung zu Beobachtungen besteht durch den Einsatz qualitativer Interviews somit die Möglichkeit, Datenmaterial zu Aspekten des subjektiven Erlebens wie beispielsweise Gefühlen, Meinungen, Einstellungen oder Überzeugungen zu liefern. Ferner ist es möglich, nicht beobachtbare Ereignisse und Verhaltensweisen zu erfassen. Bei der Technik der mündlichen Befragung handelt es sich um eine niederschwellige alltagsnahe Methode. Dadurch erhält man Hintergrundinformationen über die Befragten und kann in kurzer Zeit viele nützliche Informationen einholen (vgl. Döring & Bortz 2016, S. 365ff.).

In der vorliegenden Arbeit wurden vor dem Hintergrund der aufgeführten Aspekte die Interviews dementsprechend trotz der pandemiebedingten Einschränkungen in persönlichen Kontakten durchgeführt, da dieses Vorgehen einerseits sehr wirtschaftlich erscheint, andererseits jedoch auch potentiell elementare Aspekte wie Gestik, Mimik oder das gezielte Nachfragen nach Verhaltensaktivierung in der Interviewsituation ohne Sichtkontakt nicht hätten erfasst werden können.

Der Grad der Strukturierung von wissenschaftlichen Interviews bezieht sich auf die jeweiligen Befragungssituationen und wird als nicht-strukturiert, halbstrukturiert oder vollstrukturiert bezeichnet. Die jeweils verwendeten Instrumente werden nach ihrem Grad der Standardisierung hinsichtlich der Offenheit bzw. der Geschlossenheit der Fragestellungen unterschieden.

Halbstrukturierte Interviews basieren auf einem Leitfaden, welcher aus einer Aufstellung offener Fragen besteht, die von den Interviewpartnern beantwortet werden sollen. Zwar gibt dieser Leitfaden den Ablauf des Interviews weitestgehend vor, erlaubt jedoch dem Interviewer auch individuelle Anpassungen in gewissen Situationen. Beispielsweise können Fragen übersprungen, vorgezogen oder spontan vertieft werden, um den Interviewfluss am Laufen zu halten. Diese Form der Interviewführung wird üblicherweise mittels Audioaufnahme dokumentiert und im Anschluss wörtlich verschriftlicht (vgl. Atteslander 2010).

Die Datenerhebung der Studie fand zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Räumlichkeiten des Psychiatrieverbundes Nordwestpfalz statt. Die Interviewpartner wurden im Vorfeld über das Procedere der Datenerhebung informiert. Sie wurden auch darüber in Kenntnis gesetzt, dass alles Gesprochene mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und entsprechend transkribiert würde. Ferner wurden die Befragten darüber informiert, dass die Interviews in solch einer Form verschriftlicht würden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen erfolgen können.

Die Teilnahme an den Interviews erfolgte auf freiwilliger Basis und hätte zu jedem Zeitpunkt ohne Nachteile für die Befragten abgebrochen werden können. Die Mitschnitte wurden nach dem Transkriptionsverfahren endgültig gelöscht.

4.2.1 Stichprobenplan

Bei qualitativen Forschungsarbeiten werden meistens relativ kleine Stichproben im ein- bis zweistelligen Bereich genutzt, da mit der angestrebten differenzierten Rekonstruktion der einzelnen Fälle ein erhöhtes Arbeitsaufkommen einhergeht, was bei einem größeren Stichprobenumfang aus forschungsökonomischer Sicht als nicht zu erfüllen anzusehen wäre. Demzufolge hat sich im qualitativen Forschungsansatz

die bewusste Auswahl von Fällen - im Vergleich zu größeren Stichproben bei quantitativen Studien - als Verfahren der Stichprobenziehung durchgesetzt (vgl. Marshall 1996, S. 522ff.).

Im Gegensatz zum theoretical sampling[14] (vgl. Glaser & Strauss 1980, S. 45ff.) bzw. der Stichprobenziehung mittels qualitativem Stichprobenplan[15] (vgl. Flick 2017) wird häufig bei beabsichtigten Fragestellungen, die sich auf eine spezielle Zielgruppe konzentrieren eine gezielte Auswahl bestimmter Fallkonstruktionen eingesetzt. Dabei werden die Möglichkeiten der homogenen[16] oder heterogenen[17] gezielten Stichprobenziehung unterschieden (vgl. Döring & Bortz 2016, S. 304f.).

Aufgrund unvorhersehbarer äußerer Einflüsse wurden Änderungen in der methodischen Vorgehensweise vorgenommen, was bedeutet, dass die Rekrutierung der Stichprobe bedingt durch die aufgeführten Ereignisse, den oben genannten sowie den forschungsökonomischen Aspekten daher in Form einer homogenen, gezielten Stichprobenziehung erfolgte. Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe kann unter Wahrung forschungsethischer Gesichtspunkte nur ansatzweise erfolgen, da ansonsten Rückschlüsse auf die Teilnehmer gezogen werden könnten. Die Stichprobe bestand aus vier Pflegefachpersonen im Alter zwischen 35 und 60 Jahren, die alle eine zweijährige Weiterbildung zu Fachpflege für psychiatrische Pflege absolviert haben. Vereinzelt wurden weitere Fort- und Weiterbildungsangebote durchlaufen. Die berufliche Erfahrung im Kontext psychiatrischer Pflege reichte von 15 bis 35 Jahre.

[14] Theoretical sampling bezeichnet die bewusste Steuerung einer theoretischen Stichprobe hinsichtlich eines maximal theoretischen Erkenntniswertes. Auswahl der Stichprobe, Datenerhebung und -analyse werden mehrfach zirkulär abgearbeitet, bis eine theoretische Sättigung des Datenmaterials vorliegt.
[15] Gemäß qualitativem Stichprobenplan soll sich am Informationsgehalt der Fälle orientiert werden. Dabei wird der Plan so zusammengestellt, dass besonders elementare Kennzeichen und Merkmalskombinationen (z.B. soziodemographische Daten) im Sample vorkommen.
[16] Die Einheit der zu untersuchenden Zielgruppe wird über einen/wenige Rekrutierungswege angesprochen (kleines Sample).
[17] Die Fälle werden über mehrere Rekrutierungswege angesprochen (großes Sample).

4.2.2 Experteninterviews

Wissen, das über die sozialen Kontexte, in denen man agiert vorliegt, stellt eine besondere Art des Wissens dar, was im eigentlichen Sinne alle Menschen besitzen. Es ist das Wissen über die Organisation in der gearbeitet wird, über die individuellen Arbeitsprozesse, über das Wohnumfeld und weitere Aspekte. Da nur die unmittelbar Beteiligten über dieses Wissen verfügen, existiert eine besondere Perspektive auf den jeweiligen Sachverhalt aufgrund der individuellen Ansichten bzw. den persönlichen Beobachtungen. In der Sozialwissenschaft werden solche sozialen Kontexte vor allem deshalb erforscht, da auf diese Weise besonderes Wissen zur Verfügung gestellt werden kann, weshalb letztlich der Begriff Experte seine Anwendung findet. Als Experten werden demnach Personen bezeichnet, die ein Spezialwissen über soziale Sachverhalte besitzen (vgl. Gläser & Laudel 2009, S.12).

Vor diesem Hintergrund können qualitative Interviews auch in Form von Experteninterviews geführt werden. Hierzu werden die Personen als Spezialisten für bestimmte Konstellationen befragt, in denen es vorrangig um die Erfassung von Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen der Befragten geht (vgl. Hopf & Schmidt 1993, S. 33ff.).

Die Methode des Experteninterviews ist eine spezielle Art, die zu einem ganz bestimmten Zweck eingesetzt wird. Forschungsvorhaben, in denen mittels Experteninterviews das Wissen über bestimmte soziale Sachverhalte erschlossen werden soll, verfügen über zwei wichtige Merkmale. Zum einen stellen die Experten nicht das Untersuchungsobjekt dar, da der tatsächliche Fokus auf den forschungsrelevanten Prozessen liegt. Folglich interessieren die Gedankenwelt, die Einstellungen und Gefühle der Experten nur insofern, als dass sie die Darstellungen beeinflussen, die die Experten von dem forschungsrelevanten Gegenstand geben. Zum anderen weisen Experten aufgrund ihres Wissens eine Exklusivstellung innerhalb des sozialen, forschungsrelevanten Kontextes auf (vgl. Gläser & Laudel 2009, S.111ff.).

Darüber hinaus wäre es nicht richtig, bestimmte Formen von Interviews (z.B. leitfadengestützte Interviews) mit Experteninterviews gleichzusetzen und zur Grundlage einer Einordnung zu machen. Entscheidend sind eher das Ziel der Untersuchung, der daraus abgeleitete Interviewzweck sowie die sich daraus ergebenden Rollen der Interviewpartner (vgl. Bogner et al. 2002, S. 33ff.).

4.2.3 Leitfadengestütztes Interview

Das Experteninterview soll zur Rekonstruktion sozialer Prozesse beitragen, weshalb dies in Form von leitfadengestützten Interviews umgesetzt wird. Das leitfadengestützte Interview kann als nichtstandardisiertes Interview verstanden werden, da dem Interviewer lediglich eine vorbereitete Liste offener Fragen - dem sog. Leitfaden - als Gesprächsgrundlage dient. Dies empfiehlt sich besonders dann, wenn in Interviews unterschiedliche Themen behandelt werden müssen beziehungsweise einzelne, genau bestimmbare Informationen erhoben werden sollen. Das Interview stellt dabei einen besonderen Kommunikationsprozess dar, wenngleich die äußere Form der Kommunikation einem Alltagsgespräch ähnelt. Dennoch existieren wesentliche Unterschiede im Kommunikationsprozess. Durch die Rolle des Interviewers sorgt er dafür, dass das Gespräch entsprechend gesteuert wird, damit der Interviewpartner die gewünschten Informationen gibt.

Als zentrales Problem wird die Differenz zwischen den Kontexten der beiden Gesprächsteilnehmer angesehen, da das Erkenntnisinteresse des Interviewers in einem wissenschaftlichen Kontext eingebettet ist. Die Interessen des Interviewpartners sind in der jeweiligen Lebenswelt fernab des wissenschaftlichen Kontexts angesiedelt, in welcher eine andere Form von Wissen, Beobachtungen und Handlungen vorliegt. Dementsprechend muss es dem Interviewer gelingen, sein Erkenntnisinteresse so zu übersetzen, dass dies den jeweiligen Kontexten des Gesprächspartners angemessen erscheint. Dieser Vorgang der Operationalisierung beginnt mit der Formulierung von Leitfragen, welche in der Interviewsituation durchaus

auch spontan bewältigt werden müssen (vgl. Gläser & Laudel 2009, S.115ff.).

„Aus der Sicht des Interviewers kann der Prozess des qualitativen Interviews als ein Prozess permanenter spontaner Operationalisierung beschrieben werden. In dem durch standardisierte Verfahren nicht geregelten Kommunikationsprozeß, in dem die Erfassung nicht antizipierter Reaktionen einen hohen Stellenwert hat, muss die Vermittlung von Abstraktem und Konkretem sozusagen improvisierend geleistet werden. Es müssen situationsgebundene allgemeinere Forschungsfragen in konkret bezogene Interviewfragen umgesetzt werden und umgekehrt müssen die von den Interviewten eingebrachten Informationen laufend unter dem Gesichtspunkt ihrer möglichen theoretischen Bedeutung beurteilt werden - bewertet insofern, als der Interviewer unter dem dauernden Druck steht zu entscheiden, ob, an welcher Stelle und in welcher Form er Anknüpfungspunkte für ein Weiterfragen aufgreift“ (Hopf 2016, S. 111).

Anhand dieser Merkmale können die Forschungsvorhaben genauer eingegrenzt und somit soziale Prozesse rekonstruiert werden. Dies bedeutet für die vorliegende Arbeit der ViAPS-Studie, dass durch die Interviews mit den Pflegenden sozialwissenschaftliche Erklärungen in Hinblick auf die Gegebenheiten des aufsuchenden Settings gefunden werden sollen. Experteninterviews werden demnach nicht aus einem besonderen sozialen Status der Interviewpartner abgeleitet.

In Hinblick auf den Leitfaden werden die zentralen Interessen in die jeweiligen Phasen des Interviews grob eingeordnet. Eingangs sollen in der Aufwärmphase des Interviews Fragen nach dem Ziel der aufsuchenden Tätigkeit sowie dem beruflichen Selbstverständnis[18] eine potentielle Anspannung der Beteiligten lösen.

Im weiteren Verlauf der Hauptphase des Interviews sollen dann Fragen eingesetzt werden, die das aktuelle Handeln (treatment as usual - TAU) der

[18] In Anlehnung an §5 Absatz 4 des Pflegeberufegesetzes

Pflegenden abbilden. Hier findet der Einsatz der eigens dafür entwickelten Fallvignette[19] statt. Die jeweiligen Pflegepersonen sollen dabei die für sie und ihren Arbeitsprozess elementaren Kennzeichen identifizieren und einen Ablauf ihrer gewöhnlichen Vorgehensweise darlegen. Ein zentraler Aspekt des Erkenntnisinteresses liegt bei der Identifikation der pflegerischen Aspekte, also welche Symptome für die Pflegenden relevant erscheinen. Im Anschluss daran soll dann der Einsatz von Verhaltensaktivierung vergleichsweise in einem theoretischen Konstrukt durchlaufen werden. Ziel dieses Vorgehens ist es, potentielle Unterschiede in Hinblick auf das TAU zu eruieren.

Im nächsten Schritt sollen die Pflegenden dann einen eigenen vorbereiteten Fall aus ihrer täglichen Praxisarbeit vorstellen und begründen, weshalb sie diesen Fall ausgewählt haben. Dabei werden auch die Benennung der pflegerelevanten Symptomatik bzw. der Pflegeprobleme vorausgesetzt. Ziel hierbei ist es, zu eruieren, ob die theoretische Anwendung von Verhaltensaktivierung in einer Laborsituation in den realen Arbeitskontext übertragbar wäre.

In der Abschlussphase der Interviews wird dann noch die Möglichkeit gegeben, potentiell offene Aspekte zu klären. Auch werden noch Fragen hinsichtlich der Praktikabilität und des Einsatzes von Verhaltensaktivierung im aufsuchenden Setting gestellt.

4.2.4 Einsatz von Fallvignetten

Für das genutzte Setting der aufsuchend psychiatrisch Pflegenden wird der Einsatz von **Fallvignetten** gewählt. Fallvignetten können in vielfältiger Form genutzt werden, wenn es darum geht, Professionalität zu erfassen. Dabei beschreiben sie gezielte Situationen aus dem beruflichen Alltag, wodurch es möglich ist, Handlungsstrategien zur Problemlösung diskursiv nachzuweisen. Bezogen auf den Anwendungsbereich besteht daher die Möglichkeit, unterschiedliche Herangehensweisen der Personen zu

[19] Siehe hierzu Punkt 4.3.4 Einsatz von Fallvignetten

rekonstruieren, die das jeweilige Handeln der (Pflegefach-) Personen strukturieren (vgl. Barter & Renold 1999, S. 1ff.; Eifler 2009, S. 21ff.).

Unter Berücksichtigung des Forschungszieles kann der Einsatz der Fallvignetten sowohl als „ice breaker“ bzw. als warming up Phase in der jeweiligen Interviewsituation, als auch zum Erfassen der individuellen Einstellungen der Pflegenden dienen. Zusätzlich können auf Grundlagen eines theoretischen Pre-Posttest Designs (Wie hätten Sie die Situation vor Ihrer Kenntnis der Technik Verhaltensaktivierung umgesetzt? Wie gehen Sie mit der Technik Verhaltensaktivierung durch diese Situation?) die entsprechenden Fälle hinsichtlich des Einsatzes von Verhaltensaktivierung evaluiert werden (vgl. Auspurg et al. 2009, S. 59ff.; Barter & Renold 1999, S. 1ff.; Eifler 2009, S. 21ff.).

Angesichts dessen besteht die Möglichkeit, Professionalitätsausprägungen durch theoretisch durchgeführtes reflexives Handeln (ist es das Handeln oder das Sprechen über das Handeln?) zu ermitteln (vgl. Cramer 2010, S. 85ff.).

Durch den Einsatz von Fallvignetten kann das theoretische Wissen (deklaratives Wissen) über einen bestimmten Sachverhalt ermittelt werden. Dabei werden die Fallbeispiele als sprachlich repräsentative Situationen verstanden (vgl. Baer et al. 2011, S. 85ff.).

Fallvignetten sollen im Wesentlichen beobachtbares Verhalten aufzeigen, jedoch keinerlei Interpretationen beinhalten. Sie sollen vielmehr eine komplexe Situation prägnant darstellen, damit die wesentlichen Merkmale schnell erfassbar sind.

Wichtig für das Verständnis der ausgewiesenen Situation erscheinen präzise Kontextinformationen, die von Authentizität und hohem Reproduktionscharakter geprägt sind. Somit ermöglichen sie der befragten Person eine möglichst handlungsnahe sowie relevante Problemdarstellung. Im Zusammenhang mit dem Einsatz von Verhaltensaktivierung im aufsuchenden psychiatrischen Setting, ist dies durch die pflegebezogenen

Aspekte der Zurückgezogenheit, Affektreduzierung (uvm.) gegeben. Somit können mehrere Lösungsansätze eruiert werden, was letztendlich einen Vergleich sowohl innerhalb der exponierten Gruppe (geschulte Pflegefachpersonen), als auch mit einer Kontrollgruppe (Pflegefachpersonen ohne Schulung der Verhaltensaktivierung) zulässt (vgl. Atria et al. 2006, S. 233ff.; Auspurg et al. 2009, S. 59ff.; Barter & Renold 1999, S. 1ff.; Schratz et al. 2012; Wilks 2004, S. 78ff.).

Vor allem können die Aspekte von Professionalität explorativ erschlossen werden, sofern mit einer offenen Fragstellung in Kombination mit induktiver Auswertungsmethoden gearbeitet wird (vgl. Wernet 2000, S. 19).

Dennoch darf bei dieser Vorgehensweise die ausgewiesene Laborsituation nicht unberücksichtigt bleiben, da das Reflektieren und Sprechen über bestimmte Handlungen nicht immer dem real durchgeführten Handeln in einer bestimmten Situation gleichzusetzen ist (vgl. Baer et al. 2011, S. 85ff.). Allerdings können auf diese theoretische Art und Weise Hinweise geliefert werden, wie spezielle Situationen verstanden werden und welche Auswirkungen diese auf das Handeln von Personen mit sich bringen können (vgl. Rosenberger 2013).

4.3 Datenanalyse

In der sozialwissenschaftlichen Methodenliteratur scheinen nur begrenzt systematische, umfassende Anleitungen zur Auswertung komplexeren sprachlichen Materials zu existieren, aus denen klare Interpretationsregeln hervorgehen könnten. Daraus resultiert eine Menge an hochinteressantem Datenmaterial, das allenfalls frei interpretiert oder möglicherweise mit Auswertungsheuristiken bearbeitet wird. Die Problematik erstreckt sich auch in weiteren sozialwissenschaftlichen Disziplinen. Demzufolge bleiben die Anforderungen an die philosophische Hermeneutik zu vage und unsystematisch. Der Fokus der sprachwissenschaftlichen Textanalyse liegt auf der Textstruktur und die kommunikationswissenschaftliche Inhaltsanalyse (content analysis) hält lediglich sehr spezielle quantitative Auswertungstechniken vor. Infolgedessen sollen konkrete Techniken in Bezug auf qualitative Inhaltsanalysen ausgearbeitet werden. Diese Techniken sind durch ihre Systematik sowie ihre intersubjektive Überprüfbarkeit charakterisiert und bleiben unterdessen ihrer Komplexität, der Bedeutungsfülle bzw. der Interpretationsbedürftigkeit des sprachlichen Materials angemessen (vgl. Mayring 2002, S. 9f.).

In besonderem Maße eignen sich Pilot- oder Machbarkeitsstudien für qualitative Analysen, da diese eine offene Erkundung des Gegenstandsbereich verfolgen, um Kategorien und Instrumente für Erhebung und Auswertung zu konstruieren bzw. zu überarbeiten vgl. Mayring 2002, S. 23f.).

4.3.1 Datenaufbereitung

Ziel der Transkription ist es, die Flüchtigkeit mündlicher Aussagen zu überwinden und Lücken in Hinblick auf die Erinnerung an Gespräche schließen zu können. Daher wird in einem Transkript das Gesprochene schriftlich festgehalten und für nachfolgende Analysen zugänglich gemacht. Somit kann das Gesprochene so facettenreich und detailgetreu wie möglich wiedergeben werden.

Dem Leser bietet dies die Möglichkeit, einen guten Eindruck vom Gespräch bzw. eine gute Basis für die Rekonstruktion zu erhalten. In der einfachen Form der Transkription kann man daher üblicherweise einen in Umgangssprache und Dialekt geglätteten[20] Text lesen, da zu viele Details und Informationen, die Lesbarkeit des Transkripts erschweren. Somit verhalten sich die Aspekte von „Exaktheit“ und „sinnvoller Umsetzbarkeit“ mitunter entgegengesetzt (vgl. Dresing & Pehl 2017, S. 16ff.).

Transkriptionssysteme können als Regelwerke verstanden werden, die festlegen, in welcher Form die gesprochene Sprache in eine schriftlich fixierte Form übertragen wird. Wichtig zu wissen ist, dass es durch die Verschriftlichung zu Informationsverlusten kommen kann. Je nach Zweck der Analyse sind diese Verluste entweder hinnehmbar bzw. nicht akzeptabel. Transkriptionssysteme unterscheiden sich vor allem durch die Variabilität der Textmerkmale, die in der Transkription berücksichtigt werden. Darüber hinaus können auch äußere Merkmale der Interviewsituation eine wesentliche Rolle für die Auswertung spielen, z.B. wenn während der Interviews jemand den Raum betritt oder verlässt, ein Telefon klingelt oder dergleichen mehr (vgl. Kuckartz 2009, S. 41).

Da der Fokus der Transkription auf dem semantischen Inhalt der Gesprächssituationen lag und kein gesteigertes Interesse im Sinne einer genaueren Betrachtung der Prosodie[21] vorlag, wurde - auch aus forschungspragmatischen Aspekten - die Methode der inhaltlich-semantischen Transkription gewählt. Dabei wurde sich an dem gängigen Notationssystem nach Kallmeyer und Schütze orientiert. Abbildung 6 zeigt die wesentlichen Aspekte dieses Notationssystems.

[20] Bei einer Glättung wird weitgehend auf die genaue Protokollierung von Dialekten und sprachlichen Färbungen verzichtet

[21] Prosodie bezeichnet die Gesamtheit lautlicher Sprachstrukturen wie Sprechmelodie, Sprechrhythmus und Betonung.

Abbildung 6: Notationssystem nach Kallmeyer und Schütze

(,)	=	ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
..	=	kurze Pause
...	=	mittlere Pause
(Pause)	=	lange Pause
mhm	=	Pausenfüller, Rezeptionssignal
(.)	=	Senken der Stimme
(–)	=	Stimme in der Schwebe
(')	=	Heben der Stimme
(?)	=	Frageintonation
(h)	=	Formulierungshemmung, Drucksen
(k)	=	markierte Korrektur (Hervorheben der endgültigen Version, insbesondere bei Mehrfachkorrektur)
sicher	=	auffällige Betonung
sicher	=	gedehnt
(Lachen),	=	Charakterisierung von nichtsprachlichen Vorgängen bzw. Sprechweise, Tonfall; (geht raus), die Charakterisierung steht vor den entsprechenden Stellen und gilt bis zum Äußerungsungsende, bis zu einer neuen Charakterisierung oder bis +
&	=	auffällig schneller Anschluss
(..), (...)	=	unverständlich
(Kommt es?)	=	nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut
A: ⌈aber da kam ich nicht weiter		
B: ⌊ich möchte doch sagen		
	=	gleichzeitiges Sprechen, u. U. mit genauer Kennzeichnung des Einsetzens

(Quelle: Kuckartz 2009, S.45)

4.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Ziel der Inhaltsanalyse ist die systematische, regelgeleitete und theoriegeleitete Analyse einer fixierten Kommunikation[22], die beabsichtigt, auf bestimmte Aspekte dieser Kommunikation Rückschlüsse ziehen zu können. Ein Vorteil des inhaltsanalytischen Vorgehens stellt die kommunikationswissenschaftliche Verankerung dar, da demzufolge das Material stets in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird.

[22] Fixierte Kommunikation meint in protokollierter Form vorliegend.

Somit muss der Interpret angeben, auf welchen Teil im Kommunikationsprozess sich seine Schlussfolgerungen aus der Materialanalyse beziehen. Diese Besonderheit sollte für qualitative Inhaltsanalysen bewahrt werden, da hierdurch das Datenmaterial nicht nur innerhalb des Kontextes interpretiert, sondern auch auf die Entstehung und Wirkung hin untersucht wird. Dabei muss sich die Methode der Inhaltsanalyse anhand wissenschaftlicher Gütekriterien überprüfen lassen, wobei insbesondere die Gütekriterien der Reliabilität[23] und Validität[24] enormer Kritik hinsichtlich der Übertragbarkeit auf inhaltsanalytische Forschung ausgesetzt sind (vgl. Mayring 2015, S. 123ff.).

„Bei Reliabilitätsbestimmungen erscheinen Paralleltestverfahren problematisch, da die Äquivalenz zweier Instrumente bei der Analyse sprachlichen Materials nur sehr selten erweisbar sein dürfte. Auch die Split-half-Methode wird nur selten sinnvoll anzuwenden sein, da der Umfang der Materialstichprobe wie auch der Umfang des Instrumentes (der Kategorien) meist so bestimmt wird, dass in einzelnen Teilen zentrale, das Gesamtergebnis verändernde Ergebnisse auftauchen können. So wird bei inhaltsanalytischen Reliabilitätsbestimmungen üblicherweise so vorgegangen, dass die gesamte Analyse (oder relevante Ausschnitte) von mehreren Personen durchgeführt wird und die Ergebnisse verglichen werden (Intercoderreliabilität)“ (Mayring 2015, S. 124).

Aufgrund der anhaltenden Kritik an den grundlegenden Gütekriterien werden in der qualitativen Forschung eigene Merkmale wie beispielsweise die Nähe zum Gegenstand, die Regelgeleitetheit, die Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, kommunikative Validierung und Triangulation eingesetzt.

Darüber hinaus werden in Tabelle 6 Kriterien für die Qualität der Inhaltsanalyse aufgelistet.

[23] Reliabilität bezeichnet die Stabilität und Genauigkeit der Messung sowie Konstanz der Messbedingungen (vgl. Friedrichs 1979).
[24] Validität meint die Gültigkeit. Es wird geprüft ob tatsächlich das gemessen wird, was gemessen werden soll (vgl. Friedrichs 1979).

Tabelle 7: Qualitätskriterien der Inhaltsanalyse

Qualitätskriterien der Inhaltsanalyse		
Semantische Gültigkeit	bezieht sich auf die Richtigkeit der Bedeutungsrekonstruktion des Datenmaterials und drückt sich in der Angemessenheit der Kategoriendefinitionen aus (Definitionen, Ankerbeispiele, Kodierregeln)	**Validität**
Stichproben gültigkeit	meint die allgemeinen Regeln einer exakten Stichprobenziehung	
Korrelative Gültigkeit	bedeutet die Validierung durch Korrelation mit einem äußeren Kriterium und ist nur dann möglich, wenn zuvor Ergebnisse mit ähnlicher Fragestellung und ähnlichem Gegenstand vorgelegt wurden	
Vorhersage gültigkeit	nur anwendbar, wenn sinnvolle Prognosen aus dem Datenmaterial abgeleitet werden können	
Konstrukt gültigkeit	Ist gekennzeichnet durch Kriterien wie zum Beispiel repräsentative Interpretationen und etablierten Theorien und Modellen	
Stabilität	erneute Anwendung des Analyseinstrumentes auf das Datenmaterial	**Reliabilität**
Reproduzier barkeit	meint den Aspekt, unter dem die Analyse bei anderen Umständen und Analytikern zu denselben Ergebnissen führt	
Exaktheit	Grad, zu dem die Analyse einem bestimmten funktionellen Standard entspricht. Voraussetzung sind Stabilität und Reproduzierbarkeit des Instrumentes	

(eigene Darstellung nach Krippendorff 1980, S. 158; Lisch 1978, S. 56ff.)

4.3.3 Induktive Kategorienbildung

Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird versucht, das gesamte Datenmaterial zu berücksichtigen und systematisch auf die zentralen Bestandteile zu reduzieren.

Aufgrund von Differenzierungen sowie der Eignung hinsichtlich der Fragestellung des Projektes, existieren verschiedene Analyseformen bezüglich qualitativ orientierter Textanalysen. Werden bei Textanalyseprozessen nur bestimmte, nach einem Definitionskriterium festzulegende Bestandteile berücksichtigt, handelt es sich um eine Art der *induktiven Kategorienbildung*. In Abgrenzung zur induktiven Kategorienbildung sind bei Explikationen Formen der *engen*[25] bzw. *weiten*[26] *Kontextanalyse* denkbar. Bei der Form der Strukturierungen werden die Untergruppen anhand formaler, inhaltlicher und skalierender Gesichtspunkte unterscheiden. Eine Gemeinsamkeit der verschiedenen Formen stellt das vorab festgelegte Hauptkategoriensystem *(deduktive Kategorienanwendung)* dar. Zentrale Eigenschaft ist die Differenzierung einer textgeleiteten (aufsteigenden) und einer schemageleiteten (absteigenden) Verarbeitung sowie das Ausarbeiten von Makrooperatoren der Reduktion (Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion, Bündelung). Das grundlegende Prinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist die exakte Festlegung der jeweiligen Abstraktionsebene, auf die das Material durch Einsatz der Makrooperatoren transformiert wird. Die Abstraktionsebene kann fortan schrittweise verallgemeinert werden, was die Zusammenfassung immer abstrakter erscheinen lässt (vgl. Mayring 2015, S. 69ff.). Abbildung 7 zeigt das Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse.

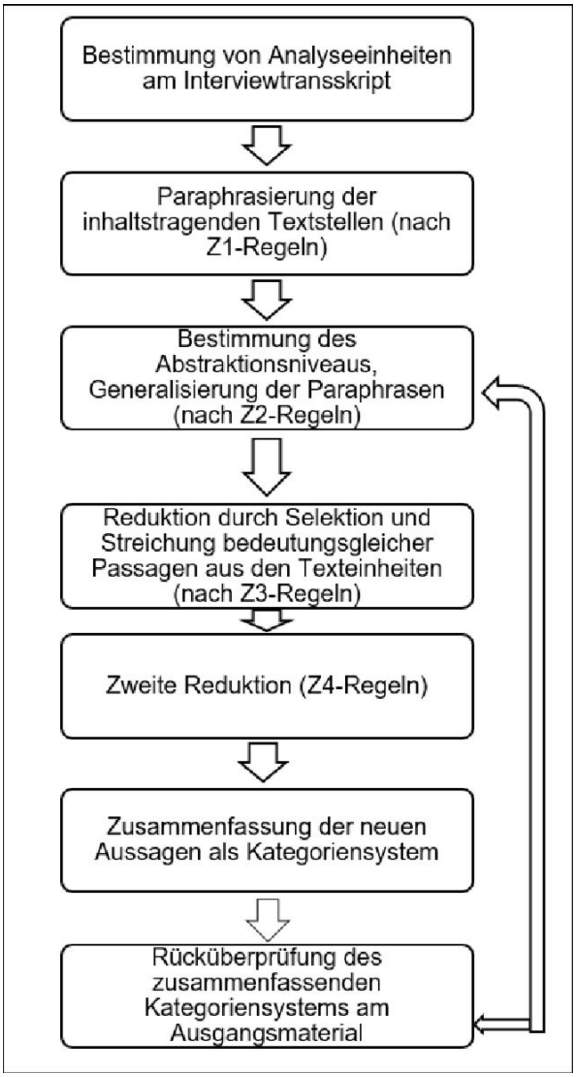
Auch für die induktive Kategorienbildung lässt sich das Modell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse einsetzen.

Ein elementarer Schritt der Inhaltsanalyse stellt der äußerst sensible Prozess der Kategorienbildung dar. Bei einer deduktiven Kategoriendefinition werden vorab durch theoretische Überlegungen Kategoriensysteme in einem Operationalisierungsprozess definiert.

[25] Erläuterung einer Textstelle auf den Textkontext hin
[26] weiteres Material über den Textkontext hinaus wird zur Explikation zugelassen (hermeneutische Interpretation)

Im Gegensatz zur deduktiven Vorgehensweise, leiten sich die Kategorien bei der induktiven Kategoriendefinition in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Datenmaterial ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen. Diesem Vorgehen wird eine große Bedeutung innerhalb der qualitativen Forschungsansätze zugeschrieben (vgl. Mayring 2002, S. 114ff.).

Abbildung 7: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

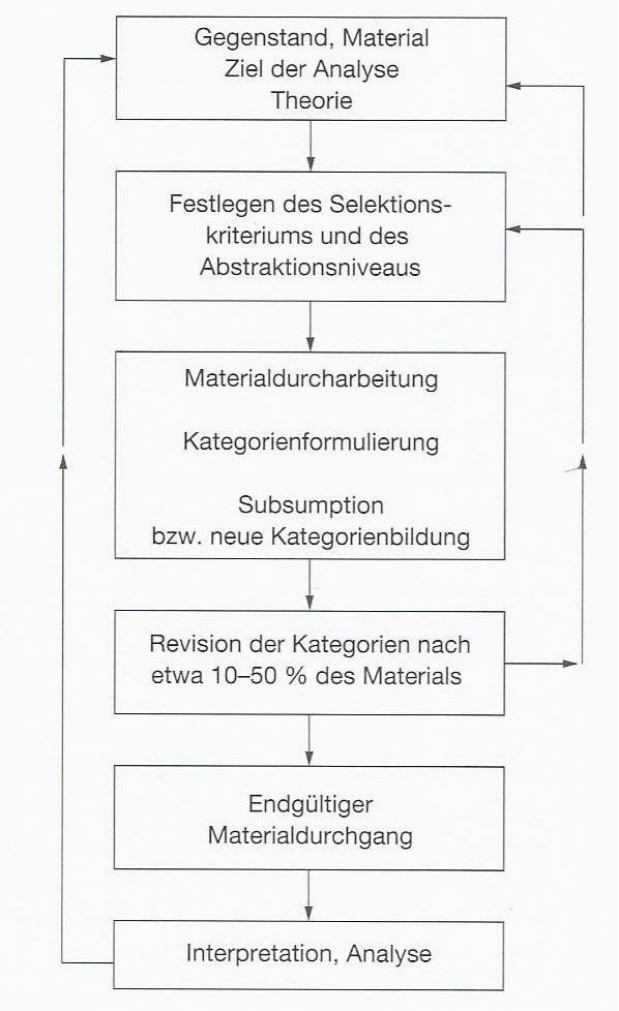


(Quelle: Mayring 2015, S. 70.)

Die induktive Vorgehensweise strebt nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen der Forschenden.

Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse kann der Prozess der Kategorienbildung systematisch beschrieben werden, da die gleiche Logik und reduktiven Prozeduren verwendet werden, die in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse eingesetzt werden.

Abbildung 8: Prozessmodell der Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung



(Quelle: Mayring 2015, S. 86)

Vor diesem Hintergrund, sowie dem Aspekt der rudimentären Erkenntnislage wurde die Methode der induktiven Kategorienbildung als Analyseschritt ausgewählt.

Darüber hinaus ist es zusätzlich möglich, Aspekte von Professionalität explorativ zu erschließen, sofern mit einer offenen Fragstellung in Kombination mit der induktiven Auswertungsmethoden gearbeitet wird (vgl. Wernet 2000, S. 19).

4.3.4 Datenanalyse mittels MaxQDA

In Abgrenzung zu quantitativen Auswertungsprogrammen ist es den qualitativen Datenauswertungsprogrammen (QDA) nicht möglich, sinnrekonstruierende Interpretationsergebnisse zu generieren. Daher muss dies weiterhin durch die jeweiligen Forscher selbst umgesetzt werden. Neben der hohen Nutzerfreundlichkeit von MaxQDA ist es möglich, eine qualitative Inhaltsanalyse unter Berücksichtigung der jeweils fallbezogenen Auswertung (Kategorienbildung, Kodierung, etc.) sowie der entsprechenden fallübergreifenden Analyse durchzuführen (vgl. Kuckartz 2009, S. 12ff.).

Daher wurde das Programm MaxQDA zur Auswertung des gewonnen Datenmaterials genutzt.

5 Ergebnisdarstellung

5.1 Darstellung der Fallvignette

Im folgenden Kasten 1 wird die Fallvignette aufgeführt, die den Interviewpartnern etwa drei bis fünf Werktage vor der geplanten Interviewsituation zugeschickt wurde. Dies diente in Vorbereitung auf das Experteninterview. Der Zeitraum, der gewählt wurde erschien als angemessen, um nicht unvorbereitet in die Gesprächssituation hineintreten zu müssen, jedoch auch nicht zu früh um weder wichtige Aspekte zu vergessen bzw. um keine hypothetischen Szenarien - im Sinne eines einstudierten Experteninterviews - im Vorfeld zu konstruieren.

Auch sollte die Struktur der Vignette hilfreich bei der Konstruktion eines eigenen Fallbeispiels für die Pflegenden dienen. Um eine erhöhte Bereitschaft in Hinblick auf eine gelingende Gesprächsvorbereitung zu erzielen, wurde den Pflegenden mitgeteilt, dass es ausreichend für die Interviewsituation wäre, wenn sie sich ihren Fall ggf. nur stichwortartig skizzieren, da das Gespräch ohnehin aufgezeichnet und anschließend transkribiert werden würde. Vor diesem Hintergrund konnte auch eine Arbeitsatmosphäre gewährleistet werden, die nicht durch etwaiges Nachschauen in den Notizen den Redefluss hätte beeinflussen können.

Kasten 1: Darstellung der Fallvignette

Fallbeispiel: Hr. Sommer (Name geändert)

Beschreibung des Erscheinungsbildes bei stationärer Aufnahme:
Herr S. (24 Jahre alt) kam notfallmäßig in Begleitung der Eltern zur stationären Aufnahme auf die Station. Die Eltern und der Patient schildern eine deutliche Veränderung der psychischen Verfassung. Er zeige eine ständige Unruhe, es wirke, als wenn er ständig etwas suchen würde.

Er wirke verwirrt, desorganisiert (ungleiches Paar Schuhe, Hemd schräg angezogen), sei in den letzten Tagen viel unterwegs gewesen, nach Aussage der Mutter "schwebe er über den anderen". Er schlafe nur noch ganz wenig, z. T. Veränderung des Tag-Nacht-Rhythmus. Könne sich kaum noch konzentrieren.

In sozialen Medien habe er verwirrende Infos an seine Cousine geschrieben. Man sei nun besorgt, dass dies auch von anderen entdeckt werden würde. Aus depressiven Vorphasen sind dem Pat. LÜG bekannt. Derzeit aber keine LÜG. Er fühle sich eher „über dem Strich“. Die Eltern beschreiben, dass er Kontakt zu Gleichaltrigen pflege, dabei von zwei Bekannten auch ausgenutzt werde in seiner Gutmütigkeit.

Bereits im Vorfeld der stationären Aufnahme waren Schlafstörungen und verminderter Appetit aufgetreten, dies war zu Beginn auch im stationären Rahmen auffällig.

Im Verlauf der stationären Behandlung besserte sich die Symptomatik unter Medikation deutlich. Ziele für Hr. S. waren die Wiederaufnahme von positiven Aktivitäten und Erhöhung der allgemeinen Anforderungen an ihn.

Beschreibung des Erscheinungsbildes im poststationären Setting:
Im Erstkontakt zeigt sich die Stimmung von Hr. S. merklich gedrückt, die Schwingungsfähigkeit war deutlich eingeschränkt.

Hr. S. berichtet vom Verlust von Interesse und Freude. Er ziehe sich häufig in sein Zimmer zurück. Hr. S. berichtet zunächst immer wieder von Gefühlen, dass er nichts könne und er quasi ein Versager sei.
Er fühle sich müde und schlapp und in seinen Gedankengängen haftend.

Hr. S. berichtet außerdem von einer stark eingeschränkten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit.

Soziale Anamnese

Vater: arbeitet als Betriebswirt in einem mittelständischen Unternehmen, habe einen guten Draht zu seinem Sohn.

Mutter: arbeitet als Lageristin, litt in der Schwangerschaft an Depressionen, wird als sehr fürsorglich beschrieben

Bruder (älter): lebt in Hamburg und arbeitet dort als Computeringenieur

Partnerschaft: bestand bisher bzw. besteht auch aktuell nicht.

Freundeskreis: eine geringe Anzahl an gleichaltrigen Freunden wird beschrieben, diese Kontakte seien jedoch intensiv.

Hobbys: Hr. S. ist leidenschaftlicher Messdiener und spielt in seiner Freizeit gerne Computer.

Wohnung und Finanzen: lebt aktuell noch bei den Eltern im Haus

Mobilität: besitzt einen Führerschein und kann sich innerhalb der Familie mit dem Auto abstimmen.

Behandlungsnetz: **Ambulanter Neurologe/Psychiater:** ja
Klinischer Psychiater: ja
Hausarzt: ja

NOTIZEN: Platz für Anmerkungen etc…

5.2 Beschreibung und Ablauf der Interviewsituationen

In Abgrenzung zu den theoretischen Ausführungen der Punkte 4.4.2 und 4.4.3 werden nun folgend die jeweilig dazugehörigen Textpassagen der Interviews aufgeführt. Hierbei werden ebenfalls die entsprechenden Vertiefungsfragen, die sich in der jeweiligen Situation ergeben haben aufgezeigt. Die leitfadengestützen Experteninterviews wurden in die drei Phasen Aufwärmphase, Hauptphase sowie Schlussphase aufgeteilt.

1. Aufwärmphase

Um eine angenehme Atmosphäre für die Interviewsituation gestalten zu können wurden in der Klinik Kaiserslautern entsprechende Räume zur Verfügung gestellt, die einen störungsfreien sowie konformen Umgang hinsichtlich der Hygienemaßnahmen bezüglich COVID 19 gewährleisteten.

Zu Anfang des Interviews wurden die Interviewpartner entsprechend empfangen. Der Forscher bedankte sich bereits eingangs für die freiwillige und aktive Mitarbeit bei den Interviewpartnern. Die Begrüßungsformel wurde sinngemäß bei allen Interviews eingesetzt. Es wurde explizit auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die forschungsethischen Prinzipien (Vertraulichkeit, Anonymität etc.) hingewiesen. Auch wurde es den Interviewpartner ermöglicht, zu jedem Zeitpunkt das Interview abzubrechen. Die Gesprächspartner wurden eingangs darauf hingewiesen, dass die Interviews mit einem Diktiergerät aufgezeichnet wurden. Im nächsten Schritt wurde dann mit der aktiven Befragung begonnen. In einer Interviewsituation wurde eingangs explizit auf die Unterschiede zum stationären Setting hingewiesen, weshalb sich direkt eine Vertiefungsfrage hinsichtlich der Unterschiede von stationärem und ambulanten Arbeiten anschloss.

Die Inhalte des Leitfadens werden der besseren Lesbarkeit halber in tabellarischer Form dargestellt und nach den jeweiligen drei Phasen der Interviews aufgeteilt.

Tabelle 8: Inhalte des Interviewleitfadens der Aufwärmphase

Interviewphase	Intention	Fragen
Aufwärmphase Ziel: potentielle Lockerung der Atmosphäre	Gesprächseinstieg	Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit am Interview. Ich habe einen Fall aus der Praxis mitgebracht, den ich gerne mit Ihnen besprechen würde. In diesem Fall sind unterschiedliche Merkmale aber keine Pflegediagnosen aufgeführt, am ehesten Pflegeprobleme. Bei dem Patienten liegt ein krankheitsbedingtes dysfunktionales Verhalten vor, welches schon durch diese Merkmale auch beschrieben wird. Aus diesem Grund möchte ich Sie nun fragen, welche Merkmale Ihnen in dem Fallbeispiel aufgefallen sind, die in Ihrer täglichen Arbeit für sie wichtig sind; also perspektivisch, wie sich die Arbeitssituation mit Herrn Sommer gestalten würde. Deshalb würde ich im ersten Schritt gerne gemeinsam mit Ihnen erörtern, wie sie mit Herrn Sommer bisher verfahren würden und in einem nächsten Schritt dann herausfinden, wie sich dies unter Zuhilfenahme der Intervention Verhaltensaktivierung gestaltet.
	Einstellung und Ziele der aufsuchenden Tätigkeit erfassen	Bevor wir in die Fallarbeit einsteigen, wollte ich quasi zum warm werden noch Ihre Meinung wissen, was nach ihrem Verständnis ambulante bzw. aufsuchende psychiatrische Pflege bedeutet. **Vertiefungsfrage:** wie unterscheidet sich das [Vorgehen] zum stationären Setting?
	Berufliches Selbstverständnis verstehen	Wie ist dabei ihr berufliches Selbstverständnis? Wie sehen Sie sich in ihrer Rolle?

2. Hauptphase

Die Fragen in der Hauptphase konzentrierten sich dann auf die Fallvignette. Diesbezüglich wurden Fragen gestellt, um die im Fall integrierten Pflegeprobleme (in der Interviewsituation auch pflegerische Aspekte oder Merkmale genannt) durch die Interviewpartner identifizieren zu lassen. Ziel hierbei war es, die für die Pflegenden relevanten Aspekte im Sinne der Krankheitsbeobachtung zu eruieren und weniger den Fokus auf eine korrekte psychopathologische Diagnostik des Krankheitsbildes durchzuführen.

Darüber hinaus sollte eruiert werden, wie sich die alltägliche Arbeitssituation gestaltet, nachdem die pflegerelevanten Aspekte identifiziert wurden.

Im weiteren Verlauf wurden auch Fragen zu einer potentiellen Veränderung des jeweiligen beruflichen Selbstverständnisses durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung gestellt.

Tabelle 9: Inhalte des Interviewleitfadens der Hauptphase

Interviewphase	Intention	Fragen
Hauptphase Ziel: Ermittlung der Erkenntnisinteresse	Erfassung der pflegerischen Merkmale in der Fallvignette	Wenn wir uns das Beispiel von Herrn Sommer anschauen, was würden Sie sagen, fällt Ihnen an pflegerischen Aspekten ins Auge? Wenn wir uns jetzt den Fall von Herrn Sommer anschauen, welche Merkmale sind für Sie relevant? Wenn wir uns jetzt den Fall Sommer anschauen, welche Merkmale sind für Sie wichtig in Ihrer täglichen Arbeit? Welche pflegerischen Aspekte sind Ihnen ins Auge gefallen? **Vertiefungsfrage:** gibt es denn in dem Fall Sommer noch Dinge, die für sie wichtig wären?
	Beschreibung der alltäglichen Arbeitsweise (treatment as usual)	Wenn Sie Herrn Sommer jetzt in Ihrem beruflichen Kontext kennen lernen, was machen Sie dann als Erstes?

		Wenn Sie ihn nun zum ersten Mal kennen lernen, wie würden Sie mit ihm verfahren? Was würden Sie nun tun bei einem ersten Kennenlernen? Was wäre für Sie nun wichtig im ersten Kontakt mit Herrn Sommer? und wie sehen Ihre Interventionen dann aus? **Vertiefungsfragen:** Wie gestaltet sich dieser Beziehungsaufbau? Wenn ich kurz dazwischenfragen darf, Was passiert denn, wenn es nicht so reibungslos funktioniert? Was kommt dann nach dem Beziehungsaufbau? Wenn ich mal so offen fragen darf, über was wir dann gesprochen? Sie haben gesagt, Sie sprechen nicht gleich über Krankheit. Ab wann wird denn über Krankheit gesprochen? noch mal zum Verständnis für mich, das ist aber ihre individuelle Vorgehensweise? Wie zeigt sich diese Unterstützung?
	Frage nach Notwendigkeit psychotherapeutischer Kompetenzen	jetzt gibt es aus der Literatur Hinweise, dass im aufsuchenden Setting auch therapeutische Kompetenzen benötigt werden. Wie sehen Sie das? jetzt gibt es Hinweise aus der Fachliteratur das ein Stück weit psychotherapeutische Kompetenzen im aufsuchenden Setting der psychiatrischen Pflege vermisst werden. Wie stehen Sie dazu?

		Vertiefungs-/Verständnisfrage: Und wie unterscheidet sich ihr Arbeitsauftrag zu dem des Psychotherapeuten?
	Identifikation des Pflegeprozesses	Gibt es denn auch einen Pflegeprozess, der durchlaufen wird? Sie haben von Maßnahmen gesprochen. Woher kommen diese Maßnahmen? geschieht dies spontan oder gibt es da eine Struktur, an der man sich entlang hangeln kann? gibt es denn auch gezielte Maßnahmen, die sie dem Patienten vorschlagen? und wie verfahren Sie denn nachdem sie die Probleme gesammelt haben? Wie planen Sie dann ihre Handlungen? **Vertiefungsfrage:** Wie können Sie denn überprüfen ob die Maßnahme geeignet ist? und findet auch eine Art Priorisierung statt? Und wer gibt die Ziele vor? **Verständnisfrage:** also habe ich das richtig verstanden, dass Sie mit ihrem Patienten besprechen, wo er Unterstützungsbedarf sieht und versorgen ihn mit einer Maßnahme, die in dem Moment für Sie geeignet erscheint?
	Merkmale im Umgang mit Verhaltensaktivierung	Wie würde eine Vorgehensweise wie Verhaltensaktivierung, die ja auch in der Psychotherapie eingesetzt wird bei Ihnen ablaufen? **Vertiefungsfrage:** Meine Frage richtet sich eher nach dem Einsatz der Intervention Verhaltensaktivierung. Warum würden Sie dies einsetzen?

		Wenn Sie dies jetzt mit Herrn Sommer durchführen würden, wie würde sich das gestalten? Was haben Sie denn für einen Fall gebracht? Interessant wäre auch für mich warum sie ausgerechnet diesen Fall ausgesucht haben. und was ist die Idee hinter dem Einsatz dieser Intervention?
	Feststellen von potentiellen Unterschieden zur bisherigen Arbeitsweise	Wenn Sie die Intervention der Verhaltensaktivierung mit ihrer aktuellen Arbeitsweise vergleichen, wie unterscheidet sich dies voneinander? Inwiefern unterscheidet sich ihre aktuelle Vorgehensweise zu einer strukturierten Vorgehensweise wie beispielsweise der Verhaltensaktivierung? Wie würde es sich von ihrer bisherigen Arbeitsweise unterscheiden? Wie unterscheidet sich denn die modularisierte Vorgehensweise der Verhaltensaktivierung zu ihrer jetzigen Arbeitsweise? und wie würde sich die Art und Weise zum jetzigen Pflegeprozess unterscheiden?
	Sichtbarmachen einer strukturierten Arbeitsweise	Gibt es denn Ihrer Ansicht nach Punkte, die nicht praktikabel sind in diesem Manual? wie wäre denn die Umsetzung der Verhaltensaktivierung? wie würde es sich gestalten, wenn sie die Intervention der Verhaltensaktivierung mit ihr durchführen würden?

		Wenn wir uns jetzt die Verhaltensaktivierung anschauen, wie würde sich das mit Herrn Sommer gestalten? Vielen Dank. Jetzt haben wir lange über meinen Fall gesprochen. Was haben Sie denn für einen Fall vorbereitet? Und auch warum haben sie den Fall ausgesucht. Das wäre sehr interessant für mich. Okay. Das ist sehr interessant was sie da gerade erzählen mit den Bausteinen, die sie für sich nutzen. Können Sie das noch weiter ausführen? Wie würde es sich gestalten, wenn sie die Intervention der Verhaltensaktivierung durchführen würden? Gäbe es denn Punkte, die nicht praktikabel sind die man dann wegrationalisieren könnte?
	Gemeinsame Reflexion der umgesetzten Handlungsoptionen	Sie hatten vorhin erwähnt, dass Ihnen als Neuling mal ein zwei Fehler passiert sind. Wie würden Sie sich in ihrem aktuellen beruflichen Standing einordnen? denken Sie eher Sie sind so fortgeschritten oder erfahren oder ein Experte? Ist es möglich, dass der ein oder andere Inhalte dieser manualisierten Intervention bei Ihnen jetzt schon zum Einsatz kommen? Gäbe es denn Nachteile, wenn man diese Intervention jetzt so einsetzen würde? Gibt es denn auch Punkte wo sie sagen, das wäre gar nicht praktikabel? Gibt es denn sonst Hindernisse, die ich gerade nicht berücksichtige?

		Und entscheiden Sie dann oft spontan was Sie machen? Und wie entscheiden Sie was sie den Patienten an die Hand geben?
	Identifikation einer möglichen Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses	Würde sich denn etwas an ihrem beruflichen Selbstverständnis ändern? Würde sich durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung etwas an Ihrem beruflichen Selbstverständnis ändern?

3. Schlussphase

Zum Ende der Interviewsituation wurde den Befragten noch die Möglichkeit gegeben, sich zu Themen zu äußern, die möglicherweise nicht explizit angesprochen wurden bzw. ihrerseits Anmerkungen zu geben, die nicht berücksichtigt wurden. Weiter wurde sich für die freiwillige Teilnahme sowie die durchweg angenehme Atmosphäre in den jeweiligen Gesprächssituationen bedankt.

Tabelle 10: Inhalte des Interviewleitfadens der Schlussphase

Interviewphase	Intention	Fragen
Schlussphase Ziel: Möglichkeit zur Reflexion des Interviews	Anmerkung fehlender Gesprächsinhalte	Gibt es denn noch etwas, dass sie loswerden wollen?
	Möglichkeit zu Nachfragen	Sehen Sie auch Nachteile in dieser manualisierten Vorgehensweise? Warum ist es für Sie gut solch ein Werkzeug zu haben?
	Verabschiedung und Bedankung für die Teilnahme	Ja dann vielen Dank das Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben.

5.3 Exemplarische Darstellung eines Interviewtranskriptes

Im Folgenden wird in Kasten 2 anhand eines durchgeführten Interviews eine komplette Transkription eines Interviews abgebildet. Um eine gute Lesbarkeit zu gewährleisten, wurde an dieser Stelle auf die Darstellung der üblicherweise fortlaufenden Zeilennummerierung im Transkript verzichtet.

Kasten 2: Exemplarische Interviewtranskription

Interview Herr Müller (Name geändert)

Interviewer: I Befragter: B

Interviewer: Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit am Interview. Ich habe einen Fall aus der Praxis mitgebracht, den ich gerne mit Ihnen besprechen würde. In diesem Fall sind unterschiedliche Merkmale aber keine Pflegediagnosen aufgeführt, am ehesten Pflegeprobleme. Bei dem Patienten ist ein krankheitsbedingtes dysfunktionales Verhalten vorbeschrieben, die schon durch diese Merkmale auch beschreiben werden. Aus diesem Grund möchte ich Sie nun fragen, welche Merkmale Ihnen in dem Fallbeispiel aufgefallen sind, die in Ihrer täglichen Arbeit für sie wichtig sind; also perspektivisch, wie sich die Arbeitssituation mit Herrn Sommer gestalten würde.
Deshalb würde ich im ersten Schritt gerne gemeinsam mit Ihnen erörtern, wie sie mit Herrn Sommer bisher verfahren würden und im nächsten Schritt dann unter Zuhilfenahme der Intervention Verhaltensaktivierung (kurze Pause).

Befragter: Ok.

I: Bevor wir in die Fallarbeit einsteigen, wollte ich quasi zum warm werden noch Ihre Meinung wissen, was nach ihrem Verständnis aufsuchende psychiatrische Pflege bedeutet.

B: ja also gut… Grundsätzlich sollte ja das oberste Ziel sein, dass man stationäre Aufenthalte reduziert oder wenn es geht vermeidet und halt Alltagsbegleitung (…) um den Leuten den Alltag zu erleichtern und halt die Probleme die es anzupacken geht, anzupacken.

I: und wie ist dabei ihr berufliches Selbstverständnis? Wie sehen Sie sich in ihrer Rolle?

B: was meinen Sie genau?

I: ich meine als diesen Alltagsbegleiter, der versucht Klinikaufenthalte zu reduzieren oder zu verhindern.

B: also ich sehe das als sehr positiv. Also auch was meine Erfahrung in den letzten zwei Jahren angeht muss ich sagen, dass ich meine Arbeit toll finde. Und die Erfahrungen sind auch durchweg positiv. Man kann es zwar nicht immer vermeiden, dass irgendetwas passiert aber so alles in allem finde ich, dass es sehr gut funktioniert.

I: d.h. dass die Leute weniger ins Krankenhaus müssen?

B: ja genau

I: wenn wir uns jetzt das von Beispiel von Herrn Sommer anschauen, was würden Sie sagen was ihnen an pflegerischen Aspekten ins Auge gefallen ist.

B: also als erstes, was die Symptome angeht, würde ich sagen, scheinen das ja überwiegend Negativsymptome zu sein und es ist halt noch fraglich ob noch irgendetwas wahnhaftes mit drin wäre, weil ja auch drin steht, dass er noch verwirrende Nachrichten an seine Cousinen geschrieben hätte. Dann wäre das ja auch nicht ganz auszuschließen. Aber alles in allem wird das wohl schon eine depressive Störung sein bei ihm. Das war ja auch im Vorfeld schon beschrieben.

I: wenn sie Herrn Sommer jetzt in Ihrem beruflichen Kontext kennen lernen, was machen Sie dann als Erstes?

B: ja, (schnauft) jetzt hauptsächlich die Symptome, die er zeigt im poststationären Setting (…) würde ich erst mal mit ihm besprechen was noch aktuell ist, und eine Prioritätenliste aufstellen was ihn am meisten belastet. Und dann halt versuchen, da irgendwie etwas dagegen zu machen. Also zu verbessern. Keine Ahnung. Also wenn wir jetzt mal zu der Negativsymptomatik zurückgehen, dann würde ich vielleicht als erstes versuchen, eine Tagesstruktur zu finden oder zu besprechen. Gerade was den Schlaf-Nacht-Rhythmus angeht und Konzentrationsschwächen das kann man auch angehen.

I: was genau fällt unter den Begriff der Negativsymptomatik und was kann man dagegen machen? Wie kann ich mir das vorstellen?

B: also man sagt ja eigentlich alles was vom Normalverhalten abweicht, also dass der Schlaf weniger wird und (…) Ähm, dass sich die Konzentration verringert und der Appetit weniger wird … das wären so Negativsymptome und ich denke ja auch dass die durch eine geeignete Medikation verschwinden würden. Aber falls es da noch Probleme mit dem Antrieb geben würde, könnte man versuchen noch etwas Struktur reinzubringen, weil sich das ja auch positiv auf den Schlaf-Wach Rhythmus auswirken könnte.

I: Sie hatten den Versuch der Beseitigung von Negativsymptomen erwähnt wie genau kann ich mir das vorstellen?

B: gute Frage (lacht) (…) (Schnauft) da muss ich mal überlegen. Man müsste halt schauen, was nach der medikamentösen Einstellung noch übrig bliebe an Negativsymptomen.

I: Sie hatten erwähnt, dass sie einzelne Probleme noch priorisieren wollten. Könnten Sie das mal für mich durchspielen?

B: ja wenn er jetzt zu mir beispielsweise noch sagt er hat Probleme seinen Tag zu strukturieren dann würde man halt versuchen (…), also was ich halt gerne mache sind Wochenpläne erstellen, dass wir den so grob durchstrukturieren können und dann auch eben meine Termine so ein zu bauen (…) Dass man versucht, dass er sich eben auch daran hält. Also was ich dann auch beispielsweise gerne mache ist, dass ich bei solchen Leuten meinen ersten Termin ganz früh morgens lege, dass der Patient dann eben auch raus muss. Zumindest mal an dem Tag. Ich meine ich kann es ja nicht täglich durchführen. Aber dass man halt versucht, dass sie so den Tagesplan einhalten können. Das würde ja dann auch hierzu passen (Zeigt auf den Arbeitsordner mit Verhaltensaktivierung!). Das mache ich eigentlich ganz gern und das gefällt den Leuten auch, wenn sie dann etwas vor sich haben. Und das geht man dann zusammen durch.

I: das heißt man sitzt dann zusammen mit dem Patienten und arbeitet das Material durch? Oder überlegt was man ändern könnte?

B: Ja, man überlegt halt was sie in der Woche zu tun haben und versucht das dann irgendwie in einen Wochenplan oder Stundenplan einzufangen. Dass sie sich dann zumindest grob dranhalten.

I: Und wird das dann immer wöchentlich oder täglich besprochen?

B: naja also bei jedem Termin dann. Normalerweise einmal pro Woche und dann wird die vergangene Woche durchgesprochen, was funktioniert hat und wo es Probleme gab. Und dann kann man ja irgendwie noch mal anpassen, also neu.
Kleine Pause (4 Sekunden)

I: jetzt gibt es aus der Fachliteratur Hinweise, dass man unterschiedliche Kompetenzen im aufsuchenden Setting benötigt und eine Kompetenz, die so ein klein wenig vermisst wurde war die therapeutische Kompetenz. Wie sehen Sie diese Einschätzung? Kann ich mir das so vorstellen, dass auch psychotherapeutische Interventionen im aufsuchenden Setting durchgeführt werden?

B: also ich würde sagen, dass das aktuell eher weniger der Fall ist. Speziell im ACT sind wir ja auch multiprofessionell unterwegs, d.h. die Ärztin ist dann auch manchmal vor Ort oder die Leute kommen für psychologische Gespräche in die Klinik. Und vorher in StÄB war es ja auch so, dass wir eine Psychologin mit im Team hatten.

I: gibt es für Sie denn so etwas wie einen Plan, den sie konkret verfolgen mit dem Patienten? Oder entscheiden Sie sich spontan?

B: ja schon. Eher spontan. (…) Also so in der Regel fahr ich damit ganz gut. Ich meine man kennt ja auch die meisten Leute. Die sind ja schon stationär bekannt. Oder man guckt sich sowieso die Vorgeschichte an und dann kann man sich ja auch schon ein bisschen drauf vorbereiten. Zum Beispiel die Patientin, die ich jetzt für nachher ausgesucht habe, die kenne ich jetzt schon Jahre. Von daher ist die Geschichte auch klar und das Vorfeld ist auch klar und ich weiß was zu machen ist dann.

I: wenn man jetzt so weggeht von der spontanen Handhabung der Arbeitsweise und hin geht zu einer strukturierten Form wie es beispielsweise die Verhaltensaktivierung ist wie läuft das ab, wenn Sie das mit den Patienten durchführen?

B: (…) mmhhh. Das ist eine gute Frage. (Stockt etwas im Redefluss) Ich stelle mir das so vor, dass man dann auch viel am Tisch zusammensitzt und dann einfach das Programm durchgehen muss. Das bleibt ja nicht aus am Anfang. Das würde sich dann schon zu meinen jetzigen Terminen

ändern. Im Moment versuche ich ja hauptsächlich die Leute raus zu bekommen, gerade wegen Corona… Das wäre dann ja erst mal nur noch eingeschränkt möglich, denn man müsste ja schon mit den Leuten zusammensitzen und das alles durchsprechen. Also was aber ja auch nicht schlimm ist. Weil, ich bin ja schon ein Freund von Struktur, das muss ich schon sagen. Von daher geht es für mich schon klar (…) es ist tatsächlich so das ich sehe, dass wir keine Struktur haben. Es ist einfach so (gestikuliert den Nachdruck mit den Armen). Es passiert halt viel auf Erfahrung oder hauptsächlich auf Erfahrung und das muss ja nicht schlecht sein, aber Struktur ist eben auch nicht verkehrt. Ich meine das ist ja auch nicht für jeden Patient geeignet. Aber eben vor allem bei depressiven Patienten finde ich das echt gut muss ich sagen.

I: in welchen Bereichen unterscheidet sich das strukturierte Vorgehen von dem unstrukturierten Vorgehen?

B: (schnauft) (Pause) man kann das halt viel besser überprüfen (Pause) das ist in meinen Augen der größte Pluspunkt. Man hat dann einfach mehr Kontrolle. Und man hat einfach alles zusammen auf was man achten sollte (…) Also das wären für mich so die Hauptunterschiede.

I: gibt es auch Punkte in diesem Manual wo sie sagen das wäre nicht praktikabel?

B: (denk nach) (nimmt den Zettel mit dem Überblick der einzelnen Module) wenn ich das jetzt so kurz überfliege (Pause) nein das würde ich eher nicht sagen, das find ich alles sinnvoll.

I: und wie unterscheidet sich das zur bisherigen Arbeitsweise?

B: (schnauft) gute Frage (Pause) Das ist schwer zu sagen, weil ich es jetzt in der Praxis auch noch nicht so angewendet habe.

I: wenn sie jetzt mal hypothetisch überlegen wie sie Herrn Sommer begegnen, wenn er ihr Klient wäre, wie würde sich das gestalten? Oder gebe es da irgendwelche Hindernisse, an die ich momentan nicht denke?

B: also ich denke einen Patienten, den man kennt oder der dich dann eben auch kennt, das wäre kein Problem. Da ist das Verhältnis ja auch schon etwas anders, etwas vertrauenswürdiger. Und das würde dann auch funktionieren. Vielleicht wäre es auch etwas komisch für die

Patienten, weil sie das auch nicht so kennen, aber wenn man das mit denen so durchgeht dann würden die auch den Sinn dahinter verstehen.

I: Sie hatten von einigen Vorteilen berichtet wie beispielsweise der Struktur, gibt es denn Ihrer Ansicht nach auch Nachteile?

B: Mmmmh, gut Nachteile jetzt vielleicht eher nicht, aber wenn es denn spontan zu irgendwelchen Krisen kommt dann müsste man ja schon von dem Konzept abweichen. Aber gut. Ein Nachteil wäre jetzt auch übertrieben glaube ich. (Pause) man hat halt diese Struktur und kann schlecht abweichen. Und wenn halt etwas Unvorhergesehenes passiert dann muss man eben reagieren. Das würde ja auch kein Problem darstellen, wenn man es kurz unterbricht und nach zwei oder drei Wochen fortführt. (Längere Pause). Ja.

I: gibt es noch irgendwas, dass ich übersehen haben könnte oder zu dem sie sich noch äußern wollen?

B: nein. Da würde mir jetzt nichts dazu einfallen...

I: würde sich denn in ihrem beruflichen Selbstverständnis etwas ändern?

B: also an den Zielen der APP würde sich ja nichts ändern. Aber ich würde schon behaupten, man hätte ja ein zusätzliches Werkzeug und ich denke das ist immer hilfreich. Also dümmer wird man davon nicht (lacht laut). Aber wenn man ja zusätzlich noch was zur Hand hat kann das ja nie schädlich sein. Klar ist das jetzt am Anfang ungewohnt aber ich denke, wenn man das ein paarmal gemacht hat und sich die Routine eingestellt hat denke ich schon, dass das gut funktionieren wird.

I: Ja vielen Dank. Sie hatten erwähnt, dass sie auch einen Fall vorbereitet haben. Der würde mich jetzt auch interessieren.

B: (stellt den Fall mündlich vor) Das ist die Frau Müller (Anmerkung: Name geändert) eine Patientin mit einer depressiven Störung. Ihr Sohn ist 2018 bei einem Autounfall ums Leben gekommen. Und dann hat das auch begonnen bei ihr mit der depressiven Symptomatik, auch mit der Negativsymptomatik, Lebensüberdrussgedanken; teilweise auch massiv. Das erste Dreivierteljahr oder Jahr war sie dann hier fast komplett stationär in der Klinik gewesen. Es wurden dann auch viele Medikamente ausprobiert, klar, und dann wurde sie entlassen und in das StÄB Programm mit aufgenommen. Sie war damals eine der ersten Patienten.

Sie wurde dann von mir im ambulanten Setting betreut. Das ging dann auch eine Zeit lang ganz gut muss ich sagen; zwischendurch hatte sie zwar einen Rückfall wo sie einfach noch mal schlechter wurde. Als Grund konnte man da eigentlich sagen, dass es der Todestag des Sohnes war. Da wurde sie dann noch mal schlechter und war dann auch noch mal stationär gewesen. Dann wurde sie schon größtenteils stabil ins häusliche Umfeld entlassen. Und erhielt dann eine ambulante Betreuung durch uns. Dann ich glaube so Mitte letzten Sommers, die Stimmung war eigentlich stabil und sie war ausgeglichen, kam es zu Konflikten in ihrem sozialen Umfeld. Genauer gesagt mit ihrer Vermieterin. Sie hatte sie immer sehr unterstützt und ihr auch beim Einkaufen geholfen. Sie wohnt unten im Haus und die Vermieterin oben im Haus (…) und ist wohl nicht ganz so eine leichte Persönlichkeit. Ach ja sie hatte sie auch immer mal wieder zum Friseur gefahren und hat sich auch so ein bisschen von ihr einspannen lassen. Es kam aber wohl nichts zurück so in Form von Dankbarkeit. Eher teilweise ablehnend und damit konnte sie halt schlecht umgehen. Daraufhin wurde sie auch noch mal schlechter und hat dann auch einen Suizidversuch unternommen (Pause 4 Sekunden). Ich weiß jetzt nicht mit welcher Konsequenz letztendlich aber sie hatte viele Medis genommen und wir hatten an dem Tag einen Termin vereinbart. Sie hatte allerdings nicht reagiert und dann ist eine Kollegin am nächsten Tag noch mal vorbei. Dann hatte sie ihr die Tür geöffnet und ihr gesagt, dass sie einige Tabletten genommen hätte. Daraufhin kam sie noch mal stationär. Dann wurden die Medikamente noch mal angepasst und jetzt im Januar wurde sie entlassen. Seither ist sie auch stabil. Heute Morgen hatte ich zufällig Kontakt zu ihr zwecks Blutkontrolle. Soweit geht es ihr gut. Sie hatte ja auch eher Angst oder war ablehnend gegenüber dem Klinikaufenthalt; aber sie hatte in der Vergangenheit auch eher Schwierigkeiten mit dem Personal und den Therapeuten. Deshalb wollte sie nicht ins Krankenhaus gehen. Und, ja, ich muss sagen, ich musste da auch etwas intervenieren und hatte sie ein klein wenig gedrängt zu ihrem Klinikaufenthalt, wobei gedrängt ist ein schlechtes Wort, eher ein bisschen in die Richtung geführt, dass es vielleicht besser wäre im stationären Setting. Und daraufhin konnte sie sich auch gut einlassen.

I: warum haben Sie sich genau diesen Fall ausgesucht?

B: zum einen kenne ich sie schon ganz gut zum anderen passt es von meinem Verständnis her auch gut vom Krankheitsbild. Das war jetzt so eigentlich der Grund.

I: (Nachfrage) Sie meinen für den Einsatz von Verhaltensaktivierung?

B: (nickt)

I: und was erhoffen Sie sich von dieser Intervention?

B: man kann ihr vielleicht ja auch damit etwas an die Hand geben, wo sie sich daran orientieren kann und auch gerade was so ein Krisenplan angeht (…) das sind auch Themen, die ich mit ihr schon besprochen hatte, was ich auch ganz wichtig finde. Und, ähm, ja halt so Frühwarnzeichen und so. Weil das ist bei ihr halt doch schon relativ klar. Dieses hoch und ab (…) Und ich denke, wenn sie da etwas hätte wo sie sich daran orientieren könnte würde ihr das mit Sicherheit auch sehr helfen. Im Moment bräuchte sie es vielleicht nicht, aber ich weiß ja auch nicht ob sie ewig stabil bleibt.

I: Warum sind für Sie die Frühwarnzeichen und dieser Krisenplan wichtig?

B: naja ich denke die sollten ja für uns alle wichtig sein, oder? Ich denke je früher man die Krise erkennt desto früher kann man eben reagieren (Pause). Das war ja bei ihr auch der Fall. Ich konnte das ja beobachten wie es ihr schlechter ging. Das merkt man bei ihr immer relativ gut. Also wenn sie eine gute Phase hat dann ist sie fast schon submanisch und man merkt halt bei ihr rapide wie sich die Stimmung verschlechtert. Und sie dann in die Depression rutscht. Ich glaube aktuell geht die Ärztin sogar von einer bipolaren Störung aus.

I: Sie hatten erwähnt man kann gut beobachten wie „sie schlechter“ wird (Anführungszeichen werden mit Händen imitiert). Woran merkt man das?

B: Ei, man merkt halt, dass die Stimmung schlecht wird, bei ihr wird der Antrieb schlecht. Sie bekommt gar nichts mehr auf die Reihe und geht auch eben nicht mehr aus dem Haus. (…) So die klassischen Symptome einfach halt.

I: Und aus diesen Gründen finden Sie den Einsatz der Verhaltensaktivierung geeignet?

B: ja genau! Damit könnte man dem entgegenwirken. Und auch was die Mitarbeit angeht, da ist sie sehr compliant. Deshalb denke ich, dass es mit ihr sehr gut zu machen wäre.

I: Gibt es denn sonst noch etwas was wir möglicherweise vergessen haben?

B: dann müsste ich kurz nachdenken. Nein eigentlich nicht.

I: Und dürfte ich vielleicht doch noch kurz nachfragen wie ich mir das vorstellen kann, wenn sie das mit Frau Müller durcharbeiten?

B: ja gut, am Anfang würden wir uns zusammensetzen und ich würde ihr erklären was auf sie zukommt und auch die Vorteile nahebringen und ich denke, dass sie da auch nicht abgeneigt wäre und den Sinn dahinter verstehen würde. Sie hatte halt auch schon viel erlebt und auch viel auf Station mitgemacht. Und deshalb denke ich auch schon, dass sie sich dafür interessieren würde. Und in den wöchentlichen Kontakten könnte man dann alles besprechen und bei Bedarf etwas anpassen.

I: Unterscheidet sich dies zum bisherigen Pflegeprozess, der durchgeführt wird?

B: ja gut momentan sind wir eben viel draußen, wenn es das Wetter zulässt und schauen was so ansteht also halt einfach strukturlos aber momentan gibt es auch nicht so viel was dringend besprochen werden muss, weil sie eben stabil ist.

I: Dann bedanke ich mich herzlich Für Ihre Zeit.

B: alles klar. Gern gemacht.

Anmerkung: Nach dem Ausschalten des Diktiergerätes fragte der Interviewpartner noch bei dem Interviewer nach, ob dieser nun schockiert sei, nachdem er offensichtlich nun wisse, dass das pflegerische Handeln so unstrukturiert und mutmaßlich planlos in der Praxis umgesetzt werde. Der Interviewer antwortete, dass es nicht darum ginge, das Handeln zu bewerten, sondern vielmehr die aktuellen Situationen erfassen zu können, um daraus potentielle Handlungsmuster beschreiben zu können. Der Interviewpartner stimmte zu, dass diese Aussage noch in der Datenauswertung verwendet werden dürfe.

5.4 Darstellung der induktiv gebildeten Kategorien und Codes

Das Ziel lag ähnlich wie bei einer Dokumentenanalyse auf der Erforschung des methodischen Instrumentariums, in der versucht wurde, die Implikationen unterschiedlicher Gestaltungsformen sowie Darstellungsstrategien zu veranschaulichen. Die Identifikation der durch diesen Prozess sich ergebenden markanten Spuren soll Schlussfolgerungen über Aktivitäten, Absichten und Erwägungen liefern (vgl. Wolff 2017a, S. 502ff.). Vor diesem Hintergrund wurden die Transkripte mehrfach durchgearbeitet und die einzelnen Codes expliziert. Im Anschluss daran wurden diese Codes in Unterkategorien eingeteilt. Tabelle 11 zeigt die einzelnen Hauptkategorien mit den dazugehörigen Codes aus den Interviews.

Tabelle 11: Hauptkategorien und Interviewcodes

Kategorien	**Codes**
Behandlungskonzept (prozessorientiert)	- Evaluation - Handlungsoptionen - Intuition - Krankenbeobachtung - Krisenplanung - Orientierung - Planen und Monitoring - planmäßiges Vorgehen - Priorisierung - Sicherheit - Struktur - Werkzeug - Wissenstransfer - Ziele
Behandlungskonzept (fallbezogen)	- Alltagstraining - Evaluation - Flexibilität - Individualität - Interventionen - Orientierung - persönlicher Stil - Prävention - Psychoedukation - Routine - Spontanität

	- Struktur
Berufliches Selbstverständnis	- Alltagsnähe - Gaststatus - Hilfestellung - Kompetenzerweiterung - pflegerische Identität - Prävention - professionelle Beziehung - Vermeidung Krankenhaus - verschiedene Rollen - Wissenserwerb und psychiatrische Kompetenzaneignung
Patientenbegegnung	- Adhärenz - Begleitung - Beziehung - Empathie - gleiche Augenhöhe - Lebensbegleitung - Respekt - Ressourcenförderung - Sicherheit - Unterstützung - Vertrauen
Multiprofessionalität	- Abgrenzung PT vs APP - Alltagspraktisches Training - APP = LI-CBT / APP ≠ HI-CBT - Interprofessionell - Koordination - Netzwerk - SDM - verlängerter Arm - Vermittler
Lebenswelt	- Introspektionsfähigkeit - Koordination und Netzwerk - Neutralität - soziales Umfeld - Vermittler
Rahmenbedingungen	- Anlassbezug - Bausteine - Kein Druck auf Patienten - Ortswechsel - Praktikabilität - Zeitdruck
Handlungs-operationalisierung	- Erfahrung und psychiatrische Kompetenzen - Wissen - Nicht Verbalisierbarkeit

5.5 Darstellung der Kategorien inklusive Ergebnisinterpretation

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien mit den dazugehörigen Unterkategorien dargestellt. Dabei werden die reduktiven Prozesse der Kategorienbildung anhand von Zitaten aus den Interviews belegt. Um eine gute Lesbarkeit sowie eine gute Übersichtlichkeit des Kontextes zu ermöglichen, wird auch dies in tabellarischer Form dargestellt.

5.5.1 Kategorie Behandlungskonzept (prozessorientiert)

Die Kategorie Behandlungskonzepte erschloss sich aus den Komponenten des im Alltag durchgeführten Pflegeprozesses. Dabei war auffallend, dass sich diese Kategorie unterteilen lässt in einen prozessorientierten sowie einen fallbezogenen Teil.

Der prozessorientierte Teil beinhaltet die Planung des Pflegeprozesses sowie dessen Umsetzung. Auch der Wissenstransfer des theoretischen Wissens in die handlungspraktische Ebene wird darunter subsummiert.

Im Hinblick auf die Planung des Pflegeprozesses werden eingangs Ziele erarbeitet (beispielsweise *„… würde ich erst mal mit ihm besprechen was noch aktuell ist…“ (I1: 46)*), die dann gemeinsam mit dem Patienten priorisiert werden (*„… und eine Prioritätenliste aufstellen was ihn am meisten belastet.“* (I1: 46-47)).

Ein Vorteil, der durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung angenommen wird, stellt das planmäßige Vorgehen in Abstimmung mit den Patienten dar, *„… denn man müsste ja schon mit den Leuten zusammensitzen und das alles durchsprechen. Also was aber ja auch nicht schlimm ist. Weil, ich bin ja schon ein Freund von Struktur.“* (I1: 117-119).

Ebenso werden potentielle Vorteile in Bezug auf das Monitoring der festgelegten Interventionen erwartet. Darüber hinaus wird es als hilfreich beschrieben, wenn die Pflegenden den Patienten eine gewisse Form der Orientierung anbieten können

(*„Das mache ich eigentlich ganz gern und das gefällt den Leuten auch, wenn sie dann etwas vor sich haben.“* (I1: 78-79)).

Ein wesentlicher Zugewinn durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung wird in der Evaluation der festgelegten Interventionen gesehen *„…man kann das halt viel besser überprüfen (…) das ist (…) der größte Pluspunkt. Man hat dann einfach mehr Kontrolle. Und man hat einfach alles zusammen auf was man achten sollte.“* (I1: 128-130). Durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung und die damit einhergehende *„…strukturierte Vorgehensweise (…) kann (…) die Veränderung besser* [erkannt werden]*“* (I4: 82-84). Weiter wird berichtet, dass die Struktur dazu dienen kann, Krisensituationen früher erkennen zu können und somit eine bessere Orientierung für die Pflegenden im Hinblick auf eine Rückfallprophylaxe vorliegt (*„Ich denke je früher man die Krise erkennt desto früher kann man eben reagieren.“* (I1: 222-223)).

Im Hinblick auf die Subkategorie Umsetzung des Pflegeprozesses werden Vorteile berichtet, dass eine gewisse Art von Sicherheit bei der Umsetzung und Evaluation zu erwarten ist.

Die aktuelle Handlungspraxis wird als eher indifferent beschrieben. Auffallend in diesem Punkt ist die Schwierigkeit, das bisherige Vorgehen zu verbalisieren (*„Und dann halt versuchen, da irgendwie etwas dagegen zu machen. Also zu verbessern.“* (I1: 47-48)).

In Anlehnung hierzu wird von einer spontanen Handhabung im Sinne von intuitiv geleiteten Handlungsprozessen berichtet (*„Eher spontan (…) also in der Regel fahr ich damit ganz gut. […] die kenne ich jetzt schon Jahre. Von daher ist die Geschichte auch klar und das Vorfeld ist auch klar und ich weiß was zu machen ist.“* (I1: 102-108)). In diesem Punkt wird auch zum ersten Mal die Wichtigkeit der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Patienten erwähnt, die auch in Bezug auf die Krankenbeobachtung vorteilhaft erscheint. Das Wissen über die jeweiligen Biografien hat demnach Einfluss auf die individuelle Krankenbeobachtung, da durch die Begleitung über einen längeren Zeitraum Verhaltensweisen bzw.

Symptome identifiziert werden können, denen ein pathologischer Wert beigemessen werden kann, demnach „…*alles, was vom Normalverhalten abweicht […]“* (I1: 55).

Eine weitere Eigenschaft stellt die Subkategorie des Wissenstransfers dar. Hierunter werden Maßnahmen verstanden, die den Patienten in ihren Situationen Zuversicht bzw. Sicherheit vermitteln sollen. Dabei thematisieren die Pflegenden das, *„… was anderen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung geholfen hat. Das wäre so eine Art Hilfestellung* [anzusehen]*“* (I4: 44-46). Zum aktuellen Zeitpunkt werden jedoch auch hierfür keine strukturierten Vorgehensweisen eingesetzt. Vielmehr basieren die Handlungsoptionen auf persönliche Präferenzen (*„Das mache ich so in meiner Arbeit“* (I4: 46)).

Der Wissenstransfer wird aus dem Grund als sehr wichtig angesehen, da es Patienten durchaus aufgrund der dysfunktionalen Verhaltensweisen schwerfallen kann, Strukturen einzuhalten beziehungsweise gemeinsam erarbeitete Interventionen umzusetzen. Auch hierfür wird die Verhaltensaktivierung als hilfreich angesehen, da sich sowohl die Patienten als auch Pflegende besser orientieren könnten *(„Sie weiß auch schon viele Dinge, setzt diese aber nicht um, warum auch immer. Das hängt mir einfach zu hoch… Und ich erhoffe mir, durch den Einsatz der Verhaltensaktivierung eine gewisse Veränderung herbeiführen zu können. Quasi eine Veränderung, die ich gerne möchte und die Patientin auch hofft, aber sie es einfach nicht umsetzen kann. Ich könnte sie dabei unterstützen, das wäre die Idee. Ich weiß ja auch durch die Erfahrung, dass man immer wieder an Grenzen kommt. Und das macht es dann einfach auch etwas schwierig. Aber im eigentlichen Sinne hätte ich ja einen gewissen Fahrplan, an dem ich mich orientieren kann.“* (I3: 228-236)). Die Intervention der Verhaltensaktivierung wird zudem als *„… ein zusätzliches Werkzeug* [angesehen]*, dass (…) immer hilfreich“* (I1: 162-163) sein kann, für den Einsatz im aufsuchenden Setting.

Im Folgenden wird in Tabelle 12 die Kategorie Behandlungskonzept prozessorientiert dargestellt. Die Felder mit oranger Markierung stellen die aktuelle Vorgehensweise dar (treatment as usual). Die Vorteile, die durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung in dieser Kategorie gesehen werden sind mit einer grünen Markierung gekennzeichnet.

Tabelle 12: Behandlungskonzept prozessorientiert

Kategorie: Behandlungskonzept prozessorientiert		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbelege**
Planung des Pflegeprozesses	**Ziele**	*(…) würde ich erst mal mit ihm besprechen was noch aktuell ist…* (I1: 46)
		„… also man unterhält sich ja über Ziele (…) und legt die Ziele […] *fest. Und ich sag mal so, wenn ich dann halt nur zwei Ziele von dreien erreiche und das für denjenigen auch vollkommen okay ist und er im Alltag klarkommt, dann ist das für mich auch okay. Und dann arbeite ich nicht noch mit Druck, um mit aller Gewalt das dritte Ziel durchzuboxen.“* (I2: 24-29) *„… Fälle da wird von beispielsweise einem Betreuer darauf gedrängt. Dann schaut man eben wie man sich arrangiert (…) aber zielführend ist das nicht. Es sei denn, dass der Klient im Verlauf dann eben merkt, dass es gut ist, wenn man kommt und es dann umschwingt. […] aber ich kann eben nicht viel bewegen (lacht) also um irgendetwas zu tun.“* (I2: 49-56)
		„Und dann wird einfach gefragt was sich ändern soll.“ (I3: 72-73)
		„Aber spätestens nach dem zweiten Treffen, weil man dann eine Zielsetzung vereinbaren muss. Also was die psychiatrische Krankenpflege bringen soll […] *die* [Ziele] *gibt der Patient vor. Was er erreichen möchte. Ich kann ihn diesbezüglich dann unterstützen und kann versuchen zu lenken.“* (I4: 35-40)
	Priorisierung	*… und eine Prioritätenliste aufstellen was ihn am meisten belastet.* (I1: 46-47)
		„ja gut, wenn man den Stoff dann gesammelt hat, dann setzt man sich wieder gemeinsam hin, weil es ja auch nicht realistisch ist, dass man in kurzer Zeit alle Probleme bearbeiten kann und schaut zusammen mit dem Patienten, was für ihn denn so am wichtigsten ist. Und dann überlegt man,

		welche Punkte realistisch sind um sie zu bearbeiten." (I2: 69-73)
	planmäßiges Vorgehen	*„… denn man müsste ja schon mit den Leuten zusammensitzen und das alles durchsprechen. Also was aber ja auch nicht schlimm ist. Weil, ich bin ja schon ein Freund von Struktur."* (I1: 117-119)
	Monitoring	*„… dass sie so den Tagesplan einhalten können. Das würde ja dann auch hierzu passen* [Verhaltensaktivierung]*. Das mache ich eigentlich ganz gern und das gefällt den Leuten auch, wenn sie dann etwas vor sich haben."* (I1: 76-79)
	Evaluation	*„…man kann das halt viel besser überprüfen (Pause) das ist in meinen Augen der größte Pluspunkt. Man hat dann einfach mehr Kontrolle. Und man hat einfach alles zusammen auf was man achten sollte."* (I1: 128-130)
		„…aber wenn ich solch eine strukturierte Vorgehensweise anwende, dann kann ich die Veränderungen besser erkennen. Ich kann es dann auch besser evaluieren." (I4: 82-84)
	Krisenplanung	*„Ich denke je früher man die Krise erkennt desto früher kann man eben reagieren."* (I1: 222-223)
	Orientierung	*„Und man hat einfach alles zusammen auf was man achten sollte."* (I1: 129-130)
Umsetzung des Pflegeprozess	**Handlungsoptionen**	*„Und dann halt versuchen, da irgendwie etwas dagegen zu machen. Also zu verbessern."* (I1: 47-48) *„… könnte man versuchen noch etwas Struktur reinzubringen, weil sich das ja auch positiv* […] *auswirken könnte."* (I1: 59-60) *„Aber dass man halt versucht, dass sie so den Tagesplan einhalten können. Das würde ja dann auch hierzu passen (Zeigt auf den Arbeitsordner)."* (I1: 76-77) *„Ja, man überlegt halt was sie in der Woche zu tun haben und versucht das dann irgendwie in einen Wochenplan oder Stundenplan einzufangen."* (I1: 83-84)
	Intuition	*„Eher spontan (…) also in der Regel fahr ich damit ganz gut. […] die kenne ich jetzt schon Jahre. Von daher ist die Geschichte auch klar und das Vorfeld ist auch klar und ich weiß was zu machen ist."* (I1: 102-108)
	Krankenbeobachtung	*„… eigentlich alles was vom Normalverhalten abweicht […]"* (I1: 55)
	Sicherheit	*„… man kann das halt viel besser überprüfen (Pause) das ist in meinen Augen der größte Pluspunkt. Man hat dann einfach mehr Kontrolle. Und man hat einfach alles zusammen auf was man achten sollte…"* (I1: 128-230)

		„Ich arbeite halt gerne viel mit Strukturen und Ansprechpartnern.“ (I2: 141-142)
Wissenstransfer	**Sicherheit**	*„… ich thematisiere mit den Patienten, was anderen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung geholfen hat. Das wäre so eine Art Hilfestellung. Das mache ich so in meiner Arbeit.“* (I4: 44-46)
	Struktur	*„Sie weiß auch schon viele Dinge, setzt diese aber nicht um, warum auch immer. Das hängt mir einfach zu hoch… Und ich erhoffe mir, durch den Einsatz der Verhaltensaktivierung eine gewisse Veränderung herbeiführen zu können. Quasi eine Veränderung, die ich gerne möchte und die Patientin auch hofft, aber sie es einfach nicht umsetzen kann. Ich könnte sie dabei unterstützen, das wäre die Idee. Ich weiß ja auch durch die Erfahrung, dass man immer wieder an Grenzen kommt. Und das macht es dann einfach auch etwas schwierig. Aber im eigentlichen Sinne hätte ich ja einen gewissen Fahrplan, an dem ich mich orientieren kann.“* (I3: 228-236)
	Werkzeug	*… man hätte ja ein zusätzliches Werkzeug und ich denke das ist immer hilfreich.* (I1: 162-163)

5.5.2 Kategorie Behandlungskonzept (fallbezogen)

Die Kategorie Behandlungskonzept fallbezogen setzt sich aus den drei Subkategorien der Fallstruktur, der Praktikabilität sowie der Handlungspraxis zusammen. Die Inhalte sind in Tabelle 13 aufgelistet.

Mit Blick auf die Fallstruktur äußern die Pflegenden, dass es immens wichtig sei, vor allem unter dem Aspekt der Beziehungsgestaltung, dass eine Flexibilität im Fall vorliegen muss und den Patienten nicht *„… wie so ein Hut übergestülpt wäre“* (I2: 196-197).

Hier werden auch die Aspekte der Individualität im eigenen Handeln aufgeführt (*„Also ich bin immer froh über neue Dinge, die ich zur Hand habe. Solange ich nicht so eingeengt bin. Das ist der Punkt, auf den ich hinaus möchte. Das ist mir sehr wichtig: die Individualität.“* (I2: 202-204)).

Charakteristisch für die Subkategorie der Fallstruktur ist der individuelle Stil der Pflegenden, der sich im Verlauf der beruflichen Laufbahn entwickelt (*„… also was ich halt gerne mache…“* (I1: 70); *„… also prinzipiell gehe ich ja mit den Leuten so um , wie ich auch gerne behandelt werden würde…“*

(I2: 18-19) *„Also so mache ich das zum Beispiel immer“* (I2: 8-99); *„… so mache ich das…“* (I3: 53) *„Das wäre so meine Vorgehensweise …“* (I3: 84-85); *„… das habe ich mir so in den Jahren angeeignet…“* (I4: 56)).

Auffallend in diesem Bereich ist auch eine positiv konnotierte Spontanität, die das Handeln bestimmen kann (*„… also das kann auch so spontan sein…“* (I3:101)), sofern unkalkulierbare Situationen eintreten (*„und wenn halt etwas Unvorhersehbares passiert, dann muss man eben reagieren. Das würde ja auch kein Problem darstellen.“* (I1: 153-155)).

Mit Blick auf die Praktikabilität des Einsatzes von Verhaltensaktivierung werden drei wesentliche Aspekte genannt. Zum einen ist es vorstellbar, dass die Inhalte der Verhaltensaktivierung gezielt eingesetzt bzw. je nach Anlass oder Bedarf verwendet werden, da sich die einzelnen Module offensichtlich nur marginal von der aktuellen Vorgehensweise unterscheiden (*„Aber im Grunde unterscheidet es sich gar nicht so stark. Also ich meine der Rahmen ist gut, aber gewisse Dinge könnten ja auch mal übersprungen werden, also von den einzelnen Bausteinen. Oder umgestellt werden.“* (I3: 183-185)).

Auch wird hier erneut der Faktor der Orientierung für die Patienten aufgeführt *„… man kann ihr vielleicht ja auch damit etwas an die Hand geben, wo sie sich daran orientieren kann und auch gerade was so ein Krisenplan angeht…“* (I1: 213-214)).

Der wesentliche Vorteil wird vor allem in der Evaluation gesehen, da man die Interventionen *„… viel besser überprüfen* [kann]*…“* (I1:128). Entscheidend ist dabei, dass dies in einem partizipativen Prozess durchlaufen wird (*„… das ist ja das Gemeinschaftsprojekt…“* (I3: 114)), bei dem die Pflegenden beobachten, ob Ressourcen vorhanden sind bzw. ob vorhanden Ressourcen eingesetzt werden können. Ihre Aufgabe ist es zu *„… überlegen, ob derjenige auch in der Lage ist etwas umzusetzen oder auch gewillt ist dies umzusetzen“* (I3:118-119).

In Abgrenzung zum prozessorientierten Behandlungskonzept wird die Evaluation des Fallbezugs deshalb als vorteilhaft bezeichnet, weil die Pflegenden aufgrund der vorgegebenen Struktur potentielle Veränderungen besser identifizieren könnten (*„Es wäre halt diese spezielle Struktur. (Pause) aber wenn ich solch eine strukturierte Vorgehensweise anwende, dann kann ich die Veränderungen besser erkennen. Ich kann es dann auch besser evaluieren.“* (I4: 82-84)).

Auf handlungspraktische Ebene werden die Faktoren der Interventionen, des Alltagstrainings, der Psychoedukation sowie der Prävention aufgeführt. Die Verhaltensaktivierung als strukturiertes Manual wird demnach als gutes Instrument vor allem für neue Mitarbeiter angesehen, da dies *„… eine gute Orientierung für eine strukturierte Vorgehensweise“* (I4: 229-230) darstellen würde. Dabei muss auch „… der Fokus auf aktuelle Anliegen“ (I4: 231) gerichtet sein.

Das Alltagstraining wird genutzt, um erste Eindrücke hinsichtlich der Belastbarkeit zu gewinnen. In diesem Punkt verschaffen sich die Pflegenden einen Überblick, welche Ressourcen vorhanden sind beziehungsweise welche Fertigkeiten noch trainiert werden müssen (*„Oder eben auch Fertigkeiten, die verloren gegangen sind wieder ein zu üben.“* (I2: 15); *„Da kann ich mir dann ein Bild darüber machen ob derjenige das auch vom Ablauf her oder auch von der Motivation her schafft.“* (I2: 82-83)).

Vor diesem Hintergrund erscheint es bedeutsam, psychoedukative Inhalte in die Arbeit mit einfließen zu lassen, damit auch in diesem Bereich die Patienten schnellstmöglich Veränderungen in Bezug auf ihren gesundheitlichen Zustand erkennen und entsprechende kompensatorische Handlungsstrategien einsetzen können (*„na gut man bespricht ja praktisch die Psychoedukation, von den Krankheitsbildern mit den Leuten auch. Und praktisch welche Behandlungsformen es gibt oder welche Bausteine es gibt die man zusammensetzen kann, dass sie halt Fortschritte machen“* (I2: 125-127)).

Das Hauptaugenmerk auf handlungspraktischer Ebene wird in der Prävention angesehen. In diesem Bereich werden bisher immer wieder Krisenpläne eingesetzt, jedoch nicht in strukturierter Vorgehensweise, sondern eher nach individueller Handhabung (*„…und auch gerade was so ein Krisenplan angeht (…) das sind auch Themen, die ich mit ihr schon besprochen hatte, was ich auch ganz wichtig finde. Und, ja halt so Frühwarnzeichen und so.“* (I1: 214-216)).

Das Ziel dabei ist es, *„…die Selbstständigkeit des Individuums zu fördern, im häuslichen Umfeld zu bleiben, autonom zu bleiben (…), da gute Strategien zu finden“* (I3: 31-34) und somit einen Verbleib in der häuslichen Umgebung gewährleisten zu können.

Mit Blick auf eine gezielte Rückfallprophylaxe werden auch schon vereinzelt Maßnahmen wie Vorausverfügungen erarbeitet, in denen dann gemeinsam festgelegt wird, *„… wie es sich verhält, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert“* (I4: 200-202).

Tabelle 13: Behandlungskonzept fallbezogen

Kategorie: Behandlungskonzept fallbezogen		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbelege**
Fallstruktur	Flexibilität	*„Das dann praktisch wie so ein Hut übergestülpt wäre. Ich brauch halt noch Luft, um auf andere Dinge eingehen zu können.*“ (I2: 196-197)
	Individualität	*„Also ich bin immer froh über neue Dinge, die ich zur Hand habe. Solange ich nicht so eingeengt bin. Das ist der Punkt, auf den ich hinaus möchte. Das ist mir sehr wichtig: die Individualität.“* (I2: 202-204)

Fallstruktur	persönlicher Stil	*„… also **was ich halt gerne** mache sind Wochenpläne erstellen, dass wir den so grob durchstrukturieren können und dann auch eben meine Termine so ein zu bauen (…) Dass man versucht, dass er sich eben auch daran hält. Also was ich dann auch beispielsweise gerne mache ist, dass ich bei solchen Leuten meinen ersten Termin ganz früh morgens lege, dass der Patient dann eben auch raus muss. Zumindest mal an dem Tag. Ich meine ich kann es ja nicht täglich durchführen. Aber dass man halt versucht, dass sie so den Tagesplan einhalten können."* (I1: 70-77)
		*"…also **prinzipiell gehe ich** ja mit den Leuten so um, wie ich auch gerne behandelt werden würde (ähm) also, wenn ich so Probleme hätte. Und ich bin eher der Typ, ich arbeite eigentlich (ähm) gerne ohne Zwang (…)."* (I2: 18-20) *„Dann fängt man halt mit dem kleinstmöglichen an. Also **so mache ich das zum Beispiel immer**."* (I2: 98-99)
		*„Man schaut dann mal nach dem man die Vorstellungsrunde hinter sich hat - **so mache ich das** - wie sich die Person dann sieht und welche Einschränkungen sie hat. Ich gehe dabei nicht im speziellen auf Krankheiten ein, sondern frage woran er merkt, dass er Einschränkungen hat. In welchem Bezug er die Probleme hat. Welche Gefühle er hat, da geht auch viel über Emotionalität. Und wie sein Tagesablauf so ist und ob er beeinträchtigt ist in seinen Tagesablauf. Ob er überhaupt eine Tagesstruktur hat, ob er die Tagesstruktur selbst aufrechterhalten kann oder gegebenenfalls was ihn daran hindert. Und im Großen und Ganzen sagen einem die Patienten dann schon wie sie sich fühlen."* (I3: 52-61) *„**Das wäre so meine Vorgehensweise**, also meine Struktur …"* (I3: 84-85)
		*„… **ich thematisiere** mit den Patienten, was anderen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung geholfen hat. Das wäre so eine Art Hilfestellung. Das mache ich so in meiner Arbeit. Ich mache das auch nicht spontan, sondern ich habe schon einen Plan für mich den ich verfolge. Das habe ich so im Kopf."* (I4: 44-47) *„… **das habe ich mir so in den Jahren angeeignet**. Ich würde sagen, das resultiert aus meiner beruflichen Erfahrung."* (I4: 56-57)

	Spontanität	*„ja schon. Eher spontan. (…) Also in der Regel fahr ich damit ganz gut.“* (I1: 102) *„Und wenn halt etwas Unvorhergesehenes passiert dann muss man eben reagieren. Das würde ja auch kein Problem darstellen (…)“* (I1: 153-155)
		„… also das kann auch so spontan sein …“ (I3: 101)
Praktikabilität	Routine	*„Aber im Grunde unterscheidet es sich gar nicht so stark. Also ich meine der Rahmen ist gut, aber gewisse Dinge könnten ja auch mal übersprungen werden, also von den einzelnen Bausteinen. Oder umgestellt werden.“* (I3: 183-185)
	Orientierung	*„… man kann ihr vielleicht ja auch damit etwas an die Hand geben, wo sie sich daran orientieren kann und auch gerade was so ein Krisenplan angeht…“* (I1: 213-214)
		„… es [ist] *halt immer gut einen Plan zu schreiben und ihn gegebenenfalls zu unterstützen oder auch den Plan zu ändern, wenn er zu engmaschig ist.“* (I2: 94-96) *„Aber grundsätzlich wäre es schon hilfreich und denkbar, wenn es so eine Struktur gäbe.“* (I2: 155-156)
	Evaluation	*„…man kann halt viel besser überprüfen…“* (I1: 128)
		„… das ist ja Gemeinschaftsprojekt. Wie Hausaufgaben die man ihm gibt. Er soll das mal ausprobieren ob es funktioniert oder nicht funktioniert und je nachdem was er dann zu mir sagt, ob es gut gewirkt habe oder nicht, dann muss man sich gegebenenfalls etwas anderes überlegen. Und dann muss man überlegen ob derjenige auch in der Lage ist etwas umzusetzen oder auch gewillt ist dies umzusetzen. Also die Überprüfungen sind dann am ehesten bei Bedarf.“ (I3: 114-119) *„… die Verhaltensaktivierung hat ja diese acht Bausteine, die aufeinander aufbauen. […] Im Endeffekt liegt es ja an der Zielsetzung. Welches Ziel verfolgt der Patient. Kommt man da überhaupt dran? Und generell kommt man da überhaupt hin.“* (I3: 176-182)

		„Es wäre halt diese spezielle Struktur. (Pause) aber wenn ich solch eine strukturierte Vorgehensweise anwende, dann kann ich die Veränderungen besser erkennen. Ich kann es dann auch besser evaluieren." (I4: 82-84)
Handlungspraxis	Interventionen	*„Vor allen Dingen für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wäre dies eine gute Orientierung für eine strukturierte Vorgehensweise. Aber immer mit dem Fokus auf aktuelle Anliegen."* (I4: 229-231)
	Alltagstraining	*„Ohne jetzt größere Einschränkungen von einem vorangegangenen stationären Aufenthalt zu haben oder so. Oder eben auch Fertigkeiten, die verloren gegangen sind wieder ein zu üben. Wie so eine Art Alltagsbegleitung."* (I2: 14-16) *„… dass man dann eben mit kleinen Tätigkeiten anfängt und die gegebenenfalls auch in einem Plan nieder schreibt. Also zum Beispiel wann ein guter Zeitpunkt ist um das Geschirr zu spülen oder die Wohnung zu saugen. Und dann schaut man eben ob derjenige sich das alleine zutraut oder gegebenenfalls, aber das ist so mein persönliches Ding, dann macht man das halt einfach mal zusammen. Da kann ich mir dann ein Bild darüber machen ob derjenige das auch vom Ablauf her oder auch von der Motivation her schafft."* (I2: 76-83)
	Psychoedukation	*„na gut man bespricht ja praktisch die Psychoedukation, von den Krankheitsbildern mit den Leuten auch. Und praktisch welche Behandlungsformen es gibt oder welche Bausteine es gibt die man zusammensetzen kann, dass sie halt Fortschritte machen. Wenn sie jetzt beispielsweise auf die Medikamente fixiert sind, dass man erklärt, dass es auch noch andere Aspekte gibt. Wie beispielsweise in Aktivitäten rein zu kommen (…) dass sich das auch aufeinander aufbaut."* (I2: 125-130)
	Prävention	*„…und auch gerade was so ein Krisenplan angeht (…) das sind auch Themen, die ich mit ihr schon besprochen hatte, was ich auch ganz wichtig finde. Und, ja halt so Frühwarnzeichen und so. Weil das ist bei ihr halt doch schon relativ klar. Dieses hoch und ab (…) Und ich denke, wenn sie da etwas hätte wo sie sich daran orientieren könnte würde ihr das mit Sicherheit auch sehr helfen."* (I1: 214-218)
		„… die Selbstständigkeit des Individuums zu fördern, im häuslichen Umfeld zu bleiben, autonom zu bleiben (…) also immer die Sicht vom Patienten her autonom zu bleiben. Und auch die Hilfe zur Selbsthilfe, da gute Strategien zu finden." (I3: 31-34)

		„Aber vor allem auch die Rückfallprophylaxe.“ (I4: 193-194) *„Was wir allerdings gemacht haben ist eine Vorausverfügung. Das mache ich eigentlich bei allen Patienten. In ihrem Fall habe ich es dann den Angehörigen gegeben mit ihrem Einverständnis. Und diese sehen dann, wenn Veränderungen eintreten.* *Da ist dann festgehalten wie es sich verhält, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert.“* (I4: 198-202)

5.5.3 Kategorie berufliches Selbstverständnis

Die Kategorie berufliches Selbstverständnis erschloss sich aus den Fragen, die in der Einführungsphase der Interviews gestellt wurden. Dabei war auffallend, dass die Pflegenden zum einen verschiedene Rollen einnehmen und darüber hinaus auch Besonderheiten im aufsuchenden Setting existieren. Auch hier werden drei Subkategorien unterschieden. Erstens ist dies die pflegerische Identität, zum anderen die Handlungsgrundlage sowie der Arbeitsauftrag im aufsuchenden Setting. Eine Übersicht ist in Tabelle 14 vorzufinden.

Mit Blick auf die genannte pflegerische Identität wird als wesentlicher Faktor das Einnehmen unterschiedlicher Rollen der Pflegenden geäußert *(„da spielen wir ja mehrere Rollen, ne! Das kann je nachdem wie die Beziehung ist und je nachdem wie und was derjenige von uns erwartet - ob das ein guter Freund ist, ob das der Sozialarbeiter oder der Handwerker in einem ist. Man hat halt schon verschiedene Rollen, die man immer wieder annimmt. Je nachdem welche Probleme oder Wünsche oder Hoffnungen an einen herangetragen werden.“* (I3: 19-23).

Dabei zeichnen sich Ansätze von Kontinuität im Sinne einer Begleitung ab, da es vom Verständnis der Pflegende die Aufgabe zu sein scheint, *“…die Menschen ein Stück weit in ihrem Leben zu begleiten und wenn er es möchte, ihn dabei unterstützen ein selbstbestimmtes Leben zu führen.“* (I4: 8-9).

Die Ausübung dieser unterschiedlichen Rollen führt zu einer Form der Beziehungsgestaltung, da ein bestimmter Aspekt der Alltagsnähe impliziert wird.

Die Besonderheit im aufsuchen Setting im Hinblick auf die pflegerische Identität liegt im Unterschied zum stationären Setting, da im häuslichen Bereich die Pflegenden einen Gaststaus einnehmen (*„… im häuslichen Rahmen da sind wir ja Gast bei den Leuten.*

Das Verhältnis ist eben anders. Der Patient der stationär kommt der muss sich ja dann auf die Station einlassen. Mit den ganzen Voraussetzungen die im stationären Bereich gegeben sind. Das fängt ja schon an mit den Strukturen. Ob das jetzt Frühstück ist oder die Medikamenteneinnahme oder sowas eben. Oder auch generell wie der Tagesablauf ist. Und im ambulanten Bereich gibt der Patient uns eine Struktur vor an der wir uns dann orientieren.“ (I3: 10-16)).

Die Patienten spielen demnach die vorgeordnete Rolle, da sie den Pflegenden Zugang zu ihrer Lebenswelt gewähren. *„Das ist eben auch der große Unterschied zwischen dem ambulanten und dem stationären Setting. Im stationären Setting sollen oder müssen die Angebote genutzt werden und bei den Klienten zu Hause muss man eben flexibel bleiben.* [Da muss die Pflegefachperson] *ja immer schauen, dass* [ihr] *beim nächsten Treffen wieder die Tür geöffnet wird. Und das muss* [sie] *erst mal erreichen…“* (I4: 219-223).

Im Hinblick auf den Einsatz von Verhaltensaktivierung und die Besonderheit der professionellen Beziehung bedarf es somit einer belastbaren Ausgangslage, damit die gemeinsam erarbeiteten Strategien nachhaltig umgesetzt werden können (*„Da ist das Verhältnis ja auch schon etwas anders, etwas vertrauenswürdiger. Und das würde dann auch funktionieren.“* (I1: 143-144)).

Diese Tatsache, dass sich Pflegende und Patienten über einen längeren Zeitraum kennen kann jedoch auch Schwierigkeiten mit sich bringen, die darin bestehen, dass sich die Grenzen zwischen dem Verhältnis von Nähe und Distanz auflösen können (*„Der Beziehungsaufbau bei ihr ist auch schwierig, weil man sich auch schon so lange kennt. Da ist es schwierig, dass eine professionelle Distanz gegeben ist. Und entsprechend die Grenzen zu wahren. Da muss man auch selbst aufpassen.*

Und auch den Patienten darauf hinweisen, dass es nicht nur der beste Kumpel ist, sondern dass es ein Arbeitsbündnis ist.“ (I3: 249-253)).

Sofern eine belastbare Beziehung zwischen den Patienten und den Pflegenden existiert kann diese dazu beitragen, dass auch prekäre Themen aufgrund eines bestehenden Vertrauensverhältnis angesprochen werden (*„Aber durch dieses Vertrauensverhältnis ist sie eben auf mich zugekommen“* (I4: 206)).

Mit Blick auf die Grundlage der pflegerischen Handlungen verstehen sich die Pflegenden als Personen, die eine Art Hilfestellung anbieten können. Vorteile werden in der Verhaltensaktivierung auch hier in der strukturierten Form angesehen (*„Und ich erhoffe mir, durch den Einsatz der Verhaltensaktivierung eine gewisse Veränderung herbeiführen zu können. Quasi eine Veränderung, die ich gerne möchte und die Patientin auch hofft, aber sie es einfach nicht umsetzen kann. Ich könnte sie dabei unterstützen, das wäre die Idee.“* (I3: 223-227)).

Eine weitere Besonderheit im aufsuchenden Setting stellt der Aspekt der Kompetenzerweiterung im Bereich der Psychotherapie dar. Begründet wird dies, dass somit eine bessere Abstraktionsfähigkeit vorliegen würde. *„Ich habe das zwar gelernt in meiner Fachausbildung* [aber] (I4: 65-67) *ich meine man soll die Inhalte und die Unterschiede einer Psychotherapie kennen. Und deshalb wäre es hilfreich, wenn ich noch mehr Wissen über Psychotherapie hätte.“* (I4: 75-76). Zwar wird das Wissen über die Inhalte einer Psychotherapie eingefordert jedoch nicht zum Zweck des Einsatzes.

Es geht hierbei vielmehr um die Erfahrungen und das Erleben der Patienten, da somit ein besseres Verständnis für das Thema Psychotherapie auf Seiten der Pflegenden erwartet wird *(„Ich meine die Erfahrung diese Psychotherapie mit durchgemacht zu haben. Das wäre nach meinem Verständnis sehr hilfreich. Mal mit zu gehen, gemeinsam mit dem Patienten.“* (I4: 67-69)).

Der dritte Aspekt des beruflichen Selbstverständnisses beschäftigt sich mit dem Arbeitsauftrag zwischen Patienten und Pflegenden. Vorrangig ist hier die Primär- beziehungsweise Sekundärprävention und somit *„…die Selbständigkeit des Individuums zu fördern…“* (I3: 31-32). Somit soll ein gezielter Beitrag hinsichtlich der Bewältigung von Krisen im häuslichen Umfeld geleistet werden. Dabei geht es vor allem um die *„Verhinderung und Vermeidung einer stationären Aufnahme (…) Der psychisch beeinträchtigte Mensch soll in seinem häuslichen Umfeld bleiben. Also die Krisensituation in seinem Umfeld bewältigen.“* (I4: 2-4).

Auffallend sind hier die Aspekte der partizipativen Entscheidungsfindung, *„...also immer die Sicht vom Patienten her autonom zu bleiben.“* (I3: 32-33).

Tabelle 14: Berufliches Selbstverständnis

Kategorie: Berufliches Selbstverständnis		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbelege**
Pflegerische Identität	verschiedene Rollen	*„da spielen wir ja mehrere Rollen, ne! Das kann je nachdem wie die Beziehung ist und je nachdem wie und was derjenige von uns erwartet - ob das ein guter Freund ist, ob das der Sozialarbeiter oder der Handwerker in einem ist. Man hat halt schon verschiedene Rollen, die man immer wieder annimmt. Je nachdem welche Probleme oder Wünsche oder Hoffnungen an einen herangetragen werden.“* (I3: 19-23) *„Meine Rolle ist die Menschen ein Stück weit in ihrem Leben zu begleiten und wenn er es möchte, ihn dabei unterstützen ein selbstbestimmtes Leben zu führen.“* (I4: 8-9)

	Alltagsnähe	*„Also zum Beispiel wann ein guter Zeitpunkt ist um das Geschirr zu spülen oder die Wohnung zu saugen. Und dann schaut man eben ob derjenige sich das alleine zutraut oder gegebenenfalls, aber das ist so mein persönliches Ding, dann macht man das halt einfach mal zusammen. Da kann ich mir dann ein Bild darüber machen ob derjenige das auch vom Ablauf her oder auch von der Motivation her schafft. Und das ist dann auch so ne Art Beziehungsgestaltung."* (I2: 78-83)
		„D.h. wir gehen meistens irgendwo raus in die Natur etwas laufen und führen dort dann einfach mal ein ungezwungenes Gespräch. Und dann wird einfach gefragt was ich ändern soll. Das wäre so eine Möglichkeit auch aus dem häuslichen Setting herauszukommen. *Also ich meine halt so ungezwungen professionell und das an einem neutralen Ort."* (I3: 71-75)
	Gaststatus	*„… im häuslichen Rahmen da sind wir ja Gast bei den Leuten. Das Verhältnis ist eben anders. Der Patient der stationär kommt der muss sich ja dann auf die Station einlassen. Mit den ganzen Voraussetzungen die im stationären Bereich gegeben sind. Das fängt ja schon an mit den Strukturen. Ob das jetzt Frühstück ist oder die Medikamenteneinnahme oder sowas eben. Oder auch generell wie der Tagesablauf ist. Und im ambulanten Bereich gibt der Patient uns eine Struktur vor an der wir uns dann orientieren."* (I3: 10-16)
		„Das ist eben auch der große Unterschied zwischen dem ambulanten und dem stationären Setting. Im stationären Setting sollen oder müssen die Angebote genutzt werden und bei den Klienten zu Hause muss man eben flexibel bleiben. Ich muss ja immer schauen, dass mir beim nächsten Treffen wieder die Tür geöffnet wird. Und das muss ich erst mal erreichen…" (I4: 219-223)
	professionelle Beziehung	*„Da ist das Verhältnis ja auch schon etwas anders, etwas vertrauenswürdiger. Und das würde dann auch funktionieren."* (I1: 143-144)
		„Und den Fall habe ich mir jetzt ausgesucht, weil es anscheinend für die Person echt ein Problem war, dass ich nicht mehr zu ihr komme." (I2: 212-213)

		„Der Beziehungsaufbau bei ihr ist auch schwierig, weil man sich auch schon so lange kennt. Da ist es schwierig, dass eine professionelle Distanz gegeben ist. Und entsprechend die Grenzen zu waren. Da muss man auch selbst aufpassen. Und auf den Patienten darauf hinweisen, dass es nicht nur der beste Kumpel ist, sondern dass es ein Arbeitsbündnis ist." (I3: 249-253)
		„Vor allem, weil ich jetzt eine längere Phase der Beziehungsgestaltung durchgeführt habe." (I4: 188-189) *„Aber durch dieses Vertrauensverhältnis ist sie eben auf mich zugekommen"* (I4: 206)
Handlungsgrundlage	Hilfestellung	*„man kann ihr vielleicht ja auch damit etwas an die Hand geben, wo sie sich daran orientieren kann und auch gerade was so ein Krisenplan angeht (…) das sind auch Themen, die ich mit ihr schon besprochen hatte, was ich auch ganz wichtig finde."* (I1: 213-215)
		„Und ich erhoffe mir, durch den Einsatz der Verhaltensaktivierung eine gewisse Veränderung herbeiführen zu können. Quasi eine Veränderung, die ich gerne möchte und die Patientin auch hofft, aber sie es einfach nicht umsetzen kann. Ich könnte sie dabei unterstützen, das wäre die Idee." (I3: 223-227)
	Kompetenzerweiterung	*„… also ich würde sagen man braucht das. Und ich würde auch sagen, dass jeder der in diesem Feld arbeitet eine Psychotherapie durchlaufen müsste. Ich meine man soll die Inhalte und die Unterschiede einer Psychotherapie kennen. Ich habe das zwar gelernt in meiner Fachausbildung, aber die Umsetzung ist doch schwierig. Ich meine die Erfahrung diese Psychotherapie mit durchgemacht zu haben. Das wäre nach meinem Verständnis sehr hilfreich. Mal mit zu gehen, gemeinsam mit dem Patienten."* (I4: 64-69) *„Und deshalb wäre es hilfreich, wenn ich noch mehr Wissen über Psychotherapie hätte."* (I4: 75-76)
	Wissenserwerb und psychiatrische Kompetenzaneignung	„Es passiert halt viel auf Erfahrung oder hauptsächlich auf Erfahrung und das muss ja nicht schlecht sein, aber Struktur ist eben auch nicht verkehrt." (I1: 122-123)
		„… ja gut mit der Zeit hat man eben auch mehr Erfahrung und mehr Werkzeuge und viele Situationen, die auftreten hat man auch schon bei anderen Klienten

		mitbekommen. Probleme und Situationen im familiären Umfeld, da kann ich jetzt einfach besser mit umgehen […]" (I2: 172-175)
		„… am Ehesten von den Erfahrungen die man so gesammelt und gelernt hat. Von der beruflichen Erfahrung oder aber auch durch die fachliche Weiterbildung." (I3: 101-102)
		„Das mache ich so in meiner Arbeit. Ich mache das auch nicht spontan, sondern ich habe schon einen Plan für mich den ich verfolge. Das habe ich so im Kopf. Das habe ich aus meiner systemischen Weiterbildung mitgenommen." (I4: 45-48)
Arbeitsauftrag	Prävention (Primär – Sekundär)	*„…und auch gerade was so ein Krisenplan angeht (…) das sind auch Themen, die ich mit ihr schon besprochen hatte, was ich auch ganz wichtig finde. Und, ja halt so Frühwarnzeichen und so. Weil das ist bei ihr halt doch schon relativ klar. Dieses hoch und ab (…) Und ich denke, wenn sie da etwas hätte wo sie sich daran orientieren könnte würde ihr das mit Sicherheit auch sehr helfen."* (I1: 214-218)
		„… die Selbstständigkeit des Individuums zu fördern, im häuslichen Umfeld zu bleiben, autonom zu bleiben (…) also immer die Sicht vom Patienten her autonom zu bleiben. Und auch die Hilfe zur Selbsthilfe, da gute Strategien zu finden." (I3: 31-34)
		„Aber vor allem auch die Rückfallprophylaxe." (I4: 193-194) *„Was wir allerdings gemacht haben ist eine Vorausverfügung. Das mache ich eigentlich bei allen Patienten. In ihrem Fall habe ich es dann den Angehörigen gegeben mit ihrem Einverständnis. Und diese sehen dann, wenn Veränderungen eintreten. Da ist dann festgehalten wie es sich verhält, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert."* (I4: 198-202)
	Vermeidung Krankenhaus	*„Grundsätzlich sollte ja das oberste Ziel sein, dass man stationäre Aufenthalte reduziert oder wenn es geht vermeidet und halt Alltagsbegleitung (…) um den Leuten den Alltag zu erleichtern und halt die Probleme die es anzupacken geht, anzupacken."* (I1: 19-22)
		„Verhinderung und Vermeidung einer stationären Aufnahme (…) Der psychisch beeinträchtigte Mensch soll in seinem häuslichen Umfeld bleiben. Also die Krisensituation in seinem Umfeld bewältigen." (I4: 2-4)

5.5.4 Kategorie Patientenbegegnung

Die Kategorie Patientenbegegnung wird durch die Subkategorien Respekt und Partizipation gekennzeichnet. In der Subkategorie Respekt sind die Merkmale der Beziehung, der Empathie, gleicher Augenhöhe, Vertrauen sowie der Lebensbegleitung aufgeführt. Eine Übersicht ist in Tabelle 15 zu finden.

Ein wesentliches Kennzeichen im Hinblick auf ein funktionierendes Arbeitsbündnis wird darin gesehen, *„… dass auch die Beziehungsarbeit und Beziehungsgestaltung eben sehr wichtig sind.“* (I2: 6-7), da *„… je nachdem wie die Beziehung zueinander steht,* […] *sich ja dann auch der Fortschritt* [entwickelt]“ (I3: 5-6). Die Beziehungsgestaltung ist demnach äußerst elementar. Dabei scheint es wichtig zu sein, den Leuten empathisch zu begegnen da auch hier wieder die Rolle des Gastes mitschwingt. Darüber hinaus arbeiten die Pflegenden gerne auf gleicher Augenhöhe bzw. *„… gerne ohne Zwang, sondern eher so im Rahmen von dem was die Patienten auch wollen*.“ (I2:20-21).

Ein Vorteil, der in der Verhaltensaktivierung gesehen wird ist die einfache Handhabbarkeit sowie der einfache Einsatz. Aufgrund dessen beziehungsweise möglicherweise auch aufgrund positiver Vertrauens- und Beziehungsverhältnissen werden neuen Interventionen seitens der Patienten eher offen begegnet.

Mit Blick auf die Partizipation werden Aspekte von Adhärenz genannt (*„… Und auch was die Mitarbeit angeht, da ist sie sehr compliant.“* (I1: 236-237); *„… und hatte auch die Compliance (…) und sie war auch für viele Dinge offen diese zu versuchen und da konnte man auch viele Dinge bewegen.“* (I2: 227-229)).

Einen weiteren Faktor stellt die Begleitung im Sinne einer Unterstützung dabei, *„… ein selbstbestimmtes Leben zu führen“* (I4: 9), sowie der Förderung von Ressourcen vor dem Hintergrund darauf zu schauen, *„…wo die aktuellen Defizite noch liegen“* (I2: 251).

Die Pflegenden sind demnach bestrebt, die Ressourcen der Patienten so zu fördern, dass ein größtmöglich selbstbestimmtes Leben dürchführbar ist.

Auch unter dem Aspekt der Partizipation wird der Vorteil von Verhaltensaktivierung darin gesehen, dass die Patienten Sicherheit hätten, sofern *„… sie etwas hätte*[n] *wo sie sich daran orientieren könnte*[n] (I1: 217-218).

Dies wiederum würde sich dann nach Einschätzung der Pflegenden auch positiv in Hinblick auf die Unterstützung in den alltagspraktischen Dingen des Lebens bemerkbar machen (*„ja gut bei so häuslichen Sachen ist es halt immer gut einen Plan zu schreiben und ihn gegebenenfalls zu unterstützen oder auch den Plan zu ändern, wenn er zu engmaschig ist.“* (I2: 94-96)). Es werden allerdings auch Aspekte von Grenzen hinsichtlich der Unterstützung aufgeführt. Gemeint ist hier, dass auch die Pflegenden in bestimmten Situationen keine vorab definierten Interventionen umsetzen können, sondern *„Irgendwann an den Punkt* [kommen]*, an dem die Grenze erreicht ist. Dann kann man auch nur Schadensbegrenzung machen. Dann würde man dann entlastende Gespräche führen um zu zeigen, es ist jemand da, sie* [sind] *nicht allein und* [man] *kann das zusammen durchstehen.“* (I3: 231-234)

Tabelle 15: Patientenbegegnung

Kategorie: Patientenbegegnung		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbeleg**
Respekt	Beziehung	*„… dass auch die Beziehungsarbeit und Beziehungsgestaltung eben sehr wichtig sind.“* (I2: 6-7)
		„… vorangehend mit einem Beziehungsaufbau, weil das Verhältnis im ambulanten Setting ganz anders ist als im stationären Setting. Das A und O ist ja auch die Beziehung und je nachdem wie die Beziehung zueinander steht, so entwickelt sich ja dann auch der Fortschritt.“ (I3: 2-6)
		„… für mich ist das A und O der Beziehungsaufbau! […] *Aber noch mal, das A und O ist der Beziehungsaufbau.“* (I4: 16-18)

	Empathie	*„also prinzipiell gehe ich ja mit den Leuten so um, wie ich auch gerne behandelt werden würde, also, wenn ich so Probleme hätte.“* (I2: 18-19)
	gleiche Augenhöhe	*Und ich bin eher der Typ, ich arbeite eigentlich gerne ohne Zwang, sondern eher so im Rahmen von dem was die Patienten auch wollen.“* (I2: 19-21)
	Vertrauen	*„…das war ein Vertrauensverhältnis, dass sie mir dies nur berichtet hat, weil sie mir vertraut. Jemand fremdem hätte sie dies nicht sagen können. Da hätte sie Sorge, dass sie ausgelacht wird und die Leute sagen du bist ja eh psychisch krank du spinnst. Aber durch dieses Vertrauensverhältnis ist sie eben auf mich zu gekommen.“* (I4: 203-206)
	Lebensbegleitung	*„Wie so eine Art Alltagsbegleitung.“* (I2: 16)
Partizipation	Adhärenz	*„ja genau! Damit* [Verhaltensaktivierung] *könnte man dem entgegenwirken. Und auch was die Mitarbeit angeht, da ist sie sehr compliant. Deshalb denke ich, dass es mit ihr sehr gut zu machen wäre.“* (I1: 236-238)
		„… und hatte auch die Compliance ihre Medikamente einzunehmen. Und sie war auch für viele Dinge offen diese zu versuchen und da konnte man auch viele Dinge bewegen.“ (I2: 227-229)
	Begleitung	*„… ihn dabei unterstützen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.“* (I4: 9)
	Ressourcenförderung	*„… dass ich eine Aktivität rein bringe. Und eben auch noch mal* [schaue] *wo die aktuellen Defizite liegen.“* (I2: 250-251)
		„… die Dinge im Alltag einzuüben. (…) Also diese alltagspraktischen Fähigkeiten zu trainieren.“ (I3: 156-158)
	Sicherheit	*Und ich denke, wenn sie da etwas hätte wo sie sich daran orientieren könnte würde ihr das mit Sicherheit auch sehr helfen.“* (I1: 214-218)
	Unterstützung	*„ja gut bei so häuslichen Sachen ist es halt immer gut einen Plan zu schreiben und ihn gegebenenfalls zu unterstützen oder auch den Plan zu ändern, wenn er zu engmaschig ist.“* (I2: 94-96)
		„Irgendwann kommt man an den Punkt, an dem die Grenze erreicht ist. Dann kann man auch nur Schadensbegrenzung machen. Dann würde man dann entlastende Gespräche führen um zu zeigen, es ist jemand da, sie ist nicht allein und kann das zusammen durchstehen.“ (I3: 231-234)
		„Ich kann ihn diesbezüglich dann unterstützen und kann versuchen zu lenken. […] *dass ich ihm zuhöre und schaue, wo er Unterstützungsbedarf sieht.* […] *ich thematisiere mit den Patienten, was anderen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung geholfen hat. Das wäre so eine Art Hilfestellung. Das mache ich so in meiner Arbeit.“* (I4: 39-46)

5.5.5 Kategorie Multiprofessionalität

Die Kategorie Multiprofessionalität (siehe auch Tabelle 16) erschloss sich aus den Fragen in der Hauptphase. Dabei können zwei wesentliche Unterkategorien aufgezeigt werden. Zum einen wäre dies die Kategorie der Koordination zum anderen die des interprofessionellen Handelns. Der Bereich der Koordination ist charakterisiert durch die Bereitstellung eines professionellen Netzwerkes innerhalb des Behandlungsprozesses.

Hierbei werden vornehmlich die vielfältigen Anlaufstellen und Hilfsangebote genannt, die durch die Pflegenden entsprechend koordiniert und abgestimmt werden *(„Speziell im ACT sind wir ja auch multiprofessionell unterwegs, d.h. die Ärztin ist dann auch manchmal vor Ort oder die Leute kommen für psychologische Gespräche in die Klinik.“* (I1: 96-98);

„*Und im ACT […]. Da hat man noch das Team dahinter. Da kann man sich auch nochmal absprechen.“* (I3: 116-118)). Ein wichtiger Baustein für eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit stellt die partizipative Entscheidungsfindung im Sinne eines Trialogs[27] dar. *„So in die Richtung würde das dann ablaufen. Aber mit dem Hinweis, dass nur der Patient selbst sagt, was gemacht werden soll (…)*.“ (I4: 211-214).

Die Pflegenden sehen sich zum einen was den Kontakt mit den vorhandenen Ansprechpartnern belangt zum anderen gezielt durch das gemeinsame Umsetzen von Behandlungsvereinbarungen einerseits in anwaltlicher Funktion (*„da habe ich mir dann* […] *einen guten Ansprechpartner gesucht. Und dann geht das komplett getrennt zusätzlich (…)“(*I2: 138-139)).

Andererseits beschreiben sie ihr Vorgehen als eine vorteilhafte Position im Sinne eines „verlängerten Arms“ von Mitbehandlern, indem versucht wird, das bestmögliche Ergebnis für die Patienten zu erreichen. *„… Das wäre ja dann so, dass ich einem Patienten Arbeitsziele vorgebe, er diese dann mit*

[27] Der Begriff „Trialog“ steht für eine inklusive Sicht psychiatrischen Denkens und Handelns und bezeichnet das gleichberechtigte Miteinander von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen (DGPPN 2021)

dem Psychotherapeuten bespricht und der gibt dann den Auftrag wieder weiter an den ambulanten Dienst „das und das haben wir gemacht, übt das mal mit ihm ein". Und dann könnte man zusammen eine Reflexion machen, was ist gut und was ist schlecht gelaufen, was muss man ändern. Einfach um zu schauen welches Ergebnis herausgekommen ist. Das wäre so eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten, Patient und mir." (I3: 149-159).

Mit Blick auf das interprofessionelle Handeln wird sehr klar verdeutlicht, dass sich die Pflegenden im aufsuchenden Setting nicht als Ersatzpsychotherapeuten sehen, sondern eine klare Abgrenzung zur hochintensiven Behandlung stattfindet. *„… dann verweise ich immer ganz klar an den Psychotherapeuten.* […] *Das ist ganz klar abgegrenzt."* (I2: 118-120) *„weil, das überschreitet meinen Grad der Ausbildung."* (I2: 135).

Es werden für diesen Bereich die Grenzen des Machbaren und Leistbaren ganz klar benannt. *„Aber dass das jetzt so in die Tiefe geht, da fehlt es einfach an der praktischen Übung. Das wäre schon hilfreich für das ambulante Setting. […] Also ich meine es ist auch gar nicht meine Aufgabe [die Psychotherapie]. Das eine macht der Psychotherapeut und das andere mache ich. […] Nach meiner Auffassung als Fachpfleger im ambulanten Bereich ist ja schon leicht unterschwellig immer bisschen Psychotherapie mit dabei. Das bleibt ja nicht aus. Das fängt bei jedem Gespräch ja schon damit an. Das kann man auch nicht so explizit trennen. Ich meine der Patient erwartet ja von mir, dass ich ihm helfe in seinen Alltagssituationen. Und er denkt ja, dass ich ihn dabei unterstütze und mit ihm mitgehe. Ich kann ihm ja Ratschläge und Tipps geben. Das ist dieses aktive, was der Patient von mir erwartet. Aber nach meinem Verständnis muss da gezielter noch der Psychotherapeut schauen, was zu bearbeiten wäre."* (I3: 131-143)

Auch unter dem Aspekt der Multiprofessionalität liegt demzufolge der Fokus der pflegerischen Tätigkeit auf dem Wiedererlangen von verlorengegangenen Fertigkeiten, *„… also diese alltagspraktischen Fähigkeiten zu trainieren."* (I3: 152) mit den Patienten.

Tabelle 16: Multiprofessionalität

Kategorie: Multiprofessionalität		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbelege**
Koordination	Netzwerk	*„Speziell im ACT sind wir ja auch multiprofessionell unterwegs, d.h. die Ärztin ist dann auch manchmal vor Ort oder die Leute kommen für psychologische Gespräche in die Klinik. Und vorher in StÄB war es ja auch so, dass wir eine Psychologin mit im Team hatten.“* (I1: 96-99)
		„Und im ACT […]*. Da hat man noch das Team dahinter. Da kann man sich auch nochmal absprechen.“* (I3: 116-118)
		„Ich habe aber guten Kontakt zu seiner Schwester und wenn ich irgendetwas medizinisches habe, dann soll alles über sie laufen. Dann wende ich mich an sie und sie wiederum spricht mit ihm, weil sie eine viel bessere Beziehung zu ihm hat. Und von seiner Schwester nimmt er mehr an.“ (I4: 139-142) *„Ich habe das dann auch getan, habe aber auch umgehend die Schwester informiert, dass sie mit ihm zum Facharzt gehen solle, da er wieder sehr psychotisch sei. Sie möchte ihn jetzt dazu bewegen, aber ich persönlich habe da keinen Zugriff auf ihn.“* (I4: 151-154)
	SDM	*„So in die Richtung würde das dann ablaufen. Aber mit dem Hinweis, dass nur der Patient selbst sagt, was gemacht werden soll und wo sie hingehen wollen ins Krankenhaus.“* (I4: 211-214)
	Vermittler	*„da habe ich mir dann* […] *einen guten Ansprechpartner gesucht. Und dann geht das komplett getrennt zusätzlich zur ambulanten Psychotherapie. Und* […] *wenn man die Leute nur einmal pro Woche sieht kann man so etwas nicht anreißen. Ich arbeite halt gerne viel mit Strukturen und Ansprechpartnern.“* (I2: 137-142)
	verlängerter Arm	*„Und was wir dann auch mal machen - das kann der Psychotherapeut aufgrund seiner Ressourcen jetzt nicht so machen - die Dinge im Alltag ein zu üben. Der Therapeut hat ja bestimmt auch keine Zeit aus seiner Praxis herauszugehen. Also diese alltagspraktischen Fähigkeiten zu trainieren. Das wäre ja dann so, dass ich einem Patienten Arbeitsziele vorgebe, er diese dann mit dem Psychotherapeuten bespricht und der gibt dann den Auftrag wieder weiter an den ambulanten Dienst „das und das haben wir gemacht, übt das mal mit ihm ein“. Und dann könnte man zusammen eine Reflexion machen, was ist gut und was ist schlecht gelaufen, was muss man*

		ändern. Einfach um zu schauen welches Ergebnis herausgekommen ist. Das wäre so eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten, Patient und mir." (I3: 149-159)
		„Ich habe jetzt aktuell als Beispiel eine Klientin, da habe ich von der Psychotherapeutin den Auftrag erhalten sie zu begleiten (die Patientin), zum Expositionstraining. Aber ich mache in diesem Fall nichts während des Expositionstrainings. Ich sitze draußen vor dem Einkaufsmarkt und warte bis sie drinnen ihre Erledigungen getätigt hat. *Und falls sie Probleme haben sollte, dann könnte sie mich anrufen."* (I4: 70-75)
Interprofessionelles Handeln	Abgrenzung Psychotherapie Zu Aufsuchender Psychiatrischer Pflege	*„… dann verweise ich immer ganz klar an den Psychotherapeuten. […] Das ist ganz klar abgegrenzt."* (I2: 118-120) *„Weil, das überschreitet meinen Grad der Ausbildung."* (I2: 135)
	Alltagspraktisches Training	*„Oder eben auch Fertigkeiten, die verloren gegangen sind wieder ein zu üben."* (I2: 15-16)
		„Und was wir dann auch mal machen […] *die Dinge im Alltag ein zu üben.* […] *Also diese alltagspraktischen Fähigkeiten zu trainieren."* (I3: 149-152)
	APP = LI-CBT APP ≠ HI-CBT	*„Aber dass das jetzt so in die Tiefe geht, da fehlt es einfach an der praktischen Übung. Das wäre schon hilfreich für das ambulante Setting.* […] *Also ich meine es ist auch gar nicht meine Aufgabe* [die Psychotherapie]*. Das eine macht der Psychotherapeut und das andere mache ich.* […] *Nach meiner Auffassung als Fachpfleger im ambulanten Bereich ist ja schon leicht unterschwellig immer bisschen Psychotherapie mit dabei. Das bleibt ja nicht aus. Das fängt bei jedem Gespräch ja schon damit an. Das kann man auch nicht so explizit trennen. Ich meine der Patient erwartet ja von mir, dass ich ihm helfe in seinen Alltagssituationen. Und er denkt ja, dass ich ihn dabei unterstütze und mit ihm mitgehe. Ich kann ihm ja Ratschläge und Tipps geben. Das ist dieses aktive, was der Patient von mir erwartet. Aber nach meinem Verständnis muss da gezielter noch der Psychotherapeut schauen, was zu bearbeiten wäre."* (I3: 131-143)

5.5.6 Kategorie Lebenswelt

Eine weitere Kategorie, die sich aus der Hauptphase der Interviews entwickelte, ist die Kategorie der Lebenswelt. Hier werden zwei wesentliche Merkmale aufgeführt.

Zum einen wäre dies die Unterkategorie des sozialen Umfeldes, sowie den originären Beitrag, der durch die Pflege geleistet wird. Ein Überblick ist in Tabelle 17 aufgeführt.

Die Subkategorie Beitrag durch Pflege beinhaltet einen Prozess, in dem die Pflegenden die Introspektionsfähigkeit der Patienten überprüfen. *„Man schaut dann mal nach dem man die Vorstellungsrunde hinter sich hat (…) wie sich die Person dann sieht und welche Einschränkungen sie hat.*

Ich gehe dabei nicht im speziellen auf Krankheiten ein, sondern frage woran er merkt, dass er Einschränkungen hat.

In welchem Bezug er die Probleme hat. Welche Gefühle er hat, da geht auch viel über Emotionalität. Und wie sein Tagesablauf so ist und ob er beeinträchtigt ist in seinen Tagesablauf. Ob er überhaupt eine Tagesstruktur hat, ob er die Tagesstruktur selbst aufrechterhalten kann oder gegebenenfalls was ihn daran hindert. Und im Großen und Ganzen sagen einem die Patienten dann schon wie sie sich fühlen. Die Patienten umschreiben dann eher wie sie sich fühlen.“ (I3: 52-61). Vorrangig scheint hierbei die Suche nach aktuellen Defiziten zu sein, wobei es nicht unüblich erscheint, dass die Defizite nicht explizit benannt sondern viel mehr umschrieben werden.

Ein weiterer Aspekt stellt die Koordination im Bereich der Lebenswelt dar. Auch hier arbeiten die Pflegenden *„…viel mit Strukturen und Ansprechpartnern“* (I2:141). Hierbei wird ebenfalls eine Miteinbeziehung von Familienangehörigen in den kompletten Pflegeprozess aufgeführt. Dies kann zum einen mit dem Fokus der Krankenbeobachtung passieren, jedoch auch mit Blick auf die Evaluation der festgelegten Ziele. *„Ich habe aber guten Kontakt zu seiner Schwester und wenn ich irgendetwas medizinisches habe, dann soll alles über sie laufen. Dann wende ich mich an sie und sie wiederum spricht mit ihm, weil sie eine viel bessere Beziehung zu ihm hat. Und von seiner Schwester nimmt er mehr an.* […] *Ich habe aber auch umgehend die Schwester informiert, dass sie mit ihm zum Facharzt gehen solle, da er wieder sehr psychotisch sei.*

Sie möchte ihn jetzt dazu bewegen, aber ich persönlich habe da keinen Zugriff auf ihn.“ (I4: 139-154). Einen weiteren Aspekt stellt die Neutralität im Kontext der Lebenswelt dar. Hier werden *„…viele Situationen* [aufgeführt]*, die* […] *man auch schon bei anderen Klienten mitbekommen . Probleme und Situationen im familiären Umfeld, da kann ich jetzt einfach besser mit umgehen und als Mediator fungieren“* (I2: 172-175).

Auch im Bereich des sozialen Umfeldes werden vorrangig Tätigkeiten genannt wo die Pflegenden als Vermittler fungieren, da sie *„… von außerhalb* [kommen] *und nicht mit irgendwelchen Vorurteilen behaftet* [sind. Sie werden eher als Personen angesehen, denen man] *eher vertrauen* [kann, weil sie] *keine familiären Vorurteile* [aufzeigen]*“* (I3: 23-27).

Tabelle 17: Lebenswelt

Kategorie: Lebenswelt		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbeleg**
Beitrag durch Pflege	Introspektionsfähigkeit	*„Man schaut dann mal nach dem man die Vorstellungsrunde hinter sich hat - so mache ich das - wie sich die Person dann sieht und welche Einschränkungen sie hat. Ich gehe dabei nicht im speziellen auf Krankheiten ein, sondern frage woran er merkt, dass er Einschränkungen hat. In welchem Bezug er die Probleme hat. Welche Gefühle er hat, da geht auch viel über Emotionalität. Und wie sein Tagesablauf so ist und ob er beeinträchtigt ist in seinen Tagesablauf. Ob er überhaupt eine Tagesstruktur hat, ob er die Tagesstruktur selbst aufrechterhalten kann oder gegebenenfalls was ihn daran hindert. Und im Großen und Ganzen sagen einem die Patienten dann schon wie sie sich fühlen. Die Patienten umschreiben dann eher wie sie sich fühlen.“* (I3: 52-61)
	Koordination und Netzwerk	*„Ich arbeite halt viel mit Strukturen und Ansprechpartnern.“* (I2: 141)
		„Ich habe aber guten Kontakt zu seiner Schwester und wenn ich irgendetwas medizinisches habe, dann soll alles über sie laufen. Dann wende ich mich an sie und sie wiederum spricht mit ihm, weil sie eine viel bessere Beziehung zu ihm hat. Und von seiner Schwester nimmt er mehr an.

		[…] *… habe aber auch umgehend die Schwester informiert, dass sie mit ihm zum Facharzt gehen solle, da er wieder sehr psychotisch sei. Sie möchte ihn jetzt dazu bewegen, aber ich persönlich habe da keinen Zugriff auf ihn.“* (I4: 139-154)
	Neutralität	*„… ja gut mit der Zeit hat man eben auch mehr Erfahrung und mehr Werkzeuge und viele Situationen, die auftreten hat man auch schon bei anderen Klienten mitbekommen. Probleme und Situationen im familiären Umfeld, da kann ich jetzt einfach besser mit umgehen und als Mediator fungieren.“* (I2: 172-175)
		„… oder der hat Verständnis für die Erkrankung und ist nicht voreingenommen.“ (I3: 29-30)
soziales Umfeld	Vermittler	*„… ja gut mit der Zeit hat man eben auch mehr Erfahrung und mehr Werkzeuge und viele Situationen, die auftreten hat man auch schon bei anderen Klienten mitbekommen. Probleme und Situationen im familiären Umfeld, da kann ich jetzt einfach besser mit umgehen und als Mediator fungieren.“* (I2: 172-175)
		„Als Beispiel gibt es ja vielleicht auch jemanden der mit seinen Eltern nicht so sprechen möchte. Und dann sagt er, ja gut da kommt jetzt jemand von außerhalb und er ist nicht mit irgendwelchen Vorurteilen behaftet, dem kann ich vielleicht etwas eher vertrauen, weil er keine familiären Vorurteile hat.“ (I3: 23-27)

5.5.7 Kategorie Rahmenbedingungen

Eine weitere Kategorie, die sich durch die Hauptphase der Interviews erschloss, ist die Kategorie der Rahmenbedingungen. Diese Kategorie wird durch die Praktikabilität sowie den Charakteristika von Milieuaspekten beschrieben. Die Übersicht ist in Tabelle 18 vorzufinden.

Ein zentrales Merkmal hinsichtlich der Praktikabilität von Verhaltensaktivierung stellt der jeweilige Anlassbezug der Hausbesuche dar. Grundsätzlich werden vorbereitete Themen als sinnvoller achtet, *„Je nachdem welche Probleme oder Wünsche oder Hoffnungen an einen herangetragen werden.“* (I3: 22-23).

Jedoch gilt es immer zu berücksichtigen, *„…was aktuell gerade wichtig ist für denjenigen“* (I3: 99). Ereignisse, die potentiell und unerwartet eintreten können, scheinen die Arbeit im aufsuchenden Setting stark zu prägen, da *„… die Menschen ja nicht nur psychische Probleme, sondern auch ganz alltagspraktische Probleme* [haben können], *dass sie beispielweise kein Geld haben oder so. Ganz normale Lebenskrisen wie wir sie auch haben können“* (I4: 90-94). Vor diesem Hintergrund orientieren sich die Pflegenden primär an dieser Anlassbezogenheit.

Vorteilhaft wäre es demnach für dieses Setting, wenn die Verhaltensaktivierung in Form von abgegrenzten Bausteinen eingesetzt werden könnte, sofern keine aktuellen Besonderheiten anliegen würden. *„Gut Nachteile jetzt vielleicht eher nicht, aber wenn es denn spontan zu irgendwelchen Krisen kommt dann müsste man ja schon von dem Konzept abweichen. Aber gut. Ein Nachteil wäre jetzt auch übertrieben glaube ich. (…) man hat halt diese Struktur und kann schlecht abweichen. Und wenn halt etwas Unvorhergesehenes passiert dann muss man eben reagieren. Das würde ja auch kein Problem darstellen, wenn man es kurz unterbricht und nach zwei oder drei Wochen fortführt“* (I1: 150-156).

Die Pflegenden äußerten, dass sie die Verhaltensaktivierung und offensichtlich auch den Aufbau *„… also prinzipiell gut* [finden]*, dass es so Module sind, aber* [erfahrungsgemäß]*, wenn die so durchnummeriert sind, dass man sie auch jetzt nicht so durchquetschen kann. (…) Also am Anfang hatte ich auch immer ganz viel vorgeplant für den jeweiligen Termin was ich da besprechen wollte. Man muss sich das so vorstellen, dass zwischen den Kontakten dann wieder so viel passiert ist, dass andere Themen vorrangig waren. Und das auch immer ein ganz großer Nachholbedarf zu den vorhergehenden Terminen da war und was man dann bearbeiten musste. Weil Dinge vorgefallen sind oder weil Dinge nicht funktioniert haben. Und ein großer Teil der Tätigkeit bei vielen Leuten ist ja auch immer, dass es Probleme mit Institutionen gibt mit irgendwelchen Schriftangelegenheiten; dass man danach schauen muss und das hält halt auf. Aber grundsätzlich wäre es schon hilfreich und denkbar, wenn es so eine Struktur gäbe.*

Ich weiß zwar jetzt nicht ob es dann so einzusetzen ist, dass man es von 1-8 einsetzen kann. Gegebenenfalls muss man das auch mal halbieren (lacht) oder sowas. Aber in meinem Verständnis ist das echt gut.“ (I2: 146-160)

Die Pflegenden gaben dabei an, dass sich die wesentlichen Inhalte *„… gar nicht so stark…“* (I3: 177) von der aktuellen Arbeitsweise unterscheiden. Wichtig für die inhaltliche Arbeit wäre *„… nach* [deren] *Verständnis…“* (I3: 180) die Flexibilität in Hinblick auf die Zielsetzung mit der Frage, *„welches Ziel verfolgt der Patient* [und] *kommt man da überhaupt hin?“* (I3: 181). Jedoch werden auch hier wieder Hinweise geliefert, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung, die Unterscheide zwischen dem stationären und dem aufsuchenden Rahmen sowie die Beziehungsgestaltung berücksichtigen. *„Bei manchen Personen könnte man das strikt durchziehen aber bei anderen wiederum ist es schwierig. Das ist eben auch der große Unterschied zwischen dem ambulanten und dem stationären Setting. Im stationären Setting sollen oder müssen die Angebote genutzt werden und bei den Klienten zu Hause muss man eben flexibel bleiben. Ich muss ja immer schauen, dass mir beim nächsten Treffen wieder die Tür geöffnet wird. Und das muss ich erst mal erreichen…“* (I4: 218-224)

Auch kann der von außen auferlegte zeitliche Rahmen durchaus als hinderlich angesehen werden, da es nach Meinung der Pflegenden vorteilhafter wäre, „…*wenn es ein großer Zeitraum ist wo man längerfristig planen kann, dann könnten auch die unvorhergesehenen Dinge ihren Platz einnehmen und man hätte einfach mehr Zeit für die anderen Module zu besprechen. Vor allem dann, wenn man die Leute fragt was sie für das Treffen an Anliegen haben und sie haben keine konkreten Anliegen (…) dann könnte man solche Dinge, die in dem Konzept aufgeführt sind einfach gut besprechen“* (I2: 163-169).

Die Pflegenden berichten, dass es immer hilfreich sei, wenn ein Ortswechsel vollzogen würde, da dies häufig die jeweiligen Kontakte lockere und keine künstliche, gezwungene Atmosphäre aufkommen lasse.

„Also üblicherweise, um den Leuten dann auch den Druck zu nehmen, da kommt jetzt jemand zu mir nach Hause, dann gehe ich meistens mit den Leuten an einem anderen Ort. D.h. wir gehen meistens irgendwo raus in die Natur etwas laufen und führen dort dann einfach mal ein ungezwungenes Gespräch. Und dann wird einfach gefragt was ich ändern soll. Das wäre so eine Möglichkeit auch aus dem häuslichen Setting herauszukommen.

Also ich meine halt so ungezwungen professionell und das an einem neutralen Ort“ (I3: 69-75).

Dabei scheinen Kontakte hilfreich zu sein, die nicht von einer Asymmetrie wie in einem stationären Behandlungsrahmen gekennzeichnet sind, sondern das Ziel ist es, sich neutral *„…*[kennenzulernen]*, nicht nur über die Erkrankung sprechen, sondern das ganz normale Leben mit den Menschen gestalten. Also ich mach das immer ganz gerne so, dass man rausgeht in die Natur, weil sich dann leichter über alles sprechen lässt.“* (I4: 20-22). Die Befragten fanden die Form einer Walk-talk-Beratung in der Natur sehr angenehm und berichten, dass durch diese Form der professionellen Ungezwungenheit leichter die Defizite angesprochen werden können.

Mit Blick auf die Beziehungsgestaltung sowie das Vertrauensverhältnis äußerten die Pflegenden, dass es ihnen wichtig sei, keinen Druck auf die Patienten auszuüben, sondern vielmehr *„… den Leuten dann auch den Druck zu nehmen“* (I3:69).

Tabelle 18: Rahmenbedingungen

Kategorie: Rahmenbedingungen		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbeleg**
Praktikabilität	Anlassbezug	*„Je nachdem welche Probleme oder Wünsche oder Hoffnungen an einen herangetragen werden.“* (I3: 22-23) *„… was aktuell gerade wichtig ist für denjenigen.“* (I3: 99)
		„… ich würde ich mal sagen, (…) eher anlassbezogen. Also je nachdem in welcher Situation sich der Mensch befunden hat. Die Menschen haben ja nicht nur psychische Probleme, sondern auch ganz alltagspraktische Probleme, dass sie

		beispielsweise kein Geld haben oder so. Ganz normale Lebenskrisen wie wir sie auch haben können." (I4: 90-94)
	Bausteine	*„Gut Nachteile jetzt vielleicht eher nicht, aber wenn es denn spontan zu irgendwelchen Krisen kommt dann müsste man ja schon von dem Konzept abweichen. Aber gut. Ein Nachteil wäre jetzt auch übertrieben glaube ich.* *(…) man hat halt diese Struktur und kann schlecht abweichen.* *Und wenn halt etwas Unvorhergesehenes passiert dann muss man eben reagieren. Das würde ja auch kein Problem darstellen, wenn man es kurz unterbricht und nach zwei oder drei Wochen fortführt."* (I1: 150-156)
		„… also prinzipiell finde ich das gut, dass es so Module sind aber meine Erfahrung ist es, wenn die so durchnummeriert sind, dass man sie auch jetzt nicht so durchquetschen kann. Weil es ja oft (…) Also am Anfang hatte ich auch immer ganz viel vorgeplant für den jeweiligen Termin was ich da besprechen wollte. Man muss sich das so vorstellen, dass zwischen den Kontakten dann wieder so viel passiert ist, dass andere Themen vorrangig waren. Und das auch immer ein ganz großer Nachholbedarf zu den vorhergehenden Terminen da war und was man dann bearbeiten musste. Weil Dinge vorgefallen sind oder weil Dinge nicht funktioniert haben. Und ein großer Teil der Tätigkeit bei vielen Leuten ist ja auch immer, dass es Probleme mit Institutionen gibt mit irgendwelchen Schriftangelegenheiten; dass man danach schauen muss und das hält halt auf. Aber grundsätzlich wäre es schon hilfreich und denkbar, wenn es so eine Struktur gäbe. Ich weiß zwar jetzt nicht ob es dann so einzusetzen ist, dass man es von 1-8 einsetzen kann. Gegebenenfalls muss man das auch mal halbieren (lacht) oder sowas. Aber in meinem Verständnis ist das echt gut." (I2: 146-160)
		„naja also die Verhaltensaktivierung hat ja diese acht Bausteine, die aufeinander aufbauen. Aber im Grunde unterscheidet es sich gar nicht so stark. Also ich meine der Rahmen ist gut, aber gewisse Dinge könnten ja auch mal übersprungen werden, also von den einzelnen Bausteinen. Oder umgestellt werden. Dann müsste mal nach meinem Verständnis schon etwas flexibler bleiben. Im Endeffekt liegt es ja an der Zielsetzung.

		Welches Ziel verfolgt der Patient. Kommt man da überhaupt dran?" (I3: 176-181)
		„man muss halt manchmal switchen… Bei manchen Personen könnte man das strikt durchziehen aber bei anderen wiederum ist es schwierig. Das ist eben auch der große Unterschied zwischen dem ambulanten und dem stationären Setting. Im stationären Setting sollen oder müssen die Angebote genutzt werden und bei den Klienten zu Hause muss man eben flexibel bleiben. *Ich muss ja immer schauen, dass mir beim nächsten Treffen wieder die Tür geöffnet wird. Und das muss ich erst mal erreichen…"* (I4: 218-224)
	Zeitdruck	*„Ich denke, wenn es ein großer Zeitraum ist wo man längerfristig planen kann, dann könnten auch die unvorhergesehenen Dinge ihren Platz einnehmen und man hätte einfach mehr Zeit für die anderen Module zu besprechen. Vor allem dann, wenn man die Leute fragt was sie für das Treffen an Anliegen haben und sie haben keine konkreten Anliegen (…) dann könnte man solche Dinge, die in dem Konzept aufgeführt sind einfach gut besprechen."* (I2: 163-169) *„Und man ist einfach doch zeitlich etwas eingeschränkt (lacht) in der ambulanten Pflege oder in der Soziotherapie."* (I2: 198-200)
„Milieuaspekte"	Ortswechsel	*„Im Moment versuche ich ja hauptsächlich die Leute raus zu bekommen, gerade wegen Corona."* (I1: 115-116)
		„Mein Fokus wäre dann der Aktivitätenaufbau und zu schauen wie das eben funktioniert. Und dann auch mal die Gegend kennen lernen …" (I2: 263-264)
		„Also üblicherweise, um den Leuten dann auch den Druck zu nehmen, da kommt jetzt jemand zu mir nach Hause, dann gehe ich meistens mit den Leuten an einem anderen Ort. D.h. wir gehen meistens irgendwo raus in die Natur etwas laufen und führen dort dann einfach mal ein ungezwungenes Gespräch. Und dann wird einfach gefragt was ich ändern soll. Das wäre so eine Möglichkeit auch aus dem häuslichen Setting herauszukommen. Also ich meine halt so ungezwungen professionell und das an einem neutralen Ort." (I3: 69-75)
		„kennenlernen… nicht nur über die Erkrankung sprechen, sondern das ganz normale Leben mit den Menschen gestalten.

		Also ich mach das immer ganz gerne so, dass man rausgeht in die Natur, weil sich dann leichter über alles sprechen lässt." (I4: 20-22)
	Kein Druck auf Patienten	*„… ich arbeite eigentlich gerne ohne Zwang…"* (I2: 19-20) *„Und ich arbeite nicht noch mit Druck…"* (I2: 28)
		„Also üblicherweise, um den Leuten dann auch den Druck zu nehmen…" (I3: 69)

5.5.8 Kategorie Handlungsoperationalisierung

Die Kategorie Handlungsoperationalisierung unterteilt sich in die Subkategorien Erfahrung und Wissen. In der Kategorie Erfahrung wird über Unsicherheiten in der Handhabung mit Verhaltensaktivierung gesprochen.

In Kategorie Wissen sind die Aspekte von erfahrungsbasiertem Wissen sowie den langjährig angeeigneten psychiatrischen Kompetenzen aufgeführt. Auffallend in dieser Kategorie ist die Schwierigkeit, die eingesetzten Handlungen zu operationalisieren beziehungsweise gezielt begründen zu können. Auch wird in diesem Bereich wiederum viel durch persönliche Stile geprägt. Tabelle 19 zeigt eine Anordnung über die jeweiligen Interviews

Tabelle 19: Handlungsoperationalisierung

Kategorie: Handlungsoperationalisierung		
Subkategorie	**Codes**	**Interviewbelege**
Erfahrung	Psychiatrische Kompetenzen	*„Aber jetzt bei dieser Verhaltensaktivierung (…) da bin ich mir noch etwas unsicher. Da fehlt mir auch ein bisschen die Erfahrung vielleicht."* (I3: 172-173)
Wissen	Implizit	*„Es passiert halt viel auf Erfahrung oder hauptsächlich auf Erfahrung und das muss ja nicht schlecht sein, aber Struktur ist eben auch nicht verkehrt."* (I1: 122-123)
		„… ja gut mit der Zeit hat man eben auch mehr Erfahrung und mehr Werkzeuge und viele Situationen, die auftreten hat man auch schon bei anderen Klienten mitbekommen. Probleme und Situationen im familiären Umfeld, da kann ich jetzt einfach besser mit umgehen […]" (I2: 172-175)

		„… am Ehesten von den Erfahrungen die man so gesammelt und gelernt hat. Von der beruflichen Erfahrung oder aber auch durch die fachliche Weiterbildung.“ (I3: 101-102) *„ja die Erfahrungen aus dem praktischen Leben fließen ja doch auch immer mit ein.“* (I3: 171)
		„Das mache ich so in meiner Arbeit. Ich mache das auch nicht spontan, sondern ich habe schon einen Plan für mich den ich verfolge. Das habe ich so im Kopf. Das habe ich aus meiner systemischen Weiterbildung mitgenommen.“ (I4: 45-48)
	Nicht Verbalisierbarkeit (Abtönungspartikel)	*„Und **halt** dann versuchen, da **irgendwie** etwas dagegen zu machen.“* (I1: 47-48)
		*„ja gut bei so häuslichen Sachen ist es **halt** immer gut einen Plan zu schreiben …“* (I2: 94) „Dann fängt man **halt** mit dem Kleinstmöglichen an.“ (I2: 98)
		„Ich kann das jetzt wirklich nicht genau sagen. Ich habe da jetzt keine Vorgabe wo es dann heißt ich mache das jetzt so oder so oder so. Es gibt es keinen Standard A oder Standard F sondern ich mache das so wie ich denke aus meiner beruflichen Erfahrung. Wie ich gelernt habe wie ich das anpacke. Also ob das jetzt aus dem stationären Bereich oder aus der schulischen Ausbildung war (…) man zieht sich immer das raus wo man denkt es ist geeignet.“ (I3: 103-108)

5.5.9 Vorteile durch Verhaltensaktivierung

Die Vorteile, die sich nach Einschätzung der Pflegenden im aufsuchenden Setting durch Verhaltensaktivierung einstellen können, werden in Tabelle 20 aufgeführt. In Hinblick auf die Planung des Pflegeprozesses werden vor allem das strukturierte und planmäßige Vorgehen vorteilhaft angesehen, da hierdurch eine bessere Möglichkeit des Aktivitätenmonitorings besteht. Vor allem wird die Chance einer nachhaltigen Evaluation des Pflegeprozesses gesehen. Darüber hinaus wird ebenfalls ein Vorteil in der allgemeinen Orientierung innerhalb des Pflegeprozesses angenommen.

Hinsichtlich des jeweiligen Fallbezugs werden mit Blick auf die Praktikabilität des Einsatzes von Verhaltensaktivierung positive Effekte

berichtet, die ebenfalls Aspekte von Orientierung aufweisen können. Diese Orientierung scheint sich aus einer Sicherheit zu ergeben, die dann entsteht, wenn die Interventionen in routinierter Weise angewendet werden können.

Auch hier wird eine bessere Evaluation der einzelnen Ziele benannt. Grundsätzlich wird die Verhaltensaktivierung als ein vorteilhaftes Element im Hinblick auf eine präventive Handlungspraxis angesehen.

Nach Angaben der Pflegenden würden sich durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung keine Veränderungen zum jetzigen beruflichen Selbstverständnis ergeben, da im Kontext der aufsuchenden Arbeit vor allem die präventiven Elemente der Gesundheitsförderung forciert werden. Die neu gewonnenen Fertigkeiten würden jedoch einen positiven Effekt auf die Handlungsgrundlage beisteuern. Die Pflegenden scheinen jedoch durch die zugewonnenen Kompetenzen der Verhaltensaktivierung in der Lage zu sein, den Patienten eine bessere Hilfestellung für deren alltagspraktischen Fertigkeiten anbieten zu können. Diesbezüglich werden auch Vorstellungen von Sicherheit innerhalb der Patientenbegegnung aufgeführt.

In Abgrenzung hierzu benennen die Pflegenden Vorteile des multiprofessionellen Behandlungssystems. Im Verständnis der Pflegenden besteht auch ein Teil der Arbeit darin, niederschwellige Psychotherapieinterventionen innerhalb ihrer Möglichkeiten anzubieten. Dabei werden eindeutige Abgrenzungen zu therapeutischen Professionen vorgenommen, da hochintensive Therapieinterventionen nicht in den Verantwortungsbereich der Pflegenden fallen. Sie bezeichnen sich vielmehr als Fallkoordinatoren, die eine praktische Funktion als verlängerter Arm einnehmen, um somit ein größtmöglich positives Outcome für die Patienten zu erreichen.

Mit Blick auf die Lebenswelt der Patienten besteht der wesentliche Beitrag der Pflege darin, eine Form der Introspektionsfähigkeit zu ermöglichen. Dies bedeutet, die Patienten in potentiell schwierigen Situationen zu befähigen, kompensatorische Strategien einsetzen zu können um somit durch

selbstreflexive Prozesse die eigenen Gedanken und Gefühle zum einen besser einordnen, zum anderen aber auch besser wahrnehmen zu können.

Mit Blick auf die vorliegenden Rahmenbedingungen äußerten die Pflegenden eindeutig, dass der Einsatz von Verhaltensaktivierung m Gegensatz zum stationären Setting nur dann praktikabel sei, wenn die einzelnen Inhalte in Form von Bausteinen eingesetzt werden können. Der Hauptgrund hierfür liegt in den jeweilig unvorhersehbaren Faktoren im aufsuchenden Setting, die nicht zwingend durch krankheitsbezogene Einflüsse entstehen können. Grundsätzlich gehen die Pflegenden davon aus, dass der Einsatz von Verhaltensaktivierung einen deutlichen Benefit hinsichtlich der Handlungsoperationalisierung mit sich bringt. Begründet wird dies zum einen durch den Zuwachs an psychiatriespezifischen Kompetenzen.

Tabelle 20: Übersicht der Vorteile durch Verhaltensaktivierung

Vorteile durch Verhaltensaktivierung		
Hauptkategorie	**Subkategorie**	**Codes**
Behandlungskonzept (prozessorientiert)	Planung des Pflegeprozess	planmäßiges Vorgehen
		Monitoring
		Evaluation
		Krisenplanung
		Orientierung
Behandlungskonzept (fallbezogen)	Praktikabilität	Routine
		Orientierung
		Evaluation
	Handlungspraxis	Interventionen
		Prävention
Berufliches Selbstverständnis	Handlungsgrundlage	Hilfestellung
		Kompetenzerweiterung
	Arbeitsauftrag	Prävention
Patientenbegegnung	Partizipation	Sicherheit
Multiprofessionalität	Koordination	verlängerter Arm
	interprofessionelles Handeln	APP = LI CBT APP ≠ HI CBT
Lebenswelt	Beitrag durch Pflege	Introspektionsfähigkeit
Rahmenbedingungen	Praktikabilität	Bausteine
Handlungsoperationalisierung	Erfahrung	Psychiatrische Kompetenzen

6 Kritische Reflexion

Aufgrund der in Punkt 4.2 beschriebenen Änderungen sowie der Auswahl des methodischen Vorgehens werden die Ergebnisse nun folgend kritisch reflektiert.

6.1 Methodische Reflexion

6.1.1 Sampling und Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Samplingverfahren ist es möglich, dass relevante Beteiligte oder Situationen während des Forschungsprozesses nicht in den Blick der Forschenden geraten (vgl. Kelle & Kluge 2010, S. 41ff.), da möglicherweise aufgrund vorhandenen Vorwissens der *„Denkraum“* (Schittenhelm 2012, S. 354) in dem sich das Handeln der Forscher bewegt von unterschiedlichen Auswahlentscheidungen mitbestimmt werden kann. Infolgedessen besteht einerseits die Möglichkeit, dass blinde Flecken hinsichtlich der Heterogenität des Phänomens im sukzessiven Erhebungs- und Auswertungsprozess nicht expliziert werden können. Andererseits wäre es denkbar, dass das Vorwissen nicht für die theoretischen Vorabfestlegungen bezüglich des Varianzspektrums der zu untersuchenden Phänomene ausreicht und somit die potentiellen Merkmalsausprägungen nicht hinreichend erfasst werden können. Auch bedingen die jeweilig getroffenen Entscheidungen den Bezug zum Untersuchungsgegenstand (vgl. Flick 2000).

Dementsprechend wird der zu untersuchende Forschungsgegenstand per se erst im Kontext des Forschungsprozesse konstituiert (vgl. Wolff 2017b, S. 334ff.).

Unter Berücksichtigung der aufgeführten Aspekte bedeutet dies, dass sich in der qualitativen Forschung auch die Frage des Feldzugangs stellt, was sowohl methodische, als auch methodologische Überlegungen zu Begründungen und Strategien der Auswahl des Samples mit sich bringt.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Samplingprozess nicht vom Untersuchungsgegenstand bzw. dem Forschungsfeld generalisiert werden kann (vgl. Flick et al. 2017).

Jedoch besteht auch in der qualitativen Forschung die Möglichkeit der Ziehung einer Gelegenheitsstichprobe. Ein Nachteil dieser Art von Stichproben liegt in den Einschränkungen der Repräsentativität und Generalisierbarkeit der gewonnenen Ergebnisse. In Anlehnung an Esser (1986) scheinen bis zum heutigen Zeitpunkt bei Befragungen *„üblicherweise marginale, ‚extreme' und ‚abweichende' bzw. ‚unkonventionelle' Populationsteile, Personen sowohl aus über- wie unterprivilegierten Lebenslagen"* zu fehlen (vgl. Esser 1986, S. 38ff.). Darüber hinaus scheint ein Mangel an eingehenderen Analysen des Samplingprozesses vorzuliegen (vgl. Kelle & Kluge 2010, 41ff.).

Daher wäre es äußerst sinnvoll, die gefundenen Ergebnisse im Sinne einer Replikationsstudie unter Berücksichtigung der aufgeführten Aspekte an einer größeren und differenzierteren Stichprobe zu untersuchen, um somit die Möglichkeit zu eröffnen, die gewonnenen Erkenntnisse besser verallgemeinern zu können.

6.1.2 Laborsituation

In der vorliegenden Arbeit deuten die Ergebnisse zwar darauf hin, dass der Einsatz von Verhaltensaktivierung sowohl für die Patienten als auch für Pflegenden einen Benefit in unterschiedlichen Bereiche aufweisen können. Dennoch muss jedoch beachtet werden, dass die Ergebnisse hinsichtlich des Einsatzes von Verhaltensaktivierung durch eine Laborsituation entstanden sind. Dabei darf keinesfalls unberücksichtigt bleiben, dass das Reflektieren und Sprechen über bestimmte Handlungen innerhalb der Experteninterviews nicht immer dem real durchgeführten Handeln in bestimmten Situationen gleichzusetzen ist (vgl. Baer et al. 2011, S. 85ff.).

6.2 Inhaltliche Reflexion

6.2.1 Datensättigung

Ein großer Vorteil qualitativer Forschung liegt in ihrer Flexibilität, da die Forschenden die Möglichkeit besitzen, sich zwischen den Bereichen der Datenerhebung und Datenanalyse zu bewegen. Die Forschende sollten dabei flexibel bleiben, um unvorhergesehene Perspektiven des Forschungsgegenstandes beleuchten zu können. Dabei wird die systematische Vorgehensweise der Datensammlung als elementar angesehen, da es nicht darum geht Daten zu sammeln bis sich ein bestimmtes Muster wiederholt. Ziel der Datensammlung stellt die Verbesserung der einzelnen Kategorien dar. Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass das Vorhandensein großer Datenmengen nicht gleichbedeutend ist mit der Tatsache, dass somit auch bessere Ergebnisse entstehen und sich letztlich auch eine bessere Qualität ergibt. Vielmehr kann die Datensammlung beendet werden, wenn die Kategorien gesättigt sind. Dies trifft dann zu, wenn keine neuen Einsichten durch weitere Daten erfolgen (vgl. Charmaz 2011, S.89ff.).

Vor diesem Hintergrund bleibt die Frage offen, inwiefern die Anzahl der durchgeführten Experteninterviews den Grad der Datensättigung erreicht hat. Auch hier wären sicherlich weitere Befragung aufschlussreich gewesen. Diese Befragungen konnten aufgrund der in Punkt 4.2 aufgeführten Aspekte sowie aus forschungspragmatischen Gründen nicht umgesetzt werden. Es empfiehlt sich daher eine weitere Erhebung im Feld der aufsuchenden psychiatrischen Pflege (siehe Punkt 8 Empfehlungen an die Praxis).

6.2.2 Soziale Erwünschtheit

Ein weiteres Merkmal in Bezug auf die Aussagekraft der Ergebnisse stellt der Aspekt der sozialen Erwünschtheit im Zusammenhang mit den Befragungen dar.

Der Begriff der sozialen Erwünschtheit bezeichnet die Antworttendenz bei der Beantwortung von Befragungen, bei denen die betreffenden Personen dazu tendieren, nicht die für sie im eigentlichen Sinne zutreffende Antwort zu geben, sondern diejenige, von der sie erwarten, dass sie sozial anerkannt ist (vgl. Dorsch 2021).

7 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten darauf hin, dass die Pflegenden im aufsuchenden Setting bereits zum jetzigen Zeitpunkt niederschwellige Psychotherapieinterventionen durchführen. Dies basiert nicht wie ursprünglich geäußert auf der Handlungsebene von Versuch und Irrtum, sondern vielmehr auf Basis von implizitem Wissen (*„Das mache ich so in meiner Arbeit. Ich mache das auch nicht spontan, sondern ich habe schon einen Plan für mich den ich verfolge. Das habe ich so im Kopf. Das habe ich aus meiner systemischen Weiterbildung mitgenommen.“* (I4: 45-48)), Erfahrungswissen *(„Es passiert halt viel auf Erfahrung oder hauptsächlich auf Erfahrung und das muss ja nicht schlecht sein, aber Struktur ist eben auch nicht verkehrt.“* (I1: 122-123)) beziehungsweise Handlungen, die nicht verbalisiert werden können (*„Ich kann das jetzt wirklich nicht genau sagen. Ich habe da jetzt keine Vorgabe wo es dann heißt ich mache das jetzt so oder so oder so. Es gibt es keinen Standard A oder Standard F sondern ich mache das so wie ich denke aus meiner beruflichen Erfahrung. Wie ich gelernt habe wie ich das anpacke. Also ob das jetzt aus dem stationären Bereich oder aus der schulischen Ausbildung war (…) man zieht sich immer das raus wo man denkt es ist geeignet.“* (I3: 103-108)).

Dabei werden klare Abgrenzungen zu hochintensiven Interventionen vorgenommen. Nach *„… Auffassung* [der Pflegenden sei] *im ambulanten Bereich (…) ja schon leicht unterschwellig immer bisschen Psychotherapie mit dabei. Das bleibt ja nicht aus. Das fängt bei jedem Gespräch ja schon damit an. Das kann man auch nicht so explizit trennen.*

Ich meine der Patient erwartet ja von mir, dass ich ihm helfe in seinen Alltagssituationen. Und er denkt ja, dass ich ihn dabei unterstütze und mit ihm mitgehe. Ich kann ihm ja Ratschläge und Tipps geben. Das ist dieses aktive, was der Patient von mir erwartet. Aber nach meinem Verständnis muss da gezielter noch der Psychotherapeut schauen, was zu bearbeiten wäre." (I3: 131-143). Die Pflegenden benannten eindeutig, dass Psychotherapie *„…auch gar nicht* [die] *Aufgabe"* sei, sondern Psychotherapie die Aufgabe der Psychotherapeuten darstellt.

Unter dem Gesichtspunkt der Handlungsoperationalisierung sowie in Anlehnung an Molander (1992) ist davon auszugehen, dass Expertise primär aus der Funktion von Erfahrung und weniger der Schulweisheit resultiert. Diesbezüglich finden sich auch in den Experteninterviews zahlreiche Hinweise, dass die gewählten Interventionen des *treatment as usual* offensichtlich vorzugsweise durch im Berufsleben erworbene Erfahrungen ausgewählt werden. Somit liegt das Wissen im Urteilen und Tun und besteht nicht aus verbalen Formulierungen.

Unterschiede in Hinblick auf den Einsatz von Verhaltensaktivierung zeigen sich im Grad der Strukturiertheit, da aktuelle Handlungen meist spontan und anlassbezogen eingeleitet werden.

Daher wird vor allem ein großer Vorteil der Verhaltensaktivierung im Grad der Strukturiertheit gesehen. Durch die einzelnen Module beziehungsweise die klar strukturierte Form, scheint es den Pflegenden möglich zu sein, eine bessere Evaluation des Pflegeprozesses durchführen zu können. Darüber hinaus scheinen auch die jeweiligen persönlichen Stile der Pflegenden ausschlaggebend zu sein.

Die Auswahl der Interventionen fokussiert sich auf die Individualität der Patienten bzw. wird in einem partizipativen Entscheidungsprozess festgelegt. Daher erscheint der Wissenszuwachs für die Pflegenden elementar. Hinsichtlich der Bereitstellung unterschiedlicher Optionen können die gewählten Interventionen sowohl der Restitution, Remission als auch der Rekonvaleszenz der Patienten zuträglich sein.

Die Pflegenden gehen davon aus, dass sie somit die gewählten Interventionen sowohl bedarfsweise als auch gezielter einsetzen können.

Angesichts der Merkmale von Wissen und Handeln sei angemerkt, dass in allen geführten Interviews der Gebrauch von Abtönungspartikeln auffallend war. Im deutschen Sprachgebrauch werden Abtönungspartikel benutzt, um die Einstellungen der Sprecher bzw. Schreiber auszudrücken. So können beispielsweise die beiden Partikel *eben* und *halt* gebraucht werden, um die Offensichtlichkeit eines Sachverhalts zu unterstreichen (*„Und halt dann versuchen, da irgendwie etwas dagegen zu machen.“* (I1: 47-48); *„ja gut bei so häuslichen Sachen ist es halt immer gut einen Plan zu schreiben …“* (I2: 94); *„Dann fängt man halt mit dem Kleinstmöglichen an.“* (I2: 98)). Darüber hinaus zielen sie auf Erwartungen und Einstellungen des Sprechers bzw. Hörers ab und tragen dazu bei, Äußerungen in den jeweiligen Handlungszusammenhang zu integrieren (vgl. Hoffmann 2009, S. 117ff.).

Diese Offensichtlichkeit ergibt auch Hinweise in puncto Fertigkeitserwerb. Durch die Aspekte der Nichtverbalisiertbarkeit des *treatment as usual* wird deutlich, dass die interviewten Pflegenden in ihrem Fertigkeitserwerb mindestens der Stufe der „Erfahrenen“ entsprechen, da sie ihr Handeln situationsspezifisch unterscheiden können, die abgeleiteten Interventionen größtenteils intuitiv ausführen und bestimmte Merkmale als wichtig identifizieren können (vgl. Benner et al. 2012). Ein weiteres Indiz dafür stellt die Schwierigkeit der Operationalisierung der Handlungen dar. Auch in diesem Punkt werden in den Interviews häufig Abtönungspartikel eingesetzt und vereinzelt im Gespräch auch nachdrücklich durch entsprechende Gesten unterstrichen.

Weitere Vorteile, die durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung im Hinblick auf eine Verhaltensänderung hindeuten, scheint die wichtige Komponente der Wissensvermittlung, da das Wissen als Voraussetzung von Handlung verstanden werden kann, welches dann eine entsprechende Veränderung in der Gesundheits- und Umweltbildung herbeiführen soll.

Im dritten Interview wird aufgeführt, dass die Patientin *„… auch schon viele Dinge wisse…“*, beispielsweise auf welche Art und Weise die dysfunktionalen Handlungsweisen verbessert werden, *„..aber (…) warum auch immer (...)“* das Gelernte nicht umsetzen könne. Durch den Einsatz der Verhaltensaktivierung soll deshalb eine Veränderung herbeigeführt werden, indem die Pflegenden gemeinsam mit den Patienten gezielt die dysfunktionalen Muster bearbeiten können.

Die potentielle Schwierigkeit der Umsetzung gelernter Inhalte wird durch die Ergebnisse von Kelly und Barker (2016) bestätigt. Diese führen in ihren Untersuchungen auf, dass es nicht an fehlendem Wissen liege, sondern vielmehr an den sozialen Prozessen, die im alltäglichen Leben eingebunden sind. Somit wäre ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt zur Verhaltensänderung identifiziert. Ferner kann den Patienten ermöglicht werden, Routinen und Gewohnheiten in ihr alltägliches Leben zu integrieren und entsprechende kompensatorische Verhaltensweisen einzusetzen (vgl. Kelly & Barker 2016, S. 109ff.).

Die genannten übergeordneten Ziele liegen in der Gesundheitsförderung, einer Verbesserung der Orientierung in Bezug auf die Alltagsbewältigung sowie der Bildung von Introspektion hinsichtlich der Prävention. Dies kann vor allem durch einen kontinuierlichen, wissenschaftlich fundierten Beitrag von Pflegenden entstehen. In Hinblick auf die Effekte der Psychoedukation führten Raya-Tena et al. (2021) eine randomisierte, multizentrische klinische Studie durch, welche die Wirksamkeit von pflegerisch geleiteter Psychoedukation untersuchte. sollte. Die Teilnehmer der Studie wiesen unter anderem Symptome einer Depression (BDI-II > 12) auf. Die zentralen Erkenntnisse zeigen positive Effekte in der klinischen Remission der depressiven Symptome (BDI-II ≤ 13). Die von Pflegenden geleitete psychoedukativen Intervention scheinen sich auch als langfristig wirksam für die Remission zu erweisen (vgl. Raya-Tena et al. 2021, S. 2948ff.).

Strukturierte psychologische Interventionen werden in der Behandlung bei Menschen mit depressiven Erkrankungen empfohlen. Dennoch erhält weltweit nur ein kleiner Teil dieser Menschen solche Behandlungsangebote, da der Zugang zur Primärversorgung verbesserungsbedürftig ist. Daher wurde sowohl die Wirksamkeit als auch die Kosteneffizienz einer kurzen psychologischen Intervention untersucht, die sogar von Laienberatern für Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Depression in der medizinischen Grundversorgung durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zeigten, dass diese Interventionen eine Verbesserung der Symptomatik bei Menschen mit mittelschweren bis schweren Depressionen mit sich bringt. Darüber hinaus wurden die Interventionen von zuvor unbehandelten Patientengruppen ohne weiteres akzeptiert und erwiesen sich als kosteneffizient. Somit könnte der Einsatz von LI-CBT Interventionen eine Schlüsselstrategie sein, um die Behandlungslücke bei Menschen mit depressiven Störungen, der weltweit häufigsten psychischen Erkrankung, zu verringern (vgl. Patel et al. 2017, S. 176ff).

Die aktuelle globale Situation zeigt vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, dass psychotherapeutische Interventionen in Form von Verhaltensaktivierung, die lediglich durch Laienberater durchgeführt wurden wirksame Effekte hinsichtlich einer Symptomverbesserung aufweisen können und darüber hinaus auch das Auftreten von schweren Depressionsverläufen verhindern können (vgl. Cuijpers et al. 2019, S. 129ff.).

Dementsprechend können die Pflegenden durch den Einsatz von Verhaltensaktivierung einen elementaren Beitrag in der Versorgung leisten, wohl wissend, dass es sich lediglich um *„… die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege…“* handelt und keine eigenständige Heilbehandlung darstellt. Auch wenn die Ergebnisse aus den Untersuchungen von Anderl-Doliwa (2018) darauf hindeuten, dass die Pflegenden in ihren Handlungen psychotherapeutische Kompetenzen vermissen, geben die Ergebnisse dieser Untersuchung angesichts der

Aussagen aus den Interviews Hinweise darauf, dass diese bereits jetzt lege artis durchgeführt werden.

Zum einen erwähnen die Pflegenden, dass sich ihre aktuellen Handlungsstrategien nicht oder nur marginal von der Verhaltensaktivierung unterscheidet, zum anderen wird eindeutig berichtet, dass niederschwellige Psychotherapieinterventionen bereits jetzt durchgeführt werden. Auffallend dabei ist die deutliche Abgrenzung der Pflegenden gegenüber hochintensiven psychotherapeutischen Interventionen. Eine weitere Erklärung liegt in der Nichverbalisierbarkeit bestimmter Handlungen und den routinierten Einsatz des Erfahrungswissens.

Es sei vielmehr das Wissen über die Inhalte von Psychotherapie, die die Pflegenden einfordern, damit sie eine einheitliche Sprache im multiprofessionellen Behandlungsteam sprechen können. Beispielhaft sei hier die Aussage *„… dann gibt der Psychotherapeut ihr den Auftrag und wir sollen den gemeinsam umsetzen, wir schauen dann ob dies so funktioniert, und geben dann eine Rückmeldung und besprechen und reflektieren zu dritt um dann gegebenenfalls neue Strategien einsetzen zu können.“* aus dem dritten Interview aufgeführt.

Der Einsatz von Verhaltensaktivierung scheint aufgrund der geordneten Vorgehensweise vorteilhaft, da zum einen der Pflegeprozesses besser evaluiert und gleichermaßen Sicherheit entstehen kann.

8 Empfehlungen an die Praxis

In der Zusammenschau der aufgeführten Ergebnisse ist vor allem unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage festzuhalten, dass der Einsatz von Verhaltensaktivierung als elementarer Bestandteil der aufsuchenden psychiatrisch pflegerischen Tätigkeit angesehen werden sollte, da somit frühe, niederschwellige Interventionen hinsichtlich einer psychischen Gesundheitsförderung angeboten werden können. Große Vorteile werden

dabei in der einfachen Handhabbarkeit und einfachen Anwendung gesehen.

Dennoch ist zu beachten, dass eine manualisierte Vorgehensweise wie sie im stationären Rahmen umgesetzt wird, nur bedingt für das aufsuchende Setting praktikabel erscheint. Als Gründe hierfür werden die Besonderheiten des aufsuchenden Settings genannt. Diese Besonderheiten können in Form von aktuellen Ereignissen, die eine Unterbrechung im Ablauf bedingen, auftreten. Allerdings wird auch auf die besondere Beziehung sowie den besonderen Status der Pflegenden im Sinne einer Gastrolle hingewiesen.

Für eine Umsetzung im aufsuchenden Setting sollten vornehmlich Projekte im ländlichen Raum umgesetzt werden, da dort offensichtlich aufgrund infrastruktureller Besonderheiten noch Lücken in der Versorgung zu sein scheinen (siehe I2: 257ff).

Es bedarf dringend weiterer Forschungsvorhaben da nur so ein qualifizierter Beitrag sowie der Lückenschluss der Versorgung psychisch kranker Menschen erfolgen kann. Eine entsprechende Qualifizierung der aufsuchend tätigen Personen kann den ersten Teil einer Verbesserung mit sich bringen.

Literaturverzeichnis

Abbott, A. D. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Abraham, M. & Büschges, G. (2009). *Einführung in die Organisationssoziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Anderl-Doliwa, B. (2018). Exploration von Kompetenzprofilen psychiatrisch Pflegender. *Psychiatrische Pflege*, *3*(6), 35–40.

Anderson, J. R. (1982). Acquisition of cognitive skill. Psychological Review, 89(4), 369–406.

Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich [Interprofessional teamwork in health care]. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, *104*(1), 18–24.

Atria, M., Strohmeier, D. & Spiel, C. (2006). Der Einsatz von Vignietten in der Programmevaluation. In U. Flick (Hrsg.), *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Bd. 55674. Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte - Methoden - Umsetzung* (S. 233–249). Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (13. Aufl.). *ESV basics*. Erich Schmidt Verlag.

Auspurg, K., Hinz, T. & Liebig, S. (2009). Komplexität von Vignietten.: Lerneffekte und Plausibilität im faktoriellen Survey. *MDA*, *3*(1), 59–96.

Baer, M., Kocher, M., Wyss, C., Guldimann, T., Larcher, S. & Dörr, G. (2011). Lehrerbildung und Praxiserfahrung im ersten Berufsjahr und ihre Wirkung auf die Unterrichtskompetenzen von Studierenden und jungen Lehrpersonen im Berufseinstieg. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, *14*(1), 85–117.

Barker, M., Lawrence, W. T., Skinner, T. C., Haslam, C. O., Robinson, S. M., Inskip, H. M., Margetts, B. M., Jackson, A. A., Barker, D. J. P. & Cooper, C. (2008). Constraints on food choices of women in the UK with lower educational attainment. *Public health nutrition*, 1229–1237.

Barter, C. & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social research update,*, *25*(9), 1–6.

Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: its history, meaning, and present challenges. *Cambridge quarterly of healthcare ethics : CQ : the international journal of healthcare ethics committees*, *20*(4), 515–523.

Beck, U., Brater, M. & Daheim, H. (1980). *Soziologie der Arbeit und der Berufe: Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*. *Rowohlts deutsche Enzyklopädie: Bd. 395*. Rowohlt.

Becker, H. (1952). THE SOCIAL SYSTEM. By Talcott Parsons. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1951. TOWARD A GENERAL THEORY OR ACTION. Edited by Talcott Parsons and Edward A. Shils. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1951. 5 *Social Forces*, *30*(4), 462–465.

Benner, P. E., Wengenroth, M. & Staudacher, D. (Hrsg.). (2012). *Programmbereich Pflege*. *Stufen zur Pflegekompetenz: From novice to expert* (2. Aufl.). Huber.

Bergold, J. B. & Flick, U. (1987). *Einsichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung.*

Berry, D. C. & Broadbent, D. E. (1984). On the Relationship between Task Performance and Associated Verbalizable Knowledge. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, *36*(2), 209–231.

Bettencourt, L. A., Ostrom, A. L., Brown, S. W. & Roundtree, R. I. (2002). Client Co-Production in Knowledge-Intensive Business Services. *California Management Review*, *44*(4), 100–128.

Bock, T., Sielaff, G., Ruppelt, F., Nordmeyer, S. & Klapheck, K. (2012). Trialog und Psychosenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, *57*(6), 514–521.

Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., Kilian, R. & Fegert, J. M. (2015). Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *30*(5), 583–589.

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). (2002). *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bourdieu, P. & Russer, A. (2018). *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (B. Schwibs, Übers.) (26. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 658*. Suhrkamp.

Bourdieu, P., Wacquant, L. & Beister, H. (2013). *Reflexive Anthropologie* (3. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1793*. Suhrkamp.

Brenner, H. D., Junghan, U. & Pfammatter, M. (2000). Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen [Community-integrated acute psychiatric care. Options and limitations]. *Der Nervenarzt*, *71*(9), 691–699.

Brimblecombe, N., O'Sullivan, G. & Parkinson, B. (2003). Home treatment as an alternative to inpatient admission: characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *10*(6), 683–687.

Broadbent, D. E., FitzGerald, P. & Broadbent, M. H. P. (1986). Implicit and explicit knowledge in the control of complex systems. *British Journal of Psychology*, *77*(1), 33–50.

Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Überblick* (2. Aufl.). *Lehrbuch*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bühring, P. (2018). Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker: Gefragt ist der Gesetzgeber. *Deutsches Ärzteblatt*, *115*(31-32), 1422–1424.

Pflegeberufegesetz (2017). https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (1988). https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__37.html

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen.* http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/Sonstige/BMBF_DQR_aktuell.pdf

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2013). *Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen.* http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/130823_Handbuch_mit_nicht-barrierefreier_Anlage_MAM.pdf

§1904 BGB Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen. http://www.juristische-betreuung.de/gesetzliche-betreuung/gesundheitssorge.html

Cassier-Woidasky, A. K. (2019). *Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen – Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht*. https://projekt-gravita.de/professionsentwicklung-in-der-pflege-und-neue-formen-der-arbeitsteilung-im-gesundheitswesen-hindernisse-und-moeglichkeiten-patientenorientierter-versorgungsgestaltung-aus-professionssoziologischer-s-2/

Charmaz, K. C. (2011). Grounded Theory konstruieren. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (Bd. 38, S. 89–107). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Ruhl, N., Zoeteman, J., Van, R., Beekman, A. & Blankers, M. (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 55.

Cramer, C. (2010). Kompetenzerwartungen Lehramtsstudierender. In A. Gehrmann, U. Hericks & M. Lüders (Hrsg.), *Bildungsstandards und Kompetenzmodelle: Beiträge zu einer aktuellen Diskussion über Schule, Lehrerbildung und Unterricht* (S. 85–97). Verlag Julius Klinkhardt.

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C. & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, *21*(12), 129.

Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, *27*(3), 318–326.

Deister, A. & Wilms, B. (2015). Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie - Chance für eine zukunftsfähige Versorgung [Innovative treatment in psychiatry - a chance for integrated health care]. *Psychiatrische Praxis*, *42*(1), 8–10.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung

(KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Dewe, B. & Ferchhoff, W. (2011). *Professionelles soziales Handeln: Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis* (4. Aufl.). Juventa-Verl.

Dewe, B. & Stüwe, G. (2016). *Basiswissen Profession: Zur Aktualität und kritischen Substanz des Professionskonzeptes für die Soziale Arbeit : in memoriam Wilfried Ferchhoff* (1. Aufl.). *Grundlagentexte Soziale Berufe*. Beltz Juventa.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). *Springer-Lehrbuch*. Springer.

Dorsch. (2021). *Lexikon der Psychologie*. https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/soziale-erwuenschtheit

Dresing, T. & Pehl, T. (Hrsg.). (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Eigenverlag.

Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E. & Athanasiou, T. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. The Free Press.

Eifler, S. (2009). *Kriminalität im Alltag: Eine handlungstheoretische Analyse von Gelegenheiten* (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Ekers, D., Richards, D. & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological medicine*, *38*(5), 611–623.

Ellis, A. & Hoellen, B. (2004). *Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie: Reflexionen und Neubestimmungen* (2. Aufl.). *Reihe "Leben lernen": Bd. 112*. Pfeiffer; Klett-Cotta.

Ende der Profession und Professionalisierung ohne Ende? Zwischenbilanz einer unabgeschlossenen Diskussion. (2011).

Esser, H. (1986). Über die Teilnahme an Befragungen. *ZUMA Nachrichten*, *10*(18), 38–47.

Esser, H. (1999). Die Optimierung der Orientierung. In J. Straub & Hans Werbik (Hrsg.), *Handlungstheorie. Begriff und Erklärung des Handelns im interdisziplinären Diskurs.* (S. 113–136). Campus.

Esser, H. (2002). *Situationslogik und Handeln*. *Soziologie: spezielle Grundlagen / Hartmut Esser ; Bd. 1*. Campus-Verl.

Eylmann, C. (2017). Professionalisierungsbestrebungen und Habitus.: Anmerkungen zu einem Spannungsverhältnis in der Pflege. In T. Sander & S. Dangendorf (Hrsg.), *Akademisierung der Pflege: Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe* (1. Aufl., S. 83–102). Beltz Juventa.

Faltermaier, T. (2016). Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (Bd. 4, S. 229–241). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2. Aufl.). *Kohlhammer Kenntnis und Können: / herausgegeben von Bernd Leplow und Maria von Salisch ; Band 21*. Verlag W. Kohlhammer.

Fiechter, V. & Meier, M. (1993). *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis* (9. Aufl.). Recom.

Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (5. Aufl.). *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Bd. 55546*. Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (8. Aufl.). *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Bd. 55694*. rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Hrsg.). (2017). *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Bd. 55628*. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12. Aufl.). rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Foppa, K. (1990). Über Regeln der sprachlichen Kommunikation und die Schwierigkeiten, nichtberichtbares Wissen zu erfassen. *Bulletin der Schweizer Psychologen*(4), 3–12.

Friedrichs, J. (1979). *Methoden empirischer Sozialforschung*. *Rororo-Studium: Bd. 28*. Rowohlt.

Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 2006. *Pflegewissenschaft und Pflegebildung: Bd. 2*. V & R Unipress Univ.-Verl. Osnabrück.

Fröhlich, G. & Rehbein, B. (Hrsg.). (2009). *Bourdieu-Handbuch: Leben - Werk - Wirkung* (Sonderausgabe). Verlag J.B. Metzler.

Gadenne, V. & Oswald, M. E. (1991). *Kognition und Bewußtsein*. *Lehr- und Forschungstexte Psychologie: Bd. 40*. Springer.

Gaßmann, M., Marschall, W. & Utschakowski, J. (2006). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care*. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2012). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie--Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil [Behaviour-orientated exercise therapy--initiating and maintaining a physically active lifestyle]. *Die Rehabilitation*, 259–268.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). *Soziotherapie Richtlinie: Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung*. https://www.g-ba.de/richtlinien/24/

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1980). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (11. printing). Aldine.

Gläser, J. & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (3. Aufl.). *Lehrbuch*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hacker, W. (1998). Allgemeine Arbeitspsychologie.: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie* (4. Aufl.). vdf Hochsch.-Verl. an der ETH.

Hagger, M. S. & Luszczynska, A. (2014). Implementation intention and action planning interventions in health contexts: state of the research and proposals for the way forward. *Applied psychology. Health and well-being*, *6*(1), 1–47.

Hamann, J., Loh, A., Kasper, J., Neuner, B., Spies, C., Kissling, W., Härter, M. & Heesen, C. (2006). Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des "shared decision making" für Psychiatrie und Neurologie [Effects of a shared decision making model in psychiatric and neurologic practice]. *Der Nervenarzt*, *77*(9), 1071-6, 1078.

Harrison, J., Alam, N. & Marshall, J. (2001). Home or away: which patients are suitable for a psychiatric home treatment service? *Psychiatric Bulletin*, *25*(8), 310–313.

Hautzinger, M. (Hrsg.). (2011). *Kognitive Verhaltenstherapie: Behandlung psychischer Störungen im Erwachsenenalter ; mit Online-Materialien* (1. Aufl.). Beltz.

Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln* (4. Aufl.). *Springer-Lehrbuch*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Heidenreich, M. (1999). Berufskonstruktion und Professionalisierung.: Erträge der soziologischen Forschung. In H. J. Apel (Hrsg.), *Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozeß* (S. 35–58). Klinkhardt.

Heinrich Kunze & Stefan Priebe (2006). Integrierte Versorgung - Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, *33*(02), 53–55.

Hemkendreis, B. & Haßlinger, V. (2014). *Ambulante psychiatrische Pflege: Inklusive Downloadmaterial* (1. Aufl.). *Better care: Bd. 1*. Psychiatrie-Verl.

Heslop, B., Wynaden, D., Tohotoa, J. & Heslop, K. (2016). Mental health nurses' contributions to community mental health care: An Australian study. *International journal of mental health nursing*, *25*(5), 426–433.

Hesse, H. A. (1972). *Berufe im Wandel: Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts* (2. Aufl.). *Flexibles Taschenbuch soz*. Enke.

Hoffmann, L. (Hrsg.). (2009). *de Gruyter Studienbuch*. *Handbuch der deutschen Wortarten*. Walter de Gruyter.

Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *53*(1), 4–16.

Hofheinz, C., Heidenreich, T. & Michalak, J. (2017). *Werteorientierte Verhaltensaktivierung bei depressiven Störungen: Therapiemanual : mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (1. Auflage). Beltz.

Hopf, C. (2016). *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung: Herausgegeben von Wulf Hopf und Udo Kuckartz* (1. Auflage). Springer VS.

Hopf, C. & Schmidt, C. (H.). (1993). *Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischer Orientierungen.: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema.*

Hoyer, J. & Vogel, D. (2018). *Verhaltensaktivierung: Techniken der Verhaltenstherapie : mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (1. Auflage). Beltz.

Hülsken-Giesler, M. (2011). *Qualifikationsrahmen in der Pflege – zwischen politischem Telos und fachwissenschaftlichen Anforderungen.* In: *bwp@* Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 14, hrsg. v. DARMANN-FINCK, I./ GLISSMANN, G., 1-13. Online: http://www.bwpat.de/ht2011/ft14/huelsken-giesler_ft14-ht2011.pdf (26-09-2011) letzter download am 24.10.2021

International Council of Nurses. (2012). *Ethikkodex*. https://www.dbfk.de/de/shop/artikel/ICN-Ethikkodex-fuer-Pflegende.php

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(2), 295–304.

Jose Miguel Caldas-de-Almeida, Pedro Mateus, Diana Frasquilho & Johannes Parkkonen. (2016). *EU COMPASS FOR ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELLBEING: ANNUAL REPORT 2016 (EU Commission).*

Kaiser, F. & Fuhrer, U. (2000). Wissen für ökologisches Handeln. In H. Mandl & J. Gerstenmaier (Hrsg.), *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln: Empirische und theoretische Lösungsansätze* (S. 52–71). Hogrefe Verlag für Psychologie.

Kälble, K. (2005). Between professional autonomy and economic orientation - The medical profession in a changing health care system. *Psycho-social medicine*, *2*.

Kälble, K. (2017). Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland.: Stand und Perspektiven. In T. Sander & S. Dangendorf (Hrsg.), *Akademisierung der Pflege: Berufliche Identitäten und*

Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe (1. Aufl., S. 27–58). Beltz Juventa.

Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M. & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, *30*(6), 608–620.

Kelle, U. (1997). *Empirisch begründete Theoriebildung: Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung* (2. Aufl.). *Status passages and the life course: Bd. 6*. Dt. Studien-Verl.

Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarb. Aufl.). VS Verl. für Sozialwiss.

Kelleher, D. & Leavey, G. (2004). *Identity and health*. Routledge.

Kellnhauser, E. (2002). Berufskompetenzen professionell Pflegender.

Kelly, M. P. (2010). The axes of social differentiation and the evidence base on health equity. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 266–272.

Kelly, M. P. (2015). Diagnostic Categories in Autobiographical Accounts of Illness. *Perspectives in biology and medicine*, *58*(1), 89–104.

Kelly, M. P. & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public health*, 109–116.

Klünsch, C. (2007). Klient statt Patient. *Gehirn & Geist*, *1*(2), 72–75.

Kohlmann, C.-W., Salewski, C. & Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2018). *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (1. Auflage). Hogrefe Verlag.

Krais, B. & Gebauer, G. (2017). *Habitus* (7. Aufl.). *Einsichten Themen der Soziologie*. transcript Verlag.

Krathwohl, D. R. (2002). A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. *Theory Into Practice*, *41*(4), 212–218. Krippendorf, K. (1980): Content Analysis. An introduction to ist methodology. London: Sage.

Kuckartz, U. (2009). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten: Lehrbuch* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). VS Verl. für Sozialwiss.

Kurtz, T. (2014). *Die Berufsform der Gesellschaft*. Teilw. zugl.: Bielefeld, Univ., Habil.-Schr., 2003 (3. Aufl.). Velbrück Wiss.

Lange, C. & Heuft, G. (2002). Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) versus Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) [Psychic impairment in psychosomatic and psychiatric quality assessment: global assessment of functioning scale (GAF) vs. impairment score (IS)]. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *48*(3), 256–269.

Larson, M. S. (1979). *The rise of professionalism: A sociological analysis* (1. paperback printing). Univ. of California Press.

Lawrence, W., Keyte, J., Tinati, T., Haslam, C., Baird, J., Margetts, B., Swift, J., Cooper, C. & Barker, M. (2012). A mixed-methods investigation to explore how women living in disadvantaged areas might be supported to improve their diets. *Journal of health psychology*, 785–798.

Legewie, H. (1987). Interpretation und Validierung biographischer Interviews. In G. Jüttemann & H. Thomae (Hrsg.), *Biographie und Psychologie* (Bd. 3, S. 138–150). Springer Berlin Heidelberg.

Lewicki, P., Czyzewska, M. & Hoffman, H. (1987). Unconscious acquisition of complex procedural knowledge. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, *13*(4), 523–530.

Lewin, K. (1926). *Vorsatz Wille und Bedürfnis: Mit Vorbemerkungen über die psychischen Kräfte und Energien und die Struktur der Seele*. Springer Berlin Heidelberg.

Linden, M. & Strauß, B. (2013). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (1. Auflage). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Linden, M., Strauß, B., Scholten, S., Nestoriuc, Y., Brakemeier, E.-L. & Wasilewski, J. (2018). Definition und Entscheidungsschritte in der Bestimmung und Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie [Definition and Decision-Making in the Determination and Detection of Side Effects of Psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *68*(9-10), 377–382. Lisch, R. (1978): Stichproben. In: Lisch, R./Kriz, J. (Hrsg.): Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Reinbek: Rowohlt, S. 56-68.

Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S. & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology & health*, *26*(2), 151–166.

Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, *13*(6), 522–526. https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522

Marteau, T. M., Hollands, G. J. & Fletcher, P. C. (2012). Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science (New York, N.Y.)*, *337*(6101), 1492–1495.

Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlagsgruppe.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). *Beltz Pädagogik*. Beltz.

Mazzucchelli, T., Kane, R. & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16*(4), 383–411.

McClelland, C. E. (1985). Zur Professionalisierung der akademischen Berufe in Deutschland. In W. Conze & J. Kocka (Hrsg.), *Industrielle*

Welt: Bd. 38. Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen. (S. 233–247).

Meyer, G. (2013). Ambulante Psychiatrische Pflege. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Anwendung* (1. Aufl.). Kohlhammer.

Michie, S. (2014). *ABC of behaviour change theories: [an essential resource for researchers, policy makers and practitioners ; 83 theories]* (1. publ).

Michie, S., Carey, R. N., Johnston, M., Rothman, A. J., Bruin, M. de, Kelly, M. P. & Connell, L. E. (2018). From Theory-Inspired to Theory-Based Interventions: A Protocol for Developing and Testing a Methodology for Linking Behaviour Change Techniques to Theoretical Mechanisms of Action. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *52*(6), 501–512.

Mieg, H. A. (2016). Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In M. Dick, W. Marotzki & H. A. Mieg (Hrsg.), *UTB Erwachsenenbildung: Bd. 8622. Handbuch Professionsentwicklung* (S. 27–40). Verlag Julius Klinkhardt.

Molander, B. (1992). Tacit Knowledge and Silenced Knowledge.: Fundamental problems and Controversis. In B. Göranzon (Hrsg.), *Artificial intelligence and society. Skill and education: Reflection and experience* (S. 9–31). Springer.

Müller, K. & Thielhorn, U. (2000). *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten* (1. Aufl.). *Kohlhammer Pflegepositionen*. Kohlhammer.

Myers, C. & Davids, K. (1992). Knowing and Doing.: Tacit skill at Work. *Personnel Management*, *24*(2), 45–47.

Neuweg, G. H. (2004). *Könnerschaft und implizites Wissen: Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie*

Michael Polanyis. Zugl.: Linz, Univ., Habil.-Schr., 1998 (3. Aufl.). *Internationale Hochschulschriften: Bd. 311*. Waxmann.

Nussbaumer, G. & Reibnitz, C. v. (Hrsg.). (2008). *Innovatives Lehren und Lernen: Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen* (1. Aufl.). Verlag Hans Huber.

Oberauer, K. (1993). Prozedurales und deklaratives Wissen und das Paradigma der Informationsverarbeitung. *Sprache & Kognition*, *12*(1), 30–43.

Oevermann, U. (1996). *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns.*

Olbrich, C. (2010). *Pflegekompetenz* (2. Aufl.). *Programmbereich Pflege*. Huber.

Papworth, M., Ward, A. & Leeson, K. (2015). Negative effects of self-help materials: three explorative studies. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *8*, 387.

Parker, G., Fletcher, K., Berk, M. & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: the Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry research*, *206*(2-3), 293–301.

Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., Dimidjian, S., Araya, R., Hollon, S. D., King, M., Vijayakumar, L., Park, A.-L., McDaid, D., Wilson, T., Velleman, R., Kirkwood, B. R. & Fairburn, C. G. (2017). The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, *389*(10065), 176–185.

Perkins, R. & Burns, T. (2001). Home treatment. *The International journal of social psychiatry*, *47*(3), 55–66.

Pfadenhauer, M. & Sander, T. (2010). Professionssoziologie. In G. Kneer & M. Schroer (Hrsg.), *Handbuch Spezielle Soziologien* (S. 361–378). VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Quandt, T., Grueninger, H. & Wimmer, J. (2008). The Gray Haired Gaming Generation: Findings From an Explorative Interview Study on Older Computer Gamers. *Games and Culture*, *4*(1), 27–46.

Raya-Tena, A., Fernández-San-Martin, M. I., Martin-Royo, J., Casañas, R., Sauch-Valmaña, G., Cols-Sagarra, C., Navas-Mendez, E., Masa-Font, R., Casajuana-Closas, M., Foguet-Boreu, Q., Fernández-Linares, E. M., Mendioroz-Peña, J., González-Tejón, S., Martín-López, L. M. & Jiménez-Herrera, M. F. (2021). Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention Carried Out by Nurses for Patients with Depression and Physical Comorbidity in Primary Care: Randomized Clinical Trial. *International journal of environmental research and public health*, *18*(6).

Reber, A. (1977). Implicit learning: An analysis of the form and structure of a body of tacit knowledge. *Cognition*, *5*(4), 333–361.

Reber, A. S. (1989). Implicit learning and tacit knowledge. *Journal of Experimental Psychology: General*, *118*(3), 219–235.

Remmers, H. (Hrsg.). (2011). *Pflegewissenschaft und Pflegebildung: Band 1*. *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog: Eine Forschungsbilanz*. V & R Unipress Universitätsverlag Osnabrück.

Renkl, A. (2009). Lehren und Lernen. In R. Tippelt & B. Schmidt (Hrsg.), *Handbuch Bildungsforschung.* (2. Aufl., S. 737–753). VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Renner, B. & Schwarzer, R. (2000). Gesundheit: selbstschädigendes Verhalten trotz Wissen. In H. Mandl & J. Gerstenmaier (Hrsg.), *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln: Empirische und theoretische Lösungsansätze* (S. 26–50). Hogrefe Verlag für Psychologie.

Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E. & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, *388*(10047), 871–880.

Richter, D. & Hahn, S. (2009). Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese [Formal and informal tasks of community psychiatric nursing: A meta-synthesis]. *Pflege*, *22*(2), 129–142.

Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Rijnders, P., Heene, E., van Dijk, M., van Straten, A., Hutschemaekers, G. & Verbraak, M. (2016). A guided self-help intervention in primary care to improve coping and mental health: an observational study. *European Journal for Person Centered Healthcare*, *4*(2), 281.

Rosenberger, K. (2013). *Differenzfähigkeit bei Lehramtsstudierenden: Eine Vignettenstudie*. *Research*. Springer VS.

Schacter, D. L. (1987). Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, *13*(3), 501–518.

Schaeffer, D. (2011). Professionalisierung der Pflege – Verheißung und Realität. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, *65*(5-6), 30–37.

Schimank, U. (2016). *Handeln und Strukturen: Einführung in die akteurtheoretische Soziologie* (5. Aufl.). *Grundlagentexte Soziologie*. Beltz Juventa.

Schittenhelm, K. (Hrsg.). (2012). *Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung: Grundlagen, Perspektiven, Methoden*. Springer VS.

Schmidt, S. & Meißner, T. (2009). *Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege: Praxisbuch*. Springer Berlin Heidelberg.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Schratz, M., Meyer-Drawe, K. & Rumpf, H. (2012). *Lernen als bildende Erfahrung: Vignetten in der Praxisforschung*. *Erfolgreich im Lehrberuf: Bd. 8*. Studien-Verl.

Schwarzer, R. & Fleig, L. (2014). Von der Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, *64*(5), 338–341.

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarb. Aufl.). Hogrefe. http://elibrary.hogrefe.de/9783840918162/C1

Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, *57*(1), 1–29.

Seibt, A. C. (2016). *Erklärungs- und Veränderungsmodelle II: Stufen und Phasen von Planungs- und Veränderungsprozessen.*

Smyth, M. G. & Hoult, J. (2000). The home treatment enigma. *BMJ (Clinical research ed.)*, *320*(7230), 305–308.

Stichweh, R. (2017). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1230. Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (9. Aufl., S. 49–69). Suhrkamp.

Strauss, A. L. & Hildenbrand, A. (2007). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung* (2. Aufl.). *UTB für Wissenschaft Uni-Taschenbücher: 1776, Soziologie*. Fink.

Tewes, R. (2011). *Führungskompetenz ist lernbar*. Springer Berlin Heidelberg.

Unschuld, P. U. (2015). Vom Feldscher zum Neurochirurgen - und weiter? Anmerkungen zur (De-)Professionalisierung des Arztberufes. In J. Pundt & K. Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte: Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 5. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft* (1. Aufl., S. 503–510). Apollon Univ. Press.

Waller, H., Garety, P. A., Jolley, S., Fornells-Ambrojo, M., Kuipers, E., Onwumere, J., Woodall, A., Emsley, R. & Craig, T. (2013). Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *44*(1), 98–104.

Waller, H., Craig, T., Landau, S., Fornells-Ambrojo, M., Hassanali, N., Iredale, C., Jolley, S., McCrone, P. & Garety, P. (2014). The effects of a brief CBT intervention, delivered by frontline mental health staff, to promote recovery in people with psychosis and comorbid anxiety or depression (the GOALS study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*, 255.

Waller, H., Garety, P., Jolley, S., Fornells-Ambrojo, M., Kuipers, E., Onwumere, J., Woodall, A. & Craig, T. (2015). Training frontline mental health staff to deliver "low intensity" psychological therapy for psychosis: a qualitative analysis of therapist and service user views on the therapy and its future implementation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *43*(3), 298–313.

Wasylenki, D., Gehrs, M., Goering, P. & Toner, B. (1997). A home-based program for the treatment of acute psychosis. *Community Ment Health J*, *33*(2), 151-62; discussion 163-5.

Weidner, F. (2004). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 1994 (3. Aufl.). *Mabuse-Verlag Wissenschaft: Bd. 22*. Mabuse-Verl.

Weiß, C. (2019). *Basiswissen Medizinische Statistik*. *Springer-Lehrbuch*. Springer. 7. Auflage.

Wernet, A. (2000). *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. *Qualitative Sozialforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wilks, T. (2004). The Use of Vignettes in Qualitative Research into Social Work Values. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, *3*(1), 78–87.

Wolff, S. (2017a). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Bd. 55628. Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12. Aufl., S. 502–514). rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Wolff, S. (2017b). Wege ins Feld und ihre Varianten. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Rororo Rowohlts Enzyklopädie: Bd. 55628. Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12. Aufl., S. 334–349). rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Anhang

Interview 1

Interview Herr Müller (Name geändert)

Interviewer: I Befragter: B

Interviewer: Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit am Interview. Ich habe einen Fall aus der Praxis mitgebracht, den ich gerne mit Ihnen besprechen würde. In diesem Fall sind unterschiedliche Merkmale aber keine Pflegediagnosen aufgeführt, am ehesten Pflegeprobleme. Bei dem Patienten ist ein krankheitsbedingtes dysfunktionales Verhalten vor, die schon durch diese Merkmale auch beschreiben werden. Aus diesem Grund möchte ich Sie nun fragen, welche Merkmale Ihnen in dem Fallbeispiel aufgefallen sind, die in Ihrer täglichen Arbeit für sie wichtig sind; also perspektivisch, wie sich die Arbeitssituation mit Herrn Sommer gestalten würde.

Deshalb würde ich im ersten Schritt gerne gemeinsam mit Ihnen erörtern, wie sie mit Herrn Sommer bisher verfahren würden und im nächsten Schritt dann unter Zuhilfenahme der Intervention Verhaltensaktivierung (kurze Pause).
Befragter: Ok.
I: Bevor wir in die Fallarbeit einsteigen, wollte ich quasi zum warm werden noch Ihre Meinung wissen, was nach ihrem Verständnis ambulante psychiatrische Pflege bedeutet.
B: ja also gut… Grundsätzlich sollte ja das oberste Ziel sein, dass man stationäre Aufenthalte reduziert oder wenn es geht vermeidet und halt Alltagsbegleitung (…) um den Leuten den Alltag zu erleichtern und halt die Probleme die es anzupacken geht, anzupacken.
I: und wie ist dabei ihr berufliches Selbstverständnis? Wie sehen Sie sich in ihrer Rolle?
B: was meinen Sie genau?
I: ich meine als dieser Alltagsbegleiter, der versucht Klinikaufenthalte zu reduzieren oder zu verhindern.
B: also ich sehe das als sehr positiv. Also auch was meine Erfahrung in den letzten zwei Jahren angeht muss ich sagen, dass ich meine Arbeit toll finde. Und die Erfahrungen sind auch durchweg positiv. Man kann es zwar nicht immer vermeiden, dass irgendetwas passiert aber so alles in allem finde ich, dass es sehr gut funktioniert.
I: d.h. dass die Leute weniger ins Krankenhaus müssen?
B: ja genau

I: wenn wir uns jetzt das von Beispiel von Herrn Sommer anschauen, was würden Sie sagen was ihnen an pflegerischen Aspekten ins Auge gefallen ist.
B: also als erstes, was die Symptome angeht, würde ich sagen, scheinen das ja überwiegend Negativsymptomen zu sein und es ist halt noch fraglich ob noch irgendetwas wahnhaftes mit drin wäre, weil ja auch drin steht, dass er noch verwirrende Nachrichten an seine Cousinen geschrieben hätte. Dann wäre das ja auch nicht ganz auszuschließen. Aber alles in allem wird das wohl schon eine depressive Störung sein bei ihm. Das war ja auch im Vorfeld schon beschrieben.
I: wenn sie Herrn Sommer jetzt in Ihrem beruflichen Kontext kennen lernen, was machen Sie dann als erstes?
B: ja, (schnauft) jetzt hauptsächlich die Symptome die er zeigt im poststationären Setting (…) würde ich erst mal mit ihm besprechen was noch aktuell ist, und eine Prioritätenliste aufstellen was ihn am meisten belastet. Und dann halt versuchen, da irgendwie etwas dagegen zu machen. Also zu verbessern. Keine Ahnung. Also wenn wir jetzt mal zu der Negativsymptomatik zurückgehen, dann würde ich vielleicht als erstes versuchen, eine Tagesstruktur zu finden oder zu besprechen. Gerade was den Schlaf-Nacht-Rhythmus angeht und Konzentrationsschwächen das kann man auch angehen.
I: was genau fällt unter den Begriff der Negativsymptomatik und was kann man dagegen machen? Wie kann ich mir das vorstellen?
B: also man sagt ja eigentlich alles was vom Normalverhalten abweicht, also dass der Schlaf weniger wird und (…) Ähm, dass sich die Konzentration verringert und der Appetit weniger wird … das wären so Negativsymptome und ich denke ja auch dass die durch eine geeignete Medikation verschwinden würden. Aber falls es da noch Probleme mit dem Antrieb geben würde, könnte man versuchen noch etwas Struktur reinzubringen, weil sich das ja auch positiv auf den Schlaf-Wach Rhythmus auswirken könnte.
I: Sie hatten den Versuch der Beseitigung von Negativsymptomen erwähnt wie genau kann ich mir das vorstellen?
B: gute Frage (lacht) (…) (Schnauft) da muss ich mal überlegen. Man müsste halt schauen, was nach der medikamentösen Einstellung noch übrigbliebe an Negativsymptomen
I: Sie hatten erwähnt, dass sie einzelne Probleme noch priorisieren wollten. Könnten Sie das mal für mich durchspielen?
B: ja wenn er jetzt zu mir beispielsweise noch sagt er hat Probleme seinen Tag zu strukturieren dann würde man halt versuchen (…), also was ich halt gerne mache sind Wochenpläne erstellen, dass wir den so grob durchstrukturieren können und dann auch eben meine Termine so ein zu

bauen (…) Dass man versucht, dass er sich eben auch daran hält. Also was ich dann auch beispielsweise gerne mache ist, dass ich bei solchen Leuten meinen ersten Termin ganz früh morgens lege, dass der Patient dann eben auch raus muss. Zumindest mal an dem Tag. Ich meine ich kann es ja nicht täglich durchführen. Aber dass man halt versucht, dass sie so den Tagesplan einhalten können. Das würde ja dann auch hierzu passen (Zeigt auf den Arbeitsordner mit Verhaltensaktivierung). Das mache ich eigentlich ganz gern und das gefällt den Leuten auch, wenn sie dann etwas vor sich haben. Und das geht man dann zusammen durch.
I: das heißt man sitzt dann zusammen mit dem Patienten und arbeitet das Material durch? Oder überlegt was man ändern könnte?
B: Ja, man überlegt halt was sie in der Woche zu tun haben und versucht das dann irgendwie in einen Wochenplan oder Stundenplan einzufangen. Dass sie sich dann zumindest grob dranhalten.
I: Und wird das dann immer wöchentlich oder täglich besprochen?
B: naja also bei jedem Termin dann. Normalerweise einmal pro Woche und dann wird die vergangene Woche durchgesprochen, was funktioniert hat und wo es Probleme gab. Und dann kann man ja irgendwie noch mal anpassen, also neu.
Kleine Pause (4 Sekunden)
I: jetzt gibt es aus der Fachliteratur Hinweise, dass man unterschiedliche Kompetenzen im aufsuchenden Setting benötigt und eine Kompetenz, die so ein klein wenig vermisst wurde war die therapeutische Kompetenz. Wie sehen Sie diese Einschätzung? Kann ich mir das so vorstellen, dass auch psychotherapeutische Interventionen im aufsuchenden Setting durchgeführt werden?
B: also ich würde sagen, dass das aktuell eher weniger der Fall ist. Speziell im ACT sind wir ja auch multiprofessionell unterwegs, d.h. die Ärztin ist dann auch manchmal vor Ort oder die Leute kommen für psychologische Gespräche in die Klinik. Und vorher in StÄB war es ja auch so, dass wir eine Psychologin mit im Team hatten.
I: gibt es für Sie denn so etwas wie einen Plan, den sie konkret verfolgen mit dem Patienten? Oder entscheiden Sie sich spontan?
B: ja schon. Eher spontan. (…) Also so in der Regel fahr ich damit ganz gut. Ich meine man kennt ja auch die meisten Leute. Die sind ja schon stationär bekannt. Oder man guckt sich sowieso die Vorgeschichte an und dann kann man sich ja auch schon ein bisschen drauf vorbereiten. Zum Beispiel die Patientin, die ich jetzt für nachher ausgesucht habe, die kenne ich jetzt schon Jahre. Von daher ist die Geschichte auch klar und das Vorfeld ist auch klar und ich weiß was zu machen ist dann.
I: wenn man jetzt so weggeht von der spontanen Handhabung der Arbeitsweise und hin geht zu einer strukturierten Form wie es

beispielsweise die Verhaltensaktivierung ist wie läuft das ab, wenn Sie das mit den Patienten durchführen?
B: (…) mmhhh. Das ist eine gute Frage. (Stockt etwas im Redefluss) Ich stelle mir das so vor, dass man dann auch viel am Tisch zusammensitzt und dann einfach das Programm durchgehen muss. Das bleibt ja nicht aus am Anfang. Das würde sich dann schon zu meinen jetzigen Terminen ändern. Im Moment versuche ich ja hauptsächlich die Leute raus zu bekommen, gerade wegen Corona… Das wäre dann ja erst mal nur noch eingeschränkt möglich, denn man müsste ja schon mit den Leuten zusammensitzen und das alles durchsprechen. Also was aber ja auch nicht schlimm ist. Weil, ich bin ja schon ein Freund von Struktur, das muss ich schon sagen. Von daher geht es für mich schon klar (…) es ist tatsächlich so das ich sehe, dass wir keine Struktur haben. Es ist einfach so (gestikuliert den Nachdruck mit den Armen). Es passiert halt viel auf Erfahrung oder hauptsächlich auf Erfahrung und das muss ja nicht schlecht sein, aber Struktur ist eben auch nicht verkehrt. Ich meine das ist ja auch nicht für jeden Patient geeignet. Aber eben vor allem bei depressiven Patienten finde ich das echt gut muss ich sagen.
I: in welchen Bereichen unterscheidet sich das strukturierte Vorgehen von dem unstrukturierten Vorgehen?
B: (schnauft) (Pause) man kann das halt viel besser überprüfen (Pause) das ist in meinen Augen der größte Pluspunkt. Man hat dann einfach mehr Kontrolle. Und man hat einfach alles zusammen auf was man achten sollte (…) Also das wären für mich so die Hauptunterschiede.
I: gibt es auch Punkte in diesem Manual wo sie sagen das wäre nicht praktikabel?
B: (denk nach) (nimmt den Zettel mit dem Überblick der einzelnen Module) wenn ich das jetzt so kurz überfliege (Pause) nein das würde ich eher nicht sagen, das find ich alles sinnvoll.
I: und wie unterscheidet sich das zur bisherigen Arbeitsweise?
B: (schnauft) gute Frage (Pause) Das ist schwer zu sagen, weil ich es jetzt in der Praxis auch noch nicht so angewendet habe.
I: wenn sie jetzt mal hypothetisch überlegen wie sie Herrn Sommer begegnen, wenn er ihr Klient wäre, wie würde sich das gestalten? Oder gebe es da irgendwelche Hindernisse, an die ich momentan nicht denke?
B: also ich denke einen Patienten den man kennt oder der dich dann eben auch kennt, das wäre kein Problem. Da ist das Verhältnis ja auch schon etwas anders, etwas vertrauenswürdiger. Und das würde dann auch funktionieren. Vielleicht wäre es auch etwas komisch für die Patienten weil sie das auch nicht so kennen, aber wenn man das mit denen so durchgeht dann würden die auch den Sinn dahinter verstehen.

I: Sie hatten von einigen Vorteilen berichtet wie beispielsweise der Struktur, gibt es denn Ihrer Ansicht nach auch Nachteile?
B: Gut Nachteile jetzt vielleicht eher nicht, aber wenn es denn spontan zu irgendwelchen Krisen kommt dann müsste man ja schon von dem Konzept abweichen. Aber gut. Ein Nachteil wäre jetzt auch übertrieben glaube ich. (Pause) man hat halt diese Struktur und kann schlecht abweichen. Und wenn halt etwas Unvorhergesehenes passiert dann muss man eben reagieren. Das würde ja auch kein Problem darstellen, wenn man es kurz unterbricht und nach zwei oder drei Wochen fortführt. (Längere Pause). Ja.
I: gibt es noch irgendwas, dass ich übersehen haben könnte oder zu dem sie sich noch äußern wollen?
B: nein. Da würde mir jetzt nichts dazu einfallen...
I: würde sich denn in ihrem beruflichen Selbstverständnis etwas ändern?
B: also an den Zielen der APP würde sich ja nichts ändern. Aber ich würde schon behaupten, man hätte ja ein zusätzliches Werkzeug und ich denke das ist immer hilfreich. Also dümmer wird man davon nicht (lacht laut). Aber wenn man ja zusätzlich noch was zur Hand hat kann das ja nie schädlich sein. Klar ist das jetzt am Anfang ungewohnt aber ich denke, wenn man das ein paarmal gemacht hat und sich die Routine eingestellt hat denke ich schon, dass das gut funktionieren wird.
I: Ja vielen Dank. Sie hatten erwähnt, dass sie auch einen Fall vorbereitet haben. Der würde mich jetzt auch interessieren.
B: (stellt den Fall mündlich vor) Das ist die Frau Müller (Anmerkung: Name geändert) eine Patientin mit einer depressiven Störung. Ihr Sohn ist 2018 bei einem Autounfall ums Leben gekommen. Und dann hat das auch begonnen bei ihr mit der depressiven Symptomatik, auch mit der Negativsymptomatik, Lebensüberdrussgedanken; teilweise auch massiv. Das erste Dreivierteljahr oder Jahr war sie dann hier fast komplett stationär in der Klinik gewesen. Es wurden dann auch viele Medikamente ausprobiert, klar, und dann wurde sie entlassen und in das StÄB Programm mit aufgenommen. Sie war damals eine der ersten Patienten. Sie wurde dann von mir im ambulanten Setting betreut. Das ging dann auch eine Zeit lang ganz gut muss ich sagen; zwischendurch hatte sie zwar einen Rückfall wo sie einfach noch mal schlechter wurde. Als Grund konnte man da eigentlich sagen, dass es der Todestag des Sohnes war. Da wurde sie dann noch mal schlechter und war dann auch noch mal stationär gewesen. Dann wurde sie schon größtenteils stabil ins häusliche Umfeld entlassen. Und erhielt dann eine ambulante Betreuung durch uns. Dann ich glaube so Mitte letzten Sommers, die Stimmung war eigentlich stabil und sie war ausgeglichen, kam es zu Konflikten in ihrem sozialen Umfeld. Genauer gesagt mit ihrer Vermieterin. Sie hatte sie immer sehr unterstützt und ihr auch beim Einkaufen geholfen. Sie wohnt unten im Haus und die

Vermieterin oben im Haus (…) und ist wohl nicht ganz so eine leichte Persönlichkeit. Ach ja sie hatte sie auch immer mal wieder zum Friseur gefahren und hat sich auch so ein bisschen von ihr einspannen lassen. Es kam aber wohl nichts zurück so in Form von Dankbarkeit. Eher teilweise ablehnend und damit konnte sie halt schlecht umgehen. Daraufhin wurde sie auch noch mal schlechter und hat dann auch einen Suizidversuch unternommen (Pause 4 Sekunden). Ich weiß jetzt nicht mit welcher Konsequenz letztendlich aber sie hatte viele Medis genommen und wir hatten an dem Tag einen Termin vereinbart. Sie hatte allerdings nicht reagiert und dann ist eine Kollegin am nächsten Tag noch mal vorbei. Dann hatte sie ihr die Tür geöffnet und ihr gesagt, dass sie einige Tabletten genommen hätte. Daraufhin kam sie noch mal stationär. Dann wurden die Medikamente noch mal angepasst und jetzt im Januar wurde sie entlassen. Seither ist sie auch stabil. Heute Morgen hatte ich zufällig Kontakt zu ihr zwecks Blutkontrolle. Soweit geht es ihr gut. Sie hatte ja auch eher Angst oder war ablehnend gegenüber dem Klinikaufenthalt; aber sie hatte in der Vergangenheit auch eher Schwierigkeiten mit dem Personal und den Therapeuten. Deshalb wollte sie nicht ins Krankenhaus gehen. Und, ja, ich muss sagen, ich musste da auch etwas intervenieren und hatte sie ein klein wenig gedrängt zu ihrem Klinikaufenthalt, wobei gedrängt ist ein schlechtes Wort, eher ein bisschen in die Richtung geführt, dass es vielleicht besser wäre im stationären Setting. Und daraufhin konnte sie sich auch gut einlassen.

I: warum haben Sie sich genau diesen Fall ausgesucht?

B: zum einen kenne ich sie schon ganz gut zum anderen passt es von meinem Verständnis her auch gut vom Krankheitsbild. Das war jetzt so eigentlich der Grund.

I: (Nachfrage) Sie meinen für den Einsatz von Verhaltensaktivierung?

B: (nickt)

I: und was erhoffen Sie sich von dieser Intervention?

B: man kann ihr vielleicht ja auch damit etwas an die Hand geben, wo sie sich daran orientieren kann und auch gerade was so ein Krisenplan angeht (…) das sind auch Themen, die ich mit ihr schon besprochen hatte, was ich auch ganz wichtig finde. Und, ähm, ja halt so Frühwarnzeichen und so. Weil das ist bei ihr halt doch schon relativ klar. Dieses hoch und ab (…) Und ich denke, wenn sie da etwas hätte wo sie sich daran orientieren könnte würde ihr das mit Sicherheit auch sehr helfen. Im Moment bräuchte sie es vielleicht nicht, aber ich weiß ja auch nicht ob sie ewig stabil bleibt.

I: Warum sind für Sie die Frühwarnzeichen und dieser Krisenplan wichtig?

B: naja ich denke die sollten ja für uns alle wichtig sein, oder? Ich denke je früher man die Krise erkennt desto früher kann man eben reagieren (Pause). Das war ja bei ihr auch der Fall. Ich konnte das ja beobachten wie

es ihr schlechter ging. Das merkt man bei ihr immer relativ gut. Also wenn sie eine gute Phase hat dann ist sie fast schon submanisch und man merkt halt bei ihr rapide wie sich die Stimmung verschlechtert. Und sie dann in die Depression rutscht. Ich glaube aktuell geht die Ärztin sogar von einer bipolaren Störung aus.
I: Sie hatten erwähnt man kann gut beobachten wie „sie schlechter“ wird (Anführungszeichen werden mit Händen imitiert). Woran merkt man das?
B: Ei, man merkt halt, dass die Stimmung schlecht wird, bei ihr wird der Antrieb schlecht. Sie bekommt gar nichts mehr auf die Reihe und geht auch eben nicht mehr aus dem Haus. (…) So die klassischen Symptome einfach halt.
I: Und aus diesen Gründen finden Sie den Einsatz der Verhaltensaktivierung geeignet?
B: ja genau! Damit könnte man dem entgegenwirken. Und auch was die Mitarbeit angeht, da ist sie sehr compliant. Deshalb denke ich, dass es mit ihr sehr gut zu machen wäre.
I: Gibt es denn sonst noch etwas was wir möglicherweise vergessen haben?
B: dann müsste ich kurz nachdenken. Nein eigentlich nicht.
I: Und dürfte ich vielleicht doch noch kurz nachfragen wie ich mir das vorstellen kann, wenn sie das mit Frau Müller durcharbeiten?
B: ja gut, am Anfang würden wir uns zusammensetzen und ich würde ihr erklären was auf sie zukommt und auch die Vorteile nahebringen und ich denke dass sie da auch nicht abgeneigt wäre und den Sinn dahinter verstehen würde. Sie hatte halt auch schon viel erlebt und auch viel auf Station mitgemacht. Und deshalb denke ich auch schon, dass sie sich dafür interessieren würde. Und in den wöchentlichen Kontakten könnte man dann alles besprechen und bei Bedarf etwas anpassen.
I: Unterscheidet sich dies zum bisherigen Pflegeprozess, der durchgeführt wird?
B: ja gut momentan sind wir eben viel draußen, wenn es das Wetter zulässt und schauen was so ansteht also halt einfach strukturlos aber momentan gibt es auch nicht so viel was dringend besprochen werden muss, weil sie eben stabil ist.
I: Dann bedanke ich mich herzlich Für Ihre Zeit.
B: alles klar. Gern gemacht.

Interview 2

Interview Herr Müller (Name geändert)

Interviewer: Eingangsformel und Darlegung der Strategie. Wie ist Ihr Verständnis der ambulanten Pflege?

Befragter: naja, da man ja im häuslichen Umfeld des Patienten tätig ist, ist man da ja auch auf die Mitarbeit und den Willen der Patienten angewiesen. Und das ist jetzt so meine Erfahrung, dass auch die Beziehungsarbeit und Beziehungsgestaltung eben sehr wichtig sind. Weil ohne Beziehung eigentlich auch gar nichts funktioniert. Man muss halt miteinander klarkommen und sich empathisch begegnen. Ansonsten ist es halt schwierig ein gemeinsames Ziel zu erreichen.
I: und welches Ziel verfolgen Sie?
B: also das Grundziel ist ja eigentlich, dass die Person in ihrem jeweiligen Umfeld oder im häuslichen Umfeld wieder klarkommt, beispielsweise nach einem stationären Aufenthalt und sein Leben weitestgehend eigenständig und selbstständig gestaltet. Ohne jetzt größere Einschränkungen von einem vorangegangenen stationären Aufenthalt zu haben oder so. Oder eben auch Fertigkeiten, die verloren gegangen sind wieder ein zu üben. Wie so eine Art Alltagsbegleitung.
I: und wie sehen Sie Ihre Rolle darin? Wie ist ihr berufliches Selbstverständnis?
B: also prinzipiell gehe ich ja mit den Leuten so um, wie ich auch gerne behandelt werden würde (ähm) also, wenn ich so Probleme hätte. Und ich bin eher der Typ, ich arbeite eigentlich (ähm) gerne ohne Zwang, sondern eher so im Rahmen von dem was die Patienten auch wollen. Und wenn einige Sachen dann nicht erreicht worden sind, dann ist das halt so (lacht).
I: und was sind das für Dinge, die nicht erreicht werden können?
B: also man unterhält sich ja über Ziele (…) und legt die Ziele jetzt entweder bei Soziotherapie oder in der ambulanten psychiatrischen Pflege legt man ja Ziele fest. Und ich sag mal so, wenn ich dann halt nur zwei Ziele von dreien erreiche und das für denjenigen auch vollkommen okay ist und er im Alltag klarkommt, dann ist das für mich auch okay. Und dann arbeite ich nicht noch mit Druck, um mit aller Gewalt das dritte Ziel durchzuboxen.
I: vielen Dank, ich konnte den Begriff Zwang nicht in das ambulante Setting einordnen. Jetzt habe ich es verstanden (Pause). Wenn wir uns jetzt Herrn Sommer zu wenden, welche pflegerischen Aspekte sind Ihnen denn ins Auge gefallen? (4:05)
B: Also gut, Herr Sommer hatte wahrscheinlich als er in das stationäre Setting gekommen ist Probleme gehabt mit Symptomen einer Manie und (…) Daraus schließt ja auch die Desorganisiertheit und die

Unstrukturiertheit; dass er eben viel unterwegs gewesen ist und keinen Tag-Nacht-Rhythmus hat, sich auch nicht mehr konzentrieren kann und solche Dinge sind halt eben vor zu finden. Und (…) Genau das äußert er ja selber, dass er sich etwas über dem Strich fühlt (…) Und im poststationären Setting da ist er ja auf der Station schon anbehandelt worden. Und dann ist es ja oft so bei Leuten mit einer bipolaren Erkrankung, wenn die in unsere Hände kommen, dann schwankt halt die Stimmung eher ins depressive und dann hat man noch mal andere Probleme eben im häuslichen Umfeld.
I: was wäre für Sie nun wichtig im ersten Kontakt mit Herrn Sommer?
B: na gut, zuerst setzt man sich hin und lernt sich mal kennen und schaut ob das auch passt, ob er einen akzeptiert oder nicht, weil es ja schließlich sein zu Hause ist.
I: wenn ich kurz dazwischenfragen darf, was passiert denn, wenn es nicht so reibungslos funktioniert?
B: (lacht) also, wenn es nicht funktioniert - das Angebot mache ich den Leuten ja immer, dass sie sich dann melden können, wenn sie keinen Bedarf sehen. Es gibt aber auch seltene Fälle da wird von beispielsweise einem Betreuer darauf gedrängt. Dann schaut man eben wie man sich arrangiert (…) aber zielführend ist das nicht. Es sei denn, dass der Klient im Verlauf dann eben merkt, dass es gut ist, wenn man kommt und es dann umschwingt. Wenn ich jetzt überlege dann habe ich bestimmt ein oder zwei Patienten, die so fremdmotiviert sind durch den Facharzt oder durch die Eltern. Klar, die Akzeptanz, dass ich vorbeikommen kann ist da, aber ich kann eben nicht viel bewegen (lacht) also um irgendetwas zu tun.
I: okay. Ich hatte Sie ja unterbrochen als wir über den Erstkontakt gesprochen hatten und wollte sie daher nun fragen wie es dann bei Ihnen und Herrn Sommer weitergeht.
B: ja man setzt sich halt dann hin und schaut wo im Alltag die Probleme sind. Bei vielen Leuten ist es ja so, dass wenn sie aus dem stationären Setting entlassen werden und zu Hause auf sich allein gestellt sind (stockt kurz und schiebt dann ein) ich meine auf Station wurde ja alles übernommen. Dann schaut man wie sie ihre Wohnung gewuppt bekommen oder wie die Wohnform eben ist. Ob Verwahrlosungstendenzen oder sonstige Probleme da sind und wie es halt mit der Tagesstruktur aussieht. Das klärt man dann mit denen und wie es ist mit dem Antrieb und Sozialkontakten und diese Sachen (…) genau (Pause).
I: und wie geht es dann weiter?
B: ja gut, wenn man den Stoff dann gesammelt hat, dann setzt man sich wieder gemeinsam hin weil es ist ja auch nicht realistisch, dass man in kurzer Zeit alle Probleme bearbeiten kann und schaut zusammen mit dem Patienten, was für ihn denn so am wichtigsten ist. Und dann überlegt man, welche Punkte realistisch sind um sie zu bearbeiten.

I: und wie verfahren Sie denn nachdem sie die Probleme gesammelt haben? Wie planen Sie dann ihre Handlungen?
B: das hängt ja je nach Problemen davon ab. (Denk nach) dass man dann eben mit kleinen Tätigkeiten anfängt und die gegebenenfalls auch in einem Plan nieder schreibt. Also zum Beispiel wann ein guter Zeitpunkt ist um das Geschirr zu spülen oder die Wohnung zu saugen. Und dann schaut man eben ob derjenige sich das alleine zutraut oder gegebenenfalls, aber das ist so mein persönliches Ding, dann macht man das halt einfach mal zusammen. Da kann ich mir dann ein Bild darüber machen ob derjenige das auch vom Ablauf her oder auch von der Motivation her schafft. Und das ist dann auch so ne Art Beziehungsgestaltung. Die Leute sehen dann, dass man nicht nur der Theoretiker ist, der reinkommt und Dinge vorschlägt sondern dass man auch mit anpackt und bereit ist auch Aktivitäten mit einem zu machen.
I: und entscheiden Sie dann oft spontan was Sie machen?
B: nein nein. Also das versuche ich ja immer mit dem Patienten fest zu legen und ihn zu fragen was er denkt, was ihm wichtig ist zu bearbeiten in der Zeit in dem man bei ihm vorbeikommt. Ich spreche dann noch die Dinge an, die mir auffallen wo es Unterstützungsbedarf gibt. Und dann muss man sich eben einigen, welche Ziele man verfolgt.
I: und wie entscheiden Sie was sie den Patienten an die Hand geben?
B: ja gut bei so häuslichen Sachen ist es halt immer gut einen Plan zu schreiben und ihn gegebenenfalls zu unterstützen oder auch den Plan zu ändern, wenn er zu engmaschig ist. Bei anderen Sachen wie beispielsweise bei Aktivitätsaufbau, wenn Probleme mit zu wenig Antrieb bestehen, dann muss man halt absprechen vorher was derjenige sich zutraut. Dann fängt man halt mit dem kleinstmöglichen an. Also so mache ich das zum Beispiel immer. Und versucht die nicht zu überfordern. Und wenn das bedeutet, dass man nur einen Fuß vor die Tür streckt oder einmal um den Block läuft. Dass man merkt das die frische Luft tut gut oder die Bewegung. Dann kommt man ja auch in so positive Dinge rein.
I: gibt es denn in dem Fall Sommer noch Dinge, die für sie wichtig wären?
B: (Pause) gut bei ihm ist es ja auch noch wichtig oder eigentlich insgesamt ist es ja noch wichtig auf die Interessen einzugehen um zu schauen bei den Hobbys was man praktisch in den Tagesstrukturplan noch dazu bringen könnte, wenn man die ersten niederschwelligen Sachen so erreicht hat. Das ist aber halt in der jetzigen Corona-Zeit nicht immer ganz einfach. Ich hatte ja auch schon Leute, die haben gesagt „ich habe mich mit Leuten getroffen und am Oldtimer rumgeschraubt“. Das ist halt momentan schwierig oder geht nicht. Aber prinzipiell bin ich vor Corona und werde nach Corona auch so vorgehen und schauen, was in der Krankheitsphase alles flachgefallen

ist und Treffen mit Freunden (…) und halt zu gucken was ist. Was es zu aktivieren gibt und in meinen Plan mit einzunehmen.
I: jetzt gibt es Hinweise aus der Fachliteratur das ein Stück weit psychotherapeutische Kompetenzen im aufsuchenden Setting der psychiatrischen Pflege vermisst werden. Wie stehen Sie dazu?
B: (Schnauft) Puh. Ja gut klar sowas braucht man auch aber wenn es jetzt um solche Dinge wie Missbrauch oder so geht, dann verweise ich immer ganz klar an den Psychotherapeuten. Weil ich denke, dann komme ich auch nicht mehr in Situationen die ich nicht mehr handeln kann. Das ist ganz klar abgegrenzt. Zumindest wenn es um diese Themen geht. Wenn es die Dinge sind wie Ängste oder Depressionen dann kann ich da auch ein wenig intervenieren. Es gibt aber auch halt Themen wo ich mich nicht fähig fühle.
I: und wie sehen Ihre Interventionen dann aus?
B: na gut man bespricht ja praktisch die Psychoedukation, von den Krankheitsbildern mit den Leuten auch. Und praktisch welche Behandlungsformen es gibt oder welche Bausteine es gibt die man zusammensetzen kann, dass sie halt Fortschritte machen. Wenn sie jetzt beispielsweise auf die Medikamente fixiert sind, dass man erklärt, dass es auch noch andere Aspekte gibt. Wie beispielsweise in Aktivitäten rein zu kommen (…) dass sich das auch aufeinander aufbaut.
I: okay. Das ist sehr interessant was sie da gerade erzählen mit den Bausteinen die sie für sich nutzen. Können Sie das noch weiter ausführen?
B: ja also ich grenze das immer von vornherein so deutlich ab. Das sind halt Dinge die mir als Neuling schon so passiert sind. Und ich hab gemerkt, dass ich damit nicht gut klarkomme. Weil das überschreitet meinem Grad der Ausbildung. Und dann hab ich das so für mich beschlossen das ich so Dinge wie Missbrauch (Kurze Pause) ja gut momentan habe ich zum Beispiel einen Fall mit sexuellen Paraphilien, da habe ich mir dann im ZI in Mannheim einen guten Ansprechpartner gesucht. Und dann geht das komplett getrennt zusätzlich zur ambulanten Psychotherapie. Und im ambulanten Rahmen, wenn man die Leute nur einmal pro Woche sieht kann man so etwas nicht anreißen. Ich arbeite halt gerne viel mit Strukturen und Ansprechpartnern.
I: wie würde es sich gestalten, wenn sie die Intervention der Verhaltensaktivierung durchführen würden? Wie würde es sich von ihrer bisherigen Arbeitsweise unterscheiden?
B: (Pause) also prinzipiell finde ich das gut das es so Module sind aber meine Erfahrung ist es, wenn die so durchnummeriert sind, dass man sie auch jetzt nicht so durchquetschen kann. Weil es ja oft (…) Also am Anfang hatte ich auch immer ganz viel vorgeplant für den jeweiligen Termin was ich da besprechen wollte. Man muss sich das so vorstellen, dass zwischen den Kontakten dann wieder so viel passiert ist, dass andere Themen vorrangig

waren. Und das auch immer ein ganz großer Nachholbedarf zu den vorhergehenden Terminen da war und was man dann bearbeiten musste. Weil Dinge vorgefallen sind oder weil Dinge nicht funktioniert haben. Und ein großer Teil der Tätigkeit bei vielen Leuten ist ja auch immer, dass es Probleme mit Institutionen gibt mit irgendwelchen Schriftangelegenheiten; dass man danach schauen muss und das hält halt auf. Aber grundsätzlich wäre es schon hilfreich und denkbar, wenn es so eine Struktur gäbe. Ich weiß zwar jetzt nicht ob es dann so einzusetzen ist, dass man es von 1-8 einsetzen kann. Gegebenenfalls muss man das auch mal halbieren (lacht) oder sowas. Aber in meinem Verständnis ist das echt gut.

I: gäbe es denn Punkte, die nicht praktikabel sind die man dann wegrationalisieren könnte?

B: ich finde nicht, dass da Punkte dabei sind die nicht praktikabel sind. Ich denke, wenn es ein großer Zeitraum ist wo man längerfristig planen kann, dann könnten auch die unvorhergesehenen Dinge ihren Platz einnehmen und man hätte einfach mehr Zeit für die anderen Module zu besprechen. Vor allem dann, wenn man die Leute fragt was sie für das Treffen an Anliegen haben und sie haben keine konkreten Anliegen (…) dann könnte man solche Dinge die in dem Konzept aufgeführt sind einfach gut besprechen.

I: Sie hatten vorhin erwähnt, dass Ihnen als Neuling mal ein zwei Fehler passiert sind. Wie würden Sie sich in ihrem aktuellen beruflichen Standing einkategorisieren?

B: ja gut mit der Zeit hat man eben auch mehr Erfahrung und mehr Werkzeuge und viele Situationen, die auftreten hat man auch schon bei anderen Klienten mitbekommen. Probleme und Situationen im familiären Umfeld, da kann ich jetzt einfach besser mit umgehen und als Mediator fungieren.

I: denken Sie eher Sie sind so fortgeschritten oder erfahren oder ein Experte?

B: Ja (lacht) Experte jetzt halt nicht. Aber am ehesten so fortgeschrittener Experte oder so (lacht)

I: wie unterscheidet sich denn die modularisierte Vorgehensweise der Verhaltensaktivierung zu ihrer jetzigen Arbeitsweise?

B: es gibt viele Dinge die in der jetzigen Arbeitsweise auch vorkommen so wie die Vermeidungstendenzen. Das ist ein ganz wichtiges Thema und wo die Leute auch mal drauf aufmerksam machen muss. Dass man das praktisch mit den Leuten in irgendeiner Weise auch hinkriegen muss. Man muss sie damit auch konfrontieren, weil es ja sonst nicht weitergeht. Das ist ganz oft so. Als Beispiel ein Klient, der sich mit mir nur bei Mama und Papa treffen will weil er Angst hat, wenn er die Wohnung verlässt, dass seine Eltern die Kurve kratzen und er alleine dasteht. Und ihn dann sitzen lassen.

Und das obwohl er auch eine eigene Wohnung hat. Das sind so Dinge, da muss man halt auch mit den Leuten sprechen und die ersten kleinen Konfrontationen planen mit ihren Vermeidungstendenzen sonst ist da halt wenig zu erreichen.
I: sehen Sie auch Nachteile in dieser manualisierten Vorgehensweise?
B: Das ist jetzt schwer zu sagen. Nachteilig wäre es nur dann, wenn es einen festen ja so starren, engen Zeitplan gäbe und man müsste alles durchklopfen in der Zeit. Das wäre definitiv ein Nachteil. Weil ich dann praktisch wieder zu wenig Ressourcen hätte um auf aktuelle alltägliche Dinge einzugehen. Und das kommt eigentlich echt bei jedem vor. Das dann praktisch wie so ein Hut übergestülpt wäre. Ich brauch halt noch Luft um auf andere Dinge eingehen zu können. Und man ist einfach doch zeitlich etwas eingeschränkt (lacht) in der ambulanten Pflege oder in der Soziotherapie.
I: würde sich für Sie in ihrem beruflichen Selbstverständnis etwas ändern durch den Einsatz dieses Manuals?
B: ja das ist halt ein neues Werkzeug. Das ist immer gut! Also ich bin immer froh über neue Dinge, die ich zur Hand habe. Solange ich nicht so eingeengt bin. Das ist der Punkt, auf den ich raus möchte. Das ist mir sehr wichtig. Die Individualität.
I: vielen Dank. Jetzt haben wir lange über meinen Fall gesprochen. Was haben Sie denn für einen Fall vorbereitet? Und auch warum haben sie den Fall ausgesucht. Das wäre sehr interessant für mich.
B: also ich habe einen Fall vorbereitet den ich jetzt schon länger begleite und von einem Kollegen übernommen habe. Nachdem die Soziotherapie bei ihr ausgelaufen ist wurde sie nämlich wieder stationär aufgenommen. Und nach der Entlassung ist sie jetzt wieder bei mir im ACT. Und den Fall habe ich mir jetzt ausgesucht, weil es anscheinend für die Person echt ein Problem war, dass ich nicht mehr zu ihr komme. Genau. Und dass die Dinge, die wir praktisch im Vorfeld eingeübt hatten und die wir kommuniziert hatten und sie auch in einer guten Struktur eingebunden war nicht mehr funktioniert haben. Nicht mehr ihre Medikamente genommen hat und keiner versteht eigentlich warum sie die nicht mehr genommen hat und so wieder in diese Mühle zurückkam. Und ich hatte eigentlich so für mich gedacht ah okay das läuft jetzt nach all den Jahren. Und ich hoffe jetzt halt, dass die sich nicht so an diesen wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Kontakt gewöhnt hat. Das bin ich nämlich jetzt gerade noch am Herausfinden. Woran es gelegen hat. Das ist eine jüngere Patientin oder eine mittelalte, die auch chronisch erkrankt ist und die vorher praktisch in einem Wald und Wiesenterritorium gelebt hat. In so einem kleinen Ort wo es keine Infrastruktur gegeben hat. Sie hat in ihrem Ort auch einen ganz schlechten Stand, weil die Eltern auch dort schon immer aufgefallen sind. Nachdem diese dann verstorben sind hatte sie dann mit ihren zwei Schwestern in so

einem Art Messi-Haus gelebt. Aber mit denen hat sie sich auch nicht so gut verstanden, weil sie auch eher dominant ist. Sie hat eine schizoaffektive Störung, die aber lange stabil war und hatte auch die Compliance ihre Medikamente einzunehmen. Und sie war auch für viele Dinge offen diese zu versuchen und da konnte man auch viele Dinge bewegen. Es wurde dann versucht bezüglich einer Struktur - sie hatte ursprünglich eine Ausbildung als Bäckereifachverkäuferin gemacht - und wir hatten dann versucht sie entsprechend anzubinden, aber das hatte nicht geklappt von der Krankheit her. Dann hatten wir sie versucht im Club Aktiv das ist so ein niederschwelliges Angebot anzubinden. Das hat auch die ersten zwei Wochen gut funktioniert aber dann hat es die Klientin praktisch überfordert, weil sie morgens über 1 Stunde Bus fahren musste und mittags dann wieder 1 Stunde zurück. Und morgens war es auch etwas schwierig mit den Schulkindern im Bus. Ja, das ging nicht gut. Da war die Wohnsituation echt ein Nachteil. Es gab auch noch einen Versuch vom Job Center. Das ist aber letztendlich am Intervall gescheitert, weil es öfter in der Woche stattgefunden hat und eben auch wegen der Fahrzeit.
I: wie würde es sich gestalten, wenn sie die Intervention der Verhaltensaktivierung mit ihr durchführen würden?
B: naja. Sie hatte nach dem stationären Aufenthalt hier auch zuerst depressive Symptome zu Hause und dadurch dass wir uns schon kennen und sie gemerkt hat, dass auch neue Dinge etwas bringen, ist sie dafür eigentlich echt zu haben. Und sie ist auch einfach bereit etwas auszuprobieren. Ich hatte sie in all den Jahren auch noch nie so krank gesehen, habe sie auch einmal im stationären Aufenthalt besucht und das hat mich auch echt beeindruckt. Jemanden den man schon so lange kennt so krank zu sehen. Konkret würde ich es noch mal so versuchen wie in den ersten Kontakten, dass ich sie in eine Aktivität reinbringe. Und eben auch noch mal nachzuschauen wo die aktuellen Defizite liegen. Die ersten Hinweise waren schon, dass es nach dem stationären Aufenthalt im häuslichen Umfeld nicht funktioniert und das wurde dann praktisch zuerst noch mal angegangen um sicherzustellen, dass noch genug Nahrung vorhanden ist und es einigermaßen hygienisch ist. Und wir haben jetzt dann wieder angefangen so kleine Aktivitäten durchzuführen wie beispielsweise ein Rezept abzuholen und gemeinsam in die Apotheke zu gehen die Medikation zu holen und zu richten. Ich muss dazu sagen, sie ist jetzt auch umgezogen also weg von dieser ländlichen Umgebung in die Stadt und da wäre auch noch viel zu tun also im sozialen Umfeld, dass man die Nachbarn mal kennen lernt. Das ist aber gut, dass da noch eine Dame vom persönlichen Budget dabei ist, die kommt nämlich aus der Region und kennt sich da gut aus und kann das dann übernehmen. Mein Fokus wäre dann der Aktivitätenaufbau und zu schauen wie das eben funktioniert. Und dann

auch mal die Gegend kennen lernen die neue. Die kennt sie noch gar nicht richtig. Und jetzt geht es ihr auch besser. Jetzt fängt sie ein Praktikum in der DIPRO an.
I: und wie würde sich die Art und Weise zum jetzigen Pflegeprozess unterscheiden?
B: also gut ich könnte jetzt Punkte, also im Prinzip ich kenne sie halt schon ewig. Also ich glaube so Punkte wie Psychoedukation, da brauche ich nicht mehr viel zu erzählen. Also ich denke manche Punkte müsste man halt nicht mehr so bearbeiten. Aber im Prinzip finde ich das echt gut, dass man so Werkzeuge an die Hand bekommt. Aber noch besser wäre es, wenn ich es gezielt hätte umsetzen können. Aber die Zeit kommt ja dann auch hoffentlich noch.
I: warum ist es für Sie gut solch ein Werkzeug zu haben?
B: ja, weil sich ja Dinge auch einfach weiterentwickeln und ich mich ja jetzt auch nicht immer so zu Hause oder im Internet so fortbilde. Von daher bin ich schon froh, wenn ich neue Erkenntnisse und neue Dinge so an die Hand kriege.
I: Ja dann vielen Dank das Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben.
B: Ja gerne. (Lacht)

Interview 3

I: was bedeutet für Sie ambulante psychiatrische Pflege?
B: gut im Grunde ist es ja die Behandlung im häuslichen Umfeld, vorangehend mit einem Beziehungsaufbau, weil das Verhältnis im ambulanten Setting ganz anders ist als im stationären Setting. Das A und O ist ja auch die Beziehung (gestikuliert mit Nachdruck) und je nachdem wie die Beziehung zueinander steht, so entwickelt sich ja dann auch der Fortschritt. Aber im Hintergrund steht auch immer die in Erkrankung und die Ziele, die der Patient hat. Und auch die Wünsche von ihm. Das würde ich mal so behaupten ist das A und O der ambulanten Pflege.
I: wie unterscheidet sich das zum stationären Setting?
B: Naja im häuslichen Rahmen da sind wir ja Gast bei den Leuten. Das Verhältnis ist eben anders. Der Patient der stationär kommt der muss sich ja dann auf die Station einlassen. Mit den ganzen Voraussetzungen die im stationären Bereich gegeben sind. Das fängt ja schon an mit den Strukturen. Ob das jetzt Frühstück ist oder die Medikamenteneinnahme oder sowas eben. Oder auch generell wie der Tagesablauf ist. Und im ambulanten Bereich gibt der Patient uns eine Struktur vor an der wir uns dann orientieren.
I: und wie ist ihr berufliches Selbstverständnis? Welche Rolle haben Sie im ambulanten Bereich?
B: da spielen wir ja mehrere Rollen, ne! Das kann je nachdem wie die Beziehung ist und je nachdem wie und was derjenige von uns erwartet - ob das ein guter Freund ist, ob das der Sozialarbeiter oder der Handwerker in einem ist. Man hat halt schon verschiedene Rollen, die man immer wieder annimmt. Je nachdem welche Probleme oder Wünsche oder Hoffnungen an einen herangetragen werden. Als Beispiel gibt es ja vielleicht auch jemanden der mit seinen Eltern nicht so sprechen möchte. Und dann sagt er, ja gut da kommt jetzt jemand von außerhalb und er ist nicht mit irgendwelchen Vorurteilen behaftet, dem kann ich vielleicht etwas eher vertrauen, weil er keine familiären Vorurteile hat. Und der nicht irgendwie belastet ist durch ein bestimmtes Problem. Und dann wissen die auch ganz genau, mit dem kann ich darüber sprechen der versteht mich auch. Der weiß wie’s mir geht oder der hat das Verständnis für die Erkrankung und ist nicht vor eingenommen. (Pause) Also das Ziel der ambulanten Pflege ist es, die Selbstständigkeit des Individuums zu fördern, im häuslichen Umfeld zu bleiben, autonom zu bleiben (…) also immer die Sicht vom Patienten her autonom zu bleiben. Und auch die Hilfe zur Selbsthilfe, da gute Strategien zu finden.
I: wenn wir uns jetzt den Fall von Herrn Sommer anschauen, welche Merkmale sind für Sie relevant?

B: ja das sind ja schon einige Symptome aufgeführt wie zum Beispiel diese ständige Unruhe. Und da ist ja auch die Sichtweise der Eltern aufgeführt und das ist auch immer wichtig das Umfeld mit einzubeziehen. Und die andere Seite ist eben die, wie fühlt sich der Patient selbst. Aber auch diese Desorganisiertheit, der Tag-Nacht-Rhythmus ist verschoben, (Pause) ja gut er hat auch Erfahrungen mit seiner Depression, die er im Vorfeld schon hatte… (überfliegt den Fall noch mal) ja das er auch gutmütig ist, wobei das ist auch kein Problem aber es kann so ein Problem werden. Die Stimmung ist gedrückt, Schwingungsfähigkeit ist eingeschränkt. Ja gut das sind ja schon so depressive Anzeichen. Auch diese Schlaflosigkeit und Schlafstörungen und diese Stimmungseinbrüche, der Interessenverlust und die Freudlosigkeit (…). Dann fühlt er sich als Versager, also das ist schon schwer depressiv. Man sieht es ja auch bei seinem Selbstwertgefühl und seinem Selbstbild. Das ist ja auch gestört.
I: wenn Sie ihn nun zum ersten Mal kennen lernen, wie würden Sie mit ihm verfahren?
B: also wie gesagt der Beziehungsaufbau, das ist das A und O. Man schaut dann mal nach dem man die Vorstellungsrunde hinter sich hat - so mache ich das - wie sich die Person dann sieht und welche Einschränkungen sie hat. Ich gehe dabei nicht im speziellen auf Krankheiten ein, sondern frage woran er merkt, dass er Einschränkungen hat. In welchem Bezug er die Probleme hat. Welche Gefühle er hat, da geht auch viel über Emotionalität. Und wie sein Tagesablauf so ist und ob er beeinträchtigt ist in seinen Tagesablauf. Ob er überhaupt eine Tagesstruktur hat, ob er die Tagesstruktur selbst aufrechterhalten kann oder gegebenenfalls was ihn daran hindert. Und im Großen und Ganzen sagen einem die Patienten dann schon wie sie sich fühlen. Die Patienten umschreiben dann eher wie sie sich fühlen. Genauso wie Herr Sommer jetzt beschreibt, er fühle sich wie ein Versager. Dass er vielleicht auch beispielsweise von den Eltern unter Druck gesetzt wird und die zu ihm sagen „du bekommst nichts auf die Reihe geh doch mal in die Schule oder such dir eine Arbeit“ oder so. Und dann sagen die Leute „ja gut, das macht mir so kein gutes Gefühl“. Obwohl das ja hier in dem Fall gar nicht beschrieben ist. Ich meine nur so könnte es als reale Situation eintreten.
I: was kommt dann nach dem Beziehungsaufbau?
B: Also üblicherweise um den Leuten dann auch den Druck zu nehmen, da kommt jetzt jemand zu mir nach Hause, dann gehe ich meistens mit den Leuten an einem anderen Ort. D.h. wir gehen meistens irgendwo raus in die Natur etwas laufen und führen dort dann einfach mal ein ungezwungenes Gespräch. Und dann wird einfach gefragt was ich ändern soll. Das wäre so eine Möglichkeit auch aus dem häuslichen Setting herauszukommen. Also ich meine halt so ungezwungen professionell und das an einem neutralen

Ort. Und dann reagiere ich je nachdem was mir der Patient hinwirft. Und wenn man dann mal Schwierigkeiten hat, weil die Person so schüchtern ist dann fragt man auch mal ungezwungen was er so für Hobbys hat. Oder generell was ihm Freude oder Spaß macht. Was er in der Vergangenheit vielleicht gerne gemacht hat und jetzt vielleicht nicht mehr machen kann. Aus den genannten Gründen - also aus den verschiedenen Symptomatiken heraus jetzt nicht mehr machen kann. Dann frage ich auch ob er gute Bekannte oder Freunde hat, ob er sich auch unterstützt fühlt oder wie oft er sich mit anderen trifft. Das wäre so der Anfang. So ein bisschen auch die Anamnese, (..) was er an schulischer Ausbildung hat was für eine berufliche Ausbildung er hat und solche Dinge werden dann gefragt. Das wäre so meine Vorgehensweise, also meine Struktur erst mal so eine familiäre Anamnese. Da habe ich keine Vorgaben, das mache ich so für mich. Um einfach mal einen Einstieg zu bekommen und dem Patienten etwas zu entlocken.

I: gibt es denn auch einen Pflegeprozess, der durchlaufen wird?

B: ja da haben wir unsere Pflegeplanung. Also wenn ich dann eruiert habe wo die Probleme sind und die müssen ja nicht immer durch die Krankheit bedingt sein. Es können ja auch Alltagsprobleme vorhanden sein. Und dann sind die Probleme ja da und dann werden zuerst mal die Prioritäten gesetzt. Also was derjenige dann vor gibt. Und dann wird dem Patienten gesagt was er auch von uns erwarten kann. Weil das ja auch nicht immer ganz klar ist. Auch um die Befürchtung zu nehmen. Und dann gleicht man ab ob die Erwartung dasselbe ist, was der Patient vielleicht auch wünscht. Und die Pflegeplanung macht man dann auch halt schon um sich daran entlang zu hangeln. Welche Maßnahme habe ich für welches Problem. Aber das steht halt so auf dem Papier und was man im aktiven Geschehen so macht hängt auch davon ab, was aktuell gerade wichtig ist für denjenigen.

I: Sie haben von Maßnahmen gesprochen. Woher kommen diese Maßnahmen?

B: (lacht) aber am Ehesten von den Erfahrungen die man so gesammelt und gelernt hat. Von der beruflichen Erfahrung oder aber auch durch die fachliche Weiterbildung. Ich kann das jetzt wirklich nicht genau sagen. Ich habe da jetzt keine Vorgabe wo es dann heißt ich mache das jetzt so oder so oder so. Es gibt es keinen Standard A oder Standard F sondern ich mache das so wie ich denke aus meiner beruflichen Erfahrung. Wie ich gelernt habe wie ich das anpacke. Also ob das jetzt aus dem stationären Bereich oder aus der schulischen Ausbildung war (…) man zieht sich immer das raus wo man denkt es ist geeignet.

I: also habe ich das richtig verstanden, dass Sie mit ihrem Patienten besprechen wo er Unterstützungsbedarf sieht und versorgen ihn mit einer Maßnahme, die in dem Moment für Sie geeignet erscheint?

B: genau.
I: Wie können Sie denn überprüfen ob die Maßnahme geeignet ist?
B: (lacht) Es kommt eben auch drauf an, wie lange ich jemanden habe. In der Soziotherapie habe ich viel mehr Zeit. Bei der häuslichen Krankenpflege ist man da vielleicht doch etwas eingeschränkt durch die vier Monate, die man hat. Und im ACT wird es wieder etwas anders überprüft. Da hat man ja auch noch das Team dahinter. Da kann man sich auch noch mal absprechen. Und auch noch mal die Prioritäten setzen. Also quasi der Arzt macht dies, der Psychologe das.
I: jetzt gibt es aus der Literatur Hinweise, dass therapeutische Kompetenzen benötigt werden. Wie sehen Sie das?
B: also wenn es jetzt darum geht so Therapie mit den Patienten zu machen (…) also das stimmt schon, aber nur basal. Wir machen ja im Prinzip auch nichts anderes als mit den Leuten sprechen. Aber in wie weit man da in die Tiefe geht oder wirklich psychotherapeutisch zu arbeiten, da fehlt ganz klar die Ausbildung. Da hätte ich mir zum Beispiel in der Fachweiterbildung schon gewünscht, dass man nicht nur die Inhalte bespricht, sondern auch die Möglichkeit hat, dies umzusetzen. Über einen längeren Zeitraum. Weil die Theorie ist das eine, aber in der Praxis umzusetzen das andere. Das habe ich zum Beispiel nie gemacht. Aber ich weiß auch so Sachen wie Schulz von Thun oder ja mit verschiedenen Ohren zu hören das weiß man ja schon. Aber dass das jetzt so in die Tiefe geht, da fehlt es einfach an der praktischen Übung. Das wäre schon hilfreich für das ambulante Setting. Aber (Pause) wenn das dann soweit ist… Also ich meine es ist auch gar nicht meine Aufgabe. Das eine macht der Psychotherapeut und das andere mache ich. Und ich möchte da ja auch nicht quer reinfahren und irgendetwas loslösen. Nach meiner Auffassung als Fachpfleger im ambulanten Bereich ist ja schon leicht unterschwellig immer bisschen Psychotherapie mit dabei. Das bleibt ja nicht aus. Das fängt bei jedem Gespräch ja schon damit an. Das kann man auch nicht so explizit trennen. Ich meine der Patient erwartet ja von mir, dass ich ihm helfe in seinen Alltagssituationen. Und er denkt ja, dass ich ihn dabei unterstütze und mit ihm mitgehe. Ich kann ihm ja Ratschläge und Tipps geben. Das ist dieses aktive, was der Patient von mir erwartet. Aber nach meinem Verständnis muss da gezielter noch der Psychotherapeut schauen, was zu bearbeiten wäre.
I: wie unterscheidet sich ihr Arbeitsauftrag zu dem des Psychotherapeuten?
B: nach meinem Verständnis geht das schon tiefer (Pause) also wenn ein Patient beispielsweise ein Angststörung hat oder so oder vielleicht auch sexuelle Übergriffe hatte. Da würde ich ganz klar für mich sagen da weiß ich auch nicht wie das angegangen werden soll. Und dann sollte der Psychotherapeut mit den Patienten die Angststörung durchgehen. Und was

wir dann auch mal machen - das kann der Psychotherapeut aufgrund seiner Ressourcen jetzt nicht so machen - die Dinge im Alltag ein zu üben. Der Therapeut hat ja bestimmt auch keine Zeit aus seiner Praxis herauszugehen. Also diese alltagspraktischen Fähigkeiten zu trainieren. Das wäre ja dann so das ich einem Patienten Arbeitsziele vorgebe, er diese dann mit dem Psychotherapeuten bespricht und der gibt dann den Auftrag wieder weiter an den ambulanten Dienst „das und das haben wir gemacht hab übt das mal mit ihm ein“. Und dann könnte man zusammen eine Reflexion machen, was ist gut und was ist schlecht gelaufen was muss man ändern. Einfach um zu schauen welches Ergebnis herausgekommen ist. Das wäre so eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten, Patient und mir.
I: das wäre eine gute Überleitung für meine nächste Frage. Wie würde eine Vorgehensweise wie Verhaltensaktivierung, die ja auch in der Psychotherapie eingesetzt wird bei Ihnen ablaufen.
B: zum Beispiel, wenn man so eine Angststörung nehmen würde... dann müsste man vorher natürlich besprechen inwieweit die Angst natürlich da ist. Also wenn jetzt jemand Höhenangst hat, dass man nicht gleich mit ihm auf einen Turm geht sondern vielleicht auch mal einfach auf die erste oder zweite Sprosse eine Leiter. Oder bin ich da jetzt falsch? Meinen Sie etwas anderes?
I: naja sie haben vorhin berichtet, dass sie aus ihrer Erfahrung heraus handeln. Meine Frage richtet sich eher nach dem Einsatz der Intervention Verhaltensaktivierung. Warum würden Sie dies einsetzen?
B: ja die Erfahrungen aus dem praktischen Leben fließen ja doch auch immer mit ein. Aber jetzt bei dieser Verhaltensaktivierung (Pause) da bin ich mir noch etwas unsicher. Da fehlt mir auch ein bisschen die Erfahrung vielleicht.
I: wenn Sie die Intervention der Verhaltensaktivierung mit ihrer aktuellen Arbeitsweise vergleichen, wie unterscheidet sich dies voneinander?
B: naja also die Verhaltensaktivierung hat ja diese acht Bausteine, die aufeinander aufbauen. Aber im Grunde unterscheidet es sich gar nicht so stark. Also ich meine der Rahmen ist gut, aber gewisse Dinge könnten ja auch mal übersprungen werden, also von den einzelnen Bausteinen. Oder umgestellt werden. Dann müsste mal nach meinem Verständnis schon etwas flexibler bleiben. Im Endeffekt liegt es ja an der Zielsetzung. Welches Ziel verfolgt der Patient. Kommt man da überhaupt dran? Und generell kommt man da überhaupt hin…
I: gibt es denn Ihrer Ansicht nach Punkte, die nicht praktikabel sind in diesem Manual?
B: (Pause) doch es ist alles praktikabel. Ich muss ja erst mal eine Informationssammlung machen über denjenigen und alles andere

verschmilzt und so miteinander. Ich würde es nicht voneinander weg trennen, sondern es läuft ja in sich zusammen. Aber ich würde jetzt nicht sagen, dass da irgendwas nicht umsetzbar wäre.
I: und wenn Sie dies jetzt mit Herrn Sommer durchführen würden, wie würde sich das gestalten?
B: (Pause) Ja also im Grunde machen wir das ja. Jetzt nicht so stark wie diese Struktur, aber durch diese Berufserfahrung (…) das ändert sich ja auch. Aber es ist ja auch gar nicht so starr.
I: eine andere Frage. Würde sich denn etwas an ihrem beruflichen Selbstverständnis ändern?
B: nein. Weil es gehört ja auch dazu. Das mache ich ja täglich (Pause) im Grunde mache ich das (zeigt auf das Manual der Verhaltensaktivierung) täglich. Ohne dass da jetzt großartig Psychotherapie drübersteht. Man hat ja aber nicht so das Know how und dafür geht es aber auch nicht so in die Tiefe. Aber im Grunde hat man ja diese leichten psychotherapeutischen Anteile auch dabei.
I: Vielen Dank. was haben Sie denn für einen Fall gebracht? Interessant wäre auch für mich warum sie ausgerechnet den Fall ausgesucht haben.
B: also von der medizinischen Diagnose her hat die Frau eine Borderline-Störung und eine Depression. Ich kenne sie schon seit zehn Jahren und begleite sie immer mal wieder. Sie ist Mitte 50 und berentet und lebt in einer WG mit ihrer Schwester. Die Frau hat in der Vergangenheit Gewalt in der Familie erlebt. Sie hat auch generell negative Erfahrungen was ihren Selbstwert betrifft von der Familie erfahren. Ihre jüngste Schwester ist verstorben als sie drei Jahre war. Sie wurde überfahren vor den Augen der Patientin. Die Patientin ist auch von ihrem Onkel sexuell missbraucht worden. Das mal so zum Hintergrund. Beruflich hat sie Elektrikerin gelernt, war stellvertretende Geschäftsführung gewesen und dann, aufgrund ihrer verschiedenen Belastungen konnte sie den Beruf nicht mehr durchführen und wurde dann auch im weiteren Verlauf berentet. Das Verhältnis zu ihrer Schwester ist mehr oder weniger eine Hassliebe. Sie wird auch ab und zu von ihrer Schwester kontrolliert nach dem Motto „wo gehst du hin und wie viel Geld gibst du aus?“. Die Patientin hat aber auch immer Probleme mit ihrem Umfeld. Sie eckt viel an. Sie versucht sich aber auch Zuneigung zu erkaufen. Aber sie wird dann immer wieder zurückgewiesen und dadurch kommt es auch zu Selbstverletzungen bei.
I: warum haben Sie sich ausgerechnet diesen Fall ausgesucht?
B: weil das genau das Problem ist bei ihr, sie bekommt ihr Verhalten immer wieder gespiegelt und sie ist auch sehr therapieerfahren. Sie weiß auch schon viele Dinge, setzt diese aber nicht um, warum auch immer. Das hängt mir einfach zu hoch… Und ich erhoffe mir, durch den Einsatz der Verhaltensaktivierung eine gewisse Veränderung herbeiführen zu können.

Quasi eine Veränderung, die ich gerne möchte und die Patientin auch hofft, aber sie es einfach nicht umsetzen kann. Ich könnte sie dabei unterstützen, das wäre die Idee. Ich weiß ja auch durch die Erfahrung, dass man immer wieder an Grenzen kommt. Und das macht es dann einfach auch etwas schwierig. Aber im eigentlichen Sinne hätte ich ja einen gewissen Fahrplan, an dem ich mich orientieren kann. Ansonsten mache ich das ja schon sehr lange so vor mich hin.
I: und wie wäre denn die Umsetzung der Verhaltensaktivierung?
B: das wäre ja immer ein Zusammenspiel zwischen Zusammenfassung und Zwischenfazit. Man hätte dann einfach eine Orientierung. Vor allem auch für die Patientin. Gerade für die Zielsetzungen. Zum Beispiel wäre ein Ziel, dass sie immer ein- oder zweimal im Jahr zu ihrer Familie ins Ausland fährt. Naja gut das ist momentan jetzt nicht möglich aber das wäre so ein Punkt, auf dem man hinarbeiten könnte. Und dazwischen könnte sie sich dann auch immer entsprechend erholen. Und psychoedukative Anteile könnten dann auch immer mal wieder besprochen werden. Der Beziehungsaufbau bei ihr ist auch schwierig, weil man sich auch schon so lange kennt. Da ist es schwierig, dass eine professionelle Distanz gegeben ist. Und entsprechend die Grenzen zu waren. Da muss man auch selbst aufpassen. Und auf den Patienten darauf hinweisen, dass es nicht nur der beste Kumpel ist, sondern dass es ein Arbeitsbündnis ist. Das wäre so das was ich meine.
I: dann vielen Dank, dass Sie meine Fragen so beantwortet haben
B: ich hoffe es war so verständlich und nicht so viel kreuz und quer (lacht).

Interview 4

Was ist nach Ihrem Verständnis das Ziel ambulanter psychiatrischer Pflege?
B: (Pause) Verhinderung und Vermeidung einer stationären Aufnahme (…) Der psychisch beeinträchtigte Mensch soll in seinem häuslichen Umfeld bleiben. Also die Krisensituation in seinem Umfeld bewältigen. An den Bedarfen orientiert von den Menschen, also dass der Mensch in seinem gewohnten Lebensumfeld bleiben kann. Trotz Krise!
I: und wie ist Ihr berufliches Selbstverständnis?
B: Meine Rolle ist die Menschen ein Stück weit in ihrem Leben zu begleiten und wenn er es möchte, ihn dabei unterstützen ein selbstbestimmtes Leben zu führen.
I: vielen Dank. Wenn wir uns jetzt Herrn Sommer anschauen, welche Merkmale sind für Sie wichtig in Ihrer täglichen Arbeit?
B: also im stationären Setting zeigt er klar Symptome einer Depression (Pause) und im poststationären Setting zeigt er diese Symptome weiterhin, also diese depressiven Anzeichen.
I: was würden Sie nun tun bei einem ersten Kennenlernen?
B: für mich ist das A und O der Beziehungsaufbau! (Mit Nachdruck) Und ich würde schauen wie ich ihm eine Tagesstruktur bieten kann. Aber noch mal, das A und O ist der Beziehungsaufbau.
I: wie gestaltet sich dieser Beziehungsaufbau?
B: kennenlernen… nicht nur über die Erkrankung sprechen, sondern das ganz normale Leben mit den Menschen gestalten. Also ich mach das immer ganz gerne so, dass man rausgeht in die Natur, weil sich dann leichter über alles sprechen lässt.
I: wenn ich mal so offen fragen darf, über was wir dann gesprochen?
B: über Gott und die Welt, also was uns momentan so bewegt. Was er meint was er an Unterstützung momentan benötigen würde und wo er sich vielleicht sagen wir mal in einem halben Jahr sieht mit der Beeinträchtigung.
I: geschieht dies spontan oder gibt es da eine Struktur, an der man sich entlang hangeln kann?
B: das geschieht von mir aus, das ist mein persönlicher Stil. Zu schauen, welche Hobbys er hat und welche Interessen und dementsprechend… das A und O ist der Beziehungsaufbau.
I: Sie haben gesagt, Sie sprechen nicht gleich über Krankheit. Ab wann wird denn über Krankheit gesprochen?
B: also spätestens im zweiten Gespräch, aber wenn es sich im ersten Gespräch ergibt, dann auch schon im ersten Gespräch. Aber spätestens nach dem zweiten Treffen, weil man dann eine Zielsitzung vereinbaren muss. Also was die psychiatrische Krankenpflege bringen soll…

I: und wer gibt die Ziele vor?
B: die gibt der Patient vor. Was er erreichen möchte. Ich kann ihn diesbezüglich dann unterstützen und kann versuchen zu lenken.
I: und wie zeigt sich diese Unterstützung?
B: dass ich ihm zuhöre und schaue, wo er Unterstützungsbedarf sieht.
I: gibt es denn auch gezielte Maßnahmen, die sie dem Patienten vorschlagen?
B: (Pause) ich thematisiere mit den Patienten, was anderen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung geholfen hat. Das wäre so eine Art Hilfestellung. Das mache ich so in meiner Arbeit. Ich mache das auch nicht spontan, sondern ich habe schon einen Plan für mich den ich verfolge. Das habe ich so im Kopf. Das habe ich aus meiner systemischen Weiterbildung mitgenommen. Also eher dann so den Patienten kommen lassen. Und wie er sich mir gegenüber öffnet.
I: und findet auch eine Art Priorisierung statt?
B: ja erst mal ist es ja so, dass er nicht mehr stationär muss, dann muss ich herausfinden wie steht er zu Medikamenten und dazu gibt es Unterstützungsmöglichkeiten. Aber ganz klar was möchte er. Will er einer Psychotherapie, will eine Tagesstruktur, will er so weiter leben wie bisher.
I: noch mal zum Verständnis für mich, das ist aber ihre individuelle Vorgehensweise?
B: ja, das habe ich mir so in den Jahren angeeignet. Ich würde sagen, das resultiert aus meiner beruflichen Erfahrung.
I: inwiefern unterscheidet sich ihre aktuelle Vorgehensweise zu einer strukturierten Vorgehensweise wie beispielsweise der Verhaltensaktivierung?
B: naja, es ist eben diese strukturierte Vorgehensweise, aber inhaltlich ist es extrem ähnlich.
I: jetzt gibt es in der Fachliteratur Hinweise, dass im ambulanten Setting psychotherapeutische Kompetenzen vermisst werden. Wie stehen Sie dazu?
B: also ich würde sagen man braucht das. Und ich würde auch sagen, dass jeder der in diesem Feld arbeitet eine Psychotherapie durchlaufen müsste. Ich meine man soll die Inhalte und die Unterschiede einer Psychotherapie kennen. Ich habe das zwar gelernt in meiner Fachausbildung, aber die Umsetzung ist doch schwierig. Ich meine die Erfahrung diese Psychotherapie mit durchgemacht zu haben. Das wäre nach meinem Verständnis sehr hilfreich. Mal mit zu gehen, gemeinsam mit dem Patienten. Ich habe jetzt aktuell als Beispiel eine Klientin, da habe ich von der Psychotherapeutin den Auftrag erhalten sie zu begleiten (die Patientin), zum Expositionstraining. Aber ich mache in diesem Fall nichts während des Expositionstrainings. Ich sitze draußen vor dem Einkaufsmarkt und warte

bis sie drinnen ihre Erledigungen getätigt hat. Und falls sie Probleme haben sollte, dann könnte sie mich anrufen. Also weniger ist manchmal mehr. Und deshalb wäre es hilfreich, wenn ich noch mehr wissen über Psychotherapie hätte. Weil es sich irgendwie ja doch vermischt in dem Feld. Man kann dies nicht strikt abgrenzen.
I: wenn wir uns jetzt die Verhaltensaktivierung anschauen, wie würde sich das mit Herrn Sommer gestalten?
B: ehrlich gesagt würde es sich gar nicht so sehr unterscheiden, weil das Kennenlernen und die Psychoedukation das wird ja auch am Anfang durchgeführt. Es wäre halt diese spezielle Struktur. (Pause) aber wenn ich solch eine strukturierte Vorgehensweise anwende, dann kann ich die Veränderungen besser erkennen. Ich kann es dann auch besser evaluieren.
I: gibt es denn auch Punkte wo sie sagen, das wäre gar nicht praktikabel?
B: Nein die gibt es nicht.
I: gibt es denn sonst Hindernisse, die ich gerade nicht berücksichtige?
B: nein, das würde ich jetzt auch nicht sagen. Die einzelnen Bausteine, die bei der Verhaltensaktivierung aufgeführt sind, sind halt einfach strukturiert. Die Inhalte habe ich würde ich mal sagen, so aus dem Bauch heraus bisher auch praktiziert aber eher anlassbezogen. Also je nachdem in welcher Situation sich der Mensch befunden hat. Die Menschen haben ja nicht nur psychische Probleme, sondern auch ganz alltagspraktische Probleme, dass sie beispielsweise kein Geld haben oder so. Ganz normale Lebenskrisen wie wir sie auch haben können.
I: gäbe es denn Nachteile, wenn man diese Intervention jetzt so einsetzen würde?
B: eigentlich nicht, wobei ich sagen muss, dass ich manchmal auch einfach switchen muss aus meiner Erfahrung. Man könnte dann beispielsweise von sechs auf eins wieder gehen oder von fünf auf zwei (gemeint sind die einzelnen Bausteine des Manuals). Ich meine ich habe auch jetzt schon 35 Jahre Erfahrung in dem Beruf.
Speziell im ambulanten Bereich bin ich seit 2007 tätig. Und, also ich meine jetzt konkret, wenn jemand kein Geld vom Job Center bekommt dann würde ich da drauf eingehen, ich kann ja dann nicht beispielsweise über Psychoedukation oder so sprechen. Das meine ich damit mit dem Anlassbezug.
I: ja würde sich denn in ihrem beruflichen Selbstverständnis etwas ändern durch den Einsatz der Intervention?
B: ja gut ich kann die einzelnen Teile gezielter angehen und kann versuchen, offensiv Vorschläge zu unterbreiten, wenn keine anderen Probleme vorliegen. Es wäre praktisch ein grober Fahrplan. Ansonsten würde ich es über das Erfahrungswissen umsetzen. Ich finde dieses Manual gut, aber man muss halt einfach schauen in welcher Verfassung die Person

ist. D.h. ich nehme mir also etwas vor und gehe dann zu den Patienten und sage „heute ist das Thema aktiver Umgang mit Grübelgedanken zu bearbeiten“ aber er hat möglicherweise dann ganz andere Probleme. Die aktueller sind. Da fällt mir ein ich war über einen sehr langen Zeitraum bei einer Frau, die zu mir gesagt hat ich solle nicht mehr kommen. Aber ihre Betreuerin habe darauf gepocht, dass ich weiterhin zu ihr gehe. Ich bin dann auch in das Haus gegangen und habe mich immer mit ihrem Vater unterhalten. Und nach vier Monaten hat sie mir die erste Tasse Kaffee angeboten. Da hätte ich können mit so einer Struktur nichts anfangen. Manchmal braucht es eben etwas länger mit dem Beziehungsaufbau bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Das wäre so ein Knackpunkt. Ansonsten finde ich das Manual wirklich gut. Quasi eine Stütze.

I: Jetzt würde mich aber der Fall den sie mitgebracht haben interessieren.

B: in diesem Fall wäre es wohl eher schwierig, weil ich da auch auf ein längeres Intervall bei der Beziehungsgestaltung legen müsste. Der Mann ist 1957 geboren und hat olfaktorische Halluzinationen. Eben eine Psychose. Im Zeitraum von 2017-2018 war er fünfmal stationär gewesen. Er hat auch seine Arznei genommen aber er wollte irgendwie nicht mehr stationär bleiben. Er hatte bis zuletzt bei den Amerikanern gearbeitet und ich konnte ihn mit wöchentlichen Kontakten gut führen, aber jetzt durch die Corona Situation mussten wir unsere Intervalle auf zweiwöchentliche Termine legen. Er arbeitet nicht mehr und ist jetzt auch vermehrt zu Hause und nun ist auch wieder seine Psychose ausgebrochen. Er ist fest davon überzeugt, dass in seiner Wohnung Mikrofone installiert sind und die Nachbarn ihn abhören, dass er vergiftet werde und das in seine Wohnung Gerüche eingeleitet werden. Früher bestand das Problem, dass er nie aus seiner Wohnung gehen wollte. Das ist jetzt gerade umgekehrt. Jetzt ist er eigentlich nur noch außer Haus und kommt quasi nur noch zum Schlafen nach Hause. Wenn ich ihn offensiv mit seiner Krankheit konfrontiere, dann wird er verbal sofort aggressiv mir gegenüber. Auch wenn ich jetzt ihn frage, ob er gemeinsam mit mir zum Arzt gehen würde um eine Verordnung oder so zu holen, lehnt er dies mit Vehemenz ab. Das wirft ihn dann vollkommen aus der Bahn. Ich habe aber guten Kontakt zu seiner Schwester und wenn ich irgendetwas medizinisches habe, dann soll alles über sie laufen. Dann wende ich mich an sie und sie wiederum spricht mit ihm, weil sie eine viel bessere Beziehung zu ihm hat. Und von seiner Schwester nimmt er mehr an. Ich habe ihn jetzt heute besucht und da hat er auch wieder die ganzen Symptome gezeigt. Also total psychotisch. Ich meine ich kenne ihn schon seit Ende 2018 aber bei diesem Thema blockiert er sofort. Allerdings war er die ganze Zeit auch nicht stationär. Jetzt mit dem Eintritt der Rente muss man schauen wie es sich entwickelt. Es ist eben schwierig. Aber heute hat

er zu mir gesagt, er möchte das ich wöchentlich statt zweiwöchentlich zu ihm, weil wenn ich bei ihm bin, dann wären die Stimmen im Hintergrund. Ich muss dann immer durch die Wohnung gehen. Er ist der Überzeugung, dass die Stimmen dann merken, dass jemand durch die Wohnung geht und dann würden sie sich zurückhalten. Ich habe das dann auch getan, habe aber auch umgehend die Schwester informiert, dass sie mit ihm zum Facharzt gehen solle, da er wieder sehr psychotisch sei. Sie möchte ihn jetzt dazu bewegen, aber ich persönlich habe da keinen Zugriff auf ihn. Ich könnte da auch in punkto Psychoedukation nichts bewirken. Ich habe ihn jetzt ausgesucht, weil eben diese psychoedukativen Anteile in dem Manual beschrieben sind.
I: und was ist die Idee hinter dem Einsatz dieser Intervention?
B: ich denke so könnte ich ihn vielleicht an das ganz normale Leben wieder führen, wenn ich dann sagen würde „jetzt überlegen Sie doch mal ob das der Realität über entspricht“. Aber selbst diese Äußerung, wenn man normal versucht so etwas anzusprechen, da würde er blockieren. Da wäre praktisch schon eine Grenze überschritten. Als Nächstes würde er dann sagen ich möchte nicht mehr, dass sie kommen und das wäre dann der Supergau. Dann müsste er wieder stationär. Das wäre jetzt eben die Herausforderung.
I: und gab es denn auch Phasen, in denen er nicht so psychotisch war?
B: ja als er noch Tagesstruktur hatte da war er weniger psychotisch. Also als ich ihn einmal wöchentlich besucht hatte. Aber selbst in diesen Phasen müsste ich versuchen mit ihm das Szenario zu durchlaufen. Und dann eben auch hier wieder anlassbezogen und individuell je nachdem, welche Problematik gerade vorliegt. Aber in der akuten Phase wäre es eigentlich nichts. Vielleicht habe ich noch ein besseres Beispiel. und zwar begleite ich eine Frau bei der wurden über zwei Jahre die Neuroleptika ausgeschlichen. Und wir sprechen da von erheblichen Dosen an Neuroleptika. Und gegen Ende wurde es alles ganz langsam ausgeschlichen. Jetzt hat sie vor kurzem gesagt, sie hat eine Ratte gesehen in ihrer Wohnung. Dann habe ich gemeint „überprüfen Sie noch mal ihr Denkverhalten. Ist das auch real?“ Und sie hat vehement behauptet, dass sie eine Ratte in ihrer Wohnung gesehen habe. Sie hatte sogar einen Nachbarn in der Wohnung, der habe aber die Ratte nicht gesehen, aber sie habe sie eindeutig gesehen. Sie konnte sich aber so gut reflektieren und hat sich dann mir anvertraut in Sorge, dass es auch ein psychotisches Erleben sein könnte. Dann habe ich gesagt „okay, wir schauen zusammen und sprechen auch mit ihrem Facharzt über die Situation. Aber zuerst möchte ich dem keine Bedeutung beimessen wir schauen jetzt erst wie die Situation im Allgemeinen ist“. Als ich sie 14 Tage später wieder besucht habe hat sie zu mir gesagt, sie hätte ihre Waschmaschine eingeschaltet und nach dem Waschvorgang wäre

dann die tote Ratte in der Waschmaschine gewesen. Also man sieht, dass man selbst in solchen Situationen sich immer überprüfen muss und reflektieren muss, ob es real oder nicht real ist und dann eben reagieren. Und mit dieser Frau könnte ich durchaus auch diese Verhaltensaktivierung durchführen. Vor allem, weil ich jetzt eine längere Phase der Beziehungsgestaltung durchgeführt habe. Jetzt ist es das Ziel, die Medikamente zu reduzieren und das hat nach meinem Verständnis auch viel mit Psychoedukation zu tun. Ich würde ihr vermitteln, dass sie das nicht so schnell herabsetzen darf, weil auch da die Gefahr einer erneuten Psychose bestehen würde. Und dann grundlegend mit der Psychoedukation anfangen. Aber vor allem auch die Rückfallprophylaxe. Die wäre bei ihr zwingend gegeben. Sie hat nämlich jetzt schon verstanden, dass sie die Medikation braucht. Weil sie seit der Medikamenteneinnahme nicht mehr stationär war und möchte genau so leben wie es momentan für sie gut läuft. Allerdings haben wir jetzt auch nichts schriftlich festgehalten oder so. Was wir allerdings gemacht haben ist eine Vorausverfügung. Das mache ich eigentlich bei allen Patienten. In ihrem Fall habe ich es dann den Angehörigen gegeben mit ihrem Einverständnis. Und diese sehen dann, wenn Veränderungen eintreten. Da ist dann festgehalten wie es sich verhält, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Und letztendlich diese Situation mit der Ratte, das war ein Vertrauensverhältnis, dass sie mir dies nur berichtet hat, weil sie mir vertraut. Jemand fremdem hätte sie dies nicht sagen können. Da hätte sie Sorge, dass sie ausgelacht wird und die Leute sagen du bist ja eh psychisch krank du spinnst. Aber durch dieses Vertrauensverhältnis ist sie eben auf mich zu gekommen. Also die Vorausverfügungen sind für mich sehr wichtig. Das ist für mich eine Grundvoraussetzung. Wenn Sie die Akutphase überwunden haben und ich habe eine Beziehung gestaltet, dann ist meine Vorgehensweise so strukturiert, „hören Sie mal zu es könnte ja mal der Fall eintreten, dass es Ihnen wieder schlechter geht…“ So in die Richtung würde das dann ablaufen. Aber mit dem Hinweis, dass nur der Patient selbst sagt, was gemacht werden soll und wo sie hingehen wollen ins Krankenhaus. Das ist zum Beispiel so mein berufliches Selbstverständnis.

I: ist es möglich, dass der ein oder andere Inhalte dieser manualisierten Intervention bei Ihnen jetzt schon zum Einsatz kommen?

B: ja das würde ich schon behaupten. Das ist aber auch die Erfahrung.

I: gibt es denn noch etwas, dass sie loswerden wollen?

B: man muss halt manchmal switchen… Bei manchen Personen könnte man das strikt durchziehen aber bei anderen wiederum ist es schwierig. Das ist eben auch der große Unterschied zwischen dem ambulanten und dem stationären Setting. Im stationären Setting sollen oder müssen die Angebote genutzt werden und bei den Klienten zu Hause muss man eben

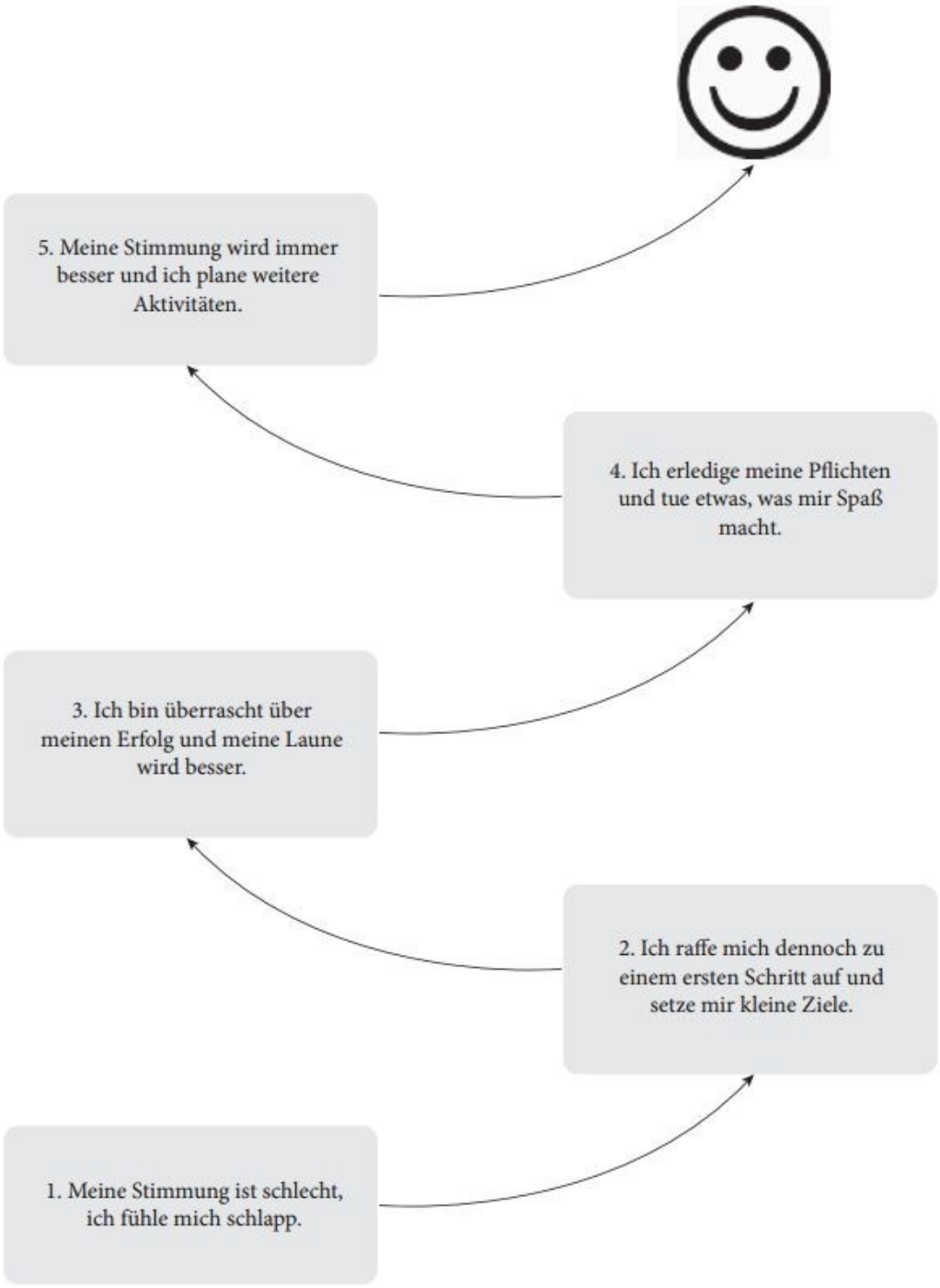
flexibel bleiben. Ich muss ja immer schauen, dass mir beim nächsten Treffen wieder die Tür geöffnet wird. Und das muss ich erst mal erreichen… Auf Station ist das schon etwas anderes, da ist zum Beispiel der Arzt noch hinten dran. Aber das ist meine Erfahrung, ich komme als Gast zu den Menschen nach Hause.

I: dann bedanke ich mich ganz herzlich.

B: das freut mich und ich finde es wirklich sehr gut und ich möchte auch nicht, dass das einfach nur so verpufft. Sondern ich würde es gerne nutzen. Vor allen Dingen für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wäre dies eine gute Orientierung für eine strukturierte Vorgehensweise. Aber immer mit dem Fokus auf aktuelle Anliegen.

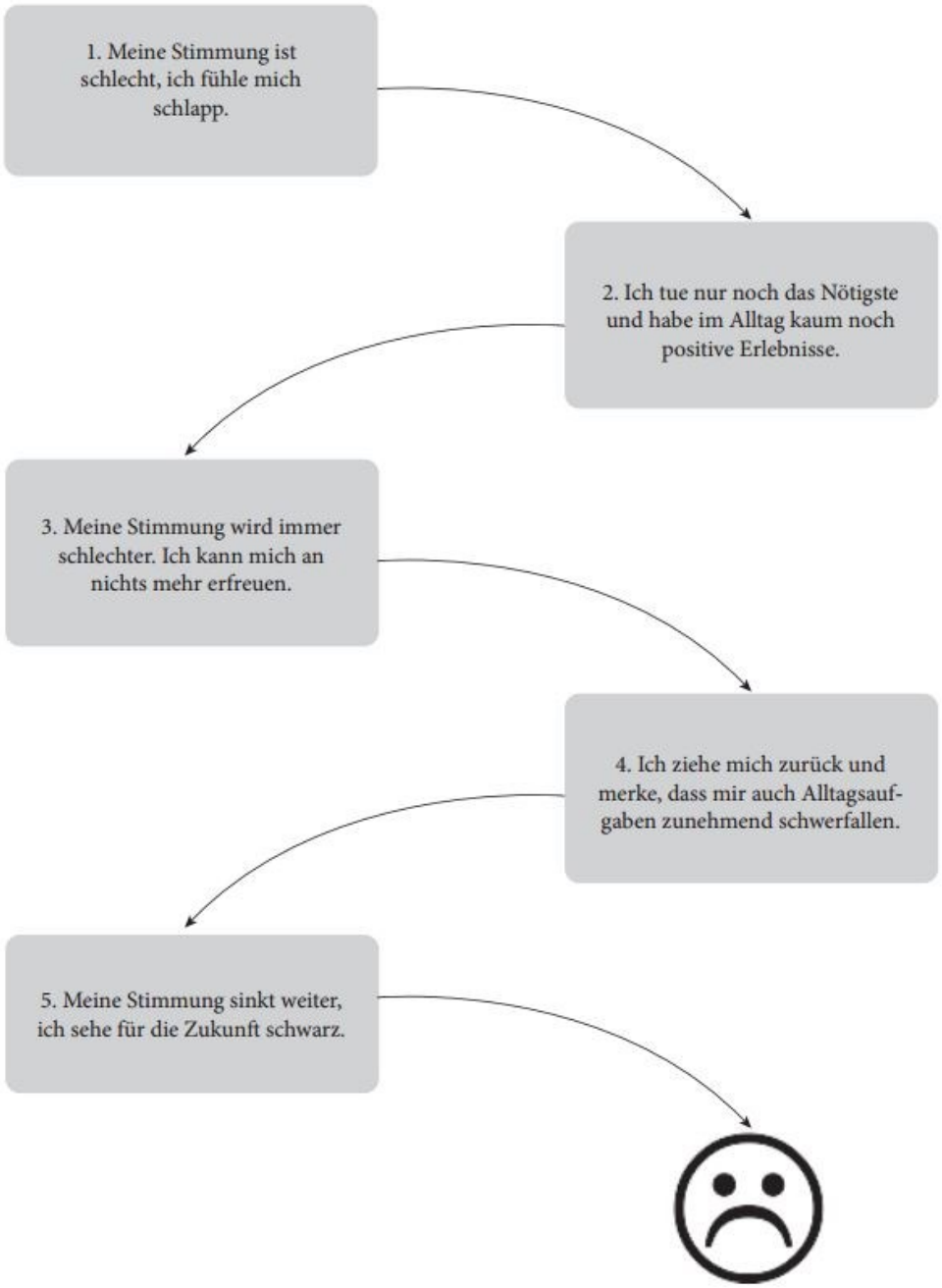
Arbeitsmaterialien

Die Spirale der sich bessernden Stimmung



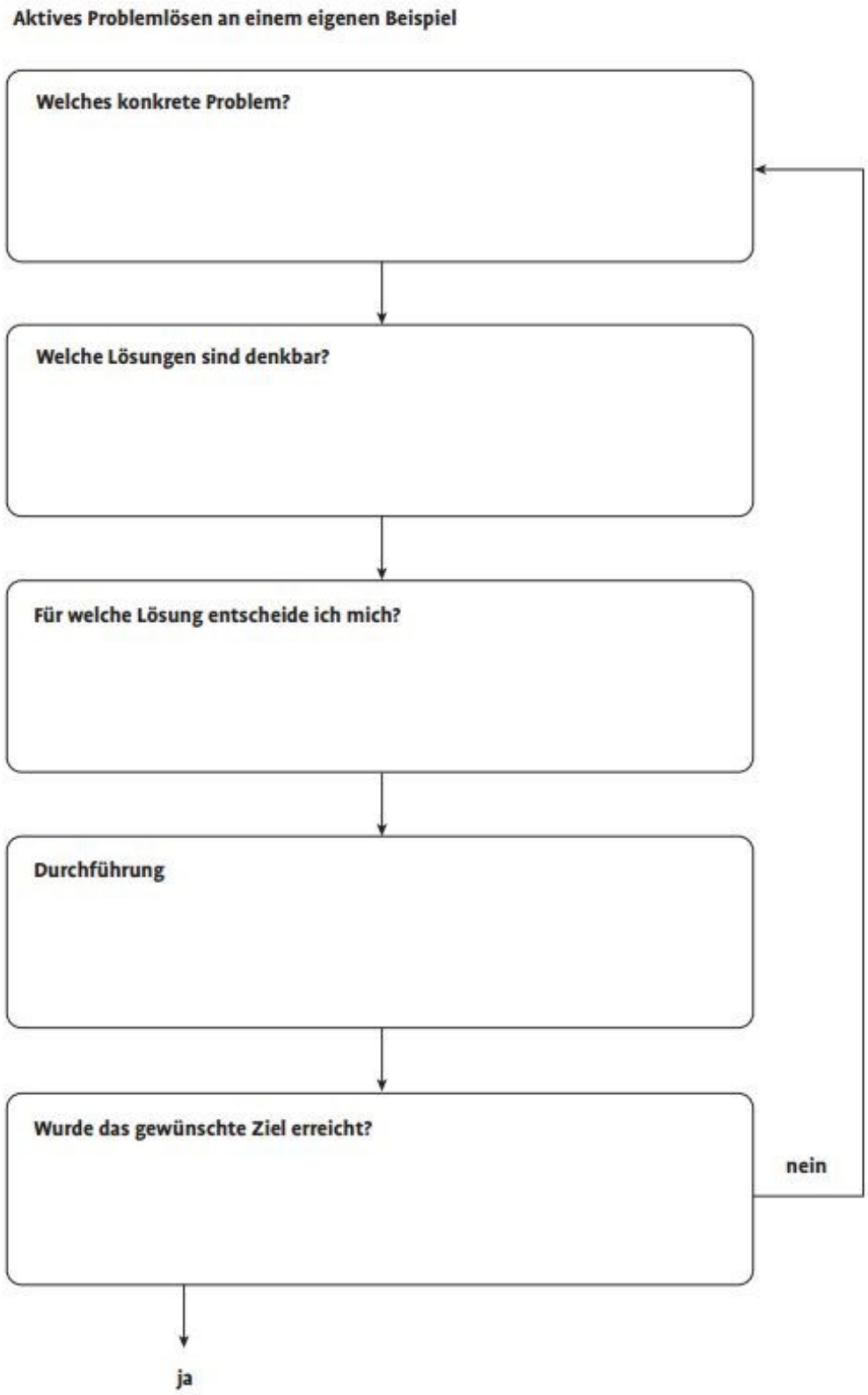
(Quelle: Hoyer & Vogel 2018, S. 141)

Die Spirale der sich verschlechternden Stimmung



(Quelle: Hoyer & Vogel 2018, S. 142)

Prozess der aktiven Problemlösung



(Quelle: Hoyer & Vogel 2018, S. 148)

Stimmungsprotokoll

Bitte tragen Sie in der kommenden Woche alle ein bis zwei Stunden Ihre Stimmung und deren Intensität (0 = sehr schwach bis 10 = sehr stark) ein. Notieren Sie kurz, was Sie in diesem Zeitraum getan haben. Achten Sie bitte besonders auf Veränderungen in Ihrer Stimmung.

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Uhrzeit	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung
0 bis 1														
1 bis 2														
2 bis 3														
3 bis 4														
4 bis 5														
5 bis 6														
6 bis 7														
7 bis 8														
8 bis 9														
9 bis 10														
10 bis 11														
11 bis 12														

(Quelle: Hoyer & Vogel 2018, S. 138)

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Uhrzeit	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung	Aktivität	Stimmung
12 bis 13														
13 bis 14														
14 bis 15														
15 bis 16														
16 bis 17														
17 bis 18														
18 bis 19														
19 bis 20														
20 bis 21														
21 bis 22														
22 bis 23														
23 bis 0														

(Quelle: Hoyer & Vogel 2018, S. 139)

Eidesstattliche Erklärung zur Einhaltung guter wissenschaftlicher Praxis

Hiermit versichere ich, Karsten GENSHEIMER (Matrikelnummer: 182234591003),

dass ich mich bei der Erstellung der schriftlichen Arbeit an die aktuell geltenden „Richtlinie zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten“ der PTHV genannten Regeln und Verpflichtungen gehalten habe.

- Mir ist bekannt, dass die Übernahme von Texten, Ideen oder Daten anderer ohne eine eindeutige Kenntlichmachung des Urhebers ein Plagiat ist und gegen die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis verstößt. Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende schriftliche Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel einschließlich der Internetquellen und anderer elektronischer Quellen benutzt habe. Alle Zitate und Halbzitate aus gedruckten, ungedruckten und elektronischen und sonstigen Quellen, aus jeder Art von Publikationen oder sonstiger Verbreitung von Arbeitsergebnissen, aus bildlichen Darstellungen und dergleichen habe ich als solche eindeutig und im Einzelnen kenntlich gemacht.
- Die Arbeit wurde vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht.
- Die eingereichte elektronische Fassung (z.B. auf CD-ROM) ist im Wortlaut identisch mit der eingereichten schriftlichen Fassung.
- Ich bin mir bewusst, dass die Aufdeckung von nicht gekennzeichneten Passagen, die nicht von mir stammen, als Plagiatsversuch interpretiert wird.

Dies kann eine Bewertung der Arbeit mit „nicht ausreichend“ und gegebenenfalls rechtliche Konsequenzen zur Folge haben. Sollte im Nachhinein ein Fehlverhalten gemäß der PTHV-Richtlinie „Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten“ nachgewiesen werden, kann der mit der Arbeit erworbene akademische Grad oder Titel entzogen werden.

Landau, den _____2021 UNTERSCHRIFT