

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des  
Doktorgrades der Pflegewissenschaft  
(Dr. rer. cur.)

## **Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegender in ambulanten und aufsuchenden Settings**

**Inauguraldissertation  
zur Erlangung des  
Doktorgrades der Pflegewissenschaft  
(Dr. rer. cur.)**

**an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der  
Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar**

vorgelegt von:  
Brigitte Anderl-Doliwa

Erstgutachter:  
Prof. Dr. Frank Weidner

Zweitgutachter:  
Prof. Dr. habil. Michael Schulz

vorgelegt im April 2017

## Verzeichnisse

### Inhaltsverzeichnis

<b>Verzeichnisse</b> .....	<b>II</b>
Inhaltsverzeichnis .....	II
Tabellenverzeichnis .....	VIII
Abbildungsverzeichnis .....	IX
Abkürzungsverzeichnis .....	X
<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>

### Teil I: Hinführung zum Thema

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>3</b>
1.1 Problemstellung und Ziel der Arbeit .....	3
1.2 Hinweise zur Verwendung bestimmter Begriffe und zur Lesbarkeit .....	5
<b>2 Psychiatrische Pflege im ambulanten Setting</b> .....	<b>6</b>
2.1 Die Entwicklung der ambulanten psychiatrischen Pflege.....	6
2.1.1 Die „Geburtsstunde“ der ambulanten Pflege .....	6
2.1.2 Die Psychiatrie-Enquete und folgende Entwicklungen .....	7
2.1.3 Regelversorgung für die ambulante psychiatrische Pflege .....	7
2.2 Psychiatrische Pflege im Kontext einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung in Deutschland .....	8
2.3 Die Rolle der psychiatrischen Pflege in ambulanten, sektorenübergreifenden bzw. stationersetzenden Settings .....	10
2.4 Unterschiedliche Tätigkeitsfelder für Pflegenden im psychiatrischen Bereich.....	12
2.4.1 Psychiatrisch Pflegenden in Krankenhäusern .....	12
2.4.2 Außerklinische Angebote mit Beteiligung psychiatrisch Pflegenden.....	14
2.4.2.1 Ambulante psychiatrische Pflege .....	14
2.4.2.2 Stationersetzende Formen psychiatrischer Versorgung .....	15
2.4.3 Weitere Formen pflegerischer Tätigkeit.....	17

### Teil II: Theoretischer Rahmen

<b>3 Kompetenzbezogene Pflegeforschung und deren Implikationen für die vorliegende Arbeit</b> .....	<b>18</b>
3.1 Konzepte und Definitionen von Kompetenz.....	19
3.1.1 Kompetenz als Befugnis – die wirtschaftswissenschaftliche Perspektive .....	20
3.1.2 Befähigung, Wissen und Können – das individuelle Kompetenzverständnis .....	21
3.1.3 Kompetenzverständnis aus Sicht verschiedener Wissenschaftsdisziplinen.....	21
3.1.3.1 Pädagogik.....	22

3.1.3.2	Psychologie .....	22
3.1.3.3	Soziologie .....	23
3.1.3.4	Theorietraditionen in der professionstheoretischen Debatte.....	24
3.1.3.5	Bezugspunkte professionellen Handelns und professioneller Identität zu den beruflichen Kompetenzen ambulant psychiatrisch Pflegender: ....	27
3.1.4	Verwendete Kompetenzdefinition.....	28
3.2	Methoden kompetenzbezogener Pflegeforschung .....	29
3.2.1	Qualitative Sozialforschung.....	29
3.2.1.1	Begriffsklärung .....	29
3.2.1.2	Interviews als Datenbasis qualitativer Forschung.....	30
3.2.1.3	Verhaltensbeobachtungen als Erhebungsmethode .....	32
3.2.1.4	Nutzung bereits vorhandener Daten .....	33
3.2.1.5	Auswertungsmethoden der qualitativen Sozialforschung .....	34
3.2.1.6	Synthesen in der qualitativen Methodik.....	36
3.2.2	Quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung.....	38
3.2.2.1	Forschungsdesign in der quantitativen Methodik .....	38
3.2.2.2	Quantitative Erhebungsmethoden.....	40
3.2.2.3	Quantitative Auswertungsmethoden .....	41
3.2.3	Schnittmengen qualitativer und quantitativer Forschung .....	43
3.2.4	Spezielle Konsequenzen für die Arbeit.....	44
3.2.4.1	Aufstellen möglicher Kompetenzen.....	45
3.2.4.2	Gewichtung der Kompetenzen .....	46
3.2.4.3	Typisierung .....	48
3.2.4.4	Fazit.....	48
3.3	Rolle von und Umgang mit Kompetenzen in der Literatur .....	48
3.3.1	Benennung von Kompetenzen .....	49
3.3.2	Direkter Fokus und indirekte Erwähnung .....	50
3.3.2.1	Indirekte Adressierung von Kompetenzen.....	50
3.3.2.2	Direkte Untersuchung .....	51
3.3.2.3	Konsequenzen für die Literaturrecherche .....	52
3.3.3	Top-down vs. bottom-up .....	52
3.3.3.1	Bottom-up.....	52
3.3.3.2	Top-down.....	53
3.3.3.3	Einfluss des Vorgehens auf die Kompetenzen.....	55
3.3.3.4	Konsequenzen für die Arbeit.....	55
3.3.4	Informationsquellen für Kompetenzen.....	56
3.3.4.1	Psychiatrisch Pflegende als Informationsquelle .....	56

3.3.4.2	Patienten als Informationsquelle .....	57
3.3.4.3	Angehörige als Informationsquelle .....	57
3.3.4.4	Experten als Informationsquelle .....	58
3.3.4.5	Implikationen für die Arbeit.....	59
3.3.5	Spezielle Konsequenzen für die Arbeit.....	60
3.4	Setting und Kompetenz.....	61
3.4.1	Ambulanter und stationärer Bereich.....	61
3.4.2	Mono- oder Multiprofessionelles Setting .....	62
3.4.3	Spezialsettings: Forensik und Geriatrie.....	63
3.4.4	Nationale Besonderheiten.....	64
3.4.5	Spezielle Konsequenzen für die Literaturrecherche .....	65
3.5	Detailgrad der Beschreibung von Kompetenzen .....	65
3.5.1	„Auflösung“ von Kompetenzen .....	65
3.5.2	Die Situation in der Literatur.....	66
3.5.3	Spezielle Konsequenzen für die Arbeit.....	67
3.6	Abschließende Zusammenfassung .....	67
3.6.1	Generelle Konsequenzen der Literaturrecherche .....	69
3.6.2	Generelle Konsequenzen für die Erstellung der Kompetenzprofile.....	70
<b>4</b>	<b>Bestandsaufnahme der Literatur .....</b>	<b>71</b>
4.1	Reviews zu Kompetenzen Pflegender in der psychiatrischen Versorgung .....	71
4.1.1	Vorgehen und Ziel.....	71
4.1.2	Methode.....	71
4.1.2.1	Literatursuche .....	71
4.1.2.2	Datenorganisation.....	72
4.1.2.3	Methodische Überlegungen .....	73
4.1.3	Resultate .....	75
4.1.3.1	Literaturrecherche.....	75
4.1.3.2	Eingeschlossene Arbeiten.....	77
4.1.3.3	Merkmale eingeschlossener Arbeiten .....	82
4.1.3.4	Ermittelte Kompetenzen.....	84
4.1.3.5	Bildung von Kompetenzgruppen .....	85
4.1.4	Diskussion .....	86
4.1.4.1	Kompetenzbereiche in der Literatur .....	86
4.1.4.2	Einschränkungen .....	87
4.1.4.3	Implikationen für das weitere Vorgehen .....	88
4.2	Forschungsstand zu Kompetenzen in der ambulanten Pflege.....	88
4.2.1	Vorgehen und Ziel.....	88

4.2.2 Methode.....	88
4.2.2.1 Literatursuche .....	89
4.2.2.2 Qualitative und quantitative Inhaltsanalyse .....	90
4.2.3 Resultate .....	91
4.2.3.1 Literaturrecherche.....	91
4.2.3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Arbeiten .....	93
4.2.3.3 Beschreibung der Artikel.....	94
4.2.3.4 Kompetenzen in der Literatur.....	99
4.2.4 Diskussion und Implikationen der Resultate für das weitere Vorgehen .....	103
4.2.4.1 Erkenntnisgewinn durch die zweite Recherche .....	103
4.2.4.2 Einschränkungen und Schwierigkeiten.....	103
4.2.4.3 Fazit.....	105
4.3 Zusammenführung der Kompetenzen .....	105
4.3.1 Vorgehen .....	105
4.3.2 Kompetenzgruppen aus beiden Settings.....	105
4.3.3 Final aufgestellte Kompetenzgruppen .....	108
4.3.3.1 Im Q-Set enthaltene Kompetenzgruppen .....	108
4.3.3.2 Nicht im Q-Set enthaltene Kompetenzgruppen.....	116
4.3.4 Diskussion .....	117
4.3.5 Fazit.....	119

### **Teil III: Empirischer Teil**

<b>5 Empirische Untersuchung .....</b>	<b>120</b>
5.1 Ethische Überlegungen.....	120
5.2 Anonymität und Vertraulichkeit.....	120
5.2.1 Zustimmung .....	121
5.2.2 Wahrung der Anonymität .....	121
5.3 Methodische Erläuterungen .....	121
5.4 Aufstellen von Kompetenzprofilen mittels Q-Methodologie.....	122
5.4.1 Ziel der Analyse .....	122
5.4.2 Methode: Q-Methodologie und Q-Sort .....	122
5.4.2.1 Das Q-Set.....	122
5.4.2.2 Auswertungsprozedur: Q-Methode .....	127
5.4.2.3 Visualisierung .....	135
5.4.2.4 Pretest .....	136
5.4.3 Resultate .....	136
5.4.3.1 Stichprobenbeschreibung .....	136

5.4.3.2	Deskriptive Beschreibung des Outcomes.....	137
5.4.3.3	Hauptkomponentenanalyse (PCA).....	139
5.4.3.4	Interpretation der Kompetenzprofile .....	141
5.4.4	Diskussion .....	148
5.4.4.1	Erkenntnisgewinn .....	148
5.4.4.2	Einschränkungen .....	152
5.4.4.3	Implikationen für die Praxis .....	153
5.4.4.4	Fazit.....	155
5.5	Qualitative orientierte Inhaltsanalyse.....	155
5.5.1	Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse .....	155
5.5.2	Methode.....	157
5.5.2.1	Datengrundlage .....	157
5.5.2.2	Instrumente zur Durchführung .....	159
5.5.3	Resultate .....	160
5.5.3.1	Veränderungen .....	160
5.5.3.2	Themen in den Protokollen .....	161
5.5.4	Interpretation.....	162
5.5.4.1	Beziehung und Vertrauen als Kernelemente des Pflegeprozesses .....	162
5.5.4.2	Selbst-, Professions- und Menschenbild .....	166
5.5.4.3	Information, Planung und Vermittlung .....	170
5.5.4.4	Psychotherapie und Medizin .....	171
5.5.4.5	Angehörigenarbeit und Netzwerken .....	173
5.5.4.6	Alltagshilfe .....	174
5.5.4.7	Empowerment.....	174
5.5.4.8	Fehlende Kompetenzen.....	175
5.5.4.9	Trennschärfe der Kompetenzen.....	175
5.5.5	Diskussion .....	176
5.5.5.1	Ziele, Leitbilder und Rolle der Kompetenzen.....	176
5.5.5.2	Zur beruflichen Identität .....	178
5.5.5.3	Verantwortung im Pflegeberuf.....	180
5.5.5.4	Das Menschenbild und Spannungsfelder im Professionellen .....	182
5.5.5.5	Die Struktur der Kompetenzen .....	184
5.5.5.6	Trennbarkeit und fehlende Kompetenzen .....	185
5.5.5.7	Weitere Themenschwerpunkte .....	185
5.5.5.8	Einschränkungen .....	186
5.5.5.9	Zusammenfassung .....	187

## **Teil IV: Diskussion, Fazit und Ausblick**

<b>6 Zusammenfassende Ergebnisdiskussion, Fazit und Ausblick.....</b>	<b>188</b>
6.1 Zusammenfassung der empirischen Untersuchung als Ganzes .....	188
6.2 Kompetenzpriorisierung und Kompetenzprofile .....	188
6.2.1 Generelles zur Gewichtung von Kompetenzen .....	188
6.2.2 Kompetenzprofile und ihre beeinflussenden Faktoren.....	189
6.2.3 Gründe für die Kompetenzgewichtungen .....	191
6.2.4 Ziele der Pflegenden im Rahmen ihrer Arbeit.....	193
6.3 Einschränkungen .....	194
6.3.1 Reliabilität und Validität des Q-Sorts .....	194
6.3.2 Blinde Flecken .....	196
6.3.3 Repräsentativität.....	196
6.4 Aus der Arbeit resultierende Folgefragen .....	197
6.4.1 Verifikationen und Modifikationen .....	197
6.4.2 Vergleich mit anderen Berufsgruppen .....	199
6.4.3 Genese des Kompetenzprofils .....	199
6.4.4 Kompetenzprofil und Performanz.....	200
6.5 Implikationen für die Praxis .....	200
<b>Literatur.....</b>	<b>IX</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>XXXIV</b>
Anhang A: Text des Protokolls zum informellen Einverständnis .....	XXXIV
Anhang B: Verwendete Software .....	XXXV

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Arbeiten mit potenziellem Bezug zu Kompetenzen psychiatrischer Pflege in Pubmed .....	49
Tabelle 2:	Vier-Felder-Schema für die Rolle von Kompetenzen in Studien mit Beispielen .....	52
Tabelle 3:	Begründung für Artikelausschluss.....	76
Tabelle 4:	Eingeschlossene Reviews .....	83
Tabelle 5:	Anzahl und Anteile unterschiedlicher Quellen an der Nennung von Kompetenzen .....	84
Tabelle 6:	Gebildete Kompetenzfelder in alphabetischer Reihenfolge .....	85
Tabelle 7:	Im Forschungsüberblick aufgenommene Studien .....	94
Tabelle 8:	Quellen für gefundenen Kompetenzen zugrundeliegende Satzteile .....	100
Tabelle 9:	Quellen für die Kompetenzen selbst und Anteil der jeweiligen Quellen .....	101
Tabelle 10:	Postulierte Ziele genannter Kompetenzen .....	102
Tabelle 11:	Kategorisierte Kompetenzen aus Reviews und Artikeln .....	106
Tabelle 12:	Im Q-Set verwendete Kompetenzen .....	124
Tabelle 13:	Matrix der Items und Versuchspersonen in der konventionellen Faktorenanalyse .....	127
Tabelle 14:	Matrix der Items und Versuchspersonen im Q-Sort.....	127
Tabelle 15:	Hypothetische Korrelationsmatrix .....	130
Tabelle 16:	Übersicht über die fünf am häufigsten auf die +5-Position gewählten Items.	138
Tabelle 17:	Übersicht über die fünf am häufigsten auf die -5-Position gewählten Items.	138
Tabelle 18:	Standardisierte Faktorladungen, Differenzierungen, Idealränge .....	140
Tabelle 19:	Verteilung der Kompetenzprofile über die Einrichtungen .....	141
Tabelle 20:	Besondere Items für Kompetenzprofil 1 .....	142
Tabelle 21:	Besondere Items für Kompetenzprofil 2 .....	144
Tabelle 22:	Besondere Items für Kompetenzprofil 3 .....	146
Tabelle 23:	Themen der qualitativ orientierten Inhaltsanalyse .....	161
Tabelle 24:	Zusammenfassung der Kompetenzprofile und ihrer beeinflussenden Faktoren .....	190
Tabelle 25:	Verwendete Software .....	XXXV



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Folge der zu lösenden Aufgaben hin zum Diskurs der Einstellungen zu Kompetenzen .....	45
Abbildung 2: Ablaufplan für die vorliegende Arbeit als Konsequenz der Vorüberlegungen .....	68
Abbildung 3: Visualisierung des Verständnisses der Auflösung von Kompetenzen in der Literatur .....	74
Abbildung 4: Suchlauf Reviewanalyse.....	76
Abbildung 5: Reduktionsprozess bei zweiter Literaturanalyse .....	92
Abbildung 6: Schematische Darstellung des Versuchsaufbaus ohne Farbgebung .....	125
Abbildung 7: Q-Sort-Prozess visualisiert .....	135
Abbildung 8: Ablauf der Inhaltsanalyse.....	159
Abbildung 9: Verbindungen des Themas Beziehung und Vertrauen mit anderen Themen .....	166
Abbildung 10: Position von Selbst-, Professions- und Menschenbild im Netzwerk der Themen .....	167
Abbildung 11: Verbindungen zwischen Psychotherapie und medizinischer Domäne.....	171
Abbildung 12: Hypothetische Struktur der Wahrnehmung pflegerischer Kompetenzen .....	185
Abbildung 13: Interaktion von Beziehung, Zielen und Wohlbefinden .....	194

## Abkürzungsverzeichnis

ACT.....	Assertive Community Treatment
ANOVA ....	Varianzanalyse (Abkürzung des englischen <i>Analysis of Variances</i> )
APNA .....	American Psychiatric Nurses Association
APP.....	Ambulante psychiatrische Pflege
APPN .....	Advanced Practice Psychiatry Nurses
BAPP .....	Bündnis für Ambulante Psychiatrische Pflege
BQS .....	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, seit 2010 BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH
CBASP .....	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
CBT.....	Cognitive-behavioural therapy
CINHAL ...	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (wissenschaftliche Datenbank für das Feld Pflegewissenschaft)
CMHN .....	Community mental health nursing
DBT.....	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DFG .....	Deutsche Forschungsgesellschaft
EDV.....	Elektronische Datenverarbeitung
GAF.....	Global Assessment of Functioning
G-BA .....	Gemeinsamer Bundesausschuss
iV.....	Integrierte Versorgung
KMO.....	Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium
KVT .....	Kognitive Verhaltenstherapie
MAP .....	Minimum-Average-Partial-Test
MLA.....	Medical Library Association
PCA.....	Principal Component Analysis (dt. Hauptkomponentenanalyse), ein dimensionsreduzierendes statistisches Verfahren
PMHN .....	Psychiatric mental health nursing
PMR.....	Progressive Muskel-Relaxation, ein Entspannungsverfahren
QUEM .....	Qualifikations-Entwicklungs-Management
RCT.....	Randomized Controlled Trial (Randomisiertes und kontrolliertes Experiment)
SGB .....	Sozialgesetzbuch
SPDi.....	Sozialpsychiatrischer Dienst
UK.....	United Kingdom
USA.....	United States of America

## **Abstract**

### **Zielsetzung**

Die Handlungsfelder für psychiatrisch Pflegende in aufsuchenden, ambulanten Settings weiten sich aus. Dieses Setting hat Einfluss auf die Aufgabenfelder, die Verantwortungsbereiche und die Anforderungen die an die Pflege gestellt werden.

Ziel der Studie ist es zu beschreiben, welche Kompetenzen und Kompetenzprofile für die Arbeit im ambulanten Setting benötigt werden und ob diese Profile die gleiche Gewichtung innerhalb der Pflege haben oder sich ihre Bedeutsamkeiten unterscheiden. Es wird anschließend Bezug zur subjektiven Sicht auf den Beruf selbst und den notwendigen Qualifikationsbedarf genommen.

### **Methodik**

Mittels systematischer Analyse wurden die in der Literatur beschriebenen Kompetenzen extrahiert. Unter Verwendung der Q-Methode wurden diese durch die Probanden hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für den beruflichen Alltag gewichtet. Sechszwanzig psychiatrisch Pflegende aus sieben verschiedenen Einrichtungen mit ambulanter und aufsuchender psychiatrischer Akutversorgung in Rheinland-Pfalz bildeten die untersuchte Stichprobe.

Begleitend zu diesem Gewichtungsprozess wurden mit den Probanden zu den Gründen, die zu den Einordnungen führten, halbstrukturierte Interviews geführt.

Mit deskriptiver statistischer Analyse wurden die Gewichtungen der Kompetenzen dargestellt und Top bzw. Least-Favourite-Kompetenzen beschrieben. Mittels Hauptkomponentenanalyse wurden korrelierende Antwortmuster zusammengefasst und so Gruppen gebildet, für die bestimmte Arten der Kompetenzbewertung (Faktorladung) typisch sind. Aus den so entstandenen Kompetenzprofilen konnten, unterstützt durch die qualitativen Daten, drei abgrenzbare Kompetenzprofile abgeleitet werden. Die Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

### **Ergebnisse**

Bezüglich der Bedeutsamkeit der Kompetenzen haben sich drei klare Schwerpunkte, die alle dem Bereich der Pflege-Patient-Beziehungsgestaltung zugeordnet werden können, abgeleitet. Dieses deckt sich mit Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung. Kompetenzen, die eher kreativen, spezialtherapeutischen Verfahren zugeordnet werden können, wurden sehr niedrig gewichtet.

Aus der Hauptkomponentenanalyse ließen sich drei Kompetenzprofile ableiten, die unterstützt durch die qualitativen Daten beschrieben werden können.

1. **Coaching und Psychotherapie:** gekennzeichnet durch hohe Präferenz strukturierter, eher regelgeleiteter therapeutischer Interventionen. Die Beziehung ist nicht Wirkfaktor an sich, sondern Grundlage für therapeutisch induzierte Veränderung.
2. **Begleitende Alltagshilfe:** sehr am Alltag und den Lebensbedingungen der Patienten interessierte Pflegepersonen, die eher am aktuellen Befinden und der konkreten Hilfe im Alltag und der Förderung und Stützung orientiert sind. Die pflegerisch-therapeutische Beziehung wird nicht in Verbindung mit Interventionen, sondern eher als universell bedeutsam beschrieben.
3. **Fallsteuerung und Vernetzung:** gekennzeichnet durch starkes Einbeziehen von Umfeld und Mitbehandlern und hohen Grad an Struktur sowie Verantwortungsübernahme für die Steuerung der Versorgung. Primärziel ist es, eine möglichst gute Vernetzung im System herzustellen.

Hierbei ist festzuhalten, dass die Probanden nicht nur einem einzelnen Kompetenzprofil folgen und andere Profile aus ihrer Arbeit ausschließen, sondern dass es jeweils ein besonders deutlich ausgeprägtes Profil gibt, das höher priorisiert wird als die anderen. Dieses kann als das „leitende Profil“ bezeichnet werden.

Für die Bildung einer Assoziation zu diesen Profilen konnten zwei Einflussfaktoren identifiziert werden:

1. **Externale Faktoren:** Besonderheiten der Umgebungsbedingungen (städtisches oder ländliches Umfeld), spezifisches Arbeitsumfeld, gesundheitspolitische Rahmenbedingungen (z. B.: Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen) und individuelle Patientenanforderungen.
2. **Internale Faktoren:** Persönliche Einstellungen und Werte wie das Menschenbild, Krankheitsverständnis und das Professionsbild, aber auch persönliches Wissen und Können.

### Schlussfolgerung

Die Arbeit stellt einen Rahmen her, in dem die Kompetenzen und Kompetenzprofile in der ambulanten psychiatrischen Pflege beschrieben und eingeordnet werden können, und gibt Hinweise auf das Professionsbild und die berufliche Identität in der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die beschriebenen Kompetenzprofile sind geeignet, Qualifizierungsbedarfe für die Tätigkeit in ambulanten, aufsuchenden Settings für psychiatrisch Pflegenden abzuleiten. Insbesondere die Handlungsfelder Coaching, Psychotherapie und Case-Management sind hier hervorzuheben, da diese nur unzureichend in den klassischen Weiterbildungen zur Fachpflege in der Psychiatrie berücksichtigt sind. Dieser Rahmen ist ein erstes Modell, das durch zukünftige Arbeiten untersucht, konkretisiert, angepasst und erweitert werden muss.

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Ziel der Arbeit

Die psychiatrische Pflege in Deutschland ist traditionell eher im stationären und teilstationären Behandlungssetting verwurzelt. Aus-, Fort und Weiterbildung im Bereich der psychiatrischen Pflege sind daher auf genau dieses Setting ausgerichtet und vermitteln Wissen und Kompetenzen, die in diesen Settings gebraucht werden.

Diese traditionelle Schwerpunktsetzung ist aber mittlerweile von der Versorgungsrealität weitgehend überholt worden. Spätestens mit dem Aufkommen ambulanter psychiatrischer Pflegedienste Mitte der 1980er Jahre und der Ausweitung des SGB XI § 14 auf psychiatrische Pflege im Jahr 1995 gewann die ambulante Versorgung psychiatrischer Patienten durch professionelle Pflege an Bedeutung (Hemkendreis & Haßlinger, 2014, S. 14)<sup>1</sup>. Aktuell bieten Entwicklungen wie integrierte Versorgungsprojekte oder das als Regelleistung mögliche Hometreatment innovative Möglichkeiten zur Versorgung psychisch kranker Menschen im häuslichen Umfeld. Diese modernen Versorgungsformen sind ohne den Einsatz hoch qualifizierter psychiatrischer Pflege nicht realisierbar.

Eine Ambulantisierung wird etwa mit Kostenreduktion, besserem Zugang und besserer Qualität in Verbindung gebracht (Sauter et al., 2006, S. 551). Angesichts dieser Rollenerweiterung stehen Pflegenden verglichen mit ihren stationär arbeitenden Kollegen zunehmend anderen Aufgabenschwerpunkten und Anforderungen gegenüber Gray (1986). Dazu gehören größere Autonomie und Verantwortung (Farmakas et al., 2014; Fielding & Weaver, 1994) sowie bessere Kenntnisse einzelner Fertigkeiten und Kompetenzen (Kenyon et al., 1990) vor dem Hintergrund eines breiten Rollenprofils (Richter & Hahn, 2009).

Die Fort- und Weiterbildung der Pflege trägt dieser Entwicklung jedoch nicht ausreichend Rechnung. Spezifische Kompetenzen für den ambulanten Bereich werden ebenso wenig systematisch gelehrt wie Aufgaben- und Rollenspezifika ambulanter Settings. Dies ist auch der fehlenden Kenntnis über solche Kompetenzanforderungen geschuldet.

Überblicksgenerierende Arbeiten, die sich systematisch mit den für den Bereich erforderlichen Kompetenzen beschäftigen, sind im englischsprachigen Bereich selten und im deutschsprachigen Bereich faktisch nicht vorhanden. Hinzu kommt, dass die Übertragung englischsprachiger Befunde aufgrund abweichender Rechtsrahmen und Versorgungsbedingungen nur eingeschränkt möglich ist. Diese Lücke soll mit der vorliegenden Arbeit geschlossen werden, indem gezielt die Situation in Deutschland adressiert wird.

---

<sup>1</sup> Die Angabe von Seitenzahlen bei Zitaten erfolgt nur bei direktem Textbezug des Zitates, bei zusammenfassenden Textbezügen wird auf eine Angabe der Seitenzahl verzichtet

Die Arbeit beruht auf der Annahme, dass sich in diesem Setting die Aufgabenfelder, Verantwortungsbereiche und somit auch die Anforderungsprofile an die psychiatrische Pflege verändert haben und die Pflegepersonen selbst die erforderlichen Kompetenzen für diese neuen Profile am besten einschätzen können. Aus diesem Grund sollen Pflegende direkt nach der Gewichtung notwendiger Kompetenzen befragt werden.

Es ist vorher notwendig zu formulieren, welche Kompetenzen Pflegende in diesen Settings aufweisen können, weshalb eine umfangreiche Sichtung der Literatur zur Genese einer Kompetenzliste erfolgen soll. Auch ein solches Vorgehen ist bisher nicht in diesem Umfang realisiert worden.

In einem nächsten Schritt sollen aus den individuellen Gewichtungen der Pflegenden zusammenfassende Profile erstellt werden, welche die Präferenzen von Kompetenzen abbilden und anhand derer wiederum konkrete Rückschlüsse für das Curriculum zukünftiger Aus- und Weiterbildung des ambulanten pflegerischen Bereichs abgeleitet werden können. Als Verfahren zur Erhebung und Auswertung wird die Q-Methode verwendet (Brown, 1996; Van Exel & de Graaf, 2005), die es auf innovative Weise versteht, die Vorteile qualitativer und quantitativer Forschungstraditionen zu verbinden.

Insgesamt wird also die Frage gestellt, ob innerhalb der Profession der ambulanten psychiatrischen Pflege in Bezug auf Kompetenzen unterschiedliche Einstellungen zur Gewichtung bestehen, und wenn ja, wie diese entstehen und sich ganzheitlich beschreiben lassen. Der Beantwortung dieser Frage wird sich über mehrere Schritte genähert.

An erster Stelle soll eine Definition der relevanten Konzepte und Begriffe stehen, die den kategorialen Rahmen bilden (Kapitel 2). Anschließend gewährt die vorliegende Arbeit einen Überblick über die Facetten der kompetenzbezogenen Pflegeforschung und die aus diesen Rahmenbedingungen resultierenden Implikationen (Kapitel 3) für die Arbeit, insbesondere für die Erstellung der Liste der Kompetenzen.

Das konkrete Vorgehen zur Genese dieser Kompetenzliste wird anschließend beschrieben (Kapitel 4). Zur Erstellung wurden zuerst Reviews mit Bezug zu Kompetenzen psychiatrischer Pflege allgemein gesichtet (Unterkapitel 4.1) und anschließend nur Artikel mit direktem Bezug zur ambulanten psychiatrischen Pflege hinsichtlich enthaltener Kompetenzen analysiert (Unterkapitel 4.2).

Die aus diesem Teil der Arbeit resultierenden Kompetenzen wurden zu Kompetenzgruppen als Basis für das Set aus Items zusammengeführt, das im Rahmen der Q-Methode zum Erstellen von Kompetenzprofilen Verwendung fand (Unterkapitel 5.4). Zuletzt erfolgt die Beschreibung weiterer relevanter Aspekte auf Basis der Protokolle der Versuchspersonen (Unterkapitel 5.5). Den Abschluss der Arbeit bildet eine Diskussion der Befunde (Kapitel 6).

## 1.2 Hinweise zur Verwendung bestimmter Begriffe und zur Lesbarkeit

In diesem Text wird aus Gründen der Lesbarkeit bei Personen, Gruppen- oder Funktionsbezeichnungen ausschließlich das maskuline Genus in dessen generischer Lesart verwendet. Insofern dies nicht explizit anders geäußert ist (z. B. in Zitaten), sind damit immer gleichwertig auch Frauen gemeint.

Im englischen Sprachraum wird zwischen der *mental-health-nurse* und der *psychiatric-nurse* unterschieden. Erstere hat ihren Schwerpunkt im psychosomatischen, letztere im psychiatrischen Bereich. In Deutschland ist diese Unterscheidung nicht sinnvoll, da nur eine Fachweiterbildung existiert und Absolventen in beiden Bereichen arbeiten können. Aus Gründen der Lesbarkeit wird daher immer die Bezeichnung „psychiatrische Pflege“, bzw. „psychiatrisch Pflegende“, gegebenenfalls mit dem Zusatz „ambulant“ verwendet, selbst wenn in den Originalarbeiten von *mental-health-nurses* die Rede war. Auch andere im Ausland legitime Berufsbezeichnungen wie *advanced practice nurse* werden unter der Bezeichnung „(ambulante) psychiatrische Pflege“ subsumiert. Auch wird mit dem Wort „Pfleger“ immer eine geschlechtsneutrale Person bezeichnet, welche über die formelle Qualifikation (d.h. ein entsprechendes Examen oder äquivalenter Abschluss) verfügt um als professionelle Pfleger angesehen zu werden.

Weiterhin wird im folgenden Text nicht zwischen den Begriffen „Patient“ und „Klient“ unterschieden, sondern konsequent „Patient“ verwendet, so es sich nicht um eine direkte Übersetzung oder ein Originalzitat handelt. Auch dauerhafte Bewohner von Pflegeeinrichtungen und betreuten Wohnformen werden aus Gründen der Lesbarkeit als „Patienten“ bezeichnet. Eine Benutzung beider Begriffe würde einen Statusunterschied in der Praxis implizieren, den es in dieser Form nicht gibt. Mit der Verwendung des Begriffs soll keine Aussage über die Inhalte der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patienten einhergehen oder eine bestimmte Weltansicht impliziert werden; diese Entscheidung fällt alleine aus Gründen der Lesbarkeit.

## **2 Psychiatrische Pflege im ambulanten Setting**

Ausgangspunkt dieses Kapitels ist die Darstellung und Analyse der Rahmenbedingungen zur Neuorientierung der psychiatrischen Pflege in Richtung einer ambulanten Versorgung und der daraus erwachsenden Anforderungen an die Kompetenzen von Pflegenden in diesem Setting. Weiterhin wird der Begriff der Kompetenz selbst erläutert und das für die Arbeit zugrunde gelegte Kompetenzverständnis herausgestellt.

### **2.1 Die Entwicklung der ambulanten psychiatrischen Pflege**

Seit den 1970er Jahren hat ambulante Pflege im Vereinigten Königreich, in Irland und zum Teil auch in den USA zunehmend die zentrale Rolle in der Versorgung eingenommen; sie führen relativ spezialisierte Tätigkeiten durch, bis hin zur selbstständigen Verschreibung von Medikamenten (Bailey, 1996; Cornwell & Chiverton, 1997; Rufli, 1996) und Psychotherapie (Christman, 1987; Newell & Gournay, 1994; Taylor-Price, 1996).

Das Potenzial der psychiatrischen Pflege im ambulanten Bereich, innovativ an einer guten, zukunftsfähigen und flächendeckenden (insbesondere auch im ländlichen Bereich) psychiatrischen Versorgung mitzuwirken, ist schon früh in theoretischen Arbeiten nachgewiesen worden (Hitchcock, 1971; Richie & Lusky, 1987).

In Deutschland, aber auch in Österreich und der Schweiz hat sich diese Entwicklung, auch aufgrund rechtlicher und finanzieller Hürden, nicht in diesem Maße etablieren können (Schulz & Behrens, 2005). Erst in den letzten Jahren hat die psychiatrische Pflege im ambulanten Bereich an Bedeutung gewonnen (Hemkendreis & Haßlinger, 2014, S. 14).

In Deutschland hat sich daher die berufliche Identität psychiatrisch Pflegenden eher aus dem Wirken im stationären Bereich gebildet; sie hat ihren Schwerpunkt im Krankenhaus und in Institutionen (Schulz, 2003). Um diese Entwicklung kurz zu schraffieren, sei die Entwicklung der psychiatrischen Pflege in Deutschland im Allgemeinen und die ambulante psychiatrische Pflege im Besonderen kurz ausgeführt.

#### **2.1.1 Die „Geburtsstunde“ der ambulanten Pflege**

Seit dem 19. Jahrhundert gibt es ambulante Pflege, ursprünglich realisiert durch Kirchengemeinden, Diakonissenhäuser oder private Pflegevereine. 1911 wurde in der Rechtsverordnung die Hauskrankenpflege (dies beinhaltete auch die Pflege von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen) als freiwillige Leistung der Krankenversicherung aufgenommen.

Diese ersten Ansätze einer positiven Entwicklung der psychiatrischen Pflege sowie die Entwicklung des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems wurden durch das NS-Regime im Dritten Reich gestoppt und die Psychiatrie für die Naziideologie missbraucht. Es kam zu



Folter, Zwangssterilisationen und systematischen Tötungen seelisch kranker und behinderter Menschen.

Dies stellte eine erhebliche Zäsur für die Entwicklung der Psychiatrie und auch der psychiatrischen Pflege in Deutschland dar. Erste Weiterbildungsprogramme für psychiatrische Pflege bestanden im Nachkriegsdeutschland seit den 1950er Jahren, wenngleich sie, und zwar bis zum heutigen Tage, nur auf die Tätigkeit im Krankenhaus und in akuten psychiatrischen Pflegesettings vorbereiteten. Auch lange nach dem Zweiten Weltkrieg blieben die problematischen Strukturen der großen Anstalten und Landeskrankenhäuser in Deutschland bestehen, bis schließlich in den 1970er Jahren die Psychiatriereform zu wirken begann.

### **2.1.2 Die Psychiatrie-Enquete und folgende Entwicklungen**

In den 1960er Jahren entstanden erste Sozialstationen und 1977 wurde die ambulante Pflege im SGB V festgeschrieben, wenngleich sich eine besondere Bezugnahme auf die Situation psychisch kranker Menschen in der Versorgungsstruktur noch nicht fand. Diese bahnte sich erst mit der Psychiatrie-Enquete an. Die Sachverständigenkommission der Bundesregierung hat 1975 mit ihrem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, der sogenannten Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag, 1975), konkrete Verbesserungsvorschläge für die zum Teil inhumanen Lebensumstände seelisch kranker Menschen gemacht.

Mit der Forderung nach Dezentralisierung der Versorgung und nach dem Vorrang ambulanter Angebote vor stationären Maßnahmen wurden Ziele formuliert, die in anderen Ländern (z. B. Italien und England) bereits zum Ausbau der ambulanten Versorgung geführt hatten. Zunächst wurden Pflegenden (etwa ab 1978) in den multiprofessionellen Teams der psychiatrischen Institutsambulanzen tätig, später dann auch in anderen, neu entstandenen Hilfeangeboten wie Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen. Das erste Modellprojekt ambulanter psychiatrischer Pflege wurde 1980 in Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Seitdem wurden über viele Jahre auf Basis von Einzelfallentscheidungen und Sondervereinbarungen weitere psychiatrische Pflegeangebote erprobt, die jedoch zum Teil unzureichend gegenfinanziert waren und sich sowohl inhaltlich als auch in ihrer Verteilung in den Bundesländern erheblich unterschieden (BAPP, 2014, S. 9).

### **2.1.3 Regelversorgung für die ambulante psychiatrische Pflege**

2005 wurde erstmalig die Regelversorgung für die ambulante psychiatrische Pflege etabliert und so eine ärztliche Verordnung dieser Leistung – für bestimmte Diagnosegruppen und eine begrenzte Dauer – ermöglicht. Seit 2007 ist die Erstverordnung, auch durch den Arzt im Krankenhaus, möglich.

Seit 2004 wird ambulante psychiatrische Pflege auch im Rahmen integrierter Versorgungsverträge (SGB V §§ 140 ff.) und im Rahmen der „Modellvorhaben zur psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung“ (§ 64b SGB V) weiterentwickelt und ausgebaut (ausführlicher dazu Unterkapitel 2.3, ab S. 10). Damit hat dieser Prozess in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern erst spät begonnen. In England übernahmen bereits seit 1954 erste *Community Psychiatric Nurses* die gemeindenahen und aufsuchende Pflege und sind seither wichtige Anbieter ambulanter psychiatrischer Gesundheitsleistungen. Dabei ist ihr Aufgabenspektrum sehr umfangreich (bis hin zur Medikamentenverordnung und Psychotherapie).

Vergleicht man die Entwicklung der psychiatrischen Pflegeprofession in England mit der in Deutschland, zeigen sich zwar nominell ähnliche Berufsbezeichnungen, aber in England eine entscheidende und in Deutschland eine noch marginale Rolle der Profession in der gemeindenahen Versorgung psychisch kranker Menschen (Behrens & Schulz, 2005). Gründe für die unterschiedliche Entwicklung sind neben einer längeren Tradition akademischer Ausbildungsstrukturen in England auch, wie bereits ausgeführt, gesundheitspolitischer Natur.

So führt Melchinger (2009) in seiner Analyse der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland aus, dass die aufsuchenden Hilfen mit Beratung und therapeutisch stützenden Gesprächen, die chronisch psychisch Kranken bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation helfen könnten (z.B. Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege), zwar als Leistungsanspruch im SGB V festgeschrieben sind, aufgrund restriktiver Bewilligungspraxis der Krankenkassen jedoch weitestgehend blockiert werden.

## **2.2 Psychiatrische Pflege im Kontext einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung in Deutschland**

Die psychiatrische Pflege in ambulanten und sektorenübergreifenden bzw. stationersetzenden Settings gewinnt in der aktuellen psychiatrischen Versorgung an Bedeutung. In einer systematischen Literaturübersicht zur Implementierung sektorenübergreifender Versorgungsprojekte in Deutschland wurden 2013 21 Projekte identifiziert, die eine sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen mit aufsuchender ambulanter Betreuung durch Pflegende beinhalten (Schmid et al., 2013).

Auf der Homepage der „Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege“ finden sich in Deutschland 114 Partner, die ambulante psychiatrische Pflege anbieten (BAPP, 2016). Verschiedene gesundheitspolitische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen führten und führen auch weiterhin zu einem verstärkten Ausbau der ambulanten Behandlung und Betreuung von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Als Gründe für die Notwendigkeit eines stärkeren Ausbaus zu nennen sind hier strukturelle Probleme in der psychiatrischen Versorgung, insbesondere chronisch und mehrfach psychisch kranker Menschen angesichts frag-

mentierter Zuständigkeitsbereiche der diversen Sozialgesetzbücher (Schmid et al., 2013), sowie demografische und damit einhergehende epidemiologische Veränderungen zu mehr chronisch kranken Menschen, die längerfristige Begleitung benötigen (Amelung, 2009). Hinzu kommen epidemiologische Veränderungen zu mehr Menschen mit mehreren psychiatrischen Diagnosen und/ oder Komorbiditäten, die längerfristige Begleitung und Unterstützung der psychischen und der körperlichen Gesundheit benötigen (Amelung, 2009), sowie die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt (Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen aufgrund seelischer Erkrankungen). Hier kann durch ambulante Betreuung präventiv und unterstützend angesetzt werden.

In den letzten beiden Jahrzehnten hat die Prävalenz psychischer Störungen merklich zugenommen. Bei den niedergelassenen Nervenärzten ergaben sich von 1994 bis 2004 Fallzahlsteigerungen um rund 50 %. Während die Krankenhausfälle aller Diagnosen von 1994-2005 um 11 % anstiegen, ergab sich bei psychiatrischen Diagnosen ein Zuwachs von 36%. Nach Ermächtigung psychiatrischer Abteilungen zur Einrichtung psychiatrischer Institutsambulanzen ist die Anzahl der Behandlungen in Institutsambulanzen sprunghaft angestiegen. Bei Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen ergab sich im Bereich der AOK von 1995 bis 2008 ein Zuwachs um 80% (Melchinger, 2009, S. 248)

Um diese Ausweitung, insbesondere im Bereich der Krankenhausbehandlung einzugrenzen, bedarf es auch der Verbesserung der aufsuchenden, ambulanten Angebote für chronisch psychisch kranke Menschen. Psychiatrische Krankenhausbehandlung korreliert darüber hinaus mit der Chronifizierung psychischer Störungen: Die psychiatrische Krankenhausbehandlung hat einen bedeutsamen Einfluss auf eine erneute stationäre Behandlung. Wer sich zum zweiten Mal in stationäre Behandlung begibt, hat eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, in den kommenden zwölf Monaten ein weiteres, dann drittes Mal stationär behandelt zu werden wie ein erstmaliger Fall. Auch wenn sich kein kausaler Zusammenhang zwischen Klinikaufenthalt und Chronifizierung darstellen lässt, ist diese Häufung bemerkenswert (Bitzer et al., 2011).

Wie die Barmer GEK in ihrem Krankenhausreport 2011 (Bitzer et al., 2011) berichtete, finden circa 30 % der Wiederaufnahmen in den ersten 30 Tagen nach der Entlassung statt, weitere 20 % werden in den ersten drei Monaten nach Entlassung erneut stationär aufgenommen, dies weist auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung psychiatrischen Entlassungsmanagements hin. In einem systematischen Literaturreview haben Bee et al. (2008) die Sicht der Empfänger auf die ambulante psychiatrische Pflege analysiert. Hier wurde deutlich, dass psychiatrische Pflege im direkten Umfeld von ihren Empfängern als weniger paternalistisch und eher partnerschaftlich – und somit wirksamer – wahrgenommen wird. Eine der Ursachen dafür scheint das territoriale Bestimmungsrecht zu sein.

In der eigenen Häuslichkeit werden, im Gegensatz zu den Institutionen, die Regeln von den Pflegeempfängern bestimmt und gestaltet (Bee et al., 2008) die Bedeutsamkeit und die Wirksamkeit ambulanter Angebote hin.

### **2.3 Die Rolle der psychiatrischen Pflege in ambulanten, sektorenübergreifenden bzw. stationersetzenden Settings**

Das Interesse an der ambulanten psychiatrischen Pflege nimmt aufgrund der Etablierung verschiedenster Versorgungsangebote, deren Bestandteil sie ist, in Deutschland deutlich zu (Hasslinger, 2007). Psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum befindet sich angesichts wandelnder Rahmenbedingungen in einem Neuorientierungsprozess.

In diesem Zusammenhang steigt der Qualifizierungsbedarf für ambulante psychiatrische Pflege, wobei (anders als im Vereinigten Königreich) in Deutschland keine spezifischen Aus- oder Weiterbildungen für die psychiatrische Pflege im extramuralen Bereich existieren. Im Vereinigten Königreich existieren spezifische Weiterbildungen für *community mental health nurses* (Trenchard & Hannigan, 2002). Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen, Tätigkeitsprofile, Rollenbilder und Spezifika der Voraussetzungen in Bezug auf Qualifikation und Gesundheitssystem im angelsächsischen Raum ist eine nicht angepasste Übernahme diese Weiterbildungen für Deutschland nicht sinnvoll, weshalb diese Arbeit nicht auf ein Kompetenzraster zurückgreift, sondern ein eigenes Raster herausarbeitet.

Richter und Hahn (2009) haben in ihrer Metasynthese zu den formellen und informellen Aufgabenprofilen in der ambulanten psychiatrischen Pflege – ohne zwischen einzelnen Versorgungsformen des ambulanten Sektors zu unterscheiden und auf amerikanisch-englischer Datenbasis – bezüglich der Inhalte spezieller Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich festgestellt, dass „die curricularen Inhalte nicht allein die formell hinreichend zu definierenden Tätigkeiten beinhalten dürfen“. Sie weisen auf zentrale Ambivalenzen zwischen (mit-)menschlichem Handeln und Professionalität hin, die eher im informellen Bereich der Beziehungsgestaltung auftreten, deren Auflösung und Reflexion aber eine der zentralen Anforderungen an die Kompetenzen der ambulant psychiatrisch Pflegenden darstellen.

Die Kompetenzen, die psychiatrisch Pflegenden (und somit natürlich auch die Curricula von Fortbildungen, z. B. psychiatrischer Fachweiterbildung) in Deutschland brauchen, orientieren sich daher hauptsächlich an den Notwendigkeiten des stationären Bereichs. Für die psychiatrische Pflege im stationären und teilstationären Setting haben sich solche Konzepte, wie zum Beispiel recoveryorientierte Pflege (Kidd et al., 2015; Repique et al., 2016), *Share decision making* (Adams & Drake, 2006; Hamann & Heres, 2014) oder Empowerment (Leufstadius et al., 2014; Park & Sung, 2013) etabliert und sind Bestandteile von Aus- und Weiterbildung (Richter et al., 2010).

Es besteht noch Forschungsbedarf darüber, ob diese Konzepte auch für das ambulante Setting adaptiert werden können oder diesbezüglich eigene professionelle Handlungskonzepte entwickelt und die dafür notwendigen Kompetenzen in speziellen Fort- und Weiterbildungen vermittelt werden müssen. Dies scheint insbesondere vor dem Hintergrund des Spannungsfeldes zwischen der Wahrung der Autonomie und Selbstständigkeit der Patienten auf der einen sowie Kontrolle und Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten auf der anderen Seite relevant. Untersuchungen zu diesem Thema, etwa von Lindberg et al. (2014) und Voogt et al. (2013) verdeutlichen die hohe Relevanz dieses Spannungsfeldes für die Praxis und implizieren die Notwendigkeit der Berücksichtigung des Konfliktes in der Weiterbildung.

Mit der Frage nach den Kompetenzen eng verbunden ist auch die Frage, welche Rolle die ambulante psychiatrische Pflege an dieser Stelle einnehmen muss. Zwar liegen Tätigkeits- und Leistungskataloge für die ambulante psychiatrische Pflege vor, diese beziehen sich aber nur auf den klassischen SGB-V-Bereich, lassen also die Arbeit in anderen Bereiche des Sozialgesetzbuches, Ambulanzen, Modellprojekte u.Ä. aus, und haben keinen empirischen Forschungshintergrund.

Das Handeln im psychiatrischen Pflegebereich findet in einem Set miteinander verbundener Umwelten mit jeweils spezifischen Anforderungen und Erwartungen an die Akteure statt (Birkelbach, 2005). Folgerichtig verändern sich die Anforderungen und Erwartungen an psychiatrisch Pflegenden mit der Pflege im direkten Umfeld des Patienten, worauf sie in Aus- und Fortbildung nicht zielgerichtet vorbereitet werden.

In der Konsequenz ergeben sich daraus im ambulanten Sektor erhebliche psychiatrische Problemstellungen, bei denen sich viele Pflegenden überfordert fühlen und zudem das Ausmaß der Problematik nicht adäquat einschätzen können (Abderhalden & Lüthi, 2004). Die Professionalisierung des Arbeitsfelds im ambulanten Setting psychiatrischer Pflege steckt noch in den Anfängen, genauso wie die bisher kaum vorhandene deutschsprachige Forschung in diesem Bereich (Schulz, 2003, S. 143).

In einem ersten Schritt ist es daher bedeutsam zu erfahren, welche Kompetenzen psychiatrisch Pflegenden haben und brauchen, um den Anforderungen im ambulanten Bereich gerecht zu werden. Dazu gehört auch die Betrachtung, welche Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegenden entwickeln, um die Komplexität und die damit verbundenen Ambivalenzen dieses Arbeitsfelds professionell zu bewältigen. In einem weiteren Schritt können diese Ergebnisse genutzt werden, um innovative und passgenaue Fort- und Weiterbildungsangebote zu entwickeln.

## **2.4 Unterschiedliche Tätigkeitsfelder für Pflegende im psychiatrischen Bereich**

Die deutsche Versorgungslandschaft bietet aktuell vielfältige Möglichkeiten im Rahmen psychiatrischer Versorgung. Sauter et al. (2006, S. 179) unterscheiden mehrere psychiatrische Versorgungseinrichtungen, in deren Kontext psychiatrische Pflege eine Rolle spielt. Der heutige Pflegeberuf kann als eine sehr flexible Profession angesehen werden. Pflegende üben Tätigkeiten in einer Reihe verschiedener Felder und Settings aus, wodurch sie sich selbst und ihren Beruf flexibel den Bedürfnissen anpassen müssen. Im Folgenden sollen die vielfältigen Arbeitsfelder psychiatrischer Pflege beschrieben werden; dabei soll zuerst die psychiatrische Pflege in Krankenhäusern, dann die ambulanten Dienste und zuletzt kommunale Leistungen und sonstige Tätigkeitsfelder behandelt werden.

### **2.4.1 Psychiatrisch Pflegende in Krankenhäusern**

Trotz der Bemühungen der Politik zur Stärkung ambulanter Patientenbehandlungen bleiben psychiatrische Kliniken und Kliniken mit psychiatrischen Stationen das Zentrum der Versorgung psychiatrischer Patienten. Psychiatrische Kliniken gliedern sich in der Regel in einen stationären, einen teilstationären und einen ambulanten Bereich. Beim Letzten werden Kranke zu regelmäßigen Gesprächen einbestellt und nehmen ggf. auch an Gruppenangeboten teil.

Klassischerweise wird die stationäre Aufnahme erforderlich, wenn eine unmittelbare Intervention in einer Krise erfolgen muss, Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen oder bestimmte medikamentöse Prozeduren durchgeführt werden (Kirchhof, 2009). Je nach individueller Krankheitssituation erfolgt die Behandlung dann in einer geschützten Station, einer offenen Station oder einer tagesklinischen Station. Aufgaben für Pflegepersonal in diesem Setting sind die pflegerische Grundversorgung, die Organisation der Station und des Stationsalltags sowie pflegerisch-therapeutische Interventionen. Mit steigender Selbstständigkeit der Patienten nimmt die Bedeutung der pflegerisch-therapeutischen Interventionen gegenüber den versorgenden Aufgaben zu. Konkret umfassen therapeutische Interventionen etwa das Bezugspflegegespräch, die alleinige oder cotherapeutische Leitung von Gruppentherapien, das Durchführen von Übungen (etwa Exposition) oder die Beratung in sozialen Angelegenheiten.

Der Auftrag des stationären Aufenthalts kann auch spezialisierte therapeutische Angebote wie DBT-Programme (Bohus & Bathruff, 2000), das CBASP<sup>2</sup>-Behandlungskonzept bei chronischer Depression (Petermann & Rief, 2009) oder Angebote für traumatisierte Patienten (Reddemann, 2000) umfassen. In tagesklinischen Settings wird darüber hinaus ein größerer Wert auf die Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten gelegt bzw. deren Erhalt oder Training.

---

<sup>2</sup> Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Psychiatrische Kliniken bieten oftmals im Rahmen des §118 des SGB V auch ambulante Behandlungen in sogenannten psychiatrischen Ambulanzen an. Ziel des Gesetzgebers beim Schaffen dieser Möglichkeit war es, Patienten in fachärztlich nicht ausreichend versorgten Regionen einen ambulanten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen zu ermöglichen. Ziel einer Institutsambulanz wiederum ist es, mittels einer Kombination aus ärztlichen, therapeutischen, pflegerischen und sozialdienstlichen Angeboten eine kontinuierliche und komplexe Versorgung abseits des stationären Settings anzubieten. In der Regel können Patienten im Rahmen solcher Institutsambulanzen fachärztliche Behandlungen wahrnehmen und am Gruppenangebot des Klinikums teilnehmen. Mithilfe bei der Gestaltung bzw. alleinige Durchführung solcher Gruppen obliegt oftmals psychiatrisch Pflegenden. Kontinuität ist hierbei eines der Hauptziele, das durch die Art der Beziehungsgestaltung und die Verfügbarkeit des multimodalen und multiprofessionellen Behandlungsangebots erreicht wird. Dies beinhaltet auch aufsuchende Tätigkeit durch psychiatrisch Pflegenden, wobei Einzelheiten des Einsatz- und Aufgabengebiets je nach Konzept der Klinik variieren können. Eine Einschränkung der Diagnose sieht der Gesetzgeber nicht vor. Bundesweit verfügten im Jahr 2010 451 Kliniken über Institutsambulanzen im Erwachsenenbereich und 174 im Kinder- und Jugendbereich (Spengler, 2013).

Sauter et al. (2006, S. 179) unterscheiden zwischen den reinen psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen in sonst somatischen Krankenhäusern, den sogenannten "Abteilungspsychiatrien", welche insbesondere in den neunziger Jahren für Kontroversen sorgten (Für eine ausführliche Behandlung der Thematik siehe Bauer, 2007). Während die Koordination körperlicher und psychiatrischer Interventionen im letzten Fall einfacher ist und auch eine geringere Stigmatisierung erwartet wird, sind große, ausschließlich psychiatrische Kliniken in der Lage, spezialisierte Stationen und Sektoren anzubieten. Zudem können sie einfacher ambulante Zusatzangebote aufstellen und integrieren. In den letzten Jahren hat die Zahl psychiatrisch-psychosomatischer Abteilungen und Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern erheblich zugenommen und sogar die Zahl der eigenständigen psychiatrischen Fachkliniken übertroffen (Deister & Wilms, 2015, S. 47).

Trotz aller Intentionen, den ambulanten Sektor zu stärken, schultert die stationäre Versorgung heute weiterhin den größten Teil der Behandlung (Deister & Wilms, 2015, S. 69), obgleich die Zahl der Betten und die durchschnittliche Verweildauer seit Jahren rückläufig sind. Innerhalb des stationären Settings ist aber eine Verschiebung hin zur teilstationären Behandlung zu beobachten; ein Trend, der nach Ansicht von Experten noch ausgebaut werden kann (Heekeren, 2013; Marshall et al., 2003). An der starken Rolle der Kliniken gibt es durchaus auch Kritik. Melchinger (2009) etwa kam zum Schluss, dass die momentane Finanzierungsstruktur den ambulanten Sektor zugunsten des stationären systematisch benachteilige, wodurch ungleiche Chancen für die Patienten entstünden.

Die stationäre Behandlung umfasst auch spezielle Settings innerhalb dieses Bereichs, etwa die Arbeit mit Menschen, die unter einer geistigen Behinderung oder geriatrischen Erkrankung leiden. Ebenso ist die Forensik mit ihren spezifischen Anforderungen ein Bereich der stationären Versorgung. Im Sinne der Arbeit werden auch Leistungen der stationären Wiedereingliederung und Teilhabe (SGB XII) als spezielle Settings innerhalb des stationären Bereiches aufgefasst.

## **2.4.2 Außerklinische Angebote mit Beteiligung psychiatrisch Pflegender**

### **2.4.2.1 Ambulante psychiatrische Pflege**

Pflege leistet in diesem Kontext die direkte Betreuungsarbeit alleine, d. h. sowohl in Bezug auf die eigene Berufsgruppe alleinstehend, als auch in Bezug auf eine zumeist solitäre Arbeit, ohne Kontakt zum eigenen Team. Es entsteht in der Folge ein hinsichtlich Verantwortung und Aufgabenvielfalt erweitertes Spektrum pflegerischen Handelns. Der organisatorische Rahmen des pflegerischen Handelns umfasst bis zu 14 Behandlungseinheiten in einer Woche, wodurch unter anderem auch Kriseninterventionen möglich werden.

Hellwig (1993) spricht über Berichte bezüglich ambulanter psychiatrischer Pflege, die bis in das Jahr 1900 zurück reichen, wenngleich die damaligen Strukturen nicht im Ansatz mit den heutigen vergleichbar waren. Die ambulante psychiatrische Pflege bezweckt ein Fortführen der Behandlung im ambulanten Setting, verfolgt also einen weniger vermittelnden, sondern noch mehr therapeutisch orientierten Ansatz. Eine Grundüberlegung ist, dass Patienten durch lange Hospitalisierung oftmals soziale Fertigkeiten und den Kontakt zur Welt außerhalb der Klinik verlieren und eine reintegrative Begleitung benötigen, die im teilstationären Setting nicht geleistet werden kann (Sauter et al., 2006, S. 550). Entsprechend gibt es oftmals zu Kliniken gehörende ambulante Dienste, welche diese Intervention sicherstellen.

Zeeman et al. (2002) benannten fünf Charakteristika ambulanter Pflege: Alltagsmanagement, Krisenintervention, Zusammenarbeit mit anderen Diensten, Teamarbeit und das Angebot therapeutischer Gruppen.

Pollock (1989) sah bereits früh die Beziehung zum Patienten als Hauptwirkungsfaktor dieser Arbeit. Pflegende dieses Settings werden als kompetente Begleiter gesehen, während die Initiative zu einzelnen Behandlungsschritten und Interventionen beim Patienten liegt. Aufgrund der Distanz zur Klinik wird der ambulanten psychiatrischen Pflege eine größere Akzeptanz durch die Patienten zugeschrieben, die wiederum in einer stärkeren Veränderungsbereitschaft resultiert.

Voraussetzung für die Tätigkeit der APP am Patienten ist eine ärztliche Verordnung häuslicher Krankenpflege, die einen schriftlichen Behandlungsplan beinhalten muss (Hemkendreis & Haßlinger, 2014, S. 23). Zunächst wird eine Erstverordnung von 14 Tagen ausgestellt, die



bei Bedarf verlängert werden kann. Maximal können 14 Einsätze pro Woche über den Verordnungszeitraum von vier Monaten anberaumt werden.

Rund die Hälfte der in Deutschland durch die APP betreuten Patienten wies eine Erkrankung aus dem Formenkreis der Psychosen auf, rund 40 % litten unter Ängsten oder Depressionen, die übrigen rund 10 % verteilten sich auf Demenz und psychiatrische Diagnosen (Spöhring et al., 2012). Die im Speziellen für eine APP-Intervention zugelassenen Diagnosen werden durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005).

§ 113 SGB XI beschreibt die hohen Qualitätskriterien an ambulante psychiatrische Pflege dieser Art und liefert so schon Hinweise auf die in diesem Bereich erforderlichen Kompetenzen. Die fachliche Leitung muss demnach einer Fachpflege obliegen, ebenso sind ein Examinationsalter von drei Jahren für alle Mitarbeiter und entweder fünf Jahre psychiatrische Erfahrung oder eine 200 Stunden umfassende Fortbildung obligatorisch. Supervision und eine gewisse personelle Ausstattung werden ebenfalls gefordert. Diese Qualitätsstandards stellen eine im europäischen Vergleich relativ hohe Hürde für das Eröffnen eines Dienstes dar. Möglicherweise trägt diese Hürde dazu bei, dass es kein flächendeckendes Angebot im Bereich appb in Deutschland gibt.

#### **2.4.2.2 Stationersetzende Formen psychiatrischer Versorgung**

Änderungen im gesundheitspolitischen Gesamtrahmen haben in den letzten Jahren den Weg zur Etablierung neuer, flexibler und sektorenübergreifender Versorgungsformen geöffnet. In der Regel beruhen solche Versorgungsformen auf individuellen Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. Von solchen Ansätzen werden im Vergleich zu traditionellen Modellen größere Effizienz und Effektivität erwartet, wobei Vernetzung und Integration eine Schlüsselrolle bei der Ausgestaltung dieser Konzepte spielen (Deister & Wilms, 2015, S. 37f). Stationersetzende Angebote werden in der Regel im multiprofessionellen Team mit zahlenmäßig hoher Beteiligung der psychiatrischen Pflege realisiert. Die Rolle der psychiatrischen Pflege schwankte entsprechend zwischen den individuellen Konzepten, ist in der Regel jedoch eine sehr verantwortungsvolle, da viele Projekte die Philosophie verfolgen, dass einzelne Professionen im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten auch Aufgaben anderer Professionen übernehmen und entsprechend lernen.

Zuvorderst existieren in der Versorgungslandschaft sogenannte *Modellvorhaben* auf Basis des § 64b SGB V, der die Vernetzung stationärer, klinischer und ambulanter Behandlung weiter verbessern soll. Modellprojekte sind regional ausgelegt, d. h. an die Gegebenheiten und Netzwerkmöglichkeiten vor Ort angepasst. Konkret soll es um eine „*experimentelle Weiterentwicklung der Versorgung in inhaltlicher und struktureller Hinsicht*“ (Deister & Wilms, 2015, S. 38) gehen, wobei auch das Ziel verfolgt wird „*alternative Strukturen der Finanzie-*

„*Psychiatrischer Versorgung zu erproben*“ (Deister & Wilms, 2015, S. 125). Betroffene, also Patienten und Angehörige, sollten gemäß Deister und Wilms (2015, S. 155) explizit in die Planung der zu etablierenden Maßnahmen einbezogen werden.

Die Erfahrungen mit Modellprojekten aus den USA sind gemäß Kilian (in Deister & Wilms, 2015, S. 58) zwiespalten: So gingen in nicht wenigen Projekten die Kostenreduktionen auf Kosten des Behandlungserfolgs und einige Organisationen im Rahmen des Kostendrucks Konkurs. Wenngleich die Situation in den USA nicht eins zu eins auf Deutschland übertragen werden kann, zeigen die Erfahrungen doch, dass der Implementierung eines Modells gute inhaltliche Planungen und Kostenkalkulationen vorangestellt werden müssen. Doch dies sind nicht die einzigen Hürden für Modellprojekte in Deutschland. Im Psychiatrie-Barometer 2012 gaben nur 13 % der befragten Krankenhäuser an, 2013 ein Modellvorhaben umzusetzen, weitere 18 % planten es 2014 oder später. Die Gründe, die bei anderen Häusern für ein Absehen vom Vorhaben sprachen, waren nicht näher bezeichnete interne Überlegungen, hoher Dokumentationsaufwand, fehlendes Interesse seitens der Kostenträger, fehlende Kooperationspartner und ungeeignete Patienten.

Einen ähnlichen Weg geht die *integrierte Versorgung* (iV), die am 23.07.2015 durch die Bezeichnung *besondere Versorgung* abgelöst wurde. Entsprechende Angebote wurden nach §§ 140a–d SGB V geregelt, wonach Krankenkassen Verträge mit in § 140a Abs. 3 SGB V näher bezeichneten Leistungserbringern abschließen können. Diese ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung).

Der Begriff „integrierte Versorgung“ bezeichnet daher eine Form der besonderen Versorgung. Leider trat die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der psychiatrischen Versorgung bisher nicht ein, stattdessen führte sie sogar zu einer Verlagerung der Ressourcen weg vom psychiatrischen Sektor, sodass Autoren sogar das Scheitern der iV für diesen Bereich proklamierten (Schmidt-Michel et al., 2008). Die iV ist kein einheitliches Modell, vielmehr sind die genaue Ausarbeitung von Verträgen und die Umsetzung der daraus resultierenden Projekte höchst individuell. Die Website psychenet.de des Hamburger Netzes psychische Gesundheit listete Stand Mai 2016 27 Projekte zur integrierten Versorgung in der Psychiatrie und bemühte sich im Rahmen dieser Nennung um eine systematische Darstellung. Auf der Website listen die Autoren Merkmale der Projekte, etwa, ob Betroffene und Angehörige in die Gestaltung des Modells einbezogen werden, welche Diagnosen behandelt, welche Maßnahmen zur Leistungsdokumentation und Qualitätssicherung durchgeführt werden, welche Inhalte die Verträge haben und mit welcher Krankenkasse das Projekt kooperiert.

Projekte zur iV zielen auf eine Vernetzung versorgungsrelevanter Strukturen im deutschen Gesundheitswesen zur Qualitätsverbesserung und Kostenoptimierung (Mühlbacher & Ackerschott, 2002).

### 2.4.3 Weitere Formen pflegerischer Tätigkeit

Weitere Tätigkeitsfelder für die psychiatrische Pflege sind die sogenannten *Wohn- und Pflegeeinrichtungen*. Mit Pflegeheimen wird eine relativ heterogene Gruppe von Settings bezeichnet. Hierunter fallen kleine dezentrale Wohngruppen ebenso wie jene, früher als „Pflegeanstalten“ bezeichneten, sehr großen Institutionen. Ihnen ist gemein, dass sie den Bewohnerinnen ein längerfristiges und dauerhaftes Zuhause bieten, wobei das Ziel ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Autonomie für die Bewohner ist. In Abgrenzung zum klinischen Setting besteht theoretisch kein Druck zur Veränderung, in der Praxis kann jedoch ein solcher Druck durch Vernetzung des Patienten mit psychotherapeutischen oder psychiatrischen Einrichtungen durchaus indirekt entstehen. Ebenfalls nicht einheitlich ist die personelle Ausstattung der Einrichtungen, wenngleich eine Grundausstattung mit Erziehern und Sozialpädagogen obligatorisch erscheint. Die Einbeziehung anderer Heilberufe (Psychologen, Ärzte und Pflegenden) hängt vom jeweiligen Konzept der Einrichtung, deren finanzieller Ausstattung und der Größe ab. Eine festgeschriebene Rolle von professioneller Pflege in diesem System ist aufgrund der Heterogenität nicht möglich festzulegen.

Ein weiteres relativ heterogenes Betätigungsfeld ist das *Betreute Wohnen*. Verglichen mit dem Pflegeheim ist die Autonomie der Bewohner noch einmal größer, die unterstützenden Berufsgruppen haben meist supportive Aufgaben bzw. unterstützen bei der Alltagsbewältigung. Das jeweilige Konzept ist von spezifischen Settings abhängig, es ergibt sich daher eine Varianz je nachdem, ob alte Menschen, psychisch Kranke oder geistig behinderte Menschen versorgt werden. Eine weitere Dimension ist die Schwere der Beeinträchtigung bei den jeweiligen Bewohnern. Nicht selten werden die Bewohner von ambulanten Pflegediensten mitversorgt, d. h. es gibt kein nur für die Wohngruppe zuständiges Personal. Auch beim betreuten Wohnen steht weniger der therapeutische Auftrag als vielmehr das Führen eines „normalen“ Lebens im Vordergrund.

Daneben gibt es noch weitere, eher als Nischen zu bezeichnende Bereiche, in denen pflegerische Tätigkeit eine große Rolle spielt. Neben Formen ambulanter Rehabilitation und Leistungen zur Teilnahme finden sich lokale Projekte zur Gesundheitsförderung und andere Formen gemeindenaher Versorgung ebenso wie beratend tätige Pflegenden. Auch finden sich Pflegenden gelegentlich im sozialpsychiatrischen Dienst wieder oder unterstützen Telefonseelsorge und ähnliche Hilfsangebote. Da diese speziellen Versorgungsformen in der aktuellen Arbeit keine Rolle spielen, werden sie an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

### **3 Kompetenzbezogene Pflegeforschung und deren Implikationen für die vorliegende Arbeit**

Im vorherigen Abschnitt wurde das Forschungsproblem beschrieben und der kategoriale Rahmen thematisiert, indem verschiedene Gebiete ambulanten pflegerischen Wirkens und die Rolle der Pflege innerhalb dieser Gebiete beleuchtet wurden.

Um die Wahrnehmung der Relevanz von Kompetenzen durch die Pflegenden untersuchen und distinkte Wahrnehmungsstile identifizieren zu können, ist es zwingend notwendig, sich mit den bereits in der Literatur erwähnten Kompetenzen von psychiatrischer Pflege sowie den Methoden kompetenzorientierter Pflegeforschung auseinanderzusetzen. Damit werden im folgenden Abschnitt zwei Ziele verfolgt:

- 1) Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der Herleitung der Methodik und der Organisation der weiteren Forschungsarbeit.
- 2) Das Forschungsfeld soll im Rahmen des ersten Ziels auch beschrieben werden, um zukünftigen Forschungen in diesem Feld die Arbeit zu erleichtern und Erkenntnisse rund um das Thema zusammenzufassen.

Die Zielerreichung vollzieht sich in mehreren Schritten mit folgenden Implikationen für die Forschungsarbeit:

- 1) Wie kann Kompetenz definiert werden und welche Kompetenzdefinition eignet sich für die vorliegende Arbeit (Unterkapitel 3.1, ab S. 19)?
- 2) Mit welchen Forschungsansätzen, Designs und Methoden erfolgt Forschung mit Bezug zu Kompetenzen von psychiatrischer Pflege und wie werden diese Herangehensweisen zum einen in der Suche nach Kompetenzen und zum anderen in der Gestaltung der Methodik der Arbeit berücksichtigt (Unterkapitel 3.2, ab S. 29)?
- 3) Wie werden Kompetenzen in der Literatur beschrieben und benannt (Unterkapitel 3.3, ab S. 48)?
- 4) Welchen Einfluss haben Versorgungsformen und Tätigkeitsfelder der psychiatrischen Pflege in der Kompetenzforschung (Unterkapitel 3.4, ab S. 61)?
- 5) Wie detailliert werden Kompetenzen in den Studien beschrieben (Unterkapitel 3.1, ab S. 19)?
- 6) Abschließend werden die Implikationen aus den behandelten Themen zur Forschungsfrage und -methodik in Bezug gesetzt (Unterkapitel 3.6, ab S. 67).

Im Folgenden sollen Aspekte der kompetenzfokussierten Pflegeforschung beschrieben und Implikationen für die vorliegende Arbeit vorgestellt werden. Dazu gehört zum einen, wie Kompetenzen erfasst, und zum anderen, wie sie dargestellt werden.

### 3.1 Konzepte und Definitionen von Kompetenz

Nach (Olbrich, 2010, S. 15) ist Kompetenz „*die Lebensgrundlage, sie entfaltet sich im Erkennen und Handeln*“. In den letzten Jahren hat der Kompetenzbegriff „*den beruflichen wie den privaten Alltag erobert*“ (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2003, S. 5). Er wird sowohl alltags-sprachlich und berufsfachspezifisch als auch in wissenschaftlichen Zusammenhängen verwendet. Mit der verstärkten alltagssprachlichen Nutzung des Begriffs in vielfältigen Zusammenhängen geht das Fehlen einer präzisen Definition einher. Weinert bezeichnet diese Situation als paradox: Obwohl einerseits jeder zu wissen glaubt, was unter Kompetenz zu verstehen ist, lässt sich andererseits im wissenschaftlichen Diskurs keine Einigung hinsichtlich eines differenzierenden Kompetenzbegriffs erzielen (Weinert 2001). Konsens besteht in der Kompetenzforschung also vorrangig in der Klage über fehlenden Konsens.

Zur Klärung dieses Dilemmas ist es zunächst hilfreich, sich mit der Etymologie von „Kompetenz“ zu beschäftigen. Hier zeigt sich eine mindestens zweifache Bedeutung des Kompetenzbegriffs, der sich auf unterschiedliche lateinische Ausgangsbegriffe zurückführen lässt:

- *competo*: fähig sein;
- *competentia*: die Eignung zu etwas haben;
- *petere*: streben nach, versuchen, etwas zu erreichen;
- *competere*: zusammentreffen, stimmen, zutreffen, abstimmen;
- *competens*: zuständig, befugt, rechtmäßig sein.

Der Kompetenzbegriff umfasst demnach einerseits die *Befähigung* und andererseits die *Befugnis* (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2003). Bisher kann man gleichwohl nicht von einem geschlossenen Konzept von Kompetenz sprechen. Mögliche Ursachen können Differenzen im internationalen Sprachgebrauch sowie die inflationäre Anwendung des Begriffs sein (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2003). Das heißt, Kompetenzen werden in der Forschungspraxis vor dem Hintergrund des angestrebten Anwendungs- und Verwendungszwecks definiert (Weinert 2001, S. 46ff). Bedeutsame Dimensionen des Kompetenzbegriffs sind nach Grieser-Kozel (2008):

- **Die Ganzheitlichkeit des Konstrukts** – kognitive, wertende und emotional-motivational verankerte Aspekte binden das Handeln zusammen.
- **Die Situationsgebundenheit und der Handlungskontext von Kompetenz** – eine Person verfügt über eine bestimmte Ausprägung von Kompetenz, wenn sie in der Lage ist, eine bestimmte Situation in Bezug auf eine konkrete Tätigkeit befriedigend zu bewältigen.
- **Der Subjektbezug, also die Bindung von Kompetenz an ein Individuum** – die Summe aller Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensbestände und Erfahrungen des Menschen, die ihn zur Bewältigung seiner beruflichen Aufgaben und gleichzeitig zur eigen-

ständigen Regulation seines Handelns einschließlich der damit verbundenen Folgeabschätzungen befähigen.

- **Die Selbstorganisation und die motivationalen Aspekte von Kompetenz** – versteht sich berufliche Handlungskompetenz als die Bereitschaft eines Menschen, in beruflichen Situationen sachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln, beinhaltet sie die Befähigung und die Motivation zum Erwerb von Wissen und Prozeduren, um Handlungsmöglichkeiten ständig weiterentwickeln zu können.

Einen weiteren Überblick über das Thema Kompetenzen und deren Definition lieferte Bayer (2009), der die Vielzahl der vorhandenen Kompetenzmodelle thematisiert und Kompetenz als den letzten Schritt in einer Kette vom Lernen zum Erwerben von Kenntnissen, zum Umsetzen dieser Kenntnisse in Problemlösungsfertigkeiten und schließlich zur selbstständigen Anwendung dieser Fertigkeiten in einer spezifischen Arbeits- oder Lebenssituation sieht. Er konkretisiert den Terminus Kompetenz und unterscheidet zwischen Methodenkompetenz als Anwendung gelernter Methoden und Strategien auf konkrete Aufgaben, Sozialkompetenzen als Fähigkeit zum Aufbau und zur Gestaltung sozialer Beziehungen sowie Fachkompetenz, die ähnlich wie die Methodenkompetenz definiert wird und zusätzlich auf die Beurteilung der Aufgabe rekurriert. Zuletzt wird auch eine Humankompetenz beschrieben, die verkürzt als Fähigkeit zur persönlichen Weiterentwicklung verstanden werden kann und z. B. Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen und Verantwortungsbewusstsein umfasst.

Viele Forschungs- und Denkschulen haben in der Vergangenheit einen eigenen Kompetenzbegriff mit individuellen Nuancen etabliert. Diese diversen Definitionen werden im Folgenden kursorisch vorgestellt.

### **3.1.1 Kompetenz als Befugnis – die wirtschaftswissenschaftliche Perspektive**

Die Management- und Organisationslehre definiert Kompetenz als formales Recht/Befugnis, innerhalb eines Bereichs frei zu handeln und zu entscheiden. Sie beruht auf einer Position oder Rolle in einer Organisation und wird dem Positionsinhaber in der Regel aufgrund einer Ausbildung oder einer anderen Qualifikation verliehen. Verbunden mit dieser Position sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung, denen der Inhaber gerecht werden muss. Mit der Zuweisung von Kompetenzen und Aufgaben wird zugleich die Verpflichtung zur richtigen Erfüllung verbunden; diese Verpflichtung wird als Verantwortung bezeichnet, aus der die Verantwortlichkeit einer Person für die Ausführung ihrer Aufgabe resultiert. Eine soziologische Perspektive beschreibt Kompetenz als Zuständigkeit im Sinne Max Webers (Voncken, 2005). Nach einem der bekanntesten Organisationsgrundsätze müssen sich Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung immer entsprechen (Ulrich & Fluri, 1992).

Dieses Kompetenzverständnis ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit aber zu einseitig auf die Aufgabenerfüllung gerichtet. Kompetenz muss auch personenbezogen betrachtet wer-

den, denn als transaktionales und relationales Konstrukt kann sie als Regulierungsprozess die Verbindung zwischen einer Person und ihrer Aufgabe steuern.

Dies ist insbesondere im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege von Bedeutung, denn diese Tätigkeit setzt weitreichende Eigenständigkeit und Verantwortungsbewusstsein voraus, überschreitet traditionelle Professionsgrenzen und manchmal sogar rechtliche Limitationen. Viele Entscheidungen werden von Pflegenden allein oder im Kontakt mit den Patienten getroffen, sodass eigenverantwortlichem Handeln – somit personenbezogenen Kompetenzen – eine zentrale Bedeutung zukommt (Hemkendreis & Haßlinger, 2014). Ob die Pflege ihre *formale* Kompetenz hier ausfüllen kann, hängt von ihrem Wissen und Können ab. Umgekehrt stoßen ausgeprägte *personale* Kompetenzen häufig an die Grenzen formaler Kompetenz (Olbrich, 2010).

### **3.1.2 Befähigung, Wissen und Können – das individuelle Kompetenzverständnis**

Zur *personalen Dimension* des Begriffs von Kompetenz finden sich in der Literatur vielfältige Definitionen auf unterschiedlichen Ebenen und Abstraktionsniveaus. Im Kern geht es immer um das, was eine Person weiß und kann. Dieses Können wird häufig als personale Fähigkeit beschrieben und im beruflichen Handlungskontext, zusammen mit willentlichen und motivationalen Anteilen, auch als Handlungskompetenz bezeichnet.

*Handlungskompetenz* ist von der Kultusministerkonferenz als die berufliche Fähigkeit und Bereitschaft des Menschen, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung eigenverantwortlich zu handeln, definiert (Kultusministerkonferenz, 2007). In weiteren Differenzierungen wird unterschieden zwischen:

1. Kognitiver Kompetenz (Wissen, Gebrauch von Theorien und Konzepten sowie implizites Erfahrungswissen) und
2. Funktionaler Kompetenz (Fertigkeiten zur Ausübung konkreter Tätigkeiten).

Im Europäischen Qualifikationsrahmen (Europäischer Qualifikationsrahmen, 2007) wird Kompetenz als Selbstständigkeit und Übernahme von Verantwortung definiert. Wissen und Kenntnisse sowie Fähigkeiten (kognitiv und praktisch) gelten als Voraussetzungen.

Die hier angeführten Beschreibungen und Definitionen könnten noch weitergeführt werden. Da in dieser Arbeit Kompetenz im beruflichen Handlungskontext analysiert wird, ist der Begriff der *Handlungskompetenz* von besonderer Bedeutung.

### **3.1.3 Kompetenzverständnis aus Sicht verschiedener Wissenschaftsdisziplinen**

Der wissenschaftliche Kompetenzbegriff ist theorie relativ, das heißt, er wird in den Wissenschaftsdisziplinen in verschiedenen Bedeutungen verwendet. An dieser Stelle soll dies nur in seinen historischen Grundzügen beschrieben werden, um eine Übersicht über die diversen Wurzeln, aus denen die Fülle der Kompetenzdefinitionen resultiert, zu ermöglichen.

### 3.1.3.1 Pädagogik

In der pädagogischen Kompetenzforschung differenziert Heinrich Roth in Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz (Roth, 1971). Die geläufige Differenzierung von Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz basiert auf den Ausführungen Roths. Durch das synergetische Zusammenwirken der einzelnen Teilkompetenzen soll die allgemeine berufliche Handlungskompetenz entstehen (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2003). Wie genau die Teilkompetenzen als berufliche Handlungskompetenz zusammenwirken, bleibt weitestgehend offen.

Auch in der Erwachsenen- und Berufspädagogik spielen der Kompetenzbegriff und seine Abgrenzung zur Qualifikation eine Rolle. Betont werden hier meist Aspekte der Selbstorganisation und der Bedeutung ganzheitlicher und informeller Lernansätze sowie die Sicht auf Kompetenz als handlungsorientiertes Konstrukt (Kauffeld, 2006). Der Handlungsbezug von Kompetenz in der Berufspädagogik wird besonders deutlich wenn Vonken (2005, S. 31) notiert: *„Kompetenz [...] enthält damit handlungsrelevantes Wissen und das Verfügen können [sic!] über dieses Wissen im Rahmen von Handlungen.“* Die Verfügbarkeit des Wissens im Rahmen von Handlungen beruht auch auf dem Zusammenspiel kognitiver, motivationaler und emotionaler Kompetenzen.

### 3.1.3.2 Psychologie

Im Rahmen des psychologischen Diskurses zur individuellen Kompetenz steht weniger ihr Verwertungsaspekt als Potenzial und Persönlichkeit eines Menschen im Vordergrund. Ausgehend von einem eher biologischen Verständnis von Kompetenz als Fähigkeit zur erfolgreichen Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt (White, 1959) kommt es zu einer Erweiterung des Kompetenzbegriffes, die man mit Kontextualität und Transaktionalität umschreiben kann (Olbrich, 2012, S. 58) und als Einbeziehung innerpsychischer Prozesse wie in dem Modell der Selbstwirksamkeit von Bandura (1995), das eher im Sinne von Lebensmeisterung (*agency*) zu verstehen ist.

In der psychologischen Kompetenzdebatte gibt es zahlreiche Definitionen. Motivationspsychologie versteht Kompetenz als „Fähigkeiten des Individuums, die sich als Ergebnis von Tätigkeiten selbstorganisiert herausgebildet haben“ (Kirchhöfer, 2004, S. 63). In der Entwicklungspsychologie gilt sie als „System innerpsychischer Voraussetzungen, das sich in der Qualität sichtbarer Handlungen niederschlägt und diese reguliert“ (Leontjew, 1979, S. 42), und als Befähigung und Motivation zur selbstständigen Erweiterung von Wissen und Können (Bergmann & Pietrzyk, 2000).

Die beiden Disziplinen Psychologie und Pädagogik forschen nicht unabhängig voneinander. Insbesondere in den Bereichen der Arbeits- und Organisationspsychologie und der Berufspädagogik bestehen Überschneidungen und entsprechend ähnliche Kompetenzbegriffe. Durch die interdisziplinäre Forschungsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-



Management (QUEM) wurde die Zusammenführung von Kompetenzentwicklung für die Arbeitswelt entscheidend vorangebracht (Qualifikations-Entwicklungs-Management, 2006).

### 3.1.3.3 Soziologie

Im Gegensatz zu den wissenspsychologischen Perspektiven der Pädagogik und der Psychologie, die danach fragen, welche Eigenschaften eine Person für die erfolgreiche Ausübung einer beruflichen Tätigkeit braucht und damit die individuelle Ebene betonen, entwickelt die soziologisch geprägte Perspektive den Professionsbegriff aus der Analyse gesamtgesellschaftlicher Strukturen und Prozesse. Die gesamtgesellschaftlichen Zusammenhänge sowie die daraus ableitbare Strukturlogik professioneller Handlungspraxis stehen im Vordergrund (Nittel, 2000).

Mit einer gewissen Berechtigung könnte das letzte Jahrhundert auch als das der Neukonstituierung von Professionalisierungsentwicklungen bezeichnet werden. Im Rahmen der Expansion medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Dienstleistungen und Anforderungen, expandieren nicht nur die „klassischen“ Professionen im freiberuflichen Sektor, sondern auch neue professionelle und professionalisierungsbedürftige Felder im Bereich der psychosozialen Dienstleistungen und der pflegerischen Tätigkeitsfelder (Helsper et al., 2000).

Wenn man berufliche Kompetenz als latente Disposition zu einem an die Berufsrolle geknüpften Leistungsvermögens definiert, so könnte man Professionalität gleichsam auf der Seite der Performanz, also der vollbrachten und wiederholbaren Leistung, verorten. Professionalität stellt in dieser Perspektive die sichtbare bzw. artikulierte Seite von Kompetenz dar (Nittel, 2000).

In den 1980iger Jahren hat der Kompetenzbegriff Einzug in die Professionstheorien gefunden. Hier ist insbesondere das Modell der kommunikativen Kompetenz von Habermas (1971) zu erwähnen. Er stellt die soziale Orientierung, genauer das soziale Handeln zwischen mindestens zwei Individuen, in den Fokus professioneller Handlungen. Dabei unterscheidet er diese sozialen Handlungen nach Erfolgs- oder Verständigungsorientierung. Beim erfolgsorientierten Handeln geht es um die verdeckt-intentionale Einflussnahme auf die rationalen Entscheidungen des Gegenübers, während das verständigungsorientierte Handeln die gemeinsame, partnerschaftliche Verständigung, also die gemeinsame Situationsdefinition, als wesentlichen Bestandteil für kommunikatives Handeln beschreibt (Weidner, 1995, S. 52).

Ein weiteres bedeutsames Modell ist Oevermanns Strukturlogik (Oevermann, 2009, S. 113-142). Dieser folgend, ist professionelles Handeln eine Form des Diskurses, in welchem stellvertretende Deutungen für alltagsweltliche Handlungsdefizite angeboten werden. Dazu bedarf es einer Wissensbasis und einer kommunikativen Kompetenz, die es ermöglicht, die Notempfindungen der Betroffenen im Rahmen ihrer eigenen Plausibilitäten zu interpretieren

und auf dieser Basis kognitiv und emotional tragfähige Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Weidner, 1995, S. 52).

Um die Vielschichtigkeit der Thematik abzubilden, werden zunächst die für die gegenwärtige professionstheoretische Debatte relevanten Theorietraditionen gemäß ihrer Eigenlogik umschrieben und dann, im zweiten Schritt, theorieübergreifend zentrale Bezugspunkte für die Kompetenzdimensionen in dieser Arbeit abgeleitet.

### **3.1.3.4 Theorietraditionen in der professionstheoretischen Debatte**

Der Blick auf die professionssoziologische Diskussion der vergangenen Jahrzehnte zeigt eine ganze Bandbreite unterschiedlicher, teilweise sich widersprechender Ansätze, die den Anspruch erheben, den Begriff Profession zu beschreiben, zu definieren, zu erklären oder mit Theorien der Gesellschaft und der gesellschaftlichen Entwicklung in Beziehung zu setzen. Im Folgenden werden exemplarisch und übersichtsartig bedeutsame Positionen dargestellt.

#### **Klassische Ansätze der Professionstheorien**

**Merkmalstheoretische Position.** Hier werden einer Profession Merkmale, Kennzeichen und Kriterien zugeschrieben, die eine Profession im Gegensatz zu einer Nicht-Profession unterscheiden. Dabei bleiben die Bedeutsamkeit der Kriterien und ihre strukturelle Verbindung untereinander offen (Weidner, 1995, S. 47).

**Strukturfunktionalistische Position.** Diese Position wird im Wesentlichen auf Parsons und Goode zurückgeführt. Talcott Parsons, Mitbegründer des Strukturfunktionalismus, interessiert sich für die, von den einzelnen Professionen abgedeckten, gesellschaftlichen Zentralwerte (Recht, Gesundheit, Wahrheit) und sieht im Wertekonsens den eigentlich professionsgenerierenden Faktor (Parsons, 1951). Dabei gelten Professionen als Hüter der Werterealisation, die die Funktion haben, die Differenz von normativem und faktischem System zu überwinden, der Prozess der Professionalisierung geht dabei mit dem gesamtgesellschaftlichen Rationalisierungsprozess einher. Jedoch analysiert der Strukturfunktionalismus Professionen nur hinsichtlich des gesamtgesellschaftlichen Strukturgehaltes, ohne die bestehenden Strukturen in Frage zu stellen. Die Kontrolle von professionell Handelnden wird durch kollegiale Selbstkontrolle gelöst (Weidner, 1995, S. 47).

**Machttheoretische Position.** Diese Position ist aus dem funktionalistischen Ansatz hervorgegangen und verweist auf die gesellschaftlich zugewiesene und sich aufgrund von Expertentums selbsterhaltende Macht von Professionen, die sich durch Teilkontrolle über einen bestimmten Markt äußert. Professionen wurde von der Gesellschaft die Erlaubnis erteilt, in bestimmte Bereiche ihrer Mitglieder einzugreifen (z. B. Gesundheit und Recht). Da die Gesellschaft auf die Leistungen dieser Professionen angewiesen ist, wurden den Professionen dafür bestimmte Privilegien zugesprochen (Daheim, 1992). Anknüpfend an die klassischen

Professionstheorien entstand Ende der 1980iger Jahre eine professionstheoretische Diskussion, die zum Ziel hatte, diese in theoretischer Hinsicht zu erweitern und aus ihrer Einbettung in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge eine Strukturlogik professioneller Handlungspraxis ableiten zu können (Ophardt, 2006, S. 9-16).

### **Grundlinien aktueller professionstheoretischer Ansätze:**

**Systemtheoretische Position.** Ausgangspunkt für diese Position ist der Blick auf die Rolle von Professionen in der Phase des Übergangs der ständischen Gesellschaft des alten Europa zur funktionalen Differenzierung. Professionen stellen hiernach einen besonderen Berufstypus dar, der sein Wissen und Ethos gezielt kultiviert und somit ein neues, die ständische Ordnung ablösendes Prinzip gesellschaftlicher Differenzierung darstellt. Zusammengefasst lässt sich somit die Leistung der Profession vor dem Hintergrund funktionaler Differenzierung (verstanden als Differenzierung von Leistungs- und Komplementärrollen, bei dem die Partizipation für alle Gesellschaftsmitglieder am Systemprozess in der spezifischen Form des Professionellen-Klienten-Verhältnisses ermöglicht werden soll) dahingehend definieren, dass sie eine Vermittlung zwischen akademischem Wissenskörper und den individuellen Anforderungen der Klientenproblematik darstellt. Das erfordert ein handlungsorientiertes und interpretatives Interaktionssystem, durch eine auf diese Aufgabe spezialisierte Berufsgruppe, das eine Distanzüberbrückung zwischen der für die Problemlösung relevanten Sachthematik und der von dieser Sachthematik getrennten Sichtweise des Klienten herstellen kann. Das Spezifikum professioneller Praxis ist die Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen, die eine problemlose Wissensapplikation nicht erlaubt (Stichweh, 1996, S. 49ff).

**Strukturfunktionalistische Position.** Der handlungsorientierte Ansatz von Oevermann soll an dieser Stelle rekonstruiert werden, um die handlungstheoretischen Grundlagen für die Interaktionen zwischen professionell Handelnden und Laien zu beschreiben (Weidner, 1995, S. 47ff). Oevermanns Kritik an den klassischen Professionalisierungstheorien bezieht sich auf die Tatsache, dass diese Merkmale von professionellem Handeln typologisieren, ohne näher auf die den Merkmalen zugrunde liegenden Strukturen dieses Handelns einzugehen. Er richtet seine professionstheoretischen Überlegungen neben der Frage nach der Einbettung von Professionen in die funktional differenzierte Gesellschaft stärker an einer spezifischen Strukturlogik professionellen Handelns aus. Oevermann (1981, S. 3) beschreibt die Grundstruktur des professionellen Handelns „als eine widersprüchliche Einheit von einerseits universalisierter Regelanwendung auf wissenschaftlicher Basis ... und andererseits aus der Komponente hermeneutischen Fallverstehens.“

Weidner fasst die zentralen Aspekte zusammen, die Oevermann professionellem Handeln zuschreibt (Weidner, 1995, S. 51):

- Widersprüchliche Einheit aus universalisierter Regelanwendung wissenschaftlichen Wissens und hermeneutischen Fallverstehens,
- Dialektik aus Begründungs- und Entscheidungszwängen,
- subjektive Betroffenheit des Klienten,
- hinreichende analytische Distanz des Professionellen,
- Respektierung der Autonomie der Lebenspraxis durch den Professionellen und
- keine vollständigen Handlungsstandards.

**Interaktionstheoretische Position:** Der interaktionistisch geprägte Zugang zur professionstheoretischen Diskussion geht auf die mit den Namen Everett Hughes, Anselm Strauss, Howard Becker und Eliot Freidson verbundene Forschungstradition der Chicago School zurück und wird in Deutschland vor allem durch die Arbeiten Schützes (Schütze, 1996, 2000) repräsentiert.

Ausgehend von einer Minimaldefinition des Professionsbegriffs zielt die interaktionistische Professionsforschung insbesondere auf eine empirische Erschließung konkreter Arbeitssituationen. Im Unterschied zu dem von Oevermann entwickelten Modell gelingenden professionalisierten Handelns im Rahmen eines Arbeitsbündnisses richtet sich hier die Perspektive vor allem auf die Anfälligkeit professionellen Handelns sowie die Diskrepanz von Handlungsanforderungen Aus dieser Position des Professionellen an den Schnittstellen, die mit dem Aufeinandertreffen von diskrepanten Anforderungen einhergehen, ergibt sich für Schütze die Figur der Paradoxien. In seinen Arbeiten (Schütze, 1992, 1996, 2000; Schütze et al., 1996) stellte der Autor einzelne Paradoxien der sozialen Arbeit dar, die den Bereichen Sinnwelt, Fallbearbeitung, Organisation und Herrschaft zugeordnet werden können (Schütze et al., 1996, S. 183ff).

Damit nimmt diese Position die Einbindung von professionellen Akteuren in Organisationen und die damit entstehenden diskrepanten Anforderungen an das Handeln als Paradoxie auf.

**Biographietheoretische Position.** Während die strukturfunktionalistische Position mit dem Begriff der Profession ein eher statisches Modell professioneller Handlungspraxis impliziert, rückt im biographietheoretischen Ansatz die Frage nach der Genese und der Veränderung von Professionalität in den Mittelpunkt. Er stellt eine Erweiterung des Professionalitätsbegriffs durch die Dimension berufsbiographischer Entwicklung dar. Die Genese von Professionalität wird damit als „Prozess der Auseinandersetzung zwischen Außen- und Innenvariablen entlang dem biographischen Leitmotiv der Entwicklung von beruflicher Identität“ (Terhart, 2001, S. 28) gesehen.

Das Spektrum der Professionsforschung bei der Konstituierung des Professionsbegriffs bewegt sich somit zwischen einem gesellschaftstheoretisch bestimmten Professionsbegriff, der

interaktions- und deutungsabhängigen Handlungspraxis autonomer Professioneller und ihrer Individualisierung durch Biographie und Sozialisation.

Die vorgestellten Positionen zeichnen eine Linie der Betrachtung von Professionen, die über rein definitorisch, merkmalsorientierte Beschreibungen von Professionen, über die gesellschaftliche Rolle und Funktionen der Professionen hin zu dem professionellen Handeln, der Interaktion von professionellem Handeln und den Anforderungen von Organisationen bis hin zu biographie- und identitätsorientierten Ansätzen reicht.

Daraus lassen sich Bezugspunkte skizzieren in Hinblick darauf, wie sich professionelles Handeln, hier in Bezug zur ambulanten psychiatrischen Pflege, zu bewähren hat. Daraus ergeben sich Anforderungsstrukturen an die Kompetenzen der professionell Handelnden, die wiederum in Zusammenhang mit professionstheoretischen Debatten stehen.

### **3.1.3.5 Bezugspunkte professionellen Handelns und professioneller Identität zu den beruflichen Kompetenzen ambulant psychiatrisch Pflegender**

**Die Professionellen-Klienten-Dyade als professionelles Arbeitsbündnis:** Hier ist in der ambulanten psychiatrischen Pflege insbesondere die Widerspruchssynthese zwischen der Gleichzeitigkeit einer wertschätzend- fürsorglichen Haltung einerseits und einer kontrollierenden, quasi vormundschaftlichen Fürsorge andererseits zu nennen (Richter & Hahn, 2009). Eine zentrale Ambivalenz des Arbeitsfeldes ist die Spannung zwischen (mit-) menschlichem Handeln und Professionalität.

**Die Notwendigkeit wechselseitigen Vertrauens im Kontext des Arbeitsbündnisses:** Ein positives und wertschätzendes Arbeitsbündnis wird nicht selten durch geringe Motivation und Adhärenz des Klienten in Frage gestellt (Richter & Hahn, 2009).

**Die therapeutische Funktion pflegerischen Handelns:** Das Handeln im Feld ist gekennzeichnet durch Überschneidungen mit medizinischen, sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Kompetenzen. Diese Aufgabe ist oftmals derart anspruchsvoll, dass es tiefer gehenden Spezialwissens bedarf, das jedoch den meisten ambulant Pflegenden nicht zur Verfügung steht (Richter & Hahn, 2009).

**Entscheidungszwang und Begründungspflicht im Arbeitsbündnis:** Psychiatrische Pflege ist durch praktische Entscheidungen unter Bedingungen der Risikoabwägung nach der „Gift-Gegengift-Logik“ (Oevermann, 1996, S. 132) gekennzeichnet. Die Interventionen des Professionellen sind somit grundsätzlich mit Eingriffen in die Integrität und Autonomie des Klienten verbunden und müssen durch die positiven Effekte im Hinblick auf die Klientenautonomie gerechtfertigt werden.

### 3.1.4 **Verwendete Kompetenzdefinition**

Um alle vorgenannten Aspekte abbilden zu können und den Netzwerkcharakter von Kompetenzen sowie ihre Anwendung im beruflichen Kontext zu erfassen, wird für die vorliegende Arbeit die Kompetenzdefinition von F. E. Weinert zugrunde gelegt (Weinert 2001, S. 27). Kompetenzen sind demnach

[...] die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.

Somit ist im Sinne dieser Arbeit *„Kompetenz ein kreatives Zusammenspiel von individuellen Dispositionen (z. B. Einstellung, Bewertung, Motivation) und Werkzeugen (z. B. Wissen, Skills, Fähigkeiten)“*. Die aus diesen Bausteinen generierten Kompetenzen kommen in der Performanz zur effektiven Anwendung. Sie sind als Disposition zur Selbstorganisation zu verstehen, beziehen sich auf das fühlende, denkende und handelnde Individuum und werden als Voraussetzung verstanden, auch in ungewissen Situationen sicher zu handeln, komplexe Aufgaben eigenständig zu lösen und selbstorganisiert schöpferisch Neues hervorzubringen (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2003). Formale Qualifikationen stellen im Sinne dieser Arbeit daher keine Kompetenzen dar, da unklar ist, ob diese überhaupt zum Tragen kommen. Als Befugnis verstandene Kompetenz ist hier insofern ebenfalls ausgeklammert, als kein Bezug zu einer Fähigkeit besteht.

Damit umfasst Kompetenz im Sinne dieser Arbeit also Einstellungen, Bewertungen, Motivationen, Wissen, Skills und Fähigkeiten.

In der pflegerischen (psychiatrischen) Praxis findet Handeln immer in einer bestimmten Situation statt – d. h. in einem Set miteinander verbundener Umwelten mit jeweils spezifischen Anforderungen und Akteuren, Gelegenheitsstrukturen und Bedingungen (Birkelbach, 2005). Das Handlungsziel weist immer auf eine Beeinflussung der Situation hin und steht mit der Situation in wechselseitigem Einfluss. Diese Kompetenzen zum Umgang mit Unwägbarkeiten stehen in der Praxis immer in enger Verbindung mit Gespür und Erfahrungswissen und erfahrungsgelenkt-subjektivierendem Arbeitshandeln sowie implizitem Wissen.

Dieser Arbeit soll es also um eine Analyse von Wissen, Fähigkeiten, Techniken (Skills), Werten, Motivationen und Erfahrungen gehen, denen psychiatrisch Pflegende in ihrer ambulanten Arbeit Bedeutung beimessen. Es soll eruiert werden, wie sie diese Bedeutung bewerten, ob es besonders wichtige und weniger wichtige Aspekte gibt und welche Kompetenzprofile sich daraus entwickeln.

## 3.2 Methoden kompetenzbezogener Pflegeforschung

Mit welchen Forschungsansätzen, Designs und Methoden werden Kompetenzen in der Pflegeforschung behandelt und untersucht? Sowohl Forschungen qualitativ-explorativer als auch quantitativ-statistischer Natur beschäftigen sich mit Kompetenzen bei ambulanter psychiatrischer Pflege. Beide Methoden wurden vor noch nicht allzu langer Zeit als Gegensatz begriffen; die Pflegewissenschaft trug somit einen ähnlichen Konflikt wie die Sozialwissenschaften Mitte des 20. Jahrhunderts aus. Die Debatte wurde zum Beispiel von Cutcliffe und Goward (2000) sowie Barker und Ritter (1997) zusammengefasst. Wenngleich sie aktuell beendet scheint, besteht die Trennung beider methodischer Ansätze fort. In Deutschland wird dies etwa in der Existenz unterschiedlicher Sektionen im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) sichtbar. Darüber hinaus existieren länderspezifische Präferenzen, so gilt das Vereinigte Königreich als Spitzenreiter in der qualitativen, die Niederlande als führend in der quantitativen Methodenlehre (Baur & Blasius, 2014). Dieser Gegensatz ist jedoch nur ein scheinbarer, wenn anstatt auf die vermeintlich größere Relevanz des einen oder anderen Ansatzes auf die Anwendungsfelder und Möglichkeiten der Ansätze fokussiert wird.

Im Folgenden werden zuerst die beiden großen Forschungsmethoden, also qualitative und quantitative Methodik beschrieben. Anschließend wird eine Übersicht über die Methoden, mit denen Pflegekompetenzen erforscht wurden, herausgearbeitet, um zu explorieren, warum beide Methoden zu unterschiedlichen Befunden führen und deswegen ihre Kombination für die aktuelle Arbeit notwendig ist.

### 3.2.1 Qualitative Sozialforschung

#### 3.2.1.1 Begriffsklärung

Qualitative Methodik kann als Sammelbegriff methodologischer Denkformen, Forschungsstile und Instrumentarien verstanden werden (Mey & Mruck, 2010, S. 37). Hussy et al. (2013, S. 185) stellten eine Reihe von als Merkmale zu verstehenden Prinzipien für qualitative Forschung zusammen: naturalistische Vorgehensweise, Verwendung offener Verfahren, Fallorientierung, holistisches und induktives Vorgehen, emergente Flexibilität des Designs, das Ziel zu beschreiben und zu verstehen, Verwendung interpretationsbedürftiger Daten, Interpretation von Forschenden als „Messinstrumente“, Versuch theoretischer Verallgemeinerung der Befunde und Rückgriff auf das Gütekriterium der Validität (für eine ausführliche Beschreibung siehe Hussy et al., 2013, S. 185).

Qualitative Forschung gilt vor allem dann als angemessen, wenn das *Erleben des Menschen* im Mittelpunkt der Untersuchung stehen soll (Hussy et al., 2013, S. 185). Das Ziel, subjektives Erleben und innere Prozesse zu explizieren, setzt die Verwendung sogenannter nicht standardisierter Daten voraus, also Berichte, Dokumente oder ähnliche Inhalte, die das Innenleben des Individuums abbilden. Qualitativer Forschung steht mittlerweile ein umfangrei-

cher Kanon an Forschungsmethoden und -verfahren zur Verfügung, um solche nicht standardisierten Daten zu analysieren (Mey & Mruck, 2010, S. 37), die flexibel an den jeweiligen Forschungsgegenstand angepasst werden können. Darüber hinaus finden sich in einigen Studien auch Kombinationen diverser Methoden, etwa Verbindungen aus Interviews und Dokumentenanalysen wie bei Arunachalam et al. (2000), die mittels dieses Methodenkanons die Datenbasis zur Erstellung eines Curriculums für ambulante psychiatrische Pflege aufbauten.

Dahinter steht die Erkenntnis, dass bereits einzelne neue Aussagen auch neue Aspekte für bestehende Theorien bedeuten können und diese Neuentdeckungen schon aus wenigen Beobachtungen heraus möglich scheinen (Brüsemeister, 2008, S. 8). Stichproben werden dabei in Abhängigkeit vom Untersuchungsgegenstand ausgewählt, also jene Menschen befragt, denen Erfahrungswissen über den Gegenstand zugeschrieben wird. Ziel qualitativer Forschung ist es, Einblicke in Erlebens- und Verhaltensmuster von Individuen zu erhalten. Vergleiche auf Gruppenebene sind in der Regel nicht Ziel qualitativen Arbeitens, vielmehr ist das Forschungsziel explorativ. Allerdings liefern mehrere übereinstimmende Beobachtungen durchaus Hinweise auf die Existenz valider Konstrukte (Bortz & Döring, 2007). Qualitative Forschung folgt daher eher einer induktiven Vorgehensweise, wenngleich sich nicht selten deduktive Elemente finden.

Zur systematischen Beschreibung qualitativer Forschung finden sich in der Literatur mehrere Herangehensweisen. In der Regel wird zwischen der Methode der Datenerhebung und der Analyseverfahren unterschieden, etwa bei Kleemann et al. (2013) oder Hussy et al. (2013), während Mey und Mruck (2010) darüber hinaus das Design der Untersuchung als Strukturmerkmal nennen. Auf inhaltlicher Ebene kann zwischen dem Fokus auf die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen und dem Fokus auf zugrunde liegenden Strukturen unterschieden werden (etwa Brüsemeister (2008)). Es gibt kein einheitliches und eindeutiges Schema zur Differenzierung qualitativer Methodologie, je nach zusammenfassendem Autor kommt es sogar zur Verknüpfung von Methoden zur Erhebung und Methoden zur Auswertung von Daten (z.B. Berg et al., 2004) oder es werden Verfahren mal eigenständig und mal als Abwandlung anderer Verfahren betrachtet; so behandelt nur Spöhring (2013) die Gruppendiskussionsmethode selbstständig.

### **3.2.1.2 Interviews als Datenbasis qualitativer Forschung**

Den meisten qualitativ orientierten Forschungsarbeiten liegen Interviews zugrunde (Schreier, 2013a, S. 224). Interviews sind insofern eine gezielte asymmetrische Kommunikation, als ein Dialogpartner die Fragen stellt und das Gegenüber antwortet. Dimensionen des Interviews sind der Grad der Strukturierung, die Anzahl der Befragten und die Modalität. Der Grad der Strukturierung bestimmt die Freiheit des Interviewers.



Beim unstrukturierten oder offenen Interview werden lediglich Themenkomplexe festgelegt, über die gesprochen wird, das Interview selbst entwickelt sich dynamisch (Schreier, 2013a). Bortz und Döring (2007) merken an, dass eine korrekte Bezeichnung für offene Interviews eher „Forschungs- und Feldgespräche“ wäre, da ein typisches Frage-Antwort-Muster häufig fehle, und stellen eine Tabelle mit verschiedenen Varianten der Einzelbefragungen vor (Bortz & Döring, 2007, S. 315). Welche Art von Interview genutzt wird, ist allein von der Fragestellung abhängig.

Das Leitfadeninterview, manchmal auch „fokussiertes Interview“ (Bortz & Döring, 2007, S. 316), ist eine stärker strukturierende Form. Es werden bestimmte Fragen im Voraus erarbeitet und zu unbestimmter Zeit im Gespräch gestellt. Dies setzt allerdings bereits Vorüberlegungen über den Interviewgegenstand voraus, um den Leitfaden erstellen zu können (Schreier, 2013a, S. 227). Vollstandardisierte Interviews, bei denen Wortlaut und Reihenfolge der Interviewfragen vorab festgelegt und für alle Teilnehmenden gleich sind, werden in der Pflegewissenschaft nahezu überhaupt nicht verwendet.

Nicht selten finden Fokus-Gruppen (Happell, 1996) in der Pflegeforschung Anwendung. Hierbei diskutieren Mitglieder einer für diesen Zweck zusammengekommenen Gruppe über ein vorgegebenes Thema, wobei Art der Moderation und Zusammensetzung der Gruppe variieren können. Im Bereich der Pflegewissenschaft werden Fokusgruppen zumeist aus Patienten (Mahone et al., 2011) oder Pflegenden (Stacciarini, 2008) gebildet, um deren spezifische Meinungen zu einem Thema oder den Beruf betreffenden Sachverhalt zu erfahren.

Die letzte relevante Dimension ist die Zielgruppe der zu Befragenden. Die Festlegung, ob Experten, Pflegende, Patienten oder Angehörige befragt werden sollen, geht nicht unbedingt aus der Ausgangsfragestellung hervor, sondern erfordert oftmals eine weitergehende Priorisierung der Fragestellung. Für den Fall einer Expertenbefragung schließt diese Priorisierung auch die Definition von Experten für den Sachverhalt ein (Helfferich, 2014).

Die Stärke des Interviewverfahrens besteht darin, Erzählungen, Argumentationen oder Begründungen explorieren zu können, also Informationen zu generieren, die mit einem standardisierten Fragebogen nicht erfassbar wären.

Trotz Alternativlosigkeit des Interviews bestehen methodische Nachteile. Das Ergebnis eines Interviews ist sowohl von Persönlichkeitsmerkmalen und Können des Interviewenden (Schreier, 2013a, S. 227) als auch von sprachlichen Fähigkeiten und Einstellungen zur Methode beim Interviewten abhängig (Mey & Mruck, 2010, S. 432). Die Erfassbarkeit von Erlebniswelten ist mit dem sprachlichen Ausdruck der interviewten Person verbunden; es ist wahrscheinlich, dass kommunikativere Individuen mehr Aspekte ihrer Innenwelt versprachlichen und der Methode zugänglich machen können als gehemmte und der Sprache weniger mächtige Menschen.

In der Regel sind die Untersuchungen der qualitativen Sozialforschung Post-hoc-Erhebungen, das heißt, die Befragten geben ihre Innenansichten in Bezugnahme auf ihre subjektive Erinnerung wieder. Während dies etwa beim biografischen narrativen Interview weniger problematisch und unter dem Gesichtspunkt des Zieles die Erfassung biografischer Deutungen sogar gewünscht ist (Brüsemeister, 2008, S. 99), können bei anderen Interviewzielen Probleme auftreten (Brüsemeister, 2008, S. 145). Je mehr Rückschlüsse für die Praxis aus den Wahrnehmungen Einzelner abgeleitet werden (wie es im Bereich der Pflegeforschung oft geschieht), desto kritischer sollte über die Möglichkeit systematischer Verzerrungen nachgedacht werden. Die Möglichkeiten der Verzerrung von Interviews werden in der Sozialforschung von nur wenigen Autoren erwähnt und eine Bestimmung des Ausmaßes ist schwierig, da die Mehrzahl der Studien Informationen über den Interviewer und die Interviewmodalitäten nicht berichtet (Bee et al. (2008).

Zu diesen Verzerrungen zählt etwa die Antwort nach sozialer Erwünschtheit (Collins et al., 2005). Da eine Befragung ein längeres Nachdenken erlaubt, besteht diese Gefahr insbesondere bei sensiblen Themen wie moralischen Fragen (Esser, 1986) oder sehr persönlichen Themen wie etwa Sexualität (Clement, 1990). Esser (1986, S. 10) differenzierte zwischen der kulturell bedingten Erwünschtheit, bei der internalisierte allgemeine Erwartungen verzerren, und der Verzerrung durch die Situation selbst, der sogenannten sozialen Erwünschtheit. Darüber hinaus gibt es keinen Grund anzunehmen, dass die Erkenntnisse der Personalpsychologie bezüglich Interviewverzerrungen nicht auch zu einem relevanten Grad auf pflegewissenschaftliche Interviews zutreffen. Schmidt und Hunter (1998) erstellten eine Übersicht über mögliche „Interview-Bias“, von denen einige als relevant für die Bewertung von Interviews außerhalb der Personalauswahl gelten können. Insbesondere wären sie in der Pflegeforschung zu erwarten, wenn die Befragten Zweifel an der Anonymität der Erhebung haben, die interviewende Person in einem Vorgesetztenverhältnis steht oder das Interview eine Leistungssituation suggeriert.

### **3.2.1.3 Verhaltensbeobachtungen als Erhebungsmethode**

Die Relevanz von auf Beobachtungsdaten basierenden Erhebungen hat in den vergangenen Jahren zugenommen. In der Pflegeforschung findet diese Form der Untersuchung etwa in Form eines in Kliniken oder Pflgeteams eingebetteten Beobachters statt. Ziel ist es, einen Einblick in den Alltag der Probanden zu erhalten, um etwa typische Verhaltensmuster, Interaktionsformen oder Reaktionen auf bestimmte Ereignisse zu erfassen.

Thierbach und Petschick (2014) unterscheiden fünf Dimensionen der wissenschaftlichen Beobachtung: verdeckt vs. offen, teilnehmender Beobachter vs. nicht teilnehmender, systematische vs. unsystematische Beobachtung, natürliche vs. künstliche Umgebung und Selbstbeobachtung vs. Fremdbeobachtung.

Der Vorteil einer begleitenden Forschung, im Rahmen derer der Forscher direkt im Alltag beteiligt ist, liegt darin, dass so überhaupt erst kritische Informationen sichtbar gemacht werden können (Flick, 1995). Solche kritischen Informationen könnten im Interview etwa verloren gehen, wenn Probanden sie für nicht wichtig erachten oder nicht verbalisieren können (Thierbach & Petschick, 2014). Jedoch sind Untersuchungen mit eingebetteten Forschern im Bereich der Pflegeforschung relativ selten. Wie etwa Aebi (1996) im Rahmen der Evaluation der Soteria Bern berichtet, werden begleitende wissenschaftliche Forschungen als störend für den Tagesablauf gesehen und vom Personal misstrauisch betrachtet.

Beobachter stören automatisch den natürlichen Ablauf einer Situation und fordern eine Reaktion des beobachteten Felds heraus (Schreier, 2013a, S. 239). Weiterhin stellt sich – wie beim Interview auch – stets die Frage, ob eine Generalisierung der Einzelbeobachtung auf ähnliche Settings zulässig ist (Bortz & Döring, 2007, S. 323). Einen weiteren Hinweis auf kritische Aspekte der Methode in der Pflegeforschung liefern Manuel und Crowe (2014). Wenngleich die Autoren die Methode selbst nicht verwendeten, diskutierten sie in ihrem Artikel den Umgang mit Verantwortlichkeit und äußerten, dass Pflegende systematisch aus Angst vor Fehlerzuweisungen Verantwortung abgaben. Die Wahrscheinlichkeit einer solchen Fehlerzuweisung würde unter Beobachtung allerdings steigen, weshalb von einer Änderung des gezeigten *Kompetenzprofils* ausgegangen werden könnte. Es ist wahrscheinlich, dass Pflegende die sich in einem solchen Prozess befinden eine andere Antwortstruktur aufweisen.

Die letztendlich in die Auswertung eingehenden Daten beruhen auf dem Feldprotokoll. Dies beinhaltet alle Aufzeichnungen des Forschers während seines Aufenthalts im Setting. In der Natur einer solchen Aufzeichnung liegen oftmals jedoch der Verlust von Daten durch die Transkription sowie eine subjektive Färbung durch den Beobachter selbst.

#### **3.2.1.4 Nutzung bereits vorhandener Daten**

Eine weitere Möglichkeit, an sozialwissenschaftlich nutzbare Daten zu gelangen, ist die Verwendung bereits vorhandenen Materials. Die Analyse von Dokumenten, etwa Arztbriefe, Dokumentationen und dergleichen, stellt hohe Anforderungen an den Datenschutz und es ist fraglich, ob die unterschiedlich gehandhabte Dokumentation von Kliniken und Pflegediensten, wie etwa in der Studie von Burdick et al. (1994), bei der es um den Outcome von Pflegeinterventionen im stationären Setting geht, ausreichend Informationen zur Verfügung stellt. Diese Bedenken ergeben sich auch vor dem Hintergrund, dass solche Dokumentationen für andere Zwecke als eine objektive wissenschaftliche Aufzeichnung ausgelegt sind (Salheiser, 2014). Der Vorteil solcher Daten liegt in ihrer relativ einfachen Zugänglichkeit bzw. der Möglichkeit, dort anzusetzen, wo Interviews nicht möglich sind.

Ein Sonderfall der Nutzung vorhandener Daten ist die Auswertung von Forschungsartikeln im Rahmen eines qualitativen Reviews (siehe S. 36). Das Ziel solcher Arbeiten ist eine Bündelung von Informationen, deren kritische Einschätzung und eine Generalisierung von Aussagen (Hasseler, 2007). Sei es aufgrund der anscheinenden Selbstverständlichkeit dieser Methode oder der seltenen Anwendung im deutschsprachigen Raum: Die systematische Übersichtsarbeit findet in den Methodensammlungen kaum Erwähnung. In einem Review werden Artikel nicht hinsichtlich des Ziels, den Wissenskorpus möglichst breit zu beschreiben, ausgewählt, sondern danach, wie charakteristisch sie für die Forschungsfrage sind, insbesondere ob sie neue Aspekte aufzeigen (Booth, 2001).

### 3.2.1.5 Auswertungsmethoden der qualitativen Sozialforschung

Auch wenn die qualitative Methodik gegenüber der quantitativen oft weniger eng durch Vorgaben und Verfahren eingegrenzt wirkt, ist sie nicht frei jeglicher Vorgabe. Chang und Horrocks (2008) führten etwa an, dass viele qualitative Studien ihrem hermeneutischen Anspruch nicht gerecht werden und über die Ebene des Paraphrasierens von Einzelaussagen keine weiteren Erkenntnisse liefern. Um den Erkenntnisgewinn und auch die Qualität der Befunde insgesamt zu erhöhen, wurden im Laufe der Zeit mehrere strukturierte Auswertungsmethoden qualitativer Daten entwickelt, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Brüsemeister (2008, S. 18) ordnet die Methoden der Sozialforschung anhand eines Kontinuums von Beschreibung zu Deutung und verortet die qualitative Einzelfallstudie als Verfahren mit der deutlichsten Tendenz zur Beschreibung. Ihr Ziel ist die Untersuchung eines wenig beforschten Bereichs anhand eines exemplarischen Individuums. Das narrative Interview (Schütze, 1978, 1983) stellt im Vergleich zur Einzelfallanalyse strengere Anforderungen an Datenerhebung und -auswertung. Konkret bedeutet dies eine stärkere Bezugnahme auf Gesellschaft und Zeit, das heißt, die Informationen des Interviewten werden in einen geschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext überführt.

Die auf Glaser und Strauss (1967) zurückgehende *Grounded Theory* ist im Mittelfeld des Kontinuums angesiedelt. Mit dieser Methode können mehrere Datenformen (z. B. Interviews, Beobachtungen, Dokumente) berücksichtigt und zu einer Theorie verdichtet werden. Ziel ist es, Modelle herauszuarbeiten, die soziale Prozesse erklären können. Dabei wird das Handeln des Einzelnen mit Gruppenprozessen in Verbindung gesetzt, wobei sowohl auf transkribierte Interviews (siehe S. 30) als auch auf vorhandene Dokumente (siehe S. 33) zurückgegriffen werden kann. Ein Verhaltenskanon soll dabei sicherstellen, dass die Weltsicht des Untersuchenden keinen relevanten Einfluss auf die Interpretation nimmt (also zur Vermeidung deduktiv gefärbter Fehlschlüsse) und stattdessen die Denkprozesse der Untersuchten in den Vordergrund treten (Strauss & Corbin, 1994), sodass sie ein stark induktiv arbeitendes Verfahren darstellt.

Die *Grounded Theory* wird relativ häufig in der Pflegeforschung eingesetzt. So untersuchten McCann und Clark (2003) die Rolle, die Pflegenden dabei spielen, dass Patienten Hilfsangebote aufsuchen. Galon und Graor (2012) nutzten die Methode, um die sozialen Prozesse zu beleuchten, die Personen mit schwerer chronischer psychischer Krankheit durchliefen, um erstmalig Hilfe anzunehmen, und Wilson und Crowe (2008) etwa leiteten mit dem Verfahren eine Theorie zur Arbeitszufriedenheit bei psychiatrisch Pflegenden im Gemeindeforum ab. In allen drei Fällen – und vielen weiteren – wurde die *Grounded Theory* genutzt, um Theorien und Erklärungsmodelle aus qualitativen Daten abzuleiten, worin auch ihre große Stärke besteht.

Bei Brüsemeister (2008) nicht beschrieben wird die *qualitative Inhaltsanalyse* (Mayring, 2000, 2010). Sie ist mit der *Grounded Theory* verwandt und auf einem ähnlichen mittleren Strukturniveau angesiedelt. Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse besteht in einer systematischen und überprüfbaren Textanalyse, die trotz der generellen Probleme mit sprachlichem Material wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht wird. Als junge Modifikation brachten Brunner und Mayring (2010) die Bezeichnung *qualitativ orientierte Inhaltsanalyse* ins Spiel, die eine nachvollziehbare Interpretation qualitativer Daten mit klassischen qualitativen Mitteln durch die Zuhilfenahme quantitativer Merkmale der Texte ermöglichen soll. Im Gegensatz zur *Grounded Theory* werden bei der *qualitativen Inhaltsanalyse* nicht automatisch Theorien und Verknüpfungen gebildet, Priorität hat vielmehr das Zusammenfassen von Text zu Sinneinheiten (Kategorien). Dabei folgt die qualitative Inhaltsanalyse einem festgelegten Ablauf. Die Kategorien entstehen in einer Rückkopplungsschleife, sodass sowohl vorhandene Kategorien (deduktiv) genutzt oder modifiziert als auch induktiv abgeleitet werden können (Mayring, 2000). Dementsprechend wurde die Methode vor allem genutzt, um kategoriale Informationen zu aggregieren, etwa von Ullrich et al. (2011) für Kommunikationsmuster bei Sprachtherapeuten in der Onkologie oder von Hyvonen und Nikkonen (2004) zur Bearbeitung der Frage, welche „Werkzeuge“ (im übertragenen Sinne) durch Personal in der Erstversorgung genutzt wurden.

Die *ethnomethodologische Konversationsanalyse* untersucht die Abwicklung von Alltagsanlässen durch soziale Gruppen, um die praktische Auswirkung von Werten und Normen auf den Lebensalltag herauszuarbeiten. Datenquelle ist hier ein Gesprächsmitschnitt, der auf verschiedene Botschaften und Handlungsmuster hin untersucht wird. Die Methode setzt daher das Erfassen von Details bis hin zu einzelnen Wortbetonungen und folglich eine sehr genaue Transkription voraus. Die Anwendung des Verfahrens in der Pflegeforschung ist relativ selten: Lloyd (2007) stellte in ihrer Studie etwa die Methoden des Empowerment welche von psychiatrisch Pflegenden verwendet werden in den Fokus und arbeitete die Auswirkung der individuellen Methoden zu diesem Thema heraus und Buus (2006) untersuchte

Prozesse bei der Vermittlung von Wissen durch psychiatrisch Pflegende und die diese Vermittlung beeinflussenden Faktoren.

Die *objektive Hermeneutik* gilt laut Brüsemeister (2008) als am stärksten theoriegenerierendes Verfahren qualitativer Forschung. Als reines Auswertungsverfahren stellt sie keine Anforderungen an die Datenerhebung, außer dass diese in Textform vorliegen müssen. Mit dem Verfahren wird versucht, zugrunde liegende Strukturen für manifest gewordenes Verhalten von Akteuren aufzudecken (ausführlich Oevermann (2000)). Praktisch wird das Quellenmaterial in einzelne Sequenzen untergliedert, die mit einer Interpretation versehen werden. Es liegt in der Herkunft des Verfahrens aus der Soziologie begründet, dass innerpsychische und persönliche Gründe der analysierten Personen als Niederschlag gesellschaftlicher Regeln interpretiert werden. Das Verfahren wird relativ häufig in der Forschung rund um psychiatrische Pflege verwendet. Zum Beispiel nutzte Currid (2008) die Methode, um Stressoren bei psychiatrisch Pflegenden zu identifizieren, de Wit und Davis (2004) leiteten drei Kategorien (Bildung, Ressourcen und Rolle der Pflege) im Zusammenhang mit dem Verständnis häuslicher Gewalt durch Pflegende ab und Nystrom und Lutzen (2002) untersuchten die Unterschiede zwischen psychiatrischer Regelversorgung und Zu-Hause-Behandlung in Schweden. Es sei erwähnt, dass die meisten Studien nicht dezidiert objektive Hermeneutik als Verfahren benennen, sondern von „hermeneutischer Tradition“ als Methode sprechen, sodass eine Abweichung von der idealisierten Methode möglich scheint.

Eine weitere qualitative Auswertungsmethode ist die erstmals von Tiryakian (1968) als solche erwähnte *Typenbildung*, bei der aus in der Regel interviewbasiertem Datenmaterial verschiedene Gruppen herausgearbeitet werden. Gruppen sind in diesem Kontext eine Zusammenfassung von Menschen, die hinsichtlich Handlungsmuster, Einstellungen, sozioökonomischer Faktoren, Weltsicht oder vergleichbarer Variablen als ausreichend homogen innerhalb der eigenen Gruppe und abgrenzbar gegenüber anderen Gruppen angesehen werden können. In seinem Resultat stellt das Verfahren daher die qualitative Antwort auf die Clusteranalyse der quantitativen Methodik dar (Kuckartz, 2010). Eine beispielhafte Studie stammt von Herrmann und Flick (2012), in der die Autoren anhand von Interviews drei Typen von Bewohnern eines Pflegeheims hinsichtlich der Gründe ihrer Einschlafprobleme aufstellten.

Der Methodenkanon qualitativer Sozialforschung ist mit dieser kursorischen Zusammenfassung noch nicht ausreichend beschrieben. So existieren spezifische Weiterentwicklungen oder Abwandlungen der vorgestellten Verfahren, um besondere Sachverhalte zu beleuchten, sowie Mischformen zwischen den Verfahren.

### **3.2.1.6 Synthesen in der qualitativen Methodik**

Zusammenfassungen von Einzelbefunden wurden innerhalb des Kontexts von Pflege mehrfach vorgenommen. Synthesen bauen in der Regel auf qualitativen Forschungen auf und

versuchen, deren Erkenntnisse vor dem Hintergrund einer bestimmten Fragestellung zu bündeln. Der Vorteil solcher Analysen liegt darin, dass sie Gemeinsamkeiten verschiedener Studien herausstellen und validieren können.

Hasseler (2007) setzte sich auf theoretischer Ebene mit Übersichtsarbeiten in der qualitativen Forschung auseinander, die aus Befunden und Erkenntnissen mehrerer qualitativer Einzelarbeiten gemeinsame Theorien und Modelle herausarbeiten wollten. Booth (2001) führte hierzu aus, dass das Review auf im Vorfeld definierten Qualitätskriterien aufbauen und durch mehrere Forscher realisiert werden müsse. Auch empfahl er, die Ergebnisse der Synthese mit weiteren Untersuchungen zu stützen.

Für die Zusammenfassung mehrerer qualitativer Studien böten sich laut Hasseler (2007) mehrere Methoden an. Dazu gehört die Meta-Ethnografie, bei der anstatt der Daten die Interpretationen der einzelnen Studien zusammengefasst und hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Widersprüchen verglichen werden (Noblit & Hare, 1988). Die ausgeprägte Strukturiertheit der Methode, die etwa bei Weed (2005) oder Dixon-Woods et al. (2005) beschrieben wird, geht allerdings auch mit einem erheblichen Aufwand einher. Alternativ erwähnt Hasseler (2007) eine mögliche Synthese mittels Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967). Die Studien werden dabei als Daten betrachtet, identifizierte Konzepte als Kategorien behandelt und deren Beziehungen dann diskutiert. Eine solche Vorgehensweise bietet sich an, wenn Theorien aus dem Wissenskörper abgeleitet werden sollen. Überdies wird die qualitative Inhaltsanalyse als mögliches Vorgehen bei Hasseler (2007) erwähnt, deren Nachteil ebenfalls im Reduktionismus liegt, wenngleich sie auf die Begriffe der Reliabilität und der Validität zurückgreift

Zuletzt wird auf die Metasynthese verwiesen, die auf die Meta-Ethnografie nach Noblit und Hare (1988) zurückgeht, deren Ziel wiederum die Identifikation von Themen oder Konzepten einer Studie und anschließend deren Übersetzung in das Konzept einer anderen Studie ist (Nowak, 2010). Die Metasynthese stellt vereinfacht gesagt die Anwendung dieses Verfahrens auf die Synthese mehrerer qualitativer Arbeiten dar. Bei Metasynthesen werden die Aussagen von Studien wie Aussagen von Studienteilnehmern in Originalarbeiten behandelt. Gesucht wird innerhalb der Aussagen nach Themenkomplexen, Gemeinsamkeiten und Widersprüchen, also zugrunde liegenden Strukturen, um einen ganzheitlichen Blick im Sinne einer „lines-of-argument synthesis“ (Barnett-Page & Thomas, 2009) zu erhalten. Konkret werden zu solchen Aussagen zuerst Paraphrasen abgeleitet und dann synthetisiert, um die gesuchten Themen zu erhalten. Die bereits erwähnte Arbeit von Richter und Hahn (2009) folgt dieser Methode.

In ihrer strengen Form werden nur qualitative Originalarbeiten berücksichtigt. Die Strenge der Einschlusskriterien variiert zwischen den Autoren (Richter et al., 2010). Ein generelles Problem des Vorgehens besteht im Informationsverlust, der im ersten Schritt in Kauf ge-

nommen wird. So sind Originalaussagen, wenn überhaupt vorhanden, nach bestimmten Kriterien (etwa Repräsentativität) vorselektiert (Weed, 2005).

### **3.2.2 Quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung**

Der Methodenkanon der quantitativen Forschung ist bei Weitem zu umfassend, um ihn hier darzustellen. Interessierten Lesern seien an dieser Stelle Übersichtswerke nahegelegt, etwa die Werke von Backhaus, Erickson und Kollegen (Backhaus et al., 2013; Backhaus et al., 2015), Bortz (Bortz, 2013; Bortz & Döring, 2007) sowie Baur und Blasius (2014) und Hussy et al. (2013), die sowohl qualitative als auch quantitative Methodik behandeln. Reichertz (2014, S. 71) verweist auf drei Glaubenssätze, nämlich *„dass (a) auch die Welt der sozialen Ordnung und die Welt der handelnden Akteure recht stabil, (b) von Gesetzmäßigkeiten bestimmt und (c) direkt oder indirekt beobachtbar sind.“*

In der quantitativen Methodik werden numerische Werte mit mathematisch-statistischen Verfahren verarbeitet, wobei je nach Verfahren und Datenverarbeitung unterschiedliche Aussagen möglich werden. Zudem liegt es in der Natur der Verfahren, dass subjektive Meinungen maximal indirekt, also nach der Transformation in numerische Werte, berücksichtigt werden können.

Der Fokus des Erkenntnisgewinns ist anders ausgerichtet: So steht weniger das Erlangen neuer Erkenntnisse als vielmehr die Überprüfung von Hypothesen im Vordergrund. Dabei können sowohl Kausalhypothesen als auch Zusammenhangshypothesen geprüft werden.

Wie auch die qualitative Forschung unterscheidet die quantitative Forschung zwischen der Methode der Datenerhebung und der Auswertungsmethode. Eine größere Bedeutung nimmt dazu noch der Aufbau des Experiments ein, der sowohl über Datenerhebung als auch über die Auswertungsmethode mitbestimmt (Hussy et al., 2013, S. 26).

#### **3.2.2.1 Forschungsdesign in der quantitativen Methodik**

Als Goldstandard in der quantitativen Methodik gilt das Experiment, dass von Hussy (2013), S. 120) definiert als *„die systematische Beobachtung einer abhängigen Variablen unter verschiedenen Bedingungen einer unabhängigen Variablen bei gleichzeitiger Kontrolle der Störvariablen, wobei die zufällige Zuordnung von Probanden und experimentellen Bedingungen gewährleistet sein muss.“*

Das Experiment dient der Beantwortung von Kausalhypothesen und soll temporale (zeitliche Folge zweier Ereignisse), konditionale (ein Ereignis ist die Bedingung eines anderen), finale (ein Ereignis tritt auf, damit ein anderes folgen kann) und kausale (ein Ereignis ist die Ursache eines anderen) Fragen beantworten (Hussy, 2013), S. 120). Zu diesem Zweck muss das Experiment eine Reihe von Anforderungen erfüllen, d. h. Störfaktoren idealerweise ausgeschlossen, zumindest aber kontrolliert werden. Daneben werden Probandenmerkmale kon-



trolliert, indem Stichproben (im Unterschied zur qualitativen Stichprobenziehung) möglichst zufällig (randomisiert) aus der möglichen Menge von Versuchspersonen gezogen werden und aus möglichst vielen Individuen bestehen. Für die Berechnung notwendiger Stichprobengrößen stehen Formeln zur Verfügung, die etwa in Programmen wie GPower umgesetzt werden (Faul et al., 2007).

Als hochwertigste Form des Experiments gilt die randomisierte Kontrollstudie (RCT). Neben einer wie oben beschriebenen Randomisierung soll eine solche Studie auch mindestens eine Kontrollgruppe zufälliger Zuordnung aufweisen, deren Ergebnis mit der Experimentalgruppe (manchmal auch Treatment-Gruppe) verglichen wird. In der Experimentalgruppe wird die im Zentrum der Untersuchung stehende Variable manipuliert (Hussy, 2013). Dies setzt auch objektive Messungen, etwa in Form standardisierter Tests und Assessments oder klinischer Variablen, voraus, zwischen denen der Gruppenvergleich stattfindet. In der Pflegeforschung werden solche Designs vor allem angewandt, wenn spezielle Programme untersucht werden sollen. Cullum et al. (2007) untersuchten zum Beispiel die Effektivität von Liaison-Kräften aus dem psychiatrisch-pflegerischen Bereich, die einen Behandlungsplan für depressive Erkrankungen im geriatrischen Bereich aufstellten und dessen Durchführung überwachten. Zwar verbesserte sich in der Studie die Behandlungszufriedenheit, ein Effekt auf die Symptome blieb jedoch aus.

Eine Sonderform des Experiments ist das Quasi-Experiment. Sein Hauptmerkmal liegt in der fehlenden Randomisierung, d. h., die Versuchspersonen bilden entweder bereits natürliche Gruppen oder eine zufällige Zuordnung ist aus pragmatischen oder ethischen Gründen nicht möglich. Dieses Design findet sich im klinischen Umfeld recht häufig. Die Untersuchung von Bramesfeld et al. (2013) zu aufsuchenden multiprofessionellen Teams im deutschsprachigen Raum stellt ein solches Beispiel dar. Oft ergeben sich quasi-experimentelle Designs aus dem Umstand, dass jegliche zufällige Randomisierung ethisch nicht vertretbar wäre oder die ökonomischen Gegebenheiten eine Gruppenteilung schlicht nicht zulassen.

Andere Designs werden zu den nicht experimentellen Forschungsmethoden gezählt. Ihnen ist gemein, dass sie nicht zwischen abhängiger und unabhängiger Variable unterscheiden. Ziel dieser Verfahren ist nicht die Prüfung von Hypothesen, sondern die Beschreibung eines Sachverhalts. Dazu werden möglichst viele beteiligte Variablen identifiziert und in einen Zusammenhang gestellt, idealerweise dann in einem Folgeschritt ein Experiment abgeleitet.

In dieses Feld fallen Korrelationsstudien, bei denen der Zusammenhang zwischen zwei Variablen gemessen, jedoch keine statistische Aussage zu Unterschieden zwischen den Gruppen getroffen wird. Die Korrelationsstudie ist ein exploratives Design; Kausalität kann mit diesem Verfahren nur indirekt analysiert werden. Selten werden Studien als Korrelationsstudien konzipiert und Korrelationen in der Regel als „Nebenprodukt“ der Untersuchung angegeben, wie etwa bei Karabacak et al. (2013), die Verbindungen zwischen Selbstwirksamkeit

und psychomotorischen Fertigkeiten bei Pflegeschülerinnen untersuchten. Während die eigentliche Evaluation mittels t-Tests durchgeführt wurde, enthielt der Artikel auch eine Angabe zur Korrelation zwischen den Probanden-Scores und einer Checkliste für die Durchführung von Injektionen.

Aufbauend auf einer Korrelation sind die dimensionsreduzierenden Verfahren Faktorenanalyse und Hauptkomponentenanalyse, mittels derer aus den Zusammenhängen zwischen Variablen solche abgeleitet werden können, die ihnen möglicherweise zugrunde liegen. Der Hauptverwendungszweck liegt in der Validierung und Erstellung standardisierter Testverfahren. Romero-Sanchez et al. (2013) entwickelten etwa mit diesem Verfahren die spanische Version einer Skala, um die Einstellung von Pflegenden zu Pflegediagnosen zu erfassen. Die Hauptkomponentenanalyse prüfte in diesem Fall, ob Antworten der Versuchspersonen auf einen einzelnen Faktor zurückführbar sind, ob also außer der Einstellung noch andere Determinanten des Ergebnisses wirken. Im konkreten Fall deuteten die statistischen Daten von 621 Versuchspersonen (Faktorenanalysen und Hauptkomponentenanalysen benötigen für solche Fragestellungen eine große Fallzahl) auf die Validität der Skala hin. In dieser Arbeit wird eine Hauptkomponentenanalyse im Rahmen der Q-Methodologie verwendet, eine ausführliche Beschreibung des Verfahrens leistet Abschnitt 5.4.2 ab S. 127.

Die zweite Form nicht experimenteller Untersuchungen sind die rein deskriptiven Erhebungen, die entfernt als Äquivalent zum qualitativen Interview gesehen werden können; auch hier werden Personen zu einem bestimmten Sachverhalt befragt, jedoch lediglich numerische Daten oder Daten, die sich valide in solche transformieren lassen, erfasst (demografische Variablen). Bei den meisten Studien finden sich zumindest in Form der Stichprobenbeschreibungen deskriptive Aussagen. Studien mit rein deskriptiven Designs sind selten, allerdings sind Reporte von Krankenkassen, Aussagen über Krankheitshäufigkeiten in Fachbüchern und ähnliche Zahlenangaben strenggenommen bereits deskriptive Statistiken. Aufgrund der leichten Durchführbarkeit und Auswertbarkeit solcher Untersuchungen werden sie nicht selten als „Nebenprodukt“ anderer, auch qualitativer Erhebungen eingesetzt.

### **3.2.2.2 Quantitative Erhebungsmethoden**

Mittels quantitativer Methodik können theoretisch alle Arten numerischer Daten ausgewertet werden, d. h. auch solche, die erst in numerische Daten transformiert wurden (Stein, 2014, S. 150). Es ist auch möglich, qualitative Daten in quantitative zu überführen, nicht aber vice versa. Bortz und Döring (2007, S. 298) erwähnen als Beispiel die Post-hoc-Einordnung von Aussagen (wie etwa Zufriedenheitsaussagen) in entsprechende Skalen, die dann quantitativ-statistisch ausgewertet werden.

Das Hauptmittel der quantitativen Forschung ist die fragebogengestützte Erhebung. Diese kann sehr speziell sein, wie etwa der von Yoon et al. (2009) generierte Fragebogen zum

Messen der EDV-Kompetenz von Pflegenden, oder generell, wie das *Irish nursing minimum data set for mental health* (Morris et al., 2010), ein Programm zum Erfassen standardisierter Pflegeprozeduren. Es beruht auf Studien von Butler et al. (2006), Hyde et al. (2006) und Scott (2006). Studien, die Informationen über die Genese des Fragebogens bereitstellen, sind allerdings eher die Ausnahme. Oft werden keine Informationen über die Genese des Fragebogens gegeben, ebenso fehlt es – dies ist bei vergleichenden Untersuchungen oftmals problematisch – an Gütekriterien oder Angaben zur Validität von Fragebögen, die in quantitativen Untersuchungen schon aus statistischen Überlegungen heraus relevant sind.

Neben der Abfrage von Kompetenzen werden Fragebögen zur Evaluation von Programmen eingesetzt. An dieser Stelle dient der Fragebogen dann nicht zur Überprüfung von Kompetenzen, sondern dem Outcome des Einsatzes von Kompetenzen bzw. Pflegeinterventionen. Für diesen Zweck müssen Fragebögen nicht speziell konstruiert, sondern können aus anderen Settings übernommen werden. Solche für andere Kontexte entwickelten Fragebögen, etwa die *Schizophrenia Family Work Scale* (Lam et al., 1993), können auch bei Pflegenden eingesetzt werden, um deren Fähigkeiten im Umgang mit den entsprechenden Patienten zu erfassen (Devane et al., 1998). Auch die aus dem therapeutischen Bereich stammende *Cognitive Therapy Scale* (Blackburn et al., 2001; Vallis et al., 1986; Young & Beck, 1980) ließ sich mit geringem Aufwand für Pflegende adaptieren (Devane et al., 1998), ebenso das für die Erfassung von Führungsfähigkeiten konzipierte *Leadership and Management-Inventory* (Skytt et al., 2008).

Bee et al. (2008), die sich in ihrem Review mit Erwartungen und Ansichten zu britischen Pflegenden beschäftigten, stellten jedoch ernüchtert fest, dass in nur einem von acht Fällen ein validiertes Instrument eingesetzt worden war. Somit verhält es sich an dieser Stelle ähnlich wie in qualitativen Untersuchungen: Der Einsatz einer bestimmten Methode impliziert noch keinen validen erkenntnistheoretischen Gewinn.

### 3.2.2.3 Quantitative Auswertungsmethoden

Wie die Erhebung ist die Auswertung der Daten bereits vor Durchführung der Untersuchung deren Zielen und der Art, wie die Daten vorliegen, untergeordnet. Aufgrund der Vielfalt der Methoden soll an dieser Stelle nicht detailliert darauf eingegangen werden, sondern lediglich eine Zusammenfassung einiger relevanter Grundprinzipien erfolgen.

Nahezu alle Verfahren der quantitativen Methodik setzen ein bestimmtes Datenformat voraus. Anders ausgedrückt, kann das Format auch vorgeben, welche statistische Berechnung zum Einsatz kommen kann. Die jeweiligen Voraussetzungen an die Datenstruktur begründen sich über die mathematischen Eigenschaften des Verfahrens.

Die erste zu treffende Unterscheidung ist die nach dem Maßstab, ob die Daten also nominal-, ordinal- oder intervallskaliert sind. Bei nominalskalierten Daten stehen die einzelnen Werte

nicht in einer Wertereihe, sind also nicht mit den Termini „mehr“ oder „weniger“ zu beschreiben. Beispiele sind Gruppenzugehörigkeiten, Geschlechter oder Berufsgruppen. Daten dieser Skalierung sind nicht sinnvoll in mathematischen Operationen zu verwenden. In der Statistik haben jedoch Häufigkeiten des Vorkommens eine Bedeutung, etwa ob in einer konkreten Gruppe mehr Frauen als erwartet vorkommen. Ordinale Daten stehen in einer natürlichen Rangfolge, sodass ein höherer Wert der Variablen auch einem höheren Rang entspricht. Über den Abstand zwischen den Rängen lässt sich aber keine Aussage treffen. Eine klassische Analogie wäre die Platzierung in einer Erhebung der Zufriedenheit von Patienten, bei der es unerheblich ist, ob zwischen den Plätzen 1 und 2 doppelt so viele, viermal so viele oder ein Bruchteil der Punkte liegen wie zwischen den Plätzen 2 und 3. Bei intervallskalierten Daten jedoch wird die Größe der Abweichungen berücksichtigt. Es ist prinzipiell möglich, Daten von einem höheren Niveau auf ein niedrigeres zu transformieren, nicht aber umgekehrt.

Die zweite Unterscheidung betrifft die Beziehung zwischen oder innerhalb einer untersuchten Gruppe. Sind nur reine Zahlenangaben, also Mittelwerte oder Standardabweichungen von Interesse (wie in den meisten publizierten Umfragen), wird von deskriptiver Statistik gesprochen.

Soll geprüft werden, ob sich zwei Gruppen hinsichtlich eines Merkmals unterscheiden, wird auf sogenannte Signifikanztests zurückgegriffen. Hierunter fallen gängige Verfahren wie der T-Test, bei dem zwei Gruppen bzw. eine Gruppe zu zwei Zeitpunkten verglichen werden, und die Varianzanalyse (ANOVA), bei der mehrere Gruppen und Zeitpunkte berücksichtigt werden können. Signifikanztests müssen auf das Skalenniveau der Daten und das Vorhandensein bestimmter Merkmale abgestimmt sein. So setzt eine Varianzanalyse streng genommen voraus, dass die Varianz (als Maß für die Streuung der Daten innerhalb beider Gruppen) gleich ist.

Bei der Exploration des Zusammenhangs zweier Werte oder Merkmale von Gruppen werden Zusammenhangsmaße verwendet, deren bekanntestes der Korrelationskoeffizient ist, der Werte zwischen  $-1$  und  $+1$  annehmen kann. Dabei bedeuten Werte unter  $0$ , dass mit der Erhöhung der einen Variablen der Wert der anderen sinkt, und hohe Werte, dass beide Werte zusammen steigen oder fallen. Werte von  $0$  hingegen weisen auf das Fehlen eines Zusammenhangs hin. Durch Einbezug weiterer Variablen können solche Zusammenhänge bereinigt oder genutzt werden, um die Vorhersage von Werten zu stützen (Regression). Korrelationen setzen intervallskalierte Variablen voraus, für andere Skalenniveaus werden andere Zusammenhangsmaße verwendet.

Auch die quantitative Methodik kennt die Verzerrung durch soziale Erwünschtheit und versucht diese unter Rückgriff auf elaborierte mathematisch-statistische Verfahren einzudäm-

men, etwa indem einzelne Probanden beim Ausfüllen von Fragebögen gezielt um die Darstellung einer konfundierenden Meinung gebeten werden (Van de Mortel, 2008).

### **3.2.3 Schnittmengen qualitativer und quantitativer Forschung**

Der Unterschied zwischen beiden Methoden ist nicht mit einer generellen Unvereinbarkeit gleichzusetzen, auch wenn es in beiden Lagern kritische Stimmen in Bezug auf die Relevanz des anderen Ansatzes in der Pflegeforschung gibt. Die Debatte über die vermeintliche Unvereinbarkeit erreichte zur Jahrtausendwende ihren Höhepunkt.

Im Rahmen des Methodenstreits der Pflegewissenschaften wurde versucht, eine Entscheidung für oder wider eine der beiden großen Traditionen zu treffen. Vor- und Nachteile von Verfahren wurden unter Bezugnahme zur jeweils anderen Tradition aufgestellt, wobei die unterschiedliche Ausrichtung und die diversen Ziele der Methoden nur unzureichend berücksichtigt wurden. Der Versuch, die eine oder andere Tradition als „höherwertiger“ zu deklarieren, vernachlässigt, dass beide Traditionen unterschiedliche Erkenntnisziele verfolgen, die sich nicht gegenüberstehen, sondern ergänzen.

Trotz aller Gegensätze bestehen zwischen beiden Forschungstraditionen durchaus Schnittmengen. Eine Kombination beider Traditionen findet sich bei den sogenannten *Mixed-Methods*-Studien bzw. -Designs. Von einer *Mixed-Method*-Studie wird gesprochen, wenn Elemente beider Traditionen in einer Untersuchung kombiniert werden, beim *Mixed-Method*-Design werden jeweils eigenständige Studien mit Methoden aus einem der Bereiche durchgeführt und die Befunde danach synthetisiert. Davon ist begrifflich die *Multi-Method*-Studie abzugrenzen; dieser Begriff referiert auf eine singuläre Studie, die mehrere Verfahren einer Forschungstradition anwendet (Schreier, 2013b, S. 292).

Die Möglichkeiten solcher Untersuchungen liegen in der Validierung von Befunden, aber auch in der wechselseitigen Ergänzung zunächst widersprüchlicher Befunde. Es gibt bisher keine einheitlichen und akzeptierten Modelle zur Verbindung qualitativer und quantitativer Forschung, daher fehlen etwa spezielle Gütekriterien für diese Art der Sozialforschung. Wenngleich sie nicht immer als *Mixed-Method*-Untersuchungen gekennzeichnet werden, scheinen Bedeutung und Durchführung solcher Designs in der Forschung an psychiatrisch Pflegenden durchaus zuzunehmen (Kettles et al., 2011).

Es wird bereits von einer *Mixed-Method*-Studie gesprochen, wenn in verwendeten Fragebögen sowohl geschlossene (d. h. im Ergebnis statistisch-quantitativ verwertbare) als auch offene (d. h. im Ergebnis qualitativ zu interpretierende) Fragen verwendet werden, die allerdings aufeinander bezogen sind (Salheiser, 2014). Ein Beispiel wäre eine Einschätzung der Zufriedenheit im Team mit anschließender offener Frage nach den Gründen für diese Einschätzung. Prebble et al. (2011) nutzen ein solches Design, um die Qualität der Zweitmeinung psychiatrisch Pflegender in Bezug auf Zwangsbehandlungen zu untersuchen.

Die quantitative Inhaltsanalyse als Verfahren ist ebenfalls ein klassisches Mixed-Method-Verfahren. Hierbei werden quantifizierbare Inhalte qualitativer Daten ausgezählt, etwa Worthäufigkeiten, die Anzahl vergebener Codings, Übereinstimmungen zwischen Ratern bei der Vergabe von Codes und vieles mehr. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass die Anforderungen an Codes in wissenschaftlichen Arbeiten im qualitativen Bereich gegenüber dem quantitativen weniger streng sind. So wird die Aussagekraft solcher Codings nicht unbedingt ersichtlich (Salheiser, 2014).

Einen fruchtbaren, beide Traditionen kombinierenden Ansatz stellt die Delphi-Methode dar (Walker et al., 2000; White, 1991). Hierbei wird in einem Pretest ein Gegenstand erarbeitet, der dann im nächsten Schritt operationalisiert und im eigentlichen Verfahren einer weiteren Gruppe vorgelegt wird. Verwendet wurde diese Methodik etwa von Armstrong et al. (2000) bei einer Untersuchung zur ethischen Entscheidungsfindung bei ambulant arbeitenden psychiatrisch Pflegenden in Australien, wobei die Befragung drei Durchgänge aufwies. Ebenfalls in Australien verortet ist die Studie von McCullough et al. (2012), bei der ein Expertengremium über mögliche Quellen für Gewalt gegen Pflegende befragt wurde. Im zweiten Schritt der Studie erfolgte dann eine Priorisierung dieser Risikofaktoren, die, wenn auch „nur“ auf deskriptivem Niveau, in diesem Fall den quantitativen Teil der Arbeit darstellt.

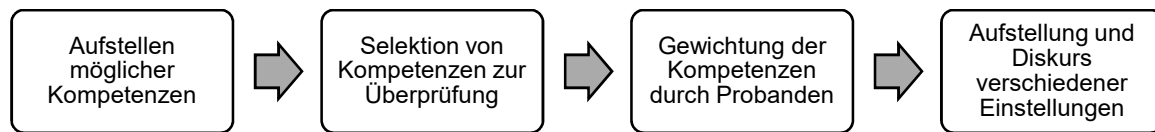
Ebenfalls an der Schnittmenge zwischen beiden Forschungstraditionen liegt die Q-Methodologie (Brown, 1996), in deren Rahmen Probanden Statements (Items) auf Karten erhalten. Diese Karten müssen sie an einen Anordnungsstrahl legen, der eine eindimensionale Skala darstellt (etwa von „starker Zustimmung“ über „neutral“ bis zu „starke Ablehnung“). Obgleich auch freie Anordnungen möglich sind, ist es nicht selten, dass nur eine bestimmte Menge Karten in einer bestimmten Kategorie verordnet werden darf. Die verschiedenen Anordnungen der Versuchspersonen werden dann statistisch mittels Faktoren- bzw. Hauptkomponentenanalyse ausgewertet. Die Besonderheit hier ist, dass nicht die Dimensionen von Variablen reduziert werden, sondern die Versuchspersonen selbst die Variablen bilden, sodass das Verfahren schließlich Versuchspersonen nach Ähnlichkeit gruppiert und so „Meinungsbilder“ bzw. „Gruppen“, „Einstellungsmuster“ oder „Handlungstypen“ sichtbar macht. Diese wiederum werden sowohl hinsichtlich der Items, aus denen sie gebildet sind, als auch hinsichtlich der Aussagen von Probanden, die eine ausgeprägte (statistische) Assoziation mit dem „Meinungsbild“ aufweisen, ausgewertet. Am Ende resultieren mittels quantitativer und qualitativer Aussagen fundierte Eindrücke.

### **3.2.4 Spezielle Konsequenzen für die Arbeit**

Die Aufgabe dieser Arbeit ist es, Einstellungen zur Gewichtung von Kompetenzen anhand der empfundenen Bedeutsamkeit von Kompetenzen für den Berufsalltag ambulanter psychi-

atrisch Pfleger aufzustellen und Begründungen für diese Gewichtung herauszuarbeiten. Daher resultieren vier Aufgaben, für die methodische Lösungen gefunden werden müssen.

**Abbildung 1: Folge der zu lösenden Aufgaben hin zum Diskurs der Einstellungen zu Kompetenzen**



### 3.2.4.1 Aufstellen möglicher Kompetenzen

Unabhängig von den Folgeschritten muss das Aufstellen möglicher Kompetenzen der erste Schritt sein. Diesbezüglich existieren zwei Wege: Entweder wird die Liste der Kompetenzen im Interview durch die Probanden direkt angegeben (bottom-up) oder die Kompetenzen aus der Literatur abgeleitet und dann den Probanden vorgelegt (top-down).

Für den ersten Fall Weg bieten sich augenscheinlich Interviews an. Es werden an dieser Stelle allerdings mehrere Probleme gesehen. Das erste ist die schwierige Vereinbarkeit der Methode mit der Reichweite der Studie. Die meisten im Vorfeld gesichteten Arbeiten, die Pfleger, Patienten oder Angehörige nach Kompetenzen im weitesten Sinne fragten, grenzten ihre Frage mehr oder weniger deutlich ein. Adam et al. (2003) fragten etwa nur danach, was Patienten an ambulant psychiatrisch Pflegenden schätzten, oder Baldwin und Griffiths (2009) nach Assessment bei Depression und selbstverletzendem Verhalten. Eine Frage nach allen Kompetenzen scheint auf den ersten Blick daher unökonomisch, zumal in diesem Schritt weder eine Gewichtung der Kompetenzen noch eine Begründung für diese Gewichtung erfolgt. Dies ist umso beachtenswerter, als aufgrund der begrenzten Anzahl ambulanter psychiatrischer Pflegedienste im Erhebungsgebiet und einer wegen des Alltags in der Profession nicht unbedingt hohen Responder-Rate auch nicht klar ist, ob eine für eine umfassende Leistung ausreichende Zahl an Probanden zustande kommt.

Dieses Problem würde sich auch bei einem schriftlichen Interview stellen. Es wird keine ausreichend hohe Responder-Rate erwartet, zudem würden wahrscheinlich nur besonders engagierte und interessierte Pfleger an dieser aufwändigen Untersuchung teilnehmen, weswegen die Stichprobe in einem nicht hinnehmbaren Maß systematisch verzerrt wäre.

Die Alternative erscheint daher vielversprechender. Die Literaturrecherche ermöglicht ein Auflisten von Kompetenzen abseits des Patientenkontakts. An dieser Stelle bietet sich eine Inhaltsanalyse an, da hier nun zugleich mit einer Kategorienbildung die Menge der Kompetenzen auf ein untersuchungsgeeignetes Maß reduziert werden kann. Zwar ist auch hier ein Informationsverlust durch Reduktion des Detailgrads gegeben, wird aber als weniger gravierend eingeschätzt als Informationen gar nicht erst zu erhalten. Ein weiterer ökonomischer Vorteil liegt somit in der Möglichkeit, die Suche und die Selektion zu verbinden.

An dieser Stelle ergibt sich eine Folgefrage: Welche Studien kommen als Quellen für Kompetenzen infrage? Die Antwort ist vergleichsweise einfach: Aufgrund der methodischen Vielfalt, mit der Kompetenzen erforscht und beschrieben werden können, ist jegliche methodische Einschränkung nicht zielführend. Unterschiedliche Methoden lassen nicht nur eine unterschiedliche Nennung von Kompetenzen erwarten, sondern es wird auch vermutet, dass im Rahmen mancher Designs Kompetenzen nicht einmal direkt beforscht werden.

Einen solchen Fall stellt wahrscheinlich die Mehrzahl der Studien mit randomisiertem Design dar, bei denen Behandlungskonzepte untersucht werden, die Messung sich aber auf den Outcome, nicht auf die Inhalte des Konzepts bezieht. Verdeutlicht sei dies anhand einer Untersuchung von Kaner Eileen et al. (2007), die ein Cochrane-Review zu kurzen Interventionen bei Alkoholismus durch die Erstversorgung vornahm. Die Kompetenzen selbst werden nicht näher beleuchtet, sondern im Kontext der Interventionen angegeben. Einen komplett anderen Aufbau hat die Studie von Edwards (1995), bei der Patienten und Pflegestudenten nach ihren Ansichten zur Rolle psychiatrisch Pflegenden gefragt wurden; eine Fragestellung, die eine Nennung konkreter Kompetenzen herausfordert.

Dies eröffnet ein weiteres Problem, nämlich die Zahl der zu sichtenden Studien. An dieser Stelle ist entweder ein Abbruchkriterium festzulegen oder eine andersartige Einschränkung zu bestimmen. Ein Abbruchkriterium scheint, da wenige objektive Maßstäbe im konkreten Fall vorliegen, nicht angebracht. Stattdessen soll eine andersartige Einschränkung vorgenommen werden.

In einem ersten Schritt sollen nur Reviews, die sich mit im weiteren Sinne mit Kompetenzen psychiatrischer Pflege allgemein beschäftigen, gesichtet werden. Sich direkt den Befunden von Reviews zu widmen und diese nochmals zu verdichten, ist im Bereich der Pflegewissenschaften kein neues Vorgehen und wurde etwa von Curran und Brooker (2007) angewandt.

Anschließend erfolgt eine nur auf den ambulanten psychiatrisch-pflegerischen Bereich beschränkte Literaturanalyse, die aber auch Einzelartikel einbezieht. Es wird erwartet, dass sich dadurch eine für das Forschungsziel ausreichende Kompetenzliste ergibt. Die exakte Prozedur dieser Literaturrecherche wird im folgenden Kapitel 4 (ab S. 71) erläutert.

#### **3.2.4.2 Gewichtung der Kompetenzen**

Die Frage nach der konkreten Gewichtung der Kompetenzen ist die Frage nach der Erhebungsmethode. Es wird davon ausgegangen, dass in diesem Schritt bereits eine aus der Literatur erhobene Kompetenzliste vorliegt, die in einem den Pflegenden zumutbaren Zeitraum bearbeitet werden kann. Es wird also von einem Zeitraum von 30 bis 45 Minuten pro Trial ausgegangen.

Um die Frage nach der subjektiven Gewichtung von Kompetenzen zu beantworten, bieten sich halbstandardisierte Interviews an, bei denen jede Kompetenz hinsichtlich ihrer Gewich-



tung und Implikationen für den Beruf und den Alltag besprochen wird. An dieser Stelle entsteht allerdings erneut ein ökonomisches Problem. Um dies in einer für Pflegende zumutbaren Zeit zu bewältigen, ist entweder eine starke Reduktion der Kompetenzen bzw. eine deutliche Zusammenfassung nötig, wodurch die Gefahr weißer Flecken entsteht. Zudem würde aus der Bewertung der Probanden nicht zwangsläufig ein Bewertungssystem resultieren, das dem Wunsch nach einer gewichtenden Beschreibung gerecht wird; es würde an Objektivität fehlen. Ebenso ist denkbar, dass Probanden die Kompetenzen nicht gegeneinander gewichten können oder wollen. Zudem könnten in Interviews die oben beschriebenen Verzerrungen erwartet werden. Das Interview bietet aufgrund der mit ihm einhergehenden sozialen Dynamiken ein größeres Potenzial zur sozialen Erwünschtheit, als es Fragebögen tun würden.

Vor dem Hintergrund einer geschlossenen Liste von Kompetenzen und einer auf eine Dimension (Relevanz) zielenden Forschungsfrage ergibt sich aber auch eine Möglichkeit zur Verwendung explorativer, quantitativer Methoden, da sich Gewichtungen immer auch numerisch beschreiben lassen. Diese scheinen für die Fragestellung ökonomischer, können mehr Items aufnehmen und leichter sicherstellen, dass alle Items auch gewertet werden. Zudem sind objektivere Gewichtungen möglich.

Allerdings würden subjektive Informationen und Begründungen damit entfallen, sodass zwar die Frage nach der Gewichtung gut zu beantworten wäre, jedoch keine weiteren Fragen, etwa zu Haltungen, Meinungen und Begründungen für die Wertungen. Den Fragebogen mit einer qualitativen Methode zu verknüpfen wiederum würde den gesetzten Zeitrahmen sprengen. Ein weiteres Problem der rein quantitativen Erhebung bestünde darin, dass auch hier Verzerrungen möglich wären. Sollten Pflegende alle Kompetenzen als wichtig ansehen, wäre sogar ein Deckeneffekt<sup>3</sup> möglich und die Daten folglich nicht weiter interpretierbar, da es keine Differenzierung mehr gäbe.

Bei der Suche nach einem ausreichend ökonomischen Verfahren mit objektivem Bewertungsmaßstab, das auch offen für die Integration qualitativer Daten ist, wurde die Q-Methodologie gefunden. Für die vorliegende Arbeit bestehen folgende Vorteile:

1. Die Q-Sort-Technik, bei der die Probanden Kategorien nur mit einer vorgegebenen Anzahl an Karten (im Falle der Arbeit Kompetenzen) besetzen, schließt als *Forced-Choice-Verfahren* Deckeneffekte aus: Kompetenzen müssen gewichtet werden.
2. Die Q-Sort-Technik resultiert in einer Verteilung, die automatisch die Voraussetzungen einer Hauptkomponenten- oder Faktorenanalyse erfüllt, sodass sich Einstellungsmuster zu Kompetenzen aus den Daten ergeben.

---

<sup>3</sup> Der Deckeneffekt beschreibt in Fragebögen das Phänomen, dass Versuchspersonen ein bestimmtes Item immer am Extrempol bewerten (z. B. „sehr wichtig“). Während dies bei der Forschungsfrage für einzelne Items noch hinnehmbar ist, wäre es problematisch, wenn mehrere Items dem Deckeneffekt unterlägen. Dann wären keine belastbaren statistischen Aussagen mehr möglich, da alle Kompetenzen „gleich wichtig“ wären, was nicht der beruflichen Realität entspräche.

3. Im Q-Sort können vergleichsweise viele Kompetenzen abgefragt werden, weswegen weniger Detailgrad geopfert werden muss als etwa bei einem strukturierten Interview.
4. Während des Q-Sorts ist eine Kommunikation mit den Probanden möglich, sodass auch qualitative Aussagen und Daten aufgenommen werden können. Diese sind zwar nicht so detailliert wie im Interview zu erwarten, aus der Kombination qualitativer und quantitativer Daten können aber valide Aussagen abgeleitet werden.

### **3.2.4.3 Typisierung**

Mit der Wahl eines Q-Sets als Erhebungsmethode wurde es notwendig, die Auswertungsmethode darauf abzustimmen. Die Datenstruktur ergibt eine zur Faktoren- oder Hauptkomponentenanalyse kompatible Verteilung und aus der Berechnung wiederum resultieren als Einstellungsmuster interpretierbare Komponenten bzw. Faktoren. Deren Interpretation erfolgt sowohl über die relative Anordnung der Items im Q-Sort als auch über die Protokollaussagen der Probanden.

### **3.2.4.4 Fazit**

In der Konsequenz kommt also eine Mixed-Method-Studie zum Einsatz, bei der in einem ersten Schritt Kompetenzen mittels qualitativer Inhaltsanalyse aus der Literatur extrahiert und zu handhabbaren Gruppen zusammengefasst werden. Diese Literaturrecherche soll ohne gezielten Ausschluss von Studien aufgrund ihrer Methodik oder Vorgehensweise auskommen, da ansonsten die Gefahr eines Informationsverlustes als zu groß angesehen wird.

In einem zweiten Schritt sind diese Kompetenzen Grundlage für das Q-Set, also die Items, die Probanden nach einem definierten Schema anordnen, um ihre Einstellung darzustellen. Muster innerhalb der individuellen Einstellungen werden dann zu Kompetenzprofilen mittels der statistischen Auswertungsverfahren der Q-Methodologie zusammengefasst und in einem letzten Schritt unter Zuhilfenahme von Protokollaussagen und anderen zur Verfügung stehenden Informationen definiert.

Diese Prozedur stellt den methodischen Rahmen dar. Gleichwohl verbleiben offene Fragen zur Konkretisierung der Prozedur:

1. Nach welchen Suchbegriffen soll die Literaturrecherche erfolgen?
2. Auf welchen Ebenen werden Kompetenzen beschrieben und auf welcher Ebene sollen sie im Q-Set abgefragt werden?

## **3.3 Rolle von und Umgang mit Kompetenzen in der Literatur**

In Unterkapitel 3.1 (ab S. 19) erfolgte eine Beschreibung des Kompetenzbegriffs, wenngleich unklar ist, ob dieser Begriff sich auch in der Literatur findet. Eine wichtige Folgerung des Unterkapitels 3.1 bestand darin, dass eine systematische Literaturrecherche der erste Schritt

der vorliegenden Arbeit sein muss. Da deren Güte maßgeblich auch von Art und Umfang der eingeschlossenen Arbeiten abhängt, soll im Folgenden der Kompetenzbegriff in der Literatur untersucht werden.

### 3.3.1 Benennung von Kompetenzen

Die diversen Facetten des Kompetenzbegriffs lassen in der Literatur auch andere als die hier fixierte Begriffsbestimmung erwarten. Im englischen Thesaurus<sup>4</sup> werden als Synonyme für *competence* u. a. *expertise*, *know-how*, *qualification* und *skill* genannt. Für Letzteres ließen sich noch die Synonyme *ability* und *capability* finden.

Daneben kann die Kompetenz von Pflegenden a priori über ihre Fähigkeit, Interventionen durchzuführen, definiert werden, sodass auch „Intervention“ relevantes Schlagwort in der Literatur sein könnte.

Zusätzlich zeigte sich bereits in der Vorbereitung auf diese Arbeit, dass selbst der Begriff der „Rolle“ das Potenzial bietet, Kompetenzen zu implizieren, und zwar wenn sich die Rolle über die erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben oder die Durchführung bestimmter Interventionen definiert.

In Zahlen ausgedrückt liefert eine Abfrage der verschiedenen Begriffe ohne Exklusion nach Alter unter Pubmed das in Tabelle 1 dargestellte Ergebnis.

**Tabelle 1: Arbeiten mit potenziellem Bezug zu Kompetenzen psychiatrischer Pflege in Pubmed**

Mesh-Term	Titel	Titel & Abstract	Unbeschränkt
(psychiatric nurs*) AND comp*	79	316	927
(psychiatric nurs*) AND skill*	22	269	855
(psychiatric nurs*) AND role*	143	572	3143
(psychiatric nurs*) AND intervention*	41	461	1758
(psychiatric nurs*) AND performance*	6	36	187
(psychiatric nurs*) AND expertise*	0	0	110
(psychiatric nurs*) AND abilit*	2	105	308
(psychiatric nurs*) AND capabilit*	1	11	29

Dies deutet auf eine sehr intensive Abdeckung des Themas hin, zumal der verwandte Begriff der „mental health nurse“ nicht eingeschlossen war, jedoch ergaben stichprobenartige Sichten einzelner Treffer, dass diese Schlagworte nicht automatisch auch einen tatsächlichen Kompetenzbezug sicherstellen. Die unbeschränkte Suche (d. h. ein Vorkommen der Schlagworte in Keywords, Titel oder Abstract) erwies sich als wenig zielführend, auch weil die schiere Zahl der Treffer als nicht ökonomisch zu sichten schien.

Suchen nach den Begriffen nur im Titel und Abstract ergaben eine überschaubarere Zahl von Treffern, die einen besseren Bezug zu Kompetenzen psychiatrisch Pflegende vermuten ließen. Dennoch offenbarte auch hier eine große Zahl der Arbeiten keinen Bezug zur Frage-

<sup>4</sup> Siehe <http://www.thesaurus.com>.

stellung dieser Arbeit. Ein solcher Bezug kann z. B. in der Vermittlung als Kompetenzen definierbarer Fertigkeiten bestehen, wie bei einer Untersuchung von Richter (1997), in der ein Instrument für psychiatrisch Pflegende vorgestellt wird, mit dem soziale und praktische Fähigkeiten (*capabilities*) trainiert werden können. Ähnlich verhält es sich mit einem Artikel von Hallawell et al. (2012), der in der Liste erschien, weil er sich den Möglichkeiten von Pflegenden widmete, das Ausmaß von Lernbehinderung (*disability*) abzuschätzen.

Auch auf die Ausbildung von Pflegenden bezogene Artikel erschienen in diesen Suchen, etwa Trainingsprogramme zur emotionalen Intelligenz (Orak et al., 2016) sowie thematisch verwandte, aber nicht auf die Patientenarbeit bezogene Artikel, etwa über Versuche, die Popularität psychiatrischer Pflege zu steigern (Happell & Byrne, 2015).

Als erste Konsequenz für die vorliegende Arbeit gilt daher, dass im Folgenden von *Kompetenz* gesprochen wird, wenn die vorgestellte Definition erfüllt ist, und zwar auch dann, wenn die Benennung in den Quellen abweicht. Das Wort Kompetenz ist als Schlagwort für Recherchen zwar nicht ungeeignet, sehr viele Prozeduren, Handlungen und vergleichbare, ebenfalls unter die vorgestellte Definition fallende Begriffe werden in der Literatur aber nicht als Kompetenzen bezeichnet. Konkret bedeutet dies für die vorliegende Arbeit:

1. In der nur Reviews einschließenden Suche wird abseits der Berufsbezeichnung keine Einschränkung verwendet. Es werden alle Reviews zum Thema psychiatrische Pflege (indiziert durch die Bezeichnungen „psychiatric nurse“ und „mental health nurse“) eingeschlossen.
2. In der auf Reviews aufbauenden ersten Recherche erfolgt aufgrund der zu erwartenden höheren Anzahl an Arbeiten eine Beschränkung auf die Begriffe *role\**, *competenc\**, *skill\**.

### **3.3.2 Direkter Fokus und indirekte Erwähnung**

Die markanteste Unterscheidung hinsichtlich der Behandlung von Kompetenzen erfolgt zwischen direkter und indirekter Adressierung.

#### **3.3.2.1 Indirekte Adressierung von Kompetenzen**

Indirekter Bezug liegt vor allem bei der Evaluation definierter Programmen oder Versorgungsformen vor, bei denen Kompetenzen als Voraussetzungen lediglich genannt oder impliziert werden, nicht aber geprüft oder hergeleitet. Im letzteren Fall, der augenscheinlich das häufigere Szenario darstellt, werden Kompetenzen also als gegeben hingenommen und nicht hinterfragt. Eine solche Studie ist z. B. die Arbeit von Tomson et al. (1998). Beschrieben wird eine Interventionsgruppe, die eine Lebensstilberatung durch Pflegende erhielt. Gemessen wurde das Outcome über den GGT-Wert ein und zwei Jahre danach. Die Autoren erwähnten, dass nur solche Pflegende mit „Erfahrungen mit der Versorgung von Alkoholkranken“

ken“ infrage kamen und diese Pflegenden eine „Generelle Lebensstil- und Gesundheitsberatung“ durchführten. Beide Aussagen des Artikels lassen den Rückschluss auf spezifische Kompetenzen zu, nämlich das theoretische Wissen um Alkoholismus und die Kompetenz, eine „Lebens- und Gesundheitsberatung“ anzubieten.

Der Nachteil des indirekten Fokus liegt in der fehlenden Verifikation der Kompetenzen. Es bleibt unklar, ob die indirekt und oft nur in Nebensätzen erwähnten oder stichpunktartig implizierten Kompetenzen auch von den Pflegenden, Angehörigen oder Patienten bestätigt würden. Zudem bedeutet die Feststellung einer hilfreichen Intervention nicht automatisch, dass alle ihre Komponenten dies sind, und geht mit dieser Form der Auflistung so gut wie nie eine Operationalisierung der Kompetenz einher, so fehlt etwa bezogen auf das obige Beispiel eine exakte Definition des Beratungsinhalts und des Begriffs der Erfahrung. Auf der anderen Seite sind durch den indirekten Fokus mehr Nennungen an Kompetenzen zu erwarten. Dies mag daran liegen, dass Außenstehende einen anderen Blickwinkel einnehmen und andere Kategorien und Unterteilungen als die Durchführenden anlegen.

### **3.3.2.2 Direkte Untersuchung**

Eine direkte Adressierung läge vor, wenn eine bestimmte Kompetenz untersucht (z. B. die Wirksamkeit einer Fähigkeit, Fertigkeit oder eines Skills), Kompetenzen aufgelistet (z. B. welche Kompetenzen Patienten wünschen) oder Kompetenzprofil erstellt wird (z. B. welche Fähigkeiten in einem bestimmten Setting wie stark benötigt werden). In allen Fällen hat die Arbeit das Ziel, Wissen um Kompetenzen zu erweitern oder zu generieren.

Die direkte Untersuchung von Kompetenzen ist für den pflegerischen Bereich seltener, ein möglicher Grund ist der Rückgriff auf Befunde anderer Fachrichtungen mit ähnlichen Kompetenzen (etwa aus dem Feld der Psychotherapie), sodass eine spezifische Betrachtung der Kompetenzen eben nicht erfolgt. Bei der direkten Untersuchung wird eine Kompetenz betrachtet und hinsichtlich ihrer Anwendung oder in Bezug auf spezielle Settings untersucht. Vergleichsweise häufig wird in der Pflegeforschung der Bereich Diagnostik und Assessment behandelt. Das Feld bezüglich dieser Kompetenz ist relativ breit und umfasst etwa die Anwendung standardisierter Fragebögen durch Pflegenden (Sharma et al., 2008) oder die generelle Fähigkeit zur Diagnosestellung (Cashin et al., 2010). In der Regel folgen Überblicksarbeiten oder qualitative Studien einem solchen Vorgehen. Die Bottom-up-Methode erscheint zunächst attraktiver, da nur die Betroffenen (Angehörige, Pflegenden, Patienten) selbst ihre Arbeit definieren, wenngleich davon auszugehen ist, dass bestimmte Aspekte der eigenen Umwelt den Befragten nicht bewusst sind. Diese Limitation wurde in der aktuellen Studie von den Befragten in der Tat thematisiert. Auch mit der Bottom-up-Methode ist noch keine Verifikation oder Evaluation der Kompetenzen verbunden. Eine Nennung alleine ist nicht ausreichend, um die Annahme zu treffen, dass mit der Kompetenz auch eine Wirksamkeit einher-

geht. Zudem erlaubt die bloße Nennung noch keinen Rückschluss darauf, dass die Kompetenz überhaupt angewandt wird.

### 3.3.2.3 Konsequenzen für die Literaturrecherche

Aufgrund der Vor- und Nachteile beider Vorgehensweisen scheint es nicht sinnvoll, damit eine Vorauswahl an Studien für die Literaturübersicht zu treffen. Keine der beiden Methoden ist geeignet, mehr oder weniger im Sinne der Arbeit sinnvolle Kompetenzen zu selektieren. Die Gefahr, durch Beschränkung auf nur eine Informationsart Kompetenzen zu übersehen, wird höher gewertet als die mögliche Aufnahme durch die Basis nicht hinterfragter und nicht evaluierter Kompetenzen.

### 3.3.3 Top-down vs. bottom-up

Ein weiterer Unterschied ergibt sich daraus, ob seitens der Autoren von einem fixen Kompetenzpool ausgegangen (top-down bzw. deduktive Vorgehensweise) oder auf Vorannahmen verzichtet wird und Kompetenzen in der Arbeit erst erhoben werden (bottom-up bzw. induktive Vorgehensweise). Diese Unterscheidung kann als vom Fokus unabhängiges Vier-Felder-Schema verstanden werden.

**Tabelle 2: Vier-Felder-Schema für die Rolle von Kompetenzen in Studien mit Beispielen**

	Direkter Fokus	Indirekter Fokus
<b>Bottom-up</b>	Probanden werden gebeten, Kompetenzen zu einem bestimmten Themenbereich zu benennen. <i>Beispiel:</i> Interviews mit der Fragestellung, welche Kompetenzen von neu graduierten psychiatrisch Pflegenden erwartet werden können (Patterson et al., 2008).	Probanden werden gebeten, sich zu einem pflegerelevanten Thema abseits von Kompetenzen zu äußern, die Antworten lassen aber Rückschlüsse auf Kompetenzen zu. <i>Beispiel:</i> Probanden werden gefragt, was gute Pflegepersonen im psychiatrischen Setting ausmacht (Gunasekara et al., 2014).
<b>Top-down</b>	Kompetenzen werden vorgegeben, Probanden nehmen über diese Liste Bezug zu ihrer Arbeit. <i>Beispiel:</i> Probanden schätzen ihre Kompetenz in verschiedenen Feldern vor und nach einem Trainingsprogramm ein (Fiedler et al., 2012). Die Vorgabe der Kompetenzen erfolgt über den verwendeten Fragebogen.	Der Untersuchungsgegenstand (z. B. eine Intervention) wird vorgegeben und hinsichtlich des Outcomes evaluiert, nicht hinsichtlich des Inhalts (d. h. der Kompetenzen). <i>Beispiel:</i> Ein Review untersucht die Effektivität von Schulungsprogrammen (Samuelsson & Asberg, 2002). Die Kompetenzen sind hier als Programminhalte vorgegeben, untersucht wird aber der Outcome.

#### 3.3.3.1 Bottom-up

Diese Vorgehensweise verfolgt das Ziel, für einen Arbeitsbereich Schlüsselkompetenzen zu erheben. Als einflussreichste Arbeit im deutschsprachigen Raum gilt die Metasynthese von Richter und Hahn (2009), deren Ziel das Herausarbeiten von Tätigkeiten und Rollen von psychiatrisch Pflegenden im ambulanten Bereich war. Aus Studien mit einem qualitativen Design wurden Kernaussagen extrahiert und zu übergeordneten Themen synthetisiert. Er-

gebnis stellten je eine Liste mit formellen Aufgaben dar, die andere Autoren für den Bereich der ambulanten Pflege herausgearbeitet hatten, eine Liste mit informellen Merkmalen pflegerisch-therapeutischer Beziehungen und eine Liste mit widersprüchlichen Befunden.

In einer bisher nicht publizierten Masterarbeit (Grieser-Kozel, 2008) wurden Experteninterviews genutzt, um Kompetenzprofile psychiatrischer Fachpersonen zu erstellen. Zurückgegriffen wurde dabei auf die *Critical-Incident*-Technik von Flanagan (1954), in deren Rahmen als problematisch oder gelungen bewältigt eingestufte Situationen erhoben werden. Die Auswertung erfolgt mittels einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Ergebnis der Arbeit sind die unter den Feldern Fach-, Methoden-, Sozial und Personale Kompetenz aufgeführten Tätigkeiten.

Eine weitere deutschsprachige Arbeit, die sich direkt mit dem Thema Kompetenzen von Pflege auseinandersetzt, lieferte Schoppmann (2008). In ihrem Zentrum steht das Klinikum Münsterlingen. In der Arbeit wurden Pflegesituationen von einem teilnehmenden Beobachter über mehrere Settings protokolliert. In Diskussionen mit Pflegenden im Anschluss an diese Phase wurden auf Basis der Situationen Tätigkeiten und Situationen herausgearbeitet. Diese Daten bildeten die Grundlage für eine Inhaltsanalyse nach dem Rational von Burnard (1991). Resultat der Arbeit waren sogenannte Pflegesituationen, die sich als Aufgaben psychiatrischer Pflege interpretieren lassen. Diese abstrakten Aufgaben werden in der Praxis jedoch je nach Setting mit einem anderen Vorgehen ausgeführt, sodass Kompetenzen letztendlich als Interaktion von Setting und Aktion beschreibbar sind. So werden für die Situation „Für Sicherheit sorgen“ in der Akutpsychiatrie konkret etwa Reizabschirmung, Begleitung suizidaler Menschen oder Konfliktlösen als Tätigkeiten beschrieben.

### 3.3.3.2 Top-down

Zwecks Verifizierung können solche Befunde in einem zweiten Schritt zur Genese von Fragebögen oder vergleichbaren Instrumenten genutzt werden. In der Regel wird dieser Schritt jedoch ausgelassen, möglicherweise wegen des hohen Aufwands im Vergleich zum Nutzen für künftige Forschungen.

Dennoch existieren solche, wenn auch für den deutschsprachigen Raum nicht validierten Instrumente, etwa die von Lin et al. (2010) entwickelte Skala zum Messen von drei Kompetenzfeldern<sup>5</sup> bei ambulanter psychiatrischer Pflege oder die auf die Rolle ambulanter Pflege bezogene Skala von Lynn (1995). Daneben stehen interessierten Forschern auch Inventare aus dem psychologischen Bereich zur Verfügung, etwa Skalen zur Erfassung spezieller Bereiche, wie der moralischen Kompetenz (Asahara et al. (2013), und die bei Devane et al. (1998) verwendeten Skalen zur Erfassung der Kompetenzen in kognitiver Verhaltenstherapie und Familienarbeit bei Schizophreniepatienten.

---

<sup>5</sup> Basisversorgung, Health-Management und Lernen.

Auch durch Experten aufgestellte Curricula können top-down interpretiert werden, selbst wenn ihre Genese in der Regel auf einer wie auch immer gearteten Bottom-up-Prozedur beruht. Ein solcher Fall ist das BSN-Curriculum, eine von der *American Psychiatric Nurses Association* herausgegebene Sammlung von Basisskills. Wie aus den Richtlinien zur Erstellung des Dokuments (APNA, 2008) zu entnehmen erfolgte deren Genese in Arbeitsgruppen und bezog dabei Reports und Berichte der WHO und der US-amerikanischen Gesundheitsbehörden ein. Über die Art und Weise, wie die Arbeitsgruppen zu ihren Ergebnissen kamen, werden keine Angaben gemacht. Als Kompetenzen werden spezifische messbare Verhaltensweisen definiert, die von allen Pflegenden im psychiatrischen Setting zu erwarten seien. Die Kompetenzen werden dabei nach einem dreigeteilten Schema aufgeschlüsselt: „Core Nursing Content“, der diesem zugeordnete „Essential PMHN<sup>6</sup> Content“ und schließlich eine Operationalisierung des Lernerfolgs etwa durch „Erstellen altersentsprechender Pflegepläne.“

Ähnlich verhält es sich mit den in einem 20 Seiten umfassenden Dokument dargestellten Standards des *Australian College of Mental Health Nurses* (AUS). Dabei handelt es sich nicht nur um die Standards selbst, sondern das Dokument gibt auch konkrete Hinweise darauf, wann diese erfüllt sind. Die Standards sind hierarchisch strukturiert, jeder Standard hat Unterkategorien, diese wiederum Qualitätsziele (Neville et al., 2010). In der Einleitung wird auf eine Genese unter Zuhilfenahme eines Reviews, Workshops, Fokusgruppen und einer Delphi-Studie unter Beteiligung klinisch tätiger Pflegenden verwiesen. Grundlage der Befragung waren die 1995 vorgestellten Kompetenzen, die von den Befragten kommentiert wurden. Insgesamt seien 208 Gruppen von psychiatrisch Pflegenden oder Individuen beteiligt gewesen. Weiterhin wird auf einen Abgleich dieser Befunde mit einem Review von Neville et al. (2006) verwiesen.

Einen speziellen Fall top-down vorgegebener Kompetenzen stellen Interventionsprogramme und Behandlungskonzepte dar. Diese beinhalten eine große Zahl von Kompetenzen, die aber als Teil der Intervention vorausgesetzt, d. h. in dieser eingebettet sind. Beschreibungen solcher Interventionen finden am strukturiertesten in den Cochrane-Reviews. Archer et al. (2012) berichten in ihrem Review über eine Interventionsstudie von Mann et al. (1998), bei der Pflegenden die Nachsorge übernahmen. Diese pauschal als „Nurse assisted follow-up care“ beschriebene Intervention wiederum beinhaltete u. a. die Kompetenzen der multiprofessionellen Teamfähigkeit, Assessment-Durchführung und Vermittlung der Befunde an den Weiterbehandler.

Macleod et al. (2011) haben eine ausführliche Sammlung in Studien mit Kontrollbedingungen getesteter Interventionen erstellt und berichteten sogar den Outcome der jeweiligen Studien. Solche Programme präzisieren in der Regel nur, welche Übungen die Pflegenden in welcher

---

<sup>6</sup> *Psychiatric Mental Health Nursing.*



Reihenfolge mit den Patienten durchführen müssen. Es wird davon ausgegangen, dass die Durchführenden über nicht im Programm aufgeführte Fähigkeiten, also das didaktische Vermitteln, ein Anpassen des Programms an spezielle Arbeitsumfelder oder einen Umgang mit Störungen während des Programms, verfügen.

Die Evaluation spezieller Programme ist gut mittels Pre-Post-Tests möglich, jedoch wird aus ökonomischen Gründen meist auf die Analyse von Wirkfaktoren und Einzelbausteinen verzichtet. Es bleibt daher unklar, welche Anteile dem Programm selbst respektive dem Programm-Durchführenden zukommen, die wiederum durch nicht im Programm verankerte Kompetenzen bestimmt werden. Programme stellen keine eigenständigen Fähigkeiten dar, sondern implizieren eine Reihe von Kompetenzen.

### **3.3.3.3 Einfluss des Vorgehens auf die Kompetenzen**

Insgesamt ist zu erwarten, dass bei Bottom-up-Erhebungen vor allem die den Anwendern auch direkt präsenten Kompetenzen genannt werden. Es entsteht sogar der Eindruck, dass nicht nur die Bewusstheit für die Kompetenz zählt, sondern auch bereits eine subjektive Wichtigkeitsbewertung darüber entscheidet, ob eine Kompetenz berichtet wird oder nicht. Der Vorteil einer solchen Vorgehensweise liegt vor allem in der realitätsnahen Nennung der Kompetenzen und der Rückverfolgbarkeit der Quelle. Gleichwohl kann nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund der Eigenarten dieser Methode „weiße Flecken“ bleiben.

Die Top-down-Methode, also das Vorgeben von Kompetenzen, kann diese Lücke schließen, indem ein möglichst vollständiger Pool an Kompetenzen vorgegeben und dadurch die Behandlung jeder einzelnen Kompetenz in der Untersuchung sichergestellt wird. An dieser Stelle müssen allerdings forschungsökonomische Überlegungen erfolgen, denn die zu erwartende Liste aller möglichen Pflegekompetenzen ist zu umfangreich für eine Untersuchung. Sie muss also entweder selektiert oder verdichtet werden, wodurch allerdings der Detailgrad verloren geht.

### **3.3.3.4 Konsequenzen für die Arbeit**

Ob Kompetenzen vorgegeben oder durch die Studie erhoben werden, soll aus mehreren Gründen keine Rolle bei der Durchführung der Literaturanalyse spielen. Zum einen ist es mitunter nicht einfach, dieses Kriterium schnell für eine Studie zu prüfen (wodurch das Ausschlusskriterium wenig ökonomisch ist), zum anderen bringt jede Methode andere Chancen und Risiken mit sich, wenn es darum geht, Kompetenzen zu identifizieren. Dem Ziel der Vollständigkeit folgend scheint es daher angemessen, nicht aufgrund dieser Unterteilung zu selektieren.

### **3.3.4 Informationsquellen für Kompetenzen**

Theoretisch kommen vier Gruppen infrage, die Kompetenzen für psychiatrisch Pflegende definieren könnten: die Pflegenden im Setting selbst, die behandelten Patienten, deren Angehörige und externe Experten aus Politik oder Forschung. Dazu können Kombinationen der Informationsquellen angenommen werden.

Erstaunlicherweise wurden kaum Studien gefunden, die die Sichtweisen psychiatrisch Pflegender und Patienten vergleichen. Eine dieser wenigen Studien ist die Arbeit von Walburn et al. (2001), bei der die Meinungen von Pflegenden und Patienten hinsichtlich Depotmedikation verglichen wurden, oder die Arbeit von Duxbury (2002) zu unterschiedlichen Sichtweisen auf Aggressions- und Gewaltprävention in psychiatrischen Einrichtungen. Direkte Vergleiche hinsichtlich des Themas Kompetenzen konnten nicht ermittelt werden.

#### **3.3.4.1 Psychiatrisch Pflegende als Informationsquelle**

In der im Vorfeld gesichteten Literatur fanden sich zahlreiche Studien, bei denen psychiatrisch Pflegende als Informanten auftraten, zumeist realisiert in Form eines Interviews, nicht selten aber auch als Fragebögen (teils zusätzlich zu Interviews), wie etwa in der Arbeit von Adachi et al. (1999) zum Thema Burnout bei Pflegenden.

Eine weitere, wenn auch nicht trennscharfe Unterscheidung kann zwischen dem Fokus auf die Inhalte der Tätigkeit von Pflegenden und dem Fokus auf die Rahmenbedingungen getroffen werden. Zwar gewähren Untersuchungen von Rahmenbedingungen, bspw. Arbeitsumfelder kanadischer Pflegender (Alameddine et al., 2006), Haltungen von Pflegenden gegenüber medizinischem Personal (Allen, 1994), Gewalterfahrungen (Barbosa et al., 2011) oder Fragen der Weiterbildung (Al-Majid et al., 2012) auch immer einen Einblick in die Tätigkeiten und damit indirekt auch in die Kompetenzen; näher am Thema Kompetenzen sind allerdings Arbeiten, bei denen Pflegende Inhalte ihrer eigenen Arbeit beschreiben oder kommentieren sollten.

Allen (1998) etwa befragte psychiatrisch Pflegende etwa zu ihrer Meinung bezüglich der *Advanced-practice*-Rolle im psychiatrischen Setting und Ancel (2006) untersuchte ein Trainingsprogramm für Empathie bei Pflegenden. Dabei wurde den Pflegenden ein Fragebogen mit Kompetenzfeldern vorgegeben, wobei diese angeben sollten, ob das Feld in ihrem Falle relevant sei. Auch die Untersuchung von Hall (2004) ist insofern ein Beispiel für eine kompetenzorientierte Studie mit Pflegenden als Informationsquelle, als die Haltungen von psychiatrischen Pflegenden zu Restriktion und Kontrolle adressiert und dabei u. a. auch Rollenerwartungen und Beziehungen thematisiert werden.

Überraschend selten in der Vorrecherche waren Studien, bei denen Pflegende direkt nach Kompetenzen befragt wurden. Eine Arbeit stammte von Gilje et al. (2007), eine andere von

Kudless und White (2007), in beiden Fällen wurde allerdings ein Fragebogen verwendet, d. h. keine Kompetenzen von den Pflegenden selbst angegeben.

Es sollte an dieser Stelle allerdings auch festgehalten werden, dass die Trennung zwischen einzelnen Interventionen und den Rahmenbedingungen nur schwierig möglich ist (Byng & Jones, 2004). Neben methodischen Schwierigkeiten sehen die Autoren das Problem von Interaktionen zwischen Bedingung und Intervention, welche die Effekte verzerren und unter Umständen eine Kompetenz als ineffektiv darstellen, die unter anderen Bedingungen wahrscheinlich einen Effekt gehabt hätte.

#### **3.3.4.2 Patienten als Informationsquelle**

Patienten stellen ebenfalls überraschend selten eine Informationsquelle für die Ermittlung der Kompetenzen psychiatrisch Pflegender dar. Wenn sie als Informationsquelle auftreten, werden sie direkt befragt, was sie bei Pflegenden erwarten. Entsprechende Studien stammen etwa von Rydon (2005), der neuseeländische Patienten nach ihren Wünschen und Erwartungen an psychiatrisch Pflegende im ambulanten Setting befragte, und von Bee et al. (2008), die eine vergleichbare Befragung im Vereinigten Königreich durchführten und vor allem Kompetenzen aus dem Bereich der Begleitung („Being-There“) als Wünsche der Patienten identifizierten. Gunasekara et al. (2014) befragten Patienten, was eine „exzellente Pflege“ ausmache, und erhielten als Antwort mehr oder weniger konkret beschriebene Verhaltensweisen, die durchaus als Kompetenzen zu werten sind.

Einige Arbeiten mit Patientenbefragung berichten auch die „negative Form“ von Kompetenzen, quasi „Do-Nots“ für Pflege. Patienten kritisierten etwa fehlende Transparenz, das Gefühl, nicht ausreichend ernst genommen zu werden (Crowe et al., 2001) oder distanzierten Kontakt (Adam et al., 2003). Das Gegenteil dieser Kritik, also das Herstellen von Transparenz, das Ernstnehmen des Patienten oder das Herstellen eines persönlichen und nahen Kontakts wären demnach die gesuchten Kompetenzen.

Allzu oft beschränkt sich die Rolle der Patienten in Studien aber nur auf das Ausfüllen von Fragebögen zur Outcome-Messung, wie etwa in Form von Patientenzufriedenheit (Stein, 2010). Die Befunde solcher Studien können nur begrenzt für eine kompetenzbezogene Fragestellung herangezogen werden, da kritische Informationen, etwa was durch die Pflegenden getan oder nicht getan wurde, fehlen.

#### **3.3.4.3 Angehörige als Informationsquelle**

Die augenscheinlich seltenste Informationsquelle in der Vorrecherche waren Angehörige. Zwar werden sie als Gruppe häufig untersucht, weniger jedoch in direktem Bezug zur Pflege und zumeist im Zusammenhang mit Demenz.

Die Studie von Mullen et al. (2002) befragte Angehörige im Rahmen der Evaluation eines Programms für Familiengruppeninterventionen, bei dem auch Pflegende eine Rolle spielten.

Da das Programm von Pflege angeleitet wurde, können die im Programm beschriebenen Interventionen als Kompetenzen gedeutet werden. O'Brien (1998) berichtete von einer Pilotstudie zur Rolle der Pflege bei der Familienversorgung psychisch kranker Patienten und Spijker et al. (2011) evaluierten ein Programm zur systematischen Pflege von Demenzpatienten unter Einbeziehung der Angehörigen und beschrieben in dessen Rahmen Kompetenzen. Pflege spielt im Konzept eine Rolle, weshalb Teile des Programms auch als Pflegekompetenzen interpretiert werden können.

Die Mehrzahl der Studien bezog sich aber nicht ausreichend auf die Pflege: Mays und Lund (1999) etwa untersuchten zwar Angehörige, nahmen aber keinen expliziten Bezug auf psychiatrische Pflege. Insgesamt bleiben die Angehörigen als Informationsquelle daher sehr vage, weswegen an dieser Stelle auf eine tiefergehende Analyse verzichtet wird.

#### **3.3.4.4 Experten als Informationsquelle**

Auch wenn die psychiatrische Pflege im Rahmen ihrer Arbeit Expertenstatus besitzt, werden unter Experten im Sinne dieser Zusammenfassung Personen verstanden, die nicht direkt in die Patientenbehandlung involviert sind oder vor Ort arbeiten, jedoch über ausreichend Kenntnis der Materie verfügen, z. B. akademisches Personal oder bestimmte politische Experten.

Mit dieser Definition werden auch Studienautoren als Experten gezählt, deren Aussagen zu einem gewissen Grad interpretativen Charakter haben, was im konstruktivistischen Charakter vieler Arbeiten begründet wird. Es finden sich aber durchaus Unterschiede darin, wie weit sich Autoren mit ihren Interpretationen von den Originalaussagen der Studienteilnehmer entfernen, wobei es unmöglich ist, eine feste Grenze zu ziehen.

An einem Ende des Kontinuums stehen Studien, die sich hauptsächlich auf das Paraphrasieren und Zusammenfassen von Originalaussagen stützen – ein für bestimmte Fragestellungen und zur Überblicksgewinnung durchaus angebrachtes Vorgehen, wenngleich kritisiert wurde, dass das reine Paraphrasieren hinter dem hermeneutischen Anspruch der qualitativen Tradition zurückbleiben könnte (Chang & Horrocks, 2008). Für den Zweck dieser Arbeit sind solche stark deskriptiven Werke jedoch sehr informativ, da die Kompetenzen wahrscheinlich ohne viele Verzerrungen berichtet werden. In solch einem Fall würden die Autoren aber nicht als Urheber der Kompetenzen interpretiert.

Am anderen Ende stehen Überblicksarbeiten und Reviews. So verwendeten etwa Richter und Hahn (2009) für ihre Metasynthese zu den Aufgaben ambulanter Pflege nur Aussagen von Studienautoren, keine Informationen aus den Ursprungsstudien selbst. Eine weitere Möglichkeit der Vorgabe von Kompetenzen durch Experten ist deren Ableitung aus Studienbefunden mit unklarem Bezug zur Pflege. So verweisen Mahoney et al. (2006) in einem Artikel auf Aussagen des Psychiaters und Professors für medizinische Anthropologie in dessen

Werk über „Patienten und Heiler“ allgemein (Kleinman, 1980) und übertragen diese in eine Kompetenz für Pflegenden, die sich mit der „Fähigkeit, das eigene Weltbild und das des Patienten in Einklang zu bringen“, übersetzen ließe. So logisch und nachvollziehbar solche Übertragungen sind, stellen sie stets die Anforderungen des Pflegeberufs durch externe Experten dar.

Während im obigen Beispiel die übertragende Autorin als Professorin für Pflegewissenschaft durchaus als Teil der Profession gesehen werden kann, sind Expertenaussagen dann problematisch, wenn sie nicht durch Professionsvertreter, sondern etwa als politische Forderung erfolgen. Wenngleich sich kein Artikel mit solch einer Aussage in der Vorrecherche fand, würde doch ein Ausschluss solcher Artikel und Kommentare in der Literaturrecherche erfolgen.

Eine weitere Art, wie Autoren Kompetenzen definieren, die ihre Probanden nicht explizit genannt haben, ist, wenn sie in der Diskussion ihrer Befunde, die sich nicht direkt mit Kompetenzen beschäftigen, Kompetenzen unmittelbar ableiten. Ebrahimi et al. (2012) beschäftigten sich mit der Einstellung von Pflege zu Patienten und leiteten ab, dass die positive Wertschätzung von Patienten durchaus eine Kompetenz sei, die trainiert werden könne. Lilja et al. (2004) beschäftigten sich ebenfalls mit den Einstellungen der Pflegenden zu Patienten und erhoben diese mittels eines semantischen Differenzials. Auch wenn dem Artikel keine direkten Kompetenzen entnommen werden können, so sprechen die Autoren doch Empfehlungen hinsichtlich einer moralischen Supervision aus.

#### **3.3.4.5 Implikationen für die Arbeit**

Keine Informationsquelle ist für sich genommen in der Lage, die Kompetenzen psychiatrischer Pflege vollständig zu benennen. Jede Quelle hat für sich genommen Vor- und Nachteile.

So kann zum Beispiel angenommen werden, dass manche Fertigkeiten mit der Zeit so alltäglich werden, dass sie sich bewusster Benennung entziehen. Gunasekara et al. (2014) bemerkten dies und sprachen davon, dass Patienten „klinisches Wissen, technische Fähigkeiten und Textbuchkommunikation nicht diskutierten.“ Das Phänomen könnte genauso auch auf Pflegepersonen übertragen werden. Außenstehende Experten wiederum, die sich mit der Konzeption von Behandlungsroutinen und Interventionsprogrammen beschäftigen, könnten durch ihren anderen Blickwinkel genau diesen weißen Fleck füllen.

Es kann sogar zu Widersprüchen zwischen den Quellen kommen. So sehen Pflegenden eher Bedarf am Lernen neuer Fertigkeiten und Kompetenzen (z.B. Cunningham & Slevin, 2005) generell oder für eine spezielle Klientel (z.B. Coombes & Wratten, 2007), während bei Patienten eher grundlegenden Verhaltensweisen, etwa fehlende Offenheit, wie Patienten bei Crowe et al. (2001) bemängelten, im Vordergrund stehen. In keiner Patientenaussage wur-

den therapeutische Interventionen gewünscht oder vermisst. Der Bedarf nach dem Wissen über solche Aussagen findet sich nur bei den Pflegenden selbst.

Der Schlüssel einer umfassenden Kompetenzliste liegt daher in der Kombination verschiedener Informationsquellen, weswegen in der zur Materialerstellung genutzten Literaturübersicht keine Selektion nach Quelle generell erfolgen soll. Der einzige Ausschluss ist ein spezieller, so wird auf Arbeiten mit politischer Implikation als Informationsquelle verzichtet, sollten diese auftauchen. Es werden in den ersten Schritt der Arbeit daher sowohl Arbeiten einbezogen die Patienten oder Angehörige als Informanten nutzen, als auch solche bei denen Pflegende und Experten die Kompetenzen definieren.

### **3.3.5 Spezielle Konsequenzen für die Arbeit**

Die Vielfalt, mit der Kompetenzen in der Literatur behandelt und dargestellt werden, spricht gegen eine Einschränkung der Literaturrecherche auf eines der in diesem Abschnitt vorgestellten inhaltlichen Merkmale hin. Eher könnte es für spätere Arbeiten und vor dem Hintergrund, dass die Kompetenzerfassung zugleich einen Forschungsüberblick darstellt, durchaus interessant sein, diese Merkmale systematisch zu erfassen.

Konkret werden auch solche Kompetenzen in die Liste aufgenommen, für die keine klare Angabe ihrer Evidenz vorliegt, etwa, weil sie nur als Teil eines Behandlungskonzepts beschrieben wurden. Dies wird als legitim angesehen, da es utopisch wäre, jeden Anteil einer evidenzbasierten Praxis für sich genommen erneut auf Evidenz zu prüfen. Psychoedukation bei Stress kann beispielsweise als evidenzbasierte Intervention gewertet werden (Gallagher-Thompson & Coon, 2007), besteht als evidenzbasierte Intervention aber aus mehreren Komponenten (Hintergrundwissen des Ausführenden, Didaktik, Umgang mit Gruppenkonflikten etc.), die nicht einzeln geprüft werden können. Da es sich aber auch um Kompetenzen handeln würde, würden alle Kompetenzen in die Listung aufgenommen. Ob eine Studie also direkt nach Kompetenzen fragt oder im Rahmen einer anderen Fragestellung behandelt, ist für das Erstellen einer Kompetenzliste ebenso wenig relevant wie die Frage, ob Kompetenzen vorgegeben oder durch die in der Studie Befragten angegeben werden.

Weiterhin wird nicht nach der Quelle selektiert. Zum einen wird der Widerspruch zwischen Quellen als nicht relevant eingeschätzt, eher wird von einer Variation im Schwerpunkt ausgegangen, zum anderen ist nicht eindeutig bestimmt, wer als Quelle für welche Kompetenz welche Legitimation besitzt. Folglich ist es sinnvoll, Quellen gleichberechtigt zu behandeln und Studien nicht systematisch auszuschließen, wenn etwa externe Experten die Kompetenzen vorgeben. Erwartet wird vielmehr, dass sich die Kompetenzen verschiedener Quellen ergänzen.

Wenngleich keine generellen Beschränkungen bestehen, scheint doch das Einführen einer speziellen Beschränkung sinnvoll. Studien können entweder einen direkten Bezug zur Arbeit

mit Patienten haben, einen indirekten Bezug oder keinen Bezug. Während Studien mit direkten Bezügen (z. B. mit der Fragestellung, welche Kompetenzen bei Demenz sinnvoll sind) und indirekten Bezügen (z. B. die Haltung zu einem bestimmten Störungsbild) durchaus alltagsnahe Kompetenzen erwarten lassen, sollen Studien ohne Bezug zum Patienten außen vor bleiben. Ebenfalls ausgeschlossen werden Meinungen nicht pflegerischer Experten.

Konkret sollen im Literaturüberblick keine Studien behandelt werden, bei denen es nur um die intrapsychischen Vorgänge von Pflegenden geht, etwa Jobzufriedenheit, Stress und Coping (Amati et al., 2010). Auch wenn die Psychohygiene von Pflegenden ein sehr wichtiges Thema darstellt, fokussiert diese Arbeit nur auf Kompetenzen für den direkten Arbeitsalltag mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Patienten. Diese Einschränkung ist vor allem vor dem Hintergrund sinnvoll, dass die Arbeit Hinweise auf die Inhalte eines Ausbildungscurriculums liefern soll. Zwar würde ein Curriculum auch Selbsterfahrungsinhalte zum Gegenstand haben, zu dessen Konkretisierung einzelne Arbeiten gut herangezogen werden könnten, jedoch ist das Thema zu spezifisch, um hier behandelt zu werden.

Kompetenzen wie Stresscoping, Selbstfürsorge und dergleichen sollen also außen vor bleiben, Studien mit entsprechendem Schwerpunkt werden ausgeschlossen, entsprechende Kompetenzen nicht in die Liste aufgenommen.

### **3.4 Setting und Kompetenz**

Wie bereits in Unterkapitel 2.3 (ab S. 10) beschrieben, arbeiten psychiatrisch Pflegende in verschiedenen Settings und sind dort mit diversen Herausforderungen konfrontiert (Unterkapitel 2.3, S. 10). Eine Trennung zwischen dem Setting und einzelnen Interventionen (und damit Kompetenzen) ist schwierig zu realisieren (Byng & Jones, 2004), sodass die unterschiedlichen Settings nicht nur unterschiedliche Kompetenzen voraussetzen, sondern auch diverse Schwerpunkte in der Forschung an Kompetenzen (seien sie direkt oder indirekt) nach sich ziehen werden. Dass diese Unterschiede für das Vorhaben dieser Arbeit, die vor allem eine Informationsbasis schaffen soll, wenig Relevanz haben, wird im Folgenden verdeutlicht.

#### **3.4.1 Ambulanter und stationärer Bereich**

Es kann a priori davon ausgegangen werden, dass sich bei näherer Betrachtung zwei Arten von Kompetenzen in Bezug auf die beiden Bereiche finden würden. Erstens und größtenteils solche, die in beiden Settings, eventuell in unterschiedlicher Gewichtung, benötigt werden, und zweitens solche, die entweder in einem Bereich oder dem anderen exklusiv wären.

Rechtlich ist dem ambulanten Bereich die Anwendung von Zwangsmaßnahmen untersagt, weswegen alle Kompetenzen rund um die fachgerechte Durchführung per Definition als irrelevant deklariert werden können. Auf der anderen Seite sind Case-Management und das

Erstellen sozialer Hilfspläne im stationären Bereich an die Berufsgruppe des Sozialdiensts gebunden und können dort folglich als irrelevant deklariert werden.

Nur wenige Forschungsarbeiten wagen einen Vergleich zwischen beiden Sektoren. Die Befunde von Fielding und Weaver (1994) sowie Farmakas et al. (2014) lassen den Schluss zu, dass für Pflegende im ambulanten Sektor ein höheres Maß an Autonomie verlangt wird. Kenyon et al. (1990) verglichen einzelne Skills des ambulanten mit dem stationären Setting und kamen zu dem Ergebnis, dass im ambulanten Setting zwar die gleichen Skills, jedoch auf einem höheren Niveau erforderlich sind. Gray (1986) erstellte mittels Faktorenanalysen Rollenprofile für Pflegende im ambulanten und stationären Setting, ging aber nicht auf geforderte Fähigkeiten ein. In einem Review von Curran und Brooker (2007) werden zwar Interventionen aufgeführt, jedoch in der Regel hinsichtlich ihrer Effektivität im jeweiligen Setting, nicht in der Häufigkeit verglichen. Eine Vielzahl der Studien resümiert, dass Interventionen in ambulanten Teams effektiver sind.

Insgesamt entsteht jedoch nicht der Eindruck, dass sich der Grundpool an Kompetenzen zwischen den Settings unterscheidet, weswegen die Entscheidung, ob direkt zwischen ambulantem und stationärem Bereich getrennt werden, die Literaturrecherche also nur Forschungsarbeiten aus dem ambulanten Setting berücksichtigen soll, hauptsächlich auf einer ökonomischen Überlegung beruht.

### **3.4.2 Mono- oder Multiprofessionelles Setting**

Eine weitere für die Kompetenzforschung relevante Unterscheidung könnte dahingehend getroffen werden, ob ambulant arbeitende Pflegende alleine agieren oder teil eines multiprofessionellen Teams sind.

Das multiprofessionelle Team tritt (zumindest in der Literatur) zumeist in Form eines ACT-Teams im Rahmen des *Assertive Community Treatments* auf (siehe hierzu auch S. 15). Die überwältigende Mehrzahl der Studien zu diesem Bereich befasst sich nur mit der Wirksamkeit der Programme, Untersuchungen zur Rolle der Pflege in diesen Settings finden sich vergleichsweise selten. Eine dieser selteneren Studien stammt von Carson Weinstein et al. (2011), die die Rolle der psychiatrisch Pflegenden weiter abstecken und eine Führungsfunktion bei der Koordination der Integration verschiedener Leistungen erwähnen.

Das ACT-Konzept gilt als multiprofessionell, wobei dies auch bedeutet, dass die Professionen voneinander lernen und nach und nach auch Kompetenzen anderer Berufsgruppen integrieren, sofern die rechtliche Befugnis besteht. Die Erfahrungen mit dem Konzept in der Praxis bestätigen diese Vermutung durchaus.

Gegen die Aufnahme von Studien mit multiprofessionellen Teams spricht daher nichts, jedoch werden keine Kompetenzen aus Studien verwertet, bei denen es auch keine Hinweise auf eine Beteiligung der Pflege im Team gibt. Konkret heißt dies auch für Cochrane-Reviews,



dass beschriebene Interventionen nur dann Kompetenzen zur Liste beisteuern können, wenn klar hervorgeht, dass Pflegendе beteiligt sind.

### **3.4.3 Spezialsettings: Forensik und Geriatrie**

Es wurden mehrere Formen der Versorgung aufgeführt, in denen psychiatrische Pflegendе ambulant oder stationär wirken können. Zwei besondere Settings innerhalb des stationären Bereichs sollen an dieser Stelle noch einmal aufgegriffen werden: das forensische Setting und das geriatrische Setting.

Zur Rolle der psychiatrischen Pflege in der Forensik liegen zahlreiche Arbeiten unterschiedlicher Themenschwerpunkte vor, etwa Literaturreviews zu Patient-Pflege-Interaktionen in diesem Setting (Gildberg et al., 2010), zur Rolle psychiatrischer Pflege (Bowring-Lossock, 2006), zu Konflikten dieser Rolle (Mason, 2002) oder zur Effektivität von Kriseninterventions-teams aus psychiatrisch Pflegenden bei sexuellen Übergriffen (Campbell et al., 2005). Bereits die Vorrecherche deutete darauf hin, dass im forensischen Setting ein anderes Skillset, eventuell sogar eine andere Grundeinstellung erforderlich ist. Vor allem die klassische Beziehung ist aufgrund der Rahmenbedingungen stets eine andere und Loyalitätskonflikte sowie rechtliche Interventionshürden sind von anderer Qualität.

Das heißt, dass nicht nur ein anderes Kompetenzraster für diesen hoch spezialisierten Bereich erwartet wird, sondern auch die Kompetenzen der mit den nicht forensischen Kolleginnen und Kollegen vergleichbaren Pflegenden unter Umständen im Setting eine vollkommen andere Bedeutung haben. Während also bei sonstigen Sonderformen der Versorgung vor allem ein anders konfiguriertes Kompetenzset erwartet würde, wäre in der Forensik ein anderes Verständnis der Kompetenzen, ein anderer Common-Group zu erwarten. Während das andere Verständnis der Kompetenzen wenig einschränkend sein wird, weil die Interpretation automatisch den aus dem ambulanten Setting stammenden Probanden obliegt, werden viele Arbeiten mit forensikspezifischen Kompetenzen erwartet.

Im vollständig geriatrischen Setting, also Alten- und Pflegeheimen, aber auch ambulanten Diensten mit Schwerpunkt auf geriatrischer Patientenklientel, entstehen ähnliche Besonderheiten, wenngleich die Grenzziehung mit der regulären Versorgung fließender verläuft. Zum einen ist der geriatrische Bereich eher eine Domäne der Altenpfleger, womit sich die psychiatrische Pflege im Bereich einer eng verwandten, aber doch abgrenzbaren Berufsgruppe bewegt. Vereinfacht gesagt steht sie nun vor der Wahl, ein anderes Kompetenzset zu übernehmen oder sich innerhalb des Systems eine Nische zu suchen (wobei Kompromisse zwischen beiden Polen möglich sind).

Das Setting veranschaulicht also, dass der Einschluss von Forschungen aus dem forensischen Bereich aufgrund dessen Besonderheiten nicht gut auf die Arbeit ambulant arbeitender psychiatrischer Pflege übertragen werden kann, ohne von vornherein als irrelevant be-

wertete Kompetenzen aufzunehmen. Würden die forensikspezifischen Kompetenzen ausgeklammert, verblieben wohl nur vom stationären Rahmen nicht zu unterscheidende Kompetenzen. Aus diesem Grund werden Reviews und Artikel aus diesem Bereich per se nicht in die Literaturrecherche aufgenommen.

Für den geriatrischen Bereich gestaltete sich die Entscheidung schwieriger, da alleine ein Blick auf das Patientenalter der untersuchten Dienste und die demografische Entwicklung durchaus Berührungspunkte freigab. Gleichzeitig schien das Setting des geriatrischen Heims als zu weit vom Alltag entfernt, als dass Studien aus diesem Bereich Kompetenzen des ambulanten pflegerischen Bereichs würden verdeutlichen können. Daher wurde festgelegt, Artikel mit aufsuchenden ambulanten geriatrischen Diensten – so sie psychiatrische Pflege einschlossen – aufzunehmen, Artikel in den Reviews aber auszuschließen, wenn der überwiegende Teil der Studien rein geriatrischer Natur war.

#### **3.4.4 Nationale Besonderheiten**

Weiterhin unterscheidet sich der Pflegeberuf intra- und international deutlich. So haben die *Advanced Practice Psychiatry Nurses* (APPN) in 36 Staaten der USA das Recht, Medikamente zu verschreiben (APNA, 2009), wodurch definitionsgemäß dort ein anderes Berufsprofil erforderlich ist als in den übrigen Staaten. Mit dem Recht, Medikamente zu verschreiben entstehen für den Pflegeberuf neue Herausforderungen (Ross & Kettles, 2012), die andernorts noch nicht relevant sind (Snowden, 2008). Doch nicht nur im Bereich medikamentöser Interventionen bestehen Unterschiede. So sind die berufsalitäglichen Herausforderungen für Pflegende im ländlichen Australien (Chang et al., 2002) nicht mit denen Pflegender in England vergleichbar und auch bereits innerhalb Australiens ermittelten Studien Differenzen (Guy et al., 2013; Happell et al., 2013).

Auch wenn im rechtlichen Rahmen Deutschlands medikamentöse Verordnungen ärztliche Domäne sind, zeigt eine Betrachtung des Berufsalltags, dass diese strikte Zuordnung mancherorts aufgeweicht wird. So ist bereits die Verabreichung von Bedarfsmedikation im stationären Setting eine medikamentöse Intervention, deren Initiierung zwar nicht von der Pflege ausgeht, aber doch maßgeblich durch sie beeinflusst wird; bestimmt sie doch teilweise, ob und wie viel der Medikation ausgegeben wird. Noch weitergehende Fälle in der beruflichen Realität sind denkbar, etwa die eigenhändige Herausgabe als milde zu bezeichnender Medikamente wie Baldrian, Hustenlöser oder Aspirin.

Arbeiten zu Tätigkeiten, Rollen und Kompetenzen von psychiatrisch Pflegenden werden auch abseits des angloamerikanisch-europäischen Raums durchgeführt, etwa in Japan (z.B. Arimura et al., 2010), China (z.B. Lee et al., 2004), Kuba (z.B. Ordaz, 1993) oder Brasilien (z.B. Ventura et al., 2007). Dabei werden nicht selten besondere kulturelle Herausforderungen behandelt, etwa die Interaktion der Rolle als traditioneller Heiler und der Pflege in Südaf-

rika (Tessendorf & Cunningham, 1997) oder der Umgang mit den Nachwirkungen der Apartheid ebenda (Tshotsho, 1992).

Auch im angloamerikanischen Raum werden spezielle Fragestellungen behandelt, wie etwa in den USA Fragen in Bezug auf Rassismus und dessen Interaktion mit der Versorgung (Tsai et al., 2012) oder rund um die Versorgung der dort anderen gesellschaftlichen Bedeutung von Kriegsveteranen (Mohamed et al., 2009).

Ein weiterer bedenkenswerter Aspekt ist die Übertragbarkeit von Forderungen aus wissenschaftlichen Arbeiten heraus. Wird etwa die Durchführung einer bestimmten Tätigkeit gefordert, zum Beispiel Psychotherapie, dann variiert der Adressat je nach Herkunft der Studie. In Deutschland zum Beispiel würde eine solche Forderung aufgrund des besonderen (und international nahezu einzigartigen) Standes des Psychotherapeuten an eine sehr spezifische Berufsgruppe gerichtet. Die gleiche Forderung wäre im vereinigten Königreich jedoch auch durchaus an die Gruppe ambulanter Pflege mit einer entsprechenden Berechtigung gerichtet. Etwas Vergleichbares würde in Australien gelten, die psychiatrische Pflege Befugnisse im Umgang mit Medikamenten besitzt.

### **3.4.5 Spezielle Konsequenzen für die Literaturrecherche**

Die diesem Abschnitt vorstehende Frage lautete, ob Studien aus bestimmten Settings per se ausgeschlossen werden sollten. Dies traf für zwei Settings zu, nämlich die Forensik und rein geriatrische Versorgungsformen. Artikel, in denen nur anteilig geriatrische Patienten behandelt werden, verbleiben indes in der Suche.

Obgleich der Rechtsrahmen in Bezug auf Medikamente international ein anderer ist, liegt das Thema doch nicht so abseits der deutschen Situation, als dass ein pauschaler Ausschluss von Artikeln mit medikamentösem Schwerpunkt sinnvoll scheint. Trotz der anderen rechtlichen Situation wird also kein Ausschluss vorgenommen, da die Kompetenz eigenständiger Medikamentenvergabe auch in Deutschland – wenn auch in abgeschwächter Form – eine Rolle spielt.

Einige Arbeiten behandeln spezifische, im deutschsprachigen Raum weniger relevante Problemstellungen, sodass die für sie benötigten Kompetenzen als Basiskompetenzen betrachtet werden können. Es liegt daher nahe, Arbeiten aus der Suche zu exkludieren, die länderspezifische Kompetenzen adressieren.

## **3.5 Detailgrad der Beschreibung von Kompetenzen**

### **3.5.1 „Auflösung“ von Kompetenzen**

Um den Detailgrad in der Literatur zu beschreiben, bietet sich eine Analogie aus dem Bereich der Digitaltechnik an: die Auflösung. Je feiner eine Information (z. B. ein Ton oder ein Bild) aufgelöst ist, desto mehr Details sind enthalten, desto größer ist aber auch die Informa-

tionsmenge. Mit abnehmender Auflösung verschwinden Details, die Struktur wird gröber, bis es irgendwann schwierig wird, sie zu erkennen. Die Herausforderung besteht darin, einen Kompromiss zwischen einer zu hohen (d. h. zu viele Informationen) und einer zu niedrigen Auflösung (d. h. Gegenstand nicht mehr erkennbar) zu finden.

Diese Analogie ist auf die Beschreibung von Kompetenzen in der Literatur sehr gut übertragbar. So werden Kompetenzen nicht selten als „Überbegriffe“ beschrieben, wie etwa in der bereits erwähnten Arbeit von Lin et al. (2010), bei der u. a. der Begriff „Basis-Pflege“ als Kompetenz genannt wird. Mit solchen niedrig aufgelösten Begriffen gehen zwei Nachteile einher. Zum einen könnte jeder einzelne Proband etwas Anderes darunter verstehen, sodass sowohl in Interviews als auch bei der Verwendung von Fragebögen unklar bliebe, ob die Aussagen der Probanden sich wirklich auf das gleiche Konstrukt beziehen. Der umgekehrte Fall, die sehr hoch aufgelöste Kompetenz, spiegelt unter Umständen nicht das Alltagsverständnis der Probanden wider.

### **3.5.2 Die Situation in der Literatur**

Die Bandbreite reicht hier von sehr weitläufigen Begriffen bis zu hoch detailliert beschriebenen Einzelkompetenzen.

Sehr breite Kompetenzen geben etwa Harris und Happell (1999) an und berichten als Grundlagen interpersonelle Fähigkeiten, Basiswissen psychiatrischer Pflege, die Fähigkeit, mit verschiedenen Behandlungsmodalitäten zu arbeiten, und literarisches Verständnis. Zwar wird hierdurch sichergestellt, dass sehr viele höher aufgelöste Kompetenzen umfasst werden, zugleich sind die von den Autoren aufgestellten Kompetenzen kaum operationalisierbar und nicht eindeutig definierbar.

Den Gegenpol stellen zu eng umgrenzte Interventionen für bestimmte Situationen mit bestimmten Patienten dar, wie sie etwa Parsons et al. (1997) anhand der Verwendung von Kommunikationshilfen bei älteren Patienten beschreiben. Die Autoren schildern detailliert grafische Kommunikationsmöglichkeiten und ihre Anwendungsschritte.

In der Regel implizieren niedrig aufgelöste (d. h. weiter fassende) Kompetenzen solche mit höherer Auflösung. Exemplarisch für ein solches Bündel steht „Kommunikation“. Solche Skillsets lassen sich in weitere untergeordnete Einzelkompetenzen aufteilen. In einem Review von van de Bovenkamp und Trappenburg (2012) zur Analyse der Kommunikation zwischen Familien und Professionellen werden auf diese Weise mehrere Aspekte der Kommunikation erwähnt, etwa das Vermitteln schlechter Nachrichten, Informationsvermittlung und -gewinnung sowie Umgang mit Beschwerden. Je nach Fragestellung sind solche Gebiete noch weiter unterteilbar. So fächern Anderson und Stickle (2002) etwa interpersonelle Fähigkeiten noch einmal in neun Unterfähigkeiten auf.

### **3.5.3 Spezielle Konsequenzen für die Arbeit**

Der Detailgrad der Beschreibung von Kompetenzen hat in zweifacher Hinsicht Implikationen für die vorliegende Arbeit, nämlich einmal hinsichtlich der Behandlung im Literaturreview und einmal in der Festlegung der Auflösung für das Item-Set. In der Literaturrecherche werden Kompetenzen in nahezu allen Auflösungen erwartet. Es ist zu erwarten, dass die Recherche weit mehr Kompetenzen erfassen wird, als Probanden jemals valide gewichten könnten, so dass wie bereits beschrieben eine Verdichtung zwingend erforderlich ist.

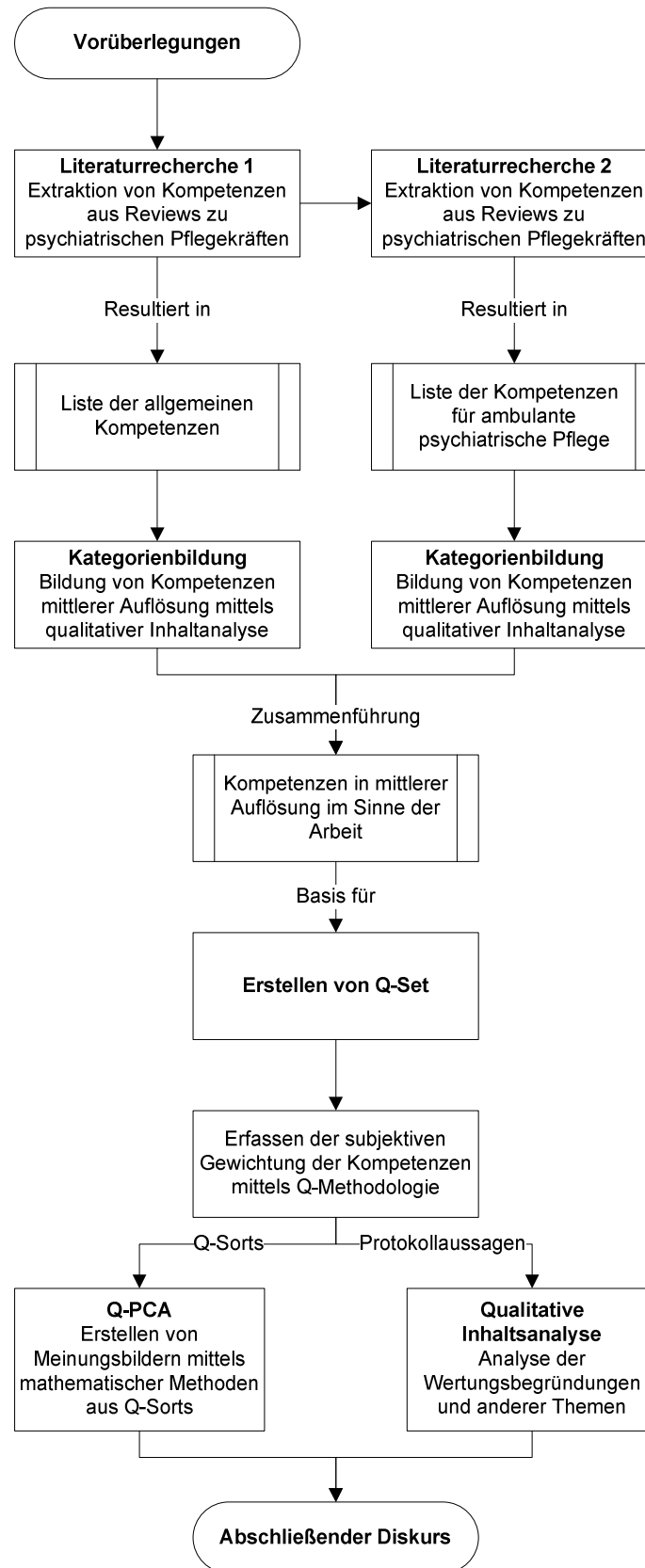
Im Rückschluss ist es daher unökonomisch, Kompetenzen aufzunehmen, deren Auflösung niedriger (d. h. deren Definition breiter) ist als die in der Arbeit angestrebte Auflösung. So kann eine Kompetenz wie „Interpersonelle Fähigkeiten“ a priori ausgeschlossen werden, da es immer möglich sein wird, sie aus höher aufgelösten Kompetenzen herzuleiten, und durch den Ausschluss kein Informationsverlust entsteht.

Die angestrebte Lösung muss sich an mehreren Faktoren orientieren:

1. Die Zahl der Kompetenzen sollte zwischen 40 und 70 liegen, da dies in der Q-Methodologie als eine noch ökonomisch zu handhabende und zugleich eine gute Informationsmenge bietende Kartenzahl gilt.
2. Die Kompetenzen für das Q-Set sollten auf einem Niveau liegen, das Pflegende auf ihren Arbeitsalltag übertragen können. Zu hoch aufgelöste Kompetenzen entsprechen nicht der ganzheitlichen Wahrnehmung der meisten Pflegenden von ihrer Arbeit, zu niedrig aufgelöste Kompetenzen wiederum lassen zu viele Interpretationsspielräume zu und wirken unnötig kompliziert.
3. Die Beschreibungen der Kompetenzen müssen für die Pflegenden greifbar sein, dürfen also nicht zu weit abseits der beruflichen Realität liegen, zugleich aber auch nicht zu spezifisch sein. Eine zu spezifisch beschriebene Kompetenz wie „Motivational Interviewing“ könnte unbekannt sein und würde dementsprechend nicht adäquat bewertet werden können. Eine zu weit abseits liegende Kompetenz wie „Ökonomisches Pflegemanagement“ hingegen hat keinen Bezug zum Berufsalltag mehr.

### **3.6 Abschließende Zusammenfassung**

Das Kapitel 3 beschäftigte sich damit, wie Kompetenzen in der Literatur verortet sind. Dabei wurden mehrere Aspekte veranschaulicht und unter Bezugnahme auf die aktuelle Arbeit behandelt. Aus diesen Aspekten ergibt sich daher der in Abbildung 2 dargestellte Ablauf.

**Abbildung 2: Ablaufplan für die vorliegende Arbeit als Konsequenz der Vorüberlegungen**

### **3.6.1 Generelle Konsequenzen der Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche ergibt sich aus der Feststellung, dass freie Interviews nicht ausreichend sicher in der Lage sind, das komplette Kompetenzprofil abzudecken. Sowohl für strukturierte Interviews als auch für qualitative Verfahren erwies sich daher eine Literaturrecherche zur Genese der Datenbasis als alternativlos.

Der Rahmen der Literaturrecherche wurde mittels Betrachtung der Behandlung von Kompetenzen in der Literatur festgelegt. Schwerpunktmäßig wurden in der Vorrecherche mögliche Ausschlusskriterien ausgelotet. Dabei offenbarte sich, dass dem Ziel, eine umfassende Liste zu erhalten, weder ein Ausschluss nach Erhebungsmethode noch ein Ausschluss nach Vorgehensweise noch ein Ausschluss nach Informationsquelle dienlich gewesen wäre.

Die Recherche soll ferner in zwei Schritten durchgeführt werden: erst nur unter Einbeziehung von Reviews und ohne Beschränkung des Settings, anschließend nur für den ambulanten Bereich, dafür aber unter Einbeziehung einzelner Forschungsartikel.

Die Entscheidung, Reviews zusammenzufassen, beruht auf drei Erkenntnissen:

1. Es wird möglich ökonomisch sehr viele Kompetenzen gleichzeitig zu sichten, vor allem durch Cochrane-Reviews mit sehr strukturierter Aufbereitung.
2. Das Zusammenfassen von Reviews wurde bereits von anderen Autoren wie Richter und Hahn (2009) sowie Curran und Brooker (2007) erfolgreich umgesetzt.
3. Autoren haben oftmals einen anderen Blickwinkel auf die Kompetenzen und sind so eine Informationsquelle für sich, die als Ergänzung zu Einzelbefunden aufgefasst werden kann.

Die Entscheidung, die Prozedur mit einzelnen Forschungsartikeln zu wiederholen, beruht auf folgenden Überlegungen:

1. Für den ambulanten Bereich werden spezielle Kompetenzen in Reviews unter Umständen nicht ausreichend wiedergegeben.
2. Das Auffinden von Originalaussagen ist in Einzelartikeln wahrscheinlicher, sodass eine Informationsquelle zur Verfügung steht, die in den Reviews wahrscheinlich nicht auftauchen wird.
3. Einzelartikel weisen mutmaßlich aufgrund der geringeren Verdichtung mehr Informationen und damit mehr potenzielle Kompetenzen auf.

Systematisch ausgeschlossen werden sollen Forschungsartikel ohne Bezug zum ambulanten oder stationären Bereich der Erwachsenenbehandlung, also Beiträge der Forensik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Es wird darauf verzichtet, Kompetenzen aus speziellen Settings wie Geriatrie, Rehabilitation, Arbeit mit Behinderten oder DBT zu übernehmen, und a priori davon ausgegangen, dass in diesen Settings hoch spezialisierte Kompetenzen erforderlich sind, die sich nicht im Berufsalltag der Zielgruppe, nämlich wenig spezialisierten ambulanten Pflegediensten, wiederfinden.

Hauptziele der Literaturrecherche sind das Aufstellen von Q-Sets und Ableitungen entsprechender Items, um Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegenden zu erheben. Zur Zusammenfassung der Informationen aus den Studien wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet (Mayring, 2000, 2010). Die resultierenden Kategorien stellen zugleich das Material für das Q-Set dar.

In diesem Unterkapitel wurden auch mehrere Aussagen über Häufigkeiten bestimmter Methoden oder Vorgehensweisen getroffen – aufgrund des Pilotcharakters der Recherche aber nur intuitiv. Wenngleich es nicht das Primärziel der Arbeit darstellt, scheint es sinnvoll, einzelne Aussagen und Annahmen über die Vorgehensweise bei der kompetenzkorrelierten Pflegeforschung im Rahmen der Literaturrecherche wieder aufzugreifen und mit Zahlen zu unterlegen. Aus diesem Grunde sollen in der folgenden Bestandsaufnahme der Literatur auch gezielt Merkmale von Studien so erhoben werden, dass deskriptive Aussagen zu bestimmten Themen möglich sind.

### **3.6.2 Generelle Konsequenzen für die Erstellung der Kompetenzprofile**

In der Vorrecherche wurden bezüglich Kompetenzen bei psychiatrischer Pflege eingesetzte Forschungsverfahren und ihre spezifischen Nachteile wie Vorteile vorgestellt.

Das Ziel, eine vergleichsweise umfangreiche Liste an Kompetenzen zu untersuchen und deren Gewichtung durch Probanden zu „erzwingen“, ließ zuerst an eine Fragebogenuntersuchung denken. Angesichts des wohl zu großen Informationsverlusts wird auf die Q-Methodologie zurückgegriffen, die einen guten Kompromiss zwischen dem Wunsch nach relativ objektiven Daten und dem Erhalt qualitativer Informationen bildet (detailliert beschrieben in Unterkapitel 5.4, ab S. 122).

Durch die Anwendung einer Hauptkomponentenanalyse können aus ähnlichen Q-Sorts der Probanden Kompetenzprofile gebildet werden, die diverse Sichtweisen auf die im Beruf erforderlichen Kompetenzen repräsentieren. Die Interpretation dieser Kompetenzprofile erfolgt neben der Betrachtung der Kompetenzgewichtungen auch unter Zuhilfenahme demografischer Daten der Probanden sowie deren Antworten und Protokollaussagen nach dem Q-Sort.



## **4 Bestandsaufnahme der Literatur**

Die Bestandsaufnahme der Literatur soll einen Überblick zum aktuellen Stand der Forschung im Bereich der psychiatrischen Pflege, insbesondere zur ambulanten psychiatrischen Pflege geben. Konkret soll eine Liste der in der Literatur erwähnten Kompetenzen erstellt, daraus das Q-Set abgeleitet und dieses im empirischen Teil zur Genese eines Kompetenzprofils verwendet werden.

Zwei systematische Literaturrecherchen sollen den Kompetenzüberblick bilden. In einem ersten Suchlauf werden Reviews zu Kompetenzen, Fähigkeiten und Interventionen psychiatrischer Pflege über alle Settings analysiert, in einem zweiten Suchlauf einzelne Forschungsarbeiten behandelt. Kompetenzen werden aus den Reviews extrahiert und in Listenform gebracht. Aufgrund der zu erwartenden Menge an Kompetenzen ist eine Verdichtung im Rahmen der Recherche unumgänglich. Dies soll mittels der Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse, konkreter anhand einer ähnlichkeitsbasierten Kategorisierung erfolgen. Die Bildung von Kategorien geringerer Auflösung soll immer im Anschluss an die jeweilige Recherche erfolgen.

Überdies soll ein Überblick gewonnen werden, wie Kompetenzen in der Literatur untersucht werden, welchen Stellenwert sie in Arbeiten, die sich nicht direkt mit speziellen Kompetenzen beschäftigen, einnehmen und wer die Kompetenzen jeweils definiert.

Wie bereits zu Beginn beschrieben, wird aus Gründen der Lesbarkeit immer der Begriff „(ambulante) psychiatrische Pflege“ verwendet, unabhängig davon, ob in der Originalarbeit „mental-health-nurse“ oder „psychiatric nurse“ verwendet wurde.

### **4.1 Reviews zu Kompetenzen Pflegender in der psychiatrischen Versorgung**

#### **4.1.1 Vorgehen und Ziel**

Der Fokus auf Reviews folgte der Annahme, dass auf diese Weise bereits eine sehr weite Abbildung des Themas und damit die Erstellung einer Basisliste der Kompetenzen möglich sei. Um Eindrücke zu erlangen, unter welchen Voraussetzungen Kompetenzen beforscht werden, werden pro Review und – soweit möglich – je im Review erwähnten Artikel Schlüsselmerkmale erfasst. Auf diesen aufbauend, soll diskutiert werden, wie Kompetenzen in der Literatur beschrieben werden und ob Unterschiede zwischen den Kompetenzen hinsichtlich des Settings, der Methode oder der untersuchten Patientenklientel in der Studie bestehen.

#### **4.1.2 Methode**

##### **4.1.2.1 Literatursuche**

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Cinhal, Pubmed, Health & Medicine, Medline und Web of Science durchgeführt. Da das Einschließen von Keywords und Abstracts in

die Suche bei einem Probelauf zu viele falschpositive Treffer nach sich zog, soll die finale Suche mit folgenden Stichworten im Titel der Arbeit durchgeführt werden. Die Arbeiten müssen nach dem Jahr 2000 erschienen sein.

- nurs\* review\* mental\*
- nurs\* review\* psych\*
- nurs\* meta\* mental\*
- nurs\* meta\* psych\*

Nicht empirische Arbeiten, etwa Thesenpapiere, Kommentare, Curricula von Universitäten, Musterstudienordnungen oder Stellungnahmen ohne Forschungshintergrund, sollen grundsätzlich exkludiert werden, wenn die genannten Kompetenzen nicht aus vorliegenden empirischen Studien heraus begründet wurden; Gleiches gilt für Forschungsartikel, die kein Review darstellen.

Weiter sollen Arbeiten ausgeschlossen werden, die nicht aus Mitteleuropa, dem Vereinigten Königreich, Australien oder den USA stammen, da ansonsten eine zu starke Varianz durch kulturelle Spezifika zu erwarten wäre und die Rahmenbedingungen in Ländern abseits der genannten nicht ausreichend vergleichbar mit dem Zielbereich der Arbeit sind (siehe Abschnitt 3.4.4, S. 64). In diesem Schritt ebenfalls ausgeschlossen werden Artikel, in deren Abstract sich keine Hinweise auf Forschung an und um Kompetenzen der Pflege fanden, also etwa Arbeiten zur Versorgungsforschung, zu demografischen Profilen Pflegender oder spezifischen Problemen (etwa Stress) der Pflegenden. Ebenfalls ausgeschlossen werden Arbeiten, bei denen es nicht um psychiatrische Pflegende geht, psychiatrische Pflege nicht im Rahmen ihrer typischen Aufgaben agiert (beispielsweise, wenn Pflegende nur als Schulungspersonen für Angehörige im Rahmen spezieller Programme agieren) oder keine psychiatrische oder psychosomatische Patientenklientel versorgen. Zusätzlich werden Artikel ausgeschlossen, wenn die Patientenklientel aus dem Kinder- und Jugendbereich, einem rein geriatrischen Setting oder der Forensik stammt.

#### **4.1.2.2 Datenorganisation**

Zu jedem ausgewerteten Review wurden Parameter verzeichnet: Autoren, Titel, Studienjahr, Anzahl der Studien, beforschte Zielgruppe (z. B. Depressionspatienten), Art der umfassten Studien und eine kurze Beschreibung des Gegenstands.

Die den Kompetenzen zugrundeliegenden Worte, Sätze oder Satzteile wurden wörtlich in eine Excel-Tabelle kopiert, wobei sowohl das Review, aus dem sie stammten, als auch die Ursprungsstudie, auf die die Autoren die Aussage zurückführten, übernommen wurde. Wurden mehrere Studien als Zitatquellen angegeben, erfolgte je Studie ein neuer Eintrag, sodass die Information, aus wie vielen Einzelstudien eine Kompetenz laut den Autoren hervorgeht, ableitbar blieb. Stammte die Aussage von den Review-Autoren selbst (etwa ein Teil der

Diskussion), wurde dies entsprechend verzeichnet und keine Quellenstudie angegeben. Zu jedem Eintrag wurde zudem festgehalten, ob die erwähnte Kompetenz von Patienten, Angehörigen oder der Pflege gewünscht bzw. einzeln oder als Teil eines strukturierten Programms evaluiert worden war. Auch das Setting wurde verzeichnet.

#### **4.1.2.3 Methodische Überlegungen**

Die Analyse des Materials erfolgte in zwei Schritten. Im ersten Schritt wurden die identifizierten sinntragenden Textstellen paraphrasiert und im zweiten Schritt aus diesen Interpretationen induktive Kategorien gebildet (Mayring, 2010). Diese Kategorien sollen verwendet werden, um die benötigten Kompetenzen inhaltlich (im Hinblick auf den empirischen Teil der Arbeit) zu definieren und zu prüfen, wer diese Kompetenzanforderungen formuliert, mit welcher Methodik sie erhoben wurden und ob sie eher allgemein oder auf spezielle Problemstellungen bezogen sind.

#### **Paraphrasierung und Reduktion**

Sprachwissenschaftlich bezeichnet Paraphrasieren die Umschreibung eines sprachlichen Ausdrucks mit anderen Wörtern oder Ausdrücken bzw. die freie, nur sinngemäße Übersetzung in eine andere Sprache (Duden, 2016). Ziel des Paraphrasierens war das Auffinden von Kompetenzen. Mayring (2010) unterteilt die Paraphrasierung in drei Schritte: Zunächst werden irrelevante Satzbestandteile entfernt, anschließend erfolgt die Übersetzung auf eine einheitliche Sprachebene und zuletzt die Transformation in eine grammatikalische Kurzform bzw. ein einzelnes Wort. Bedeutungsgleiche Paraphrasen wurden im nächsten Schritt (Reduktion) zusammengeführt und solche, die inhaltlich weiter gefasst waren als die gewünschte Ebene, verworfen. Ging aus der Paraphrase nicht eindeutig hervor, wie diese vom Autor gemeint gewesen war, wurde auf den Kontext des Texts zurückgegriffen, was eine Explikation im Sinne von Mayring (2010) darstellt. Im zweiten Reduktionsschritt wurden nicht weiter trennbare Paraphrasen zusammengeführt (Bündelung), um eine Liste mit elementaren Kompetenzen zu erhalten, die dann Basis für eine induktive Kategorienbildung werden soll.

#### **Kategorienbildung**

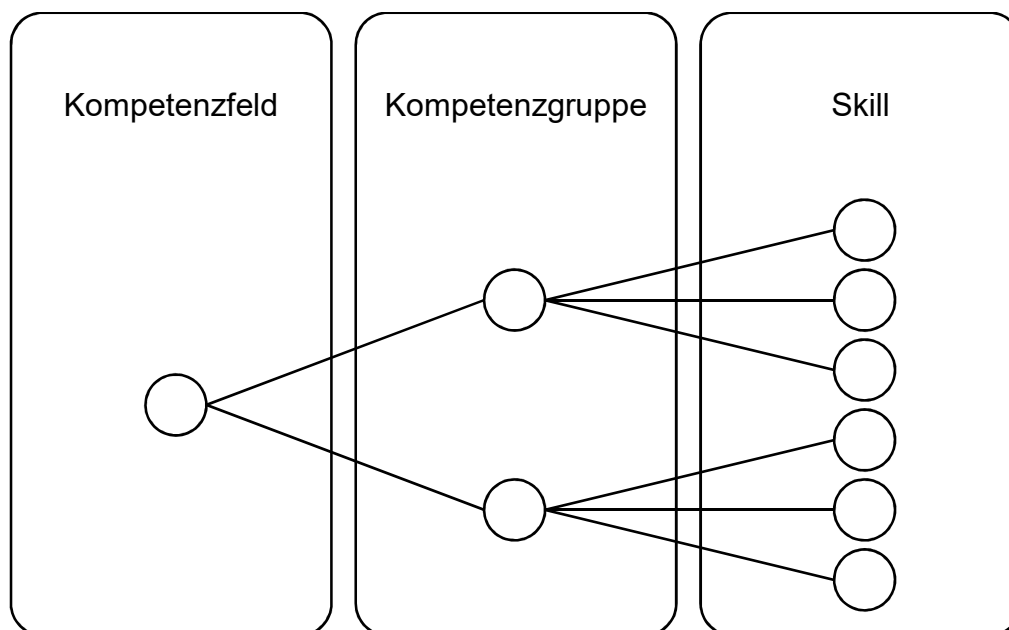
Die gefundenen Paraphrasen sollen Grundlage einer induktiven Kategorienbildung sein, d. h., sie erfolgt ohne Rückgriff auf ein vorhandenes Framework. Das Vorgehen ist hierbei eine Zusammenfassung im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Ziel ist zuerst das Aufstellen von Kategorien mittlerer Auflösung, die mehrere Kompetenzen hoher Auflösung (Skills) zu einer übergeordneten Kompetenzgruppe zusammenzufassen (siehe Abbildung 3). Die Zusammenfassung erfolgt nach dem Prinzip, dass der höheren Kategorie dann zugeordnet wird, wenn deren Beschreibung die feiner aufgelösten Kompetenzen umfasst. So wurden beispielsweise spezifisch angegebene Psychoedukationsinhalte (Psychoedukation bei Psychose, Depression usw.) unter der Kompetenzgruppe „Psycho-

edukation“ gesammelt. Diese Kompetenzgruppen sollen zugleich die Items für die Untersuchungen des empirischen Teils bilden. Unabhängig davon sollen sie in einem zweiten Schritt zu Kompetenzfeldern verdichtet werden, anhand derer die für diesen Arbeitsschritt aufgeworfenen Fragen beantwortet werden können.

Zusammenfassend werden in der Arbeit also drei Auflösungen von Kompetenzen unterschieden, auf die im Folgenden zurückgegriffen werden soll:

- 1) **Skills** stellen Fertigkeiten und Fähigkeiten dar, die nicht mehr sinnvoll weiter aufgelöst werden könnten.
- 2) **Kompetenzgruppen** fassen mehrere ähnliche Skills zusammen. Sie liefern eine konkrete Beschreibung einer Tätigkeit, ohne auf Details zu deren Durchführung einzugehen. So würde etwa die Kompetenzgruppe „Psychoedukation“ die Skills „Leitung psychoedukativer Gruppen“, „Evaluation psychoedukativer Gruppen“ und spezielle Inhalte (Psychose, Medikamente, Depression etc.) summieren. Es ist das Ziel dieser Arbeit, Kompetenzen auf diesem Niveau aufzulösen, da dies ein Kompromiss aus der zu erwartenden hohen Vielfalt an Skills und der großen, mit einem zu starken Informationsverlust einhergehenden Breite des Kompetenzfelds ist.
- 3) Ein **Kompetenzfeld** fasst mehrere Kompetenzgruppen zusammen. So könnten etwa „Psychoedukation“, „Psychotherapie im Einzelsetting“ und „Soziotherapie“ unter dem Feld „Therapie“ subsumiert werden. Aufgrund der breiten Inhalte sollen Kompetenzfelder jedoch nicht Kern der Arbeit sein. Sie sind netzartig zusammenwirkende Facetten wie Wissen, Fähigkeit, Verstehen, Können, Handeln und Motivation.

**Abbildung 3: Visualisierung des Verständnisses der Auflösung von Kompetenzen in der Literatur**



Zur Kategorienbildung wurden die Kompetenzen in eine zufällige Reihenfolge gebracht und zum ersten Listeneintrag dann eine Kompetenzgruppe aufgestellt. Passte der zweite Eintrag in diese Kategorie, erfolgte die Zuordnung auch hier, ansonsten wurde eine neue Kategorie gebildet. Das Verfahren wurde für die restlichen Kompetenzen fortgesetzt, bis für jede Elementarkompetenz eine Kategorie gefunden war. Weiterhin wurde festgelegt, dass ein Skill nur in einer Kompetenzgruppe vorkommen durfte und eine Kompetenzgruppe genau einem Kompetenzfeld zugeordnet sein musste. Bestanden Argumente für eine Doppelzugehörigkeit, wurde die Kompetenzgruppe mit der besten Passung gewählt.

Zwei Tage und vier Tage später wurde der Prozess wiederholt, ohne dass die Liste mit den Erstzuordnungen vorlag. So entstanden drei mögliche Zuordnungen. Im letzten Schritt wurden diese Zuordnungen verglichen und eventuelle Diskrepanzen durch das Bilden einer neuen Kategorie oder das Zusammenführen zweier Kategorien aufgelöst.

### **4.1.3 Resultate**

#### **4.1.3.1 Literaturrecherche**

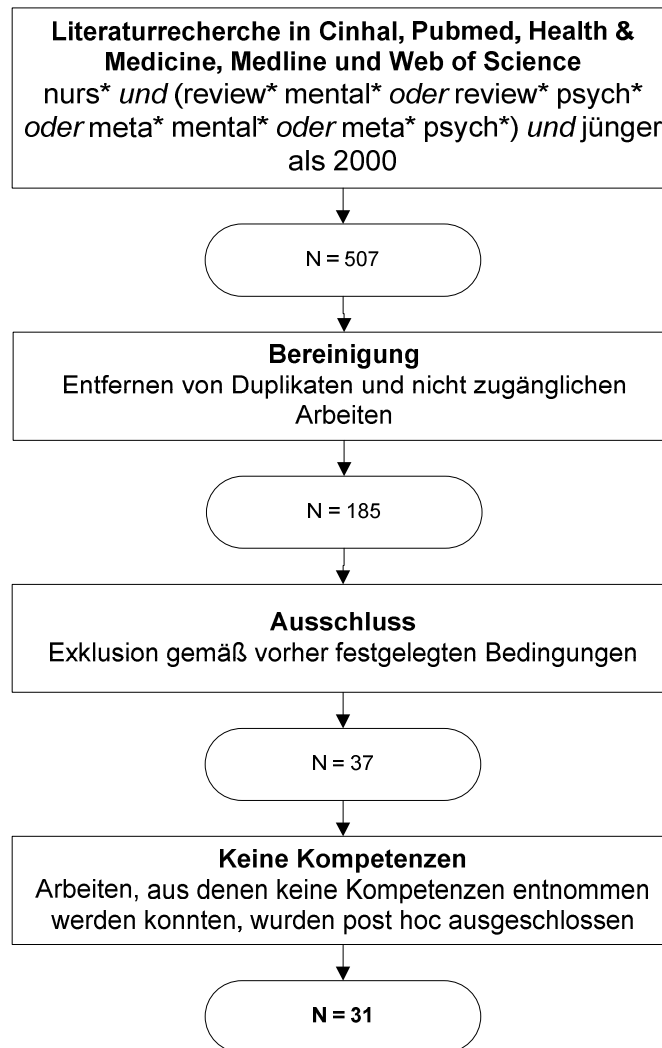
Nach Anwendung der vorgestellten Suchstrategie resultierten folgende Ergebnisse (siehe auch Abbildung 4):

- Pubmed: 145 Artikel,
- Health & Medicine (PQ): 25 Artikel,
- Medline: 157 Artikel,
- Web of Sciene: 93 Artikel.

Eine weitere Suche wurde in CINHALL durchgeführt (hier durften die Stichwörter auch in den Keywords vorkommen). Genutzt wurden folgende Datenbanken:

- MLA International Bibliography,
- MLA Directory of Periodicals Library,
- Information Science & Technology Abstracts,
- Communication Abstracts,
- The Nation Archive (DFG),
- eBook Collection (EBSCOhost).

Dies erbrachte neun weitere Artikel, jedoch nach erster Sichtung ohne Relevanz für die Suche, sodass insgesamt 429 Artikel zur Verfügung standen.

**Abbildung 4: Suchlauf Reviewanalyse**

Nach dem Ausschluss nicht verfügbarer Arbeiten und Duplikate verblieben 185 Arbeiten im Volltext. Diese wurden näher untersucht und nach den auf Seite 71 beschriebenen Ausschlusskriterien gegebenenfalls exkludiert (siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3: Begründung für Artikelausschluss**

<b>Ausschlussgrund</b>	<b>n</b>
Die Arbeit psychiatrischer Pflege steht nicht im Fokus der Arbeit	40
Keine psychiatrische oder psychosomatische Patientenklientel	30
Psychiatrische Pflege wird nicht im Artikel behandelt	22
Zielgruppe sind Kinder oder Jugendliche	20
Setting ist ausschließlich geriatrisch	7
Keine empirische Arbeit	5
Keine Hinweise auf Forschung um und an Kompetenzen im Abstract	5
Pflegende treten nicht im Rahmen ihrer typischen Aufgaben auf	4
Arbeit nicht aus Mitteleuropa, UK, Australien oder den USA	3
Artikel stellt kein Review dar	3
Forensisches Setting	3
Mehr als ¼ der behandelten Artikel sind älter als 2000	3
Von Autoren zurückgezogen	3

Häufigster Grund für einen Ausschluss war ein unpassender Fokus: Nicht die Arbeit der psychiatrischen Pflege selbst, sondern strukturelle Fragen (Bartels et al., 2002) oder der Einfluss von Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit von Pflegenden (Edwards & Burnard, 2003; Edwards et al., 2000) wurde behandelt.

Ebenfalls vergleichsweise groß war die Zahl an Arbeiten, die untypische oder zu spezielle Patienten behandelten. So wurden etwa Strategien im Umgang mit Krebspatienten (z. B. (Pitkethly et al., 2008) oder Herzinfarktüberlebenden (Campbell Burton et al., 2011) untersucht. Der Ausschluss dieser Arbeiten erfolgte, da a priori davon ausgegangen werden kann, dass für solche Arbeiten ein spezielles Skillset erforderlich ist, dass über die im Rahmen dieser Arbeit adressierten Kompetenzen hinausgeht.

In 22 Fällen wurde nicht psychiatrische Pflege, sondern verwandte Disziplinen (z. B. „Paraprofessionals“ bei den Boer et al. (2005), andere Gruppen von Pflegenden im Setting psychiatrischer Pflege (Campbell et al., 2005) oder Hintergrundwissen für psychiatrische Pflege behandelt (Cocoman & Murray, 2008). Daneben entfielen einige Artikel, da in ihnen ausschließlich zwar durch ambulante Pflege behandelte, aber insgesamt spezifische Patientengruppen wie Kinder- und Jugendliche oder forensische Patienten behandelt wurden. Studien mit Bezug zu geriatrischen Themen wurden hingegen nur dann ausgeschlossen, wenn es ausschließlich um Heime oder vergleichbare, speziell für diese Patientengruppe konzipierte Settings ging.

#### **4.1.3.2 Eingeschlossene Arbeiten**

Die Arbeit von Archer et al. (2012) ist ein Cochrane-Review, das sich mit der integrierten Versorgung von Depression und Angststörungen beschäftigt. In der Studie werden zum einen Kompetenzen benannt, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit beschreiben und daher auch für die Pflege relevant sind. Zum anderen sind einzelne Studien des Reviews in von Pflegenden verantworteten Teams realisiert worden; in diesem Rahmen werden auch spezielle Kompetenzen genannt, die Pflegende im Berufsalltag verwenden. Hierbei fällt auf, dass viele der Aufgaben Delegationen des Behandlungsführenden (in der Regel Psychiater) sind, in einzelnen Studien jedoch werden den Pflegenden durchaus gewisse Behandlungshoheit und komplexere Aufgaben wie psychotherapeutische Interventionen zugeteilt. Die überwiegende Zahl der Kompetenzen wird im Rahmen von Behandlungskonzepten beschrieben.

Zentrum des Reviews von Bee et al. (2008) bilden die Erwartungen von Patienten an die Pflege. Sie unterschieden zwar zwischen stationärem und ambulantem Setting, führten aber keine Vergleiche zwischen den Settings durch. Mit 132 eingegangenen Artikeln ist das Review sehr umfangreich, jedoch wurde auf viele dieser Artikel nicht inhaltlich eingegangen. Von den detaillierter beschriebenen Artikeln war bei 32 die Ableitung mindestens einer Kompetenz möglich. Die meisten dieser Kompetenzen (rund 90 %) sind jedoch nicht das Ergeb-

nis von Forschungsarbeiten, sondern eine Zusammenfassung der in der jeweiligen Studie geäußerten Wünsche befragter Nutzer.

Blythe und White (2012) erforschten mittels qualitativer Methodik, wie gut Pflegende des ambulanten psychiatrischen Bereichs die Versorgung von Personen mit somatischer Komorbidität leisten konnten. Die Studie ist insofern defizitorientiert, als ihr Hauptaugenmerk auf fehlenden oder ungenügend vorhandenen Fertigkeiten und Kompetenzen in vier von den Autoren herausgearbeiteten Feldern liegt. Da die fehlenden Kompetenzen jedoch klar umrissen sind, wurden sie ausgewertet und in die Liste der Resultate aufgenommen.

Die Arbeit von Coombs et al. (2011) ist eine der wenigen, bei denen eine Kompetenz bereits im Fokus der Arbeit steht und dann weiter untersucht wird. Konkret wurde untersucht, welche Informationen im Rahmen von Assessments erhoben wurden. Die Arbeit ermöglichte folglich die Herleitung von Kompetenzen mit Bezug zum Thema Assessment.

Im Review von Crowe et al. (2010) liegt der Schwerpunkt auf Interventionen bei bipolarer Störung. Dem Fokus der Autoren folgend wurden vor allem Arbeiten aufgenommen, die messbare und standardisierte Interventionen und Programme untersuchten. Die Autoren führen die sechs Interventionen Familientherapie, Psychoedukation, kognitive Therapie, *Social-Rhythm-Therapy*, Pflege chronisch Kranker und Intensivtherapien an. Eine weitere Explikation der in den Verfahren notwendigen Kompetenzen erfolgt in der Arbeit jedoch nicht.

Curran und Brooker (2007) berichten die Ergebnisse von Untersuchungen an Fähigkeiten unterschiedlicher Abstraktionsniveaus, angefangen von reinen Arbeitsparadigmen wie „Einbezug von Angehörigen“ über psychoedukative Gruppen bis hin zu sehr konkreten Maßnahmen wie dem Verwenden von Krisenplänen. Ziel war weniger die Erfassung der verwendeten Fähigkeiten als deren Effektivität. Die Autoren gingen davon aus, dass die angesprochenen Fähigkeiten auch von den Pflegenden verwendet wurden, obwohl dies in keinem Artikel expliziert wurde. Dabei wurden einige Kompetenzen direkt beforscht, andere sind in Programme oder Konzepte eingebettet und nicht losgelöst vom Ganzen zu betrachten. In das Review wurden ausschließlich randomisierte und kontrollierte Studien aufgenommen, bei denen ein Outcome erfasst wurde. Rund die Hälfte der Studien, aus denen Kompetenzen abgeleitet werden konnten, wurde im ambulanten Bereich durchgeführt, bei anderen Studien war das Setting stationär oder nicht eindeutig.

Das Review von Cutcliffe und Koehn (2007) ist eher eine Untersuchung des Konstrukts Hoffnung als eine Beschreibung von Kompetenzen. Es werden in diesem Rahmen jedoch durchaus indirekt Kompetenzen aufgezählt, die für das Konstrukt Hoffnung förderlich sind. Die Autoren beforschten keine Kompetenzen, sondern führten Forderungen an die Haltung und Interventionen der Pflege auf, die sich aus anderen Studien oder der Hoffnung ergaben.



Die Metasynthese von Delaney und Johnson (2014) stellt die Frage, was psychiatrisch Pflegenden im stationären Setting in ihrer Rolle wichtig ist. Zwar verfolgten die Autoren primär das Ziel, die Rolle der Pflege zu untersuchen, jedoch werden insgesamt 28 eindeutig als Kompetenzen interpretierbare Aussagen berichtet.

Das Review von Fung et al. (2013) beschäftigt sich mit Rollen von Pflegenden. Die Autoren listen auch mit den Rollen unmittelbar verbundene Interventionen und somit indirekt auch Fertigkeiten. Erwähnenswert ist, dass die Autoren auf randomisierte kontrollierte Studien zurückgreifen (der Kontrollbedingung fehlen in der Regel einige der genannten Interventionen) und auch eine Outcomemessung angeben. Die Interventionen werden somit direkt mit den Outcomemaßen verknüpft dargestellt.

Bei der Arbeit von Happell et al. (2012) handelt es sich um ein Review, das nicht primär zweckte, Kompetenzen zu entdecken. Ziel der Autoren war es, das Themenfeld des Case-Managements zu beleuchten. Zu diesem Zweck stellten die Autoren drei Themen auf, zu denen Informationen aus der Literatur gesammelt werden sollten: der Anteil des Case-Managements an der Arbeit ambulanter psychiatrischer Pflege, Informationen über die Pflege-Patienten-Ratio (*Case-Load*) und die generelle Rolle psychiatrischer Pflege im ambulanten-psychiatrischen Kontext. Kompetenzen wurden innerhalb der Aufarbeitung des Themenkomplexes zwar nicht schwerpunktmäßig berichtet, aber erwähnt.

Die Stärke des Reviews von Happell et al. (2014) liegt in der exakten Berichterstattung über die verwendeten Studien. So ist nicht nur ein Rückschluss auf das Setting, sondern auch auf die Ausbildung der Pflegenden und deren Rolle in den evaluierten Programmen möglich. Im Verhältnis von rund 4 zu 1 überwiegen Studien aus dem ambulanten Sektor. Schwerpunkt der Studie ist die Versorgung körperlicher Leiden durch psychiatrische Pflege, wobei Kompetenzen aus den Bereichen Prävention und medizinisches Assessment verdeutlicht werden.

Jeon (2003) beschäftigte sich mit der Frage, welchen Einfluss Pflege auf die Angehörigen älterer, im gemeindepsychiatrischen Setting betreuter Demenzpatienten nehmen kann. Das Vorgehen im Review ist eher narrativ, berichtet werden Ergebnisse von Studien, ohne auf deren Methodik im Detail einzugehen. Zu den ausgewerteten Studien gehören quantitative Arbeiten ebenso wie qualitative. Die Kompetenzen werden in der Regel als Empfehlungen berichtet, die wiederum aus den Interpretationen der Studienautoren hervorgehen.

Jugessur und Iles (2009) lieferten eine der Arbeiten der vorliegenden Analyse ab, bei der eine Kompetenz, nämlich „Advocacy“, im Fokus steht. Die Autoren gehen dabei nicht nur auf die Interpretation des Begriffs ein, der sich im Deutschen am ehesten als Fürsprache oder Anwaltschaft übersetzen lässt, sondern auch auf die Implikationen dieser Anwaltschaft in der psychiatrischen Pflege. Damit verbunden ist auch die kurze, eher nebenbei erfolgende Erwähnung von Kompetenzen im Zusammenhang mit dieser Tätigkeit.

Im Cochrane-Review von Kaner Eileen et al. (2007) wurde der Effekt kurzer Interventionen bei Alkoholproblematik in der Erstversorgung untersucht. Da die aufgeführten Studien die intervenierende Berufsgruppe berichteten, war es möglich, nur die tatsächlich von der Pflege angewandten Kompetenzen zu berücksichtigen. Sie beschränkten sich in der Regel auf die Beratung von Patienten mit mutmaßlichem Alkoholproblem, längerfristige Interventionen von Pflegenden wurden nicht aufgezählt.

Klimas et al. (2012) untersuchten nicht direkt die Tätigkeiten der Pflege, sondern allgemein psychosoziale Interventionen zur Reduktion von Alkoholkonsum. Explizit für psychiatrische Pflege wurde in diesem Rahmen die Möglichkeit zum Anleiten spezieller Gruppen für die Suchtprävention als Kompetenz genannt. Koehn und Cutcliffe (2007) untersuchten das Zusammenspiel psychiatrischer Pflege und des Konstrukts der Hoffnung. Das Thema wird in der Arbeit narrativ mit Bezugnahme auf verwandte Themen wie Suizid und Depression diskutiert, wobei der Diskurs vor allem die Facetten und die Bedeutung von Hoffnung umfasst. Die Autoren berichten aber auch konkrete Maßnahmen zur Förderung von Hoffnung, die Eingang in die Kompetenzliste finden konnten.

Im Review von Macleod et al. (2011) wurden Interventionen von Pflegenden gegenüber Angehörigen von Menschen mit Psychose untersucht. Alle als Kompetenzen interpretierbaren Nennungen sind im Rahmen von Behandlungskonzepten beschrieben, zusätzlich werden für die Studien Outcome und Effekt benannt. McAdam und Wright (2005) untersuchten in ihrem Review Literatur zur Rolle psychiatrischer Pflege in *assertive outreach teams* im Vereinigten Königreich. Wenngleich Details der Umsetzung landesweit variieren, gelten einige Grundsätze bei dieser Form der Intervention immer als gegeben. Dazu gehören ein über sieben Tage in der Woche verfügbares multidisziplinäres Team und ein Case-Load um 12 Patienten pro Behandler. Pflegende in solchen Teams sind obligatorisch. Da die meisten Aufgaben in solchen Teams von jedem Mitglied unabhängig von der Profession durchgeführt werden, wurden vorgestellte Kompetenzen auch als für Pflegende notwendig angenommen. Die Autoren berichteten diese in der Regel angelehnt an konkrete Aufgaben eines solchen Teams.

Im Review von Morse und Procter (2011) wurden sieben Studien beschrieben, in denen die Rolle von Pflegenden bei der Behandlung von *Early-Onset*-Psychosen untersucht wurde. Die Beschreibung der Interventionen ist insgesamt sehr allgemein gehalten, und in der Regel wird nur der konzeptuelle Rahmen berichtet.

Die Autoren besprechen nicht, ob unter kognitiver Verhaltenstherapie die Durchführung strukturierter Therapie oder lediglich die Verwendung einzelner Elemente zu verstehen ist. Auf Australien bezogene Standards bildeten den Kern des Reviews von Neville et al. (2008). Als Standards werden die Minimalvoraussetzungen für Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit bezeichnet. Ziel des Reviews war ein Update der bestehenden Standards unter Berufung auf aktuelle Literatur zum Thema. Aufgrund dieser Fokuswahl sind es häufig Emp-

fehlungen, die von den Autoren berücksichtigt wurden – die empirische Fundierung dieser Empfehlungen wurde nicht durchweg berichtet. Empfehlungen richteten sich zudem nicht immer direkt an die Arbeit der Pflegenden, sondern betrafen auch strukturelle Gegebenheiten außerhalb deren Einflussbereichs oder das Berufsbild, z. B. die Forderung nach früher Intervention, die multikulturelle Ausgestaltung der Berufsgruppe der Pflegenden oder die Berücksichtigung telepsychiatrischer Angebote. Weitere Empfehlungen sind sehr abstrakt berichtet, etwa die Adaption von Kern-Werten (*Core-values*), ohne dass diese weiter erläutert werden.

Das Review von Pridding und Procter (2008) beschäftigt sich explizit mit einer bestimmten Diagnosekonstellation, nämlich Persönlichkeitsstörungen bei gleichzeitigen intellektuellen Einschränkungen. Die Autoren beschreiben die Komplexität des Themas und gehen auch vereinzelt auf Interventionen und Kompetenzen ein, die Pflegende bei dieser Patientengruppe anwenden können und sollten.

Die Arbeit von Richter und Hahn (2009) ist die einzige auf Deutsch veröffentlichte Arbeit, und zugleich die einzige mit einem direkten Bezug auf den deutschsprachigen Raum. Dem Ziel, das formelle und informelle Aufgabenprofil ambulanter psychiatrischer Pflege zu beschreiben, folgend werden die Kernaussagen mehrerer Studien metasynthetisch zusammengefasst. Diese Kernaussagen lassen sich überwiegend als erforderliche Kompetenzen interpretieren.

Bei der Arbeit von Richter et al. (2012) handelt es sich um ein Cochrane-Review, das psychosoziale Interventionen bei Pflegeheimbewohnern untersucht. Die Maßnahmen wurden hinsichtlich der Frage betrachtet, ob sie eine Reduktion der Psychopharmaka-Nutzung ermöglichen. Wer die Intervention durchgeführt und worin sie bestanden hatte, wurde berichtet. Im Ergebnis zeigte sich, dass viele Pflegende klassische psychotherapeutische Aufgaben übernahmen und diese einsetzen konnten, um die Anwendung von Psychopharmaka zu reduzieren.

Die Rolle von Pflegenden beim Einbeziehen der Patienten in Behandlungsentscheidungen im Sinne eines *Shared-Decision-Managements* untersuchten Stringer et al. (2008). In das Review gingen aufgrund strenger Auswahlkriterien insgesamt nur vier Studien ein. In Bezug auf die Rolle werden explizit Kompetenzen und Werkzeuge aufgezählt, die die Autoren von Pflegenden erwarten, um Patienten in die Behandlungsplanung zu integrieren. Dabei werden viele spezifische Fragebögen aufgezählt, deren Anwendung und Verwertung als Kompetenz der Pflege impliziert wird.

Auch im Review von Taua et al. (2012) wurde die Rolle psychiatrischer Pflege in einer bestimmten Behandlungsbedingung untersucht. Die Arbeit beschreibt die Rolle der Pflege im Zusammenhang mit intellektueller Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung. Aus 21 Artikeln wurden sieben Schlüsselkategorien abgeleitet, die zusammen die Rolle der Pflege

beschreiben sollen. Im Rahmen der Erklärung der Schlüsselkategorien führen die Autoren Kompetenzen auf, die sie zur Erfüllung der Rolle als notwendig erachten. Die Autoren haben die meisten genannten Inhalte nicht direkt beforscht, sondern wollen Empfehlungen oder Ableitungen bereitstellen.

Die Arbeit von van de Bovenkamp und Trappenburg (2012) verweist auf eine Diskrepanz zwischen Leitlinien und Berufsalltag hinsichtlich der Kommunikation Pflegender und Familienangehöriger. So würde die Familieninklusion zwar gefordert, aber mit Verweis auf Privatsphäre und Patientenautonomie oft nicht umgesetzt. Die Autoren verglichen diesen Umstand mit Pflege im onkologischen und allgemeinen Bereich und machten das Kommunikationsverhalten zum Zentrum des Reviews. Dabei werden jedoch nicht einzelne Aspekte der Kommunikation, sondern Vor- und Nachteile patienten- bzw. angehörigenzentrierter Kommunikation beleuchtet. Schlussfolgernd empfehlen die Autoren eine Balance sowie tendenziell mehr über den informellen Konsens begründeten Kontakt zur Familie.

Im Review von van der Zalm et al. (2014) werden Haltungen und Einstellungen von Pflegenden zu Patienten mit einem sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte untersucht. Zum Umgang mit dieser Klientel erforderliche Kompetenzen wurden in einzelnen inkludierten Studien durch Pflegende berichtet. Wirksamkeitsstudien werden nicht besprochen.

Voogt et al. (2013) untersuchten die Kompetenz „providing structure“. Das Review illustriert ein bereits im Theorieteil angesprochenes Problem, nämlich die fehlende Operationalisierung von Grundlagenbegriffen. Ziel der Arbeit war die Klärung der Begrifflichkeit. Schließlich zählt sie auch Fähigkeiten auf, die im Rahmen von Strukturgabe als notwendig angesehen wurden.

Woods et al. (2012) fassen in ihrem Cochrane-Review Studien über kognitive Stimulation bei Demenzpatienten in Pflegeheimen zusammen. Dabei stehen weniger Varianzen der Maßnahme oder die Kompetenzen zur Durchführung, sondern die Frage, ob diese Maßnahmen therapeutischen Nutzen haben, im Zentrum des Interesses.

Zwarenstein et al. (2009) untersuchten Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation hinsichtlich ihrer Effekte, etwa strukturierte Konferenzen, Arbeitsgruppen oder Videokonferenzen. Die Informationen des Reviews konnten nur eingeschränkt im Sinne von Kompetenzen interpretiert werden, da überwiegend strukturelle Maßnahmen beschrieben wurden.

#### **4.1.3.3 Merkmale eingeschlossener Arbeiten**

Insgesamt wurden 37 Reviews erfasst. Sechs wurden im Rahmen der detaillierten Analyse ausgeschlossen bzw. wiesen keine eindeutig als Hinweis auf Kompetenzen zu interpretierenden Paraphrasen auf, sodass 31 Reviews verblieben. Diese sind mit Verweis auf ihre Art

(S = strukturiertes Review, U = unstrukturiertes Review), Zahl und Art der eingeschlossenen Studien und aus dem Review entnommene Kompetenzen in Tabelle 4 aufgeführt.

**Tabelle 4: Eingeschlossene Reviews**

Autoren	Art	Studien (n)	Studien eingeschlossen	Kompetenzen
Archer, J. et al. (2012)	S	79	RCT	37
Bates, L. & Stickley, T. (2013)	S	120	Unbeschränkt	3
Bee, P. et al. (2008)	S	132	Unbeschränkt	49
Blakeman, P. & Ford, L. (2012)	U	90	Keine Angabe	10
Blythe, J. & White, J. (2012)	S*	9	Unbeschränkt	6
Coombs, T. et al. (2011)	U	21	Unbeschränkt	8
Crook, J. A. (2001)	U	32	Unbeschränkt	0
Crowe, M. et al. (2010)	S	35	Experimentelles Design	6
Curran, J. & Brooker, C. (2007)	S	52	RCT	26
Cutcliffe, J. R. & Koehn, C. V. (2007)	U	29	Qualitativ	17
Cutcliffe, J. R. & Stevenson, C. (2008)	U	66	Qualitativ	0
Delaney, K. R. & Johnson, M. E. (2014)	S	16	Qualitativ	28
Fung, Y. L. et al. (2013)	U	14	Quantitativ / Mixed Method	26
Happell, B. et al. (2012)	S	31	Unbeschränkt	4
Happell, B. et al. (2014)	S	40	Unbeschränkt	28
Jeon, Y. H. (2003)	U	70	Unbeschränkt	7
Jugessur, T. & Iles, I. K. (2009)	U	111	Unbeschränkt	3
Kaner Eileen, F. S. et al. (2007)	S	26	RCT	6
Klimas, J. et al. (2012)	S	34	RCT	1
Koehn, C. V. & Cutcliffe, J. R. (2007)	S	57	Unbeschränkt	4
Lemmer, B. (2000)	U	26	Unbeschränkt	0
Macleod, S. H. et al. (2011)	S*	68	Experimentelles Design	14
McAdam, M. & Wright, N. (2005)	S	25	Unbeschränkt	16
Morse, M. & Procter, N. (2011)	S	7	RCT und Reviews	7
Neville, C. et al. (2008)	S	33	Unbeschränkt	3
Nkowane, A. M. & Saxena, S. (2004)	U	77	Unbeschränkt	0
Pridding, A. & Procter, N. G. (2008)	S*	72	Unbeschränkt	10
Richter, D. & Hahn, S. (2009)	S	12	Qualitativ	55
Richter, T. et al. (2012)	S	4	RCT	21
Stockmann, C. (2005)	U	45	Unbeschränkt	4
Stringer, B. et al. (2008)	S	4	Unbeschränkt	7
Taua, C. et al. (2012)	S	21	Unbeschränkt	45
van de Bovenkamp, H. M. & Trappenburg, M. J. (2012)	S	46	Unbeschränkt	3
van Ginneken, N. et al. (2013)	S	6	Unbeschränkt	7
Vooigt, L. A. et al. (2013)	S	40	Unbeschränkt	6
Woods, B. et al. (2012)	S	7	RCT	11
Zwarenstein, M. et al. (2009)	S	5	RCT	3

Die Mehrzahl (n = 23, 62 %) der eingeschlossenen Reviews beschrieb ein systematisches Vorgehen mit Ausschlusskriterien, unsystematische Reviews, also ausschließlich narrative Zusammenfassungen eines Themas, nahmen einen kleineren Anteil ein (n = 11, 30 %). Drei weitere Studien beschrieben ihr Vorgehen selbst als nur teilweise strukturiert, diese wurden mit \* gekennzeichnet. Rund 63 % der Reviews wiesen ein Bottom-up-Vorgehen auf, stellten also mehr oder weniger direkt die Frage, welche Kompetenzen und Interventionen vor einem bestimmten Hintergrund angebracht sind. Die übrigen rund 37 % der Studien gingen top-down vor, benannten also im Vorfeld eine mehr oder weniger deutlich beschriebene Kompetenz und betrachteten deren Evidenz oder Einsatz in der Praxis.

Die meisten Arbeiten schränkten die Aufnahme von Studien nicht nach deren Vorgehensweise systematisch ein, nahmen also sowohl qualitative als auch quantitative Arbeiten auf (n

= 21, 57 %), die übrigen Studien nahmen Einschränkungen vor (Tabelle 4). Ebenfalls nur selten beschränkt wurde das Setting der Arbeiten: Bei nur 16 % der Studien betraf dies die Bereiche ambulant (n = 3), Heim (n = 1) oder stationär (n = 2). Auch hinsichtlich der Patientenklentel nahmen die wenigsten Reviews Einschränkungen vor. Nur 27,4 % der Studien schränkten ihre Suche systematisch auf eines oder mehrere Patientenklentele ein, rund 74,6 % der Reviews waren offen hinsichtlich der Informationsquelle, berücksichtigten also Patienten, Pflege, Angehörige und Behandlungskonzepte gleichermaßen.

#### 4.1.3.4 Ermittelte Kompetenzen

Insgesamt wurden 325 Kompetenzen in den Reviews gefunden. Diese ließen sich auf insgesamt 214 Artikel zurückführen. Eine Frage, die durch die Reviewanalyse beantwortet werden sollte, lautete, wie diese Kompetenzen in der Literatur beschrieben werden. Mehr als  $\frac{1}{3}$  der Kompetenzen ergibt sich aus Feststellungen oder Forderungen der Autoren in den Reviews erwähnter Einzelstudien. Der zweitgrößte Anteil stammt aus Forschungen an einem spezifischen Behandlungskonzept oder Programm. Direkt beforschte Kompetenzen folgen mit rund 15 % auf dem dritten Platz. Wünsche von Patienten oder Pflegenden nehmen einen eher geringen Anteil ein. Am geringsten sind die Anteile von Kompetenzen, die Resultat von Beobachtungen sind oder lediglich erwähnt wurden (etwa im einleitenden Teil der Studie), ohne Gegenstand von Forschungen zu sein.

**Tabelle 5: Anzahl und Anteile unterschiedlicher Quellen an der Nennung von Kompetenzen**

Quelle der Kompetenz	Kompetenzen	Anteil der Quelle
Forderung oder Feststellung von Studienautoren	165	34,30 %
Im Rahmen von Konzept oder Programm beforscht	129	26,82 %
Direkt beforscht	72	14,97 %
Von Patienten gewünscht	42	8,73 %
Forderung oder Feststellung psychiatrischer Pflege	31	6,44 %
Forderung oder Feststellung von Autoren des Reviews	21	4,37 %
Beobachtungsergebnis	11	2,29 %
Erwähnt, nicht beforscht	10	2,08 %

Wird das Setting betrachtet, für das die Kompetenzen aufgestellt wurden, zeigt sich, dass die meisten Kompetenzen für den Bereich der ambulanten Versorgung beforscht wurden (n = 180, 37,42 %). Auf dem zweiten Rang folgen Kompetenzen, für die kein spezielles Setting angegeben wurde, etwa weil sie als universell galten (n = 134, 27,86 %). Auf das stationäre Setting entfallen weitere 64 Kompetenzen (13,31 %). Die übrigen Kompetenzen wurden für spezifische Versorgungsprojekte, Erstversorgung, Heimbereich und sonstige näher bezeichnete Dienste aufgestellt.

Von den 31 Reviews, aus denen Kompetenzen extrahiert werden konnten, schränkten mehr als die Hälfte (n = 17, 54,5 %) nicht nach der erkenntnistheoretischen Vorgehensweise der

Artikel ein. Zehn Artikel (35,5 %) schlossen nur Studien mit experimentellem Design ein, die übrigen drei Arbeiten beschränkten sich auf qualitative Literatur.

#### 4.1.3.5 Bildung von Kompetenzgruppen

Die überwiegende Zahl der Kompetenzen wurde auf der Ebene des Skills berichtet (siehe für die Nomenklatur S. 73). Eine Zusammenfassung resultierte in 53 Kategorien, nachfolgend als Kompetenzgruppen bezeichnet. Die gebildeten Kompetenzgruppen werden der Übersicht halber nicht an dieser Stelle, sondern in ihrer finalen Version am Ende dieses Kapitels ab Seite 108 vorgestellt. Diese wiederum ließen sich in elf Kompetenzfelder noch weiter zusammenfassen (siehe weiter unten). Mit 189 Nennungen (vor Zusammenfassen redundanter Nennungen) wurden die meisten Kompetenzen dem Feld „Therapie“ zugeordnet (39,29 %), gefolgt von 70 Nennungen im Feld „Netzwerken“ (14,6 %).

**Tabelle 6: Gebildete Kompetenzfelder in alphabetischer Reihenfolge**

Kompetenzfeld	Beschreibung
Adhärenzförderung Medikamente	Anwenden und Managen von Medikamenten
Arbeitsprozessorganisation	Organisieren und Strukturieren von Arbeitsprozessen
Assessment	Erheben von Informationen über und für die Behandlung
Assistenz	Direkte Hilfeleistung und Unterstützung gegenüber Mitbehandlern
Beziehung	Aufbau und Erhalt der Beziehung zwischen Patient und Pflege
Kommunikation	Kommunikationsprozesse zwischen Pflege und Patienten
Netzwerken	Einsatz und Aufbau von Ressourcen in Behandlungsnetzwerken
Psychotherapeutische Beratung	Über Beratung und Support herausgehende strukturierte Interventionen
Unterstützung	Konkrete Beratung und Unterstützung von Patienten im Alltag
Wissensmanagement	Kenntnis, Umsetzung und kritische Beurteilung von Fachwissen

Es ergaben sich auch Hinweise darauf, dass je nach methodischem Charakter der Studie andere Kompetenzfelder untersucht wurden. So wurden 17 Kompetenzen aus dem Feld der Beziehung in Reviews mit ausschließlich qualitativen Arbeiten gefunden, verglichen mit nur einer Kompetenz des Felds in ausschließlich quantitative Arbeiten berücksichtigenden Reviews – der Großteil der Nennungen im Feld entfiel auf Reviews ohne Methodenbeschränkung.

Hingegen beschäftigten sich experimentelle Studien eher mit Kompetenzen aus dem Feld der Therapie (84 gegenüber 25 Nennungen bei qualitativen Designs). Auch schien die Methodik der Studie damit in Zusammenhang zu stehen, wer die Kompetenz letztlich nannte. Informationsquellen in Arbeiten mit qualitativer Methodik waren zumeist Forderungen oder Feststellungen von Pflegenden und Studienautoren, während in Arbeiten mit randomisiert-kontrolliertem Design Kompetenzen entweder direkt untersucht oder im Rahmen eines Behandlungskonzepts oder -programms evaluiert wurden.

#### **4.1.4 Diskussion**

##### **4.1.4.1 Kompetenzbereiche in der Literatur**

Mit der ersten Recherche sollte erprobt werden, ob eine Extraktion von Kompetenzen für die Pflege aus der Überblicksliteratur mit der beschriebenen Methodik möglich ist, und ein Eindruck gewonnen werden, wie Kompetenzen in der Literatur beschrieben werden.

Die erhobenen Kennzahlen deuten darauf hin, dass sich die Liste über den Großteil der Tätigkeitsfelder psychiatrischer Pflege erstreckt: Nur wenige Kompetenzen wurden speziell für bestimmte Patientengruppen oder Settings berichtet, sodass sich also das Bild einer Profession ergibt, die auf ein breitgefächertes Skillset zurückgreift, das in verschiedenen Bereichen zum Einsatz kommen kann.

Auch hinsichtlich der Forschungsmethode der Arbeit, in deren Rahmen eine Kompetenz erfasst wurde, ergaben sich keine gravierenden Unterschiede, die über das zu erwartende Maß hinausgehen. Beide Forschungstraditionen wiesen eigene Schwerpunkte auf: Kompetenzen waren in den Feldern Therapie und Netzwerkarbeit häufiger Gegenstand quantitativ-experimenteller Arbeiten, die pflegerisch-therapeutische Beziehung hingegen eher für qualitative Arbeiten typisch. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Verzicht auf methodische Beschränkungen die Reichweite der Liste erhöhen konnte.

Dass einige Kompetenzen nur hinsichtlich eines bestimmten Settings oder einer bestimmten Patientenklientel erwähnt wurden, bedeutet nicht, dass sie in einem anderen Setting bedeutungslos wären. In keinem Review wurden Aussagen darüber getroffen, ob genannte Interventionen oder Kompetenzen auf ein bestimmtes Setting zu beschränken sind, wenngleich einzelne Skills existieren, deren Anwendung im stationären Setting nicht zu erwarten ist und die daher auf den ambulanten Sektor beschränkt sein werden, z. B. Case-Management (im stationären Bereich ist dies eine Aufgabe anderer Berufsgruppen), Alltagshilfe und Soziotherapie. Umgekehrt wurden mit „Anpassen der Behandlungsumwelt“, „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“ und „Direkte physische Pflege am Patienten“ drei Kompetenzgruppen gefunden, die wahrscheinlich ausschließlich auf den stationären Sektor zu beziehen sind.

Der weitaus größte Anteil wird aber von Kompetenzen gebildet, etwa aktives Zuhören, Behandlungsplanung oder Empathie, deren Gültigkeit als Setting übergreifend angenommen werden kann. Es ist theoretisch möglich, dass sich diese Kompetenzen im Detail unterscheiden, wenn eine spezielle Recherche mit Fokus auf die Kompetenz durchgeführt würde, jedoch würde dies den Rahmen vorliegender Arbeit sprengen. Ein Vergleich der Anwendung von Kompetenzen in verschiedenen Settings oder bei verschiedenen Patientengruppen wurde während der Recherche nicht identifiziert. Die Befunde deuten insgesamt darauf hin, dass (von oben genannten Ausnahmen abgesehen) die meisten Kompetenzen in allen Settings benötigt werden, sich jedoch hinsichtlich ihrer Gewichtung dort unterscheiden können.



Es ist erwähnenswert, dass die meisten Kompetenzen nicht gezielt von den Autoren der Arbeiten gesucht, sondern eher als „Nebenprodukt“ der eigentlichen Arbeit berichtet wurden. So wurden als Kompetenzen interpretierbare Aussagen etwa im Rahmen der Beschreibung von Aufgaben, Rollen oder konkreten Interventionen gefunden, ebenso Kompetenzen in Form von Empfehlungen oder Wünschen befragter Personen berichtet. Die Grenze zwischen den Begriffen Kompetenz, Rolle, Aufgabe und Intervention ist in der Theorie zwar deutlich, in der Literatur schwimmt sie jedoch. Dies kann konkrete Auswirkungen auf Literaturrecherchen haben. So sind abweichende Kompetenzlisten abhängig von den verwendeten Suchbegriffen wahrscheinlich und auch ihr Umfang kann variieren – je nachdem wie eng der Kompetenzbegriff gefasst wird. Zugleich werden in der Literatur aber so viele Kompetenzen beschrieben, dass die zu erwartende Menge der beschriebenen Kompetenzen vermutlich die Wahrscheinlichkeit von Lücken erheblich reduziert. Es ist sogar zu erwarten, dass viele Kompetenzen in der Literatur trotz unterschiedlicher Beschreibung gleich gemeint sind, so dass zwar bei einer Erweiterung der Recherche immer weitere Kompetenzen gelistet werden können, diese Kompetenzen jedoch nicht unbedingt qualitativ neue Einträge darstellen.

#### **4.1.4.2 Einschränkungen**

Auf methodischer Ebene besteht eine Einschränkung darin, dass nur Suchwörter im Titel der Arbeit berücksichtigt wurden. Angesichts der gefundenen Menge an Kompetenzen ist es fraglich, ob eine Einbeziehung der Suchtermini im Abstract oder in den Keywords weiteren Erkenntnisgewinn erbracht hätte. Wenn ja, dann stünde dieser nicht im Verhältnis zum erwarteten Mehraufwand durch das Vorgehen. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass bereits bei Beschränkung nur auf den Titel Arbeiten gefunden wurden, die dann im ersten oder zweiten Schritt ausgeschlossen wurden.

Keine Aussagen können darüber getroffen werden, ob die in der Literatur gefundenen Kompetenzen auch wirksam sind, insbesondere da keine Einschränkung auf empirische Arbeiten erfolgte, um die zu ermittelnden Kompetenzen nicht auf jene zu beschränken, die empirisch leicht verifizierbar sind.

Mehrere der einbezogenen Reviews verfolgten initial nicht das Ziel, Kompetenzen zu erforschen oder aufzulisten. In einigen Studien sind die Kompetenzen als Nebenprodukt der eigentlichen Forschungsfrage aufgeführt oder als Empfehlung aus den Ergebnissen eingeschlossener Studien hergeleitet. Eine Aussage, ob die Kompetenzen auch automatisch benötigt werden, also im Sinne eines Standards verstanden werden können, ist aus den Befunden nicht ableitbar. Die Kompetenzliste kann daher als eine Liste in irgendeinem Zusammenhang mindestens einmal erforschter Kompetenzen begriffen werden.

Weiterhin existierte nur für die wenigsten Kompetenzen eine eindeutige Beschreibung. So wird etwa der Begriff des Assessments sehr weitläufig genutzt und kann sowohl für die

Durchführung standardisierter Diagnostik als auch für ein Durchlesen von Vorbefunden stehen. Soweit möglich wurden nicht eindeutige Begriffe aus dem Kontext der Studie, in der sie erwähnt wurden, konkretisiert, wenngleich der Nachteil dieses Vorgehens darin besteht, dass ein subjektiver Anteil entsteht.

Weiterhin kann Informationsverlust durch die Übersetzung und das Paraphrasieren von Textstellen aus dem Englischen ins Deutsche nicht ausgeschlossen werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass einzelne Begriffe, etwa Coaching, keine akkurate deutsche Übersetzung haben.

#### **4.1.4.3 Implikationen für das weitere Vorgehen**

Das Resultat der Analyse der Reviews ist eine Liste mit Kompetenzen von Pflegenden, die in Reviews mehr oder weniger direkt adressiert wurden. Sie ist allgemein, umfasst also Kompetenzen aller Tätigkeitsfelder. Es liegt allerdings in der Natur von Reviews, mitunter Informationen einzubüßen. Aus diesem Grund schließt sich an diese Recherche innerhalb von Reviews eine zweite Recherche an, bei der einzelne Forschungsarbeiten behandelt werden sollen. Diese zweite Recherche soll die vorhandene Liste ergänzen.

## **4.2 Forschungsstand zu Kompetenzen in der ambulanten Pflege**

### **4.2.1 Vorgehen und Ziel**

Während die erste Recherche Reviews einbezog, wurden in der zweiten Recherche für die ambulante psychiatrische Pflege settingspezifische Forschungsartikel untersucht, die Hinweise auf Kompetenzen für ambulant tätige psychiatrisch Pflegenden vermuten ließen.

Die vorherige Recherche zeigte, dass die meisten Kompetenzen sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich als gültig angesehen werden können, zugleich ergaben sich jedoch auch Hinweise, wonach im ambulanten Bereich andere Gewichtungen und eventuell auch weitere Kompetenzen notwendig sind.

Neben einer Erweiterung der bereits erstellten Kompetenzliste besteht das Ziel dieser Recherche darin, weitere Erkenntnisse bezüglich der Art und Weise, wie Kompetenzen in der Forschung beschrieben werden, zu erarbeiten. Es soll beschrieben werden, wie die in den Artikeln erwähnten Kompetenzen festgelegt werden und worauf die Einschätzung beruht, dass es sich um eine Kompetenz handelt. Überdies soll erfasst werden, welches Outcome einer Kompetenz zugeschrieben wird und ob es Besonderheiten hinsichtlich der in den Studien verwendeten Methode in Bezug auf die Kompetenzen gibt.

### **4.2.2 Methode**

Die verwendete Methodik ist derjenigen der ersten Recherche sehr ähnlich. Bedeutsamster Unterschied ist die Einbeziehung einzelner Artikel statt Reviews, ebenso sollen mehr Infor-

mationen zu den einzelnen Artikeln und Kompetenzen erhoben werden. Wie auch in der Vorrecherche soll eine Zusammenfassung einzelner Kompetenzen zu Kompetenzgruppen erfolgen, die wiederum die Basis für den empirischen Teil der Arbeit bilden.

Die Beschreibung der Art und Weise, wie Kompetenzen in der Literatur beschrieben werden, soll wie in der vorherigen Recherche auch mittels numerischer Angaben unterstützt werden. Konkret wird die qualitative Beschreibung um die strukturierte Erhebung quantitativ-deskriptiver Kennwerte ergänzt. Diese wurden in der ersten Recherche ohne vorherige Festlegung während des Prozesses erhoben, für die folgende Recherche wurden sie im Vorfeld festgelegt.

#### 4.2.2.1 Literatursuche

Die Literaturrecherche erfolgt mehrstufig über die Oberfläche des Literaturverwaltungsprogramms Endnote 7 in den Datenbanken Pubmed und Cinhal. Im ersten Schritt wird eine Grunddatenbank mit allen Artikeln erstellt, die mindestens eines der Schlagworte *community psychiatr\** oder *community mental health* oder *mental health home care* und das Schlüsselwort *nurs\** in Abstrakt, Titel oder Keywords aufweisen. Da die Begriffe Rolle, Kompetenz und Fähigkeit in der gesichteten Literatur bisher nicht trennscharf waren, wurden alle in die Recherche einbezogen.

Die Datenbasis soll im Folgenden sukzessive eingeschränkt werden, bis sie maximal 200 Artikel umfasst. Zuerst werden Artikel entfernt, die weder *role\** noch *competenc\** noch *skill\** im Titel führen, dann ein Cut-off von Artikeln vor 1990 erfolgen. Im nächsten Schritt werden auf Kinder und Jugendliche referierende Artikel entfernt, definitionsgemäß solche, die in Titel, Abstract, Journalnamen oder Keywords die Terme *child\** oder *pediatr\** aufweisen. Sollte die Zahl der Artikel an dieser Stelle zu umfangreich sein, werden solche entfernt, die in Titel oder Abstract keine der Konstellationen *community psychiatr\**, *community mental health* oder *mental health home care* enthalten. Dieser Schritt leitet sich aus der Erfahrung ab, dass die Worte alleine selten mit kompetenzrelevanten Artikeln einhergehen und nur unmittelbares Aufeinanderfolgen als valider Indikator gelten kann. Bei immer noch zu großer Artikelzahl wird an dieser Stelle der Cut-off auf 2000 herabgesetzt. Bei zu diesem Zeitpunkt noch eingeschlossenen Artikeln soll dann der Abstract untersucht werden. Ergeben sich hier Hinweise auf unpassende Patientengruppen, Settings oder inkompatible kulturelle Hintergründe, erfolgt ein Ausschluss der Arbeit. Im letzten Schritt wird die gesamte Arbeit untersucht und ausgeschlossen, wenn sie die Listung von Kompetenzen nicht zulässt oder inhaltliche Überlegungen gegen eine Verwendung sprechen.

#### 4.2.2.2 Qualitative und quantitative Inhaltsanalyse

Für jeden dann verbleibenden Artikel werden folgende Merkmale codiert und in eine Excel-Arbeitsmappe (Microsoft, 2010) eingefügt:

- Autor(en),
- Jahr,
- Titel,
- Abstract,
- Fragestellung,
- Setting,
- Anzahl an Probanden
- Art der Probanden in der Studie (Pfleger, Angehörige, Patienten...)
- Angaben zur Population,
- Methode der Datenerhebung,
- Methode der Auswertung,
- Art der Studie,
- Art der Datenberichterstattung,
- gezielte Suche der Autoren nach Kompetenzen,
- Outcome der Studie.

Bei Nennung mehrerer Forschungsmethoden oder Designs wurde jeweils das primäre aufgezählt, sekundäre Methoden wurden in den Beschreibungen erwähnt. Bei Studien mit einem Rücklauf (zum Beispiel Umfragen) wurden nicht die angeschriebenen Personen berichtet, sondern nur die Zahl der Personen, die innerhalb der Studie in die Endauswertung aufgenommen wurden. Anders wurde bei Pre-Post-Designs verfahren und die Zahl der initial in der Studie befindlichen Personen berichtet. Das Vorgehen bei der qualitativen Interpretation wurde aus der Arbeit mit den Reviews übernommen. Es handelt sich also um ein an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angelehntes Vorgehen.

Textstellen wurden ausgewertet, wenn die Autoren eine bestimmte Intervention, Handlung, Haltung oder Aufgabe so beschrieben, dass sie für eine positive Veränderung von Behandlungsvariablen mitverantwortlich angenommen werden konnte. Nicht immer erfolgte in Artikeln eine solche klare Deklaration, oft erfolgte die Beschreibung auf einer anderen Ebene, etwa als Thema, Prozess oder Ähnliches. In solch einem Fall erfolgte eine Aufnahme in die Liste dann, wenn aus der Beschreibung der Sache entnommen werden konnte, dass sie gut oder schlecht ausgeführt werden kann und für die Profession der Pflege notwendig ist.

Nach Übernahme des Originaltexts wurde dieser übersetzt und paraphrasiert. Diese Paraphrase bildete den Namen der Kompetenz. Beim Paraphrasieren wurde auch berücksichtigt, wie die Kompetenz im Kontext beschrieben war, also bspw. Counselling als „Familienberatung“ übersetzt, wenn im entsprechenden Absatz der Fokus auf Familienarbeit lag. Zudem können zwei Originaltextteile die gleiche Paraphrase erhalten und so auch die gleiche Kompetenz abbilden.

Zu jeder auf diese Weise gefundenen Kompetenz werden folgende Merkmale angegeben, die später systematisch untersucht werden sollen. Konkret erfasst werden:

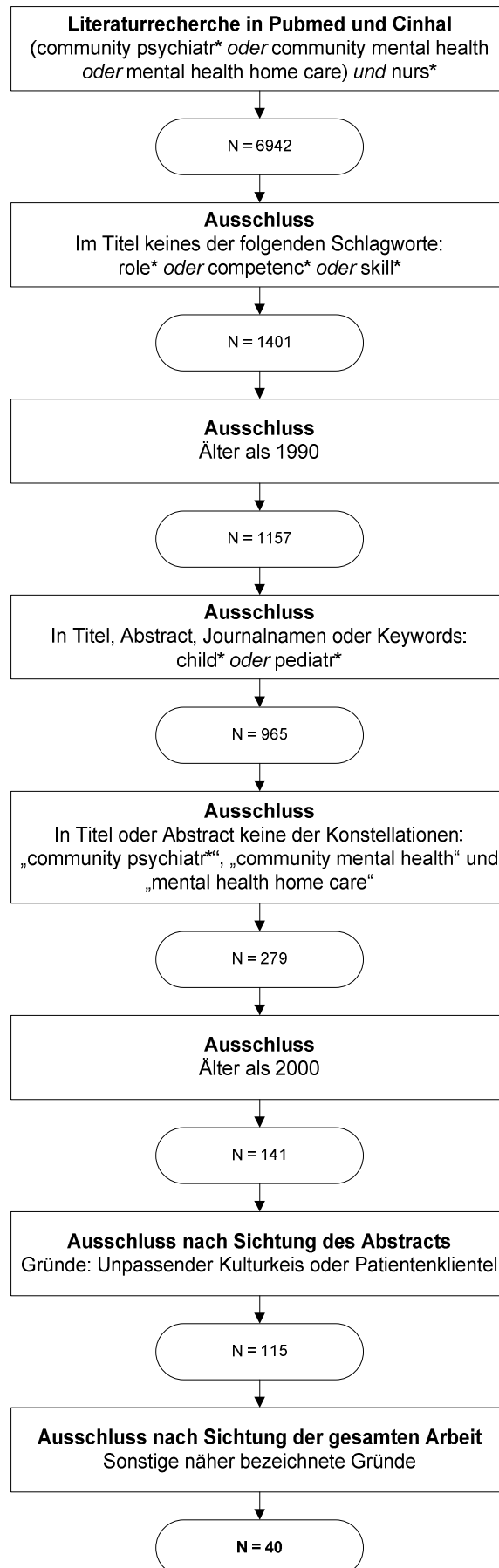
1. Quellartikel,
2. Originaltext,
3. Übersetzung/Paraphrase,
4. zugeordnete Kompetenzgruppe,
5. der Kompetenzgruppe korrespondierendes Kompetenzfeld,
6. Quelle für die Kompetenz innerhalb der Studie (z. B. Autoren oder Pflegende),
7. was die Kompetenz beschreibt (z. B. Aufgaben oder konkrete Tätigkeiten),
8. ob die Kompetenz empirisch geprüft bzw. evaluiert wird, und wenn ja wie,
9. Ziel, welches mit der Kompetenz verbunden wird,
10. ob die Formulierung der Kompetenz positiv oder negativ erfolgt.

Die Kategorisierung erfolgte auf Basis der Ähnlichkeit von Kompetenzen analog zum Vorgehen bei der Analyse der Reviews (S. 73). Dabei wurden die in der ersten Analyse aufgestellten Kompetenzgruppen erneut verwendet, ebenso die sich daraus ergebenden Kompetenzfelder. Nur wenn keine Zuordnung zu einem vorhandenen Kompetenzfeld möglich schien, wurde ein neues eröffnet.

### **4.2.3 Resultate**

#### **4.2.3.1 Literaturrecherche**

Aus dem in Abschnitt 4.2.2 (S. 89) beschriebenen Suchvorgehen resultierten insgesamt 115 Artikel (Abbildung 5), die vollständig gesichtet wurden. Bei 24 Artikeln war der Abruf im Volltext nicht möglich, bei sieben weiteren lag der Fokus nicht eindeutig auf psychiatrischer Pflege, bei weiteren sieben Artikeln wurde eine Konfundierung der beschriebenen Kompetenzen mit anderen Berufsgruppen oder Akteuren festgestellt. Betreffende Arbeiten wurden ausgeschlossen. Weiterhin war eine Arbeit bereits in der Reviewanalyse behandelt worden, eine weitere war eine Einzelfallstudie – beide wurden daher ausgeschlossen. Zuletzt erfolgte der Ausschluss drei weiterer Arbeiten, da sie nicht auf die deutsche Situation anwendbar waren. Die Ableitung von Kompetenzen war in 32 Artikeln nicht möglich. Somit reduzierte sich die Zahl der Studien, aus denen Kompetenzen in die Liste eingingen, auf 40 (Tabelle 7).

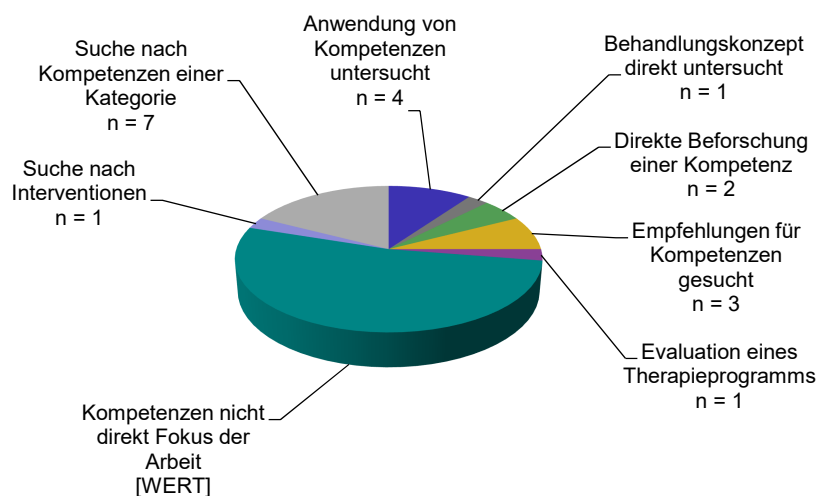
**Abbildung 5: Reduktionsprozess bei zweiter Literaturanalyse**

#### 4.2.3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Arbeiten

Im Großteil der Studien standen Pflegende im Fokus der Autoren (n = 21). Gemischte Populationen (n = 7), bei denen aber immer auch Pflegende eingeschlossen waren, und Patienten (n = 5) sind weniger vertreten. Dieser Fokus bezieht sich jedoch auf den Forschungsgegenstand, nicht unbedingt die Informationsquelle.

Rund die Hälfte der eingeschlossenen Artikel hatte nicht das Ziel, Kompetenzen oder Fertigkeiten zu ermitteln oder zu untersuchen. Diese Artikel wiesen in der Regel eine mittelbar mit Kompetenzen verbundene Fragestellung auf und erlaubten die Interpretation von Ergebnissen oder Aussagen als Kompetenz. Sieben Artikel erhoben Kompetenzen innerhalb einer vorher ausgewiesenen Kategorie (Coombes & Wratten, 2007; Fitch et al., 2007; McCann & Baker, 2001; McCann & Clark, 2003; Ryan et al., 2006; Spijker et al., 2011; Woodward et al., 2004), vier untersuchten, wie Kompetenzen praktisch angewandt wurden (Keady et al., 2004; Kudless & White, 2007; Lang et al., 2011; Lorentzen & Ruud, 2014), und zwei Artikel können als direkte Untersuchung einer Kompetenz verstanden werden (Gray et al., 2003; Gray et al., 2001).

**Diagramm 1: Ziel der Studien im Überblick über Artikel zur ambulanten Pflege**



Mit 29 Studien sind rund  $\frac{3}{4}$  der gesichteten Studien explorativ ausgerichtet. Drei Studien evaluieren Programme mit einer Pre-Post-Messung (Gray et al., 2003; Mullen et al., 2002; Spijker et al., 2011), in zwei werden Intergruppenvergleiche berichtet (Gray et al., 2001; Priebe et al., 2005).

Es wurden mehrere Methoden der Datenerhebung verwendet und freie Interviews, halbstrukturierte Interviews und Fokusgruppen (n = 20) am häufigsten verwendet, gefolgt von standardisierten Umfragen und Fragebögen (n = 16). Weitere Methoden sind die Nutzung von Dokumentation (Keady et al., 2004) und Literaturrecherche (Fitch et al., 2007). Die letzten beiden Studien zogen ihren Erkenntnisgewinn aus philosophischen bzw. berufspraktischen Überlegungen (Bolmsjo et al., 2006; Hurley & Linsley, 2006).

### 4.2.3.3 Beschreibung der Artikel

Tabelle 7: Im Forschungsüberblick aufgenommene Studien

Autor(en)	Jahr	n =	N entspricht
Adam, R. et al.	2003	13	Nutzer von <i>community-mental-health services</i>
Alexander, J.	2001	18	depressive Männer im CMH-Center
Alwyn, T. et al.	2004	91	Patienten im häuslichen Entzug
Bolmsjo, I. A. et al.	2006	0	nicht vorhanden
Brinkman, K. et al.	2009	116	Einzelpersonen in verschiedenen Institutionen
Clark, E. H.	2004	19	Pflege im Community-Setting
Coffey, M. & Hewitt, J.	2008	40	Pflege und Patienten
Coombes, L. & Wratten, A.	2007	7	Pflege im Community-Setting
Coombs, T. et al.	2013	18	Pflege verschiedener Settings
Crawford, P. et al.	2002	10	Pflege im Community-Setting
Crawford, P. et al.	2008	34	Pflege im Community-Setting
Crowe, M. et al.	2001	131	Pflege im Community-Setting
Cunningham, G. & Slevin, E.	2005	28	Pflege und Patienten
Elsom, S. et al.	2007	10	Pflege und Patienten
Elsom, S. et al.	2007	27	Pflege im Community-Setting
Elsom, S. et al.	2008	296	Pflege im Community-Setting
Elsom, S. et al.	2009	154	Pflege im Community-Setting
Fitch, C. et al.	2007	0	nicht vorhanden
Goossens, P. J. et al.	2008	23	Pflege im Community-Setting
Gray, R. et al.	2001	240	Pflege im Community-Setting
Gray, R. et al.	2003	52	Pflege im Community-Setting
Gunstone, S.	2003	1	nicht näher bezeichnet
Hannigan, B. et al.	2001	31	Thorn-Kurs
Hurley, J. et al.	2006	0	nicht vorhanden
Hurley, J. et al.	2006	30	Pflege in <i>Mental-Health-Trust</i> -Dienst
Keady, J. et al.	2004	50	Demenzpatienten
Kudless, M. W. & White, J. H.	2007	40	Pflege im Community-Setting
Lang, L. et al.	2011	153	Pflege im Community-Setting
Lorentzen, S. & Ruud, T.	2014	435	Pflege verschiedener Settings
McCann, T. V. & Baker, H.	2001	41	Pflege, Patienten und andere
McCann, T. V. & Clark, E.	2003	44	Pflege, Patienten und Angehörige
Mullen, A. et al.	2002	22	Familienangehörige von Psychosepatienten
Nolan, P. et al.	2004	131	Pflege in <i>Mental-Health-Trust</i> -Dienst
Patel, M. X. et al.	2005	70	Pflege im Community-Setting
Phillips, L. & McCann, E.	2007	10	Pflege im Community-Setting
Priebe, S. et al.	2005	189	Pflege im Community-Setting
Ryan, R. et al.	2006	15	Pflege im Community-Setting
Spijker, A. et al.	2011	295	Familienangehörige von Demenzpatienten
Woodward, C. A. et al.	2004	64	verschiedene Professionen im Community-Setting
Wright, N. et al.	2011	27	Pflege und Patienten

Adam et al. (2003) synthetisieren Aussagen von Patienten eines ambulanten Programms, um daraus Themen abzuleiten, die für die ambulante Pflege beschreibend sind. Diese Themen sind nicht als Kompetenzen interpretierbar, jedoch berichten die Autoren Originalaussagen, die eine Interpretation ermöglichen. Während einige Aussagen gut in eine Kompetenz überführbar waren, ist bei anderen die Interpretation schwierig. Der Artikel zeigt insgesamt eine Vielzahl an Kompetenzen auf, die Patienten im persönlichen Kontakt mit den Pflegenden erwarten.



Alexander (2001) untersuchte die Patienten mit denen Pflegende arbeiteten (depressive Männer); lediglich in der Einführung und dem Diskussionsteil des Artikels wurde ein Bezug zur Arbeit der psychiatrischen Pflege hergestellt, aus dem Kompetenzen abgeleitet werden konnten. Für die Studie wurden Interviews genutzt, aus denen mittels qualitativer Methodik für die Beschreibung der Stichprobe relevante Themen abgeleitet wurden.

Alwyn et al. (2004) untersuchen eine erweiterte, durch psychiatrische Pflege durchgeführte Intervention bei Patienten mit Alkoholabusus im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie. Dabei werden die Kompetenzen (überwiegend aus dem Bereich der Psychotherapie) bei der Beschreibung der Experimentalgruppenintervention angegeben. Da in einem der untersuchten Bezirke die Arbeit der psychiatrischen Pflegenden von Psychologen durchgeführt wurde, konnte ein Vergleich der Berufsgruppen erfolgen, der keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen ergab.

Die Arbeit von Bolmsjo et al. (2006) nimmt insofern eine Sonderrolle ein, als die Autoren ihre Forderungen an die Pflege nicht empirisch, sondern aus ethischen Überlegungen herleiteten. Es wird ein detailliertes Handlungs- und Entscheidungsmodell beschrieben, das auch einige Kompetenzen für den Alltag beinhaltet, die zur Nutzung des Entscheidungsfindungsprozesses notwendig sind.

Brinkman et al. (2009) beleuchteten die Rolle von Pflege im Liaisondienst. Diese Sonderrolle fordert zusätzlich weitere Kompetenzen, die im klassischen ambulanten Setting nicht vorkommen. Beschrieben wird ein kanadisches Projekt, in dem ein aus Pflegenden bestehender Dienst als Vermittler an der Schlüsselposition zwischen Gemeindevorrichtungen wie etwa Frauenhäusern, Familienservice und Schulen, Mental-Health-Services, Krankenhäusern und Kliniken fungiert. Eine direkte Behandlung durch die Pflege steht hierbei nicht im Vordergrund. Die Evaluation des Diensts erfolgte mittels einer in der Arbeit beschriebenen Umfrage.

Die Arbeit von Clark (2004) verfolgt ein klassisches qualitatives Vorgehen. Der Autor generiert Themen aus Interviews mit Pflegenden mit dem Ziel, deren Definition von Lebensqualität für die Patienten und ihren Beitrag dazu zu erfahren. Da das Ziel nicht direkt die Erfassung der Kompetenzen, sondern ein besseres Verständnis des Konstrukts der Lebensqualität war, finden sich Hinweise auf Kompetenzen vor allem in den Aussagen der Pflegenden und deren Interpretation durch die Autoren.

Der Artikel von Coffey und Hewitt (2008) ist eine Bestandsaufnahme des Umgangs von Pflegenden mit stimmenhörenden Patienten im ambulanten Setting. Es wird nicht gezielt nach Kompetenzen gesucht, sondern nach dem Umgang mit dem Symptom selbst. Einzelne von den Autoren und Pflegenden getroffene Aussagen sind als Kompetenzen interpretierbar, wobei ihre Wirkung für den konkreten Fall offenbleibt.

Coombes und Wratten (2007) untersuchten den Umgang mit Patienten mit Doppeldiagnosen anhand von Interviews mit erfahrenem Pflegepersonal. Auch hier wurde der Fokus weniger auf Kompetenzen und Interventionen als vielmehr auf die Bestandsaufnahme der Interaktion gelegt, wodurch die Erwähnung von Kompetenzen eher nachgeordnet erfolgte. Zwar identifizierten die Autoren das Thema „Fähigkeiten im Umgang mit Doppeldiagnosen“, die Aussagen der Interviewten lassen jedoch nur den Schluss zu, dass Kompetenzen fehlen, ohne dass diese benannt werden.

Im Artikel von Coombs et al. (2013) lag der Fokus auf der Frage, wie der Assessment-Prozess beschrieben werden kann. Dabei wurden sowohl institutionell als auch gemeindepsychiatrisch tätige Pflegende befragt, wenngleich diese Differenzierung im weiteren Verlauf nicht von den Autoren bei der Befundinterpretation aufgegriffen wurde. Die Auswertung erfolgte mittels *Grounded Theory*.

Crawford et al. (2002) beschäftigten sich in ihrer Studie mit den Hindernissen bei der Implementierung evidenzbasierter Interventionen und beantworteten überwiegend strukturelle Fragen, die auch Rückschlüsse auf Kompetenzen zulassen.

Die Studie von Crawford et al. (2008) beschäftigte sich mit der professionellen Identität von Pflege. Aufbau und Fokus sind eher struktureller Natur und Haltungen der Interviewten über ihren Beruf werden diskutiert. Aus dem Artikel konnte eine generelle Kompetenz abgeleitet werden.

Crowe et al. (2001) beschäftigten sich mit den Bedürfnissen von Patienten und wie ambulante Pflegeteams diesen gerecht werden können. Ihre Befunde beruhen auf Interviewaussagen, die Kompetenzen teils als vorhanden und nützlich, teils als vorhanden, aber wenig hilfreich oder als fehlend beschreiben.

Cunningham und Slevin (2005) untersuchten eher strukturelle Aspekte der ambulanten pflegerischen Arbeit. Genauer wird dabei auf die Rolle von Pflegenden eingegangen. Auffällig ist, dass in den Interviewaussagen das Fehlen von Kompetenzen oftmals zwar angesprochen, jedoch nicht weiter konkretisiert wird. Es war daher nur möglich, drei Kompetenzen aus dem Artikel in die Liste aufzunehmen.

Die Studie von Elsom et al. (2007) ist im Rahmen der Befugnisserweiterung der ambulanten psychiatrischen Pflege in Australien angesiedelt. Eines ihrer Hauptthemen ist die Möglichkeit von Pflege, Medikamente zu verschreiben, und wie Pflegende bzw. Patienten diese Möglichkeit wahrnehmen. Auch die zweite Studie der Autoren (Elsom et al., 2009a) ist mit diesem Thema verbunden, fokussiert aber stärker auf die Meinung der Pflege zum Thema Medikation. Gearbeitet wurde mit einem Fragebogen, bei dem ein Item als Kompetenz deutbar war und die Notwendigkeit des Wissens um Psychopharmaka in der Diskussion impliziert wurde. Im dritten Artikel der Serie (Elsom et al., 2008) wurde ebenfalls eine Umfrage berichtet, wobei allerdings nur ein Item des Fragebogens als Kompetenz interpretiert werden konnte. Die

Autoren verwendeten besagten Fragebogen noch in einer weiteren Studie (Elsom et al., 2009b). Dort lag der Fokus auf der Art und Weise, welche Entscheidungen Pflegende im Behandlungsprozess beeinflussten. Diese Einflussnahme betraf vor allem medikamentöse Fragen; die für diese Einflussnahme notwendigen Kompetenzen wurden in die Liste übernommen.

Der Artikel von Fitch et al. (2007) ist ein Review, das aufgrund anderer Suchbegriffe nicht in der Reviewanalyse erschien. Die Autoren widmen sich der Interaktion ambulanter Pflege und verschuldeter Patienten, wobei auch Kompetenzen empfohlen werden. Diese sind meist von den Autoren aus anderen Befunden hergeleitet.

Goossens et al. (2008) untersuchten, welche Interventionen Pflegende des ambulanten Settings bei Patienten mit bipolarer Störung durchführten. Mittels Fokusgruppen bei Pflegenden wurde eine Liste an Problemen, Interventionen und Outcomes erstellt, aus der die Interventionen mit Kompetenzen gleichgesetzt und übernommen werden konnten.

Unterschiede zwischen Absolventen des Thorn-Programms (Gamble, 1994) und anderen Pflegenden untersuchten (Gray et al., 2001). Der Vergleich erfolgte anhand von Fragebögen im Rahmen einer Umfrage, deren Outcomes als Kompetenzen im Sinne von Rollenkonformität interpretiert werden konnten.

Gray et al. (2003) evaluierten ein Trainingsprogramm im Kontext des Medikamentenmanagements, indem ein Psychotherapeut Videoaufzeichnungen der Pflegenden nach einem standardisierten Fragebogen beurteilte, wodurch diverse Outcomes des Trainings betrachtet werden konnten. Als Kompetenzen konnten sowohl die Bestandteile des Trainingsprogramms als auch einzelne Items der verwendeten Messinstrumente interpretiert werden.

Gunstone (2003) beschäftigte sich mit Risikomanagement im Detail. Die Studie nutzt halbstrukturierte Interviews und fokussiert auf den Bereich des Risikos durch Vernachlässigung und die wahrgenommenen Erfahrungen und Wahrnehmungen von Fachkräften in diesem Fall. Die Auswertung erfolgte gemäß *Grounded-Theory*-Ansatz. Innerhalb der Studie wurden mehrere Hilfsberufe in ambulanten Teams befragt, eine Zuordnung der Aussagen zu der Pflege war nicht möglich. Da der Artikel keine Kompetenz als professionsspezifisch herausarbeitet, wurde kein Ausschluss vor-, sondern angenommen, dass die breitgefächerte Rollenverteilung in solchen Teams genannte Kompetenzen für alle Mitarbeiter gleichermaßen relevant macht.

Im Artikel (Hannigan et al., 2001) wird ein Überblick über Kompetenzen gegeben, die im Thorn-Kurs (Gamble, 1994) und vergleichbaren Fortbildungen gelehrt werden. Die Studie ist als Umfrage mit offenem und geschlossenem Teil konzipiert und durchgeführt worden.

Der Artikel von Hurley et al. (2006) stellt ein teilweise mit Literaturbelegen versehenes Thesenpapier dar, in dem die Dominanz der kognitiven Verhaltenstherapie als Intervention bei

Pflegenden kritisiert wird. Der überwiegende Teil der Arbeit ist kritisch, im späteren Verlauf werden laut Autorenmeinung geeignetere Kompetenzen erwähnt.

Keady et al. (2004) berichten von Interventionen bei Angehörigen von Demenzpatienten und einem Training, bei dem diese Fähigkeiten gefördert werden sollen. Die Evaluation erfolgte qualitativ, wobei die Autoren einen exemplarischen Fall berichten, anhand dessen die Befunde veranschaulicht werden.

Kudless und White (2007) versuchten als einzige Autoren, deren Artikel in der Recherche auftauchten, gezielt Kompetenzen für Pflegende zu sammeln. Sie nutzen Leitlinien und Standards der *American Nurses Association* aus dem Jahr 2000 als Quelle für einen Fragebogen, den Pflegende bearbeiteten. Ziel war es, den Anteil bestimmter Rollen in der täglichen Arbeit der Pflege zu evaluieren.

Lorentzen und Ruud (2014) untersuchten die Inhalte und Ausrichtungen von Gruppentherapien mittels standardisierten Fragebogens im Setting der Gruppentherapie. Die entnommenen Kompetenzen beziehen sich auf die Arten von Gruppentherapien, weniger auf Kompetenzen zu deren Durchführung.

McCann und Baker (2001) stellten in ihrer Arbeit den Beziehungsaufbau junger Psychosepatienten in den Mittelpunkt. Mittels qualitativer Methodik stellten sie als Kompetenzen deutbare Strategien für den Beziehungsaufbau auf. Ähnliches realisierten sie in der Folgearbeit (McCann & Clark, 2003). Mit Patienten, Pflegenden und Angehörigen als Informationsquellen für mittels *Grounded Theory* ausgewerteter Interviews wird die Rolle von Pflegenden beim Beziehungsaufbau beschrieben. Neben Rahmenbedingungen und Patientenvariablen wird auch der Einfluss der Pflege beschrieben, wodurch eine Interpretation einzelner Aussagen als Kompetenz möglich ist.

In der Arbeit von Mullen et al. (2002) wird ein psychoedukatives Gruppentherapieprogramm für Angehörige von Psychosepatienten untersucht. Benutzt wurde eine standardisierte Umfrage, mit der ein Pre-Post-Test möglich war. Eine signifikante Verbesserung der wahrgenommenen Informiertheit und Aufmerksamkeit konnte gezeigt werden. Da das Programm von Pflegenden angeleitet wurde, können die im Programm beschriebenen Interventionen als Kompetenzen gedeutet werden.

Nolan et al. (2004) verglichen mittels einer standardisierten, sowohl offene als auch geschlossene Fragen beinhaltenden, Umfrage die Arbeit und die Werte des Pflegepersonals zweier Mental-Health-Trusts. Die Umfrageitems sind in der Studie angegeben. Daneben wurden sowohl strukturelle Merkmale wie die Klientel der Pflege als auch Einstellungen und Arbeitshaltungen erfasst. Die vorgegebenen Statements ließen eine Interpretation als Kompetenzen nicht zu, die im freien Teil erfragten persönlichen und organisationalen Werte sowie verwendete Arbeitsmodelle schon.

Die Arbeit von Patel et al. (2005) zur Haltung von Pflegepersonen des Community-Settings zu Depotmedikationen wurden Statements eines Fragebogens ausgewertet. Dabei ließen sich einige als Kompetenzen interpretieren, wenngleich der Fokus der Studie auf der Einstellung der Probanden lag.

Erfahrungen von Patienten mit der Depotmedikation wurden von Phillips und McCann (2007) untersucht. Mittels Interviews wurden verschiedene Themen generiert, eines davon die Rolle des Pflegepersonals im Prozess. Kompetenzen wurden im Fließtext indirekt von den Patienten berichtet.

Die Arbeit von Priebe et al. (2005) ist quantitativer Art und zielt auf einen Vergleich der Wahrnehmung und Arbeitsmoral ambulanter Pflege in London und Berlin. Als Kompetenzen sind einige der aufgeführten Tätigkeiten interpretiert worden, wenn diese Tätigkeiten nicht zu generell beschrieben waren.

Ryan et al. (2006) befragten Fokusgruppen aus Pflegenden des Community-Bereichs nach ihren Erfahrungen mit älteren Patienten. Teil des Interviews war auch die direkte Frage nach im Umgang mit dieser Patientengruppe vorteilhaften Basisfähigkeiten.

In der Studie von Spijker et al. (2011) wird die Evaluation eines Programmes zur systematischen Pflege von Demenzpatienten unter Einbeziehung der Angehörigen beschrieben. Pflege spielt im Konzept eine Rolle, weshalb Teile des Programms auch als Pflegekompetenzen interpretiert werden konnten. Die eigentliche Evaluation erfolgte mittels eines Pre-Post-Vergleichs auf Basis quantitativer Daten.

Woodward et al. (2004) explorierten, welche Aspekte zur wahrgenommenen Kontinuität von Pflege bei Demenzpatienten beitragen. Obwohl die Studie nicht ausschließlich auf Pflegetätigkeit aufbaut, sind die in ihr mittels qualitativer Methodik aus Interviews heraus ermittelten Themen in ihrer Beschreibung für jede Art häuslicher Pflege relevant, weswegen ihre Aufnahme in die Liste erfolgte.

Die qualitative Arbeit von Wright et al. (2011) erarbeitet aus freien Interviews mit Patienten und Kräften eines ambulanten Teams Erfahrungen mit der *Assertive-Outreach*-Methode.

#### **4.2.3.4 Kompetenzen in der Literatur**

Insgesamt wurden aus diesen Arbeiten 316 Kompetenzen aus 444 Satzteilen abgeleitet. Davon wurden 57 Kompetenzen (rund 18 %) in mehreren Artikeln erwähnt, am häufigsten Risikomanagement mit Nennung in sechs Artikeln. Analog zur vorherigen Recherche wurden auch hier Kompetenzgruppen und -felder zugeordnet und dabei für vier Kompetenzgruppen (Vermeiden von Zwangsmaßnahmen, Umfeldgestaltung, direkte Pflege und Assistenz Tätigkeiten) keine Kompetenzen gefunden. Im Weiteren wurden auch Kompetenzen ermittelt, die sich keiner bisher etablierten Gruppe zuordnen ließen, sodass mit Forschungsmethoden und

*Scientific Literacy* sowie Öffentlichkeitsarbeit zwei neue Kompetenzgruppen aufgenommen wurden. Die Beschreibung der Kompetenzgruppen erfolgt am Ende des Kapitels (ab S. 108). Die Anzahl der unter einer Kompetenzgruppe zusammengefassten Skills ließ auch hier keine Rückschlüsse auf den Umfang der Gruppe zu. Viele Kompetenzen innerhalb einer Gruppe sprechen eher für eine heterogene Bezeichnung in der Literatur. So ist mit 19 verschiedenen Skills das selbstständige Strukturieren der eigenen Arbeit die größte Kompetenzgruppe. Sie umfasst u. a. Zeitmanagement, persönliche Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung und ökonomische Dokumentation. Allerdings sind viele Kompetenzen dieser Gruppe nur marginal unterscheidbar. Eine Kompetenzgruppe mit vergleichbar vielen Einträgen bilden die speziellen therapeutischen Techniken mit 16 Kompetenzen, darunter DBT, Entspannungsverfahren, Psychodrama, narrative Therapie, systemische Ansätze und systematische Desensibilisierung. Die Gruppe zeigt damit trotz weniger Einträgen eine weit größere Diversität. Kompetenzgruppen können mit bestimmten Zielen in Verbindung gebracht werden, die innerhalb der Artikel benannt werden. So steht Alltagshilfe zumeist in Verbindung mit der Entlastung des Patienten (11 von 15 Nennungen), während medikamentöse Interventionen mit einer symptomatischen Besserung des Patienten in Zusammenhang gebracht werden (8 von 13 Nennungen). Strukturierte Informationserhebung mit dem Patienten wurde hingegen eher mit einer besseren Behandlungsplanung und -organisation in Zusammenhang gebracht (10 von 11 Nennungen), als unmittelbar nutzbringend für den Patienten beschrieben. Die meisten Kompetenzgruppen zeigen jedoch keine solch distinkten Muster, sondern ein ausgeglichenes Bild.

### Welche Quellen beschreiben Kompetenzen?

Der überwiegende Teil der den Kompetenzen zugrundeliegenden Satzfragmente ist auf die Autoren der Studien zurückzuführen, direkte Aussagen von Pflegenden und Patienten sind seltener. Eine Sonderstellung nehmen im Rahmen von Fragebögen genannte Kompetenzen ein, deren Herleitung in der Regel nicht beschrieben ist. Lediglich Kudless und White (2007) nannten als Quelle für ihre Fragebögen mittlerweile überarbeitete Standards (ISPN, 2006) aus dem Jahr 2000. Es bestätigt sich damit der Eindruck aus der Vorrecherche, wonach die überwiegende Zahl der Kompetenzen durch Autoren definiert wird.

**Tabelle 8: Quellen für gefundenen Kompetenzen zugrundeliegende Satzteile**

Quelle	Anzahl	Anteil
Autoren der Studie	191	43,0 %
Aussagen von Pflegepersonal	87	19,6 %
Fragebogenkonstrukt	64	14,4 %
Aussagen von Patienten	51	11,5 %
Andere als die Studienautoren	48	10,8 %
Aussagen von Angehörigen	2	0,5 %
Anforderungen einer übergeordneten Instanz	1	0,2 %
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>444</b>	<b>100 %</b>

Im Vergleich der von Pflegenden genannten und der von Patienten aufgezählten Kompetenzgruppen ergaben sich systematische Unterschiede. Erwartungsgemäß wurden „technische“ Kompetenzgruppen wie Zielplanung, Behandlungsplanung, Forschungsmethoden und vergleichbare nur von der Pflege berichtet (Clark, 2004). Patienten benannten eher mit Beziehung und persönlichem Umgang assoziierte Kompetenzen. Patienten nannten auch mehr Kompetenzen, die allgemein mit Behandlungszufriedenheit in Verbindung gebracht werden konnten (z.B. Phillips & McCann, 2007). Symptomreduktion und -vermeidung schien der Pflege geringfügig wichtiger als den Patienten.

Wird betrachtet, worauf die ursprüngliche Nennung beruht, ergibt sich persönliche Erfahrung als häufigste Quelle. Interpretationen von Autoren nehmen den zweiten Platz vor Fragebogenitems ein. 37 Nennungen entstammen der Beschreibung von Behandlungskonzepten, 24 sind Autorenmeinungen, etwa im Rahmen des Diskussionsteils der Arbeit, die nicht direkt auf Aussagen der Arbeit zurückgeführt werden können. Von ihnen abzugrenzen sind Aussagen der Autoren, die sie unmittelbar aus der Arbeit ableiteten. Unter sonstige Aussagen fallen Gesetzestexte oder starke Implikationen.

**Tabelle 9: Quellen für die Kompetenzen selbst und Anteil der jeweiligen Quellen**

Quelle	Anzahl	Anteil
Persönliche Erfahrung	115	25,9 %
Interpretation von Aussagen von Pflegepersonal	81	18,2 %
Fragebogenitems	78	17,6 %
Teil eines Behandlungskonzepts	37	8,3 %
Meinung von Autoren	24	5,4 %
Leitlinien eines Konzepts	24	5,4 %
Befunde anderer Autoren	19	4,3 %
Interpretation anderer Studien	18	4,1 %
Curriculum	18	4,1 %
Interpretation von Patientenaussagen	8	1,8 %
Autorenempfehlung auf Basis der Studienbefunde	7	1,6 %
Philosophische Herleitung	6	1,4 %
Empfehlung anderer Studienautoren	6	1,4 %
Sonstige	3	0,6 %
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>444</b>	<b>100 %</b>

97 % der Quellen sind insofern positiv formuliert, als eine vorhandene Interaktion, Kompetenz, Einstellung oder Vergleichbares als gewünscht oder nützlich beschrieben wurde. Die übrigen 3 % stellen negative Formulierungen dar, sind also aus Kritik an mangelnder Kompetenz abgeleitet bzw. sind Aussagen von Pflegenden darüber, was sie bräuchten, aber nicht können (Coombes & Wratten, 2007; Crawford et al., 2002).

Die große Mehrheit von 272 (61,3 %) der Quellen beschreibt *Tätigkeiten* von Pflegenden als Kompetenz, gefolgt von 114 (25,7 %) Quellen, die *Eigenschaften* von Pflegenden als Kompe-

tenzen definieren. Die Beschreibungen der übrigen 58 Quellen (13,0 %) beziehen sich auf Werte, Wissen, Haltungen, Merkmale der Beziehung oder Behandlungsziele.

Auffällig ist, dass nur rund 16,22 % der Kompetenzen hinsichtlich Wirksamkeit untersucht wurden. Dabei wurde keine direkte Untersuchung einzelner Kompetenzen vorgenommen, vielmehr erfolgte die Evaluation eines Behandlungsprogramms, in dem die Kompetenzen gefordert waren. Die übrigen 83,78 % der Quellen kommen ohne evaluierende Angaben aus.

### Welcher Outcome wird Kompetenzen zugeschrieben?

Über die Artikel wurde eine erhebliche Bandbreite von Möglichkeiten genannt, was durch das Vorhandensein der Kompetenz erreicht oder verbessert werden sollte. Einige genannte Kompetenzen haben andere Kompetenzen als Ziel, wodurch Hierarchien entstehen. So soll ein Assessment der Ziele zu einer besseren Behandlungsplanung beitragen (siehe z.B. Gunstone, 2003), eine bessere Behandlungsplanung wiederum zu einer höheren Behandlungskontinuität und diese zu größerer Patientenzufriedenheit. Mit 19,1 % und 13,5 % sind allgemeine Besserung und Patientenzufriedenheit die am häufigsten mit den Kompetenzen assoziierten Ziele.

Aufgrund der Vielzahl der erwarteten Ziele wurden diese post-hoc zu gröberen Kategorien zusammengefasst. Die Kategorien basieren allein auf der Nennung im Artikel, nicht berücksichtigt werden Hierarchie und Wechselbeziehungen.

**Tabelle 10: Postulierte Ziele genannter Kompetenzen**

Angegebenes Ziel der Kompetenz	Textsegmente (n)	Textsegmente (%)
Symptomreduktion und -vermeidung	140	31,53 %
Behandlungsplanung und -durchführung	85	19,14 %
Zufriedenheit des Patienten	60	13,51 %
Beziehungsgestaltung	45	10,14 %
Weiterentwicklung als Person	34	7,66 %
Unklar	27	6,08 %
Compliance	21	4,73 %
Lebensqualität	12	2,70 %
Reduktion von Hospitalisierung	8	1,80 %
Wissensvermittlung	6	1,35 %
Angehörigenhilfe	3	0,68 %
Qualitätsverbesserung	2	0,45 %
Kooperation mit Dritten	1	0,23 %
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>444</b>	<b>100,00 %</b>



## **4.2.4 Diskussion und Implikationen der Resultate für das weitere Vorgehen**

### **4.2.4.1 Erkenntnisgewinn durch die zweite Recherche**

Die zweite Recherche konnte die Ergebnisse der Reviewrecherche hinsichtlich der Kompetenzen und der Frage, wie Kompetenzen in Artikeln behandelt werden, erweitern. Kompetenzen werden – wie auch in Reviews – größtenteils durch die Autoren der Studien definiert, direkte Aussagen der Untersuchten lassen weniger häufig auf Kompetenzen schließen. Zur Beantwortung der Frage, ob eine bestimmte Eigenschaft, Tätigkeit oder Aufgabe zum Profil der Pflege gehört, wird zumeist persönliche Erfahrung herangezogen. Unter Kompetenzen wird in Forschungsarbeiten zumeist das (gute) Ausführen einer bestimmten Tätigkeit im Rahmen der alltäglichen Arbeit verstanden. Mit ihnen wird überwiegend das Ziel verbunden, Symptome zu lindern oder gesundheitsschädliches Verhalten zu verhindern. Daneben spielen aber auch die Erleichterung und die Durchführung der Behandlung durch bestimmte Skills und die Zufriedenheit mit der Behandlung eine Rolle. Es zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Frage, wer die Kompetenzen benannte, auch antizipierte Ziele und Nutzen von Kompetenzen variierten, wenngleich diese Differenzen nicht sehr deutlich ausfielen. Strukturelle und organisatorische Kompetenzen wurden von Patienten in der Regel nicht genannt. Es ist wahrscheinlich, dass dies auf die fehlende Wahrnehmung solcher Tätigkeiten durch Patienten zurückzuführen ist.

Pflegepersonen benannten Kompetenzen aus allen Bereichen des Tätigkeitsfelds. Dies lässt zum einen vermuten, dass diese ihr Tätigkeitsfeld gut überblicken (ansonsten wären Wahrnehmungsunterschiede zu erwarten), und zeigt zum anderen, dass mehrere Quellen notwendig sind, um umfassende Kompetenzlisten zu erstellen.

Aussagen von Autoren oder dritten Instanzen (Leitlinien, Anforderungen von Trainingsprogrammen, Forderungen aus der Politik) beinhalten nur sehr wenige von Pflegenden und Patienten nicht benannte Kompetenzen, dann zumeist Facetten bereits genannter Kompetenzen, wie etwa spezielle Formen des Assessments oder eine Differenzierung der Empfänger von Behandlungsempfehlungen – der Erkenntnisgewinn besteht also weniger in der Qualität als in der Quantität der genannten Kompetenzen.

Auch ist festzuhalten, dass die meisten in der Literatur erwähnten Kompetenzen auf Skill-Ebene zu fein aufgelöst sind, um sie ökonomisch in empirischen Untersuchungen einzusetzen. Hierfür bieten sich eher die Kompetenzgruppen an, die auch für den folgenden Teil der Arbeit Verwendung finden.

### **4.2.4.2 Einschränkungen und Schwierigkeiten**

Das Vorgehen folgte einem mehrstufigen, in mehrerlei Hinsicht fehleranfälligen Prozess, der zudem nicht selten Interpretationsspielraum bietet. Beispielsweise erwies sich die Übersetzung potenziell relevanter Passagen teilweise als schwierig. Dies betraf einige Wörter und

Beschreibungen des Englischen, etwa Begriffe wie *Coaching*. Um einer Verfälschung durch Übersetzung vorzubeugen, wurde daher auf den Gesamtkontext des Artikels zurückgegriffen, wenngleich auch dieses Vorgehen nicht immer Eindeutigkeit schuf. Die Validität der Benennung von Kompetenzen ist somit zumindest teilweise eingeschränkt. Gleichwohl ist anzunehmen, dass trotz möglicher Diskrepanzen im Einzelnen eine insgesamt gute Validität erreicht werden konnte, da viele Quellen zur Bildung der Kompetenzen herangezogen wurden.

Eine weitere Besonderheit stellten Erwähnungen von Praktiken dar, wobei unklar blieb, ob es sich um eine gewünschte Kompetenz handelte oder eine Empfehlung, etwas zu unterlassen, bspw. „suggesting or recommending to a doctor that medication doses be adjusted was a regular practice“ (Elsom et al., 2009b). Strenggenommen wird in diesem Satz nur festgestellt, dass Pflegende Behandlungsempfehlungen an Ärzte geben – ob damit auch eine Empfehlung einhergeht, dass sie dies tun sollten, bleibt unklar. Im konkreten Fall – und den meisten vergleichbaren – wurde die der Textstelle korrespondierende Kompetenz (im konkreten Fall „Behandlungsempfehlungen an Ärzte geben“) in die Liste aufgenommen.

Als herausfordernd erwies sich auch die Interpretation von Textstellen ohne Informationen über die genaue Anwendung der Kompetenz. So beschrieb Gunstone (2003) als Tätigkeit der psychiatrischen Pflege in Bezug auf Patienten: „assess their needs, strengths and weaknesses“. Unklar blieb allerdings ob mit „assess“ ein gezieltes Assessment gemeint war (und wenn ja, ob es strukturiert oder unstrukturiert bzw. ob mit oder ohne Patientenbeteiligung erfolgen sollte) oder ob es sich um eine besondere Form intuitiver Wahrnehmung und Beurteilung handeln sollte. Unter Rückgriff auf den Gesamtkontext der Arbeit wurde die entsprechende Textstelle schließlich in letzterem Sinne interpretiert und der Kompetenzgruppe „Empathie“ zugeordnet, jedoch wären auch andere Argumentationswege denkbar gewesen.

Überdies besteht die Wahrscheinlichkeit, dass durch Übersetzung und Paraphrasierungen „Scheinunterschiede“ entstanden sind, d. h. übereinstimmend gemeinte Kompetenzen als unterschiedliche interpretiert wurden. So kann bspw. hinterfragt werden, ob es einen realen Unterschied zwischen „crisis intervention“ (Gray et al., 2001) und „crisis management“ (Alexander, 2001) gibt. Diesem Problem wurde begegnet, indem im Zweifel aufgeteilt, also mehr Kompetenzen hergeleitet wurden.

Als weiteres Problem offenbarte sich, dass die postulierte „höchste Auflösung“ (S. 74, Abbildung 3) einer Kompetenz als Skill keine einheitliche Betrachtungsebene darstellt, vielmehr lassen sich die Kompetenzen noch weiter unterteilen. Diesem Umstand wurde entgegengetreten, indem die mittlere Auflösung (Kompetenzgruppe) als Anker gesetzt und alle Kompetenzen, die sich unterhalb dieser Ebene einordnen ließen, pauschal als Skills betrachtet wurden. Dies resultierte aber auch in einer variierenden Beschreibung des Detailgrads der auf dieser Ebene gefundenen Kompetenzen.

Anzumerken ist weiterhin, dass bestimmte Kompetenzen andere Kompetenzen implizieren können (aber nicht müssen), bspw. das mit „Gesundheitsberatung“ übersetzte „mental health counseling“ (Brinkman et al., 2009) die parallele Nutzung von Kommunikationsfertigkeiten und Skills zur Förderung der Therapiemotivation. Konkret liegt also eine Vernetzung einzelner Kompetenzen über die Gruppengrenzen hinweg vor. Vor dem Hintergrund des Ziels vorliegender Arbeit konnte dieses Problem jedoch zurückgestellt werden, da für die Anwendung von Kompetenzen im empirischen Teil nur die mittlere Auflösungsebene, konkret die Kompetenzgruppe, relevant ist.

#### **4.2.4.3 Fazit**

Die bereits vorhandene Kompetenzliste konnte durch die zweite Recherche erweitert und einige Kompetenzen hinzugefügt werden (u. a. solche, die für den ambulanten Bereich exklusiv scheinen), während andere erwartungsgemäß nicht wiederauftauchten, da sie ausschließlich für den stationären Sektor relevant sind. Die in der ersten Recherche gebildeten Kompetenzgruppen erwiesen sich als sehr stabil, keine Gruppe musste umbenannt werden, zwei Kompetenzgruppen kamen hinzu. Die Mehrzahl der Kompetenzen gilt sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich, für beide Sektoren existieren aber auch exklusive Kompetenzen.

Die dem stationären Bereich vorbehaltenen sollen im Folgenden ausgeschlossen werden, die für den ambulanten Bereich bleiben der Liste erhalten.

Im nächsten Schritt werden die gebildeten Kompetenzgruppen vorgestellt und erläutert.

### **4.3 Zusammenführung der Kompetenzen**

#### **4.3.1 Vorgehen**

Die Zusammenführung der Kompetenzen erfolgte mittels Fusionierung beider Tabellen in Excel. Für jede Kompetenz wurden die Zuordnung zur Überkompetenz, die Quelle und das Setting wie im Original beschrieben beibehalten.

#### **4.3.2 Kompetenzgruppen aus beiden Settings**

Nach dem Zusammenführen doppelter Kompetenzen verblieben 618 Einzelkompetenzen, die in insgesamt 254 Artikeln<sup>7</sup> in 925 Textstellen beschrieben wurden. Eine Kategorienbildung nach dem Ähnlichkeitsprinzip (wie bereits im Vorfeld beschrieben) resultierte in 55 Kategorien. Im Folgenden werden alle Kompetenzgruppen behandelt, auch wenn in der empirischen Arbeit nur 47 dieser Kompetenzen in das Item-Set eingingen, da ausschließlich stationäre Kompetenzgruppen und solche ohne direkten Patientenbezug entfielen.

---

<sup>7</sup> Gezählt wurde für diese Aufstellung bei Reviews der zur einzelnen Nennung gehörende Artikel, nicht das Review selbst.

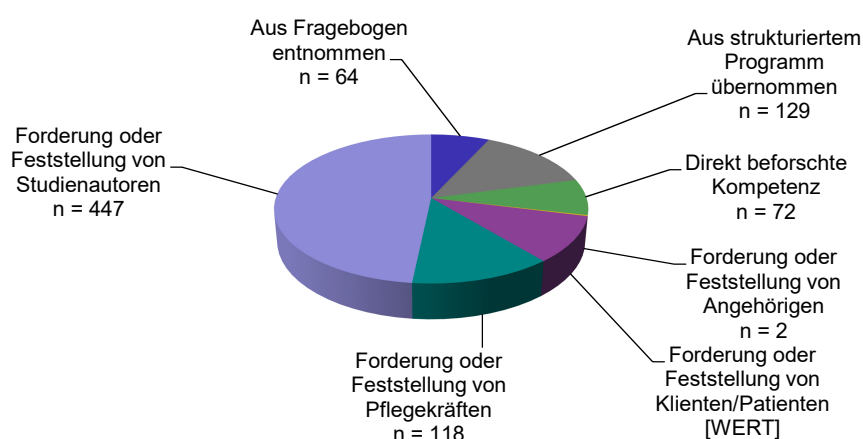
Tabelle 11: Kategorisierte Kompetenzen aus Reviews und Artikeln

Kategorie	Kompetenzen
Alltagshilfe	18
Angemessenes Auftreten	12
Anleiten und Führung	9
Anwenden spezieller Kommunikationstechniken	12
Anwenden spezialtherapeutischer Techniken	3
Assistenztätigkeiten	3
Aufbau einer therapeutischen Beziehung	9
Bedingungslose positive Zuwendung	21
Behandlungsempfehlungen geben	3
Behandlungsnetze aufbauen	6
Behandlungsplanung	13
Case-Management	14
Diagnostik	7
Direkte Pflege	7
Empathie	17
Erkennen von Denkmustern	9
Fördern von Therapiemotivation	8
Forschungsmethodenkenntnis und <i>Scientific Literacy</i>	4
Freizeitaktivitäten anbieten	13
Führen von Familiengesprächen	26
Gesundheitserziehung	21
Hintergrundwissen Gesundheits- und Sozialsystem	8
Hintergrundwissen Medizin	6
Hintergrundwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	18
Individualisierte Schulung Angehöriger	5
Informationsvermittlung	20
Kongruenz	11
Krisenintervention	13
Lebenspraktische Beratung	13
Medikamentenmanagement	2
Medikamentöse Intervention	15
Monitoring von Veränderungen	8
Moralische Beratung	3
Offene Gruppen leiten	12
Öffentlichkeitsarbeit	5
Persönliche Reife und Selbstreflexionsfähigkeit	18
Problemlösungsfertigkeit fördern	9
Psychoedukative Gruppen anleiten	9
Psychotherapie im Einzelsetting	14
Rückfallprophylaxe	16
Seelsorge	4
Selbstständiges Anwenden von Behandlungskonzepten	6
Selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit	25
Selbstwirksamkeitserwartung	9
Spezielle therapeutische Techniken	43
Strukturierte Informationserhebung mit Patientenbeteiligung	29
Strukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung	7
Strukturierte Therapieverfahren anwenden	8
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>624</b>

In Tabelle 11 werden alle Kompetenzgruppen aufgeführt sowie jeweils angegeben, wie viele Kompetenzen enthalten sind. Die Zahl sollte jedoch nicht als Bewertungsmaßstab für die Validität der Gruppe verstanden werden. Vielmehr zeigte sich bei detaillierter Betrachtung, dass einige Kompetenzen sehr eng beieinanderlagen und sich nicht selten noch weiter un-

terteilen ließen, sodass die Zahl eher ein Hinweis auf die Aufteilung in der Literatur als auf die Vielfältigkeit der Kompetenzgruppe ist. Die Zahl der Kompetenzen einer Kompetenzgruppe liefert auch keine Angaben über deren Relevanz, sondern gibt an, wie viele Begrifflichkeiten, Unterteilungen und Aspekte der Betrachtung existieren. So besteht Alltagshilfe auf vielerlei Weisen und in diversen Feldern (Finanzen, Sozialberatung, Aufräumen im Haushalt) und unter psychotherapeutischen Techniken vereinen sich zahlreiche methodische Ansätze. Demgegenüber stehen Kompetenzgruppen wie spezialtherapeutische Techniken, die lediglich in die Felder (Kunst etc.) unterteilbar sind. Einige Gruppen bestehen nur aus zwei Kompetenzen, da sich Medikamentenmanagement und selbstständige Medikamentengabe eindeutig beschreiben lassen und wenig Varianz beinhalten. Insgesamt bildeten Forderungen von Studien oder Reviewautoren die häufigste Quelle für Kompetenzen, gefolgt von strukturierten Therapieprogrammen und Aussagen der Pflege oder Patienten selbst. Die weiteren Plätze nehmen in Fragebögen beschriebene und direkt beforschte Kompetenzen ein. Marginal ist der Anteil von Kompetenzen, die durch Angehörige angegeben wurden, dies mag jedoch der seltenen Beforschung dieser Gruppe geschuldet sein.

**Diagramm 2: Anteile bestimmter Quellen an der Nennung von Kompetenzen**



Werden einzelne Quellen für die Kompetenzbereiche betrachtet, fällt auf, dass vor allem Kompetenzen der Gesundheitserziehung direkt beforscht werden. Konkret fallen hierunter alle Gesundheitsförderungsprogramme wie Raucherentwöhnung und Lebensstilverbesserung. Abseits davon zeigten sich wenige Auffälligkeiten. Bedingt durch die Beschränkung der zweiten Recherche auf den ambulanten Bereich wurden die meisten Kompetenzen im ambulanten Setting gefunden. Drei Gruppen von Kompetenzen wurden ausschließlich im stationären Setting gefunden: Vermeiden von Zwangsmaßnahmen, Umfeldgestaltung und Assistenz-tätigkeiten. Forschungsmethodenkenntnis und Öffentlichkeitsarbeit traten dagegen nur in der Analyse der Einzelartikel in Erscheinung. Die übrigen 51 Kompetenzgruppen wurden in allen Settings berichtet.

### **4.3.3 Final aufgestellte Kompetenzgruppen**

Im Folgenden werden alle im Rahmen der Arbeit aufgestellte Kompetenzgruppen beschrieben. Aus Übersichtsgründen soll bereits hier ein Vorgriff erfolgen, sodass die Gruppen, die im empirischen Teil nicht im Stimulusmaterial enthalten sind, separat aufgeführt werden.

#### **4.3.3.1 Im Q-Set enthaltene Kompetenzgruppen**

##### **Alltagshilfe**

In diese Kompetenzgruppe fallen Fähigkeiten, mit denen Patienten bei der Bewältigung des Alltags unterstützt werden, bspw. Aufräumen des Haushalts, Suchen von Wohnungen, Ausfüllen von Formularen, Fahren zum Einkaufen oder Kontaktaufnahme mit Ämtern, Vermietern o. Ä. Der konkreten Hilfe am Patienten wird dabei implizit Vorrang vor einem eventuellen erzieherischen Auftrag oder der Förderung von Selbsthilfefähigkeiten eingeräumt.

##### **Angemessenes Auftreten**

Zum angemessenen Auftreten zählen konkrete Verhaltensweisen und -muster im direkten Kontakt mit dem Patienten wie das Vermitteln von Seriosität durch Freundlichkeit, angemessene Kleidung, Sprachstil, Pünktlichkeit, partnerschaftliche Kommunikation, höfliches Benehmen, Beachtung des Gaststatus und Vergleichbares.

##### **Anwenden spezieller Kommunikationstechniken**

Kenntnis und Anwendung spezieller Kommunikationstechniken wie aktives Zuhören, Reframing, *Motivational Interviewing*, sokratischer Dialog und Ähnliches werden mit dieser Kompetenzgruppe zusammengefasst. Es ist dabei unerheblich, ob die Techniken für sich genommen Anwendung finden oder darunter ihre Anwendung im Rahmen eines anderen Konzepts verstanden wird.

##### **Anwenden spezialtherapeutischer Techniken**

Selten wurde in der Literatur das Anleiten und Durchführen von Gruppen mit Inhalten aus der Kunst-, Ergo- oder Theatertherapie durch Pflegende beschrieben. Die Kompetenzgruppe umfasst auch das Anwenden einzelner Interventionen aus diesem im deutschen Sprachraum als Spezialtherapien bezeichneten Feld.

##### **Aufbau einer therapeutischen Beziehung**

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

gen 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.

### **Bedingungslose positive Zuwendung**

Die bedingungslose Zuwendung wird analog zu Rogers (2015), S. 68) als „das Akzeptieren, die Anteilnahme oder Wertschätzung“ des Therapeuten bzw. der Pflege gegenüber den Gefühlen und Äußerungen des Patienten beschrieben und umfasst in diesem Sinne sowohl die Akzeptanz des Gefühlslebens und Denkens des Patienten in einem bestimmten Moment als auch dessen Lebensgestaltung und Ansichten über den konkreten Moment hinaus.

### **Behandlungsempfehlungen geben**

Patienten und/oder Angehörigen konkrete Empfehlungen zu Schritten der Weiterbehandlung zu geben, etwa in Bezug auf bestimmte Fachärzte, Medikamente oder medizinische Hilfsmittel, wird mit dieser Gruppe zusammengefasst. Entsprechende Kompetenzen beziehen sich meist auf bestimmte Domänen für diese Empfehlungen (Medikamente, Kommunikation) oder Empfänger dieser Empfehlungen (Ärzte, Psychotherapeuten, Angehörige). Es wird mit dieser Kompetenzgruppe auch impliziert, dass eine Pflegendende in der Lage sein sollte, ihren Kommunikationsstil dem Empfänger und der Situation anzupassen, fachsprachlich korrekte Termini zu wählen und die Informationen auf das für den Fall Notwendige zu beschränken, um die Privatsphäre des Patienten zu schützen.

### **Behandlungsnetze aufbauen**

Die Kompetenzgruppe „Behandlungsnetze aufbauen“ umfasst das Managen und Kontaktieren von Praxen, Selbsthilfeorganisationen, Kliniken, Therapeuten und ähnlichen Stellen, um für Patienten individualisierte Behandlungsnetze aufzubauen. Dabei wird von einer Einbeziehung des Patienten ausgegangen, die Kompetenzgruppe umfasst daher auch konkrete Hilfe, damit Patienten zu solchen Angeboten Kontakt aufnehmen und erfahren können, was sie dort erwartet.

### **Behandlungsplanung**

Behandlungsplanung umfasst das Erkennen, Analysieren und Einplanen von Problemfeldern des Patienten. Zwar wird dies in der Praxis teilweise auch ohne den Patienten realisiert, die Kompetenzgruppe umfasst jedoch explizit die Partizipation des Patienten im Sinne einer gemeinsamen Behandlungsplanung.

## **Case-Management**

Wenngleich auf den ersten Blick mit dem Aufbau von Behandlungsnetzwerken vergleichbar wird beim Case-Management insofern ein anderer Schwerpunkt gesehen, als es die gesamte Unterstützung eines Patienten hinsichtlich seines Behandlungswegs sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten plant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert.

## **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 auch die angemessene spontane Reaktion auf diese Wahrnehmung. Die unter Empathie verorteten Kompetenzen sind Teilaspekte von Empathie oder andere Beschreibungen für Empathie.

## **Erkennen von Denkmustern**

Diese Kompetenzgruppe 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**

Diese Kompetenzgruppe zielt auf die Fähigkeit ab, Therapiemotivation, Krankheitseinsicht und Compliance mit Mitteln wie *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 die Kompetenzgruppe das Fördern solcher sozialen Aktivitäten und deren langfristige Etablierung beim Patienten.

### **Führen von Familiengesprächen**

Fähigkeiten, Gespräche zwischen Betroffenen und Angehörigen zu moderieren und im Zuge dessen Interventionen oder Informationsvermittlung an alle Beteiligten durchführen, sind in dieser Kompetenzgruppe verortet.

### **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 Gesundheits- und Sozialsystem**

Es wurden drei Kompetenzgruppen für Fach- und Hintergrundwissen abgeleitet. Das Wissen um die Struktur des Gesundheitssystems, etwa Zuständigkeiten, sowie arbeits- und sozialrechtliche Fragen fällt in diese Kategorie. Klassischerweise sind es Kompetenzen von Sozialarbeitern, die jedoch oftmals auch von der Pflege benötigt werden, etwa weil kein Sozialarbeiter unmittelbar verfügbar ist oder Patienten zu diesem kein Vertrauensverhältnis haben.

### **Hintergrundwissen Medizin**

Wissen um medizinische Krankheitsbilder wie Diabetes, HIV, Hepatitis und weitere sowie deren Behandlung sind in dieser Kompetenzgruppe verortet. Dieses Wissen wird etwa benötigt, um entsprechende Diagnosen in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen, aber auch um Symptome zuordnen zu können, die dann gegebenenfalls ärztlich abgeklärt werden.

### **Hintergrundwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Die letzte der drei Kompetenzgruppen zum 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.

### **Individualisierte Schulung Angehöriger**

Im Gegensatz zur Kompetenzgruppe „Führen von Familiengesprächen“ geht es hier nicht um eine Intervention mittels Moderation durch die Pflege, sondern um die spezielle Schulung Angehöriger. Während das Unterweisen Angehöriger im Gruppensetting durch die Kompe-

tenzgruppe „Psychoedukative Gruppen anleiten“ abgedeckt wird, werden in dieser Kompetenzgruppe individuelle, fall- und situationsspezifische Informationsvermittlungen zusammengefasst. Die Kompetenzen dieser Gruppe beschreiben verschiedene Strukturierungsgrade sowie die Sachverständigkeit, Informationen bei Angehörigen zu erheben und zu verwenden.

### **Informationsvermittlung**

In dieser Gruppe 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.

### **Kongruenz**

Unter Kongruenz wird ein Therapeutenverhalten verstanden, dass Echtheit, Unverfälschtheit, und Transparenz umfasst. Auch diese Kompetenzgruppe ist an die Arbeit von Carl Rogers angelehnt. Einzelne Kompetenzen umfassen die Merkmale des Begriffs, weswegen die Unterteilung innerhalb der Kompetenzgruppe eher kontraintuitiv ist. Die einzelnen Kompetenzen wurden bei den Recherchen zumeist zusammenhängend gefunden, sodass davon ausgegangen werden kann, dass gemeinhin das gleiche Konstrukt gemeint ist.

### **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. Es handelt sich um eine der Kompetenzgruppen mit dem breitesten Spektrum.

### **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.

### **Medikamentenmanagement**

Unter das Medikamentenmanagement fällt die Ausgabe von Medikamenten an Patienten, das Herrichten in Dosetten, das Überwachen der Einnahme und das Erklären spezieller Risiken und Nebenwirkungen (auch wenn dies rechtlich gesehen die Domäne des Arztes ist).

### **Medikamentöse Intervention**

Weitergehend als das Medikamentenmanagement ist die medikamentöse Intervention. Hierzu zählt die selbstständige Gabe von Medikation, also auch das Einteilen von Bedarfsmedikation oder Beeinflussen der Dosierung. Ebenfalls wird hierunter die Arbeit mit nicht apothekenpflichtigen Präparaten wie Hautcremes und Homöopathika verstanden.

### **Monitoring von Veränderungen**

Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Erkennen und Erfassen von Veränderungen und Behandlungsfortschritten sowie deren Berücksichtigung in Umgang, Therapie und Behandlung werden dieser Kompetenzgruppe zugeordnet.

### **Moralische Beratung**

Diese Kompetenzgruppe umfasst eine spezielle Form der Beratung mit besonderer Bezugnahme auf moralisch-ethische Fragen oder Lebensentscheidungen, etwa Schwangerschaftsabbruch, Scheidung, Trennung oder Vergleichbares.

### **Offene Gruppen leiten**

Diese Kompetenzgruppe umfasst offenes gruppentherapeutisches Arbeiten. Hierzu gehören Vorbereitung, Leitung und Durchführung offener Gruppen, aber auch Reaktionen auf Krisen innerhalb der Gruppe, Strukturieren der Anliegen und Ähnliches. Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen und eines variierenden Fokus wurde eine separate Kompetenzgruppe für psychoedukativ-strukturierte Gruppen gebildet.

### **Persönliche Reife und Selbstreflexionsfähigkeit**

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.

### **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.

### **Psychoedukative Gruppen anleiten**

Während das Leiten offener Gruppen mit einer anderen Kompetenzgruppe abgedeckt ist, umfassen die Kompetenzen dieser Gruppe das Leiten klar strukturierter Gruppen mit psychoedukativem Hintergrund.

### **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.

### **Seelsorge**

Kompetenzen zur Unterstützung bei plötzlichen persönlichen Katastrophen wie dem Verlust Nahestehender oder letaler Erkrankung sind in dieser Gruppe zusammengefasst. In Abgrenzung zur Krisenintervention beschreibt Seelsorge einen längeren Prozess, während dessen auch Aufarbeitung eine Rolle spielt.

### **Selbstständiges 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. Aus diesem Grund bilden sie eine eigenständige Kompetenzgruppe.

### **Selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit**

Dieses relativ große Kompetenzfeld umfasst die Organisation von Terminen, Aufgaben und Verpflichtungen der eigenen Arbeit, aber auch die Fähigkeit, Termine flexibel an den Patientenbedarf anzupassen und eine möglichst große Verfügbarkeit sicherzustellen.

### **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.

### **Spezielle therapeutische Techniken**

Einzel- oder gruppentherapeutische Interventionen unter Zuhilfenahme spezieller Techniken und Hilfsmittel wie etwa Expositionsübungen, Sokratischer Dialog, Arbeitsblätter und Vergleichbares werden in dieser Kompetenzgruppe beschrieben. Die hier verorteten Techniken sind unabhängig von einer strukturierten Intervention und können auch spontan und ohne Einbettung in ein Gesamtkonzept Anwendung finden. Im Kompetenzfeld der Therapie sind die speziellen Techniken die am konkretesten beschriebene Kompetenzgruppe.

### **Strukturierte Informationserhebung mit Patientenbeteiligung**

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.

### **Strukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung**

Das Erheben von Behandlungsinformationen aus Arztbriefen, Berichten, Verlaufseinträgen und ähnlichen Medien ohne Kontakt mit dem Patienten wird als strukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung bezeichnet.

### **Strukturierte Therapieverfahren anwenden**

Eine weitere Kompetenzgruppe aus dem Feld der direkten therapeutischen Intervention umfasst jegliche Anwendung strukturierterer Therapieverfahren. Dazu zählen etwa Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie (DBT), Metakognitives Training bei Psychose, Memory-Training, Durchführen von Expositionen, PMR u. Ä. In Abgrenzung zur Psychotherapie im Einzelsetting sind diese Verfahren manualisiert, also weniger auf den (oder die) Patienten bezogen.

### **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.

### **Unstrukturierte Informationserhebung**

Unter dem unstrukturierten Erheben behandlungsrelevanter Informationen wird das Sammeln solcher Informationen über einen längeren Zeitraum etwa durch Beobachten und Re-

flexion vorangegangener Interaktionen verstanden. Es umfasst auch das Erarbeiten eines Eindrucks vom Patienten und das kritische Bewerten solcher Informationen.

### **Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern**

Diese Kompetenzgruppe umfasst das Kommunizieren von Wünschen und Informationen des Patienten an Mitbehandler und vice versa. Auch Vermittlung bei Missverständnissen oder Auseinandersetzungen ist hier vorstellbar. Das im englischen Sprachraum gebräuchliche *advocacy* und die damit verbundenen Kompetenzen sind ebenfalls in dieser Kompetenzgruppe erfasst.

### **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.

#### **4.3.3.2 Nicht im Q-Sort enthaltene Kompetenzgruppen**

Die im Folgenden aufgeführten Gruppen wurden nicht im Q-Sort aufgenommen, da sie entweder exklusiv für den stationären Bereich oder im direkten Kontakt mit dem Patienten nicht relevant sind.

### **Anleiten und Führung**

Diese Gruppe fasst Kompetenzen zusammen, die zur Führung und Entwicklung pflegerischen Personals notwendig sind, aber auch Fähigkeiten zur Führung und Koordination nicht pflegerischer Gruppen.

### **Assistententätigkeiten**

Assistententätigkeiten umfassen Kompetenzen, die der direkten Unterstützung anderer Berufsgruppen dienen, etwa Vitalwertkontrolle für Ärzte und korrektes Dokumentieren für diese Berufsgruppen, sowie das Rückmelden solcher Befunde.

### **Direkte physische Pflege**

Diese Kompetenzgruppe umfasst direkte Pflegeprozeduren am Patienten, zu denen Hilfe bei der Körperhygiene, Umkleiden, Hilfestellung beim Einnehmen von Malzeiten und vergleichbaren Routinen gehören. Diese Kompetenzgruppe wurde in der Literatur nur für den stationären Bereich gefunden.

### **Forschungsmethodenkenntnis und *Scientific Literacy***

Diese Kompetenzgruppe umfasst theoretische Kenntnisse zur Methodik der Pflegewissenschaft, konkreter das Wissen um Modelle der Pflegewissenschaft allgemein, sowie die Fähigkeit, evidenzbasierte Methoden in der Literatur zu identifizieren und mit anderen Konzepten zu verbinden. Ebenfalls eingeschlossen sind allgemeine Methodenkenntnisse und forschungsstrategische Fähigkeiten.

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Diese Kompetenzgruppe umfasst das Durchführen von Schulungen, Informationserhebung und Informationsvermittlung bei Instanzen die nicht direkt mit einer laufenden Behandlung im Zusammenhang stehen, wie Veranstaltungen an Schulen, in Unternehmen oder Gemeinden.

### **Teamkompetenz**

Diese Kompetenzgruppe umfasst die Arbeit innerhalb des Teams, das Managen der eigenen Arbeit im Zusammenhang mit den Anforderungen der Kolleginnen und Kollegen sowie teaminterne Kommunikation auch über die Grenzen der Berufsgruppen hinweg.

### **Umfeldgestaltung**

Mit Umfeldgestaltung ist die Einflussnahme auf das Stationsmilieu gemeint, etwa durch Stationsregeln, Dekoration, Tagesstruktur, Etablierung von Beschäftigungsmöglichkeiten und dergleichen.

### **Vermeiden von Zwangsmaßnahmen**

Im stationären Setting stehen Pflegende in der Verantwortung, freiheitsentziehende Maßnahmen möglichst zu vermeiden und bei deren Unvermeidbarkeit ihre korrekte Anwendung sicherzustellen. Hierzu gehört das Entschärfen von Konflikten zwischen Mitarbeitern und Patienten, Deeskalation bei Auseinandersetzungen zwischen Patienten und, wenn diese Maßnahmen nicht ausreichen, das korrekte Durchführen freiheitsentziehender Maßnahmen und Fixierungen.

#### **4.3.4 *Diskussion***

Die Zusammenstellung einer Liste von Kompetenzen auf Basis systematischer Literaturanalysen ist ein im deutschsprachigen Raum bislang einzigartiges Vorgehen. Durch einen Verzicht auf Einschränkungen in der Vorgehensweise und im Untersuchungsfokus der Arbeit konnte eine umfassende Kompetenzsammlung erstellt werden.

Deren Zusammenfassung zu Kompetenzgruppen scheint nicht nur vor dem Hintergrund einer ökonomischeren empirischen Überprüfung sinnvoll. Durch die Vorgehensweise, Kompetenzen aus Satzteilen herzuleiten, ergaben sich viele teils nur schwierig abgrenzbare Fähigkeiten. Die meisten Nennungen fanden auf einer Ebene statt, die Pflegende zur Beschrei-

bung ihres Arbeitsalltags mutmaßlich nicht nutzen würden. So ist etwa fraglich, ob Pflegende, die Unterscheidung zwischen „elicitation of Symptoms“ (Coombs et al., 2013), übersetzt mit Symptomscreening, und einem „assessment [...] weaknesses“, übersetzt mit Assessment von Schwächen (Gunstone, 2003) machen, oder beides als eine Kompetenz betrachten würden. In der Literatur findet sich somit der Unterschied in differierenden Schwerpunktsetzungen, doch bleibt offen, ob Pflegende diese Unterscheidung auch in ihrer Alltagspraxis vollziehen. Daher ist es sinnvoll, beide Kompetenzen unter der Gruppe „Strukturierte Informationserhebung mit Patientenbeteiligung“ zusammenzufassen, die den Pflegenden wahrscheinlich eine vertrautere Betrachtungsebene ihrer Tätigkeit an die Hand gibt.

Die Verwendung von Gruppen führt zu einem nicht auflösbaren Dilemma: Es bleibt unklar, was Pflegende unter einer „Gruppe“ verstehen. Zwar soll, um diesem Problem entgegenzutreten, die Beschreibung der Kompetenzgruppe stets in den Items verfügbar sein, gleichwohl ist nicht sichergestellt, dass diese Beschreibung gelesen wird. Ebenso ist zu erwarten, dass auch die Gruppengrenzen teils nicht so klar wahrgenommen werden. Je abstrakter ein Begriff ist, desto eher werden sich unterschiedliche Interpretationen seines Inhalts manifestieren.

Zusammengefasst ist der Unterschied zwischen den Gruppen daher eher theoretischer als praktischer Natur. Sie erheben nicht den Anspruch, empirisch valide Konstrukte zu sein, weshalb auch keine Verifikation angestrebt wird. Vielmehr handelt es sich um pragmatische Konstrukte, deren Grad der Validität hoch genug sein sollte, um Kompetenzprofile zu generieren.

Die Zuordnung einzelner Kompetenzen zu bestimmten Gruppen erwies sich teilweise als schwierig, insbesondere wenn das Konstrukt per se nicht eng operationalisiert war. Ein Beispiel hierfür ist Empowerment. Je nach Betrachtungsweise handelt es sich um ein Ziel psychiatrischer Pflege und daher im engeren Sinne nicht um eine Kompetenz oder um etwas, das gezielt gefördert werden kann. Der letzten Sichtweise folgend ist seine Zuordnung nicht eindeutig möglich. Es kann als Mittel zur Rückfallprophylaxe entsprechend dort verortet werden, Bestandteil der Förderung von Problemlösungsfähigkeiten sein oder als übergreifendes Konzept betrachtet und auf diese Weise der Kompetenzgruppe „Selbstständiges Anwenden von Behandlungskonzepten“ zugeordnet werden.

Die wenigsten Kompetenzen in der Literatur werden operationalisiert oder als solche gekennzeichnet. In der Regel wurden für die vorliegende Arbeit Textstellen als Kompetenzen interpretiert und ins Deutsche übersetzt. Somit ergibt sich für Worte mit mehreren Bedeutungen wie „Assessment“, „Monitoring“ oder „Counselling“ die Möglichkeit, dass die intendierte Beschreibung des Autors im Original in der Übersetzung verloren geht. Ein ähnliches Problem entsteht durch die Paraphrasierung der Kompetenzen mit dem Ziel, Redundanzen auf-



zulösen. Die Wiederholung des Prozesses durch andere Autoren könnte somit zu abweichenden Ergebnissen führen.

Zugleich ist eine erhebliche Abweichung von der Realität aufgrund der Menge der Kompetenzen unwahrscheinlich. Durch die Verwendung einer großen Zahl von Textstellen und Quellen ist es wahrscheinlich, dass einzelne Fehler über die Menge korrigiert werden. Abweichungen wären daher weniger im Großen als vielmehr im Detail zu erwarten.

Eine weitere subjektive Komponente des Prozesses bilden die erstellten Überkompetenzen. Sie entstanden aus dem Ähnlichkeitsprinzip heraus, also anhand der Fragestellung, wie sehr sich die beschriebenen Kompetenzen hinsichtlich ihres Inhalts ähneln. Dies stellt allerdings nur eine Möglichkeit der Bündelung dar. Bei einer Bildung von Überkompetenzen etwa gemäß dem „Ziel, dass mit der Kompetenz zu erreichen ist“, könnten mit übereinstimmenden zugrundeliegenden Kompetenzen andere Überkompetenzen resultieren. Gerade hierin liegt jedoch auch die Stärke eines großen Kompetenzpools: Je nach Fokus der Forschungsfrage lassen sich ökonomisch neue Anordnungen ableiten.

Die Kompetenzmap kann nicht darüber informieren, ob die Kompetenzen praktisch relevant sind. Viele Einträge beruhen auf im Rahmen von Konzepten untersuchten und nicht explizit von Forschungsarbeiten adressierten Kompetenzen. Ein weiterer Teil der Kompetenzen sind Wünsche, die per Definition subjektiv sind. Der Wirksamkeitsnachweis kann allerdings erst der zweite Schritt nach der Bilanzaufnahme sein, weshalb diese Frage erst von Folgearbeiten beantwortet werden kann.

#### **4.3.5 Fazit**

Die Literaturrecherche ermöglichte die Bildung von Kompetenzgruppen, die als Items des Q-Sets im folgenden Kapitel genutzt werden. Zudem konnten Erkenntnisse zur Behandlung von Kompetenzen in der Literatur gewonnen werden, die einen Überblick über das Thema und Impulse für weitere Forschungsvorhaben geben können.

Als „Nebenprodukt“ dieser Literaturrecherche ergaben sich sogenannte Kompetenzfelder, die hinsichtlich ihrer Dichte und Reichweite aus ökonomischer Perspektive eine fruchtbare Basis zukünftiger Interviews darstellen könnten.

## 5 Empirische Untersuchung

Die Literaturrecherche ergab 55 Kompetenzgruppen, von denen 47 für die empirische Arbeit ausgewählt wurden; sie werden als die Arbeit ambulanter psychiatrische Pflege ausreichend beschreibend angesehen. Ziel der empirischen Untersuchung ist das Erstellen von Kompetenzprofilen, welche die verschiedenen Gewichtungen der Kompetenzen durch individuelle Pflegende zusammenfassen.

Der sprachlichen Einfachheit halber wird im Folgenden von „Kompetenzen“ oder in entsprechendem Kontext von „Items“ statt von „Kompetenzgruppen“ gesprochen.

### 5.1 Ethische Überlegungen

Wie bei jeder Forschungsarbeit mit Menschen müssen auch hier die ethischen Prinzipien für die Durchführung von Forschung berücksichtigt werden.

1. **Achtung der Person:** Die Teilnahme ist völlig freiwillig und es steht den Befragten frei, einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen oder einzelnen Anweisungen nicht zu folgen.
2. **Benefizienz:** Durch die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Erhebung wird niemand geschädigt, Ergebnisse und Empfehlungen könnten im Arbeitsalltag und in der Fort- und Weiterbildung im ambulanten Bereich aber nützlich sein.
3. **Gerechtigkeit:** Alle Untersuchungsteilnehmer werden gleichbehandelt und erhalten die gleiche Aufgabe und die gleichen Fragen.
4. **Informierte Zustimmung:** Alle Probanden werden ausführlich über den Zweck und das Ziel der Untersuchung informiert und können Rückfragen zu stellen. Die Ergebnisse der Arbeit werden anonymisiert zurückgemeldet.
5. Im Rahmen von Informationsveranstaltungen wurden die ambulanten psychiatrischen Pflegemitarbeiter über Sinn und Zweck der Untersuchung, die Wahrung der Anonymität, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit, jederzeit zu unterbrechen, informiert (siehe Anhang A: Text des Protokolls zum informellen Einverständnis, S. XXXIV).

Da es sich bei den Befragten um keine besonders vulnerable oder schutzbedürftige Gruppe, wie z. B. Kinder oder Patienten handelt, ist eine Zustimmung der Ethikkommission nicht notwendig.

### 5.2 Anonymität und Vertraulichkeit

Laut LoBiondo-Wood und Haber (2005, S. 435) ist die Anonymität „gewahrt, wenn der Forscher die Identität des Studienteilnehmers nicht aufgrund seiner Aufgaben ermitteln kann“. Bei einer überschaubaren Personengruppe in der Stichprobe und einem eher qualitativen Forschungsansatz, wie in dieser Untersuchung, ist dies allerdings nur schwerlich zu erreichen.

Die Untersuchung erhebt Daten, die Rückschlüsse auf Einzelpersonen zulassen. Diese werden Dritten aber nicht zugänglich gemacht, um ihren Missbrauch zu verhindern. Die Einzelpersonen erhalten Namenspseudonyme, um aus der Ergebnisdarstellung nicht auf Einzelpersonen rückschließen zu können.

### **5.2.1 Zustimmung**

Bei Umfragen in Institutionen – im konkreten Fall in ambulanten psychiatrischen Pflegediensten, Institutsambulanzen und in Projekten der integrierten Versorgung in Rheinland-Pfalz – muss das Einverständnis der Betriebsleitung eingeholt werden. Dies geschah über die jeweils zuständigen Pflegedirektionen. Eine Einbeziehung der Personalräte war nicht notwendig, da es sich nicht um eine Mitarbeiterbefragung im engeren Sinne handelte.

Die Probanden selbst willigen indirekt durch die Teilnahme an der Untersuchung ein. Niemand wird gezwungen teilzunehmen und eine Nichtteilnahme hat keinerlei negative Auswirkungen.

### **5.2.2 Wahrung der Anonymität**

Dieses Projekt orientiert sich streng an den Vorgaben des ethischen Vorgehens bei Forschungsarbeiten. Die Teilnahme der Probanden ist freiwillig und ihre Daten werden eins zu eins in die Auswertungssoftware übertragen.

Die Protokolle der Interviews und des Sortierverfahrens gelangen nicht in fremde Hände und Dateien mit Rohdaten der Probanden sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Lediglich die Ergebnisse der Untersuchungen werden öffentlich zugänglich gemacht. Zitate werden ohne Zuordnung zu einzelnen Personen verwendet.

Somit können Antworten und Ergebnisse keinen Einzelpersonen zugeordnet werden.

## **5.3 Methodische Erläuterungen**

Die Fragestellungen des empirischen Teils ergeben sich aus der Ursprungsfrage und den Erkenntnissen des Theorieteils. Aus der Leitfrage „Wie ist die Selbstwahrnehmung der Kompetenzanforderungen durch ambulant psychiatrisch Pflegende in Deutschland?“ können folgende spezifische Fragen abgeleitet werden, die in den folgenden Abschnitten untersucht werden:

- 1) Welche Kompetenzen nehmen Pflegende im Rahmen ihrer Arbeit als wichtig wahr?
- 2) Gibt es bestimmte Typologien bei der Bewertung der Kompetenzen, die auf Kompetenzprofile rückschließen lassen?
- 3) Welchen Zielen und Leitbildern folgen die Personen?
- 4) Warum werden Kompetenzen als mehr oder weniger wichtig deklariert?

- 5) Liegt den Kompetenzen eine Struktur zugrunde?
- 6) Wie gut konnten Probanden die Kompetenzen trennen?
- 7) Fehlten den Probanden Kompetenzen in der vorgegebenen Liste?

Zur Beantwortung der Fragen 1) und 2) wird die Q-Methodologie, für die Fragen 3) bis 7) eine qualitative Inhaltsanalyse der Protokolldaten verwendet. Im Folgenden wird zuerst die Untersuchung zu subjektiven Wahrnehmungsmustern und Kompetenzprofilen mittels Q-Methodologie beschrieben.

## **5.4 Aufstellen von Kompetenzprofilen mittels Q-Methodologie**

### **5.4.1 Ziel der Analyse**

Die Datenbasis der folgenden Analyse bilden quantifizierte Meinungen der Versuchspersonen, konkreter deren Gewichtung von Pflegekompetenzen. Ziel dieses Unterkapitels ist es, anhand dieser Daten explorativ subjektive Wahrnehmungsmuster bei der Kompetenzgewichtung zu bilden und zu analysieren. Diese Muster sind als Kompetenzprofile im Sinne der Arbeit interpretierbar.

### **5.4.2 Methode: Q-Methodologie und Q-Sort**

*Q-Methodik* bezeichnet sowohl den Erhebungs- als auch den Auswertungsmodus der Daten. Durch die Betonung des Konstruktionscharakters subjektiver Einstellungen und Meinungen handelt es sich bei der Q-Methode um ein Verfahren der qualitativen Sozialforschung, das sich bei der Auswertung statistischer Prozeduren bedient. Das Hauptziel ist die Bildung von Typen subjektiver Sichtweisen zum Gegenstandsbereich. Dabei geht es nicht um repräsentative Erhebungen, sondern es sollen typische Bilder generiert werden (Müller & Kals, 2004). Die Aufgabe des Probanden bei diesem Verfahren ist es, seine Einstellung zu einer Sache durch die Anordnung von Aussagen auf einer Skala zum Ausdruck zu bringen, wobei ein Pol der Skala beispielsweise „höchste Zustimmung“ und der Gegenpol folglich „höchste Ablehnung“ repräsentiert. Ein solches Set an Aussagen (im Falle vorliegender Arbeit Karten) wird als *Q-Set* bezeichnet. Aus der Anordnung, dem sogenannten *Q-Sort*, resultiert für jeden Probanden und jedes Item ein Wert<sup>8</sup>, der angibt, wie sehr der Aussage zugestimmt wird. Diese Zuordnungen bilden die Datenbasis.

#### **5.4.2.1 Das Q-Set**

Das Q-Set ist das für den Versuchsdurchgang verwendete Item-Set. Es wird zwischen drei Quellen für die Items des Q-Sets<sup>9</sup> unterschieden: 1) *naturalistic samples*, 2) *ready-made Q-samples* sowie 3) standardisierte Q-Samples. Bei erstgenannten handelt es sich um mündli-

<sup>8</sup> In der Literatur wird auch das Testergebnis eines Probanden als „Q-Sort“ bezeichnet.

<sup>9</sup> Q-Sample und Q-Set werden synonym verwendet.

che oder schriftliche Aufzeichnungen aus dem Alltag der interessierenden Gruppe (McKeown & Thomas, 1988), wobei irrelevant ist, ob diese via Interview, Gruppendiskussion oder Beiträgen in Medien selektiert wurden. *Ready-made Q-samples* sind aus der Forschungsliteratur zum Thema abgeleitet, es handelt sich also bereits um empirisch zumindest untersuchte Grundlagen. Die standardisierten Samples können in Analogie zu einem psychologischen Testverfahren als feststehende Items verstanden werden und etwa zur Diagnostik eingesetzt werden.

Zur präzisen Konstruktion eines Samples gibt es keine standardisierten Anweisungen, da dies stets der Forschungsfrage untergeordnet ist. Es lassen sich noch theoretisch strukturierte und theoretisch unstrukturierte Samples unterscheiden. Wird bereits von einer den Items zugrundeliegenden Theorie ausgegangen (wenn z. B. mehrere Items die politische Einstellung „liberal“ abbilden würden), spricht man von „theoretisch strukturierten Samples“. Besteht – wie in der vorliegenden Arbeit – keine theoretische Fundierung und die Items sollen rein explorativen Charakter haben, wird von „unstrukturierten Q-Samples“ gesprochen (Müller & Kals, 2004).

Der Q-Sort ist ein erzwungenes (*forced*) Verteilungsverfahren, d. h., eine bestimmte Kategorie darf nur mit einer bestimmten Anzahl an Items besetzt werden. Damit ist sichergestellt, dass Extrempositionen mit weniger Items besetzt werden als Zwischenpositionen. Die Position, welche die meisten Items aufnehmen kann, ist die zentrale Position. Idealerweise beschreibt die Verteilung der Karten somit eine Normalverteilung (Stephenson, 1953, 1987).

Das Q-Sort-Verfahren folgt in seiner strengen Form folgenden Regeln:

- Die zentrale Kategorie (0) hat immer die meisten Karten.
- Positiv-negativ-Kategorien-Paare (-5 und +5, -4 und +4, ...) haben die gleiche Kartenzahl.
- Die Randkategorien haben immer die geringste Kartenzahl.
- Zur Mitte hin steigt die Zahl der Karten pro Kategorie pro Kategoriensprung um mindestens 1.

Die Wahl der Items muss daher zumindest teilweise der Methode angepasst werden. Für eine Fünffach-Abstufung plus Mittelwert müssen z. B. mindestens 36 Karten vorliegen. Die vorliegende Arbeit greift auf ein *unstrukturiertes Ready-Made-Sample* von 47 Karten zurück.

### **Herleitung der Kartenzahl**

Das in der Arbeit benutzte Q-Set ist eine 47-Karten-Lösung. Diese Kartenanzahl bot sich aus zwei Überlegungen heraus an: Zum ersten ist es die geringste mögliche Kartenzahl, wenn zwei Karten Extremkategorien zugelassen werden sollen. Der Wunsch, die Extremkategorie mit zwei Karten zu besetzen, gründet auf der Erwartung, dass Kompetenzen wie „angemes-

senes Auftreten“ oder „Aufbau einer therapeutischen Beziehung“ sehr wahrscheinlich oft als Hauptkompetenzen genannt bzw. sehr relevant bezeichnet werden. Die übrigen Kompetenzen würden ins Mittelfeld verdrängt. Indem die Randkategorien stärker besetzt werden dürfen, wird den Probanden erlaubt, ein drastischeres Professionsbild zu entwerfen, wodurch eine spezifischere Ermittlung von Top-Kompetenzen erwartet wird.

Der zweite für die Lösung mit 47 Karten sprechende Grund sind die im Rahmen der Literaturanalyse entstandenen 55 Kompetenzgruppen, von denen bei dreien bereits im Voraus feststand, dass sie nicht in einer empirischen Überprüfung auftauchen sollten (Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, Umfeldgestaltung und Assistenz Tätigkeiten), da sie für den stationären Bereich exklusiv waren. Es bot sich daher an, die verbleibenden 52 Kompetenzgruppen um weitere 5 Gruppen zu reduzieren, um die angestrebte Lösung zu erreichen. Mit der Festlegung, Kompetenzgruppen ohne direkt am Patienten durchgeführte Interventionen auszuklammern – nämlich direkte Pflege, Forschungsmethodenkenntnis, Öffentlichkeitsarbeit, Teamkompetenz und Anleiten und führen –, konnte die Zahl von 47 erreicht werden. Die 47 Kompetenzen, die schließlich das Versuchsmaterial bildeten, waren:

**Tabelle 12: Im Q-Set verwendete Kompetenzen**

1	Alltagshilfe	25	Medikamentöse Intervention
2	Angemessenes Auftreten	26	Monitoring von Veränderungen
3	Bedingungslose positive Zuwendung	27	Moralische Beratung
4	Behandlungsempfehlungen geben	28	Offene Gruppen leiten
5	Behandlungsnetze aufbauen	29	Persönliche Reife und Selbstreflexionsfähigkeit
6	Behandlungsplanung	30	Problemlösungsfertigkeit fördern
7	Beziehungsaufbau	31	Psychoedukative Gruppen anleiten
8	Case-Management	32	Psychotherapie im Einzelsetting
9	Diagnostik	33	Rückfallprophylaxe
10	Empathie	34	Seelsorge
11	Erkennen von Denkmustern	35	Selbstständiges Anwenden von Behandlungskonzepten
12	Fördern von Therapiemotivation	36	Selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit
13	Freizeitaktivitäten anbieten	37	Selbstwirksamkeitserwartung
14	Führen von Familiengesprächen	38	Spezialtherapeutische Techniken
15	Gesundheitserziehung	39	Spezielle Kommunikationstechniken
16	Hintergrundwissen Gesundheits- und Sozialsystem	40	Spezielle therapeutische Techniken
17	Hintergrundwissen Medizin	41	Strukturierte Informationserhebung mit Patientenbeteiligung
18	Hintergrundwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	42	Strukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung
19	Individualisierte Schulung von Angehörigen	43	Strukturierte Therapieverfahren anwenden
20	Informationsvermittlung	44	Symptommonitoring
21	Kongruenz	45	Unstrukturierte Informationserhebung
22	Krisenintervention	46	Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern
23	Lebenspraktische Beratung	47	Zielplanung
24	Medikamentenmanagement		

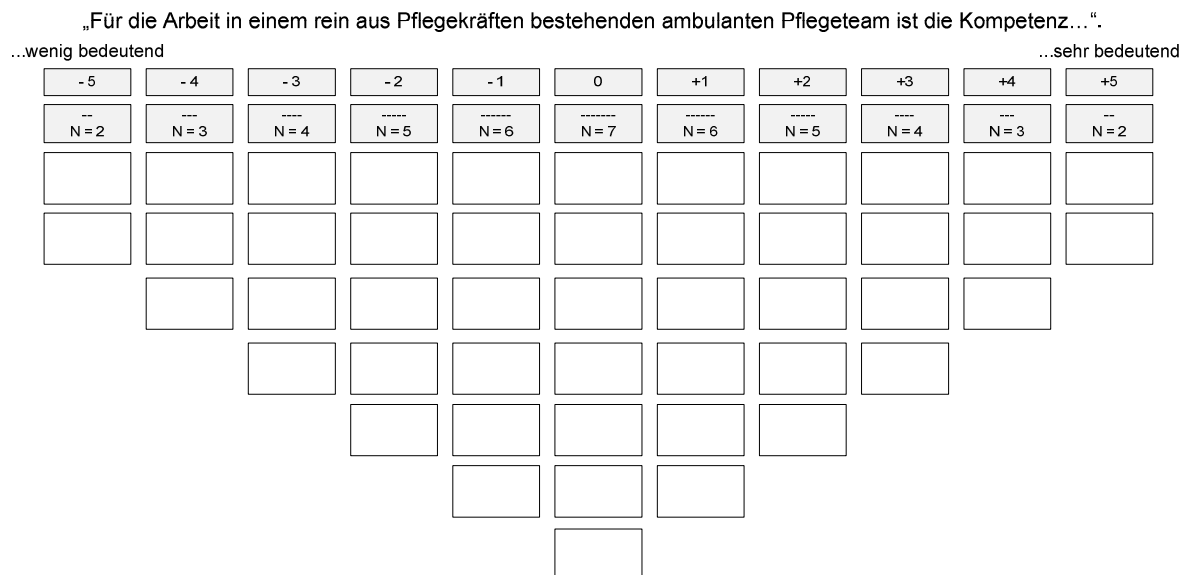
## Materialbeschreibung

Für die konkrete Durchführung wurde eine 120 × 90 cm große weiße Magnettafel verwendet. Jedes Item wurde inklusive seiner Beschreibung auf eine DIN A7 große magnetische Karte gedruckt, sodass ein Verschieben der Items auf der Magnettafel möglich wurde. Die Beschreibung wurde in grauer Farbe auf die Karte gedruckt, der Itemname im Kontrast dazu in dunkelblau und größer. Auf diese Weise sollte erreicht werden, dass die Beschreibung nicht von der geforderten intuitiven Sortierung ablenkt, zugleich jedoch bei Bedarf verfügbar ist.

Auf der Magnettafel selbst wurden die elf Kategorien von -5 über 0 bis +5 mittels Magnetkarten angezeigt. Zur besseren Orientierung waren die Karten im negativen Bereich violett und im positiven Bereich gelb eingefärbt, wobei die Farbsättigung zur weiß gehaltenen 0-Kategorie hin abnahm. Dazu wurde die Bedeutung beider Pole mittels einer weiteren Karte beschrieben: „... wenig bedeutend“ wurde am negativen Pol, „... sehr bedeutend“ am positiven Pol angeordnet.

Unter jeder Kategorie befanden sich Kärtchen mit der Angabe, wie viele Items in der Kategorie einzusortieren waren. Diese Information wurde in Grün gedruckt und zusätzlich mit einem in der Länge zur Itemanzahl pro Kategorie korrespondierenden Balken visualisiert. Eine Überschrift über der Magnettafel wiederholte sinngemäß die Instruktion und lautete: „Für die Arbeit in einem rein aus Pflegekräften<sup>10</sup> bestehenden ambulanten Pflegeteam ist die Kompetenz ...“

**Abbildung 6: Schematische Darstellung des Versuchsaufbaus ohne Farbgebung**



### Ablauf eines Trials

Jedem Probanden wurde zu Beginn des Trials die im Anhang hinterlegte Information zum informellen Einverständnis vorgelegt (siehe S. XXXIV).

Zu jedem Probanden wurden vor dem Beginn des Trials folgende demografische Variablen erfasst: Geschlecht, Alter, Einrichtung der Befragung, beruflicher Hintergrund inklusive Weiterbildungen, Berufserfahrung gesamt, Berufserfahrung im psychiatrischen Bereich, Berufserfahrung im ambulanten Bereich, eventuell erfolgte Weiterbildungen und Qualifikationen im Freitext.

<sup>10</sup> Der Begriff „Pflegekraft“ wurde in der Instruktion gewählt, weil es sich aus der Erfahrung heraus geläufigste Selbstbezeichnung der Pflegenden handelte

Durch die Anordnung der Datenmatrix (siehe S. 127) entfällt die Möglichkeit, diese Daten mathematisch-statistisch mit dem Q-Sort zu verknüpfen, wenngleich sie sich deskriptiv allein stehend auswerten lassen. Neben dieser deskriptiven Beschreibung der Stichprobe sollen die Daten auch zur Interpretation der Kompetenzprofile herangezogen werden.

Zudem wurde ein Protokoll während des Trials geführt, um Rückfragen des Probanden sowie Notizen über dessen Sortierverhalten und eventuelle Kommentare zu erfassen. Es erfolgte zudem eine Zeitmessung vom Beginn des Trials bis zu dem Zeitpunkt, da der Proband seine Aufgabe für abgeschlossen erklärte.

Nach Trialende wurde exemplarisch zu je einem in der höchsten Kategorie, der niedrigsten Kategorie und der Mittelkategorie angeordneten Item gefragt, worin der Grund für dessen Einordnung bestand. Auch diese Antworten wurden protokolliert.

Für den Trial wurde keine Zeitvorgabe ausgegeben. Versuchspersonen erhielten die Kärtchen in durchmischter Reihenfolge als Stapel. Bezüglich der Sortierprozedur wurde folgende standardisierte Anweisung gegeben:

*„Auf der Tafel vor Ihnen sehen sie 11 Kategorien. Ich möchte Sie nun bitten, die auf den Karten stehenden Kompetenzen danach anzuordnen, wie wichtig und bedeutend sie für Ihre momentane Arbeitssituation als ambulante Pflegekraft sind. Dazu sortieren sie bitte von -5 (wenig bedeutend) bis +5 (sehr bedeutend), wobei sie in den Randkategorien nur 2 und in den Folgekategorien immer eine Karte mehr ablegen dürfen. Es müssen alle Karten verteilt werden. Bitte sortieren sie aus dem Bauch heraus und möglichst ohne langes Überlegen. Es gibt kein richtig und falsch und anhand der Anordnung wird auch keine Leistungsbewertung vorgenommen.“*

Die Anordnung des Probanden wurde, nachdem dieser den Raum verlassen hatte, in eine Excel-Tabelle übertragen und mit den demografischen Variablen verknüpft. Diese Tabelle wurde in ein mit der Statistikumgebung R kompatibles Format überführt und in R ausgewertet. Die Auswertungsprozedur und die statistischen Grundlagen werden im Folgenden vorgestellt.



### 5.4.2.2 Auswertungsprozedur: Q-Methode

Aus der Anordnung der Karten durch die Probanden resultiert exakt ein Q-Sort pro Versuchsperson. Die Gesamtmenge der Q-Sorts bildet demnach die Datengrundlage für die Ableitung von Wahrnehmungstypen. Die statistischen Hintergründe werden im Folgenden beschrieben.

#### Datenanordnung

Eine Besonderheit des Q-Sorts liegt im Aufbau der Daten. Klassischerweise (d. h. abweichend vom Q-Sort) werden Daten nach dem Schema in Tabelle 13 angeordnet: Jeder Proband bildet eine Zeile, seine Bewertung eines Items ergibt seinen Wert im entsprechenden Item.

Tabelle 13: Matrix der Items und Versuchspersonen in der konventionellen Faktorenanalyse

V-Person	Item <sub>1</sub>	Item <sub>2</sub>	Item <sub>x</sub>
Proband <sub>1</sub>	Score Proband <sub>1</sub> für Item <sub>1</sub>	Score Proband <sub>1</sub> für Item <sub>2</sub>	Score Proband <sub>1</sub> für Item <sub>x</sub>
Proband <sub>2</sub>	Score Proband <sub>2</sub> für Item <sub>1</sub>	Score Proband <sub>2</sub> für Item <sub>2</sub>	Score Proband <sub>2</sub> für Item <sub>x</sub>
Proband <sub>x</sub>	Score Proband <sub>x</sub> für Item <sub>1</sub>	Score Proband <sub>x</sub> für Item <sub>2</sub>	Score Proband <sub>x</sub> für Item <sub>x</sub>

Beim Q-Sort werden die resultierenden Daten in der Matrix so angeordnet, dass die einzelnen Items die Fälle, also die Zeilen einer Tabelle bilden und die Versuchspersonen als Variablen für diese Fälle auftreten, also in Spalten angeordnet sind (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Matrix der Items und Versuchspersonen im Q-Sort

Q-Set	Proband <sub>1</sub>	Proband <sub>2</sub>	Proband <sub>x</sub>
Item <sub>1</sub>	Score Item <sub>1</sub> bei Proband <sub>1</sub>	Score Item <sub>1</sub> bei Proband <sub>2</sub>	Score Item <sub>1</sub> bei Proband <sub>x</sub>
Item <sub>2</sub>	Score Item <sub>2</sub> bei Proband <sub>1</sub>	Score Item <sub>2</sub> bei Proband <sub>2</sub>	Score Item <sub>2</sub> bei Proband <sub>x</sub>
Item <sub>x</sub>	Score Item <sub>x</sub> bei Proband <sub>1</sub>	Score Item <sub>x</sub> bei Proband <sub>2</sub>	Score Item <sub>x</sub> bei Proband <sub>x</sub>

Durch die Anordnung nach Q-Schema resultiert eine mathematisch stabilere Situation, da die erzwungene Verteilung der Items eine annähernde Normalverteilung der Werte sicherstellt, was für eine Faktorenanalyse günstiger ist (siehe S. 129).

#### Begriffsklärung: Hauptkomponentenanalyse oder Faktorenanalyse?

Liegt eine Matrix der Q-Sorts vor, erfolgt der erste Schritt der Analyse mit einer dimensionsreduzierenden mathematischen Prozedur. Die Benennung dieser Prozedur ist jedoch uneinheitlich, konkret lassen sich die Begriffe *Faktorenanalyse* und *Hauptkomponentenanalyse* (*Principal Component Analysis*, PCA) finden. In der Regel wird von Faktorenanalysen gesprochen (Van Exel & de Graaf, 2005). Müller und Kals (2004) benutzen die Termini Faktoren- und Hauptkomponentenanalyse synonym und Watts und Stenner (2005) unterscheiden beide Verfahren, erwähnen aber, dass beide gute Ergebnisse liefern und merken in einer späteren Publikation (Watts und Stenner (2012, S. 99) an: „PCA is not factor analysis and components are not factors“. Wolff und Bacher (2010) erwähnen, dass der Begriff „Faktoren-

analyse“ einerseits für ein bestimmtes, abgrenzbares Verfahren steht, „andererseits dient der Begriff Faktorenanalyse aber auch als Sammelbegriff für eine Familie von Verfahren, unter den auch die Hauptkomponentenanalyse fällt.“ Bei Schermelleh-Engel et al. (2010) wird die Hauptkomponentenanalyse als Extraktionsmethode der Faktorenanalyse bezeichnet und auch das Statistikprogramm SPSS trennt die Begriffe nicht: Hier ist die Hauptkomponentenanalyse ein Unterpunkt der Faktorenanalyse. Es besteht also in der Literatur keine Klarheit in Bezug auf die Benennung. Das unterstreicht auch eine Analyse von Costello und Osborne (2005), wonach die PCA in mehr als der Hälfte von 1700 in einem Zweijahreszeitraum in PsycINFO gelisteten Studien mit „Faktorenanalyse“ verwendet wurde.

Streng genommen stellen Hauptkomponenten- und (explorative) Faktorenanalyse in der Tat zwei Verfahren dar, die in ihren Grundannahmen zwar verschieden, in der Anwendung aber austauschbar erscheinen (Wolff & Bacher, 2010) und im Ergebnis Faktoren bzw. Komponenten liefern, die den Anspruch erheben, einen Datensatz mit weniger Variablen als den ursprünglichen zu beschreiben. Gemein ist beiden Verfahren, dass sie Dimensionen reduzieren und auf eine Korrelations- oder Kovarianzmatrix zurückgreifen. Die Unterschiede liegen im mathematischen Detail, u. a. darin, wie die Dimensionsreduktion erfolgt und dass bei der Hauptkomponentenanalyse die Fehlervarianz nicht berücksichtigt wird.

Für die Q-Methodologie gilt, dass beide Verfahren genutzt werden können. Das in der Arbeit von Hensel (2014) verwendete Programm PMethod (mittlerweile PQMethod) kann bei voreingestellter Faktorenanalyse alternativ auch eine Hauptkomponentenanalyse durchführen,<sup>11</sup> in der Software R ist beim Modul für die Q-Methodologie die Hauptkomponentenanalyse voreingestellt. Allerdings gehen die Meinungen ob des Sinns des Verfahrens auseinander. Wiederum bei Watts und Stenner (2012, S. 99) wird der Hauptunterschied zwischen beiden Verfahren eher philosophisch betrachtet. Die PCA würde demnach die „beste mathematische“ Lösung automatisch wählen. Dies sei einerseits verlockend (zumal die Alternative unendlich viele mögliche Lösungen wären), andererseits beraube es den Forscher jedoch der Freiheit, selbst Faktoren nach theoretischen Überlegungen zu definieren. Da es für die in der Arbeit behandelte Fragestellung keine Vorannahmen gibt, da sie explorativ ist und hinsichtlich ihrer Fragestellung in Deutschland Neuland betritt, scheint die mathematisch beste Lösung als Ausgangspunkt für eine Diskussion durchaus attraktiv. Es wird daher die PCA verwendet. Um angesichts des oben angesprochenen Problems in der Benennung stringent zu bleiben, wird weiterhin konstant mit den Termini der PCA gesprochen und somit von der Hauptkomponentenanalyse (PCA) und (Haupt-)Komponenten gesprochen.

---

<sup>11</sup> Es gibt allerdings einige Arbeiten, die darauf hindeuten, dass diese Möglichkeit nicht immer bestand, während der Erstellung dieser Arbeit war das Verfahren allerdings im Programm implementiert. Von der Nutzung von PQMethod wurde aufgrund der Usability abgesehen und technischen Problemen abgesehen.

## Grundlegendes Rational der PCA

Im Folgenden wird die Prozedur der PCA beschrieben. Die Berechnung wird mit dem zur Programmumgebung *R Studio* (Version 0.99.903) gehörenden Paket *qmethod* durchgeführt, in diesem Modul nicht enthaltene Berechnungen mittels des *psych*-Pakets. *R Studio* beruht auf der zur Lösung statistisch-mathematischer Probleme entwickelten, unter GNU *General Public License* stehenden Programmiersprache *R* (zum Zeitpunkt der Arbeit in Version 3.3.1 stabil verfügbar). Die erwähnten Module stellen freie Zusatzpakete zur genannten Software dar. Die im Folgenden beschriebenen Schritte werden vom Programm automatisch durchgeführt.

Die PCA setzt zwei Bedingungen voraus: Die Daten sollten 1) intervallskaliert<sup>12</sup> und 2) annähernd normalverteilt<sup>13</sup> sein. Beide Bedingungen werden durch den speziellen Aufbau des Q-Sets erfüllt. Zwischen den Variablen sollten lineare Beziehungen bestehen, dies kann angesichts des Untersuchungsgegenstands und aus der Literaturrecherche heraus als gegeben angenommen werden.

Für die PCA wurden in der Literatur noch weitere Durchführungsvoraussetzungen aufgestellt, die aber in den wenigsten Artikeln zum Q-Sort Erwähnung finden, obwohl es keine mathematische Abweichung vom Verfahren gibt. Die Voraussetzungen werden mit zwei Tests vor der Berechnung geprüft: Barlett-Test auf Sphärizität (Bartlett, 1950) und Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (Kaiser, 1970, 1974a).

Beim *Barlett-Test auf Sphärizität* wird geprüft, ob alle zur PCA hinzugezogenen Variablen untereinander unkorreliert sind. Wäre dies der Fall, würde jede Person eine eigene Gruppe bilden und alle Ähnlichkeiten wären nicht über dem Niveau des Zufalls. Nur wenn die Annahme der Unkorreliertheit durch den Test verworfen wird, sollte eine PCA durchgeführt werden, ansonsten müsste von zufälligen Korrelationen ausgegangen werden, sodass eine Komponentenextraktion folglich nicht möglich wäre. Der Test trifft allerdings keine Aussage über die Höhe und Nutzbarkeit der vorhandenen Korrelationen. Zu diesem Zweck wird das *Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium* (KMO) verwendet. Geprüft wird hier nicht ob, sondern wie deutlich die Variablen in der Grundgesamtheit miteinander korrelieren. Sind die Korrelationen zu klein, wird davon ausgegangen, dass sich keine sicheren zugrundeliegenden Faktoren finden. Obwohl die Gütekriterien wie erwähnt beim Q-Sort in vielen Artikeln nicht berichtet oder verwendet wurden, sollen sie für den aktuellen Datensatz herangezogen werden.

---

<sup>12</sup> Bei Intervallskalierten Daten kann angegeben werden, um wie viel ein Wert A höher als ein Wert B ist.

<sup>13</sup> Normalverteilte Daten zeichnen sich dadurch aus, dass Mittelwert, Modus und Median auf gleicher Stelle (im Fall der Arbeit 0) liegen und die Häufigkeit des Vorkommens eines Werts mit zunehmender Nähe zu den Extrempolen immer geringer wird, wobei die Wahrscheinlichkeit umso schneller abnimmt, je mehr man sich einem Pol nähert. Visualisiert zeigt sich der charakteristische „Hügel“ jener Verteilung, die u. a. auf Gauss (1809) zurückgeht

## Mathematisches Rational und Umsetzung

Um Komponenten zu bestimmen, müssen in einem ersten Schritt Korrelationen<sup>14</sup> zwischen Probanden ermittelt werden. Eine Korrelation ( $r$ ) ist ein statistisches Maß für die Ähnlichkeit zweier Datensätze (also die Q-Sorts zweier bestimmter Personen), dessen Ausprägungen von  $-1$  (negativer Zusammenhang: wenn A hoch, dann B) über  $0$  (kein Zusammenhang) bis  $+1$  (wenn A hoch, dann auch B hoch) reichen.

Zur Verdeutlichung listet Tabelle 15 die fiktiven Korrelationen dreier Probanden hinsichtlich ihrer gesamten Q-Sorts. Die Probanden 1 und 3 haben eine hohe positive Korrelation, sind sich folglich sehr ähnlich hinsichtlich dessen, wie sie die Karten im Q-Sort gelegt haben. Die Probanden 1 und 2 weisen eine niedrige Korrelation auf, ihre Q-Sorts sind folglich weder sehr ähnlich noch sehr widersprüchlich. Zuletzt bilden die Probanden 2 und 3 eine hohe negative Korrelation, ihre Q-Sorts sind daher fast gegenteilig, etwa weil der eine Kompetenz als sehr wichtig ansieht, während der andere sie als unwichtig deklariert.

**Tabelle 15: Hypothetische Korrelationsmatrix**

	<b>Proband<sub>1</sub></b>	<b>Proband<sub>2</sub></b>	<b>Proband<sub>3</sub></b>
<b>Proband<sub>1</sub></b>	–	$r_{12} = .05$	$r_{13} = .85$
<b>Proband<sub>2</sub></b>	$r_{22} = .05$	–	$r_{23} = -.75$
<b>Proband<sub>3</sub></b>	$r_{31} = .85$	$r_{32} = -.75$	–

Auf das Prinzip einer solchen Matrix (für die aktuelle Arbeit ergibt sich eine  $35 \times 35$ -Matrix) baut die weitere Prozedur auf.

Aus hoch korrelierenden Q-Sorts, also Probanden mit ähnlicher Wahrnehmung, werden Komponenten (Gruppen) abgeleitet. Je stärker die Korrelationen in der Matrix ausfallen, desto weniger Komponenten<sup>15</sup> sind also für den Informationsgehalt nötig. Diese Komponenten entsprechen den zu explorierenden Wahrnehmungsstilen, mitunter auch in der Literatur als Gruppen oder Meinungsbilder bezeichnet. Sie sind im Falle dieser Arbeit die Kompetenzprofile.

Im ungünstigsten Fall, wenn kein Q-Sort mit einem anderen vergleichbar ist, ergeben sich bei der PCA automatisch genauso viele gleichwertige Hauptkomponenten (also Kompetenzprofile) wie Personen. Bei zu erwartenden Mustern allerdings erklären manche Hauptkomponenten mehr Varianz als andere, weisen also auf ein bestimmtes Wahrnehmungsmuster hin. Je mehr die Q-Sorts der Personen miteinander korrelieren, desto mehr Datenvarianz wird durch wenige Komponenten erklärt.

<sup>14</sup> Theoretisch könnten auch Kovarianzmatrizen genutzt werden, doch würde deren Ausführung den Rahmen vorliegender Arbeit sprengen.

<sup>15</sup> In Artikeln, die den Terminus Faktorenanalyse verwenden, entspricht die Bezeichnung „Faktor“ den Hauptkomponenten. Auch bei Beschreibungen von Hauptkomponentenanalysen ist mitunter der Begriff des „Faktors“ zu finden. Um eine Begriffsvermischung zu vermeiden, wird im Folgenden der Begriff „Komponente“ genutzt. Seltener, aber ebenfalls korrekt, ist die Bezeichnung der Komponenten als „Eigenvektoren“.

Das Ergebnis der PCA ist in diesem Schritt noch keine Ausgabe im Sinne von „Person A gehört Gruppe X“ an – derartige Aussagen werden später möglich –, vielmehr entsteht für jede Komponente (Wahrnehmungsstil) eine Beschreibung im Sinne, welche Personen sie wie deutlich definieren bzw. ihr widersprechen. Jede Person erhält demzufolge eine Ladung auf einer Komponente, in der Literatur als *Faktorladung*<sup>16</sup> beschrieben. Dieser Wert gibt an, wie typisch eine Person für einen Wahrnehmungsstil ist. So kann eine fiktive Person A mit einer Ladung von 0,8 (hoch) auf Faktor/Komponente 1, einer Ladung von 0,16 (kaum relevant) auf Komponente 2, -0,2 auf Komponente 3 (widerspricht der Komponente leicht) etc. beschrieben werden. An dieser Stelle führt Brown (1980, S. 222f) das Konzept der *signifikanten Faktorladung* ein, deren Berechnung Watts und Stenner (2012, S. 107) spezifizieren. Vom Prinzip her bedeutet eine *signifikante Faktorladung*, dass die Zugehörigkeit der Person zu einer Komponente mit sehr hoher (statistischer) Wahrscheinlichkeit nicht zufällig ist. Es ist durchaus möglich, dass Personen zu keinem Faktor (in diesem Fall sind sie nicht klar einem Kompetenzprofil zuzuordnen) oder auf mehreren Faktoren eine signifikante Ladung aufweisen (in diesem Fall „gehören“ sie zu zwei Faktoren).

Die Herausforderung besteht nun in der Bestimmung, wie viele solcher Komponenten nötig sind, um die Daten so zu beschreiben, dass ihr Informationsgehalt erhalten bleibt. Dies geschieht im nächsten Schritt.

### **Wahl der Komponenten**

Theoretisch können so viele Komponenten (also Wahrnehmungsstile, bzw. Kompetenzprofile) gefunden werden, wie Variablen (also Personen) existieren. Da dies in der Praxis jedoch nicht zielführend ist, wurden in der Vergangenheit Kriterien zur Komponentenextraktion aufgestellt.

In der Literatur zum Q-Sort findet sich die Angabe der „Magic Seven“ zum Beispiel bei Brown (1980), sowie Watts und Stenner (2012, S. 106), also die Annahme, dass sieben Komponenten/Faktoren automatisch eine gute Wahl darstellen würden. Dieses Kriterium beruht aber nur auf Erfahrungen, nicht auf objektiven Annahmen.

Ein einfaches objektiveres Kriterium besteht darin, nur Komponenten zu extrahieren, die mehr Varianz aufklären (d. h. vereinfacht gesagt mehr erklären) als eine einzelne Variable. Operationalisiert wird dies über den Eigenwert, das Maß der durch die Komponente aufgeklärten Varianz. Ist dieser Wert größer als 1, wird davon ausgegangen, dass die Komponente mehr Varianz aufklärt als eine einzelne Variable und somit zur Datenreduktion beitragen kann. Gemäß dem sogenannten Kaiser-Guttman-Kriterium (Guttman, 1954) kann daher auf Komponenten mit einem Eigenwert kleiner als 1 verzichtet werden.

---

<sup>16</sup> Auch hier wäre die Bezeichnung „Komponentenladung“ adäquater, sie findet jedoch nirgends Verwendung, weswegen auch in dieser Arbeit von einer Faktorladung gesprochen wird.

Weitere Informationen über die notwendigen Faktoren liefert der Scree-Plot. Hierbei werden die Komponenten in Reihenfolge ihrer Varianzaufklärung auf der x-Achse und die Eigenwerte der Komponenten auf der y-Achse abgetragen. Es entsteht typischerweise ein Knick in der Linie. Nach Cattell (1966) können Komponenten hinter dem Knick mit demzufolge geringeren Eigenwerten verworfen werden. Der Nachteil des Verfahrens liegt in seiner fehlenden Objektivität.

Eine weitere Methode bewahrt lediglich Komponenten, auf denen mehr als zwei Personen signifikant laden. Der Nachteil ist, dass dies mit steigender Probandenzahl wahrscheinlicher wird. Elaborierter ist die an gleicher Stelle beschriebene „Humphrey's Rule“, bei der das Kreuzprodukt der höchsten Faktorladungen doppelt so hoch ist wie der Standardfehler.<sup>17</sup>

Eine weitere, auch außerhalb der Q-Methode beschriebene Alternative wurde in Form der *Parallelanalyse* von Horn (1965) vorgeschlagen. Hierbei werden Komponenten ausgeschlossen, die weniger Varianz aufklären als bei einer zufälligen Verteilung der Testwerte bei gleicher Versuchspersonenzahl zu erwarten. Zur praktischen Durchführung des Tests werden aus mehreren hundert Zufallsdatensätzen mit gleichen Parametern wie die Untersuchung Zufallsfaktoren extrahiert und mit den im eigentlichen Datensatz ermittelten Faktoren hinsichtlich ihrer Eigenwerte verglichen. Liegt ein ursprünglicher Faktor oberhalb des .95-Perzentils der Zufallsfaktoren, wird davon ausgegangen, dass er sich signifikant vom Zufall unterscheidet, und zur weiteren Interpretation übernommen. Die Parallelanalyse wird vor der Rotation von Faktoren (das Thema Faktorenrotation wird im Folgenden behandelt) durchgeführt. Bühner (2006) benennt als Nachteile des Verfahrens eine mögliche Überschätzung der Faktorenzahl bei einer starken Hauptkomponente und reduzierte Genauigkeit bei hoher Anzahl von Komponenten in der Grundgesamtheit.

Ein weiteres Verfahren ist der *Minimum-Average-Partial-Test* (MAP-Test), ein iteratives Verfahren, also eine mathematische Prozedur, bei der das Ergebnis des ersten Rechenschritts Basis des nächsten ist. Beim MAP-Test wird zuerst die Hauptkomponente extrahiert und dann aus den Daten herausgerechnet (partielle Korrelation). Das Verfahren wird anschließend mit der verbleibenden Matrix wiederholt und geprüft, bei welcher Anzahl von Komponenten die verbleibenden Variablen am geringsten miteinander korrelieren, also eine große Unabhängigkeit aufweisen. Dies gilt dann als ideale Faktorzahl. Eine genauere Beschreibung des Verfahrens findet sich bei O'Connor (2000).

In der vorliegenden Arbeit sollen die Parallelanalyse und der MAP-Test Verwendung finden, um den eingeschlagenen Weg der mathematischen Komponentenbestimmung fortzusetzen, zumal hinsichtlich der Datenstruktur keine Vorannahmen existieren, die eine Bestimmung der Faktorenzahl *a priori* zuließen.

---

<sup>17</sup> Auf eine Ausführung dieser Prozedur wird an dieser Stelle verzichtet, da sie hier keine Verwendung finden wird. Eine ausführliche Erläuterung findet sich bei Watts und Stenner (2012, S. 107).

## Verbesserung der Interpretierbarkeit durch Rotation

Nach Extraktion der gewünschten oder geschätzten Komponenten liegt eine erste Struktur vor, die jedoch nicht immer eindeutig und gut interpretierbar ist. Um die Interpretierbarkeit zu verbessern, kann ein sogenanntes Rotationsverfahren verwendet werden. Der Begriff „Rotationsverfahren“ hängt mit der verwendeten rechnerischen Prozedur zusammen. Der Annahme folgend, dass die Komponenten einen mehrdimensionalen Raum aufspannen, werden die Achsen in diesem geometrischen Raum so gedreht, dass sie eine möglichst große Datenmenge schneiden.

Es gibt mehrere, sich vor allem in der Zielstellung unterscheidende Varianten der Rotationsdurchführung. Sie lassen sich in zwei Gruppen einteilen: orthogonale und oblique Verfahren. Orthogonale Verfahren gehen davon aus, dass die Faktoren unabhängig und unkorreliert sind. Mathematisch wird dies erreicht, indem die Achsen als rechtwinklig zueinander angenommen werden. Aufgrund dieser strengeren Annahmen gelten sie als eindeutiger und stabiler als oblique Verfahren (Moosbrugger & Hartig, 2002), die wiederum die Unabhängigkeitsannahme zugunsten der besseren Interpretierbarkeit ihrer Ergebnisse aufgeben und einen beliebigen Winkel zwischen den Achsen erlauben.

Eine Kompromissempfehlung gibt insofern Bühner (2006), als zuerst eine oblique Rotation und erst im zweiten Schritt – wenn sich unkorrelierte Faktoren ergeben – eine orthogonale Rotation mit der gleichen Datenbasis vorzunehmen ist.

Die drei gängigsten orthogonalen Verfahren sind das Varimaxverfahren (Kaiser, 1958), die Quartimaxmethode (Neuhaus & Wrigley, 1954) und die Equamaxmethode (Kaiser, 1974b). Beim Varimaxverfahren wird das Ziel verfolgt, Komponenten zu finden, auf denen einige Variablen sehr hoch und andere sehr niedrig laden. Mittlere Ladungen sind nicht erwünscht, da eine möglichst eindeutige Struktur erreicht werden soll. Bei der Quartimaxmethode wird versucht, möglichst wenige Komponenten zu finden, also möglichst viele Variablen mit einer Komponente unabhängig ihrer Ladung zu verbinden, idealerweise zu einer generellen Hauptkomponente. Die Equamaxmethode schließlich stellt einen Kompromiss zwischen beiden Vorgehensweisen dar.

Die bekanntesten obliquen Verfahren sind Oblimin und Promax. Beim erstgenannten Verfahren ist die Angabe eines sogenannten Delta-Werts obligatorisch, der zwischen 0 und  $-4$  angibt, wie sehr der Winkel zwischen den Achsen von  $90^\circ$  abweichen kann. 0 steht dabei für völlige Freiheit und maximal mögliche Korrelation. Die Promax-Rotation geht von einem orthogonalen (d. h. rechtwinkligen) Ursprungszustand aus und verändert die Faktoren durch Potenzieren der Ladungen. Sehr Hohe und sehr niedrige Faktorladungen werden vermieden und die Interpretation der Faktoren erleichtert.

Insbesondere zur Forschung mit Q-Methodologie besteht seit Längerem eine Debatte darüber, ob und wenn ja wie eine Rotation erfolgen sollte. Dabei wird eine dritte Option zwi-

schen dem Nicht-Rotieren und dem Rotieren nach oben genannten Verfahren ins Spiel gebracht. Bei diesem „theoretischen Rotieren“ erfolgt die Bildung der Gruppen nach theoretischen Überlegungen, etwa, weil sich ein bestimmtes Item in der Befragung von Probanden als bedeutsam erwiesen hat und daher für die Gruppenbildung maßgeblich sein soll. Da die vorliegende Arbeit nicht auf die theoretische Rotation zurückgreift, wird sie an dieser Stelle nicht behandelt.

Unabhängig davon, ob rotiert wurde oder nicht: Jede resultierende Komponente repräsentiert eine Gruppe individueller Standpunkte, die untereinander hoch und zugleich wenig mit anderen Individuen korrelieren.

In der vorliegenden Arbeit wird eine Varimax-Rotation Verwendung finden, da die maximale Varianzaufklärung und damit einhergehend die am stärksten beschreibende Gruppenlösung favorisiert werden.

### **Abschließende Schritte zur Q-Sort-Interpretation**

Zuletzt werden sogenannte *Faktorwerte*<sup>18</sup> (*factor scores*) pro Statement und *Differenzwerte* (*difference scores*) gebildet. Die Faktorwerte pro Statement (d. h. pro Kompetenz) geben dessen Höhe in einer bestimmten Gruppe (Komponente) an. Hohe Faktorwerte lassen sich dahingehend interpretieren, dass das Item in der Gruppe hoch geratet (also als wichtig befunden) wurde. Niedrige Faktorwerte geben entsprechend an, dass das Item niedrig geratet wurde. In der Regel werden die Faktorwerte standardisiert angegeben, d. h. so umgerechnet, dass ein Mittelwert von 0 und eine Standardabweichung von 1 resultieren. Man spricht auch von *z-Faktorladungen*, angelehnt an die auch als z-Transformation bezeichnete Umrechnungsprozedur. Nach Van Exel und de Graaf (2005), die auch die Berechnungsschritte für die z-Faktorladungen im Detail beschreiben, ist eine Ladung von größer oder kleiner als 1 als charakteristisch für einen Faktor anzusehen, allerdings hat auch dieses Kriterium keine empirische Fundierung, sondern entspricht einer Daumenregel.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Begriffe „Faktorladung“ (*factor loading*) und „Faktorwert“ (*factor score*) mitunter verwechselt werden. Die Faktorladung entspricht in der aktuellen Arbeit dem Wert, der die Typikalität (d. h. die Passung zu einer Kategorie) eines *Individuums* für ein Muster (Kompetenzprofil) angibt, der Faktorwert bezeichnet dagegen die Typikalität eines *Items* des Q-Sorts für ein Muster (Kompetenzprofil).

In einem weiteren Schritt lässt sich so für jedes Muster ein *idealisiertes Q-Sort* bestimmen. Dies ist der Q-Sort, der von einer Person zu erwarten wäre, die der Gruppe vollkommen entspricht.

---

<sup>18</sup> Es gibt keinen alternativen Ausdruck für dieses mathematische Konstrukt bei der Hauptkomponentenanalyse, weswegen hier von Faktoren gesprochen wird, auch weil dies der automatischen Benennung durch das Programm R entspricht. Die Bezeichnung wird gewählt, um die Begriffe mit anderen Arbeiten besser vergleichen zu können.

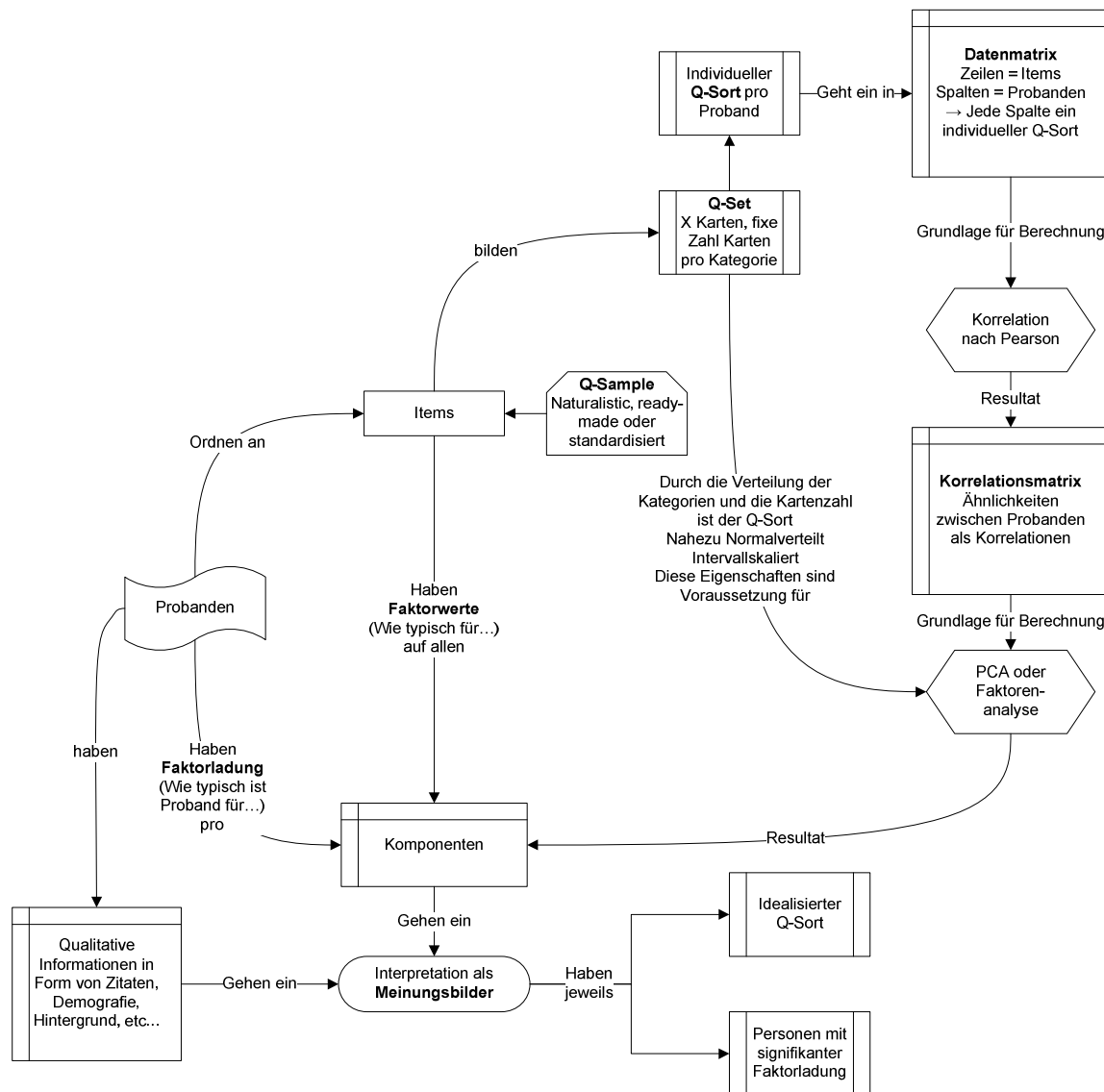


Die *Differenzwerte* (*difference scores*) geben den Abstand zwischen dem Rating des Items in einer Komponente im Vergleich zu den anderen Komponenten an. Ihre Höhe ist weniger von Belang als die Frage, ob sich durch sie ein signifikanter Unterschied zeigt, sodass ein bestimmtes Item als unterscheidend (*Distinguishing Item*) entweder zwischen einzelnen Gruppen oder allen Gruppen bewertet werden kann.

### 5.4.2.3 Visualisierung

Der in Textform vorgestellte Prozess lässt sich wie in Abbildung 7 visualisieren.

Abbildung 7: Q-Sort-Prozess visualisiert



#### 5.4.2.4 Pretest

Am 19.06.2015 wurde ein Pretest mit Experten aus einem ambulanten Pflorgeteam durchgeführt, um zu explorieren, ob Probanden mit der Methode zurechtkommen, Kompetenzen vermissen oder als überflüssig ansehen und wie lange ein Trial dauert. Zudem sollte der Pretest zur präzisen Planung des Ablaufs des eigentlichen Trials notwendige Informationen liefern.

Im Pretest wurde noch mit der Frage „Welche Kompetenzen werden grundsätzlich in der ambulanten psychiatrischen Pflege in welcher Gewichtung benötigt?“ gearbeitet. Sie erwies sich als nachteilig, da die Probanden – wie in abschließender Befragung deutlich wurde - zu ihrer Beantwortung nicht die eigene Arbeit als Anker heranzogen, sondern ein Professionsideal. Um eine realitätsnähere Abbildung zu erreichen, fiel daher die Entscheidung, die Instruktion wie auf Seite 127 dargelegt anzupassen.

Weiterhin wurde die ursprünglich geplante Beschreibung, negative Pole als Ort für „Kompetenzen, auf die im Zweifel verzichtet werden kann“, verworfen, da von den Probanden keiner einzigen Kompetenz dieses Attribut zugeordnet worden war.

Ebenfalls wurde als Rückfrage gestellt, ob von einer Arbeit im multiprofessionellen Team, oder der Arbeit im klassischen ambulanten Pflorgeteam ohne Möglichkeit, Aufgaben teamintern zu delegieren, ausgegangen werden sollte. Aufgrund dieser Nachfrage wurde die Fragestellung dahingehend präzisiert, dass von einem rein pflegerischen Team ausgegangen werden sollte.

Der Sortiervorgang dauerte durchschnittlich 20 Minuten, wobei die Methode prinzipiell von den Pretest-Probanden gut verstanden und umgesetzt werden konnte. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde beim Planen der Testtermine von vierzigminütigen Zeitabschnitten ausgegangen, wobei 20 für das Sortieren, 10 für Nachfragen und weitere 10 als Puffer für den Übertrag des Ergebnisses vorgesehen waren.

Ebenfalls angepasst auf Basis der Erfahrungen des Pretests wurden die Beschreibungen der Kompetenzen, wenngleich die Änderungen sich nur geringfügig von den im vorherigen Kapitel gegebenen Beschreibungen der Kompetenzgruppen unterschieden.

### 5.4.3 Resultate

#### 5.4.3.1 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der Q-Sort-Erhebung wurden insgesamt 36 Personen an sieben Einrichtungen befragt. Da an drei dieser Einrichtungen nur ein bis zwei Probanden untersucht wurden, erfolgte die Zusammenfassung dieser drei Einrichtungen für folgende Beschreibungen unter der Kategorie *Sonstige*. Der überwiegende Teil (N = 24, 66,7 %) arbeitete ausschließlich in einem ambulanten Pflegedienst, einige Personen (N = 7, 19,4 %) waren Teil eines sogenannten „integrierten Versorgungsteams“ (nachfolgend iV). Dieses als Stattkrankenhaus bezeich-

nete Projekt baut auf ein multidisziplinäres Team, das multimodale häusliche Versorgung für Patienten mit einer Störung aus dem Formenkreis der Psychosen anbietet. Befragt wurden in diesem Fall nur Pflegende eines solchen Teams. Wenige Personen ( $N = 3$ , 8,3 %) hatten eine Doppelfunktion inne und arbeiteten sowohl für ein solches Team als auch für einen ambulanten Pflegedienst oder waren in nur in der Ambulanz einer Klinik tätig ( $N = 2$ , 5,6 %).

Die Personen waren im Durchschnitt mittleren Alters ( $M = 46,6$ ,  $SD = 10,4$ ), die jüngste Person war 30, die älteste befragte Person 61 Jahre alt. Untersucht wurden 21 Frauen und 15 Männer (Geschlechterverhältnis 1,4:1), die sich hinsichtlich Alter,  $t(34) = .34$ ,  $p = .74$ , Gesamtberufserfahrung,  $t(34) = 1.50$ ,  $p = .14$ , Erfahrung im psychiatrischen Bereich,  $t(34) = 1.05$ ,  $p = .30$ , und Erfahrung im Bereich ambulanter psychiatrischer Pflege,  $t(34) = -1.43$ ,  $p = .56$ , nicht unterschieden.

Alle Versuchspersonen hatten mindestens die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger abgeschlossen, die Mehrheit auch die Fachweiterbildung Psychiatrie ( $n = 29$ , 81 %) absolviert. Etwas mehr als die Hälfte ( $n = 21$ , 58 %) hatte irgendeine Form von Weiterbildung zur Anleitung oder Führung von Personal, wenige eine zusätzliche akademische Qualifikation erworben oder waren dabei, diese zu erwerben ( $n = 6$ , 17 %), oder selbst als Dozenten tätig ( $n = 5$ , 14 %). Rund ein Drittel der Teilnehmer hatte neben einem Pflegeberuf einen anderen Beruf abseits des Gesundheitswesens erlernt ( $n = 13$ , 36 %).

#### 5.4.3.2 Deskriptive Beschreibung des Outcomes

Die Erhebungen fanden zwischen August und Oktober 2015 statt. Der Datensatz einer Person wurde aufgrund eines Übertragungsfehlers ausgeschlossen, sodass 35 Personen in der Stichprobe verblieben. Erfasst wurden die für das Sortieren benötigte Zeit, die Zeit für die Nachbesprechung und die gesamte Gesprächszeit des Interviews. Die Zeit für den Sortiervorgang unterschied sich zwischen den Geschlechtern nicht,  $t(33) = -.64$ ,  $p = .79$ , Frauen benötigten im Durchschnitt 26 Minuten und 17 Sekunden, Männer 27 Minuten und 7 Sekunden. Einschließlich der Nachbesprechung veranschlagten die Männer mit 37 Minuten und 56 Sekunden tendenziell,  $t(33) = -1,98$ ,  $p = .06$ , mehr Zeit als die Frauen mit 34 Minuten und 31 Sekunden. Die Gesamtgesprächszeit betrug 55–75 Minuten.

Beziehungsaufbau und Kongruenz wurden von allen Items durchweg am höchsten bewertet. Fast die Hälfte der Personen wählte Beziehungsaufbau ( $N = 17$ , 47 %) und Kongruenz ( $N = 15$ , 42 %) auf die höchsten Ränge, auch Empathie wurde tendenziell hoch gewertet ( $N = 11$ , 31 %). Danach zeigt sich ein Einschnitt dahingehend, dass die insgesamt viert- und fünftplatzierten Items nur von 3 bzw. 2 Personen die höchste Wertung erhielten.

**Tabelle 16: Übersicht über die fünf am häufigsten auf die +5-Position gewählten Items**

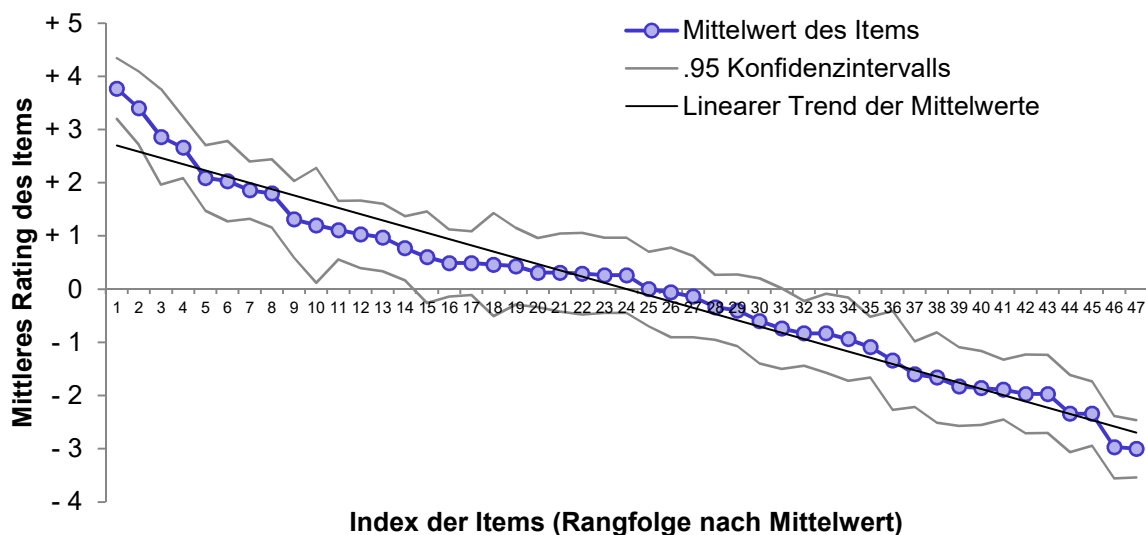
Variable	MW	SD	+5-Wertung
Beziehungsaufbau	3,77	1,66	17 (47 %)
Kongruenz	3,40	2,00	15 (42 %)
Empathie	2,86	2,61	11 (31 %)
Krisenintervention	2,66	1,68	3 (8 %)
Strukturieren der eigenen Arbeit	2,09	1,79	2 (6 %)

Die Zuweisung der niedrigsten Wertungen war weniger deutlich als bei den hohen Wertungen. Das Anwenden spezialtherapeutischer Techniken, etwa Ergo-, Kunst-, Musik- oder Tanztherapeutische Interventionen, belegte den insgesamt niedrigsten Rang, das Leiten offener Gruppen und moralische Beratung folgten.

**Tabelle 17: Übersicht über die fünf am häufigsten auf die -5-Position gewählten Items**

Variable	MW	SD	-5-Wertung
Seelsorge	-1,97	2,13	4 (11 %)
Diagnostik	-2,34	2,11	3 (8 %)
Moralische Beratung	-2,34	1,76	5 (14 %)
Offene Gruppen leiten	-2,97	1,71	7 (20 %)
Anwenden Spezialtherapeutischer Techniken	-3,00	1,57	8 (23 %)

Augenscheinlich zeigt die Verteilung der Mittelwerte in Bezug zum Rang, dass die unteren und besonders die oberen Ränge sich vom Trend her stärker von den übrigen Items abgrenzen.

**Diagramm 3: Verteilung der Mittelwerte und .95-Konfidenzintervall über die Ränge der Items**

### 5.4.3.3 Hauptkomponentenanalyse (PCA)

Die Hauptkomponentenanalyse wurde im Sinne der Q-Methodologie wie ab Seite 129 beschrieben durchgeführt. Zur Bestimmung der Dateneignung wurde das KMO-Kriterium mit 0,66 berechnet und die Teststatistik des Bartlett-Tests auf Sphärizität mit  $p < .001$ . Dies bedeutet, dass die Datenmatrix zur Durchführung einer PCA geeignet ist und die Korrelationen der Matrix als ausreichend (d. h.  $> 0,5$ ) angesehen werden können. Es wird daher folglich mit der Auswertung fortgefahren.

Die Parallelanalyse nach Horn (1965) wurde zur Abschätzung der Zahl der zu extrahierenden Komponenten genutzt. Der Abgleich gegen eine zum Datensatz passende Zufallsverteilung offenbarte **drei Komponenten** (also Kompetenzprofile) außerhalb des zu erwartenden Konfidenzintervalls von .95 bei Zufallsdaten (Diagramm 4). Der alternativ berechnete MAP-Test schlug sechs Komponenten vor. Da bei näherer Betrachtung aber die Komponenten der Parallelanalyse aussagekräftiger schienen, wurden diese verwendet.

Diagramm 4: Verteilungen der Eigenwerte in der Parallelanalyse nach Horn

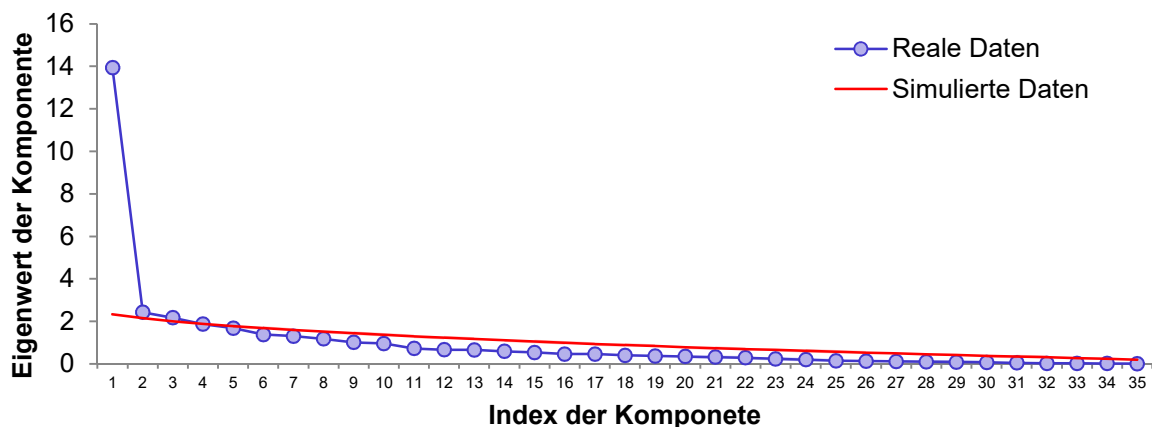


Tabelle 18 zeigt die aus der PCA resultierenden Kennwerte der Items. Die Z-Faktorwerte geben an, wie hoch ein Item auf eine Komponente lädt, der idealisierte Rang, den ein perfekt dem Kompetenzprofil entsprechendes Individuum legen würde, wird pro Komponente in den letzten drei Spalten benannt. Ebenfalls angegeben ist, ob und wenn ja welche Komponenten durch die Items abgegrenzt werden (Spalte „Diff“). Lautet die Angabe beispielsweise K1, weist dies darauf hin, dass das Item in dieser Komponente verglichen mit den anderen beiden Komponenten hervorsticht. Lautet die Angabe hier „Alle“, so unterscheiden sich alle Kompetenzprofile hinsichtlich des Items.

**Tabelle 18: Standardisierte Faktorladungen, Differenzierungen, Ideallänge**

Name	Z <sub>K1</sub>	Z <sub>K2</sub>	Z <sub>K3</sub>	Diff	Rang <sub>K1</sub>	Rang <sub>K2</sub>	Rang <sub>K3</sub>
Alltagshilfe	-0,20	1,89	-1,27	Alle	0	5	-3
Angemessenes Auftreten	1,03	0,58	-0,64	Alle	3	2	-1
Spezielle Kommunikationstechniken	0,88	-0,61	-1,01	K1	3	-2	-2
Spezialtherapeutische Techniken	-1,68	-1,96	-1,24	-	-5	-5	-3
Beziehungsaufbau	2,23	2,10	1,62	K3	5	5	5
Bedingungslose positive Zuwendung	0,82	0,95	0,34	K3	3	3	1
Behandlungsempfehlungen geben	-0,32	0,32	-0,81	Alle	-1	1	-2
Behandlungsnetze aufbauen	0,07	0,89	1,05	K1	1	3	3
Behandlungsplanung	0,82	0,26	1,03	K2	2	1	2
Case-Management	-0,11	-0,35	0,76	K3	0	-1	2
Diagnostik	-1,10	-1,87	0,17	Alle	-3	-4	0
Empathie	2,17	1,31	-0,04	Alle	4	3	0
Erkennen von Denkmustern	0,63	0,21	0,27	-	2	0	0
Fördern von Therapiemotivation	0,60	0,34	0,44	-	2	1	1
Freizeitaktivitäten anbieten	-1,37	0,35	-0,16	Alle	-4	1	-1
Führen von Familiengesprächen	0,09	0,68	0,77	K1	1	2	2
Gesundheitserziehung	-0,67	1,10	0,40	Alle	-2	3	1
Hintergrundwissen Gesundheits- und Sozialsystem	0,08	0,04	0,24	-	1	0	0
Hintergrundwissen Medizin	-0,50	-0,88	-1,06	-	-1	-2	-3
Hintergrundwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	0,40	-0,21	0,02	-	1	-1	0
Individualisierte Schulung von Angehörigen	-0,54	0,00	0,36	K1	-1	0	1
Informationsvermittlung	0,07	0,84	1,16	K1	0	2	3
Kongruenz	2,39	1,45	1,22	K1	5	4	3
Krisenintervention	1,20	1,38	1,52	-	4	4	4
Lebenspraktische Beratung	-0,16	-0,09	0,79	K3	0	-1	2
Medikamentenmanagement	-1,15	-0,89	-0,52	-	-3	-3	-1
Medikamentöse Intervention	-0,90	-2,12	-0,24	Alle	-2	-5	-1
Monitoring von Veränderungen	-0,58	-0,21	-1,07	K3	-2	-1	-3
Moralische Beratung	-0,74	-1,47	-1,63	K1	-2	-4	-4
Offene Gruppen leiten	-1,45	-1,54	-1,60	-	-5	-4	-4
Persönliche Reife und Selbstreflexionsfähigkeit	1,55	-0,05	1,38	K2	4	0	4
Problemlösungsfertigkeit fördern	0,75	1,43	0,91	K2	2	4	2
Psychoedukative Gruppen anleiten	-1,28	-1,01	-1,02	-	-4	-3	-2
Psychotherapie im Einzelsetting	-0,13	-0,83	-0,35	K2	0	-2	-1
Rückfallprophylaxe	-0,02	-0,05	0,58	K3	0	0	1
Seelsorge	-1,27	-0,50	-1,71	K2	-3	-1	-5
Selbstständiges Anwenden von Behandlungskonzepten	1,10	-0,27	-0,86	Alle	3	-1	-2
Selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit	0,81	0,65	1,40	K3	2	2	4
Selbstwirksamkeitserwartung	-0,33	0,82	0,31	Alle	-1	2	0
Spezielle therapeutische Techniken	0,53	-0,97	-0,99	K1	1	-3	-2
Strukturierte Informationserhebung mit Patientenbeteiligung	-1,21	-0,62	0,37	Alle	-3	-2	1
Strukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung	-0,72	-0,78	-1,51	K3	-2	-2	-4
Strukturierte Therapieverfahren anwenden	-0,25	-1,19	-0,54	K2	0	-3	-1
Symptommonitoring	-0,35	0,30	0,18	K1	-1	1	0
Unstrukturierte Informationserhebung	-1,33	0,07	-1,73	K2	-4	0	-5
Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern	-0,38	-0,01	1,18	K3	-1	0	3
Zielplanung	0,56	0,53	1,55	K3	1	1	5

Durch die Komponenten werden insgesamt 52,97 % der in der Stichprobe enthaltenen Varianz aufgeklärt. Varianzaufklärung ist ein Maß dafür, inwieweit ein mathematisches Modell die Streuung (Varianz) eines speziellen Datensatzes erklären kann. Diese Zahl kann als Schätzer dafür verwendet werden, wie viel individuelle Information durch die Zusammenfassung zu Komponenten, also Kompetenzprofilen im Sinne der Arbeit, erhalten bleibt. Die übrigen 47,03 % sind als individuelle Abweichungen, nicht ausreichend von anderen abgrenzbare Kompetenzprofile oder missverstandenen Instruktionen und zufälligen Anordnungen von Probanden interpretierbar.

Anschließend wurde geprüft, ob Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Alter und Berufserfahrung bestehen. Kompetenzprofil 2 wird demnach von signifikant jüngeren Probanden vertreten ( $F(31) = 3,394$ ,  $p = .03$ , sig.). Diese waren im Schnitt 39,70 Jahre alt gegenüber 48,93 bzw. 48,43 in den anderen Gruppen. Keine Auffälligkeiten ergaben sich hinsichtlich des Geschlechts.

Es ergibt sich jedoch ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Einrichtungen, an denen die Probanden befragt wurden. Während Kompetenzprofil 1 in den Einrichtungen annähernd gleich verteilt, ist Kompetenzprofil zwei in C und D überrepräsentiert. Das Kompetenzprofil 2 findet sich nur an zwei Einrichtungen.

**Tabelle 19: Verteilung der Kompetenzprofile über die Einrichtungen**

Kompetenzprofil	Einrichtung				
	A	B	C	D	Andere
K1	1	4	4	2	3
K2	0	0	5	4	1
K3	6	1	0	0	0

#### 5.4.3.4 Interpretation der Kompetenzprofile

Es ist der Freiheit der Q-Methodologie geschuldet, dass es keine kodifizierten Regeln gibt, nach denen die Items zur Interpretation der Komponenten herangezogen werden sollen. So schlagen Van Exel und de Graaf (2005) vor, eine Faktorladung über +1 oder unter -1 als charakteristisch zu begreifen, Watts und Stenner (2012, S. 153) empfehlen, Items mit einem Idealrang von +5, +4, -4 und -5 als leitende Items aufzunehmen, und Hensel (2014), dessen Arbeit die Pflege betrifft, referiert indirekt auf signifikant landende Faktoren.

Von einer alleinigen Interpretation der Extrempole wird abgesehen, da sich bereits in der deskriptiven Auswertung gezeigt hat, dass diese in den Gruppen nur wenig kontrovers diskutiert wurden; die Probanden sind sich hier relativ einig. Wichtig werden daher auch Kompetenzen im Mittelfeld des idealen Q-Sorts, solange sie dies in anderen Gruppen nicht tun. Wie bereits Watts und Stenner (2012, S. 155) beschrieben, sind Relationen zwischen Gruppen von entscheidender Bedeutung, d. h., es ist weniger bedeutend, wie hoch ein Item platziert, sondern wie es in einer Gruppe im Vergleich zu anderen Gruppen eingeordnet wurde. Auch scheinbare Widersprüche zwischen Itemanordnungen sollten nicht unberücksichtigt bleiben (Watts und Stenner (2012, S. 155). Zur besseren Übersicht wird zur Darstellung immer auch eine leicht modifizierte Version des von Watts und Stenner (2012, S. 153f) beschriebenen „Crib-Sheets“, d. h. die zwei am höchsten, die zwei am niedrigsten bewerteten und diejenigen Items, die im Kompetenzprofil höher bzw. niedriger als in anderen Kompetenzprofilen bewertet wurden, angegeben. Ergänzend zur Version der Autoren erfolgt zusätzlich die Angabe der Rangdifferenz (Ränge des Items im Kompetenzprofil über bzw. unter der nächsthöheren respektive -niedrigeren Nennung in einer anderen Gruppe).

Die drei Kompetenzprofile werden im Folgenden beschrieben, wobei auch Informationen aus den Aussagen der Probanden einbezogen werden. Der Lesbarkeit halber sind die Probanden mit Namen versehen, die jedoch nicht ihren realen Namen entsprechen.

### Kompetenzprofil 1: Therapeutisches Coaching

14 Probanden sind signifikant mit dieser Komponente assoziiert, die 20,95 % der Varianz erklärt. Wie bei den mit anderen Komponenten assoziierten Probanden auch arbeiten sie überwiegend im ambulanten psychiatrischen Pflegedienst und sind altersmäßig (48,93 Jahre) eher mit den mit Komponente 3 assoziierten Probanden vergleichbar. Sie sind zwar an allen vier untersuchten Zentren zu finden, schwerpunktmäßig aber bei einem Träger im infrastrukturell besser gestellten Norden des Erhebungsgebiets. Die Hälfte der dieser Gruppe zugeordneten Probanden wies berufliche Qualifikationen abseits der psychiatrischen Pflege auf (Einzelhandelskaufmann, Elektriker, u. Ä.), Männer und Frauen hielten sich in der Waage.

**Tabelle 20: Besondere Items für Kompetenzprofil 1**

<b>Items mit Rating +5</b>		
Kongruenz		
Beziehungsaufbau		
<b>Items mit höherem Rang in Komponente 1 als in allen anderen</b>	<b>Rang</b>	<b>Rangdifferenz</b>
Selbstständiges Anwenden von Behandlungskonzepten	+ 3	+ 3
Spezielle Kommunikationstechniken	+ 3	+ 3
Empathie	+ 4	+ 2
Angemessenes Auftreten	+ 3	+ 2
Spezielle therapeutische Techniken	+ 1	+ 2
Kongruenz	+ 5	+ 1
Erkennen von Denkmustern	+ 2	+ 1
Fördern von Therapiemotivation	+ 2	+ 1
Hintergrundwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	+ 1	+ 1
Psychotherapie im Einzelsetting	± 0	+ 1
Strukturierte Therapieverfahren anwenden	± 0	+ 1
Hintergrundwissen Medizin	- 1	+ 1
Moralische Beratung	- 2	+ 1
<b>Items mit niedrigerem Rang in Komponente 1 als in allen anderen</b>	<b>Rang</b>	<b>Rangdifferenz</b>
Problemlösungsfertigkeit fördern	+ 2	- 1
Behandlungsnetze aufbauen	+ 1	- 1
Führen von Familiengesprächen	+ 1	- 1
Selbstwirksamkeitserwartung	- 1	- 1
Symptommonitoring	- 1	- 1
Individualisierte Schulung von Angehörigen	- 1	- 1
Medikamentenmanagement	- 3	- 1
Informationsvermittlung	± 0	- 2
Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern	- 1	- 2
Strukturierte Informationserhebung mit Patientenbeteiligung	- 3	- 2
Gesundheitserziehung	- 2	- 3
Freizeitaktivitäten anbieten	- 4	- 3
<b>Items mit Rating -5</b>		
Spezialtherapeutische Techniken		
Offene Gruppen leiten		



Wie in den anderen Kompetenzprofilen auch werden Beziehungsaufbau (+5) und Kongruenz (+5) sehr hoch gewertet und können als Leitbilder des Berufs interpretiert werden. Probanden schätzten aber auch die Empathie (+4) als Kompetenz noch wesentlich mehr, sodass der Eindruck entsteht, dass dieser Gruppe das Verstehen einer Beziehung und eines Problems sehr wichtig ist. Beziehung wird dabei auch als Türöffner für weitere Interventionen („Beziehung und positive Wertschätzung sind meine Türöffner“, Neele) sowie Grundlage für die Behandlung, aber nicht alleiniger Inhalt der Behandlung verstanden („Ohne Beziehung kann ich keine Behandlung machen“, Horst).

Abweichend von den anderen beiden Kompetenzprofilen ist jedoch die hohe Präferenz für Kompetenzen, die mit strukturierter, eher regelgeleiteter und vorgegebener therapeutischer Intervention einhergehen, wie selbstständiges Anwenden von Behandlungskonzepten (+3, drei Ränge Differenz), Anwenden spezieller Kommunikationstechniken (+3, ebenfalls drei Ränge Differenz) und spezielle therapeutische Techniken (+1, zwei Ränge Differenz). Dazu passt auch, dass der Terminus „Patient“ bei Personen mit diesem Kompetenzprofil eher verwendet wird als das Wort „Klient“. Den Probanden scheint es darum zu gehen, diese Beziehung für eine therapeutisch induzierte Veränderung zu nutzen, anstatt lediglich als Begleiter des Patienten aufzutreten. Therapeutische Techniken sind notwendig, um die Behandlung zu gewährleisten.

Für diese Itemkombination wird die Benennung „Therapeutisches Coaching“ als passend gesehen. Coaching bedeutet in diesem Fall strukturiertes gemeinsames Erarbeiten von Lösungen für akute und länger andauernde Probleme, ohne diese Lösung vorzugeben. Der Begriff des klassischen Coachings würde jedoch zu kurz greifen, da implizit von einem geringeren Leidensdruck ausgegangen wird, als es bei der Klientel im psychiatrischen Setting der Fall ist. Aus diesem Grund scheint es angemessen, die Ergänzung „therapeutisch“ vorzunehmen, da der Auftrag klar über den Umfang eines regulären Coachings hinausgeht. Zugleich kann aber auch nicht von Psychotherapie gesprochen werden, da das entsprechende Item nur im Mittelfeld eingeordnet wurde, das Pflegesetting und die begrenzten Ressourcen eine strukturierte Psychotherapie nicht zulassen und die Pflegenden sich teils von klassischer Psychotherapie abgrenzen.

Die niedrige Präferenz für offene Gruppen scheint zunächst nicht zu diesem Kompetenzprofil zu passen. Zwei Hypothesen sind geeignet, die Diskrepanz zu erklären: Entweder die Leistung ist nicht im Katalog des Diensts und daher per Definition unwichtig (entsprechende Hinweise ergaben sich aus der Befragung) oder die Sicht der Pflegenden ist sehr individuumszentriert.

Bei der Betrachtung des idealen Q-Sorts ergeben sich auch Hinweise darauf, wie diese Intervention idealiter aussehen sollte. Die reine Informationsvermittlung ( $\pm 0$ , zwei Ränge niedriger als die zweitniedrigste Wertung) oder Gesundheitserziehung ( $-2$ , drei Ränge Differenz)

werden als nicht so zielführend gesehen wie in anderen Gruppen. Auch Aussagen von Probanden stützen diesen Eindruck: Ursula merkte an, dass sie auf Alltagshilfe verzichte und maximal Struktur bereitstelle.

Die Mehrheit der Aussagen mit Bezug zu psychotherapeutischem Wissen und Techniken wurde in dieser Gruppe getroffen. Konkreter erklärten die Probanden, psychotherapeutische Kompetenzen zu vermissen („Psychotherapeutische Kompetenz sollte stärker in Aus- und Weiterbildung einfließen“, Max), wenngleich sich Aussagen von Probanden fanden, die Psychotherapie intuitiv durchführten („Ich mache auch Psychotherapie, die Kompetenzen habe ich aber nicht per Ausbildung erworben, da wende ich Lebenserfahrung an“, Alrik). Im scheinbaren Widerspruch dazu steht, dass Psychotherapie im Einzelsetting „nur“ auf dem mittleren Rang ( $\pm 0$ ) rangierte; es liegt damit jedoch immer noch ein bzw. zwei Ränge über dem Wert in den anderen Kompetenzprofilen. Auflösbar ist der scheinbare Widerspruch anhand Aussagen zum Charakter der Psychotherapie: Karl äußerte folgenden Wunsch: „Die Psychotherapie sollte man ausbauen, aber eher alltagsorientiert, dann aber auch mit [rechtlicher] Legitimation.“

Zusammenfassend ergibt sich also ein Kompetenzprofil, das den Glauben an erfolgreiche strukturierte Interventionen beinhaltet, die jedoch erst möglich werden, wenn die Beziehung besteht.

### Kompetenzprofil 2: Begleitende Alltagshilfe

Die zehn dieser Komponente zugehörigen Personen stellen mit 39,70 Jahren die vergleichsweise jüngste Gruppe dar. Auch sie sind überwiegend im ambulanten psychiatrischen Pflegedienst tätig. Die Gruppe ist nur in zwei der vier großen Zentren zu finden, in denen die Befragung stattfand, beiden liegen in bzw. in der Nähe einer Stadt mit rund 100 000 Einwohnern. Durch das Kompetenzprofil werden 18,22 % der Varianz aufgeklärt.

**Tabelle 21: Besondere Items für Kompetenzprofil 2**

<b>Items mit Rating +5</b>		
Beziehungsaufbau		
Alltagshilfe		
<b>Items mit höherem Rang in Komponente 2 als in allen anderen</b>	<b>Rang</b>	<b>Rangdifferenz</b>
Alltagshilfe	+ 5	+ 4
Unstrukturierte Informationserhebung	$\pm 0$	+ 3
Gesundheitserziehung	+ 3	+ 2
Selbstwirksamkeitserwartung	+ 2	+ 2
Freizeitaktivitäten anbieten	+ 1	+ 2
Behandlungsempfehlungen geben	+ 1	+ 2
Seelsorge	- 1	+ 2
Problemlösungsfertigkeit fördern	+ 4	+ 1
Bedingungslose positive Zuwendung	+ 3	+ 1
Symptommonitoring	+ 1	+ 1
Monitoring von Veränderungen	- 1	+ 1
Strukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung	- 2	+ 1

<b>Items mit niedrigerem Rang in Komponente 2 als in allen anderen</b>	<b>Rang</b>	<b>Rangdifferenz</b>
Selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit	+ 2	- 1
Behandlungsplanung	+ 1	- 1
Zielplanung	+ 1	- 1
Erkennen von Denkmustern	± 0	- 1
Psychotherapie im Einzelsetting	- 2	- 1
Spezialtherapeutische Techniken	- 5	- 1
Strukturierte Therapieverfahren anwenden	- 3	- 2
Spezielle Therapeutische Techniken	- 3	- 2
Diagnostik	- 4	- 2
Medikamentöse Intervention	- 5	- 2
Persönliche Reife und Selbstreflexionsfähigkeit	± 0	- 3

#### **Items mit Rating -5**

Spezialtherapeutische Techniken  
Medikamentöse Intervention

Das auffälligste im Kompetenzprofil ist die sehr hohe Verortung der Alltagshilfe (+5, vier Ränge über dem nächsthöchsten Wert in einem Kompetenzprofil) neben dem Beziehungsaufbau (+5). Ebenfalls relativ hoch gewertet werden in dieser Gruppe Gesundheitserziehung (+3, zwei Ränge Differenz), das Anbieten von Freizeitaktivitäten (+1, zwei Ränge Differenz) und Seelsorge (-1, zwei Ränge Differenz). Insgesamt entsteht somit das Bild einer ausgeprägt am Alltag und den Lebensbedingungen der Patienten interessierten Gruppe, die eher am aktuellen Befinden und der Unterstützung interessiert ist als die Gruppe 1. Dafür spricht auch, dass Seelsorge (-1) zwei Ränge über dem Wert in anderen Gruppen liegt. Es erfolgt eine Anleitung im Alltag, auch mit direkter Hilfe dort, um Patienten zu fördern und zu stützen. Auch scheint die Gruppe weniger Wert auf strukturierte objektive Informationen zu legen. Von den drei Kompetenzen der Informationserhebung liegt dieser Typ in der Gruppe am höchsten, konkret zwei Ränge über der nächsthöheren in der Mitte (Rang 0), wodurch sie drei Ränge höher eingestuft wird als in den anderen beiden Kompetenzprofilen.

Im Einklang mit dieser Itemverteilung wird die pflegerisch-therapeutische Beziehung von den Probanden in freier Wiedergabe nicht in Verbindung mit einer Intervention, sondern eher als „universell“ wichtig beschrieben, als „Grundlage der gesamten Arbeit und Basis aller anderen Kompetenzen“ (Stephanie). Dies ist kongruent mit dem Literaturbefund, dass in einigen Arbeiten die Beziehung als Ziel des pflegerischen Handelns, weniger als dessen Werkzeug beschrieben wurde (siehe S. 102).

Dazu passend werden medikamentöse Interventionen (-5, drei Ränge unter dem zweitniedrigsten Rating), Diagnostik (-4, zwei Ränge niedriger), spezielle therapeutische Techniken und strukturierte Therapieverfahren (beide -3 und zwei Ränge niedriger) deutlich geringer als in anderen Gruppen eingeordnet. So entsteht ein zum ersten Kompetenzprofil fast gegensätzlicher Eindruck. Strukturierte Interventionen und Prozesse gelten als wenig hilfreich für die tägliche Arbeit; als nicht zielführend. Ziel ist eher das Begleiten des Patienten in seinem Alltag, die Beziehung dient seiner Unterstützung, aber eine direkte, über Beratung hin-

ausgehende Intervention wird von den Pflegenden als nicht wichtig angesehen. Medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen werden, betrachtet man die Aussagen der Probanden, eher delegiert („Psychotherapie im Einzelsetting [...] Da vermittele ich prinzipiell weiter“, Nadja).

Aussagen wie „Alltagshilfe und lebenspraktische Beratung müssen sein, um überhaupt zu Hause helfen zu können“ (Petra) und „die kleinen Dinge sind von größter Bedeutung für den Alltag“ (Joachim) zeichnen das Bild einer Profession, die konkrete Verbesserungen im Alltag herbeizuführen bezweckt. Mit diesem Ziel verbunden ist auch das Empowerment der Patienten, wie es Manuel zum Ausdruck bringt: „Der Patient soll fähig sein, in gewohntem Umfeld außerhalb der Station zu leben.“

Zusammenfassend vereinigt das Kompetenzprofil Probanden, die konkrete praktische Alltagshilfe eher als Aufgabe von Pflegenden sehen als strukturierte und vorgegebene Informationen.

### Kompetenzprofil 3: Fallsteuern und vernetzen

Die letzte extrahierte Komponente wird von sieben Personen gebildet, von denen sechs in einer Einrichtung arbeiteten, die für die psychiatrische Versorgung im sehr ländlich geprägten Raum einen Dreh- und Angelpunkt darstellt. Mit 48,43 Jahren sind die der zugeordneten Probanden ebenso alt wie die des Kompetenzprofils 1, vier von ihnen arbeiteten im ambulanten psychiatrischen Pflegedienst, der Rest in der integrierten Versorgung.

**Tabelle 22: Besondere Items für Kompetenzprofil 3**

<b>Items mit Rating +5</b>		
Beziehungsaufbau		
Zielplanung		
<b>Items mit höherem Rang in Komponente 3 als in allen anderen</b>	<b>Rang</b>	<b>Rangdifferenz</b>
Zielplanung	+ 5	+ 3
Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern	+ 3	+ 2
Lebenspraktische Beratung	+ 2	+ 2
Case-Management	+ 2	+ 2
Strukturierte Informationserhebung mit Patientenbeteiligung	+ 1	+ 2
Diagnostik	± 0	+ 2
Medikamentöse Intervention	- 1	+ 2
Selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit	+ 4	+ 1
Persönliche Reife und Selbstreflexionsfähigkeit	+ 4	+ 1
Behandlungsnetze aufbauen	+ 3	+ 1
Informationsvermittlung	+ 3	+ 1
Rückfallprophylaxe	+ 1	+ 1
Individualisierte Schulung von Angehörigen	+ 1	+ 1
Medikamentenmanagement	- 1	+ 1
Spezialtherapeutische Techniken	- 3	+ 1
<b>Items mit niedrigerem Rang in Komponente 3 als in allen anderen</b>	<b>Rang</b>	<b>Rangdifferenz</b>
Kongruenz	+ 3	- 1
Bedingungslose positive Zuwendung	+ 1	- 1
Behandlungsempfehlungen geben	- 2	- 1
Hintergrundwissen Medizin	- 3	- 1

Monitoring von Veränderungen	- 3	- 1
Strukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung	- 4	- 1
Moralische Beratung	- 4	- 1
Empathie	± 0	- 2
Angemessenes Auftreten	- 1	- 2
Spezielle Kommunikationstechniken	- 2	- 2
Selbstständiges Anwenden von Behandlungskonzepten	- 2	- 2
Seelsorge	- 5	- 2
Unstrukturierte Informationserhebung	- 5	- 2
Alltagshilfe	- 3	- 4

#### Items mit Rating -5

Seelsorge  
Unstrukturierte Informationserhebung

Wie auch in den anderen beiden Gruppen rangiert Beziehungsaufbau auf dem ersten Platz (+5), der Rankingpartner in dieser Gruppe ist aber Zielplanung (+5, drei Ränge höher). Selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit (+4) wird als sehr wichtig angesehen, ebenso die persönliche Reife und Selbstreflexionsfähigkeit (+4). Deutlich im Vordergrund steht hier auch die Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern (+3, zwei Ränge höher), passend dazu lebenspraktische Beratung und Case-Management (beide +2 und zwei Ränge höher als in anderen Gruppen). Der strukturierten Informationserhebung mit Patientenbeteiligung (+1, zwei Ränge Differenz) kommt in diesem Zusammenhang eine im Vergleich zu anderen Gruppen größere Bedeutung zu, da auf diesen Informationen letztendlich die Ziele einer Behandlung basieren.

Zwei Gruppen von Kompetenzen sind also markant: erstens solche, die für ein starkes Einbeziehen von Mitbehandlern und anderen Instanzen stehen, zweitens solche, die einen hohen Grad an Struktur und Verantwortungsübernahme für die Fallsteuerung implizieren. Es handelt sich also um eine sehr strukturierte Gruppe, die diese Struktur vor allem dazu nutzt, einen Fall möglichst im System zu vernetzen und in diesem Zuge optimal zu steuern. Dabei liefern die Kommentare der Probanden einen Hinweis darauf, dass sie sich sehr viel Verantwortung zuschreiben („[...] und dann baue ich ein Netz auf. Wenn das vorhanden ist, muss ich mich darum kümmern“, Arno) und sich wenig auf Teamstrukturen verlassen („Das ist keine Teamsituation, das ist Einzelkämpfertum“, Simon).

Bei weiterer Betrachtung der Kommentare der Probanden fiel eine starke Verknüpfung verschiedener Kompetenzen auf. So erklärte beispielsweise Arno: „Freizeitaktivitäten und dergleichen müssen mit den Ressourcen des Patienten abgestimmt sein, darum können solche Dinge erst nach einer Zielplanung erfolgen.“

Auf der anderen Seite steht eine sehr geringe Gewichtung von Alltagshilfe (-3, vier Ränge unter dem nächstniedrigen Rating) und Seelsorge (-5, zwei Ränge Differenz) und auch speziellen Kommunikationstechniken (-2, zwei Ränge Differenz). Das Bild der deutlich geringer präferierten Kompetenzen weist darauf hin, dass die Pflegenden bereit sind, Aufgaben zu

delegieren und sich weniger die Verantwortung für den Patienten als für den Fall zuschreiben. Anderen Instanzen in der Behandlung wird aber das Vertrauen entgegengebracht, die „ausgelagerten“ Kompetenzen zu übernehmen („Ich denke, da [für Seelsorge] gibt es andere Spezialisten“, Arno).

Auffällig auf den zweiten Blick ist auch, dass Kongruenz (+3), bedingungslose positive Zuwendung (+1) und Empathie ( $\pm 0$ ) in dieser Gruppe geringer gewichtet werden als in anderen Gruppen (die ersten beiden um einen, Empathie sogar um zwei Ränge). Dies bedeutet nicht, dass die Kompetenzen als wenig bedeutsam gelten – sie wurden immer noch im oberen Mittelfeld positioniert –, sondern eher, dass sie von anderen, höher priorisierten Kompetenzen verdrängt werden. Dies unterstreicht die ausgeprägte Zielorientierung dieser Gruppe, die sogar eventuell noch über den individuellen Patientenbedürfnissen steht.

Zusammengefasst entsteht ein Kompetenzprofil, in dem die Aufgabe der Pflege eher darin besteht, die Behandlung zum Wohl des Patienten zu organisieren. Die Herausforderung besteht darin, als Schnittstelle zu fungieren und demnach eine hohe Verantwortung für die Gesamtbehandlung zu übernehmen. Zugleich erfolgt aber auch eine Delegation von Kompetenzen, die in anderen Kompetenzprofilen eher noch als Teil des Kompetenzspektrums der Pflegenden gelten.

#### **5.4.4 Diskussion**

##### **5.4.4.1 Erkenntnisgewinn**

Die Q-Methodologie konnte erfolgreich auf die Fragestellung der Arbeit angewandt werden. Unter Zuhilfenahme objektiv-mathematischer Entscheidungskriterien gelangen die Extraktion von Komponenten aus insgesamt 35 Q-Sorts und deren anschließende Interpretation als Kompetenzprofile unter Zuhilfenahme von Itemkonstellationen und Probandenaussagen.

Die Kompetenzprofile klären über 50 % der Varianz auf, was als gutes Maß bezeichnet werden kann. Dies spricht dafür, dass die drei Faktoren den Großteil der Information aus dem Datensatz wiedergeben können. Versuche, mehr als diese Kompetenzprofile herzuleiten, resultierten in teils nur schwammig interpretierbaren Gruppen. Die von Brown (1980) ins Spiel gebrachte „magische Nummer 7“ als Zahl für Gruppen hätte überhaupt nur 8 Items zur Differenzierung zwischen Gruppen aufgewiesen, sodass eine deutliche Herausarbeitung der Faktoren wie hier geschehen nicht möglich gewesen wäre. Für die behandelte Fragestellung (bei Fehlen vorheriger theoretischer Annahmen über Zusammenhänge) stellte sich daher die Wahl des mathematischen Kriteriums, konkreter des Paralleltests nach Horn, als insgesamt gute Wahl und anderen Methoden überlegen dar.

Auffällig ist, dass die größten Abweichungen zwischen den Gruppen nicht in den Extremen liegen, sondern im Bereich zwischen dem Mittelwert und den Extrempolen. Dies passt zum Eindruck, dass die am höchsten und zu einem gewissen Grad auch die am niedrigsten ge-

werteten Kompetenzen bei den Befragten unstrittig sind. Folglich scheint es für künftige Untersuchungen nicht erforderlich, diese „Superkompetenzen“ zu erfassen, da sie eventuell noch eine Basisqualifikation darstellen. Wahrnehmungstypen und Kompetenzprofile entstehen also vor allem durch die „in zweiter und dritter Reihe“ verorteten Kompetenzen.

Als am deutlichsten unterscheidendes Item zeigte sich die Alltagshilfe, die von +5 über 0 bis -3 gewertet wurde und somit 8 Rangplätze überspannte. Erst mit einigem Abstand folgten spezielle Kommunikationstechniken, Freizeitaktivitäten, Gesundheitserziehung, Anwenden von Behandlungskonzepten und unstrukturierte Informationserhebung als Items mit der größten Spannweite (jeweils 5 Ränge). Der Alltagshilfe kommt demnach eine erhebliche Rolle dahingehend zu, wie pflegerische Tätigkeit verstanden wird.

Die Kompetenzprofile gehen über die bloße Gewichtung von Kompetenzen hinaus, insbesondere durch Einbeziehung der Kommentare der Versuchspersonen, und beinhalten somit auch Annahmen über Aufgaben und Rollen der Pflege – eine Vermischung, die bereits in der Literaturrecherche aufgefallen war.

Drei Kompetenzprofile entstehen:

1. **therapeutisches Coaching**, bei dem versucht wird, strukturiert und mit dezidierten therapeutischen Techniken eine Veränderung beim Patienten zu erreichen,
2. **begleitende Alltagshilfe**, bei der konkrete Maßnahmen der Alltagsunterstützung und Beratung angeboten werden; auch dem *Being-there* kommt ein hoher Stellenwert zu; ferner wird intuitive Informationserhebung vor strukturierte gestellt,
3. **Fallsteuern und vernetzen**, wobei Pflegende versuchen, den Probanden möglichst gut in ein Helfernetz einzubinden und somit den Fall optimal zu gestalten.

Diesen Kompetenzprofilen können bestimmte Personen mehr oder weniger deutlich zugeordnet werden. Dabei ist anzunehmen, dass auch die realen Handlungen der Pflegenden durch das Kompetenzprofil mitbestimmt werden.

Auch wenn die Q-Methodologie und die mögliche „signifikante Zuordnung“ von Personen zu Komponenten durchaus suggeriert, dass es zulässig ist, Personen genau einer Gruppe zuzuschreiben, scheint für die Beschreibung ambulanter Pflegenden ein anderes Rational angebrachter.

Im Kern beschreibt die PCA, dass jeder Proband anteilig jeder Gruppe zuordenbar ist – das „Gewicht“ ändert sich jedoch. Alrik zum Beispiel weist die Faktorladungen 0,75 für therapeutisches Coaching, für begleitende Alltagshilfe 0,23 und für Fallsteuern und Vernetzen zuletzt 0,22 auf (die Ladungen sind immer relativ zueinander zu interpretieren und müssen nicht in Summe 1 ergeben). Diese Zahlen spiegeln etwa den Anteil wider, mit dem er einer Gruppe zuzurechnen ist. Im konkreten Fall hat der persönliche Stil Alriks also Anteile aus allen drei Kompetenzprofilen, schwerpunktmäßig jedoch therapeutisches Coaching.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass vier Probanden keinem Handlungsstil zugeordnet werden konnten und bei einigen die statistische Zuordnung nur sehr knapp möglich war. Konkret ergibt sich bei ihnen eine nahezu vollständige Ausgeglichenheit der Handlungsstile bzw. eine Indifferenz zwischen zwei der drei Kompetenzprofile. Es wäre möglich, dies als Hinweis auf weitere Profile zu sehen, allerdings ist ihre Fallzahl zu klein für verlässliche Aussagen.

An diesem Punkt sei bereits eine Erkenntnis aus der folgenden qualitativ orientierten Inhaltsanalyse vorweggenommen: Nicht wenige Probanden beschrieben, dass die Aufgabe ihnen schwerfiel, weil sie pro Patient ein eigenes Kompetenzset hätten; sie schätzten ihre Q-Sorts also nicht als stabil ein. Es gibt bei augenscheinlicher Betrachtung Hinweise auf einen Zusammenhang mit der Höhe der Ladung auf einem Kompetenzprofil. Bei solchen Probanden, die ihren Q-Sort als über die Zeit oder die aktuellen Patienten instabil einschätzten, lag die höchste Faktorladung im Schnitt nur um 0,14 über der nächsthöheren (die Zugehörigkeit ist also nicht sehr prägnant). Bei solchen, die keine entsprechenden Aussagen zu Protokoll gaben, rangierte sie höher, nämlich bei 0,31.

In allen drei gut abgrenzbaren Kompetenzprofilen ist der Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit +5 gewertet, also die wichtigste Kompetenz. In jedem Bild hat diese Kompetenz aber einen „Nachbarn“, der bereits den Fokus mitbestimmt. Bei den Therapeuten ist dies Kongruenz als Basis einer therapeutischen Beziehung, bei den Alltagshelfern passenderweise die Alltagshilfe und bei den strukturiert angelegten Fallsteuerern die Zielplanung.

Die Rolle der Beziehung wurde – übereinstimmend mit den Aussagen der Probanden – im Q-Sort als sehr wichtig hervorgehoben. Es gibt Hinweise darauf, dass der Zweck der Beziehung zwischen den Kompetenzprofilen durchaus variabel gesehen wird. So konnotiert das Bild vom therapeutischen Coach die Beziehung als Grundlage für Interventionen und bei der Fallsteuerung ist die Beziehung als Arbeitsbeziehung interpretierbar. Die begleitende Alltagshilfe hingegen scheint keine bestimmte Konnotation der Beziehung aufzuweisen.

Auffällig ist, dass jüngere Probanden oft (d. h. mit statistischer Signifikanz) dem Kompetenzprofil Alltagshilfe zugeordnet werden konnten. Der Unterschied im Alter von diesem Profil zu den anderen betrug etwa zehn Jahre. Bei den anderen beiden Kompetenzprofilen fanden sich solche Muster nicht. Wird von jüngeren Probanden gesprochen, sind allerdings keine Berufsanfänger gemeint – auch jene dem Kompetenzprofil zugerechneten Probanden waren im Durchschnitt fast 17 Jahre im pflegerischen Bereich tätig. Auch ihre Zeit in den ambulanten Diensten war mit anderen Probanden vergleichbar. Es bleibt offen, warum die jüngeren Probanden dieses Kompetenzprofil präferierten.

Angesichts der geringen Fallzahlen kann es sich um einen zufälligen Effekt, alternativ um einen Effekt der Einrichtung, konkreter deren Personalpolitik bei der Besetzung des Diensts handeln. Wäre dies der Fall, käme der Einrichtung eine bedeutsame Rolle bei der Erklärung der Kompetenzprofile zu.



Eine weitere Alternative würde auf der Beobachtung beruhen, dass die Probanden mit starker Präferenz für Alltagsbegleitung auch kürzere Zeit im ambulanten Sektor arbeiteten. Fehlende praktische Erfahrung würde demnach zu einer Vermeidung jener Kompetenzen führen, die ein höheres Maß an Verantwortung und Fachwissen voraussetzen. Gegen diese Annahme spricht statistisch, dass die Zeit im ambulanten Bereich zwar kürzer ist, jedoch nicht statistisch bedeutsam geringer. Dies liegt auch in der geringen Fallzahl, sodass ein Zufallsbefund nicht ausgeschlossen ist.

Zuletzt scheint die Möglichkeit plausibel, dass diese Probanden in ihrer Ausbildung einen anderen Fokus erlebten, nämlich einen stärkeren Bezug zur Alltagshilfe. In diesem Fall würde der Effekt ein Kohorteneffekt sein.

Insgesamt ist die Einrichtung bei näherer Betrachtung als ursächlich zu verstehen. Zu jedem Kompetenzprofil – mit Ausnahme des therapeutischen Coachings – ließen sich klare Schwerpunkte bei den untersuchten Einrichtungen finden. Eine daraus resultierende Folgefrage für künftige Arbeiten könnte daher lauten, welche Faktoren der Einrichtung das Kompetenzprofil beeinflussen.

Der Schwerpunkt für die Alltagshilfe lag eindeutig in Zentren mit einer größeren Stadt in der Nähe. Es kann gemutmaßt werden, dass unter solchen Bedingungen eine einfachere Vernetzung der Patienten mit weiterbehandelnden Diensten möglich ist und folglich das Pflegeteam an diesem Punkt weniger initiativ werden muss (selbstverständlich wird es von dieser Funktion nicht entbunden, sie tritt allerdings in den Hintergrund). Städtische Umfelder gehen jedoch eher mit einer prekären Lebenssituation einher, etwa Wohnen in Problemvierteln oder Konflikte mit dem Gesetz. Auch könnte die familiäre und nachbarschaftliche Unterstützung auf dem Land eher gegeben sein als im städtischen Raum, weshalb die Pflegenden hier mehr Handlungsbedarf sehen könnten.

Umgekehrt sind im sehr ländlichen Raum, wo vor allem „fallsteuernde“ Pflegende aktiv sind, weniger Strukturen zu erwarten. Den Pflegenden kommt also die Aufgabe zu, Patienten zuerst konkret beim Aufbau eines Behandlungsnetzes zu unterstützen, bevor weitergehende Interventionen möglich werden. Hierzu ist eine profunde Kenntnis der Ziele einer Behandlung wichtig und, um diese umzusetzen, eine vergleichsweise größere Strukturierung der Arbeit und der damit verbundenen Prozesse.

Dem Kompetenzprofil des therapeutischen Coachings zuzurechnende Probanden verteilen sich gleichmäßiger über die Einrichtungen, sodass die Annahme wahrscheinlich wird, dass es sich dabei um eine eher persönliche Haltung handeln könnte. Innerhalb dieser Gruppe besteht auch die stärkste Varianz. Grob deuten die Aussagen der Probanden auf zwei Gruppen innerhalb der Gruppe hin: Einmal Pflegende, die sich mehr fachlich und wissenschaftlich fundierte Techniken zur Psychotherapie wünschen, und solche, die sich bereits qua Erfahrung als ausreichend zu dieser Form der Intervention legitimiert sehen.

Hinzu kommt, dass die Dienste an den Einrichtungen nicht selbstständig agieren, sondern immer in ein organisatorisches Gesamtkonzept eingebunden sind. So erklärt sich etwa die niedrige Präferenz für gruppentherapeutische Interventionen auch dadurch, dass diese Gruppen schlicht nicht zum Leistungsspektrum gehören (d. h. nicht bezahlt werden) oder keine geeigneten Räume zur Verfügung stehen, weshalb die Intervention aus strukturellen Gründen entfällt. Auch besteht Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit anderer Berufsgruppen bzw. deren unmittelbare Verfügbarkeit die Weitergabe bestimmter Aufgaben vereinfacht.

Zusammenfassend stellt sich die Zugehörigkeit zu einem Kompetenzprofil als eine Interaktion aus der Einrichtung, den Anforderungen der Klientel und persönlichen Präferenzen dar. Die Einrichtung kann das Kompetenzprofil sowohl über die Vorgaben als auch über die alternativen Ressourcen mitbestimmen. Die Anforderungen der Klientel ergeben sich wiederum aus den lokalen Gegebenheiten, also der Existenz von Helfernetzwerken, der Verbreitung von Weiterbehandlungsmöglichkeiten und den Problemen der Patienten. Der letzte Faktor ist die persönliche Präferenz, die sich aus Erfahrungen, Biografie, Qualifikationen und Weiterbildungen sowie nicht näher spezifizierbaren persönlichen Anteilen zusammensetzt.

#### **5.4.4.2 Einschränkungen**

Aus der durchgeführten Analyse kann nicht der Anspruch einer Generalisierung abgeleitet werden. Würde dieser Anspruch bestehen, müsste die Stichprobe nicht nur größer, sondern auch hinsichtlich verschiedenster Merkmale kontrolliert oder variiert werden (zum Beispiel Trägerzugehörigkeit, Vorerfahrungen, Region, etc.). Es bliebe dann fraglich, ob die verwendete Methode immer noch Mittel der Wahl wäre; für großflächige Untersuchungen böten sich ökonomischere Verfahren, etwa ein aus den Erkenntnissen dieser Arbeit abgeleiteter Fragebogen, an.

Mit Blick auf die sonst in der Literatur beschriebene Anwendung der Q-Methodologie könnte angemerkt werden, dass sie hier in einem relativ strengen Rahmen eingesetzt wurde. Interpretationsspielräume wurden zugunsten der mathematisch-statistischen Validität aufgegeben – ein Vorgehen, das auch kritisch gesehen werden könnte. Konkret wurde die als unflexibler beschriebene Hauptkomponentenanalyse der Centroid-Faktorenanalyse vorgezogen und in einem zweiten Schritt die Rotation der Faktoren (also die letztendliche Erstellung der Kompetenzprofile) nicht mit freier oder theoriegeleiteter Rotation, sondern mit dem mathematisch operierenden Varimaxverfahren vorgenommen.

All dies kann als Einschränkung des Interpretationsraums gewertet werden. Das Vorgehen bot sich für die Fragestellung allerdings an, da keine theoretischen Vorannahmen über bestimmte Kompetenzprofil oder den Stellenwert bestimmter Items des Q-Sorts bestanden und somit jegliche Rotation zugleich die Frage nach Willkürlichkeit aufgeworfen hätte.

Zur Interpretation der Kompetenzprofile wurden auch Protokollaussagen herangezogen. Da allerdings nur an oberster oder unterster Stelle und bei in der Mitte der Verteilung stehenden Items eine Nachfrage erfolgte, fehlen Informationen zu anderen Items der Verteilung. Genau diese Items differierten in der Untersuchung aber zwischen den Gruppen, sodass an dieser Stelle ein weißer Fleck zurückbleibt.

Ein weiterer Faktor, der Beachtung finden muss, ist, dass nur Pflegende befragt wurden, die in an einen größeren Klinikträger angebundene(n) Diensten arbeiteten. Das Bild könnte sich dann ändern, wenn trägerunabhängige Pflegedienste untersucht würden.

#### **5.4.4.3 Implikationen für die Praxis**

Trotz dieser Einschränkungen entsteht ein solides Bild des Berufsfelds der ambulanten psychiatrischen Pflege, ausgestaltet über drei distinkte Kompetenzprofile.

Von den Probanden wurden drei Tätigkeitsschwerpunkte (Therapie/Coaching, Alltagsbegleitung und Fallsteuerung) impliziert. Während im Zuge der Alltagshilfe angenommen werden kann, dass die Pflegende fähig sind, diesen Schwerpunkt auszufüllen, da die Alltags- und die Lebensweltorientierung Kerndomänen pflegerischen Handelns darstellen, wurde bei den anderen Schwerpunkten auch innerhalb der Untersuchung fehlendes Wissen angemerkt – vor allem für den therapeutischen Bereich. Dies ist vor allem deshalb bedenklich, weil in dieser Gruppe die meisten Probanden verordnet sind und die Gruppe auch gemessen an der aufgeklärten Varianz am bedeutendsten ist.

Das fehlende Wissen hat, wie auch die folgende Analyse der Protokolldaten zeigen wird, zwei mögliche Auswirkungen. Zum einen kann vermutet werden, dass Pflegende vor der Tätigkeit zurückschrecken, ein zweites Szenario ist der Rückgriff auf ein intuitives Vorgehen, gepaart mit allen Risiken, die mit einer psychiatrischen Patientenklientel einhergehen.

Deshalb lässt sich für die Aus-, Fort- und Weiterbildung konstatieren, dass psychiatrisch Pflegende, hier insbesondere fokussiert auf das ambulante Setting, Kompetenzen im Bereich niederschwelliger psychotherapeutischer Methoden und Interventionen benötigen – und diese dringend vermittelt und gelehrt werden sollten.

Hier ist erneut deutlich hervorzuheben, dass es um niederschwellige Angebote gehen muss, die auf die primäre Gesundheitsversorgung im Bereich seelischer Gesundheit ausgerichtet sind und einen intensiven Bezug zu den Alltagskompetenzen aufweisen sollten, wie sie z. B. im *Low-Intensity-CBT-Interventions-Konzept*<sup>19</sup> beschrieben sind (Bennett-Levy et al., 2010).

Gerade die Situation im Vereinigten Königreich veranschaulicht, dass psychotherapeutische Interventionen durch Pflegende – auch solche, die über den hier verwendeten Begriff des therapeutischen Coachings hinausgehen – vielversprechende Maßnahmen sind (Newell & Gournay, 1994; Reasor & Farrell, 2005). Abgesehen von den Versuchen, das fehlende

---

<sup>19</sup> Übersetzbar mit Niederschwelliges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Interventions-Konzept

Fachwissen über Erfahrung und Intuition zu kompensieren, würde den Patienten daher eine – auch niederschwellige – psychotherapeutische Intervention verwehrt. Dies ist umso bedenklicher, als die Wartezeiten für eine Psychotherapie sehr lange sind, wie ein Forschungsprojekt der DPTV herausarbeitete (Rabe-Menssen & Bünger, 2011). Dort wurden bei einer Befragung von 2497 Psychotherapeuten Wartezeiten von 104 Tagen bis zum Erstgespräch im ländlichen Raum ermittelt. Diese Versorgungslücke könnte mit einer niedrigschwelligen Psychotherapie durch die Pflege gefüllt werden, sofern entsprechende Weiterqualifikationsprogramme im Rahmen des Curriculums verfügbar wären und die Pflegenden dadurch das Selbstbewusstsein erlangten, diese Leistung anzubieten.

Ähnlich verhält es sich mit den Kompetenzen in der Fallsteuerung. Nur ein einziger Proband in der Stichprobe hatte eine formale Case-Management-Qualifikation – und im Umkehrschluss eine entsprechende Weiterbildung – durchlaufen. Die Situation ist hier eine andere, und in diesem Punkt auch noch ungünstiger, da das entsprechende Fachpersonal nicht nur schwierig zu finden ist, sondern auch der Zugang beschwerlicher ist, weil die meist ehrenamtlichen Organisationen nicht gut vernetzt sind oder durch Krankenkassen vermittelt werden.

Es gibt aktuell nur wenige Studiengänge für Pflegefachleute, die sich der Fallsteuerung und therapeutischem Coaching bzw. der *Low-Intensity-Psychotherapie* widmen und in denen die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden (z. B. Masterstudiengang *Community Mental Health* an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld), weswegen die Pflegenden – wenn sie diese Rolle übernehmen – meist nur auf Wissen zurückgreifen können, das sie im Rahmen der bisherigen Berufslaufbahn erworben haben. Pflegenden, die lange in einer Klinik oder einem ACT-Team gearbeitet haben (wo Sozialarbeiter meist vorhanden sind), könnten aber nie mit solchen Kompetenzen in Kontakt gekommen sein und nicht auf die entsprechenden Kompetenzen zurückgreifen, wenn sie die Rolle irgendwann ausfüllen (müssen).

Zusammengefasst ergeben sich also allein aus dem Vergleich zwischen Ist-Zustand und Priorisierung durch Pflegenden deutliche Hinweise auf eine Diskrepanz zwischen praktischen Anforderungen und Qualifikationsrahmen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, ein auf den Bereich der ambulanten Pflege zugeschnittenes Curriculum zu etablieren, um die Pflege in diesem modernen Bereich bei ihren täglichen Aufgaben und Routinen zu unterstützen.

Eine weitere Praxisimplikation der bisherigen Ergebnisse ist die Notwendigkeit einer spezifischen Anpassung der Kompetenzprofile an die individuelle Bedarfslage einzelner Klienten. Folgearbeiten sollten die Frage aufgreifen, nach welchen Kriterien Kompetenzprofile oder deren Kombinationen erfolgreich auf die individuelle Problemlage der Klienten angepasst werden können.

#### 5.4.4.4 Fazit

Mittels Q-Methodologie konnten drei Komponenten identifiziert und beschrieben werden, die als Kompetenzprofile innerhalb der Profession betrachtet werden können: therapeutisches Coaching, Alltagsbegleitung sowie Fallsteuerung und Vernetzung.

Beim Vergleich der Prioritäten mit der beruflichen Realität trat die Diskrepanz zwischen wichtigen Kompetenzen auf der einen und dem diese Kompetenzen nur unzureichend abdeckenden aktuellen Curriculum auf der anderen Seite deutlich zutage. Eine Anpassung scheint daher dringend erforderlich.

Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass die Einrichtung oder konkreter die Gegebenheiten und Anforderungen der Arbeitsumwelt, in der Pflegenden wirken, einen bedeutenden Einfluss auf die Ausgestaltung dieser Kompetenzprofile zu haben. Aus dieser Erkenntnis entstehen Folgefragen für künftige Arbeiten.

Während sich dieser Teil der Arbeit mit den Kompetenzprofilen im Speziellen beschäftigt hat, werden im Weiteren allgemeine Aspekte von Kompetenzen, die von den Pflegenden in den Protokollen angegeben wurden, betrachtet.

### 5.5 Qualitative orientierte Inhaltsanalyse

#### 5.5.1 Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Q-Methodologie erlaubte das Ableiten drei abgrenzbarer Kompetenzprofile. Aus diesen geht jedoch nur hervor, *welche* Kompetenzen, aber nicht *warum* sie favorisiert werden.

Um diese Frage zu beantworten, werden die erhobenen Protokolldaten der Probanden zusammen mit allen anderen verfügbaren Informationen mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Berücksichtigt werden neben den Aussagen auch assoziierte Kompetenzprofile, individuelle Priorisierung der Items bei bestimmten Personen, Einrichtung, Geschlecht und Vita des Probanden. Konkret soll exploriert werden, welche Argumente und Begründungen die Probanden für ihre Positionierung nannten und ob sich daraus bestimmte Themen und Ziele ergeben, die Rückschlüsse auf eine Grundhaltung oder ein Leitbild ermöglichen.

Zudem ergaben sich bereits aus den nur zur Beschreibung der Kompetenzprofile herangezogenen Probandenaussagen Hinweise auf bestimmte Wahrnehmungsmuster von Probanden. Konkret wurde der Netzwerkcharakter von Kompetenzen angesprochen. Auch dieser Möglichkeit soll im Folgenden weiter nachgegangen werden.

Damit ergeben sich folgende Leitfragen:

1. Welchen Zielen und Leitbildern folgen die Personen?
2. Gibt es innerhalb der Kompetenzen eine Struktur und wenn ja, wie könnte dieses Strukturmodell aussehen?
3. Wie gut konnten Probanden die Kompetenzen trennen?

#### 4. Fehlten den Probanden Kompetenzen in der vorgegebenen Liste?

Um die Anonymität der Probanden zu wahren, werden Originalnamen nicht genannt. Aus Gründen der Lesbarkeit werden allerdings „Decknamen“ verwendet (wie bereits im vorherigen Teil). Der Einfachheit halber wird auch abseits direkter Patientenzitate durchgehend das Wort „Patient“ verwendet, auch wenn es modernere Lösungen wie „Klient“ gibt.

## 5.5.2 Methode

### 5.5.2.1 Datengrundlage

Die Protokolle lagen für alle Versuchspersonen vor und umfassten deren Äußerungen teils in wörtlicher, teils in bereits gekürzter (paraphrasierter) Form sowie – falls dies zutraf – die Zuordnung einer Aussage zu einem Item. Die Auswertungsmethode ist an die von Mayring (2010) sowie Bortz und Döring (2007) beschriebene Grundstruktur der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt. Da auch Häufigkeitsinformationen über bestimmte Worte und Themen zur Interpretation herangezogen werden, wird in Anlehnung an Mayring und Brunner (2010) von einer *qualitativ orientierten Inhaltsanalyse* gesprochen. Im Folgenden wird das Verfahren beschrieben.

Die Versuchssituation kann annähernd als ein halbstrukturiertes Interview verstanden werden. Nach einer standardisierten Instruktion (siehe S. 125) erhielt der Proband die Möglichkeit zum Nachfragen (Nachfrage und Antwort wurden erfasst) und startete dann das Sortieren. Alle währenddessen geäußerten Kommentare, seien dies neuerliche Nachfragen, Selbstgespräche oder unerfragte Erläuterungen und Anmerkungen, wurden gesammelt, wobei unter Umständen auch nur deren sinngemäße Niederschrift erfolgte.

Nach Ende der Prozedur wurden dem Probanden folgende Fragen gestellt:

- 1) Wieso wurden die höchstgewerteten Kompetenzen dort eingeordnet, wo sie sind?
- 2) Wieso wurden die am niedrigsten gewerteten Kompetenzen an entsprechender Stelle eingeordnet?
- 3) Wieso wurden die mit 0 gewerteten Kompetenzen dort eingeordnet?
- 4) Gibt es Items, die vermisst wurden, d. h. fehlende Kompetenzen im Q-Sort?
- 5) Sind die Items trennscharf?

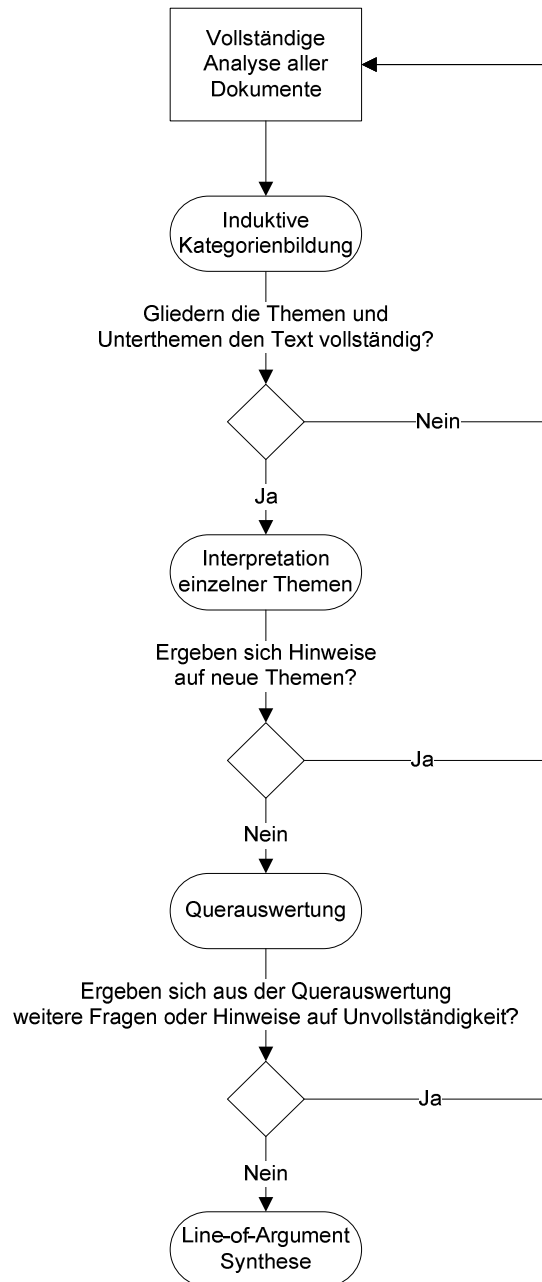
Eine Paraphrasierung der Aussagen, wie bei Mayring (2010) empfohlen erwies sich nach erster Sichtung des Materials als unnötig, da viele Probanden ihre Aussagen bereits in einer nicht mehr weiter komprimierbaren Form vorgebracht hatten. Daher wurde stets die originale Mitschrift des Protokolls bearbeitet.

Analog zu Mayring (2010) erfolgte eine Explikation bei unklaren Textstellen durch Rückgriff auf den Kontext, etwa das Item, auf das die Aussage bezogen war, oder Informationen über das genaue Arbeitsumfeld des Probanden, wenn dieser z. B. nur pauschal von „Rahmenbedingungen“ sprach. Da keine theoretischen Vorannahmen getroffen worden waren, erfolgte zuerst eine induktive, eher impressionistische Themenbildung. Um Diskurse innerhalb der Kategorien zu ermöglichen, wurden Subkategorien (maximal eine Ebene tief) gebildet, wenn eine Kategorie heterogen war oder sehr viele Codings beinhaltete.

Das exakte Vorgehen wird im Folgenden beschrieben und in Abbildung 8 (S. 159) visualisiert.

- 1) Die Protokolle der Probanden werden nacheinander analysiert. In diesem Zuge werden Textstellen einer oder mehreren Kategorien zugeordnet.
- 2) Da zu einem späteren Zeitpunkt der Analyse gebildete Kategorien nicht direkt auf frühere Textstellen angewandt werden können, wird die Analyse nach dem ersten Abschluss wiederholt, um zu prüfen, ob frühere Textstellen später gebildeten Themen zugeordnet werden können. Dies wird so oft wiederholt, bis keine in einem Durchgang neue Zuordnung oder Zuordnungsverschiebung mehr erfolgt.
- 3) Themen mit sehr vielen Einträgen werden nach Schritt 2 zur besseren späteren Analyse in Subthemen eingeteilt, indem alle Aussagen innerhalb der Kategorie durchgesehen werden. Entsteht der Eindruck, dass auch Textstellen, die vorher nicht Teil des Themas waren, zu neu gebildeten Subkategorien gehören könnten, wird die Prozedur bei Schritt 1 neu begonnen. Auch diese Routine wird so lange wiederholt, bis keine Zuordnungsänderungen oder Kategorienneubildungen in einem Durchgang auftauchen.
- 4) Anschließend erfolgt die Interpretation der Kategorien, wobei die Diskussion zuerst innerhalb des eigentlichen Themas erfolgt. Analog zu den obigen Schritten wird bei Unstimmigkeiten oder Hinweisen auf weitere Themen erneut bei Schritt 1 begonnen.
- 5) Nach Bearbeitung der einzelnen Themen erfolgt eine Analyse von Querverweisen, um ein Gesamtbild der Aufzeichnungen zu erhalten. In dieser *Line-of-Argument*-Synthese werden auch Widersprüche und Gemeinsamkeiten innerhalb der Themen betrachtet. Entstehen in diesem Schritt Hypothesen oder der Eindruck, dass das Kategoriensystem unvollständig ist, werden die vorherigen Schritte geprüft und gegebenenfalls wiederholt.
- 6) Der letzte Schritt ist die gezielte Beantwortung der auf Seite 155 aufgeworfenen Fragen anhand der bis dato gewonnenen Erkenntnisse aus der Analyse der Protokolle. Die Zusammenfassung der Erkenntnisse erfolgt als *Line-of-Argument*-Synthese.



**Abbildung 8: Ablauf der Inhaltsanalyse**

### 5.5.2.2 Instrumente zur Durchführung

#### MAXQDA

Zur Durchführung der Inhaltsanalyse wurde die Software MAXQDA 12 genutzt, dessen Oberfläche für die visuelle Strukturierung von Texten ausgelegt ist. Bestimmten Textstellen können sogenannte Codes zugewiesen werden, die im vorliegenden Fall dem entsprechen, was weiter oben als „Thema“ bezeichnet wurde, weshalb sie im Folgenden auch so benannt werden. Eine Textstelle kann im Programm beliebig viele Codes erhalten. Zusätzlich kann jeder Code optional in Subcodes („Unterthemen“) aufgeteilt werden, sodass differenzierte Betrachtungen innerhalb des eigentlichen Themas möglich werden.

MAXQDA bietet überdies eine Code-Relations-Analyse, wobei gezeigt wird, welche Codes oft zusammen vergeben wurden. So können mittels Überlappungen Zusammenhänge zwischen Kategorien sichtbar gemacht werden. Je öfter sich Codes überlagern, desto wahrscheinlicher ist ein Zusammenhang zwischen diesen Codes. Das Tool liefert keine Informationen über die Art des Zusammenhangs, ist aber auch kein Indikator für redundante Kompetenzen. Strenggenommen stellt der Rückgriff auf Häufigkeitsaussagen eine quantitative Strategie dar.

Ein Beispiel: Die Aussage „Und Psychotherapie [...]. Da gibt's bessere als mich“ erhält die Codes „Thema Psychotherapie“, „Thema Delegation“ und „Thema Bedenken bezüglich eigener Fähigkeiten“. Bei der Code-Relations-Analyse würde das Programm für jede Kombination nun überlappende Codierungen auszählen und dem Interpretierenden somit einen Eindruck des Zusammenhangs vermitteln.

### **Visualisierung von Beziehungen**

Zur besseren Übersicht der Beziehungen zwischen Codes werden mittels des Freeware-Programms yEd Kartierungen erstellt. Diese Kartierungen sind nicht das Ziel der Auswertung, sondern visualisieren vielmehr den Prozess und sollen Zusammenhänge übersichtlich darstellen. Aufgrund ihrer Größe sollen sie – wenn nötig – nur ausschnittsweise präsentiert werden.

yEd bezieht seine Daten aus einer Excel-Tabelle, die wiederum von MAXQDA aus Code-Relations-Matrizen erzeugt werden kann. Die Überschneidungshäufigkeiten geben in diesem Fall die Stärke der Bindung zwischen zwei Themen an, die yEd als mehr oder weniger dickere Striche interpretiert. Zur Visualisierung können mehrere Darstellungsoptionen (Anordnungen) gewählt werden, wobei das Programm je nach Einstellung auch die Anordnung von der Häufigkeit der Verbindungen abhängig machen kann. Da die grafische Darstellung der Zusammenhänge nicht das eigentliche Ziel dieses Arbeitsschritts darstellt, sei für weitere Informationen auf die Homepage des Herstellers verwiesen.

## **5.5.3 Resultate**

### **5.5.3.1 Veränderungen**

Im Folgenden werden Veränderungen beschrieben, die im Rahmen der Themenextraktion geschahen. Die Zusammenfassung der Codes Selbst-, Professions- und/oder Menschenbild wurde/n in einem zweiten Durchgang in drei einzelne Subcodes unterteilt.

Beziehungsaufbau und Vertrauen wurden in einem zweiten Durchgang in Art der Beziehung (Informationen über Sicht und Definition dessen, was Beziehung ist), Bedingungen der Beziehung (Bedingungen und Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Beziehung

zustande kommt) und Sinn der Beziehung (Sinn, den die Beziehung im Prozess erfüllt oder weniger technisch ausgedrückt: Warum braucht es die Beziehung?) unterteilt.

Auch die anfangs als eine Kategorie geführte „medizinische Domäne“ wurde aufgrund ihrer Heterogenität im dritten Durchgang nach der Betrachtung von Querverweisen aufgeteilt, um innerhalb der Kategorie einzelne Aspekte besser diskutieren zu können. Es entstanden die Themen Diagnose (alle Informationen über Diagnose und Haltung dazu), Gesundheit, Wohlbefinden und Prävention, Ärzte (umfasst Kommunikation und Meinungen über diese Berufsgruppe), Medikamente (z. B. Medikamentenmanagement), klinische Variablen.

Diese Kategorien blieben stabil, in späteren Durchgängen des Ablaufs traten allerdings weitere Dimensionen auf, die zur späteren Meinungsbildung für wichtig erachtet werden. So ergab sich beim Beschreiben des Professionsbilds das Thema „Machtgefälle“, sodass eine entsprechende Kategorie angelegt wurde. Um dies zu differenzieren, wurde die Kategorie aufgeteilt in „Führen“ und „Geführt werden“, wobei Führen die Haltung adressiert, nach der die Pflege die Kontrolle übernimmt, und Geführt werden eine Haltung, bei der der Patient selbige zugesprochen bekommt.

### 5.5.3.2 Themen in den Protokollen

Der vor der Analyse aufgestellte Ablaufplan konnte ohne Probleme umgesetzt und die Themenbildung realisiert werden. Die am Ende der Analyse stehenden Themen sind in Tabelle 23 aufgeführt. Für die Beantwortung der Forschungsfrage besonders relevant empfundene Themen sind mit einem Stern markiert. Sie bilden in der anschließenden Interpretation die Leitthemen, anhand derer die Argumentation erfolgt.

**Tabelle 23: Themen der qualitativ orientierten Inhaltsanalyse**

Themen mit Unterthemen	Themen ohne Unterthemen
Beziehungsaufbau und Vertrauen*	Alltagshilfe*
Art der Beziehung	Bezugnahme zu anderen Berufsgruppen/Tätigkeiten
Bedingungen von Beziehung	Delegation
Sinn der Beziehung	Information, Planung und Vermittlung
Sonstige Aussage zur Beziehung	Kommentar zu Ausbildung oder Berufsalltag
Fähigkeiten, die sich eine Person nicht zutraut	Kompetenzen bauen aufeinander auf*
Bedenken bezüglich eigener Fähigkeiten	Motivation
Rechtliche Bedenken	Empowerment*
Macht	Persönliche Reife, Erfahrung und Reflexion
Führen	Psychohygiene und Selbstfürsorge
Geführt werden	Psychotherapie und therapeutische Technik*
Medizinische Domäne*	Vergleich mit anderen Settings
Ärzte	Wortwahl „Klient“
Diagnose	Wortwahl „Patient“
Gesundheit, Wohlbefinden, Prävention	
Klinische Variablen	
Medikamente	
Methodenkorrelierte Aussagen	
Ähnlichkeit	
Explikationserleben durch Methode	
Fehlende Kategorie	
Redundanz	

- Schwierigkeiten bei der Aufgabe
- Stabilität des Q-Sorts über die Zeit
- Superkompetenz
- Trennschärfe
- Relevanz im Berufsalltag
  - Ansprüche oder Wünsche der Patienten
  - Arbeitsumgebung und/oder Kosten
- Selbst-, Professions- und/oder Menschenbild\*
  - Menschenbild
  - Professionsbild
  - Selbstbild
- Systemische Feld
  - Angehörige und Familie
  - Behandlungsnetze/Case-Management

Der Übersicht halber soll im Folgenden nicht jedes Thema einzeln besprochen werden. Der Diskurs erfolgt vielmehr zuerst angelehnt an die besonders relevant erscheinenden Leitthemen. Unbedeutendere Themen werden im Zusammenhang mit diesen Hauptthemen behandelt.

#### **5.5.4 Interpretation**

Im Folgenden werden die in der Inhaltsanalyse gefundenen Themen besprochen und analysiert; eine Bezugnahme zur Literatur erfolgt dann im Diskussionsteil.

##### **5.5.4.1 Beziehung und Vertrauen als Kernelemente des Pflegeprozesses**

Das Thema der Beziehung mit dem Patienten nimmt eine bedeutsame Rolle im gesamten Datensatz ein – sowohl beim Q-Sort als auch in den Protokolldaten wird dieses Feld als wichtigste aller Kompetenzen beschrieben. Zwei Drittel der Probanden gaben mindestens einen Kommentar zum Thema Beziehung und Vertrauen ab. Die, dass Beziehung das Fundament der gesamten pflegerischen Arbeit darstellt, ist daher legitim. Im Folgenden wird genauer beschrieben, wie dieses Fundament aussieht und wie andere Kompetenzen auf ihm aufbauen.

#### **Unterthemen innerhalb des Felds**

Innerhalb des Themas Beziehung und Vertrauen ergeben sich mehrere Unterthemen, nämlich die Art der Beziehung in der Dyade Pflege–Patient, die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit diese Beziehung zustande kommt, und zuletzt der Sinn, den die Beziehung für den gesamten Prozess der Pflege hat.

**Zustandekommen und Erhalten von Beziehungen.** Das erste Thema, wie Beziehungen zustande kommen und wie sie erhalten werden, bezieht sich also auf die *Bedingungen von Beziehung*. Die Probanden beschrieben mehrere aus ihrer Sicht essenzielle Komponenten, um eine Beziehung mit dem Patienten aufzubauen. Dazu gehört ein Bündel von Kompetenzen, das bereits in der Q-Sort-Liste enthalten war, wie etwa Kongruenz, Empathie, Echtheit und wertschätzendes Auftreten, aber auch Einstellungen wie Mut und Toleranz oder ein of-

fenen Auftreten – Aspekte, die auch mit dem Bild der Profession, des Selbst und des Menschen in Verbindung stehen. Ebenfalls wichtig für das Zustandekommen und Erhalten von Beziehungen ist eine Kommunikation auf Augenhöhe, so beschrieb etwa Paul: „Wenn ich mit Krawatte zum Sozialhilfeempfänger gehe, ist das schlecht.“

Dabei ist der Beziehungsaufbau nicht als geradliniger Prozess zu verstehen, sondern geschieht in Wechselwirkung mit konkreten Tätigkeiten, etwa als „Anwalt für den Patienten da zu sein“ (Karl). Die Beziehung ist ein gemeinsames Wachstum von Pflege und Patient. Dieser Prozess muss auch von Vertrauen geprägt sein. In der Praxis zeigt sich dieser Wunsch nach Vertrauen etwa durch das Ablehnen der Kompetenz „Unstrukturierte Informationserhebung ohne Patientenbeteiligung“. Das Einholen von Wissen hinter dem Rücken des Patienten oder die Übernahme eines Patientenbilds aus den Akten wird als „Verrat am Patienten“ oder als Vertrauensbruch gewertet. So gab Richard zu Protokoll: „Ich verlasse mich nur auf Informationen mit Patienten, damit das Vertrauen nicht gestört wird.“

Dies erweitert die bei der Analyse der Kompetenzprofile durch die Q-Methodologie zutage getretene Perspektive. Während im Q-Sort vor allem Hinweise auftauchten, wozu die Beziehung genutzt wurde, veranschaulicht die qualitativ-inhaltliche Betrachtung vor allem die zweite Dynamik, nämlich was zu Beziehung führt. Diesbezüglich gibt es Kompetenzen, die als beziehungsförderlich eingestuft werden, und solche, die als beziehungsschädlich gesehen werden.

**Art der Beziehung.** Pflegende sahen einen Unterschied zwischen einer therapeutischen und einer menschlichen Beziehung und favorisierten mehrheitlich klar Letztere. Am deutlichsten brachte diesen Kontrast Julia zum Ausdruck: „Wichtig ist [die] Beziehung, aber nicht [die] therapeutisch[e], sondern in erster Linie [die] menschlich[e].“ Eine erfolgreiche Beziehung ist für den Pflegeprozess aber nicht nur Grundlage, sondern auch für sich bereits heilend. So drückte es etwa Hubert in Bezug auf Seelsorge aus, die er als Teil der Beziehungsarbeit begriff.

Über die Gestaltung der Beziehung herrschten geteilte Meinungen, die sich insbesondere auf die Kompetenz der bedingungslosen positiven Zuwendung bezogen. So fühlten sich einige Probanden vom Adjektiv „bedingungslos“ unter Druck gesetzt, etwa Natalie: „Bedingungslose positive Zuwendung kollidiert meiner Meinung nach mit dem Echtheitsprinzip, das würde ja heißen, ich darf den Patienten nicht kritisieren.“ Diese Diskrepanz in Bezug auf die „bedingungslose positive Wertschätzung“ ist allerdings die einzige Uneinigkeit, die Probanden erlebten.

Interessanterweise liefert die Wortwahl der Pflegenden an einigen Stellen Hinweise auf ein wahrgenommenes Machtgefälle, wobei Macht hier zu definieren ist als „den Patienten führen“ (etwa im Wissen, was gut für ihn sei) auf der einen und „dem Patienten die Führung überlassen“ auf der anderen Seite.

Wenngleich in der Realität wahrscheinlich eine persönliche Haltung zwischen diesen Polen angenommen werden kann, die wohl auch situativ (nach Patient, Setting und Ereignis) variiert, lassen sich hier grob zwei Gruppen von Pflegenden ausmachen.

Eine Gruppe hat Bedenken in Bezug auf einen „machtvollen Patienten“ und distanziert sich entsprechend, etwa Tina, die im Zusammenhang mit bedingungsloser positiver Zuwendung Folgendes anspricht: „Meine eigene Selbstfürsorge würde bei strenger Auslegung von ‚bedingungslos‘ zurückstecken, zudem würde es dem Patienten zu viel Macht einräumen.“ Ähnlich argumentierte Natalie, die sich um ein mögliches Kritikverbot sorgte, wenn sie der positiven Wertschätzung zu viel Raum lassen würde, „da sie das Verbot der Kritik am Patienten impliziert.“ Diese Gruppe scheint auch eher bereit, den Patienten persönlichen Vorstellungen von Gesundheit unterzuordnen und entsprechend zu führen, wie es etwa Elsa beschreibt: „Im gesunden Körper steckt ein gesunder Geist [...]. Das belegen auch Studien [...]. Der Körper muss positiv sein, die Leute müssen rausgehen, das wirkt Depressionen und sozialen Ängsten entgegen, die Leute müssen sich spüren.“

Kontrolle ist ein weiterer Aspekt dieser tendenziell paternalistischen Beziehungsform. So merkten einige Probanden an, dass sie den Behandlungsprozess „steuern“ oder durch spezielle Kommunikationstechniken den „Leuten auf Umwegen zu ihrem Glück“ verhelfen müssten.

Demgegenüber steht eine andere Gruppe, die entweder keine Aussagen tätigte, welche sich als Machtgefälle interpretieren ließen, oder bewusst erwähnte, eventuelle Planungen dem Patienten unterzuordnen („Ich geh immer erst auf den Patienten zu und guck‘, was anliegt“, Rita).

Die Art der Beziehung konnte nicht mit einem bestimmten Q-Sort-Kompetenzprofil in Verbindung gebracht werden, die Probandenaussagen zur Art der Beziehung verteilten sich relativ gleichmäßig über alle Handlungstypen.

**Sinn und Ausrichtung der Beziehung.** Die Aussagen der Probanden zeichnen klar und deutlich das Bild, dass ohne tragfähige Beziehung keine weiteren Behandlungsschritte möglich sind. Ein Kommentar von Horst fasst dies gut zusammen: „Ohne Beziehung kann man keine Behandlung machen. Wenn ich keine Beziehung erreiche, werden alle Empfehlungen nicht befolgt.“ Die pflegerische Beziehung wird somit zur notwendigen Bedingung für weitere Schritte im Pflegeprozess. Worin genau diese Schritte bestehen, wurde aber nur von vergleichsweise wenigen Probanden thematisiert. Dies kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass sich die Interventionen „aus der Beziehung heraus ergeben“ und nicht bewusst und rational hinterfragt werden. Dazu passt, dass nur sehr wenige Probanden die Zielplanung explizit erwähnten, auch wenn diese Kompetenz im Rating relativ hoch angesiedelt ist. Es finden sich Aussagen, die auf einen „Nutzen“ der Beziehung für ein bestimmtes Ziel im Prozess hindeuten. Antonia beschrieb hier etwa eine Schnittstellenfunktion, bei der sie allein

durch die Tatsache, mit den Patienten in einer anderen Art von Beziehung als Ärzte und Therapeuten zu stehen, auch mehr Informationen von den Patienten erhalten. Dabei geht Beziehung immer mit Vertrauen einher und hat in diesem Zusammenhang bereits einen für sich heilsamen Effekt, wie es etwa von Hubert auf den Punkt gebracht wurde: „Seelsorge ist manchmal Teil von Beziehung.“

Darüber hinaus darf aber nicht vernachlässigt werden, dass Beziehung auch für sich genommen als Ziel pflegerischer Intervention angesehen werden kann und von den Probanden auch so wahrgenommen wird. Die „Beziehung der Beziehung wegen“ wird von den Probanden nicht weiter hinterfragt, was wiederum die vergleichsweise vagen Aussagen zum mit Abstand am häufigsten erwähnten Thema erklären kann.

### **Beziehung als Zentrum**

Ein weiterer Aspekt der Beziehung ist ihr Zusammenspiel mit anderen Themen. Sie hat einen zentralen Standpunkt im Netz der Aussagen der Probanden, ist aber besonders deutlich mit dem Selbst-, Professions- oder Menschenbild (einem ebenfalls häufig angesprochenen Thema) und mit Aussagen verbunden, die darauf hindeuten, dass Kompetenzen aufeinander aufbauen. Dieser letztgenannte Aspekt unterstreicht erneut, dass die Beziehung als Universalkompetenz notwendig und hinreichend zugleich für den Erfolg pflegerischen Wirkens ist.

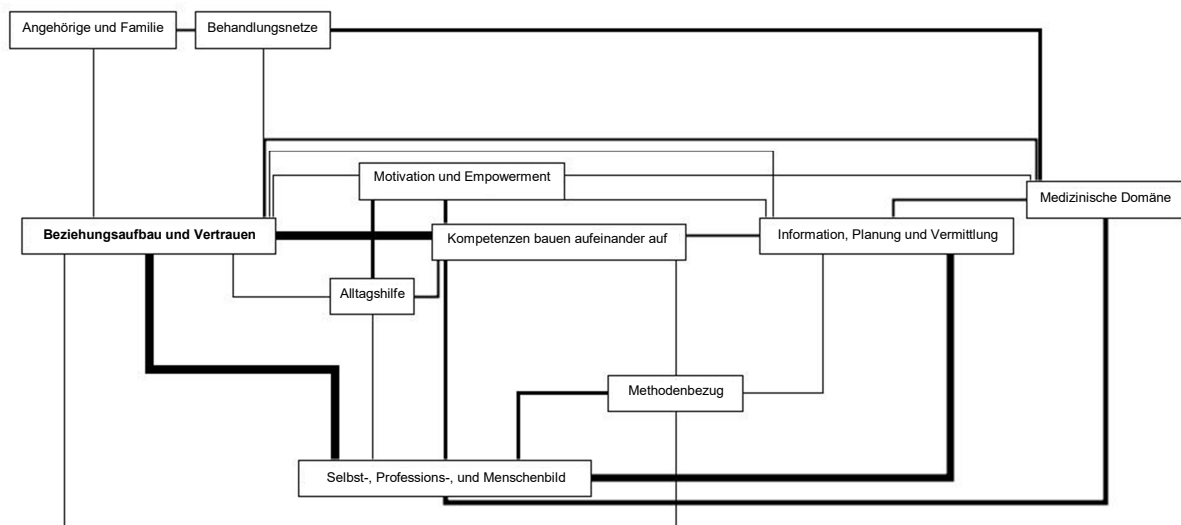
Der zweite Aspekt, nämlich die Verbindung zum Bildnis, lässt darüber hinaus den Schluss zu, dass Beziehung nicht nur einfach eine gezielt angewendete Kompetenz ist, sondern als Teil der Pflegeperson selbst gesehen werden muss. Die teils wenig konkreten Aussagen zur Beziehung lassen zudem darauf schließen, dass sie intuitiv erlebt und geformt wird und sich für viele einer rationalen Beschreibung entzieht.

Für die Beziehung als Zentrum der Arbeit spricht auch, dass gerade in Bezug auf die beziehungskorrelierten Items von „zu fein aufgelösten Kompetenzen“ (Ursula), einer „rein akademischen Trennung“ (Nadja) oder einer „sehr theoretischen Trennung“ (Edith) gesprochen wurde. So wurden im Zusammenhang mit der Beziehung Empathie und Kongruenz, beziehungsweise Empathie und Beziehungsaufbau als Einheit erlebt. Nadja sprach sinngemäß von einer „Superkompetenz“, die aufgrund ihrer Bedeutung in ihrem Fall den Großteil der höheren Ränge zwangsläufig belegen müsse.

Abbildung 9 wurde in yEd erstellt<sup>20</sup> und illustriert das beschriebene Netz, wobei die Stärke der Verbindungen mit der Anzahl der gemeinsamen Codings korreliert (ein bis zehn gemeinsame Codings).

---

<sup>20</sup> Diese Form der Darstellung unterscheidet sich von den folgenden. Sie hat rein optische Gründe, keine inhaltlichen.

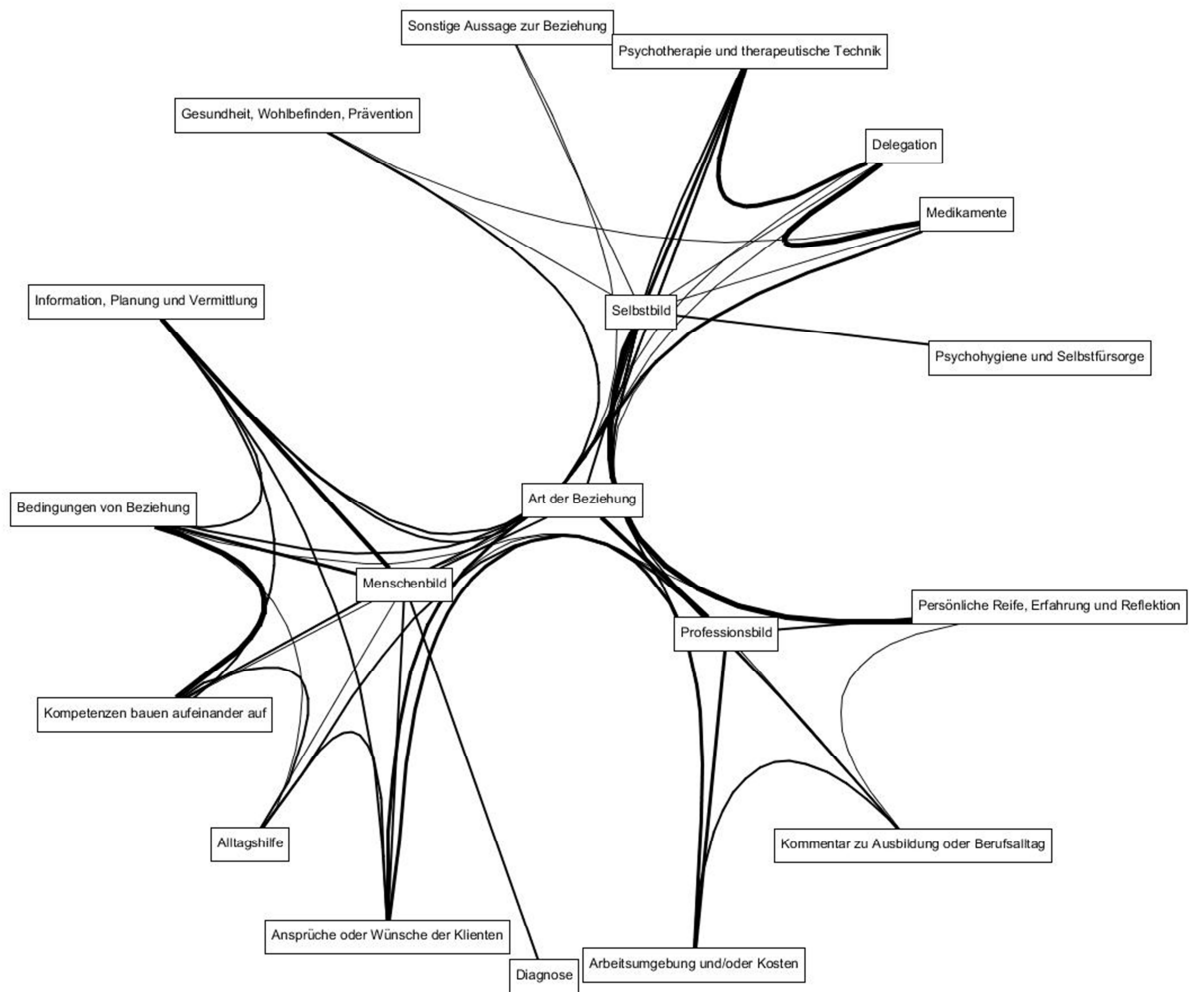
**Abbildung 9: Verbindungen des Themas Beziehung und Vertrauen mit anderen Themen**

#### 5.5.4.2 Selbst-, Professions- und Menschenbild

Das zweite von den Probanden als wegweisend beschriebene Thema war das Bild, das sie von sich selbst, ihrer Profession und den Menschen, mit denen sie arbeiteten, haben. Die Felder bilden eine Einheit, weswegen es als bedeutsames Thema gelten kann, wenngleich sich die Aussagen der Probanden auch einem der drei Bereiche Selbstbild, Professionsbild und Menschenbild zuordnen lassen.

Die Art der Beziehung im Zentrum zwischen Selbst-, Professions- und Menschenbild wird in Abbildung 10 visualisiert.



**Abbildung 10: Position von Selbst-, Professions- und Menschenbild im Netzwerk der Themen**

Als Netzwerk in yEd visualisiert (auch hier mit einer mit der Anzahl der Nennungen korrespondierenden Verbindungsstärke) umschließen die drei Themen Selbstbild, Menschenbild und Professionsbild das Themenfeld Art der Beziehung. Deutlich wird, dass die wichtigste Komponente des pflegerischen Prozesses auch durch die intuitive Ethik der Pflege mitgestaltet wird. Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte näher erläutert und ihre Verbindungen mit anderen Themen beschrieben.

### Selbstbild

Das Selbstbild beschreibt, wie sich die Person in Bezug auf ihre Arbeit und ihre Patienten sieht. Es beinhaltet Annahmen darüber, was die Person selbst leisten muss, um als Pflegend erfolgreich und wirksam zu sein, verweist auf ethische Grundhaltungen sowie Interessen und Erfahrungen, die in die Arbeit eingebracht werden können. So beschrieben Probanden etwa, dass sie ihre Arbeit nach einer „ganzheitlichen Sicht“ (Arno) ausrichten wollten und sich als eher praxisorientiert wahrnahmen. Das Selbstbild wird dabei nicht als unveränderliche Konstante, sondern vielmehr als Teil des Arbeitsprozesses wahrgenommen. Es wird als

veränderbar im Sinne eines Wachstums mit dem Patienten aufgefasst („Man wächst mit den Krisen des Patienten“, Joachim). Somit sind persönliche Reife und Reflexion wichtige Faktoren zur Entwicklung dieses Selbstbilds, was etwa durch die Forderung von Paul, diesen Aspekt stärker zu lehren, unterstrichen wird.

Das Selbstbild schließt aber auch ein, wie sehr Pflegende bereit sind, sich im Beruf zu belasten. So betonten einige Probanden auch die Notwendigkeit der Selbstfürsorge und benannten konkrete Kompetenzen, deren Anwendung sie zurückstellten, um sich selbst zu schützen. Arno etwa räumte ein: „Ich möchte mich nicht so sehr in moralisch-ethische Dilemmata einspannen lassen, da will ich mich raushalten.“ Dementsprechend kann auch das Thema Psychohygiene und Selbstfürsorge als Teil des Selbstbilds verstanden werden, da es letztlich bestimmt, wo eine Person die Grenze zieht und Maßnahmen zum Schutz der eigenen Psyche ergreift.

Weiterhin bestimmt das Selbstbild auch, wie Kompetenzen interpretiert werden und was Kompetenzen für die Pflege bedeuteten. Auch in diesem Zusammenhang war die Psychotherapie die auffälligste Kompetenz. Einige Probanden, wie etwa Alrik, bewerteten Lebenserfahrung als ausreichend für eine psychotherapeutische Intervention: „Ich mache auch Psychotherapie, die Kompetenzen habe ich aber nicht per Ausbildung erworben, da wende ich Lebenserfahrung an.“ Ähnlich argumentierte Susanne, die zusätzlich noch die rechtliche Komponente einbezog: „Psychotherapie mache ich schon, aber viel habe ich mir erarbeitet und nicht konkret gelernt. Zur Psychotherapie bräuchte ich Legitimation, ich weiß schon genug.“

In den letzten Aussagen offenbart sich ein weiterer wichtiger Aspekt des Selbstbilds, nämlich die Selbstwirksamkeitserwartung, die von vielen Probanden als „Grundvoraussetzung“ der pflegerischen Arbeit gewertet wird. Sören etwa drückte aus: „Ich muss das Gefühl haben, meine Arbeit ist wirksam und erfolgreich.“ Selbstwirksamkeit wird nahezu übereinstimmend als Teil der Entwicklung, nicht als klar abgrenzbare Kompetenz gesehen. Sie sei „nur zum Teil lernbar“ (Edith) und stelle ein „Ergebnis jahrelanger Berufserfahrung“ (Paul) dar.

In letzter Konsequenz beeinflusst das Selbstbild somit auch die Perspektive von Pflegenden auf Kompetenzen und ihre Bereitschaft, diese im Alltag anzuwenden.

### **Menschenbild**

Das Menschenbild ist vor allem (aber nicht ausschließlich) der Moderator dafür, welche Bedingungen für eine Beziehung erfüllt sein müssen, indem es Erfahrungen und Annahmen darüber beinhaltet, was Menschen brauchen, etwa „Umgangsformen und Auftreten“ (Sören) oder auch „Toleranz, die Lebensverhältnisse einzelner Menschen zu akzeptieren“ (Hubert). Auch nehmen Pflegende an, dass es sehr wichtig ist, offen und unvoreingenommen auf Menschen zugehen zu können (Simon, sinngemäß zitiert).

Pflegende zeigen und wünschen sich eine unvoreingenommene, wertfreie und offene Sicht auf den Patienten. Dies drückt sich besonders deutlich in der Ablehnung aus, auf abseits des Patienten erhobene Informationen zurückzugreifen. So beschrieb Irmgard: „Vorinformationen können manchmal nach hinten losgehen und Fehlinformationen sein.“ Auch Karl lehnte eine solche Information hinter dem Rücken des Patienten ab und akzeptierte das Anamnesegespräch mit dem Patienten als einzig sinnvolle Methode, behandlungsrelevante Informationen zu erhalten. Auch die Sicht auf die Diagnose des Patienten spiegelt sich in diesem Menschenbild wider. So erklärte Alex: „Diagnostik und Diagnosen stigmatisieren, spielen keine Rolle, der Mensch ist wichtiger.“

Selbst Zweifel an der Methode des Q-Sorts lassen sich als Präsenz dieses unvoreingenommenen und fern von Kategorien existierenden Menschenbilds deuten. So merkte Natalie, gefragt danach, ob es beim Sortieren der Karten Probleme gegeben hätte, an, dass sie ihre Anordnung für instabil hielt, da es für jeden Patienten ein anderes „Set an Kompetenzen“ geben müsse. Sie sah große Unterschiede zwischen ihren Patienten und müsse sich auf jeden anders einstellen.

Zuletzt gibt das beschriebene Menschenbild auch Hinweise auf die niedrige Priorisierung von Seelsorge. Genauso wie die Pflegenden ablehnten, einen Patienten einer Diagnose unterzuordnen, lehnten sie es ab, den Patienten einer ethischen Entscheidung unterzuordnen. Julia drückte dies wie folgt aus: „Moralische Beratung will ich nicht, steht mir nicht zu, der Klient entscheidet selber.“

### **Professionsbild**

Das Professionsbild geht insofern über das Selbstbild hinaus, als von den Probanden Aussagen getroffen wurden, die als universell, d. h. in deren Augen für alle professionell Pflegenden als gültig angesehen werden. Solche Aussagen sind zumeist durch das Wort „man“ gekennzeichnet, erwähnen ein Professionsbild direkt oder weisen anderweitig auf eine intensive Allgemeingültigkeit hin. Das Professionsbild umfasst auch Modellvorstellungen von Gesundheit und Krankheit oder pflegerischem Wirken.

Das Professionsbild ist in vielen Fällen mit dem Selbst- und Fremdbild überlappend, aber zugleich viel stärker auf den Arbeitsalltag bezogen. So beschrieb Arno die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis als Herausforderung: „Ich muss mich immer fragen [...]: Wie starr halte ich mich an Modelle, wie sehr an den Patienten?“

Welche inhaltlichen Hinweise geben die Probanden auf das Professionsbild? Zum einen ist es erheblich von der Beziehung zum Patienten geprägt, die wiederum als primär menschlich und ganzheitlich verstanden wird. Dieses schwere Gewicht der Beziehung spricht eher für eine *Being-there*-Haltung als für eine technisch-therapeutische Einstellung – eine Beobachtung, die sich auch mit den Ergebnissen des Q-Sort deckt, bei dem vor allem beziehungsfor-

derliche Kompetenzen hohe Ränge belegten. So begründete Elena mittelwichtig angeordnete Kompetenzen, im konkreten Fall Case-Management und Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern wie folgt: „Die sind wichtig, aber nicht so wichtig wie das, was ich als Person mitbringen.“ Hiermit ordnete sie die über die Beziehung hinausgehenden Tätigkeiten unmissverständlich als weniger wichtig für die alltägliche Arbeit ein.

Weitere Bestandteile des Professionsbilds sind Mut („Man darf keine Angst haben“, Simon) und Verantwortungsübernahme („Wir müssen schnelle, verantwortliche [sic!] Entscheidungen treffen“, Robert) sowie Lebenserfahrung und Anpassung.

Der Arbeit werden aber auch Schattenseiten zugeschrieben. So wird die Tätigkeit in einem ambulanten Dienst nicht als Teamtätigkeit wahrgenommen. Mehrere Aussagen innerhalb des Professionsbilds deuten darauf hin, dass es sich um eine „Einzelkämpfersituation“ (Simon) handelte oder Pflegende im ambulanten Sektor die „alleinige Verantwortung“ (Robert) zu tragen hätten. Dazu käme eine „überbordende Dokumentation, die einem die Zeit mit dem Patienten nimmt.“ Ein weiterer aufschlussreicher Aspekt ist das beschriebene Tätigkeitsfeld der Pflege. Es wird als variabel erlebt, zugleich aber skeptisch gesehen, wie etwa Horst es ausdrückte: „Die große Gefahr bei uns ist, dass wir alles können wollen!“

#### **5.5.4.3 Information, Planung und Vermittlung**

Für die Anwendung von Kompetenzen wird sowohl Hintergrundwissen als auch spezielles Wissen über den Patienten benötigt. Wann immer eine Aussage auf eine solche Form von Wissen und den Umgang mit diesem Wissen hinwies, wurde sie dem Thema „Information, Planung und Vermittlung“ zugeordnet. Wie gehen Pflegende mit dieser Wissensbasis um? Eindeutig kann gesagt werden, dass Informationen über den Patienten nicht zum Selbstzweck erhoben werden oder um sich vor Eventualitäten zu schützen. Informationen aller Art stehen immer in Bezug zu einem konkreten Behandlungsschritt („Freizeitaktivitäten und dergleichen müssen auf Ressourcen abgestimmt sein“, Arno) oder einer Verbesserung der Beziehung („Hintergrundwissen Psychiatrie brauch' ich, um Dinge einzuordnen“, Rachel).

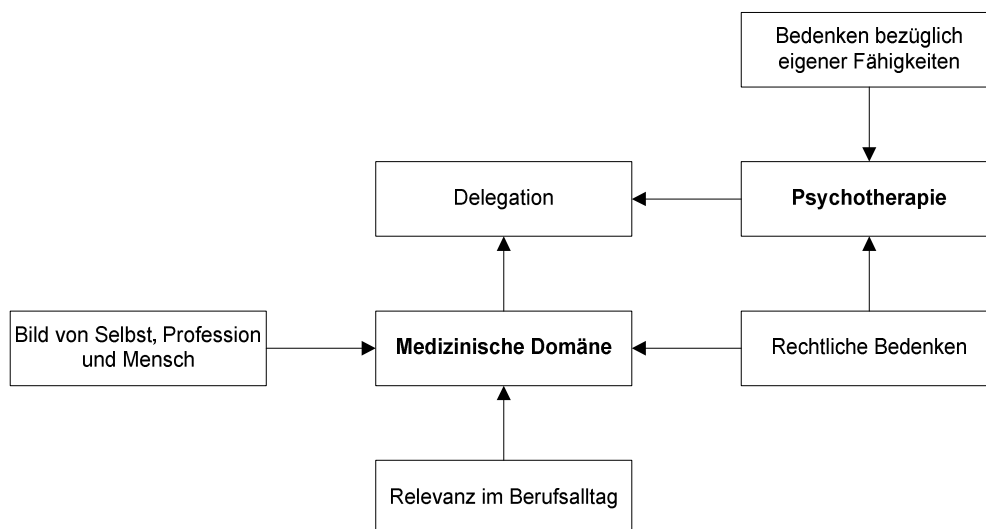
Ein sehr wichtiger Aspekt hierbei ist die bereits beim Menschenbild (S. 168) erwähnte Sorge, durch Vorinformationen über einen Patienten in der eigenen Urteilskraft eingeschränkt zu werden, den Patienten zu stigmatisieren oder durch das Einholen von Informationen die Beziehung zu gefährden. Diese Sorge scheint auch wesentlich präsenter zu sein als bei anderen Berufsgruppen, so beschrieb etwa Rachel: „Manchmal hilft es auch, nicht zu viel zu wissen.“ Wofür Wissen und Informationen gebraucht werden, konnten die Pflegenden gut benennen. So beschrieb etwa Josephine, dass es benötigt werde, um Fach- in Laiensprache zu übersetzen. Rachel sah es als sinnvoll an, um Verhalten des Patienten einzuordnen und so zu einem besseren Verständnis zu gelangen. Analog drückte es Arno aus: „[...] muss ich auch wissen, auf welcher Wellenlänge er und ich sind.“

Weitervermittlung, Delegation und Behandlungsplanung können nun als praktische Umsetzung dieses Grundwissens verstanden werden und sind so eng mit diesem verbunden, dass es an dieser Stelle als zusammenhängendes Thema behandelt wurde.

#### 5.5.4.4 Psychotherapie und Medizin

Psychotherapie und medizinische Domäne sind unter den Probanden die meistdiskutierten Kompetenzen. Über ihre Anwendung bestehen, sofern dies über stützendes Gespräch oder Medikamentenausgabe und Management hinausgeht, gegenüber anderen Kompetenzen mehr Vorbehalte. Abbildung 11 visualisiert die Beziehungen. Bedenken bezüglich der eigenen Fähigkeiten und rechtliche Bedenken führen bei der Psychotherapie zur Delegation, in der medizinischen Domäne hingegen ist das Bild des Selbst, der Profession und des Menschen neben der Alltagsrelevanz eher Grund der Ablehnung. Die Konsequenz ist demnach die gleiche, die Begründungen variieren jedoch.

Abbildung 11: Verbindungen zwischen Psychotherapie und medizinischer Domäne



Zur Psychotherapie lassen sich grob drei verschiedene Haltungen ausmachen: Eine Gruppe der Probanden delegiert die Psychotherapie klar, wobei sowohl Rahmenbedingungen, rechtliche Bedenken und persönliche Präferenzen verantwortlich gemacht werden. So drückte es Nadja wie folgt aus: „Psychotherapie im Einzelsetting wird von uns prinzipiell weitervermittelt, wenn es über Psychoedukation und Exposition hinausgeht.“

Die zweite Gruppe würde gerne psychotherapeutisch arbeiten, sieht aber ihre Kompetenzen als ungenügend an. Die Betroffenen wünschen sich, dies wird aus den Kommentaren deutlich, mehr Wissen um Techniken, Schulungen und Supervision, wie etwa Robert: „Ich führe stützende Gespräche, habe aber keine Psychotherapieausbildung [...], das wäre aber hilfreich.“

Die letzte Gruppe gibt an psychotherapeutisch tätig zu sein, wobei allerdings offenbleibt, wie eng dies ausgelegt ist. Diese Gruppe geht davon aus, durchaus über die Kompetenzen zu verfügen, entweder qua Co-Therapieausbildung oder – häufiger – weil sie dies aus ihrer Berufs- und Lebenserfahrung mitnahmen. Regina sagte dazu: „Psychotherapie mache ich schon, aber viel habe ich mir erarbeitet und nicht konkret gelernt.“ Auch wenn die psychotherapeutischen Kompetenzen von einigen Personen gewünscht sind, scheint es, als ob sich die meisten Pflegenden qua Erfahrung für qualifiziert halten und wenige Unterschiede zwischen ihrer eigenen und psychotherapeutischen Arbeit sehen. Die Hürde bei der Anwendung besteht also, wie es Ursula ausdrückt, weniger im Können als vielmehr in der Legitimation: „Zur PT bräuchte ich Legitimation, ich weiß schon genug.“

Hier ist eine Bezugnahme zu den drei Kompetenzprofilen möglich. Erwartungsgemäß sind die dem Kompetenzprofil therapeutisches Coaching zugeordneten Probanden eher bereit, Psychotherapie und vergleichbare Kompetenzen trotz fehlenden Wissens anzuwenden, während jene mit Alltagsbegleitung assoziierten eher nichts tun oder delegieren. Leider ergaben sich in der Gruppe der „fallsteuernden“ Probanden keine direkten Aussagen zum Thema.

In Bezug auf die medizinische Domäne ist die Haltung eindeutiger. Nur wenige Pflegende trauen sich eine Manipulation der Medikation zu und noch stärker als die Psychotherapie wird seitens der Pflegenden versucht, medizinische Aufgaben weitestgehend zu delegieren. Dabei kann noch zwischen Medikamentenmanagement und weiteren medizinischen Interventionen (inklusive Diagnostik aller Art!) unterschieden werden. Welche Gründe bestehen für die Delegation dieser Kompetenzen?

Der Hauptgrund ist die größere Vernetzung und der enge Kontakt mit den Kliniken, also folglich die Verfügbarkeit von Fachpersonal. Hinzu kommt eine rechtliche Komponente, denn die Legitimation zur Veränderung von Medikamenten wird nicht gesehen, wenngleich es ein paar wenige Kräfte gibt, die sie sich zutrauen würden. Das reine Ausgeben und Managen von Medikation wird zwar vorgenommen, allerdings eher nicht als wichtige Kompetenz angesehen. So könne es entweder an andere Instanzen, etwa die Sozialstation, delegiert werden, oder die Patienten machen eine Anwendung nicht nötig. Dies gilt auch für den Bereich des medizinischen Fachwissens, dass als „selten direkt gebraucht“ (Josephine) oder sogar unnötig beschrieben wird („Es wird weder gebraucht, noch vermisst“, Max). Es macht also eher den Eindruck eines „notwendigen Übels“ ambulanter psychiatrischer Pflege, als es als Teil der Berufsidentität aufgefasst wird.

Ein wichtiger weiterer Aspekt im Zusammenhang mit der medizinischen Domäne ist die bereits angesprochene Ablehnung von Stigmatisierung. Gerade das Feld der Diagnostik wird als nicht nur unnötig für den Prozess, sondern teils sogar als schädlich bewertet („Diagnostik und Diagnosen stigmatisieren“, Alex). So äußerte Horst: „Einige Dinge, die einem erst wichtig erscheinen, wie etwa Diagnostik, sind bei näherem Nachdenken für uns nicht wichtig.“

Dieses Widerspruchserleben gegenüber anderen höheren Zielen der Pflege schlägt sich auch in der eher niedrigen, zumindest aber unter der Beziehungsarbeit liegenden Anordnung der Kompetenzen im Q-Sort nieder.

#### **5.5.4.5 Angehörigenarbeit und Netzwerke**

Zuvorderst unterstreichen die Aussagen der Pflege zu diesem Thema die allgemein sehr patientenzentrierte Haltung, weisen zugleich aber auf ein Spannungsfeld hin. Arno konstatierte etwa: „Angehörigen- und Familienarbeit ist stark vom Wunsch des Patienten abhängig“, und betonte damit die Entscheidung des Patienten zur Einbeziehung des Umfelds. Zugleich wird die Angehörigenarbeit aber als essenzieller Teil der Arbeit begriffen. Olga beschrieb dies etwa so: „Wenn Sie die Angehörigen nicht im Boot haben, haben sie verloren.“ Über den Patientenwunsch kann somit ein Spannungsfeld entstehen, bei dem die Entscheidung jedoch zumeist zugunsten des Patienteninteresses fällt. Kein Kommentar weist auf eine Einbeziehung der Angehörigen „am Patienten vorbei“ hin. Trotz des Wunschs nach Angehörigenarbeit ist die Haltung der Pflege gegenüber den Angehörigen ambivalent. Sie werden teils als hinderlich für die Entfaltung und den Heilungsprozess des Patienten erlebt, etwa wenn sie durch Bevormundung Reaktanz beim Patienten hervorrufen. So deutete Stephanie an, dass die Pflege in solch einem Fall auch die Aufgabe hat, das System zu durchbrechen: „Spezielle Kommunikationstechniken sind nötig, um den Leuten auf Umwegen zu ihrem Glück zu verhelfen. Man will sich ja nicht anhören wie die Angehörigen.“

Der zweite Aspekt der Angehörigenarbeit ist unabhängig von der Haltung zum Thema. Er bezieht sich auf die Anwendbarkeit der Kompetenz vor dem Hintergrund der alltäglichen Rahmenbedingungen. Viele Probanden beklagten die fehlende Zeit für solche Interventionen, wenngleich die rechtlichen Rahmenbedingungen sie zuließen.

Die Netzwerkarbeit wird diesbezüglich unproblematischer beschrieben, wobei dies allerdings maßgeblich durch die Art der Durchführung moderiert wird. So setzen einige Pflegendе Kooperation mit Vermittlung und konkreter Delegation gleich. Es besteht also in der Praxis weniger ein Austausch, sondern eher das Verweisen auf andere Stellen, wenn konkrete – zu deren Domäne gehörende – Probleme in Erscheinung treten. Bezogen auf gesundheitliche Informationsvermittlung erklärte Horst dies kurz und bündig etwa mit dem Satz: „Ich muss das nicht wissen, aber ich muss wissen, wer es weiß.“

Andere gaben an, sehr wohl zwischen Patient und Arzt oder sogar in der Triade Patient–Arzt–Angehöriger zu vermitteln. Eine solche Schnittstellenfunktion beschrieb am deutlichsten Antonia: „Patienten kommen mit mir in Kontakt, so kommt bei der Pflege mehr an als beim Arzt.“ Das tiefere Vertrauensverhältnis, das zur Pflege besteht, wird im Sinne einer größeren Offenheit zur Grundlage der Vermittlung.

Als wahrscheinlichster Moderator dieser Rahmenbedingungen zeigte sich aber nicht die individuelle Pflegeperson, sondern das Zentrum, in dem sie wirkte. So nahm die Netzwerkarbeit auch hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung in den Teams in den südlichen Zentren einen höheren Stellenwert ein und wurde entsprechend anders eingeschätzt als in den nördlichen Zentren, wo die Pflegenden insgesamt weniger als Netzwerker fungieren mussten. Dies geht auch mit den Wertungen im Q-Sort einher. Hier wurden in den „netzwerkorientierten“ Zentren auch die entsprechenden Kompetenzen (Case-Management, Vermittlung zwischen Patient und Mitbehandlern und Individuelle Schulung von Angehörigen) höher gewertet.

#### **5.5.4.6 Alltagshilfe**

Alltagshilfe umfasst die eindeutig auf jegliche direkte Intervention im Haushalt oder Lebensumfeld des Patienten bezogene Aussagen von Probanden. Dazu gehören etwa Hilfe bei Behördengängen, Fahrten zum Einkaufen oder Hilfe beim Formulieren von Bewerbungen.

Im Thema Alltagshilfe finden sich zwei grobe Perspektiven auf diese und verwandte Kompetenzen. So wird Alltagshilfe auf der einen Seite als Vorläufer einer Selbstständigkeit im Sinne des Empowerments wahrgenommen, etwa durch Manuel ausgedrückt mit: „Selbstständigkeit ist die Voraussetzung für Stabilität.“ Diese direkte Beziehung fand sich allerdings vergleichsweise selten. Auf der anderen Seite ist Alltagshilfe „Türöffner-Kompetenz“, entweder für Aufbau und Vertiefung der Beziehung oder für die Anwendung anderer Kompetenzen. In diese Richtung weist etwa der Kommentar von Petra: „Alltagshilfe und lebenspraktische Beratung müssen sein, um überhaupt zu Hause helfen zu können.“ Diese Haltung ist jedoch nicht allgemein zu erkennen, so verweist Ursula darauf, dass für sie diese Kompetenz kaum eine Rolle spiele, weil sie in ihrem Berufsalltag nicht zur Anwendung komme.

#### **5.5.4.7 Empowerment**

Empowerment bezeichnet alle Kompetenzen, die den Grad an Selbstbestimmung im Leben erhöhen und den Patienten ermöglichen, ihren Bedürfnissen, Wünschen und Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt nachzukommen.

Das gezielte Fördern von Selbstständigkeit wird selten direkt erwähnt. Es scheint entweder im übrigen Behandlungskonzept aufzugehen und Folge anderer Kompetenzen zu gelten („Rückfallprophylaxe muss nicht explizit angewandt werden, weil es ein Ergebnis der Kompetenzen ist“, Richard) oder wird nicht als Aufgabe der Pflege wahrgenommen. Für Letzteres spricht, dass es eher in jenen Regionen mit großer Autonomie der Pflegedienste höher eingestuft wurde als dort, wo bereits umfangreiche Netzwerke beschrieben wurden.

Dies trifft jedoch nur auf die direkten Interventionen zu. Zugleich kann jegliche Übergabe von Behandlungsverantwortung an den Patienten bereits als intuitives und indirektes Empowerment verstanden werden – und diese Form des Empowerments ist weitaus häufiger. Ein Beispiel für eine solche Haltung führt Rita an: „Das mit den Zielen [...]. Ich geh’ immer erst



auf den Patienten zu und guck', was anliegt [...]. Ziele liegen da erstmal nicht so im Vordergrund.“ Hier besteht ein enger Zusammenhang mit dem Unterthema „Wünsche und Ziele des Patienten“, das zum Thema „Relevanz im Berufsalltag“ gehört. Indem der Patient Mitgestalter der eigenen Behandlung wird, erlangt er größere Autonomie im Behandlungsprozess, wird vom Behandelten zum Mitbehandler und im Idealfall in die Lage versetzt, seine Gesundheit und damit sein Leben selbstständiger in die Hand zu nehmen.

#### **5.5.4.8 Fehlende Kompetenzen**

Insgesamt erwähnten sieben der 35 Probanden fehlende Kompetenzen, darunter „Hintergrundwissen soziale Arbeit“, die in der Erstellung des Q-Sets in das Hintergrundwissen Gesundheits- und Sozialsystem einsortiert wurde. Die Tatsache, dass diese Kompetenz vermisst wurde, unterstreicht ihre Bedeutung für die Pflege. Ein weiterer Unterteilungsvorschlag war die Trennung des Hintergrundwissens Medizin in Medizin und Pharmakologie.

Weitere Unterteilungen wünschte sich ein Proband im Feld der Beziehung. So wurden Nähe-Distanz-Regulation und Beendigung der Beziehung als eigenständige Kompetenzen verstanden. Ebenfalls eine Ausdifferenzierung wurde für die persönliche Reife und Selbstreflexion in Form der Kompetenz „Gefestigte Persönlichkeit“ vorgeschlagen. Zuletzt wurden zwei Kompetenzen genannt, die im Vorfeld des Q-Sorts ausgeschlossen wurden, weil sie nicht im Zusammenhang mit direkter Patientenarbeit gesehen wurden, nämlich „Selbsterfahrung anleiten und Supervision durchführen“ sowie „Verständnis von Fachliteratur“.

Alle vermissten Kompetenzen wurden in der Literaturübersicht mindestens in ähnlicher Form gefunden und ihr Fehlen im Q-Set ist als Artefakt der Komprimierung zu werten.

Bei Betrachtung der als fehlend bezeichneten Kompetenzen ist bemerkenswert, dass auch hier das Feld der Beziehung eine große Rolle spielt, da vor allem Kompetenzen aus diesem Bereich als vermisst deklariert wurden. Insgesamt spricht die geringe Zahl der als fehlend bezeichneten Kompetenzen jedoch dafür, dass die Abbildung des Kompetenzprofils im Q-Sort ausreichend war.

#### **5.5.4.9 Trennschärfe der Kompetenzen**

Hinsichtlich der Trennschärfe wurden von vier Probanden Schwierigkeiten angemerkt. Zwar berichtete damit die überwiegende Zahl von Probanden eine ausreichende Trennschärfe, einige bewerteten die Trennung allerdings „akademischer Natur“ (Nadja), wenngleich dies auch als positiv gewertet wurde. So kommentierten die Probanden die Untersuchung auch mit den Worten: „Es überrascht mich, was wir eigentlich alles können.“

Unklar bleibt, ob die Probanden die Kompetenzen auch in freier Wiedergabe so oder so ähnlich getrennt hätten. Strenggenommen prüft die Frage „Sind die Kompetenzen zu trennen?“ nur, ob die Probanden das vorgegebene System nachvollziehen konnten, nicht ob sie damit einverstanden waren.

## 5.5.5 Diskussion

### 5.5.5.1 Ziele, Leitbilder und Rolle der Kompetenzen

Der Erkenntnisgewinn der qualitativen Analyse ist weniger als Präzisierung der Ergebnisse des Q-Sort zu verstehen. Nur bei einzelnen Themen war eine Bezugnahme zum Q-Sort möglich; die meisten Erkenntnisse der qualitativ orientierten Inhaltsanalyse beziehen sich auf eine andere Ebene. Konkret werden andere strukturellere Aspekte der Sicht auf die Kompetenzen beleuchtet, und zwar solche, die nicht Teil des Q-Sorts waren. Damit wird es möglich, über die Kompetenzprofile hinausgehende Erkenntnisse zu erhalten. Im Folgenden werden daher weitere Gesichtspunkte der Leitfrage dieser Arbeit beleuchtet. Während die Befragung mittels Q-Methodologie die Bildung und Abgrenzung diverser Kompetenzprofile innerhalb der Profession bezweckte, war es das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse, Themen zu finden und Verbindungen zwischen diesen zu erschließen.

Die erste Frage lautete, ob es Hinweise auf Leitbilder und Ziele der befragten Personen gebe. Die Antwort auf diese Frage ist zusammengefasst die „Hilfe am Menschen“, konkreter zwar auch durch Interventionen, aber vor allem durch die Beziehung. Hier wird sehr deutlich, dass Beziehung nicht nur als wichtigste Kompetenz, sondern auch als Ziel der pflegerischen Intervention anerkannt wird. Dem Erhalt der Beziehung und den Wünschen des Patienten sind andere Kompetenzen nachgeordnet, wobei die Beziehung nicht nur als Türöffner für andere Kompetenzen oder „Mittel zum Zweck“, sondern per se als heilsam beschrieben wird. Die gesamte ambulante Arbeit scheint auf diese Kompetenz ausgerichtet zu sein. Pflege wirkt also *für die Beziehung, mit der Beziehung und durch die Beziehung*.

Dies deckt sich unter anderem mit Befunden von Rydon (2005) und Bee et al. (2008). Beide Studien liefern deutliche Hinweise darauf, dass insbesondere das zugewandte Auftreten von Pflegenden (also eine Beziehung im Sinne eines „Being-There“) und weniger therapeutische Intervention von den Patienten geschätzt und erwartet werden. Dies gelte insbesondere für den ambulanten Bereich (Pollock, 1989). Die vorliegende Arbeit liefert daher auch einen Hinweis darauf, dass die Erwartungen von Pflegenden und Patienten kongruent sind. Die Beschreibungen der Pflegenden zu diesem Thema weisen ebenso markante Schnittmengen mit dem durch Richter und Hahn (2009) aufgestellten informellen Aufgabenprofil ambulanter psychiatrischer Pflege auf, welches unter anderem Aufbau von Vertrauen, Dasein und Fürsorge beinhaltet.

Hinweise auf unterschiedliche Sichtweisen auf den Beruf finden sich in den qualitativen Daten durchaus – jedoch nur in den Detailfragen, bspw. nach den abseits der direkt beziehungskorrelierten relevanten Kompetenzen. Sie betreffen vor allem (aber nicht ausschließlich) zwei Felder: die „technischen“ Kompetenzen rund um Psychotherapie, wobei das persönliche Bild moderierend für die Unterschiede ist, und das Feld der Angehörigen- und

Netzwerkarbeit, wobei die Umstände des Arbeitsumfelds stärker moderieren als die persönliche Präferenz.

Die Antwort auf die zweite Frage, nämlich warum bestimmte Kompetenzen den Pflegenden wichtig sind, ist die gleiche wie auf die erste Frage: Dem Ziel und Leitbild der Beziehung untergeordnet werden Kompetenzen umso wichtiger, je dienlicher sie diesem Ziel sind. Kompetenzen, deren Anwendung für den Patienten Nachteile in Form von Stigmatisierung oder Beschädigung der Beziehung mit sich bringen könnte, werden folglich weniger gewichtet.

Kompetenzen werden umso höher gewichtet, je mehr sie zum Aufbau und Erhalt der Beziehung beitragen. Dabei spielt kaum eine Rolle, ob eine Kompetenz in diesem Zusammenhang direkt oder nur mittelbar mit diesem Ziel in Verbindung gebracht wird – sobald sie als hilfreich beim Aufbau oder Erhalt der Beziehung erlebt wurde, erfolgte eine höhere Einordnung.

An dieser Stelle werden Informationen aus dem Q-Sort bedeutsam, bei dem sich auch noch eine Gruppe von Kompetenzen zeigt, die hoch gewichtet werden, nämlich jene, die zum individuellen Kompetenzprofil gehören. Wenn immer eine Aussage auf weitere Schritte der Behandlung verweist, wie etwa „[...] ohne Beziehung kann man keine Behandlung machen“ (Horst), dann sind wahrscheinlich die durch die hoch gewichteten Kompetenzen im Q-Sort impliziert Ziele gemeint. Dies macht Beziehung – zu einem gewissen Teil – auch immer zu einem Werkzeug.

Niedrigere Wertungen hingegen haben neben der Tatsache, dass die Kompetenz als beziehungsschädlich eingestuft wird, variabelere Ursachen. Eine niedrige praktische Relevanz, also die fehlende Möglichkeit ihrer Anwendung im Alltag, wurde meist als Begründung für niedrige Wertungen angegeben, wobei sich zwischen „harten Rahmenbedingungen“, wie Vorgaben seitens des Trägers oder fehlende Abrechenbarkeit, und „weichen Rahmenbedingungen“, wie Zeitmangel oder geringe Nachfrage seitens der Patienten, unterscheiden lässt. Unabhängig von dieser Unterscheidung weist die Priorisierung jedoch darauf hin, dass eine Trennung des idealen Berufsbilds von der Praxis nicht möglich ist und sich das wahrgenommene Kompetenzprofil stets auch aus den realen Bedingungen ergibt. Auf die Schwierigkeit der Trennung zwischen einzelnen Interventionen und den Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns machten bereits Garside (1998), sowie Byng und Jones (2004) aufmerksam. Die Autoren bemerkten in ihrer Arbeit eine Interaktion zwischen Rahmenbedingungen und pflegerischer Intervention und forderten deren Berücksichtigung: „We stress the importance of adapting to the context in which the shared care development or intervention occurs.“ (Byng & Jones, 2004, S. 34).

Seltener als mit Verweis auf die Rahmenbedingungen, aber doch auffällig häufig, wurden niedrige Wertungen mit mangelndem Wissen oder einer persönlichen Einstellung zur Kompetenz begründet. Insbesondere der Befund wonach mangelndes Wissen über eine spezifische Kompetenz von Pflege beklagt wird ist nicht neu. Bereits in der Arbeit von Cunningham

und Slevin (2005) merken Pflegende Defizite in Form von Wissen an. Die Arbeit erweitert den Befund daher, dass es so scheint als ob diese empfundenen Defizite sich auch auf die praktische Anwendung von Kompetenzen auswirken. Dies ist auch in Anbetracht der Präsenz solcher speziellen Kompetenzen in der Literatur (siehe auch S. 99ff), welche wiederum auf eine große Rolle in der Forschung hindeutet, durchaus bemerkenswert. Zugleich ist jedoch noch einmal zu betonen, dass nur einen gewissen Teil der Pflege solche speziellen Kompetenzen wichtig sind. Insgesamt deutet sich also eine Lücke zwischen dem was in der Literatur für wichtig erachtet wird und was die Pflege letztendlich für sich wünschen zumindest an.

Ein weiterer Aspekt ist, dass manche Kompetenzen als delegierbarer angesehen wurden und somit auch als weniger wichtig für die pflegerische Arbeit galten. Dieser Befund hängt wahrscheinlich auch mit der Stichprobe selbst zusammen. Die Möglichkeit, bzw. Notwendigkeit, der Delegation von Aufgaben ergibt sich eher in interdisziplinären Teams, denn in einem Team aus rein ambulanten Pflegenden. Die Delegation in der vorliegenden Arbeit hat aber auch eine durchaus spezielle Qualität. Es handelt sich hierbei nicht, wie etwa bei Archer et al. (2012), angedeutet um eine planmäßige und systematische Delegation, sondern wahrscheinlich eher um informelle Absprachen im Rahmen des Teams.

Zuletzt tauchte der Aspekt der Vereinbarkeit von Kompetenzen mit persönlichen Werten auf. Wenngleich dieser Aspekt gemessen an der Häufigkeit seiner Erwähnung innerhalb von Probandenaussagen eher ein nachgeordnete ist, sollte er Beachtung finden. Er ist eng mit der individuellen Sicht auf die eigene Arbeit und das Professionsbild verbunden.

#### **5.5.5.2 Zur beruflichen Identität**

Im vorherigen Absatz wurde bereits deutlich, dass Kompetenzen immer vor der individuellen Einstellung der jeweiligen Pflegenden betrachtet werden müssen. Unter Bezugnahme auf soziologische Theorien werden somit auch Rückschlüsse auf Fragen professioneller Identität bei professionell Pflegenden möglich. In der Inhaltsanalyse konnten drei Themen identifiziert werden, nämlich Selbstbild, individuelles Bild der Profession und Bild vom Menschen.

Im Feld zwischen Profession- und Selbstbild spielen sich oftmals die Entwicklungsaufgaben der Pflege ab. Es ergeben sich Berührungspunkte zur beruflichen Identität der psychiatrischen Pflege, wie sie etwa von Staudacher und Koziel (2011) beschrieben wurde. Die Autoren merkten zugleich aber an, dass es der psychiatrischen Pflege durchaus schwer falle ihren Auftrag zu konkretisieren.

Eben weil die Profession keine Wissensbasis für jede Situation bereitstellt, also keine „Musterlösungen“ für jedes Setting und jede Situation anbieten kann, müssen Pflegende (gerade im ambulanten Setting, das ohne eine klinische Hierarchie auskommen muss) selbst Lösungen generieren. Diese individuellen Problemlösungen werden durch das Selbstbild der jewei-

ligen Person mitbedingt. Dieser Prozess zwischen „Musterlösung“ und „Improvisation“ kann analog zur systemtheoretischen Position der Profession (Stichweh, 1996, S. 49ff) gesehen werden: Die professionelle Pflege muss in einer überkomplexen Situation zwischen Klientenproblematik und akademischen Wissenskorpus vermitteln, d. h. eine situationsspezifische Lösung generieren.

Das Selbstbild nimmt in dieser Situation von daher eine bedeutende Rolle ein, als dass die in ihm gesammelten Erfahrungswerte zur Bildung der konkreten Lösung benutzt werden. Ist im Selbstbild etwa die Meinung enthalten, nicht kompetent genug für das Durchführen psychotherapeutischer Interventionen zu sein, würde der Konflikt dadurch aufgelöst, dass die entsprechende Handlung delegiert wird. Durch das flexible Professionsbild entsteht also gerade die Möglichkeit Verantwortung an sich zu ziehen bzw. abzugeben, ohne unbedingt mit festen Regeln im Konflikt zu geraten oder einen „Kunstfehler“ zu begehen. Betroffen von der individuellen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten sind also insbesondere jene Kompetenzen, denen ein wenig intuitiver und stattdessen vielmehr formalistisch-akademischer Hintergrund bzw. Zugang zugeschrieben wird.

An dieser Stelle sei jenes Kompetenzprofil aufgegriffen, das als „begleitende Alltagshilfe“ bezeichnet wurde. In seinem Kern impliziert es, maximal auf die direkt geäußerten und wahrgenommenen Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet zu sein. Akademisches Wissen, Richtlinien und vergleichbarer „Input von außen“ ist zur Erfüllung eines solchen Professionsbildes nicht unbedingt erforderlich (Auf den Punkt gebracht durch die Aussage: „Ich mache auch Psychotherapie, die Kompetenzen habe ich aber nicht per Ausbildung erworben, da wende ich Lebenserfahrung an“).

Dieser Eindruck ergibt sich auch aus den empirischen Daten des Q-Sorts. Post hoc wurden die Kompetenzen einer von drei Kategorien zugeordnet, nämlich praktischen Tätigkeiten, intuitiven Kompetenzen (vor allem zwischenmenschlicher Bereich) und zuletzt den akademischen Kompetenzen. Wurden dann die Mittelwerte der Bewertung der jeweiligen Zuordnungen verglichen, zeigte sich, dass die Gruppe der praktischen Alltagshelfer auch dort eine gewisse Präferenz zu eben jenen praktischen Kompetenzen hat, während die Gruppe derjenigen, die therapeutisches Coaching präferieren, tendenziell auch eher akademische Kompetenzen akzeptiert.

Bereits in den achtziger Jahren wies Blankertz (1983) auf die Untrennbarkeit der Kompetenzentwicklung mit der Identifikation mit der Berufsrolle hin. Diese aus dem pädagogischen Bereich stammende Annahme der Untrennbarkeit von Kompetenz- und Identitätsentwicklung findet sich indessen im pflegewissenschaftlichen Kontext wieder. (Handlungs)kompetenz und professionelle Identität werden auch hier als zusammengehörig wahrgenommen (Cassier-Woidasky, 2007; Fagermoen, 1997). Dieser Logik folgend würde dem Pflegeberuf Entwicklungspotential verloren gehen, wenn sich die Basis von einer akademischen Weiterentwick-

lung entfernte. Die Frage, die sich nun stellt – und die der Kern folgender Arbeiten sein könnte –, mag daher lauten: Woher kommen die Vorbehalte gegen „das Formale“?

Eine Möglichkeit wäre, dass es sich um ein anderes Professionsverständnis handelt. Ob unter diesen Bedingungen das aus der strukturfunktionalistischen Position der Soziologie ableitbare „Fördern gesellschaftlicher Werte“ als Bedingung einer Profession (im Fall der Pflege Gesundheit) realisiert wird, ist unklar und müsste debattiert werden. Die Pflege wäre dann aber in der Pflicht sich in dieser Rolle gegenüber anderen alltagsbegleitenden Anbietern zu rechtfertigen und sich gegenüber familiärer und „Laienpflege“ abzugrenzen.

Eine andere Möglichkeit – auch hierauf ergeben sich Hinweise aus den Interviews – ist die Annahme, dass es sich um fehlendes Wissen handelt. Fehlendes Wissen kann theoretisch entweder zum Wunsch nach der Suche nach diesem Wissen führen, zum Füllen der Lücken mit Erfahrungen (worauf später noch eingegangen wird) oder zum Aufgeben von Verantwortung. Im letzteren Fall würde ein Aufgabenbereich aufgegeben, weil das Selbstvertrauen fehlt, diesen ausfüllen zu können. Der Frage nach den Hindernissen von Kompetenzanwendung würde dann eine große Bedeutung zukommen.

### **5.5.5.3 Verantwortung im Pflegeberuf**

Wie bereits beschrieben, ist das Feld ambulanter Pflege gekennzeichnet durch Überschneidungen mit medizinischen, sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Kompetenzen (Richter & Hahn, 2009, S. 133), und im Zuge dessen derart anspruchsvoll, dass es tiefer gehenden Spezialwissens in diesen Domänen bedarf, das jedoch den meisten ambulant Pflegenden nicht zur Verfügung steht. In einer Mitteilung nannte Sauter (2015) Autonomie, Autorität und Befugnisse, berufliche Kenntnisse und Kompetenzen sowie interpersonelle Kompetenzen als notwendig dafür, dass Pflegenden Verantwortung übernehmen. Diese Gedanken angenommen, würde es sowohl nach Richter & Hahn (2009, S. 133) als auch aus den Befunden der Arbeit heraus an Kenntnissen mangeln, die einer Verantwortungsübernahme im Weg stehen.

Mit einer Verantwortungsablehnung allerdings würden bestimmte Kompetenzen verkümmern. Im Extremfall käme es so zu einer Selbstbescheidung des Pflegeberufes, nämlich dann, wenn andere Berufsgruppen sich der offen stehenden Kompetenzbereiche annehmen würden. Die Gefahr eines solch reduzierten Pflegeberufes bestünde darin, dass Dienste und Institutionen nicht mehr die Notwendigkeit sähen Stellen mit hoch qualifizierten Pflegenden zu besetzen und stattdessen auf weniger qualifiziertes Personal zurückgreifen würden, wodurch mittel- und langfristig ein Absinken der Qualität zu befürchten wäre. Die Übernahme der Verantwortung für bestimmte Kompetenzbereiche würde demnach auch die Zukunft einer hoch qualifizierten Pflege sichern. Das Ermutigen von Pflegenden zur Übernahme solcher Kompetenzen scheint daher auch umso wichtiger, als dass in der vorliegenden Arbeit

kein Hinweis darauf erbracht wurde, dass Pflegende bestimmte Kompetenzen generell als nicht zu ihrem Beruf gehörig ansahen. Das Ablehnen von Verantwortung scheint daher weniger ein Effekt der Überzeugung von einem bestimmten Bild zu sein, als vielmehr entweder mangelndes Wissen oder mangelnde Rechtssicherheit. Dies passt auch zu Befunden von Manuel und Crowe (2014), die von defensiverem Vorgehen bei größerer Unsicherheit hinsichtlich der Folgen des eigenen Handelns sprachen.

Zur Überprüfung dieser Hypothese ist es unerlässlich in Folgearbeiten systematisch zu erheben, in welchen Bereichen es den Pflegenden subjektiv an Kompetenz mangelt. Effektiv wäre ein solches Vorgehen vor allem dann, wenn es zugleich nochmals die persönliche Relevanz der jeweiligen Kompetenz abfragen würde. Möglicherweise könnte ein 2×2 Schema entstehen, in dem Kompetenzen entweder als subjektiv wichtig oder unwichtig auf der einen Seite und hinsichtlich des verfügbaren Wissens als genügend oder ungenügend auf der anderen Seite beschrieben würden. Als kritisch wären dann solche Kompetenzen anzusehen, die als subjektiv wichtig und zugleich hinsichtlich des verfügbaren Wissens als ungenügend beschrieben würden.

Das Verständnis der eigenen Profession durch die Pflege ist auch ein stark in der individuellen Biografie verankertes. Mehrfach wurde durch die Probanden die Wichtigkeit von Erfahrungswerten aus dem beruflichen Kontext als Grundlage für praktische Entscheidungen betont. Die konstante Auseinandersetzung mit den Anforderungen von außen (Strukturen des Teams, der Arbeitsstätte, aber auch wissenschaftliche Entwicklungen) und innen (eigenes Erleben und Erfahrungen mit Patienten) formt das eigene Menschen-, Selbst- und damit das Professionsbild in einem kontinuierlichen Prozess. Die von den Probanden dargestellte Weltansicht ist also gut mit der biografiethoretischen Position von Tenhart (2001, S. 28) vereinbar.

Die individuelle Gewichtung von Kompetenzprofilen wäre somit vor allem ein Effekt der Erfahrung, die auch deshalb an Bedeutung gewinnt, weil innerhalb der Profession ein großer individueller Interpretations- und Entwicklungsraum besteht. Ein potentielles Problem eines solch großen und wenig vorgegebenen Entwicklungsraumes ist jedoch, dass von außen vorgegebenen Entwicklungen mit Skepsis begegnet wird, wenn diese subjektiv den eigenen Erfahrungen und dem eigenen Bild widersprechen. Ein potentielles Problem bei großen Entwicklungsspielräumen tritt dann auf, wenn es kein Wissen gibt, um sich selbst zu hinterfragen oder um auf Ungewissheiten zu reagieren. Das akademische Wissen hilft zumindest bei der Lösung von unbekanntem Problemen.

Die Gefahr der Entwicklung eines Systems, das sich hauptsächlich aus individuellen Erfahrungen herausbildet, ist, dass evidenzbasiertes Wissen nicht in das Praxishandeln einfließt. In abgeschwächter Form findet sich dies bei den Probanden etwa in der Selbstsicherheit wieder, mit der die eigene subjektive Erfahrung als alleinige Begründung für die Anwendung

von Interventionen und die Einschätzung von deren Wirksamkeit herangezogen wird. Im ungünstigsten Fall führt dieses Ignorieren von Vorgaben und wissenschaftlichen Befunden dazu, dass die Patienten nicht mehr die bestmögliche Behandlung („best practice“) erhalten und die Pflege sich von der evidenzbasierten Praxis entfernt. Eine zu starke Fokussierung auf rein alltagsbegleitende Tätigkeiten könnte dazu führen, dass Probleme von Patienten konserviert würden und so dem Patienten unentdeckt die Selbstständigkeit genommen würde. Indirekt wird sogar ein Widerspruch innerhalb der Profession deutlich, der sich besonders dann zeigt, wenn der Pflegeberuf vor dem Hintergrund der strukturformalistischen Position von Parson und Goode betrachtet wird. Durch den impliziten Auftrag Gesundheit als Wert zu erhalten, entsteht tendenziell ein Auftrag, der über das Akzeptieren und Begleiten des Status Quo hinausgeht. In den Zeiten der paternalistischen, institutionellen Psychiatrie wurde an dieser Stelle paternalistisch ein Weg für den Patienten (im Extremfall mit Zwang) vorgegeben. Durch gesellschaftliche Veränderungen, aber auch durch das per se veränderte Machtgefüge zwischen Patient und Pflege im ambulanten Setting (der Patient ist nicht mehr Gast im Haus der Pflege, sondern umgekehrt) ist dies aber keine uneingeschränkt anwendbare Option mehr. Indem Autonomie (des Patienten) immer mehr zu einem gesellschaftlichen Wert wurde -wovon auch andere gesellschaftliche Entwicklungen zeugen -, müssen die Pflegenden nunmehr zwei Werte im Extremfall gegeneinander abwägen: Autonomie und Gesundheit. Auch hier wird letztlich die Entscheidung nicht aus einer professionellen Vorgabe heraus, sondern aus eigener - und damit berufsbiographieabhängiger - Erfahrung getroffen. Dieser Entwicklung könnte entgegengewirkt werden, indem der Nachfrage der Pflegenden nach mehr und spezifischem Wissen nachgekommen wird. Insbesondere die psychotherapeutischen Techniken können dem Patienten neue Wege eröffnen, ohne ihm das Gefühl zu vermitteln paternalistische Behandlung zu erhalten oder dass seine Problemlagen ignoriert werden. Die vorliegende Untersuchung zeigte, dass es insbesondere in den (in der Literatur durchaus häufig adressierten) speziellen therapeutischen Kompetenzen eine solche Nachfrage gibt. Auch dies spricht für die Entwicklung eines modernen und einheitlicheren Curriculums für ambulante Pflege.

#### **5.5.5.4 Das Menschenbild und Spannungsfelder im Professionellen**

Das Menschenbild wiederum wird auch dann zu einem wichtigen Faktor, wenn es um das Verstehen des Patienten geht. Dieses Verstehen von Patienten, ihrer Lebensumwelt und ihrer Lage erfüllt durchaus die Definition dessen, was Oevermann als „hermeneutisches Fallverstehen“ bezeichnet.

Insgesamt zeigte sich das Menschenbild der Pflegenden einheitlicher als das Selbstbild oder das Bild von der Profession. Es entstand der Eindruck, dass die Pflegenden eher in Richtung einer Verständigung mit dem Patienten orientiert waren denn auf einen Erfolg in der Behandlung im Sinne des Modells der kommunikativen Kompetenz von Habermas (1971).



Die Erfahrungswerte, welche Pflegende benutzten um besagten Fall im oevermannschen Sinne zu verstehen, entspringen den im Laufe der professionellen Tätigkeit gemachten Erfahrungen mit Klienten und Mitarbeitern sowie dem System (nicht aber einer gemeinsam abgestimmten beruflichen Identität). Der von Oevermann implizierte Widerspruch von wissenschaftlicher Basis zu Fallverstehen zeigt sich zum Beispiel am Thema der Diagnosen und der damit einhergehenden expliziten oder impliziten Handlungsanweisungen. Diese werden oftmals im Widerspruch zum Erlebten gesehen (Stichwort: „Diagnose als Stigma“) und somit für den Pflegenden oder die Pflegende zu einem Widerspruch.

In der vorliegenden Arbeit scheint es, als würden sich die handelnden Akteure im Zweifel mehr auf ihre individuellen Erfahrungen zur Bildung des hermeneutischen Fallverständnisses verlassen als auf die „akademisch-theoretische Vorgabe“. Der erlebte Widerspruch wird hier also nicht durch einen Mittelweg, sondern eher durch die klare Positionierung an einem der Pole gelöst, d. h. dem individuellen Fallverständnis wird Priorität vor der wissenschaftlichen Basis und Regelanwendung eingeräumt.

Dabei ist dieser von den Pflegenden erlebte starke Widerspruch zwischen intuitiv-empathischem Verstehen von Menschen und der Zuhilfenahme wissenschaftlich-akademischer Kategorisierung, wie zum Beispiel Diagnosen und Behandlungsrationalen, für außenstehende Betrachter nur ein scheinbarer. Die Frage des Menschenbildes wird in den Curricula der Pflege unzureichend behandelt. Sie müsste eigentlich zum akademischen Korpus gehören, wie dies bei Ärzten und Psychotherapeuten der Fall ist. Ein Diskurs innerhalb der Ausbildung, etwa zum Umgang mit Diagnosen und deren Grenzen, könnte den scheinbaren Widerspruch zwischen „akademischer Kälte“ und „gelebter Wärme“ durchaus auflösen.

In ihrer Arbeit am Menschen ist die psychiatrische Pflege als Profession, ebenso wie in Gestalt des einzelnen Pflegenden mit mehreren Spannungsfeldern konfrontiert, die größtenteils mit den von - Schütze aufgestellten Paradoxien des professionellen Handelns vergleichbar sind (Schütze, 2000, S. 78f).

Wenn auch ein Vergleich der Aussagen in der aktuellen Arbeit mit jedem der 15 genannten Paradoxien den Rahmen sprengen würde, so lohnt sich doch ein kursorischer Blick vor dem Hintergrund der bisher erhobenen Befunde dieser Arbeit.

Für die überwiegende Zahl der genannten Paradoxien scheinen die Probanden dieser Arbeit eine für sich eindeutige Haltung gefunden zu haben. Alles deutet darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der Probanden im Zweifel die Lösung wählt, welche am ehesten mit dem Wunsch des Patienten im Einklang gesehen wird; Lösungsmöglichkeiten, die das Potenzial haben in die Patientenautonomie einzugreifen, scheinen nicht im Sinne der Probanden (z. B. moralische Beratung) zu sein.

Dies heißt aber nicht, dass nicht prinzipiell versucht wird den Patienten „auf einen Weg zu bringen“. Mehrere Aussagen deuten darauf hin, dass einige Pflegende die Beziehung als Eintrittskarte hin zu einer Veränderungsmotivation sehen, andere verweisen auf spezielle Kommunikationstechniken. Es entsteht phasenweise der Eindruck, dass die Probanden durchaus glauben zu wissen, was gut für den Patienten ist, sich jedoch zugleich davor scheuen dies direkt verlautbaren zu lassen. Überspitzt könnte man formulieren, dass es das Ziel ist, den Patienten nicht wissen zu lassen, dass für ihn entschieden wird. Hierzu passen auch die an einigen Stellen geäußerten Bedenken vor einer zu großen „Macht des Patienten“; dies wird etwa deutlich in der Skepsis gegenüber der Benennung des Items „bedingungslose positive Wertschätzung“. Auf einen solchen Konflikt zwischen bevormundeter und wertschätzender Fürsorge wiesen bereits Richter und Hahn (2009, S.130) hin.

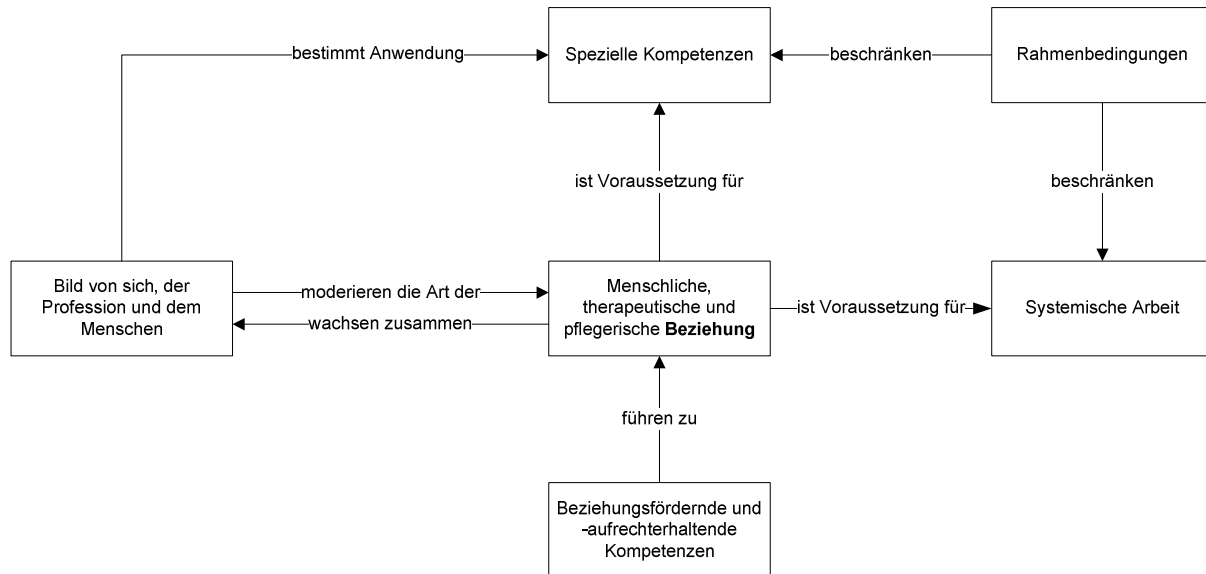
Ein weiteres Spannungsfeld baut sich in der Triade Patient-Organisation-Pflege auf. Dieses ebenfalls in den Paradoxien von Schulz enthaltene Spannungsfeld wurde von den Probanden mehrfach angesprochen. Während Schulz jedoch durchaus mögliche Vorzüge von Organisationen sah, schien es bei den Probanden eher, als nähmen sie die Organisation rein als Beschränkung der eigenen Arbeit wahr.

Diese beschriebenen Spannungsfelder scheinen typisch für den ambulanten Sektor zu sein. Im stationären Bereich ist es möglich, dass es Pflegenden leichter fallen würde, sich gegen eine Patientenautonomie zu entscheiden; vor allem wenn das Wohl anderer Patienten in die Entscheidungsfindung mit einbezogen wird.

#### **5.5.5.5 Die Struktur der Kompetenzen**

Alle Aussagen der Probanden zusammengenommen ergeben sich Hinweise auf eine Grundstruktur der pflegerischen Kompetenz (Abbildung 12). Demnach wäre die Beziehung zentral und durch das Bild der Pflege von sich, der Profession und dem Menschen moderiert. Die Moderation wäre jedoch nicht unveränderlich, eher würde sich das Bild durch Erfahrungen mit den Patienten anpassen und nach und nach mit diesen wachsen; auch hier zeigt sich eine berufsbiographische Komponente.

Die Beziehung wiederum ist Voraussetzung für jegliche Einflussnahme auf den Patienten. Welche speziellen Kompetenzen eine professionelle Pflegende bzw. ein professionell Pflegender zum Einsatz bringt, würde wiederum über die Einstellung zu sich und den Beruf mitbestimmen. Ebenfalls ist die Beziehung Voraussetzung für jegliche systemische Arbeit. So setzt das Einbeziehen in die Kommunikation mit Mitbehandlern oder der Familie ein nur durch Beziehung zu erreichendes Vertrauen voraus. Als letzte Komponente dieses basalen Modells sind Rahmenbedingungen jeglicher Art zu nennen, die von außen beschränken, welche Kompetenzen und Interventionen im System möglich sind.

**Abbildung 12: Hypothetische Struktur der Wahrnehmung pflegerischer Kompetenzen**

### 5.5.5.6 Trennbarkeit und fehlende Kompetenzen

Wenige Probanden deklarierten fehlende Kompetenzen, die entweder aus methodischen Überlegungen nicht aufgenommen worden waren (Supervision, Selbsterfahrung und Verständnis wissenschaftlicher Publikationen) oder beim Zusammenfassen nach der Literaturanalyse keine eigene Kompetenzgruppe bildeten, sondern in einer anderen Gruppe aufgingen. Interessanterweise wurden auch hier innerhalb der Kategorie Beziehungsaufbau einige Trennungen oder Präzisierungen vorgeschlagen, was als Zeichen gewertet werden kann, dass diese Kompetenz auch in der Professionsdefinition der Pflege eine große Rolle spielt.

Die Trennschärfe wurde als gut beschrieben, wobei unklar bleibt, ob die Bestätigung sich nur auf das Q-Set bezieht oder die Trennung der Kompetenzen auch abseits davon so erfolgt wäre.

### 5.5.5.7 Weitere Themenschwerpunkte

Einige Themen und Erkenntnisse wurden nicht explizit in den Leitfragen bedacht, fielen bei der Analyse jedoch deutlich ins Auge. So fanden sich Hinweise auf drei Haltungen zur Psychotherapie unter den Probanden: Die einen trauen sich diese Kompetenz nicht zu und delegieren, die anderen würden gerne mehr darüber wissen, um in der Anwendung sicherer zu werden, und die letzte Gruppe sieht sich bereits qua Erfahrung ausreichend qualifiziert und vermisst lediglich die rechtliche Grundlage. Auf eine grundsätzliche Delegation der Kompetenz fanden sich allerdings keine Hinweise, so dass gesagt werden kann, dass die Profession der Kompetenz zumindest offen gegenüber steht.

Es wird aus den Kommentaren allerdings nicht deutlich, was im Einzelnen unter Psychotherapie verstanden wird. Diesbezüglich scheint es zwei Pole zu geben: So sehen einige in dieser Kompetenz lediglich eine elaboriertere Form von Begleitung, andere Kommentare erwecken hingegen den Eindruck, es handle sich um ein „Buch mit sieben Siegeln“. Dabei sind

diese Pole nicht als trennscharfe Gruppen zu verstehen, denn Einzelmeinungen rangieren in der Regel irgendwo dazwischen. Vor allem aber aus der letztgenannten Einstellung erwächst die Hoffnung, mittels nicht näher bezeichneter Weiterbildung oder Kompetenzvermittlung etwas an der Arbeit verbessern zu können, etwas zu erfahren, an das vorher nicht gedacht wurde, oder einen Aspekt der Arbeit in einem neuen Licht zu sehen.

Insgesamt lässt die Haltung der Pflegenden also vor allem den Schluss zu, dass das Verständnis der Psychotherapie ein intuitives ist. Die Grenzen zur alltäglichen Arbeit scheinen weitestgehend fließend und es obliegt der Definition des Einzelnen, ob er sich als Anwender psychotherapeutischer Technik sieht (oder wie es ein Proband abseits der Studie formulierte: „Alles ist irgendwie Therapie“). Kritisch muss daher gefragt werden, ob nicht eher die Einstellung zu dem gemessen wird, was unter Psychotherapie verstanden wird denn (wie intendiert) die Einstellung zu einer strukturierten psychotherapeutischen Intervention.

Diese drei Aspekte sind bereits in der Interpretation der Q-Sorts angesprochen worden und unterstreichen den in der Diskussion des letzten Teils herausgearbeiteten Punkt: Es besteht nicht nur eine Diskrepanz zwischen den in den Kompetenzprofilen favorisierten Kompetenzen und der Ausbildungsrealität, sondern sogar ein durch die Pflege wahrgenommenes Defizit in relevanten Kompetenzen. Konkret sind die meisten der Probanden mehr oder weniger intensiv dem Kompetenzprofil des therapeutischen Coachings zuordenbar, in dessen Rahmen Kompetenzen relativ hoch gewertet werden, die wenig Platz im aktuellen Curriculum haben. Dies ist bis zu diesem Punkt eine Feststellung durch den Vergleich „von außen“. Die qualitative Analyse verdeutlicht allerdings, dass diese Wahrnehmung nicht alleine durch externen Vergleich zustande kommt, sondern auch den Pflegenden selbst bewusst ist.

#### **5.5.5.8 Einschränkungen**

Als ungünstig erwies sich, ausschließlich Fragen zu den am höchsten gewerteten Kompetenzen zu stellen. Konkret entstand der Nachteil, dass viele Items, die gut zur Gruppenunterscheidung verwendet werden konnten, nicht gezielt nachgefragt wurden, weil zum Zeitpunkt der Erhebung ihre Bedeutung noch unklar war.

Der Hauptdiskurs und damit der hauptsächliche Erkenntnisgewinn konnten sich daher nur auf Items an bestimmten Positionen im Q-Sort beziehen – nämlich an der Spitze, in der Mitte oder am Ende. Während dieser Umstand bei der Interpretation des Q-Sort bereits ein weißer Fleck für die Definition der Kompetenzprofile war (wenn auch nicht so gravierend, dass eine Interpretation der Kompetenzprofile unmöglich wurde), so ist das Problem an dieser Stelle diffiziler.

Unstrittig ist, dass der Beziehung das größte Gewicht im pflegerischen Wirken zukommt. Dies verdeutlicht diese Arbeit ebenso wie die hohe Zahl der mit diesem Feld korrelierten Kompetenzen aus der systematischen Literaturrecherche, ebenso wie Studien zu exakt die-

sem Thema (Norcross & Bruce, 2011). Es besteht aber auch die Gefahr, dass andere Aspekte des Berufs im akademischen Diskurs in den Hintergrund geraten. Konkret bedeutete im aktuellen Fall die Höchstplatzierung der Kompetenz bei 15 Probanden, dass Aussagen zu diesem Thema sehr wahrscheinlich wurden, da nach den hoch platzierten Kompetenzen gezielt gefragt wurde. Andere, im Anschluss daran diskutierte Kompetenzen wurden dadurch wahrscheinlich „im Licht dieses Themas“ diskutiert.

Die Prominenz des Themas zeigt sich z. B. im Item Krisenintervention. Mit einem Mittelwert im Q-Sort von durchschnittlich 3 lag es deutlich im oberen Mittelfeld aller Gruppen. Es teilte nicht zwischen den Kompetenzprofilen, weswegen es in keinem der Kompetenzprofile ausführlich diskutiert wurde. Zwei Probanden, die das Item so hoch favorisierten, dass es angesprochen wurde, paraphrasieren die Bedeutsamkeit der Kompetenz, ohne tiefere Informationen zu liefern. Da das Ziel der Arbeit das Erstellen eines generellen, überblicksartigen Bildes war, kommt der sehr genauen Betrachtung einzelner Items nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung zu, sodass diesem Umstand wenig Bedeutung für den Erkenntnisgewinn insgesamt zukommt.

Jedoch sollten zum besseren Verständnis der gesamten Kompetenzen des pflegerischen Bereichs auch gezielt Kompetenzen abseits der Beziehung diskutiert werden.

#### **5.5.5.9 Zusammenfassung**

Der qualitative Teil der Arbeit verdeutlichte vor allem den immensen Stellenwert der Beziehung zwischen Patient und Pflege sowie deren zentrale Rolle im Netzwerk der Kompetenzen und als Grundvoraussetzung des gesamten psychiatrisch-pflegerischen Wirkens. Die Relevanz des Themas Beziehungsaufbau ist sogar so enorm, dass die Bewertung anderer Kompetenzen mitunter auf den Beziehungsaufbau bezogen geschieht.

Die qualitative Analyse hat deutlich herausgestellt, dass Kompetenzen nicht nur hinsichtlich der Pole wichtig und weniger wichtig angeordnet werden können, sondern auch als aufeinander aufbauend, eher prozess- und netzwerkartig erlebt werden. Die Befragten konnten zwar gut hinsichtlich der aufgestellten Kompetenzen differenzieren, hätten eine solche differenzierte Betrachtung aber nicht von sich aus erwogen. Während diese Studie also eher auf der Ebene der Kompetenzgruppe arbeitete, schienen die Befragten die Kompetenzen eher auf der Ebene des Kompetenzfelds (siehe S. 73) zu verstehen.

## **6 Zusammenfassende Ergebnisdiskussion, Fazit und Ausblick**

### **6.1 Zusammenfassung der empirischen Untersuchung als Ganzes**

Diese Arbeit ist die erste Arbeit, die gezielt mit der Q-Methodologie im deutschsprachigen Raum die subjektive Gewichtung von Pflegekompetenzen untersuchte. Mittels der Methode und unter Hinzuziehen der Befunde einer qualitativ orientierten Inhaltsanalyse der Protokoll-daten wurde untersucht, ob es Gewichtungen von Kompetenzen gibt und wie diese Gewichtungen begründet werden. Zudem wurde analysiert, ob Hinweise auf Strukturen innerhalb der Kompetenzen und im Zusammenhang mit Meinungen und Ansichten der Patienten vorliegen.

Unter dem Vorbehalt bundesländerspezifischer Rahmenbedingungen erlaubt die Arbeit den Rückschluss auf verschiedene Perspektiven von Pflegenden bezüglich der Relevanz von Kompetenzen im Berufsalltag. Die Sichtweisen ließen sich in drei Kompetenzprofile einordnen. Ergänzend lässt die Arbeit Rückschlüsse auf Faktoren, die zur Entstehung und Veränderung dieser Kompetenzprofile führen, zu.

Die drei Kompetenzprofile lassen sich nicht nur anhand der Gewichtung der Items voneinander abgrenzen, sondern auch anhand der protokollierten Aussagen, obwohl diese nicht den Umfang eines vollständigen Interviews hatten. Dies bedeutet auch, dass der Hauptvorteil des Q-Sort-Verfahrens, nämlich auf ökonomische Weise gut interpretierbare Einstellungsmuster zu erheben, in dieser Untersuchung deutlich zum Tragen gekommen ist. Neben dem inhaltlichen liefert die Arbeit daher auch einen methodischen Erkenntnisgewinn bezogen auf den Einsatz der Q-Methodologie.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst, wobei zuerst die Einschränkungen und dann, vorbehaltlich dieser, der Erkenntnisgewinn besprochen werden. Im Anschluss erfolgt ein Rekurs auf mögliche weiterführende Forschungsfragen und zuletzt die praktischen Implikationen.

### **6.2 Kompetenzpriorisierung und Kompetenzprofile**

#### **6.2.1 Generelles zur Gewichtung von Kompetenzen**

Vereinfacht können die Kompetenzen in vier Gruppen unterteilt werden: 1. Kompetenzen, die generell hoch gewichtet werden, 2. Kompetenzen, die generell im Mittelfeld liegen, 3. Kompetenzen, die generell niedrig gewichtet werden, und 4. Kompetenzen, bei denen sich subjektive Unterschiede zeigten.

Diese Unterteilung darf nicht sehr strikt verstanden werden. Auch unter den hoch gewerteten Kompetenzen zeigen sich Unterschiede zwischen den Kompetenzprofilen, so ist das selbstständige Strukturieren der eigenen Arbeit eine per se wichtige Kompetenz, wie die durchschnittliche Einordnung von +2 vermuten lässt, in einem Kompetenzprofil wird sie aber als

noch wichtiger angesehen. Generell als bedeutsam erachtete Kompetenzen sind Beziehungsaufbau, Kongruenz, Krisenintervention, selbstständiges Strukturieren der eigenen Arbeit und das Fördern von Problemlösungsfähigkeiten.

Ähnliches gilt für Kompetenzen, die von nahezu allen Probanden gering favorisiert wurden: Einige variieren in diesem unteren Feld stärker als andere. Übereinstimmend werden das Leiten offener Gruppen, spezialtherapeutische Techniken und moralische Beratung im unteren Feld angesiedelt.

Die Verteilung der Ränge ist dabei aber nicht linear. Zwischen dem vierten und dem fünften Platz ergibt sich ein deutlicherer Abfall als zu erwarten. Die hoch favorisierten Kompetenzen auf den ersten vier Rängen, Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Kongruenz, Empathie und Krisenintervention, sind deutlich über alle Probanden bevorzugt und können damit zu Recht als Leitkompetenzen definiert werden.

Bis hierhin kann also festgehalten werden, dass es allgemein mehr und allgemein weniger favorisierte Kompetenzen gibt; Kompetenzen, die damit quasi den Grundrahmen des Professionsbilds umreißen. Daneben gibt es Kompetenzen, etwa psychoedukative Gruppentherapie, Rückfallprophylaxe und Symptommonitoring, die generell im indifferenten Mittelfeld rangierten und zu denen wenige Informationen vorliegen.

### **6.2.2 Kompetenzprofile und ihre beeinflussenden Faktoren**

Es gibt bestimmte Typologien bei der Bewertung der Kompetenzen, die auf Kompetenzprofile rückschließen lassen. Einen Überblick über die Kompetenzprofile gewährt Tabelle 24. Die Differenzen zwischen den Profilen lassen sich in äußere Faktoren, die für die Ausprägung des Bilds verantwortlich sein könnten, das Bild der Beziehung innerhalb dieser Gruppe, mehr und weniger favorisierte Kompetenzen, den beschriebenen Schwerpunkt von Können und Wissen, Krankheitsverständnis, Menschenbild und schließlich Professionsverständnis unterteilen.

**Tabelle 24: Zusammenfassung der Kompetenzprofile und ihrer beeinflussenden Faktoren**

	<b>Therapeutisches Coaching</b>	<b>Begleitende Alltagshilfe</b>	<b>Fallsteuern und Vernetzen</b>
<b>Äußere Faktoren</b>	Größte Gruppe, aber keine Verbindung zu moderierenden Faktoren.	An Einrichtungen häufiger, die nahe größeren Städten (~100 000 Einwohner) leben. Statistisch jüngste Gruppe und zweitgrößte Gruppe mit zehn Personen.	Mit sieben Personen die kleinste Gruppe. Stark im ländlichen Raum vertreten.
<b>Favorisierte Kompetenzen</b>	Empathie ist höher bei anderen Gruppen, dies spricht für den Wunsch nach Verständnis. Daneben werden Kompetenzen favorisiert, die mit selbstständig angewandten Behandlungstechniken im Zusammenhang stehen.	Beziehung und Alltagshilfe ist besonders wichtig, ebenso Freizeitgestaltung, Seelsorge und Kompetenzen mit Bezug auf die Sicht des Patienten. Es besteht ein Bezug zur körperlichen Gesundheit beim Patienten.	Neben der Beziehung ist Zielplanung wichtig, hinzu kommen Case-Management und Diagnostik.
<b>Niedrig gewichtete Kompetenzen</b>	Freizeitgestaltung, Medikamente und mit physischer Gesundheit assoziierte Kompetenzen sind wenig favorisiert.	Diagnostik, Medikamente, Selbstreflexion und persönliche Reife (Routine vor Reflexion), strukturierte (therapeutische) Interventionen und Zielplanung	Alltagshilfe. Kompetenzen zum Verstehen der Sichtweise des Patienten werden zwar nicht niedrig, aber niedriger als in anderen Gruppen gewichtet. Selbstständig anzuwendende Kompetenzen werden auch gering gewichtet.
<b>Können und Wissen</b>	Therapeutische Interventionen werden intuitiv angewandt: „Learning by Doing“ oder „Making-Experience“. Wissen über Psychotherapie und psychotherapeutische Techniken wird als Grundlage stark vermisst und eingefordert.	Delegation von Aufgaben und Feldern, in denen Wissen fehlt, Fachwissen wird vergleichsweise wenig Bedeutung beigemessen, Wissen für Alltagsbegleitung (also den Hauptfokus) ist vorhanden in der Profession.	Hohe Bedeutung von Wissen über Sozialgesetzgebung, Gesundheitssystem und Case-Management.
<b>Beziehungsbild</b>	Beziehung ist wichtig, aber nicht alleiniger Inhalt. Sie ist für Veränderungen notwendig.	Beziehung ist eher Ziel des pflegerischen Handelns, nicht das Werkzeug der Pflege.	Beziehung bezieht das System mit ein und ist ein Mittel zur Stabilisierung.
<b>Krankheitsverständnis</b>	Krankheit kann durch Veränderung überwunden werden: Pflege hat eine aktive Rolle in Form von Profis im Veränderungsprozess.	Diagnosen sind hinderlich und stigmatisieren. Es gilt, den Alltag zu managen – ob mit oder ohne Krankheitssymptome.	Umgebungsfaktoren prägen die psychische Gesundheit.
<b>Menschenbild</b>	Es wird eher der Terminus Patient benutzt. Das Individuum hat die Chance, durch Veränderung seine Situation zu verbessern. Der Patient ist auf die Unterstützung von Profis angewiesen.	Eher wird der Terminus Klient verwendet. Patient kann sich selbst helfen, Pflege unterstützt begleitend.	Individuum wird im Netz der Gesellschaft wahrgenommen, die individuelle Beziehung ist dem Fall untergeordnet.
<b>Professionsverständnis</b>	Pflege als therapeutischer Beruf. Pflege auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen. Rechtliche Legitimation niederschwelliger psychotherapeutischer Interventionen wird eingefordert.	Die Aufgabe ist „being there“ und „being with“. Empowerment, also Hilfe zur Selbsthilfe, ist das Ziel von Pflege, die Rolle der Pflege ist die Alltagsbegleitung.	Große Bedeutung der selbstständigen Arbeitsstruktur, große Verantwortung und daher gute Reflexionsfähigkeiten erforderlich. Hohe Bereitschaft zur Delegation. Pflege hat die Aufgabe der Prozesssteuerung.

Wenngleich die klare Unterscheidung dazu verleitet, eine ebenso klare Zuordnung von Individuen vorzunehmen, wird dringend darauf hingewiesen, dass dies nicht im Sinne der Befunde der Arbeit wäre. Zwar suggerieren kategoriale Systeme und auch einzelne Forschungsarbeiten, welche die Q-Methodologie verwenden, eine Zuordnung von Personen zu Kompetenzprofilen, es ist aber fraglich, ob dies der Realität auch so strikt entspricht.

Die Gruppen stellen idealisierte Meinungen dar, mit denen auch idealisierte Q-Sorts einhergehen. In der Stichprobe wurde allerdings in keinem Fall genau ein bestimmter Q-Sort reproduziert. Vielmehr sind bestimmte Probanden bestimmten idealen Kompetenzprofilen *ähnlicher* als andere.



Das Zuordnungssystem lässt sich in der Praxis am ehesten unter dem Begriff der Fuzzylogik<sup>21</sup> (Kamp & Partee, 1995) beschreiben. Vereinfacht gesagt wird die Zuordnung also nicht binär (Ja/Nein) zu einer Gruppe vorgenommen, sondern über einen *Grad der Zugehörigkeit*. Dieser wird pro Kompetenzprofil angegeben, sodass über einen beispielhaften Probanden die Aussage getroffen werden könnte, dass er dem Kompetenzprofil „Therapeutisches Coaching“ sehr stark, dem Kompetenzprofil „Alltagsbegleitung“ ein wenig und dem Kompetenzprofil „Fallsteuern“ überhaupt nicht zugehörig ist. Diese Interpretation liegt auch dem mathematischen Rational der PCA näher, die jeden Probanden durch die gewichtete Zugehörigkeit zu jeder Komponente beschreibt. Aus dieser theoretischen Überlegung heraus ergäbe sich damit sogar noch eine vierte Gruppe von Probanden, nämlich die „Indifferenten“, also jene ohne dominantes Kompetenzprofil.

Dies lässt einige praktische Implikationen zu. So kann davon ausgegangen werden, dass Probanden ihr Kompetenzprofil aktuellen Gegebenheiten anpassen, ja sogar zwischen diesen wechseln können. Selbst ein sehr stark als Fallsteuerer identifizierter Proband könnte also als begleitender Alltagshelfer auftreten, wenn die Bedingungen dies erforderten und er qua intuitiver Einschätzung zu dem Schluss käme, dass Alltagshilfe die aktuell relevanteste Kompetenz sei.

Die dominante Kompetenz wäre demnach eher das „standardmäßige Vorgehen“ (besser noch beschrieben durch das englische *default strategy*), auf die dann zurückgegriffen würde, wenn die Situation keinen klaren Rückschluss auf ein notwendiges Kompetenzprofil erlaubt, nicht eindeutig ist oder mehrere Kompetenzprofile erfolgsversprechend erscheinen. Noch weiter gedacht, könnten sich die Kompetenzprofile damit vor allem in der Behandlungsplanung zeigen.

Hier schließt unmittelbar eine weitere Frage an: Was führt zur Gewichtung dieser Kompetenzen?

### **6.2.3 Gründe für die Kompetenzgewichtungen**

Zwei Arten von Faktoren scheinen den Handlungsstil zu prägen. Auf der einen Seite stehen *internale Faktoren* wie das Professionsbild, das Menschenbild und auch das Krankheitsverständnis. Diese Faktoren repräsentieren hauptsächlich persönliche Einstellungen.

Diesen gegenüber stehen *externale Faktoren*. Sie beinhalten die Besonderheiten der Umgebungsbedingungen, also städtisches oder ländliches Umfeld, das spezifische Arbeitsumfeld und die behandelten Patienten, ebenso gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, also etwa ob der Träger Gruppentherapien als Aufgabe von Pflege begreift oder diese Kompetenz qua Dienstanweisung delegiert.

Der Einfluss stabiler und variabler Faktoren ist dabei wohl systematisch.

---

<sup>21</sup> Vom englischen *fuzzy* für ‚verwischt‘, ‚verschwommen‘, ‚unbestimmt‘.

*Internale Faktoren* scheinen vor allem für die Gewichtung hochfavorisierter Kompetenzen verantwortlich. Allen Probanden war das helfende Motiv gemeinsam und alle Probanden bezogen ihre Antworten mehr oder weniger direkt auf ein Ziel, das als zum Wohle des Patienten beitragend gelten kann. Keine Kompetenz wurde daher etwa als wichtig angesehen, weil sie Kosten einsparen oder Dienstvorgesetzte beindrucken würde. Anders ausgedrückt: Je dienlicher eine Kompetenz dem Wohle des Patienten war, desto höher wurde sie eingeschätzt. Varianz entstand erst im zweiten Schritt, nämlich bei der Frage, was denn das Wohl des Patienten sei. In Tabelle 24 ist dies in Krankheitsverständnis und Menschenbild ausgedrückt.

Jene Probanden, die den Patienten zu mehr oder weniger großen Teilen als mit ursächlich für seine Lage verstehen und der Meinung sind, dass persönliche Veränderung die eigene Lage verbessern könne, favorisieren solche Kompetenzen, die sie als Werkzeug für das Initiieren einer Veränderung nutzen können. Dieser Gedanke entspricht erstaunlicherweise dem Rational der kognitiven Verhaltenstherapie.

Probanden, die einen Patienten primär als jemanden, der unter der Situation leidet, erleben, favorisieren Kompetenzen, mit denen sie die Situation verbessern können. Dies kann durchaus als Empowerment verstanden werden, als Überzeugung, dass Patienten bei besseren Rahmenbedingungen auch ihre eigenen Selbstheilungskräfte besser nutzen können.

Die Probanden, welche die Fallsteuerung als Kompetenzprofil bevorzugen würden, nehmen eine Sonderrolle ein. Festzuhalten ist, dass auch sie dem Patienten helfen wollen, sich selbst aber nur indirekt an diesem Prozess beteiligt sehen. Die Kompetenz anderer Berufsgruppen wird hervorgehoben, womit auch ein Glaube an deren Wirksamkeit einhergeht. Die Hilfestellung besteht folglich in Vermittlung und Informationsmanagement; Kompetenzen, die bei der strukturellen Organisation helfen, werden folglich favorisiert.

An dieser Stelle kommt die Sonderrolle der Beziehung ins Spiel, der am höchsten bewerteten aller Kompetenzen. Sie ist zwar immer auch Selbstzweck, wird aber zugleich als Basis für den jeweiligen Arbeitsschwerpunkt genutzt.

Anders sieht das Bild bei den niedriger gewichteten Kompetenzen aus, hier gewinnen zunehmend die *externalen Faktoren* an Bedeutung. Hier findet sich die negative Version des oben Beschriebenen, also eine Abwertung der Kompetenz, weil sie nicht in das spezifische Pflegekonzept passt, aber auch Begründungen, die als Kapitulation vor den Rahmenbedingungen gewertet werden können. Dazu zählt etwa, dass die Zeit für die Kompetenzen fehlt, die Finanzierung nicht gegeben oder angesichts der Arbeitssituation schlicht kein Platz für die Kompetenz ist.

Argumentiert wird aber auch mit mangelnder eigener Kompetenz, im weiteren Sinne also der Angst vor Versagen. Dies würde zum Befund von Manuel und Crowe (2014) passen, die beschrieben, dass die Angst vor Fehlerzuweisung zu vorsichtigeren Handlungen führen wür-

de. Wird dieser Umstand weitergedacht, würde die stärkere Integration „gefürchteter“ Kompetenzen im ersten Schritt die Sorge um Fehler bei diesen Kompetenzen abbauen, im zweiten Schritt ihre Anwendung intensivieren und im dritten Schritt dann zu einer höher wahrgenommenen Relevanz der jeweiligen Kompetenz führen.

Daraus lässt sich erneut der bereits diskutierte Handlungsbedarf für die Anpassung der Weiterbildung an aktuelle Gegebenheiten ableiten, denn nicht nur sind die speziellen Techniken sehnlicher Wunsch der Probanden, sondern auch Teil der am meisten präferierten Kompetenzprofile.

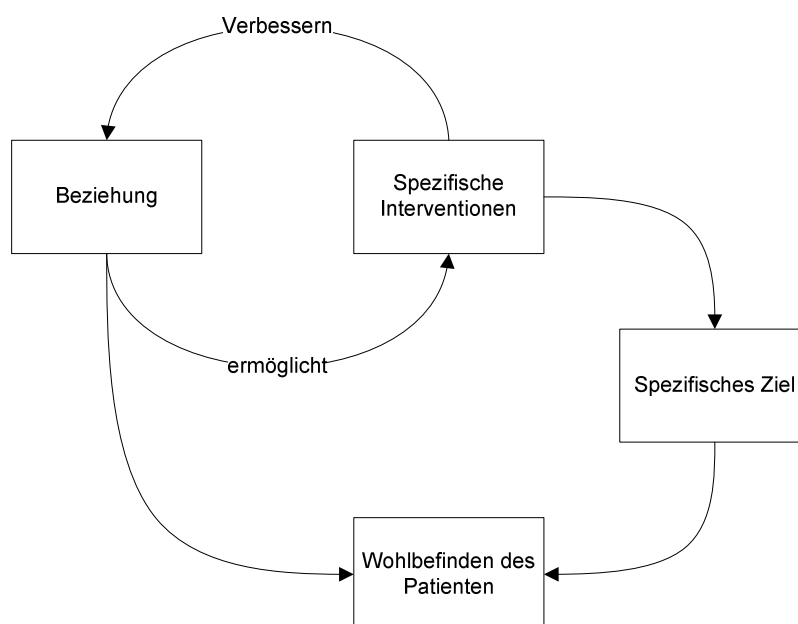
#### **6.2.4 Ziele der Pflegenden im Rahmen ihrer Arbeit**

Eine weitere Frage lautete, welchen Zielen die Pflegenden folgten und welche Leitbilder sie prägten. Zu ihrer Beantwortung standen neben den Daten des Q-Sorts auch die Protokollaussagen der Probanden zur Verfügung.

Spezifische Leitbilder wurden nicht genannt, weswegen es durchaus legitim ist, die Probanden als pragmatisch zu bezeichnen. Überwiegend wurde das eigene Handeln eindeutig nach dem unmittelbaren Wohl des Patienten ausgerichtet. Die Varianz unter den Pflegenden besteht in den bereits vorgestellten verschiedenen Sichtweisen, *was* das Wohl des Patienten sei und *mit welchen Mitteln* dies zu erreichen sei.

Wie bereits ins Tabelle 24 veranschaulicht, variieren diese Ziele auch hinsichtlich der jeweiligen Kompetenzprofile und moderieren so die Kompetenzgewichtung, ebenso gibt es aber augenscheinlich Ziele und Leitbilder, die universell und daher von Kompetenzprofilen unberührt sind.

Allgemein ist die Beziehung das Zentrum des pflegerischen Handelns. Sie gilt sowohl als Wirkfaktor für sich als auch als Grundlage für spezielle Kompetenzen innerhalb der Gesamtbehandlung. Die Beziehung steht also mit dem Wohl des Patienten direkt in Zusammenhang, während dies auf spezifische Interventionen nur vermittels eines Behandlungsziels zutrifft, das wiederum mit dem Wohl des Patienten in Zusammenhang gebracht wird (Abbildung 13).

**Abbildung 13: Interaktion von Beziehung, Zielen und Wohlbefinden**

Dieses Modell ist nicht als Konkurrenz zum im vorherigen Abschnitt vorgestellten Modell der Wechselbeziehungen zwischen Kompetenzen und Rahmenbedingungen zu sehen, es repräsentiert einen anderen Fokus.

## 6.3 Einschränkungen

### 6.3.1 Reliabilität und Validität des Q-Sorts

Bei über 400 ermittelten Termini, die sich auf Kompetenzen bezogen, wären sowohl andere Herleitungen der geprüften Kompetenzen oder eine andere Menge der Karten im Q-Set als auch eine Überprüfung verschiedener Kompetenzsets im Pretest denkbar gewesen.

Daneben fiel bewusst die Entscheidung, jene Kompetenzen bei der Befragung außen vor zu lassen, die für administrative Belange und für die tägliche Arbeit nur abseits der Patientenbehandlung bedeutsam sind. Ihre Einbeziehung hätte sehr wahrscheinlich auch einen statistischen Effekt gehabt.

Bezüglich der Begründungen für die Wahl der Items ergaben sich auch Hinweise auf Sortiereffekte, die der Methode geschuldet sein könnten. Es ist nicht ausgeschlossen, dass es zwei „Arten“ von Probanden bei der Verteilung der Karten gab: eine Gruppe, die Kompetenzen, die sie nicht trennen konnte, zusammen positionierte (wodurch sich Verdrängungseffekte ergeben hätten, die als Artefakte gelten müssen), und eine andere Gruppe, die ein besonders repräsentatives Item hoch und verwandte Items deswegen tiefer positionierte, weil ihre Wahl mit dem hohen Item bereits abgedeckt war. Solche systematischen Verteilungseffekte lassen sich nur schwerlich prüfen. Sie können im Lichte der statistischen Fehlervarianz gesehen werden und erfordern größere Stichproben zur Verifikation.

Weitere Kritikpunkte lassen sich an der Q-Methodologie generell anbringen und betreffen vor allem deren mathematisch-statistische Fundierung. Gütekriterien für Faktoren- und Hauptkomponentenanalysen werden in der Regel nur für klassische Faktorenanalysen diskutiert und finden nur selten Einzug in die Q-Methodologie. Allzu oft findet sich hier der Hinweis, dass die Q-Methode ein qualitatives Verfahren sei, das sich dieser Überprüfung nicht stellen müsse. Es gibt Argumente für diese Sichtweise, etwa dass die Q-Methodologie lediglich eine Hilfe bei der „intuitiven Interpretation“ von Kompetenzprofilen und Gruppen und ihr Kern eben nicht die mathematisch-statistische Komponente sei, sondern, dass diese Komponente vielmehr in den Hintergrund treten müsse vor dem abduktiven Erkennen neuer Sachverhalte aus den Daten heraus. So nachvollziehbar diese Argumente sind, tragen sie doch dazu bei, dass der Methode die Anerkennung verwehrt wird. Es besteht die Gefahr, dass der Eindruck entsteht, die Q-Methodologie sei so qualitativ wie möglich und so quantitativ wie nötig, um sich methodischer Kritik zu entziehen.

Für diese Arbeit wurden die Daten auf Eignung überprüft und statistische Vergleiche vorgenommen, die über das verlangte Maß der Methode hinausgehen. Auch wurden die Kompetenzprofile ausschließlich nach mathematischen Kriterien gebildet, sodass der Vorwurf droht, der intuitive Teil der Methode würde vernachlässigt oder die Methode „nicht richtig“ angewandt.

Eben weil relativ strenge statistische Kriterien angelegt wurden, muss auch an dieser Stelle auf eine entsprechende Einschränkung hingewiesen werden. Zwar ist eine Varianzaufklärung von knapp 53 % gut (wenngleich es zur Bestimmung mehr Erfahrungswerte als objektive Kriterien gibt), sie bedeutet aber auch, dass 47 % der Daten eben nicht durch die drei Kompetenzprofile erklärt werden können. Für diese unerklärte Varianz gibt es mehrere Möglichkeiten. Zum einen könnten weitere Gruppen existieren, die durch die Wahl eines anderen Kriteriums als der Parallelanalyse der Analyse zugänglich geworden wären, zum anderen verkörpert dieser unaufgeklärte Anteil aber auch den individuellen Faktor. Es verbleibt daher auch mit für Q-Sort-Maßstäbe strengen Kriterien stets eine gewisse Subjektivität bei der Bestimmung von Gruppenzahlen.

Ein weiterer spezifischer Aspekt der Q-Methodologie sind ihre Items. Traditionell bestehen Q-Sorts aus Statements, die Meinungen repräsentieren, und die Probanden ordnen diese nach dem Grad ihrer Zustimmung oder Ablehnung. Dies ist auch der Grund, warum in vielen Artikeln und Computerprogrammen von „Statements“ statt von „Items“ gesprochen wird. Anstatt formulierter Aussagen wurden in dieser Arbeit aber klassische Items verwendet, was bisher in keiner Arbeit geschah. Systematische Untersuchungen, ob und wenn ja, wie dieses Vorgehen die Validität eines Q-Sorts beeinträchtigt, gibt es nicht.

### **6.3.2 Blinde Flecken**

Die Aussagen der Probanden in der freien Wiedergabe sind zwar dazu geeignet, einen ersten Blick auf Strukturen innerhalb der Kompetenzen zu erhalten, und dienen so der Theoriebildung, sie können jedoch nicht als vollständige Erklärung des Sachverhalts angesehen werden.

Zum einen liegt nicht zu jeder Kompetenz eine Aussage vor. Dies ist besonders bei Kompetenzen wie „Strukturieren der eigenen Arbeit“ und „Zielplanung“ bedauerlich, da diese zwar hoch relevant für die Beschreibung der Gruppen waren, zugleich aber nie in den Protokollaussagen erscheinen. Der Grund hierfür liegt in der Methode, nur nach Extremen und mittleren Kompetenzen zu fragen, während die trennenden Kompetenzen in der Regel im oberen Mittelfeld lagen. Auch der starke Fokus der Interpretation auf das Thema Beziehung ist unter Umständen dieser Tatsache geschuldet. Mit der therapeutischen Beziehung als Anker ist es sehr wahrscheinlich, dass andere Interpretationen durch diesen Anker gefärbt wurden.

Weitere blinde Flecken könnten aus der Exklusion von Items resultieren. So wurde etwa „direkte Pflege“ ausgeschlossen, ein Item, das zwar in der Forschung nicht für den ambulanten Bereich erwähnt wurde, jedoch durchaus Aussagekraft für das Professionsbild gehabt hätte. Auch der Verzicht auf einige im Nachhinein als nicht unbedingt in der Praxis trennscharf befundene Items wie etwa die drei Arten der Informationserhebung (mit Patient strukturiert, ohne Patient strukturiert und generell unstrukturiert) hätte auf ökonomische Weise weitere Informationen beisteuern können.

Ferner ist diskutabel, ob eine Einschränkung des Erkenntnisgewinns durch das bewusste Ausklammern der Kompetenzgruppen ohne Patientenbezug entstand. Die Antwort fällt je nach Betrachtung unterschiedlich aus: Jegliches bewusste Reduzieren kann ein potenziell unvollständiges Bild entstehen lassen, da gerade hinsichtlich jener Kompetenzen, die nicht in direktem Patientenkontakt zum Einsatz kommen, oft große Diskrepanzen und viel Diskussionsbedarf bestehen. In den Nachbesprechungen fanden sich teilweise bereits sehr viele Bezüge zu Dokumentation, Zeitmanagement und Arbeitsbelastung, sodass zu befürchten gewesen wäre, dass ein Einschluss solcher Kompetenzen zwar rege Diskussionen, jedoch wenig Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Kompetenzen erbracht hätte.

Auf der anderen Seite sind organisatorische Anforderungen ein fester Teil des Berufs und der Umgang mit diesen Anteilen etwas, das wichtig sein kann und positiv mit mehreren Outcomes pflegerischer Arbeit in Kontakt stehen könnte.

### **6.3.3 Repräsentativität**

Das erarbeitete Modell der drei Kompetenzprofile steht nur auf einer vergleichsweise geringen Datenbasis von 35 Personen, die als nicht uneingeschränkt repräsentativ für die deutsche Versorgungslandschaft gelten müssen, sodass sein Gültigkeitsbereich vorerst noch

limitiert ist. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob die Befunde verallgemeinert werden können oder ein Effekt lokaler Rahmenbedingungen und Personalpolitik sind.

Aufgrund der Entscheidung, nur die am höchsten und am niedrigsten positionierten sowie ein neutrales Item nach Wahl des Probanden nach dem Experiment durch Nachfragen weiter zu explorieren, fehlen systematische Informationen über Items des oberen oder unteren Mittelfelds. Dies ist insbesondere bedauerlich, da sich gerade diese Items als sehr trennscharf hinsichtlich der Kompetenzprofile erwiesen.

So informativ die Aussagen sind, sie sind nicht hinreichend, um die Verteilung im Q-Sort zu erklären. So werden „Strukturieren der eigenen Arbeit“ und „Zielplanung“ nie in den Protokollaussagen erwähnt, spielen allerdings für viele eine große Rolle, wie im Q-Sort deutlich wurde (deutliche Anordnung im oberen Mittelfeld).

Auch die Frage, ob die Items trennscharf waren, lässt lediglich die Schlussfolgerung zu, dass die identifizierten und genutzten Kompetenzen in sich als Theorie schlüssig sind, aber nicht, dass es sich bei ihnen um eine akkurate Repräsentation der realen Kompetenzen handelt (unabhängig davon, ob es eine akkurate Repräsentation realer Kompetenzen geben kann). Mit der Bestätigung des Verständnisses und der Akzeptanz des Q-Sets gaben Probanden strenggenommen nur an, dass sie die Kartenauswahl nachvollziehen konnten, nicht, dass sie es genauso sahen. Den Probanden wurde in der Studie keine Möglichkeit gewährt, die vorgegebene Methode und die vorgegebenen Items zu verlassen, wodurch alle Interpretation auf dem Konsens der Situation aufbaut.

## **6.4 Aus der Arbeit resultierende Folgefragen**

Bei allen möglichen methodischen Einschränkungen darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Befunde sowohl konform mit der überwiegenden Mehrzahl der Literatur gehen (hinsichtlich der Rolle der Beziehung und der Kontroverse um psychotherapeutische Verfahren), als auch stabile Kompetenzprofile entstanden. Die beschriebenen „weißen Flecken“ können als Hinweise für zukünftige Forschungen verstanden werden und geben Anhaltspunkte für deren Ausrichtung.

### **6.4.1 Verifikationen und Modifikationen**

Die vorliegende Arbeit resultierte in einem Modell pflegerischer Kompetenzprofile. Dieses Modell liegt in einer ersten Form vor und sollte in einem nächsten Schritt mittels anderer Methodik weiter geprüft und gegebenenfalls erweitert und modifiziert werden.

Zur Verifikation bieten sich zwei Wege an: Zum einen kann die Untersuchung mit den bestehenden Items an anderen Einrichtungen wiederholt werden, wobei auch nicht einrichtungsgebundene Dienste einbezogen werden sollten. Das Erweitern der Stichprobe stellt eine eher quantitativ orientierte Vorgehensweise dar, die aber nicht nur schlicht die Ergebnisse

bestätigen, sondern auch ergänzen kann. So gab es durchaus Hinweise auf weitere Gruppen oder eine Unterteilung bereits vorhandener Gruppen, über die dann eine Erweiterung der aufgestellten Annahmen möglich wäre.

Der zweite Weg wäre die Präzisierung durch gezielte Nachbefragungen etwa mittels Fokusgruppen-Interviews. Es böte sich an, in den Fokusgruppen jene Probanden zu befragen, die besonders typisch für ein Kompetenzprofil sind. Ebenso böten sich gezielte Fragen über die innerhalb der Gruppen als trennend beschriebenen Items an. Erwartet würde konkret, dass auch im freien Rapport, etwa mit der Leitfrage „Welche Bedeutung spielt Alltagshilfe in Ihrer täglichen Arbeit?“ Unterschiede gefunden würden, die mit den Kompetenzprofilen korrelieren sollten, zugleich aber auch Aspekte, die bisher nur vermutet wurden, oder Widersprüche aufzeigen, die dann zur Modifikation der Interpretation führen könnten.

Für künftige Untersuchungen ist zu bedenken, ohnehin hoch oder niedrig gewertete Items wegzulassen. Da Beziehungsaufbau immer an erster Stelle stand, kann die Kompetenz als ebenso selbstverständlich für den Beruf angesehen werden wie die Kompetenz, ein Kraftfahrzeug zu lenken. Es bliebe so mehr Raum, die kontroversen Kompetenzen einzuordnen. Fänden sich auch unter dieser Bedingung die drei Kompetenzprofile, spräche dies für ihre praktische Relevanz.

Es kann weiter überlegt werden, ob 47 Kompetenzen benötigt werden, um die Kompetenzprofile zu beschreiben. Augenscheinlich entstand der Eindruck, dass es eher „Cluster von Kompetenzen“ sind, die jeweils hoch oder niedrig gewertet werden, etwa die strukturierten therapeutischen Verfahren (spezielle therapeutische Techniken, strukturierte Therapieverfahren, Psychotherapie im Einzelsetting), die auch semantisch eine starke Ähnlichkeit untereinander aufweisen, oder die getrennt behandelten Inhalte der Kommunikation nach Rogers (Empathie, bedingungslose positive Wertschätzung und Kongruenz). Allerdings wäre mit weniger Items kein valider Q-Sort zu leisten (in der Literatur wird meist ein Minimum von 40 Items erwähnt), weshalb alternative Wege zu bedenken sind, wenn viele Items zusammengeführt würden.

Eine klassische Faktorenanalyse könnte als Auswertungsmethode herangezogen werden, um Bündel von Kompetenzen zu identifizieren und auf gut abgrenzbare Kompetenzgruppen zu reduzieren. Auch hier wäre allerdings eine wesentlich größere Stichprobe notwendig, zumal die benötigte Probandenzahl mit den erwarteten Faktoren sehr schnell steigt. Für den vorliegenden Datensatz war eine Dimensionsreduktion mit der klassischen Faktorenanalyse nicht möglich, da die Anordnung nach dem klassischen Schema keine der für die Faktorenanalyse notwendigen Voraussetzungen erfüllte.

Ein weiterer aufschlussreicher Aspekt ist die Frage nach der Stabilität des Q-Sorts. Konkret zweifelten sechs Probanden an, dass ihre Anordnung bei anderer Patientenklientel oder in einiger Zeit noch dieselbe sein würde. Dahinter verbirgt sich die Frage nach der Reliabilität



der Messung, damit einhergehend aber auch, ob die Kompetenzprofile als stabil und zeitüberdauernd (*Trait*) oder als Momentaufnahme (*State*) zu verstehen sind. Infolge dessen ließe sich fragen, ob sich nur die Zuordnung verändert, die Kompetenzprofile im Grunde aber unverändert bleiben oder ob sich mit anderen Messungen auch andere Kompetenzprofile ergeben würden. Der ökonomischste Weg, diese Fragen zu überprüfen, wäre eine Wiederholungsmessung in absehbarer Zeit.

Letztlich liegt es auch im Bereich des Möglichen, die drei Kompetenzprofile als Grundlage zur Erstellung eines Fragebogens zu nutzen, der dann wiederum ökonomisch in Untersuchungen eingesetzt werden könnte, die andere Fragestellungen behandeln.

#### **6.4.2 Vergleich mit anderen Berufsgruppen**

Die Befragung anderer Berufsgruppen und Patienten böte sich aus mehreren Gründen an. Zum einen ließe sich explorieren, ob die drei Kompetenzprofile pflegespezifisch sind oder Kompetenzprofile helfender Professionen repräsentieren, zum anderen würde dies wertvolle Erkenntnisse für die Prozesse in multidisziplinären Teams generieren, etwa hinsichtlich Rollenverteilung und Delegation.

Auch die Passung von Patienten und Pflegenden könnte theoretisch mit dem verwendeten Q-Set analysiert werden. Zwar beschäftigen sich Studien mit der Meinung von Pflegenden ebenso wie mit der Meinung von Patienten, Vergleiche beider Anschauungen sind allerdings selten und vor dem Hintergrund von Kompetenzen noch wesentlich seltener. Studien, deren Methodik quantitativ-statistische Anteile hat, scheinen zumindest in Deutschland zu fehlen.

#### **6.4.3 Genese des Kompetenzprofils**

Eine weitere Frage betrifft die Genese des Kompetenzprofils. Es kann genauer exploriert werden, welche Faktoren für die Genese, Aufrechterhaltung und Stabilität des Kompetenzprofils relevant sind.

Hierzu böten sich ein „qualitativer“ und ein „quantitativer“ Weg an. Insbesondere die Q-Sort-Daten weisen auf einen Effekt der Einrichtung hin, der genauer exploriert werden müsste, um zu erfassen, welcher Aspekt der Einrichtung zu einem Kompetenzprofil führt. Für diese Aspekte kommen objektiv messbare und operationalisierbare Gegebenheiten wie Caseload, Pflege-Patient-Ratio, Qualifikation und ähnliche Größen in Betracht, aber auch weniger in Zahlen fassbare Faktoren wie Leitbilder, Personalpolitik und interne soziale Prozesse.

Ebenso kann die Frage, warum eine bestimmte Kompetenz, Aufgabe oder Intervention wichtig sein soll, in einem Interview im Einzelsetting oder im Rahmen von Fokusgruppen erörtert werden. In einem weiteren Schritt wäre sogar eine Erhebung mittels Q-Methodologie denkbar, etwa indem bestimmte Statements gesammelt und dann durch Probanden anhand der Pole „Zustimmung“ und „Ablehnung“ sortiert werden.

Der Einfluss der Arbeitsumgebung auf das Kompetenzprofil der Pflegenden sollte ebenfalls weitergehend untersucht werden; darauf weisen die Befunde der Arbeit hin. Würde sich der Eindruck bestätigen, dass die Arbeitsumgebung die professionelle Pflege (mehr) formt als die Vorerfahrungen, dann beeinflussten sowohl Stellenbeschreibungen und Leitbilder des Arbeitgebers als auch konkrete abrechnungstechnische Hintergründe die Perspektive auf den eigenen Beruf.

Relevant würde dies vor allem, wenn Pflegende, die in einer Umgebung „sozialisiert“ sind, in eine andere Umgebung wechseln würden, in der das „Kompetenz-Set“ (d. h. die Präferenzen für bestimmte Kompetenzprofile) nicht passt. Keiner der Probanden der Stichprobe hatte seine Einrichtung bisher gewechselt, d. h., die Probanden wirkten seit Gründung der jeweiligen ambulanten Dienste an derselben Einrichtung. Für den Fall eines Wechsels oder einer Änderung der Ausrichtung des Diensts wären demnach Anpassungsprozesse zu erwarten, die für sich genommen genug Fragen für eine umfangreiche Forschungsarbeit böten.

#### **6.4.4 Kompetenzprofil und Performanz**

Die gesamte Arbeit bewegte sich strikt im theoretischen Rahmen. Versuchspersonen wurden in einem klar als Versuchssituation erkennbaren Rahmen befragt und hatten die Möglichkeit, ihre Anordnungsentscheidungen zu reflektieren. Folglich können anhand der Befunde dieser Arbeit nur Hypothesen darüber aufgestellt werden, ob sich die Kompetenzprofile auch in Performanz zeigen.

Es würde erwartet werden, dass sich die Kompetenzprofile zuerst in aufgestellten Behandlungsplänen niederschlagen und dann in einem zweiten Schritt auch Auswirkungen auf die Beurteilung von Situationen in der Praxis nehmen.

Zur Überprüfung dieser Annahmen wäre neben der Kenntnis der Zugehörigkeit zu einem Kompetenzprofil auch eine realitätsnahe Beobachtungssituation nötig, konkret entweder als eingebetteter Beobachter, in Form der Bearbeitung von Fallvignetten oder durch die Benutzung der *Critical-Incident-Technik*.

Die Beantwortung der Frage nach einem Zusammenhang zwischen Kompetenzprofilen und Performanz wäre die praktische Überprüfung der hier aufgestellten Theorie.

#### **6.5 Implikationen für die Praxis**

Die vorliegende Arbeit erstellt einen Rahmen, in den Kompetenzen und Kompetenzprofile eingeordnet werden können. Dieser Rahmen ist ein erstes Modell und muss durch zukünftige Arbeiten untersucht, konkretisiert und angepasst bzw. erweitert werden. Er liefert wertvolle Hinweise zur Einordnung der beruflichen Identität ambulant arbeitender Pflegenden dahingehend, wo sich die Profession aktuell befindet und welche Entwicklungen sie in der Zukunft nehmen kann.

Die Arbeit weist auch auf den dringenden Handlungsbedarf hinsichtlich der Anpassung der Inhalte von Aus- und Weiterbildung hin. Gerade jene Kompetenzen, die zentraler Teil zwei ermittelter Kompetenzprofile sind, werden sowohl in den Augen der Pflege als auch aus den Erfahrungen mit den Weiterbildungscurricula heraus nicht oder nur unzureichend gelehrt: psychotherapienahe Kompetenzen und Kompetenzen zu Fallsteuerung und zum Case-Management.

## Literatur

- Abderhalden, C., & Lüthi, R. (2004). Psychiatrische Probleme bei SpitexklientInnen. *Managed Care*, 5, 29.
- Adachi, H., Inoue, M., Inaba, R., & Iwata, H. (1999). [Mental health and stress coping among hospital nurses by stress & stress-coping questionnaire]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 41(4), 79-87.
- Adam, R., Tilley, S., & Pollock, L. (2003). Person first: what people with enduring mental disorders value about community psychiatric nurses and CPN services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10(2), 203-212.
- Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared Decision-Making and Evidence-Based Practice. *Community mental health journal*, 42(1), 87-105. doi: 10.1007/s10597-005-9005-8
- Aebi, E. (1996). *Soteria im Gespräch: über eine alternative Schizophreniebehandlung* (1. Auflage). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Al-Majid, S., Al-Majed, H., Rakovski, C. S., & Otten, R. A. (2012). Nurses' perceptions of and participation in continuing nursing education: results from a study of psychiatric hospital nurses in Bahrain. *J Contin Educ Nurs*, 43(5), 230-240.
- Alameddine, M., Laporte, A., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Croxford, R., Mildon, B., Wang, S., Milburn, B., & Deber, R. (2006). Where are nurses working? Employment patterns by sub-sector in Ontario, Canada. *Healthc Policy*, 1(3), 65-86.
- Alexander, J. (2001). Depressed men: an exploratory study of close relationships. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 8(1), 67-75.
- Allen, D. (1994). Mental health nurses' views of doctors. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 8(21), 38-39.
- Allen, J. (1998). A survey of psychiatric nurses' opinions of advanced practice roles in psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 5(6), 451-462.
- Alwyn, T., John, B., Hodgson, R. J., & Phillips, C. J. (2004). The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. *Alcohol Alcohol*, 39(6), 536-541.
- Amati, M., Tomasetti, M., Ciuccarelli, M., Mariotti, L., Tarquini, L. M., Bracci, M., Baldassari, M., Balducci, C., Alleva, R., Borghi, B., Mocchegiani, E., Copertaro, A., & Santarelli, L. (2010). Relationship of job satisfaction, psychological distress and stress-related biological parameters among healthy nurses: a longitudinal study. *Journal of occupational health*, 52(1), 31-38.
- Amelung, V. (2009). Nur gute Versorgung macht Spass. Das Gesundheitswesen zu steuern, ist eine reizvolle Aufgabe. *Caremanagement 2009. Ärzte*, 2(4), 31-32.
- Ancel, G. (2006). Developing empathy in nurses: an inservice training program. *Arch Psychiatr Nurs*, 20(6), 249-257.

- Anderson, M., & Stickley, T. (2002). Finding reality: the use of objective structured clinical examination (OSCE) in the assessment of mental health nursing students interpersonal skills. *Nurse Educ Pract*, 2(3), 160-168.
- APNA. (2008). American Psychiatric Nurses Association and International Society of Psychiatric Mental Health Nurses Education Council: Essentials of psychiatric mental health nursing in the BSN curriculum. Verfügbar unter: [http://www.apna.org/files/public/revmay08finalCurricular\\_Guidelines\\_for\\_Undergraduate\\_Education\\_in\\_Psychiatric\\_Mental\\_Health\\_Nursing.pdf](http://www.apna.org/files/public/revmay08finalCurricular_Guidelines_for_Undergraduate_Education_in_Psychiatric_Mental_Health_Nursing.pdf)
- APNA. (2009). American Psychiatric Nurses Association: FAQs about Advanced Practice Psychiatric Nurses. Verfügbar unter <http://www.apna.org> [09.01.2015]
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10).
- Arimura, M., Imai, M., Okawa, M., Fujimura, T., & Yamada, N. (2010). Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan. *Ind Health*, 48(6), 811-817.
- Armstrong, A. E., Parsons, S., & Barker, P. J. (2000). An inquiry into moral virtues, especially compassion, in psychiatric nurses: findings from a Delphi study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7(4), 297-305.
- Arunachalam, S., Botes, A. C., & Gmeiner, A. (2000). Community-based curriculum in psychiatric nursing science. *Curationis*, 23(2), 15-24.
- Asahara, K., Ono, W., Kobayashi, M., Omori, J., & Todome, H. (2013). Development and psychometric evaluation of the Moral Competence Scale for Home Care Nurses in Japan. *Journal of nursing measurement*, 21(1), 43-54.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2013). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (14. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., & Weiber, R. (2015). *Fortgeschrittene Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (3. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bailey, K. P. (1996). Preparing for prescriptive practice: Advanced practice psychiatric nursing and psychopharmacotherapy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 34(1), 16-20.
- Baldwin, S., & Griffiths, P. (2009). Do specialist community public health nurses assess risk factors for depression, suicide, and self-harm among South Asian mothers living in London? *Public Health Nurs*, 26(3), 277-289.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies* (1. Auflage). Cambridge Cambridge university press.
- BAPP. (2014). Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (Informationsbroschüre). Berlin: in Eigenverlag.

- BAPP. (2016, 20.05.2016). Das Bündnis für Ambulante Psychiatrische Pflege - Mitglieder und Partner. Verfügbar unter [http://www.bapp.info/?page\\_id=804](http://www.bapp.info/?page_id=804) [20.05.2016]
- Barbosa, R., Labronici, L. M., Sarquis, L. M., & de Fatima Mantovani, M. (2011). [Psychological violence in nurses' professional practice]. *Rev Esc Enferm USP*, 45(1), 26-32.
- Barker, P., & Ritter, S. (1997). What future for research in mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 4(6), 441-446.
- Barnett-Page, E., & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC medical research methodology*, 9(1), 59.
- Bartels, S. J., Moak, G. S., & Dums, A. R. (2002). Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. *Psychiatr Serv*, 53(11), 1390-1396.
- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Statistical Psychology*, 3(2), 77-85.
- Bauer, M. (2007). Zur Geschichte der Abteilungspsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(06), e26-e34.
- Baur, N., & Blasius, J. (2014). Methoden der empirischen Sozialforschung. In J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 41-62). Berlin: Springer.
- Bayer, R. (2009). Kompetenzen - was ist das? Verfügbar unter [https://lehrerfortbildung-bw.de/faecher/physik/gym/fb1/plan/modelle/modul1\\_kompetenzen.ppt](https://lehrerfortbildung-bw.de/faecher/physik/gym/fb1/plan/modelle/modul1_kompetenzen.ppt)
- Bee, P., Playle, J., Lovell, K., Barnes, P., Gray, R., & Keeley, P. (2008). Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: a systematic review of empirical research. *Int J Nurs Stud*, 45(3), 442-457.
- Behrens, J., & Schulz, M. (2005, 7). Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien. *PR-Internet - Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege*, 410-415.
- Bennett-Levy, J., Richards, D. A., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., Klein, B., Lau, M., & Proudfoot, J. (2010). Low intensity CBT interventions: a revolution in mental health care. *Low intensity CBT interventions*, 3-18.
- Berg, B. L., Lune, H., & Lune, H. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston, MA: Pearson.
- Bergmann, B., & Pietrzyk, U. (2000). Lernanforderungen von Arbeitsaufgaben und Kompetenzentwicklung. *Arbeit - Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 1, 40-53.
- Birkelbach, K. (2005). Über das Messen von Kompetenzen. Einige theoretische Überlegungen im Anschluss an ein BMBF-Projekt. Verfügbar unter: [http://www.klausbirkelbach.de/Veroeffentlichungen/Kompetenzmessung\\_Birkelbach.pdf](http://www.klausbirkelbach.de/Veroeffentlichungen/Kompetenzmessung_Birkelbach.pdf)

- Bitzer, E. M., Grobe, T. G., Neusser, S., Mieth, I., & Schwartz, F. W. (2011). *BARMER GEK Report Krankenhaus 2011* (Band 9). St. Augustin: Asgar-Verlag.
- Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29(04), 431-446.
- Blankertz, H. (1983). Sekundarstufen II - Didaktik und Identitätsbildung im Jungendalter. Einführung in die Thematik des Symposiums. In D. Benner, H. H., & H. Theiersch (Hrsg.), *Beiträge zum 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft vom 22.-24.2 März 1982 in der Universität Regensburg*. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 18. Beiheft (S. 139-142). Weinheim und Basel: Beltz.
- Blythe, J., & White, J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: an integrative review of 10 years of UK literature. *Int J Ment Health Nurs*, 21(3), 193-201.
- Bohus, M., & Bathruff, H. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 1(04), 55-66.
- Bolmsjo, I. A., Edberg, A. K., & Sandman, L. (2006). Everyday ethical problems in dementia care: a teleological model. *Nurs Ethics*, 13(4), 340-359.
- Booth, A. (2001). *Cochrane or cock-eyed? How should we conduct systematic reviews of qualitative research?* Paper presented at the Qualitative Evidence-based Practice Conference, Taking a Critical Stance, Coventry University. <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001724.htm>
- Bortz, J. (2013). *Statistik: Für Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2007). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe* (4. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bowring-Lossock, E. (2006). The forensic mental health nurse - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(6), 780-785.
- Bramesfeld, A., Moock, J., Kopke, K., Buchtemann, D., Kastner, D., Radisch, J., & Rossler, W. (2013). Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 56.
- Brinkman, K., Hunks, D., Bruggencate, G., & Clelland, S. (2009). Evaluation of a new mental health liaison role in a rural health centre in Rocky Mountain House, Alberta: a Canadian story. *Int J Ment Health Nurs*, 18(1), 42-52.
- Brown, S. R. (1980). *Political Subjectivity* (1. Auflage). New Haven, CT: Yale University Press.
- Brown, S. R. (1996). Q methodology and qualitative research. *Qualitative health research*, 6(4), 561-567.

- Brunner, E., & Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In B. Friebertshäuser, A. Langer, & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 323-334). Weinheim/München: Beltz Juventa.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung* (2. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. Auflage). Siegen: Pearson Studium.
- Burdick, M. B., Stuart, G. W., & Lewis, L. D. (1994). Measuring nursing outcomes in a psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs*, 15(2), 137-148.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ Today*, 11(6), 461-466.
- Butler, M., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Mac Neela, P., Irving, K., Byrne, A., & Drennan, J. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. *J Adv Nurs*, 55(3), 364-375.
- Buus, N. (2006). Conventionalized knowledge: mental health nurses producing clinical knowledge at intershift handovers. *Issues Ment Health Nurs*, 27(10), 1079-1096.
- Byng, R., & Jones, R. (2004). Mental Health Link: the development and formative evaluation of a complex intervention to improve shared care for patients with long-term mental illness. *J Eval Clin Pract*, 10(1), 27-36.
- Campbell Burton, C. A., Holmes, J., Murray, J., Gillespie, D., Lightbody, C. E., Watkins Caroline, L., & Knapp, P. (2011). Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12).
- Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. F. (2005). The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 6(4), 313-329.
- Carson Weinstein, L., Henwood, B. F., Cody, J. W., Jordan, M., & Lelar, R. (2011). Transforming assertive community treatment into an integrated care system: the role of nursing and primary care partnerships. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 17(1), 64-71.
- Cashin, A., Buckley, T., Watson, N., Newman, C., Carey, M., & Waters, C. (2010). Can mental health nurses diagnose in Australia? *Issues Ment Health Nurs*, 31(12), 819-823.
- Cassier-Woidasky, A.-K. (2007). *Pflegequalität durch Professionsentwicklung: eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung*: Mabuse.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.
- Chang, E., Daly, J., Bell, P., Brown, T., Allan, J., & Hancock, K. (2002). A continuing educational initiative to develop nurses' mental health knowledge and skills in rural and remote areas. *Nurse Educ Today*, 22(7), 542-551.



- Chang, K. H., & Horrocks, S. (2008). Is there a place for ontological hermeneutics in mental-health nursing research? A review of a hermeneutic study. *Int J Nurs Pract*, 14(5), 383-390.
- Christman, L. (1987). Psychiatric nurses and the practice of psychotherapy: current status and future possibilities. *American journal of psychotherapy*, 41(3), 384-390.
- Clark, E. H. (2004). Quality of life: a basis for clinical decision-making in community psychiatric care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(6), 725-730.
- Clement, U. (1990). Surveys of heterosexual behaviour. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 45-74.
- Cocoman, A., & Murray, J. (2008). Intramuscular injections: a review of best practice for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15(5), 424-434.
- Coffey, M., & Hewitt, J. (2008). 'You don't talk about the voices': voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing experiences. *J Clin Nurs*, 17(12), 1591-1600.
- Collins, M., Shattell, M., & Thomas, S. P. (2005). Problematic interviewee behaviors in qualitative research. *Western Journal of Nursing Research*, 27(2), 188-199.
- Coombes, L., & Wratten, A. (2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(4), 382-392.
- Coombs, T., Curtis, J., & Crookes, P. (2011). What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *Int J Ment Health Nurs*, 20(5), 364-370.
- Coombs, T., Curtis, J., & Crookes, P. (2013). What is the process of a comprehensive mental health nursing assessment? Results from a qualitative study. *Int Nurs Rev*, 60(1), 96-102.
- Cornwell, C., & Chiverton, P. (1997). The psychiatric advanced practice nurse with prescriptive authority: role development, practice issues, and outcomes measurement. *Arch Psychiatr Nurs*, 11(2), 57-65.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7).
- Crawford, P., Brown, B., Anthony, P., & Hicks, C. (2002). Reluctant empiricists: community mental health nurses and the art of evidence-based praxis. *Health Soc Care Community*, 10(4), 287-298.
- Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2008). Professional identity in community mental health nursing: a thematic analysis. *Int J Nurs Stud*, 45(7), 1055-1063.
- Crowe, M., O'Malley, J., & Gordon, S. (2001). Meeting the needs of consumers in the community: a working partnership in mental health in New Zealand. *J Adv Nurs*, 35(1), 88-96.

- Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder-A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *Int J Nurs Stud*, 47(7), 896-908.
- Cullum, S., Tucker, S., Todd, C., & Brayne, C. (2007). Effectiveness of liaison psychiatric nursing in older medical inpatients with depression: a randomised controlled trial. *Age Ageing*, 36(4), 436-442.
- Cunningham, G., & Slevin, E. (2005). Community psychiatric nursing: focus on effectiveness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(1), 14-22.
- Curran, J., & Brooker, C. (2007). Systematic review of interventions delivered by UK mental health nurses. *Int J Nurs Stud*, 44(3), 479-509.
- Currid, T. J. (2008). The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *Br J Nurs*, 17(14), 880-884.
- Cutcliffe, J. R., & Goward, P. (2000). Mental health nurses and qualitative research methods: a mutual attraction? *J Adv Nurs*, 31(3), 590-598.
- Cutcliffe, J. R., & Koehn, C. V. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature - part two. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(2), 141-147.
- Daheim, H. (1992). Zum Stand der Professionssoziologie *Erziehen als Profession* (S. 21-35): Springer.
- de Wit, K., & Davis, K. (2004). Nurses' knowledge and learning experiences in relation to the effects of domestic abuse on the mental health of children and adolescents. *Contemp Nurse*, 16(3), 214-227.
- Deister, A., & Wilms, B. (2015). Regionale Verantwortung übernehmen. *Psychiatrische Praxis*, 42(02), 109.
- Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2014). Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: what is important to staff? *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 20(2), 125-137.
- den Boer, P. C., Wiersma, D., Russo, S., & van den Bosch, R. J. (2005). Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD004688.
- Deutscher Bundestag. (1975). Bericht zur Lage der Psychiatrie in der bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Drucksache 7/4200.
- Devane, S. M., Haddock, G., Lancashire, S., Baguley, I., Butterworth, T., Tarrier, N., James, A., & Molyneux, P. (1998). The clinical skills of community psychiatric nurses working with patients who have severe and enduring mental health problems: an empirical analysis. *J Adv Nurs*, 27(2), 253-260.

- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B., & Sutton, A. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1), 45-53B.
- Duden. (2016). Onlinewörterbuch: "paraphrasieren". Verfügbar unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/paraphrasieren> [25.01.2016]
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 9(3), 325-337.
- Ebrahimi, H., Namdar, H., & Vahidi, M. (2012). Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 17(7), 534-538.
- Edwards, D., & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *J Adv Nurs*, 42(2), 169-200.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7(1), 7-14.
- Edwards, K. (1995). A preliminary study of users' and nursing students' views of the role of the mental health nurse. *J Adv Nurs*, 21(2), 222-229.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2008). Expanded practice roles for community mental health nurses in Australia: confidence, critical factors for preparedness, and perceived barriers. *Issues Ment Health Nurs*, 29(7), 767-780.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009a). Australian mental health nurses' attitudes to role expansion. *Perspect Psychiatr Care*, 45(2), 100-107.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009b). Informal role expansion in Australian mental health nursing. *Perspect Psychiatr Care*, 45(1), 45-53.
- Elsom, S., Happell, B., Manias, E., & Lambert, T. (2007). Expanded practice roles for community mental health nurses: a qualitative exploration of psychiatrists' views. *Australas Psychiatry*, 15(4), 324-328.
- Erpenbeck, J., & von Rosenstiel, L. (2003). *Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis* (1. Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Esser, H. (1986). Können Befragte lügen? Zum Konzept des «wahren Wertes» im Rahmen der handlungstheoretischen Erklärung von Situationseinflüssen bei der Befragung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 38(2), 314-336.
- Europäischer Qualifikationsrahmen. (2007). *Tagungsdokumentation*, 22/23. Mai. 2007. Berlin: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales.
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *J Adv Nurs*, 25(3), 434-441.

- Farmakas, A., Papastavrou, E., Siskou, O., Karayiannis, G., & Theodorou, M. (2014). Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(1), 39-45.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Fiedler, R. A., Breitenstein, S., & Delaney, K. (2012). An assessment of students' confidence in performing psychiatric mental health nursing skills: the impact of the clinical practicum experience. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 18(4), 244-250.
- Fielding, J., & Weaver, S. M. (1994). A comparison of hospital-and community-based mental health nurses: perceptions of their work environment and psychological health. *J Adv Nurs*, 19(6), 1196-1204.
- Fitch, C., Simpson, A., Collard, S., & Teasdale, M. (2007). Mental health and debt: challenges for knowledge, practice and identity. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(2), 128-133.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Leipzig: Rowohlt.
- Fung, Y. L., Chan, Z., & Chien, W. T. (2013). Role performance of psychiatric nurses in advanced practice: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and aging*, 22(1), 37.
- Galon, P., & Graor, C. H. (2012). Engagement in primary care treatment by persons with severe and persistent mental illness. *Arch Psychiatr Nurs*, 26(4), 272-284.
- Gamble, C. (1994). The Thorn nurse training initiative. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 9(15), 31-34.
- Garside, P. (1998). Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management. *Quality in health care*, 7(DEC).
- Gauss, C. F. (1809). *Theoria motus corporum coelestium in sectionibus conicis solem ambientium auctore Carolo Friderico Gauss: sumtibus Frid. Perthes et IH Besser*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2005). Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/200/>
- Gildberg, F. A., Elverdam, B., & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff-patient interaction. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(4), 359-368.

- Gilje, F. L., Klose, P. M. E., & Birger, C. J. (2007). Critical clinical competencies in undergraduate psychiatric-mental health nursing. *Journal of Nursing Education*, 46(11).
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Piscataway, NJ: Rutgers - The State University.
- Goossens, P. J., Beentjes, T. A., de Leeuw, J. A., Knoppert-van der Klein, E. A., & van Achterberg, T. (2008). The nursing of outpatients with a bipolar disorder: what nurses actually do. *Arch Psychiatr Nurs*, 22(1), 3-11.
- Gray, D. E. (1986). Community and institutional roles: Evaluations by Australian psychiatric nurses. *Community mental health journal*, 22(2), 147-159.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2003). The effect of medication management training on community mental health nurse's clinical skills. *Int J Nurs Stud*, 40(2), 163-169.
- Gray, R., Wykes, T., Parr, A., Hails, E., & Gournay, K. (2001). The use of outcome measures to evaluate the efficacy and tolerability of antipsychotic medication: a comparison of Thorn graduate and CPN practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(3), 191-196.
- Grieser-Kozel, M. (2008). *Berufliche Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege - Eine Systematische Kompetenzanalyse*. (Master), Technische Universität Kaiserslautern, Kaiserslautern.
- Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T., & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *Int J Ment Health Nurs*, 23(2), 101-109.
- Gunstone, S. (2003). Risk assessment and management of patients with self-neglect: a 'grey area' for mental health workers. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10(3), 287-296.
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*, 19(2), 149-161.
- Guy, M., Norman, W. V., & Malhotra, U. (2013). Assessing the health care needs of women in rural British Columbia: development and validation of a survey tool. *Can Fam Physician*, 59(2), e101-109.
- Habermas, J. (1971). *Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz: (Vorlage für Zwecke einer Seminardiskussion)*: Suhrkamp-Verlag.
- Hall, J. E. (2004). Restriction and control: the perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues Ment Health Nurs*, 25(5), 539-552.
- Hallawell, B., Stephens, J., & Charnock, D. (2012). Physical activity and learning disability. *Br J Nurs*, 21(10), 609-612.
- Hamann, J., & Heres, S. (2014). Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness. *Psychiatr Serv*.

- Hannigan, B., Burnard, P., Edwards, D., & Turnbull, J. (2001). Specialist practice for UK community mental health nurses: the 1998 - 99 survey of course leaders. *Int J Nurs Stud*, 38(4), 427-435.
- Happell, B. (1996). Focus group interviews as a tool for psychiatric nursing research. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 5(1), 40-44.
- Happell, B., & Byrne, L. (2015). Teaching from lived experience: a way to make mental health nursing more popular? *Aust Nurs Midwifery J*, 22(8), 32-33.
- Happell, B., Gaskin, C. J., Hoey, W., Nizette, D., & Veach, K. (2013). The activities that nurses working in community mental health perform: a geographical comparison. *Aust Health Rev*, 37(4), 453-457.
- Happell, B., Hoey, W., & Gaskin, C. J. (2012). Community mental health nurses, caseloads, and practices: a literature review. *Int J Ment Health Nurs*, 21(2), 131-137.
- Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). A systematic review of nurse physical healthcare for consumers utilizing mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(1), 11-22.
- Harris, D. M., & Happell, B. (1999). The skills required for conducting a community psychiatric nursing assessment: a qualitative study. *Aust J Adv Nurs*, 16(4), 7-13.
- Hasseler, M. (2007). Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheits-und Pflegeforschung—eine erste Annäherung. *Pflege & Gesellschaft*, 12(3), 249-262.
- Hasslinger, V. (2007). Zur Situation der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der BRD. *Psychiatrische Pflege heute*, 13(3), 159-161.
- Heekeren, K. (2013). Tagesklinik. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die soziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Helfferich, C. (2014). Leitfaden-und Experteninterviews. In J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559-574). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Hellwig, K. (1993). Psychiatric home care nursing: Managing patients in the community setting. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 31(12), 21-24.
- Helsper, W., Krüger, H.-H., & Rabe-Kleberg, U. (2000). Professionstheorie, Professions-und Biographieforschung: Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs-und Sozialforschung*, 1(1), 5-19.
- Hemkendreis, B., & Haßlinger, V. (2014). *Ambulante Psychiatrische Pflege* (1. Auflage). Bern: Psychiatrie Verlag.
- Hensel, D. (2014). Typologies of Professional Identity Among Graduating Baccalaureate-Prepared Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(2), 125-133.
- Herrmann, W. J., & Flick, U. (2012). Nursing home residents' psychological barriers to sleeping well: a qualitative study. *Family practice*, 29(4), 482-487.

- Hitchcock, M. J. E. (1971). Community mental health nursing: An innovative use of the nurse's evolving role. *Community mental health journal*, 7(1), 3-12.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185.
- Hurley, J., Barrett, P., & Reet, P. (2006). 'Let a hundred flowers blossom, let a hundred schools of thought contend': a case for therapeutic pluralism in mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(2), 173-179.
- Hurley, J., & Linsley, P. (2006). Proposed changes to the Mental Health Act of England and Wales: research indicating future educational and training needs for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(1), 48-54.
- Hussy, W. (2013). Quantitative Forschungsmethoden. In W. Hussy, M. Schreier, & G. Echterhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 115-164). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (1. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.
- Hyde, A., Treacy, M. M. P., Scott, A. P., Mac Neela, P., Butler, M., Drennan, J., Kate, I., & Byrne, A. (2006). Social regulation, medicalisation and the nurse's role: Insights from an analysis of nursing documentation. *Int J Nurs Stud*, 43(6), 735-744.
- Hyvonen, S., & Nikkonen, M. (2004). Primary health care practitioners' tools for mental health care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(5), 514-524.
- ISPN. (2006). Psychiatric Mental Health Nursing - Scope & Standards - Draft Revision 2006. Verfügbar unter: [www.ispn-psych.org/docs/standards/scope-standards-draft.pdf](http://www.ispn-psych.org/docs/standards/scope-standards-draft.pdf)
- Jeon, Y. (2003). Mental health nurses' work with family caregivers of older people with depression: review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*, 24(8), 813-828.
- Jugessur, T., & Iles, I. K. (2009). Advocacy in mental health nursing: an integrative review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(2), 187-195.
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23(3), 187-200.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415.
- Kaiser, H. F. (1974a). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36.
- Kaiser, H. F. (1974b). A note on the equamax criterion. *Multivariate Behavioral Research*, 9(4), 501-503.
- Kamp, H., & Partee, B. H. (1995). Prototype theory and compositionality. *Cognition*, 57, 129-191.

- Kaner Eileen, F. S., Dickinson Heather, O., Beyer Fiona, R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders John, B., Burnand, B., & Pienaar Elizabeth, D. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Karabacak, U., Serbest, S., Kan Onturk, Z., Eti Aslan, F., & Olgun, N. (2013). Relationship between student nurses' self-efficacy and psychomotor skills competence. *Int J Nurs Pract*, 19(2), 124-130.
- Kauffeld, S. (2006). *Kompetenzen messen, bewerten, entwickeln*. Stuttgart: Schäffer-Pöschel Verlag.
- Keady, J., Woods, B., Hahn, S., & Hill, J. (2004). Community mental health nursing and early intervention in dementia: developing practice through a single case history. *J Clin Nurs*, 13(6B), 57-67.
- Kenyon, V., Smith, E., Hefty, L. V., Bell, M. L., McNeil, J., & Martaus, T. (1990). Clinical competencies for community health nursing. *Public Health Nursing*, 7(1), 33-39.
- Kettles, A. M., Creswell, J. W., & Zhang, W. (2011). Mixed methods research in mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(6), 535-542.
- Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *J Adv Nurs*, 71(1), 181-192.
- Kirchhof, J. (2009). Pflege in der Psychiatrie In W. Haupt, K.-A. Jochheim, & E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe*. Online: [https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/library/page/9783134536102\\_3\\_16/-/1](https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/library/page/9783134536102_3_16/-/1): Thieme, CNE.online.
- Kirchhöfer, D. (2004). *Lernkultur Kompetenzentwicklung: Begriffliche Grundlagen*. Berlin ESM Satz und Grafik.
- Kleemann, F., Krähnke, U., & Matuschek, I. (2013). Grundlagen interpretativer Sozialforschung. In F. Kleemann, U. Krähnke, & I. Matuschek (Hrsg.), *Interpretative Sozialforschung* (S. 13-34). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Band 3). Berkeley CA: University of California Press.
- Klimas, J., Field, C.-A., Cullen, W., O'Gorman Clodagh, S. M., Glynn Liam, G., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G., & Dunne, C. (2012). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- Koehn, C. V., & Cutcliffe, J. R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature - part one. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(2), 134-140.
- Kuckartz, U. (2010). Typenbildung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 553-568). Berlin/Heidelberg: Springer.



- Kudless, M. W., & White, J. H. (2007). Competencies and roles of community mental health nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 45(5), 36-44.
- Kultusministerkonferenz, S. d. (2007). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. *Bonn: KMK*.
- Lam, D., Kuipers, L., & Leff, J. (1993). Family work with patients suffering from schizophrenia: the impact of training on psychiatric nurses' attitude and knowledge. *J Adv Nurs*, 18(2), 233-237.
- Lang, L., Orton, S., Sallah, D., Hewitt-Moran, T., Zhang, D., Cullen, S., Dixon, S., Bell, B., Bell, D., Meeson, L., & Chen, R. (2011). A survey of engagement and competence levels in interventions and activities in a community mental health workforce in England. *BMC Health Serv Res*, 11, 352.
- Lee, L. Y. K., Lee, D. T. F., & Wong, E. M. C. (2004). Psychometric properties of the satisfaction with the nursing home instrument (Chinese version). *J Am Geriatr Soc*, 52(12), 2149-2150.
- Leontjew, A. W. (1979). *Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit*. Stuttgart: Studien zur Kritischen Psychologie.
- Leufstadius, C., Gunnarsson, B. A., & Eklund, M. (2014). Meaningfulness in day centers for people with psychiatric disabilities: gender and empowerment aspects. *Occupational Therapy in Mental Health*, 30(2), 178-195.
- Lilja, L., Ordell, M., Dahl, A., & Hellzen, O. (2004). Judging the other: psychiatric nurses' attitudes towards identified inpatients as measured by the semantic differential technique. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(5), 546-553.
- Lin, C. J., Hsu, C. H., Li, T. C., Mathers, N., & Huang, Y. C. (2010). Measuring professional competency of public health nurses: development of a scale and psychometric evaluation. *J Clin Nurs*, 19(21-22), 3161-3170.
- Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B., & Willman, A. (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs*, 70(10), 2208-2221.
- Lloyd, M. (2007). Empowerment in the interpersonal field: discourses of acute mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(5), 485-494.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München/Jena: Urban&Fischer Verlag.
- Lorentzen, S., & Ruud, T. (2014). Group therapy in public mental health services: approaches, patients and group therapists. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(3), 219-225.
- Lynn, M. R. (1995). Development and testing of the Nursing Role Model Competence Scale (NRMCS). *Journal of nursing measurement*, 3(2), 93-108.

- Macleod, S. H., Elliott, L., & Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *Int J Nurs Stud*, 48(1), 100-120.
- Mahone, I. H., Farrell, S., Hinton, I., Johnson, R., Moody, D., Rifkin, K., Moore, K., Becker, M., Barker, M. R., & Region Ten, C. S. B. U. V. A. S. o. N. P. (2011). Shared decision making in mental health treatment: qualitative findings from stakeholder focus groups. *Arch Psychiatr Nurs*, 25(6), e27-36.
- Mahoney, J. S., Carlson, E., & Engebretson, J. C. (2006). A framework for cultural competence in advanced practice psychiatric and mental health education. *Perspect Psychiatr Care*, 42(4), 227-237.
- Mann, A., Blizard, R., Murray, J., Smith, J., Botega, N., MacDonald, E., & Wilkinson, G. (1998). An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression. *Br J Gen Pract*, 48(426), 875-879.
- Manuel, J., & Crowe, M. (2014). Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: A descriptive, qualitative study. *Int J Ment Health Nurs*.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., & Wiersma, D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of role tensions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 9(5), 511-520.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse – ein Überblick. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt*, 4, 468-475.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601-613). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P., & Brunner, E. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In H. Boller, B. Friebertshäuser, Langer, A., A. Prengel, & S. Richter (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3. Auflage, S. 232-334). Weinheim Juventa-Verlag.
- Mays, G. D., & Lund, C. H. (1999). Male caregivers of mentally ill relatives. *Perspect Psychiatr Care*, 35(2), 19-28.
- McAdam, M., & Wright, N. (2005). A review of the literature considering the role of mental health nurses in assertive outreach. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(6), 648-660.
- McCann, T. V., & Baker, H. (2001). Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community. *J Adv Nurs*, 34(4), 530-537.
- McCann, T. V., & Clark, E. (2003). A grounded theory study of the role that nurses play in increasing clients' willingness to access community mental health services. *Int J Ment Health Nurs*, 12(4), 279-287.

- McCullough, K. M., Williams, A. M., & Lenthall, S. (2012). Voices from the bush: remote area nurses prioritise hazards that contribute to violence in their workplace. *Rural Remote Health, 12*, 1972.
- McKeown, B. F., & Thomas, D. B. (1988). *Q methodology (Quantitative applications in the social sciences series, vol. 66)* (1. Auflage). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Melchinger, H. (2009). Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. *Z Allg Med, 85*, 247-253.
- Mey, G., & Mruck, K. (2010). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage, Band 1). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Mohamed, S., Neale, M. S., & Rosenheck, R. (2009). Veterans Affairs Intensive Case Management for older veterans. *Am J Geriatr Psychiatry, 17*(8), 671-681.
- Moosbrugger, H., & Hartig, J. (2002). Factor analysis in personality research: Some artefacts and their consequences for psychological assessment. *Psychological Test and Assessment Modeling, 44*(1), 136.
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, M. P., Hyde, A., Matthews, A., Morrison, T., Drennan, J., & Byrne, A. (2010). The Irish Nursing Minimum Data Set for mental health--a valid and reliable tool for the collection of standardised nursing data. *J Clin Nurs, 19*(3-4), 359-367.
- Morse, M., & Procter, N. (2011). Review: exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis. *J Clin Nurs, 20*(19-20), 2702-2711.
- Mühlbacher, A., & Ackerschott, S. (2002). *Integrierte Versorgung: Management und Organisation: Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mullen, A., Murray, L., & Happell, B. (2002). Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding. *Int J Ment Health Nurs, 11*(4), 225-232.
- Müller, F. H., & Kals, E. (2004). Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen. *Forum Qualitative Sozialforschung, 5*(2).
- Neuhaus, J. O., & Wrigley, C. (1954). The quartimax method. *British Journal of Statistical Psychology, 7*(2), 81-91.
- Neville, C., Eley, D., Hangan, C., Weir, J., Quinn, J., Meehan, T., & Marks, P. (2010). *Australian College of Mental Health Nurses Inc (2010) - Standards of Practice for Australian Mental Health Nurses 2010* Verfügbar unter <http://www.acmhn.org/publications/standards-of-practice>
- Neville, C., Eley, D., Quinn, J., Weir, J., Hegney, D., Hangan, C., & Grasby, D. (2006). *Mental health nursing standards and practice indicators for Australia: a review of current literature*. University of Southern Queensland.

- Neville, C., Hangan, C., Eley, D., Quinn, J., & Weir, J. (2008). Mental health nursing standards for Australia: a review of current literature. *Int J Ment Health Nurs*, 17(2), 138-146.
- Newell, R., & Gournay, K. (1994). British nurses in behavioural psychotherapy: a 20-year follow-up. *J Adv Nurs*, 20(1), 53-60.
- Nittel, D. (2000). Von der Mission zur Profession. *Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung. Bielefeld.*
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Nolan, P., Haque, M. S., Bourke, P., & Dyke, R. (2004). A comparison of the work and values of community mental health nurses in two mental health NHS Trusts. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(5), 525-533.
- Norcross, J. C., & Bruce, W. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Nowak, P. (2010). *Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion: systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Nystrom, M., & Lutzen, K. (2002). Psychiatric care and home care service - an exploration of the professional world encountered by persons with long-term mental illness. *Scand J Caring Sci*, 16(2), 171-178.
- O'Brien, A. P. (1998). Rural families as resources for family members who are mentally ill: a call for nursing involvement. *Arch Psychiatr Nurs*, 12(4), 219-226.
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 32(3), 396-402.
- Oevermann, U. (1981). Professionalisierung der Pädagogik. *Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. Mitschrift eines Vortrags im Sommer Semester.*
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, 1, 70-182.
- Oevermann, U. (2000). Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. *Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung*, 1.
- Oevermann, U. (2009). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit *Professionalität in der Sozialen Arbeit* (S. 113-142): Springer.
- Olbrich, C. (2010). Pflegekompetenz. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. *Bern: Huber.*

- Olbrich, E. (2012). Psychologische Perspektiven. In F. Karl (Hrsg.), *Das Altern der "neuen" Alten: Eine Generation im Strukturwandel des Alters* (Band 1). Berlin: Lit Verlag.
- Ophardt, D. (2006). *Professionelle Orientierungen von Lehrerinnen und Lehrern unter den Bedingungen einer Infragestellung der Vermittlungsfunktion*. (Dissertation), Freie Universität Berlin, Online: [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS\\_thesis\\_000000002338](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000002338).
- Orak, R. J., Farahani, M. A., Kelishami, F. G., Seyedfatemi, N., Banihashemi, S., & Havaei, F. (2016). Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse Educ Pract*, 20, 64-69.
- Ordaz, E. B. (1993). Psychiatric nursing. The Cuba experience. *Nurs RSA*, 8(1), 19-21, 44.
- Park, S. A., & Sung, K. M. (2013). The effects on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*, 49(2), 110-117.
- Parsons, M. B., Harper, V. N., Jensen, J. M., & Reid, D. H. (1997). Assisting older adults with severe disabilities in expressing leisure preferences: a protocol for determining choice-making skills. *Res Dev Disabil*, 18(2), 113-126.
- Parsons, T. (1951). The social system.
- Patel, M. X., N, D. E. Z., Baker, D., & David, A. S. (2005). Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(2), 237-244.
- Patterson, C., Curtis, J., & Reid, A. (2008). Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly-graduated mental health nurse in an inpatient setting. *Int J Ment Health Nurs*, 17(6), 410-418.
- Petermann, F., & Rief, W. (2009). Chronische Depression. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(4), 233-234.
- Phillips, L., & McCann, E. (2007). The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(6), 578-586.
- Pitkethly, M., MacGillivray, S., & Ryan, R. (2008). Recordings or summaries of consultations for people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Pollock, L. C. (1989). *Community psychiatric nursing: myth and reality*. London: Scutari Press.
- Prebble, K., Kidd, J., O'Brien, A., Carlyle, D., McKenna, B., Crowe, M., Deering, D., & Gooder, C. (2011). Implementing and maintaining nurse-led healthy living programs in forensic inpatient settings: an illustrative case study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 17(2), 127-138.

- Pridding, A., & Procter, N. G. (2008). A systematic review of personality disorder amongst people with intellectual disability with implications for the mental health nurse practitioner. *J Clin Nurs*, 17(21), 2811-2819.
- Priebe, S., Fakhoury, W. K., Hoffmann, K., & Powell, R. A. (2005). Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(3), 223-232.
- Qualifikations-Entwicklungs-Management, Q. A. (2006). *Kompetenzentwicklung 2006. Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm "Lernkultur Kompetenzentwicklung" Ergebnisse - Erfahrungen - Einsichten*. Münster: Waxmann.
- Rabe-Menssen, C., & Bünger, S. (2011). DPTV-Mitgliederbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapie Aktuell*, 4, 21-26.
- Reasor, J. E., & Farrell, S. P. (2005). The effectiveness of advanced practice registered nurses as psychotherapists. *Arch Psychiatr Nurs*, 19(2), 81-92.
- Reddemann, L. (2000). Zur Behandlung komplexer posttraumatischer Störungen im (teil-) stationären Setting. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 36, 119-132.
- Reichert, J. (2014). Empirische Sozialforschung und soziologische Theorie. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 65-80). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Repique, R. J. R., Vernig, P. M., Lowe, J., Thompson, J. A., & Yap, T. L. (2016). Implementation of a Recovery-Oriented Training Program for Psychiatric Nurses in the Inpatient Setting: A Mixed-Methods Hospital Quality Improvement Study. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(6), 722-728.
- Richie, F., & Lusky, K. (1987). Psychiatric home health nursing: a new role in community mental health. *Community mental health journal*, 23(3), 229-235.
- Richter, D. (1997). Training in social and practical capabilities. An instrument for interventions by psychiatric nurses. *Pflege Aktuell*, 51(9), 516-520.
- Richter, D., & Hahn, S. (2009). Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. *Pflege*, 22(2), 129-142.
- Richter, D., Schwarze, T., & Hahn, S. (2010). Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. *Psych: Pflege Heute*, 16(1), 17.
- Richter, T., Meyer, G., Möhler, R., & Köpke, S. (2012). Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12).
- Rogers, C. R. (2015). *Der neue Mensch* (10. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Romero-Sanchez, J. M., Paramio-Cuevas, J. C., Paloma-Castro, O., Pastor-Montero, S. M., O'Ferrall-Gonzalez, C., Gabaldon-Bravo, E. M., Gonzalez-Dominguez, M. E., Castro-Yuste, C., & Frandsen, A. J. (2013). The Spanish version of the Position on Nursing

- Diagnosis scale: cross-cultural adaptation and psychometric assessment. *J Adv Nurs*, 69(12), 2759-2771.
- Ross, J. D., & Kettles, A. M. (2012). Mental health nurse independent prescribing: what are nurse prescribers' views of the barriers to implementation? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(10), 916-932.
- Roth, H. (1971). *Pädagogische Anthropologie. Band 2: Entwicklung und Erziehung. Grundlagen einer Entwicklungspädagogik*. Hannover: Schroedel.
- Rufli, G. M. (1996). Changing roles for psychiatric clinical nurse specialists: prescriptive privileges. *Ky Nurse*, 44(4), 16-17.
- Ryan, R., Garlick, R., & Happell, B. (2006). Exploring the role of the mental health nurse in community mental health care for the aged. *Issues Ment Health Nurs*, 27(1), 91-105.
- Rydon, S. E. (2005). The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: The perspective of users of mental health services. *Int J Ment Health Nurs*, 14(2), 78-87.
- Salheiser, A. (2014). Natürliche Daten: Dokumente. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 813-827). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Samuelsson, M., & Asberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *Int J Nurs Stud*, 39(1), 115-121.
- Sauter, D. (2015). Mitteilungen für die Mitglieder der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege. *Psych Pflege*, 03(04), 206-207. doi: 10.1055/s-0041-103372
- Sauter, D., Abderhalden, C., & Needham, I. (2006). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schermelleh-Engel, K., Werner, C. S., & Moosbrugger, H. (2010). *Exploratorische Faktorenanalyse: Hauptachsenanalyse und Hauptkomponentenanalyse SPSS-Beispiel zu Kapitel 13* H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), Verfügbar unter [https://lehrbuch3.s3.amazonaws.com/files/asset/4f6b2fc991c9149994999962/Kapitel\\_13\\_SPSS.pdf](https://lehrbuch3.s3.amazonaws.com/files/asset/4f6b2fc991c9149994999962/Kapitel_13_SPSS.pdf)
- Schmid, P., Steinert, T., & Borbé, R. (2013). Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 40(08), 414-424.
- Schmidt-Michel, P.-O., Kuhn, F., & Bergmann, F. (2008). Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert. *Psychiatrische Praxis*, 35(02), 57-59.
- Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings. *Psychological bulletin*, 124(2), 262.

- Schoppmann, S. (2008). Einsichten von Innen: Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegenden in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (CH). Eine qualitative Studie. *Psych. Pflege heute*, 14(06), 294-306.
- Schreier, M. (2013a). Qualitative Erhebungsmethoden *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 222-244). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schreier, M. (2013b). Qualitative Forschungsmethoden. In W. Hussy, M. Schreier, & G. Echterhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 189-221). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schulz, M. (2003). Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen Psychiatrischen Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 8(4), 133-160.
- Schulz, M., & Behrens, J. (2005). Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien–Implikationen für Deutschland. *PR-Internet–Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege*. 7: 410, 415.
- Schütze, F. (1978). *Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien-dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen: Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien*. Bielefeld: Universität Bielefeld. Fakultät für Soziologie.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *neue praxis*, 13(3), 283-293.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession *Erziehen als Profession* (S. 132-170): Springer.
- Schütze, F. (1996). Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen : ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns *Pädagogische Professionalität : Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 183-275). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütze, F. (2000). Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns: ein grundlagentheoretischer Aufriss. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs-und Sozialforschung*, 1(1), 49-96.
- Schütze, F., Bräu, K., Liermann, H., Prokopp, K., Speth, M., & Wiesemann, J. (1996). Überlegungen zu Paradoxien des professionellen Lehrerhandelns in den Dimensionen der Schulorganisation. *Schule und Gesellschaft im Umbruch*, 1, 333-377.
- Scott, A. P. (2006). *Report on the Delphi Study of Irish nurses to articulate the core elements on nursing care in Ireland*. Dublin: Dublin City University and University College Dublin.
- Sharma, V. K., Lepping, P., Krishna, M., Durrani, S., Copeland, J. R., Mottram, P., Parhee, R., Quinn, B., Lane, S., & Cummins, A. (2008). Mental health diagnosis by nurses using the Global Mental Health Assessment Tool: a validity and feasibility study. *Br J Gen Pract*, 58(551), 411-416.



- Skytt, B., Carlsson, M., Ljunggren, B., & Engstrom, M. (2008). Psychometric testing of the Leadership and Management Inventory: a tool to measure the skills and abilities of first-line nurse managers. *J Nurs Manag*, 16(7), 784-794.
- Snowden, A. (2008). Quantitative analysis of mental health nurse prescribers in Scotland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15(6), 471-478.
- Spengler, A. (2013). Psychiatrische Institutsambulanzen in Deutschland. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Spijker, A., Wollersheim, H., Teerenstra, S., Graff, M., Adang, E., Verhey, F., & Vernooij-Dassen, M. (2011). Systematic care for caregivers of patients with dementia: a multicenter, cluster-randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19(6), 521-531.
- Spöhring, W. (2013). *Qualitative Sozialforschung* (Band 133). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Spöhring, W., Weber, M., & Stahl, K. (2012). Ambulante Pflegedienste im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen - Klientenstruktur und Leistungsarten in drei LWL-Pflegediensten. *Unveröffentlicht*.
- Stacciarini, J. M. (2008). Focus groups: examining a community-based group intervention for depressed Puerto Rican women. *Issues Ment Health Nurs*, 29(7), 679-700.
- Staudacher, D., & Kozel, B. (2011). Wohin? Und warum? Eine kritische Reflexion zur fehlenden Identität der psychiatrischen Pflege. *Psych. Pflege heute*, 17(01), 18-22.
- Stein, N. (2010). *Soteria vs. Sektorstation der Allgemeinpsychiatrie - Vergleich zweier Behandlungskonzepte auf Basis verschiedener Patientenvariablen*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Stein, P. (2014). Forschungsdesigns für die quantitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 135-151). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Stephenson, W. (1953). The study of behavior; Q-technique and its methodology.
- Stephenson, W. (1987). Q methodology: Interbehavioral and quantum theoretical connections in clinical psychology. *New ideas in therapy: Introduction to an interdisciplinary approach*.
- Stichweh, R. (1996). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, 1, 49-69.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. *Handbook of qualitative research*, 273-285.
- Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W., & Van der Bijl, J. (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15(8), 678-683.

- Taua, C., Hepworth, J., & Neville, C. (2012). Nurses' role in caring for people with a comorbidity of mental illness and intellectual disability: a literature review. *Int J Ment Health Nurs*, 21(2), 163-174.
- Taylor-Price, C. (1996). The efficacy of structured reminiscence group psychotherapy as an intervention to decrease depression and increase psychological well-being in female nursing home residents. *Dissertation abstracts international*, 56(10-a), 3840. Verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/ol/cochrane/clcentral/articles/7110/CN-00711710/frame.html>
- Terhart, E. (2001). Bildungsforschung, Bildungsadministration, Bildungswirklichkeit: eine systematische Annäherung *Politikberatung durch Bildungsforschung* (S. 17-32): Springer.
- Tessendorf, K. E., & Cunningham, P. W. (1997). One person, two roles: nurse and traditional healer. *World Health Forum*, 18(1), 59-62.
- Thierbach, C., & Petschick, G. (2014). Beobachtung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 855-866). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Tiryakian, E. A. (1968). Typologies. *International encyclopedia of the social sciences*, 16, 177-186.
- Tomson, Y., Romelsjö, A., & Åberg, H. (1998). Excessive drinking-brief intervention by a primary health care nurse: A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of primary health care*, 16(3), 188-193.
- Trenchard, S., & Hannigan, B. (2002). Education for community mental health nurses: a summary of the key debates. *Nurse Educ Today*, 22(3), 258-264.
- Tsai, J., Desai, R. A., & Rosenheck, R. A. (2012). Racial comparison of therapeutic support, service use, and satisfaction among male outpatients with severe mental illness. *Psychiatr Q*, 83(4), 509-519.
- Tshotsho, N. (1992). Post apartheid strategies for psychiatric nurses. *Nurs RSA*, 7(1), 46-47.
- Ullrich, P., Wollbruck, D., Danker, H., & Singer, S. (2011). Evaluation of psycho-social training for speech therapists in oncology. Impact on general communication skills and empathy. A qualitative pilot study. *J Cancer Educ*, 26(2), 294-300.
- Ulrich, P., & Fluri, E. (1992). *Management, Eine konzentrierte Einführung* (6. Auflage). Stuttgart: Haupt Verlag.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1986). The Cognitive Therapy Scale: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(3), 381.
- van de Bovenkamp, H. M., & Trappenburg, M. J. (2012). Comparative review of family-professional communication: what mental health care can learn from oncology and nursing home care. *Int J Ment Health Nurs*, 21(4), 366-385.

- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing, The, 25*(4), 40.
- van der Zalm, Y. C., Nugteren, W. A., Hafsteinsdottir, T. B., van der Venne, C. G., Kool, N., & van Meijel, B. (2014). Psychiatric Nursing Care for Adult Survivors of Child Maltreatment: A Systematic Review of the Literature. *Perspect Psychiatr Care*.
- Van Exel, J., & de Graaf, G. (2005). Q methodology: A sneak preview. Verfügbar unter: <http://www.qmethod.org>
- Ventura, C. A., Mendes, I. A., & Trevizan, M. A. (2007). Psychiatric nursing care in Brazil: legal and ethical aspects. *Med Law, 26*(4), 829-840.
- Vonken, M. (2005). *Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen und Berufspädagogik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Voogt, L. A., Nugter, A., Goossens, P. J. J., & van Achterberg, T. (2013). "Providing Structure" as a Psychiatric Nursing Intervention: A Review of the Literature. *Perspect Psychiatr Care, 49*(4), 278-287.
- Walburn, J., Gray, R., Gournay, K., Quraishi, S., & David, A. S. (2001). Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *The British Journal of Psychiatry, 179*(4), 300-307.
- Walker, L., Barker, P., & Pearson, P. (2000). The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health-care: an augmented Delphi study. *Nurs Inq, 7*(2), 91-102.
- Watts, S., & Stenner, P. (2005). Doing Q methodology: theory, method and interpretation. *Qualitative Research in Psychology, 2*(1), 67-91.
- Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q Methodological Research – Theory, Methods and Interpretation*. New Dehli: Sage Publications.
- Weed, M. (2005). "Meta Interpretation": A Method for the Interpretive Synthesis of Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung, 6*(1).
- Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*: Mabuse-Verlag.
- Weinert, F. E. (2001). *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim: Beltz.
- White, E. (1991). A Delphi study on psychiatric nursing. *Nurs Times, 87*(33), 48-49.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological review, 66*(5), 297.
- Wilson, B., & Crowe, M. (2008). Maintaining equilibrium: a theory of job satisfaction for community mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 15*(10), 816-822.

- Wolff, H.-G., & Bacher, J. (2010). Hauptkomponentenanalyse und explorative Faktorenanalyse. In H. Best (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 333-365). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector Aimee, E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Soc Sci Med*, 58(1), 177-192.
- Wright, N., Callaghan, P., & Bartlett, P. (2011). Mental health service users' and practitioners' experiences of engagement in assertive outreach: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(9), 822-832.
- Yoon, S., Yen, P. Y., & Bakken, S. (2009). Psychometric properties of the self-assessment of nursing informatics competencies scale. *Stud Health Technol Inform*, 146, 546-550.
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). Cognitive therapy scale: Rating manual. *Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia*.
- Zeeman, Z., Lecturer, R. C., Wynaden, D., McGoWAN, S., Lewis, M., Austin, J., & Finn, M. (2002). Community mental health care: Documenting the role of the nurse. *Contemp Nurse*, 12(2), 112-123.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).

## Anhang

### Anhang A: Text des Protokolls zum informellen Einverständnis

Sehr geehrte Kollegin sehr geehrter Kollege,

im Rahmen meiner Dissertation im Bereich Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar führe ich eine Untersuchung über die Wahrnehmung und Bedeutung für dieses Feld typischer Kompetenzen durch Mitarbeiter in der ambulanten/sektorenübergreifenden psychiatrischen Pflege durch.

Ich möchte Sie daher bitten, an einer Untersuchung teilzunehmen und aus der Literatur abgeleitete Kompetenzen nach der Bedeutung für ihren Arbeitsalltag zu sortieren.

Begleitend wird ein Interview geführt und Fragen gestellt über die Gedanken und Bedeutungszusammenhänge, die Ihnen während der Sortierung durch den Kopf gehen.

Mit ihren Angaben gehe ich selbstverständlich streng vertraulich um, es steht Ihnen jederzeit frei, Fragen nicht zu beantworten, Aufgaben auszulassen oder das Sortierverfahren abzubrechen.

Vielen Dank für ihre Teilnahme!

Ort, Datum

Unterschrift Proband

Unterschrift Prof. B. Anderl-Doliwa

## Anhang B: Verwendete Software

**Tabelle 25: Verwendete Software**

<b>Software</b>	<b>Hersteller</b>	<b>Verwendung</b>
Endnote 7.3	Thomas Reuters	Literaturverwaltung und gesamte Literaturrecherche
MAXQDA 12	VERBI GmbH	Datenorganisation bei qualitativ orientierter Inhaltsanalyse in Unterkapitel 5.5
MS Office Excel 2010	Microsoft	Management der qualitativen Daten und resultierenden Kompetenzen aus der Literaturrecherche in Kapitel 4, Erstellung von Diagrammen
MS Office Visio 2007	Microsoft	Verlaufsgrafiken und vergleichbare Abbildungen
MS Office Word 2010	Microsoft	Niederschrift des Manuskripts
RStudio 0.99	RStudio, Inc.	Durchführung der Berechnungen im Rahmen der Q-Methodologie
SPSS 21	IBM	Deskriptive Statistiken
yEd	yWorks	Grafiken für Beziehungen zwischen Themen in Unterkapitel 5.5

# Eidesstaatliche Erklärung

**Ehrenwörtliche Erklärung zu meiner Dissertation mit dem Titel: „Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegender in ambulanten und aufsuchenden Settings.“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich die beigefügte Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel genutzt habe. Alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Ich versichere außerdem, dass ich die beigefügte Dissertation nur in diesem und keinem anderen Promotionsverfahren eingereicht habe und, dass diesem Promotionsverfahren keine endgültig gescheiterten Promotionsverfahren vorausgegangen sind.

Kaiserslautern, 30.03.2017

---

Ort, Datum

---

Unterschrift