

Thorsten Meyer

Erfolg, Effekt, Outcome, Nutzen oder Wirkung?

Begriffe und Konzepte im Diskurs gesundheitsbezogener Handlungswissenschaften

Success, effect, outcome, benefit, efficacy, or effectiveness? Terms and concepts in the discourse of applied health sciences

Clinical practice needs clinical research that reflects the consequences of professional clinical practice systematically. This paper aims to discuss pivotal terms and concepts for the appraisal of consequences of clinical interventions. Efficacy or effectiveness relate to the group of desirable effects of a clinical intervention. Effect means the consequences of an intervention that are related in a causal way. The prove of effects needs the prove of a causal nexus among intervention and outcome, most appropriately by means of a randomized-controlled trial. Efficacy relates to effects under ideal conditions, effectiveness relates to effects under routine care conditions. From an epidemiological perspective, the term effect represents either the result of a cause, or an effect measure. From a social sciences perspective an effect represents the difference between parameters from different populations, without necessarily referring to proves of causation. Benefit means the positive result of an intervention in routine care with regard to important goals of the intervention in specified populations, both with regard to positive effects and by weighing also negative consequences of the intervention (risks). Success does not require the prove of a causal relationship between intervention and outcome. From the author's view it relates to the documented appraisals of separate relevant outcomes or of a general appraisal of different relevant outcomes, that are being attributed towards a clinical intervention and interpreted as an effect of the intervention, using a specified perspective (e.g. patient, caregiver). Outcome is a general term comprising the consequences of an intervention and other expositions. Central ordering dimensions of these terms and concepts are the assumed or proved causal relationships between intervention and outcomes, the valence of outcomes and the significance of patient orientation.

Keywords

efficacy, effectiveness, effect, benefit, outcome, success

Die Praxis der gesundheitsbezogenen Versorgung bedarf einer klinischen Forschung, die basierend auf einer konsequentialistischen Grundorientierung die Folgen des professionellen Tuns systematisch reflektiert. Dieser Beitrag zielt darauf, zentrale Begrifflichkeiten und Konzepte für die Bewertung der Folgen von Behandlungen bzw. therapeutischen Interventionen zu reflektieren. Wirksamkeit kennzeichnet die Klasse der angestrebten positiven

Wirkungen einer klinischen Intervention, Wirkung die kausal verstandene(n) Folge(n) einer Intervention. Der Wirksamkeitsnachweis erfordert den Beleg eines Kausalnexus zwischen Intervention und Endpunkt, der am ehesten im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie erfolgen kann. Im Englischen wird zwischen efficacy als Wirksamkeit unter idealen Bedingungen und effectiveness als Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen unterschieden. Der Begriff Effekt steht aus epidemiologischer Sicht sowohl für Wirkung bzw. das Ergebnis einer Ursache, als auch für das Effektmaß. Aus sozialwissenschaftlicher Sicht kennzeichnet ein Effekt die Differenz zwischen Parametern aus unterschiedlichen Populationen, ohne einen belegten Wirkzusammenhang vorauszusetzen. Nutzen bezeichnet das positive Ergebnis einer Intervention unter Alltagsbedingungen im Hinblick auf die (Teil-)Ziele der Intervention bei definierten Patientengruppen, sowohl in Bezug auf die positiven Wirkungen als auch unter gleichzeitiger Berücksichtigung von negativen Folgen der Intervention (Schadenrisiken). Erfolg setzt keine Kausalnexus voraus, sondern bezeichnet aus Sicht des Autors die dokumentierten Bewertungen einzelner relevanter Endpunkte oder auch das Gesamt der Abwägung relevanter Endpunkte, die auf eine klinische Maßnahme attribuiert und als Effekte der Maßnahme interpretiert werden und die aus einer spezifizierten Perspektive erfolgen. Outcome ist ein übergeordneter Begriff für die Auswirkungen von Interventionen und anderen Expositionen. Wichtige Ordnungspunkte der Begrifflichkeiten stellen die vermuteten bzw. nachzuweisenden Wirkzusammenhänge zwischen Maßnahme und Endpunkt dar, die Valenz der Endpunkte sowie das Ausmaß der Patienten/innenorientierung.

Schlüsselwörter

Wirksamkeit, Effekt, Nutzen, Outcome, Erfolg

Hintergrund

Die Versorgung von Menschen mit Gesundheitsstörungen hat in den vergangenen Jahrzehnten grundlegende Veränderungen erfahren. Eine dieser grundlegenden Veränderungen stellt die zunehmende Rechenschaftspflicht und die damit einhergehende Erfassung von Qualität dar, auch als Ära von „assessment and accountability“ (Titel der Arbeit von Relman 1988) bezeichnet. In einem sich zunehmend diversifizierenden Feld, einer sich verändernden Beziehung zwischen Patienten / Patientinnen und professionellen Akteurinnen und Akteuren (gegenwärtige gerne als Leistungserbringer bezeichnet) mit ihren eigenwertigen wirtschaftlichen Interessen wuchs die Sorge über unklare Versorgungsqualität und Behandlungsergebnisse. Einen Ausdruck fanden diese Veränderungen in der der Entwicklung und Verbreitung des Konzepts der Evidenzbasierten Medizin (EbM; Raspe 2007) bzw. der Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung (Gray 2009). Ausgehend von der Medizin verbreitete sich der Gedanke, dass klinisch Tätige systematisch die Folgen ihrer Handlungen untersuchen sollten, um ihr Tun (oder Unterlassen) rechtfertigen zu können. Eine klinische Medizin solle *„mit ausreichender Wahrscheinlichkeit und möglichst geringen Kollateralschäden Krankheiten verhüten, erkennen, heilen, bessern, im Verlauf günstig beeinflussen und in ihren Folgen lindern können - im Vergleich zu dem, was „natürlicherweise“, d.h. ohne jede medizinische Intervention zu beobachten wäre“* (Raspe 2013, S. 10). Nutzen für die Patienten/innen herzustellen und dabei Schaden abzuwehren, war schon als Teil des Hippokratischen Eids angelegt. Diese klinische Medizin versteht sich als Gegensatz zu einer theoretischen

schen Medizin, die ihr Handeln auf der Grundlage von theoretischen Vorstellungen oder physiologischen Modellen ableitet. Die Wissenschaftlichkeit der Medizin besteht aus dieser Perspektive darin, sich im Sinne einer Handlungs- oder auch Praxiswissenschaft die Folgen des eigenen Tun systematisch zu vergegenwärtigen (Raspe 2013), im gleichen Sinne ist auch die klinische Pflege als Handlungs- bzw. Praxiswissenschaft zu verstehen.

Die von der Evidenz-basierten Medizin initiierte und weiter befeuerte Bewegung hin zu einer Evidenz-basierten Praxis, auch zu einem Evidence-based Nursing¹, hat u. a. eine herausragende Bedeutung in der Schaffung einer gemeinsamen Sprache. Diese gemeinsame Sprache ist bedeutsam sowohl für die Kommunikation innerhalb als auch zwischen den unterschiedlichen klinischen Professionen bzw. Berufsgruppen, und sie kann damit auch zur Demokratisierung der klinischen Praxis beitragen. Zudem steht die Evidenzbasierung in der Medizin durch ihr klares Bekenntnis zur rationalen Begründungspflicht in aufklärerischer Tradition. Mit dieser Tradition geht eine skeptische Grundhaltung gegenüber ungenügend begründeten Traditionen einher, ebenso mit einer Skepsis gegenüber Entscheidungen, die rein aus Experten/innenmeinung oder auf mystischer Erhöhung beruhen. *„It is curious, even shocking, that the adjective ‚evidence based‘ is needed. The public must wonder on what basis medical decisions are made otherwise. Is it intuition? Magic.“* (Dickersin et al. 2007, S. s10). Die Schaffung einer gemeinsamen Sprache in den gesundheitsbezogenen Handlungswissenschaften, sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der den Begriffen zugrunde liegenden Konzepte stellen dabei weiterhin große Herausforderungen dar.

Begriffe und Konzepte wie z. B. Wirkung, Wirksamkeit, Effekt, Effektivität, Nutzen, Schaden, Risiken, Erfolg, Outcome werden nicht immer scharf voneinander getrennt. So betitelte beispielsweise Haaf (2005) aus der Perspektive eines Leistungsträgers eine narrative Übersichtsarbeit über evaluative Studien zur Rehabilitationsforschung mit „Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation“, obwohl er an anderer Stelle darauf hinweist, dass der Begriff „Wirksamkeit“ aufgrund fehlender Vergleiche mit einer nicht-rehabilitativ versorgten Kontrollgruppen unzutreffend war (Haaf 2009). Dieser Beitrag zielt im Folgenden darauf, mit einem Fokus auf die Bewertung der Folgen gesundheitsbezogener Maßnahmen einen Beitrag zu diesem Diskurs zu leisten. In der Logik der klinischen Praxis geht es dabei insbesondere um Fragen, die sich mit den Folgen von Behandlungen bzw. therapeutischen Interventionen auseinandersetzen.

Wirkung und Wirksamkeit

Der Begriff Wirksamkeit kennzeichnet in der klinischen Forschung die Klasse der angestrebten positiven Wirkungen einer klinischen Intervention. Wirkung (engl. effect)

¹ In der Pflege wurde im Gegensatz zur Medizin aufgrund der widersprüchlichen Bedeutung des englischen Begriffs „evidence“ (i.S.v. Beweismittel, Beleg) und des deutschen Begriffs „Evidenz“ (i.S.v. einer Gewissheit, die keiner weiteren methodischen Reflektion bedarf) auf eine Eindeutschung verzichtet (vgl. Behrens & Langer 2004)

bezieht sich auf die kausal verstandene(n) Folge(n) einer Intervention. Somit erfordert der Wirksamkeitsnachweis immer den Beleg eines Kausalnexus zwischen einer Intervention und einem definierten Endpunkt (Köbberling 2009). Die Überprüfung der Wirksamkeit einer Maßnahme erfolgt vor diesem Hintergrund immer unter Zuhilfenahme einer Kontrollbedingung, in der die Maßnahme nicht realisiert ist, im Idealfall im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie (randomized-controlled trial, RCT).

Der Nachweis eines Kausalnexus im Rahmen einer kontrollierten Studie ist notwendig, da sich aus der Beobachtung eines einzelnen Falles keine eindeutigen Kausalbeziehungen ableiten lassen. Hierzu wäre der Ausschluss von alternativen Erklärungen notwendig. Dieser Ausschluss von alternativen Erklärungen lässt sich besonders gut mithilfe eines RCT vornehmen, da durch die Randomisierung sowohl bekannte als auch unbekannte prognostische Faktoren als alternative Erklärungen weitgehend ausgeschaltet werden. Andere Studiendesigns wie Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien oder Prä-Post Vergleiche haben den Nachteil, nicht im vergleichbaren Maße alternative Erklärungen ausschließen zu können. Der Verweis auf die Notwendigkeit der Durchführung von kontrollierten Studien bedeutet auch, dass Wirkungen bzw. Wirksamkeitsnachweise immer auf der Ebene des Vergleichs von Fallgruppen basieren und damit auf der Ebene des Vergleichs von aggregierenden Statistiken (Raspe 2013), aus deren Unterschiede vor dem Hintergrund des realisierten Studiendesigns auf einen Wirkzusammenhang geschlossen wird. Das heißt Wirksamkeit lässt sich nicht direkt beobachten, sondern ist ein theoretisches Konstrukt, das aus den Daten und der Versuchsanordnung abgeleitet werden muss. Wirksamkeit ist dabei als relativer Begriff in dem Sinne zu verstehen, als dass er sich immer nur auf bestimmte Outcomes bezieht (Hoffmann 2008), deren Auswahl auch normativen bzw. soziokulturellen Überlegungen folgt. Allerdings ist auch der RCT als Methode zum Nachweis eines Kausalnexus nur eingeschränkt geeignet, da ein solcher Kausalnexus immer auch einer gut begründeten Theorie und damit ebenfalls eines Ausschlusses von alternativen Kausalketten bedarf. Trotz der konsequentialistischen Grundhaltung der klinischen Forschung verweist dies auf die besondere Bedeutung der theoretischen Fundierung und Informierung der klinischen Forschung. Raspe (2013) kennzeichnet die Ergebnisse von RCTs vor diesem Hintergrund – durchaus positiv gemeint – als „bedingt handlungsrelevant“ (S. 24).

Effekt

Im Englischen wird für Wirkung der Begriff *effect* verwendet – und ebenfalls als Ergebnis einer Ursache verstanden. Zugleich wird der Begriff auch synonym verwendet mit dem Begriff *Effektmaß* (engl. *effect measure*) (Last 2001). Ein *Effektmaß* vergleicht, was einer Population unter zwei unterschiedlichen Bedingungen oder Lebensverläufen widerfahren würde, wobei nur eine Bedingung tatsächlich vorliegen kann. In diesem Sinne stellt es wie der Wirksamkeitsnachweis ein theoretisches Konzept dar, da es logischerweise unmöglich ist, die Population unter beiden Bedingungen gleichzeitig zu be-

obachten.² (Greenland et al. 2008) Dieses Verständnis des Begriffs Effekt folgt einer epidemiologischen Lesart.

Aus der sozialwissenschaftlichen Forschungstradition, die ebenfalls in den Gesundheitswissenschaften breit rezipiert wird, findet sich eine deutlich breitere Verwendung des Begriffs Effekt, was zu bedeutsamen Missverständnissen führen kann. So versteht beispielsweise Jürgen Bortz den Begriff Effekt als Differenz zwischen Parametern aus unterschiedlichen Populationen bzw. Abweichung eines Parameters von Null (Bortz & Döring, Glossar S. 614). Entsprechend stellen Effektgrößen die Größe eines Effekts im Sinne einer Parameterdifferenz dar. Aus dieser Definition wird deutlich, dass auf die Grundlegung des Begriffs in einem Wirksamkeitszusammenhang komplett verzichtet wird. Die Berechnung von Effektgrößen bzw. Effektstärken kann beispielsweise für korrelative Zusammenhänge erfolgen, oder auch für Prä-Post-Messungen (z. B. Maier-Riehle & Zwingmann 2000). Ob hinter dieser Parameterdifferenz (Effektstärke) tatsächlich ein Wirkzusammenhang besteht (im Sinne eines Effekts im epidemiologischen Sinne), lässt sich nur auf der Grundlage des realisierten Studiendesigns entscheiden.

Efficacy und effectiveness

Der Begriff der Wirksamkeit wird im Englischen in der klinischen Forschung differenziert. Unter efficacy wird die Wirksamkeit unter idealen Bedingungen verstanden. Hier geht es generell um die Frage, ob eine erwartete Wirkung einer bestimmten Intervention in Anwendung bei einer spezifizierten Population überhaupt vorliegt. Unter effectiveness wird in Anlehnung an den bekannten Epidemiologen Archie Cochrane die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen verstanden. (Last 2001) Wirksamkeit im Sinne von effectiveness setzt Wirksamkeit im Sinne von efficacy voraus. Für die Anwendung von Erkenntnissen klinischer Studien in klinischem Handeln kommt den effectiveness-Studien eine besondere Bedeutung zu, da sie eine bessere Abschätzung der zu erwartenden Effekte des Einsatzes einer Maßnahme erwarten lassen.

Nutzen

Wie oben eingeführt kennzeichnet der Begriff Wirksamkeit die Klasse der angestrebten positiven Wirkungen einer Maßnahme. Dazu gehören auch Wirkungen, die für die betroffenen Patientinnen und Patienten ggf. nur indirekte Bedeutung haben, wie z. B. die Senkung des Cholesterinspiegels, der für den einzelnen Menschen völlig irrelevant sein kann. Vor diesem Hintergrund wird eine Unterscheidung zwischen patientenrelevanten Endpunkten und Surrogatparametern (sogenannten Proxies oder auch intermediären Outcomes) vorgenommen. Eine Beurteilung des Nutzens einer Maßnahme

² Dagegen vergleicht ein Assoziationsmaß, was in zwei unterschiedlichen Populationen passiert. Assoziationen sind beobachtbar, Effekt können nur erschlossen werden. (Greenland et al. 2008)

sollte sich dabei auf patientenrelevante Endpunkte beziehen. Der Begriff Nutzen (engl. benefit) kennzeichnet das positive Ergebnis einer Intervention unter Alltagsbedingungen im Hinblick auf die (Teil-)Ziele der Intervention bei definierten Patientengruppen. Er kann in diesem Sinne auch als Brutto-Nutzen bezeichnet werden in Abgrenzung zum Netto-Nutzen, der die positive Bilanz der vergleichenden Abwägung zwischen wahrscheinlichen Wirkungen und Schadensrisiken, z. B. Nebenwirkungen (vgl. Köbberling 2009, Raspe 1997). Aussagen zum Nutzen setzen den Nachweis der Wirksamkeit der Maßnahme voraus. Zudem sollten diejenigen Personengruppen expliziert werden, denen die Maßnahme nutzen soll, z. B. Patienten, Angehörige, Kostenträger, oder die Pharmaindustrie. Um Aussagen über den Nutzen treffen zu können, bedarf es a) Aussagen zu patient/innenbezogenen Endpunkten, b) einer bilanzierenden Bewertung, c) einer Bewertung einer Maßnahme unter Alltagsbedingungen im Sinne einer effectiveness-Studie, d) einer vergleichenden Bewertung mit alternativen medizinischen Interventionen und e) einer behandlungszielbezogene Bewertung (Köbberling 2009).

Im Unterschied zum Wirksamkeitsbegriff findet die Diskussion um den Nutzen einer Maßnahme unweigerlich im Kontext von normativen bzw. soziokulturellen Überlegungen statt (Raspe 2013). Hier spielen Abwägungsprozesse eine Rolle, die bei einer Gesamtbeurteilung des Nutzens einer Maßnahme mitunter nur schwer zu leisten sind. Dazu gehört die Abwägung zwischen wahrscheinlichen positiven Wirkungen und Schadenspotenzialen einer Maßnahme (Abwehr von Schaden als hohes Gut medizinischen Handelns). Zugleich gibt es ein Abwägen zwischen den erwarteten Folgen der Maßnahme für Einzelne gegenüber den erwarteten Folgen für viele Betroffene. Beispielfhaft sei auf die möglichen Folgen des Mammografiescreenings für Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren hingewiesen. So kann gegebenenfalls bei einzelnen Frauen das Fortschreiten einer Brustkrebserkrankung wirksam verhindert werden, für viele andere Frauen aber kann das Screening ggf. unnötige Prozeduren und Eingriffe sowie psychische Belastungen nach sich ziehen.

Erfolg

Es gibt Versorgungsbereiche, die sich aus unterschiedlichen Gründen mit Wirksamkeitsnachweisen im obigen Sinne schwer tun. So wird beispielsweise für den Bereich der medizinischen Rehabilitation darauf verwiesen, dass die Versicherten einen Rechtsanspruch auf eine Rehabilitation hätten, so dass das Vorenthalten der Rehabilitationsmaßnahme bei vorhandenem Bedarf nicht umzusetzen sei. Die Versicherten selber, so das Argument, würden sich einer Randomisierung bei wahrgenommener Rehabedürftigkeit nicht unterziehen. Zudem lägen mittlerweile viele Hinweise für die Wirksamkeit der Rehabilitation vor (Haaf 2009). Diese Argumente können allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch unter den hiesigen sozialrechtlichen Bedingungen Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Rehammaßnahmen entwickelt und durchgeführt wurden.³

Raspe (2013) hat auf die Gefahr des Verzichts auf Wirksamkeitsnachweise und dem alleinigen Nachweis der Überlegenheit neuer Maßnahmen im Vergleich zum usual care hingewiesen. Hier ist der Weg für die dauerhafte Inkorporierung unwirksamer oder sogar schädlicher Leistungen vorgebahnt.

Wie aber kann sprachlich und konzeptuell mit Forschungsbereichen umgegangen werden, die keine Wirksamkeitsbelege erbringen und damit konsequenterweise auch keine Informationen zum Nutzen einer Maßnahme sowie zu ihrer Effizienz⁴ zu geben in der Lage sind? Auf der einen Seite ließen sich Hinweise für mögliche Wirksamkeiten, Nutzenchancen oder Schadensrisiken auch aus einer Zusammenschau aus unterschiedlichen Studienquellen herleiten, z. B. aus Studien mit umfassenden Sekundärdatenanalysen, z. B. Versichertendaten von Leistungsträgern. Auf der anderen Seite ist auch die Anwendung von weiteren Begriffen und Konzepten denkbar, von denen an dieser Stelle auf einen eingegangen werden soll: der Erfolg einer Maßnahme.

Erfolg bedarf keines Nachweises der Wirksamkeit. Patienten/innen können eine medizinische Maßnahme aus ihrer Sicht als erfolgreich beurteilen, ebenfalls Behandler/innen. Auch ein Leistungsträger kann eine Maßnahme als erfolgreich bezeichnen, wenn das Ziel erreicht wurde, z. B. im Falle der Rentenversicherung die Abwendung einer Berentung oder die Verringerung von AU-Zeiten. Das heißt wie Wirksamkeit setzt Erfolg die Bestimmung von Relevanz und Valenz voraus. Raspe (2004) hat den Begriff ursprünglich auf die Sichtweise des/der Patienten/in begrenzt und unter einem Erfolg verstanden, „wenn ein Patient seine Ziele erreicht sieht“ (S. 641). Neben der Begrenzung auf die Patienten/innen bereitet diese Definition Schwierigkeiten durch die Vorannahme, dass Patienten/innen über explizierte Ziele verfügen müssen, was zumindest für den Bereich der Rehabilitation nicht vorausgesetzt werden kann (Meyer et al. 2008). Erfolge können sich auf einzelne Aspekte der potenziellen Effekte einer Maßnahme beziehen, ebenso wie auf die Bewertung der potenziellen Effekte der Maßnahme als Ganzes. Diese Bewertung kann wiederum auf positive Ergebnisse beschränkt sein (im Sinne eines „Brutto-Erfolgs“) oder sich auf die Bilanz der vergleichenden Abwägung zwischen Erfolgen und Misserfolgen (im Sinne eines „Netto-Erfolgs“) beziehen. Erfolg bezeichnet somit die dokumentierten Bewertungen einzelner relevanter Endpunkte oder auch das Gesamt der Abwägung relevanter Endpunkte, die auf eine klinische Maßnahme attribuiert und als Effekte der Maßnahme interpretiert werden und die aus einer spezifizierten Perspektive erfolgen, z. B. aus Sicht des Patienten, des Arztes oder Therapeuten. Der Betroffenenperspektive kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. (Meyer 2010) Unter diese Definition zählen somit Prä-Post-Vergleiche (indirekte Veränderungsmessung) in relevanten Endpunkten als eine Form der Erfolgsmessung auf Patient/innenseite, ebenso wie die Abfrage direkter Veränderungsurteile im Anschluss an eine Maßnahme.

3 Es gibt nach wie vor nur einzelne Studien, die einen Vergleich der Rehabilitationsmaßnahme mit nicht-erfolgter Rehabilitation in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign überprüft haben. Hierzu gehören die Arbeiten von Jäckel et al. (1990), Hüppe et al. (2006) sowie Schlademann et al. (2007).

4 Effizienz kennzeichnet das Verhältnis des Ressourcenaufwands zum Nutzen einer Leistung, worauf im Zusammenhang mit diesem Beitrag nicht näher eingegangen wird

Ein zum Erfolg vergleichbares Konzept gibt es im englischsprachigen Raum im Kontext der Evaluationsforschung. Hier wird success definiert über die Zielerreichung von bekannten, vertretbaren aber nicht notwendigerweise optimalen Zielen (Scriven 1991). Ein expliziter gesundheitswissenschaftlicher Bezug ist nicht bekannt.

Outcome

Der Begriff Outcome wird im Deutschen entweder als Anglizismus verwendet oder mit dem Begriff Ergebnis bzw. Endzustand übersetzt. Definiert sind Outcomes als übergeordneter Begriff als Auswirkungen von Interventionen und anderen Expositionen (Kunz et al. 2008). Der Begriff Outcomeforschung bezieht sich auf klinische Forschung, die auf das Ergebnis einer Maßnahme in Abgrenzung zu ihren Strukturen und Prozessen fokussiert; zudem wird der Begriff Outcomestudie häufig auf deskriptive Versorgungsstudien und Routinedatenanalysen angewendet. Dennoch enthält der Outcomebegriff an sich kein Relevanzkriterium – wie der Begriff Wirkung (Hoffmann 2009). Zudem bezieht sich der Begriff Outcome auf Bereiche, die kaum bzw. nur indirekt mit den potenziellen Wirksamkeiten einer Behandlung zusammenhängen, z. B. Aspekten der Patientenzufriedenheit (vgl. beispielhaft Ostelo et al. 2009). (Meyer 2010)

Resümee

Die Auseinandersetzung mit den Begriffen und dahinterliegenden Konzepten aus dem Bereich der Folgen gesundheitsbezogener Maßnahmen verweisen auf wiederkehrende Ordnungspunkte. Die Begriffe stehen in einem konzeptuellen Zusammenhang. Sie lassen sich zum einen danach ordnen, inwieweit sie in hierarchischer Beziehung zueinander stehen. So ist der Wirksamkeitsnachweis unter optimalen Bedingungen Voraussetzung für den Wirksamkeitsnachweis unter Alltagsbedingungen, der wiederum einer Bestimmung des Brutto- und Netto-Nutzens vorausgeht. Parameter des Erfolgs stellen einen guten Ausgangspunkt zur Untersuchung einer Wirksamkeit in einem patientenrelevanten Endpunkt dar. In dieser Hierarchie impliziert ist die Anforderung an den Beleg eines Wirkzusammenhangs. Während beim Erfolg dieser Zusammenhang nur von den beteiligten Personen attribuiert wird, ist er essentiell für Wirkungen und Effekte im epidemiologischen Sinne – und damit auch für einen Nutzenbeleg. Für Effekte im sozialwissenschaftlichen Sinn bedarf es keines Nachweises eines kausalen Zusammenhangs, was sich im offenen Konzept der Effektstärke bzw. Effektgröße widerspiegelt. Ein weiterer Ordnungspunkt ergibt sich durch das Ausmaß der Patienten/innen-Orientierung. Diese ist bei der Betrachtung des Erfolgs einer Maßnahme von zentraler Bedeutung, weniger zentral beim Wirkungsnachweis, aber wiederum von entscheidender Relevanz bei der Betrachtung des Nutzens, insbesondere auch des Netto-Nutzens.

Literatur

- Behrens, J.; Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing – Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern: Huber
- Bortz, J.; Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler (2. Aufl.). Berlin: Springer
- Dickersin, K.; Straus, S.E.; Bero, L.A. (2007): Evidence based medicine: increasing, not dictating, choice. *BMJ* 334: s10
- Gray, M. (2009): Evidence-based health care and public health. How to make decisions about health services and public health (3rd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone
- Greenland, S.; Rothman, K.J.; Lash, T.L. (2008): Measures of effect and measures of association. In: Rothman KJ, Greenland S, Lash TL (eds.) *Modern epidemiology* (3rd ed.). Philadelphia, USA: Lippincott, Williams & Wilkins
- Haaf, H.G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation* 44: 259-276
- Haaf, H.G. (2009): Reha-Erfolg – Ist die Reha überhaupt wirksam? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) *Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 10-46
- Hoffmann, M. (2009): Begriffliche Definitionen und Klärungen: Zur Einführung. In Boos J, Merkel R, Raspe H, Schöne-Seifert B (Hrsg.) *Nutzen und Schaden aus klinischer Forschung am Menschen. Abwägung, Equipoise und normative Grundlagen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 1-12
- Hüppe, A.; Glaser-Möller, N.; Raspe, H. (2006): Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskeletalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. *Gesundheitswesen* 68: 347-356
- Jäckel, W.H.; Cziske, R.; Gerdes, N.; Jacobi, E. (1990): Überprüfung der Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen: eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie. *Rehabilitation* 29: 129-133
- Köbberling, J. (2009): Wirksamkeit, Nutzen und Notwendigkeit – Versuch einer wissenschaftlichen Definition. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 103: 249-252
- Kunz, R.; Lühmann, D.; Windeler, J.; Lelgemann, M.; Donner-Banzhoff, N. (2007): Glossar zur Evidenzbasierten Medizin. In: Kunz, R.; Ollenschläger, G.; Raspe, H.; Jonitz, G.; Kolkman, F.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 497-510
- Last, J.M. (2001): *A dictionary of epidemiology* (4th ed.). New York, Oxford University Press
- Maier-Riehle, B.; Zwingmann, C. (2000): Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation* 39: 189-199
- Meyer, T. (2010): *Medizinische Rehabilitation für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen: Variation des Erfolgs zwischen Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken*. Habilitationsschrift, vorgelegt der Hohen Medizinischen Fakultät, Universität zu Lübeck
- Meyer, T.; Pohontsch, N.; Raspe, H. (2009): Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Rehabilitation* 48: 128-134
- Ostelo, R.W.J.G.; de Vet, H.C.W. (2005): Clinically important outcomes in low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 19: 593-607
- Raspe, H. (1997): Wie läßt sich der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen beurteilen? In: Köbberling J (Hrsg.) *Zeitfragen der Medizin*. Berlin: Springer, S. 141-148
- Raspe, H. (2004): Die Rolle von lokaler und übergreifender Evidenz im Kontext der Rehabilitation. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes* 98: 639-645
- Raspe, H. (2007): Theorie, Geschichte und Ethik der Evidenz-basierten Medizin (EbM). In: Kunz, R.; Ollenschläger, G.; Raspe, H.; Jonitz, G.; Kolkman, F.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 15-49

- Raspe, H. (2013): Wirksamkeit, Nutzenchancen und Schadenrisiken medizinischer Interventionen. In: B. Schmitz-Luhn & A. Bohmeier (Hrsg.) *Priorisierung in der Medizin*. Kölner Schriften zum Medizinrecht 11. Berlin, Heidelberg: Springer, S.
- Relman, A.S. (1988): Assessment and accountability. The third revolution in medical care. *New Engl J Med* 319: 1220-1222
- Schlademann, S.; Hüppe, A.; Raspe, H. (2007): Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zur Akzeptanz und zu Outcomes einer Beratung auf stationäre medizinische Rehabilitation unter erwerbstätigen GKV-Versicherten mit rheumatoider Arthritis. *Gesundheitswesen* 69: 325-335
- Scriven, M. (1991): *Evaluation thesaurus* (4th ed.). London: Sage

Prof. Dr. Thorsten Meyer

Medizinische Hochschule Hannover

Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

meyer.thorsten@mhhannover.de

Margareta Halek, Sven Reuther

Das Problem mit dem herausfordernden Verhalten – Wenn die wünschenswerte Wirkung unterschiedlich sein kann. Eine Methodendiskussion

The problem with challenging behavior – If the desirable effect could be different. A methodological discussion

Challenging behaviors such as aggression or wandering occur in 80% of people with dementia. This is a major challenge for people involved in care for this group. The national and international health care research has developed a number of psychosocial interventions to influence the challenging behavior. This, however, cause a number of research methodological challenges and limitations. Thus, the success of a psychosocial intervention alone cannot be limited to decrease challenging behavior in people with dementia. It is also important to understand the underlying phenomena (e.g. need, personality, communication). The success of this approach may therefore vary. However, this contradicts the common biomedical paradigms of monocausal relationships. In this paper the assumptions and mechanisms for measuring the success of a psychosocial intervention for people with dementia and addressing challenging behavior are outlined and discussed using the example of two intervention studies.

Keywords

BPSD, assessment, psychosocial interventions, outcome, dementia

eingereicht 24.07.2014

akzeptiert 08.09.2014

Herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz, wie zum Beispiel Aggressionen oder Wandern, treten bei 80% der pflegebedürftigen Menschen ein. Sie stellen alle an der Versorgung Beteiligten vor große Herausforderungen. Die nationale und internationale Versorgungsforschung hat mittlerweile eine Reihe von psychosozialen Interventionen entwickelt, um das herausfordernde Verhalten zu beeinflussen. Damit sind jedoch eine Reihe forschungsmethodischer Herausforderungen und Grenzen verbunden. So kann der Erfolg einer psycho-sozialen Intervention nicht alleine auf eine Reduktion des herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz beschränkt werden. Vielmehr geht es auch darum, dahinterliegende Phänomene (z. B. Bedürfnis, Persönlichkeit, Kommunikation) zu verstehen. Der Erfolg der verstehenden Herangehensweise kann deshalb unterschiedlich ausfallen. Dies widerspricht jedoch den gängigen biomedizinischen Paradigmen monokausaler Zusammenhänge. In diesem Beitrag werden die Vorannahmen und Mechanismen zur Messung des Erfolges einer psychosozialen Intervention für Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten am Beispiel von zwei Studien skizziert und diskutiert.

Schlüsselwörter

BPSD, Assessment, psychosoziale Interventionen, Outcome, Demenz

1. Problemskizzierung

Das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz, wie aggressives Verhalten, Hinlauftendenzen, ständig wiederholtes Fragen gestaltet die Versorgung dieser Menschen anspruchsvoll. Der Zusammenhang zwischen Krankheitsverschlechterung, Psychopharmakagabe und verringerter Lebensqualität konnte in mehreren Studien gezeigt werden (Gitlin et al. 2013; Hurt et al. 2008; Moyle 2010). Auch die Auswirkung auf die pflegenden Angehörigen sowie professionell Pflegenden, konnte nachgewiesen werden (Zwijssen et al. 2013). Depression, Überforderung, Belastung, Isolation der pflegenden Angehörigen gelten als eine der Hauptgründe für den Umzug von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (IPA 2002). Die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung ist jedoch per se keine Garantie dafür, dass das herausfordernde Verhalten „verschwindet“ und sich das Versorgungsproblem auflöst (Wetzels et al. 2010). Die hohen Prävalenzzahlen in Altenheimen mit über 80 Prozent deuten auf die Brisanz des Problems auch in diesem Versorgungssetting hin (Selbaek et al. 2013). Belastung, Stress, Hilfslosigkeit bis zum Burnout sind die Folgen, welches das Verhalten der Menschen mit Demenz auf die professionellen Pflegenden und Betreuer haben kann (Ballard et al. 2008).

Umso verständlicher ist es, dass das herausfordernde Verhalten seit einigen Jahren im Fokus der Forschung steht. Mit unterschiedlichen psychosozialen Ansätzen wird in Interventionsstudien versucht, direkt und indirekt Einfluss auf das herausfordernde Verhalten zu nehmen. Das Ziel dabei ist, das herausfordernde Verhalten abzuschaffen, nach Möglichkeit zu verhindern (präventiv) oder mindestens aber zu minimieren (Livingston et al. 2014; Moniz Cook et al. 2012b; Vasse et al. 2012).

Bei den direkten Interventionen geht es um gezielte, interaktive Ansätze wie zum Beispiel Reminiszenz, Validation, Sensorische Stimulation die je nach Ansatz und Ziel eine anregende oder beruhigende Wirkung auf den Menschen mit Demenz und damit

auch auf das Verhalten haben sollen (Hammar et al. 2011; Koger et al. 2000; Neal et al. 2003; Staal et al. 2007). Die indirekten Interventionen fokussieren dagegen auf struktureorganisatorischen Veränderungen, wie u. a. Milieuanpassung (Verbeek et al. 2010), Wissens-, Kompetenzvermittlung für die Betreuer oder Pflegende (Spector et al. 2013; van de Ven et al. 2013) oder auf Problemlösungsstrategien (wie individualisierte Pflegepläne) (Bird et al. 2009). Das Erfassen des „Erfolges“ von Intervention ist jedoch aus forschungsmethodischer Sicht eine große Herausforderung und wird in letzter Zeit kontrovers diskutiert (Allen 2010).

Obwohl die allgemeine Literaturlage zum Thema „Interventionen zur Verhaltensreduktion bei Menschen mit Demenz“ sehr umfassend ist, fehlen bislang immer noch methodisch gute Effektivitätsstudien, um den Nachweis der Wirkung der verschiedenen Ansätze erbringen zu können (Chung et al. 2003; Forbes et al. 2013; Forbes et al. 2004b; Livingston et al. 2014; Pieper et al. 2013; Reuther et al. 2012; Vasse et al. 2012).

Die Güte einer Wirksamkeitsstudie wird entsprechend des naturwissenschaftlich-medizinischen Paradigmas anhand definierter Kriterien bewertet (z. B. Schumacher et al. 2007), die sich in den Reportingstandards und in Qualitätsbewertungen für Studien wiederfinden (z. B. CONSORT-Statement) oder SIGN Checklisten (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011). Eins dieser Kriterien betrifft die Wahl eines validen und reliablen primären Endpunktes. Es gilt genau zu definieren, welche Zielgröße, gemessen mit welchem Instrument, unter welchen Bedingungen zu welcher Veränderung führt. Die systematische Verzerrung der erfassten Daten soll damit vermieden werden.

Eine theoretische Fundierung des in der Studie angenommenen Zusammenhangs ist zwar gewünscht, meistens jedoch in den Studien nicht oder nur sehr oberflächlich berichtet. In den meisten Interventionsstudien zur Effektivität von Maßnahmen zum herausfordernden Verhalten wird von einer klaren eindimensionalen Wirkungskette ausgegangen. Die Intervention (z. B. Musik) wirkt sich mindernd auf das unerwünschte Verhalten aus. Diese zunächst logische Schlussfolgerung zeigt bei näherer Betrachtung Schwächen. In unserem Beispiel kann die Musik etwa als Reiz oder Stimulus unterschiedliche Wirkung haben, zumindest kann sie anregend oder beruhigend wirken. Wie dieser Reiz bei der Zielperson ankommt, hängt stark von ihrer Persönlichkeit ab, von ihrem Lebensstil und Vorlieben, der aktuellen psychischen, physischen und emotionalen Situation aber auch von dem Kontext. Wird die falsche Musik gewählt, wird sie nicht die erwartete Wirkung bringen (man denke an die kontroverse Wirkung der Heimatmusik oder der Walgesänge). Demnach scheint es wichtig zu sein, das Richtige (Musikrichtung) für die Person zu finden, um die erwartete Wirkung hervorzurufen.

Die Lösung des längst beklagten Problems in der psychosozialen Interventionsforschung (Bartholomeyczik et al. 2011) ist die Individualisierung („tailored-intervention“). Das heißt, dass jede Person die Intervention erhalten soll, die zu ihr passt. In der Forschung wird versucht, dies durch Präferenzfassung oder durch Einsatz eines multidimensionalen (bio-psycho-sozial) Assessments zu lösen, an dessen Ende die passen-

de Empfehlung für die Intervention steht (z. B. „Vivaldi“ für Herrn Müller und „Roy Black“ für Frau Müller). In dieser Individualisierung von Studieninterventionen kann eine Teillösung für die Brüche in der Kausalkette liegen (definierte Intervention – definierte Reaktion).

Wird darüber hinaus der Faktor „Demenz“ mit in die Betrachtung der Kausalitäten eingeschlossen, werden schnell die Grenzen des individualisierten Zugangs und der Ergebnisse, die in Interventionsstudien erwartet werden, deutlich. Die krankheitsbedingte zunehmende Unfähigkeit, die eigenen Wünsche, Gefühle, Bedürfnisse eindeutig und klar zu kommunizieren, erschwert die Erfassung der Präferenzen und anderer relevanter Informationen, die für die oben beschriebene Art der Individualisierung wichtig sind. Das Gleiche gilt für die Erfassung der Effekte. Die „Stellvertreterlösung“ in der z. B. Angehörige, Freunde, Betreuer Auskunft geben, hat (obwohl in der Literatur als „Mittel der Wahl“ beschrieben) auch seine Grenzen und Schwächen (Connor et al. 2008; Grasko et al. 2012). Hinzu kommt die Wirkung der Demenz selbst, die einen nicht vorhersehbaren Einfluss auf die Persönlichkeit und den Lebensstil, auf die Wahrnehmung und die Verarbeitung von Gefühlen und Emotionen hat (Wahlin et al. 2011).

Eine mögliche Hilfestellung bietet der Ansatz der personenzentrierten Pflege und Versorgung. Dieser nimmt das Individuelle in den Mittelpunkt. Rogers schlägt vor, dass Akzeptanz, Fürsorge, Empathie, Sensitivität, aktives Zuhören die Kernelemente eines personenzentrierten Ansatzes sein sollten. Als Ziel der Versorgung sollte ein gutes Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität stehen und zwar so wie es durch das Individuum als „gut“ definiert wird (Rogers 1983). Kitwood betont die Notwendigkeit des Verstehens der Erfahrungen von Menschen mit Demenz, die ein Ausgangspunkt für den Umgang mit ihnen sein sollte (Kitwood 1993, 1997, 2000). Person-zentrierte Versorgung meint: „(...) *place the person with dementia at the center of the care dynamic rather than to place emphasis on the condition a person may have*“ (Edvardsson et al. 2010, S. 835). Das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz ist, wie das Verhalten Gesunder, ein Ausdruck der gelebten Erfahrungen, der Gefühlszustände, Erwartungen, Bedürfnisse. So zum Beispiel geht ein in der Demenzforschung angewandtes Verhaltensmodell, das NDB-Model (Need Driven dementia compromised Behavior model) davon aus, dass das herausfordernde Verhalten ein Ausdruck der nicht mehr auf dem üblichen verbalen Weg kommunizierbaren Bedürfnisse darstellt (Kolanowski 1999). Befriedigung der Bedürfnisse führt demnach zu Minderung bzw. der Abschaffung des herausfordernden Verhaltens.

Die Verstehende Diagnostik erweitert diesen Ansatz um Offenheit der Handlungsoptionen (Bartholomeyczik 2006; Bartholomeyczik et al. 2007; Halek et al. 2006). Während die üblichen behavioristischen Ansätze (z. B. ABC-Ansatz) schlussendlich doch dem medizinischen Paradigma der Symptombehandlung anhängen (Moniz Cook et al. 2012a) und davon ausgehen, dass das herausfordernde Verhalten etwas Negatives ist und das Ziel ist, die Ursache zu finden und zu beseitigen, lässt die verstehende Diagnostik die Möglichkeit zu, das Verhalten als „gut“ oder „schlecht“ zu bewerten.

Wenn Verhalten auch als Ausdruck der Persönlichkeit oder vergangener Rollen gedeutet wird, ist es zumindest auf den ersten Blick nicht verständlich, warum solche Verhaltensformen abgeschafft werden sollen. (Außer sie stellen eine große Belastung für die Umgebung dar oder sind gesundheitsgefährdend.)

Diese Variabilität der Bewertung des Verhaltens von Menschen mit Demenz als handlungsbedürftig oder nicht, verkompliziert die skizzierte fragile Kette der Kausalitäten. Was für die Praxis zum Teil schon gilt, muss für die Forschung zum herausfordernden Verhalten noch genauer erarbeitet werden. Somit kann je nach Fall das Verhalten auch erhalten bleiben. Jedoch existiert bis heute sowohl national als auch international keine allgemeingültige Definition von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. Daraus abgeleitet ist die Frage, ob das herausfordernde Verhalten das Gleiche wie Problemverhalten ist (challenging behavior versus BPSD, problem behavior etc.) in der Forschung noch weitgehend unbeantwortet geblieben. Die theoretisch-konzeptionelle Aufarbeitung dieser Themen ist aus forschungsmethodischer Sicht zwingend notwendig. Die Vielfalt der Benennungen des Verhaltens, damit zum Teil verbundene unterschiedliche Konnotationen, die Unklarheit der Operationalisierung, führt nicht nur zur Unsicherheit in Studien, was der vermeintlich klare Endpunkt (Verhalten) ist, sondern auch wie dieser gemessen wird. Die große Anzahl von unterschiedlichen Instrumenten, die scheinbar das gleiche Konstrukt messen wollen, verdeutlichen das thematisierte Definitions- und Messproblem (Halek et al. 2006; Halek et al. 2011; Jeon et al. 2011). Allen Instrumenten gemeinsam ist die Bewertung des Verhaltens per se als negativ, unabhängig davon, welche Begriffe und Definitionen sie für das Verhalten nutzen. Eine Bewertung des positiven Nutzens des Verhaltens, was zu seiner Erhaltung führen würde, findet nicht statt.

Vor diesem Hintergrund möchte der vorliegende Beitrag die aktuellen methodischen Probleme und Herausforderungen bei der Untersuchung der Effektivität von Interventionen für herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz herausstellen und diskutieren.

Als Praxisbeispiele dienen hier zwei aktuell durchgeführte Studien (Leben – QD II (Halek et al. 2013) und Fallbesprechung bei Demenz (FallDem) (Reuther et al. 2014)) des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE).

2. Diskussion der Problembereiche

Wie bereits skizziert, zeigen sich an vielen Stellen im Forschungsprozess Schwierigkeiten in der Evaluation der Wirkung von Maßnahmen auf das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz. Im Folgenden werden die Aspekte der indirekten Wirkung, der Komplexität der Wirkung, die damit verbundenen Messprobleme und die Interpretation des Outcomes skizziert.

2.1 Was wirkt auf wen? Indirekte Wirkung der Intervention

In beiden Studien Leben-QD II und FallDem werden Interventionen untersucht, die zunächst die Pflegenden als „Werkzeug“ nutzen, um Veränderungen am Bewohner zu initiieren.

In der Leben-QD II Studie wurde das Dementia Care Mapping evaluiert (Bird et al. 2011). DCM ist eine Methode zur Erfassung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz, um darauf aufbauend Pflegehandlungen zu entwickeln und so personen-zentrierte Pflege zu fördern (Kitwood et al. 1992). In den Studieneinrichtungen wurden DCM Mapper geschult, die in den Untersuchungswohnbereichen das Wohlbefinden der Bewohner mit Demenz strukturiert beobachteten, die Ergebnisse in einer Feedbacksitzung mit den Pflegeteams reflektierten und die Pflegeteams anschließend Handlungspläne für die beobachteten Bewohner entwickelten. Darüber hinaus wurden auch Pflege und Betreuungsaspekte besprochen, die eine übergreifende Bedeutung für alle im Wohnbereich lebenden Bewohner haben sollten. Die primäre Wirkung wurde in dieser Studie als Veränderung in der Lebensqualität der Bewohner mit Demenz gemessen (mit QoL-AD (Logsdon et al. 1999) und QUALIDEM (Ettema et al. 2007)). Die Veränderung des herausfordernden Verhaltens wurde als sekundärer Outcome genutzt (NPI-NH) (Cummings 1994).

In der noch laufenden Studie FallDem wird die Wirkung von Fallbesprechungen zum herausfordernden Verhalten von Bewohnern mit Demenz auf das Verhalten untersucht. Auch hier werden zunächst die Pflegenden in Schulungen und anschließend in den Fallbesprechungen dazu befähigt, das Verhalten und dessen Folgen einzuschätzen, mögliche Ursachen des Verhaltens zu erkennen und daraus passgenaue Interventionen zu entwickeln. Das primäre Ziel ist die Minderung des herausfordernden Verhaltens der Bewohner.

In beiden Projekten wird die Annahme formuliert und geprüft, dass bereits die Auseinandersetzung mit der Situation und der Pflege von Menschen mit Demenz zu einem besseren, optimierten Umgang der Pflegenden mit den zu Pflegenden führt und damit einen positiven Einfluss auf die Bewohner, und damit auf das Verhalten hat. Der Endpunkt (die Veränderung des herausfordernden Verhaltens) ist somit ein kumuliertes Ergebnis aus der intensiven (kognitiven) Auseinandersetzung mit einzelnen Bewohnern, der Ableitung und Umsetzung von daraus resultierenden Maßnahmen, der Übertragung dieser Prozesse auf andere Bewohner (Auseinandersetzung und/oder Handlung) sowie der Transfer der Prozesse auf andere, nicht an den Fallbesprechungen oder Feedbackgesprächen teilnehmende Mitarbeiter (sogenannte Strahlungseffekte).

2.2 Wovon hängt die Wirkung ab? Komplexität der Wirkungsmechanismen

Diese Aneinanderreihung von Zusammenhängen und Bedingungen wird von unzähligen Faktoren beeinflusst, die an jeder Stellen in der Ursache-Wirkungs-Kette eine unterstützende und mindernde Wirkung auf den primären Endpunkt haben können. Sie alle zu identifizieren, zu erheben und in Analysemodelle einzuspeisen, ist unrealis-

tisch. In beiden Studien wurde versucht, die potentiell wichtigsten und standardisiert erfassbaren Einflussgrößen auf drei Ebenen zu erfassen (Ebene Einrichtung, Ebene Wohnbereich, Ebene Individuum – Pflegende/Bewohner). Auch wenn es theoretische Modelle gibt, die einen Teil der Zusammenhänge erklären (u. a. Verhaltenstheorien (Bandura 1986) oder Implementierungstheorien (Damschroder et al. 2009), so kann auch hier noch keine gesicherte Kausalität abgeleitet werden. Dies hat zur Folge, dass die Kriterien zur Auswahl der zu erfassenden Einflussvariablen im Vorfeld oft nicht genau bestimmbar sind. Die in der Methodenliteratur empfohlene Maßnahme der Randomisierung (Merkmale werden zufällig gleich verteilt) löst das Problem nicht auf, sondern führt zu einer Problemverlagerung. Spätestens bei der Datenanalyse ist das Wissen über mögliche Einflussfaktoren notwendig. Leider ist es bis jetzt empirisch nicht gesichert, welche Merkmale der Einrichtung den ausschlaggebenden Einfluss auf den Erfolg einer Intervention haben (Chung et al. 2002). Dass die so gerne herangezogenen traditionellen Merkmale wie „Einrichtungsgröße“, „Trägerschaft“ oder „geografische Lage“ nicht die bedeutendsten sind, sondern vermutlich Aspekte wie „Führungsqualität“, „Qualifikation der Mitarbeiter“ oder das „Arbeitsklima“ bedeutsamer sind, steht außer Frage. Welche exakt zu nehmen und wie sie zu erfassen sind, bleibt allerdings oft unklar.

Der Problematik der intransparenten kausalen Prozesse und der zahlreichen Einflussgrößen kann mit der qualitativen Begleitforschung oder der Prozessevaluation begegnet werden. Durch den Einsatz von offenen oder semi-strukturierten qualitativen Verfahren lassen sich Einblicke in die laufenden Veränderungsprozesse innerhalb der Interventionsphase gewinnen. Die Ziele der Prozessevaluation können dabei sehr unterschiedlich sein. Sie können stark formalisiert sein, wie im Framework von Grant et al. (2013) vorgeschlagen, in dem nur bestimmte Fragestellungen beantwortet werden. Oder viel offener sein, in dem die Prozessevaluation eigene inhaltliche Forschungsfragen enthält, die die angenommenen Prozesse ausführlich betrachten. So wird im Projekt FallDem neben den im Framework von Grant et al. (2013) enthaltenen Aspekten wie Implementierungsgrad, Adoption der Intervention usw. auch ausführlich die Lernprozesse der Pflegenden untersucht. Das ist wichtig, um erklären zu können, ob und wie die Effekte der Fallbesprechung über die Mitarbeiter auf die Bewohner gewirkt haben könnten. Die Herausforderung dabei ist nicht nur die Synthese der unterschiedlichen Datenarten, sondern auch die Interpretation der Daten im Hinblick auf die Interventions(miss-)erfolge.

So konnten zum Beispiel im Projekt Leben-QD II Projekt keine Effekte des DCM auf Lebensqualität oder herausforderndes Verhalten gezeigt werden. Die Rückmeldung aus der Pflegepraxis war jedoch, dass die Pflegenden einen deutlichen Effekt sowohl bezogen auf die Pflegenden und ihre Arbeitsprozesse, als auch auf die Bewohner wahrgenommen haben. Die Diskrepanz kann unterschiedliche Gründe haben: eine Erklärung können die eingesetzten Instrumente sein, die vielleicht nicht ausreichend sensitiv sind, um die Veränderungen festzuhalten. Oder die Wahrnehmung der (Pflege-)Situation sich verändert hat und damit auch die (Über-)Bewertung der Effekte (Raterbias). Denkbar ist auch, dass der Umsetzungsprozess der Intervention (der höch-

ste Implementierungsgrad) nicht vollständig erreicht wurde. Konkret bedeutet das für Leben-QD, dass die formalen Interventionskomponenten wie DCM Beobachtungen und Feedbackgespräche zwar wie vorgeschrieben stattfanden, aber sie nicht zur Veränderung der eigenen Handlung führten. Dies hätte dann zur Folge gehabt, dass DCM als Maßnahme gar nicht erst direkt beim Bewohner ankam.

Eine fehlende Wirkung der Intervention (hier DCM) ist kaum eindeutig zu erklären. Viele Schlussfolgerungen sind somit möglich (abgesehen von den methodischen Limitationen): die Intervention benötigt mehr Zeit, um zu wirken, die Implementierungsstrategie hat nicht richtig gegriffen, deshalb hatte DCM keine Chance zu wirken oder schlussendlich DCM hat keine Wirkung auf die Lebensqualität oder das herausfordernde Verhalten.

2.3 Was wird eigentlich gemessen? Messprobleme

Veränderung der Wahrnehmung der Pflegenden

(Fast) alle Interventionen, welche die Pflegenden als Zielgruppe haben, möchten auf das Wissen, auf die Haltung und Einstellung, die Reflexionsfähigkeit und kritisches Denken einwirken, um die Handlungsfähigkeit der Pflegenden, die Effizienz ihrer Arbeit zu erhöhen und damit die Versorgungsqualität zu verbessern.

Im Projekt FallDem sollen die Pflegenden im Rahmen von Fallbesprechungen das herausfordernde Verhalten der Bewohner verstehen lernen. Sie sollen bewerten können, aus welcher Perspektive das Verhalten als problematisch erlebt werden kann und entscheiden, ob Handeln erforderlich ist und wenn ja, mit welchem Ziel. Im besten Fall verändert die regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen die häufig einseitige und damit begrenzte Sichtweise auf das Verhalten der Bewohner. Als Folge einer differenzierten Betrachtung kann das Verhalten als eine Ressource verstanden werden und nicht als Problem. Hier verändert sich das Verhalten „objektiv“, nicht aber seine Bewertung, was wiederum das Ergebnis der Messung des Verhaltens beeinflusst. Weil die Pflegende jetzt eine Erklärung für das Verhalten der Bewohner hat, ist es möglich, dass sie das zuvor als herausfordernd erlebte Verhalten nicht mehr als existent, zumindest jedoch als nicht so häufig, intensiv, stark erlebt (Cohen-Mansfield et al. 1989). Das bedeutet für die meisten Verhaltenserfassungsinstrumente, die von Proxys (hier Pflegende) ausgefüllt werden, dass sie nicht das Verhalten der Bewohner objektiv erfassen, sondern vielmehr die Wahrnehmungsveränderungen der Pflegenden über das Verhalten der Bewohner.

Dieser skizzierte Instrument- und Anwenderbias lässt sich zurzeit nur mit viel Aufwand reduzieren. Im FallDem Projekt wird versucht, für die jeweiligen Datenzeitpunkte immer die gleichen Pflegenden für die Erfassung des Bewohnerverhaltens zu befragen. Zusätzlich nehmen zwei Pflegende gemeinsam die Bewertung vor, um die „Objektivität“ zu erhöhen. Die Erfahrung aus den bereits stattgefundenen Datenerfassungen zeigt, dass die Pflegenden tatsächlich unterschiedliche Sichtweisen auf einen Bewohner haben und die Bewertung mit dem hier verwendeten standardisierten In-

strument Neuropsychiatric-Inventory (NPI) häufig erst Ergebnis eines diskursiven Prozesses ist. Zu Recht kann hier die Interrater-Reliabilität des NPI kritisch diskutiert werden. Gleichzeitig gehört das NPI zu den meist untersuchten und auch verwendeten Instrumenten für das Verhalten bei Demenz und wird in der internationalen Literatur als Goldstandard definiert (Moniz-Cook et al. 2008). Die Test-Wiederholungs- und Interraterergebnisse sind zufriedenstellend (zwischen 71 und 100% für die einzelnen Skalen). Kritisch wird jedoch angemerkt, dass diese Werte stark variieren, wenn das Instrument von Personen ohne Pflegeausbildung und bei Gruppen von Menschen mit Demenz angewandt wird, die stark ausgeprägtes herausforderndes Verhalten zeigen (Jeon et al. 2011). Beides trifft auf die stationäre Altenhilfe zu.

Das Wesen des Verhaltens: Zwischen Fluktuation und Beständigkeit

Ein anderes Problem der Messung von herausforderndem Verhalten ist das Wesen des Phänomens selbst. Die meisten Messinstrumente erfassen das Verhalten als Kumulation der Beobachtungen der letzten 14 Tage (z. B. das NPI). Die Skalierung der Häufigkeit, Intensität oder Stärke ist in der Regel ebenfalls sehr grob (3 bis 4 Punkt Skalen). Somit wird ein gefühlter Durchschnitt über mehrere Tage, unterschiedliche Situationen und Tageszeiten erfasst. Es kann vermutet werden, dass um eine Veränderung am NPI feststellen zu können, die Veränderungen des Verhaltens in der Realität bedeutend stärker sein muss, um in der Punktzahl abgebildet werden zu können (Zuidema et al. 2011).

Die Hinweise aus der Prozessevaluation im Forschungsprojekt FallDem zeigen aber, dass die Pflegenden sehr subtile, kurzfristige Veränderungen des Verhaltens als Erfolg sehen, u. a. ein Verhalten (z. B. Schreien) für 10 Minuten zu unterbrechen. Diese Veränderung des Verhaltens kann mit dem Instrument NPI nicht abgebildet werden. Dazu müssten aufwendigere Methoden angewandt werden. So untersuchten zum Beispiel Sakamoto und Kollegen in einer Interventionsstudie den Einfluss von Musik bei Menschen mit schwerer Demenz auf das Verhalten (hier das „Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia“ – BPSD). Sie nutzten für die Erfassung des Verhaltens die Veränderungen im Gesichtsausdruck und die Herzfrequenz als Indikatoren für die Verhaltensänderungen während der Intervention (Sakamoto et al. 2013). Damit konnten sie ein differenzierteres Bild der Verhaltensänderungen aufzeigen.

Ähnlich verhält es sich mit dem Zeitpunkt der Erfassung. Das herausfordernde Verhalten verändert sich im zeitlichen Verlauf, es wird mal stärker mal schwächer. Das hängt auch mit der Veränderung des Gesundheitszustandes, oder aber mit der Versorgung zusammen. Das heißt zum Beispiel, dass eine Intervention für einen gewissen Zeitraum positiv auf ein Verhalten wirken kann, dann aber nicht mehr. Liegen die Bewertungsräume für das NPI in der Zeit, in der die Intervention das Verhalten positiv beeinflusst hat, werden die NPI Score für die Effektivität der Intervention sprechen. Erfolgt aber die Erfassung in der Zeit, in der eine Krankheit/systembedingte Verhaltensverschlechterung auftritt, werden der Intervention keine positiven Effekte zugesprochen, auch wenn sie noch vor 14 Tagen deutlich da waren. Wetzels et al. untersuch-

ten die Verläufe von herausforderndem Verhalten von Bewohnern mit Demenz gemessen mit dem Instrument NPI (Wetzels et al. 2010). Sie stellten fest, dass bei 67,5% bis 80,3% der Bewohner das Verhalten nach einem halben Jahr nicht mehr da ist (Auflösung), bei 51,2% bis 74,7% mindestens ein halbes Jahr bestehen bleibt (Persistenz), und bei 37,6% bis 57,5% ein neues Verhalten auftritt (Inzidenz). Es scheint also wichtig zu sein, mindestens unterscheiden zu können, zwischen persistenten Verhaltensformen, die schwer beeinflussbar sind und solchen, die zugänglicher für Veränderungen sind. Ein vergleichbares Problem stellt die Fluktuation des Verhaltens innerhalb eines Tages dar. Zeiten der morgendlichen Körperpflege oder späte Nachmittagsstunden werden häufig mit herausforderndem Verhalten verbunden (Cipriani et al. 2011). Die zunehmende Stückelung der Pflege und Betreuungsleistungen verteilt auf unterschiedliche Personen führt jedoch dazu, dass nur wenige Pflegenden einen umfassenden Blick auf die gesamte Tages- und Nachtzeit haben. Die Konsequenz ist, dass je nach Pflegekraft unterschiedliche Tageszeiten und damit auch Situationen bei der Bewertung des NPI herangezogen werden und damit unterschiedliche Ergebnisse bezogen auf das Outcome produziert werden.

2.4 Was soll sich eigentlich verändern? Wahl des Endpunktes

Die meisten nationalen und internationalen Interventionsstudien zum Phänomen herausforderndes Verhalten nehmen die Reduktion des herausfordernden Verhaltens (Häufigkeit, Stärke und Intensität) als das Zieloutcome (Chenoweth et al. 2009; Zwijsen et al. 2014). Dahinter steckt die Annahme, dass das Verhalten zum einen immer beeinflussbar ist und zum anderen weniger davon immer besser ist. Aus der Perspektive der Personenzentrierung (Kitwood 1993) und auf Grundlage bio-medizinischer Erkenntnisse (Wetzels et al. 2010) sind diese Annahmen jedoch umstritten. Zum einen weil Prozesse im Rahmen der Demenzerkrankungen zur irreversiblen Schädigungen in der Gehirnmorphologie und Neuropsychologie führen, die je nach Lokalisation ein pathologisches kaum beeinflussbares Verhalten hervorrufen können. Zum anderen weil das Verhalten für den Betroffenen eine positive Bedeutung haben kann und damit nicht abgeschafft werden sollte.

Das würde für die Definition des Zieloutcomes bedeuten, dass es nur dann eine Reduktion ein positives Ergebnis darstellt, wenn das Verhalten des jeweiligen Bewohners auch als sinnvoll und reduktionsfähig bewertet wird. Damit würde die Erreichung eines individuell formulierten Ziels der Endpunkt sein und nicht lediglich die Reduktion der Prävalenz oder der Stärke und Häufigkeit des Verhaltens sein. Erste Ansätze in diese Richtung werden bereits gemacht, z. B. mit der Zielerreichungsskala (Goal-Attainment-Scaling) indem der „Erfolg“ der Intervention im Rahmen eines partizipativen Prozesses gemeinsam mit den Betroffenen festgelegt wird. Jedoch bedarf es hier noch weiterer Forschung in diese Richtung. (Bouwens et al. 2008).

3. Zusammenfassung und Fazit

Die skizzierten Herausforderungen in der Erforschung der Versorgung von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten entstehen aus dem Zusammentreffen unterschiedlicher Methodenparadigmen. Das biomedizinische Paradigma, welches dem Positivismus anhängt, lebt von der Annahme, dass Interventionen sehr klar beschreibbar, abgrenzbar, in sich homogen sind und monokausal wirken. Dies trifft jedoch für sehr viele der Interventionen in der Versorgungsforschung nicht zu. Sie sind komplexer als traditionelle medizinische Behandlungen. Komplex meint hier nicht ausschließlich die Vielzahl der möglichen Interventionskomponenten, sondern insbesondere die (kaum beschreibbare) Vielzahl an Interventionseigenschaften (Shiell et al. 2008).

Eine Versorgungsintervention macht dann Sinn bzw. hat einen potentiellen Nutzen, wenn sie zumindest auf den überwiegenden Anteil der Zielgruppe und/oder die kontextualen Faktoren passt. Die Versorgungspraxis ist in der Regel vielfältig. So kann der Inhalt einer Fortbildung für Pflegende (als Intervention) zum gewissen Grad standardisiert werden (z. B. über Themen und Schwerpunkte). Der Akt der Umsetzung, der Ein- und Durchführung der Fortbildung selbst wird eine Bandbreite an Nuancen enthalten müssen (Hawe et al. 2004): z. B. mehr oder weniger Erklärung und Hintergrundwissen, unterschiedliche pädagogische Herangehensweisen, unterschiedlich intensive Überzeugungs- und Motivationsarbeit, möglicherweise auch diverse Sprachvariationen (Fach, Fremdsprachen), Dauer und Häufigkeit, Räumlichkeiten (Rahmenbedingungen) usw. Will man die Zielgruppe mit der angebotenen Schulung tatsächlich erreichen, ist diese situationsabhängige Adaptation zwingend notwendig. Präferenzorientierung wäre hier ein Ansatz, leider ein Konzept, welches im Positivismus kaum eine Rolle spielt – das Gleiche für alle mit gleichem Ziel und mit gleichem Instrument gemessen (Bond et al. 2001; Forbes et al. 2004a).

Vorteil der biomedizinischen Perspektive ist, dass die Frage danach, was herausforderndes Verhalten sei, einfach zu beantworten ist: NPI, Behave-AD (Reisberg et al. 1987), CMAI (Cohen-Mansfield et al. 1989) u. a. messen Verhaltensformen und ihre Ausprägungen. Dies ist so, weil eine Gruppe von Wissenschaftlern, Pflegenden, Betreuern bestimmtes Verhalten als Ergebnis sozialer Prozesse, in denen Individuen oder Gruppen das Sozialverhalten anderer Individuen klassifizieren, als herausfordernd oder problematisch definiert hat (z. B. IPA 2002). Psycho-soziale Versorgungsinterventionen, die den Blick auf die Person mit Demenz richten und ein Verständnis für die Lebenssituation vermitteln wollen (wie Dementia Care Mapping, Validation, Mäeutik), fernab von sozialen Etikettierungen, kollidieren mit der gesetzten Etikettierung. Die Anwendung von „labeling“-Instrumenten wie NPI steht zu dem Verstehenden Ansatz im Widerspruch.

Wie lässt sich das Dilemma auflösen? Einen fertigen Ansatz gibt es zurzeit nicht. Die Aufgabe der Versorgungsforschung für Menschen mit Demenz ist die Entwicklung von Forschungsmethoden, die in der Lage sind, Versorgung für und aus der Perspektive der Nutzer (Menschen mit Demenz, formaler und informaler Pflegender) zu untersuchen.

Dazu gehört zum Beispiel eine Re-Definition von herausforderndem Verhalten, ein Verfahren zur Bestimmung der erwünschten Ausprägung des Verhaltens und Diskussion möglicher Erhebungsmethoden. Jeffrey Cummings hat sein NPI 1994 veröffentlicht. Seit 20 Jahren wird das Instrument in internationalen und nationalen Studien für Messung der „Psychopathologie der Demenz“ oder BPSD (Cumming 2013) genutzt und in über 450 Artikeln (Quelle PubMed) zitiert. In dieser Zeit wurden neue Theorien zum Thema Demenz entwickelt und unzählige empirische Studien zum herausfordernden Verhalten durchgeführt. Vor diesem Hintergrund erscheint der Stillstand in der Instrumententwicklung und -diskussion überraschend.

Literatur

- Allen, L. (2010, Jan): The art of evaluating the impact of medical science. Bulletin of the World Health Organization. 2010/04/30. Retrieved 1, 2014, from <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/09-074823/en/>
- Ballard, C., Day, S., Sharp, S., Wing, G., & Sorensen, S. (2008): Neuropsychiatric symptoms in dementia: importance and treatment considerations. *Int Rev Psychiatry*, 20(4), 396-404
- Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall: Upper Saddle River
- Bartholomeyczik, S. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. *Pflegen: Demenz*, 1, 1-4
- Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2011): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Offene Fragen für die Forschung. In O. Dibelius & W. Maier (Eds.), *Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen*. (Vol. 1, pp. 32-38). Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., & Zegelin, A. (2007): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Bird, L., Arthur, A., & Cox, K. (2011): „Did the trial kill the intervention?“ experiences from the development, implementation and evaluation of a complex intervention. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 1-8
- Bird, M., Llewellyn-Jones, R. H., & Korten, A. (2009): An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia. *Aging and Mental Health*, 13(1), 73-83
- Bond, J., & Corner, L. (2001): Researching dementia. are there unique methodological challenges for health services research. *Ageing and Society*, 21(01), 95-116
- Bouwens, S. F., van Heugten, C. M., & Verhey, F. R. (2008): Review of goal attainment scaling as a useful outcome measure in psychogeriatric patients with cognitive disorders. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(6), 528-540
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M., & Luszcz, G. (2009): Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317-325
- Chung, J., Lai, C., Chung, B., & French, P. (2003): Snoezelen for dementia. *Cochrane Review* (Vol. Issue 3). Oxford: The Cochrane Library
- Chung, J. C., Lai, C. K., Chung, P. M., & French, H. P. (2002): Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD003152
- Cipriani, G., Vedovello, M., Nuti, A., & Di Fiorino, M. (2011): Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. *Geriatr Gerontol Int*, 11(4), 408-413

- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989): A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), 77-84
- Connor, D. J., Sabbagh, M. N., & Cummings, J. L. (2008): Comment on administration and scoring of the Neuropsychiatric Inventory in clinical trials. *Alzheimers Dement*, 4(6), 390-394
- Cummings, J. L. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50
- Edvardsson, D., & Innes, A. (2010): Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *Gerontologist*, 50(6), 834-846
- Ettema, T. P., Droes, R. M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007): QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument—validation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 424-430
- Forbes, D., Morgan, D. G., Bangma, J., Peacock, S., Pelletier, N., & Adamson, J. (2004a): Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD003946
- Forbes, D., Thiessen, E. J., Blake, C. M., Forbes, S. C., & Forbes, S. (2013): Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD006489
- Forbes, D. A., Morgan, D. G., Bangma, J., Peacock, S., Pelletier, N., & Adamson, J. (2004b): Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia (Cochrane Review). (Vol. Issue 2). Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.: The Cochrane Library
- Gitlin, L. N., Mann, W. C., Vogel, W. B., & Arthur, P. B. (2013): A non-pharmacologic approach to address challenging behaviors of Veterans with dementia: description of the tailored activity program—VA randomized trial. *BMC Geriatrics*, 13, 96
- Grant, A., Treweek, S., Dreischulte, T., Foy, R., & Guthrie, B. (2013): Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *Trials*, 14, 15
- Graske, J., Fischer, T., Kuhlmeier, A., & Wolf-Ostermann, K. (2012): Quality of life in dementia care—differences in quality of life measurements performed by residents with dementia and by nursing staff. *Aging and Mental Health*, 16(7), 819-827
- Halek, M., & Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche
- Halek, M., Dichter, M. N., Quasdorf, T., Riesner, C., & Bartholomeyczik, S. (2013): The effects of dementia care mapping on nursing home residents' quality of life and staff attitudes: design of the quasi-experimental study Leben-QD II. *BMC Geriatrics*, 13, 53
- Halek, M., & Rüsing, D. (2011): Verhaltensfassung bei Demenz. In: B. Reuschenbach & C. Mahler (Eds.), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. (Vol. 1 pp. 371-399). Bern: Hans Huber Verlag
- Hammar, L. M., Emami, A., Gotell, E., & Engstrom, G. (2011): The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 969-978
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004): Complex interventions: how „out of control“ can a randomised controlled trial be? *BMJ: British Medical Journal*, 328(7455), 1561-1563
- Hurt, C., Bhattacharyya, S., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R., Marriott, A., Nobili, F., Robert, P., Tsolaki, M., Vellas, B., Verhey, F., & Byrne, E. J. (2008): Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(2), 138-146
- IPA. (2002): The International Psychogeriatric Association (IPA): Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. Retrieved 08.12.2006, 2005, from <http://www.alzheimer.med.br/ipa.pdf>

- Jeon, Y. H., Sansoni, J., Low, L. F., Chenoweth, L., Zapart, S., Sansoni, E., & Marosszeky, N. (2011): Recommended measures for the assessment of behavioral disturbances associated with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(5), 403-415
- Kitwood, T. (1993): Towards a Theory of Dementia Care: the interpersonal process. *Aging and Society*, 13, 51-67
- Kitwood, T. (1997): *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press
- Kitwood, T. (2000): *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber
- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992): A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5), 41-60
- Koger, S. M., & Brotons, M. (2000): Music therapy for dementia symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD001121
- Kolanowski, A. M. (1999): An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. [IV]. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(9), 7-9
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R. Z., Katona, C., & Cooper, C. (2014): A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment*, 18(39), 1-226
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999): Quality of Life in Alzheimer's Disease: Patient and Caregiver Reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21-32
- Moniz Cook, E., Swift, A. J., James, I., Malouf, R., de Vugt, M., & Verhey, F. (2012a): Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia T. C. Collaboration (Ed.)
- Moniz Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012b): Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006929
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., De Vugt, M., Mountain, G., O'Connell, M., Harrison, J., Vasse, E., Droes, R. M., Orrell, M., & group, I. (2008): A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging and Mental Health*, 12(1), 14-29
- Moyle, W. (2010): Is quality of life being compromised in people with dementia in long-term care? *Int J Older People Nurs*, 5(3), 245-252
- Neal, M., & Barton Wright, P. (2003): Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD001394
- Pieper, M. J. C., van Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Husebø, B. S., & Achterberg, W. P. (2013): Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 1042-1055
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E., & Georgotas, A. (1987): Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 Suppl, 9-15
- Reuther, S., Dichter, M. N., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012): Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1891-1903
- Reuther, S., Holle, D., Buscher, I., Dortmann, O., Müller, R., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2014): Effect evaluation of two types of dementia-specific case conferences in German nursing homes (Fall-Dem) using a stepped-wedge design: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15:319
- Rogers, C. (1983): *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (4. Aufl ed.). Stuttgart: Klett- Cotta
- Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013): Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 775-784

- Schumacher, M., & Schulgen, G. (2007): Methodik klinischer Studien. Berlin, Heidelberg: Springer
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011): SIGN 50: A guideline developer's handbook. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Selbaek, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013): The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*, 14(3), 161-169
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008): Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7656), 1281-1283
- Spector, A., Orrell, M., & Goyder, J. (2013): A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 354-364
- Staal, J. A., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H., & Kofman, E. S. (2007): The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(4), 357-370
- van de Ven, G., Draskovic, I., Adang, E. M., Donders, R., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T., & Vernooij-Dassen, M. J. (2013): Effects of dementia-care mapping on residents and staff of care homes: a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 8(7), e67325
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., Woods, B., & Moniz-Cook, E. (2012): Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(1), 40-48
- Verbeek, H., Zwakhalen, S., van Rossum, A. C., Ambergen, T., Kempen, G. I., & Hamers, J. (2010): Dementia Care redesigned: Effects of small-scale living facilities on the Residents, Their family caregivers, and staff *Journal of American Medical Directors Association*
- Wahlin, R. W., & Byrne, G. J. (2011): Personality changes in Alzheimer's disease: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1019-1029
- Wetzels, R., Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2010): Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1054-1065
- Zuidema, S. U., Buursema, A. L., Gerritsen, M. G., Oosterwal, K. C., Smits, M. M., Koopmans, R. T., & de Jonghe, J. F. (2011): Assessing neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: reliability and Reliable Change Index of the Neuropsychiatric Inventory and the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 127-134
- Zwijzen, S., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2013): Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*
- Zwijzen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Twisk, J. W., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., & Hertogh, C. M. (2014): Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 531 e531-510

Dr. Margareta Halek, MScN (Korrespondenzautorin)

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Universität Witten/ Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453

Witten, margareta.halek@dzne.de

Sven Reuther, MScN

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Universität Witten/ Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453

Witten, sven.reuther@dzne.de

Udo Kelle, Andrea Newerla, Brigitte Metje

Methodentriangulation und Mixed Methods in der Pflege- und Versorgungsforschung – konzeptuelle Überlegungen und empirische Erfahrungen

Method triangulation and mixed methods in geriatric care research – conceptual considerations and empirical experiences

The paper discusses some limitations of „monomethod“ or „single method research“ in the field of geriatric care research and it will be shown how these limitations can be overcome by the combination of methods („mixed methods“ and/or „method triangulation“). Special emphasis is put on the argument that the distinction between „emic“ and „etic perspective“ has not lost its significance regardless of current debates about „mixed methods“. The use of one single (mono)method (be it standardized questionnaires or qualitative interviews) is often not sufficient to be able to reconstruct the members´ viewpoints and perspectives in the research field. Drawing on material from two different research projects we will show how a combination of different research methods can be used to detect and overcome methodological problems and limitations of single (qualitative and quantitative) methods.

Keywords

integration of methods, mixed methods, method triangulation, micro-macro-analyses, emic and etic perspective, participant observation

In unserem Beitrag diskutieren wir Beschränkungen, die sich für die Pflege- und Versorgungsforschung durch eine ausschließliche Verwendung einzelner (Mono)methoden ergeben und zeigen, wie diese Beschränkungen durch Methodenkombination („Mixed Methods“ und/oder „Methodentriangulation“) überwunden werden können. Im Zentrum unserer Argumentation steht dabei die klassische Unterscheidung zwischen „emischer“ und „etischer“ Perspektive, die auch in Zeiten von „Mixed Methods“ nicht an Bedeutung verloren hat. Gerade die Rekonstruktion der Binnenperspektive der Akteure kann mit einer einzelnen Forschungsmethode, seien es standardisierte Fragebögen oder auch qualitative Interviews oft nicht angemessen gelingen. Anhand zweier verschiedener empirischer Forschungsprojekte wollen wir zeigen, wie es durch eine Kombination unterschiedlicher Forschungsmethoden gelingen kann, die Methodenprobleme und Erkenntnisgrenzen einzelner (quantitativer und qualitativer) Verfahren aufzudecken und zu überwinden.

Schlüsselwörter

Methodenintegration, Methodentriangulation, Mixed Methods, Mikro-Makro-Analysen, Außen- und Innenperspektive, teilnehmende Beobachtung

1. Einleitung

Die Kombination und Integration unterschiedlicher Forschungsmethoden wird in den Sozialwissenschaften schon seit langem unter den Begriffen „Methodentriangulation“ oder „Mixed Methods“ diskutiert (für einen Überblick vgl. etwa Flick 2011; Kelle et al. 2010; Kelle 2008). Unter „Mixed Methods“ (Tashakkori et al. 2010; Creswell et al. 2011) wird dabei die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden verstanden, unter „Methodentriangulation“ (Flick 2011) ganz allgemein die Verbindung unterschiedlicher Verfahren (also nicht nur der Methodenmix qualitativer und quantitativer Forschung, sondern bspw. auch die Kombination qualitativer mit qualitativen Methoden). Im allgemeinen werden zwei verschiedene Funktionen einer Methodenkombination diskutiert: viele Autoren heben die Möglichkeit hervor, die Validität einzeln eingesetzter Methoden („Monomethoden“) durch die Verwendung zusätzlicher Datenquellen und Auswertungstechniken zu prüfen – dies ist eine Tradition, die bereits in den 1950er Jahren durch die Arbeiten von Campbell und Fiske zu „multitrait-multimethod matrices“ begonnen wurde. Diese Autoren hatten empfohlen, die Ergebnisse der Messung bspw. von Persönlichkeitsmerkmalen durch unterschiedliche Skalen zum Zweck der Erfassung der diskriminanten und konvergenten Validität der Skalen zu „triangulieren“ (Campbell et al. 1959). Andere Autoren betonen mit einem Verweis darauf, dass Methoden in gewisser Weise ihren Gegenstand auch immer (mit)konstituieren, dass die Kombination von Methoden eher zu sich ergänzenden oder komplementären Ergebnissen führen kann (Fielding et al. 1986; Flick 1998). Werden empirische Forschungsprojekte, in denen Methoden kombiniert werden, in den Blick genommen, so zeigt sich, dass beide Funktionen in der Praxis tatsächlich genutzt werden (Kelle et al. 2010: 304 ff.). Dabei liefert speziell die jüngere Debatte über „Mixed Methods“ gute Argumente dafür, warum beide Formen der Methodenkombination sinnvoll sein können: Forschungsmethoden haben jeweils spezifische Stärken, aber auch Schwächen, Begrenzungen und blinde Flecken, die in gewisser Weise komplementär sind, so dass die Schwächen der einen Methode durch die Stärken einer anderen kompensiert werden können (Johnson et al. 2003: 299).

Die Bedeutung dieses Prinzips lässt sich gerade anhand quantitativer Methoden, für die ein hoher Grad wissenschaftlicher Objektivität und Zuverlässigkeit beansprucht wird, besonders gut zeigen. Standardisierte Befragungen werden zunehmend nicht nur in der pflegewissenschaftlichen Grundlagenforschung, sondern auch in der angewandten Pflege- und Versorgungsforschung und auch in der Pflegepraxis eingesetzt. So nimmt etwa der MDK im Rahmen seiner jährlichen Prüfungen eine Beurteilung von Pflegequalität in stationären Einrichtungen mit Hilfe standardisierter Befragungen anhand von 77 Indikatoren vor, die aus sozialwissenschaftlicher Sicht nicht unproblematisch ist: Wenn etwa Bewohner persönlich anhand von 18 Kriterien befragt werden, wie zufrieden sie mit der Lebenssituation in der Einrichtung sind, ist, wie eine eigene Untersuchung mit einem „Mixed Methods Design“ zeigt (Kelle et al. 2014), davon auszugehen, dass die Antworten tendenziell ein zu positives Bild der Einrichtung zeichnen. Darüber hinaus stehen Gutachter vor dem methodischen Problem, standardisierte Interviews mit Menschen durchzuführen, die kognitiv (z. B. durch eine Demenz)

eingeschränkt sind.¹ Auch hier können qualitative Daten, die durch teilnehmende Beobachtungen in den Einrichtungen oder auch durch Gespräche mit den Bewohnern gewonnen werden, helfen, sozial erwünschtes Antwortverhalten zu identifizieren und die Validität der quantitativen Daten zu überprüfen.

Aber auch Daten, die mit Hilfe qualitativer Interviews gewonnen werden, sind oft nicht hinreichend aussagekräftig oder auch verzerrt, wenn es um eine Untersuchung sozialer Prozesse und Strukturen im Kontext von Pflege geht, wie wir anhand von Beispielen aus eigener empirischer Forschung zeigen werden. Die Erklärung und das Verstehen von Pflegehandeln erfordert oft eine sehr genaue Kenntnis von Motivationslagen, Ängsten und Konflikten der Pflegekräfte. In einem Handlungsfeld, das unter gesellschaftlich-medialer Dauerbeobachtung und normativem Erwartungsdruck steht, können oft auch „Intensiv- oder Tiefeninterviews“ kaum brauchbare Informationen liefern, wenn sie nicht mit ethnographischen Methoden teilnehmender Beobachtung kombiniert bzw. trianguliert werden, durch die die Forschenden eine genaue Kenntnis typischer Konfliktlagen erwerben und eine Vertrauensbasis zu ihren Interviewpartnern aufbauen.

2. Pflege- und Versorgungsforschung und die Methodenvielfalt in den Sozialwissenschaften

Im Folgenden wollen wir in einem ersten Schritt zeigen, dass sich die Notwendigkeit zu methodenpluralistischer und methodenintegrativer Forschung durch das Erfordernis begründen lässt, unterschiedliche Perspektiven (nämlich einerseits „Makro- und Mikroperspektiven“, und andererseits „etische“ und „emische“ Perspektiven) einzunehmen und die so gewonnenen Erkenntnisse aufeinander zu beziehen.

2.1 Die Makro- und Mikroebene sozialwissenschaftlicher Forschung

Pflege und Versorgung können sowohl unter der Makro- als auch unter der Mikroperspektive beschrieben und analysiert werden, indem entweder größere soziale Einheiten oder gesamtgesellschaftliche Strukturen auf der gesellschaftlichen Makroebene im Fokus stehen oder aber indem soziales Handeln einzelner, individueller Akteure auf der sozialen Mikroebene gezielt in den Blick genommen wird (Kelle 2008: 72ff.). Die gesellschaftliche Makroebene betrifft dabei sowohl sozialpolitische Vorgaben und gesetzliche Bestimmungen als auch demographische Strukturen und Prozesse, welche bspw. zu einem deutlichen Anstieg des Anteils hochaltriger und dementer Menschen an der Bevölkerung führen. Die sozialwissenschaftliche Mikroebene hingegen betrifft bspw. das Pflegehandeln und die Interaktionen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen in konkreten Situationen.

¹ Der MDS (2014, S. 16) empfiehlt den Gutachtern in diesem Zusammenhang folgendes: „*Sofern ein Pflegebedürftiger aufgrund von Demenzerkrankungen oder anderen Ursachen nicht auskunftsfähig ist, ist ein anderer Pflegebedürftiger mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Zufriedenheitsbefragung ergänzend auszuwählen.*“

Das Beispiel zeigt bereits, dass beide Ebenen nicht isoliert voneinander betrachtet und analysiert werden können, weil zu erklärende Sachverhalte auf der Makroebene (etwa die Änderung gesetzlicher Bestimmungen) in direktem Bezug stehen zum Handeln und zur Interaktion individueller Akteure (dem konkreten Pflegehandeln von Pflegekräften) (Coleman 1991). Dass die Betrachtung unterschiedlicher Ebenen einerseits verschiedene methodologische Zugänge erfordert, die aber andererseits durchaus aufeinander beziehbar sind, kann bereits ein Diktum Max Webers verdeutlichen, das dieser in kritischer Abgrenzung zu dem (von Vertretern des Neukantianismus am Ende des 19. Jahrhunderts postulierten) Dualismus zwischen „Verstehen“ und „Erklären“ formuliert hat. Indem Weber (1980) Soziologie definierte als „...eine Wissenschaft, welche soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will“, benennt er als zentrales Ziel sozialwissenschaftlicher Forschung, Phänomene auf der Makroebene erklärend zu bearbeiten, indem das Handeln individueller Akteure auf der Mikroebene mit verstehenden Methoden rekonstruiert wird. Mit seinem Modell der „Makro-Mikro-Makro-Erklärung“ hat später James Coleman (1991) versucht, anknüpfend an Weber hieraus ein allgemeines Modell sozialwissenschaftlicher Erklärung zu entwickeln: dabei werden statistische Befunde auf der Makroebene (etwa: eine wachsende Anzahl von Pflegebedürftigen, die ambulant oder stationär betreut werden) in Beziehung gesetzt zu Motiven, Situationsdefinitionen und Handlungsorientierungen von Akteuren auf der Mikroebene (etwa Menschen, die ihre Angehörigen zuhause pflegen).

Die Erklärung eines Zusammenhangs zwischen Phänomenen auf der Makroebene (etwa, die Tatsache, dass in Folge einer bestimmten Sozialgesetzgebung der Anteil der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflege erhalten, gegenüber dem Anteil derer in stationärer Pflege steigt), erfordert dabei, dass man auf die Mikroebene hinabsteigt und die Auswirkungen von Makrophänomenen (die Sozialgesetzgebung) auf relevante Akteure beleuchtet und deren Motive und Situationsdefinitionen rekonstruiert. Man formuliert dabei ein Mikromodell sozialen Handelns (vgl. etwa Esser 1993), welches wiederum Ereignisse auf der Makroebene (die wachsende Anzahl ambulant gepflegter Menschen) erklären soll.

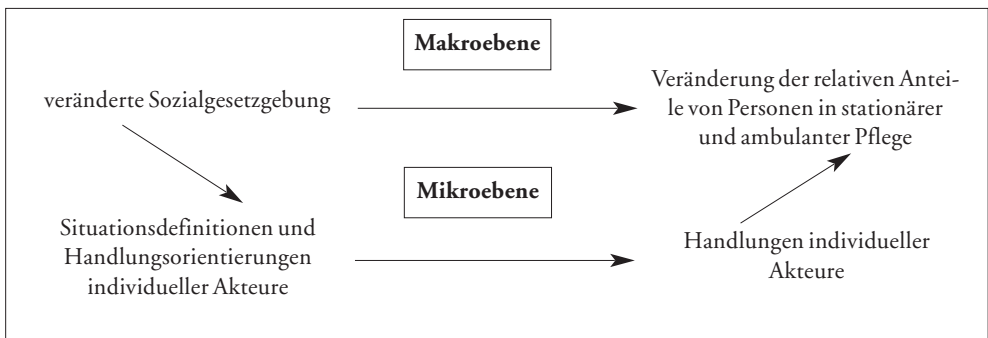


Abb. 1: Makro-Mikro-Makroerklärung

Bei einer solchen dreischrittigen Makro-Mikro-Makro-Erklärung (vgl. auch Esser 1993, siehe Abbildung 1) muss man, wenn man die Makro- und Mikroebene betrachtet und empirisch zu beschreiben versucht, zwei verschiedene Blickwinkel einnehmen: auf der Makroebene ist dies die Perspektive eines Beobachters von außen, der versucht, Sachverhalte mit Hilfe eines statistischen Expertenvokabulars möglichst neutral und sachlich zu beschreiben. Die Rekonstruktion individueller Situationswahrnehmungen und Handlungsmotive der Akteure ist dahingegen nicht möglich, ohne auch die Binnensicht der Beteiligten (das, was aus ihrer Sicht in einer von ihnen erlebten Situation sinnvoll ist) in Betracht zu ziehen. Diese, ursprünglich von Pike 1954 vorgeschlagene Unterscheidung zwischen „etischer“ (oder Außen-)perspektive und „emischer“ (oder Innen-)perspektive ist nun von großer Bedeutung für die Methoden, mit denen man die untersuchten Phänomene beschreibt: für die etische Perspektive sind objektive und standardisierte Verfahren der Datenerhebung wichtig, die eine statistische Aggregation der Daten erleichtern („quantitative Methoden“), eine emische Perspektive erfordert personenzentrierte Verfahren, mit deren Hilfe man Informationen zu den Sichtweisen der Betroffenen in offener, das heißt wenig standardisierter Weise (als „qualitative Daten“) erheben kann.

Sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Tradition empirischer Sozialforschung wurden Werkzeuge entwickelt, die auf diesen verschiedenen Ebenen unterschiedlich brauchbar sind: Während in der quantitativen Tradition mit standardisierten Daten gearbeitet wird, die zählbare Ergebnisse liefern und mit statistischen Verfahren bearbeitet werden können, ist die qualitative Tradition an individuellen, nicht-standardisierten Daten interessiert, die aus Interviews, teilnehmender Beobachtung oder auch aus persönlich verfasstem Textmaterial (wie z.B. Protokolle, die Forschende über ihr physisches und psychisches Eingebundensein in das Untersuchungsfeld verfassen) stammen können und dann einer interpretativen Analyse unterzogen werden.

2.2 Stärken und Schwächen von Forschungsmethoden und die Bedeutung von Methodenkombination

Durch unterschiedliche methodische Zugänge lassen sich jeweils verschiedene Aspekte sozialer Realität mit jeweils differierender Genauigkeit und Vollständigkeit erfassen: so sind qualitative und quantitative Methoden, wie bereits erläutert, unterschiedlich gut geeignet, Makro- und Mikrophenomene zu untersuchen. Ein primäres Ziel quantitativer Verfahren besteht darin, durch die Ziehung einer geeigneten Stichprobe ein möglichst „repräsentatives“ Abbild des Untersuchungsbereichs zu erhalten und auf diese Weise Aussagen über bestimmte Makrophenomene (bspw. über Anteile von dementen Menschen an der Population von Menschen in stationärer Betreuung) zu treffen. Um Untersuchungsinstrumente für die Datenerhebung zu konstruieren, müssen Forschende allerdings schon vor der Erhebung ein ausreichendes Wissen über den Forschungsgegenstand erworben haben. Standardisierte Erhebungsinstrumente sind nur wenig geeignet, um neue Phänomene im Feld zu entdecken. Genau hier liegt eine Stär-

ke qualitativer Verfahren, die den Zugang zu Mikrophänomenen durch den Fokus auf die individuellen Akteure und deren Handlungssituationen eröffnen. Durch offene teilnehmende Beobachtungen oder wenig strukturierte Interviews kann es gelingen, unbekannte Motivationslagen und Handlungsstrategien zu identifizieren und ein Forschungsfeld ganz neu zu erschließen.

Gleichzeitig sind verschiedene Methoden mit jeweils unterschiedlichen Methodenproblemen, Validitätsbedrohungen und typischen „blinden Flecken“ belastet: bei der Anwendung qualitativer Methoden bestehen oft gravierende Probleme hinsichtlich der Fallauswahl. Da die Datenerhebung und -auswertung sehr aufwändig und deshalb eine Beschränkung auf handhabbare Fallzahlen erforderlich ist, sehen sich qualitativ Forschende mit der Herausforderung konfrontiert, dass sie sich auf untypische Fälle konzentrieren (Kelle 2008) und dass möglicherweise wichtige Aspekte unentdeckt bleiben.

In der quantitativen Forschung kann dahingegen die mit einer Standardisierung von Daten verbundene Vernachlässigung der emischen Perspektive dazu führen, dass bei der vermeintlich „objektiven Messung“ schwerwiegende systematische Fehler und „Methodenartefakte“ (also wissenschaftliche Kunstprodukte und Scheinergebnisse, die nur durch eine bestimmte Art der Messung entstehen) auftreten. Dies ist gerade dann häufig der Fall, wenn es um eine vermeintlich objektive Messung der Qualität von Pflege und Versorgung gehen soll. Interessanterweise lassen sich die hierbei auftauchenden methodischen Probleme, Messfehler und Verzerrungen erst aufdecken, wenn es mithilfe qualitativer Daten gelingt, eine emische Perspektive einzunehmen, wie Beispiele aus einem Projekt mit einem Mixed Methods Design in Abschnitt 3 deutlich machen.

Allerdings bietet auch die Anwendung qualitativer Methoden keine Gewähr dafür, dass in allen Fällen die Binnenperspektive der beteiligten Akteure ohne weiteres aus den Daten rekonstruiert werden kann. Insbesondere qualitative Interviews zeigen in manchen Situationen (und zwar insbesondere dann, wenn die Befragung, ähnlich wie bei standardisierten Methoden, ohne intensiven vorherigen Kontakt zum Feld durchgeführt wird) gewisse Schwächen. Auch diese Probleme lassen sich durch Methodenkombination bzw. Methodentriangulation – und zwar durch eine Verbindung qualitativer Interviewmethoden mit Verfahren teilnehmender Beobachtung – aufdecken und auch bearbeiten, wie wir anhand empirischer Beispiele in Abschnitt 4 zeigen möchten.

3. Methodenkombination zur Bearbeitung von Problemen quantitativer Methoden: die Erfassung von Versorgungsqualität durch Mixed Methods

Unterschiedliche Forschungsmethoden haben, so wird in Debatten um Methodenintegration und „Mixed Methods“ argumentiert, jeweils unterschiedliche Stärken und Schwächen. Durch eine geschickte Methodenkombination kann es aber gelingen, die

Unzulänglichkeiten eines Verfahrens zu kompensieren durch das Potential, das die andere Methode bietet. So besteht bei einer Kombination qualitativer und quantitativer Methoden einerseits die Möglichkeit, vor der Konstruktion eines quantitativen Erhebungsinstruments, also etwa eines Fragebogens, qualitative Methoden einzusetzen, wenn nur geringes Vorwissen über das Forschungsfeld vorhanden ist (Kelle 2008). Andererseits können qualitative Verfahren die Probleme und die möglicherweise beschränkte Gültigkeit und Brauchbarkeit von Ergebnissen aus quantitativen Untersuchungen verdeutlichen.

Ein Beispiel hierfür kann die Erfassung der Zufriedenheit von Pflegeheimbewohnern durch standardisierte Fragebögen liefern, die mittlerweile häufig routinemäßig eingesetzt werden, etwa im Rahmen der MDK- Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen. Wenn Mitarbeiter des MDK Bewohner von Pflegeheimen befragen, um die Pflegequalität und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen sicherzustellen, vermitteln diese Daten möglicherweise nur eine scheinbare Exaktheit und Objektivität. In eigener Forschung (Kelle et al. 2002; Kelle et al. 2014) konnte in einem Projekt mit einem Mixed Methods Design gezeigt werden, dass Zufriedenheitsbefragungen mit standardisierten Fragebögen häufig auf ein zu positives Bild hin verzerrt sind, weil die Pflegebedürftigen geneigt sind, tendenziell sozial erwünscht zu antworten. So ergab unsere quantitative Befragung in einer Reihe von stationären Einrichtungen zunächst ein äußerst positives Bild, was die Zufriedenheit der Bewohner anging (siehe Abbildung 2).

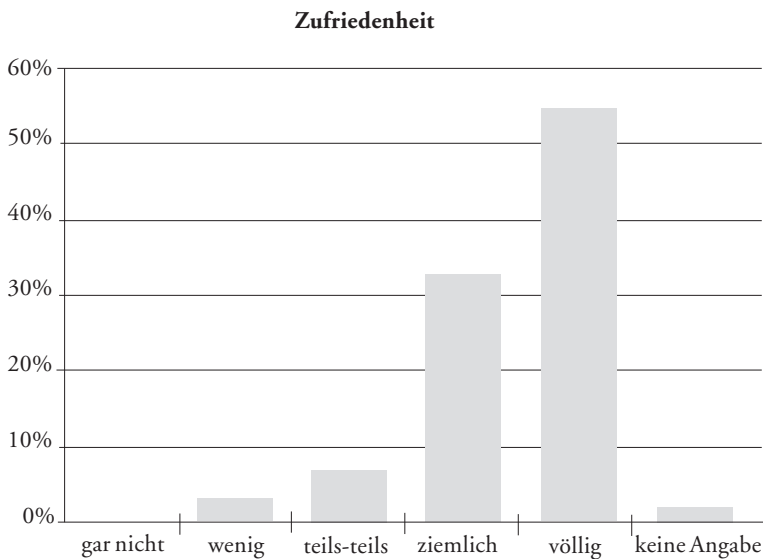


Abb. 2: Zufriedenheit mit dem Leben in der Pflegeeinrichtung

Durch qualitative Interviews gelang es uns, die Binnenperspektive der Befragten stärker in das Zentrum zu rücken, und darüber hinaus konnte durch die Kontrastierung mit den quantitativen Angaben deren Validität überprüft werden. So wird in qualitati-

ven Interaktionsprotokollen während der Befragung deutlich, dass Befragte häufig global sehr positiv antworten, nebenbei aber spezifische Kritik (sozusagen außerhalb des Protokolls) äußern. „*Ich kann nicht immer jemanden rufen zum Waschen, da mach ich halt so gut wie s geht...*“ berichtete eine 94-jährige Bewohnerin, die bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung die Antwortkategorie „völlig“ gewählt hatte. Im Kontext einer anderen Frage beklagte sie sich, das Pflegepersonal „*habe ... halt immer wenig Zeit...*“.

Die Beschränkung auf die etische Außenperspektive kennzeichnet gegenwärtig viele Versuche, die Qualität von Pflege und Versorgung empirisch zu erfassen und zu „messen“. Wenn etwa der Umgang mit und die Versorgung von demenzerkrankten Menschen bei den derzeitigen Qualitätsprüfungen in Heimen anhand quantitativer Kriterien bewertet werden, können die Mitarbeiter des MDK die Einrichtung zwangsläufig nur aus einer Außenperspektive beurteilen. Anhand von neun Indikatoren (MDS/GKV 2014) wird dann u. a. ermittelt, ob den Betroffenen ein angemessenes Angebot bereitgestellt wird und ob die Lebensumstände im Heim den spezifischen Bedürfnissen demenzerkrankter Personen gerecht werden. Dabei sind die überprüften Qualitätsmerkmale relativ einfach durch die Kategorien „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ zu erfassen. Unstrittig wird durch bloße Inspektion valide zu ermitteln sein, ob „mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet“ wird oder ob „gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden“ (MDS/GKV 2014) sind. Obwohl schon diese Kriterien erste Indizien dafür sind, dass Bedürfnisse Demenzerkrankter überhaupt Berücksichtigung finden, ist damit nur eine Facette der Lebensqualität in der Einrichtung abbildbar. Ob die Demenzerkrankten sich wohlfühlen, ist aus etischer Perspektive weitaus schwieriger zu beurteilen. Der MDK verlässt sich dabei auf die Dokumentationen der Pflegekräfte, die u. a. festhalten, dass die Biographie demenzerkrankter Bewohner „beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt“ (MDS/GKV 2014) wird. Ob auf diese Weise Bedingungen zum Erhalt bzw. zur Steigerung der Lebensqualität der Versorgungsbedürftigen valide erfasst werden können, bleibt fraglich. Eigene Forschungsergebnisse (Newerla 2012) können hier zeigen, dass in Pflegeeinrichtungen biographische Daten demenzerkrankter Bewohnern im Pflegealltag relevant sind und Berücksichtigung finden, dass aber diese Daten von Pflegekräften durchaus auch strategisch eingesetzt werden, um eigene Handlungsziele in Interaktionen mit Menschen mit Demenz zu erreichen. Um dies zu verdeutlichen, folgt ein Ausschnitt aus einem qualitativen Interview mit einem Pfleger, der von seinen Versuchen berichtet, eine Bewohnerin mit Demenz zum Duschen zu bewegen:

Gut, dann je nachdem wenn ich also Frühdienst hab, dann soll ich irgendwie heute die Frau Weber lieber duschen und ich sehe, irgendwie sie ist nicht so gut drauf. Obwohl es schon zehn Uhr ist sagt: „Nee, nee, ich will noch schlafen.“ Da ich sie schon seit ein paar Jahren kenne, kann ich schon sagen: „Ach nee Doris, heute soll deine Schwester kommen, die Ines kommt.“ „Ach was, ach ja die Ines kommt!“ Und dann geht das schon richtig los. Dann steht sie schon auf und geht selbstständig aufs Klo. In dieser Zeit ich sage ihr noch nicht, dass sie geduscht wird. Und dann ja, dann mach ich das. So und sie steht dann schon eigentlich vor dem Fakt, dass sie geduscht wird. Aber das ist schon was anderes, wenn ich sie einfach so

schnappe und ins Klo bringe und einfach so mit Wasser bespritze ja. Sie denkt: „Aha, jetzt kommt meine Schwester, ja, dann soll ich doch sauber sein.“ (Interview 5, Abs. 123)

In einem späteren Gespräch mit diesem Pfleger wird deutlich, dass die Schwester dieser Bewohnerin bereits seit Jahren verstorben ist.

Dass biographische Daten in der Pflege von Menschen mit Demenz instrumentell eingesetzt werden, kann mit Hilfe standardisierter Verfahren kaum erfasst werden. Aufbauend auf das H.I.L.DE- Inventar (Becker et al. 2010) ist auf Ebene des MDS zumindest erwogen worden (Fleer 2011), die bloße Überprüfung von Eintragungen in Dokumentationen durch eine Beobachtung zu ersetzen, die die Lebensqualität demenzerkrankter Menschen anhand von vorab definierten Verhaltens- und Emotionskriterien einschätzen soll. Angedacht ist eine 30-minütige Beobachtung von drei Bewohnern. Zwangsläufig kann aber selbst eine gelungene Beobachtung der Interaktionen zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen immer nur einen begrenzten Ausschnitt in den Blick nehmen. Die Situation ist geprägt durch das Wissen der Pflegekräfte, dass sie unter Beobachtung stehen. Deshalb kann auch diese Form der Erhebung nur sehr begrenzt und punktuell eine Innenperspektive einnehmen und bleibt damit immer mit dem Problem belastet, dass tagtägliche Interaktionen nicht erfasst werden können.

4. Methodenkombination zur Bearbeitung von Problemen qualitativer Methoden: die Triangulation qualitativer Interview- und Beobachtungsverfahren

Die Rekonstruktion einer emischen Perspektive, bei der die Relevanzen und Deutungsmuster der Akteure im Feld im Mittelpunkt stehen, erfordert oft einen Forschungsprozess, in dem die Forschenden sich selbst intensiv auf das Feld einlassen. Das ist allerdings auch bei qualitativen Interviewstudien oft leichter gesagt als getan. In vielen institutionellen Forschungsfeldern in der Pflege- und Versorgungsforschung stoßen Forschende oft auf „sensitive topics“ (Lee 1993) und auf eine große Zurückhaltung seitens der Akteurinnen und Akteure. Pflege ist aufgrund ihres Körperbezugs eine sensible und intime Tätigkeit, die nicht selten mit schambesetzten Erlebnissen verknüpft ist (Koch-Straube 1997). Zudem können ökonomisierte Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen sowie weitere emotionale Aspekte der Pflegearbeit den Zugang zum Untersuchungsfeld und somit eine Datenerhebung erheblich erschweren. Diese institutionellen Gegebenheiten können zu Schwierigkeiten im Forschungsprozess führen, insbesondere wenn Forschende mit Misstrauen und Verheimlichung konfrontiert werden (Lee 1993). Ein negatives Image der Pflegeheime in den Medien, die regelmäßig über „Pflegenotstand“ und von Zeit zu Zeit auch über Skandale in Pflegeheimen berichten, kann dabei die Skepsis von Pflegenden gegenüber Forschenden verstärken. In diesen Kontexten müssen Forschende vor allem Vertrauen zu den Akteuren und Akteurinnen aufbauen (Ryen 2007). Insbesondere in sensiblen Forschungsfeldern, etwa stationären Pflegeeinrichtungen, kann eine Datenerhebung ohne aktive Teilnahme am

Geschehen (wie häufig in Interviewstudien praktiziert) aufgrund der distanzierten Haltung der Feldakteurinnen und -akteure erschwert sein.

In der sozialwissenschaftlichen Methodenliteratur wird seit langem immer wieder die naive oder auch „romantische“ Vorstellung kritisiert, dass Befragte in qualitativen Tiefeninterviews oder narrativen Interviews für sie bedeutsame Handlungsorientierungen, Motive, Erfahrungen und Sichtweisen einem ihnen fremden Interviewer stets unproblematisch offenbaren (vgl. etwa Douglas 1976; Lee 1993; Atkinson et al. 1997) und dass dem Forscher mit qualitativen Daten dieser Art ein direkter und privilegierter Zugang zu den Erfahrungen von Befragten gewährt wird. So wie quantitative Forschende oft ein naives Vertrauen in die Aufrichtigkeit ihrer Interviewpartner bei sensiblen Themen haben, so haben qualitative Forscher/innen, wie Atkinson und Silverman kritisch monieren, oft die Vorstellung, das qualitative Interview ermögliche einen authentischen Blick in die „Seele des anderen“ oder gar die Möglichkeit zu einem „politisch korrekten Dialog“, in dem sich Forschende und Beforschte wechselseitig verstehen und unterstützen (Atkinson et al. 1997, S. 305).

Unsere Erfahrungen bei Interviews mit Bewohner/innen und Pflegekräften in stationären Einrichtungen zeigen demgegenüber, dass die Beteiligten auch in qualitativen Interviews selbst erfahrenen und geschulten Interviewern gegenüber zurückhaltend, verschlossen, ängstlich und sogar feindselig auftreten können. Interviews, in denen vertrauensvoll heikle Informationen offenbart werden, benötigen, wie andere Vertrauensbeziehungen auch, eine sichere Basis. Aus diesem Grund kann es sinnvoll sein, am Alltagsgeschehen des zu untersuchenden Feldes teilzunehmen, mitzuhelfen und zu unterstützen, wo es möglich und/oder nötig ist (Declercq 2000) – um Vertrauen zu schaffen und auf diese Weise einen Zugang zu den Relevanzsetzungen der Beteiligten zu erreichen, aber auch, um Teil des zu untersuchenden Sozialgefüges zu werden und somit „die Welt aus Sicht der Anderen zu sehen, sich die Welt der Anderen einzuverleiben“ (Reichertz 2012, Abs. 7). Anne Honer (1993) sprach in diesem Zusammenhang von einer „lebensweltlichen Ethnographie“ und plädierte für eine Integration verschiedener methodischer Verfahren zur Datenerhebung. Unerlässlich ist dabei die „praktische Mitgliedschaft“ (ebd., S. 44), um zu einer Innenansicht zu gelangen und somit die soziale Wirklichkeit der Akteurinnen und Akteure zu rekonstruieren. Bezogen auf das Feld der Pflege möchten wir dieses Verfahren anhand eigener Forschungen im Folgenden knapp veranschaulichen.

Im Rahmen des bereits oben erwähnten Projektes (Newerla 2012) wurden Interaktionen zwischen Pflegekräften und Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen analysiert. Im Fokus der Untersuchung standen Handlungsprobleme in Pflegeinteraktionen zwischen diesen Personengruppen und Wege, die Pflegekräfte wählen, um solche Handlungsprobleme zu überwinden. Aufgrund der Sensibilität des Forschungsfeldes sowie des -themas wurde ein ethnographisches Vorgehen ausgewählt. Der Zugang zum Untersuchungsfeld erfolgte über die Heimleitung mit der Folge, dass Pflegekräfte die Forschende als „von oben kommend“ wahrnahmen, die möglicher-

weise an Vorgesetzte über die „Zustände“ vor Ort berichtet. Hierzu ein Auszug aus einem Feldprotokoll:

Heimleiterin Frau H. möchte sich mit mir einmal pro Woche zusammensetzen, um „ein bisschen was von mir zu hören“. Es wird klar, dass ich ihr berichten soll. Sie will hören, was schlecht läuft, damit dies verbessert werden kann. Sie sieht mich ganz klar in der Rolle der wissenschaftlichen Berichterstatteerin und mit dieser Rolle werde ich auch in der Hausgemeinschaft 4 vorgestellt. (...) Frau H. ruft mich und Pflegehelferin Rosa ins Stationsbüro, um mich ihr kurz vorzustellen. Sie legt kurz dar, dass ich eine Wissenschaftlerin bin und in der nächsten Zeit häufiger kommen werde, um den Alltag in der Einrichtung zu beobachten. Sie betont, dass ich „nur“ beobachte. (FN 14-05-08)

In den ersten Tagen ihres Feldaufenthaltes machte die Forscherin in etlichen Situationen die Erfahrung, dass sich die Pflegenden distanzieren und Beobachtungsnotizen von Interaktionen kaum erstellt werden konnten. Durch ständiges „Sich-Einbringen“ und die Mitarbeit in Pflegesituationen wurde es jedoch möglich, Vertrauen aufzubauen. Auf diese Weise erhielt die Forscherin Möglichkeiten, Pflegekräfte während ihrer pflegerischen Tätigkeiten zu begleiten, mit ihnen Alltäglichkeiten zu durchlaufen, selbst Tätigkeiten durchzuführen und zugleich mit den Pflegekräften über das Geschehene zu sprechen.

Im Anschluss an die Phasen der „beobachtenden Teilnahme“ (Honer 1993) wurden qualitative Interviews durchgeführt, die als Gespräch und Interaktion verstanden wurden (Davies 2008; Heyl 2010) und in deren Verlauf ein wechselseitiger Austausch zwischen Forscherin und Befragten angestrebt wurde. Die Herstellung einer Gesprächsatmosphäre, die auf gegenseitigem Vertrauen und Anerkennung basiert, stand dabei im Vordergrund des methodischen Vorgehens, denn Befragte müssen sich sicher fühlen, um ihre Geschichten preiszugeben (Dickson-Swift et al. 2007). Um eine künstliche Interviewsituation zu überwinden und das Interview möglichst in ein Gespräch unter Gleichen zu verwandeln, wurden persönliche Erfahrungen, die die Forscherin während ihrer aktiven Teilnahme am Alltagsgeschehen selbst erlebt hatte, in Gespräche eingebracht.² Dies beinhaltete auch den Austausch über problematische Situationen. Die vertraute Atmosphäre bot dabei den Gesprächspartnern ausreichend Raum, sich über erlebte Situationen und Emotionen zu verständigen und die alltagsferne Asymmetrie zwischen Interviewer und Befragtem, die auch in qualitativen Interviews häufig vorherrschend ist, zu überwinden. Aus diesem Grund war es Teil des methodischen Vorgehens, die Erfahrungen, die die Forscherin selbst im Untersuchungsfeld gemacht hat, in den Prozess der Datengewinnung einzubringen. Neben der Stärkung von Vertrauen und Empathie zwischen Forschenden und Beforschten konnten auf diese Weise unterschiedliche Erfahrungen und Bedeutungen kontrastiert werden (Davies 2008) bzw. Hypothesen, die durch die beobachtende Teilnahme gewonnen wurden, geprüft werden (Hammersley et al. 2007: 120).

² Douglas (1985) nennt die Selbstoffenbarung der Forschenden eine kontrollierende Strategie der Gesprächsführung, um Befragte dazu anzuregen, sich selbst zu öffnen.

Durch ethnographische Forschung und wenig standardisierte Interviews, die eher alltagsnahen Gesprächen gleichen, können vertiefte Einblicke in soziale Prozesse und relevante Strukturen gewonnen werden, wenn sich die Forschenden für einen längeren Zeitraum in das Feld begeben und dabei ein Vertrauensverhältnis zu den Akteurinnen und Akteuren aufbauen. Die gesprächsnahen Interviews sind gerade in einem sensiblen Forschungsfeld, wie sie eine Pflegeinstitution darstellt, weniger von Misstrauen geprägt als Interviews, die ohne vorherigen Kontakt geführt werden (eine Strategie, die man als „cold interviewing“ bezeichnen könnte). Durch eine Kombination unterschiedlicher qualitativer Methoden, von Interviews und teilnehmender Beobachtung wird es möglich, Gesagtes (Relevanzen der Akteure) und Gesehenes (Beobachtungen der Forschenden) miteinander zu verknüpfen, zu kontrastieren und zu triangulieren.

5. Fazit und Schlussfolgerungen

Methodenpluralismus ist allein schon deswegen erforderlich, weil unterschiedliche Forschungsgegenstände und Forschungsfragen jeweils verschiedene Forschungsmethoden erfordern. Die Frage nach Versorgungsstrukturen bspw. verlangt die Einnahme einer Makroperspektive, bei der gesamtgesellschaftliche Phänomene und Probleme wissenschaftlich untersucht, beschrieben, analysiert und erklärt werden. Das ist ohne statistische Informationen gar nicht möglich und diese wiederum erfordern zwingend eine standardisierte (objektive und reliable) Datenerhebung. Hieraus können aber auch, wie wir in unserem Beitrag gezeigt haben, gravierende Methodenprobleme, Artefakte und systematische Fehleinschätzungen bei der Beurteilung von Pflege- und Versorgungsqualität entstehen. Es zeigt sich, dass die klassische Unterscheidung zwischen „etischer“ und „emischer“ Perspektive in methodologischer Hinsicht auch in Zeiten von „Mixed Methods“ keinesfalls an Bedeutung verloren hat. Quantitative Datenerhebung erfordert nahezu zwangsläufig eine etische Perspektive, bei der der Untersuchungsgegenstand von außen betrachtet und dabei an bereits vorhandenes Wissen der Untersuchenden angeknüpft wird. Die Vorteile, etwa die hierdurch erzielte Transparenz, Nachvollziehbarkeit und damit auch die prinzipielle Wiederholbarkeit der Datenerhebung werden konterkariert dadurch, dass die Sichtweisen und Handlungsmotivationen der Akteure, also die Binnenperspektiven im Feld, dann oft unberücksichtigt bleiben müssen, weil sie in den ex ante entwickelten Untersuchungsinstrumenten keine Berücksichtigung fanden.

Gerade in der Pflege- und Versorgungsforschung gibt die vermeintlich objektive Beschreibung von Sachverhalten anhand vorher festgelegter Kriterien oft ein unvollständiges oder sogar verzerrtes Bild sozialer Realität wieder. Für die hier notwendige Einbeziehung der Binnenperspektive der Akteure sind „Monomethoden“ oftmals nicht hinreichend:

Bei der Anwendung quantitativer Verfahren gerät man durch die Notwendigkeiten eines hypothesengeleiteten Vorgehens und der Anwendung standardisierter Instrumente oft in Gefahr, die Relevanzsetzungen der Befragten durch ex ante formulierte

Hypothesen, vorab definierte Variablen und standardisierte Messinstrumente quasi zu überblenden. Aber auch qualitative Methoden bieten für sich genommen keine Gewähr, dass die Binnenperspektive der Akteure hinreichend berücksichtigt wird, wie wir in Abschnitt 4 zu zeigen versucht haben. In beiden Fällen diene eine Integration von Methoden (einerseits die Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden in einem „Mixed Methods Design“, andererseits ein Methodenmix bzw. die Triangulation verschiedener qualitativer Methoden, Interviews und teilnehmender Beobachtung bzw. beobachtender Teilnahme) dazu, konkrete Methodenprobleme sozialwissenschaftlicher Pflege- und Versorgungsforschung zu identifizieren, zu bearbeiten und Schwächen einzelner Methoden durch deren Kombination und Integration zu überwinden.

Literatur

- Atkinson, P.; Silverman D. (1997): Kundera's Immortality: The Interview Society and the Invention of the Self. In: *Qualitative Inquiry*, 3 (3), 304 - 325
- Becker, S.; Kaspar, R.; Kruse, A. (2011): H.I.L.D.E.: Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Bern: Huber
- Campbell, D.T.; Fiske, D.W. (1959): Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. In: *Psychological Bulletin*, 56 (2), 81-105
- Coleman, J.S. (1991): Grundlagen der Sozialtheorie. Bd. 1: Handlungen und Handlungssysteme. München: Oldenbourg
- Creswell, J.W.; Plano Clark, V.L. (2011): *Designing and conducting mixed methods research*. Los Angeles: Sage
- Davies, C. A. (2008): *Reflexive Ethnography: A guide to researching selves and others*. New York: Routledge
- Declercq, A. (2000): (Participant) Observation in Nursing Home Wards for People Suffering from Dementia: The Problems of Trust and Emotional Involvement. In: *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 1, no. 1, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001254> (Abruf 23.11.2012)
- Dickson-Swift, V. et al. (2007): Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? In: *Qualitative Research* 7, H. 3, 327-353
- Douglas, J. D. (1976) *Investigative Social Research. Individual and Team Field Research*. London: Sage.
- Douglas, J. D. (1985): *Creative Interviewing*. Sage Publications: Beverly Hills/London/New Delhi.
- Esser, H. (1993): *Soziologie. Allgemeine Grundlagen*. Frankfurt; New York: Campus
- Fielding, N.G.; Fielding, J.L. (1986): *Linking Data. (Qualitative Research Methods, Vol. 4)*. London: Sage
- Fleer, B. (2011): *Pflegeforum des MDS*. http://www.mds-ev.de/media/pdf/9_-_Fleer_HILDE.pdf
- Flick, U. (2011): *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Flick, U. (1998): *An Introduction to Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage
- Hammersley, M.; Atkinson, P. (2007): *Ethnography. Principles in practice*. New York: Routledge
- Heyl, B. S. (2010): *Ethnographic Interviewing*. In: Atkinson, P. et al. (Hg.): *Handbook of Ethnography*. London/Thousand Oaks/New Delhi/Singapore: Sage Publications, 369-383
- Honer, A. (1993): *Lebensweltliche Ethnographie. Ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Johnson, B.; Turner, L.A. (2003): *Data Collection Strategies in Mixed Methods Research*. In: Tashakkori, A.; Teddlie, C. (Eds.): *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Sciences*. Thousand Oaks: Sage, 297-319

- Kelle, U. (2008): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (2. Auflage)
- Kelle, U.; Metje, B.; Niggemann, C. (2014): Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: Amann, A.; Kolland, F. (Hrsg.): Das erzwungene Paradies des Alters? Wiesbaden: VS Verlag. Im Erscheinen
- Kelle, U.; Erzberger, C. (2010): Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick, U.; Kardorff, E., von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt, 299-309
- Kelle, U.; Niggemann, C. (2002): „Weil ich vor zwei Jahren schon einmal verhört worden bin...“ – Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern. In: Motel-Klingebiel, A.; Kelle, U. (Hrsg.): Perspektiven einer empirischen Alter(n)ssoziologie. Opladen: Leske und Budrich, 99-131
- Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern: Hans Huber
- Lee, R. M. (1993): Doing research on sensitive topics. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications
- MDS/GKV – Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.; GKV Spitzenverband (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinien – Transparenzvereinbarung: Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege. Köln: Asmuth Druck
- Newerla, A. (2012): Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine ethnographische Studie. Münster: LIT Verlag
- Pike, K. L. (1954): Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior. Dallas: Summer Institute of Linguistics
- Reichertz, J. (2012): Die lebensweltliche Ethnografie von Anne Honer: Zum Tode einer Freundin und Kollegin. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 13, No. 2, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1202E17> (Abruf 27.11.2012)
- Ryen, A. (2007): Ethical issues. In: SEALE, C. et al. (Edsg.): Qualitative Research Practice. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications, 218-235
- Tashakkori, A.; Teddlie, C. (2010): Sage Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research. Thousand Oaks: Sage
- Weber, M. (1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck)

Prof. Dr. Udo Kelle

Helmut-Schmidt-Universität der Bundeswehr
Holstenhofweg 85, 22043 Hamburg, kelle@hsu-hh.de

Dr. Andrea Newerla

Justus-Liebig-Universität
Karl-Klößner-Straße 21 E, 35394 Gießen, Andrea.Newerla@sowi.uni-gießen.de

Dr. Brigitte Metje

Helmut-Schmidt-Universität der Bundeswehr
Holstenhofweg 85, 22043 Hamburg, metjeb@hsu-hh.de

Beiträge

Tobias Mai, Marlen Christ, Christa Flerchinger

Skill und Grade Mix auf Intensivstationen – Evaluation eines Modellprojektes

Skill and Grade Mix in intensive care units – Evaluation of a model project

The care of patients in Intensive Care Units (ICU) is complex and presents nurses with special challenges. Concurrently exists a nationwide problem to recruit and retain qualified nursing staff. To meet the recommended staffing levels of the German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) (DIVI) remains an issue. A dedicated project at the University Hospital Frankfurt am Main (Universitätsklinikum Frankfurt am Main) aimed to meet this challenge. At the centre of the project stood the introduction of Health Care Assistants (HCA) into the nursing pool on ICU. On top of their two year training as HCA, they were specially trained and supervised for this project. The project was evaluated by observations supported by questionnaires and open interviews. The results provide an insight if the use of HCAs can successfully relieve qualified nursing staff and how the introduction of HCAs leads to an increase of specialized care activities performed by qualified nurses.

Keywords

Intensive Care Unit, Skill and Grade Mix, Delegation, Evaluation

Die Versorgung von Patienten auf Intensivstationen ist komplex und stellt an die Pflege besondere Anforderungen. Gleichsam wird nahezu bundesweit die Schwierigkeit, geeignetes Fachpersonal zu rekrutieren, beklagt und nicht selten weicht der Personalschlüssel in der Praxis vom geforderten der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ab. Der Herausforderung der komplexen Versorgung von Intensivpatienten gerecht zu werden, hat sich ein Projekt am Universitätsklinikum Frankfurt am Main gewidmet. Kern des Vorhabens war die Einbindung von speziell begleiteten Krankenpflegehelferinnen mit zweijähriger Ausbildung in die direkte Pflege von Patienten auf Intensivstation. Das Projekt wurde mittels Multimomentaufnahme, Befragung und Interviews evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, inwiefern ein Einsatz von Krankenpflegehelferinnen im Sinne einer Entlastung für das Fachpersonal und für die Zunahme von spezialisierten Pfl egetätigkeiten seitens der Fachpflegepersonen erfolgreich sein kann.

Schlüsselwörter

Intensivstation, Skill und Grade Mix, Delegation, Evaluation

1. Einleitung

Fachkräftemangel auf Intensivstationen, steigende Komplexität in der Versorgung der Patienten¹, physische und psychische Belastungen der Mitarbeiter und damit einhergehende hohe Fluktuationsraten bedingen intensive Überlegungen zu Strategien der Mitarbeiterbindung. Geeignetes Fachpersonal zu rekrutieren wird zunehmend schwierig und die von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) geforderte Betreuungsquote von 1:2 kann nur auf 31,1% der befragten Stationen umgesetzt werden (Isfort et al. 2012). Im Jahr 2011 waren durchschnittlich 3,6% der Stellen auf den über 500 befragten Intensivstationen in Deutschland nicht besetzt (ebd.). Untersuchungen zur Auswirkung des Personalschlüssels zeigen, dass bei geringer Anzahl von Fachpflegekräften häufiger Einbrüche in der Pflegequalität und ein Anstieg von Komplikationsraten zu beobachten sind (u. a. Schubert et al. 2005, Schubert et al. 2012, West et al. 2009). Mangelnde Zeitressourcen der Pflegenden bedingen Schwierigkeiten alle notwendigen Aufgaben am Patienten, wie etwa im Rahmen der Ernährung, erfüllen zu können (Aiken et al. 2013, Isfort et al. 2012).

1.1 Belastungen des Personals

Mitarbeiter zeigen aufgrund des generell stressbetonten Arbeitens auf Intensivstationen mitunter eine Abnahme des Wohlbefindens, welches bis zu einem Burnout Syndrom führen kann (Azoulay/Herridge 2011, Bakker et al. 2005, Embriaco et al. 2007, Poncet et al. 2007). Auch die Befragung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP) zeigt für die Situation auf deutschen Intensivstationen neben körperlichen die steigende Anzahl psychischer Beschwerden wie dem Burnout auf. Die Zahl dieser eher längerfristig Erkrankten ist bei einer 1:3 Betreuung mit 52,6% etwa 12% höher als bei einer 1:2 Betreuung (Isfort et al. 2012). Dass die emotionale und körperliche Beanspruchung mit der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in Zusammenhang steht und die Intention des Arbeitsplatzwechsels beeinflusst, zeigen van Dam et al. (2013) in ihrer Studie mit 461 Pflegenden von 46 Intensivstationen. Die Literatur zeigt auf, dass die steigende Komplexität der Versorgung in Zusammenhang mit erhöhter Patientenüberwachung, häufigen Verlegungen und Entlassungen sowie unvorhersehbaren Patientenergebnissen bei instabilen Patienten steht (Hayes et al. 2012, Hayes et al. 2006) und die Fluktuationsrate auf Intensivstationen beeinflussen kann.

1.2 Wege zur Entlastung

Zur Entlastung der Fachpflegekräfte werden auf Intensivstationen im Klinikum der Goethe Universität in Frankfurt am Main u. a. neben (Fach)Gesundheits- und Krankenpflegekräften (FGKP) bereits Mitarbeiter ohne Ausbildung in einem Pflegeberuf im so genannten Außendienst eingesetzt. Sie übernehmen administrative und hauswirtschaftliche Aufgaben im Team. Der Einsatz von Krankenpflegehelferinnen (KPH)

¹ Selbstverständlich sind mit der männlichen Schreibweise beide Geschlechter gemeint.

im Krankenhaus ist keine neue Erfindung, aber nur einzelne internationale Veröffentlichungen beschreiben Erkenntnisse hinsichtlich eines Skill und Grade Mix in der direkten Patientenversorgung auf Allgemein- oder Intensivstationen (Brack/Sandford 2011, Chaboyer et al. 2008, Kelly 2009, Wainwright 2002). Drei der Studien sind australische Projekte, von denen zwei den Einsatz von Entrolled Nurses auf Intensivstation beschreiben (Brack/Sandford 2011, Kelly 2009) und eine die Einbindung auf Allgeminestationen darlegt (Chaboyer et al. 2008). Wainwright (2002) zeigt in ihrem Artikel die Ergebnisse einer Befragung zur Perspektive von Pflegefachkräften auf den Einsatz von health care assistants als Pflegehilfskräfte auf Intensivstation auf.

Die primär qualitativen Evaluationsstudien der australischen Projekte zeigen in ihren Ergebnissen die gelungene Zusammenarbeit auf und berichten von der subjektiven Entlastung von Aufgaben in der Körperpflege. Gleichsam berichten die Autoren von Schwierigkeiten solche Patienten an die Tandems zu verteilen, welche auch von Pflegehilfskräften mit zu versorgen sind. Es werden negative Folgen seitens der Pflegehelfer beschrieben, wie etwa die Unzufriedenheit, weniger unabhängig arbeiten zu können (Kelly 2009). Nicht zuletzt dadurch entscheiden sich nach dieser Studie einige von ihnen sich weiter zu qualifizieren und einen Bachelor of Nursing zu machen. Während nach diesem Projekt die Einbindung von Pflegehelfern auf Intensivstation letztlich gelingen und nachhaltig effektiv sein kann, konstatieren Brack und Sandford (2011), dass der enorme Aufwand in Einarbeitung, Ausfallmanagement, Begleitung und Patientenzuteilung den Vorteilen nicht überwiegt und das Projekt entsprechend nicht nachhaltig implementiert werden konnte. Wainwright (2002) zeigt die Bedenken der Befragten auf, dass Pflegehilfskräfte mit eingeschränkten beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und sehr begrenzten Handlungsfeld auf Intensivstationen dem Risiko einer Demoralisierung ausgesetzt sein könnten. Demgegenüber stehen die Bedenken, Pflegehilfskräften auf Intensivstationen Aufgaben über Administration und Hauswirtschaft hinausgehend anzuvertrauen. Es gilt nach Wainwright (2002) zu hinterfragen, was den Nutzen von Pflegehelfern in der direkten resp. indirekten Pflege zum einen für den Patienten und zum anderen für das gesamte Team dargestellt.

Für die deutsche Situation auf Intensivstationen liegen keine veröffentlichten Konzepte zur Einbindung von KPH in die direkte Patientenversorgung vor. Inwiefern KPH in einem Skill und Grade Mix auf Intensivstation in die direkte Pflege eingebunden werden und ein Nutzen für das pflegerische Team sein können, wurde daher in einem Projekt im Universitätsklinikum Frankfurt exploriert.

2. Projektvorstellung

Ziel des Projektes war die Entwicklung, Umsetzung und Überprüfung eines Konzeptes zur Einbindung von KPH in die direkte Pflege auf Intensivstation. Im Rahmen des Delegationsprozesses sollte der Einsatz aller Mitarbeiter gemäß ihrer Qualifikation erfolgen und durch die Unterstützung der KPH eine Entlastung der Pflegefachkräfte von

Tätigkeiten aus dem Bereich der allgemeinen Pflege erreicht werden. Frei gewordene Ressourcen sollten sich in einer Zunahme spezialisierter Tätigkeiten zeigen.

Das Projekt wurde von der Pflegedirektion initiiert und von der pflegefachlichen Leitung der Intensivstation sowie von der Abteilung Pflegeentwicklung als Stabsstelle der Pflegedirektion geleitet. Sowohl FGKP als auch KPH waren Mitglieder der Projektgruppe. Die Projektleitung stand in engem Austausch mit der Schulleitung der Krankenpflegeschule, welche für die zweijährige Ausbildung der KPH verantwortlich ist. Zudem konnten alle Projektmitglieder die Unterstützung eines Coaches in Anspruch nehmen, um individuelle Herausforderungen zu besprechen und die Rollenfindung zu reflektieren. Die KPH absolvierten ihr Praxissemester auf der Intensivstation und erhielten von der pflegefachlichen Leitung zugewiesene Mentoren für eine intensive Einarbeitung. Das Projekt lief von September 2012 bis April 2013. Die Mitarbeiter der Station mit insgesamt 34 Intensivbetten wurden mittels schriftlicher Informationen und Präsentationen zum Projekt informiert.

2.1 Theoretische Einbettung des Projektes

Der Grad der Arbeitsteilung oder auch Spezialisierung sollte trotz eines Skill und Grade Mix möglichst gering gehalten werden. Eine umfangreiche Zergliederung erhöht einerseits den Aufwand für Koordination und Kontrolle, andererseits macht sie *„die Arbeit inhalts- und sinnleerer, verringert ihre intrinsischen Anreize und behindert die Identifikation mit der Aufgabe“* (Wiendieck 2005: 629). Eine Erinnerung an die Kritik der Funktionspflege als tayloristische Form der Arbeitsorganisation liegt hier nahe (Elkeles 1988). Somit gilt es eine Balance zu finden, zwischen den Interessen des Individuums hinsichtlich des Aufbaus und Erhaltes des Selbstbildes und als Träger der Identität der Organisation und den damit verbundenen Verpflichtungen (Wetzel 2005). Im Zuge dessen wurden mögliche Sinnstiftungsprozesse der FGKP und der KPH im Rahmen der Projektgruppentreffen bzw. der Evaluation des Projektes berücksichtigt.

Um einer Partialisierung im Sinne des Taylorismus entgegen zu wirken, wurde versucht das Arbeitshandeln der KPH in die Erbringung der Gesamtaufgabe weitestgehend zu integrieren. Somit obliegt zwar die Entscheidungs- und Planungskompetenz innerhalb des Pflegeprozesses bei der FGKP, allerdings unter Berücksichtigung der Perspektive aller Beteiligten. Obgleich diese Übernahme von Verantwortung innerhalb eines Delegationsprozesses durch die FGKP zu einer Überforderung der FGKP führen kann. Diesbezüglich wurde mit Hilfe des schriftlich fixierten Delegationsprozesses inklusive Entscheidungshilfe sowie der Checkliste zur Eingruppierung der Patientenversorgung ein hoher Formalisierungsgrad angestrebt. Der Tätigkeitskatalog für die KPH auf Intensivstation regelte zudem die Zuständigkeiten für Tätigkeitsbereiche oder einzelne Tätigkeiten. Gleichzeitig erfolgte aber keine Entpflichtung der FGKP von Tätigkeiten oder Tätigkeitsbereichen, da bei Störungen des Projektes wie Krankheitsausfälle der KPH die Pflegefachkräfte weiter in der Verantwortung für alle Tätigkeiten stehen.

Die Übernahme von Verantwortung dient generell der Motivierung der Mitarbeiter (Loffing/Loffing 2010) und wurde daher innerhalb des Projektes besonders auch für die Arbeit der KPH in eigenen Verantwortungsbereichen berücksichtigt. Die Eigenverantwortlichkeit wurde als ein bedeutsamer Aspekt in der Tätigkeitsanalyse aufgenommen, da die KPH die „neue Rolle als wertvollen Anteil zur Lösung der Gesamtaufgabe“ annehmen sollten (Bender/Merz 2011: 121). Die Stellenbeschreibung der KPH wurde unter Berücksichtigung des Delegationsprozesses auf den Einsatzort der Intensivstation angepasst. Die Stellenbeschreibung der FGKP wurde nicht verändert.

Eine Zuordnung der KPH zu Patienten erfolgte über die fachliche Leitung, wobei sowohl die FGKP als auch die KPH in die Entscheidung einbezogen werden sollten. Die Zentralisierung der Zuteilung der KPH zu den Patienten wird hierbei durch die Möglichkeit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung im Sinne der Patientenversorgung einerseits und der möglichst geringen Partialisierung der Aufgabe andererseits ergänzt. Somit sollte ein höheres Maß an Flexibilität erreicht werden, welches durch die instabilen Patientenzustände und der Bedeutung sinnstiftender Arbeitsinhalte aus Perspektive der KPH unbedingt erforderlich ist.

In Bezug zu den Strukturmerkmalen mehr oder weniger bürokratischer Organisationen (vgl. Wiendieck 2005), Partialisierung, Formalisierung und Zentralisierung, sollte mit oben beschriebenen Vorkehrungen ein gewisses Maß an Flexibilität im Einsatz der KPH im Organisationsbereich Intensivstation erreicht werden, um so der eigentlichen „Achillesferse tayloristischen Organisationen“ (ebd.: 630), der Inflexibilität, entgegen zu wirken.

Diese angestrebte Flexibilität ist für die Patientensicherheit im Krankenhaus als Hochrisikounternehmen (HRO), insbesondere mit wenig vorhersehbaren und instabilen Patientenverläufen auf einer Intensivstation, erforderlich (v. d. Oelsnitz 2011; St. Pierre et al. 2011). Alle Mitarbeiter müssen sich bewusst sein darüber, dass die Patientenverläufe unvorhersehbar sind und die Inhalte der Arbeit sowie die Arbeitsteilung entsprechend in kurzen Zeitabständen beeinflussen können. Oberstes Ziel ist die Patientensicherheit, welche über eine kollektive Achtsamkeit gewährleistet werden muss. Kollektive Achtsamkeit wird nach Weick und Sutcliffe (1989 in: Glomb et al. 2012: 120) verstanden: als Haltung einer Organisation, als deren Set von Prozessen und Praktiken zur Beobachtung, Kategorisierung und Reaktion auf unerwartete Ereignisse und Fehler in Hochzuverlässigkeitsunternehmen. Es war daher erforderlich durch die Formalien des Delegationsprozesses, der Checkliste zur Einordnung der Komplexität der Patientenversorgung und der klaren Tätigkeitbeschreibungen Vorkehrungen zu treffen, innerhalb des Projektes diese Achtsamkeit zu beeinflussen.

2.2 Praktische Vorkehrungen für den Einsatz der KPH

Insbesondere aufgrund der vulnerablen Gruppe der Intensivpatienten galt es, einen verbindlichen Delegationsprozess innerhalb der Pflege zu etablieren. Hierfür wurden die möglichen Tätigkeiten der KPH im Vorfeld definiert und allen Mitarbeitern der

Station (inkl. des ärztlichen Personals) transparent gemacht. Mit Blick auf die eigene Berufsrealität sollten die KPH möglichst eigenverantwortlich Tätigkeiten im Rahmen eines Versorgungstandems mit einer oder mehrerer FGKP erbringen können (Abbildung 1) (Kelly 2009). Andere Tätigkeiten sollten nur unter Anwesenheit der FGKP übernommen werden. Grundsätzlich nicht delegierbare Aufgaben wurden definiert.

Allen Mitarbeitern wurde in Form eines laminierten Handouts eine Entscheidungshilfe zur Delegation (Kelly-Heidenthal/Mathaler 2008) und eine Darstellung des Delegationsprozesses ausgehändigt und im internen Stationsbereich ausgehängt.

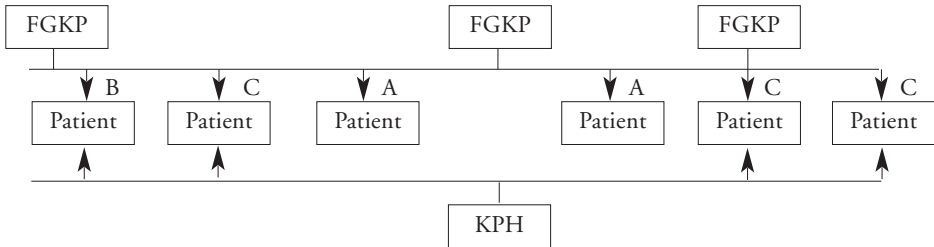


Abb. 1: Modell zur Zusammenarbeit von FGKP und KPH

Für die Entscheidung, welche Patienten weniger komplex in ihrer Versorgung sind und von KPH mit betreut werden können, wurde eine Checkliste entwickelt. Diese wurde auf Grundlage bestehender Einschätzungsinstrumente in der Versorgung von Intensivpatienten wie u. a. TISS, NEMS und NAS erarbeitet (Iapichino et al. 2001, Miranda et al. 1997, 2003, Sembach et al. 2001). Ziel war es dabei nicht den zeitlichen Aufwand der Versorgung abzubilden, sondern die erwartete Komplexität der pflegerischen Arbeit einzuschätzen. Anhand von sieben Items wurden mit dieser Checkliste die Patienten drei Gruppen zugeordnet: (A) hochkomplex, instabil und beatmet, (B) komplex, instabil und beatmet und (C) weniger komplex, stabil und nicht beatmet.

Diese Einteilung erlaubte es, die KPH für die weniger komplexe Versorgung der Patientengruppe C nachvollziehbar einzuteilen. Die Unterstützung durch eine KPH in der Versorgung eines A- bzw. B-Patienten war aber nicht ausgeschlossen. Die Einteilung gab Orientierung für die Art der Tätigkeit und entsprechend über die Delegationsfähigkeit von Aufgaben. Nicht zuletzt war diese Einteilung im Rahmen der Evaluation von Bedeutung, um die beobachteten Tätigkeiten der KPH und damit die mögliche Entlastung für die FGKP auch im Hinblick auf die Komplexität der Patientenversorgung zu analysieren.

3. Fragestellung und methodisches Vorgehen in der Evaluation

Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Konzeptes zur Einbindung von KPH in die direkte Pflege auf Intensivstation, um FGKP in ihrer Arbeit zu entlasten resp. ihnen mehr Zeit für spezialisierte Pflegetätigkeiten zu ermöglichen. Dass diese Entwicklung

durch den Einsatz von Pflegehelfern zumindest in der subjektiven Wahrnehmung der Mitarbeiter möglich ist, zeigte u. a. das australische Projekt zur Einbindung von Enrolled Nurses auf Intensivstation (Kelly 2009). Zudem sollte die Komplexität der Patientenversorgung mit erfasst werden, da die australische Studie gerade in der Zuteilung von Patientengruppen zu den Versorgungstandems Herausforderungen aufzeigte. Diese Erfassung erfolgte mit Hilfe der Checkliste zur Eingruppierung der Patienten. Im Rahmen der summativen Evaluation sollten daher folgende Fragestellungen beantwortet werden.

1. In welchen Tätigkeitsbereichen können KPH die FGKP entlasten?
2. Zu Gunsten welcher Tätigkeiten werden die FGKP entlastet?
3. Zeigen sich hierbei Unterschiede zwischen den Patientengruppen?

Am Ende des Projektzeitraums wurden für fünf Tage die Mitarbeiter der Intensivstation beobachtet. Zur Beantwortung der Fragen wurde ein Zweigruppendedesign gewählt, um so Veränderungen zwischen den Gruppen möglichst unabhängig von Rahmenbedingungen zu erfassen. Die erste Gruppe bildeten die Mitarbeiter, die jeweils mit einer KPH zusammenarbeiteten – die Interventionsgruppe. Die zweite Untersuchungsgruppe setzte sich aus Mitarbeiter der Intensivstation zusammen, die wie bisher ohne die Unterstützung der KPH arbeiteten – die Kontrollgruppe.

Für die deskriptive Auswertung der durch eine Multimomentstudie erhobenen Daten wurden die nachfolgenden Thesen formuliert:

These 1: Der Anteil der Tätigkeiten im Bereich der allgemeinen Pflege wird für die FGKP in der Interventionsgruppe prozentual abnehmen.

These 2: Der Anteil der Tätigkeiten aus dem Bereich der speziellen Pflege wird für die FGKP in der Interventionsgruppe prozentual zunehmen.

These 3: Die prozentualen Unterschiede zeigen einen Zusammenhang mit der Komplexität der Patientenversorgung.

Da qualitative Studiendesigns zum Skill und Grade Mix auf Intensivstation in der subjektiven Wahrnehmung der Mitarbeiter Vor- und Nachteile der Projekte aufzeigen, wie etwa die positive Zusammenarbeit mit Pflegehelfern (Kelly 2009) oder Wunsch nach Entlastung von allgmeinpflegerischen Tätigkeiten (Wainwright 2008), sollten zur Verdichtung der Ergebnisse aus der Beobachtung mittels Fragebogen und Interviews die Sicht der Pflegenden berücksichtigt werden. Daher wurde sich folgenden Fragen in der formativen Evaluation explorativ angenähert:

1. Wie bewerten Mitarbeiter die Zusammenarbeit im Skill und Grade Mix?
2. Beeinflusst der Skill & Grade Mix die Berufszufriedenheit und darüber hinaus die Verbundenheit mit dem Unternehmen?

Mit sich ergänzenden Vorgehensweisen der summativen und formativen Evaluation (Gollwitzer/Jäger 2009, Ovreteit 2002) wurde versucht, den gewünschten Erkenntnisgewinn zu erreichen (Höhmann/Bartholomeyczik 2013).

Das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragen mittels Multimomentaufnahme, Mitarbeiterbefragung und der qualitative Interviews werden nachfolgend erläutert.

3.1 Beobachtung

Die Beobachtung erfolgte durch eine Multimomentaufnahme (Neufang/Holzäpfel 2011) an fünf aufeinander folgenden Tagen. Beobachtet wurden alle Mitarbeiter im Frühdienst, die ihr schriftliches Einverständnis gegeben haben. Um beide Gruppen miteinander vergleichen zu können, wurde eine relativ homogene Verteilung der Patienten nach ihrer Komplexität in der Interventions- sowie Kontrollgruppe angestrebt. Die Zuteilung der Patienten wurde mit Hilfe der Checkliste von der fachlichen Leitung der Station gesteuert.

Durchschnittlich haben sich etwa 13 Mitarbeiter beobachten lassen, von denen jeweils zwei bis drei die Qualifikation einer KPH hatten. Aufgrund der Stationsgröße mit 34 Betten wurde das Intervall für die Beobachtung auf 10 Minuten festgelegt. Das Vorgehen und die daraus resultierende Anzahl an Erfassungen sowie der Erfassungszeitraum wird auch in ähnlichen Beobachtungsstudien in der Pflege als angemessen betrachtet (Chaboyer et al. 2008, Munyisia et al. 2011). Die Erfassungen erfolgten jeweils durch eine zuvor geschulte Beobachterin mittels der Software LOGO-M per PDA (Personal Digital Assistant). Die zu beobachtenden Tätigkeiten wurden auf Grundlage des Curriculums, sowie des erarbeiteten Tätigkeitsprofils der KPH und der nicht delegierbaren Tätigkeiten erarbeitet und in vier Kategorien überführt: „allgemeine Pflege“, „Kommunikation“, „spezielle Pflege“ und „Andere“.

Die Daten wurden anonymisiert in SPSS überspielt, aufbereitet und analysiert. Die deskriptive Auswertung erfolgte über den gesamten Zeitraum. Die Tätigkeiten, die zur gleichen Zeit am gleichen Patienten von zwei Mitarbeitern erbracht wurden, sind als Assistenz Tätigkeiten recodiert worden. In der Ergebnisdarstellung werden Tätigkeiten mit wenigen Erfassungen ($n < 30$) und somit geringer Aussagekraft nicht berücksichtigt.

Hilfswerte für die Analyse

Ob eine Tätigkeit – vor allem im Bereich der allgemeinen Pflege – eine besondere Qualifikation erfordert, entscheidet nicht die Art der Tätigkeit allein, sondern im Kontext vor allem der Patientenzustand und die daraus folgende Komplexität der Versorgung (Bartholomeyczik 1993: 95). Die Einteilung der Patienten auf Grundlage der Checkliste in die Komplexitätsstufen A bis C ermöglicht die Berechnung eines „Komplexitätsquotienten“ für jede Untersuchungsgruppe (KQ). Dieser erlaubt eine genauere Betrachtung der Verteilung von Tätigkeiten in Bezug zur Komplexität der Patientenversorgung und damit der möglichen Tätigkeitsübernahme durch die KPH bzw. der möglichen Entlastung der FGKP. Der KQ wurde wie in Abbildung 2 dargestellt berechnet.

$$KQ = \frac{(\text{Anzahl der Patientengruppe A} \cdot 3) + (\text{Anzahl der Patientengruppe B} \cdot 2) + (\text{Anzahl der Patientengruppe C} \cdot 1)}{\text{Anzahl der Patienten}}$$

Abb. 2: Berechnung KQ

Je höher der Wert, desto komplexer sind die Patienten einer Untersuchungsgruppe zu versorgen. Merkmale der Patienten in Gruppe A sind z. B. Katecholamintherapie oder Lumbaldrainage; in Gruppe B invasive Beatmung, mehr als vier Ableitungen; in Gruppe C z. B. weniger als vier Ableitungen und i. d. R. nicht mehr beatmet.

Ein weiterer Hilfwert zur Interpretation der Ergebnisse ist der Effektivitätsquotient (EQ) (Abbildung 3). Dieser Wert gibt Auskunft darüber, in welchem Ausmaß eine Tätigkeit für einen Patienten durchschnittlich erbracht wird. Es ist zwar davon auszugehen, dass durch eine quantitative Zunahme von Tätigkeiten auch ein qualitativer Effekt eintreten kann (Bartholomeyczik 1993: 91). In der vorliegenden Analyse wurde die Quantifizierung einer Tätigkeitsbeobachtung pro Patient jedoch lediglich zur Abbildung der aufwendeten Zeit einer Pflegekraft pro Patient genutzt.

Es wurden die Werte für die Kontrollgruppe, für die FGKP in der Interventionsgruppe und für die gesamte Interventionsgruppe (FGKP plus KPH) berechnet. Je höher der Wert für die FGKP in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ist, umso eher besteht die Möglichkeit einer Effektivitätssteigerung, da hypothetisch die Tätigkeit häufiger am oder für den Patienten erbracht wurde bzw. mehr Zeit für die Tätigkeit zur Verfügung stand.

$$EQ = \frac{(\text{Anzahl der Beobachtungen einer Tätigkeiten X in einer Untersuchungsgruppe})}{(\text{Anzahl der Patienten dieser Untersuchungsgruppe})}$$

Abb. 3: Berechnung des EQ

Zur deskriptiven Betrachtung werden für diese Hilfwerte die prozentualen Veränderungen zwischen den FGKP beider Gruppen dargelegt.

3.2 Befragung

Die Befragung beinhaltete Auskünfte zu fünf Themenbereichen: Beurteilung der Zusammenarbeit, der Patientenversorgung, Aussagen zu vermeidbaren Zwischenfällen, zu nicht erbrachten Maßnahmen und zur subjektiven Einschätzung des Skill und Grade Mix. Darüber hinaus wurden Angaben zur Qualifikation erhoben. Neben diesen geschlossenen Fragen, welche u. a. in Anlehnung an das Pflgethermometer 2012 (Isfort et al. 2012) aufgestellt wurden, konnten Mitarbeiter im Freitext das Projekt kommentieren. Die Befragung erfolgte nach fünfmonatigem Einsatz der KPH auf der Station. Die deskriptive Auswertung wurde mit Hilfe der Software SPSS durchgeführt. Auf-

grund eines sehr geringen Rücklaufes wird allerdings nur die Beurteilung der Zusammenarbeit resp. Perspektive auf den Skill und Grade Mix für eine vorsichtige Meinungsabbildung in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt. Die Antwortvorgaben dieser Bereiche waren auf einer Likertskala unterteilt nach Schulnoten oder nach Grad ihres Zutreffens (trifft voll zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft nicht zu, keine Angabe).

3.3 Interviews

Der Fortgang des Projektes wurde in regelmäßigen Feedbackrunden unter den beteiligten Mitarbeitern, insbesondere der KPH, reflektiert. Abschließend konnten zwei Interviews mit FGKP realisiert werden. Diese wurden im Rahmen der Erstellung einer Bachelorthesis durch eine Studentin geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) ausgewertet. Durch die Interviewführung einer nicht im Haus beschäftigten Person konnte die Wahrscheinlichkeit von Verzerrungen im Sinne sozial erwünschter Antworten weitgehend minimiert werden. Die Projektleitungen und Führungskräfte haben keine Informationen zu den Gesprächspartnern erhalten, deren Anonymität hierdurch gewahrt blieb. Obgleich die Ergebnisse auf Grundlage der Datenbasis von nur zwei Interviews allerdings eine nur sehr vage Tendenz der Wahrnehmung der Mitarbeiter aufzeigen, werden diese hinsichtlich der Zusammenarbeit dennoch im vorliegenden Bericht Erwähnung finden.

3.4 Ethische Aspekte

Für die Beobachtung, Befragung und Interviews von Mitarbeitern wurde die Zustimmung des Personalrates des Universitätsklinikums eingeholt. Über das Projekt und das Vorgehen in der Evaluation wurden alle Mitarbeiter mündlich und schriftlich informiert. Alle erhobenen Daten wurden nach Einwilligung der Mitarbeiter pseudonymisiert erhoben und anschließend anonymisiert ausgewertet.

Die Beteiligten hatten jederzeit das Recht von der Teilnahme an der Evaluation insbesondere der Beobachtung zurückzutreten. Für die Interviews wurde auf den Informationsveranstaltungen zum Projekt geworben und die Aufklärung mit zugehörigen Kontaktdaten der Interviewerin an die Mitarbeiter ausgehändigt. Der schriftliche Fragebogen wurde allen Mitarbeitern in ihr Postfach auf Station gelegt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Leitungen der Station über ein Ablagefach gesammelt und an die Evaluatoren weitergeleitet.

Ein Votum der Ethikkommission wurde nicht eingeholt, da sich durch das Projekt keine fachlich-inhaltliche Änderung der Pflegeversorgung für die Patienten ergab. Die KPH des Projektes wurden im Rahmen ihrer Ausbildung mit Mentoren für ihren Praxiseinsatz vorbereitet, wie dies auch mit Auszubildenden der Gesundheit- und Krankenpflege üblich ist. Zudem bestand die Möglichkeit primär für die KPH die Unterstützung im Rahmen eines Coaching wahrzunehmen. Die KPH waren als zusätzliche

Mitarbeiter im Frühdienst eingesetzt und zu keinem Zeitpunkt allein mit der Versorgung von Patienten betraut. Die übliche Zuordnung von einer FGKP zu i. d. R. 2 Patienten (1:2) blieb auch während des Projektes für alle FGKP weiter bestehen.

4. Ergebnisse

Im Rahmen der Beobachtung im Frühdienst konnten 2294 Tätigkeiten an fünf Tagen erfasst werden. Diese verteilen sich mit $n=970$ auf die Interventionsgruppe und $n=1324$ auf die Kontrollgruppe. In der Kontrollgruppe wurden mehr Tätigkeiten erfasst, da diese Gruppe mit 35 Arbeitertagen größer war als die Interventionsgruppe mit 27 Arbeitertagen. Innerhalb der Interventionsgruppe konnten für die FGKP $n=559$ und für die KPH $n=411$ Tätigkeiten erfasst werden.

Von 90 versandten Fragebögen kamen lediglich acht Fragebögen ausgefüllt zurück (Rücklaufquote=8,1%). Es antworteten eine KPH, zwei GKP (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen) und fünf FGKP. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ und sollen hier lediglich zusammen mit den Ergebnissen der beiden 30 minütigen Leitfadeninterviews mit FGKP die Ergebnisse der Beobachtung insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit illustrieren und daran anschließend in der Diskussion kritisch betrachtet werden.

4.1 Verteilung der Patientengruppen

Mit Blick auf die Komplexität wurden in der Kontrollgruppe mehr A und B Patienten versorgt als in der Interventionsgruppe (Tabelle 1). Der prozentuale Anteil der C Patienten ist wie erwartet in der Interventionsgruppe höher.

	<i>Kontrollgruppe</i>	<i>Interventionsgruppe</i>
Patientengruppe A	20 (29,9%)	8 (24,2%)
Patientengruppe B	33 (49,3%)	10 (30,3%)
Patientengruppe C	14 (20,9%)	15 (45,5%)
Gesamtzahl der Patienten	67	33

Tab. 1: Anzahl der Patienten pro Gruppe

Der Komplexitätsquotient beträgt für die Kontrollgruppe 2,09 und für die Interventionsgruppe 1,79. Die Komplexität der Patientenversorgung in der Interventionsgruppe liegt daher um 14% unter der Komplexität der Kontrollgruppe.

In fünf Tagen wurden in der Kontrollgruppe 67 Patienten von 35 FGKP und in der Interventionsgruppe 33 Patienten von 15 FGKP (+12 KPH) versorgt. Pro Dienst zeigte sich eine durchschnittliche Verteilung in der Kontrollgruppe von 13,4 Patienten auf 7 Pflegenden und in der Interventionsgruppe von 6,6 Patienten auf 5,4 Pflegenden. In der Kontrollgruppe versorgten etwa ein Viertel mehr Pflegenden 50% mehr Patienten. Werden lediglich die 15 FGKP der Interventionsgruppe betrachtet, erhält man ein Verhält-

nis von 6,6 Patienten zu 3 Pflegenden. Somit zeigt das Verhältnis von Patient zur Pflegefachkraft mit 1,9 in der Kontrollgruppe bzw. 2,2 in der Interventionsgruppe eine ähnliche Verteilung. In der Interventionsgruppe werden durch FGKP demnach nicht bedeutend mehr Patienten betreut, sondern der Einsatz von KPH ist – wie vorgesehen – zusätzlich erfolgt.

4.2 Verteilung der Tätigkeiten

Die Tabelle 2 zeigt die Tätigkeiten ($n > 30$) in ihrer Verteilung innerhalb der Untersuchungsgruppen. Im Vergleich von prozentualen Anteilen der Tätigkeiten in den jeweiligen Untersuchungsgruppen finden sich Anzeichen, die eine Entlastung der FGKP in der Interventionsgruppe andeuten (oberes Drittel der Tabelle 2).

Bei gleichbleibenden oder gestiegenen EQ in der I-Gruppe zeigen sich Entlastungen in den Tätigkeitsbereichen „Hauswirtschaft“ (~ 52%), „Bettplatz richten“ (~ 45%), „BGA – Blutgasanalyse“ (~ 38%), „Waschen und Kleiden“ (~ 3%), „Dokumentation“ (~ 2%), „Mobilisation/Lagern“ (~ 2%) und „Vorbereitungen“ (~ 24%) auf. Eine Verschiebung in die Aufgabenbereiche der KPH zeigt der EQ der Tätigkeiten „Waschen und Kleiden“ (4,36), sowie „Dokumentation“ (3,12), „Vorbereitungen“ (1,21) und Botengänge oder Hygienemaßnahmen, welche in „Andere“ (1,64) zusammengefasst sind. Eine Ausnahme bildet die „Arbeit an Geräten“ (~ 39%), die insgesamt zurückgegangen ist und was vermutlich dem Unterschied der Komplexität der Patientengruppen zuzuschreiben ist.

Im unteren Drittel der Tabelle 2 sind die Verschiebungen für alle Patientengruppen dargestellt. Eine Differenzierung nach Patientengruppe pro Tätigkeit ist für den EQ einzelner Tätigkeiten aufgrund teils geringer Anzahl von Beobachtungen nicht möglich. Betrachtet man die Gesamtzahl der Erfassungen pro Patienten- und Mitarbeitergruppe ergibt sich eine Tendenz zur Entlastung der FGKP durch die KPH um zirka 14%. In der Patientengruppe A beträgt die Entlastung etwa 15% und in der Patientengruppe C ist diese wie erwartet mit rund 26% am deutlichsten. In der Patientengruppe B ist keine Entlastung im Sinne einer Aufgabenverschiebung zu erkennen. Dies könnte durch die Zunahme spezieller Tätigkeiten durch die FGKP bedingt sein.

Aus Tabelle 2 geht hervor (mittleres Drittel), dass bei einigen Tätigkeiten der speziellen Pflege eine prozentuale Zunahme des EQ zu verzeichnen ist. Hier ist demnach keine Entlastung im Sinne der Reduktion des Tätigkeitsumfangs erfolgt. Eine Ausnahme bildet hier der Tätigkeitsbereich „Medikamentengabe i.v./Sonde“, welcher um etwa 6% in der Interventionsgruppe abgenommen hat. Die geringe Beobachtung seitens der KPH ($n=2$) zeigt hier aber keinen Entlastungsfaktor. Die Abnahme ist vermutlich durch Unterschiede in der Komplexität der Patientengruppen bedingt.

Bei weiteren Tätigkeiten, wie z. B. „professioneller Austausch“ (~ 4%), „Medikation stellen“ (~ 5%), „Verbandswechsel“ (~ 11%), „Übergabe“ (~ 9%), sowie in der Versorgung und Überwachung von „Drainagen“ (~ 103%), scheint eine Schwerpunktverschiebung zu erfolgen. Die Zunahme des Umfangs der Übergabe zeigt, dass die Entlas-

		Gruppen						EQ			
		Prozent (Anzahl der Erfassungen)						n/67 Pat	n/33 Pat	n/33 Pat	Diff in %
		Kontroll- gruppe (ohne KPH) (K)		FGKP Inter- ventions- gruppe (I)		KPH	Ge- samt	K	I nur FGKP	I	von I zu K (nur FGKP)
		%	n	%	n	n	n				%
Tätigkeiten	Hauswirtschaft	1,5	(17)	0,9	(4)	(10)	(31)	0,25	0,12	0,42	-52,2
	Bettplatz richten	2,0	(22)	1,3	(6)	(4)	(32)	0,33	0,18	0,30	-44,6
	Geräte	6,5	(73)	4,7	(22)	(2)	(97)	1,09	0,67	0,73	-38,8
	BGA	2,1	(23)	1,5	(7)	(7)	(37)	0,34	0,21	0,42	-38,2
	Waschen Kleiden	15,6	(175)	12,5	(58)	(86)	(319)	2,61	1,76	4,36	-32,7
	Dokumentation	20,8	(233)	17,9	(83)	(20)	(336)	3,48	2,52	3,12	-27,7
	Mobilisation/Lagern	3,7	(41)	3,2	(15)	(8)	(64)	0,61	0,45	0,70	-25,7
	Vorbereitungen	4,6	(51)	4,1	(19)	(21)	(91)	0,76	0,58	1,21	-24,4
	Andere	4,6	(52)	4,3	(20)	(34)	(106)	0,78	0,61	1,64	-21,9
	Medigabe i.v./ Sonde	7,1	(80)	8,0	(37)	(2)	(119)	1,19	1,12	1,18	-6,1
	prof. Austausch	17,2	(193)	21,3	(99)	(87)	(379)	2,88	3,00	5,64	4,1
	Medi. stellen	5,9	(66)	7,3	(34)	(21)	(121)	0,99	1,03	1,67	4,6
	Übergabe	3,8	(43)	5,0	(23)	(9)	(75)	0,64	0,70	0,97	8,6
	Verbandswechsel	2,8	(31)	3,7	(17)	(12)	(60)	0,46	0,52	0,88	11,3
	Drainagen	1,8	(20)	4,3	(20)	(4)	(44)	0,30	0,61	0,73	103,0
Gesamt		100,0	(1120)	100,0	(464)	(327)	(1911)	16,72	14,06	23,97	-15,9
Alle Tätigkeiten mit n>30											
Gesamt			(1324)		(559)	(411)	(2294)	19,76	16,94	29,39	-14,3
							A n=	20	8	8	
							B n=	33	10	10	
							C n=	14	15	15	
Patientengruppe A			(293)		(100)	(44)	(437)	14,65	12,50	18,00	-14,7
Patientengruppe B			(463)		(155)	(95)	(713)	14,03	15,50	25,00	10,5
Patientengruppe C			(185)		(147)	(79)	(411)	13,21	9,80	15,07	-25,8
Patientenfern			(375)		(155)	(191)	(721)	5,60	4,70	10,48	-16,1
			(1316)		(557)	(409)	(2282)				
n=12 nicht auswertbar											

Tab. 2: Umfang der erfassten Tätigkeiten und Effektivitätsquotienten

tung in anderen Tätigkeitsbereichen Ressourcen für eine ausführlichere Informationsweitergabe schafft. Da aber in der Beobachtung nur die Kommunikation an sich, aber nicht die Inhalte wahrgenommen werden konnten, muss es an dieser Stelle eine Hypothese bleiben, dass dieser Austausch die Versorgung des Patienten betrifft.

Auch der Tätigkeitsumfang der KPH zeigt einen Einfluss auf den Anstieg des EQ im Rahmen spezieller Pflege. Da dies mit dem Konzept und dem Tätigkeitsprofil der KPH nicht vorgesehen war, ist dieses Ergebnis kritisch zu hinterfragen. Einerseits beeinflussen diese Anzahl Assistenz Tätigkeiten, d. h. KPH wurden bei Verbandswechsel beobachtet, haben diese aber nicht allein durchgeführt. In den Aussagen der Interviews finden sich andererseits Hinweise, dass sich nicht alle FGKP an den Katalog der zu delegierenden Tätigkeiten an die KPH gehalten haben bzw. KPH vereinzelt eine erfolgte Delegation annahmen.

„Die Krankenpflegehelfer haben sich sehr gut dran gehalten, an diese Regeln muss ich sagen. Von uns und den Kollegen wurde das dann doch öfters mal gebrochen.“ Interview 1AB, Seite 1, Zeile 24-25

Eine andere Aussage zeigt, dass Fachkräfte den KPH aufgrund besonderer Anleitung weitere Tätigkeiten delegieren.

„Wenn ich es Ihnen zeige, dann ist es kein großes Hexenwerk [...].“ Interview AA, Seite 3, Zeile 84

Die Fachkraft muss sich auf die Beobachtungsfähigkeit der Helferin verlassen können. Die Ausbildung befähigt die KPH nach Ansicht der FGKP jedoch nicht für eine ausreichende Krankenbeobachtung von Patienten auf Intensivstation.

„[...] Etwas was ich nicht voraussetzen kann, dass eine KPH das so beurteilen kann, gerade im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild und der vorhergehenden Operation.“ Interview AB, Seite 5, Zeile 148-150

4.3 Zusammenarbeit

Etwa 13,7% aller Tätigkeiten in der Interventionsgruppe erfolgten im Tandemsystem zwischen KPH und FGKP (Tabelle 3, Teil B). Hierbei waren nicht nur Tandems zweier Personen, sondern auch Situationen zu beobachten, in denen eine KPH mit 2 FGKP eine Tätigkeit erledigt. In 2,7% der Erfassungen in der Interventionsgruppe assistierten sich die KPH gegenseitig und in nur 0,4% der Erfassungen erbrachten FGKP eine Tätigkeit zusammen. In der Kontrollgruppe hingegen waren dies mit 2,3% etwa siebenmal so viel.

In der Interventionsgruppe erfolgten insgesamt 17% aller Tätigkeiten zu zweit (Tabelle 3, Teil A). In der Kontrollgruppe sind dies nur 2,6% der Tätigkeiten. Im Rahmen des Waschens und Kleidens wurden 22,2% der Tätigkeiten in der Interventionsgruppe zu zweit erbracht, während in der Kontrollgruppe dies nur bei 5,1% der Erfassungen der Fall war (Abbildung 4). Eine Zunahme der Assistenz findet sich weiter im Bereich der „Mobilisation und Lagerung“ von Patienten (13% gegenüber 0% der Kontrollgruppe) und bei „Verbandswechsel“ (27,6% gegenüber 3,2% der Kontrollgruppe).

Die Aussagen der Interviewpartner deuteten daraufhin, dass die Zusammenarbeit mit einer KPH eine Arbeitserleichterung sein kann und die Aufgabenerledigung zu zweit mehr Spaß machen kann.

			Kontrollgruppe	Interventionsgruppe
A	allein	%	97,43%	83,20%
	zu zweit	%	2,57%	16,80%
B	FGKP	n	1290	492
		%	97,43%	50,72%
	KPH	n	0	315
		%	0,00%	32,47%
	KPH und FGKP zusammen	n	4	133
		%	0,30%	13,71%
	KPH und KPH zusammen	n	0	26
		%	0,00%	2,68%
FGKP und FGKP zusammen	n	30	4	
	%	2,27%	0,41%	

Tab. 3: Anzahl der Erfassungen von Assistenz Tätigkeiten

„Und es gibt ja auch eine Zufriedenheit, nach dem Dienst nach Hause zu gehen und zu wissen, ich habe alles getan was ich tun musste, und das ohne Stress.“ Interview AB, Seite 6, Zeile 207-208

In der schriftlichen Befragung wurde die Zusammenarbeit durchschnittlich mit der Note 2 bewertet. Auch in den Interviews wurde die Zusammenarbeit mit den KPH positiv beschrieben. Für die FGKP ist es von Bedeutung sich auf die KPH verlassen zu können, wenn sie mit Aufgaben betraut wurden, die nicht unter Aufsicht erfolgten. Ansonsten kann das Entlastungspotential zur Belastungsquelle werden.

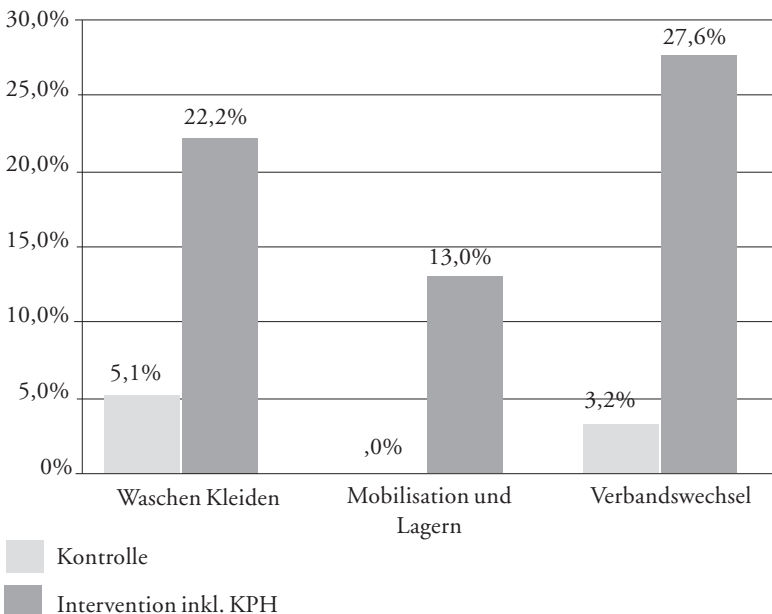


Abb. 4: Verteilung der Tätigkeiten im Assistenzmodus (in %)

„Wenn ich dann allerdings weiß, dass mir da jemand Medikamente holt von denen er überhaupt gar nicht weiß, was es ist, und ich dann noch nicht einmal mit einem ruhigen Gewissen sagen kann, ok, alles klar, die Tablette die du mir da aus dem Blister rausgedrückt hast, ich kann mich darauf verlassen, dass es die Richtige ist, dann ist es eindeutig eine Belastung.“ Interview AB, Seite 9, Zeile 290-294

Zudem sehen die FGKP durch Arbeitsfragmentierung die Gefahr, dass das ganzheitliche Patientenbild verloren gehen kann.

„Ja, das wäre der einzige Nachteil, den ich sehe, dass uns da ein bisschen das Gesamtbild von dem Patienten verloren gehen kann, wenn man splittet.“ Interview AA, Seite 5, Zeile 169-170

Für die interviewten FGKP stellten die KPH daher zwar eine Arbeitserleichterung dar, ersetzten aber keine qualifizierte Fachkraft, sondern wurden eher als Add On gesehen. Die Mitarbeiter schlossen daher auch nicht aus, dass durch den Einsatz von KPH die Teamzufriedenheit gesteigert werden und hierdurch die persönliche Bindung an den Arbeitsplatz beeinflusst werden könnte.

„Ich denke allerdings, [...] wenn KPHs wirklich jetzt als fester Bestandteil eines Pflegeteams bei uns eingeführt werden, dass es die Teamzufriedenheit steigert. Was auch meine Bindung ans Haus steigern würde.“ Interview AB, Seite 11, Zeile 354-356

5. Diskussion

Der Vergleich von prozentualen Anteilen von Tätigkeiten der FGKP zeigt das Potential der Erhöhung der Wertschöpfung im Rahmen des entsprechenden Mitarbeiterereinsatzes. In erster Linie findet die Entlastung durch die in das Profil der KPH verschobenen Tätigkeiten wie Waschen und Kleiden, Vorbereitung von Medikamenten, Blutgasanalysen, allgemeine Vorbereitungen, Verabreichen von Nahrung, Botengänge und hauswirtschaftliche Tätigkeiten statt. Diese Entlastungen bewirken Zunahmen im Tätigkeitsumfang der FGKP in Bereichen spezialisierter Pflege, wie Versorgung und Beobachtung von Drainagen, Verbandswechsel und Übergabegespräche. Dies kann daraufhin deuten, dass Tätigkeiten häufiger, oder genauer und damit in ihrer Dauer länger erbracht wurden, für die sonst keine oder weniger Zeit bleibt. Diese Tendenz kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Pflegethermometers 2012 (Isfort et al. 2012) interpretiert werden. In dieser Untersuchung geben Befragte eben in diesen Bereichen wie Verbandswechsel oder Körperpflege an, dass Tätigkeiten häufig aufgrund von Zeitmangel unerledigt bleiben. Das Ergebnis der Evaluation leistet damit einen Beitrag für die Diskussion, inwiefern der Einsatz von Pflegehelfern die Effektivität und Effizienz der pflegerischen Versorgung beeinflussen kann, da Studien durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können (Bach et al. 2012, Ball et al. 2014, Dubois/Singh 2009).

Die Checkliste zur Einteilung der Patienten in Gruppen war anwendbar, um Patienten der Gruppe C zu identifizieren, bei welchen die KPH eigenverantwortlich Tätig-

keiten erbringen können. Zu beobachten war ergänzend, dass die Einschätzungen der Komplexität im Laufe des Frühdienstes revidiert und KPH anderen Kolleginnen und deren Patienten zugeteilt wurden. Die Achtsamkeit dieser Neuzuteilung lag bei allen Beteiligten, insbesondere aber bei den FGKP der zunächst bestehenden Tandems. Die Passgenauigkeit der Eingruppierung der Patienten mit Blick auf die Komplexität sollte daher überprüft werden. Gleichsam kann die Neuzuteilung der Patienten in die jeweiligen Gruppen als eine erfolgreiche situationsabhängige Reaktion verstanden werden, da der Patientenzustand innerhalb einer Schicht deutlich schwanken kann und die Versorgung ad hoc an Komplexität zunehmen kann. Entsprechend bietet die Checkliste eine Orientierung in komplexen Versorgungssituationen (Wetzel 2005) und dient damit über die Herstellung von Sinnbezügen dem organisationalen Interesse einer größtmöglichen Sicherheitskultur bei paralleler Verringerung des Verantwortungsdrucks der FGKP. Letztlich muss die Einschätzung gesondert auf Interraterreliabilität geprüft werden, da diese in der vorliegenden Evaluation ausschließlich von der fachlichen Leitung vorgenommen bzw. geprüft wurde.

Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen FGKP und KPH gibt Hinweise darauf, dass mit dem Projekt ein Delegationsprozess innerhalb der Pflege umgesetzt werden konnte, durch welchen die Qualifikationen entsprechend wertschöpfend eingesetzt und die Rollen der FGKP und KPH weitgehend voneinander differenziert werden können. Dies unterscheidet den Einsatz von KPH auf Intensivstation von dem auf den meisten Allgemeinstationen, auf welchen sie meist wie GKP eigene Patienten zugewiesen bekommen und infolgedessen die Rollen der verschiedenen Qualifikationen verschwimmen (Chaboyer et al. 2008) und Konflikte entstehen können, welche die Teamentwicklung und damit auch die Haltung gegenüber einem Skill und Grade Mix beeinflussen (Engelhardt v./ Herrmann 1999: 70 & 194f). Wenn auch nur als vorsichtige Tendenz, so unterstreichen die Interviewaussagen, dass die Delegation auch Risiken birgt, nämlich wenn sich Mitarbeiter nicht an die Bedingungen des Delegationsprozesses halten. Aufgrund der geringen Aussagekraft von 2 Interviews sind diese Aussagen daher als Zusammenschau der Ergebnisse zu werten. Letztlich birgt das Tandemsystem mit der Verantwortung der FGKP für den Pflegeprozess und damit auch für die Delegation von Tätigkeiten für viele Mitarbeiter eine Herausforderung und bedarf der Kontrolle und Begleitung durch Vorgesetzte und sollte nicht zu einer zusätzlichen Belastung für FGKP werden (vgl. DBfK 2011).

Anstelle einer Rückkehr zur Funktionspflege mit starker Fragmentierung von Aufgaben, zeigten die im vorliegenden Projekt zugewiesenen Verantwortlichkeiten für definierte Aufgabenbereiche eine motivationale Komponente für die KPH in ihrer Berufsausübung. Diese Eigenständigkeit schwankte allerdings in Abhängigkeit von Anzahl der C-Patienten sowie der dann geringen Möglichkeit der Arbeitsteilung und bietet keine Kontinuität in der eigenen Berufsrealität. Die birgt das Risiko, dass sich KPH zu bestimmten Zeiten nutzlos und von anderen abhängig fühlen (Kelly 2009).

Ein Skill und Grade Mix auf Intensivstation kann ein Faktor unter vielen sein, der die Mitarbeiterzufriedenheit und darüber hinaus die Personalbindung beeinflusst. Ge-

nauer lässt es sich mit der Perspektive Weicks (2005) bestimmen, indem die Erkenntnisse darlegen, inwiefern durch den Einsatz der KPH die Pflege organisiert ist und sich darüber Organisation beschreiben lässt resp. der Sinn der Organisation der Pflege zu verstehen ist (Wetzel 2005). Dass eine Tendenz im Aufbau von Sinnbezügen im Rahmen des Handelns der FGKP im Projekt zu beobachten ist, zeigen die Auszüge aus den Interviews, indem Pflegende retrospektiv äußern, ihre Arbeit eher geschafft zu haben oder mit geringerem Stresserleben ihre Aufgaben erledigen konnten, sowie eine engere Bindung an das Unternehmen nicht ausschließen. FGKP hatten mehr Zeit für die erforderliche Pflege, was nicht zuletzt auch in der Zunahme spezialisierter Tätigkeiten deutlich wurde. Die Ergebnisse der Interviews zeigen die Möglichkeit auf, inwiefern dieser Skill und Grade Mix das oft beschriebene „Defizit-Gefühl“ in der Pflege (Bartholomeyczik 1993: 91), keine Zeit für den Patienten zu haben, über neue Sinnstiftungsprozesse beeinflussen kann.

Zurückblickend wurde die Zusammenarbeit im Team sowohl in den Interviews als auch in der Befragung positiv gewertet. Zwar ist die Aussagekraft auf Grund des geringen Rücklaufes der Befragung und der geringen Anzahl an Interviews begrenzt. Sie können aber als Tendenz verstanden werden, gerade weil sie im Einklang anderer Projektevaluationen stehen (Kelly 2009). Dennoch muss intern diskutiert werden, inwiefern die Haltung des Nicht-Antwortens eine Aussage über die Einstellung zum Skill und Grade Mix sein kann (Petermann 2005). Die Ergebnisse hinsichtlich der Zusammenarbeit und Beurteilung des Skill und Grade Mix sind daher unter Berücksichtigung der dünnen Datenbasis zu betrachten.

6. Schlussbetrachtung

Die Zusammenarbeit innerhalb verschiedener Qualifikationen in der Pflege kann auch in der Versorgung hochkomplexer Patienten funktionieren. Dabei gilt es die Kompetenz der Fachpflege hervorzuheben und durch klare Definitionen von Aufgaben und Tätigkeiten nicht mit derer anderer Qualifikationen zu vermischen, um auf diesem Wege eine Verschiebung hin zu speziellen Pflegetätigkeiten zu veranlassen und die Zufriedenheit mit der eigenen Berufsrealität zu beeinflussen. Gleichsam gilt es KPH entsprechend ihrer Qualifikation in die patientenorientierte Pflege einzubinden und eine Defragmentierung der Aufgaben im Sinne der Funktionspflege zum Wohle der Qualität der Patientenversorgung aber auch hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit der KPH zu vermeiden. Für ein sicheres Zusammenwirken verschiedener Qualifikationen und unterschiedlicher Grade von Erfahrungen muss die Komplexität der Versorgung des Patienten nachvollziehbar einzuschätzen sein, so dass patientengerecht die Pflege organisiert werden kann und im Sinne kollektiver Achtsamkeit die Sicherheitskultur im Vordergrund steht.

Eine gute Versorgungsqualität kann aber nur erreicht werden, wenn die unterstützenden Mitarbeiter zusätzlich im Einsatz sind und nicht in den Mitarbeiter-Patienten-Schlüssel einbezogen werden (Dubois/Singh 2009). Um die Pflegequalität zu erhalten,

sollte die Zuordnung von 1:2 aufrechterhalten bleiben (vgl. Isfort et al. 2012). Eine Erweiterung durch das Tandemsystem um die KPH hinsichtlich einer 1:x:1 (FGKP:Patient:KPH) Betreuung kann diskutiert werden – allerdings in Abhängigkeit zur Patientengruppe und deren Komplexität in der Versorgung.

Aufgrund der Entscheidung einiger KPH, den Einsatzort zu wechseln oder die dreijährige Ausbildung zu beginnen, konnte die Evaluation nicht über einen längeren Zeitraum erfolgen. Obgleich die Tatsache, dass KPH aufgrund des Einsatzes auf Intensivstation die dreijährige Ausbildung beginnen und den zukünftigen Einsatzort Intensivstation anstreben, ein zu berücksichtigender Nebeneffekt in Bezug zur Ausgangslage, der Schwierigkeit Fachkräfte für die Intensivstationen zu finden, darstellt. Es gilt für die Zukunft zu bedenken, wie KPH in diesen Bereichen gehalten werden können bzw. die Frage zu klären, welche Ressourcen der wiederkehrende Einarbeitungsaufwand neuer KPH kostet und in welchem Verhältnis dieser zum Nutzen steht. Erforderlich ist zudem die Perspektive der FGKP zu explorieren, die etwa im Projektzeitraum nicht mit KPH zusammen gearbeitet haben, um so gegebenenfalls kritische Argumente zum Skill und Grade Mix zu erfassen, die aufgrund der geringen Beteiligung an der Befragung nicht vorliegen. Weitergehendes Interesse sollte der Perspektive der KPH gelten, welcher innerhalb des Projektes mittels Feedbackrunden in den Arbeitsgruppentreffen und mit der Mitarbeiterbefragung nur unzureichend nachgegangen werden konnte.

Literatur

- Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, L.; van den Heede, K.; Sermeus, W. (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50(2), 143-153
- Azoulay, E./ Herridge, M. (2011): Understanding ICU Staff Burnout: The Show Must Go On. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 184(10), 1099-1100
- Bakker, A. B.; Le Blanc, P. M.; Schaufli, W. B. (2005): Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 51(3), 276-287
- Bartholomeyczik, S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.): *System Krankenhaus*. Weinheim: Juventa, 83-99
- Bach, S.; Kessler, I.; Heron, P. (2012): Nursing a Grievance? The Role of Healthcare Assistants in a Modernized National Health Service. *Gender, Work and Organization* 19(2), 205-224
- Ball, E. J.; Murrells, T.; Refferty, A. M.; Morrow, E.; Griffiths, P. (2014): 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality and Safety* 23, 116-125
- Bender, M./Merz, E. (2011): Aufgabenneuverteilung in der Altenhilfe. In: Holzäpfel, S.; Neufang, A.; Mischo, J. (Hrsg.): *Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Risiko? Herausforderung? Gewinn?*. Marburg: Tectum, 117-122
- Brack, S./Sandford, M. (2011): Partnerships in intensive care unit (ICU): A new model of nursing care delivery". *Australian Critical Care* 24, 101 - 109
- Chaboyer, W.; Wallis, M.; Duffield, C.; Courtney, M.; Seaton, P. et al. (2008): A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: An observational study. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1274-1284
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.) (Hrsg.) (2011): *Auf den Zuschnitt kommt es an...Skill Mix auf Krankenstationen - Eine Bewertung aus der Sicht der Praxis*. Berlin

- Dubois, C.A.; Singh, D. (2009): From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management. *Human Resources for Health* 7, 87-106
- Elkeles, T. (1988): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege. *Argument-Sonderband AS 155*, 5-19
- Embriaco, N.; Papazian L.; Kentish-Barnes; N.; Pochard, F.; Azoulay, E. (2007): Burnout syndrom among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care* 13, 482-488
- Engelhardt, M. v./Herrman, C. (1999): Humanisierung im Krankenhaus. Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung. Weinheim: Juventa
- Glomb, T. M.; Duffy, M. K.; Bono, J. E.; Yang T. (2012): Mindfulness at work. *Research in Personnel and Human Resources Management* 30, 115-157
- Gollwitzer, M./Jäger, R. S. (2009): Evaluation kompakt. Weinheim: Beltz
- Hayes, L. J.; O'Brien-Pallas, L.; Duffield, C.; Shamian, J.; Buchan, J.; Hughes, F. et al. (2006): Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 43(2), 237-263
- Hayes, L. J.; O'Brien-Pallas, L.; Duffield, C.; Shamian, J.; Buchan, J.; Hughes, F. et al. (2012): Nurse turnover: A literature review - An update. *International Journal of Nursing Studies* 49(7), 887-905
- Höhmann, U./ Bartholomeyczik, S. (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte. *Pflege & Gesellschaft* 18(4), 293-312
- Iapichino, G.; Radrizzani, D.; Bertolini, G; et al. (2001): Daily classification of the level of care. A method to describe clinical course of illness, use of resources and quality of intensive care assistance. *Intensive Care Medicine* 27, 131-136
- Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Köln
- Jäckel, H. (2003): Organisationsentwicklung für Führungskräfte. In: Rosenstiel, L. v.; Regnet, E.; Domsch, M. E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 639-649
- Kelly-Heidenthal, P./Mathaler, M. (2008): Pflege delegieren. Bern: Huber
- Kelly, M (2009): Enrolled Nurse - Critical Care Units Project. Nursing and Midwifery Office, NWS Department of Health. Australia In: http://www0.health.nsw.gov.au/resources/nursing/pdf/eval_report_april09_1.pdf (25.07.2012)
- Loffing, D./Loffing, C. (2010): Mitarbeiterbindung ist lernbar: Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. Berlin: Springer
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. 7. Auflage. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Miranda, D.; Nap, R.; de Rijk, A.; Schaufeli, W.; Iapichino, G. et al. (2003): Nursing activities score. *Critical Care Medicine* 31(2), 374-382
- Miranda, D.; Moreno, R.; Iapichino, G. (1997): Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Medicine* 23, 760-765
- Munyisia, E.N.; Yu, P.; Hailey, D. (2001): How nursing staff spend their time on activities in a nursing homes: an observations study. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1908-1917
- Neufang, A./Holzäpfel, S. (2011): „Analyse-Tools“ aus Projekten zur Tätigkeitsverschiebung Medizin und Pflege. In: Holzäpfel, S.; Neufang, A.; Mischo, J. (Hrsg.): Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Risiko? Herausforderung? Gewinn?. Marburg: Tectum, 45-56
- Ovretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Bern: Huber
- Petermann, S. (2005): Rücklauf und systematische Verzerrungen bei postalischen Befragungen. Eine Analyse der Bürgerumfrage Halle 2003. *ZUMA-Nachrichten* 29(57), 56-78
- Poncet, M. C.; Toullic, P.; Papaziani, L. et al. (2007): Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 175, 698-704
- Schubert, M.; Schaffert-Witvliet, B.; Geest, S. de (2005): Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ergebnisse von Patienten und Pflegefachpersonen Eine Literaturübersicht. *Pflege* 18(5), 320-328

- Schubert, M.; Clarke, S. P.; Aiken, L. H.; Geest, S. de (2012): Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 24 (3), 230-238
- Sembach, M.; Ebeling, T.; Sabel, K. (2001): Entwicklung und Evaluation eines Scoringssystems zur einfachen Ermittlung des Pflegeaufwandes von Patienten auf Intensivstation. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 6, 72-78
- St. Pierre, M.; Hofinger, G.; Buerschaper, C. (2011): Notfallmanagement. *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer
- Van Dam, K.; Meewis, M.k.; van der Heijden, B.I.J.M (2013): Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing* 69(1), 31-40
- V. d. Oelsnitz, D. (2011): Organisation und Zukunft - Legitimität und Unsicherheit!. In: Tiberius, V. (Hrsg.): *Zukunftsorientierung in der Betriebswirtschaftslehre*. Wiesbaden: Gabler, 249-261
- Wainwright, T. A. (2002): The perceived function of Health Care Assistants in Intensive Care: nurses views. *Intensive and Critical Care Nursing* 18 (3), 171-180
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M.; Obstfeld, D. (2005): Organizing and the Process of sensemaking. *Organization Science* 16(4), 409-421
- West, E.; Mays, N.; Rafferty, A. M.; Rowan, K.; Sanderson, C. (2009): Nursing resources and patient outcomes in intensive care: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 46(7), 993-1011
- Wetzel, R. (2005): Kognition und Sensemaking. In Weick, E.; Lang, R. (Hrsg.): *Moderne Organisations-theorien 1. 2. überarbeitete Auflage*. Wiesbaden: Gabler, 159-205
- Wiendieck, G. (2003): Führung und Organisationsstruktur. In: Rosenstiel, L. v.; Regnet, E.; Domsch, M. E. (Hrsg.): *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement*. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 627-637

Dr. rer. medic. Tobias Mai

Pflegeentwicklung, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, Tobias.mai@kgu.de

Marlen Christ (B.Sc.)

Schlaggasse 6, 63667 Nidda

Christa Flerchinger (Dipl. Soziologin)

Universitätsklinikum Frankfurt, Pflegedirektion
Pflegeentwicklung
Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt