

Sabine Bartholomeyczik

# Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung der Beziehungsarbeit

Workload measurement and relationship work

*Different workload measurement systems can lead to different results when used with the same group of patients. Explanations for this are mainly speculations. The same one nursing intervention shows different durations, it has a huge deviation. Measurements of time are oriented at nursing as a handicraft; a lot of tasks are invisible, among those building up a relationship. Relationship work cannot be separated from nursing. However, comprehensive work in theory building and research is needed.*

## Keywords

workload measurement, duration of care activities, relations work

*Pflegezeitbemessungssysteme kommen bei denselben Patienten zu unterschiedlichen Ergebnissen, wobei über die Gründe dafür nur spekuliert werden kann. Einzelne gemessene Zeiten zeigen, dass Zeiten einer gleich lautenden Pflegemaßnahme stark streuen. Zeitmessungen sind vor allem am „Handwerk“ Pflege orientiert, viele Arbeiten, auch die der Beziehungsgestaltung bleiben unsichtbar. Beziehungsarbeit kann aber nicht von der Pflege getrennt werden, sondern bedarf umfassender Theorie- und Forschungsarbeit.*

## Schlüsselwörter

Zeitmessungen, Pflegeaufwand, Beziehungsarbeit

## 1. Pflegezeitmessung

### 1.1 Systeme zur Erfassung des Personalbedarfs basierend auf Zeiten

Wenn von Pflegezeitbemessung die Rede ist, dann sind damit Zeiten gemeint, die für pflegerische Leistungen benötigt werden. Pflegezeit bezieht sich auf all das, was Pflegenden sichtbar tun, sehr oft konzentriert auf die Pflege, die direkt beim Patienten durchgeführt wird. Damit soll sich der erste Teil der Ausführungen befassen.

In der Schweiz ist die Methode LEP, die Leistungserfassung in der Pflege, am bekanntesten (Brügger et al. 2001). Mit diesem System werden durchgeführte Pflegemaßnahmen dokumentiert, meist abgestuft nach Aufwand. Diesen Tätigkeiten sind jeweils Minuten hinterlegt, die den Durchschnitt für die Dauer dieser Tätigkeiten angeben sollen. Mit Zuschlägen für einige in diesem System nicht gesondert gemessene,

---

invited paper

Überarbeitung eines Vortrags beim 6. Symposium Pflegebeziehung: Beziehungsarbeit – eine wertvolle Billiglinie?  
11.5.2007, Psychiatrische Klinik Wil, Schweiz

patientenferne Tätigkeiten kann damit der Personalaufwand z.B. für eine Station berechnet werden. Diese Berechnung beruht darauf, dass jeder der angegebenen Tätigkeiten eine Durchschnittszeit zugrunde gelegt wird.

Derartige Systeme gibt es viele, vor allem für die stationäre Pflege. In Deutschland war von 1993-1996 für das Krankenhaus die PPR, die Pflegepersonalregelung, verpflichtend, die ähnlich wie die LEP funktioniert (Brand et al. 1993). Sie wird jedoch stark kritisiert, weil sie deutlich weniger Tätigkeiten, also pflegerische Leistungen als die LEP erfasst. Im praktischen Gebrauch sind inzwischen auch meist nur noch die zusammengefassten Überkategorien der Allgemeinen (A1, A2, A3) und Speziellen Pflege (S1, S2, S3) zu finden. Vergleicht man LEP und PPR- Zeiten, so zeigt sich, dass man in der Schweiz deutlich mehr Zeit für die Pflege einplant als in Deutschland.

LEP: Mobilisation	Minuten
einfach:	5
wenig aufwändig	15
aufwändig	30
sehr aufwändig	60
PPR: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern	
einfach	5,16
mittel	15,63
schwer	41,34

Tab. 1: Beispiel für Normzeiten der LEP und der PPR

Es gibt eine reichhaltige Anzahl von Systemen, die auf denselben eben genannten Prinzipien aufbauen, nicht nur in Mitteleuropa, sondern auch in Nordamerika, wo u.a. auch Systeme bei denselben Patienten vergleichend untersucht wurden (Fischer 2002). Als Beispiel seien Daten aus einer Studie mit Vergleichen des Pflegeaufwands von fünf verschiedenen Systemen dargestellt (O'Brien-Pallas et al. nach Fischer 2002).

	Mittelwert (Stunden)	Standardabweichung
Medicus	6,7	5,6
GRASP	7,7	6,9
NISS	8,4	8,2
PRN-76	11,0	8,1
PRN-80	11,2	8,5

Tab. 2: Pflegeaufwand pro Tag und Patient, Vergleich verschiedener nordamerikanischer Systeme mit Normzeiten bei denselben Patienten (O'Brien-Pallas et al. nach Fischer 2002, S. 261)

Diese fünf Systeme kommen zu Zeitergebnissen pro Pfl egetag und Patient bei derselben Patientengruppe, die sich fast um das Doppelte unterscheiden. Alle beanspruchen, die Personalbemessung zuverlässig darzustellen. Meist wird auch behauptet, dass die hinterlegten Normzeiten aufgrund empirischer Ergebnisse entwickelt wurden.

Setzt man die verschiedenen Systeme zueinander in Beziehung, so zeigen sich sehr große Zusammenhänge, das bedeutet, dass Unterschiede zwischen den Patienten in ähnlicher Weise schwanken, dort, wo das eine System mehr Zeit anzeigt, tut es das andere auch. Je kleiner allerdings die Patientengruppen werden, desto geringer werden die Zusammenhänge, d.h. beim einzelnen Patienten können die Zeiteinschätzungen pro Pflegetag mit verschiedenen Systemen erheblich voneinander abweichen.

Als Ergebnis dieser Vergleiche kann festhalten werden: Auch wenn Zeiten eigentlich als etwas Klares und Rationales erscheinen, lassen sie sich offensichtlich sehr unterschiedlich operationalisieren. Im Groben scheint aber den Systemen ein gemeinsames Prinzip zugrunde zu liegen, weil ihre Ergebnisse deutlich zusammenhängen. Dieses gemeinsame Prinzip muss aber recht grob sein, wenn in kleineren Patientengruppen, z.B. bezogen auf eine Abteilung, diese Zusammenhänge schwächer werden.

## 1.2 Messung von Pflegezeiten

Detaillierter kann das Problem der Zeitmessungen anhand der deutschen Pflegeversicherung diskutiert werden. Bekanntermaßen beansprucht die Pflegeversicherung (SGB XI) nicht, alle erforderliche Pflege zu finanzieren, sondern nur einen Ausschnitt und wird auch deswegen viel kritisiert. Das ist in diesem Zusammenhang zunächst nebensächlich. Anspruch auf Leistungen ergibt sich erst, wenn der definierte Ausschnitt der Pflege pro Tag mindestens 45 Minuten erfordert. Hier geht es also auch wieder um Zeiten für Pflegeleistungen. Außerdem gibt es Schweregrade, nach denen die Finanzierung bemessen wird, die ebenfalls in Zeiten definiert sind: Wenn eine Pflegebedürftige 45 Minuten Pflege am Tag benötigt, ist sie in Pflegestufe 1, bei 2 Stunden in Pflegestufe 2, bei mindestens 4 Stunden in Stufe 3. Dazu kommen noch Zeiten für Hauswirtschaft, die hier unerheblich sind.

Die pflegerischen Leistungen, um die es hier geht und für die die genannten Zeiten eingeschätzt werden müssen, beziehen sich auf die Körperpflege, die Ausscheidung, die Nahrungsaufnahme und einige Bereiche der Mobilität. Bei der Begutachtung, in welche Pflegestufe jemand einzuordnen ist, soll die Zeit eingeschätzt werden, die ein pflegender Angehöriger, ein sogenannter Laie, für die pflegerische Maßnahme benötigen würde. Unterstellt wird hierbei, dass Angehörige für diese Pflege länger benötigten – weil sie ja Laien sind – als beruflich Pflegenden. Nach den ersten Erfahrungen mit den Einstufungen war jedoch festzustellen, dass die Urteile außerordentlich schwankten je nach Region und Gutachter. Als Folge davon wurden 1997 „Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege“ beschlossen, um mehr Begutachtungsgerechtigkeit zu erzeugen. Die vorgegebenen Zeitkorridore geben – als Richtlinie für die Begutachtung – an, wie lange eine Pflegenden für die vollständige Übernahme einer pflegerischen Maßnahme benötigt, also wenn die Patientin gar nichts selbst übernehmen kann. So ist z.B. 20-25 Minuten für die Ganzkörperwäsche vorgesehen, für die Zahnpflege 5 Minuten, für die Unterstützung beim Essen von Hauptmahlzeiten 15-20 Minuten, für das Ankleiden 8-10 Minuten usw. (MDS 1997)

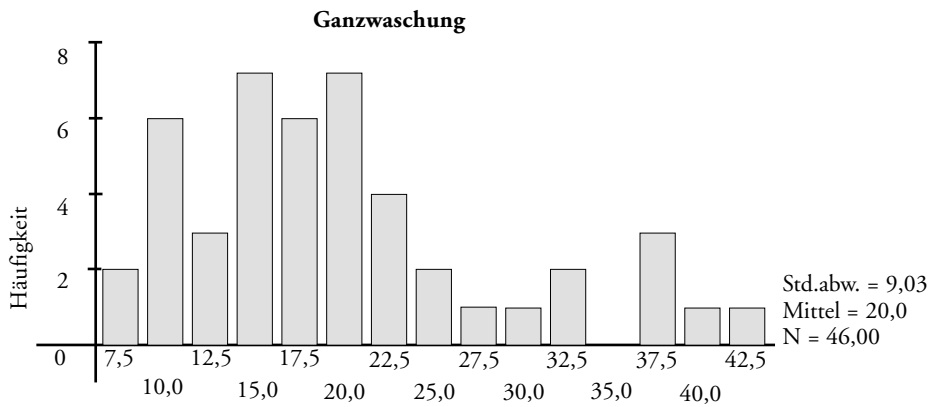


Abb 1.: Zeiten für die vollständige Übernahme der Ganzkörperwäsche

Nach der Bekanntgabe dieser Zeitrichtlinien gab es breite Proteste von Berufsverbänden und Trägerorganisationen, denn in diesen Zeiten sei eine sinnvolle Pflege nicht durchführbar. Daraufhin vergab das zuständige Ministerium einen Forschungsauftrag, in dem die Zeiten empirisch überprüft werden sollten und zwar in Haushalten mit Pflegebedürftigen, die von Angehörigen gepflegt werden.

Am Beispiel der Erfahrungen aus diesem Projekt kann die Schwierigkeit von Zeitmessungen gut verdeutlicht werden (Bartholomeyczik et al. 2001a). Zunächst war es ziemlich schwer, Haushalte zu finden, die sich für eine Zeitmessung und Befragung bereit erklärten. Auch nach dem Versand von mehr als 8000 Informationseinheiten über das Projekt gelang es schließlich nur, in 200 Haushalten Zeiten zu messen und Fragen an Angehörige zu stellen. Die Zahlen bei den einzelnen pflegerischen Maßnahmen sind dadurch relativ klein, weil ja nicht in jedem Haushalt alle Maßnahmen gemessen werden konnten, s. Abb. 1.

Die benötigten Zeiten für die Ganzkörperwäsche streuen stark, von 8 bis 43 Minuten. Der Mittelwert ist mit 20 Minuten am unteren Ende des empfohlenen Zeitkorridors, der 20 bis 25 Minuten umfasst. Wichtig ist allerdings, dass weit weniger als die Hälfte der gemessenen Zeiten in dem Korridor zu finden sind.

Auch wenn hier nur ein Beispiel vorgestellt wird, so kann dies gut verallgemeinert werden, weil sich ein ähnliches Muster bei allen gemessenen Pflegemaßnahmen zeigt:

1. Die gemessenen Zeiten sind im Durchschnitt keineswegs länger als es die Zeitkorridore vorgeben, manchmal sogar kürzer. Ein Ausnahme ist die Unterstützung bei der Hauptmahlzeit.
2. Auch wenn es sich um gleich bezeichnete Pflegemaßnahmen handelt, z.B. vollständig Ankleiden, streuen die gemessenen Zeiten sehr stark, d.h. in einem Fall geht es ganz schnell, im anderen dauert es ziemlich lang. Die angegebenen Korridore erfassen weniger als die Hälfte der gemessenen Zeiten. Dabei stellt sich die Frage, welche Bedeutung eine Zeitempfehlung haben kann, wenn sie offensichtlich nur einen kleineren Teil des tatsächlichen Geschehens erfassen kann.

3. Direkte Zeitmessungen pflegerischer Leistungen, so einfach das klingt, sind ein methodisch äußerst schwieriges Unterfangen selbst bei diesen recht klar erscheinenden pflegerischen Maßnahmen, die auf sichtbare Handlungsabläufe begrenzt sind (Bartholomeyczik et al. 2001b). Das liegt an mehreren Dimensionen, die der Pflege eigen und keineswegs nur auf den häuslichen Bereich beschränkt sind: Pflegerische Maßnahmen werden sehr häufig unterbrochen, entweder weil der Pflegebedürftige etwas anderes zwischendurch benötigt oder weil eine Anforderung von außen kommt. Das ist jedoch methodisch lösbar, auch wenn es die Zeitmessungen dadurch kompliziert macht. Weiterhin typisch ist, dass verschiedene Maßnahmen oft parallel laufen, Multitasking in der Pflege ist sehr häufig. So wird z.B. während der Körperpflege besprochen, was es zum Frühstück geben sollte, also eine andere Maßnahme vorbereitet. Oder es werden einer Patientin, während sie auf dem Nachtstuhl sitzt, die Füße gewaschen – wie in einem im Projekt beobachteten Fall geschehen. Schließlich kommt hinzu, dass selbst diese handwerklich orientierten Pflegetätigkeiten sehr unterschiedlich durchgeführt werden können. Und das Wichtigste zum Schluss: Zeitmessungen mit der Stoppuhr benötigen eindeutige Definitionen für ihren Beginn und ihr Ende und wegen der Unterbrechungen auch für ihren Verlauf. Das allerdings ist nie vollständig zu erreichen.

Es ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Ergebnisse verschiedener Systeme zur Pflegezeitbemessung auf derartige methodische und inhaltliche Charakteristika pflegerischer Maßnahmen und die Anforderungen von Zeitmessungen zurückzuführen sind.

## 2. Zur Beziehungsarbeit: Notwendigkeit von Theorie und Forschung

Zu der Frage, wo hier die Beziehungsarbeit zu finden ist, sollen nachfolgend einige Aspekte erörtert werden. Wenn von Beziehung/Beziehungsarbeit die Rede ist, dann ist hier immer eine professionelle und keinesfalls eine private Beziehung gemeint (Stemmer 2003).

Die ausführliche Darstellung der Zeitmessungsprobleme hatte zum Ziel transparent zu machen, dass die Beziehungsarbeit hier explizit ausgeklammert ist. Sie wird vielmehr vorausgesetzt, damit pflegerische Maßnahmen verhältnismäßig schnell durchgeführt werden konnten. Bedingt ist dies durch die spezielle Situation, in der die Studie durchgeführt wurde: im häuslichen Kontext mit Pflegenden, die Angehörige der zu Pflegenden waren. Ins Gedächtnis zu rufen ist die Tatsache, dass es sehr schwer war, Haushalte für die Untersuchung zu gewinnen. Wenn ein derartig großer Vorbehalt gegen das Projekt in der eigenen Wohnung besteht, dann bedeutet das – was auch teilweise durch Befragungen belegt wurde –, dass die Untersuchung nur in Haushalten stattfand, in denen die Pflegenden und die Pflegebedürftigen keine Scheu vor privaten Einblicken hatten, dass die Pflegenden sich ihrer Sache sicher waren. Pflegende und Pflegebedürftige schienen manchmal gar eine Symbiose darzustellen, sie waren ein ein-

gespieltes Paar. Dieses „eingespielt sein“ bedeutet, dass beide voneinander wussten, was zu erwarten war, was kommen würde etc. ohne, dass dies ausführlicher besprochen werden musste. Alles, was Beziehung, vor allem Beziehungsanbahnung und -aufbau angeht, war längst vor der Stoppuhr-Aktion geschehen. Mehr noch: dadurch, dass die Zeiten pflegerischer Maßnahmen vor dem Hintergrund lang andauernder und gut funktionierender Beziehungen gemessen wurden, fanden diese „reibunglos“ statt und waren dadurch mit größter Wahrscheinlichkeit schneller beendet als ohne diese Beziehung. Das bedeutet aber auch, dass die gemessenen pflegerischen Maßnahmen durch pflegende Angehörige auch kürzer dauerten als wenn beruflich Pflegende diese durchgeführt hätten. Diese hätten erst etwas zumindest in Ansätzen erreichen müssen, was in den vorgefundenen Haushalten über Jahre gewachsen war: eine Beziehung hätte angebahnt werden müssen.

### 2.1. Beziehungsarbeit und Zeiten

Es stellt sich nun die Frage, ob einfach Zeitaufschläge erforderlich sind, um der Beziehungsarbeit in einem Zeitbudget gerecht werden zu können. Hierzu kann es keine einfache Antwort geben, denn hierzu müsste vor allem intensiv an Theoriebildung und Forschung gearbeitet werden.

Um das zu begründen, sollen noch einmal die Zeitmessungen herangezogen werden. In der Arbeitswissenschaft waren sie seit der 1. Hälfte des vorigen Jahrhunderts verbreitet, als begonnen wurde, industrielle Arbeitsabläufe zu optimieren, Fließbänder sinnvoll einzurichten oder Ähnliches (REFA 1978). Der wesentliche Unterschied zwischen Industriearbeit und Pflege ist natürlich der, dass der „Gegenstand“ der Arbeit einmal ein „toter“ technischer Gegenstand und im anderen Fall eine lebendige Person ist. Das ist banal, hat aber wichtige Konsequenzen.

Dass in der Pflege die Zeitmessungen so eine große Rolle spielen, hat wahrscheinlich auch damit zu tun, dass es nach wie vor ein verinnerlichtes und weit verbreitetes Verständnis von Pflege als handwerklichem Tun – im wahrsten Sinne des Wortes – gibt. Pflege findet nur dann statt, wenn etwas mit den Händen getan wird. Inzwischen ist das auch ausgedehnt auf das Schreiben, also Zeiten für die Dokumentation werden auch erfasst, evtl. sogar das Gespräch, das Voraussetzung für die Dokumentation ist, also z.B. das Aufnahmegespräch, um eine Pflegeanamnese und Diagnosen zu stellen. Zeit für Denken, die Lösung komplexer Probleme, für Planen bleiben unsichtbar genauso wie spezifische Beziehungsarbeit.

Bei den Zeitmessungen wird meist unausgesprochen unterstellt, dass Zeiten pflegerischer Leistungen immer gleich geartete Zeiten seien, wenn sie die gleiche Überschrift für die Pflegemaßnahme haben. Weder die Situation des Patienten, die ja außerordentlich unterschiedlich sein kann, noch die Art der Anforderungen an Pflegende, noch die Qualifikation Pflegender scheinen dabei eine Rolle zu spielen. Bei den o.g. Zeitkorridoren wird – wie beschrieben – unterstellt, dass eine berufliche Qualifikation in der Pflege die Durchführung pflegerischer Maßnahmen beschleunige. Dies dürfte wieder

nur ein Ausdruck für das Verständnis von Pflege als „Handwerk“ sein, das schneller abgewickelt werden kann, wenn die handwerklichen Handlungsabfolgen öfter geübt und gezielt gelernt wurden.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die bekannten Systeme erbrachte pflegerische Leistungen messen, ohne darüber Auskunft geben zu können, welche Qualität sie haben, ob sie überhaupt erforderlich sind, ob sie zu wenig, zu viel oder falsch sind. Weder Anlass bzw. Begründung noch Ziel pflegerischer Leistungen werden dabei berücksichtigt.

## 2.2 Theoretische und empirische Aspekte

Was das Thema ebenfalls sehr schwierig macht, ist die Tatsache, dass körperorientierte Pflege, bei der das Handwerkliche im Vordergrund steht, und die ja tatsächlich nach wie vor in diesem Sinne in der Ausbildung geübt wird, und Beziehungsgestaltung als zwei getrennte Dinge betrachtet werden. Wie immer schlecht und rücksichtslos körperorientierte Pflege durchgeführt wird, das „Objekt“ ist dennoch eine lebendige Person, eine Beziehung findet immer statt, es kommt nur auf ihre Qualität an. Diese Beziehung kann positive oder negative Seiten annehmen, kann pflegetherapeutisch eingesetzt werden oder psychische Verletzungen verursachen. Nach Pschyrembel ist Beziehungsarbeit die Bearbeitung von psychischen, emotionalen, interpersonellen und interdependenten Inhalten einer Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden (Pschyrembel 2003). Gibt es eine Pflege, einen direkten Umgang Pflegenden mit Patienten, der nicht interpersonal ist?

Unumstritten ist, dass Beziehungsgestaltung ebenso elementarer, gesundheitsfördernder und damit therapeutischer Bestandteil jeglicher Pflegemaßnahme sein muss wie z.B. die nach neuestem Stand des Wissens angewandten Kenntnisse der Bewegungsförderung zur Dekubitusprophylaxe.

Die Weiterentwicklung von Theorie ist auch deswegen notwendig, weil Beziehungsarbeit oder Beziehungsprozess abstrakte Begriffe sind. Konkret besteht Beziehungsarbeit aus ganz unterschiedlichen Handlungsteilen, sie stellt etwas dar, das immer mitläuft, etwas das evtl. auch ohne Hände erbracht wird. Sie lässt sich nicht einfach in ein messbares Kästchen packen. Wäre sie als „Extrazeit“ anrechenbar, dann hätte dies eher gefährliche Konsequenzen, da dies patientennahe pflegerische Leistung aufteilen würde in Beziehung und Nicht-Beziehung, in Handwerk einerseits und Beziehung andererseits. Das geht aber nur analytisch und nicht praktisch. Es gibt nicht DIE Beziehungsarbeit, sondern je nach Situation, Person und Kontext völlig verschiedene Methoden. Als Beispiel kann die Validation genannt werden, die als eine ganz bestimmte Art der Beziehungsarbeit bei kognitiv beeinträchtigten Personen als wichtige Grundhaltung empfohlen wird.

Auch wenn die bereits genannte Validation als Form der Beziehungsarbeit nicht mehr wegzudenken ist, kann nur wenig Eindeutiges über ihre Wirkung gesagt werden (Halek et al. 2006b). Einige Untersuchungen zeigen wie problematisch es ist, wenn Be-

ziehungsgestaltung als abgetrennter, eigener therapeutischer Bestandteil, evtl. in zeitbegrenzten Sitzungen durchgeführt wird. Erste komplexe Untersuchungen, die die Wirkung einer validierenden Grundhaltung auf herausforderndes Verhalten untersuchen, gibt es vor allem aus Holland (z.B. Schrijnemakers et al. 2002, Finnema 2000). Sie zeigen aber auch, wie schwierig derartige Untersuchungen forschungstechnisch durchzuführen sind. Diese Schwierigkeiten sollten von weiterer notwendiger Forschung jedoch nicht abschrecken.

Eine weitere erschwerende Facette für derartige Forschungsvorhaben ist auch die Rolle der Patienten und Pflegebedürftigen als diejenigen, die Beziehungsarbeit bewerten sollen. Von vielen Befragungen von Patienten und Altenheimbewohnerinnen ist bekannt, dass sie eigentlich immer recht zufrieden sind – und das bei allen Skandalen, die in der Versorgungsqualität dieser Einrichtungen bekannt werden. In einer Untersuchung in Altenpflegeheimen vor ein paar Jahren wurden zur Entwicklung eines standardisierten Frageinstruments vorab qualitative Interviews durchgeführt (Bartholomeyczik et al. 2004). Hierbei war auffallend, dass die Bewohnerinnen häufig schon vor jeder ersten Frage betonten, wie zufrieden sie mit der Einrichtung seien und dass sie rein gar nichts an ihrer Versorgung auszusetzen hätten. Auch von Krankenhauspatienten wird betont, dass alles in Ordnung sei. Eindrücklich wird die Zurücknahme der eigenen Bedürfnisse auch in einer Untersuchung belegt, die der Frage nachging, wie und wodurch Menschen bettlägerig werden (Zegelin 2005).

Einfache Befragungen helfen also nur wenig; Beobachtungsinstrumente sind oft aussagekräftiger, dafür wesentlich aufwändiger. Dennoch zeigt sich bei allen unklaren Ergebnissen zusammengefasst übereinstimmend, dass eine individuelle Zuwendung für alle Patienten von großer gesundheitsfördernder Bedeutung ist (Halek et al. 2006a).

### 3. Fazit

Zusammengefasst können Pflegezeitbemessungen nicht als alleiniges Instrument für eine Personalplanung empfohlen werden. Wichtiger wäre ein Komplexpunktsystem, in das die Komplexität der Pflegesituationen, die Anforderungen an die unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegenden und die Qualität der pflegerischen Leistungen eingehen müssten. Dazu gehören sowohl Beziehungsgestaltung als auch andere Fähigkeiten, die in der Pflege erforderlich sind. Anforderungen an pflegerische Leistungen können bekanntermaßen sehr unterschiedlich sein, was sich aber nicht unbedingt in Zeiten, sondern vielmehr in erforderlichen Kompetenzen niederschlägt. Dazu allerdings wäre es erforderlich, in sehr viel größerem Umfang Pflegequalität wissenschaftlich zu untermauern als dies bisher der Fall ist. Und das ist weiter möglich als es bisher erscheint. Dazu gehört aber auch die große Herausforderung an die Pflegewissenschaft, psychologische, geisteswissenschaftliche und naturwissenschaftliche Methoden konstruktiv in einer empirischen Forschung und damit verbundenen Theoriebildung zusammenzubringen.



**Literatur**

- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Koch, V.; Zegelin-Abt, A. (2001a): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2001b): Die Messung von Pflegezeiten – methodische und inhaltliche Probleme. *Pflege* 14, 259-266
- Bartholomeyczik, S.; Schrems, B. (2004): Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. *thema*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Brand, S.; Streubelt, M., Expertengruppe für Krankenpflege (1993): *Pflegepersonalregelung*. Stuttgart: Gustav Fischer
- Brügger, U.; Bamert, U.; Maeder, C. (2001): Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege. St. Gallen: LEP AG
- Finnema, E. J. (2000): *Emotion-oriented care in dementia. A psychosocial approach*. Amsterdam
- Fischer, W. (2002): *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege*. Bern: Huber
- Halek, M.; Bartholomeyczik, S. (2006a): *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche
- Halek, M.; Bartholomeyczik, S. (2006b): Die Effektivität der Validationstherapie bei herausforderndem Verhalten von Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern mit Demenz: Eine Literaturanalyse nationaler und internationaler Forschungsarbeiten. In J. Needham, S. Schoppmann, M. Schulz & H. Stefan (Hrsg.), *Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft*. Vorträge, Workshops und Poster vom 3. Dreiländerkongress in Wien. Unterostendorf: IBICURA: 210-214
- MDS, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (1997): *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*. Essen: MDS
- Pschyrembel Wörterbuch Pflege (2003) Berlin: Walter de Gruyter
- REFA Verband für Arbeitsstudien und Betriebsorganisationen (Hrsg.)(1978): *Methodenlehre des Arbeitsstudiums*. Band 2: Datenermittlung. München: Hanser.
- Schrijnemakers, V., van Rossum, E., Candel, M., Frederiks, C., Derix, M., Sielhorst, H., van den Brandt, P. (2002): Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17 (10), 926-937
- Stemmer, R. (2003): Zum Verhältnis von professioneller Pflege und pflegerischer Sorge. In: DV Pflegewissenschaft (Hrsg.): *Das Originäre der Pflege entdecken, Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. Fachtagung 2002. Frankfurt: Mabuse
- Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Bern: Huber

*Sabine Bartholomeyczik*

Universität Witten/Herdecke

Institut für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453 Witten