

Renate Stemmer, Maria Schubert

Rationierte und unterlassene Pflege im Kontext von Patienten-/Bewohnersicherheit – Konzept, Einflussmöglichkeiten und Bedeutung für die Pflegepersonalausstattung

Care Rationed or Missed in the context of patient/resident safety – concept, possibility of influence and relevance for nurse staffing

A lack of nurses is undisputed in nursing practice, nursing science and health policy. The potential consequences have been studied many times. The in-depth discussion of the associated phenomenon rationing of nursing care is the subject of the European COST Action 15208 RANCARE.

The purpose of this paper is to present and discuss the importance of rationed/missed nursing care in the context of patient/resident safety. Rationed / missed nursing care is discussed as an indicator of safe nursing staff inclusively potential interventions to reduce rationed/missed nursing care.

The two empirical based models, 'implicit rationing of nursing' and 'missed nursing care', explain the phenomenon and identify various influencing factors, with varying degrees of differentiation. Based on this conceptual clarification, the suitability of rationed/missed nursing care as an indicator for safe nurse staffing levels is discussed, and interventions to reduce the level of rationed/missed nursing care are presented. The high complexity of the phenomenon continues to raise many unsolved issues.

Keywords

Health Care Rationing, Patient Safety, Workforce, Nursing Staff, Workload, Quality of Healthcare

Ein Mangel an Pflegefachpersonen ist in der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft und der Gesundheitspolitik unstrittig. Die potentiellen Folgen sind mittlerweile vielfach untersucht, die vertiefte Auseinandersetzung mit dem damit verbundenen Phänomen der Rationierung in der Pflege ist Gegenstand der europäischen COST-Action 15208 RANCARE.

Das Ziel dieses Beitrages ist die Vorstellung und Diskussion der Bedeutung von rationierter/unterlassener Pflege im Kontext von Patienten-/Bewohnersicherheit. Erörtert wird rationierte/unterlassene Pflege als Indikator für eine sichere Pflegepersonalausstattung. Potentielle Interventionen zur Reduzierung rationierter/unterlassener Pflege und damit zur Erhöhung der Patienten-/Bewohnersicherheit werden erörtert.

eingereicht 29.04.2019

akzeptiert 02.08.2019

Die beiden empirisch abgestützten Modelle ‚implizite Rationierung‘ und ‚missed nursing care‘ erläutern das Phänomen und identifizieren – unterschiedlich differenziert – vielfältige Einflussfaktoren. Von dieser konzeptionellen Klärung ausgehend wird die Eignung von rationierter/unterlassener Pflege als Indikator für eine sichere Pflegepersonalausstattung diskutiert und Interventionen zur Reduzierung des Ausmaßes an rationierter/unterlassener Pflege vorgestellt. Die hohe Komplexität des Phänomens wirft weiterhin viele ungelöste Fragen auf.

Schlüsselwörter

Rationierung von Gesundheitsleistungen, Patientensicherheit, Pflegepersonalausstattung, Pflegepersonalbedarfsmessung, Arbeitsbelastung, Qualität der Gesundheitsversorgung

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Der Mangel an Pflegefachpersonen ist unstrittig und das Wissen hierzu ist nicht nur in der Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, sondern auch in der Gesundheitspolitik angekommen. Angesichts der alternden Bevölkerung mit steigendem Pflegebedarf und einem ebenfalls alternden Potential an Pflegefachpersonen stellt sich die Frage nach den Konsequenzen. Der Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung hinsichtlich Anzahl und Qualifikation und unerwünschten Patientenergebnissen ist verschiedentlich untersucht (Aiken et al. 2014; Rafferty et al. 2007; Schubert et al. 2008). Diese teilweise sehr umfangreichen Studien sind jedoch in der Regel als Querschnittstudien angelegt und lassen keine kausalen Rückschlüsse zu. Zudem beziehen sie sich vor allem auf Struktur- und Ergebnisvariablen, die Prozessebene bleibt weitgehend eine Black Box. Neuere Studien versuchen Licht in die Black Box zu bringen, in dem sie sich auf pflegebezogene (Prozess-)Faktoren und deren Beitrag zu unerwünschten Patientenergebnissen konzentrieren.

Bei dem vorliegenden Beitrag handelt es sich um eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen, ‚Care Rationed or Missed‘ nachfolgend übersetzt mit ‚rationierte/unterlassene Pflege‘. Es kann zu rationierter/unterlassener Pflege kommen, wenn die Ressourcen nicht ausreichen, um die erforderliche Pflege für alle Patient_innen bzw. Bewohner_innen anzubieten. Die Gründe hierfür sind vielfältig, wie der Fachkräftemangel, die unzureichende Qualifizierung oder der zunehmende Pflegebedarf. Jedoch ist das Phänomen komplex und noch nicht in allen Teilen verstanden. Die bisherigen Erklärungsansätze führen nur ansatzweise zum gewünschten Erfolg.

Vor diesem Hintergrund wurde die europäische „COST Action (CA) 15208 RAN-CARE: Rationing – Missed Nursing care: An international and multidimensional problem“ ins Leben gerufen. An dieser CA sind 29 europäische, so auch Deutschland und die Schweiz, sowie fünf nicht-europäische Länder beteiligt. Das Ziel dieser CA ist es u. a., eine Diskussion zu den Ursachen, Folgen und Bearbeitungsstrategien von rationierter/unterlassener Pflege anzustoßen, bestehende Diskussionsstränge zu bereichern

und ggf. zu Veränderungen beizutragen. Weitere Informationen zu dieser COST Action sind auf der folgenden Website zu finden <https://www.rancare-action.eu/>.

1.2 Ziel

Das Ziel dieses Beitrages besteht in der Vorstellung und Diskussion der Bedeutung von rationierter/unterlassener Pflege im Kontext von Patienten-/Bewohnersicherheit. Erörtert wird die rationierte/unterlassene Pflege als ein Indikator für eine adäquate, sichere Pflegepersonalausstattung (orientiert am Patientenergebnis) sowie die Vorstellung und Diskussion potentieller Interventionen zur Reduzierung des Umfangs an rationierter/unterlassener Pflege und hiermit verbunden Verbesserung/Sicherstellung der Patienten-/Bewohnersicherheit und der angestrebten Versorgungsqualität.

1.3 Hintergrund

Ausgelöst durch den Bericht des Instituts of Medicine ‚To Err is Human‘ (Kohn et al. 2000), welcher aufzeigte, dass pro Jahr in US Spitälern 44.000-98.000 Patient_innen in Folge von medizinischen Fehlern sterben, wurde eine Vielzahl von Studien durchgeführt, um dies und die angenommenen Zusammenhänge zwischen den Struktur-, Prozess- und Ergebnisfaktoren besser zu verstehen. Im Bereich der pflegerischen Ergebnisforschung stand vor allem die Frage im Vordergrund, welche Rolle die professionelle Pflege in diesem Kontext spielt. Aiken et al. (2000; 2002a) führte aufbauend auf die US Magnethospital Forschung die International Hospital Outcome Study (IHOS) durch. In dieser Studie wurde erstmalig ein signifikanter Zusammenhang zwischen ausgewählten Arbeitsumgebungsmerkmalen, gemessen mit dem Nursing Work Index (Aiken & Patrician 2000), der Stellenbesetzung, dem Skill- und Grade-Mix und den Patientenergebnissen nachgewiesen. Im Vergleich zu anderen Krankenhäusern wiesen jene mit einer besseren Arbeitsumgebungsqualität, wie die Magnethospitäler, eine höhere Zufriedenheit der Patient_innen mit der Betreuung, eine kürzere Aufenthaltsdauer und niedrigere Mortalitäts- (5%-60%) und Failure-to-Rescue Raten auf (Aiken et al. 2003; Aiken et al. 2002a; Aiken et al. 2002b). ‚Failure-to-Rescue‘ bezeichnet den Tod eines Patienten in Folge einer unvorhergesehenen Komplikation, welcher durch das Einleiten adäquater, rechtzeitiger Maßnahmen hätte verhindert werden können. Diese Krankenhäuser wiesen auch bessere Ergebnisse beim Pflegefachpersonal auf, wie eine höhere Arbeitszufriedenheit sowie geringere emotionale Erschöpfungs- und Fluktuationsraten (Aiken et al. 2002b). Ähnliche Ergebnisse zeigte auch die in 2009 durchgeführte europäische Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) Studie, an welcher 300 Krankenhäuser, 26.516 Pflegenden und 422.730 Patient_innen aus neun Ländern beteiligt waren (Aiken et al. 2017; Aiken et al. 2014). Auch in anderen internationalen Studien zeigte sich, dass Krankenhäuser mit einer guten Arbeitsumgebungsqualität eine deutlich bessere Betreuungs- und Behandlungsqualität sowie bessere Ergebnisse beim Pflegefachpersonal und den Patient_innen aufwiesen (Desmedt et al. 2012; Kutney-Lee et al. 2015; Lake & Friese 2006; Upenieks 2003; Van Bogaert et al. 2009). Zu

den besseren Ergebnissen bei den Patient_innen und beim Pflegepersonal trugen vor allem die Arbeitsumgebungsmerkmale bei: Angemessenheit der Personalausstattung und fachliche Kompetenz im Team hinsichtlich des Betreuungsbedarfs, die Unterstützung der Pflegenden durch deren Vorgesetzte/n, die professionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Relevanz dieser Faktoren ist dadurch erklärbar, dass die Pflege durch ihre 24-stündige Verfügbarkeit und Nähe zu Patient_innen bzw. Bewohner_innen ein wichtiges Überwachungssystem zur frühzeitigen Entdeckung von unvorhergesehenen Komplikationen und Zwischenfällen zur Verfügung stellt. Ob und wie schnell eine Gesundheitsinstitution auf unvorhergesehene Zwischenfälle oder Komplikationen bei Patient_innen bzw. Bewohner_innen reagiert und notwendige Maßnahmen einleitet, wird maßgeblich durch diese drei Faktoren bestimmt (Aiken et al. 2002a; Clarke & Aiken 2003).

2. Hauptteil

2.1 Methode

In methodischer Hinsicht handelt es sich bei diesem Beitrag um eine literaturgestützte Darstellung und diskursive Auseinandersetzung mit dem gesundheitspolitisch hochrelevanten Thema der rationierten/unterlassenen Pflege.

2.2 Das Konzept ‚Implizite Rationierung und unterlassene Pflege‘

Nicht durchgeführte pflegerische Maßnahmen definiert als „notwendige pflegerische Maßnahmen, die für eine gute Pflegequalität stehen, welche die Pflegenden aus Zeitmangel in der letzten Arbeitsschicht nicht durchführen konnten“, wurden erstmalig durch Aiken et al. (2002a; 2001) im Rahmen der IHOS Studie untersucht. Im weiteren Verlauf der Bearbeitung dieser Thematik und Erweiterung des hierzu vorhandenen Wissens wurde das Konzept modifiziert und umformuliert zu „nicht erfüllte Pflegebedürfnisse der Patienten“ (Lucero et al. 2009).

Implizite Rationierung von Pflege definiert als „die Vorenthaltung oder nicht Durchführung von notwendigen pflegerischen Maßnahmen aufgrund eines Mangels an zeitlichen, personellen und/oder fachlichen Ressourcen“ wurde erstmals durch Schubert et al. (2008; 2007) in der Rationing of Nursing Care in Switzerland (RICH Nursing) Studie untersucht, welche den Schweizer Studienast der IHOS darstellt. Der Begriff „notwendige pflegerische Maßnahmen“ bezieht sich in dieser Definition auf Maßnahmen, die, basierend auf der Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs von Patient_innen, abgestützt durch wissenschaftliche Evidenz und reflektierter Erfahrung sowie Patientenpräferenzen, aus professioneller Sicht als notwendig eingeschätzt wurden. Auf dem konzeptuellen Rahmen der IHOS Studie aufbauend, entwickelten Schubert et al. (2008; 2007) für die RICH Nursing Studie und die Untersuchung des Faktors implizite Rationierung von Pflege das konzeptuelle Modell „Implizite Rationierung von Pflege“ (Abbildung 1). Wie dieses Modell aufzeigt, geschieht die implizite

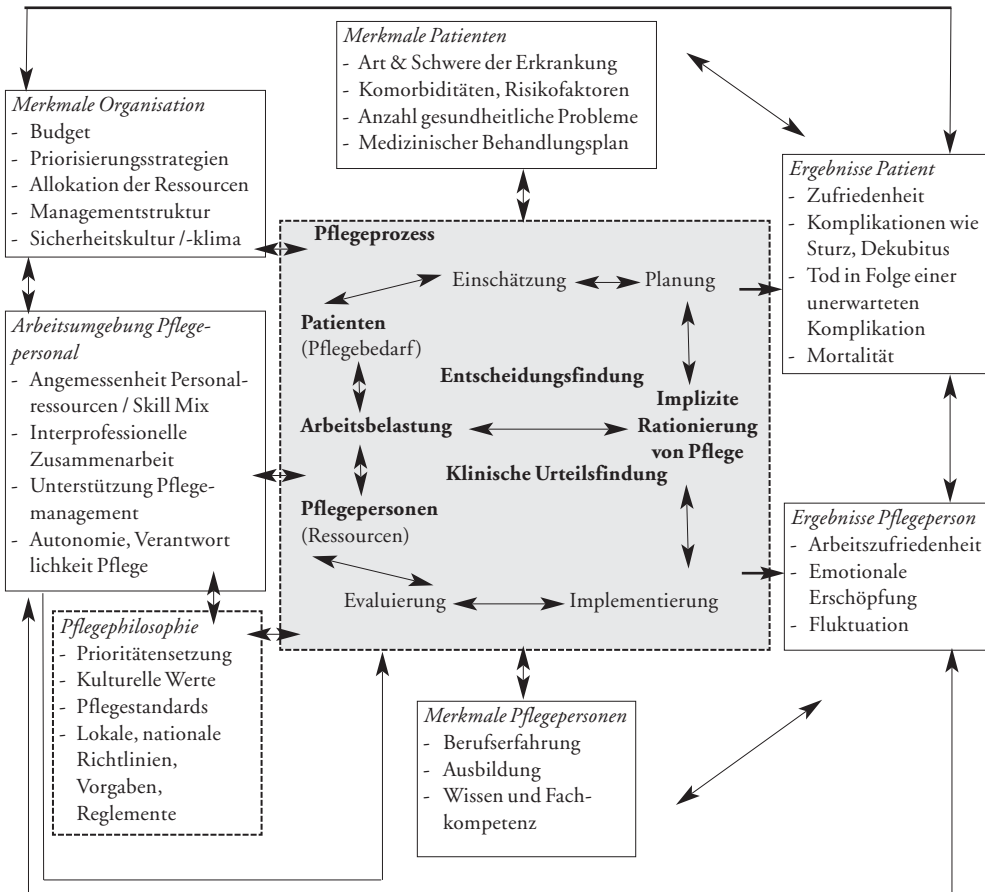


Abb. 1: Konzeptuelles Modell ‚Implizite Rationierung von Pflege‘ (Schubert et al. 2007)

Rationierung von Pflege im Pflegeprozess an der Schnittstelle Patient – Pflegeperson. Sie ist das Endergebnis von vorher ablaufenden Priorisierungs- sowie klinischen Entscheidungs- und Urteilsfindungsprozessen, wenn die Ressourcen nicht ausreichen, um alle notwendigen Maßnahmen bei allen Patient_innen durchzuführen. Der Entscheidungsprozess und die Entscheidung selbst wird beeinflusst durch Faktoren auf der Struktur- und Prozessebene, wie die personelle Besetzung, die interprofessionelle Zusammenarbeit, das Patientensicherheitsklima sowie individuelle Faktoren seitens des Patienten, wie die Stabilität des Gesundheitszustands und der Pflegefachperson, wie Berufserfahrung und Ausbildung (Schubert et al. 2013).

Missed Nursing Care definiert als „jeglicher Aspekt an erforderliche Betreuung, welcher entweder teilweise oder ganz weggelassen oder verspätet durchgeführt wird“ wurde von Kalisch et al. (2009) im Rahmen der Missed Nursing Care Study untersucht. Abgestützt auf die Patientensicherheitsinitiative ist ‚Missed Nursing Care/unterlassene Pflege aus Sicht von Kalisch & Xie (2014) ein Unterlassungsfehler (Error of Omission), bei dem in der jeweiligen Patientensituation unterlassen wird, das Richtige zu tun. Vergleichbar mit dem konzeptuellen Modell ‚Implizite Rationierung von Pflege‘ (Schu-

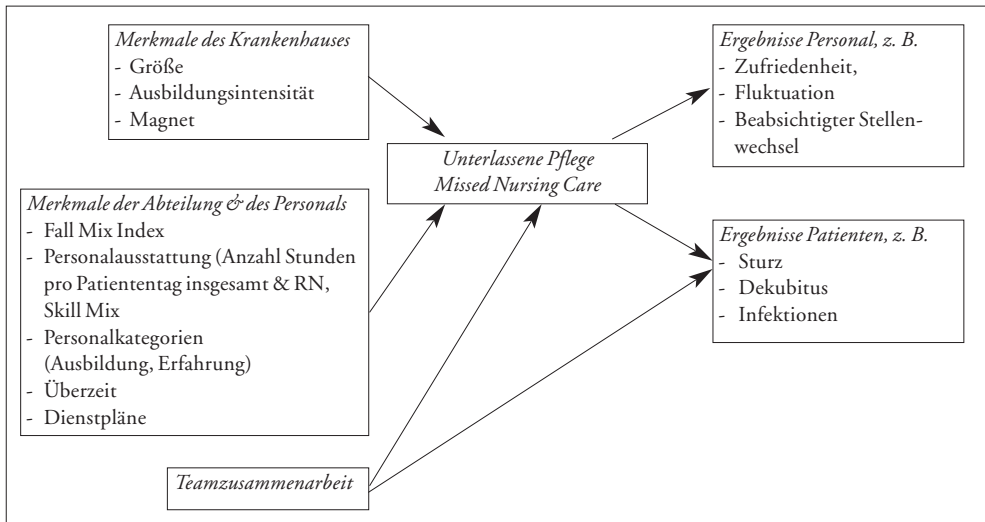


Abb. 2: Modell „Unterlassene Pflege“ in Anlehnung an ‚The Missed Nursing Care Model‘, (Kalisch et al. 2014)

bert et al. 2008) gehen Kalisch & Xie (2014) in ihrem konzeptuellen Modell davon aus, dass ‚Missed Nursing Care‘ durch Charakteristika des jeweiligen Krankenhauses und der Abteilung sowie durch die Zusammenarbeit im Team beeinflusst wird und sich auf die Ergebnisse von Patient_innen und Pflegenden auswirkt. Bezüglich der Charakteristika der Abteilung steht hier vor allem die Personalausstattung im Vordergrund (Abbildung 2).

Wie der Vergleich zeigt, beziehen sich die Definitionen von Aiken et al. (2001) und Schubert et al. (2008) explizit auf das Nicht-Durchführen von notwendigen pflegerischen Maßnahmen aufgrund eines Ressourcenmangels. Die Definition von Kalisch & Xie (2014) Missed Nursing Care/unterlassene Pflege ist breiter gefasst und bezieht sich auf jegliche Art von unterlassener Pflege/nicht das Richtige tun in der jeweiligen Patientensituation. Das konzeptuelle Modell weist jedoch darauf hin, dass die Angemessenheit der Personalressourcen bezüglich unterlassener Pflege der führende Faktor ist und nicht z. B. das Vergessen von notwendigen Maßnahmen oder Nicht-Durchführen dieser Maßnahmen aufgrund der Abwesenheit des Patienten.

Neben diesen drei am häufigsten verwendeten Definitionen werden in Studien noch weitere Begriffe verwendet, wie ‚Task Incompletion‘ (Al-Kandari & Thomas 2009) oder ‚Failure to Maintain‘ (Bail & Grealish 2016). Da sich jede Definition entweder auf rationierte oder unterlassene Pflege bezieht, wurde entschieden, in diesem Beitrag für alle Definitionen einheitlich die Bezeichnung ‚rationierte/unterlassene Pflege‘ zu verwenden.

2.3 Mögliche beeinflussende Faktoren für rationierte/unterlassene Pflege

In verschiedenen quantitativen und qualitativen Studien wurden die Faktoren untersucht, die das Vorkommen von rationierter/unterlassener Pflege beeinflussen. Die Er-

gebnisse zeigen, Rationierung und Unterlassung von Pflege geschieht innerhalb des Pflegeprozesses direkt an der Schnittstelle Patient_in und Pflegeperson. Als solches wird rationierte/unterlassene Pflege durch eine Vielzahl von Faktoren auf der Prozessebene selbst sowie durch Faktoren auf der Strukturebene sowie individuelle Faktoren seitens des Patienten und der Pflegeperson beeinflusst (Schubert et al. 2008).

Auf der Strukturebene sind dies vor allem die Arbeitsumgebungsqualitätsfaktoren, wie die Angemessenheit der Personalressourcen und des Skill- und Grade-Mix hinsichtlich des Pflege- und Betreuungsbedarfs der Patient_innen oder Bewohner_innen, vorhandene Unterstützungsdienste, die Unterstützung der Pflegenden durch das Pflegemanagement, aber auch die professionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit (Ausserhofer et al. 2014; Bragadottir et al. 2017; Chapman et al. 2017; Drach-Zahavy & Srulovici 2019; Friese et al. 2013; Kalisch et al. 2012; Papastavrou et al. 2014; Schubert et al. 2013). Weitere wichtige beeinflussende Faktoren sind z. B. vorhandene Pflegestandards, Richtlinien und Weisungen sowie das Sicherheitsklima/die Sicherheitskultur auf der Institutions- und Abteilungsebene und hiermit verbunden implizite, in seltenen Fälle auch explizite, Regelungen, was in einer bestimmten Patientensituation als eine notwendige pflegerische Maßnahme angesehen wird und wie die verfügbaren Mittel auf der institutionellen Abteilungs- und Individualebene verteilt werden, wenn nicht genügend Ressourcen vorhanden sind (Hessels et al. 2018; Kohler et al. 2017; Skirbekk et al. 2018).

Auf der Prozessebene spielen vor allem folgende Faktoren eine Rolle: die Organisation der Pflege auf Abteilungsebene; die Sicherheitskultur und hiermit verbunden der Ablauf von Entscheidungsfindungs- und Priorisierungsentscheidungen, wenn aufgrund unzureichender Ressourcen nicht alle notwendigen Maßnahmen durchgeführt werden können; die Priorisierung von Pflegeproblemen und Bedürfnissen der Patient_innen sowie ob vorhandene Standards und Richtlinien hierbei umgesetzt werden (Hessels et al. 2018; Huebsch et al. 2017; Kohler et al. 2017). Die Entscheidungsprozesse werden mit beeinflusst durch die erwarteten Konsequenzen, die das Weglassen einer notwendigen Maßnahme aus Sicht der hierfür zuständigen Pflegefachperson hinsichtlich der Patientensicherheit hat. Bezüglich letzterem wird vor allem differenziert zwischen unmittelbaren und längerfristigen Konsequenzen. Im Weiteren ist bedeutsam, ob es sich um einen kurzfristigen oder längerfristigen Ressourcenengpass handelt. Liegt z. B. eine Kumulation von gleichzeitig zu erledigenden Aufgaben, die nicht planbar oder voraussehbar waren, vor oder eine vorübergehende respektive eine anhaltende Verschlechterung der Patientensituation. Einen wichtigen Einfluss üben auch Erwartungen seitens der Vorgesetzten aus, z. B. dass immer alle notwendigen Maßnahmen durchgeführt werden müssen, immer eine hohe Betreuungsqualität zu erbringen ist, Anfragen sofort erledigt werden müssen, Patient_innen immer sofort von den Schnittstellenbereichen abgeholt werden müssen (Kohler et al. 2017; Morin & Leblanc 2005; Schubert et al. 2014; Srulovici & Drach-Zahavy 2017).

Relevante Einflussfaktoren seitens des individuellen Patienten sind z. B. die Anzahl und Dringlichkeit der gesundheitlichen Probleme, hiermit verbunden die Stabilität/

Instabilität, Komplexität/Akuteität der Situation, der Pflegebedarf sowie die Aufenthaltsdauer (Hendry & Walker 2004; Huebsch et al. 2017; Kohler et al. 2017). Seitens der Pflegefachpersonen sind dies vor allem Faktoren, wie die Berufserfahrung, die Expertise, das Pflegeverständnis und das Verantwortungsbewusstsein, welches unter anderem mitgeprägt wird durch die professionelle Rolle, aber auch die Sicherheitskultur (Hendry & Walker 2004; Hessels et al. 2018; Huebsch et al. 2017; Kohler et al. 2017).

Diese konzeptionellen Klärungen eröffnen den Raum für zwei zentrale Fragen:

- a) Kann die Messung von rationierter/unterlassener Pflege genutzt werden, um zu Aussagen über eine sichere Pflegepersonalausstattung zu kommen?
- b) Wie kann dem Phänomen rationierter/unterlassener Pflege entgegengewirkt werden, um die Patienten-/Bewohnersicherheit zu erhöhen?

2.4 Eignung von rationierter/unterlassener Pflege als Indikator für eine sichere Pflegepersonalausstattung

Der Mangel an Fachpersonen in der Pflege führt zu der dringenden Frage nach Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Vielfach liegt die Hoffnung auf Lösung des Problems in einem Skill- und Grade-Mix, wobei sich dahinter in der Praxis häufig nur der vermehrte Einsatz von Assistenzpersonal verbirgt. Dabei ist die Frage weitgehend unbeantwortet, wie eine Pflegepersonalausstattung beschaffen sein müsste, um eine sichere Patientenversorgung zu gewährleisten, bzw. mit welchen Indikatoren dies überprüft werden könnte. Bisher wird mit unterschiedlichen Instrumenten gearbeitet, um die Personalausstattung in der Pflege zu regulieren. Dazu gehören Personalbesetzungsstandards, wie die Fachkraftquote, die in Deutschland für die Personalausstattung in Einrichtungen der Altenpflege gilt (BMFSFJ 1998) und die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in deutschen Krankenhäusern (BMG 2018). Diese Standards orientieren sich sehr allgemein an einem angenommenen Pflegebedarf und sie obliegen zudem immer der Gefahr, von politischen Machtverhältnissen beeinflusst zu werden. Um einen sich an pflegefachlichen Kriterien orientierenden Pflegepersonalausstattungslevel abbilden zu können, ist zusätzlich der Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Erhebung des Pflegebedarfs erforderlich (Simon & Mehmecke 2017). Andere Verfahrensweisen wie RAI-RUG (Resident Assessment Instrument/Resource Utilization Group) schließen direkt von einem fachlich festgestellten Pflegebedarf über Aufwandsgruppen auf den Ressourcenbedarf (Poss et al. 2008). Ein dritter Zugang leitet den Personalbedarf von dem erbrachten Leistungsumfang ab (LEP-AG, 2019), ohne dass es einen Abgleich zwischen dem Pflegebedarf und dem Leistungsumfang gibt (Baumberger et al. 2007).

Allen genannten Vorgehensweisen ist gemeinsam, dass bei der Identifikation des Pflegepersonalbedarfs Umgebungsfaktoren nur in geringem Umfang einfließen und das Patientenergebnis ganz außen vor bleibt. Hier setzen nun die Überlegungen zur Bestimmung einer adäquaten Pflegepersonalausstattung im Kontext von Forschung zu rationierter/unterlassener Pflege an. Der Grundgedanke orientiert sich an der Patientensicherheit. D. h., der Bedarf an Pflege(fach)personen wird vom Patientenergebnis

ausgehend gedacht. Wird die vorliegende einschlägige Forschung aus dieser Perspektive betrachtet, ergibt sich folgendes Bild: Studien, die die Assoziationen zwischen Strukturkriterien (wie der Pflegepersonalausstattung) und Patientenergebnissen untersuchen (u. a. Aiken et al. 2002a; Aiken et al. 2014; Rafferty et al. 2007), geben hierauf nur sehr limitierte Antworten, was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass vielfältige Faktoren auf ein Patientenergebnis einwirken. Auch wenn mit verschiedenen statistischen Methoden versucht wird, den Einfluss der Pflegepersonalausstattung auf das Patientenergebnis herauszufiltern, ist der Zusammenhang doch nur indirekt ableitbar. Zudem bleibt die Handlungsebene dabei im Dunkeln. Auch reagieren die hier genutzten Indikatoren wie ‚Tod in Folge einer Komplikation, der vermeidbar gewesen wäre‘ oder ‚Mortalität‘ nur zeitlich verzögert.

Demgegenüber wird bei der Untersuchung des Zusammenhangs von rationierter/unterlassener Pflege und Pflegepersonalausstattung auch die Prozessebene berücksichtigt. Ein Teil dieser Studien verbindet die Pflegepersonalausstattung mit dem Handlungsprozess (z. B. Prioritätensetzung) und dem Patientenergebnis (Ball et al. 2014; Griffiths et al. 2018b). Griffiths et al. (2018b) untersuchten in einem systematischen Review, welche pflegerischen Aufgaben auf Erwachsenenstationen in einem Akutkrankenhaus am häufigsten unterlassen werden. Im Weiteren untersuchten sie die Assoziationen zwischen unterlassener Pflege und der Pflegepersonalausstattung. In die Auswertung wurden 18 Studien eingeschlossen. Das Auftreten von rationierter/unterlassener Pflege wurde in diesen Studien mit einem der folgenden Instrumente gemessen: Basel Extent of Rationing Nursing Care Assessment (BERNCA) (Schubert et al. 2007); Quality of Discharge Teaching Scale (QTDS) (Poss et al., 2008); Missed Nursing Care (MISSCARE) (Kalisch & Williams 2009) und dem Nursing Care Left Undone Instrument (IHOS und RN4Cast-Studie) (Aiken et al. 2002a; Sermeus et al. 2011). Die Pflegepersonalausstattung wurde in den verwendeten Studien mit unterschiedlichen Quotienten (Anzahl der Patient_innen pro Pflegefachperson; Pflegezeit pro Patiententag; Anzahl der Patient_innen, die die Pflegefachperson in der letzten Schicht versorgt hat) angegeben. Auch der zeitliche Bezugspunkt (z. B. die letzten sieben Arbeitstage; die letzte Schicht) ist unterschiedlich. Dies erschwert den Vergleich. Gleichwohl treten bestimmte Tendenzen deutlich hervor: In den europäischen Studien variiert die von Pflegefachpersonen berichtete Rate an unterlassener Pflege zwischen 75% und 98%. Dabei werden planende, kommunikative und psychosoziale Maßnahmen sehr viel häufiger unterlassen, als medizinnahe Tätigkeiten, u. a. Monitoring. Jedoch liegen auch in diesem Bereich die Angaben immerhin noch zwischen 16% und 37% (Griffiths et al. 2018b).

Im Rahmen der RN4CAST Studie untersuchten Ball et al. (2018), inwieweit die Funktion von rationierter/unterlassener Pflege als Mediator-Variable bestätigt werden kann.

Eine Mediator-Variable ist definiert als eine Variable, die die Verbindung zwischen der abhängigen (hier: 30-Tage-Mortalität) und der unabhängigen Variable (hier: Ausstattung mit Pflegefachpersonal) erklärt. Die Auswertungen ergeben eine signifikante

Beziehung zwischen rationierter/unterlassener Pflege und der 30-Tage-Mortalität sowie zwischen einer geringeren Personalausstattung und dem Umfang an rationierter/unterlassener Pflege. Damit ist ein weiterer Schritt im Hinblick auf die Eignung von ‚rationierter/unterlassener Pflege‘ als Indikator für die Abbildung des Zusammengangs von Pflegepersonalausstattung und Patientensicherheit auf institutioneller Ebene getan. Denn wie diese Studie verdeutlicht, gibt es nicht nur einen subjektiv wahrgenommenen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der unterlassenen Pflegeleistungen und der von den Pflegefachpersonen berichteten Patientensicherheit (Ball et al. 2014), sondern auch einen objektiv nachweisbaren (Ball et al. 2018).

Rationierte/unterlassene Pflege kann als Prozess- oder als Ergebnisindikator betrachtet werden. Wie die oben aufgeführten Ergebnisse zeigen, erlaubt die Sensitivität dieses Indikators eine frühzeitigere Identifikation von Problemen als Folge einer geringen Pflegepersonalausstattung, als dies ein Indikator wie die Mortalität leisten kann (Ball et al. 2014; Griffiths et al. 2018b). Diskutiert wird auch, inwieweit rationierte/unterlassene Pflege als ein Indikator gesehen werden kann, der zugleich die Komplexität der Umgebung der Pflege reflektiert und geeignet ist die Qualität der Prozessdurchführung zwischen Systemen und Organisationen zu vergleichen (VanFosson et al. 2016). Als Ergebnis betrachtet, könnte dieser Indikator nicht nur auf institutioneller, sondern auch auf Stationsebene Auskunft geben über die Adäquatheit der Ausstattung mit Pflegefachpersonen (Ball et al. 2014; Griffiths et al. 2018a). Allerdings beruhen die Angaben zum Ausmaß des Auftretens von rationierter/unterlassener Pflege in der Regel auf Aussagen der Pflegefachpersonen und sind als solche subjektiv. Dies limitiert die Eignung dieses Faktors als ein Indikator für die Pflegepersonalausstattung (Griffiths et al. 2018b). Gerade wenn es darum geht, die Pflegepersonalausstattung auf Stationsebene mit diesem Indikator zu monitoren und ggf. den Personaleinsatz daran zu orientieren, ist die Manipulationsmöglichkeit offensichtlich. So stellt sich die Frage, wie rationierte/unterlassene Pflege objektiv erfasst und ihre unmittelbare Bedeutung für Patientensicherheit verifiziert werden kann. Mit dem Ziel der Beantwortung dieser Frage näher zu kommen, wählten (Griffiths et al. 2018a) in einer longitudinalen Studie aus der Liste möglicher rationierter/unterlassener Pflege das Item Vitalzeichenkontrolle (Blutdruck und Puls) aus. Es zeigte sich, dass die rationierte/unterlassene Vitalzeichenkontrolle als ein signifikanter Mediator zwischen der geringeren Ausstattung mit Pflegefachpersonen und dem erhöhten Mortalitätsrisiko fungiert (Griffiths et al. 2018a).

2.5 Interventionen zur Reduzierung von rationierter/unterlassener Pflege

Bisher wurden nur in einigen wenigen Studien Interventionen zur Reduzierung des Ausmaßes an rationierter/unterlassener Pflege entwickelt und getestet. Diese lassen sich einteilen in Interventionen auf der Struktur- und Prozessebene.

Auf der Strukturebene untersuchte ein koreanisches Team, wie sich die Reduktion von 17 Patient_innen pro Pflegefachperson auf 7 Patient_innen auf das Ausmaß an

unterlassener Pflege auswirkt (Cho et al. 2015). In einer anderen Studie wurde untersucht, wie die Arbeit an regulären professionellen Zusammenarbeitsproblemen mittels des TeamStepp® Ansatzes (AHRQ 2015), sich auf die Zusammenarbeit im Team und das Vorkommen von unterlassener Pflege auswirkt (Kalisch et al. 2013). Mittels beider Interventionen konnte das Vorkommen von rationierter/unterlassener Pflege signifikant reduziert werden.

Die auf der Prozessebene entwickelten und getesteten Interventionen sind mehrheitlich dem Bereich der Qualitätsverbesserung zuzuordnen. Diese Interventionen beziehen sich einerseits auf elektronische Erinnerungen via Computer oder eingespielter Musik oder Erinnerungen, die durch hierfür designierte Themenverantwortliche durchgeführt wurden, um die Pflegenden daran zu erinnern die Patient_innen z. B. alle zwei Stunden zur Dekubitusprophylaxe umzulagern oder die Sturzprävention durchzuführen (Harmon et al. 2016; Piscotty & Kalisch 2014; Piscotty et al. 2015; Yap et al. 2013). Im Weiteren wurden multikomponente Interventionen entwickelt und getestet, um die Rate an nicht verabreichten Medikamenten zu reduzieren, wie ein dezentrales Einzeldosensystem in Kombination mit Edukation (Goldstein et al. 1982), ein Mehrkomponenten-Medikationssicherheitspaket (Graudins et al. 2015) und eine Mehrkomponentenintervention zur Reduzierung der nicht durchgeführten Thromboseprophylaxen (Baillie et al. 2015). Mit allen drei Interventionen konnte die Anzahl an nicht verabreichten Medikamenten, respektive Thromboseprophylaxen deutlich reduziert werden.

Weitere Interventionen, die bisher getestet wurden, sind ein Entscheidungsfindungsinstrument zur Einschätzung des Sturzrisikos und der erforderlichen Interventionen für dessen Reduktion, um so die Sturzprophylaxe zu verbessern (Lytle et al. 2015), ein standardisiertes Transferdokument, um den Umfang an nicht mitgeteilten, wichtigen Informationen bei Patient_innen, die von einer externen Pflegeeinrichtungen auf die Notfallstation überwiesen wurden, zu reduzieren (Terrell et al. 2005) oder ein Zweikomponentenpaket (Protokoll, designierte Pflegeperson), um den Anteil an nicht durchgeführten Präventionsmaßnahmen (Edukation, Beratung, Impfungen, Screening) in einer ambulanten Klinik zu reduzieren (Gittner et al. 2015). Auch mittels dieser Interventionen konnte der Umfang an unterlassener Pflege signifikant reduziert werden.

Weitere Interventionen, die aufgrund der Ergebnisse quantitativer und qualitativer Studien zu empfehlen sind:

- Investition in die Arbeitsumgebungsqualität, insbesondere in die Merkmale Angemessenheit der personellen und fachlichen Ressourcen, verfügbare Unterstützungsdienste für die Pflege, professionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit, Leadership des Pflegemanagements (Schubert et al. 2013)
- Förderung und Unterstützung des Patientensicherheitsklimas und Patientensicherheitskultur auf der institutionellen, Abteilungs- und Teamebene (Schubert et al. 2013)

- Unterstützung der Berufsanfänger_innen und der unerfahrenen Pflegepersonen mit geeigneten Maßnahmen, wie Ausbilderinnen oder erfahrene Pflegepersonen, die mit ihnen über einen definierten Zeitraum im Tandem arbeiten (Huebsch et al. 2017)
- Einbezug der Patient_innen/Bewohner_innen in die Priorisierungsentscheide, welche Maßnahmen angewendet/nicht angewendet werden, wenn die verfügbaren Ressourcen nicht für alle Maßnahmen ausreichen (Ausserhofer et al. 2014)
- Entwicklung und Implementation von Strategien, Regelungen und Maßnahmen, wie in Situationen vorgegangen wird, wenn die Ressourcen nicht ausreichen. Dazu gehören Arbeiten mit einem Ampelsystem, Nutzung eines Entscheidungsalgorithmus und Zusammenkommen des gesamten Teams, wenn eine Pflegende die rote Ampel «Arbeit kann nicht alleine bewältigt werden» setzt und gemeinsame Entscheidung, wie die Arbeiten umverteilt werden können (Schubert et al. 2014).

3. Diskussion

Den Gegenstand und die Bedeutung von Pflege hervorzuheben war lange und oft ein professionspolitisches Thema (DVP 2003), blieb aber vielfach entweder auf der Ebene von Einzelinterventionen oder theorieinspirierte Überzeugung (Fawcett 1998) und ist als Leistung der Berufsgruppe wenig empirisch belegt. Der bereits erwähnte Bericht des Institute of Medicine ‚To Err is Human‘ (Kohn et al. 2000) markiert eine Wende.

Die hohe Zahl an Todesfällen in Folge von Behandlungsfehlern führte zu umfangreichen Forschungen auch im Hinblick auf die Rolle und Bedeutung von pflegebezogenen Faktoren, um die Mechanismen, die zu den Todesfällen führten, besser zu verstehen. Ausgehend von den Todesfällen als Ergebnisindikator begab sich die Forschung auf die Suche nach Erklärungen für dieses desaströse Ergebnis. Auch die Bedeutung von Pflege wurde nun in großangelegten Studien empirisch untersucht. Als ein möglicher relevanter Faktor wurde zunächst die Bedeutung des Personalschlüssels (Anzahl Patient_innen und Anzahl Pflegende pro Schicht, Anzahl Patient_innen pro Pflegeperson) sowie der Qualifikation der pflegenden Personen im Hinblick auf die Patientenergebnisse untersucht. Sichtbar wurden signifikante Assoziationen zwischen der Ausstattung mit Pflege(fach)personen und unerwünschten Patientenergebnissen, wie ‚Mortalität‘ und ‚Tod in Folge einer Komplikation, der vermeidbar gewesen wäre‘. Die Bedeutung der Pflegepersonalausstattung für die Patientensicherheit wurde damit auf der Grundlage empirischer Daten offensichtlich. Weitgehend unklar blieb zunächst jedoch, welche von Pflegenden ausgehenden Handlungsweisen die Patientensicherheit gefährden. Dem durch Donabedian geprägten Verständnis eines Zusammenhangs von Struktur, Prozess und Ergebnis (Donabedian 1988) folgend, begann in einer neuen Forschungswelle die Suche nach der Bedeutung des spezifischen Pflegehandelns und der genaueren Bedeutung von rationierter/unterlassener Pflege für die Patientensicherheit. Im Verlauf konnten signifikante Assoziationen zwischen der Pflegepersonalausstattung, der rationierten/unterlassenen Pflege und potentiell negativen Patientenergebnissen belegt werden.

Allerdings bleibt die Komplexität des Phänomens rationierte/unterlassene Pflege aufgrund der Vielzahl von Einflussfaktoren mit reziproker Einflussnahme weiterhin eine große Herausforderung. Diese Vielzahl an reziproken Einflussfaktoren erschwert die Identifikation gezielter Interventionen zur Reduktion von rationierter/unterlassener Pflege. Entsprechend ist die Forschung zur Reduktion von rationierter/unterlassener Pflege wenig umfangreich. Mehrfach wurden die Effekte von Erinnerungssystemen untersucht. Hier bleibt unbeantwortet, welche Auswirkungen die Erinnerungssysteme, die eine spezielle Maßnahme fokussieren, für die Durchführung der anderen Aufgaben der Pflege haben. Aktuell beziehen sich diese Erinnerungssysteme auf die pflegetechnische Seite von Pflege. Welche Auswirkungen dies auf die Bereiche der Pflege hat, die sowieso schon am ehesten rationiert/unterlassen werden, ist nicht untersucht. Ausgehend von limitierter Zeit ist zu vermuten, dass die Erinnerung an die konsequente Durchführung pflegetechnischer Akte die Umsetzung der kommunikativen und planenden Aufgaben noch weiter reduzieren wird. Ebenfalls ist zu vermuten, dass diese Erinnerungssysteme auch den Prozess der Prioritätensetzung beeinflussen. Dies ist einerseits gewünscht. Die Erinnerungssysteme sollen ja gerade die Priorität für die ausgewählten Themen erhöhen. Andererseits ist ungeklärt, ob durch diese Verfahren der externen Priorisierung der komplexe Prozess der Entscheidungsfindung über diese spezifischen Situationen hinaus beeinflusst wird. Schon aktuell spielt im Pflegealltag die Erfahrung eine größere Rolle als evidenzbasiertes Wissen (Nibbelink & Brewer 2018). Es ist zu fragen, ob diese externen Vorgaben dazu beitragen, evidenzbasiertes Handeln vermehrt zu unterlassen und damit insgesamt gesehen die Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht erhöht, sondern möglicherweise sogar reduziert wird.

Die vorliegenden Studien bewegen sich zudem vielfach auf der Institutionsebene, selten auf Abteilungsebene, fast nie auf der Stationsebene. Bisher wurde eine Vielzahl von Einflussfaktoren identifiziert, die aber auf den einzelnen Abteilungen bzw. Stationen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Diese potentiellen Differenzen und damit evtl. verbundene Konsequenzen sind bislang kaum thematisiert.

Auch im Hinblick auf die Nutzung von ‚rationierter/unterlassener Pflege‘ als Indikator für die Bestimmung einer sicheren Personalausstattung zeigt sich die Beachtung der Komplexität der Versorgungssituation als bisher weitgehend ungelöste Aufgabe, denn die verschiedenen Instrumente, wie BERNCA (Schubert et al. 2007); QTDS (Poss et al. 2008); MISSCARE (Kalisch & Williams 2009) und dem Nursing Care Left Undone Instrument (IHOS und RN4Cast-Studie) (Aiken et al. 2002a; Sermeus et al. 2011) stützen sich jeweils auf Aussagen der Pflegepersonen und somit auf subjektive Einschätzungen. Der Versuch, in diesem Zusammenhang zu einer objektiven Daten- und Entscheidungsgrundlage zu kommen (Griffiths et al. 2018a), kann noch nicht überzeugen. Zwar ist die grundsätzliche Idee, die Pflegepersonalausstattung vom Patientenergebnis aus zu entwickeln, zielführend, denn sie knüpft konsequent an der Forderung nach ergebnisorientierter Steuerung an. In methodischer Hinsicht besteht hier aber weiterhin Entwicklungsbedarf. Alle Studien zur Untersuchung von rationierter/unterlassener Pflege weisen darauf hin, dass insbesondere die kommunikativen und

planenden Tätigkeiten der Pflege entfallen. Bisher gibt es keine Antwort darauf, wie diese bzw. deren Unterlassung objektiv erfasst werden können. Aus methodischer Perspektive ist die Suche nach objektiv messbaren Indikatoren nachvollziehbar, aber der bisherige Ansatz ist unbefriedigend. Die Wahl eines einzigen behandlungspflegerischen Parameters wie die Vitalzeichenkontrolle (Griffiths et al. 2018a) als Indikator

- bildet nur einen kleinen Teil von Pflege ab, der zudem noch medizinnah ist
- beinhaltet die Gefahr, dass die Unsichtbarkeit der kommunikativen, psychosozialen und planenden Aufgaben von Pflege gefestigt wird
- geht einher mit der Gefahr, dass die Erfüllung dieses Indikators fokussiert wird zu Lasten der z. B. psychosozialen Aufgaben von Pflege
- ist zu fokussiert, als dass er in der Lage wäre, auch nur einen Teil der Effekte wechselnder Einflussfaktoren verlässlich zurück zu spiegeln.

Patientensicherheit als Maßstab für die Pflegepersonalbesetzung meint zudem mehr, als nur die Vermeidung von unerwünschten Patientenergebnissen. Dies umfasst die Forderung, alle relevanten Bedürfnisse der Patient_innen im Rahmen einer qualitativ guten pflegerischen Versorgung in einem förderlichen Arbeitsumfeld zu erfüllen (ICN 2009). Aktuell ist die Forschung zu den Patientenergebnissen überwiegend auf die Perspektive der Professionellen fokussiert. Sehr selten wird die Sicht der Patient_innen zu Aspekten von Sicherheit untersucht. Eine Recherche bei PubMed mit den Begriffen „Patient Safety“ [Mesh] AND „Patient Preference“ [Mesh] führt ohne jeglichen Filter zu 50 Treffern, die ganz überwiegend entweder im Bereich der Palliativversorgung angesiedelt sind oder sich auf einzelne Behandlungen beziehen. Eine Einschränkung auf ‚systematische Reviews‘ führt zu 0 Treffern. Hier zeigt sich eine erhebliche Lücke, die nahelegt, dass der Ansatz der patientenzentrierten Versorgung grundsätzlich (Clarke et al. 2017) und unter Bezug zu rationierter/unterlassener Pflege im Bereich der Forschung dringend mehr Aufmerksamkeit benötigt.

4. Schlussfolgerungen

Die bisherige Forschung zur rationierten/unterlassenen Pflege hat vielfältige Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalausstattung, dem pflegerischen Handeln und den Patientenergebnissen aufgedeckt. Um diese Erkenntnisse fruchtbar zu machen, bedarf es weiterer Forschung. Dies betrifft gleichermaßen die Suche nach und Entwicklung von geeigneten Interventionen, um die Rationierung/Unterlassung von Pflege zu reduzieren, wie die Nutzung von rationierter/unterlassener Pflege als Indikator für die Pflegepersonalausstattung.

Forschung zur Entwicklung von gezielten Interventionen sollte deshalb folgende Themen aufnehmen:

- Untersuchung der Wirkungen/Auswirkungen von Erinnerungssystemen auf den Prozess der Prioritätensetzung sowie auf die nicht durch diese Systeme fokussierten Maßnahmen

- Einbezug der Patient_innen/Bewohner_innen in die Priorisierungsentscheide und Vergleich der so getroffenen Entscheidungen mit denen, in welche diese nicht einbezogen wurden
- Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von Strategien und Maßnahmen zur Förderung und Unterstützung des Patientensicherheitsklimas auf der institutionellen-, Stations- und Teamebene sowie der Arbeitsumgebungsqualität, spezifisch hinsichtlich rationierter/unterlassener Pflege
- Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von unterstützenden Strategien, Regelungen und Maßnahmen, wie in Situationen vorgegangen wird, wenn die Ressourcen für die Durchführung aller notwendiger Maßnahmen nicht ausreichen, z. B. Arbeiten mit einem Ampelsystem und Entscheidungsalgorithmus
- Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von Methoden, um die Kompetenzentwicklung zur Prioritätensetzung zu fördern und zu unterstützen.

Forschung zur Indikatorentwicklung für die sichere Ausstattung mit Pflegepersonen sollte abzielen auf die Entwicklung

- objektiver Verfahren, die es ermöglichen auch die psychosoziale Seite der Pflege abzubilden
- von Indikatoren und Messverfahren, die schnell reagieren und auch auf Stationsebene eingesetzt werden können
- von Indikatoren und Messverfahren, die die Pflege in relevanter Breite abbilden, um eine durch die Messungen bedingte Verschiebung von Aufmerksamkeit und evtl. Ressourcen zu vermeiden.

Literatur

- AHRQ/AfHRaQ (2015): About TeamSTEPS. <URL: <http://www.ahrq.gov/teamsteps/about-teams-tepps/index.html>.> [Stand 2019-04-17]
- Aiken, L.H./Clarke, S.P./Cheung, R.B./Sloane, D.M./Silber, J.H. (2003): Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. In: *Jama* 290, 1617-1623.
- Aiken, L.H./Clarke, S.P./Sloane, D.M. (2000): Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? In: *J Nurs Adm* 30, 457-465
- Aiken, L.H./Clarke, S.P./Sloane, D.M. (2002a): Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. In: *Nurs Outlook* 50, 187-194
- Aiken, L.H./Clarke, S.P./Sloane, D.M./Sochalski, J./Silber, J.H. (2002b): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. In: *Jama* 288, 1987-1993
- Aiken, L.H./Clarke, S.P./Sloane, D.M./Sochalski, J.A./Busse, R./Clarke, H./Giovannetti, P./Hunt, J./Rafferty, A.M./Shamian, J. (2001): Nurses' reports on hospital care in five countries. In: *Health Aff (Millwood)* 20, 43-53
- Aiken, L.H./Patrician, P.A. (2000): Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. In: *Nurs Res* 49, 146-153
- Aiken, L.H./Sloane, D./Griffiths, P./Rafferty, A.M./Bruyneel, L./McHugh, M./Maier, C.B./Moreno-Casbas, T./Ball, J.E./Ausserhofer, D./Sermeus, W. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In: *BMJ quality & safety* 26, 559-568

- Aiken, L.H./Sloane, D.M./Bruyneel, L./Van den Heede, K./Griffiths, P./Busse, R./Diomidous, M./Kinnunen, J./Kozka, M./Lesaffre, E./McHugh, M.D./Moreno-Casbas, M.T./Rafferty, A.M./Schwendimann, R./Scott, P.A./Tishelman, C./van Achterberg, T./Sermeus, W./consortium RC. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *Lancet* 383, 1824-1830
- Ausserhofer, D./Zander, B./Busse, R./Schubert, M./De Geest, S./Rafferty, A.M./Ball, J., Scott A, Kinnunen J, Heinen M, Sjetne IS, Moreno-Casbas T, Kozka M, Lindqvist R./Diomidous, M./Bruyneel, L./Sermeus, W./Aiken, L.H./Schwendimann, R./consortium RC. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. In: *BMJ Qual Saf* 23, 126-135
- Baillie, C.A./Guevara, J.P./Boston, R.C./Hecht, T.E. (2015): A unit-based intervention aimed at improving patient adherence to pharmacological thromboprophylaxis. In: *BMJ Qual Saf* 24, 654-660
- Ball, J.E./Bruyneel, L./Aiken, L.H./Sermeus, W./Sloane, D.M./Rafferty, A.M./Lindqvist, R./Tishelman, C./Griffiths, P. (2018): Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. In: *Int J Nurs Stud* 78, 10-15
- Ball, J.E./Murrells, T./Rafferty, A.M./Morrow, E./Griffiths, P. (2014): 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf* 223, 116-125
- Baumberger, D./Kuehne, G./Hieber, S. (2007): LEP Making nurse' work visible LEP Nursing 3.3. St. Gallen Switzerland: LEP-AG; 1-10
- BMFSFJ (1998): Verordnung über personelle Anforderungen für Heime. Heimpersonalverordnung - HeimPersV. Bundesgesetzblatt Teil I Deutschland Bundesministerium für Familie und Senioren
- BMG (2018): Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung Bundesgesetzblatt Teil I. Deutschland Bundesministerium für Gesundheit 1-14
- Bragadottir, H./Kalisch, B.J./Tryggvadottir, G.B. (2017): Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. In: *J Clin Nurs* 26, 1524-1534
- Chapman, R./Rahman, A./Courtney, M./Chalmers, C. (2017): Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. In: *J Clin Nurs* 26, 170-181
- Cho, S.H./Kim, Y.S./Yeon, K.N./You, S.J./Lee I.D. (2015): Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. In: *Int Nurs Rev* 62, 267-274
- Clarke, S./Ells, C./Thombs, B.D./Clarke, D. (2017): Defining elements of patient-centered care for therapeutic relationships: a literature review of common themes. In: *Eur J Pers Cent Health* 5, 362-372
- Clarke, S.P./Aiken, L.H. (2003): Failure to rescue. In: *Am J Nurs* 103, 42-47.
- Desmedt, M./De Geest, S./Schubert, M./Schwendimann, R./Ausserhofer, D. (2012): A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. In: *Swiss Med Wkly* 142, w13733
- Donabedian, A. (1988): The quality of care. How can it be assessed? In: *Jama* 260, 1743-1748.
- Drach-Zahavy, A./Srulovici, E. (2019): The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. In: *J Adv Nurs* 75, 368-379
- DVP (2003): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung Frankfurt/M.: Mabuse.: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. .
- Fawcett, J. (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Bern: Hans Huber
- Friese, C.R./Kalisch, B.J./Lee, K.H. (2013): Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. In: *Cancer Nurs* 36, E51-E57
- Gittner, L.S./Husaini, B.A./Hull, P.C./Emerson, J.S./Tropez-Sims, S./Reece, M.C./Zoorob, R./Levine, R.S. (2015): Use of Six Sigma for eliminating missed opportunities for prevention services. In: *J Nurs Care Qual* 30, 254-260
- Goldstein, M.S./Cohen, M.R./Black, M. (1982): A method for monitoring medication omission error rates. In: *Hosp Pharm* 17, 310-312
- Graudins, L.V./Ingram, C./Smith, B.T./Ewing, W.J./Vandevreede, M. (2015): Multicentre study to develop a medication safety package for decreasing inpatient harm from omission of time-critical medications. In: *Int J Qual Health Care* 27, 67-74

- Griffiths, P./Ball, J./Bloor, K./Bohning, D./Briggs, J./Dall’Ora, C./Iongh, A.D./Jones, J./Kovacs, C./Maruotti, A./Meredith, P./Prytherch, D./Saucedo, A.R./Redfern, O./Schmidt, P./Sinden, N./Smith, G. (2018a): Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. Health Services and Delivery Research. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 1-152
- Griffiths, P./Recio-Saucedo, A./Dall’Ora, C./Briggs, J./Maruotti, A./Meredith, P./Smith, G.B./Ball, J. (2018b): The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. In: *J Adv Nurs* 74, 1474-1487
- Harmon, L.C./Grobbe, C./Palleschi, M. (2016): Reducing Pressure Injury Incidence Using a Turn Team Assignment: Analysis of a Quality Improvement Project. In: *J Wound Ostomy Continence Nurs* 43, 477-482
- Hendry, C./Walker, A. (2004): Priority setting in clinical nursing practice: literature review. In: *J Adv Nurs* 47, 427-436
- Hessels, A.J./Paliwal, M./Weaver, S.H./Siddiqui, D./Wurmser, T.A. (2018): Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. In: *J Nurs Care Qual*
- Huebsch, C./Spirig, R./Schubert, M. (2017): What shall i do first?“ Priority setting in clinical practice from the perspective of newly graduated nurses – a qualitative study [„Was mache ich als Erstes?“ Prioritätensetzung im Pflegealltag aus der Sicht kürzlich diplomierter Pflegenden – eine qualitative Studie]. In: *QuPub*; 4, 33-40
- ICN/ICoN (2009): Evidence-based safe nurse staffing. Geneva: International Council of Nurses ICN; 1-7
- Kalisch, B.J./Gosselin, K./Choi, S.H. (2012): A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. In: *Health Care Manage Rev* 37, 320-328
- Kalisch, B.J./Landstrom, G.L./Hinshaw, A.S. (2009): Missed nursing care: a concept analysis. In: *J Adv Nurs* 65, 1509-1517
- Kalisch, B.J./Williams, R.A. (2009): Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. In: *J Nurs Adm* 39, 211-219
- Kalisch, B.J./Xie, B. (2014): Errors of Omission: Missed Nursing Care. In: *West J Nurs Res* 36, 875-890
- Kalisch, B.J./Xie, B./Ronis, D.L. (2013): Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. In: *Nurs Res*; 62, 405-413
- Kohler, S./Schubert, M./Koppitz, A. (2017): Priority Setting of Intesiv Care Specialists [Prioritätensetzen von Intensivpflegenden]. In: *Pflegewissenschaft*, 173-179
- Kohn, L.T./Corrigan, J./Donaldson, M./America CoQoHCi. (2000): To Err is Human: Building a Safer Health System Washington DC 20001: Institute of Medicine
- Kutney-Lee, A./Stimpfel, A.W./Sloane, D.M./Cimiotti, J.P./Quinn, L.W./Aiken, L.H. (2015): Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. In: *Med Care* 53, 550-557
- Lake, E.T./Friese, C.R. (2006): Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. In: *Nurs Res* 55, 1-9
- LEP-AG (2019): Methode zur Dokumentation und Auswertung von Leistungen im Gesundheitswesen. <www.lep.ch.> [Stand 2019-04-17]
- Lucero, R.J./Lake, E.T./Aiken, L.H. (2009): Variations in nursing care quality across hospitals. In: *J Adv Nurs* 65, 2299-2310
- Lytle, K.S./Short, N.M./Richesson, R.L./Horvath, M.M. (2015): Clinical Decision Support for Nurses: A Fall Risk and Prevention Example. In: *Comput Inform Nurs* 33, 530-537; quiz E531
- Morin, D./Leblanc, N. (2005): Less money, less care: how nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. In: *Int J Nurs Pract* 11, 214-220
- Nibbelink, C.W./Brewer, B.B. (2018): Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. In: *J Clin Nurs* 27, 917-928
- Papastavrou, E./Andreou, P./Tsangari, H./Schubert, M./De Geest, S. (2014): Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. In: *Clin Nurs Res* 23, 314-335

- Piscotty, R.J./Kalisch, B. (2014): The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care. *Computers, informatics, nursing*; In: *CIN* 32, 475-481
- Piscotty, R.J./Kalisch, B./Gracey-Thomas, A. Yarandi, H. (2015): Electronic nursing care reminders: implications for nursing leaders. In: *J Nurs Adm* 45, 239-242
- Poss, J.W./Hirdes, J.P./Fries, B.E./McKillop, I./Chase, M. (2008): Validation of Resource Utilization Groups version III for Home Care (RUG-III/HC): evidence from a Canadian home care jurisdiction. *Medical care*; 46: 380-387
- Rafferty, A.M./Clarke, S.P./Coles, J./Ball, J./James, P./McKee, M./Aiken, L.H. (2007): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *Int J Nurs Stud* 44, 175-182
- Schubert, M./Ausserhofer, D./Desmedt, M./Schwendimann, R./Lesaffre, E./Li, B./De Geest, S. (2013): Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—a cross sectional study. In: *Int J Nurs Stud* 50, 230-239
- Schubert, M./Glass, T.R./Clarke, S.P./Aiken, L.H./Schaffert-Witvliet, B./Sloane, D.M./De Geest, S. (2008): Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. In: *Int J Qual Health Care* 20, 227-237
- Schubert, M./Glass, T.R./Clarke, S.P./Schaffert-Witvliet, B./De Geest, S. (2007): Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. In: *Nurs Res* 56, 416-424.
- Schubert, M./Ploetz, T./Berlepsch-Schreiner, H./Frohlich, M.R./Adomeit, P./Huebsch, C./Boden, K. (2014): Projekt Prioritätensetzung in der Pflege: Entscheidungsfindungsalgorithmus und Monitoringssystem für strukturierte, autonome Priorisierungsentscheide University Hospital Zurich
- Sermes, W./Aiken, L.H./Van den Heede, K./Rafferty, A.M./Griffiths, P./Moreno-Casbas, M.T./Busse, R./Lindqvist, R./Scott, A.P./Bruyneel, L./Brzostek, T./Kinnunen, J./Schubert, M./Schoonhoven, L./Zikos, D./Rn4cast RC. (2011): Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. In: *BMC Nurs* 10, 6
- Simon, M./Mehmecke, S. (2017): Nurse-to-Patient Ratios, Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. *Forschungs-Förderung*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung; 1-156
- Skirbekk, H./Hem, M.H./Nortvedt, P. (2018): Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. In: *Nurs Ethics* 25, 746-759
- Srulovici, E./Drach-Zahavy, A. (2017): Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. In: *Int J Nurs Stud* 75, 163-171
- Terrell, K.M./Brizendine, E.J./Bean, W.F./Giles, B.K./Davidson, J.R./Evers, S./Stier, P.A./Cordell, W.H. (2005): An extended care facility-to-emergency department transfer form improves communication. In: *Acad Emerg Med* 12, 114-118
- Upenieks, V.V. (2003): The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. In: *Health Care Manag (Frederick)* 22, 83-98
- Van Bogaert, P./Clarke, S./Vermeyen, K./Meulemans, H./Van de Heyning, P. (2009): Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. In: *Int J Nurs Stud* 46, 54-64
- Van Fosson, C.A./Jones, T.L./Yoder, L.H. (2016): Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. In: *Nursing outlook* 64, 124-136
- Yap, T.L./Kennerly, S.M./Simmons, M.R./Buncher, C.R./Miller, E./Kim, J./Yap, W.Y. (2013): Multidimensional team-based intervention using musical cues to reduce odds of facility-acquired pressure ulcers in long-term care: a paired randomized intervention study. In: *J Am Geriatr Soc* 61, 1552-1559

Die Autorinnen geben an, dass keinerlei Interessenkonflikt besteht.

Prof. Dr. phil. Renate Stemmer

Katholische Hochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Saarstr. 3, D-55122 Mainz, renete.stemmer@kh-mz.de (Korrespondenz)

Prof. Dr. Maria Schubert

ZHAW Gesundheit, Institut für Pflege, Technikumstrasse 81, CH-8400 Winterthur, maria.schubert@zhaw.ch

This article is based upon work from COST Action RANCARE CA15208, supported by COST (European Cooperation in Science and Technology).

ACKNOWLEDGEMENTS: *RANCARE Consortium COST Action – CA 15208: Evridiki Papastavrou (Cyprus, Cyprus University of Technology) (Chair, COST Action RANCARE CA 15208)

Agripina Rasch (Romania, University of Medicine and Pharmacy Carol Davila); Alannah Meyer (Eastern Institute of Technology); Alvisa Palese, (Italy, Udine University); Amanda Phelan (Ireland, University College Dublin, School of Nursing, Midwifery & Health Systems); Anat Drach-Zahavy (Israel, University of Haifa); Anne Scott (Ireland, National University of Ireland, Galway); Christian Rochefort (Canada, University of Shebrook); Christophe Baret (France, CNRS, LEST); Chryssoula Lemonioui (Greece, University of Athens); Cedric Mabire (Switzerland, University of Lausanne); Clare Harvey (Australia, CQ University Australia); Cristobal Rengel Diaz (Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Malaga, Campus Universitario de Teatinos); Darijana Antonic (Bosnia & Herzegovina, Public Health Institute, Banja Luka, Republic of Srpska); Darja Jarosova (Czech Republic, University of Ostrava); Dietmar Ausserhofer (Italy, Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana); Eileen Willis (Australia, Flinders University); Elena Gurkova (Slovakia, University of Presov); Elisabeth Patiraki (Greece, University of Athens); Erna Tichelaar (Netherlands, Windesheim University of Applied Sciences); Evridiki Papastavrou (Cyprus, Cyprus University of Technology) (Action Chair); Fatiha Mezi (France, Faculty of Medecine, Marseille); Fedor Lehocki (Bratislava, Slovak University of Technology); Georgios Eftathiou (Cyprus, Cyprus University of Technology); Helen Bosch-Leertouwer (Netherlands, Windesheim University of Applied Sciences); Helena Leino-Kilpi (Finland, University of Turku); Helga Bragadottir (University of Iceland, Iceland); Inga Millere (Riga Stradins University, Latvia); Ingibjorg Hjaltadottir (Iceland, University of Iceland); Ivana Prga (Croatia, Andrija Stampar Teaching Institute of Public Health); Izabella Uchmanowicz (Poland, Wroclaw Medical University); Jasminka Vuckovic (Bosnia & Herzegovina, Ministry of Health and Social Welfare Republic of Srpska); Joanna Gotlib (Poland, Medical University of Warsaw); Jonathan Sibley (New Zealand, Taradale Business); Karin Christiansen (Denmark, VIA University College); Kasia Bail (Australia, University of Canberra); Katina Pavloska (FYR Macedonia, Institute for mental health for children and youth); Kristin Halovsen (Norway, Oslo and Akershus University College Applied Sciences); Liana Deklava (Latvia, Riga Stradins University); Lily Xiao (Australia, Flinders University); Luisa Toffoli (Australia, University of South Australia); Luk Bruyneel (Belgium, Katholieke Universiteit Leuven); Marcel Leppée (Croatia, Institute for Healthy Ageing, Slovenska); Marcia Kirwan (Ireland, Dublin City University, School of Nursing and Human Sciences); Mario Amorim Lopes (Portugal, INESC-TEC); Michael Simon (Switzerland, University of Basel); Monika Habermann (Germany, Hochschule Bremen Neustadtswall); Olga Riklikiene (Lithuania, Lithuanian University of Health Sciences); Panayiota Andreou (Cyprus, Cyprus University of Technology); Paraschiva Postolache (Romania, "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy of Iasi); Patti Hamilton (USA, Texas Woman's University); Pilan Fuster (Spain, Universitat Internacional de Catalunya); Raphaela Kane (UK, Liverpool John Moore University); Raul Cordeiro (Portugal, Instituto Politecnico de Portalegre); Renáta Zeleníková (Czech Republic, University of Ostrava); Riitta Suhonen (Finland, University of Turku); R t a iutien (Lithuania, Kaunas University of Technology); Saima Hino (Estonia, Tartu Health Care College); Sigal Ezra (Israel, Sheba Hospital, Sheba Medical Center); Siri Tonnessen (Norway, University College of Southeast Norway); Suzanne Dhaini (Lebanon, American University of Beirut); Tatjana Zorcec (FYR Macedonia, University Children's Hospital Faculty of Medicine University of Skopje); Terry Jones (USA, The University of Texas at Austin); Walter Sermeus (Belgium, Leuven Institute for Healthcare).

Claudia B. Maier, Julia Köppen, Matthias Naegele, Barbara Strohbücker

Skill-mix, Rationierung und Qualität in der Pflege: Forschungsstand international und Situation in Deutschland mit Schwerpunkt Onkologie

Skill-mix, rationed care and quality of nursing care: the state of international research and the situation in Germany with a focus on oncology

Against the backdrop of a nursing shortage in Germany and the increase in academic programs in nursing, the question arises, what an optimal skill-mix entails. However, this topic has hardly been discussed in Germany, neither for nursing teams nor at the interface between nursing and medicine. International research shows that teams with a higher level of qualification (e.g. proportion of Bachelor's degree vs. professional nurses vs. nursing assistants) are associated with improved patient outcomes. There is insufficient evidence with regards to the effects of increased staffing levels of nursing assistants; this also concerns the question to which extent rationed care is influenced by skill-mix changes. Individual factors, such as work experience, may have an impact, but to date, research has been scarce. In Germany, nurses with continuing education and a university degree report that they are largely responsible for the same tasks than nurses without further education. This indicates that the skill-mix is not optimally shared within teams. Internationally, the skill-mix and interprofessional collaboration (nursing and medicine) has changed significantly in recent years, for example, through Advanced Practice Nurses (APN) and specialized nurses who prescribe medications in oncology. In Germany, at individual hospitals, a task redistribution has taken place in a delegated model, for instance administering cytostatics by nurses with additional training. Effective implementation of these complex changes in teams should be accompanied by clearly defined frameworks, job profiles, standardized training and for the benefits to patients.

Keywords

Skill-mix, grade mix, nursing, rationed care, quality, oncology

Vor dem Hintergrund des Pflegefachkräftemangels und mit der Zunahme der Pflegestudiengänge in Deutschland stellt sich die Frage, wie ein optimaler skill-mix aussehen kann. Das Thema wurde jedoch bisher kaum in Deutschland diskutiert, weder für Pflegeteams noch an der Schnittstelle Pflege und Medizin. Die internationale Forschung zeigt, dass Teams mit einem höheren Qualifikationsniveau (bspw. Anteil Bachelorabschluss vs. Pflegefachpersonen vs. Hilfskräfte) mit verbesserten Patientenergebnissen assoziiert sind. Die Studienlage zu einem vermehrten Einstellen von Hilfskräften ist bisher unzureichend, dies betrifft auch die Frage, inwieweit das Auftreten rationierter Tätigkeiten durch

eingereicht 11.06.2019

akzeptiert 22.08.2019

Veränderungen im skill-mix beeinflusst wird. Individuelle Faktoren, wie die Arbeitserfahrung, könnten einen Einfluss haben, wurden bisher jedoch wenig beforscht. In Deutschland geben Pflegefachpersonen mit Weiterbildung und Hochschulabschluss an, dass sie weitestgehend dieselben Aufgaben in der Pflege übernehmen wie Pflegefachpersonen ohne Weiterbildung. Dies deutet darauf hin, dass der skill-mix nicht optimal innerhalb von Teams aufgeteilt ist. International hat sich der skill-mix und die interprofessionelle Zusammenarbeit (Pflege und Medizin) in den letzten Jahren erheblich verändert, bspw. durch Pflegeexperten APN (Advanced Practice Nurses) und spezialisierte Pflegefachpersonen, die in der Onkologie Medikamente verschreiben. In Deutschland findet auch, wenngleich an einzelnen Kliniken, eine Aufgabenneuverteilung statt, wie bspw. die Zytostatika-Applikation durch Pflegefachpersonen mit Weiterbildung in einem Delegationsmodell. Eine effektive Umsetzung dieser komplexen Veränderungen in Teams sollte durch klar definierte Rahmenbedingungen, Tätigkeitsprofile, standardisierte Weiterbildung und mit einem unmittelbaren Nutzen für die Patientinnen und Patienten verbunden sein.

Schlüsselwörter

Skill-mix, Qualifikationsmix, Pflege, Qualität, rationierte Tätigkeiten, Onkologie

1. Einleitung

Die Pflegeberufe in Deutschland unterliegen einem zunehmenden Wandel. Dieser ist geprägt von einer erhöhten Spezialisierung, Akademisierung und gleichzeitig einer größeren Ausdifferenzierung der Kompetenzen und Qualifikationen. Pflegefachpersonen benötigen eine Reihe von unterschiedlichen, teils höchst spezialisierten Fähigkeiten, Wissen und soziale Kompetenzen, um den Anforderungen an den Beruf gerecht zu werden. International wird diesbezüglich von Veränderungen im skill-mix¹ gesprochen. Die Zunahme der Bachelor- und Masterstudiengänge in der Pflege in Deutschland hat zu einer vermehrten Akademisierung der Profession und Veränderungen in den Kompetenzen der Pflegefachpersonen geführt (Darmann-Fink & Reuschenbach 2018; Kälble 2013). Gleichzeitig hat sich, v. a. in Alten- und Pflegeheimen, der Anteil der Pflegehelfer und Altenpflegehelfer in den letzten Jahren in Deutschland erhöht (Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung 2019), was zu weniger spezialisierten Kompetenzen in Teams führt. Diese Entwicklungen finden vor dem Hintergrund eines breit diskutierten Fachkräftemangels in der Pflege statt (ibid.). Die Frage ist, wie der skill-mix in Teams aussehen soll und welche Auswirkungen dieser auf die Qualität der Pflege hat.

Veränderungen im skill-mix in der Pflege sowie in interprofessionellen Teams wird im internationalen Kontext bereits seit geraumer Zeit diskutiert, auch in Hinblick auf die Qualität der Versorgung (Needleman 2017; Bourgeault et al. 2008; Buchan & Dal Poz 2002). In Deutschland ist dieses Thema bisher weniger häufig aufgegriffen worden. Hier überwiegt der Diskurs zur Pflegepersonalsituation und zum Fachkräftemangel. Veränderungen im skill-mix in Teams haben jedoch vor dem Hintergrund des Pflegeberufereformgesetzes und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

1 Übersetzung (Anm. Autoren): Kompetenz-Mix bzw. Mix der Fertigkeiten

für Deutschland gegenwärtig eine hohe Relevanz (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) 2018; Bundesregierung 2017). Das Pflegeberufereformgesetz überführt ab 2020 die hochschulische Ausbildung in der Pflege erstmalig in den Regelbetrieb, was den Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit erweiterten Kompetenzen in Zukunft voraussichtlich noch erhöhen wird. Die 2018 PpUGV legte den Anteil der Pflegefachpersonen und Pflegehelfer pro Patient und Schicht für derzeit vier Krankenhausbereiche fest (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie), jedoch gibt es bisher keine aussagekräftige Evidenz für Deutschland.

Dieser Artikel hat zum Ziel, einen umfassenden Überblick über das Thema skill-mix, rationierte Tätigkeiten und Patientenoutcomes zu geben. Dafür werden die internationalen Entwicklungen und Definitionen zum skill-mix in der Pflege aufgezeigt und diesbezüglich der Forschungsstand zur Qualität der Versorgung zusammengefasst. Darüber hinaus wird die Situation für Deutschland allgemein und die Umsetzung in die Praxis in der Onkologie – anhand des Beispiels Zytostatika-Applikation von Pflegefachpersonen - beschrieben. Die Onkologie wurde als einer der pflege- und therapieintensiven Krankenhausbereiche ausgewählt, in dem der Grad der Spezialisierung in der Pflege in den letzten Jahren zugenommen hat.

2. Definitionen

Der Begriff ‚skill-mix‘ ist in der internationalen Literatur weit verbreitet. Er wird definiert als „Kompetenzen, Tätigkeiten oder Fertigkeiten“ für die Ausübung von Aufgaben, bspw. in der klinischen Pflege (Buchan & Dal Poz 2002) (s. Tabelle 1). Darüber hinaus wird der Begriff Qualifikationsmix verwendet, der sich auf die Abschlüsse in der Pflege bezieht. In der Literatur besteht oftmals eine fehlende Trennschärfe zwischen den zwei Begriffen. Die individuellen Tätigkeiten, Fertigkeiten und Fähigkeiten hängen von der Art der Ausbildung und deren Curricula ab, d. h. es gibt einen engen Zusammenhang. Aber auch andere Faktoren, die nicht von der Qualifikation abhängen, spielen eine Rolle, wie bspw. die Arbeitserfahrung und individuelle Fähigkeiten. Skill-mix wird international oftmals als Oberbegriff für die Tätigkeiten, Fähigkeiten und Qualifikationen innerhalb einzelner Berufsgruppen (intraprofessionelles skill-mix) und zunehmend auch über Berufsgruppen hinweg (interprofessionelles skill-mix) verwendet. Daran anschließend wird der Begriff skill-mix als Oberbegriff verwendet. Wenn jedoch in bspw. empirischen Studien ausschließlich das Qualifikationsniveau erhoben wurde, wird der Begriff Qualifikationsmix verwendet.

Generell gibt es zwei Strategien, um den skill-mix innerhalb von Pflgeteams zu verändern: zum einen ein Trend zu Teams mit erhöhter Spezialisierung in der Pflege sowie in interprofessionellen Teams (spezialisierte Kompetenzmix, engl. upskilling), und ein gegenläufiger Trend der mit einer Reduktion der Spezialisierung in Teams einhergeht (weniger spezialisierte Kompetenzmix, downskilling) (Abbildung 1). Die erstere Strategie wird dabei oftmals sich verändernden Versorgungssituationen und -kontexten gerecht, v. a. aufgrund neuer, hochspezialisierter Therapien und Behandlungsme-

Skill-mix		Qualifikationsmix	
Definition	Beispiele	Definition	Beispiele
„Kombination von Tätigkeiten oder Fertigkeiten, die für jede Aufgabe innerhalb einer Organisation benötigt wird“ ² (Buchan & Dal Poz 2002)	-Intraprofessionell: Ausdifferenzierung der Tätigkeiten innerhalb von Pflegeteams nach Kompetenzen und Komplexität, u.a. abgebildet durch verschiedene Qualifikationsniveaus in der Pflege -Interprofessionell: Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen oder zwischen Pflege und anderen Berufsgruppen	„Qualifikationsmix bezieht sich auf den Anteil der verschiedenen Pflegequalifikationen“ und -niveaus (Butler et al. 2011) bzw. Qualifikationen über verschiedene Berufsgruppen hinweg (Buchan & Dal Poz 2002; Sibbald et al. 2004; Buchan & Dal Poz 2002)	-Intraprofessionell: Teamzusammensetzung nach Qualifikation, u.a. Anzahl und Verhältnis von Pflegeexperten APN, Bachelor of Nursing (BScN), Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte -Interprofessionell: Teams: Anzahl Ärzte, Pflegefachpersonen, und andere Berufsgruppen

Tab. 1: Skill-mix: Definitionen und Beispiele
Quellen: s. Tabelle

thoden und neuer technologischer Entwicklungen. Letztere Strategie wird entweder aufgrund von Kosteneinsparungen oder als – kurzfristige – Antwort auf einen existierenden Fachkräftemangel in Erwägung gezogen. Beispiele für eine vermehrte Spezialisierung in Teams erfolgt bspw. durch das Einstellen von Pflegeexperten APN oder einem höheren Anteil von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in Pflegeteams. Ein Beispiel für eine verringerte Spezialisierung in Teams ist die vermehrte Einstellung von Pflegehelfern, Hilfs- oder Servicekräften, die durch eine kürzere Ausbildung über weniger spezialisiertes Wissen und pflegerische Kompetenzen verfügen. Veränderungen über Gesundheitsberufe hinweg (interprofessioneller skill-mix) umfassen bspw. die zusätzliche Einstellung von Pflegeexperten APN, wenn diese teils medizinische Aufgaben übernehmen, was zu Veränderungen in der interprofessionellen Aufgabenverteilung führt.

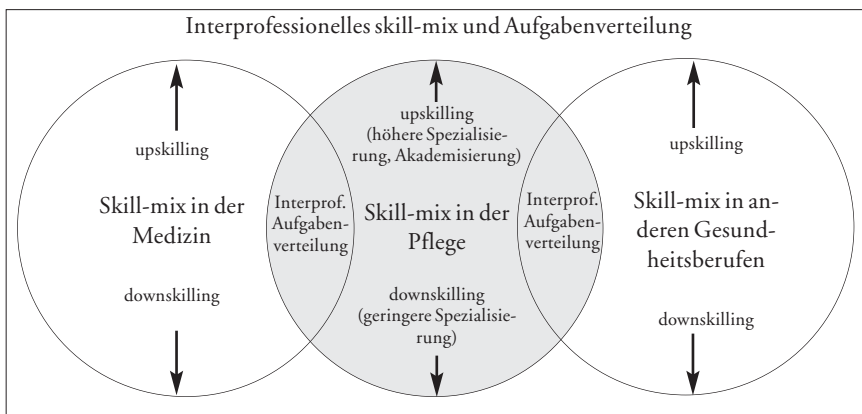


Abb. 1: Skill-mix in der Pflege, Medizin und benachbarten Gesundheitsberufen
Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an (Sibbald et al. 2004; Buchan & Dal Poz 2002)

2 Übersetzung durch die Autoren

Die Frage stellt sich in diesem Kontext, wie der Stand der Forschung zu den zwei skill-mix Strategien und daraus resultierenden Modellen der Personalzusammensetzung zu bewerten ist. Die Forschung hierzu bezieht sich v. a. auf die Qualität der Pflege und Patientensicherheit. In diesem Zusammenhang ist der skill-mix eines Teams eng mit der Pflegepersonalbesetzung (d. h. der Anzahl der Pflegekräfte auf Station bzw. in einer Schicht) verbunden (Aiken et al. 2017; Aiken et al. 2014).

Um den Stand der Forschung zu skill-mix darzustellen, wurde eine umfassende Literaturrecherche in Medline/Pubmed und Google Scholar (deutsch/englisch) durchgeführt, es handelt sich jedoch nicht um eine systematische Überblicksarbeit. Es wurden die Suchbegriffe ‚skill-mix‘, ‚grade-mix‘, ‚Qualifikationsmix‘, ‚upskilling‘, ‚downskilling‘, ‚delegation‘, ‚substitution‘, sowie ‚outcomes‘, ‚rationed care‘, ‚missed care‘ in Kombination mit Booleschen Operatoren (AND/OR) verwendet. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

3. Forschungsstand zu skill-mix, klinischen Tätigkeiten und Auswirkungen auf die Qualität der Pflege

Zum Thema skill-mix und Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung existieren bislang mehrere empirische Studien, die v. a. aus den USA, Australien und Großbritannien stammen (Hegney et al. 2019; Griffiths et al. 2018; Aiken et al. 2017; Staggs et al. 2017; Ball et al. 2016; Castner et al. 2015; Aiken et al. 2014). Es wird der Frage nachgegangen, ob Veränderungen im skill-mix Auswirkungen auf die Qualität und auf die Ausübung von Pflege Tätigkeiten haben. Darüber hinaus wird die Forschungslage zu Pflege Tätigkeiten in Bezug auf „rationierte“ Tätigkeiten zusammengefasst, d. h. pflegerische Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitdruck oder anderen Faktoren nicht von Pflegefachpersonen durchgeführt werden können. Es wird unterschieden in skill-mix Strategien und Maßnahmen mit dem Ziel einer erhöhten Spezialisierung sowie einer geringeren Spezialisierung in der Pflege und Veränderungen in der Aufgabenteilung zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten.

3.1 Skill-mix Veränderungen Intraprofessionell: Qualität der Versorgung und Patientenoutcomes

In der europäischen RN4CAST Studie wurden verschiedene skill-mix Modelle in der Pflege in Akutkrankenhäusern analysiert, wobei als Proxy Veränderungen in drei Qualifikationsniveaus untersucht wurden: Veränderungen im Anteil von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss, Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte. Die Analysen zeigten, dass Teams mit höheren Qualifikationsniveaus zu einer verbesserten Qualität der Versorgung, Patientensicherheit und einer geringeren Mortalität führen können (s. Tabelle 2) (Aiken et al. 2017; Aiken et al. 2014).

In einer Studie in den USA war ein höherer Anteil von Pflegefachpersonen auf Station (upskilling) mit einer Verringerung von rationierten Tätigkeiten assoziiert, neben

<i>Skill-Mix Veränderungen (Zunahme der Spezialisierung)</i>	<i>Ergebnisse</i>	<i>Details zu den Studien</i>
Skill-mix Modell 1 (Bachelor): höherer Anteil von Bachelor-Pflegefachpersonen in Pflegeteams (vs. Pflegefachpersonen ohne Bachelor)	Reduzierte Mortalität: 10% Zunahme von Pflegefachpersonen (Bachelor) mit 7%-Reduktion der Mortalität in Krankenhäusern assoziiert	RN4CAST Studie; Analyse von N=300 Krankenhäusern in 9 europäischen Ländern (Aiken et al. 2014)
Skill-mix Modell 2 (Pflegefachperson): höherer Anteil von Pflegefachpersonen in Teams (vs. Pflegehelfer/Hilfskräfte)	Reduzierte Mortalität; verbesserte Qualität der Versorgung, erhöhte Patientensicherheit, höhere Empfehlungsrate eines Krankenhauses vonseiten der Patientinnen/Patienten	RN4CAST Studie; Analyse von N=188 Krankenhäusern in 6 europäischen Ländern (Aiken et al. 2017)

Tab. 2: Studien zu höheren Qualifikationsniveaus in Pflegeteams und Ergebnisparameter
Quellen: s. Tabelle

der Arbeitsbelastung (workload) und weiteren Faktoren. Die Daten wurden jedoch in nur einem Krankenhaus in den USA erhoben, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt (Castner et al. 2015).

In einer systematischen Übersichtsarbeit zu rationierten Pflegetätigkeiten identifizierten die Autoren vier Studien zu skill-mix und dem Auftreten rationierter Tätigkeiten (Griffiths et al. 2018). Die eingeschlossenen Studien zeigten insgesamt, dass es keinen Unterschied im Auftreten von rationierten Tätigkeiten und Veränderungen im Qualifikationsmix (mit geringerem Qualifikationsniveau, downskilling) gab: analysiert wurden zum einen das zusätzliche Einstellen von Hilfskräften in Pflegeteams, d. h. eine personelle Erweiterung auf einem niedrigeren Qualifizierungsniveau, und zum anderen ein höherer Anteil von Hilfskräften in Pflegeteams ohne zusätzliche Einstellungen. In einer der vier Studien reduzierte sich jedoch die Anzahl rationierter Tätigkeiten in Zusammenhang mit einer sehr hohen Anzahl an zusätzlichen Hilfskräften (< 4 Patienten pro Hilfskraft) (Ball et al. 2016). In einer Longitudinalstudie in den USA wurde gezeigt, dass ein geringerer Qualifikationsmix in Pflegeteams (d. h. höherer Anteil von Hilfskräften) mit einer höheren Rate von Fixierungen einher ging (Staggs et al. 2017). Dies betraf alle Fixierungen sowie Fixierungen speziell zum Vermeiden von Stürzen in Krankenhäusern. Teams mit einem sehr geringen Anteil an Pflegefachpersonen wiesen eine hohe Rate an Fixierungen auf (ibid.).

Ein weiterer Faktor in der Teamzusammensetzung in Bezug auf den skill-mix ist die Länge der Arbeitserfahrung und damit einhergehende Expertise, die nicht zwangsläufig von der Qualifikation abhängt. In Australien wurden 2,397 Pflegefachpersonen im Staat Queensland zum skill-mix und dem Qualifikationsmix befragt (Hegney et al. 2019). Über 50% (N=1,256) der Pflegefachpersonen gaben an, dass das Qualifikationsniveau nur manchmal (oder selten/nie) adäquat war. Hauptursachen waren zu viele unerfahrene Pflegekräfte oder zu wenige Pflegefachpersonen mit ausreichend Erfahrung und Expertise. Die verschiedenen Stufen zur Expertiseentwicklung im Zusammenhang mit Arbeitserfahrung hat bereits in den 1980-er Jahren Patricia Benner beschrieben (Benner 1982).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der skill-mix in Pflegeteams und die Qualität der Versorgung mit mehreren Faktoren assoziiert sind: zum einen dem Qualifikationsniveau und zum anderen weiteren Aspekte des skill-mix, wie bspw. der Arbeitserfahrung. Die internationale Literatur weist jedoch bisher methodische Schwächen auf, da es sich bei der Mehrzahl der Studien um Studien zum Qualifikationsmix handelt und andere skill-mix Faktoren nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus handelt es sich v. a. um Querschnittsstudien, die keinen kausalen Zusammenhang zwischen skill-mix und Patientenergebnissen zulassen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf international sowie für Deutschland.

3.2 Skill-mix Veränderungen interprofessionell: in der Pflege und an der Schnittstelle zur Medizin

Mit der Zunahme der Fachweiterbildungen (z. B. Onkologie), der Bachelor- und Masterstudiengänge in Deutschland gerät nicht nur die Frage der Pflegeamtszusammensetzung, sondern auch die Frage der interprofessionellen Aufgabenteilung in den Fokus. Im internationalen Vergleich haben viele Länder in den letzten zehn Jahren die Rolle der Pflegeexperten Advanced Practice Nurse (APN mit Masterabschluss) erweitert, was zu einer Aufgabenneuverteilung zwischen Pflegeexperten APN und Ärzten geführt hat. So haben elf OECD Länder (Australien, Finnland, Irland, Kanada, Neuseeland, Niederlande, USA und die vier Länder Großbritanniens) die offiziellen Aufgabenbereiche von Pflegeexpertinnen und -experten APN erheblich erweitert. Dies umfasst die Befugnis, medizinische Tests und Therapien anzuordnen und durchzuführen, Medikamente zu verschreiben, zu diagnostizieren bzw. erweiterte Assessments durchzuführen, Überweisungen anzuordnen, Erstkontakt in der Primärversorgung zu sein und eine eigene Zuständigkeit für definierte Gruppen von Patientinnen und Patienten zu haben (bspw. mit chronischen Erkrankungen) (Maier & Aiken 2016). Die Qualität der Versorgung wurde diesbezüglich in einem Cochrane Review als (mindestens) gleichwertig zur Berufsgruppe der Ärzte bewertet, sofern die Pflegefachpersonen – wie bspw. APN – gut dafür ausgebildet sind (Laurant et al. 2018).

Die europäische MUNROS³ Studie zeigte, dass die Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen in Krankenhäusern über Länder hinweg höchst unterschiedlich ausfällt, z. B. in der Onkologie. Ein Faktor ist neben der Ausbildung auch die gesetzlich geregelten länderspezifischen Tätigkeitsbefugnisse (Maier et al. 2018). Insgesamt berichtete ein signifikant höherer Anteil der spezialisierten Pflegefachpersonen/Pflegeexperten APN aus drei Ländern (England, Schottland, Niederlande) mit gesetzlichen Änderungen der Aufgabenbereiche verglichen mit den anderen sechs Ländern ohne Reformen (30,4% vs. 0% der Pflegeexperten APN, $p < 0,001$), dass sie regelmäßig Entscheidungen zur Chemotherapie von Patientinnen mit Brustkrebs treffen, basierend auf Laborergebnissen und Protokollen (ibid.). Gleichzeitig gab ein signifikant geringerer Anteil der Ärztinnen und Ärzte aus den drei Ländern an, diese Tä-

³ MUNROS: Health Care Reform: the iMpact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfessionals

tigkeit regelmäßig durchzuführen. Unterschiede bestanden auch im Verschreiben von Medikamenten. Die Erhebungen basieren auf Befragungen von Pflegefachpersonen, Pflegeexperten APN und Ärzten (N= 1716) in 161 Krankenhäusern. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass unterschiedliche Zuständigkeiten zwischen der Gruppe der spezialisierten Pflegefachpersonen sowie in der Aufgabenverteilung zwischen den Professionen Pflege und Medizin über Länder hinweg bestehen.

In Deutschland liegen die Aufgabenbereiche und Befugnisse von Pflegefachpersonen APN v. a. in der Beratung, Praxisentwicklung und der Fallsteuerung. Erweiterte klinische Tätigkeiten wurden in der Praxis teilweise im Delegationsmodell (vorwiegend in Krankenhäusern) von Ärzten an Pflegefachpersonen APN oder Pflegefachpersonen mit (Fach) Weiterbildung übertragen, wie bspw. in der Onkologie und der Zytostatika-Applikation (s. 4.1 und 4.2).

4. Situation in Deutschland

4.1 Pflegekräfte, skill-mix und rationierte klinische Tätigkeiten

In deutschen Krankenhäusern besteht im internationalen Vergleich eine hohes Patienten-pro-Pflegefachperson-Verhältnis, d. h. eine Pflegefachperson war im Jahr 2010 für 10 Patienten zuständig (Aiken et al. 2013). Der Anteil der examinieren Gesundheits- und Krankenpfleger im Verhältnis zu Pflegehilfskräften war dabei in Deutschland höher als in den übrigen 11 untersuchten Ländern (ebd.). Jedoch ist der Anteil der Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss an allen examinieren Gesundheits- und Krankenpflegern in Deutschland sehr gering, er umfasste im Jahr 2015 ca. 1% an Universitätskliniken (Tannen et al. 2017). Die Auswirkungen der Anzahl des Pflegepersonals sowie dessen Qualifikation auf Patientenoutcomes wie z. B. Mortalität wurde in internationalen Studien untersucht (Kendall-Gallagher et al. 2011; Aiken et al. 2014; Aiken et al. 2017). In Deutschland wurden zwei Analysen zu den Pflegeverhältniszahlen durchgeführt (Friedrich et al. 2018; Schreyögg & Milstein 2016), die insgesamt einen Mehrbedarf an Pflegefachpersonen aufzeigten, wobei das Ausmaß an zusätzlichem Personal abhängig vom Berechnungsansatz war. Beide Studien nutzten den Dezil- bzw. Quantilansatz, der die Pflegeverhältniszahlen der unteren 10% bzw. 25% untersuchten Pflegebereiche an die daran angrenzenden Verhältniszahlen anpasste, jedoch ist dieses Verfahren nicht evidenzbasiert. Die seit Januar 2019 in Deutschland in vier pflegerischen Bereichen in Kraft getretene Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) basiert somit auf keiner aussagekräftigen Evidenzlage. Dies betrifft auch den skill-mix in Teams auf Station und Auswirkungen auf das Auftreten von rationierten Tätigkeiten und Patientenergebnissen.

Nachfolgend werden Ergebnisse der deutschen Follow-Up-Studie (Zander & Busse 2017) der europäischen RN4CAST-Studie (Sermeus et al. 2011) gezeigt. Die Follow-Up-Studie wurde im Jahr 2015 in 71 deutschen Akutkrankenhäusern durchgeführt. Insgesamt nahmen 4.317 Pflegefachpersonen, die primär auf chirurgischen und internistischen Stationen tätig waren, an der Befragung teil. Die Mehrheit der Pflegefach-

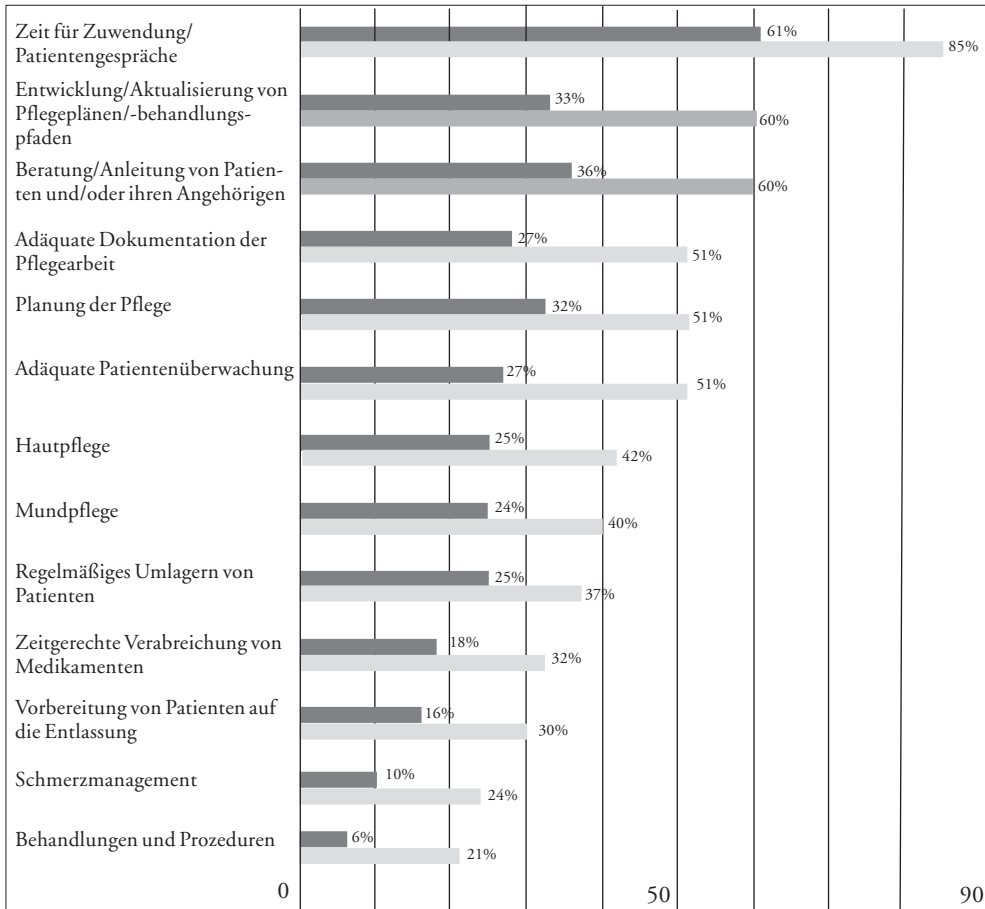
personen war weiblich (84,6%), hatte 17 Jahre Berufserfahrung und war im Durchschnitt 40 Jahre alt. Der Fragebogen (Paper-Pencil) umfasste 118 Fragen u. a. zu den Bereichen rationierte Tätigkeiten, sowie zur Aus- und Weiterbildung, Personalbesetzung, Arbeitsumgebung und -zufriedenheit, Versorgungsqualität. Basierend auf dieser Datengrundlage wird im Folgenden auf zwei Fragestellungen eingegangen, (i) welche Tätigkeitsbereiche sind in welchem Ausmaß von Rationierung in der Pflege betroffen und gibt es Unterschiede, wenn Pflegefachpersonen vermehrt nicht-pflegerische Tätigkeiten übernehmen (müssen) (ii) welche nicht-pflegerischen Tätigkeiten werden von Pflegefachpersonen nach unterschiedlichen Qualifikationsniveaus übernommen.

Rationierte pflegerische Tätigkeiten

Der Fragebogen der RN4CAST-Follow-Up Studie hat erhoben, welche notwendigen pflegerischen Tätigkeiten in der letzten Schicht aus Zeitmangel nicht oder nicht in angemessener Weise durchgeführt werden konnten, dies wird unter dem Begriff Rationierung⁴ zusammengefasst. Es gaben 91,3% der Befragten an, mindestens eine Tätigkeit in der letzten Schicht rationiert zu haben; im Durchschnitt wurden 5,2 Tätigkeiten nicht durchgeführt. Die Spanne der rationierten Tätigkeiten reichte von 17% für Behandlungen und Prozeduren bis hin zu 81% für Zeit für Zuwendung und Patientengespräche (Köppen & Busse 2019). Werden die Pflegefachpersonen differenziert bezüglich der Ausübung nicht-pflegerischer Tätigkeiten betrachtet, ergibt sich folgendes Bild (siehe Abbildung 2). Pflegefachpersonen, die oft nicht-pflegerische Aufgaben in der letzten Schicht übernommen haben, gaben zugleich häufiger an, primär pflegerische Tätigkeiten zu rationieren. Der Unterschied liegt im Mittel bei plus 19% im Vergleich zu den Ergebnissen von Befragten, die nie in der letzten Schicht nicht-pflegerische Aufgaben übernahmen. Das Ergebnis bestätigt den Zusammenhang von rationierten Tätigkeiten und nicht-pflegerischen Aufgaben, der zuvor auf Datenbasis der europäischen RN4CAST-Studie bei 33.659 Pflegefachpersonen in 12 Ländern beschrieben wurde (Ausserhofer et al. 2014).

Ein Erklärungsmodell zur Rationierung pflegerischer Tätigkeiten von Schubert et al. (2007) stellt u. a. den Einfluss von der pflegerischen Arbeitsumgebung sowie von organisatorischen Faktoren auf das Ausmaß rationierter Tätigkeiten dar. Dabei werden explizit adäquate Ressourcen wie z. B. Anzahl des Pflegefachpersonals sowie dessen Verteilung genannt als auch der skill-mix. Mehrere Studien zeigen, dass rationierte Pflegetätigkeiten ein Prädiktor für eine verringerte berichtete Pflegequalität sind sowie für unerwünschte Ereignisse (z. B. Stürze) und eine verringerte Patientenzufriedenheit. Auf Ebene der Pflegefachpersonen sinkt die Arbeitszufriedenheit und der Wunsch den Arbeitsplatz zu verlassen wird erhöht (Recio-Saucedo et al. 2018; Jones et al. 2015; Papastavrou et al. 2014).

⁴ In der Studie wurde nicht nach impliziter (die Pflegefachperson entscheidet selbst, welche Tätigkeiten sie rationiert) und expliziter (die nicht durchgeführten Tätigkeiten wurden zuvor im Team abgestimmt) Rationierung unterschieden.



- Pflegefachpersonal 2015, die nicht-pflegerische Tätigkeiten „nie“ durchführten (n=115)
- Pflegefachpersonal 2015, die nicht-pflegerische Tätigkeiten „oft“ durchführten (n=2591)

Abb.2: Häufigkeit von rationierten Tätigkeiten bei Pflegefachpersonal, die „nie“ oder „oft“ nicht-pflegerische Aufgaben in der letzten Schicht übernommen haben; Datengrundlage: RN4CAST Follow-up Studie 2015, eigene Berechnungen.

Anmerkung: Pflegefachpersonen, die „manchmal“ nicht-pflegerische Aufgaben durchführten, sind nicht aufgeführt.

Einer der Gründe, warum das Pflegefachpersonal ihre originären Tätigkeiten nicht durchführen kann, liegt an dem Ausmaß, wie oft sie nicht-pflegerische Aufgaben übernehmen. Wie häufig dies in deutschen Krankenhäusern auftritt, wird im Folgenden dargelegt.

Übernahme nicht-pflegerischer Tätigkeiten in Pflegeteams

In der RN4CAST-Follow-Up-Studie wurden Pflegefachpersonen dazu befragt, welche Tätigkeiten sie in der letzten Schicht nie, manchmal, oder oft durchführten. Im Mittel

fürten sie 3,5 von 9 nicht-pflegerische Tätigkeiten oft in der letzten Schicht durch. Am häufigsten wurden Telefongespräche entgegengenommen und Büroarbeiten verrichtet (77,2%), gefolgt von der Ausführung nicht-pflegerischer Tätigkeiten (61,3%) (siehe Tabelle 3). Annähernd die Hälfte (47,1%) aller befragten Pflegefachkräfte waren beim Austeilen und Einsammeln von Essenstabletts beteiligt. Die delegierte Tätigkeit Blutentnahme gaben nur ca. ein Viertel (26,3%) der Befragten an. Anhand einer Korrelationsanalyse wurde geprüft, inwieweit Unterschiede bei der Durchführung nicht-pflegerischer Tätigkeiten vorhanden sind, zum einen anhand der Qualifikation des Pflegefachpersonals, zum anderen bei Pflegefachpersonal in Universitätskliniken. Die Ergebnisse zeigen, dass bei den erhobenen Tätigkeiten kein Unterschied zwischen Pflegefachpersonal mit Weiterbildung/Zusatzqualifikation oder Hochschulabschluss im Vergleich zu den Pflegefachpersonen ohne diese Qualifikation besteht. Lediglich eine schwache positive Korrelation (0.063) ist zwischen der Tätigkeit „Planung und Organisation der Krankenhausentlassung“ und dem Vorhandensein einer Weiterbildung erkennbar. Bei Pflegefachpersonen in Universitätskliniken zeigt sich hingegen ein schwach negativer, signifikanter Zusammenhang bei 6 der 9 Tätigkeiten. Während somit auf individueller Ebene des Pflegefachpersonals kaum Zusammenhänge aufgezeigt werden können, gibt es jedoch in Universitätskliniken die Tendenz, dass Serviceleistungen und administrative Aufgaben eher von anderen Berufsgruppen übernommen werden und Blutentnahmen vom Pflegefachpersonal durchgeführt werden, und somit vielmehr auf Strukturebene Unterschiede zwischen den Krankenhäusern bestehen als auf individueller Ebene.

In Deutschland gibt es bisher kein genaues Tätigkeitsprofil für die verschiedenen Kompetenzstufen von Pflegepersonal, was u. a. daran liegt, dass die Ausbildungsregelungen der Pflegehelferberufe sowie die Fachweiterbildungen den Ländern obliegt und vom Umfang her divers gestaltet ist (Robert Bosch Stiftung 2013), sowie die hochschulische Ausbildung von Pflegefachpersonen bisher in Modellstudiengängen stattfindet (Darmann-Finck et al. 2016). Aufgrund fehlender offizieller Aufgaben- und Kompetenzbeschreibungen gibt es vereinzelte Publikationen von Verbänden (VPU 2016; DPR/DGP 2014) und Projekten (Darmann-Finck et al. 2016), die Vorschläge unterbreiten, wie für Bachelorabsolventen (DPR/DGP 2014; VPU 2016; Darmann-Finck et al. 2016) als auch Personen in Pflegehelferberufen (Darmann-Finck et al. 2016) mit den entsprechenden Kompetenzen in die Praxis eingebunden werden können. Sehr detaillierte Empfehlungen wurden in einem Projekt der Robert Bosch Stiftung für vier Sektoren (Akutkrankenhaus, ambulante Pflege, Rehabilitation und stationäre Langzeitpflege) entwickelt, die sich am Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) orientieren und auf die Bereiche Aufgabenbeschreibungen, Kooperationen, Karrierewege und organisatorische Aspekte eingehen (Robert Bosch Stiftung 2019). Erfolgt keine adäquate Verteilung der Aufgaben nach Kompetenzen kann dies dazu führen, dass Tätigkeiten, die eigentlich von Servicekräften, Pflegehelfern oder Stationsassistenten übernommen werden könnten, vom Pflegefachpersonal erbracht wird, was zu einer ineffizienten Aufgabenverteilung und zu rationierten Pflegetätigkeiten führen kann.

	<i>Tätigkeit wurde „oft“ während der letzten Schicht ausgeführt (n=4230)</i>	<i>Weiterbildung, Zusatzqualifikation (n=2060)</i>	<i>Hochschulabschluss* (n=124)</i>	<i>Pflegefachpersonen in Universitätskliniken (n=1441)</i>
	Häufigkeit (in %)	Korrelationskoeffizient		
Ausführung von nicht-pflegerischen Tätigkeiten	61.3	0.023	0.008	-0.021
<i>Serviceleistungen</i>				
Austeilen und Einsammeln von Essentabletts	47.1	0.006	0.022	-0.093**
Patiententransporte innerhalb des Krankenhauses	27.2	-0.008	-0.008	-0.082**
Reinigung von Patientenzimmern und Ausstattung	18.4	-0.010	0.017	-0.063**
<i>Administrative Aufgaben</i>				
Telefongespräche entgegennehmen, Büroarbeit	77.2	0.019	0.004	-0.066**
Planung und Organisation von Krankenhaus-entlassungen und Krankentransporten (einschließlich Überführung in die Langzeitpflege)	39.2	0.067**	0.014	-0.113**
Beschaffen/erhalten/ersetzen von Material und Geräten	30.9	0.018	0.001	0.020
Übernahme von nicht-pflegerischen Tätigkeiten außerhalb von Bürozeiten und hiermit verbundenen Abwesenheiten	23.4	0.011	-0.006	-0.043**
<i>Delegierte Tätigkeit</i>				
Routinemäßige Blutentnahme oder Blutentnahmen für Untersuchungszwecke	26.3	0.009	0.005	0.053**

* Hochschulabschluss: BScN, B.A., BSc, M.A., M.Sc. Diplom, ** p-Wert < 0.01 (2-seitig), Datengrundlage: RN4CAST-Follow-Up-Studie im Jahr 2015, eigene Berechnungen

Tab. 3: Durchführung nicht-pflegerischer Tätigkeiten von Pflegefachpersonal; Häufigkeit bei allen Pflegefachpersonen sowie Korrelation nicht-pflegerischer Tätigkeiten in Verbindung mit dem Qualifikationsgrad und bei Pflegefachpersonen in Universitätskliniken

Darüber hinaus werden die erweiterten Kompetenzen von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in Deutschland nicht immer optimal genutzt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in Deutschland pflegerische Tätigkeiten bisher nicht flächendeckend konsequent anhand von Qualifikationsniveau und skill-mix ausgeführt werden. Vielmehr gibt es bisher nur einige wenige Konzepte und Ansätze, um die verschiedenen Qualifikationen und Erfahrungen adäquat und zum Nutzen der Patientinnen und Patienten einzusetzen. Im Folgenden wird für die Onkologie aufgezeigt, wie zwei Kliniken die Aufgabenverteilung zwischen Pflege und Medizin neu geregelt haben.

4.2 Skill-mix in der klinischen Praxis am Beispiel der Zytostatika-Applikation von Pflegefachpersonen mit Weiterbildung

Die Zytostatika-Applikation ist in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit. Ob die Delegation an Pflegefachpersonen möglich ist, wurde in den letzten 20 Jahren kontrovers diskutiert. Durch die Implementierung von Delegationsprojekten, z. B. dem Freiburger Modell (Naegele/Hasemann 2015; Naegele, M./Buchstor, B./Hasemann, M. 2007), gefolgt von der Entwicklung der Handlungsanweisung der Konferenz onkologischer Krankenpflege (KOK 2011; Strohbücker 2009), erlangte die Delegation der Zytostatika-Applikation mehr und mehr Akzeptanz. Im Jahr 2012 schließlich gelangte das Thema in die Bundespolitik. Im Rahmen des Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses wurden hier Delegationsprojekte zur Zytostatika-Applikation ausgeschrieben und das Freiburger Modell von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit als wegweisendes Modell für die Weiterentwicklung der Pflege genannt (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Im Zeitalter der Zertifizierung von Organ- und Onkologischen Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft sind die Modalitäten in den Zertifizierungs-Anforderungen beschrieben. Die Delegation der Zytostatika-Applikation muss in stationären, tagesstationären oder klinik-ambulanten Bereichen unter der Leitung onkologischer Fachpflege (mit Fachweiterbildung nach DKG-Empfehlung oder Landesrecht oder einer Advanced Practice Nurse mit zwei Jahren Berufserfahrung im zu zertifizierenden Bereich) (OnkoZert o.J.) stattfinden. In niedergelassenen Praxen soll dies laut „Onkologie-Vereinbarung“, der Anhang 7 zum Bundesmantelvertrag Onkologie, identisch sein. Nur in begründeten Ausnahmefällen ist der Einsatz von medizinischen Fachangestellten mit 120 stündiger onkologischer Weiterbildung laut Bundesärztekammer (2010) dort zulässig (GKV-Spitzenverband / KBV 2009). Die Realität ist allerdings gegenläufig, hier ist oftmals nicht gegeben, dass medizinische Fachangestellte den von der Bundesärztekammer vorgeschriebenen 120h-Kurs absolviert haben.

Pflegefachpersonen, die in einem zertifizierten Zentrum Zytostatika applizieren, müssen nach der Handlungsanweisung der KOK geschult sein und es benötigt ein schriftlich fixiertes Delegationskonzept. Neben Empfehlungen für das schriftliche Rahmenkonzept setzt die Handlungsanweisung eine einjährige Berufserfahrung in der Onkologie voraus. Dass dies in der Praxis umgesetzt wird, überprüft OnkoZert bei den jährlichen Audits.

Box 1. Umsetzung der Zytostatika-Applikation an der Universitätsklinik Freiburg

In der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation des Universitätsklinikums Freiburg wird die Zytostatika-Applikation bereits seit 1994 von Pflegefachpersonen übernommen. Damals wurde ein Delegationskonzept entwickelt („Freiburger Modell“), welches für die KOK-Handlungsempfehlung Vorbildfunktion hatte und viele ähnliche Modelle in Deutschland inspiriert hat.

Im Rahmen des in der Medizinischen Klinik entwickelten Kompetenzmodells (Rebafka et al. 2018), welches auf dem Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen basiert,

wurden Pflegefachpersonen in die verschiedenen Qualifikationsniveaus mittels eines Kompetenz-Assessments (Naegele et al. 2018) eingeteilt:

- Niveau 4: examinierte Gesundheits- und Krankenpflege nach der Einarbeitung; darf keine Zytostatika applizieren;
- Niveau 5: Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung. Hier ist ein entscheidendes Kriterium im Kompetenz-Assessment die Erlaubnis zur Zytostatika-Applikation (Erlaubnis von v. a. einfacheren Therapien);
- Niveau 6: Pflegenden mit einer Fachweiterbildung in Onkologie oder mit Bachelor-Abschluss: alle, auch hochkomplexe Therapien;
- Niveau 7: Pflegeexperten APN (Masterabschluss): Konzeptionelle Aufgaben, Praxischecks und fachliche Kontrolle, Weiterentwicklung der Pflegefachpersonen für die Delegation der Zytostatika Applikationen.

Die Fortbildung der Pflegefachpersonen zur Befähigung für die Zytostatika-Applikation erfolgt durch einen Grundkurs, der entsprechend der KOK-Handlungsanweisung über 14 Stunden verfügt (acht Stunden Theorie und sechs Praxischeck auf Station). Im Rahmen des Praxischecks begleiten die Pflegefachpersonen aus Niveau 6 oder 7 die „Prüflinge“ beim Aufbau, der Applikation und der Überwachung von insgesamt drei Therapien. Nach den bestandenen Praxischecks wird die Erlaubnis zur Übernahme der Zytostatika-Applikation gegeben. Um eine kontinuierlich hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, müssen Weiterbildungen erfolgen und alle zwei Jahre die Qualifikation neu überprüft werden.

Anhand einer Positiv-Liste sind die einzelnen Zytostatika-Substanzen unterteilt in delegierbar und nicht-delegierbar. Diese orientiert sich am gewebetoxischen Potential der Zytostatika. Sehr gewebetoxische Zytostatika, z. B. Doxorubicin, befinden sich nicht auf der Positivliste und werden weiterhin von den Ärzten appliziert, andere gewebetoxische Zytostatika werden von den Pflegefachpersonen nur über einen zentralen Gefäßzugang appliziert. Insgesamt konnten die Ärzte Zeitressourcen einsparen, die sie in der Patientenversorgung andernorts wieder einbringen konnten. Für die Pflegefachpersonen erleichterte sich der Applikations-Prozess, da diese unnötige Wege zur Ärztin oder zum Arzt einsparen und ihre Pflege patientenorientierter planen konnten, diese Erfahrungen basieren auf den individuellen Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen.

Die Zytostatika Applikation wird derzeit an mehreren Universitätskliniken Deutschlands durchgeführt, basierend auf dem „Freiburger Modell“ (Box 1). Am Universitätsklinikum Köln wurde vor über 10 Jahren die Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen bzgl. der Zytostatika-Gabe neu geregelt und angewandt, wobei der Implementierungsprozess sorgfältig geplant und mit den Pflegeteams, dem ärztlichen Dienst sowie dem Personalrat und dem Hauptversicherer abgestimmt wurde (Box 2).

Box 2. Neuordnung von Aufgaben: Zytostatika-Applikation durch Pflegefachpersonen. Der Implementierungsprozess am Universitätsklinikum Köln

Zur Optimierung der Abläufe in der Onkologischen Ambulanz wurde die Zytostatika-Applikation an das Pflegeteam übertragen. Der Grund bestand darin, dass der ärztliche Dienst, einzig für diese Aufgabe befugt, nicht regelmäßig vor Ort war. So mussten die Patientinnen und

Patienten zu lange auf die Zytostatika-Applikation warten, außerdem gingen Informationen verloren. Mit Zunahme der Patientenzahlen verstärkten sich die Engpässe und die Aufgaben mussten neu geordnet werden. Das Pfllegeteam hatte zunächst Bedenken, die Zytostatika-Applikation zu übernehmen, da die erforderlichen Rahmenbedingungen nicht gegeben waren. Vor allem die Sicherstellung der Patientensicherheit und die rechtliche Absicherung der Pflegefachpersonen zählten hierzu. In einem Projekt, das im Jahr 2008 gestartet ist, wurden daher die Zuständigkeit der Zytostatika-Applikation und die damit verbundenen Abläufe geregelt.

Das Projekt zur Neustrukturierung wurde von einer QM-Beauftragten begleitet. Dabei wurde ein partizipativer Ansatz gewählt, d. h. das Pfllegeteam wurde von Beginn an in die Gestaltung einbezogen. Folgende Schritte waren dabei maßgeblich:

- Das Pfllegeteam formulierte zunächst Bedenken und Vorbehalte, in einem zweiten Schritt identifizierte es die Rahmenbedingungen, unter denen das Team bereit war, eine Applikation der Zytostatika zu übernehmen.
- Der Personalrat wurde in die Planung einbezogen.
- Die Qualitätsbeauftragte recherchierte die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsabteilung bestätigte diese.
- Eine betriebsinterne Verfahrensanweisung wurde erstellt, in der die einzelnen Prozessschritte der Zytostatika-Applikation beschrieben und die Zuständigkeiten definiert wurden.
- Der Haftpflichtversicherer der Klinik sicherte die Versicherung der Pflegefachpersonen unter den Bedingungen der Verfahrensanweisung zu.
- Der Personalrat stimmte den Regelungen in der Verfahrensanweisung zu. Wichtige Elemente waren: Die Schulung der Teammitglieder (Inhalte u. a.: Therapieplanung, Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, Applikationswege, Supportiv-Therapie, Anleitung und Beratung von Patienten, rechtliche Vorgaben, Meldung von unerwünschten Ereignissen; Umfang: 14 Stunden).
- Eine Positivliste, in der alle Medikamente gelistet wurden, die von Pflegefachpersonen appliziert werden können.
- Das Zytostatika-Protokoll sollte gut leserlich und musste von einer Ärztin/einem Arzt unterschrieben sein.
- Alle Patienten/Patientinnen müssen vom ärztlichen Dienst umfassend über das Vorgehen informiert werden.
- Der ärztliche Dienst wurde mit einem Diensttelefon ausgestattet um bei Komplikationen innerhalb von maximal 5 Minuten vor Ort zu sein.

Ärztlicher Dienst und Pflegeexperten APN übernehmen seither die Schulung der Mitglieder des Pfllegeteams, die standardmäßig mit einem Multiple Choice Test abschließt. Zusätzlich werden über drei Monate hinweg die Pflegefachpersonen von einer/m erfahrenen Arzt/Ärztin in der Praxis begleitet und ein Abschlussaudit durchgeführt.

Insgesamt wurde das Projekt positiv bewertet, basierend auf Gesprächen mit Patientinnen, Pflegefachpersonen und Ärzten. So konnten die Wartezeiten für die Patientinnen und Patien-

ten deutlich verkürzt und Störungen reduziert werden. Das Patienten-Monitoring wurde verbessert, da die Kontinuität der Betreuung verbessert werden konnte. Die Patientinnen und Patienten waren generell zufrieden, da sie weniger Zeitverlust hatten und die Therapie „in einer Hand“ blieb. Die Pflegefachpersonen waren zufrieden, da sie die Kontrolle über die Abläufe gewonnen hatten und sich sicher in der Durchführung fühlten. Der ärztliche Dienst profitierte, da er sich vermehrt den Patientengesprächen widmen konnte. Als Herausforderung stellt sich weiterhin die Schulung des Personals dar. Neue Mitarbeitende müssen geschult werden, der Aufwand dafür ist groß. Daher sollten klinikübergreifende Kooperationen aufgebaut werden, um verschiedene Abteilungen und Kliniken zu beteiligen. Eine weitere Herausforderung ist die in der Onkologie schnelle Entwicklung neuer Medikamente, die auch eine Schulung des Pflegepersonals erforderlich macht. Und zuletzt, es fehlen Richtwerte, wie viele Therapien pro Vollzeitstelle durchgeführt werden können.

5. Schlussfolgerungen

In Deutschland haben sich die Bildungswege und damit einhergehenden Kompetenzen in der Pflege in den letzten Jahren erheblich ausdifferenziert, das Thema skill-mix und Qualifikationsmix wurde bisher jedoch wenig in der Pflegewissenschaft diskutiert und beforscht. Internationale Studien zeigen, dass ein höherer skill-mix (d. h. der Anteil von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss sowie examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger in Teams) mit einer verbesserten Qualität der Versorgung und geringeren Mortalität in Akutkrankenhäusern verbunden ist. Ob dies auch zu weniger rationierten Tätigkeiten führt, ist bisher unzureichend untersucht worden. Dagegen ist ein geringerer skill-mix generell mit einer schlechteren Pflegequalität assoziiert. Dies kann zwar für einzelne, administrative oder patientenferne Tätigkeiten sinnvoll sein, ist aber als Personalstrategie im Hinblick auf die zunehmenden Anforderungen in der Pflege nicht zukunftsweisend. Die PpUGV hat dies aufgegriffen und den Anteil der Pflegehilfskräfte je Bereich und Schicht festgelegt. Zukünftig sollen die Untergrenzen risikoadjustiert in Abhängigkeit von Schweregradgruppen der Patienten und somit nach Pflegeaufwand evaluiert werden. Eine weitere Überprüfung nach pflegesensitiven Outcomes wäre wünschenswert um die Evidenz der festgelegten Verhältniszahlen zu belegen.

Insgesamt sollte die Evidenzlage zu Veränderungen im skill-mix differenzierter betrachtet werden. In der Onkologie haben sich die Tätigkeitsbereiche von Pflegefachpersonen international erheblich erweitert. In Deutschland gingen einzelne Kliniken den Schritt, die Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Zytostatika-Applikation zu erweitern, dies erfolgte in einem Delegationsmodell und auf Basis detaillierter Empfehlungen zur Umsetzung in die Praxis. Es wurde gezeigt, dass eine neue Aufgabenverteilung zwischen Pflege und anderen Berufsgruppen machbar ist, wenn die Kompetenzen ausreichend vermittelt werden, die Rollenverteilung und Rahmenbedingungen klar sind und die Aufgabenneuverteilung einen direkten Nutzen für die Patientinnen und Patienten hat. Darüber hinaus kann der optimale Einsatz der Kompetenzen auch zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit führen, was in Zeiten des Fachkräftemangels für Arbeitgeber von Relevanz sein sollte.

Literatur

- Aiken, L.H./Sloane, D./Griffiths, P./Rafferty, A.M./Bruyneel, L./McHugh, M./Maier, C.B./Moreno-Casbas, T./Ball, J.E./Ausserhofer, D./Sermeus, W. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In: *BMJ quality & safety* 26, 559–568
- Aiken, L.H./Sloane, D.M./Bruyneel, L./van den Heede, K./Griffiths, P./Busse, R./Diomidous, M./Kinunen, J./Kozka, M./Lesaffre, E./McHugh, M.D./Moreno-Casbas, M.T./Rafferty, A.M./Schwendimann, R./Scott, P.A./Tishelman, C./van Achterberg, T./Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *Lancet* 383, 1824–1830
- 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. In: *International journal of nursing studies* 50, 143–153
- Ausserhofer, D./Zander, B./Busse, R./Schubert, M./Geest, S. de, Rafferty, A.M./Ball, J./Scott, A./Kinunen, J./Heinen, M./Sjetne, I.S./Moreno-Casbas, T./Kozka, M./Lindqvist, R./Diomidous, M./Bruyneel, L./Sermeus, W./Aiken, L.H./Schwendimann, R. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. In: *BMJ quality & safety* 23, 126–135
- Ball, J.E./Griffiths, P./Rafferty, A.M./Lindqvist, R./Murrells, T./Tishelman, C. (2016): A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. In: *Journal of advanced nursing* 72, 2086–2097
- Benner, P. (1982): From Novice to Expert. A collection of readings related to competency-based training. In: *American Journal of Nursing* 82, 402–407
- Bourgeault, I./Kuhlmann, E./Neiterman, E./Wrede, S. (2008): How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Policy Brief. World Health Organization Regional Office for Europe. <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107973>> [Stand: 2019-08-10]
- Buchan, J./Dal Poz, M.R. (2002): Skill mix in the health care workforce. Reviewing the evidence. In: *Bulletin of the World Health Organization* 80, 575–580
- Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg
- Bundesärztekammer (2010): Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Onkologie“ . <https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrOnkologieFinal.pdf> [Stand: 2019-08-10]
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus. Hamburg, Berlin
- Bundesregierung (2018): Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. PpUGV
- Bundesregierung (2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe - Pflegeberufereformgesetz. PflBRefG. 2017 Teil I
- Butler, M./Collins, R./Drennan, J./Halligan, P./O'Mathúna, D.P./Schultz, T.J./Sheridan, A./Vilis, E. (2011): Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. The Cochrane database of systematic reviews, CD007019
- Castner, J./Wu, Y.-W.B./Dean-Baar, S. (2015): Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. In: *Western journal of nursing research* 37, 441–461
- Darmann-Finck, I./Baumeister, A./Greiner, A.-D. (2016): Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus. Projektbericht. Bremen
- Darmann-Fink, I./Reuschenbach, B. (2018): Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Jacobs, K./Kuhlmei, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hg.): *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege: Pflege-Report. 2018, 163–170. Berlin: Springer*

- DPR/DGP (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. <https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-04-17-DGP-Papier_final.pdf> [Stand: 2019-08-10]
- GKV-Spitzenverband / KBV (2009): Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“. Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte
- Griffiths, P./Recio-Saucedo, A./Dall’Ora, C./Briggs, J./Maruotti, A./Meredith, P./Smith, G.B./Ball, J. (2018): The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. In: *Journal of advanced nursing* 74, 1474–1487
- Hegney, D.G./Rees, C.S./Osseiran-Moisson, R./Breen, L./Eley, R./Windsor, C./Harvey, C. (2019): Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. In: *Journal of nursing management* 27, 371–380
- Jones, T.L./Hamilton, P./Murry, N. (2015): Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care. State of the science review. In: *International Journal of Nursing Studies* 52, 1121–1137
- Kälble, K. (2013): Der Akademisierungsprozess der Pflege. Eine Zwischenbilanz im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56, 1127–1134
- Kendall-Gallagher, D./Aiken, L.H./Sloane, D.M./Cimiotti, J.P. (2011): Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. In: *Journal of nursing scholarship* 43, 188–194
- KOK (2011): Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte. Mindestanforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals, das gemäß ärztlicher Delegation Zytostatika (Positivliste) appliziert. Ergänzung zur aktuellen Handlungsempfehlung der KOK. *Onkologische Pflege* 1. <<https://www.kok-krebsgesellschaft.de/service/handlungsempfehlungen/zytostatika/>> [Stand: 2019-08-10]
- Köppen, J./Busse, R. (2019): Pflegedokumentation als Einflussfaktor für das Rationierungsverhalten notwendiger pflegerischer Tätigkeiten. In: Wieteck, P./Hausherr, S./Hirt, K./Bonkowski, K./Schindler, C. (Hg.): *Handbuch 2019 für Pflege & Vergütung. Alles über Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)*. 10. Auflage, S. 135–142. Kassel: RECOM; Thieme
- Laurant, M./van der Biezen, M./Wijers, N./Watananirun, K./Kontopantelis, E./van Vught, A. (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. CD001271
- Maier, C.B./Aiken, L.H. (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. In: *European journal of public health* 26, 927–934
- Maier, C.B./Köppen, J./Busse, R. (2018): Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. In: *Human resources for health* 16, 24
- Naegele, M./Hasemann, M. (2015): „Freiburger Modell“ der Zytostatika-Applikation durch Pflegende. In: *Onkologische Pflege* 5, 47–51
- Naegele, M./Hasemann, M./Koller, A./Leppla, L./Mößner, U./Rebafka, A. (2018): Der Qualifikation auf der Spur. In: *Die Schwester Der Pfleger* 57, 6
- Naegele, M./Buchstor, B./Hasemann, M. (2007): Intravenöse Applikation von Zytostatika. Eine pflegerische Aufgabe. In: *Die Schwester Der Pfleger* 46, 978–983
- Needleman, J. (2017): Nursing skill mix and patient outcomes. In: *BMJ quality & safety* 26, 525–528
- OnkoZert (o.J.): *Onkologische Zentren*. <<https://www.onkozert.de/onkologische-zentren/>> [Stand: 2019-08-10]
- Papastavrou, E./Andreou, P./Efstathiou, G. (2014): Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. In: *The international journal of health planning and management* 29, 3–25
- Rebafka, A./Hasemann, M./Koller, A./Leppla, L./Mößner, U./Naegele, M. (2018): Karriere machen in der klinischen Pflege. In: *Die Schwester Der Pfleger* 57, 5
- Recio-Saucedo, A./Dall’Ora, C./Maruotti, A./Ball, J./Briggs, J./Meredith, P./Redfern, O.C./Kovacs, C./Prytherch, D./Smith, G.B./Griffiths, P. (2018): What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. In: *Journal of clinical nursing* 27, 2248–2259
- Robert Bosch Stiftung (2013): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

- Robert Bosch Stiftung (2019): 360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten. <<https://www.qualifikationsmix-pflege.de/>> [Stand: 2019-08-10]
- Schubert, M./Glass, T.R./Clarke, S.P./Schaffert-Witvliet, B./Geest, S. de (2007): Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. In: *Nursing research* 56, 416–424
- Sermes, W./Aiken, L.H./van den Heede, K./Rafferty, A./Griffiths, P./Moreno-Casbas, M./Busse, R./Lindqvist, R./Scott, A.P./Bruyneel, L./Brzostek, T./Kinnunen, J./Schubert, M./Schoonhoven, L./Zikos, D. (2011): Nurse forecasting in Europe (RN4CAST). Rationale, design and methodology. In: *BMC Nursing* 10, 6
- Sibbald, B./Shen, J./McBride, A. (2004): Changing the skill-mix of the health care workforce. In: *Journal of health services research & policy* 9 Suppl 1, 28–38
- Staggs, V.S./Olds, D.M./Cramer, E./Shorr, R.I. (2017): Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. In: *Journal of general internal medicine* 32, 35–41
- Strohbücker, B. (2009): Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte. Handlungsempfehlung der KOK. Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
- Tannen, A./Feuchtinger, J./Strohbücker, B./Kocks, A. (2017): Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 120, 39–46
- VPU (2016): Leitfaden Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus. s. l.: VPU
- Zander, B./Busse, R. (2017): Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel, P./Smerdka-Arhelger, I./Lipp, K. (Hg.): *Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen*. 2. Aufl. 2017, 125–137. Berlin, Heidelberg: Springer

Dr. Claudia B. Maier

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, H 80, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin, c.maier@tu-berlin.de

Julia Köppen

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, H 80, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin, julia.koepfen@tu-berlin.de

Matthias Naegele

Pflegeexperte APN, Cancer Center Zürich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich, matthias.hellberg-naegele@usz.ch

Dr. Barbara Strohbücker

Pflegewissenschaftlerin, Stabsstelle Pflegewissenschaft, Pflegedirektion, Universitätsklinikum Köln

Christine Dunger, Martin W. Schnell, Claudia Bausewein

Gleichzeitigkeit und Entscheidungshandeln im pflegerischen Alltag – eine reflexive Grounded Theory Studie unter Einbezug Goffmans Rahmenanalyse

Simultaneity and decision making in professional nurses' everyday practice – a reflexive Grounded Theory study using Goffman's Framework Analysis

The focus of clinical care should be the patients' well-being. However, this can be difficult to achieve considering increasing economic pressure, lack of staff and a shift in nurses' workforce. Aim of the study is to describe the decision-making process of nurses and its influencing factors. To do so, respiratory distress is focussed as a clinically relevant symptom. In these situations, the patients' well-being is directly affected, and professional nurses' handling of measures is self-responsible. The study uses a Grounded Theory methodology, supplemented by an ethnographic and interaction theory perspective. Participant observations (PO) and expert interviews were used. 33 POs were performed on six stations (normal wards, palliative wards and hospices) and 15 expert interviews took place. Decision-making on the use of nursing measures in patients with severe respiratory distress is represented as an interactive process within the patient-care relationship. At the same time, nurses experience a variety of influencing factors outside the observed situation. These change the decision-making and can lead to a prioritisation of other interests and requirements. The change and development process of health care structures must incorporate normative requirements, professional self-understanding and current conditions as well as institutional logics. The often-demanded increase in staff does not seem sufficient here. Instead, quality criteria and feasible requirements for the various professional levels of nursing must be formulated.

Keywords

breathlessness, dyspnea, decision-making, nursing care, patient well-being, simultaneity, implicit rationing Grounded Theory, Ethnography

Im Fokus aller klinischen Versorgungsstrukturen sollte das Patient_innenwohl stehen. Unter Berücksichtigung des zunehmenden ökonomischen Drucks, Personalmangel und Arbeitsverdichtung im pflegerischen Bereich, lässt sich das jedoch nur erschwert umsetzen. Ziel der Studie ist, die Entscheidungsfindung von Pflegenden und deren Einflussfaktoren, zu denen auch die genannten Bedingungen gehören, zu beschreiben. Dabei wird Atemnot als klinisch relevantes Symptom fokussiert. Es zeichnet sich dadurch aus, dass professionell Pflegenden in der Versorgung eigenverantwortlich Maßnahmen einsetzen können und dass das Wohl vulnerabler Patient_innen unmittelbar betroffen ist. Die Studie¹ nutzt die Grounded Theory Methodologie und erweitert sie um eine ethnographische

eingereicht 10.07.2019

akzeptiert 15.08.2019

und interaktionstheoretische Perspektive. Teilnehmende Beobachtungen (TB) und Experteninterviews kommen zum Einsatz. Es wurden 33 TB auf sechs Stationen und 15 Experteninterviews durchgeführt. Die Entscheidungsfindung zum Einsatz pflegerischer Maßnahmen bei Patient_innen mit schwerer Atemnot stellt sich als interaktiver Prozess innerhalb der Patient_innen-Pflege-Beziehung dar. Situationsangemessene Maßnahmen werden identifiziert und je nach Wirksamkeit angepasst. Zugleich zeigen sich vielfältige Einflussfaktoren außerhalb der Atemnotsituation, die sich für die Pflegenden als Erleben von Gleichzeitigkeit präsentieren. Diese verändert das Entscheidend handeln der Pflegenden und kann dazu führen, dass andere Interessen und Anforderungen vor dem Wohl atemnotiger Patient_innen priorisiert werden. Die Gestaltung von Versorgungsstrukturen muss normative Anforderung, professionelles Selbstverständnis und die aktuellen Bedingungen sowie Institutionslogiken einbinden. Das oftmals benannte Mehr an Personal erscheint hier nicht ausreichend. Stattdessen müssen Qualitätskriterien sowie lösbare Anforderungen für die verschiedenen Verantwortungsbereiche und -ebenen der pflegerischen Profession formuliert werden.

Schlüsselwörter

Atemnot, Dyspnoe, Entscheidungsfindung, Pflege, Gleichzeitigkeit, implizite Rationierung, Patient_innenwohl, Grounded Theory, Ethnographie

1. Hintergrund

Der Deutsche Ethikrat (DER) stellt in seiner Stellungnahme zum „*Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*“ (2016) heraus, dass es durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung im pflegerischen Bereich dazu kommt, „*dass die Pflegenden ihren ethischen Grundsätzen, die von einer Sorge für den Patienten und Achtsamkeit ihm gegenüber geprägt sind, zunehmend nicht mehr gerecht werden können. Hiervon werden auch pflegerische Grundhaltungen berührt*“ (ebd.: 81). Der Umgang mit diesem Dilemma kann zur Ausbeutung der Arbeitskraft, d. h. zu einem erhöhten und nicht bezahlten Arbeitseinsatz führen oder eine Amoral gegenüber den Betroffenen als Konsequenz haben (Bobbert 2002, Wettreck 2001).

In der Stellungnahme heißt es zudem, dass, versteht man das Patient_innenwohl „als ethisches Leitprinzip einer guten Behandlung“ (DER 2016: 63), zahlreiche Entwicklungen im Gesundheitswesen darauf hinweisen, dass zunehmend hinter diesem Anspruch zurückgeblieben wird. Herausgehoben werden in der Stellungnahme unter anderem Kommunikation sowie Berufsethos im Abgleich mit der Berufswirklichkeit. Für die Berufsgruppe der Pflegenden hält der Ethikrat fest, dass ein permanenter Zeitdruck „für viele Pflegenden heute zur Norm geworden“ (ebd.: 79) ist und sich auf die Pflegeleistung auswirkt. „*Dies betrifft zunächst die ‚unsichtbaren‘ Arbeiten wie Zuhören, Trostspenden, Für-Wohlbefinden-Sorgen, des Weiteren auch prophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung von Komplikationen (...) das Informieren, das Beantworten von Fragen und die Kommunikation über das Verhalten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus*“ (ebd.: 79).

1 Ein Interessenskonflikt besteht nicht. Die Studie wurde als Promotionsstudie durchgeführt und weder finanziell gefördert, noch anderweitig unterstützt oder in Auftrag gegeben.

Der DER geht auch auf Patient_innen mit besonderem Bedarf ein (ebd.: 94). Dazu zählen zunächst besonders vulnerable Personengruppen. Im Kontext der direkten Interaktion sind jedoch auch Menschen einzubeziehen, die in einer konkreten Situation als vulnerabel zu gelten haben. Menschen mit Atemnot (AN) sind hier beispielhaft zu nennen. Die hier vorgestellte Studie² fokussiert pflegerische Entscheidungsfindung (EF) im klinischen Versorgungskontext am Beispiel der Wahl pflegerischer Maßnahmen bei Patient_innen mit AN. Damit stellt sie eine Untersuchung der vom DER thematisierten Berufswirklichkeit professionell Pflegenden und sich daraus ergebender Konsequenzen dar.

1.1 Problemstellung und Forschungsfrage

AN stellt eine massive Belastung für Betroffene und Angehörige dar (Gysels et al. 2009, Selman et al. 2007) und erfordert ein angemessenes Verhalten der professionell Pflegenden. Die Prävalenz von AN variiert je nach Erkrankung, steigt jedoch in den letzten Lebensstagen und ist dann ein wesentlicher Aspekt der symptomatischen Versorgung (Solano 2006; Currow 2010). Es handelt sich um ein komplexes Symptom, dessen Ursachen und Wechselwirkungen noch nicht vollends verstanden sind (ATS 1999; Aulbert et al. 1997; Bausewein 2007; Luce et al. 2001; Gysels et al. 2009; Selman et al. 2007).

AN lässt sich in verschiedene Schweregrade und Arten einteilen, d. h. kann kontinuierlich oder als Attacke auftreten (Weingartner et al. 2013; Simon et al. 2013) und ist für die Betroffenen mit Angst oder Panik verbunden (ebd.). Art und Erleben von AN sind für die Wahl der Maßnahmen relevant, da bspw. in den nur wenigen Minuten andauernden Attacken medikamentöse Maßnahmen nicht wirken. Bei längerfristiger oder chronisch auftretender AN sind wiederum, neben medikamentösen Maßnahmen, auch solche Interventionen sinnvoll, die zu einem besseren Selbstmanagement führen (bspw. Zwerink et al. 2014). Es werden daher auch immer nicht-pharmakologische Maßnahmen gefordert.

Klassische pflegerische Maßnahmen bei AN, die bereits in der Pflegeausbildung erlernt werden, sind Ruhe bewahren, Fenster öffnen, beengende Kleidung weiten, Lagerung, Atemtechniken und Einreibungen (Schewior-Popp et al. 2009; Menche 2014). Spezifische, evidenzbasierte pflegerische Maßnahmen bei AN werden so immer wieder gefordert, es ist aber nicht klar, was in der klinischen Praxis darunter zu verstehen ist. Ebenfalls unklar ist, wie die gängige Praxis gestaltet wird, d. h. welche Maßnahmen wann, warum und wie von welchen professionell Pflegenden im klinischen Alltag angewendet werden.

Mit diesem Begründungszusammenhang pflegerischer Maßnahmen geht wiederum eine Entscheidung einher. Entscheiden meint hier das Treffen einer „Wahl zwi-

² Die Darstellung der Studie orientiert sich an den Kriterien der Reporting Guideline COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research).

schen sich bietenden Alternativen, die zeitlich limitiert sind und somit einen Zwangscharakter haben. Bedacht werden Ziele der und Gründe für die Entscheidung sowie Mittel zur Erreichung des festgelegten Zieles“ (Dunger 2011). Eine Klarheit über die Gründe der Entscheidung oder deren Ziele, d. h. die eindeutige und unstrittige Favorisierung einer Wahlmöglichkeit, hebt die Entscheidungssituation auf, bzw. beendet sie. Damit kann Entscheiden als aktives Handeln begriffen werden, zu dem es Alternativen gibt und das als interaktiver Prozess mit anderen Beteiligten gestaltet werden sollte (Kleinschmidt 2004; Goethals et al. 2010).

Studien zu pflegerischer EF fokussieren zumeist auf medizinische und klinische EF (Taylor et al. 2005; Rose et al. 2011; Hancock et al. 2006), oder die Rolle von Pflegenden bei Behandlungsentscheidungen (Duffy 2009; Campos et al. 2009). Seltener beachtet werden Entscheidungen im Kontext des Pflegeprozesses und der Interaktion zwischen Patient_innen und Pflegenden (Yoos et al. 2005; Schnell 2009). Die Ergebnisse zeigen, dass professionelles, theoretisches und im besten Fall evidenzbasiertes Wissen einen hohen Stellenwert haben und auf den Einzelfall angewendet werden (Lake et al. 2009; Thompson et al. 2001; Goethals et al. 2010). Nicht im Fokus stehen Entscheidungen, die im pflegerischen Verantwortungsbereich liegen. Die hier untersuchte EF liegt in diesem Verantwortungsbereich (Chinn et al. 1996) und wird als Interaktion (Kleinschmidt 2004) sowie als klinische EF mit ethischen Aspekten (Pierce 1997; Flick et al. 2000) verstanden.

Ziel der Studie ist somit die klinisch-ethische EF professionell Pflegender im Rahmen des eigenen Verantwortungsbereichs und unter Berücksichtigung der relevanten Einflussfaktoren zu untersuchen. Der Fokus liegt daher auf den Bedingungen, die in verschiedenen institutionellen Settings herrschen, in denen Patient_innen mit AN versorgt werden. Die Fragestellung, die sich daraus ergibt, lautet:

Welche Faktoren beeinflussen professionell Pflegende bei der Entscheidung zum Einsatz pflegerischer Maßnahmen bei Patient_innen mit schwerer Atemnot?

Die Beantwortung geschieht in zwei Unterfragen.

- Wie erleben und gestalten professionell Pflegende den Entscheidungsfindungsprozess zum Einsatz pflegerischer Maßnahmen?
- Welche relevanten Einflussfaktoren wirken auf die Entscheidung?

2. Design und Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Design gewählt (Flick et al. 2000). Die Grounded Theory Methodologie nach Strauss (Strübing 2004; Strauss et al. 1996; Strauss 1998) wurde um eine ethnographische Perspektive und reflexive Strategien ergänzt. Breuer nennt dieses Vorgehen reflexive Grounded Theory (Breuer 2010). Zudem wurden interaktionstheoretische Annahmen von Goffman (1980) genutzt und als Auswertungsmethode operationalisiert (Dunger et al. 2017a).

Begründet ist diese theoretische Positionierung in dem Verständnis von EF als Interaktion zwischen verschiedenen Akteur_innen (Kleinschmidt 2004; Goethals et al. 2010). Diese sozialen Situationen sind selten eindeutig und werden oftmals nicht von allen beteiligten Akteur_innen identisch wahrgenommen. Goffman fragt somit: „*Was geht hier [in sozialen Situationen; CD] eigentlich vor?*“ (Goffman 1980: 16). Die Antwort ergibt sich aus den Handlungen der Beteiligten. Das bedeutet, dass aus dem oftmals unbewussten und selbstverständlichen Verstehen einer Situation, ihrer Deutung durch die Beteiligten, deren Handlung erwächst. Von diesen Handlungen kann wiederum auf das Situationsverständnis der Akteur_innen geschlossen werden. Gleichzeitig ist das Situationsverständnis anfällig für Kontextfaktoren, die die Situationsbedingungen und Handlungsalternativen einschränken.

2.1 Methodisches Vorgehen

In der Studie wurden teilnehmenden Beobachtungen (TB) und problemzentrierte Experteninterviews durchgeführt. TB (Lüders 2000; Kawulich 2005; Greve et al. 1997) sind eine herausfordernde Datenerhebungsmethode (Dunger et al. 2017b), deren Ursprünge in der Ethnologie liegen (Beer 2008; Mauss 2013). Die Durchführung TB bedeutet zunächst, dass die Forscher_innen an Situationen des Alltags der Teilnehmer_innen bzw. deren alltäglichen Praxis teilnehmen und sie zugleich beobachten. Im Idealfall werden die Beobachter_innen Teil des Sozialgefüges und des Alltags und bekommen so den methodisch gewünschten Zugang zu impliziten und nicht versprochenen Wissensbeständen der Teilnehmer_innen (Schnell et al. 2014). Ziel der TB in der beschriebenen Studie ist, sie mit den Selbstaussagen, die in den Erzählungen der teilnehmenden Expert_innen auftreten, zu vergleichen. Die TB wurden als offene Beobachtungen durchgeführt, die im Verlauf der Erhebung immer wieder spezielle, d. h. relevante (Atemnot-)Situationen und Handlungssequenzen fokussierten. Die Experteninterviews wurden als problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) geführt, wobei zu Beginn ein Erzählstimulus gesetzt wurde (Schütze 1983), auf den eine narrative Erzählung im Sinne einer biographischen Selbstpräsentation (ebd.) der Teilnehmer_innen folgte. Für die Forschende (CD) bedeutete dieses methodentriangulierende Vorgehen eine Herausforderung. Neben der auch erkenntnistheoretisch wichtigen Wahrung von Kreativität und Offenheit im systematischen Forschungsprozess, mussten zusätzlich Rollenkonflikte und die besondere Art der Beziehungsgestaltung in TB reflektiert werden (Dunger et al. 2017b).

Die Auswertung der TB orientierte sich an der Rahmenanalyse und den Forschungsstrategien Goffmans. Dieser übernahm aus der Konversationsanalyse die Sequenzanalyse, wendete diese jedoch nie sehr streng an, sondern nutzte sie eher zum Kodieren von Handlungssequenzen. Dafür wurden die Protokolle der TB nach Handlungssträngen sequenziert, die dann benannt werden konnten (Dunger et al. 2017a). Dieser Auswertungsschritt fließt in einen iterativen Prozess ein, dessen weitere Schritte das Bilden von Leitperspektiven sowie die Klassifikation und eine Typenbildung sind. Typisierung meint hier die Systematisierung und Verallgemeinerung der Ergebnisse

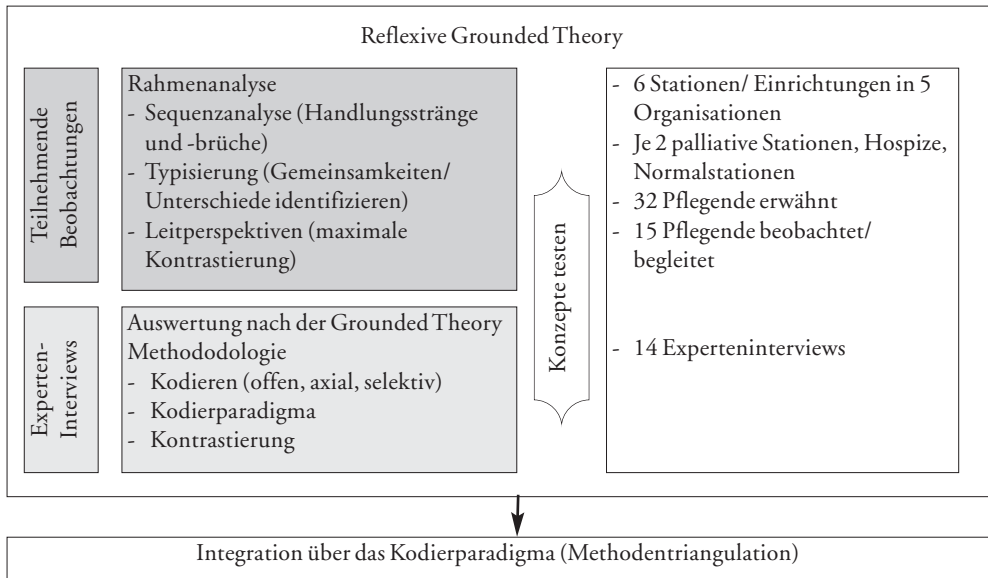


Abb. 1: Vorgehen der Studie und Stichprobe

und ähnelt dem ständigen Vergleichen der Grounded Theory (ebd.). Ziel der Auswertung ist, die Organisationsstrukturen der sozialen Situationen und die Grenzen dieser Rahmen genauer fassen zu können.

Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte nach den Kodierschritten der Grounded Theory unter Verwendung des Kodierparadigmas (Strübing 2004). Die Theorieentwicklung wurde als abduktiver, iterativer Prozess und unter ständigem Vergleichen durchgeführt. Die Stichprobenauswahl war dabei durch die sich bildenden Konzepte geleitet. So konnten diese immer wieder getestet werden. Alle Ergebnisse wurden schließlich über das Kodierparadigma der Grounded Theory integriert und gemeinsam betrachtet. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über das Vorgehen und die Stichprobe.

Die Datenerhebung und -analyse verlief von Juni 2013 bis März 2017. In dieser Zeit wurden 30 TB mit 15 Pflegenden durchgeführt. In den Beobachtungsprotokollen kommen jedoch weitere 17 Pflegendе vor, da sie bspw. Gesprächspartner_innen der teilnehmenden Pflegenden waren. Es konnten auch zwei Patient_innen intensiver einbezogen werden, mit denen längere Gespräche geführt wurden. Eine Beobachtungseinheit war in der Regel ein Dienst. Die TB wurden auf sechs Versorgungseinheiten in fünf verschiedenen Einrichtungen durchgeführt, von denen je zwei „Normalstationen“ und Palliativstationen waren. Bei den anderen beiden handelt es sich um Hospize. Diese Auswahl ist einerseits dem theoretischen Sampling (Strukturen und Ziele der Einrichtungen als Einflussfaktoren) geschuldet. Sie sind andererseits mit der Behandlung von atemnotigen Patient_innen verbunden. Weitere Merkmale der Einrichtungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Einrichtungen				Ges.
Region	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt	
	0	1	5	6
Träger	Kirchlich	Öffentlich	Gemeinnützig	
	2	3	1	6
Versorgungsstufe	Maximalvers.	Regelvers.	Hospiz	
	3	1	2	6
Betten	> 800	≤ 800	≤ 400	< 15
	2	1	1	2

Tab. 1: Einrichtungsmerkmale

Mit 14 Teilnehmer_innen konnten zudem Interviews geführt werden. Das Durchschnittsalter der vier männlichen und zehn weiblichen Pflegenden war 42 (27-58) Jahre, wobei sie eine durchschnittliche Berufserfahrung von 17 (2-32) Jahren aufwiesen. Zwei Teilnehmer_innen haben in ihrer Primärqualifikation eine Altenpflegeausbildung gemacht, die anderen eine Ausbildung zur/m (Gesundheits- und) Krankenpfleger_in. Alle weisen zudem mindestens eine Fort-/Weiterbildung auf. Abgedeckt sind die Bereiche Palliative Care (6 TN), Praxisanleiter (6 TN), Stationsleitung (4 TN), Hygiene (3 TN), Onkol. Fachpflege (2 TN).

Nicht alle Interviewteilnehmer_innen wurden zuvor begleitet. Das lag einerseits daran, dass einige Stationsleitungen nicht in der Praxis mitarbeiten, sie aber im Rahmen des theoretischen Samplings wichtige Informant_innen waren. Andererseits war es auf einer Station notwendig, die Perspektive eines ganz neuen Mitarbeiters einzubeziehen. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 53:03 Minuten (32:25 – 104:55 Minuten). Die eingesetzten Leitfäden wurden im Forschungsprozess mit Weiterentwicklung der Konzepte angepasst. So wurden die sich entwickelnden Konzepte (bspw. Sicherheit vermitteln als (un-)bewusste Maßnahme, die Bedeutung von Stationsleitungen), aber auch in den TB identifizierte Verhaltensweisen aufgegriffen.

2.2 Forschungsethik

Das ethische Clearing für die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke (09/11) erteilt. Die Studie orientierte sich an den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Eine Teilnahme war freiwillig und neben der informierten Zustimmung aller Beteiligten, wurde im Verlauf der Datenerhebung auch eine kontinuierliche Zustimmung (Schnell et al. 2018) eingeholt (Dunger et al. 2017a,b).

3. Ergebnisse: Entscheidungshandeln, Priorisierung und Gleichzeitigkeit im klinischen Alltag professionell Pflegender

Die EF professionell Pflegender in Atemnotsituationen und darauf einwirkende Faktoren werden folgend aus zwei Perspektiven betrachtet. Zunächst ist die konkrete

Atemnotsituation dadurch bestimmt, dass zwei Menschen, der eine mit AN, der andere als professionell Pflegenden_r, miteinander interagieren (Unterfrage 1). Diese Situation passiert jedoch nicht losgelöst von ihrem Kontext. Die zweite Perspektive bezieht sich daher auf die äußeren Bedingungen der Atemnotsituation, die vor allem durch die Gleichzeitigkeit von Handlungssträngen und Ansprüchen gekennzeichnet ist (Unterfrage 2).

So antwortet eine Teilnehmerin aus dem Krankenhaussetting auf die Frage, welche Wünsche sie in Bezug auf die Versorgung von Patient_innen mit AN hat, mit den Worten: *„Dass ich weiß, wenn ich mich mit einem Patienten beschäftige, ich auch wirklich die Zeit habe und nicht irgendwo im Hinterkopf noch denke, Oh Mist, wenn du auf den Flur gleich kommst, dann kommen noch drei andere Probleme“* (Marie, 103).³

Die folgenden Ergebnisse zeigen auf, dass diese externen Einflussfaktoren dazu führen, dass professionell Pflegenden, teilweise unbewusst und unter großem Druck, Prioritäten setzen und somit ihr Entscheidungsverhalten externen Anforderungen und Ansprüchen anpassen. Das hat auch Konsequenzen für die untersuchte Versorgungssituation atemnotiger Patient_innen.

3.1 Perspektive 1: Pflegerische Interaktion innerhalb der Atemnotsituation

3.1.1 Situationswahrnehmung und Einschätzung von Atemnot

AN wird von den teilnehmenden Pflegenden als häufig vorkommendes Symptom beschrieben und im professionellen Zusammenhang sehr differenziert wahrgenommen. Sie unterscheiden sie nach Intensität, Dauer und Art sowie Ursache und Vermeidbarkeit. So beinhaltet die Aufzählung eines Teilnehmers verschiedenste Faktoren, die auch psychische Ursachen mit einbeziehen:

„Ja, leichte Atemnot ist ja also fast täglich zu erleben, dass irgendjemand bei einer Anstrengung außer Atem kommt (...) Problematische Gespräche mit der Familie und dann bleibt den Menschen da manchmal einfach die Luft weg“ (Michael, 17-19).

Als Menschen erleben die Pflegenden AN vielfach als massiv beängstigendes Symptom, dass sie in der Folge auch entsprechend wahrnehmen.

„Atemnot ist, glaube ich oder nein, ich bin mir ganz sicher, für mich das schwerwiegendste Symptom, was es geben kann, Schmerzen sind auch ganz schrecklich, aber Atemnot hat was von dem von Todesgefühl“ (Lena, 74).

Angelehnt an diese Kriterien nutzen sie verschiedene Maßnahmen. Die Einschätzung und Auswahl der Maßnahmen verläuft jedoch nicht explizit, sondern intuitiv und

³ Die hier genutzten Pseudonyme entsprechen nicht den Originalnamen. Im Kontext der Datenerhebung im Feld wurden jedoch die (teilnehmenden) Kolleg_innen mit Vornamen angesprochen. In den Beobachtungsprotokollen wurden diese Namen durch andere Namen ersetzt; vgl. hierzu Meyer mann 2014: *„Von Vorteil ist dabei auch, dass der Lesefluss erhalten bleibt, (...). Ein Vorname sollte also durch einen vergleichbaren Vornamen“* ersetzt werden. Die Teilnehmenden Beobachtungen sind nicht gesondert benannt. Sie tragen lediglich die Nummer der Durchführungsreihenfolge. Die nach dem Komma genannte Ziffer entspricht dem Absatz des Dokuments.

unsystematisch. So wurde lediglich in einer Einrichtung ein Assessment genutzt das regelmäßig als Fremdeinschätzungsinstrument durch die Pflegenden angewandt wurde. In allen anderen Situationen lag der Wahl von Maßnahmen offenbar eine in der Interaktion begründete Situationseinschätzung zugrunde.

3.1.2 Pflegerische Maßnahmen bei Atemnot

Die Teilnehmer_innen beschreiben ihr angewandtes Maßnahmenrepertoire als „Klassiker“ (Lena, 88), „Konzept“ (Robert, 108) oder „Schema“ (Michael, 15). In den TB zeigt es sich regelhaft als Da sein, Ruhe vermitteln, gemeinsames Atmen, ruhiges Sprechen, Lagerung, Ventilator reichen, Imagination, Einreibungen und Einsatz von Hilfsmitteln. Auch in den Interviews folgen auf die Frage nach pflegerischen Maßnahmen umfassende Beschreibungen und Aufzählungen.

„Die fallen mir also ein, erstmal so ganz banale, wie Fenster öffnen, ruhige Ansprache, unter Umständen Sauerstoff anbieten, Lagerungsmöglichkeiten ausschöpfen, das kann sein, bei einem mobilen Patienten, an die Bettkante setzen, das kann bei einem bettlägerigen Patienten sein eine A-Lagerung, unterstützen, das können sein, gemeinsames Atmen, das geht ja auch, dass ich versuche mit jemandem zusammen zu atmen und die Atmung damit beeinflusse, grundsätzlich Ablenkung, eine Gesprächssituation, dem einen oder anderen Patienten tut vielleicht auch Körperkontakt gut, also wenn ich dann beruhigend massiere, Hautkontakt suche“ (Lena, 88)

Die Tabelle 2 setzte die Maßnahmen in den Kontext der Atemnotsituation und ihren Ablauf.

Atemnotsituationen			
Vor einer erlebten Atemnotsituation	Während einer Atemnot		
	Je nach Eskalation/Einschätzung der Atemnotschwere und -art:		
	Leichte Atemnot	Mittelschwere Atemnot	Schwere Atemnot
Patient_in beobachten			
(1) Beratung und Information	(3) Anstrengung vermeiden		
(2) Präventive Maßnahmen		(3) Tätigkeiten abbrechen	
	(4) (non-verbale) Kommunikation		
	(5) Ablenkung		
		(6) Interventionen gegen Atemnot ergreifen	
	(7) Sicherheit vermitteln (Umgebung sichern, Da sein, Beruhigen)		

Tab. 2: Atemnotsituationen und stattfindende Maßnahmen

Die Reaktion der Pflegenden findet also im Rahmen einer Interaktion statt, die je nach Situationseinschätzung und Patient_in ganz verschieden ausfällt. Pflegende machen dabei immer mehrere Sachen gleichzeitig. Die Darstellung verdeutlicht zudem, dass AN eskalieren kann und wie Pflegende abhängig von dieser Eskalation reagieren. Noch bevor akute AN auftritt, ergreifen sie präventive Maßnahmen und beraten Betroffene oder auch Angehörige (1,2). Erst im Verlauf oder bei entsprechender Intensität werden andere Maßnahmen ergriffen oder gezielte Interventionen vorgenommen (3-6). Dabei sind nicht alle Maßnahmen bei schwerer Atemnot sinnvoll durchzuführen, bzw. vorrangig (Schraffierung zu 3). Zudem versuchen sie kontinuierlich die Patient_innen zu beobachten und ihnen Sicherheit zu vermitteln (7). Das erscheint angesichts der Angst und Unsicherheit von Patient_innen mit AN besonders wichtig.

Eine klare Trennung zwischen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen wird von den Teilnehmer_innen nicht stringent eingehalten.

„Ja, ich hab jetzt den großen Vorteil, dass unser Oberarzt ein Teamplayer ist. Du kennst ihn ja. Es ist also, er gibt uns unheimlich viel Spielraum. Dadurch, wie solche Sachen, dass wir schon von uns aus die BGAs machen, Sauerstoffanhängen und normalerweise darfst das ja alles nur mit ärztlicher Genehmigung. Oder dass wir das auch besprechen mit Mo-[Morphin; CD]Perfusoren, bei unseren sterbenden Patienten. Das wird vorab abgeklärt, werden uns auch schriftlich gegeben, wir dürfen da selbst mit dran und koordinieren.“ (Anna, 163)

Die Pflegenden sehen ihre Aufgabe vor allem in der unmittelbaren Patient_innenbeobachtung und einer schnellen Reaktion bei problematischen Veränderungen. In einigen Situationen kann es so auch dazu kommen, dass der eigene Verantwortungsbereich überschritten wird, wie ein Teilnehmer – ebenfalls mit Bezug auf eine BTM-Gabe – beschreibt:

„Und also ich mache das auch manchmal sogar so, dass die Patienten erst von mir dann ein Medikament kriegen und ich dann dem Arzt sage, hör mal ich muss jetzt mal notfallmässig ein bisschen schneller ran, ich habe das und das gemacht“ (Alexander, 5)

Diese Praxis ist nicht in jedem (interdisziplinären) Team zu beobachten, wird vor allem im klinischen Setting jedoch notwendig, wenn zuvor keine klaren Absprachen getroffen wurden. Auch aufgrund anderer Faktoren können medikamentöse Maßnahmen den pflegerischen vorgezogen werden, wie eine Teilnehmerin in Bezug auf zeitliche und personelle Ressourcen berichtet: Dann *„wird es mit Beruhigungsmitteln auch teilweise gemacht. Sauerstoff und 3 Minuten ein bisschen liebevoll drauf eingeredet und dann geht man wieder. Das ist einfach so“ (Angelika, 47).*

Obgleich in Hospizen auch ein sehr eigenständiger Umgang der Pflegenden mit Medikamenten vorherrscht, stellt sich die Situation hier etwas anders dar. Es handelt sich eben nicht um eine kompensatorische Handlung, sondern um die Umsetzung ausführlicher Absprachen im Kontext der strukturellen Bedingungen.

3.1.3 Beteiligte Akteur_innen in der Atemnotsituation

Neben den tatsächlich umgesetzten Maßnahmen sind für die Betrachtung der Interaktion auch die Akteur_innen und Einflüsse auf das Entscheidungshandeln zu berücksichtigen.

a) Pflegende lassen sich als Akteur_innen mit verschiedenen Rollen beschreiben. Beispielfhaft kann das professionelle Selbstbild der Pflegenden und die Sozialisationen innerhalb des Teams genannt werden. Sie scheinen die bewusste Prioritätensetzung und teilweise auch unbewusste Situationsbeurteilungen zu beeinflussen.

„Wir arbeiten ja unsere neuen Mitarbeiter hier ein und das ist mit ausschlaggebend ganz am von Anfang an bei der Einarbeitung: Prioritäten zu setzen. Das das sag ich den neuen Mitarbeitern, wir sagen das den neuen Mitarbeitern und wir helfen ihnen, diese Prioritäten kennen zu lernen und durchzusetzen.“ (Paula, 35)

Eher im Hintergrund steht der durchaus verschiedene Anspruch der Pflegenden, in ihrer rein professionellen Rolle oder auch als Mensch in die tägliche Praxis sowie in Atemnotsituationen einzutreten. Die meisten Teilnehmer_innen sehen sich als „nur Menschen“ (Paula, 45), die von Motivation, Tagesform, Sympathie und eigenen Erfahrung abhängig sind. Diese Aspekte beeinflussen ebenfalls Verhalten in Atemnotsituationen und erscheinen dann besonders wichtig, wenn es darum geht, die oben genannte Sicherheit zu vermitteln.

Daneben werden jedoch auch andere Einflüsse auf die EF beschrieben. Wissen, berufliche und persönliche Erfahrung und die Beziehung zu den atmenötigen Patient_innen ermöglichen eine sichere Einschätzung der Situation und begrenzen die Auswahl der potenziellen Maßnahmen. Diese Einflussfaktoren werden direkt beschrieben, wie das folgende Zitat zeigt:

„Mit an erster Stelle Erfahrung, Empathie (00:04), Kontakt zwischen Patienten und dem Pflegepersonal (00:05), Anamnese quasi, also, inwiefern weiß ich etwas über dem Patienten, inwieweit kenne ich den Patienten und inwieweit kann ich den einschätzen. Des Weiteren natürlich die Kompetenz desjenigen, die Fachkompetenz.“ (Paula, 47)

b) Andere professionelle Akteur_innen, vor allem pflegerische und ärztliche Kolleg_innen, haben ebenfalls eine Bedeutung für die Interaktion, die sie als direkte Ressource und Mit-Akteure oder über ihr Verhalten außerhalb des Handlungsrahmens beeinflussen. Sie erweitern oder verringern so den Handlungsspielraum der pflegenden Akteur_innen. Ein einfaches Beispiel dafür ist der kollegiale Austausch, wie ihn eine Teilnehmerin beschreibt: *„Dann holten die Kollegen mich noch mit dazu, einfach um zu gucken, ob mir noch etwas einfällt, ob man noch was machen kann.“ (Vanessa, 5)*

Auch die folgende TB beschreibt eine Situation, die jedoch außerhalb der Patient_innen- Pflege-Interaktion stattfindet.

In der Übergabe wird über Patienten gesprochen, die Luft nötig sind. (...) Eine andere Patientin, die ebenfalls relativ neu ist, scheint vor allen Dingen Atemnot zu bekommen, wenn sie sich belastet. Gleichzeitig scheinen hier auch psychische Faktoren

wichtig. (...) Auch in der Mittagsübergabe wird nochmals über die atemnotigen Patienten gesprochen. Dabei wird nochmals diskutiert, welche Gründe es für die Atemnot gibt und wie man gegebenenfalls darauf reagieren kann. Die Dame, die vor allem aus psychischen Gründen Atemnot zu haben scheint, hat über den Vormittag hinweg häufiger geklingelt. Dabei ist klar geworden, dass sie sehr unsicher ist. (...) Auch hier wird überlegt, ob man der Dame ein Angebot machen kann, dass ihr die Unsicherheit und gegebenenfalls vorhandene Angst nehmen könnte. (TB 24, 4 und 15)

Von diesen Teamgesprächen während der Übergabe gehen somit Unterstützung, eine Reflexion sowie konkrete Gestaltungsoptionen aus.

c) Angehörige oder Mitpatient_innen wiederum können in der Initiierung einer Situation mitwirken und auf deren Verlauf Einfluss nehmen.

Um 8:50 Uhr wird das Essen dann abgeräumt. Dabei fällt der Pflegenden auf der anderen Seite bei einem Patienten auf, dass der weder sein Essen, noch seine Tabletten angerührt hat. Der Zimmernachbar erläutert, der Patient habe eine unruhige und schnelle Atmung und sei auch sehr unruhig. Der Patient bestätigt das sehr zaghaft, worauf die Pflegende [sagt; CD], er solle die Ruhe bewahren und sie rufe die Ärztin an. (TB18, 11)

Das Beispiel ist eines von vielen, in denen die Bedeutung von Personen außerhalb der direkten Patient_innen-Pflege-Interaktion deutlich wird. Diese sind jedoch nicht zwangsläufig positiv. Insbesondere mit Blick auf emotionale Belastungen als Auslöser von AN, werden von den Pflegenden oftmals Angehörige und Beziehungskonflikte genannt (s.o.; Michael, 17-19). Die Belastung der Angehörigen selbst wird kaum thematisiert.

d) Als weitere Hauptakteur_innen müssen die Patient_innen betrachtet werden. Sie sind weder auf ihre Erkrankung, noch auf die Atemnotsituation zu reduzieren, sondern in einen sozialen Kontext eingebunden und haben eine eigene Persönlichkeit sowie (Krankheits-)Geschichte. So kommt es auch zu unterschiedlichen Vorstellungen von Maßnahmen und Fähigkeiten, die genutzt werden können. Patient_innen, die AN als Nebenwirkung erfahren, unterscheiden sich so bspw. von Patient_innen, die AN als Symptom erleben. Eine Pflegende berichtet: *„Auf der Gastro hast du ja häufig auch Patienten, die sind selbstständig, fit, mobil und die kommen vielleicht von einer Untersuchung wieder und sagen dann, och Mensch ich habe noch so ein Kratzen im Hals und habe so das Gefühl, ich kriege ein bisschen schlechter Luft als vorher.“* (Marie, 15)

Die betroffenen Patient_innen sind also Personen, die verschiedene Reaktionen zeigen, Atemnotsituationen ganz verschieden erleben und sich daher in ihren Ansprüchen und Bedürfnissen unterscheiden. Die Pflegenden wissen darum und versuchen das in die Beziehung und gezielte Interaktionen einzubinden, wenngleich das innerhalb der Institution nicht so einfach erscheint. Oftmals kommen sie dabei an ihre Grenzen.

„Das steht bei den ganzen Formularen nicht (!) Drin, das ist individuelle Betreuung und Situation gerecht und menschengerecht, autonom behandeln, so wie sie sind, mit ihren Schrullen, mit allem was sie haben.“ (Regina, 129)

„Ich habe das geliebt, mich auch bei den Patienten mal auf das Bett zu setzen und zu sagen, was ist denn los, warum sind sie so traurig und so, ich kriege das mittlerweile nicht mehr mit, wenn ich es mitkriege, dann stört es mich eher, wenn die Patienten halt so depressiv verstimmt sind, wenn die eigentlich zu lange brauchen und diese Zuwendung einfordern und ich kann sie ihnen einfach nicht geben und das stört mich.“ (Laura, 19)

Die Pflegenden beschreiben, dass die Patient_innen eher genügsam sind und, obwohl sie teilweise unzufrieden sind, mit Verständnis darauf reagieren, dass die Pflegenden im klinischen Setting keine Zeit haben. Sie honorieren eher übermäßig kleinere Zuneigungen und den Versuch der Pflegenden möglichst das Beste zu geben.

3.1.4 Priorisierung und Entscheidungshandeln

Insgesamt zeigt sich, dass das Symptom AN von den Akteur_innen durchaus unterschiedlich verstanden wird und sie dadurch auch zu einem unterschiedlichen Verständnis der Situation kommen. Dazu gehört, dass aus pflegerischer Sicht die konkrete Atemnotsituation nur eine Situation von vielen ist, die im pflegerischen Alltag auftreten. So zeigen die TB, dass im Stationsalltag nicht jede Atemnotsituation als solche (Notsituation) wahrgenommen wird. Das liegt oftmals an der grundlegenden Stationsorganisation, wie bspw. der starken Fokussierung der examinieren Pflegenden auf administrative Tätigkeiten. Daneben ist auch die Prioritätensetzung der Pflegenden zu thematisieren, denn die Anerkennung eines Handlungsbedarfes ist mindestens genauso wichtig, wie die beschriebene Wahrnehmung des Symptoms. Wie bereits das oben angeführte Zitat zum Einsatz von Beruhigungsmitteln (Angelika, 47) zeigt, wird nicht in jeder Atemnotsituation eine angemessen wirkende Reaktion umgesetzt. Es verdeutlicht, dass die verfügbaren Ressourcen, mit all ihren Konsequenzen, die pflegerische Entscheidung beeinflussen. Es kann also dazu kommen, dass Pflegenden AN wahrnehmen, sich aber nicht oder nur kurz auf die Situation einlassen. Der Entscheidungsprozess beginnt somit, so zeigen die TB und Interviews, eigentlich schon vor dem aktiven Eintreten in die Situation. Es ist die Entscheidung die AN der Patient_innen als vorrangig vor anderen Aufgaben oder parallel verlaufenden Handlungssträngen zu bewerten und sich darauf einzulassen.

3.2 Perspektive 2: Gleichzeitigkeit als Bedingung pflegerischer Entscheidung

Die Patient_innen-Pflege-Interaktion wurde als ein möglicher Handlungsstrang unter anderen herausgestellt, der wahrgenommen, realisiert, aufgenommen, unterbrochen oder auch fallen gelassen werden kann. Doch welche Bedeutung hat diese Gleichzeitigkeit für das untersuchte pflegerische Entscheidungshandeln?

Die teilnehmenden Pflegenden beschreiben, dass sie diese Gleichzeitigkeit als problematisch erleben. Anders als die gleichzeitig durchgeführten Tätigkeiten in den Interaktionen selbst, schließen sich diese Handlungsstränge, die mit der Übernahme verschiedener Aufgaben und einer Arbeitsverdichtung verbunden sind, gegenseitig

aus. Eine Pflegende beschreibt: „*Ich bin hier alleine für 42 Patienten, wir haben nicht immer 42 Patienten, aber wir haben 42 Betten, die könnten alle voll sein, dann müssen sie vielleicht einfach ein bisschen länger warten und wenn was wichtiges ist, was akutes, dann müssen sie sich einfach eher melden.*“ (Laura, 57)

Wie welche Handlungsstränge mit welcher Intensität verfolgt werden, d. h. wie die Pflegenden mit den gleichzeitigen Anforderungen umgehen, sie erleben und gestalten, ist auch maßgeblich dafür, in wie weit auf Patient_innen eingegangen wird, d. h. eine Atemnotsituation wahrgenommen wird und eine angemessene Reaktion erfolgt.

Dabei haben die Pflegenden nur bedingt einen Einfluss darauf, die strukturellen, organisatorischen Gegebenheiten zu verändern.

„*Zuständig sind nämlich Stationsleitung, Pflegedienstleitung, zu gucken, dass man grundsätzlich hier an dieser Situation was verändern muss, dass die Situation nicht immer wieder eskaliert (...) Das Geld ist das wichtigste, das ist der Umsatz und wenn das irgendwie gestört wird und wir da Einfluss drauf haben, da hat man ein Druckmittel und das ist im Endeffekt die Arbeitskraft die wir leisten, (...) und wenn das nicht mehr da wäre, dann da würde sich was bewegen glaube ich, nur das Problem ist, dass sich das keiner traut und wie gesagt, dass wir halt nicht gut organisiert sind von der Pflege.*“ (Sarah, 47 und 73)

Eine Schlüsselrolle scheinen die Stationsleitungen einzunehmen. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, wie die Station und ihrer Arbeitsabläufe organisiert sind, welche Mitarbeiter_innen mit welchen Aufgaben und welchen Qualifikationen das Team bereichern können. Sie wirken zudem entscheidend an der Entwicklung des Teams und gemeinsamer handlungsleitender Normen und Werte mit. Andererseits stehen sie auch selbst unter enormem, oft ökonomischem Druck, gegen den sie sich und ihr Team nicht dauerhaft abgrenzen können. So erleben die Pflegenden eine weitere Art der Gleichzeitigkeit, die sich aus der Konfrontation verschiedener Ansprüche ergibt: „*Und da geht es halt darum, dass den Leuten klar wird, dass wir überfordert sind, (...) von dem was von uns gefordert wird, also wir müssen funktionieren, wir dürfen nicht emotional agieren, wir müssen zusehen das die Arbeit getan ist, aber die Patienten dürfen nicht auf der Strecke bleiben.*“ (Laura, 57)

Hier liegt, laut der Teilnehmer_innenaussagen, ein Grund für die psychische Belastung, die sie jeden Tag erleben. Die teilnehmenden Pflegenden berichten davon und sagen auch, dass dieser Aspekt für die Versorgung der Patient_innen mit AN relevant ist. Die beschriebene, dringend zu vermittelnde Sicherheit in einer Angst- oder Paniksituation kann eine professionell Pflegende nur geben, wenn sie selbstsicher und selbstsicher ist!

4. Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahl pflegerischer Maßnahmen bei Patient_innen mit AN im Rahmen der komplexen Interaktion zwischen Patient_innen und Pflegenden, aber auch anderen möglichen Akteur_innen stattfinden (vgl. Luce et al. 2002; Gysels et

al. 2009). Eine Wahl bezüglich pflegerischer Maßnahmen bei AN zu treffen bedeutet daher interaktives „Entscheidungshandeln“. Dabei wird nicht jede Atemnotsituation so wahrgenommen oder eingeschätzt, dass sich daraus ein Handlungsauftrag ergibt. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studien (Kleinschmidt 2004; Goethals et al. 2010; Kersting 2013)

Das Erleben von Gleichzeitigkeit spielt dabei in der vorliegenden Studie eine entscheidende Rolle. Sie ist auf der Ebene der direkten Interaktion, aber auch auf der organisatorischen Ebene relevant und zeigt sich in drei unterschiedlichen Ausprägungen.

(1) Gleichzeitiges Handeln in Interaktionen: In den untersuchten Atemnotsituationen zeigt sich eine besondere Fähigkeit der Pflegenden, die eine hohe Kompetenz erfordert. Die Entscheidungen basieren auf einer komplexen Situationseinschätzung und der Möglichkeit, differenziert die Wahrnehmung des Gegenübers zu antizipieren. Nur so ist es möglich innerhalb der Interaktion die richtige, d. h. wirksamste Maßnahme für den jeweiligen Patient_innen zu identifizieren (vgl. Dunger et al. 2012).

(2) Das Erledigen mehrerer gleichzeitig auftretender Aufgaben, d. h. das Managen parallel verlaufender Handlungsstränge: Dieses in der Praxis häufig auftretende Problem zeigt sich besonders deutlich bei einer nicht adäquaten und knappen Personaldichte sowie bei fehlenden qualifizierten Mitarbeiter_innen. Obwohl es sich, abseits von einer 1-zu-1-Betreuung, niemals vollkommen lösen lässt, liegt genau hier ein möglicher Schwerpunkt gestalterischer Aufgaben des (Pflege-)Management. Im Rahmen der Organisationsverantwortung können und sollten also entsprechende Rahmenbedingungen gestaltet werden, die den Pflegenden eine Prioritätensetzung ermöglichen und ausreichend Flexibilität für alternative Handlungsmöglichkeiten bieten (Höhmann et al. 2010).

Für das Entscheidungshandeln bedeuten sich ausschließende Handlungsstränge, dass der Prozess der Entscheidung bereits vor der EF zu konkreten Maßnahmen beginnt. Die Entscheidung in die Interaktion zu treten ist eine (bewusste) Priorisierung der Atemnotsituation vor anderen Situationen, die gleichzeitig stattfinden. Es wird also keine Entscheidung über die Mittel, sondern über das anzustrebende Ziel getroffen. Das ist nur so lange als unproblematisch zu bewerten, wie diese Maßnahmen nachgeholt werden, d. h. keine implizite Rationierung eintritt und das Unterlassen nicht zu Schaden führen (vgl. Schnell 2008).

(3) Das Erleben gleichzeitiger, sich widerstrebender Ansprüche: Die Pflegenden erleben einen massiven Konflikt zwischen ihrem eigenen professionellen Selbstverständnis und den Zielen sowie Ansprüchen der verschiedenen Akteur_innen (Patient_innen, Angehörige, andere Teammitglieder), aber vor allem der Einrichtung. Die Konflikthafte dieser erlebten Gleichzeitigkeit ist abhängig von den Bedingungen und Einrichtungsstrukturen, in denen die Pflegenden interagieren. Bei starken Konflikten wird die psychische Belastung der Pflegenden stark erhöht (Höhmann et al. 2018). Es zeigen sich in den TB und Interviews Anzeichen dafür, dass daraus eine unbewusste und an der eigenen Entlastung orientierte Prioritätensetzung resultiert. Durch diese Form impli-

ziter Rationierung kommt es dazu, dass die eigentlich zentrale Perspektive der Patient_innenzentrierung, wie sie der DER (2016) fordert, dem Durchsetzen der – oftmals ökonomisch geprägten – Einrichtungsziele nachgeordnet wird. Dies lässt sich in ähnlicher Weise auch für Klinikärzte beschreiben, obgleich diese andere Handlungsoptionen besitzen (Vogd 2004).

Atemnotsituationen sind daher als akut bedrohliche Situationen nicht nur durch die starke Unsicherheit der belasteten Patient_innen (vgl. Simon et al. 2013; Selman et al. 2007) oder das unterschiedliche Situationsverständnis gekennzeichnet. Sie werden durch einen Kontext bestimmt, welcher den Handlungsspielraum der beteiligten Akteur_innen einschränkt und im Laufe der Zeit zugleich die wahrgenommenen Situationsdeutungen, d. h. die Organisationsstruktur an sich verändert.

Die in der Studie beschriebenen Einflussfaktoren auf pflegerisches Entscheidungsverhalten werden auch in Studien zu pflegerischer EF (Lake 2009; Thompson 2001) und angrenzenden Themengebieten beschrieben (Weidner 2004; Methenroth et al. 2010; Höhmann et al. 2013; Kersting 2013). International wird die Arbeitsbelastung (Myny et al. 2011) zudem kritisch betrachtet und, als Personalmangel, auch mit höheren Mortalitäts- und Komplikationsraten (Aiken et al. 2014) verbunden.

Die Gestaltung von Versorgungsstrukturen muss diesen Bedingungen Rechnung tragen, d. h. den Spagat zwischen normativer Anforderung sowie professionellem Selbstverständnis und den aktuellen Bedingungen wie auch Institutionslogiken schaffen (vgl. Höhmann et al. 2018). Weiterhin sind aktuelle demographische Entwicklungen zu berücksichtigen. Hierzu gehört auch das Auseinanderfallen der Zahlen von Menschen mit Hilfebedarf und professionell Pflegenden („Pflegernotstand“) (Castello et al. 2017). Der laufende politische Dialog um die Pflege berücksichtigt die Aspekte bislang nicht ausreichend. Eine Lösung kann nicht in einem reinen Mehr an Personal liegen, sondern muss Qualitätskriterien sowie lösbare Anforderungen für die verschiedenen Verantwortungsbereiche und -ebenen der pflegerischen Profession formulieren. Die Durchführung wissenschaftlich begleiteter Praxisentwicklungsprojekte könnte diese Diskussion ebenso sinnvoll begleiten, wie eine starke berufspolitische Vertretung und Einbindung der beruflich Pflegenden.

Literatur

- Aiken, L. H./Sloane, D. M./Bruyneel, L., et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830
- American-Thorax-Society (1999): Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med.*, 159(1)
- Aulbert, E./Zech, D. (1997): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart, New York
- Bausewein, C. (2007): *Leitfaden Palliativmedizin- Palliative Care*. 3. Auflage, München
- Beer, B. (2008): *Methoden ethnologischer Feldforschung*. 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag: Berlin
- Breuer F. (2010): *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. 2. Auflage. Wiesbaden
- Bobbert, M. (2002): *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt am Main, New York Campus

- Campos, D./Graveto, J. M. (2009): The role of nurses and patients' involvement in the clinical decision-making. *Rev Lat Am Enfermagem.*, 17(6)
- Castello, M./Lauxen, O./Schäfer, L. (2017): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz, Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“. *Berichte aus der Pflege Nr 30*, Mainz
- Chinn, P./Kramer, M. (1996): *Pflegetheorie. Konzepte- Kontext- Kritik*. Berlin 1996
- Currow, D.C./Smith, J./Davidson, P.M., et al. (2010): Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A consecutive cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(4)
- Duffy, L.V. (2009): The nurse's role in treatment decisions for the child with neurological. *J Neurosci Nurs.*, 41(5)
- Dunger, C. (2011): *Pflegerische Entscheidungsfindung zum Einsatz komplementärpflegerischer Maßnahmen bei Patienten mit Atemnot am Lebensende. Eine qualitative Forschungsarbeit in Anlehnung an die Grounded Theory*. Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Studiengang Master of Science. (unveröffentlichte Masterarbeit)
- Dunger, C./Schnell, M.W. (2012): *Pflegerische Entscheidungsfindung am Lebensende*. *Pflegezeitschrift*, 65(3), 170-175
- Dunger, C./Schnell, M.W./Bausewein, C. (2017a): Nurses' decision-making in ethically relevant clinical situations using the example of breathlessness: study protocol of a reflexive grounded theory integrating Goffman's framework analysis. *BMJ Open* 2017;7: e012975
- Dunger C./Bausewein C./Schnell M (2017b): Die Methode der Beobachtungen als forschungsethische Herausforderung – Rekrutierung und Zugang am Beispiel einer Studie zu Einflussfaktoren auf die pflegerische Entscheidungsfindung. *Pflege und Gesellschaft* (3), 231 - 248
- Deutscher Ethikrat (2016): *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*. Online unter: <http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus> (28.08.2016)
- Flick, U./Kardorff, E.v./Steinke, I. (2000): *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt-Taschenbuch Verlag
- Goethals, S./Gastmans, C./de Casterle, B.D. (2010): Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 47(5)
- Goffmann, E. (1980): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag
- Greve W./Wentura D. (1997): *Wissenschaftliche Beobachtung, eine Einführung*. Weinheim
- Gysels, M./Bausewein, C./Higginson, I.J. (2009): Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: Threats and resources. *Palliative and Supportive Care*, 7
- Hancock, H.C./Easen, P.R. (2006): The decision-making process of nurses when extubating patients following cardiac surgery: an ethnographic study, *Int J of Nurs Studies*, 43
- Höhmann, U./Schilder, M./Metzenrath, A./Roloff, M. (2010). Problemlösung oder Problemverschiebung? Nichtintendierte Effekte eines Gesundheitsförderungsprojektes für Pflegede in der Klinik. *Ergebnisausschnitte einer Evaluation*. *Pflege & Gesellschaft*, 15(2), 108-124
- Höhmann, U./Lauxen, O./Schwarz, L. (2018): *Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken. Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege*. Frankfurt a.M.: Mabuseverlag
- Kawulich B.B. (2005): Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum: Qualitative Sozialforschung* 6(2), 43
- Kersting, K. (2013): „Coolout“ in der Pflege. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag
- Kleinschmidt, H. (2004): *Pflege und Selbstbestimmung: Pflegerische Interaktionen und ihre aktive Mitgestaltung durch den Patienten - eine empirisch deskriptiv-analytische*, Bern: Hans Huber Verlag
- Lake, S./Moss, C./Duke, J. (2009): Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. *International Journal of Nursing Practice*, 15: 376-388
- Luce, J./Luce, J.A. (2001): Perspectives on care at the close of life. Management of dyspnea in patients with. *Jama.*, 285(10)

- Lüders C (2000): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung*. Rowohlt, 384-401
- Mauss, M. (2013): *Handbuch Ethnographie*. Wilhelm Fink: München
- Menche, N. (2014): *Pflege Heute*. Auflage: 6, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH
- Meyermann, A./Porzelt, M. (2014): Hinweise zur Anonymisierung von qualitativen Daten. *forschungsdaten bildung informiert* Nr. 1, Frankfurt
- Myny, D./V.Goubergen, D./Gobert, M., et al. (2011): Non-direct patient care factors influencing nursing workload: a review of the literature. *JAN*, 67(10)
- Pierce, P.F. (1997): What is an ethical decision? *Crit Care Nurs Clin North Am.*, 9(1)
- Rose, L./Blackwood, B./Egerod, I., et al. (2011): Decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: an international survey, *Critical Care*, 15
- Schewior-Popp, S./Sitzmann, F./Ullrich, L. (2009): *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*, Auflage: 11, Thieme
- Schnell, M. W. (2008): *Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie*. Hans Huber: Bern
- Schnell, M. W. (2009): *Patientenverfügung. Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügbaren Patientenwillens - Kurzlehrbuch für die Palliative Care*. Hans Huber: Bern
- Schnell, M. W., Schneider, W., Kolbe, H. (2014): *Sterbewelten. Eine Ethnographie*. Buchreihe: *Palliative Care und Forschung*, Wiesbaden: VS-Verlag
- Schnell, M.W./Schulz, Ch./Atzmüller, C., et al. (2017): *Ärztliche Werthaltungen gegenüber nichteinwilligungsfähigen Patienten. Ein Faktorieller Survey*. Buchreihe: *Palliative Care und Forschung*, Wiesbaden: VS-Verlag
- Schnell, M.W., C., Dunger, C. (2018): *Forschungsethik*. Bern: Hogrefe
- Selman, L./Beynon, T./Higginson, I.J., et al. (2007): Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. Dec;1(4)
- Simon ST/Higginson IJ/Benalia H, et al. (2013): Episodes of breathlessness: types and patterns - a qualitative study exploring experiences of patients with advanced diseases. *Palliat Med*. 2013 Jun;27(6):524-32
- Solano, J./Gomes, B./Higginson, I.J. (2006): A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease. *J Pain Symptom Manage.*, 31(1)
- Strauss, A. L./Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz: Weinheim
- Strauss, A. L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. Fink: München
- Strübing, J. (2004): *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden
- Taylor, F. (2005): A comparative study examining the decision-making process of medical and nursing staff in weaning patients from mechanical ventilation, *Int and Clin Care Nursing*, 22
- Thompson, C./McCaughan, D./Cullum, N., et al. (2001): Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? *J Adv Nurs*, 36(3), 376-388
- Vogd, W. (2004): *Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus. Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen*. *Zeitschrift für Soziologie*, 33(1), 26-47
- Weidner, F. (2004): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung*. Mabuse-Verlag.
- Weingartner, V./Bausewein, C./Higginson I.J., et al. (2013): Characterizing episodic breathlessness in patients with advanced disease. *J Palliat Med*, 16(10)
- Wettreck, R. (2001): *„Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik*. LIT-Verlag: Münster, Hamburg, London
- Witzel, A. (2000): *The Problem-centered Interview*. *Forum Qualitative Sozialforschung Online im Internet*: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> [05 Feb. 2016]

- Yoos, H. L./Kitzman, H./McMullen, A., et al. (2005): The language of breathlessness: do families and health care providers speak the same language when describing asthma symptoms? *J Pediatr Health Care*, 19(4), 197-205
- Zwerink, M./Brusse-Keizer, M./van der Valk, P.D., et al. (2014): Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd002990

Dr. Christine Dunger

Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik im Gesundheitswesen, Universität Witten/
Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50, christine.dunger@uni-wh.de (Korrespondenzautorin)

Prof. Dr. Martin W. Schnell

Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik im Gesundheitswesen, Universität Witten/
Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten, schnell@uni-wh.de

Prof. Dr. Claudia Bausewein

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München,
Marchioninistr. 15, 81377 München, Claudia.Bausewein@med.uni-muenchen.de

Beiträge

Gundula Röhnsch, Kerstin Hämel

Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit

Opening up of care institutions for communities: Results of a study on target groups and barriers of reachability

Even in case of increasing health limitations, many old people prefer staying in their accustomed community. This paper looks at possible contributions from nursing homes; the nursing homes studied in this qualitative study aim to improve close-to home service access for community-dwelling older people in their neighbourhood. The focus of this study is on how the care institutions could reach the older people to offer social, health and nursing care services and which barriers of target group reachability emerge. Interviews with experts responsible for the conception, implementation and realization of the project "Pflege stationär – Weiterdenken!" have been conducted and analyzed. From the interviewees perspective limitations in the reachability of old people in the community are related to user-side barriers and provision-side barriers. To reach old people, care institutions have to take greater account of the living and care situations in the community. On this basis their spectrum of services needs to be diversified; moreover it is important to engage in relationship work with the target group and to win over multipliers in the community as partners. Nurses have to take over extended tasks, to consider social and health problems in a socio-spatial context and work more community-oriented – areas of responsibility which, however, have hardly yet been opened up for nurses in Germany.

Keywords

old people, target group reachability, social space, community-oriented care, Community Health Nursing

Viele alte Menschen haben den Wunsch trotz zunehmender gesundheitlicher Einschränkungen in ‚ihrem‘ Quartier wohnen zu bleiben. Der Beitrag betrachtet, inwiefern Pflegeheime dazu beitragen können. Die hier untersuchten Heime zielen darauf, älteren Menschen, die in eigener Häuslichkeit in der Nachbarschaft der Einrichtungen leben, einen Zugang zu präventiv orientierten Versorgungsangeboten zu bieten. Im Fokus der Studie steht, wie es den Einrichtungen gelingen könnte, die älteren Menschen mit sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten zu erreichen und welche Barrieren der Ziel-

eingereicht 17.12.2018

akzeptiert 22.03.2019

gruppenerreichbarkeit sich ihnen stellen. Dazu wurden Interviews mit Verantwortlichen für die Konzeption, Durchführung und Umsetzung des Projekts „Pflege stationär – Weiterdenken!“ geführt und analysiert. Aus Sicht der Befragten ist die Erreichbarkeit alter Menschen im Quartier durch nutzerseitige und angebotsseitige Barrieren erschwert. Um alte Menschen im Quartier besser zu erreichen, sollten Pflegeeinrichtungen die Lebens- und Versorgungssituationen im Quartier stärker berücksichtigen und auf dieser Basis ihr Spektrum an Angeboten ausdifferenzieren. Ebenso wichtig ist es, Beziehungsarbeit mit der Zielgruppe zu leisten und Multiplikator_innen im Quartier als Partner_innen zu gewinnen. Pflegenden müssen insofern erweiterte Aufgaben übernehmen, soziale und gesundheitliche Probleme im sozial-räumlichen Kontext betrachten und gemeindeorientiert arbeiten – Aufgabenbereiche, die für Pflegenden in Deutschland jedoch noch kaum erschlossen sind.

Schlüsselwörter

Alte Menschen, Zielgruppenerreichbarkeit, Sozialraum, quartiersnahe Versorgung, Community Health Nursing

1. Einleitung

Für Menschen im hohen Alter, denen es aufgrund kognitiver oder körperlicher Beeinträchtigungen schwerfällt, ein weiträumiges Netz sozialer Kontakte und Aktivitäten zu pflegen, gewinnt das Viertel bzw. Quartier, in dem sie leben, an Bedeutung. Außerhäusliche Aktivitäten, wie auch Stadtteilverbundenheit und Gefühle nachbarschaftlicher Zusammengehörigkeit, haben besonders im hohen Alter großen Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden (Oswald et al. 2015; Kricheldorf 2015). Die Verbundenheit alter Menschen mit dem Wohnumfeld drückt sich auch in dem Wunsch aus, bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in gewohnter Umgebung Unterstützung zu erhalten (Heusinger et al. 2017; WHO 2015), um im angestammten Quartier wohnen bleiben zu können. Konzepte der Altenhilfe und der Pflege sollten daher so ausgestaltet sein, dass sie ein Ineinandergreifen von Unterstützungsleistungen im Sozialraum befördern (van Rießen et al. 2018; Hämel et al. 2017a).

Eine gut zugängliche, quartiersnahe Versorgung ist nicht nur ein Beitrag zu einem – weitgehend – selbstbestimmten Leben im Alter schlechthin (van Rießen et al. 2018). Sie kann die Teilhabechancen alter sowie hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihrem Sozialraum verbessern und auch Vereinsamung entgegenwirken. Gerade für mobilitätseingeschränkte, alte Menschen stellen lange Wegstrecken zu sozialen oder gesundheitsbezogenen Angeboten eine hohe Zugangsbarriere dar.

Dieser Beitrag geht der Frage nach, inwiefern es stationären Pflegeeinrichtungen gelingen könnte, durch Erweiterung ihres Angebotsspektrums im offenen, ambulanten und teilstationären Bereich, alten Menschen im Quartier eine ‚Anlaufstelle‘ rund um Fragen und Probleme im Alter und bei sozialem, gesundheitlichem und pflegerischem Versorgungsbedarf zu bieten, und welche Barrieren der Zielgruppenerreichbarkeit sich möglicherweise stellen. Hierzu werden zunächst Überlegungen zur Öffnung von Heimen für und in den Sozialraum und zu Ansätzen der quartiersnahen Pflege (Communi-

ty Health Nursing) angestellt, und schließlich Chancen und Barrieren der Erreichbarkeit alter, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Quartier diskutiert. Auf Basis einer eigenen Studie werden schließlich Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Modellprojekts „Pflege stationär – Weiterdenken!“ vorgestellt. Abschließend wird diskutiert, welche Perspektiven sich für die Öffnung von Pflegeheimen in das Quartier und für die Professionalisierung der Pflege im Bereich Community Health Nursing ergeben.

2. Wandel von stationären Pflegeeinrichtungen zu quartiersnahen Pflege- und Versorgungszentren. Ziele und Ansatzpunkte

Öffnung von Heimen

Bleck und Kolleg_innen unterscheiden zwischen einer Öffnung der Heime für den Sozialraum und einer Öffnung zum bzw. in den Sozialraum (Bleck et al. 2018). Eine Öffnung für den Sozialraum beinhaltet beispielsweise die Nutzung von Angeboten oder Räumlichkeiten der Pflegeeinrichtungen durch die Menschen in ihrem Umfeld; sie geht in vielen Fällen auch mit einer Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Angebotsspektrums am Standort einher (Bleck et al. 2018). Die Öffnung in den Sozialraum zielt darauf ab, dass Heimbewohner_innen am sozialen Leben außerhalb der Einrichtung teilhaben können.

Die Öffnung von Heimen für und in den Sozialraum wurde bereits in den 1980er-Jahren, damals ausgehend von den Impulsen aus der gemeinwesenorientierten, offenen Altenarbeit, gefordert (Hämel 2012). Entsprechende Konzepte sind dadurch motiviert, die soziale Abgeschlossenheit der Heime und die Exklusion ihrer Bewohner_innen zu durchbrechen und eine Kultur der Unterstützung im Gemeinwesen zu befördern. Heime sollen durch Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten und erweiterte Angebote (z. B. teilstationäre Pflege; offener Mittagstisch) zu einer gemeindeorientierten Versorgung beitragen (Hämel 2012; Hummel 1986). Allerdings sind Öffnungskonzepte nicht immer leicht zu realisieren, so können z. B. Abgrenzungstendenzen gegenüber pflegebedürftigen Menschen dafür verantwortlich sein, dass gesundheitlich weniger beeinträchtigte ältere Menschen aus dem Quartier Hemmungen haben, Angebote wie einen Mittagstisch oder tagesaktivierende Maßnahmen in einem Pflegeheim anzunehmen (Helmer-Denzel 2016: 391).

Öffnung von Heimen: Orientierung am Konzept ‚Community Health Nursing‘

Die Öffnung von Heimen geht mit neuen Anforderungen an Pflegenden und andere in den Heimen tätigen Professionen einher. Sie müssen lernen, zusätzlich zu den Heimbewohner_innen und ihren Angehörigen, auch die Menschen im Quartier mit in den Blick zu nehmen: Menschen, die (noch) in eigener Häuslichkeit leben, werden zu ihren Klient_innen und sollen durch Hilfeangebote auch erreicht werden. In dem Kontext sind Pflegenden in den Einrichtungen gefordert, Bedarfe und Bedürfnisse in der Ge-

meinde verstärkt zu reflektieren, soziale und gesundheitliche Risiken und Problemsituationen zu erkennen und Maßnahmen für die Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituationen in der Gemeinde zu entwickeln (Shuster 2012: 407). Dies beinhaltet auch die Förderung der Inklusion alter, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihren Sozialraum.

Wenn sich Versorgungseinrichtungen für den Sozialraum öffnen möchten, sind zudem Kompetenzen im Aufbau von Kooperationen und Partnerschaften im Gemeinwesen gefordert, die beispielsweise eine Zusammenarbeit mit sozialen und kulturellen Einrichtungen umfassen können (Hämel et al. 2017b). Alles in allem stehen die Pflegenden somit vor Aufgabenbereichen, die unter dem Konzept von ‚Community Health‘ bzw. ‚Community/Public Health Nursing‘ diskutiert werden (Brieskorn-Zinke 2007; Hämel et al. 2017b; Shuster 2012). Community Health Nursing beinhaltet eine populations- und gemeindeorientierte Arbeitsweise (Saucier Lundy et al. 2009: 6). Diese sollte insbesondere auch dazu beitragen, vulnerable und sozial benachteiligte, mithin nur schwer erreichbare Zielgruppen besser zu erreichen. Im Rahmen von Community Health Nursing sollen Pflegenden die Vorlieben, Gewohnheiten, Lebensstile und sozialen Unterstützungssysteme der Menschen in der Gemeinde stärker in den Versorgungsalltag einbeziehen. Solch eine populations- und gemeindeorientierte bzw. eben auch milieubezogene Orientierung geht über eine individuumszentrierte Pflege hinaus (Saucier Lundy et al. 2009: 15), Communities werden zu Klienten der Pflegenden (Shuster 2012)¹.

Dabei ist generell zu berücksichtigen, dass die Lebens- und Versorgungssituationen alter sowie hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Quartier sowie die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Handlungsspielräume unterschiedlich sind (Heusinger et al. 2012). Alte Menschen sind demnach auch unterschiedlich gut oder schlecht durch professionelle Angebote zu erreichen. Um geeignete Angebote für eine Gemeinde bzw. ein Quartier zu identifizieren und Zugang zur Zielgruppe zu finden, werden insbesondere im nordamerikanischen Raum Community Health Assessments durchgeführt (Burdine et al. 2017; Pennel et al. 2017; Shuster 2012).

Auch für das hier berichtete Modellprojekt wurde – angelehnt an ein Community Health Assessment – eine Bedarfs- und Angebotsanalyse der Quartiere, in denen die Modelleinrichtungen liegen und an deren Bedarf sie sich verstärkt ausrichten wollen, durchgeführt (Hämel et al. 2017a). Die Analyse zeigte deutliche Unterschiede des Anteils alter und hochaltriger Menschen im Umfeld der Einrichtungen; sie verwies auch auf unterschiedlich hohe Anteile von alleinlebenden alten Menschen, sozial-ökonomisch benachteiligten älteren Menschen sowie von Menschen mit Migrationshintergrund. Dem steht eine unterschiedlich gute Zugänglichkeit von pflegerischen, sozialen

¹ In Deutschland steht die Entwicklung und Umsetzung von Community Health Nursing noch am Anfang. Sie wird derzeit u. a. im Rahmen eines von der Robert-Bosch-Stiftung und der Agnes-Karll-Gesellschaft im DBfK gefördertes Modellprojekt zur Einrichtung von Masterstudiengängen verstärkt vorangetrieben (DBfK 2018). Community/Public Health Nursing ist demgegenüber in vielen Ländern ein bedeutendes pflegerisches Tätigkeitsgebiet und dementsprechend als fester Bestandteil der grundständigen Pflegeausbildung sowie auch als postgraduales Spezialisierungsgebiet fest verankert (Hämel et al. 2017b; c).

und gesundheitlichen Angeboten gegenüber, teils weite Wege und räumliche Barrieren erschweren die Inanspruchnahme. Leitfadengestützte Experteninterviews verwiesen darauf, dass teils unklar ist, ob und wie die Modelleinrichtungen ein ansprechendes und adäquates Angebot für die Gruppen leisten können (Hämel et al. 2017a). Unsicherheiten bestehen beispielsweise darin, welche Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse Menschen mit Migrationshintergrund haben und wie demnach eine kultursensible Versorgung aussehen könnte oder wie ältere Menschen, die zurückgezogen leben, erreicht werden können.

Barrieren der Zielgruppenerreichbarkeit

Allgemein kann die Erreichbarkeit von Zielgruppen aus unterschiedlichen Gründen eingeschränkt sein. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Adressat_innen nur ein geringes Interesse an gesundheits- bzw. pflegebezogenen Themen haben (Liljas et al. 2017) oder wenn Inhalte und Zielsetzungen von Angeboten für sie unverständlich sind (Reifegerste 2014). Menschen, die z. B. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen zurückgezogen leben, geraten ‚aus dem Blickfeld‘ professioneller Anbieter, insbesondere, wenn diese auf reine Komm-Strukturen setzen. Zudem scheint Zielgruppenerreichbarkeit geschlechtsspezifischen Faktoren zu unterliegen; so nehmen vor allem alte und multimorbide Männer kaum präventive Gesundheitsangebote in Anspruch (Patzelt et al. 2016). Wichtig ist auch, die sozio-ökonomische Situation alter Menschen in der Gemeinde zu berücksichtigen, denn fehlende finanzielle Mittel führen dazu, dass sich die Betroffenen bestimmte Angebote nicht leisten können (Heusinger et al. 2017). So stellt die auf einer Teilkostenerstattung basierende Pflegeversicherung in Deutschland eine Zugangsbarriere zu professioneller Pflege dar.

Studienergebnissen zufolge gelingt es darüber hinaus eher sozial gut eingebundenen, gesundheitlich wenig eingeschränkten alten Menschen, das für sie ‚passende‘ Angebot an sozialen oder gesundheitsförderlich-präventiven Hilfen aktiv zu finden (Gebert et al. 2016). Diese können jedoch auch, wie Gebert und Weidner (2010) mit Blick auf Hausbesuche zur Prävention von Pflegebedürftigkeit diskutieren, abgelehnt werden, wenn die eigene Situation als ‚zu gut‘ eingeschätzt wird, um professionelle Hilfe zu beanspruchen.

Sollen alte Menschen erreicht werden, die Unterstützungsangebote nicht aktiv nachfragen, kommen unterschiedliche Strategien in Frage. Hierzu gehören Ansätze aufsuchender Arbeit (Hämel et al. 2017d; WHO 2015) ebenso wie die Zusammenarbeit mit Multiplikator_innen (Walter et al. 2015), die über längerfristige Kontakte zur Zielgruppe verfügen und daher nicht nur deren Vertrauen genießen, sondern oft auch wissen, welche Angebote zu wem ‚passen‘ (Liljas et al. 2017; Reifegerste 2014). Aufsuchende Gesundheitsarbeit ermöglicht insbesondere einen verbesserten Zugang zu sozio-ökonomisch benachteiligten Gruppen (Saucier Lundy et al. 2009: 15).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Pflegende angesichts einer heterogenen Bevölkerungs- und Quartiersstruktur auf unterschiedliche Erreichbarkeitsprobleme tref-

fen. Generell sollten sie daher lebensweltliche Bedingungen stärker beachten und Konzepte nutzer- und gemeindeorientiert entwickeln, wenn sie ‚ihre‘ Zielgruppen besser erreichen möchten (Patzelt et al. 2016; Reifegerste 2014; SVR 2014).

Das Modellprojekt „Pflege stationär – Weiterdenken!“

Intention des Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“² ist es, vier Pflegeheime in NRW modellhaft zu sogenannten Quartiers- und Gesundheitszentren fortzuentwickeln, die zusätzlich offene, ambulante und teilstationäre Angebote integrieren (Hämel et al. 2017a). Hierzu gehören z. B. Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, Tagespflege oder auch Sozialberatung. Die Modelleinrichtungen bieten zudem Veranstaltungen rund um die Themen Gesundheit, Pflege und Alter an und fördern generell die Entwicklung und Ausweitung offener Angebote, die ein geselliges Beisammensein (z. B. Tanzveranstaltungen, Bingo, Café) und auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Reha-Sport oder Kraft- und Balancetraining umfassen. Diese Angebote sind teils speziell für externe ‚Besucher_innen‘ geschaffen worden, teils wurden bestehende Angebote für sie geöffnet. In den Einrichtungen wurde die Zahl der Teilnehmer_innen an regelmäßigen offenen Angeboten dokumentiert, differenziert nach Geschlecht sowie danach, ob es sich um Bewohner_innen/Tagespflegegäste oder externe Besucher_innen handelt.

Die wissenschaftliche Evaluation des Modellverbunds erfolgte unter Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden. Im Zentrum der Evaluation stand u. a. die Frage, inwiefern eine nutzerorientierte, koordinierte und auf Kontinuität ausgerichtete Versorgung an den Modellstandorten bereitgestellt wird und welche Herausforderungen damit verbunden sind.

In dem Kontext fokussiert der folgende Artikel darauf, welche Personen im Quartier aus Sicht von Verantwortlichen für die Konzeptentwicklung und -umsetzung überhaupt zur Zielgruppe gehören und welche Barrieren der Erreichbarkeit sich stellen.

3. Methodisches Vorgehen

In der hier berichteten multiperspektivischen Studie wurden u. a. leitfadengestützte Experteninterviews mit Fachkräften aus den Modelleinrichtungen und Expert_innen, die auf Planungs- und Kooperationsebene in das Modellvorhaben involviert sind, geführt. Insgesamt bilden 18 Interviews mit N=20 Expert_innen die Grundlage für die nachfolgende Auswertung (Tabelle 1). Einzelne Expert_innen wurden gezielt für ein Interview ausgewählt, bei anderen erfolgte die Auswahl nach dem Schneeballprinzip.

² Der Modellverbund wird im Rahmen der Förderlinie ‚Pflege inklusiv‘ von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen gefördert (Projektlaufzeit 04/2016-03/2019). Träger des Modellprojekts ist das Alters-Institut gGmbH. Beteiligt sind als Träger der Modelleinrichtungen der AWO-Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe, die von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel und das Evangelische Johanneswerk. Kooperationspartner sind die Städte Bielefeld und Herford.

	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>	<i>gesamt</i>
Fachkräfte aus Modelleinrichtungen	2	7	9
Experten auf Entscheidungs-, Planungs- und Kooperationsebene	4	7	11
Gesamt	6	14	20

Tab. 1: Studiensample

Im Vorfeld der Interviews wurden die Befragten schriftlich über die Hintergründe der Studie und den Ablauf der geplanten Befragung informiert und unterzeichneten auf dieser Basis eine Einverständniserklärung.

Während es sich bei den interviewten Fachkräften aus den Modelleinrichtungen meist um Fachkräfte mit Leitungsfunktionen handelt, gehören zu den befragten Expert_innen auf Planungs- und Kooperationsebene Vertreter_innen von Kommunen, Kassen und Trägern der beteiligten Modelleinrichtungen.

Die Interviews wurden von Ende Juni bis Mitte Dezember 2017 durchgeführt und dauerten durchschnittlich 60 Minuten. Die Interviews wurden für eine formative Evaluation in ungefähr der Mitte der 3-jährigen Laufzeit des Modellprojekts durchgeführt. Im Anschluss daran durchgeführte Maßnahmen zur Verbesserung der Erreichbarkeit der Zielgruppen sind folglich im vorliegenden Artikel nicht berücksichtigt. Schwerpunkte des Interviewleitfadens waren: Herausforderungen und Chancen in der Umsetzung des Modellprojekts; Entwicklungsprioritäten; (neue) Zielgruppen und Barrieren in deren Erreichbarkeit; Einschätzung und Realisierbarkeit der Grundideen des Projekts; Visionen. Für diesen Artikel wurde der Fokus auf die Aspekte der Zielgruppenerreichbarkeit gelegt.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet, vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte unter Anwendung von MAXQDA 12 in Anlehnung an das Thematische Kodieren (Flick 2016). In einem ersten Schritt wurden dazu alle Aussagen zu einem Themenbereich (z. B. ‚schwer erreichbare Zielgruppen‘) fallbezogen offen kodiert (Strauss 1991) und kategorisiert. Diese Kategorien wurden anschließend zwischen den einbezogenen Fällen abgeglichen, um eine fallübergreifende thematische Struktur zu entwickeln. Diese weist – was die hier interessierende Frage von Zielgruppen und Zielgruppenerreichbarkeit anbelangt – folgende Gliederung auf, an der entlang auch unsere anschließende Ergebnisdarstellung orientiert ist:

- (1) Zielgruppen und Problemlagen
- (2) Barrieren der Erreichbarkeit von Zielgruppen
 - (2.1) Nutzerseitige Barrieren
 - (2.2) Angebotsseitige Barrieren
- (3) Ansätze zur Überwindung der wahrgenommenen Barrieren

An die Herausarbeitung dieser thematischen Struktur schloss sich eine Feinanalyse der einzelnen Kategorien an. Dazu wurden unter Anwendung des Strauss'schen Kodierparadigmas (Strauss 1991) einzelne, den jeweiligen Kategorien zugeordnete Textpassagen (z. B. Erzählungen der Interviewten zu Strategien, alte Menschen im Quartier als Zielgruppe des Modellprojekts anzusprechen) in ihrem Sinngehalt interpretiert.

An die Bewertung dieser Studie wurden nicht die ‚klassischen‘ Gütekriterien von Objektivität, Validität und Reliabilität herangetragen, da deren Übertragbarkeit auf die qualitative Forschung sehr kritisch betrachtet wird (Flick 2014: 413). Stattdessen wurde in der Studie eine Methodentriangulation als Strategie der Geltungsbegründung angewandt, die auf eine Erweiterung des methodisch-theoretischen Zugangs zum Untersuchungsgegenstand zielt und somit dessen Vielschichtigkeit Rechnung zu tragen versucht (ebd.: 419). In dieser Studie wurden dazu – neben den hier berichteten Experteninterviews und der bereits erwähnten Bedarfs- und Angebotsanalyse – noch weitere Methoden zum Einsatz, auf die in diesem Artikel aus Kapazitätsgründen allerdings nicht eingegangen werden kann. Hierzu gehören insbesondere Interviews mit Nutzer_innen von Angeboten des Modellprojekts bzw. mit deren Angehörigen sowie eine Analyse von Nutzer- und Nutzungsdaten sowie von Nutzeranfrage.

4. Ergebnisse

Zunächst wird betrachtet, welche Zielgruppen aus Sicht der Expert_innen im Zuge der Öffnung der Heime für das Gemeinwesen erreicht werden sollen, wie sich ihr Bedarf und ihre Bedürfnisse darstellen und was die Modelleinrichtungen beitragen könnten. Anschließend wird analysiert, welche Barrieren sich bei der Erreichbarkeit dieser Zielgruppen stellen und welche Strategien geeignet erscheinen, um sie künftig besser zu erreichen.

4.1 Öffnung für den Sozialraum: wahrgenommene Adressat_innen und Unterstützungsbedarf

Die ‚neuen‘ Adressat_innen der Angebote in den Modelleinrichtungen sind ganz allgemein alte Menschen, die in eigener Häuslichkeit „fußläufig“ (Frau Gänze³, 80⁴) zu der jeweiligen Einrichtung wohnen. Diese Adressat_innen stellen sich aus Sicht der Expert_innen insofern als eine sehr heterogene Gruppe dar, da ihnen lediglich ein bestimmter Lebensabschnitt gemeinsam ist, „(...) wir bringen wieder Menschen, die alle in der Lebensphase Alter sind, zusammen“ (Herr Günter, 85). Für sinnvoll wird daher eine möglichst breite Ansprache alter Menschen im Quartier erachtet.

Für die Expert_innen ist es wichtig, dass sich die Angebote der Pflegeeinrichtungen nicht nur an Menschen richten, die bereits pflegebedürftig nach SGB XI sind, sondern generell Unterstützungsbedarf von alten Menschen adressiert wird, da hier bereits Versorgungslücken bestehen können, „(...) im Vorfeld von Pflege ist es ja im Grunde genommen auch schon das Problem“ (Frau Grobe, 75).

Die Interviewten sehen hier einen Auftrag, Unterstützung zu bieten, der über den gesetzlichen Rahmen stationärer Pflegeeinrichtungen hinausgeht, aber unter präventi-

³ Alle Namen wurden anonymisiert.

⁴ Bei den hinter den anonymisierten Namen von Expert_innen angegebenen Ziffern handelt es sich um Absatzmarken der zugrundeliegenden MAXQDA-Datei.

ven Gesichtspunkten und für die Gesunderhaltung alter Menschen zentral ist. Der Anspruch, präventiv und bedarfsorientiert zu agieren, wird dadurch konkretisiert, dass die Modelleinrichtungen speziell jene alten Menschen adressieren, die von ‚herkömmlichen Angeboten‘ nur unzureichend erreicht werden. Genannt werden hier insbesondere alte Menschen, die allein leben, sich einsam fühlen und nicht selten unter depressiven Verstimmungen leiden. Sie könnten von den Gruppenangeboten und Begegnungsmöglichkeiten, die in den Heimen bereits existieren bzw. modellhaft erprobt werden, besonders profitieren. Eine weitere Zielgruppe sind nach Ansicht der Expert_innen ältere Menschen, die von (leichteren bis mittleren) demenziellen Veränderungen betroffen sind und für die in den Heimen bereits eine gute Expertise besteht.

Darüber hinaus werden in den Interviews speziell alte Männer als Zielgruppe angesprochen, die in der stationären Pflege unterrepräsentiert sind und denen nach Meinung einzelner Expert_innen der Weg in (teil-)stationäre Versorgungsformen über niedrigschwellige Zugänge besser erschlossen werden sollte. Schließlich sollten bei Pflegebedürftigkeit ambulante und stationäre Hilfen ‚aus einer Hand‘ gewährt werden können, „(...) *wir möchten, dass Menschen in Versorgungsketten bei uns sind*“ (Frau Gast, 85).

Welche Zielgruppen im Quartier von den Angeboten des Modellprojekts verstärkt adressiert werden sollten, thematisierten nicht nur die Expert_innen in den Interviews. Erkenntnisse dazu ließen sich vielmehr auch aus dem im Rahmen dieser Studie durchgeführten Community Health Assessments ableiten (Hämel et al. 2017a). Als Zielgruppen wurden dort ältere sozial benachteiligte Menschen, alleinlebende Ältere sowie ältere Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert. Auf die beiden letztgenannten Gruppen nehmen auch die befragten Expert_innen Bezug, nicht aber auf Menschen in sozial prekären Lebenssituationen. Stattdessen fokussieren die Expert_innen im Weiteren auf Menschen mit dementiellen Veränderungen oder depressiven Störungen sowie allgemein auf alte Männer als Zielgruppen, an die sich das Projekt richten sollte.

4.2 Herausforderungen in der Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit alter, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Quartier wird aus Sicht der Expert_innen durch nutzer- sowie angebotsseitige Barrieren eingeschränkt.

4.2.1 Nutzerseitige Barrieren

Wie die Interviewten verdeutlichen, ist es für viele alte Menschen selbstwertbedrohlich, sich eingestehen zu müssen, nicht mehr wie gewohnt und scheinbar mühelos für sich selbst sorgen zu können. Im Bestreben, dieses Bild von sich selbst möglichst lange aufrechtzuerhalten und Ängste angesichts der eigenen gesundheitlichen Verwundbarkeit nicht zuzulassen, wird die Inanspruchnahme von Hilfen dort, wo sie präventiv ansetzen könnten, verzögert.

„Da brauche ich ja auch erst mal eine eigene Einschätzung für meine ganz persönliche Situation (...) jemand, der sein Leben lang für sich gesorgt hat (...) sich plötzlich Gedanken machen zu müssen, dass es da doch Schwierigkeiten gibt, das ist noch nicht so ganz einfach (...) da machen wir, glaube ich, gerne alle die Augen ein bisschen zu.“ (Frau Grobe, 79)

Eine schlechte Erreichbarkeit von alten Menschen erklärt sich für die Befragten zudem daraus, dass sie sich oftmals *„(...) zum letztmöglichen Zeitpunkt mit dem Thema Pflege und Tod“* (Frau Guse, 27) beschäftigen. Eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie eine Versorgung im (hohen) Alter aussehen sollte, damit sie eigenen Ansprüchen und Bedürfnissen und vorhandenen physischen, psychischen und kognitiven Möglichkeiten so weit wie möglich entspricht, versuchen viele alte Menschen eher zu vermeiden. Professionelle Pflege nehmen sie den Erfahrungen der Expert_innen zufolge vor allem in akuten Krisensituationen in Anspruch, mithin ‚aus der Not‘ heraus, wenn sich z. B. Gesundheitsprobleme zuspitzen.

Speziell, wenn Menschen unter demenziellen Veränderungen oder unter Depressionen leiden, kommt als Barriere der Erreichbarkeit noch hinzu, dass sie sich von ihrem Umfeld zurückziehen, weil sie sich ihrer wahrgenommenen Hilflosigkeit schämen. So werden von den Expert_innen Denkmuster beschrieben, die ihnen bei Nutzer_innen begegnet sind bzw. sich bei ihnen erahnen lassen.

„(I: Da gibt es ja dann zum Beispiel auch wieder im Prinzip die Scham?) (...) B: Ja, in der Depression heraus auch, ne, ‚Ich will ja auch keinem zur Last fallen und will das auch keinem deutlich machen, wie, wie armselig ich hier lebe. Wie einsam ich hier lebe‘ (...).“ (Herr Gandalf, 76-79)

Für professionell Pflegende sind Betroffene, die sich auf diese oder andere Weise sozial zurückziehen, nicht mehr sichtbar, speziell dann nicht, wenn es keine Angehörigen gibt, die auf sie aufmerksam machen. Zu sozialem Rückzug trägt auch ein geringes Einkommen bei, denn es begrenzt nicht nur Handlungsspielräume, sondern führt überdies bei den alten Menschen auch zu Scham und Selbstzweifeln.

Die von uns Befragten verdeutlichen auch geschlechtsspezifische Unterschiede der Erreichbarkeit. So fühlen sich nach Wahrnehmung der Expert_innen insbesondere alte Männer durch die Angebote der Modelleinrichtungen kaum angesprochen, typische Angebote des geselligen Beisammenseins in den Modelleinrichtungen (Tanzen, Bewegen, offenes Café) richten sich – vermeintlich ? vor allem an Frauen. Indem alte Männer entsprechende Angebote als weiblich konnotieren, schrecken sie vor einer Inanspruchnahme zurück. Jedoch haben den Wahrnehmungen der Expert_innen zufolge auch alte Männer ein Bedürfnis nach sozialer Einbindung und emotionaler Unterstützung, wenngleich sie dies eher zu verbergen suchen.

„Da sind manchmal aber die Bedürfnisse durchaus ja da, ne. Ins Gespräch zu gehen, in Interaktion, nicht mehr ganz so einsam zu sein, das würden die vielleicht nicht so zugeben, aber das ist schon so.“ (Frau Gast, 67)

4.2.2 Angebotsseitige Barrieren

Eine schlechte Erreichbarkeit alter Menschen, die in der Nachbarschaft wohnen, erklärt sich für einige Interviewte auch aus angebotsseitigen Faktoren. Verwiesen wird darauf, dass offene Angebote in Pflegeeinrichtungen, die speziell auf Heimbewohner_innen ausgerichtet waren und sich nun auch an alte ‚fitte‘ Menschen im Umfeld richten, oft nicht passgenau genug sind. Sie gehen an den Bedürfnissen derjenigen, die in eigener Häuslichkeit leben, vorbei und unterfordern sie vor allem kognitiv. Eine Anhebung des Anforderungsniveaus wird hingegen den Erfahrungen dieser Befragten zufolge den Heimbewohner_innen nicht gerecht, da diese meist älter und stärker beeinträchtigt zu sein scheinen. Hinzu kommt, dass das Zusammensein mit gesundheitlich stark beeinträchtigten Menschen nach Meinung der Interviewten alte Menschen für eigene (drohende) chronische Beeinträchtigungen sensibilisiert und daher angstaussendend wirkt.

„Wo ‘ne hohe Beteiligung von Bewohnern ist, da wird es schwierig, dass das angenommen wird (...) sitzen da viele Alte, Hilfebedürftige, schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen (...) das schreckt eher ab.“ (Herr Hanke, 55)

Eine weitere angebotsseitige Barriere, die alte Menschen von einer Inanspruchnahme abhält, liegt aus Sicht der Interviewten in dem verbreiteten Image von stationären Pflegeeinrichtungen, „Sterbehäuser“ (Herr Günter, 102) zu sein. Diese Wahrnehmung scheint den Institutionen auch dann noch anzuhafte, wenn sie ihre Nutzergruppen diversifizieren (möchten).

4.3 Strategien für die Ansprache alter Menschen im Quartier

Um ältere Menschen aus dem Umfeld der Einrichtungen zu erreichen, wurde an den Standorten die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert. Durch Verteilung von Flyern per Postwurfsendung und als Auslage in anderen Einrichtungen im Quartier wurde auf (neue) Angebote in den Einrichtungen in der Breite aufmerksam gemacht. Die Befragten vermuten jedoch, dass ein größerer Teil der alten Menschen einen Flyer nicht wahrnimmt bzw. ihn nicht wahrnehmen will, weil sie eine Auseinandersetzung mit Themen wie Pflege und Pflegebedürftigkeit vermeiden.

Effektiver als das Verteilen von Flyern erweist es sich nach den Erfahrungen der Interviewten, Multiplikator_innen im Quartier zu gewinnen, die wiederum ihnen bekannte alte Menschen auf die Angebote der Pflegeeinrichtungen hinweisen. Als solche Multiplikator_innen kommen für sie insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiter_innen von Pflegediensten und Kirchengemeinden infrage.

Als weitere Strategie werden alte Menschen, die im Umfeld der Modelleinrichtungen wohnen, zu geselligen Veranstaltungen (z. B. Seniorencafé, Tanzcafé) eingeladen, um eine niederschwellige Möglichkeit für ein Kennenlernen und den sozialen Austausch zu schaffen: *„(...) die Menschen brauchen Kaffee und Kuchen“* (Frau Guse, 145).

Für einen Zugang zu alten Menschen, die sehr zurückgezogen leben, ist nach Ansicht einzelner Interviewter aufsuchende Arbeit innerhalb des Quartiers notwendig. Sie ermöglicht es, Betroffene in ihrer Lebenswelt anzusprechen – etwa im Rahmen von präventiven Hausbesuchen – und alltägliche Hilfebedürfnisse zu erkennen. Um mittels aufsuchender Arbeit älteren Menschen Wege zu Angeboten der Einrichtungen zu bahnen, ist es nach Einschätzung der Befragten wichtig, dass es stets ein- und dieselben sind, die als Kontaktpersonen für die alten Menschen fungieren, deren unterschiedliche Sorgen und Belange zu verstehen suchen und für die neuen Angebote des Modellprojekts werben. Erst das Vorhandensein persönlicher Ansprechpartner_innen ermöglicht es den alten Menschen aus Sicht der Interviewten, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und Hilfen auch ‚gern‘ anzunehmen. Inwieweit alte Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, für Angebote in ‚Pflegezentren‘ erreichbar sind, steht und fällt insofern wesentlich mit der Person, die aufsuchend arbeitet und sich dazu entweder zu den alten Menschen in die Häuslichkeit begibt oder sie während geselliger Zusammenkünfte im Quartier zu ‚treffen‘ versucht.

„(...) da brauchen Sie richtig eine Persönlichkeit, die das kann und die das gerne macht (...) die ist auch so eine kleine Menschenfängerin, ne, wenn die umherläuft, die kriegt die Leute einfach durch ihre sehr sorgende Art (...) dass die gerne kommen (...) kann ein Top-Projekt sein, aber das lebt von den Leuten, die das umsetzen.“ (Frau Gast, 77)

5. Diskussion der Studienergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass sich mit der Öffnung von Pflegeheimen für den Sozialraum und mit dem Aufbau von neuen Angeboten die Zielgruppen professioneller Pflege ausdifferenzieren und erweitern. Insbesondere stellt sich die gesundheitliche Situation und das Ausmaß von Beeinträchtigungen der Klient_innen breiter dar. Dabei steht der Anspruch, Angebote in den Modelleinrichtungen sozial integrierend zu gestalten, weite Teile der Bevölkerung im Alter zu adressieren und alte Menschen zusammenzubringen, im Spannungsfeld zur Vorstellung, Angebote ‚passgenau‘ auf individuelle Bedürfnisse abzustimmen. Eine größere Diversität der Zielgruppen stellt Pflegeeinrichtungen, die sich für das Quartier öffnen, vor die Herausforderung, mit eben dieser Diversität umgehen zu lernen, um Zielgruppen (dauerhaft) zu erreichen.

Den interviewten Expert_innen zufolge nehmen vor allem alte Männer Angebote in den Modelleinrichtungen nur zögernd an, weil diese in ihren Augen eher etwas ‚für Frauen‘ sind, die größere Bedürfnisse nach Unterstützung und sozialen Kontakten zu haben scheinen. Ein solches Resultat findet seine Widerspiegelung in den Ergebnissen anderer Studien, denen zufolge sich ältere Frauen von älteren Männern in ihrem Gesundheitsverständnis und ihrem Verständnis von ‚gesundem Altern‘ unterscheiden. Während für Männer primär physische Fitness wichtig ist, um gesund zu bleiben, sehen ältere Frauen hierfür eine Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten als bedeutsam an, so etwa Gedächtnistraining, Gespräche oder tagesstrukturierende Strategien (Patzelt et

al. 2016) – mithin Aktivitäten, wie sie auch von den hier berichteten Modelleinrichtungen vorgehalten werden.

Die im Rahmen des Modellprojekts durchgeführte Dokumentation von Teilnehmerzahlen bestätigt diese Sichtweise dahingehend, dass alte Männer offene Angebote in den Modelleinrichtungen insgesamt seltener in Anspruch nehmen. Dies trifft allerdings nicht auf Angebote wie einen Mittagstisch oder eine Skatrunde zu, die alte Männer häufig annehmen. Die Frage, wie Männer verstärkt erreicht werden können und ob die Erreichbarkeit von alten Männern durch geschlechtsspezifische Gruppenangebote verbessert werden könnte, gewinnt in der Altenhilfe und -pflege zunehmend an Aufmerksamkeit, ist jedoch wissenschaftlich noch wenig untersucht (Heusinger et al. 2015).

Ob alte Menschen im Quartier erreicht werden, unterliegt unseren Studienergebnissen zufolge neben der Geschlechtsspezifität noch anderen Faktoren. Den Erfahrungen der Expert_innen nach scheuen viele alte Menschen, die (noch) in eigener Häuslichkeit leben, vor der Inanspruchnahme von Angeboten des Modellprojekts zurück, weil sie stolz sind, ihren Alltag bisher weitgehend ohne fremde Hilfe zu meistern. Dass alte Menschen auf Unterstützung verzichten, weil sie sich als ‚zu gesund‘ betrachten und weil es für sie ‚abschreckend‘ wirkt, Angebote gemeinsam mit den Bewohner_innen stationärer Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, hat sich auch in anderen Studien gezeigt (Helmer-Denzel 2016; Gebert et al. 2010). In eigener Häuslichkeit lebende hilfe- und pflegebedürftige Menschen, so die Ergebnisse unserer Analysen, werden von den Angeboten der Modelleinrichtungen gerade dann besonders schlecht erreicht, wenn sie (bereits) vereinsamt sind und/oder sich krankheitsbedingt von ihrem sozialen Umfeld zurückziehen.

Vorliegende Studien und Berichte (Heusinger et al. 2017; Walter et al. 2015; SVR 2014) zeigen auch, dass sozial benachteiligte alte Menschen pflegerische Angebote seltener nutzen. Die von uns Befragten verweisen dagegen nur ausnahmsweise darauf, dass auch prekäre soziale und ökonomische Verhältnisse dazu führen, dass sich die betroffenen Menschen nach außen abschotten und für Angebote des Modellprojekts unerreikbaar werden.

Wie im Ergebnis der vorliegenden Studie deutlich wird, können unterschiedliche Strategien dazu beitragen, ältere Menschen im Quartier zu erreichen. Das Vorgehen ist weitgehend identisch mit den in der Literatur dargelegten Ansätzen zum Zugang zu ‚Hard to reach‘-Populationen (Heusinger et al. 2017; Walter et al. 2015; Patzelt et al. 2016) und umfasst aufsuchende Arbeit (WHO 2015) sowie Ansprache über Multiplikator_innen, die für die alten Menschen im Quartier besondere Vertrauenspersonen sind und als solche das ‚Mandat‘ besitzen, sie über Angebote des Modellprojekts zu informieren und zur Inanspruchnahme zu motivieren (Liljas et al. 2017).

6. Implikationen für die Pflege

Damit es gelingen kann, Heime für das Quartier zu öffnen und alte Menschen auch präventiv zu erreichen, ist es wichtig, dass Pflegenden die Lebens- und Versorgungssituationen im Quartier möglichst genau kennen und verstehen. Dies, um einen Zugang zur Zielgruppe zu etablieren und geeignete Angebote entwickeln zu können. Dazu ist es für die professionelle Pflege wichtig, vertrauensvolle Beziehungen zur Zielgruppe aufzubauen, pflegerische und psycho-soziale Hilfen stärker zu verzahnen und Pflege sozialraumorientiert auszurichten. In einem allgemeineren Kontext ist die Pflege – auch im Rahmen deren Akademisierung (Simon et al. 2015) – gefordert, sich neuen, erweiterten Aufgaben und Rollen zu stellen, die – so lehrt das Beispiel der Altenpflege – nicht allein in mehr klinischer Tätigkeit liegen können, sondern Strategien einer gemeindeorientierten Pflege umfassen müssen (Kendall et al. 2017), wie sie für die Professionalisierung von Community Health Nurses beschrieben wurden (Saucier Lundy et al. 2009; Shuster 2012).

In dem hier berichteten Modellprojekt wurden entsprechende Schritte eingeleitet, beispielsweise alte Menschen im Quartier proaktiv über Hausbesuche aufgesucht, vermehrte Einladungen der Nachbarschaft in die Häuser ausgesprochen und Dialoge mit (potentiellen) Nutzer_innen initiiert. Diese und weitere Ansätze einer sozialraumorientierten Pflege können weder ‚nebenbei‘ von Pflegenden erledigt werden, noch ist ihre Umsetzung allein eine Frage ‚des guten Willens‘. Um den Dialog mit den Adressat_innen in der Gemeinde zu entwickeln, um deren Perspektiven, Gewohnheiten und Bedürfnisse in Erfahrung zu bringen und um Angebote mithin nutzerorientiert zu gestalten, ist eine Stärkung des Methodenrepertoires und der Expertise von Pflegenden in der gemeindeorientierten Pflege erforderlich, die sich auch in der Pflege(aus)bildung entsprechend niederschlagen sollte.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Die Autorinnen geben an, dass diese Studie aus Mitteln der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW für die Evaluation des Modellvorhabens „Pflege stationär – Weiterdenken“ gefördert wird (Az.: SW-620-660-Z). Die Universität Bielefeld erhält die Mittel für die Evaluation als Letztzuwendungsempfänger über den Träger des Modellvorhabens, das Alters-Institut gGmbH. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt nach den Regeln des Zuwendungsvertrags unabhängig von möglichen Interessen des Trägers des Modellprojekts.

Für die Durchführung der Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Bielefeld nach den Ethikrichtlinien der Dt. Gesellschaft für Psychologie e.V. vor (Aktenzeichen EUB 2016-140).

Literatur

- Bleck, C./van Rießen, A./Schlee, T. (2018): Sozialraumorientierung in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Bezüge und zukünftige Potenziale. In: Bleck, C./van Rießen, A./Knopp, R. (Hrsg.): *Alter und Pflege im Sozialraum*. Wiesbaden: Springer VS, 225-247
- Brieskorn-Zinke, M. (2007): *Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer
- Burdine, J.N./Smith, L.U. (2017): Introduction: Why a Special Issue on „Community Health Assessment“? In: *Journal of Public Health Management and Practice* 23 (Suppl 4), S1-S2
- DBfK – Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (2018): *Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*. Berlin: Agnes-Karll-Gesellschaft/DBfK Bundesverband
- Flick, U. (2016): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Flick, U. (2014): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 411-423
- Gebert, A./Seifert, K./Weidner, F. (2016): *Modellprojekt Gemeindegewestplus. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. <https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Bericht_zur_Implementierungsphase_des_Modellprojekts_Gemeindegewestplus_in_RLP.pdf> [Stand 2018-06-21]
- Gebert, A./Weidner, F. (2010): *PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung. Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen-Wittgenstein*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. <<https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/PON-Ergebnisbericht-Adressatenbefragung.pdf>> [Stand 2018-06-07]
- Hämel, K. (2012): *Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung*. Wiesbaden: Springer VS
- Hämel, K./Kafczyk, T./Vorderwülbecke, J./Schaeffer, D. (2017a): *Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P17-155. Bielefeld: IPW – Institut für Pflegewissenschaft
- Hämel, K./Backes, D.S./Giovannella, L./Büscher, A. (2017b): *Familiengesundheitsstrategie in Brasilien? Profilierung der Pflege in der Primärversorgung*. In: *Pflege & Gesellschaft* 22 (1), 35-50
- Hämel, K./Vössing, C. (2017c): *The collaboration of general practitioners and nurses in primary care – a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain*. *Primary Health Care Research & Development* 18 (5), 492-506
- Hämel, K./Kafczyk, T./Vorderwülbecke, J./Schaeffer, D. (2017d): *Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P17-155. Bielefeld: IPW - Institut für Pflegewissenschaft
- Helmer-Denzel, A. (2016): *Quartiersarbeit in der Altenhilfe – Die Mühen der Ebene*. In: Naegel, G./Olbermann, E./Kuhlmann, A. (Hrsg.): *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Wiesbaden: Springer VS, 389-403
- Heusinger, J./Falk, K./Khan-Zvornicanin, M./Kammerer, K./Zander, M./Kümpers, S. (2012): *Spielräume und Restriktionen für Selbstbestimmung trotz Pflegebedarf*. In: *Pflege & Gesellschaft* 17 (2), 149-161
- Heusinger, J./Berndt, S./Dummert, S. (2015): *Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohnern. Teilstudie des ZQP-Projekts Bedürfnisgerechte Pflege und Genderspekte. Kurzbericht*. Berlin: Institut für Gerontologische Forschung. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2016_05_13_Kurzbericht_Bewohnerbefragung_geschlechtsspezifische_Pflege_vf.pdf> [Stand 2018-09-13]
- Heusinger, J./Hämel, K./Kümpers, S. (2017): *Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter. Zukunft der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50 (5), 439-445

- Hummel, K. (1986): Das gemeinwesenorientierte Konzept der Altenarbeit. In: Hummel, K./Steiner-Hummel, I. (Hrsg.): Wege aus der Zitadelle: gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege. Hannover: Vincentz, 1-72
- Kendall, S./Bryar, R. (2017): Stärkung der Pflege in der Primärversorgung in Europa: die Bedeutung einer positiven Praxisumgebung. In: Pflege & Gesellschaft 22 (1), 5-18
- Kricheldorf, C. (2015): Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: van Rießen, A./Bleck, C./Knopp, R. (Hrsg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 15-30
- Liljas, A.E./Walters, K./Jovicic, A./Ilffe, S./Manthorpe, J./Goodman, C./Kharicha, K. (2017): Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. In: BMC Public Health 17 (1)
- Oswald, F./Konopik, N. (2015): Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (5), 401-407
- Patzelt, C./Heim, S./Deitermann, B./Theile, G./Krauth, C./Hummerts-Pradier, E./Walter, U. (2016): Reaching the Elderly: Understanding of health and preventive experiences for a tailored approach – Results of a qualitative study. In: BMC Geriatrics 16 (210)
- Pennel, C.L./Burdine, J.N./Prochaska, J.D./McLeroy, K.R. (2017): Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. In: Journal of Public Health Management and Practice 23 (Suppl 4), S14-S21
- Reifegerste, D. (2014): Gesundheitskommunikation für schwer erreichbare Zielgruppen. In: Hurrelmann, K./Baumann, E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber, 170-182
- Saucier Laundry, K./Janes, S. (2009): Community Health Nursing: Caring for the Public's Health. Burlington: Jones & Bartlett Learning
- Shuster, G. (2012): Community as Client: Assessment and Analysis. In: Stanhope, M./Lancaster, J. (Hrsg.): Public Health Nursing: population-centered health care. Riverport Lange, Missouri: Elsevier, 396-428
- Simon, A./Flaiz, B. (2015): Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: Pflege & Gesellschaft 20 (2), 154-172
- Strauss, A. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Huber
- van Rießen, A./Bleck, C./Knopp, R. (2018): Sozialräumliche Perspektiven in pflegerischen Kontexten des Alterns. In: Bleck, C./van Rießen, A./Knopp, R. (Hrsg.): Alter und Pflege im Sozialraum. Wiesbaden: Springer, 1-15
- Walter, U./Jahn, I. (2015): Zielgruppen erreichen – Zugangswege gestalten. In: Gesundheitswesen 77 (Suppl 1), S14-S18
- WHO – World Health Organization (2015): World Report on Ageing and Health. Genf: WHO

Dr. Gundula Röhsch

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6: Pflege- und Versorgungsforschung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, gundula.roehnsch@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Kerstin Hämel

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6: Pflege- und Versorgungsforschung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, kerstin.haemel@uni-bielefeld.de