Pflegerisches Wissen

Eine phänomenologische Annäherung an das Wissen von Pflegenden in einer ZNA über Menschen mit Demenz

Inaugural-Dissertation

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

an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Vinzenz Pallotti University Vallendar

vorgelegt von: Svana Machaczek

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Erika Sirsch

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Sabine Nover

Vorgelegt im Februar 2023

Danksagung

Für die Unterstützung bei der Anfertigung meiner Dissertation möchte ich mich bei folgenden Personen von Herzen bedanken:

Bei den an den Interviews Teilnehmenden für die mir zur Verfügung gestellte Zeit und ihr Wissen, welches sie mit mir im Rahmen der Interviews geteilt haben. Vielen Dank für euer mir entgegengebrachtes Vertrauen. Ohne euch wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Bei meinen beiden Doktormüttern Frau Prof. Dr. Sirsch und Frau Prof. Dr. Nover für die Unterstützung. Ihre Kommentare und der Austausch haben mich manchmal zur Verzweiflung, aber auch stets weitergebracht.

Bei meiner Lektorin Inga Symann (Texterei Hameln), welche meiner Arbeit den letzten Schliff verliehen hat.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie, welche sich jederzeit zum Korrekturlesen und für die Kinderbetreuung zur Verfügung gestellt hat. Auch wenn mich die konstruktiven Verbesserungsvorschläge manchmal genervt haben, waren diese stets gewinnbringend für die Erstellung dieser Arbeit.

Meine Familie hat mich immer da unterstützt, wo es nötig war. DANKE!

Die vorliegende Dissertation wurde ohne Drittmittel erstellt.

Abstract/Zusammenfassung

Hintergrund:

Die zentralen Notaufnahmen stehen aufgrund stetig steigender Fallzahlen und der gleichzeitig chronischen Unterbesetzung mit pflegerischem und ärztlichem Personal großen Herausforderungen gegenüber. Zudem steigen unter anderem Aufgrund des demographischen Wandels die Inzidenzen von Menschen mit Demenz, welche in einer ZNA vorstellig werden. Für diese Patientengruppe ist für die pflegerische Versorgung umfangreiches pflegerisches Fachwissen zum Thema Demenz notwendig. Darüber, was dieses Fachwissen, sowohl expliziter als auch impliziter Art, beinhaltet oder beinhalten sollte bzw. umfasst, ist in der Literatur bisher wenig. Diese pflegewissenschaftliche Wissenslücke zu schließen, soll Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein.

Methode:

Für die vorliegende Arbeit wurden fünf problemzentrierte Interviews nach Witzel geführt. Diese dienten als Grundlage für die wissenschaftlichen Auswertung. Als methodologischer Rahmen dieser Arbeit wird die Phänomenologie gewählt. Durch diese Methode eröffnet sich den Forschenden die Möglichkeit, sich mit Phänomenen aus der Perspektive interviewter Personen auseinanderzusetzten. Entscheidend ist, dass die Phänomenologie nicht zum Ziel hat, aus Daten eine Theorie abzuleiten. Vielmehr soll mit dieser Methode die subjektive Perspektive der Studienteilnehmenden dargestellt werden, um ein besseres Verständnis über ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu erhalten. Es sollen die daraus resultierenden Möglichkeiten zur Veränderung herausgearbeitet und vorgestellt werden.

Ergebnis:

Als Ergebnis dieser Arbeit werden sechs Phänomene beschrieben, welche aus dem erhobenen expliziten bzw. impliziten Wissen der Studienteilnehmenden extrahiert wurden. Ein beispielhaftes Ergebnis im Bereich des expliziten Wissens zeigt, dass die Pflegenden ein hohes Fachwissen zum Thema Demenz besitzen. Eines der aufgeführten Phänomene im Bereich des impliziten Wissens ist die Belastung. Die Kombination der beiden Wissensformen schlägt sich im Phänomen der Gewalt nieder. Die Ergebnisse zeigen, dass die

Pflegenden in einer ZNA über ein vielfältiges Wissen über Menschen mit Demenz verfügen.

Fazit:

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit können Aufschlüsse auf Veränderungspotenziale geben. Zum Beispiel haben die Pflegenden ein Bedürfnis nach veränderten pflegerischen Strukturen in der ZNA und es wird eine spezifischere Aus- und Weiterbildung benötigt, um Menschen mit Demenz gewaltfrei und pflegefachlich korrekt betreuen zu können.

Background

The emergency rooms are faced with increasing numbers of cases and a lack of nurses and doctors. When patients with dementia arrive in the emergency room, expert knowledge about dementia is required by the nursing staff. What this specialist knowledge encompasses in the sense of its explicit and implicit aspects cannot be found in any literature. This is the subject of the following work:

Methods:

The methodological framework of this work is that of phenomenology. With this method, the researcher can deal with the phenomena from the perspective of the interviewees. It is important that phenomenology does not aim to derive theory from data. This method aims to present the perspective of the study participants to get a better understanding of their knowledge and experience.

Results:

The results describe six phenomena, which are described from explicit or implicit knowledge. The results show that carers have a high level of specialist knowledge about dementia, which is counted as explicit knowledge. Their implicit knowledge is manifested in the form of stress. The combination of both forms of knowledge results in the expression of violence.

Conclusion:

The nursing staff and carers need changed structures and more specific training, and further education is needed to be able to care for patients with dementia correctly.

Inhaltsverzeichnis IV

Inhaltsverzeichnis

Abst	ract/Zus	ammenf	assung	I			
Inhal	tsverzei	chnis		IV			
Abkü	irzungsv	erzeichi	nis	.VII			
Tabe	ellenverz	eichnis.		VIII			
Abbi	ldungsve	erzeichn	is	IX			
1	Einleitung						
	1.1	Differenzierung der Begrifflichkeit der Notaufnahme					
	1.2	Begründung und Relevanz des Themas Hintergrund der Untersuchung					
	1.3						
	1.4	Fragest	tellung und Zielsetzung der Untersuchung	.10			
	1.5	Aufbau	und Abfolge der Untersuchung	.11			
2	Demenz und Triagesysteme in der Notaufnahme						
	2.1	Diskurs	in der Demenzforschung	.13			
		2.1.1	Formen und Symptome der Demenz	.20			
		2.1.2	Abgrenzung Delir versus Demenz	. 26			
		2.1.3	Diagnostik Demenz	. 28			
	2.2	Überbli	ck Triagesysteme in der Notaufnahme	. 34			
		2.2.1	Triagierung im Gesundheitswesen	. 34			
		2.2.2	Kriterien für ein Triagesystem in der Notaufnahme	.37			
		2.2.3	Beschreibung der Triagesysteme	. 38			
		2.2.4	Erörterung der Triagesysteme, inwieweit diese Deme	∍nz			
			berücksichtigen	.41			
	2.3	Wissensmanagement					
		2.3.1	Die Notwendigkeit von pflegerischem				
			Wissensmanagement in der ZNA	.42			
		2.3.2	Die Definition von Wissen	.43			
		2.3.3	Die drei Dimensionen des Wissens	. 45			
	2.4	Definition	on pflegerisches Phänomen	. 48			
3	Review						
	3.1	Methode des integrativen Reviews					
		3.1.1	Festlegung Rechercheprinzip	.53			
		3.1.2	Festlegung der Suchkomponenten	.54			
		3.1.3	Festlegung der Datenbank	. 55			
		3.1.4	Identifikation von Suchbegriffen/Schlagworten				
		3.1.5	Entwicklung eines Suchstrings				
		3.1.6	Überprüfung des Suchstrings	.59			

Inhaltsverzeichnis V

		3.1.7 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien	59			
		3.1.8 Durchführung der Recherche	60			
	3.2	Analyse und Ergebnisdiskussion der inkludierten Studien	63			
		3.2.1 Methodische Analyse der inkludierten Studien	63			
		3.2.2 Inhaltliche Analyse der inkludierten Studien	65			
		3.2.3 Ergebnisdiskussion der inkludierten Studien	71			
	3.3	Einordnung in den wissenschaftlichen Kontext	73			
4	Ethische Reflexion der Forschungsarbeit					
	4.1	Theoretische ethische Prinzipien				
	4.2	Ethische Umsetzung7				
5	Metho	dologie und methodisches Vorgehen	82			
5	5.1	Wissenschaftstheoretische Grundlagen				
	5.2	Allgemeine Einführung in die Phänomenologie				
	0.2	5.2.1 Edmund Husserl				
		5.2.2 Martin Heidegger				
		5.2.3 Methode nach Colaizzi				
		5.2.4 Darstellung der Zusammenhänge der	0 .			
		phänomenologischen Strömungen	95			
	5.3	Theorie der Datenerhebung				
	0.0	5.3.1 Generierung der Stichprobe theoretisch				
		5.3.2 Das problemzentrierte Interview nach Witzel				
6.	Darste	ellung des Forschungsprozesses	103			
0.	6.1	Generierung der Stichprobe				
	6.2	Entwicklung des Interviewleitfadens				
	6.3	Umsetzung der Interviews				
	6.4	Transkription der Interviews				
	6.5	Reflexion des Wissens vor und während der Interviews 111				
	6.6	Umsetzung der Auswertung nach Colaizzi				
	6.7	Reflexion des Wissens während der Auswertung				
7	Гиаль					
7		nisdarstellung der Arbeit				
	7.1	Phänomen Belastung				
		7.1.2 Themencluster "Patientenaufkommen"				
	7.2	Phänomen der fehlenden Information bei Einweisung				
	1.2	7.2.1 Themencluster "Keine Demenzerkennung durch die				
		Triagesysteme"				
		7.2.2 Themencluster "Einweisung ohne Diagnose Demer				
		7.2.2 Themendiaser "Eliweisung office Blagnose Bernei				
	7.3	Phänomen Handlungskompetenz				
	0	7.3.1 Themencluster "Fachkompetenz": Symptomerkenn				
			124			

Inhaltsverzeichnis VI

		7.3.2	Themencluster "Sozialkompetenz": Bedürfnis der	
			Menschen mit Demenz	128
		7.3.3	Themencluster "Selbstkompetenz": Begleitung	129
	7.4	Phäno	men Gewalt	
		7.4.1	Themencluster "Physische Gewalt"	131
		7.4.2	Themencluster "Psychische Gewalt"	
		7.4.3	Themencluster "Gewalt durch Vernachlässigung"	134
	7.5	Phäno	men wünschenswerter pflegerischer Strukturen	134
		7.5.1	Themencluster: "Ergänzung Triage"	135
		7.5.2	Themencluster "Geschützter Bereich innerhalb de	r
			ZNA"	136
		7.5.3	Themencluster "Optimierung der außerklinischen	
			Behandlung"	
	7.6	Phänomen des Mangels an Fachwissen138		138
		7.6.1	Themencluster "Spezialisiertes Personal"	138
		7.6.2	Themencluster "Fortbildungen"	140
8	Diskus	sion		141
	8.1	Zusam	nmenfassung und Diskussion der Ergebnisse	141
	8.2	Beantwortung der Forschungsfragen152		
	8.3	Theorie der qualitativen Gütekriterien		
		8.3.1	Gütekriterien der vorliegenden Arbeit	158
	8.4	Limitat	tionen der Arbeit	160
9	Fazit u	ınd Ausl	olick	163
10	Literat	Literaturverzeichnis		165

Abkürzungsverzeichnis

AO Abgabenordnung

ATS Australian Triage Scale
BGB Bürgerliches Gesetzbuch

CERAD-NP Consortium to Establish a Registry for Alzheimers Disease -

Neuropsychologische Testbatterie

CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CT Computertomographie

CTAS Canadian Triage and Acuity Scale

DGS Deutsche Gesellschaft für Soziologie

DSM Klassifikationssystem für psychische Störungen

EEG Elektroenzephalographie
ESI Emergency Severty Index

ICD Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und

verwandter Gesundheitsprobleme

LKHG Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg

MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MesH Medical Subject Headings

MMSE Mini Mental State Examination
MRT Magnetresonanztomographie

MTS Manchester Triagesystem

NCBI National Center for Biotechnology Information

NIA National Institute on Aging
NIH National Institutes of Health
NLM National Library of Medicine

PET Positronen-Emissions-Tomografie

PICO Patient, Intervention, Control, Outcome

PICo Population, Phenomenon of Interest, Context SPECT Single-Photon-Emissionscomputertomographie

ZNA Zentrale Notaufnahme

Tabellenverzeichnis VIII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifizierung der evidenzbasiwerten Level	52
Tabelle 2: PICo-Schema (Eigene Darstellung)	54
Tabelle 3: Schlagworte und Übersetzung	56
Tabelle 4: Suchbegriffe und Synonyme für GeroLit	57
Tabelle 5: Suchbegriffe und Synonyme MEDLINE und CINAHL	57
Tabelle 6: Suchverlauf MEDLINE	60
Tabelle 7: Suchverlauf CINAHL	60
Tabelle 8: Analyseraster	63
Tabelle 9: Punktesystem	64
Tabelle 10: Inhaltlicher Überblick der Studien	66
Tabelle 11: Transkriptionsregeln	110
Tabelle 12: Datenanalyse nach Colazzi	112

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Demenz in ICD und DSM	26
Abbildung 2: Delir in ICD und DSM	27
Abbildung 3: Wissenstreppe nach North	43
Abbildung 4: PRISMA-Übersicht	62
Abbildung 5: Handzettel und Postscriptum	107
Abbildung 6: Mind Map	107
Abbildung 7: Zusammenhänge der Phänomene	115
Abbildung 8: Themencluster	153

1 Einleitung

Bei einem Blick in unsere Medienlandschaft zeigt sich, dass das Verhältnis von Gesellschaft und Demenz¹ ebenso ein Reizthema ist, wie das Thema der stets überlaufenen Notaufnahmen. Eine erste oberflächliche Recherche in den Medien dazu vermittelt den Eindruck, dass in der Berichterstattung "die überlaufenen Notaufnahmen" lediglich im Zusammenhang mit der hohen Arbeitsbelastung des dortigen Personals thematisiert werden. Als Ursache für diese hohe Arbeitsbelastung werden die steigenden Zahlen von zu behandelnden Personen sowie der demografische Wandel angeführt (Pines et al., 2011, S. 1358 ff.). Auf die Belastung, insbesondere durch Menschen mit Demenz, wird nicht explizit eingegangen. Das Thema Demenz wird in den medialen Berichterstattungen häufig mit negativ assoziierten Begrifflichkeiten wie "Explosion", "globale Probleme" oder "Epidemie" in Zusammenhang gebracht (Welt, 2013; ÄrzteZeitung, 2013).

Diese Begrifflichkeiten werden normalerweise in Berichten aus Kriegs- und Krisenregionen verwendet. Gleichzeitig begleiten beispielsweise Schlagzeilen die Debatte, wie begrenzt die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten seien und dass wir in einer "überalternden Gesellschaft" leben (Müller & Kuhlmey, 2008). Diese Debatten prägen unser Bild vom Altern sowie die Einstellungen zu existenziellen Fragen wie Krankheit und Sterblichkeit. Nach einer im Jahre 2014 durchgeführten Befragung mit 2.720 Teilnehmenden zum Themenbereich Demenz würden 33 Prozent der Bevölkerung mit einer Demenzerkrankung nicht weiterleben wollen (ZQP, 2017). Statistischen Schätzungen zufolge leben zum jetzigen Zeitpunkt circa 1,3 Millionen an Demenz leidende Menschen in Deutschland (Sütterlin, Hoßmann & Klingholz, 2011, S. 13; Weyerer & Bickel, 2007, S. 67). Die häufigste betroffene Gruppe ist die der hochbetagten Menschen. Diese stellt zeitgleich die am stärksten wachsende Bevölkerungseinheit in Deutschland dar. Nach momentanen Hochrechnungen werden

-

¹ Es wird in dieser Arbeit der Begriff Demenz als Oberbegriff verwendet. Darunter werden alle Formen einer Demenz verstanden wie z.B. Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, Lewy-Body-Demenz und Frontallappen Demenz. Im zweiten Kapitel werden die einzelnen Formen explizit dargestellt.

in Deutschland im Jahre 2030 rund 1,7 Millionen von Demenz betroffene Menschen leben (BMG, 2011).

Der Versorgungsbedarf im fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung erfordert meist eine hohe pflegerische Unterstützungsleistung und intensive Betreuung der Betroffenen. Daneben ist oftmals auch eine umfangreiche medizinische Versorgung notwendig, welche in der Regel durch eine auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin tätigen Person gewährleistet werden sollte. Durch den Mangel an selbigen werden an Demenz erkrankte Personen (Das Krankenhaus, 2018) zunehmend in die überlasteten Notaufnahmen gebracht (Schmiedhofer et al., 2016, S. 2 ff.). Über die ihnen dort angedeihende pflegerische Versorgung sowie deren Umgang ist weitgehend nichts bekannt. Durch den pflegerischen Mangel in Notaufnahmen und den hohen Durchlauf von zu behandelnden Personen ist aber aller Wahrscheinlichkeit nach davon auszugehen, dass eine pflegerisch/medizinische demenzgerechte Versorgung hier nicht gewährleistet werden kann.

1.1 Differenzierung der Begrifflichkeit der Notaufnahme

Es gibt zwei unterschiedliche Modelle von Notaufnahmen. Hierbei handelt es sich zum einen um die dezentralen Notaufnahmen und zum anderen um die zentralen/interdisziplinären Notaufnahmen. Diese beiden Modelle gilt es voneinander zu unterscheiden.

In Deutschland ist das Erscheinungsbild der Notaufnahmen sehr heterogen (Schöpke & Plappert 2011 S. 371 ff.) Einige Kliniken führen dezentralisierte Notaufnahmen für ihre jeweilige Fachabteilung, andere Kliniken haben sich in den letzten Jahren für eine Zusammenlegung zu einer gemeinsamen zentralen bzw. interdisziplinär arbeitenden Notaufnahme für alle Fachabteilungen entschieden. Zentrale/interdisziplinäre Notaufnahmen sind in den europäischen und angloamerikanischen Ländern weit verbreitet (sogenannte "Emergency Departments").

Die dezentralisierten Notaufnahmen sind in den jeweiligen Fachkliniken angesiedelt. Der Vorteil hierbei ist, dass die zu behandelnden Personen auf

Pflegekräfte und ärztliches Personal treffen, welches auf die Krankheitsbilder der jeweiligen Fachklinik spezialisiert sind. Zumeist sind die dezentralen Notaufnahmen in die Infrastruktur der einzelnen Fachkliniken eingebunden, sodass eine enge Zusammenarbeit mit den Bettenstationen sowie der spezifischen Diagnostikabteilung gewährleistet werden kann. Die Wegstrecken der Behandlungspfade sind für das Behandlungsteam meist kurz.

Der Nachteil einer solchen Notfallbehandlung ist, dass bei multimorbid erkrankten Personen nicht immer nur eine Diagnose zum Tragen kommt. Somit
können diese erkrankten Personen häufig nicht eindeutig einer Fachabteilung
zugewiesen werden (Walter & Fleischmann, 2007, S. 104). Dies kann dazu
führen, dass eine Behandlungsodyssee hinter ihnen liegt, bevor sie der richtigen Fachklinik zugewiesen werden (Bernhard, Pietsch & Gries,2009, S. 454
f.). Wenn mehrere Fachkliniken infrage kommen, kann dies bei dezentralen
Notaufnahmen bedeuteten, dass entweder die erkrankten Personen oder das
Behandlungsteam weite Wegstrecken auf sich nehmen müssen, was zu einem
Zeitverlust für die Versorgung der zu behandelnden Person führen kann. Im
ungünstigsten Fall kommt es hierdurch zu einem schlechteren Outcome der
erkrankten Person (Clarke et al., 2002, S. 23 ff.).

Den dezentralisierten Notaufnahmen sind die interdisziplinären/zentralen Notaufnahmen (ZNA)² gegenüberzustellen.

In den zentralen Notaufnahmen gibt es bisher keine einheitliche Definition der Behandlungssysteme (Heller & Juncken, 2020, S. 164 ff.). Zum einen kann darunter verstanden werden, dass eine auf dem Gebiet der Notfallmedizin fachärztlich tätige Person alle eintreffenden erkrankten Personen behandelt, ohne eine Einteilung in eine entsprechende Fachrichtung vorzunehmen. Zum anderen wird darunter verstanden, dass mehrere Fachkliniken in der ZNA zusammenarbeiten. Das ärztliche Personal ist folglich fachlich spezialisiert.

Die in einer zentralen ZNA arbeitenden Pflegenden sind jedoch nicht auf die einzelnen Fachkliniken spezialisiert, sondern Fachkräfte im Bereich der Notfallversorgung. Dies hat zur Folge, dass die Pflegenden alle zu behandelnde

² Fortfolgend wird unter der Abkürzung ZNA eine Notaufnahme verstanden, die zentral, interdisziplinär oder beides ist.

-

Personen aus den jeweiligen Fachkliniken betreuen und gegebenenfalls wenig über das jeweilige spezielle Krankheitsbild der zu behandelnden Person wissen. Bei dieser Form der ZNA kann jederzeit und ohne großen Aufwand die erkrankte Person im Rahmen der ärztlichen Betreuung von einer Fachklinik in eine andere übernommen werden oder ärztliches Personal aus anderen Fachkliniken konsiliarisch ohne lange Wegstrecken hinzugezogen werden. Wie oben erwähnt, gilt dies für Pflegende nicht.

Diese Form der zentralen ZNA ist in Deutschland am häufigsten anzutreffen (Heller & Junken, 2020, S. 164 ff.).

1.2 Begründung und Relevanz des Themas

Die vorliegende Forschungsarbeit ist dem Bereich der Pflege- und Versorgungsforschung zuzuordnen. Mit dieser Forschungsarbeit wurde das Thema Demenz und welches explizite und implizite Wissen Pflegende in einer ZNA über dieses haben in den Fokus genommen. Die Relevanz des Themas für die Personengruppe der hochbetagten Menschen, der Mangel an Pflegenden (Simon, 2015, S. 19 ff.) und die überfüllten und überlasteten ZNAs (Kulla et al., 2014, S. 671 ff.) sowie eine sich vermutlich daraus ergebende höhere Gefahr von Pflegefehlern rechtfertigen die Eingrenzung des Forschungsvorhabens auf das Handlungsfeld "Demenz in der Notaufnahme".

Mit dieser empirischen Forschungsarbeit soll in Form eines qualitativen Forschungsansatzes das Wissen von Pflegenden über Menschen mit Demenz in der Notaufnahme analysiert werden, um ein mögliches Versorgungsproblem zu eruieren und gegebenenfalls Verbesserungsmöglichkeiten aus den gewonnenen Erkenntnissen abzuleiten. Die Verbesserung könnte die Entwicklung einer Schulung oder eines Konzeptes beinhalten, je nach Ergebnislage.

Der Fokus des pflegewissenschaftlichen Erkenntnisinteresses liegt auf dem pflegerischen Wissen über Menschen mit Demenz in einer Notaufnahme: Welches Wissen beeinflusst welches Handeln und sind hierbei Unterschiede festzustellen. Daraus könnten sich Anforderungen an die pflegerische Versorgungspraxis ableiten lassen.

Während der bereits erworbenen beruflichen Erfahrung der Forschenden sowie im Zuge einiger arbeitsbedingter Projekte in einer Notaufnahme fiel dieser auf, dass speziell Menschen mit Demenz häufig nur wenig oder keine Beachtung fanden, wenn diese beispielsweise Bitten nach einem Toilettengang oder Hunger äußerten. Das pflegerische Personal empfindet Menschen mit Demenz als anstrengend, da diese einfachsten Anweisungen, wie z.B. den Behandlungsraum nicht zu verlassen, nicht Folge leisten. Handelt es sich hierbei lediglich um Zufälle oder liegt dies an mangelndem Wissen, wie man mit dieser Gruppe zu behandelnder Personen umgeht?

Diese Thematik gilt es daher näher zu betrachten, da die Anzahl von Menschen mit Demenz stetig steigt, die Zahl der Pflegenden hingegen nach derzeitigen Hochrechnungen weiterhin rückläufig sein wird und der Umgang mit dieser Personengruppe somit deutlich schwieriger wird (Simon, 2015, S. 19 ff.). In der Literatur ist zu diesem Phänomen gegenwärtig nur wenig zu finden. Hier werden zumeist die "demenzsensiblen Krankenhäuser" thematisiert. Wenig betrachtet werden Notaufnahmen im Zusammenhang mit einem problematischen Umgang demenziell erkrankter Menschen.

Zu trennen ist hiervon die Gruppe der geriatrisch³ zu behandelnden Personen. Diese Personengruppe wird im Zusammenhang mit der Notaufnahme in der Literatur häufig thematisiert.

Die ZNA ist ein Arbeitsplatz, der sowohl in Bezug auf den Arbeitsablauf als auch in Hinblick auf die Anzahl der zu behandelnden Personen unberechenbar ist. Die Zahlen der Kontakte mit zu behandelnden Personen in den ZNAs steigen seit Jahren stetig an (Kummle & Darnhofer, 2019, S. 30 ff.).

Die Problematik der überfüllten ZNAs ist nicht nur ein Problem der jüngsten Vergangenheit. In den Vereinigten Staaten von Amerika ist diese Belastung bereits seit 1991 bekannt. In den dortigen ZNAs kam es zeitweise zu Wartezeiten für erkrankte Personen von vielen Stunden bis zu mehreren Tagen, bevor diese behandelt werden konnten bzw. im jeweiligen Krankenhaus stationär aufgenommen wurden (Lynn & Kellermann, 1991, S. 287 ff.). Von der Politik

³ Geriatrisch kommt von Geriatrie, Altersheilkunde. Darunter werden sämtliche Erkrankungen im Alter verstanden (DGG, 2022).

in den Vereinigten Staaten wurde dies als ein nationales, das ganze Land betreffende Problem verstanden. Die daraus gezogenen Erkenntnisse führten zu einer aktiven Förderung der Forschung in diesem Bereich.

Asplin et al. (2003) befassten sich aufgrund dessen mit "input, throughput und output" von zu behandelnden Personengruppen in einer ZNA. Mit dem Begriff "Input" wird die Anzahl an Patienten beschrieben, die die Notaufnahme erreichen, mit "Throughput" die Arbeitsleistung der Notaufnahme und mit "Output" die Anzahl an erkrankten Personen, welche aufgenommen bzw. entlassen werden können. Die forschenden Personen sahen diese drei Punkte als Modellrahmen an, innerhalb dessen gezielte Forschung in Zusammenarbeit mit Politik und Krankenhausmanagement stattfinden sollte, um die Gefahr einer Überfüllung von ZNAs bereits im Vorfeld zu minimieren. Die Politik kann beispielsweise den Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgungsangebote steuern. Bei einem erhöhten Angebot, wirkt sich dies entlastend auf das Patientenaufkommen in ZNAs aus. Die Forschung führte zu dem Erfolg, dass die Überfüllung der ZNAs nicht gänzlich verhindert, jedoch zumindest merklich verringert werden konnte (Asplin et al., 2003, S. 174 ff.).

Weitere Studien aus Boston, von Olshaker, aus dem Jahre 2006, und aus Australien, von Martin, aus dem Jahre 2011, zeigten, dass eine der Ursachen der Überbelegung bzw. des Rückstaus der Behandlungen von erkrankten Personen in den ZNAs (insoweit diese Betten führten) in der Auslastung der Bettenkapazität der Krankenhäuser lag. Die zu behandelnden Personen konnten nicht aus den ZNAs verlegt werden, da auf den Stationen keine Betten- bzw. Zimmerkapazitäten vorhanden waren (Martin et al., 2011, S. 76 ff.).

Bei der fehlenden Möglichkeit einer Verlegung von erkrankten Personen aus den ZNAs auf Bettenstationen aufgrund mangelnder Bettenkapazitäten auf den Stationen handelt es sich demnach um eines der Hauptprobleme (Olshaker & Rathlev, 2006, S. 352 ff.), welches zu einer Erhöhung der Anzahl von zu betreuenden Personen in den ZNAs und somit zu einer Be- bzw. Überlastung des Personals in diesem Bereich führt. Dies könnte auch Auswirkungen auf den Umgang mit bzw. die Fürsorge von Menschen mit Demenz haben, da das Pflegepersonal aufgrund der vorherrschenden Situation stark überlastet ist.

Die Arbeitsabläufe in ZNAs sind teilweise durch sogenannte klinische Behandlungspfade (Clinical Pathways) standardisiert. Die Beachtung und Einhaltung dieser führt zu einer Entlastung durch vorgegebene Strukturen und Vorgehensweisen. Bei zu geringen Bettenkapazitäten auf den Stationen und einem daraus resultierenden Rückstau von zu behandelnden Personen in der Notaufnahme sind aber auch diese wirkungslos, da die Behandlungspfade nicht vollständig eingehalten werden können. Dies könnte auch Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen mit Demenz haben, da die pflegerischeren Ressourcen auf mehrere zu behandelnden Personen verteilt werden müssen.

Weiterhin müssen die Arbeitsabläufe stetig den zusätzlichen Störungen, wie beispielsweise neue Notfallsituation, Anweisungen des ärztlichen Personals auszuführen oder Unterstützung von Teammitgliedern, welche Hilfe benötigen, und dem Aufkommen von zu behandelnden Personen angepasst werden. Bei all den komplexen Aufgaben ist zu beachten, dass die Pflegenden spätestens alle 14 Minuten bei ihren Tätigkeiten unterbrochen werden (Laxmisan et al., 2007, S. 802 ff.).

Das Personal in den ZNAs muss bei der Arbeit eine hohe Konzentration, Belastbarkeit sowie Zielorientierung gewährleisten (Notz, 2019, S. 293 ff.). Unter den vorherrschenden ungünstigen Umständen kann eine personenzentrierte Pflege nicht gewährleistet werden. Dies wiederum könnte vermutlich auch zu Störungen der pflegerischen Beziehungsarbeit mit Menschen mit Demenz führen.

Pflegende, die in diesem Fachbereich arbeiten, haben ein breites pflegefachliches Spektrum, welches sie bei der pflegerischen Versorgung der zu behandelnden Personen abrufen müssen. Das Spektrum umfasst die Aufnahme (pflegerische Anamnese, EKG) bis hin zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten nach Delegation wie zum Beispiel Blutentnahmen, dem Gipsen, Dreagierung und anderen Arbeiten. Neben der pflegerisch notwendigen Qualifikation für die fachlich anspruchsvollen Aufgaben sind die allgemeinen und spezifischen Dokumentationsanforderungen auch aus rechtlichen Gründen stark gestiegen.

Wie oben bereits erwähnt, ist bei all diesen Vorgaben zu beachten, dass in ZNAs Personalmangel herrscht und viele Stellen nicht besetzt sind. Dies liegt

zum einen am Mangel von Fachkräften, zum anderen ist aber auch die Fluktuation in diesem Bereich besonders hoch. Auf das Thema des Fachkräftemangels wird nicht weiter eingegangen, da dies nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist.

Die Zahl der Pflegekräfte ist in den letzten zehn Jahren um 13,5 Prozent gesunken (Isfort, 2007, S. 4 ff.). Genaue Zahlen über die Fluktuation und die nicht besetzten Stellen in Notaufnahmen liegen für Deutschland nicht vor.

Um trotz der personellen Problematik eine gute Versorgungssteuerung von zu behandelnden Personen gewährleisten zu können, nutzen immer mehr ZNAs Triagesysteme. Diese werden in Kapitel 2.3 näher beschrieben.

Die Relevanz des Themas ist insbesondere darin begründet, dass sich sowohl der Fachkräftemangel als auch die Inzidenz der zu behandelnden Personen, die an einer Demenz erkranken, in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten stark erhöhen wird (Radtke, 2022) . Dies führt dazu, dass immer mehr Menschen mit Demenz auch in ZNAs versorgt werden müssen, trotz vorherrschender Überfüllung dieser sowie Überlastung der behandelnden Personen.

1.3 Hintergrund der Untersuchung

Bereits im Jahre 2002 stellte der "Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" fest, dass chronisch kranke Menschen das Gesundheitssystem stärker beanspruchen als nicht chronisch Erkrankte (SVR Gesundheit, 2002, S. 443 ff.). Mit steigendem Lebensalter nimmt der Anteil an Menschen mit chronischen Erkrankungen zu. Dies führt dazu, dass sich Medikamentenverbrauch, Krankenhausaufenthalte sowie Kontakte mit Personen im fachärztlichen Kontext erhöhen. Damit steigen die Gesamtkosten für die über 60-Jährigen im Gesundheitswesen erheblich (Kuhlmey et al., 2003, S. 234 ff.; Kuhlmey et al., 2006, S. 292 ff.).

Häufig ist der Gesundheitszustand von älteren Menschen durch Multimorbidität gekennzeichnet. Dies bedeutet, dass diese meist an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (Kuhlmey, 2008, S. 85 ff.). Die Symptome der Multimorbidität sind vielfältig. Sie umfassen unter anderem das Herz-/Kreislaufsystem,

Stoffwechselstörungen, Erkrankungen des Skelettsystems sowie psychische Erkrankungen. Zu den letztgenannten wird die Patientengruppe der an Demenz erkrankten Personen gezählt, mit welcher sich die vorliegende Arbeit beschäftigt.

Ungeachtet dessen, dass das Gesundheitssystem auch durch diese zu behandelnde Personengruppe stark frequentiert wird, ist über die Versorgungsqualität selbiger nicht viel bekannt.

Aus bisher durchgeführten Studien lässt sich die These ableiten, dass ein suboptimaler Ressourceneinsatz hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung
von chronisch kranken älteren Personen besteht (SVR Gesundheit, 2002). Als
komplexer Bereich wird hierbei vor allem die Koordinierung, Kooperation sowie die mangelnde Integration und Kontinuität in der gesundheitlichen Versorgung identifiziert.

Eine Optimierung der komplexen Versorgungstruktur von chronisch kranken älteren Menschen könnte Belastungen für diese Personengruppe vermeidbar machen. Dieses Ziel könnte unter anderem durch Modifikationen von Behandlungsabläufen, welche die Nachhaltigkeit von Behandlungen erhöhen würden, erreicht werden. Des Weiteren würde eine solche Modifikation möglicherweise zu einem effektiveren und effizienteren Einsatz der Ressourcen im Gesundheitswesen – sowohl personell als auch finanziell – beitragen. Dies sollte gerade bei einem fortgeschrittenen Fachkräftemangel sowie der demografischen Entwicklung in Deutschland ein wesentliches Ziel sein, um eine gute Versorgung von zu behandelnden Menschen auch unter schwierigen Bedingungen zu gewährleisten (SVR Gesundheit, 2002).

Psychische Erkrankungen machen in der Altersgruppe ab 65 Jahren rund ein Viertel der Krankheitsbilder aus. Die demenziellen sowie die depressiven Krankheitsbilder stellen hierbei den größten Anteil dar (Brähler & Strauß, 2012, S. 718).

Es gibt eine Vielzahl von Konzeptentwicklungen, welche auf die Verbesserung der Fachkenntnisse zu demenziellen Erkrankungen, eine Optimierung der pflegerischen Betreuung und eine Entlastung der Angehörigen abzielen.

Inwieweit diese in der allgemeinen Versorgungspraxis breitere Umsetzung erfahren, lässt sich jedoch bislang nur schwer überprüfen. Es gibt keine Datenregister, in welchen die Konzepte sowie deren Umsetzung und Ergebnisse zusammengefasst werden. Derzeit forscht jeder Landkreis für sich. Es fehlt eine Koordinierungsstelle auf Landes- bzw. Bundesebene.

Es gibt Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit Demenz, doch inwieweit Pflegenden in den ZNAs diese inhaltlich bekannt sind, ist genau so wenig erforscht, wie das allgemeine Wissen von Pflegenden in den ZNAs über demenzielle Erkrankungen.

1.4 Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung

Zielsetzung dieser Arbeit ist eine Erfassung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme. Dabei soll der Fokus daraufgelegt werden, ob explizites und implizites Wissen zum Thema Demenz die pflegerische Versorgung der Patienten beeinflusst und wenn ja, in welcher Weise. Fragestellungen, die sich für die Erarbeitung der Ergebnisse ergeben, sind folgende:

- Welches Triagesystem f
 ür ZNAs ber
 ücksichtigt das Thema Demenz?
- Welches explizite und implizite Wissen haben im direkten Personenkontakt arbeitende examinierte Pflegende in einer Notaufnahme über bzw. zum Thema Demenz?
- Welche pflegerischen Phänomene in Bezug auf Menschen mit Demenz lassen sich aus Sicht der Pflegenden in einer Notaufnahme beschreiben?

Die zu erwartenden Ergebnisse sind vermutlich ein Wissensdefizit zum Thema Menschen mit Demenz und ihrem daraus resultierenden besonderen pflegerischen Versorgungsbedarf. Des Weiteren wird erwartet, dass die Triagesysteme lediglich den medizinischen Notfall abbilden und das Krankheitsbild Demenz außer Acht lassen. Die Vermutung beruht auf der Berufserfahrung der Verfasserin dieser Arbeit.

Die Forschungsergebnisse könnten einen Beitrag dazu leisten, ein Fortbildungskonzept zum Thema Demenz in der Notaufnahme und der pflegerischen Versorgung dieser Patientengruppe zu entwickeln. Zudem könnte sich daraus ein Modul für die Fachweiterbildung Notfallpflege ableiten sowie pflegerische Konzepte erarbeiten lassen.

1.5 Aufbau und Abfolge der Untersuchung

Das erste Kapitel der vorliegenden Dissertation beinhaltet die Einleitung zum Thema sowie die Beschreibung des Aufbaus dieser Arbeit.

Im zweiten Kapitel werden zunächst die theoretischen Grundbegriffe geklärt. Hierbei handelt es sich um den Diskurs in der Demenzforschung sowie die Formen und Symptome des Krankheitsbildes Demenz. Hiernach erfolgt eine Abgrenzung zum Krankheitsbild Delir sowie ein kurzer Überblick in die Diagnostik einer Demenz. Dies soll der lesenden Person einen Einblick in bzw. über das Krankheitsbild Demenz ermöglichen.

Darauf folgt ein kurzer Exkurs zum Thema der Triagesysteme in den ZNAs mit dem Fokus, welches Triagesystem Demenz in welchem Ausmaß berücksichtigt bzw., ob diese Erkrankung überhaupt berücksichtigt wird. Den Abschluss des zweiten Kapitels bildet die Definition der Begrifflichkeiten des impliziten und expliziten Wissens sowie die Definition des pflegerischen Phänomens.

Im dritten Kapitel wird der theoretische Ablauf eines integrativen Reviews sowie die praktische Umsetzung derselben in dieser Arbeit beschrieben. Das integrative Review soll den aktuellen Forschungsstand zum Thema darstellen. Das Kapitel "Review" umfasst ebenfalls die Ergebnisdarstellung des integrativen Reviews sowie eine kritische Würdigung dieser Ergebnisse. Den Abschluss des dritten Kapitels bildet die Verortung der Ergebnisse im wissenschaftlichen Kontext.

Im vierten Kapitel werden die theoretischen ethischen Prinzipien und deren Umsetzung dargestellt.

Das fünfte Kapitel umfasst den empirischen Anteil der Dissertation. In diesem Abschnitt wird zunächst die verwendete Methodologie beschrieben. Dann folgt eine Einführung in das Forschungsdesign sowie die Begründung der Methode.

Im sechsten Teil wird der Forschungsprozess beschrieben. Diese Beschreibung umfasst die Datenerhebung mittels Interviews sowie die praktische phänomenologische Auswertung.

In Kapitel sieben folgt die Ergebnisdarstellung der Dissertation.

Kapitel acht widmet sich der Diskussion der Ergebnisse, der Beantwortung der Forschungsfragen sowie einer Beschreibung der qualitativen Gütekriterien dieser Arbeit. Den Abschluss des Kapitels bildet die Darstellung der Limitationen dieser Arbeit.

Der neunte Teil enthält die Verortung der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse dieser Arbeit im Gesamtkontext der Pflegewissenschaft sowie ein Fazit und Ausblicke für evtl. zukünftige Forschungsdesiderate.

2 Demenz und Triagesysteme in der Notaufnahme

Im folgenden Kapitel wird der Diskurs in der Demenzforschung beschrieben sowie eine Verortung des Begriffs für diese Arbeit vorgenommen. Danach erfolgt eine Symptombeschreibung der Demenz sowie eine Abgrenzung zum Delir. Die ausführliche Beschreibung der Symptome und Differenzialdiagnostik, bezogen auf die einzelnen Typen der Demenz, erfolgt aufgrund des Umstandes, dass die Aussagen der Pflegenden in den Interviews diese Diagnostiken thematisieren könnten.

Des Weiteren werden die Diagnostiken zum Krankheitsbild der Demenzformen dargestellt. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass möglicherweise in Notaufnahmen eine Kurzdiagnostik möglich ist und durchgeführt wird und die Notfallpflegenden Wissen über dieses Assessmentinstrument haben könnten.

Die Triagesysteme der ZNAs, welche im deutschsprachigen Raum Anwendung finden, werden nachstehend dargestellt. Es wird erörtert, ob diese auch Krankheitsbilder kognitiver Einschränkungen mit dem Fokus auf Symptome der Demenz berücksichtigen.

2.1 Diskurs in der Demenzforschung

In diesem Abschnitt wird der naturwissenschaftliche bzw. soziologische Diskurs zur Thematik der Demenz beschrieben. Zuvor wird eine Verortung der Begrifflichkeit Demenz vorgenommen.

Der Begriff Demenz beschreibt keine spezifische Erkrankung, er beschreibt vielmehr eine Vielfalt an möglichen Symptomen, die in einem Zusammenhang mit Störungen von Gedächtnisleistungen bzw. Denkfähigkeiten stehen. Diese Störungen beeinflussen zumeist Ausführungen des täglichen Lebens, wie das Erinnerungsvermögen, ob eine Person beispielsweise gefrühstückt hat oder nicht (Wiltfang, Trost & Hampel, 2016, S. 4 ff.) Die Demenz umfasst verschiedene Typologien, einige von diesen sind reversibel. Die häufigsten Arten der Demenz sind der Typ Alzheimer mit 60 bis 80 Prozent bzw. der vaskuläre Typ (Radmann, 2010, S. 17 ff.) In dieser Arbeit werden unter dem Begriff Demenz

alle Typen bzw. Subtypen mit einbezogen. Eine Differenzierung diesbezüglich ist für die Forschungsfrage ohne Belang. Die Beschreibung der einzelnen Formen der Demenz dient der besseren Nachvollziehbarkeit dieser Arbeit (Kapitel 2.1.1).

Der Diskurs zum Thema Demenz wird beispielhaft am Typ Alzheimer geführt. Die Ursache hierfür liegt darin, dass dies die häufigste Demenzform und der Diskurs somit gut darstellbar ist. Zum anderen wäre eine Auflistung aller Diskurse zu allen Subtypen zu umfangreich und würde keinen Mehrwert zur Beantwortung der Forschungsfrage bringen.

Das Dilemma in der Thematik "Demenz" liegt darin, dass der Fokus im naturwissenschaftlichen Paradigma auf der pathologiefokussierten Perspektive liegt. Das Ergebnis dieser Diskussion bildet den Abschluss des fortfolgenden Kapitels.

In der breiten Öffentlichkeit (Gesellschaft und Medien) wird die Demenz als Krankheit wahrgenommen. Vergleicht man diesen Fokus mit den Annahmen im Bereich der Medizin und Pflege, so lässt sich eine Übereinstimmung feststellen. Im Paradigma der "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" wird die Demenz unter der Rubrik der psychischen Erkrankungen beschrieben (World Health Organisation, 2004, S. 162 ff.). In der ICD 10 heißt es dazu: "Demenz (F00 – F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen" (DIMDI ICD 10, 2020).

Die Aufnahme der Demenz in das internationale Klassifikationssystem hat zum einen den Vorteil, dass den Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen Leistungen aus den Pflegekassen zustehen. Dies dient dazu, Letztere für deren Aufwand zu entschädigen oder um professionelle Pflege in Anspruch nehmen zu können. Des Weiteren entlastet eine Etikettierung der Demenz als Krankheit die häufig angespannte Betreuungssituation in der Weise, dass die zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Fehlverhalten dieser Krankheit zugeordnet werden können und somit akzeptiert sind (Becker, 2010, S. 57).

Dies bringt allerdings die Gefahr mit sich, dass der Medizin eine "nahezu unangefochtene Deutungskompetenz (der Demenz) zuerkannt" wird (Roy, 2013, S. 57). In dieser Deutungskompetenz ist ein Dilemma mit weitreichenden Konsequenzen festzustellen. Auf dieses wird später in diesem Kapitel eingegangen.

Im Paradigma der Medizin hat die Pathologisierung und Medikalisierung der Demenz oberste Priorität. Dies ist insofern erstaunlich, als dass Studien, die dieses Paradigma infrage stellen, nur wenig Beachtung in der Forschung bzw. in der medialen Öffentlichkeit finden. Im Folgenden werden einige dieser Studien vorgestellt.

Die Demenzforschung begann mit dem Titel "Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde" von Alois Alzheimer 1906. Dieser hatte in einer Irrenanstalt (heutzutage Psychiatrie) die Patientin Auguste Deter beobachtet und nach deren Tod ihr Gehirn obduziert. Zu den von Alzheimer beobachteten Auffälligkeiten von Auguste zählten "optische und akustische Halluzinationen" sowie ein Eifersuchtswahn. In den von Alzheimer angefertigten Hirnschnitten ließen sich die noch heute als "klassische neuropathologische Trias" bezeichneten Veränderungen des Hirngewebes anfärben und beschreiben (Sternheim et al.,2017, S.23 ff.). Die von Alzheimer beschriebenen Gewebeablagerungen wurden im Laufe der Forschung als amyloide Plaques klassifiziert. Zur Trias gehören zudem die Neurofibrillenbündelung und der Verlust von Nervenzellen (Pantel, 2017, S. 576 ff.). Dieses Forschungsergebnis bildet bis heute die Grundlage für die Forschung im Paradigma der Medizin. Bis heute wird an der Hypothese festgehalten, dass auftretende amyloide Plaques eine Demenz verursachen (ebd.). Auf die biochemischen sowie pathophysiologischen Kaskaden wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

Die sogenannte "100 Nonnen Studie" lässt die Hypothese, dass für die Diagnostik des Krankheitsbildes Demenz allein die Trias verantwortlich gezeichnet werden kann, zumindest in Frage stellen:

Der Epidemiologe David A. Snowdon ging folgender Forschungsfrage nach: "Welche Faktoren in der frühen, mittleren und späten Lebensphase erhöhen das Risiko, an Alzheimer zu erkranken?" (Snowdon, 2002, S. 2 ff.).

Hierfür nahm er Kontakt zum Orden der "School Sisters of Notre Dame" (Arme Schulschwestern von Unserer Lieben Frau) auf. Dies ist ein römisch-katholischer Orden sowie eine Schule in Paris und hat die Besonderheit, dass viele Nonnen neben der geistlichen Tätigkeit als Lehrerinnen in der College Ausbildung aktiv waren. Die Nonnenstudie begann im Jahre 1986 mit 678 Studienteilnehmenden im Alter zwischen 75 und 106 Jahren.

Beim Studiendesign handelt es sich um eine Längs- bzw. Querschnittsstudie. Des Weiteren wurden aber bei der Obduktion der Gehirne der Nonnen biochemische Testverfahren angewendet. Zu ihren Lebzeiten wurden in regelmäßigen Abständen (dreimal täglich) mentale Tests durchgeführt, um den mentalen Status nach der Obduktion mit dem physiologischen Gehirnstatus zu vergleichen (ebd., 2002, S.45 ff.).

Ein wesentlicher Vorteil der Nonnenstudie liegt darin, dass die Kriterien einer sogenannten Kohorten-Studie entsprechen. Dabei werden möglichst homogene Gruppen mit dem gleichen Lebensstil gebildet. Der Lebensstil der Nonnen ähnelte sich sehr, da sie sowohl den gleichen Tagesrhythmus hatten als auch ihre Lebensweisen kongruent waren (ebd., 2002, S.2 ff.).

Die Ergebnisse der Studie bestätigten zunächst die Theorie, dass es einen Zusammenhang zwischen Plaque-Ablagerungen im Gehirn und Alzheimer gibt. Die ersten Nonnen, deren Gehirne obduziert wurden, hatten Plaque-Ablagerungen und waren zu Lebzeiten an Alzheimer erkrankt. Nach einigen Obduktionen entdeckten Snowdon und die an seinem Forschungsprojekt arbeitenden Personen eins der "schlimmsten Alzheimer-Gehirne", das sie bis dato auf dem Seziertisch hatten. Es war das der Schwester Bernadette. Die Problematik, die sich hierbei auftat, bestand darin, dass Schwester Bernadette bis zu ihrem Lebensende mit 85 Jahren körperlich und geistig fit war. Dieser Umstand stand der Theorie der Plaque-Ablagerungen diametral entgegen (ebd., 2002, S.47 ff.). Nach dieser Befundung wurden noch weitere Fälle bekannt, welche nicht der Theorie entsprachen. Am Ende der Forschung stellte sich heraus, dass nur ca. zehn Prozent der untersuchten Fälle einen Zusammenhang zwischen der Theorie der Plaque-Ablagerung und einem Alzheimer-Befund aufwiesen (ebd.). In den anderen Fällen musste eine andere Ätiologie zur Entstehung von Alzheimer in Betracht gezogen werden. Hierfür könnte der

Lebensstil der Betroffenen verantwortlich gemacht werden. Man könnte die Auffassung vertreten, dass geistige und körperliche Aktivität bis ins hohe Alter, soziale Faktoren, Gläubigkeit und Enthaltsamkeit (Verzicht auf Nikotin, reduzierter Alkoholkonsum sowie eine ausgewogene Ernährung) protektive Faktoren zur Prävention von Alzheimer darstellen könnten (ebd., 2002, S. 105 ff.).

Als Fazit dieser Forschungsergebnisse kann festgehalten werden, dass die Plaque-Theorie als Alleinstellungsmerkmal nicht ausreicht, um die Entstehung von Alzheimer ausreichend zu erklären (Soscia et al., 2010, S. 2 ff.).

Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem Bereich der Plaque-Forschung gehen davon aus, dass diese Plaques durchaus eine schützende Wirkung auf die Gehirnzellen haben (Huang et al., 2021, S. 586 ff.).

Als wissenschaftliches Ergebnis geht aus der Nonnenstudie hervor, dass die Plaque-Theorie nicht als einziges Erklärungsmodell für die Entstehung von Alzheimer herangezogen werden kann (Snowdon, 2002, S. 45 ff; Soscia et al., 2010, S. 2 ff.). Es ist davon auszugehen, dass es ein Modell zur Erklärung braucht, welches physiologische Faktoren ebenso berücksichtigt wie psychologische bzw. soziologische Faktoren, unter denen auch Lebensstil, Bildung etc. subsumiert werden können (Radvanszky, 2010, S. 122-142).

Die Nonnenstudie hat auch im medizinischen Paradigma eine kritische Reflexion ausgelöst. Innerhalb der Medizin sowie in der biologischen Forschung (diese ist nicht immer eindeutig von der medizinischen zu trennen) gibt es Kritik an der Theorie von Plaque-Ablagerungen als einziges Erklärungsmodell. Die Kritiker postulieren für die Entstehung der neurodegenerativen Demenz ein multifaktorielles Bedingungsgefüge (Pantel, 2017, S. 585).

Dieses Bedingungsgefüge umfasst Umwelteinflüsse und Risikofaktoren, welche auf den Lebensstil bezogen werden können, wie z.B. chronisch oxidativer Stress, welcher zu einer zellulären Schädigung führen kann. Dies kann beispielsweise zum einen auf Rauchen zurückgeführt werden und zum anderen kann die Ursache unter anderem auch in sozialen Faktoren wie ständig befristeten Arbeitsverträgen liegen, welche ebenfalls zu Stressreaktionen führen können (Johannson et al., 2013, S. 2 ff.). Die Komplexität der Einflussfaktoren zeigt, dass die therapeutischen Maßnahmen multimodal ausgerichtet werden

müssen sowie frühzeitig begonnen werden sollten, um präventiv eine Erkrankung an Demenz zu verhindern oder zumindest zeitlich zu verzögern (ebd., S. 585 ff.). Auf diese Problematik wird in Kapitel 2.1.3 genauer eingegangen.

Betrachtet man die Forschungsergebnisse im Bereich der Medikalisierung von Menschen mit Demenz, stützen diese einen multimodalen Ansatz. In der pharmakologischen Forschung gibt es bis jetzt keinen Durchbruch in der medikamentösen Behandlung von Demenz. Trotz intensiver Bemühungen in den letzten zwei Jahrzehnten sind keine nennenswerten Innovationen auf den Markt gekommen (Pantel, 2017, S. 587 ff.). Die Wirksamkeit der pharmakologischen Therapieformen sollte kritisch reflektiert werden, da diese rein symptomatisch wirken. Derzeit sind keine pharmakologischen Behandlungsmethoden auf dem Markt, die den Verlauf einer Demenz beeinflussen können. Die auf dem Markt befindlichen Mittel können den Verlust kognitiver Funktionen weder aufhalten noch verhindern (Krug, 2014, S. 121). Zudem findet in der Literatur eine kontroverse Diskussion bezüglich der therapeutischen Wirkung der Antidementiva statt (Kunz, 2010, S. 101 ff.). Die Antidementiva sollen das Auftreten von Symptomen der Demenz zeitlich verzögern sowie den gesamten Krankheitsverlauf verlangsamen. Eine gänzliche Verhinderung des Auftretens von Symptomen ist momentan noch nicht möglich. In den USA äußern sich Expertengruppen positiv über die Behandlung mit Antidementiva (Fillit et al., 2006, S. 25 ff.). Eine aus Hamburg stammende Studie stellt die Erfolge, wie beispielweise eine Verzögerung der Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, welche durch die Medikation zu verzeichnen sind, in Frage (Kadusziewicz et al., 2005, S. 321 ff.). Laut Kunz ist der Einsatz von Antidementiva stets ein palliativer und kein kurativer Ansatz. Dies ist den meisten zu behandelnden Personen und deren Angehörigen jedoch aufgrund fehlender Aufklärung über die Wirkungsmöglichkeiten der Medikamente und über die Situation der zu behandelnden Person nicht bewusst. Des Weiteren muss der Einsatz dieser Medikamente unter Berücksichtigung der etwaigen Nebenwirkungen und dem bescheidenen Nutzen kritisch reflektiert werden (Kunz, 2010, S. 101 f.). Der aufgezeigte kritische Diskurs ist nicht als destruktive Kritik an der medizinischen Deutungshoheit per se zu verstehen (Radmann, 2010, S.37 f.). Die Verdienste im Bereich der Forschung und Medizin sollten nicht diskreditiert werden.

Vielmehr, so Rademann, soll dies als Aufforderung zur Relativierung des naturwissenschaftlichen Paradigmas verstanden werden.

Das naturwissenschaftliche Paradigma sollte sich in einem multidimensionalen Ansatz, unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Zusammenarbeit, wandeln.

Die reduzierte Sicht auf ein neuropathologisches Phänomen beinhaltet das Risiko, den Menschen mit Demenz psychosozial zu vernachlässigen. In den multidimensionalen Ansatz fließen daher auch alternative Behandlungsansätze ein. Diese beinhalten präventive sowie rehabilitative Konzepte. Es sollte beachtet werden, dass rehabilitativ in diesem Zusammenhang auch bedeuten kann, einen Status quo zu erhalten und nicht ausschließlich verbessern zu wollen. Der Therapieansatz sollte daher vielmehr die Verbesserung der Lebensqualität und den Erhalt der Alltagskompetenz, als nur die Behandlung klinischer Symptome zum Ziel haben (Rademann, 2010, S.37 ff.).

Dieser Diskurs soll aufzeigen, dass die Ursachen einer Demenz vielschichtig sind und ein naturwissenschaftliches Paradigma, welches sich einzig auf neuropathologische Veränderungen stützt, zum Stand der jetzigen Forschung nicht ausreichend ist.

Für diese Arbeit werden sowohl der medizinische als auch der soziologische Ansatz betrachtet, wobei davon auszugehen ist, dass der rein naturwissenschaftliche Ansatz im Arbeitsleben von Pflegenden der am weitesten verbreitete ist. Die Darstellung beider Ansätze hat das Ziel, einen vollumfänglichen Überblick über beide Diskurse zu erhalten. Der soziologische Ansatz könnte von Pflegenden im Sinne ihres impliziten Wissens in den Interviews zum Ausdruck kommen.

Im Rahmen des Diskurses über Demenz werden die Behandlungsmöglichkeiten nicht erörtert. Es wird vielmehr auf die Ursachen und Symptome der Demenz eingegangen.

Des Weiteren wird im Sprachgebrauch der Pflegenden kaum unterschieden, an welcher Form der Demenz eine zu behandelnde Person leidet. Es wird vielmehr in der Regel von einer verwirrten Person gesprochen. Ob es sich dabei um Demenz, Delir oder eine sonstige kognitive Beeinträchtigung handelt,

spielt zunächst keine Rolle. Mit der Feststellung "verwirrt", ist meist der höhere pflegerische Auftrag definiert. Dass dieser je nach Erkrankung variiert, ist den Pflegenden einer ZNA häufig nicht bekannt oder nicht wichtig, da ihr Fokus zumeist auf der Behandlung der lebensbedrohenden Erkrankungen liegt und erst danach die Abarbeitung des großen Patientenandrangs erfolgt. Da bleibt wenig Zeit, sich Gedanken über spezielle pflegerische Maßnahmen zu machen. Dies könnte jedoch weitreichende Folgen haben.

2.1.1 Formen und Symptome der Demenz

Der Begriff Demenz bezeichnet keine bestimmte Krankheit, sondern das Auftreten bestimmter Symptome, welche bei allen Demenzformen gleich sind (s.o.). Die Ursache der Symptome können sich jedoch unterscheiden.

Allen Demenzformen gemein ist der anhaltende bzw. fortschreitende Verlust der Gedächtnisleistung. Eine beginnende Demenz macht sich in den meisten Fällen zunächst durch Einschränkung des sogenannten Kurzzeitgedächt-nisses bemerkbar⁴ (Reinicke, 2021, S.11 ff.). Die betroffenen Personen und deren Verwandte beschreiben diese Phase häufig mit "altersbedingter Vergesslichkeit". Im Verlauf der Krankheit kommen weitere Störungen höherer kortikaler Funktionen hinzu, die da wären: Agnosie, Apraxie, gestörte Exekutivfunktion sowie Aphasie. Die Symptome beginnen schleichend und beeinträchtigen zuerst den Alltag, z.B. alltägliche Routinen wie Nahrungsaufnahme oder Hygiene. Später kommen Sozialkompetenz einschränkende Faktoren hinzu, wie z.B. die Wortwahl, Wahn oder Halluzinationen. Es treten Persönlichkeitsveränderungen und auch ein Kontrollverlust von Emotionen auf (ebd., S 11 ff.).

Der Krankheitsverlauf endet mit einer völligen Abhängigkeit von Dritten (Leitlinie S3 Demenzen, 2016, S. 11 ff.)

⁴ Definition Kurzzeitgedächtnis: "Unter Gedächtnis versteht man die Fähigkeit, Informationen aufzunehmen, zu behalten, zu ordnen und wieder abzurufen. Je nach zeitlicher Dauer der Speicherung der Informationen unterscheidet man das Kurzzeitgedächtnis als "Arbeitsspeicher" und das Langzeitgedächtnis, welches alles enthält, was wir über die Welt wissen (Charlier, 2007, S. 229).

Die Symptome treten nicht bei jedem Krankheitsverlauf auf. Wenn sie auftreten, dann sind unterschiedliche Ausprägungen möglich, die von Laien nur schwer zu unterscheiden bzw. zu erkennen sind.

Die Demenzformen lassen sich in primäre und sekundäre Formen unterscheiden.

Bei den primären Demenzformen liegt die pathophysiologische Veränderung direkt im Encephalon. Bei diesen Demenzformen wird zusätzlich zwischen degenerativen und nichtdegenerativen Formen unterschieden (Kastner & Löbach, 2018, S.9 ff.).

Die sekundären Formen der Demenz machen einen Anteil von circa zehn Prozent aller Demenzformen aus. Der Ursprung dieser Demenzformen befindet sich außerhalb des Encephalons. Originäre Auslöser sind Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie Stoffwechselveränderungen. Weitere mögliche Ursachen können Vitaminmangel, Vergiftungen, Entzündungen, Epilepsie, Tumore, Lipidstoffwechselstörungen, Störungen des Salzhaushaltes, immunologische sowie neurologische Erkrankungen sein. Die meisten dieser Auslöser können behandelt werden. Der Therapieerfolg hängt von der frühzeitigen Erkennung des jeweiligen Auslösers ab (Bertram, 2013, S. 25; Kastner & Löbach, 2018, S. 37-38).

Zu den primären degenerativen Demenzformen zählen die Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz sowie die Demenz bei Morbus Parkinson. Diese Varianten machen circa 80 Prozent aller diagnostizierten Demenzformen aus. Zu den degenerativen Demenzen werden auch die Demenz bei Chorea Huntington und die Creutzfeld-Jacob-Erkrankung gezählt. Diese stellen jedoch nur einen geringen Anteil des gesamten Demenzaufkommens dar (Bertram, 2013, S. 25; Kastner & Löbach, 2018, S. 37-38).

Fortfolgend werden die einzelnen Demenzformen sowie deren Symptome beschrieben:

Die Alzheimer-Demenz ist mit 60 bis 65 Prozent die häufigste Form der demenziellen Erkrankungen (BMG, 2019, S. 12). Zu den Risikofaktoren dieser Demenzform zählt vor allem das Lebensalter. Es können aber auch

Dispositionen wie eine Vorschädigung des Encephalons, somatische Störungen (Mangel an Hormonen etc.) und psychische Erkrankungen eine Rolle in der Entstehung einer Alzheimer-Demenz spielen.

Typisch für diese Erscheinungsform ist der Krankheitsbeginn sowie dessen Verlauf. Der Krankheitsbeginn verläuft meist unbemerkt und schleichend. Im weiteren Verlauf kommt es zu Symptomen wie kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen. Später können körperliche Symptome hinzukommen (Rahman & Howard, 2019, S. 25 ff.).

Die Alzheimer-Demenz lässt sich in zwei Arten unterteilen. Die Unterteilung erfolgt anhand des Alters der erkrankten Personen. Von einem frühen Beginn wird bei Personen unter 65 Jahren und von einem späten Beginn bei Personen über 65 Jahren gesprochen. Je weiter das Lebensalter vorangeschritten ist, desto höher ist die Inzidenz der Erkrankung (ebd., S. 25 ff.).

Der Alzheimer-Typ mit frühem Beginn hat statistisch gesehen einen schnellen progredienten Verlauf. Die Ursache dieses Typs ist bis heute nicht abschließend geklärt. Es gibt zwei in der Wissenschaft vertretene Ansichten. Die eine geht davon aus, dass die Ursache in amyloiden Plaques liegt. Diese sollen zu einem Funktionsverlust sowie zur Apoptose der Zellen führen (Wildfang, Trost & Hampel, 2017, S. 1372 ff.).

Bei der anderen Theorie wird davon ausgegangen, dass neurofibrilläre Bündelungen (Tangles) auftreten, welche ebenfalls zum Funktionsverlust der Gehirnzellen führen.

Beide mögliche Ursachen führen jedoch zum Verlust bzw. Mangel an Acetylcholin, welcher für die Kommunikation zwischen den Zellen mitverantwortlich ist. Der Kommunikationsverlust kann zum Informationsverlust führen und somit eine Demenz vom Alzheimertyp begünstigen.

Unabhängig vom Typ führt eine Alzheimer-Demenz meist zum Tod. Nicht als primäre Ursache, vielmehr verstirbt die betroffene Person an einer Sekundärerkrankung wie einem Infekt, Frakturen etc. (Förstl, 2011, S. 57; Kastner & Löbach, 2018, S. 30-32).

Die vaskuläre Demenz ist mit 20 bis 30 Prozent die zweithäufigste Form der Demenz. Die Ursache dieser Demenzform liegt zumeist in kleinen, meist unbemerkten sogenannten "kalten" Schlaganfällen. Diese sind dafür verantwortlich, dass die Durchblutung in den betroffenen Hirnregionen kaum bis gar nicht stattfindet. Dies führt zu einem Absterben der Nervenzellen in den betroffenen Regionen (Wildfang, Trost & Hampel, 2017, S. 1377 ff.).

Eine weitere Ursache stellt die mikroangiopathische Läsion an den Blutversorgungsgefäßen des Encephalons dar. Diese führt zu einer Durchblutungsstörung. Die Hauptrisikoursachen sind in beiden Fällen Hypertonie und Diabetes mellitus. Je nach betroffener Hirnregion kann es bei den betroffenen Personen zu unterschiedlichen Ausfällen kommen (Wildfang, Trost & Hampel, 2017, S. 1377 ff.).

Der Beginn der vaskulären Demenz lässt sich häufig in Zusammenhang mit einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einem Schlaganfall bringen. Der Verlauf ist stufenhaft mit Phasen der Verbesserung/Verschlechterung oder stagnierend. Typisch für die vaskuläre Demenz sind die früh auftretenden Symptome einer Harninkontinenz sowie Gangbildstörungen. Des weiteren können Lähmungserscheinungen, Stimmungsschwankungen und Sprachprobleme auftreten. Eine Abgrenzung zum Typ der Alzheimer-Demenz ist schwierig. Es kann zu sogenannten Mischformen kommen.

Zur vaskulären Demenz werden folgende Formen gezählt:

- Multiinfarktdemenz
- · Strategische Einzelinfarktdemenz
- Multiple lakunäre Infarkte
- Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (Morbus Binswanger)
- Zerebrale autosomal-dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie
- Vaskuläre Demenz bei zerebralen Blutungen
- Zerebrale Angiopathie
- Mischformen aus vaskulärer Demenz und Alzheimer-Demenz
 (Bertram, 2013, S. 18 f., S. 5; Förstl, 2011, S. 94 ff.; Kastner & Löbach, 2018, S. 32 ff.).

Die fortfolgend benannten Varianten machen fünf bis 15 Prozent der Gesamtheit aller Demenzformen aus:

Die Ursache der frontotemporalen Demenz liegt in einer pathophysiologischen Veränderung im frontalen Kortex. Die Ursachen dieser veränderten Pathologie sind unterschiedlich. Sie können durch Hirntumore, Durchblutungsstörungen sowie Entzündungen hervorgerufen werden. Ein wesentliches Kennzeichen dieser Form ist das sehr frühe Auftreten von Verhaltensänderungen bzw. -störungen. Diese treten typischerweise zeitlich gesehen weit vor dem Auftreten kognitiver Störungen auf. Die betroffenen Menschen ändern häufig ihre Persönlichkeit, was sich in distanzlosem Verhalten, Enthemmung, Aggressivität und veränderten Essgewohnheiten widerspiegeln kann (Kastner & Löbach, 2018, S. 35 ff.).

Die Lewy-Körper-Demenz ist in ihrer Erscheinungsform der Demenz des Typen Alzheimer sehr ähnlich. Sie unterscheidet sich in der pathophysiologischen Veränderung. Diese liegt in der Schädigung der Lewy-Körperchen (Proteinstrukturen), welche zur Zerstörung von Zellen im Gehirn führt. Symptome dieser Demenzform sind Stürze unklarer Genese oder das Parkinson-Syndrom mit Tremor, Rigor und Hypo- oder Akinese. Ein typisches Merkmal ist das tageweise Variieren der Symptome von Symptomlosigkeit bis hin zu einer ausgeprägten Symptomatik. Der Verlauf ist fluktuierend (Bertram, 2013, S. 20 f.; Kastner & Löbach, 2018, S. 37).

Auch die Erkrankung an Morbus Parkinson kann zu einer Demenz führen. Die typischen Trias des Morbus Parkinson sind Tremor, Rigor und Hypo-/Akinese. Weitere Symptome können Gangunsicherheit, Trippelgang und ein häufig beim Laufen vorgebeugter Oberkörper sein. Die Pathophysiologie liegt in der Apoptose der Zellen der Substantia nigra, die den Botenstoff Dopamin produzieren. Dies führt zu einem Mangel an Dopamin, welcher die typischen Parkinson Symptome verursacht. Diese Einschränkung führt in der Folge zu einem Mangel an Acetylcholin, welcher wiederum zu Demenzsymptomen führen kann (Wildfang, Trost & Hampel, 2017, S. 1377 ff.). Die Krankheit verläuft langsam, sodass es erst in den späten Stadien zu kognitiven Einschränkungen kommt. Es ist zu beachten, dass bei einem Drittel der von Morbus Parkinson

Betroffenen kognitive Störungen auftreten, da dies häufig in Vergessenheit gerät (Bertram, 2013, S. 26).

Die Creutzfeld-Jakob-Demenz ist eine spongiforme Enzephalopathie. Diese kann erblich, sporadisch oder durch eine Infektion erworben sein. Die Ursache der Infektion liegt in den sogenannten Prionen. Dies sind Proteine, welche aus körpereigenen Proteinen oder einer Genmutation entstehen, beide führen zu einer strukturellen Veränderung der Proteine (Wildfang, Trost & Hampel, 2017, S. 1377 ff.). Beide Entstehungswege führen zu einer schwammartigen Zerstörung des Gehirns. Die Folge ist eine rapid verlaufende progrediente Demenzform innerhalb von sechs bis zwölf Monaten. Typische Symptome sind motorische, koordinative sowie Gleichgewichtstörungen. Durch den rapiden, progredienten Verlauf kommt es innerhalb eines Jahres meist zum Versterben der betroffenen Person (Bertram, 2013, S. 24).

Die letzte degenerative Demenz, welche im Rahmen dieser Dissertation untersucht wird, ist die Demenz bei Chorea Huntington. Die Erkrankung Chorea Huntington ist eine autosomal-dominante Erbkrankheit. Die betroffenen Personen erkranken in der Regel um das 35. Lebensjahr. Die Erkrankung kann zu einer subkortikalen Demenz führen. Typische Symptome sind choreatische Hyperkinesen, Stimmungsschwankungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Im späteren Verlauf kommen kognitive und exekutive Störungen hinzu (Förstl, 2011, S. 138 f.).

Die nichtdegenerativen Demenzformen haben die Symptomatik von demenziellen Erkrankungen, aber keinen progredienten Verlauf. Die Ursachen können in Hirntumoren, Gefäßentzündungen, einem Hydrozephalus sowie Schädel-Hirn-Traumata zu finden sein. Werden die Ursachen rechtzeitig erkannt, sind sie zum Teil heilbar oder der Schweregrad der Symptomatik kann zumindest abgeschwächt werden (Kastner & Löbach, 2018, S. 9).

Wie oben genannt, gibt es sekundäre Demenzformen, welche von allen Demenzformen einen Anteil von circa zehn Prozent ausmachen. Die Entstehung dieser Demenzformen liegt außerhalb des Gehirns. Auslöser für diese können Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Stoffwechselveränderungen sowie Vitaminmangel, Vergiftung, Entzündungen, Epilepsie, Tumore,

Lipidstoffwechselstörungen, Störungen des Salzhaushaltes, immunologische oder neurologische Erkrankungen sein.

2.1.2 Abgrenzung Delir versus Demenz

Delir und Demenz sind unterschiedliche physische sowie psychische Störungen. Die Differenzialdiagnostik, um zwischen beiden unterscheiden zu können, ist komplex. Ganz allgemein kann festgestellt werden, dass das Delir vor allem die Aufmerksamkeit betrifft und sich eine Demenz auf die Gedächtnisleistung auswirkt.

Demenz nach ICD-10

2

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Definition der Demenz nach DSM-IV

Eine Demenz wird diagnostiziert, wenn mehrere kognitive Defizite vorliegen, die sich zeigen in:

Gedächtnisbeeinträchtigung plus **mindestens eine** der folgenden Störungen

- Aphasie: Störung der Sprache
- Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen
- Störung der Exekutivfunktionen, d. h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge

Diese kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar. Die Defizite treten nicht als Teil einer rasch einsetzenden Bewusstseinstrübung (= Delir) auf.

Die Störung kann nicht einem anderen primären psychischen Leiden, wie endogene Depression oder Schizophrenie, zugeschrieben werden.

Abbildung 1: Demenz in ICD und DSM (Siafarikas & Preuss, 2014, S. 493).

Diagnostische Kriterien des Delirs nach ICD-10 (F05)

A. Bewusstseinsstörung

verminderte Klarheit in der Umgebungswahrnehmung

Wahrnehmungsstörungen

reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, aufrechtzuerhalten und umzustellen

B. Störung der Kognition, manifestiert durch zwei Merkmale Beeinträchtigung des Immediatgedächtnisses und des Kurzzeitgedächtnisses bei relativ intaktem Langzeitgedächtnis

Desorientiertheit zu Zeit, Ort und Person

C. Psychomotorische Störungen (mind. ein Merkmal)

rascher, nicht vorhersagbarer Wechsel zwischen Hypo- und Hyperaktivität

verlängerte Reaktionszeit

vermehrter oder verminderter Redefluss

verstärkte Schreckreaktion

D. Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (mind. ein Merkmal)

Schlafstörung, in schweren Fällen völlige Schlaflosigkeit, mit oder ohne Schläfrigkeit am Tage oder Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus nächtliche Verschlimmerung der Symptome

unangenehme Träume oder Alpträume, die nach Erwachen als Halluzinationen oder Illusionen weiter bestehen können

E. Plötzlicher Beginn und Tagesschwankungen des Symptomverlaufs

F. Objektiver Nachweis aufgrund Anamnese, körperlicher, neurologischer und laborchemischer Untersuchung einer zugrunde liegenden zerebralen oder systemischen Krankheit, die für die klinischen Symptome unter A.–D. verantwortlich gemacht werden kann. Kommentar: Affektive Störungen wie Depression, Angst oder Furcht, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie oder staunende Ratlosigkeit, Wahrnehmungsstörungen (Illusionen, Halluzinationen, meist optische) und flüchtige Wahnideen sind typisch, aber diagnostisch nicht spezifisch

Diagnostische Kriterien des Delirs nach DSM-IV

A. Bewusstseinsstörung (d. h. reduzierte Klarheit der Umgebungswahrnehmung) mit eingeschränkter Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu richten, aufrechtzuerhalten oder zu verlagern

B. Veränderung kognitiver Funktionen (Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung und Sprache) oder Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, die nicht besser durch eine bereits bestehende oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann.

C. Entwicklung des Störungsbilds innerhalb einer kurzen Zeitspanne (Stunden oder Tage) und Fluktuation der Symptomatik im Tagesverlauf.

D. Verursachung des Störungsbilds durch einen medizinischen Krankheitsfaktor.

Wie anhand der Tabellen ersichtlich wird, ist es wichtig, eine genaue Diagnostik vorzunehmen, um bei einer bestehenden Demenz ein Delir nicht zu übersehen.

Das Delir in einer Notaufnahme ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Dennoch sollte es an dieser Stelle grundsätzlich und der Vollständigkeit halber aufgezeigt werden, da es immer wieder zu Verwechselungen der beiden Störungen kommt.

2.1.3 Diagnostik Demenz

In den nachstehenden Ausführungen wird ein Überblick der möglichen Diagnostikverfahren bei demenziellem Krankheitsbild gegeben. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass Pflegende in einer Notaufnahme einige dieser Tätigkeiten über den Delegationsweg vom ärztlichen Personal übertragen bekommen können⁵.

Bei der Diagnostik von demenziellen Erkrankungen ist es von großer Bedeutung, dass die Krankheit möglichst früh erkannt wird, da dann die höchste Wahrscheinlichkeit auf individuell bessere Therapieergebnisse besteht. Ein mögliches Therapieergebnis wäre, Symptome wie Erinnerungslücken oder motorische Unsicherheiten hinauszuzögern, durch kognitives und motorisch angepasstes Training. Hierzu zählen regelmäßige Konzentrationsübungen und sportliche Aktivitäten.

Im deutschsprachigen Raum wird daher ein zweistufiges Konzept bevorzugt (Stählin, Monsch & Spiegel, 1997, S. 123 ff.). In diesem wird gefordert, dass eine Früherkennung von demenziellen Erkrankungen durch eine auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin fachärztlich tätigen Person mithilfe von Screening Untersuchungen und einer anschließenden multidimensionalen diagnostischen und differentialdiagnostischen Demenzabklärung in spezialisierten Einrichtungen stattfinden soll (Monsch et al., 1998, S. 255 ff.). Im Fortfolgenden wird das zweistufige Konzept zur Diagnostik näher beschrieben.

^{5 § 28} Abs. 1 Satz 3 SGB V

In der für sie als real empfundenen Wahrnehmung erzählt eine betroffene, zu behandelnde Person ihrer auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin fachärztlich tätigen Person von zunehmenden Gedächtnisproblemen. Diese beginnt sodann mit der Diagnostik, um eine Demenzerkrankung verifizieren oder ausschließen zu können (Stählin, Monsch & Spiegel, 1997, S. 123 ff).

Der goldene Standard in der Diagnostik ist das Anamnesegespräch. Dies wird in der Regel zuerst mit der betroffenen Person geführt. Zur Sicherung der Ergebnisse wird bei der Diagnostik einer Demenz zudem eine sogenannte Fremdanamnese erhoben. Hierbei werden die Aussagen der betroffenen Person mit den Aussagen der ihr nahestehenden Personen verglichen, um die Kongruenz dieser zu eruieren. Erhoben werden die Aussagen von einer ärztlichen Person. Der Ablauf ist meist so, dass zuerst der Betroffene selbst befragt wird und anschließend zeitlich versetzt die nahstehende Person.

Zu Beginn einer Demenz ist die Feststellung ohne Fremdanamnese meist nicht möglich, da die betroffene Person die ersten Symptome vor Außenstehenden gut verbergen kann. Der nahestehenden Person fallen häufig Gedächtnislücken und veränderte Verhaltensweisen auf (Monsch et al., 1998, S. 255 ff).

Des Weiteren sollte die auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin fachärztlich tätige Person einen kurzen Screeningtest durchführen. Als sehr sensitiv gilt eine Kombination aus der Mini-Mental State Examination (MMSE), auch Folstein Test genannt (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, S. 190 ff.) sowie dem Uhrentest (Thalmann et al., 2002, S. 36 ff.). Ergeben sich aus diesen Ergebnissen Hinweise auf eine kognitive Einschränkung, so sollte eine umfassende Demenzdiagnostik in die Wege geleitet werden.

Die beiden Screeningtests könnten je nach Krankheitsbild und personeller Ressource bei Verdacht auf Demenz auch in einer Notaufnahme durchgeführt werden. Das Ergebnis könnte ein Indiz dafür sein, dass die betreffende Person eine intensivere Betreuung benötigt. Wenn dieser Denkansatz, diese Tests in der allgemeinärztlichen Versorgung zu verorten, erfolgversprechenden wäre, wären deutlich weniger zu behandelnde Personen mit einer nicht diagnostizierten Demenz in der Notaufnahme anzutreffen.

Die weitere Demenzdiagnostik umfasst einen multidimensionalen diagnostischen und differenzialdiagnostischen Ansatz im Bereich der oben bereits erwähnten Anamnese/Fremdanamnese, medizinischen Untersuchung (neurologisch, internistisch, psychiatrisch), psychopathologische und neuropsychologische Untersuchungen, Laboruntersuchungen sowie bildgebenden Verfahren. In der Anamnese wird die psychosoziale und sozioökonomische Situation, frühere somatische und psychische Erkrankungen, Familienerkrankungen sowie die aktuelle Medikation erhoben. Bei der Fremdanamnese kommen ergänzend noch Fragen nach dem Verhalten der erkrankten Person im Alltag, Veränderungen der mentalen Funktion/Persönlichkeit sowie der Interessen/ Freizeitbeschäftigungen hinzu (Bürge et al., 2018, S. 411 ff.). Diese Daten ermöglichen eine prämorbide intellektuelle Einschätzung der zu behandelnden Person und die Auswirkungen auf deren alltägliches Leben. Wird die Person gemeinsam mit einer Begleitperson in einer Notaufnahme vorstellig, so könnte zumindest dies mit ein oder zwei Fragen erhoben werden, um, bei einer bestehenden Demenz oder Verdacht auf eine solche, die so erlangten Informationen bei weiteren Untersuchungen zu berücksichtigen.

Um auszuschließen, dass eine sekundäre Demenz, eine weitere kognitive Beeinträchtigung oder eine Intoxikation vorliegt, sollte eine Laboruntersuchung erfolgen. Hierfür wird ein Blutbild mit folgenden Faktoren angefertigt: großes Blutbild, Gerinnungsfaktoren, Elektrolyte (Natrium, Kalium, Kalzium, Chlorid, Magnesium), Leberwerte, Nierenwerte, Glukose, Vitamin B 12, Folsäure, Schilddrüsenparameter, Lues-Serologie sowie HIV-Serologie.

Bei den bildgebenden Verfahren ist die Computertomographie (CT) oder die Magnetresonanztherapie (MRT) der "Goldene Standard". Bei differenzialdiagnostischen Untersuchungen können eine Liquorpunktion, ein Enzephalogramm (EEG), genetische Analyse, funktionelle bildgebende Verfahren, eine Positronen Emissionen Tomographie (PET) oder eine Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) von Bedeutung sein.

Die neuropsychologische Diagnostik hat bei der Abklärung von Demenz eine wichtige Bedeutung. Durch diese soll ein subjektiver Verdacht einer Demenz objektiviert werden. Die Aufgaben und Ziele dieser Diagnostik liegen zum einen in der Differenzierung zwischen einer altersentsprechenden und einer

pathologischen Funktionseinschränkung und zum anderen können durch die verschiedenen Tests die einzelnen Demenzformen differenziert werden. Der Goldene Standard der neuropsychologischen Diagnostik ist die neuropsychologische Testbatterie CERAD-NP. Diese wurde im Jahr 1986 vom National Institute on Aging (NIA) in den Vereinigten Staaten vom Consortium to Etablish a Registry for Alzheimer Disease (CERAD) entwickelt. Durch das kurze standardisierte Instrument zur Erfassung von klinischen, neuropathologischen und neuropsychologischen Anzeichen einer Demenz vom Alzheimertyp sollten einheitliche und vergleichbare Daten für die Forschung zur Verfügung gestellt werden können (Morris et.al., 1988, S. 641 ff.). Die CERAD-NP erfasst Hirnleistungen aus den Funktionsbereichen, welche bei der Demenz vom Alzheimertyp eingeschränkt sind, nämlich Gedächtnis, Sprache und Orientierung (Welsh-Bohmer & Mohs, 1997, S. 11 ff.).

Die Testbatterie umfasst acht verschiedene Aufgaben, die im Fortfolgenden vorgestellt werden (CERAD-Plus, 2005). Dies geschieht unter dem Aspekt, dass Pflegende in der Notaufnahme einige dieser Tests kennen könnten oder diese bereits an sie delegiert wurden.

1. Verbale Flüssigkeit, Kategorie "Tiere" (Isaacs & Kennie, 1973, S. 467 ff.)

Die Testperson wird aufgefordert, eine Minute lang so viele Tiere wie möglich aufzuzählen. Gewertet wird die Anzahl der genannten Tiere. Mit dieser Aufgabenstellung werden die Geschwindigkeit und die Leichtigkeit der verbalen Produktionsfähigkeit, semantisches Gedächtnis, Sprache, exekutive Funktionen und kognitive Flexibilität untersucht (Deutsch Lezak, 1995, S 93 ff.).

Modifizierter Boston Naming Test (Kaplan, Goodglass & Weintraub, 1978,
 S. 110 ff.)

Die Testpersonen sollen 15 Objekte benennen, welche in Form von Strichzeichnungen dargestellt sind. Die Benennung der Objekte wird unterschieden nach der Häufigkeit ihres Auftretens in der amerikanischen Sprache: häufig, mittel, selten. Gezählt wird die Anzahl spontan richtig benannter Objekte. Damit werden die visuelle Wahrnehmung und das Benennen bzw. die Wortfindung erfasst. In der Originalversion des Boston Naming Tests

müssen 60 Strichzeichnungen erkannt werden. Im CERAD-NP wurde dies auf 15 Zeichnungen gekürzt.

3. Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975, S. 189 ff.)

Der MMSE stellt ein weit verbreitetes Screeninginstrument zur Erfassung des allgemeinen kognitiven Funktionsniveaus dar. Die Gewichtung des Instrumentes liegt auf der Orientierung, der Konzentrations- bzw. Merkfähigkeit, der Sprache und der konstruktiven Praxis. Die maximal erreichbare Punktzahl liegt bei 30.

Im Unterschied zum originalen MMSE wurde im CERAD-NP die Substraktionsaufgabe 100 - 7 durch das Rückwärtsbuchstabieren des Wortes "Preis" ersetzt.

4. Wortliste Gedächtnis (Rosen et al., 1984, S. 1356 ff.)

Die Testpersonen lesen nacheinander zehn gedruckte Wörter laut vor und sollen diese anschließend aus dem Gedächtnis frei abrufen. In zwei weiteren Durchgängen werden die Wörter in einer anderen Reihenfolge nochmals zum Durchlesen vorgelegt. Diese sollen anschließend wieder frei reproduziert werden. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt nach allen drei Durchgängen 30 Punkte.

5. Konstruktive Praxis (Rosen et al., 1984, S. 1356 ff.)

Um die visiokonstruktiven Fähigkeiten zu untersuchen, werden die Testpersonen gebeten, vier Figuren steigender Komplexität möglichst genau nachzumalen (Kreis, Rhombus, zwei sich überschneidende Rechtecke, Würfel). Die maximal zu erreichende Punktzahl ist elf.

6. Wortliste abrufen (Mohs et al., 1986, S. 149 ff.)

Die Testperson wird aufgefordert, die zuvor in Aufgabe vier gelernten Wörter frei wiederzugeben. Die maximale Punktzahl, die erreicht werden kann, ist zehn. Damit wird das verbalepisodische Gedächtnis getestet. Dies bedeutet, dass überprüft wird, ob neu gelernte verbale Informationen über einen Zeitraum von einigen Minuten behalten werden können.

7. Wiedererkennen (Mohs et al., 1986, S.149 ff.)

2

Die Testperson soll die zehn Wörter aus Aufgabe Nummer vier von zehn Distraktoren differenzieren. Berechnet wird die Diskriminabilität in Prozent nachfolgender Formel:

Diskriminabilität =
$$1 - (10 - hits) + (10 - correct rejection) \setminus 20 * 100$$

Der höchst erreichbare Wert ist 100 Prozent.

Diese Aufgabe ermöglicht eine Differenzierung, ob ein Abruf- oder Speicherdefizit vorliegt.

8. Konstruktive Praxis abrufen (Morris et al., 1989, S. 1159 ff.)

Zum Ende der CERAD-NP werden die Testpersonen aufgefordert, die zuvor gemalten Figuren nochmals zu replizieren. Dies lässt einen Rückschluss auf die nonverbale Modalität zu. Die maximale Punktzahl liegt hier wieder bei elf Punkten.

Die Durchführung der gesamten Testbatterie erfordert einen Zeitaufwand von ca. 39 bis 45 Minuten. Bei gesunden älteren Menschen kann sich die Durchführungszeit bis auf 20 Minuten verkürzen. Der Schwierigkeitsgrad der Aufgaben wurde so gewählt, dass eine Aussage über den Krankheitsverlauf möglich ist.

In den Vereinigten Staaten wurde für die CERAD-NP eine gute Auswertung, Objektivität, Reliabilität (Retest-Reliabilität) und Validität nachgewiesen (Morris et al., 1993, S. 2457 ff.; Welsh et al., 1992, S. 448 ff.). Mit der CERAD-NP liegt somit ein zuverlässiges Instrument zur Demenzabklärung vor. Auch im deutschsprachigen Raum hat sich dieses Testinstrument zur Demenzabklärung seit 1998 etabliert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in der aktuellen S3-Leitlinie "Demenzen" zur Diagnostik einer Demenz sowie zur differenzialdiagnostischen Abwägung Folgendes empfohlen wird:

- Erhebung einer ausführlichen Eigen- und Fremdanamnese
- Klinische neurologische, internistische und psychiatrische Untersuchung
- Erhebung von Routinelaborparametern
- Neuropsychologische Testung/kognitive Kurztestung
- Zerebrale Bildgebung

 Standardliquordiagnostik und Bestimmung von beta-Amyloid₁₋₄₂ und Gesamt-Tau

Die Testungen müssen nicht in einer bestimmten Reihenfolge abgearbeitet werden. Je nach Demenztyp und Stadium reichen manchmal schon eine Anamnese und eine kognitive Kurztestung aus.

Auf die Unterscheidung der einzelnen diagnostischen Verfahren bei den jeweiligen Demenzformen wird hier nicht weiter eingegangen, da dies nicht Gegenstand der vorliegenden Dissertation ist.

2.2 Überblick Triagesysteme in der Notaufnahme

In diesem Kapitel wird erläutert, was eine Triagierung in einer ZNA ist und welche Kriterien ein Triagesystem erfüllen sollte. Es werden die vier häufigsten Triagesysteme im deutschsprachigen Raum vorgestellt und ihre Vor- bzw. Nachteile erörtert. Das Kapitel endet mit einer kritischen Betrachtung, inwiefern die vier Triagesysteme eine an Demenz erkrankte Person erkennen bzw. wie sie deren Bedürfnisse berücksichtigen.

2.2.1 Triagierung im Gesundheitswesen

Der Begriff "Triage" stammt aus dem Französischen und bedeutet "Auswahl oder Sichtung". In einer Notaufnahme werden zu behandelnde Personen mit banalen Symptomen wie Schnupfen oder einer kleinen Schnittwunde bis hin zu lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Myokardinfarkten, Aneurysmarupturen oder Polytraumen vorstellig. Die Ergebnisse aus der Studie von Markovchick (2016, S. 9 ff.) zeigen, dass zehn bis 20 Prozent der zu behandelnden Personen in einer interdisziplinären Notaufnahme in den USA schwer erkrankt

oder vital bedroht sind. Dies erklärt, wie wichtig eine "Auswahl/Sichtung" anhand von Schweregraden sein kann.

In der Zeitgeschichte finden sich Hinweise auf eine präklinische Triagierung schon zu Zeiten von Napoleon. Hier wurden diese auf dem Schlachtfeld angewandt, um nur solche Verwundeten zu retten, die augenscheinlich auch eine Überlebenschance hatten (Robertson-Steel, 2006, S.154 f.; Weyrich et al., 2012, S. 67 ff.). Im Laufe der Zeit wurde die Triage vornehmlich in der Präklinik angewandt, vor allem in der Notfallmedizin bei einem Massenanfall von Verletzten oder nach Katastrophen. Anfang des 21. Jahrhunderts wurde sie nach dem verheerenden Tsunami 2004 angewandt (Wattanawaitunechai et al., 2005, S. 924 ff.). Hier wurden die erkrankten Personen dahingehend aufgeteilt, ob sie operationsfähig waren oder nicht. Dies war dem Umstand geschuldet, dass nicht genügend Personen im chirurgischen Tätigkeitsbereich und andere Ressourcen zur Verfügung standen. Daher wurden die Personen ausgewählt, die die größten Überlebenschancen hatten. Die Triagierung wurde zum Teil von erfahrenem akademisiertem Pflegepersonal durchgeführt.

Diese Form der präklinischen Triagierung hat kaum Gemeinsamkeiten mit der Triagierung in einer Notaufnahme. Hier wird eine Ersteinschätzung vorgenommen, aber im Gegensatz zur Präklinik werden die zu behandelnden Personen nicht selektiert, sondern vielmehr wird eine Behandlungspriorität festgelegt (Somasundaram et al., 2009, S. 250 ff.). Diese dient dazu, die Prozessabläufe in einer Notaufnahme zu optimieren. In einer Notaufnahme treffen Personen mit unterschiedlichen Beschwerden und Schweregraden der Verletzungen ein. Ein Triagesystem soll hier helfen, die am schwersten Erkrankten zu erkennen, um eine schnelle und effiziente Versorgung zu gewährleisten.

Die Patientensicherheit steht zunehmend im öffentlichen Fokus. Daher ist es ein Anliegen der Krankenhäuser bzw. der ZNAs, zu behandelnde Personen nicht zu gefährden, sondern sie effizient zu versorgen. Eine Studie von Lessing und Lauterberg aus dem Jahre 2011 ergab, dass insbesondere die klinische Schnittstelle "Notaufnahme" ein Risiko für erkrankte kognitiv eingeschränkte Personen darstellt. Die Ursache hierfür sahen sie in unstrukturierten Arbeitsabläufen sowie unstrukturierten Patientenübergaben, welche mit einem Informationsverlust einhergingen.

Die Etablierung eines Triagesystems als ein Instrument zur Optimierung eines Risikomanagements dient letztendlich der Patientensicherheit (Cooke & Jinks, 1999, S. 179 f.; Kanzler & Daniel, 2008, S. 302 ff.; Krey, 2007, S. 329 ff.; Somasundaram et al., 2009, S. 250 ff.).

Aus der rechtlichen Perspektive ist eine Triagierung in der Notaufnahme aufgrund von steigenden Patientenzahlen ebenfalls unabdingbar. Aus § 823 BGB kann Folgendes abgeleitet werden: "Wenn durch den Krankenhausträger die erforderlichen Maßnahmen zur Organisationspflicht nicht oder nur ungenügend durchgeführt werden, so haftet er aus eigenem Organisationsverschulden" (Kanzler & Daniel, 2008, S. 302 ff.).

Dies bedeutet für die Organisationsstruktur und die Abläufe in einer Notaufnahme, dass zu jeder Tages-/Nachtzeit sowie auch bei steigendem Patientenaufkommen die Möglichkeit einer strukturierten Arbeit gewährleistet sein muss, um einer zivilrechtlichen Haftung aufgrund von Organisationsverschulden vorzubeugen. Hierfür ist die Einführung eines Triagesystems zu befürworten (Kanzler & Daniel, 2008, S. 302 ff.).

Die Triagierung in einem Krankenhaus wurde erstmals 1963 im Yale Haven Hospital in Connecticut (USA) eingeführt. Die steigenden Patientenzahlen in der Notaufnahme ließen es nicht mehr zu, diese in der Reihenfolge ihres Eintreffens zu behandeln. Dies war der Grundstein für einen ersten Triagierungsversuch in einer Notaufnahme (Weinerman et al., 1966, S. 1037 ff.).

Seit Anfang des neuen Jahrtausends ist in Deutschland ein Trend zu steigenden Patientenzahlen in den ZNAs zu beobachten (Daniel & Hoitz, 2008, S. 298 ff.; Kanzler & Daniel 2008, S. 302 ff.; Spiegel, 2008, S. 306 f.).

Durch die zu Fuß kommenden Patienten (Walking Emergencies) fand ein Wandel des Versorgungsspektrums von Krankheitsbildern in der Notaufnahme statt. Die Krankheitsbilder veränderten sich von schweren in weniger lebensbedrohliche Beschwerden (Kanzler & Daniel, 2008, S. 302; Spiegel, 2008, S. 306 ff.). Dieser Umstand bedingte längere Wartezeiten in den ZNAs mit dem Risiko, akute Beschwerden nicht rechtzeitig zu erkennen und behandeln zu können (Plunkett et al., 2011, S. 192 ff.).

Eine Problematik liegt darin, dass die Auslastung der ZNAs von Tag zu Tag und Stunde zu Stunde sehr unterschiedlich sein kann (Daniel & Hoitz, 2008, S. 298 ff.).

Hier muss ein Triagesystem klinische Bedürfnisse der vorstellig werdenden Personen in kurzer Zeit erfassen können. Es muss sicherstellen können, dass die Personen anhand ihrer Bedürfnisse behandelt werden und nicht in der Reihenfolge, in welcher sie die Notaufnahme betreten haben.

Das Triagesystem muss in der Lage sein, besonders kritische Krankheitsbilder wie beispielsweise ein akutes Koronarsyndrom oder einen Schlaganfall erkennen zu können. Die mit solcherlei Erkrankungen vorstellig werdenden Personen benötigen eine schnelle adäquate Versorgung im Sinne einer kurzen "Door to balloon time" oder "early goal directed therapy" (Arntz et al., 2010, S. 87 ff.; Soon et al., 2007, S. 131 ff.).

Die Triagierung kann von ärztlichem Personal oder speziell ausgebildeten Pflegekräften durchgeführt werden. Sie führt zu keinem Behandlungsausschluss, sondern zu einer Priorisierung der Behandlungsdringlichkeit. Die Triage erfolgt direkt nach der Ankunft in der Notaufnahme. Hierbei findet auch eine vorläufige Zuteilung in das entsprechende Fachgebiet statt.

2.2.2 Kriterien für ein Triagesystem in der Notaufnahme

In der Literatur werden einige Kriterien benannt, welche ein Triagesystem erfüllen sollte, um eine möglichst umfassende Ersteinschätzung zu gewährleisten.

Das Triagesystem sollte eine hohe Reliabilität und Validität haben, um schnelle und reproduzierbare Zuordnungen zur dazugehörigen Dringlichkeitskategorie zu gewährleisten (Christ et al., 2010, S. 892 ff.; Fernandes et al., 2005, S. 39 ff.; Krey, 2007, S. 329 ff.; Roeder et al, 2004, S. 703 ff.; Rutschmann et al., 2009, S. 1 f.; Tanabe et al., 2004, S. 59 ff.). In den Studien hat sich gezeigt, dass ein fünfstufiges Triagesystem besser und sensibler in der Zuordnung der Dringlichkeitsstufe ist, als ein dreistufiges System (Christ et al., 2010, S. 892 ff.; Fernandes et al., 2005, S. 39 ff.; Gurney, 2003, S. 191 f.; Tanabe et al., 2004, S. 22 ff.). Es ist wichtig, dass das System eine möglichst

hohe Standardisierung aufweist, um eine signifikante Risikoverringerung zu erreichen (Nolan, 2000, S. 771 ff.). In Zeiten von geringen personellen Ressourcen und hohen Patientenzahlen sollte das Triagesystem mit geringem Zeitaufwand umsetzbar sein (Krey, 2007, S.329 ff.).

Die Triagesysteme im deutschsprachigen Raum, vor allem in Deutschland selbst, müssen auf der Basis von Symptomen statt Diagnosen fußen. Dies liegt an der gesetzlichen Bestimmung, nach der Pflegekräfte nicht diagnostizieren dürfen. Eine weiträumige Verbreitung eines Triagesystems im nationalen und internationalen Kontext wäre sinnvoll, da dadurch die Möglichkeit der Vergleichbarkeit gegeben wäre (Krey, 2007, S. 331 ff.).

Die Triagesysteme, welche annähernd diese Kriterien erfüllen, sind Australian Triage Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), der Emergency Severty Index (ESI) und das Manchester Triagesystem (MTS). Diese werden unter Punkt 2.2.3 ausführlich dargestellt.

Eine wichtige Voraussetzung zur Anwendung aller Triagesysteme ist gut geschultes und klinisch erfahrenes Personal (Somasundaram et al., 2009, S. 251 ff.). Die klinische Erfahrung ist von hoher Relevanz, um Situationen zu erkennen, welche von den Triagesystemen nicht abgedeckt werden.

2.2.3 Beschreibung der Triagesysteme

Das Australian Triage Scalt (ATS) ist das weltweit erste standardisierte System, welches seit 1994 in allen ZNAs in Australien verwendet wird. Es wurde im Jahre 2000 überarbeitet und weiterentwickelt. Das Triagesystem beruht auf einem fünfstufigen Modell, welches aus einer Kombination von Symptomen, Vitalparametern und Labordaten sowie individuell festgelegten Parametern der jeweiligen Notaufnahme besteht. Die vorgegebene Wartezeit beträgt 0 bis 120 Minuten. Der Zeitaufwand für die Ersteinschätzung ist auf ca. zwei bis fünf Minuten festgelegt. Es entsteht dadurch keine Zuordnung zu einer Dringlichkeitsstufe, sondern zu einer Vergleichsliste, welche an die jeweilige Notaufnahme sowie an das Patientenaufkommen adaptiert werden muss. Unter Laborbedingungen wies das System gute Ergebnisse auf. In der klinischen Anwendung verschlechterten sich diese Ergebnisse. Die Reliabilität lag je nach

Studie zwischen Kappa 0,27 bis 0,56 (Goodacre et al., 1999, S. 322; Considine et al., 2004, S. 516 ff.). Die Validität wurde wenig untersucht. In einer belgischen Studie wurde eine hohe Übereinstimmung von der Triagekategorie und der Aufnahmerate festgestellt (van Gerven et al., 2001. S. 3 ff.). Dieses Modell findet Anwendung in Australien, Neuseeland und Ozeanien.

Das Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) entstand im Jahre 1995 und hatte das ATS als Vorlage. Die Herausforderung lag darin, dass die Ersteinschätzung maximal zwei Minuten dauern sollte. Die Triagekategorie umfasst Symptome, Vitalparameter, Schmerz und weitere Anzeichen, die mit einer Diagnose kombiniert werden. Das CTAS gibt eine Reevaluation der zu behandelnden Person vor, damit eine Verschlechterung des Zustandes rechtzeitig erkannt wird. Die Reevaluation ist je nach zugeordneter Dringlichkeitsstufe zeitlich definiert (Christ et al., 2010, S. 892 ff.). Die Interrater Reliabilität zeigt einen Kappa von 0,65 bis 0,91 (Christ et al., 2010, S. 892 ff., Dallaire et al., 2012, S. 736 ff.). Dies ist ein deutlich besserer Wert als der ATS. In zwei Studien konnte eine signifikante Korrelation mit der Krankenhaussterblichkeit, den Krankenhaus- und Notaufnahmekosten sowie Ressourcen und Utilisation gezeigt werden (Dong et al., 2007, S. 16 ff.; Jimenez et al., 2003, S. 315 ff.).

In den Vereinigten Staaten und Kanada ist dieses System weit verbreitet. Durch die Verwendung von Diagnosen ist es in Europa und besonders im deutschsprachigen Raum eher schwierig, dieses System einzusetzen, da Diagnosestellung einzig dem ärztlichen Personal vorbehalten ist (Harmann & Fenger, 2013, S. 55 ff).

Das Emergency Severity Index (ESI) wurde 1999 in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelt. Dieses Triagesystem ist fünfstufig und ein partielles symptombasiertes Modell. In der Dringlichkeitsstufe wird ein Zweischritt-Vorgehen mit der Betrachtung des voraussichtlichen Ressourcenverbrauchs kombiniert. Erkrankte in akuter Lebensgefahr werden der Stufe 1 zugeordnet. Bei einer Hochrisikosituation wird die Stufe 2 gewählt. Für die Stufen 1 und 2 ist eine Zeit bis zum ersten Kontakt mit einer ärztlich tätigen Person mit 0 bis zehn Minuten hinterlegt. Die Stufen 3 bis 5 werden aus dem voraussichtlichen Ressourcenverbrauch, kombiniert mit den Vitalzeichen, errechnet. Eine klare zeitliche Vorgabe gibt es in diesen Stufen nicht. Die signifikante Interrater

Reliabilität mit Kappa 0,46 bis 0,89 (Christ et al., 2010, S. 892 ff.; Elshove-Bolk et al., 2007, S. 170 ff.). Der ESI wurde durch das Universitätsspital Basel erstmals für den deutschsprachigen Raum übersetzt und angewandt (Grossmann, Delport & Keller, 2009, S. 290 ff.).

Das Manchester-Triage-System (MTS) ist im Jahre 1995 in Manchester in Großbritannien entwickelt worden. Die Entwicklungsgruppe setzte sich aus einem leitenden Notfallmediziner und Pflegekräften zusammen. Ziel war es, eine standardisierte Ersteinschätzung zu entwickeln, durch welche sich medizinische und ökonomische Aspekte sowie personelle, apparative und räumliche Ressourcen besser kombinieren lassen und damit die Behandlungsqualität sowie Patientensicherheit verbessert werden kann (Schellein et al., 2009, S. 163 ff.). Die Ersteinschätzung erfolgt in einem fünfstufigen System, welches sich in Dringlichkeitsstufen einteilt. Die Dringlichkeitsstufe gibt an, bis wann der Erstkontakt (first contact) mit einer im ärztlichen Tätigkeitsbereich arbeitenden Person stattgefunden haben muss. Die Dringlichkeitsstufen umfassen die Stufen 1 bis 5, die Zeitintervalle umfassen 0 bis 120 Minuten gestaffelt auf 0, 10, 30, 90, 120. Die einzelnen Stufen werden zusätzlich mit einer Kennfarbe (rot, orange, gelb, grün, blau), einem Namen und einer schriftlichen Auskunft über die Dringlichkeitsstufe (sofort, sehr dringend, dringend, normal, nicht dringend) markiert.

Das MTS verfolgt einen anderen Ansatz als die vorangegangenen Systeme. Die Hauptbeschwerden der zu behandelnden Personen werden in 52 Präsentationsdiagrammen bei der Vorstellung dieser in der Notaufnahme subsumiert. Jedes Präsentationsdiagramm umfasst sogenannte Schlüsseldiskriminatoren wie Lebensbedrohung, Schmerz und Bewusstseinsstatus. Die aufnehmende Pflegekraft ordnet die beschriebenen Beschwerden einem hinterlegten Algorithmus zu. Die Pflegekraft legt die Dringlichkeit der Behandlung nach festgeschriebenen Regeln sowie den Vitalparametern fest. Die Reliabilität des MTS ist nicht abschließend geklärt, da die Studienlage hierzu noch nicht ausreichend vorhanden ist. Das MTS wird vor allem in Großbritannien und Deutschland eingesetzt.

2.2.4 Erörterung der Triagesysteme, inwieweit diese Demenz berücksichtigen

Bei einem Vergleich der einzelnen Triagesysteme im Detail (vgl. Christ et al., 2010, S. 894-895) zeigt sich, dass keines der Systeme Menschen mit Demenz und deren Bedürfnisse berücksichtigt. Es finden sich lediglich beim Triagesystem ESI die Punkte, ob die zu behandelnde Person lethargisch oder verwirrt wirkt. Dies spiegelt sich auch in der ESI Dringlichkeitsstufe wieder. Auf die Ursachen der Lethargie bzw. der Verwirrtheit wird während der Triagierung jedoch auch dort nicht eingegangen. Nicht jeder Mensch mit Demenz fällt durch Lethargie oder Verwirrtheit auf. Dies lässt den Rückschluss zu, dass der ESI zwar Kriterien für Menschen mit kognitiven Einschränkungen berücksichtigt, diese jedoch keinesfalls als vollumfänglich und ausreichend angesehen werden können.

Dies ist natürlich dem Umstand geschuldet, dass die Triagesysteme einer Kategorisierung von Dringlichkeiten im Notfall dienen sollen. Dennoch ist bei steigenden Patientenzahlen sowie demografischem Wandel eine Ergänzung der Triagesysteme oder die Einführung eines kurzen kognitiven Tests aus wissenschaftlicher Sicht dringend geboten. Wenn Personen mit einer Demenz in der Notaufnahme nicht erkannt werden, kann dies zu einer Mehrbelastung der Pflegekräfte führen. Die Causa Mehrbelastung ist auf den höheren Betreuungsbedarf zurückzuführen, welcher bei den heutigen personellen Ressourcen nicht realisierbar erscheint. Einige Kliniken arbeiten in der Notaufnahme mit Demenzlotsen oder Alltagbetreuern (Hesser, 2020, S. 88 ff.).

2.3 Wissensmanagement

Im folgenden Kapitel werden die für diese Abhandlung wichtigsten Grundlagen zum Thema Wissensmanagement im Allgemeinen und in Bezug auf Kliniken erläutert. Es werden die relevanten Formen von Wissen beschrieben und nach Möglichkeit voneinander abgegrenzt. Den Abschluss des Kapitels bildet die Darstellung von Wissensmanagementansätzen sowie deren Transfer.

2.3.1 Die Notwendigkeit von pflegerischem Wissensmanagement in der ZNA

Mit steigender Personalnot in der Pflege und insbesondere beim Pflegepersonal in den ZNAs gewinnt der Faktor "Wissen" immer mehr an Bedeutung (Behringer et.al., 2019, S. 331). Aus ökonomischer Sicht liegt der Grund für die Einführung von Wissensmanagement in die Klinik- oder Stationsstruktur darin, sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Auf eine ZNA bezogen bedeutet dies, dass eine qualitative Verbesserung der Versorgung von erkrankten Personen sowie die Verkürzung der Wartezeiten für diese angestrebt wird. Ziel ist eine effektivere zeitliche Nutzung der personellen Ressourcen und eine damit meist einhergehende Umsatzsteigerung. Das Wissensmanagement führt zu einer Steigerung der Lern- und Anpassungsfähigkeit der internen Mitarbeitenden einer ZNA bzw. einer Klinik allgemein.

Der Begriff des Wissensmanagements wird im Allgemeinen eher als Managementaufgabe betrachtet und hat das Ziel, einen effizienten Umgang mit der "Ressource Wissen" zu gewährleisten, um den Unternehmenserfolg zu steigern sowie sich Wettbewerbsvorteile zu sichern (Ehemann, 2010, S. 51; Gronau, 2009, S. 4).

Klaus North stellt anhand der Wissenstreppe (siehe Abb. 3) den strategischen Nutzen von Wissensmanagementaktivitäten im Unternehmen dar, indem er verdeutlicht, welche Zusammenhänge zwischen Wissen und Wettbewerbsvorteilen bestehen. Die kann man auf den klinischen Kontext übertragen. Ein Beispiel hierfür sind die Bestrebungen der Kliniken, akademische Pflegeexperten einzusetzen, mit den Ziel, mehr Wissen für das Personal sowie die erkrankten Personen zu generieren.

Aus seiner Sicht ist die Voraussetzung für eine wissensorientierte Unternehmensführung der Ausbau und die Gestaltung der einzelnen Stufen dieser Treppe. Gelingen dieser Ausbau und die Gestaltung, können Geschäftsstrategien und Wettbewerbsvorteile realisiert werden. Dieser ressourcenorientierte Ansatz des strategischen Wissensmanagements stellt die Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten als einen basalen Bestandteil voraus, um sich nachhaltige Wettbewerbsvorteile in allen Bereichen zu sichern.

Wissen ist in diesem Ansatz die zentrale Ressource, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten impliziert und die Voraussetzung für Kompetenz schafft (North, 2010, S. 39). Dieser Ansatz soll verdeutlichen, wie wichtig ein strategisches Wissensmanagement für ZNAs ist, um zum einen die Arbeitsabläufe zu optimieren und zum andern die personelle Fluktuation und dadurch letztlich auch die monetären Kosten zu senken.

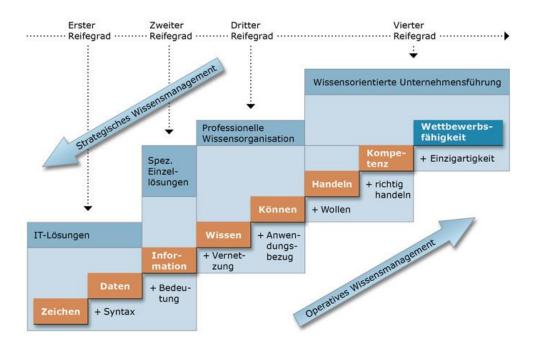


Abbildung 3: Wissenstreppe nach North (2010, S. 39)

2.3.2 Die Definition von Wissen

In der Literatur herrscht keine Einigkeit über die Begrifflichkeit von Wissen. Die Definitionen dieses Begriffes sind sehr unterschiedlich und eine allgemeingültige Begriffsbestimmung fehlt. Die Publizierenden in diesem Bereich gehen entweder auf die verschiedenen Wissensarten ein (Nonaka & Takeuchi, 1995) oder beschreiben Wissensmanagementprozesse (Davenport & Prusak, 1998).

Der Begriff des Wissens wird in den Epochen und Disziplinen unterschiedlich dargestellt. Bereits in der griechischen Philosophie umschreibt Platon den Begriff des Wissens als eine Einsicht des Individuums in die Weltzusammenhänge und war damit der erste Philosoph, der ein komplexes Gedankengebäude über das Wissen erstellt hat. Hieraus wird Platons These abgeleitet, die beschreibt, dass Wahrheit, die durch logisches Denken erschlossen wird, zu

deduktivem Wissen wird. Aristoteles kritisierte die These seines Mentors in diesem Punkt. Er wendet ein, dass sich die Idee nicht vom materiellen Objekt abstrahieren lässt und dass es keine Sinneswahrnehmung gibt, die unabhängig existiert. Aristoteles hebt die Bedeutung von Beobachtung sowie einer klaren Verifizierung von einzelnen Sinneswahrnehmungen hervor (Nonaka & Takeuchi, 1995, S. 34 f.).

Immanuel Kant manifestiert in seiner Erkenntnistheorie, dass jedwede Erkenntnis aus der Erfahrung resultiert und somit das sich hieraus ergebende Wissen individuell ist (Renzl, 2004, S. 20 ff).

Francis Bacon beeinflusst mit seinem berühmten Satz "scientia est potentia" den Wissensbegriff maßgeblich. Dieser Satz wird häufig falsch übersetzt als "Wissen ist Macht". Tatsächlich beschreibt potentia jedoch die "Macht" des Wissens (Franken & Gadatsch, 2013, S. 31 f.). Dieser Wissensbegriff kann im übertragenen Sinne als Fähigkeit des Handelns verstanden werden (ebd.).

Gilbert Probst (et al.) definieren den Begriff des Wissens als "die Gesamtheit der Kenntnisse und Fähigkeiten, die Individuen zur Lösung von Problemen einsetzen. Dies umfasst sowohl theoretische Erkenntnisse als auch praktische Alltagsregeln und Handlungsanweisungen. Wissen stützt sich auf Daten und Informationen, ist im Gegensatz zu diesen jedoch immer an Personen gebunden. Es wird von Individuen konstruiert und repräsentiert deren Erwartungen über Ursache-Wirkung-Zusammenhänge." (Probst et al., 2012, S. 22).

Im Wandel der Zeit gibt es zahlreiche Strömungen zur Definition des Wissensbegriffs. Bei all diesen Strömungen handelt es sich immer um personengebundenes Wissen, welches von der Wertevorstellung, dem Kontext, der Erfahrung sowie der fachgebundenen Einsicht geprägt ist. Dieses Wissen wird von einer Person erstellt und von weiteren Personen angewendet (Gronau, 2009, S. 8 ff.).

Nach der Taxonomie des Wissens nach Nonaka kann das personengebundene Wissen weiter differenziert werden. Diese Differenzierung umfasst die epistemologische Achse, welche das Wissen in Form der Artikulation darstellt sowie zwischen explizitem und implizitem Wissen unterscheidet. Auf der ontologischen Ebene wird das Wissen dem Individuum oder der Organisation

zugeordnet. Die dritte Ebene beschreibt das interne sowie das externe Wissen, welches auf das individuelle und organisationale Wissen Einfluss hat. Die einzelnen Dimensionen und deren Beziehungen zueinander werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

Für diese Dissertation liegt der Schwerpunkt auf der Erforschung des expliziten und impliziten Wissens. Der Vollständigkeit halber werden jedoch auch die obengenannten Wissensarten kurz aufgezeigt.

2.3.3 Die drei Dimensionen des Wissens

Um einen Überblick zu bekommen, wie sich unser Wissen zusammensetzt und wie sich die drei Dimensionen des Wissens evtl. gegenseitig beeinflussen können, werden diese nachfolgend beschrieben.

2.3.3.1 Individuelles und organisationales Wissen

Das individuelle Wissen ist ein sich kontinuierlich entwickelndes Wissen. Es ist abhängig von kulturellen und familiären Einflüssen, dem Ausbildungsstand und der individuellen Erfahrung des Einzelwesens. Jedes Individuum hat einen ureigenen einzigartigen Wissensbestand (Bergmann & Bodrow, 2003, S. 39).

Der Begriff des organisationalen Wissens beschreibt die Summe aus implizitem und explizitem Wissen. Dieses Wissen tragen alle Individuen bzw. Mitarbeitenden innerhalb einer Organisation/eines Unternehmens zusammen. Dies bedingt, dass das organisationale Wissen in Abhängigkeit zum Ausbildungsgrad bzw. Wissenstand der einzelnen Person steigt oder sinkt. Je höher der Ausbildungsgrad bzw. der Wissensstand, desto höher das organisationale Wissen (Nonaka & Takeuchi, 1995, S. 97 f.).

2.3.3.2 Internes und externes Wissen

Individuelles und organisationales Wissen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst bzw. geprägt. Daher erfolgt eine weitere Unterscheidung zwischen internem und externem Wissen. Das interne Wissen beschreibt z.B. in einer Organisation das Wissen, welches durch die Mitarbeitenden sowie deren Wissensquellen z.B. interne Datenbanken, Intranet etc. zu Verfügung steht. Das externe organisationale Wissen bezieht sich auf externe Personen z.B.

Leiharbeiter, die aushilfsweise in den Betrieb kommen sowie externe Datenbanken, Internet etc. (Herbst, 2000, S. 15 ff.).

2.3.3.3 Explizites und implizites Wissen

2

In der Mitte der 1960er-Jahre unterschied der Sozialphilosoph Michael Polanyi erstmals in "The tacit dimension" (Polanyi, 1966) zwischen explizitem und implizitem Wissen. Die Begriffe wurden erst durch das Buch "The knowledge creating company" (Nonaka & Takeuchi, 1995) im Bereich des Wissensmanagements wahrgenommen und verbreiteten sich danach.

Im Laufe der Zeit haben sich unterschiedliche Strömungen dieser Begrifflichkeiten entwickelt. Klaus North bezeichnet explizites Wissen als methodisches
und systematisches Wissen, welches artikuliert werden kann. Über dies ist es
"(...) außerhalb der Köpfe einzelner Personen in Medien gespeichert und kann
u. a. mit Mitteln der Informations- und Kommunikationstechnologie aufgenommen, übertragen und gespeichert werden." (North & Reinhardt, 2005, S. 31).
Wilke modifiziert diesen Ansatz, sodass "(...) explizites Wissen [...] ein ausgesprochenes, formuliertes, dokumentiertes und in diesem Sinne expliziertes
Wissen [ist], ein Wissen also, von dem der Wissende weiß und über das er
sprechen kann." (Willke, 2018, S. 44).

Daraus lässt sich ableiten, dass explizites Wissen als systematisiert oder methodisch aufbereitete Daten, Fakten und Informationen verstanden werden kann. Diese können durch verschiedene Informations- und Kommunikationstechnologien übertragen und gespeichert werden.

Bezogen auf das Krankenhaus als Unternehmung bedeutet das: Explizites Wissen ist jenes Wissen, was z.B. als Fachwissen dokumentiert wird. Dies kann in Form von Verfahrensvorschriften, Richtlinien, Definitionen oder Standards geschehen. Wichtig hierbei ist, dass das Wissen zur Verfügung gestellt wird und jederzeit wieder abgerufen werden kann.

Implizites Wissen indes ist konträr dazu zu sehen. Es beschreibt jenes Wissen, welches sich in den "Köpfen" der Menschen (oder der Unternehmung) befindet und sich nur schwer formulieren oder fassen lässt. Das implizite Wissen ist

dem Handelnden meist nicht bewusst und bildet mit dem Ergebnis langjähriger Erfahrung die Voraussetzung für erfolgreiches Handeln (Schreyögg & Geiger, 2005, S. 48).

Hasler Roumois beschreibt implizites Wissen wie folgt: "(...) was eine Person aufgrund ihrer Erfahrung, ihrer Geschichte, ihrer Tätigkeiten und ihres Lernens im Kopf hat. Diese Gesamtmenge an implizitem Wissen besteht aus Wissensteilen mit unterschiedlichen Merkmalen, nämlich in Abhängigkeit ihrer jeweils verschiedenen Art der Entstehung" (Hasler Roumois, 2013, S. 50).

Dabei unterteilt Hasler Roumois das implizite Wissen in drei Bereiche:

- Bewusstes Wissen: "Ich weiß, dass ich es weiß." bzw. "Ich weiß, dass ich es nicht weiß."
- Latentes Wissen: "Ich ahne, dass ich es weiß."
- Stilles Wissen: "Ich weiß nicht, dass ich es weiß." oder "Ich weiß mehr, als ich zu sagen weiß." (Hasler Roumois, 2013, S. 50 f.)

Implizites Wissen ist dieser Definition zufolge durch persönliches Erfahrungswissen geprägt, welches in einen Wertekontext oder einer Unternehmenskultur eingebettet ist. Dieses Wissen ist zum Großteil unbewusst und wird durch Intuition geprägt. Geistige und körperliche Fähigkeiten können bei dieser Wissensform nur schwer verbalisiert werden.

Nonaka und Takeuchi stellen den Begriff des impliziten Wissens in den Mittelpunkt der Wissensschaffung einer Unternehmung. Dies bedeutet, dass das Wissen, welches durch Erfahrung angeeignet wird, indirekt durch Metaphern und Analogien ins Unternehmen zurückfließt. Sie sehen in diesem Begriff keine Dichotomie, vielmehr ist es eine komplementäre Form, die sich in eine technische bzw. kognitive Ebene unterteilen lässt. Die technische Ebene beschreibt das Wissen, welches sich durch jahrelange Erfahrung unbewusst etabliert hat. Die kognitive Ebene umfasst hingegen mentale Bilder oder Modelle in Form von Wertevorstellungen oder Überzeugungen. Beide Ebenen lassen sich nur sehr schwer explizieren (Nonaka & Takeuchi, 1995, S. 267 f.).

Polanyi definiert das implizite Wissen nicht eindeutig. Er vertritt die These, "(...) daß wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen". Mit dieser These zeigt er auf, dass der Mensch Wissen besitzt, welches sich weder beschreiben noch in

vollständigen Worten ausdrücken lässt. Polanyi erwähnt in seinen Schriften, dass das implizite Wissen sowohl kognitive als auch körperliche Fertigkeiten umfasst, welche nicht explizierbar sind (Polanyi, 1966, S. 93). Polanyi vertritt die Aussage:

"An art which cannot be specified in detail cannot be transmitted by prescription, since no prescription for it exists. […] It follows that an art which has fallen into disuse for the period of a generation is altogether lost." (Polanyi, 1966, S. 53).

Damit beschreibt er deutlich, dass sich aus seiner Sicht das implizite Wissen nicht explizieren lässt.

Diese Ansicht steht der von Nonaka und Takeuchi diametral entgegen. Bis heute gibt es in der Forschung im Bereich des impliziten Wissens keinen einheitlichen Konsens darüber, ob implizites Wissen transferierbar ist.

Es kann zusammenfassend festgestellt werden, dass implizites Wissen unbewusst, intuitiv, schwer artikulierbar und personengebunden ist. Es entsteht durch Erfahrungen, Wahrnehmungen, Denkprozesse sowie Handlungen. Es beruht auf persönlichen und unternehmerischen Überzeugungen und Werten. Die Herausforderungen für das Wissensmanagement im Allgemeinen und den Wissenstransfer im Speziellen besteht darin, beide Wissensformen zu betrachten und zu versuchen, den impliziten Wissensanteil in den expliziten Wissensanteil zu transferieren. Dies kann für die Weiterentwicklung des expliziten Wissens konstruktiv sein.

In der vorliegenden Arbeit wird der Annahme und dem Wissensbegriff nach Nonanka und Takeuchi gefolgt, da die Autoren davon ausgehen, dass das implizite Wissen der interviewten Personen über Metaphern oder Analogien sichtbar gemacht werden kann.

2.4 Definition pflegerisches Phänomen

Als Phänomen wird im Altgriechischen ein Ereignis bezeichnet, welches mit den Sinnen wahrnehmbar ist und als Erscheinung transferiert und interpretiert werden kann. In der Denkschule der Skeptiker wurde sich erstmals mit der Bedeutung von Phänomenen auseinandergesetzt (Prechtl & Burkard, 2008).

Im 18. Jahrhundert gewann die Begrifflichkeit der Phänomenologie zunehmend an Beachtung und wurde von Friedrich Christoph Oetinger als Phänomenologische Denkungsart bezeichnet (Spindler, 1982, S. 1 ff.). Johann Heinrich Lambert definiert diesen Wissenschaftsbegriff mit den Worten "phaenomenologia" oder "optica transcendentalis" und zeigt somit eine Unterscheidung zwischen der Lehre des Scheins und der Lehre der Wahrheit auf (Schuhmann, 2010, S. 1 ff.).

Kant befasst sich im Rahmen der Lehre von den Grenzen der Rezeptivität mit dem Begriff der Phänomenologie und entwickelte dadurch eine Kritik an der reinen Vernunft (De Palma, 2019, S. 185 ff.).

Bezieht man diese Impressionen der Phänomenologie auf die Pflegewissenschaft, so ist festzustellen, dass diese neben den rational begründbaren Anteilen des pflegerischen Handelns auch solche Praxisphänomene ergründen muss, welche sich aus konstitutiven Elementen des alltagpraktischen Handelns ableiten lassen (Dornheim et al., 1999, S. 74 f.). Die Pflegewissenschaft hat die Aufgabe, situationsbezogenes Fachwissen zu erforschen und es für die Praxis so aufzubauen, dass die Pflegenden gezielt Phänomene in ihrer Handlungskompetenz erkennen und beurteilen können. Des Weiteren sollen sie in der Lage sein, die Einflussfaktoren des Phänomens bewusst mit einzubeziehen und die wirksamste Intervention in der jeweiligen Situation ableiten zu können (Evers, 1997, S. 6; Käppeli, 1999, S. 153 ff.; Schaeffer, 1999, S. 141 ff.). Das pflegerische Handeln beinhaltet viele Phänomene, welche mit praktischem, zufälligem, situationsbezogenem sowie erworbenem Erfahrungswissen angereichert sind, die auf das Individuum beschränkt sind. Eine weitere Aufgabe besteht darin, Phänomene und Erfahrungswissen zu erfassen. Dieses Erfahrungswissen sollte theoretisch analysiert werden, um den Wissensbestand in der Praxis zu erhalten und weiterzuentwickeln, es soll gewährleisten, dass immer mehr pflegerische Phänomene entdeckt werden (Friesacher, 2008, S. 240 ff.).

Assoziiert man die Definition des pflegerischen Phänomens mit dem Begriff des Wissens, so zeigt sich, dass eine strikte Trennung zwischen explizitem und implizitem Wissen (wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt) nicht möglich ist. Fichtmüller und Walter (2007) unternahmen den Versuch, die

Verbindungen zwischen den Wissensarten sowie deren Möglichkeiten der Verbalisierung bzw. Non-Verbalisierung vorzunehmen. Dabei gelangten sie zu dem Schluss, dass sich gewisse Unstimmigkeiten nicht vollständig vermeiden lassen (Fichtmüller & Walter, 2007, S. 186 ff.) Neuweg befürwortet, dass eine strikte Trennung zwischen implizitem und explizitem Wissen nicht als sinnvoll erachtet werden kann. Denn nach Neuweg hat jede explizite Theorie einen impliziten Anteil und jedes explizite Wissen und jede Vorstellung beeinflusst die Wahrnehmung einer Situation (Neuweg, 1999, S. 317 ff.). Somit zeigt sich, dass, will man dem Wissen von Pflegenden nahekommen, eine phänomenologische Sichtweise eine sinnvolle Perspektive darstellt.

Daher ergibt sich für die vorliegende Arbeit, dass jede beschriebene pflegerische Handlung an erkrankten Personen in einer Situation oder in einer Beschreibung als ein pflegerisches Phänomen angesehen werden kann.

3 Review

In diesem Kapitel werden die Methode sowie die praktische Umsetzung des integrativen Reviews beschrieben. Im ersten Teil dieses Kapitels wird die theoretische Methodik eines integrativen Reviews sowie das theoretische Vorgehen bei der Klassifizierung in evidenzbasierte Level im Rahmen der Datenanalyse dargestellt. Anschließend wird das praktische Vorgehen erläutert. Es folgt eine Ergebnisdarstellung. Den Abschluss des Kapitels bildet die Transferierung der Studienergebnisse auf die Relevanz der Forschungsfragen.

3.1 Methode des integrativen Reviews

Für die vorliegende Dissertation wurde die Methode des integrativen Reviews gewählt. Der Vorteil des integrativen Reviews besteht darin, dass es sich dabei um den methodologisch umfassendsten Ansatz eines Reviews handelt. Die Begründung hierfür liegt in der Möglichkeit, dass experimentelle und nichtexperimentelle Studien sowie theoretische und empirische Literatur eingeschlossen werden können (Tavares de Souza et al., 2010, S. 102 ff.). Ziel dieser Methode ist es, Konzepte zu definieren, Theorien und Evidenzen zu evaluieren sowie methodische Probleme eines bestimmten Themas zu analysieren. Besonders in der Pflegewissenschaft, in der eine Vielzahl an Forschungsmethoden in den verschiedenen Studien zur Anwendung kommt, kann mit einem integrativen Review ein besonders umfassender und koinzidierender Überblick sichergestellt werden (Whittemore & Knafl, 2005, S. 546 ff.). In Bezug auf die Fragestellungen dieser Arbeit sollen sowohl qualitative und quantitative Studien, Übersichtsarbeiten als auch theoretische und empirische Studien Berücksichtigung finden.

Mit Hilfe des integrativen Reviews soll der aktuelle wissenschaftliche Stand zum Thema "Pflegende in der Notaufnahme und deren Wissen zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz" erhoben werden. Der Begriff "Wissen" wird sowohl im Sinne von explizitem und implizitem Wissen als auch durch Erfahrungen mit dem Krankheitsbild "Demenz" verstanden (Suter, 2016, S. 7 ff.).

Die Recherche wurde in Anlehnung an Tavares de Souza et al., 2010 novelliert. Diese Vorgehensweise sieht insgesamt sechs Arbeitsschritte vor (Tavares de Souza et al., 2010, S. 102 ff.):

Der erste Schritt beinhaltet die Formulierung der Forschungsfrage für das integrative Review.

Der zweite Schritt umfasst die Literaturrecherche, welche alle Studientypen mit einbezieht. Dies bedeutet, dass qualitative, quantitative als auch sämtliche andere Literatur in einer Suchstrategie eruiert werden können. Einzige Voraussetzung der Literaturrecherche ist, dass das Erkenntnisinteresse zur Beantwortung der Forschungsfrage im Mittelpunkt steht. Die inkludierten Studien müssen einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage leisten. Die Suche soll nicht ausschließlich in Onlinedatenbanken stattfinden. Sie umfasst ebenfalls die Suche in Bibliotheken oder Anfragen an in diesem Bereich forschungsfrage abgeleitet.

Im dritten Schritt wird die Wichtigkeit beschrieben, ein Instrument zu verwenden, welches das Risiko minimiert, dass wichtige Daten der Literaturrecherche verloren gehen. Dies dient ebenfalls der Nachvollziehbarkeit der Literaturauswahl.

Level 1: evidence resulting from meta-analysis of multiple randomized controlled clinical trials:

Level 2: evidence from individual Studies with experimental design

Level 3: evidence from quasi-experimental studies

Level 4: evidence of descriptive (non-experimental) studies or with a qualitative approach

Level 5: evidence from case reports or experience

Tabelle 1: Klassifizierung der evidenzbasiwerten Level (Tavares de Souza 2010, S. 104)

Der vierte Schritt ist die Datenanalyse aus den Artikeln, welche durch die Literaturrecherche gewonnen wurden. Tavares de Souza formuliert hierfür sechs Stufen der Evidenz.

Die Klassifizierung der evidenzbasierten Level erfolgt nach Tavares de Souza (2010, S. 104) (siehe Tabelle 1). Die inkludierte Literatur soll ebenfalls inhaltlich kritisch in Bezug auf die Forschungsfrage hinterfragt werden.

In einem fünften Schritt werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien und deren Rückschlüsse auf die Forschungsfrage dargestellt. Hierbei können bisherige Forschungslücken zum Vorschein kommen, welche die angestrebte Untersuchung befürworten. Im sechsten Schritt wird das komplette Review präsentiert. Dies beinhaltet sowohl das Vorgehen als auch die Beantwortung der Forschungsfrage – unabhängig davon, ob neue Forschung generiert wird.

3.1.1 Festlegung Rechercheprinzip

In einem ersten Schritt zur Literaturrecherche wird festgelegt, welches Rechercheprinzip dem integrativen Review zugeordnet werden soll. Es gibt zwei Möglichkeiten: das sensitive oder das spezifische Rechercheprinzip.

Das sensitive Rechercheprinzip hat den Vorteil, dass meist eine hohe Anzahl an Treffern erfolgt, sodass die Gefahr, relevante Datenquellen auszuschließen, gering ist. Der Nachteil dieses Rechercheprinzips liegt im zeitlich hohen Aufwand. Die Literaturrecherche wird durch die Wahl der Suchbegriffe möglichst wenig eingeschränkt.

Durch das spezifische Rechercheprinzip soll ermöglicht werden, schnell die relevanten Treffer in der gewählten Literatur zu ermitteln. Der Nachteil ist die hohe Gefahr, wichtige Quellen von Vornherein auszuschließen. Vorteil dieser Rechercheform ist geringere Anzahl der Treffer in der relevanten Fachliteratur und somit der geringere Zeitaufwand für die Auswertung im Gegensatz zum sensitiven Rechercheprinzip (Nordhausen & Hirt, 2022)). Die Suchbegriffe werden hier möglichst eng gewählt.

In der vorliegenden Dissertation wird das sensitive Rechercheprinzip angewendet.

3.1.2 Festlegung der Suchkomponenten

Wie die Fragestellung der vorliegenden Arbeit entwickelt worden ist, wurde bereits unter Punkt 1.4 bzw. 1.5 dargestellt. In einem nächsten Schritt müssen die Fragestellungen in eine recherchierbare Form umgewandelt werden. Eine recherchierbare Form hilft dabei, die thematischen Bestandteile einer Forschungsfrage in die Suchmasken der entsprechenden Datenbanken eingeben zu können (Behrens & Langer, 2016, S. 121 ff.).

Die Maxime hierbei ist, die Fragen in einzelne Bestandteile zu gliedern. Der Gliederung sollte ein Schema zugrunde gelegt werden. Der Vorteil dieser Schemata ist, dass die Fragestellung so zerlegt werden kann, dass diese, wie zuvor bereits erwähnt, in die Suchmasken von Datenbanken transferiert werden kann (Aromataris & Riitano, 2014, S. 49 ff.).

Das bekannteste Schema ist PICO (Patient, Intervention, Control, Outcome). Dieses Schema kann für diese Arbeit jedoch nicht angewendet werden, da es nicht passend für die Fragestellung ist. Dies liegt darin begründet, dass die Fragestellung nicht auf einer randomisierten kontrollierten Studie basiert.

Für diese Arbeit wird das Schema PICo (Population, Phenomenon of Interest, Context) verwendet (Munn et al., 2018, S. 1 ff.). Die Forschungsfrage kann, aufgrund des Erkenntnisinteresses über Wissen im Kontext der Notaufnahmen, in dieses Schema zerteilt werden.

Р	Population	Dreijährig examiniert Pflegende; Pflegeex- perten
I	Phenomenon of Interest	Wissen über Demenz
Со	Context	Notaufnahme im Akut- krankenhaus

Tabelle 2: PICo-Schema (Eigene Darstellung)

3.1.3 Festlegung der Datenbank

Für die Literaturrecherche wurden die fachspezifischen Datenbanken MED-LINE via PubMed, CINAHL via EBSCO sowie eine Handrecherche in den Präsenzbibliotheken vor Ort durchgeführt. Die Datenbank Cochrane Library wurde ausgeschlossen, da diese ausschließlich systematische Übersichtarbeiten randomisiert kontrolliert klinischer Studien für evidenzbasierte Medizin beinhaltet. Diese sind nicht passend zur Fragestellung. Im Fortfolgenden werden die ausgewählten Datenbanken erläutert:

PubMed wurde an der "National Library of Medicine" (NLM) des "National Institutes of Health" (NIH) vom "National Center for Biotechnology Information" (NCBI) entwickelt. Hilfreich ist bei PubMed die Möglichkeit der Suche mittels "Medical Subject Headings" (MeSH-Terms), die von der US "National Library of Medicine" überarbeitet und verwaltet werden. Sie erfüllen den Zweck, Dokumente der Datenbank mit Schlagworten zu versehen. Eine ausschließliche Suche mit MeSH-Terms ist jedoch nicht zu empfehlen, da den aktuellen Artikeln in der Regel noch keine MeSH-Terms zugeordnet wurden. Diese Artikel lassen sich jedoch über die Möglichkeit der Artikelsuche nach Themen in der Rubrik "noch nicht verschlagwortet" finden (Läzer et al., 2010, S. 40 ff.). Die Suchmaske ermöglicht einen umfassenden Zugang zu englischen Publikationen, welche in der Datenbank MEDLINE (Medical Literatur Analysis and Retrieval System) veröffentlicht sind. Ein Vorteil der Datenbank MEDLINE ist, dass die meisten Abstracts auch unlizenziert gelesen werden können. Der Nachteil ist jedoch, dass die meisten vollständigen Artikel lizenziert sind.

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) ist eine Online-Datenbank, in der hauptsächlich Fachliteratur zum Pflege- und Gesundheitsbereich veröffentlicht wird. In dieser Datenbank kann über Fachartikel hinaus auch auf Bücher aus dem Gesundheitsbereich, pflegerische Dissertationen, ausgewählte Tagungsberichte, Standards der professionellen Praxis, pädagogische Software sowie audiovisuelles Material für die Pflege zugegriffen werden. Auch Dissertationen und graue Literatur zum Thema Gerontologie und den damit verbundenen Themengebieten sind hier zu finden (Miller & Forrest, 2009, S. 49 ff.).

Die Suchstrategie in den einzelnen Datenquellen wird in den nachfolgenden Unterpunkten umfassend im Einzelnen beschrieben (Kapitel 3.3.9).

Zum Schluss wurde eine Handsuche in den Bibliotheken vor Ort sowie im Internet durchgeführt. Die Quellen stammen aus den Referenzlisten der eingeschlossenen Literatur.

3.1.4 Identifikation von Suchbegriffen/Schlagworten

Der nächste Schritt der Literaturrecherche ist die Auswahl geeigneter Suchbegriffe bzw. Synonyme der einzelnen Suchkomponenten. Diese Auswahl ist essenziell für den Erfolg der Literaturrecherche. Voraussetzung für eine umfassende Literaturrecherche ist die Verwendung der bestmöglichen Suchbegriffe. Nur dann kann eine Annäherung auf Vollständigkeit der relevanten Literatur erhoben werden. In der vorliegenden Dissertation wurde versucht, möglichst alle Synonyme und deren Übersetzung zu berücksichtigen. Es wurden die einzelnen Suchkomponenten unter Bezugnahme ihrer Möglichkeiten, diese zu verschriftlichen, sowie deren sinngemäße Ableitungen in die deutsche und englischsprachige Verschlagwortung mit einbezogen. Des Weiteren wurden Trunkierungen⁶ gesetzt (Läzer et al., 2010, S. 5).

Deutsch	Englisch
Gesundheits- und Krankenpfleger*in- nen Pflegeexperte*innen	Nurse, Caregiver, Nursing, Nurse Maid, Nursery, Nurse Practitioner
Demenz	Dementia
Notaufnahme	Emergency, Hospital, Emergency/ Hospitalization, Emergency Ward, Accident and Emergency Department (Unit), Casualty (Department);
Erkenntnis	Knowledge
Pflegemodelle	Model of Care, Supply Model

Tabelle 3: Schlagworte und Übersetzung (Eigene Darstellung)

⁶ "Trunkierung Mit dem Trunkieren (zu Deutsch »abschneiden «) ersetzen Sie eine beliebige Zeichenfolge mit einem Platzhalter, sodass verschiedene Formen eines Suchbegriffs berücksichtigt werden." Klein, 2019, S. 148

Die deutsch- und englischsprachigen Synonyme wurden im ersten Schritt durch eigene Überlegungen übersetzt sowie im DUDEN nachgeschlagen (Duden, 2019). Die Übersetzung ins Englische erfolgte mit Hilfe des Oxford Dictionary (Oxford Dictionary, 2006). Zur Kontrolle wurden die Begriffe der Kontrollpartnerin dieses Reviews vorgelegt, die englischen Begriffe wurden von einem "Nativ Speaker" kontrolliert. Die Schlagworte und ihre jeweilige Übersetzung sind in der vorstehenden Tabelle aufgeführt.

Suchbegriffe und Synonyme für GeroLit ⁷			
Dreijährig exami- niert Pflegende; Pflegeexperten (Population)	Demenz (Phenomen of Interest)	Wissen (Phenomen of Interest)	Notaufnahme im Akutkrankenhaus (Setting)
Krankenpflege BT Pflege NT Gemeindkrankenpflege NT Grundpflege NT Hauskrankenpflege NT Krankenpflegepersonal RT Gemeindepflegestation RT Altenpflege RT Behandlungspflege RT Pflegepersonal Krankenpflegepersonal Krankenpflegepersonal Frankenpflegepersonal Frankenpfleger BT Krankenpflege BT Personal BT Pflegepersonal	Demenz UF Altersdemenz UF Senile Demenz BT Alterskrankheit BT Fsychische Krankheit BT Gerontopsychiatrische Krankheit NT Alzheimer- Krankheit RT Gerontopsychiatrie RT Mentale Gesundheit RT Neurologie RT Neurologische Erkrankung RT Psychisch Alterskranker RT Psychopathologie RT Verwirrtheitszustand	Wissen NT Erfahrungswissen NT Wissenstransfer RT Ausbildung RT Bildung RT Erfahrung RT Experte RT Information RT Qualifikation RT Weisheit RT Wissenschaft	Krankenhaus UF Krankenhäuser UF Akutkrankenhaus UF Hospital BT Stationäre Einrichtung NT Geriatrisches Krankenhaus NT Krankenhausentlassung NT Krankenhausträger NT Psychiatrisches Krankenhaus NT Nachtklinik NT Tagesklinik NT Tagesklinik NT Tagesklinik RT Einweisung RT Fehlbelegung RT Stationäre Behandlung

Tabelle 4: Suchbegriffe und Synonyme für GeroLit (eigene Darstellung)

⁷ Suchbegriffe und Synonyme für GeroLit:

BT = Broader Term / Übergeordneter Begriff

NT = Narrower Term / Untergeordneter Begriff

RT = Related Term / Verwandter Begriff

UF = Used for / Gebraucht für

Suchbegriffe und Synonyme für die englischen Datenbanken MEDLINE und CINAHL				
Dreijährig examiniert Pflegende; Pflegeexperten (Population)	Demenz (Phenomenon Interest)	of	Wissen (Phenomenon of Interest)	Notaufnahme im Akutkranken- haus (Setting)
Nurse, caregiver, nursing, nurse maid, nursery, nurse practitioner	Dementia		Knowledge Ken Body of knowledge Lore Body of acquired knowledge Knowable	Emergency, hospital, emergency/hospitalization, emergency ward, accident and emergency department (unit), casualty (department) acute care hospital hospitalisation hospitalized clinic clinics clinical clinically medical center medical centers infirmary infirmaries inpatient inpatients ward wards station stations stationary

Tabelle 5: Suchbegriffe und Synonyme MEDLINE und CINAHL (eigene Darstellung)

3.1.5 Entwicklung eines Suchstrings

Die Entwicklung des Suchstrings umfasst die Verknüpfung der Suchkomponenten (Synonyme und Schlagwörter) mit den booleschen Operatoren. Die booleschen Operatoren sind Befehle, welche mit AND oder OR ausgeführt werden und dienen der Verknüpfung von Suchbegriffen bzw. ganzen Suchkomponenten (Bartel, 2013, S. 295 ff.). Von einem Suchstring spricht man, wenn alle Suchbegriffe miteinander verknüpft sind (Nordhausen & Hirt, 2022).

Bei einem sensitiven Rechercheprinzip sollten zwei Suchstrings entwickelt werden. Zum einen ein Suchstring mit der Freitextsuche anhand der synonymen Suchbegriffe in den verschiedenen Suchfeldern (Titel/Abstract). Zum anderen erfolgt eine Schlagwortsuche anhand der vom Datenbankbetreiber zugeordneten Schlagwörtern (ebd., 2022). Da der vorliegenden Arbeit ein sensitives Rechercheprinzip zugrunde liegt, wurden beide Suchstrings angefertigt.

3.1.6 Überprüfung des Suchstrings

Der Suchstring wurde durch eine externe Partnerin überprüft, die von diesem Thema keine Kenntnis hatte. Diese befand sowohl die Auswahl der Suchbegriffe/Synonyme als auch der Schlagwörter für passend. Der Einsatz der booleschen Operatoren wurde von ihr ergänzt, indem das OR in die Suche mitaufgenommen wurde. Die Rechtschreibprüfung der Suchbegriffe/Synonyme im Deutschen wurde von einer weiteren Person übernommen. Es wurden keine Fehler gefunden. Im Englischen wurde dies durch den bereits zuvor erwähnten "Native Speaker" übernommen, der ebenfalls keine Fehler feststellen konnte.

3.1.7 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien

Vor Titel, Abstract und Volltextscreening wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die Einschlusskriterien umfassten zum einen die Sprachauswahl der Artikel (Deutsch und Englisch). Zum anderen wurde der Publikationszeitraum auf die letzten 20 Jahre (2002 bis 2022) eingegrenzt. Dadurch konnte eine gewisse Aktualität der Daten gewährleistet werden. Aus dem Titel oder Abstract musste hervorgehen, dass sich die jeweilige Studie mit Menschen mit Demenz in der Notaufnahme beschäftigt oder der Umgang bzw. das Wissen von Pflegenden zum Thema Demenz thematisiert wird.

Ausschlusskriterien:

- kein Abstract vorhanden
- · medizinische oder biologische Betrachtungsweise
- · ausschließliche Thematisierung von Delir
- Langzeiteinrichtungen
- keine Thematisierung von pflegerischem Wissen oder Modellen
- ausschließlicher Bezug auf die Architektur einer Notaufnahme
- andere Stationen im Krankenhaus
- reine Überprüfung von Assessmentinstrumenten zum Thema Demenz
- Evaluationen von Fortbildungsprogrammen für Pflegende in der Notaufnahme zum Thema Demenz

3.1.8 Durchführung der Recherche

Die Suchverläufe der Datenbanken MEDLINE und CINAHL werden in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt. Bei der Suche in MEDLINE und CINAHL wurden ausschließlich englische Schlagworte verwendet. Es wurden Kombinationen von Schlagworten, Synonymen, MeSH-Terms, Suchoperatoren (AND/OR) und Trunkierungen verwandt. Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Verknüpfung in der jeweiligen Datenbank. Das Kriterium der zwei Suchstrings mit Schlagwörtern sowie synonymen Suchbegriffen ist erfüllt.

Medline via Pubmed #	Search	Query	Items found
	#5	Search (((knowledge) OR Model of care)) AND ((((nurse) AND dementia)) AND (((nurse) AND emergency) OR casualty))	27
	#4	Search (knowledge) OR Model of care	810698
	#3	Search (((nurse) AND dementia)) AND (((nurse) AND emergency) OR casualty)	113
	#2	Search ((nurse) AND emergency) OR casualty	24126
	#1	Search (nurse) AND dementia	3711

Tabelle 6: Suchverlauf MEDLINE (Eigene Darstellung)

Datenbank	Suchformel				
CINAHL via EBSCO host	#	Query	Items found		
	S5	(nurse AND knowledge OR models of care) AND (S3 AND S4)	27		
	S4	nurse AND knowledge OR models of care	60172		
	S3	(nurse AND emergency OR casualty care) AND (S1 AND S2)	88		
	S2	nurse AND emergency OR casualty care	16332		
	S1	nurse AND dementia	3250		

Tabelle 7: Suchverlauf CINAHL (Eigene Darstellung)

In der Metasuchmaschine "Google Scholar" wurde mit den Begriffen "Demenz, Krankenhaus, Notaufnahme, Pflege" gesucht. Der Suchzeitraum wurde auf die Jahre 2002 bis 2022 eingegrenzt. Diese Suche ergab 1130 Treffer. Die ersten fünf Seiten mit je zehn Treffern wurden zur Themensuche herangezogen. Eine Handsuche erfolgte in den eingeschlossenen Studien des Reviews, um weitere relevante Artikel zu identifizieren. Hierfür wurden die Uberschriften der Literatur gescannt. Ebenfalls fand in den Bibliotheken vor Ort eine Handrecherche in den aktuellen Fachzeitschriften zu diesem Thema statt. Diese Treffer wurden, unter Berücksichtigung der Angemessenheit in Bezug auf die zu untersuchende Thematik sowie der Ausschlusskriterien, einer Relevanzprüfung des Titels sowie des Abstracts unterzogen. In den Fällen, in denen der Titel keinen Aufschluss über Aus- noch Einschluss gab, wurden die jeweiligen Abstracts gelesen. Ebenso wurden die Abstracts gelesen, in denen der Titel einen Einschluss ermöglichte. Die Abstracts wurden inhaltlich geprüft. Wenn der Inhalt des Abstracts als passend erschien, wurde der Volltext gelesen. Stellte sich nach dem Lesen des Volltextes eine inhaltliche Relevanz zur Fragestellung heraus, wurden die Studien eingeschlossen. Die Bewertung, welche Studien inkludiert werden sollten, ist zunächst von der Verfasserin durchgeführt worden. In einem zweiten Schritt wurde das Titel Abstract Screening sowie das Volltextscreening von einer Partnerin durchgeführt, welche ebenfalls Pflegewissenschaftlerin ist. Sie verfügt über keine Kenntnisse zum Thema Demenz und Notaufnahme. Nachdem die Bewertungen verglichen wurden, konnte festgestellt werden, dass die getroffenen Ein- und Ausschlusskriterien gut gewählt waren. Die Ergebnisse waren nahezu identisch. Die Meinungsverschiedenheiten wurden diskutiert, führten aber zu keinem abweichenden Ergebnis.

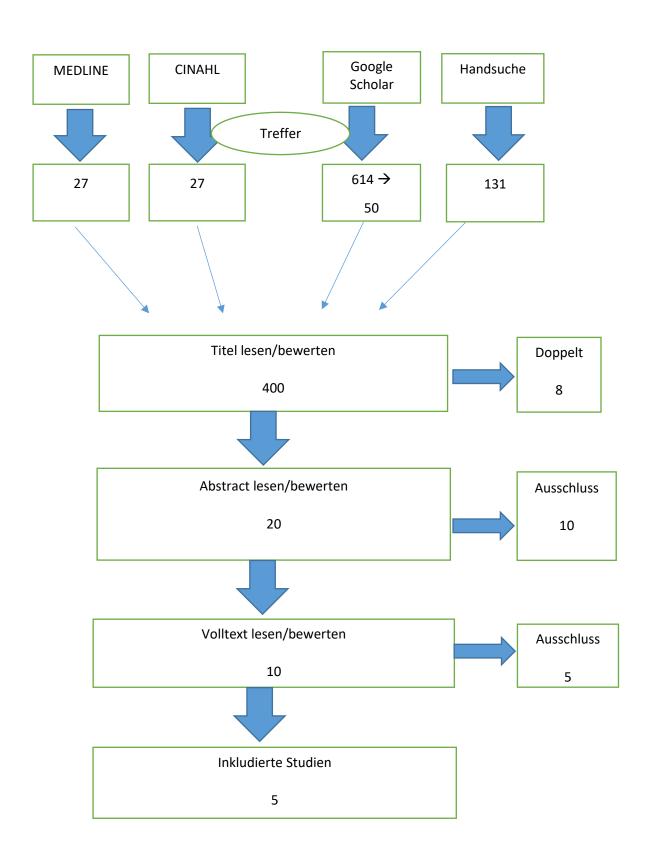


Abbildung 4: PRISMA-Übersicht (Eigene Darstellung in Anlehnung an "The PRISMA Statement")

3.2 Analyse und Ergebnisdiskussion der inkludierten Studien

In diesem Abschnitt erfolgt zunächst eine methodische und anschließend eine inhaltliche Analyse in Bezug auf die Fragestellung. Den Abschluss des Kapitels bildet die Ergebnisdiskussion der Studien.

3.2.1 Methodische Analyse der inkludierten Studien

Nachdem die fünf inkludierten Studien feststanden, wurde ein Analyseraster verwandt. Dieses Raster wurde von der Verfasserin der Arbeit selbst erstellt und zusammengeführt. Ziel war es, die Studien kurz und für die Forschungsfrage effizient zusammenfassen zu können, ohne die Nachvollziehbarkeit zu vernachlässigen.

Autor	
Title der Studie	
Ein-und Ausschlusskriterium in Bezug auf	
das Review	
Datum der Veröffentlichung	
Journal	
Land	
Volume, Ausgabe, Seite	
Forschungsansatz	
Studientyp	
Erhebungsmethode	
Ziel der Studie	
Fragestellung der Studie	
Ein-und Ausschlusskriterien der Studie	
Untersuchte Population	
Hauptaussagen in Bezug auf die For-	
schungsfrage	
Evidenzlevel	

Tabelle 8: Analyseraster (Eigene Darstellung)

Dieses Raster gewährleistet einen Überblick über die inkludierten Studien sowie die wichtigsten Aussagen der Studien in Bezug auf die Forschungsfrage. Den Abschluss des Rasters bildet die Eingruppierung der Studie in ein Evidenzlevel sowie eine methodische Beurteilung (siehe Anhang L).

Die Evidenzlevel werden generell in sechs Evidenzstufen unterteilt, wobei die sechste Stufe den geringsten Grad an Evidenz darstellt. Die erste Evidenzstufe umfasst randomisierte kontrollierte Studien, deren Ergebnisse in einer

multizentrischen Metaanalyse zusammengefasst sind und somit als evidenzbasiert gelten. Die zweite Stufe der Evidenz beschreibt Studien, welche ein experimentelles Studiendesign haben. Die dritte Qualitätsstufe beinhaltet die quasi experimentalen Studien. Die vierte Stufe umfasst sowohl die deskriptive (nicht experimentelle) Statistik als auch Studien mit einem qualitativen Ansatz. Die fünfte Evidenzstufe bildet Fall- oder Erfahrungsberichte ab. Die sechste Evidenzstufe umfasst Expertenwissen (Tavares de Souza et al., 2010, S. 104).

Die Studien konnten anhand ihres Forschungsdesigns alle der vierten Evidenzstufe zugeordnet werden.

Das Analyseraster wurde um ein Punktesystem, welches von der Verfasserin dieser Arbeit selbst erststellt wurde, ergänzt, um eine einheitliche Darstellung der Qualität der einzelnen Studien zu gewährleisten.

Glaubwürdigkeit		Aussagekraft
Forschungsfrage klar formuliert	2	Ergebnisse nachvollziehbar 2
Welches Design?	2	Ergebnisse ausführlich 2
Begründung liegt vor?	2	Ergebnisse validiert 2
Literaturreview	2	Gesamt 6
Auswahl der Stichprobe	2	
Perspektiven aller Studienteilnehmer	2	
Datensammlung	2	
Datenanalyse	2	
Datensättigung/Signifikanz	2	
Gesamt	18	
Anwendbarkeit Ergebnisse der inkludier		Ergebnisse der inkludierten Studien
Relevanz der Ergebnisse	2	1. 19,5 → 69,4 %
Anwendbarkeit	2	2. 15,5 → 55,3 %
Gesamt	4	3. 16 → 57,1 %
		4. 16 → 57,1 %
		5. 17,5 → 62,5 %

Tabelle 9: Punktesystem (Eigene Darstellung)

Insgesamt konnten die Studien maximal 28 Punkte erreichen, was einer 100prozentigen Qualität entspricht⁸. Wurde ein Kriterium nur unzureichend erfüllt,
so wurden ein halber bis anderthalb Punkte abgezogen. Wurde das Kriterium
nicht erfüllt, wurde kein Punkt vergeben. Aus den erreichten Punkten wurde
errechnet, wieviel Prozent an Qualitätspunkten die Studien erreicht haben.
Wie aus Tabelle 9 ersichtlich wird, haben alle Studien die 50-Prozent-Marke
überschritten. Dies spricht für eine Qualität der Studien, die zwar nicht vollständig befriedigend ist, aber dennoch den wissenschaftlichen Kriterien zu
über 50 Prozent entspricht und somit eingeschlossen wurden. Es kann jedoch
nicht ausgeschlossen werden, dass das schlechtere Abschneiden darauf zurückzuführen ist, dass das Punktesystem nicht ideal gewählt wurde. Ein weiterer Grund könnte die mangelnde Differenzierung zwischen qualitativer,
quantitativer oder Übersichtsarbeit sein. Da die Studien jedoch trotz dieses
Mangels ein Ergebnis von über 50 Prozent gezeitigt haben, wird auf eine Überarbeitung des Punktesystems verzichtet.

Die Bewertung wurde auch von einem Studienpartner vorgenommen, ohne dass dieser die Ergebnisse vorher kannte. Es gab kleinere Abweichungen, die besprochen wurden, diese führten jedoch nicht zu signifikanten Unterschieden.

3.2.2 Inhaltliche Analyse der inkludierten Studien

Die inkludierten Studien wurden auf ihren Inhalt hin bezüglich der Forschungsfrage kritisch analysiert. Die kritische Analyse einer Studie bedeutet, den Inhalt und die angewandte Methodik zu überprüfen und zu beurteilen. Es sollten die Stärken und Schwächen einer Studie sowie die logischen Zusammenhänge überprüft werden. Den Abschluss bildet die Herausarbeitung der Bedeutung bzw. Signifikanz der Studie für die Pflege. Eine hohe Qualität ist gegeben, wenn ein relevantes Problem bzw. eine Fragestellung durch eine passende Methodik erforscht wird und glaubhafte Ergebnisse hervorgebracht werden können. Ein weiteres Kriterium für eine hohe Qualität einer Studie ist, wenn

_

⁸ Formel zu Berechnung → Anzahl der erreichten Punkte durch Anzahl der gesamten Punkte mal 100

diese sich anhand der Beschreibung wiederholen lassen würde (Polit & Beck, 2008, S. 123 f.).

Die Methodik wurde unter Punkt 3.2.1 bewertet. Es erfolgt die Bewertung bezüglich der Inhalte in Bezug auf die Forschungsfrage, die Stärken und Schwächen der Studie sowie die Bedeutung für die Pflege.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen inhaltlichen Überblick über die fünf inkludierten Studien in Bezug auf die Forschungsfrage:

Studie Nr.	Wichtigste Aussagen in Bezug auf die Fragestellung
1	Drei Themen wurden in der Erfahrung mit Demenzpatienten identifiziert: - Physische Umgebung: Raum, Design und Ausstattung - Arbeitsumgebung: Leistungsdruck und Praxisumgebung - Familie, Wissen und Prozess
2	 Pflegende benötigen Kommunikationsschulung Umgangsschulung mit herausforderndem Verhalten; das Review beschreibt, dass über Pflegende in der Notaufnahme und deren Umgang mit Demenzpatienten wenig bekannt ist.
3	 12 Prozent der Befragten arbeiteten in der Notaufnahme Sie wissen einiges zum Thema Demenz, z.B., dass die zu behandlenden Peronen sich schlecht bis gar nicht äußern können; sie darauf achten müssen, ihnen rechtzeitig Essen und Trinken zu geben. Hauptschwäche im Wissen der Pflegenden ist die Unterscheidung Delirium vs. Demenz sowie welche Assessmentinstrumente zum Thema Demenz es gibt.
4	 Wissen über Demenz ist etwas vorhanden Abgrenzung zum Thema Delir gelingt nicht immer Mini-Mental Test zur Identifizierung einer Demenz bekannt Fakten/Fachwissen zum Thema Demenz teilweise vorhanden Theoretisches Wissen im Umgang mit erkrankten Menschenmit Demenz vorhanden
5	 Kein signifikanter Unterschied in Bezug auf gerontologisches Wissen und Berufserfahrung Große Differenz zwischen dem tatsächlichen Wissen in Altersfragen und der Selbsteinschätzung Schmerz, Demenz, Delirium wird erkannt Bei Schmerzen richtig erkennen und behandeln Selbsteinschätzung 93 Prozent, Wissensfragen nur 31 Prozent korrekt; Ähnliche Ergebnisse bei Delir und Demenz Wenig Fortbildungen zum Thema etc.

Tabelle 10: Inhaltlicher Überblick der Studien (Eigene Darstellung)

Für die erste Studie "Balancing safety and harm for older adults with dementia in rural emergency departments: healthcare professionals' perspectives" von Hunter, Parke, Babb, Forbes & Strain (2017) wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Forschungsfrage der genannten ersten Studie befasst sich mit ländlichen ZNAs und wie es gelingen könnte, Schaden von Menschen mit Demenz abzuwenden. Aus Sicht der Pflegenden konnten drei Hauptthemen identifiziert werden, welche durch den semistrukturierten Interviewleitfaden in drei Cluster gegliedert wurden.

Das erste Cluster befasste sich mit dem Thema der technischen Gegebenheiten in den Notaufnahmen vor Ort. Wo waren die Räumlichkeiten in den Notaufnahmen verortet und welche Ausstattung hatten die Räume. Diese unterschieden sich sowohl in der Verortung als auch in der Ausstattung, waren aber in keinem Fall eine Hilfe für die Pflegenden, um Menschen mit Demenz gut betreuen zu können.

Das zweite Cluster beschrieb das Arbeitsumfeld. Hierbei lag der Fokus auf der Arbeitsbelastung der Pflegenden bei der Betreuung eines Menschen mit Demenz. Die Pflegenden thematisierten, dass sie Menschen mit Demenz nur eine niedrige Priorität einräumen oder, dass sie sich nicht ausreichend um diese kümmern können. Sie hätten häufig keine Zeit für die besondere Pflege von Menschen mit Demenz, gleichwohl sie wüssten, dass sie ihnen damit schaden könnten.

Das dritte Cluster beschrieb das Tätigkeitsfeld von Pflegenden in der Notaufnahme bei Betreuung von Menschen mit Demenz. Dieses gliederte sich auf in die Mitwirkung der Familien, das Wissen der Pflegenden und die bestehenden Arbeitsprozesse. Die Mitwirkung der Familie wurde als positiv gewertet. Dies liegt zum einen daran, dass die Informationssammlung über die Menschen mit Demenz erleichtert wird, indem die relevanten Fragen an Familienangehörige gerichtet werden können. Zum anderen kümmern sich die Familienangehörigen während des Aufenthaltes in der Notaufnahme selbst um ihre demenziell erkrankten Angehörigen.

Das Wissen von Pflegenden zum Thema Demenz variierte von ersten Erfahrungen bis hin zu Expertenwissen. Dennoch wünschten sich die meisten Pflegenden mehr Wissen über das Thema Demenz respektive Gerontologie.

Die Pflegenden erhofften sich in Bezug auf den Arbeitsprozess, dass schon bei der Triagierung Demenzerkrankungen berücksichtigt würden. Dies beinhaltete aus ihrer Sicht die Festlegung eines Behandlungsplanes, welcher zum Ziel hat, Menschen mit Demenz so schnell wie möglich wieder aus der Notaufnahme zu entlassen, entweder auf eine Normalstation oder nach Hause.

Die Stärke der Studie bestand im semistrukturierten Leitfaden, welcher den Pflegenden die Möglichkeit gab, eigene Antworten zu geben und ihre Perspektive darzustellen. Zudem sind die Interviews sowie deren Ergebnisse nachvollziehbar. Eine Schwäche ist in der Auswahl der interviewten Personen zu sehen. Diese wurde nicht ausführlich beschrieben. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ein anderes Setting ist problematisch, da jede Notaufnahme ihre eigenen Abläufe bzw. architektonischen Besonderheiten hat. Der Interviewleitfaden könnte aber auf andere Settings übertragen werden.

Die Studie zeigte, dass über das Wissen der Pflegenden und die pflegerische Versorgung der zu behandelnden Personen mit Demenz in der Notaufnahme noch wenig bekannt ist. Die Bedeutung für die Pflege ist hoch, da auch bei in einer ZNA vorstellig werdenden Personen der demografische Wandel festzustellen ist und es für alle Beteiligten wichtig ist, eine schnelle und effiziente Versorgung von erkrankten Menschen, welche an einer Demenz leiden, zu gewährleisten.

Bei der zweiten inkludierten Studie handelte es sich um ein integratives Review der Autoren Clevenger, Chu, Yang und Hepburn (2012) mit dem Titel "Clinical care of Persons with Dementia in the Emergency Department". Ziel des Reviews war, das pflegerische Wissen und die Versorgung von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme darzustellen. Die Stärken dieser Studie sind das Aufzeigen einer Forschungslücke sowie die Nachvollziehbarkeit der gewählten Methodik. Die Schwäche stellt die nicht ausführliche Beschreibung der Recherche dar.

Die Ergebnisse wurden logisch und nachvollziehbar dargestellt. Als Ergebnis konnte festgestellt werden, dass Pflegende sowohl Schulungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten als auch ein Kommunikationstraining für Menschen mit Demenz benötigen. Ein weiteres Resultat war, dass es bisher keine empirischen Studien zum Thema Pflege, pflegerischer Intervention oder

pflegerische Assessmentinstrumente in der Notaufnahme in Bezug auf Menschen mit Demenz gibt. Die Bilanz des Reviews zeigt, dass eine Forschungslücke im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme besteht und dass dieser Umstand eine bedeutungsvolle Forschungschance bietet.

Die dritte Studie "Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care" der Autorengruppe Pei-Chao, Mei-Hui und Li-Chan wurde im Jahre 2012 im "Journal of Nursing Research" veröffentlicht. Das Ziel der Studie war, mithilfe von Fragebögen das Wissen von Pflegenden im Akutkrankenhaus sowohl zum Krankheitsbild Demenz als auch zur pflegerischen Versorgung dieser erkrankten Personengruppe zu erheben. Als Forschungsmethode wurde die deskriptive Statistik gewählt. Der Fragebogen enthielt zunächst allgemeine Angaben wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Fachrichtung etc. Der zweite Teil beinhaltete allgemeine Fragen zum Krankheitsbild "Demenz" sowie die pflegerische Versorgung dieser erkrankten Personengruppe. Der klare Aufbau des Fragebogens stellt eine Stärke der Erhebung des expliziten Wissens dar.

Der Fragebogen setzte sich ausschließlich aus geschlossenen Fragen zusammen. Dies stellt eine Schwäche dar, da somit nicht erfasst wurde, welches Erfahrungswissen bzw. welche angeeigneten Kenntnisse Pflegende zu diesem Thema haben könnten.

Zwölf Prozent der Befragten arbeiteten in einer Notaufnahme. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegende mit einer längeren Berufserfahrung die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz besser wahrnehmen und diese adäquater versorgen. Deutlich wird aber auch, dass Pflegende in der Notaufnahme eher zu einer Pflege neigen, die sich mehr auf die aktuelle Krankheit statt auf die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz bezieht. Sie wollen schnelle Behandlungen und Evaluation und verwenden hierfür einen personenzentrierten statt eines an der realen Situation orientierten Ansatzes. Dies bedeutet, dass sie trotz des personenzentrierten Ansatzes nicht auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingehen. Offen bleibt, in welchen Bereichen sich die Ergebnisse in Bezug auf Pflegende in der Notaufnahme im Umgang mit Menschen mit Demenz von denen in anderen Fachdisziplinen arbeitenden Pflegenden konkret unterscheiden. Die Autorengruppe gab jedoch den Hinweis,

dass es sinnvoll sei, qualitative Interviews zu führen. Dies könnte einen umfassenderen und tieferen Einblick in die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus geben. Zudem könnten dadurch Einflussfaktoren der pflegerischen Versorgung identifizieren werden.

Die vierte eingeschlossen Studie trug den Titel "Knowledge gap regarding dementia care among nurses in Taiwanese acute care hospital". Und wurde 2017 von der Autorengruppe Pei-Chao, Mei-Hui, Meng-Chin, Yung-Mei und Li-Chan verfasst. sowie in "Japan Geriatrics Society" veröffentlicht. Ziel der Studie war es, das Wissen von Pflegenden in einem Akutkrankenhaus zum Thema "Demenz" bzw. der Pflege von Menschen mit dieser Erkrankung zu erheben.

Der Fragebogen ist mit dem aus der dritten eingeschlossenen Studie identisch. Er enthielt allgemeine Fragen zur Person und zum Krankheitsbild "Demenz" sowie spezifische Fachfragen. Die Auswertung erfolgte ebenfalls mittels deskriptiver Statistik. Die Kritik ist, wie oben schon beschrieben, dass nur das explizite und nicht das implizite Wissen erfasst wurde.

Bei der Auswertung des Fragebogens wurde diesmal zwischen Pflegenden in der Notaufnahme, im psychiatrisch/neurologischen stationären Bereich sowie Pflegenden in anderen stationären Fachdisziplinen im Krankenhaus unterschieden. Es konnte festgestellt werden, dass es einen Unterschied im Wissen über Demenz und im Umgang mit dieser erkrankten Personengruppe gibt. In der gesamten Auswertung des Fragebogens hatten Pflegende in der Notaufnahme ein geringeres Wissen als die der anderen Fachdisziplinen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich um prozentuale Angaben handelte, die Teilnehmenden aber nicht prozentual gleich verteilt waren. Dies könnte zu einem Bias geführt haben. Demnach ist festzuhalten, dass die Pflegenden in der Notaufnahme ein Wissensdefizit zum Krankheitsbild der Demenz sowie dessen pflegerischer Versorgung aufweisen. Die Verfassenden verweisen darauf, dass Pflegende in der Notaufnahme eventuell Schulungen zum Thema Demenz, zur diesbezüglichen Kommunikation und den Bedürfnissen dieser erkrankten Personengruppe benötigen. Dies soll eine adäquate Versorgung derselbigen gewährleisten.

Die fünfte eingeschlossene Studie ist mit "Emergency nurses knowledge and self-rated practice skills when caring for older patients in the Emergency Department" überschrieben und wurde verfasst von Rawsona, Bennetta, Ockerbyc, Hutchinsona und Considinea. Ziel der Studie war die Erhebung von Wissen und Selbsteinschätzung von Notfallpflegenden zum Thema "Gerontologie" und des Zusammenhangs dieser zwei Parameter. Es wurde festgestellt, dass kein signifikanter Unterschied zwischen gerontologischem Wissen und Berufserfahrung besteht. Festgestellt werden konnte aber eine Differenz zwischen dem tatsächlichen Wissen in den Altersfachfragen und der Selbsteinschätzung der Pflegenden über ihr Fachwissen. Unter anderem wurden Schmerzen, Demenz und Delirium von ihnen nicht erkannt. Bei falscher Entlassung von erkrankten Menschen mit Demenz in der Notaufnahme schätzten 77,2 Prozent, dass sie dies erkennen und verhindern würden. Unter einer falschen Entlassung verstehen die Pflegenden beispielweise einen Menschen mit Demenz, der z.B. nach klinischen Parametern einen Herzinfarkt hat, aber aufgrund seiner kognitiven Einschränkung äußerlich keine Symptome zu erkennen gibt.

In den Fachfragen gaben jedoch lediglich 25 Prozent die richtige Antwort. Hier wird beispielhaft deutlich, dass eine Differenz zwischen Selbsteinschätzung und Fachwissen besteht. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei Delir, Demenz und Schmerz. Die forschenden Personen führen die Ergebnisse darauf zurück, dass es nur wenig Fortbildungen zum Umgang mit an Demenz erkrankten Personen in der Notaufnahme gibt. Zudem kommen nur wenige Assessmentinstrumente zu diesen Themen in der Notaufnahme zur Anwendung. Die Studie war logisch sehr gut aufbereitet und die einzelnen Forschungsschritte wurden nachvollziehbar dargestellt.

3.2.3 Ergebnisdiskussion der inkludierten Studien

Die Ergebnisse der einzelnen Studien zeigen, dass bei Pflegenden, welche erkrankte Personen mit einer Demenz in einer ZNA betreuen, geringfügiges Wissen über diese Gruppe vorhanden ist. Die aufgestellten Forschungsfragen konnten nicht vollumfänglich beantwortet werden. Die erste Frage, welches explizite und implizite Wissen haben im direkten Personenkontakt arbeitende

examinierte Pflegende in einer Notaufnahme über bzw. zum Thema Demenz, kann wie folgt beantwortet werden: Das Wissen der Pflegenden wurde mit Hilfe eines Fragebogens eruiert, durch welchen nicht das implizite Wissen abgefragt wurde. Allgemeines Wissen zum Krankheitsbild Demenz, zu den Risikofaktoren, die zu dieser Erkrankung führen sowie den Besonderheiten bei der Pflege von erkrankten Menschen mit Demenz konnte zum Teil korrekt wiedergegeben werden (Pei-Chao et al., 2017, S. 282 ff.; 2012, S. 201 ff.). Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegende in der Notaufnahme über weniger Wissen zum Krankheitsbild Demenz und dessen speziellen Pflegeanforderungen verfügen als beispielsweise Pflegende aus dem Fachbereich Neurologie oder der Inneren Medizin (ebd., 2017, S. 280). Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass bei der Arbeit in einer Notaufnahme die Prioritäten eher auf lebensrettenden Sofortmaßnahmen bzw. akuten pflegerischen Erstbehandlungen als auf der pflegerischen individuellen Versorgung liegen. Für die Zukunft besteht hier Handlungsbedarf. Die Studienlage zeigt, dass eine Verbesserung des Wissens bei Pflegenden in der Notaufnahme zu einer geringeren Mortalität und Senkung der Kosten für die Behandlung von erkrankten Menschen mit Demenz führt (Boltz et al., 2013, S. 441 ff.).

Die erste Frage zum allgemeinen Wissen der Pflegenden zum Thema Demenz konnte aus Sicht der Forscherin nicht erschöpfend beantwortet werden, da das Wissen mittels eines Fragebogens geprüft wurde, welcher geschlossene Fragen vorhielt. Pflegende hatten hier keine Möglichkeit, ihr Wissen zu umschreiben. Des Weiteren kann eine Übertragung auf ZNAs in Deutschland nur bedingt vorgenommen werden, da das Gesundheitssystem in Taiwan ein anderes ist. In Taiwan gibt es mehr akademisierte Pflegende in Notaufnahmen als hierzulande. Der größte Unterschied hierbei ist, dass akademisiert Pflegende über ein erweitertes und vertieftes Wissen verfügen. Dieses Wissen kann nicht problemlos mit nicht akademisiert Pflegenden gleichgestellt werden. In Deutschland stellt die Gruppe der akademisiert Pflegenden noch die Ausnahme dar. Die Forschungsfrage kann daher nicht vollumfänglich beantwortet werden. Die Ergebnisse können und werden zur Erstellung des Interviewleitfadens im empirischen Teil dieser Arbeit genutzt.

Die zweite Frage, welche Erfahrungen Pflegende bei der Versorgung von Menschen mit Demenz in einer Notaufnahme machen, kann wie folgt beantwortet werden:

Die Pflegenden in einer Notaufnahme machen immer wieder die Erfahrung, dass das Milieu in der Notaufnahme entscheidende Auswirkungen auf die Behandlung von erkrankten Menschen mit Demenz hat. Unter Milieu verstehen die Pflegenden sowohl die technische als auch die personelle Ausstattung einer Notaufnahme (Hunter, Parke, Babb et al., 2017, S. 4 ff.). Sie räumten ein, Wissensdefizite im Bereich der Kommunikation zu haben. Ebenso war ihnen bekannt, dass die Betreuungsmöglichkeiten von erkrankten Menschen mit Demenz sowohl von der Anzahl dieser als auch von der personellen Ausstattung abhängig sind und sich hier täglich ändernde Voraussetzungen ergeben können. Sie wünschen sich einen Bereich, in dem sie Menschen mit Demenz von der Hektik der Notaufnahme separieren könnten. Wenn Familienmitglieder erkrankte Menschen mit Demenz begleiten, so sehen die Pflegenden in diesen eine hilfreiche Ressource, zum einen für die Informationssammlung und zum anderen für die Minimierung des Drucks der ständig notwendigen Überwachung derselben (ebd., S. 5 ff.). Diese Erfahrungen wurden in einer Studie beschrieben, von einer Datensättigung ist auf Grundlage der Beschreibung nicht auszugehen.

Die untersuchten Studien stimmen in dem Punkt, dass weiterer Forschungsbedarf zu diesem Themengebiet besteht, überein.

3.3 Einordnung in den wissenschaftlichen Kontext

Die Ergebnisse des Reviews können im wissenschaftlichen Kontext als Übersichtsarbeit eingestuft werden. Sie machen deutlich, dass es weiteren Forschungsbedarf zum Thema "Demenz in der Notaufnahme" gibt. Die Forschungsfragen konnten nicht vollumfänglich beantwortet werden, da das explizite Wissen nur teilweise und das implizite Wissen in den Studien gar nicht erfasst worden ist bzw. nicht Gegenstand der Ausgangsfrage der einzelnen Studien war. Für den empirischen Teil der Arbeit konnten jedoch Erkenntnisse gewonnen werden, die in die Erstellung des Interviewleitfadens einfließen. Die

Problematik, die sich in allen eingebundenen Studien zeigt, ist, dass in den Ländern, in denen geforscht wurde, die Pflegenden zum größten Teil akademisiert sind. Dies kann auf das deutschsprachige Forschungssetting nicht übertragen werden.

Das integrative Review zeigt auf, dass es bereits Forschungsarbeiten im internationalen Raum zum Thema "Wissen von Pflegenden über Menschen mit Demenz in der Notaufnahme" gibt, dies aber nicht vollständig analysiert wurde. Gerade in Bezug auf das implizite Wissen zeigt sich eine Forschungslücke. Im deutschsprachigen Raum konnte eine Vielzahl von Forschungsarbeiten über das Thema "Demenz" in der Notaufnahme eruiert werden, aber keine der gefundenen Arbeiten befasste sich mit Pflegenden in der Notaufnahme und deren Wissen zum Thema Demenz. Vielmehr standen die architektonische Gestaltung von ZNAs im Vordergrund oder Alltags-/Pflegehelfer, welche als Demenzlotsen eingesetzt werden. Das integrative Review zeigt auf, dass die Forschungsfrage nicht beantwortet werden konnte und somit ein Forschungsdesiderat besteht.

4 Ethische Reflexion der Forschungsarbeit

In der Forschungsethik werden ethische Prinzipien und Regeln beschrieben, welche die Beziehung zwischen der forschenden Person auf der einen und dem zu erforschenden Menschen auf der anderen Seite darstellen. Sie legt die Auseinandersetzung der forschenden Person mit ihrer Forschung dar. In der grundsätzlichen Diskussion geht es vor allem um den Schutz des zu erforschenden Menschen und darüber hinaus, welche Konsequenzen die Forschung für diesen haben könnte bzw. welche Schutzkonzepte nötig wären.

Auf Grundlage der Erfahrung aus den menschenverachtenden medizinischen Experimenten der Nationalsozialisten an Gefangenen in Konzentrationslagern sowie den u. a. daraus resultierenden "Nürnberger-Prozessen", welche in den Jahren 1945 bis 1949 durchgeführt wurden und im Rahmen derer in den Jahren 1946/47 insbesondere Ärzte angeklagt wurden, wurde im Rahmen der Urteilsverkündung der sogenannte und bis heute gültige "Nürnberger Kodex" formuliert. Wichtig und unabdingbar ist laut diesem die freiwillige Zustimmung von Versuchspersonen zur Teilnahme an einem entsprechenden Forschungsvorhaben. Dies bedeutet, dass die Testperson im juristischen Sinne geschäftsfähig sein muss. Sie muss die Einwilligung freiwillig und ohne Gewalt, List, Betrug, Vortäuschung falscher Tatsachen oder irgendeiner anderen Form der Überredung oder Zwang erteilen. Des Weiteren muss das eigene Urteilsvermögen durch die Aufklärung so fundiert sein, dass die Einzelheiten des Forschungsvorhabens verstanden und eine verständige und informierte Entscheidung getroffen werden kann (Groß, 2014, S. 559 ff).

Auf dieser Grundlage wurden mit Beginn der Soziologie in den 1960er-Jahren in den USA erste forschungsethische Regeln und Prinzipien formuliert (ASA, 1999).

In den letzten Jahrzehnten wurden diese Ansätze weiterentwickelt und in den einzelnen Fachdisziplinen sowie national bzw. international spezifiziert. Für die Pflegewissenschaft gilt der internationale Ethikkodex für Pflegende, welcher erstmals im Jahre 1953 deklariert wurde. Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft postuliert den nationalen Ethikkodex.

Die ethischen Prinzipien der Pflegewissenschaft umfassen acht Richtlinien, welche in der Pflegeforschung eingehalten werden müssen. Zu diesen Prinzipien gehören die Begründung der Forschungsfrage, die Aufklärung über Ziel und Art der Teilnahme, die Darstellung der Datenverarbeitung sowie die Darlegung möglicher negativer Folgen für die teilnehmende Person. Weitere Prinzipien sind eine ethische Prognose, eine ethische Prävention, die Verpflichtung zur Wahrheit sowie der Datenschutz (Schnell & Dunger, 2018, S. 32 ff.).

Im Folgenden werden die aufgezählten forschungsethischen Prinzipien theoretisch sowie deren Umsetzung in dieser Arbeit dargestellt.

4.1 Theoretische ethische Prinzipien

In dieser Arbeit werden die ethischen Forschungsprinzipien durch die Verwendung und Beachtung verschiedener Ethikkodizes umgesetzt. Das Forschungsvorhaben berücksichtigt sowohl die Deklaration von Helsinki als auch die drei zentralen ethischen Prinzipien in Anlehnung an den Belmont Report: Achtung der Person, Nutzen und Gerechtigkeit (Polit, Beck & Hungler, 2004, S. 96 ff.).

Aus Sicht von Schnell und Heinritz (2006, S. 21 ff.) sind ethisch bedeutsame Aspekte die Vulnerabilität, die informierte Zustimmung (informed consent) sowie die Anonymisierung, damit das Recht auf Privatsphäre geschützt wird.

Wird dies auf die erwähnten acht ethischen Prinzipen der Pflegewissenschaft übertragen, so ergibt sich eine umfassende ethische Betrachtung des Forschungsvorhabens:

- Die forschende Person muss begründen, warum für den wissenschaftlichen Sachverhalt, in welchem geforscht werden soll, ein Forschungsbedarf besteht.
- Sie ist verpflichtet, Gedanken und Motive, aus denen heraus ein Forschungsvorhaben abgeleitet wird, offenzulegen (Schnell, Dunger, 2018, S. 30 ff.).
- Das Forschungsvorhaben muss in seiner Zielformulierung den Nutzen der Forschung begründen.

- Die forschende Person muss zeigen, dass die Forschungsfrage noch nicht durch vorangegangene Forschung beantwortet wurde (Schnell, Dunger, 2018, S. 32; Polit, Beck, Hungler, 2004, S. 97 ff.).
- Die forschende Person muss offen darlegen, unter welchen Umständen und zu welchem Zweck die Testpersonen am Forschungsvorhaben teilnehmen.

Dieses Procedere umschreibt das Prinzip der informierten Einwilligung, dem sogenannten "informed consent" (Hopf, 2015, S. 591 ff.). Im Folgenden wird beschrieben, welcher Voraussetzungen es hierzu bedarf.

Die Teilnahme an einer Studie muss freiwillig sein. Dies bedeutet, dass die an der Forschung teilnehmende Person die Einwilligung auf der Grundlage ausreichender Informationen zur Studie erteilen muss. Diese Informationen müssen demzufolge über Ziel und Zweck der Studie, deren Ablauf, die Bedingungen der Teilnahme sowie eventuelle Risiken für die Testperson selbst aufklären. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Aufklärung so formuliert werden muss, dass ein müheloses Verstehen seitens der teilnehmenden Person sichergestellt wird. Wichtig bei der Einwilligung ist, dass diese den gesamten Inhalt des Forschungsziels umfasst. Um dies zu gewährleisten, muss sicher geklärt werden, dass die Testperson alles verstanden hat und sich in keiner Weise genötigt fühlt, an der Studie teilnehmen zu müssen. Sie muss über das Recht informiert werden, die Einwilligung als Testperson an der Studie zu jedem beliebigen Zeitpunkt widerrufen zu können bzw. die Bearbeitung der abgegebenen Daten ohne Angaben von Gründen oder negativen Konsequenzen untersagen zu können.

Die forschende Person muss das methodische Vorgehen ihrer Forschung begründen können. Dies umfasst sowohl die Methodik der Erhebung als auch der Auswertung (Schnell & Dunger, 2018, S. 32 f.).

Die forschende Person muss die Folgen, die Prognose sowie die Prävention für die Testpersonen in der angestrebten Forschung einschätzten und beschreiben können (Schnell & Dunger, 2018, S. 33 ff.).

Die Folgen, die Prognose und die Prävention können anhand einer Auseinandersetzung mit dem Begriff der Vulnerabilität erörtert sowie die Maßnahmen zur Prävention davon abgeleitet werden.

Das Wort Vulnerabilität wird von dem lateinischen Wort "Vulnus" für Wunde/Verwundung/Verletzlichkeit abgleitet. Die Vulnerabilität kann auf der einen Seite für eine ganze Gruppe von Menschen gelten, auf der anderen Seite aber auch für eine Organisation bzw. Situation. Wird dies auf den Kontext der Pflegenden übertragen, so können diese in einer spezifischen Situation auch als vulnerabel angesehen werden.

Der Grad der Vulnerabilität einzelner Personen, welche im Bereich der Pflege tätig sind, ist individuell von der jeweiligen Einzelperson abhängig und setzt sich laut ten Have aus drei Bestandteilen bzw. Komponenten zusammen (ten Have, 2016, S. 61 ff): Die erste Komponente ist das Ausgesetztsein (exposure). Hiermit wird umschrieben, inwieweit eine Person einer Exposition ausgesetzt ist. Die zweite Komponente ist die Sensibilität (sensitivity). Diese umschreibt, in welcher Form und Intensität bzw. ob und inwiefern der Mensch physisch oder psychisch auf gewisse Umstände reagiert. Die dritte Komponente ist die Möglichkeit, sich anzupassen (adaption). Diese umschreibt, inwiefern ein Mensch die Fähigkeit besitzt, sich mit den Gegebenheiten zu arrangieren (ebd. 2016, S. 65 ff.). Werden diese Aspekte berücksichtigt, so könnten sie auf die Pflegenden und deren Arbeitsplatzumgebung Auswirkungen haben.

Die deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) sowie der Berufsverband Deutscher Soziologen postuliert, dass die zu Beforschenden ausführlich über alle Risiken aufgeklärt werden müssen, vor allem über jene, "die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist" (DGS, 2017).

Die forschende Person ist der Wahrheit sowie dem Datenschutz verpflichtet (Schnell & Dunger, 2018, S.34 ff.).

Die Pflicht zur Wahrheit umfasst vor allem, keine Versprechen abzugeben, die unrealistisch sind sowie klare verständliche Aussagen zu treffen, welche aus den Forschungsergebnissen abgeleitet werden können. Die Wahrung der Datenschutzgrundverordnung beinhaltet vor allem die ordnungsgemäße

Verarbeitung von personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Anonymität der Testpersonen. Personenbezogene Daten dürfen nur zu wissenschaftlichen Zwecken und unter Wahrung der Anonymität veröffentlicht werden, es sei denn, der Studienteilnehmer willigt in personenbezogene Veröffentlichungen explizit ein.

4.2 Ethische Umsetzung

4

Für diese Arbeit ist das Forschungsvorhaben durch ein vorab durchgeführtes integratives Review bestätigt worden. Das integrative Review ist Bestandteil dieser Arbeit und in Kapitel 3 näher beschrieben.

Die Vorabinformation der zu erforschenden Personen erfolgte durch eine erste Kontaktaufnahme via Telefon. In diesem Telefonat wurden die Studienziele erklärt und die Kontaktdaten zur Übersendung des Informationsschreibens sowie des Einwilligungsschreibens aufgenommen. Das Informationsblatt beinhaltete die Beschreibung des Forschungsvorhabens sowie Angaben zur Dauer des Interviews. Durch die Einverständniserklärung wurde schriftlich die Aufklärung über das Forschungsvorhaben fixiert und die Anonymität respektive die Pseudonymisierung der Interviewteilnehmenden garantiert. Die Verfasserin der Arbeit erklärte sich im Vorfeld bereit, einen persönlichen oder telefonischen Termin mit den diesen zu vereinbaren, um eventuelle Fragen zum Ablauf des Interviews, Verständnisfragen etc. zu klären. Diese Fragen sollten im Vorfeld des eigentlichen Interviewtermins beantwortet werden. Das Angebot wurde von keinem der teilnehmenden Personen in Anspruch genommen.

Die Interviewten berichteten ausschließlich das, was sie freiwillig von sich preisgaben. Auf diese Weise kann davon ausgegangen werden, dass das Recht auf Privatsphäre eingehalten wurde. Die Wahrung der Anonymität wurde gewährleistet, indem jeder Testperson ein Code zugewiesen wurde und die Daten somit pseudonymisiert wurden. Die Pseudonymisierung wurde durch die Verfasserin dieser Arbeit vorgenommen. Sie erfolgte zum einen dadurch, dass die Interviewten im Transkript mit IP abgekürzt wurden (siehe Anhang D Transkriptionsregeln). Zum anderen wurden die Interviews durchnummeriert. Somit erhielt jede interviewte Person respektive jedes Interview

eine Nummer, wodurch sich Aussagen nachvollziehen ließen, ohne etwaige Rückschlüsse zuzulassen.

Die Namen der Interviewten waren dadurch nur noch auf den Einverständniserklärungen ersichtlich, welche ausschließlich der Verfasserin zugänglich sind. Somit wurde das Recht auf Privatsphäre ebenfalls gewahrt.

Der Erhalt der persönlichen Ressourcen wurde beachtet. Den an der Studie teilnehmenden Personen war vorab bekannt, welchen zeitlichen Umfang die Interviews etwa in Anspruch nehmen würden.

Durch die vorstehend dargestellten Punkte ist der "informed consent" erfüllt.

Die Forschungsmethode sowie deren Begründung zur Auswahl wird in Kapitel 5 ausführlich beschrieben.

Die Präventionsmaßnahmen wurden im Informationsschreiben ausführlich dargelegt (Anhang B, C) sowie weiter oben in diesem Kapitel beschrieben. Somit wurde für die Prävention der an der Studie teilnehmenden Personen das bestmögliche bewirkt. Die Pflegenden wurden als Personen mit Expertise befragt, weshalb davon auszugehen ist, dass sie keiner vulnerablen Gruppe angehören (Pflege & Gesellschaft, 2017). Diese wurden zu persönlichen Erfahrungen und Erkenntnissen über Menschen mit Demenz in einer Notaufnahme befragt. Das Forschungsvorhaben beinhaltet fünf Interviews mit Personen mit Expertise und keine Beobachtung, sodass auch hier der Umstand der Vulnerabilität nicht gegeben ist.

Die deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) sowie der Berufsverband Deutscher Soziologen postulieren, dass die zu Beforschenden ausführlich über alle Risiken aufgeklärt werden müssen, vor allem über jene, "die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist" (DGS, 2017). In den Interviews war nicht davon auszugehen, dass dies der Fall sein könnte. Falls es dennoch zu emotionalen Belastungen gekommen wäre, hätte die Forscherin nicht selbst interveniert, um in keinen Rollenkonflikt zu geraten. Sie fungierte als Vermittlerin zu einer Beratungsstelle bzw. zu einer Person, welche im psychologischen Kontext tätig ist, die vorab über das Forschungsvorhaben informiert wurde und via Telefon, Skype oder für ein persönliches Treffen zur Verfügung stand.

Der beschriebene ethische Standard wurde bei der vorliegenden Studie durch folgende Maßnahmen eingehalten: Die Interviewpartner wurden direkt vor der Teilnahme an den Interviews nochmals mündlich über Ziele und Forschungszweck aufgeklärt. Ihre Einwilligung in die Befragung sowie die Einhaltung des Datenschutzes wurde in einer Einverständniserklärung schriftlich zusammengefasst. Durch ihre Unterschrift war der schriftliche Nachweis der informierten Einwilligung erbracht. Die Testpersonen erhielten ein Exemplar der Einverständniserklärung. Ein weiteres blieb bei den sicher verwahrten Unterlagen in einem feuerfesten nur der Interviewerin zugänglichen Aktenschrank, was bedeutet, dass die Einverständniserklärungen für niemanden außer der Verfasserin dieser Arbeit zugänglich sind. Nach Ablauf einer Frist von zehn Jahren werden diese vernichtet (§ 147 AO). Die Datenschutzgrundverordnung wurde ebenfalls beachtet. Den Interviewten wurde versichert, dass die Tonbandaufnahmen ausschließlich von der Interviewerin abgehört und nach Abschluss der Transkription gelöscht werden. In den Interviewtranskripten wurden keine Namen verwandt. Die Pseudonymisierung wurde bereits weiter oben beschrieben und eingehalten.

Durch die Einhaltung der oben genannten formalen Vorgaben wurden die Kriterien der informierten Einwilligung und das Recht auf Privatsphäre erfüllt.

Da davon auszugehen ist, dass keine vulnerable Personengruppe befragt wurde, sondern Pflegende in ihrer Eigenschaft als Personen mit Expertise, wurde auf ein ethisches Clearing durch eine Ethikkommission verzichtet.

5 Methodologie und methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird der empirische Teil und der methodologische Zugang der Forschungsarbeit beschrieben. Zunächst findet eine kurze Einführung in die wissenschaftstheoretischen Grundlagen statt. Anschließend wird das Forschungsdesign theoretisch beschrieben. Die Forscherin wählte ein Forschungsdesign, welches einen Beitrag zur induktiven Datenerhebung leistet, da das Wissen des Einzelnen über die Demenz im Setting einer ZNA im Vordergrund steht. Die Arbeit wird dem interpretativen Paradigma zugeordnet. Zwei der bedeutenden Vertreter, Husserl und Heidegger, werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Zur Auswertung der empirischen Erhebung wurde die deskriptive Phänomenologie nach Colaizzi gewählt, welche sich auf die Philosophie Husserls zurückführen lässt. Dieses Vorgehen wurde modifiziert durch die Philosophie Heideggers. In der Methodologie stehen sich diese beiden Ansätze häufig diametral gegenüber. Im Fortfolgenden wird methodisch dargestellt, warum sich diese Ansätze ergänzen und wie dies der Beantwortung der Forschungsfrage dient.

5.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Die Wissenschaftstheorie ist eine Strömung der Philosophie. Sie setzt sich mit der Thematik auseinander, welche Aussagen als wissenschaftlich begründet gelten. Es findet ein Diskurs über Methodik statt. Gegenstand dieses Diskurses ist, wie wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden können (Mayer, 2011, S. 16). Die Tendenz zu einer spezifischen wissenschaftlichen Vorgehensweise sollte vom Forschenden nicht durch seine persönliche Präferenz für einen bestimmten Forschungsansatz begründet werden. Vielmehr ist die Grundstruktur des zu erforschenden Gegenstandes sowie der aktuelle Kenntnisstand ausschlaggebend für die Wahl der Methodologie und deren Methodik (Morse & Field, 1998, S. 12; Mayer, 2011, S. 74 ff.).

Um einen geeigneten Forschungsansatz bestimmen zu können, sollte das Paradigma festgelegt werden, welches als Grundlage des Forschungsansatzes gelten soll. In der Soziologie wird seit Wilson (1970) das interpretative Paradigma vom normativen Paradigma unterschieden (Wilson, 1970, S. 57 ff.). Das interpretative Paradigma beschreibt einen theoretischen Ansatz der Soziologie, welcher in mehrere Schulen unterteilt ist. Die Vertreter dieses Ansatzes verstehen dabei

(...) die sozialen Beziehungen (...) als interpretative Prozesse, in denen sich die Handelnden durch Sinndeutungen der Erwartungen oder möglichen Verhaltensweisen der jeweiligen Handlungspartner aufeinander beziehen" (Hillmann, 1994, S. 387).

Dies bezieht sich darauf, dass die Handlendenihrem Handeln einen Sinn beimessen. Die eigene Handlung ist wiederum auf die Handlung des anderen bezogen, welches der Handlende als sinnvoll wahrnimmt. Auf dieser Grundlage entwirft die handelnde Person die Richtung und den Ablauf seiner eigenen zuzusagenden antwortenden Handlung (vgl. Wilson, 1981, S. 59).

Im Unterschied zum normativen Paradigma, bei dem die Teilnehmenden einer Interaktion ein gemeinsames Prinzip von festgelegten Bedeutungen und Symbolen teilen, ist die Perspektive beim interpretativen Paradigma genau umgekehrt. Es gibt keine feste geordnete Norm in einer Rolle, sondern eine individuelle Auffassung der jeweiligen Situation. Die Akteure versuchen durch Justierungen ihrer individuellen Interpretationen eine gemeinsame Wirklichkeit zu entwickeln.

Die kollektive Identität der interpretativen Forschungsperspektive umfasst verschiedenen Zugänge zum höchst unterschiedlichen "Verstehen" der Arbeiten. Da es in der vorliegenden Arbeit um das Wissen Pflegender geht, wird im Rahmen des interpretativen Paradigmas der Zugang über die Wissenssoziologie gewählt. Die Wissenssoziologie vertritt die Annahme, dass die soziale Realität nur durch ein Wirklichkeitskonstrukt zugänglich sei. Die Vorstellung der Realität sei sozial ausgehandelt und entstehe als Resultat von Interpretationskämpfen.

Unter dem Sammelbegriff des Sozialkonstruktivismus wird eine Vielzahl von sozialwissenschaftlichen Perspektiven miteinander verbunden. Diese

beziehen sich auf die unterschiedlichen Weisen der Herstellung von Wissen durch soziale Handlung. Der Begriff der Konstruktion muss hierbei als Metapher verstanden werden, welche die Tätigkeit und das "Gemachtsein" durch die Person beschreibt. Hierbei ist zu beachten, dass dies ohne einen Plan geschieht (Keller, 2005b, S. 36). In der Soziologie über soziale Probleme hat sich der Begriff des "Konstruktionismus" etabliert (Schmidt, 2000, S. 153 ff.), der auch als Sozialkonstruktivismus benannt wird.

Die sozialkonstruktivistische Wissenssoziologie hat ihren Ursprung in dem Buch "Gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit" von Berger und Luckmann. Diese beschäftigen sich darin mit den Prozessen der Generierung, Objektivierung sowie Institutionalisierung von Wissen als objektive Wahrheit (Keller, 2005a: Abs. 6). Berger und Luckmann erforschen, wie eine soziale Welt durch soziale Praktiken von Personen erstellt wird und diese zeitgleich von ihnen als objektiv, äußerlich und quasi naturgegeben wahrgenommen wird (Knorr-Cetina, 1989, S. 87 ff.). Aus ihrem Blickwinkel besteht kein begreifbares "an sich" der sozialen Welt "jenseits der Bedeutungszuschreibungen, auch wenn ihre materiale Qualität uns durchaus Widerstände entgegensetzt, Deutungsprobleme bereitet und nicht jede beliebige Beschreibung gleich evident erscheinen lässt" (Keller, 2005b, S. 40).

Diese Art der Strukturierung einer Situation beschreibt die Interpretation der Situation (Abels, 2007, S. 39 f.).

Das interpretative Paradigma unterteilt sich in verschiedene Schulen. Den symbolischen Interaktionismus, der mit den Personen Erving Goffman und Herbert Blumer verbunden wird, die Chicago School mit ihren Vertretern Robert E. Park oder William I. Thomas oder auch George H. Meat sowie Peter L. Berger und Thomas Luckmann. Aber auch Edmund Husserl und Martin Heidegger zählen zu den Vertretern des interpretativen Paradigmas.

Da das Ziel dieser Arbeit das Wissen von Pflegenden in ihrem beruflichen Kontext ist, und zwar mit dem Fokus auf Menschen mit Demenz in einer ZNA, wurde das interpretative Paradigma gewählt. Der Grund ist, dass davon auszugehen ist, dass Menschen mit Demenz eventuell in einem ihnen fremden Umfeld nicht immer adäquat handeln. Dies wiederum könnte zur Folge haben, dass die Pflegenden Umstände und Situationen interpretieren müssen. Um

diesen Sachverhalt gut beschreiben zu können, wurde die Methodik der Phänomenologie gewählt.

Der phänomenologische Gedanke hat Gemeinsamkeiten mit der Pflegepraxis hinsichtlich einer Perspektive, die die Einzigartigkeit eines jeden Menschen in all seiner Umwelt respektiert (Edward, 2006, S. 236 ff.).

In den folgenden Kapiteln werden die wichtigsten Vertreter der Phänomenologie sowie die gewählte Methodik der vorliegenden Arbeit beschrieben. Den Abschluss des Kapitels bildet die theoretische Zusammenführung der beiden phänomenologischen Ansätze, interpretativ sowie deskriptiv, in dieser Arbeit.

5.2 Allgemeine Einführung in die Phänomenologie

Die Phänomenologie hat ihre Wurzeln in der Philosophie und Psychologie (Polit et al., 2004, S. 215). Unter dem Begriff der Phänomenologie werden verschiedene Ansätze zusammengefasst, welche zur Erforschung des Gegenstandes verwendet werden (Brandenburg & Panfil, 2013, S. 70-77). Der Forschungsgegenstand der Phänomenologie ist die gelebte subjektive Erfahrung des Menschen (Polit et al., 2004, S. 215). Die Erfahrung wird als Phänomen bezeichnet und soll auf ihre Eigenheiten und Details untersucht werden. Forschende Personen im phänomenologischen Kontext studieren subjektive Phänomene. Diese sind im Gegensatz zu objektiven Phänomenen nicht wissenschaftlich begründet, was bedeutet, dass keine messbaren Parameter herangezogen werden können. Vielmehr lassen sich diese aufgrund von persönlichen Erfahrungen mit der Auffassung herleiten, dass entscheidende Wahrheiten in Bezug auf die Wirklichkeit ihren Ursprung in der gelebten Erfahrung von Menschen haben (ebd., 2004, S. 218). In den neueren Theorieansätzen umschreibt der Begriff "Wahrheit" unter anderem eigene Meinungen oder persönliche Überzeugungen. Ziel dieser Untersuchung ist es, die Bedeutung der Erfahrung von Menschen aus deren Perspektive darstellen zu können. Es sollen möglichst viele Perspektiven beschrieben werden, um eine möglichst umfassende Beschreibung des Phänomens zu bekommen (Brandenburg & Panfil, 2013, S. 70 ff.).

Neue Perspektiven sollen den Menschen, welche das gleiche Phänomen schildern, sowie den Forschenden zeigen, dass es auch neue bzw. andere Perspektiven zum gleichen Phänomen gibt. Die vielfältigen perspektivisch geschilderten Erfahrungen ermöglichen erst die Erfassung des Phänomens. Dies ist vor allem in Bezug auf die Beschreibung und das Begreifen des Phänomens wichtig. Jede Perspektive trägt zu einem tieferen Verständnis bei. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass es nicht nur die eigene Wahrheit eines Phänomens gibt, sondern multiple Wahrheiten (ebd., 2013, S. 71). Forschende Personen, die mit der Methode der Phänomenologie arbeiten, gehen davon aus, dass es eine nicht wandelbare essenzielle Struktur der Phänomene gibt, welche das Verstehen des Phänomens ermöglicht (Polit et al., 2004, S. 218). Wichtig ist hierbei die Beachtung der vier Aspekte der Erfahrung (siehe Kapitel 2.3.1) sowie das Vorwissen der forschenden Person. Das Vorwissen kann als Vorteil gesehen werden, da es Vorannahmen generiert und den Blick der forschenden Person schärft. Gleichzeitig muss dennoch darauf geachtet werden, dass die Ansicht der forschenden Person nicht in den Vordergrund gedrängt wird.

Die Phänomenologie hat nicht das Ziel, aus den Daten Theorien abzuleiten (Brandenburg & Panfil, 2013, S. 78). Vielmehr soll die Sicht Betroffener dargestellt werden, um diese besser nachempfinden und verstehen zu können.

Aus der deskriptiven und interpretativen Phänomenologie entwickelten sich in der Pflegewissenschaft drei Schulen:

- Die erste Schule von Duquesne vertritt die Grundlagen der deskriptiven Phänomenologie nach Husserl. Aus dieser Schule stammen die Vertreter van Kaam, Colaizzi und Giorgi (Polit et al., 2004, S. 370). Die Methode nach Colaizzi sowie die Verknüpfung des deskriptiven Ansatzes nach Husserl mit dem interpretativen Ansatz nach Heidegger werden unter Kapitel 5.2.2dargestellt.
- Die zweite Schule wird als Utrechter Schule bezeichnet. Diese kombiniert die Ansätze der deskriptiven und der interpretativen Phänomenologie. Ein bekannter Vertreter dieses Ansatzes ist van Manen (ebd., 2004, S. 370 f.).

3. Die dritte Schule vertritt den interpretativen Ansatz, welcher auch als Heidegger'sche Hermeneutik bezeichnet wird. Die bekanntesten Vertreter sind hier Diekelmann und Benner (ebd., 2004, S. 372).

5.2.1 Edmund Husserl

In der Philosophie gilt Descartes als Begründer des frühzeitlichen Rationalismus. Der Rationalismus ist eine philosophische Strömung in deren Mittelpunkt der Mensch mit seiner Vernunft steht. Benutzt der Mensch seine Vernunft, ist diese für das Erkennen und Wahrnehmen der Wirklichkeit entscheidend. Der Philosoph Descartes führte seine Beobachtungen auf eine wissenschaftliche Sichtweise zurück. Die Beobachtung des alltäglichen Lebens wird hier vernachlässigt. Dies wurde von Edmund Husserl bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts kritisiert. Es dauerte mehrere Jahre, bis Husserl seine Gedanken über die Phänomenologie abschließen konnte. Er überarbeitete und verifizierte seine Gedanken immer wieder (Hackermeier, 2008, S. 141 ff.). Sein oberstes Prinzip lautet "zurück zu den Sachen selbst" (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 362). Mit dieser Aussage umschreibt Husserl, welche Betrachtungsperspektive die Forscher einnehmen müssen, nämlich die Perspektive dessen, was oder wen sie beobachten. Das Forschungsziel ist eine genaue Beschreibung der Gegebenheiten, wie sie der zu Beobachtende vermutlich beschreiben würde. Husserl unterscheidet zwei Ebenen, auf denen sich Phänomene präsentieren können. Die erste Ebene nennt er "Noesis". In dieser werden die Phänomene so beschrieben, wie sie sich dem Betrachter zeigen. Die zweite Ebene wird als "Noema" bezeichnet. Hierbei handelt es sich um das reine Wissen um das Wesen eines Phänomens (Käppeli et al., 2009, S. 218). Husserl will mit dieser Unterscheidung zu bedenken geben, dass es viele Möglichkeiten der Noesis gibt. Denn wie ein Phänomen wahrgenommen wird, hängt von der Perspektive des Betrachters ab. Das Wesentliche eines Phänomens ändert sich hingegen nicht (ebd.). Der Auftrag der forschenden Person ist die Herausarbeitung des Wesentlichen eines Phänomens (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 362). Um diesem Auftrag gerecht zu werden, muss eine grundlegende Reduktion stattfinden. Husserl beschreibt vier Stufen der Reduktion:

Die erste Reduktionsstufe schildert den Übergang von der theoretischen Welt zur Lebenswelt. Sie wird auch als "Epoche" bezeichnet. Unter dem Begriff der theoretischen Welt beschreibt Husserl die Welt, welche mit traditioneller, ideologischer oder religiöser Weltdeutung belegt ist. Das Wissensverständnis der forschenden Person ist durch eine oder mehrere theoretische Welten geprägt. Die Lebenswelt der Menschen ist die Welt der natürlichen Einstellungen. Darunter versteht Husserl die alltägliche Lebenserfahrung, die der Mensch unabhängig von der theoretischen Welt macht (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 362). Um die theoretische Welt zu verlassen und in die Lebenswelt der Betroffenen zu wechseln, müssen die Forschenden ihr Vorwissen ausklammern. Dies dient dazu, dass sie die Suche nach dem wesentlichen Phänomen auch an sich selbst wahrnehmen können (Lamnek, 2010, S. 46 ff.).

Die zweite Reduktionsstufe umfasst den Wechsel der Perspektive von einer natürlichen zu einer phänomenologischen Einstellung. Diese Reduktionsstufe wird auch als "phänomenologische Reduktion" bezeichnet (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 363; Lamnek, 2010, S. 46 ff.) Die Forscher sollen durch eine Distanzierung zum Subjekt und die Reflexion des eigenen Verhaltens eine Unbefangenheit gegenüber dem Natürlichen erreichen (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 363). Das reflektierte Subjekt (evtl. die an der Studie teilnehmende Person) wird zum unbeteiligten Zuschauenden ihrer Denkerlebnisse und ihres zielgerichteten Vorhabens (Intentionalität). Es ist für die Forschenden nicht von Bedeutung, ob der Gegenstand real existiert oder nicht, einzig wichtig ist die Intentionalität (Lamnek, 2010, S. 46; Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 363).

Die dritte Reduktionsstufe führt von der phänomenologischen Einstellung zur Wesensschau. Sie wird auch als "eidetische Reduktion" bezeichnet (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 363). Wichtig in diesem Schritt ist die Herausarbeitung des Wesens eines Gegenstandes bzw. das wesentliche Gedankengut eines Phänomens. Mit dem Begriff des Invarianten bezeichnet Husserl das Unveränderliche des Phänomens (Lamnek, 2010, S. 47 ff.). Es bedarf einer nüchternen Reflexion der forschenden Person, um die Vielfalt der Variationen des Invarianten herauszuarbeiten. Dennoch sollen die forschenden Personen

frei variieren, um möglichst viele Perspektiven des Phänomens darstellen zu können (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 363).

Die vierte Reduktionsstufe ist die "transzendentale Reduktion". Der Begriff transzendental beschreibt die Erkenntnisart, die von Erfahrung und Wahrnehmung unabhängig ist (Textor, 2011, S. 455). Für Husserl ist diese Stufe die abstrakteste und zugleich entscheidendste Reflexionsstufe (Hackermeier, 2008, S. 148 ff.). In dieser Stufe wird die eigene Intention beschrieben. Hier beschäftigt sich die forschende Person damit, wie das Wesen einer Sache (evtl. des Phänomens) in dessen Bewusstsein erscheint und wie er dieses reflektiert (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 363). Diese Art der Betrachtung führen die forschenden Personen auf ihr "Ich" zurück, welches vor dem Bewusstsein im psychologischen Sinne liegt. Sie erreichen dadurch den Zustand des reinen, absoluten oder transzendentalen Bewusstseins (Lamnek, 2010, S. 47 ff.).

Auf die phänomenologische und transzendentale Reduktion kann in den Sozialwissenschaften verzichtet werden, da diese Reflexionen zur individuellen Selbst- und Welterkenntnis der forschenden Person beitragen. Diese Reduktionstufen haben einen Bezug zum wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse der transzendentalen Subjektivität des Forschenden an der Erfassung der Wesensstruktur. Die Anwendung der beschriebenen Reduktionsstufen nach Husserl beschränkt sich somit auf Stufe eins und drei (Lamnek, 2010, S. 48 ff.). Da es in dieser Arbeit um die Erkenntnis der Wesensstruktur aus dem tatsächlich Vorfindbaren geht, werden alle Reduktionstufen durchlaufen. Ziel der Arbeit ist, die unwandelbare Wesensstruktur der Phänomene darzustellen. Hierfür müssen auch die beiden letzten Reduktionstufen berücksichtigt werden.

In der deskriptiven Phänomenologie kommt eine Vielzahl von Methoden zur Anwendung, welche sich aus den unterschiedlichen philosophischen und soziologischen Strömungen entwickelt haben. Im Bereich der pflegewissenschaftlichen Forschung finden die Methoden der wichtigsten Vertreter van Kaam, Colaizzi und Giorgi am häufigsten Anwendung. Diese Methoden haben ihre Grundlagen in den Ideen und Beschreibungen der ersten und dritten Reduktionstufe nach Husserl (Hattiangadi, 2009, S. 61).

Zunächst soll ein Überblick über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei Methoden gegeben werden. Das charakteristische Ergebnis aller drei Methoden ist die Beschreibung der Bedeutung einer Erfahrung der an der Studie teilnehmenden Person anhand der Identifizierung essenzieller Themen. In diesen Fällen wird nach gemeinsamen Mustern des Phänomens gesucht (Polit et al., 2004, S. 370). Die Hauptunterschiede liegen im Validierungsanspruch der Ergebnisse. In der Methode nach Colaizzi wird eine Validierung der Ergebnisse durch die an der Studie teilnehmenden Person verlangt. Bei der Methode nach Giorgi ist es ausreichend, wenn die Forscher die Validierung selbst vornehmen. Eine externe Überprüfung, egal in welcher Form, ist nicht notwendig. Van Kaamfordert eine Validierung der Ergebnisse. Hierbei reicht jedoch die intersubjektive Übereinstimmung von anderen erfahrenen Forschern aus (ebd., 2004, S. 370 ff.). Eine Validierung durch die Teilnehmenden selbst trägt dazu bei, dass diese sich im beschriebenen Phänomen selbst erkennen. Dies soll verhindern, dass die Beschreibung des Phänomens der Wahrnehmung der forschenden Personen unterliegt (Flick, 2019, S. 473 ff.). Dies gewährleistet wiederum, dass das Phänomen aus der Erfahrung der teilnehmenden Personen heraus beschrieben wird und kein Detail verloren geht.

Wie die Ergebnisdarstellung der drei Methoden gestaltet wird, ist aus der Literatur nicht einheitlich ersichtlich. Die meisten Texte verweisen auf einen noch zu erstellenden Bericht, in dem sowohl das Phänomen gut beschrieben als auch die Vorgehensweise der forschenden Person in beiden Reduktionsstufen dargelegt wird.

Die Methode von Colaizzi hat das Ziel, die Wahrnehmung der teilnehmenden Personen darzustellen. Des Weiteren beschreibt sie als eine Voraussetzung, dass das herausgearbeitete Phänomen zunächst durch die teilnehmenden Personen validiert wird. Dies wird durch eine zusätzliche Validation durch Personen ergänzt, welche im gleichen Setting arbeiten, aber nicht befragt worden sind. Somit reduziert sich der Bias, dass die forschende Person das Phänomen einzig aus ihrer Perspektive begreift und beschreibt. Die Darstellung durch die Perspektive der erlebenden Personen ist Ziel dieser Arbeit.

5.2.2 Martin Heidegger

5

Die interpretative Phänomenologie entstand durch die Kritik Heideggers an Husserl, wonach es der forschenden Person nicht möglich ist, ihr gesamtes Vorwissen auszuklammern oder zu transzendieren (Spichinger & Prakke, 2003, S. 129). Vielmehr sei dieses ein Teil des Forschungsfeldes und beeinflusse mit ihrer Forschungsfrage die teilnehmenden Personen und somit letztendlich auch das Phänomen (Brandenburg & Panfil, 2013, S. 78). Die forschende Person benötige ein gewisses Vorwissen, um sich dem Phänomen nähern zu können.

Um die Forschungsmethodik der interpretativen Phänomenologie verstehen und anwenden zu können, besteht die Notwendigkeit, sich mit der philosophischen Sichtweise auseinanderzusetzen. Heidegger geht davon aus, dass der Mensch ständig seine Lage in der Welt interpretiert. Unter dem Begriff der Welt versteht Heidegger ein Netzwerk, welches aus Beziehungen, Verhaltensweisen und Sprache besteht. Der Mensch wird in dieses Netzwerk hineingeboren und ist von der dort herrschenden Kultur beeinflussbar (Spichinger & Prakke, 2003, S. 129). Durch diese Gegebenheit steht fest, dass dem Menschen nur bestimmte Dinge möglich sind, in Abhängigkeit seines kulturellen Netzwerkes. Für die Forschung lässt sich daraus ableiten, dass der Kontext eines Phänomens wichtig ist und bei der Interpretation berücksichtigt werden muss (ebd., 2003, S. 129 ff.). Heidegger unterscheidet drei Arten des Seins in der Alltagswelt. Diese drei Arten müssen der forschenden Person bewusst sein, um das Phänomen wahrnehmen zu können (ebd., 2003, S. 130).

Unter dem Begriff "Zuhanden" versteht Heidegger den vertrauten, selbstverständlichen Umgang mit Dingen im Alltag. Der gewohnte Ablauf des Alltags wird vom Menschen bewusst kaum wahrgenommen. "Unzuhanden" bedeutet, dass der vertraute bzw. gewohnte Ablauf, aus welchen Gründen auch immer, gestört wird (McManus, 2012, S. 190 ff.). Zuhandenheit und Unzuhandenheit setzen praktisches Tun und involviertes Sein voraus (Spichinger & Prakke, 2003, S. 130). Die dritte Art ist die sogenannte Vorhandenheit. Hierunter versteht Heidegger einen Vorgang, welcher eine theoretische Auseinandersetzung mit Stoppen des alltäglichen Ablaufs beinhaltet und ein

unvoreingenommenes Reflektieren über die Eigenschaften von Dingen beinhaltet (McManus, 2012, S. 191 ff.).

In der interpretativen Forschung wird davon ausgegangen, dass keine objektive Beobachtung möglich ist. Die Forschenden sind immer auch Teilnehmende an ihrem Forschungsfeld und möchten dies von innen heraus erkunden. Durch das Vorwissen der forschenden Person über ihr Untersuchungsgebiet wird ihre Sicht der Dinge beeinflusst. Umgekehrt bringen sie dadurch aber auch Verständnis über die Welt mit, welche sie erforschen möchten. Das bedeutet, dass sie einige Aspekte mit ihrem Forschungsfeld teilen (Spichinger & Prakke, 2003, S. 130). Dieses Forschungsvorverständnis wird von Heidegger als Vorstruktur des Interpretierens bezeichnet. Hierbei ist es wichtig, dass die Forschenden drei Aspekte berücksichtigen. Der erste Aspekt ist das "Vorhaben". Hierbei müssen sich die Forschenden bewusst machen, dass sie das Selbstverständliche ihrer eigenen Alltagswelt betrachten. Aus ihrer vertrauten alltäglichen Welt heraus werden die Forschungsfragen entwickelt, welche den Hintergrund für die jeweilige Interpretation darstellen (ebd., 2003, S. 130). Der zweite Aspekt ist die "Vorsicht". Die Forschenden sollten sich bewusst machen, dass ihr Blickwinkel zu Beginn der Forschung sowohl das Thema eines Projekts als auch die Forschungsfrage und die Datenanalyse beeinflusst. Der dritte Aspekt ist der "Vorgriff". Die Forschenden müssen bei der Beantwortung der Forschungsfrage vorsichtig vorgehen. Denn diese basiert auf dem vertrauten Hintergrund der forschenden Person. Somit besteht zumeist bereits eine Vorstellung über die mögliche Antwort und Interpretation (ebd., 2003, S. 131).

Die Datensammlung in der interpretativen Phänomenologie wird von der Forschungsfrage bestimmt. Die Datensammlung sollte flexibel gestaltet und, wenn nötig, bezüglich der Forschungsfrage erneut angepasst werden. Bei der Wahl der Datenerhebung ist zudem noch wichtig, dass ein bestmöglicher Zugang zu der Alltagswelt des Forschungsgegenstandes berücksichtigt wird. Wählen die Forscher einen Zugang zum Feld über eine Beobachtung, so sollte bedacht werden, dass das Unzuhandene leichter zu beobachten ist als das Zuhandene. Die Forschenden können auch Interviews mit offenen Fragen wählen. Von Vorteil bei der phänomenologischen Datensammlung ist es, die Beobachtungen oder Interviews zu wiederholen. Dies soll dazu führen, dass

die Strukturen des Phänomens wiederholt erkannt werden und kein Detail verloren geht. Das Erhobene soll sich sozusagen festigen. Die Wiederholung soll dazu dienen, übersehene Aspekte und Fragen, die durch die Bearbeitung der Transkripte entstehen, zu klären (ebd., 2003, S. 131).

Die Datenanalyse startet, sobald den Forschenden der erste Text zur Verfügung steht. Dieser kann durch Interviews oder Beobachtungen entstehen, welche verschriftlicht werden. Während der gesamten Datenerhebung und darüber hinaus wird die Analyse fortgeführt. Für Heidegger ist es essenziell, dass die forschende Person, welche mit der Methodik der Phänomenologie arbeitet, in den Zirkel des Verstehens, das heißt, in den hermeneutischen Zirkel, eintritt. Heidegger beschreibt zwei hermeneutische Zirkel.

Der erste Zirkel befasst sich mit der kreisenden Gedankenbewegung. Die Gedanken kreisen zwischen dem Verstehen des Ganzen und den einzelnen Teilen hin und her (Vetter, 2006, S. 20). Das bedeutet, dass die Forschenden zum Beispiel zunächst nur einen Teil des Textes oder nur einzelne Worte verstehen. Da der Text aber aus vielen Worten besteht, erschließt sich somit das Ganze. Dieser Prozess kann auch umgekehrt ablaufen, indem sich erst durch die Erkenntnis des Ganzen die Bedeutung einzelner Textteile oder Worte erschließen lässt (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 365).

Der zweite Zirkel ist eher mit einer Spirale zu vergleichen und befasst sich mit dem Verstehen an sich. In diesem Zirkel ist das Vorwissen der forschenden Person von großer Bedeutung. Dadurch, dass der Text verstanden wird, verändert sich das Vorwissen der forschenden Person und somit ihr Textverständnis. Dieser Vorgang kann sich beliebig oft wiederholen und nie abgeschlossen werden. Das Phänomen kann nur bestmöglich aber niemals endgültig verstanden werden (Lamnek, 2010, S. 57 ff.).

Eingegrenzt wird die Interpretation der Zirkel nur durch die Forschungsfrage (Benner, 1994, xvii ff.). Es geht nicht darum, die perfekte und korrekte Interpretation zu finden, sondern vielmehr darum, die möglichen Interpretationen aufzuzeigen. Dadurch wird das Phänomen aus immer wieder neuen Perspektiven betrachtet, was einen nie endenden Prozess darstellt (Spichinger & Prakke, 2003, S. 132). Die Forschenden können sich der Welt der an der

Studie teilnehmenden Personen annähern, sie können diese Alltagswelt jedoch nie komplett in Worten beschreiben (Benner, 1994, xivv ff.).

5.2.3 Methode nach Colaizzi

5

Die Methode der inhaltsanalytischen Untersuchung nach Colaizzi umfasst sieben Schritte. Im ersten Schritt sollen die Forschenden alle Interviews lesen, um ein Gespür, eine Idee oder ein Gefühl für das Thema zu bekommen. Der zweite Schritt umfasst das Herausarbeiten der wesentlichen Aussagen jedes einzelnen Protokolls. Die Forschenden sollen im dritten Schritt die Bedeutung der zuvor herausgearbeiteten wesentlichen Aussagen formulieren. In einem vierten Schritt werden die formulierten Bedeutungen in Themencluster zusammengefasst (Polit et al., 2004, S. 371). Mit dem Begriff Cluster ist in diesem Zusammenhang gemeint, dass eine Menge von einzelnen Themen zu einem einheitlichen Ganzen zusammengeführt wird (Textor, 2011, S. 72). Diese Themencluster werden mit den originalen Interviews der teilnehmenden Personen verglichen. Ziel ist eine erste Validation. Die Unterschiede zwischen und innerhalb der Cluster sollen festgehalten werden. Die Forschenden sollen sich bewusst machen, keine Themen zu ignorieren, die sich im ersten Augenblick in keines ihrer zuvor entworfenen Cluster einordnen lassen. Im fünften Schritt werden die Ergebnisse aller Interviews und der aus diesen gebildeten Clustern zusammengeführt. Das Ziel ist es, eine möglichst umfangreiche und detaillierte Beschreibung des Phänomens zu erhalten. Im sechsten Schritt wird anhand einer gründlichen Beschreibung des Phänomens eine möglichst neutrale Identifikationsaussage formuliert. Um zu überprüfen, ob das Phänomen ausreichend beschrieben worden ist, werden die im siebten Schritt zusammengefassten Ergebnisse einigen Studienteilnehmenden zur Validierung vorgelegt (Polit et al., 2004, S. 371; Wojnar & Swanson, 2007, S. 176).

Diese Methode wird der Ergebnisdarstellung zugrunde gelegt, da das Ziel dieser Arbeit die Identifizierung eines bzw. mehrerer Phänomene ist, welche von den teilnehmenden Personen selbst sowie von Personen, die in einer ZNA arbeiten, aber nicht interviewt wurden, validiert werden. Die Umsetzung dieser Forschungsmethodik wird im Kapitel 6.1.4 beschrieben.

5.2.4 Darstellung der Zusammenhänge der phänomenologischen Strömungen

5

Die vorliegende Arbeit wird durch Strömungen der deskriptiven sowie interpretativen Phänomenologie beeinflusst. Diese beiden Strömungen stehen sich im ersten Blick diametral gegenüber. Geht es in der Philosophie Husserls, wie oben bereits beschrieben, um den Kern eines Phänomens, so liegt der Schwerpunkt Heideggers auf der Interpretation des Phänomens.

Diese Arbeit wird nach der deskriptiven phänomenologischen Methode nach Colaizzi ausgewertet. Die interpretativen phänomenologischen Einflüsse ergeben sich unter anderem aus einem Literaturreview, als Beweis dafür, dass ein bestehendes Forschungsdesiderat berücksichtigt wurde. Dies wäre nach der deskriptiven Methode nicht möglich. Auch wurden die Interviewfragen aus dem bereits vorhandenen Wissen sowie dem erworbenen Wissen kreiert. Ohne das Vorwissen der Forscherin, wäre keine Forschungsfrage bzw. keine Interviewfragen zu diesem Thema entstanden. Die Forscherin vertritt die Auffassung, dass ohne ein Vorwissen, unabhängig vom Umfang desselben, keine Forschung möglich wäre. Dies bedeutet, dass ein Ansatz, wie Husserl ihn verlangt, nicht durchgehalten werden kann, da hier die forschende Person kein Vorwissen mitbringen sollte.

Husserl betont, dass die forschende Person ihr Alltagswissen ausklammern könnte (Schoppmann & Pohlmann, 2000, S. 362). Heidegger hält dem entgegen, dass ohne Vorwissen kein Aufspüren von Phänomenen möglich sei (Lamnek, 2010, S. 57 ff). Die Forscherin dieser Arbeit hat in diesem Punkt beide Methoden kombiniert. Das Vorwissen wurde als Lupe genutzt, um nach Möglichkeit jede Facette des Phänomens zu erkennen. Gleichwohl wurde in der Auswertung der Ergebnisse darauf geachtet, dass die Phänomene in all ihren Facetten beschrieben werden. Das bedeutet, dass die Forscherin versucht hat, ihr Vorwissen auszuklammern. Dass dies immer zu einhundert Prozent gelungen ist, kann jedoch nicht sichergestellt werden. Es wurden aber Kontrollen durch die Interviewten selbst sowie durch die Peer-Review Gruppe eingebaut, indem diese den Interviewteil sowie teilweise die Interviews selbst gegengelesen haben.

Die Interviews wurden nach Colaizzi ausgewertet, um eine facettenreiche Darstellung der Phänomene aus Perspektive der Teilnehmenden zu erreichen.

Die Interpretation im Sinne des interpretativen Paradigmas findet sich in der Diskussion dieser Arbeit wieder. Hier werden die Zusammenhänge der Phänomene analysiert und interpretiert. Eine weitere Perspektive, warum die Arbeit dem interpretativen Paradigma zugordnet wird, ist die zugrundeliegende Annahme, dass es um menschliche Handlungen geht, welche im gegenseitigen Wechsel interpretiert werden. Die Pflegenden handeln und der Mensch mit Demenz interpretiert und handelt ob unbewusst oder bewusst. Diese Handlungen werden in den Interviews beschrieben. Die interpretativen Handlungen finden sich ebenfalls im Diskussionsteil wieder.

Die Auslegung findet stets anhand der Forschungsfrage statt. Die Forschungsfrage gilt hierbei als Richtlinie, um einen Orientierungsrahmen zu schaffen.

5.3 Theorie der Datenerhebung

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Rahmenbedingungen einer Stichprobengenerierung sowie die theoretischen Grundlagen des problemzentrierten Interviews nach Witzel dargestellt.

5.3.1 Generierung der Stichprobe theoretisch

In der Literatur werden mehrere Möglichkeiten beschrieben, Interviewpartner zu gewinnen. Mögliche Kandidaten können direkt und gezielt angesprochen werden. Andere Optionen sind die Kontaktaufnahme per Anruf, durch Anzeigen im Internet, in Zeitungen oder als Aushang sowie über eine Schlüsselperson, einen sogenannten Gatekeeper (Holloway & Wheeler, 1998, S. 38 ff.; Merkens, 2015, S. 288 f.). In Institutionen fungieren als Gatekeeper häufig Leitungspersonen und weiteres Personal (Motel-Kliengenbiel et al., 2014, S. 783).

5.3.2 Das problemzentrierte Interview nach Witzel

Für die gewählte Forschungsperspektive "Zugänge zur subjektiven Sichtweise", wird das Leitfadeninterview als Datenerhebungsmethode vorgeschlagen. Die qualitative Forschung bietet eine Vielzahl von möglichen Leitfadeninterviews (Flick, 2007, S. 270 ff.). Problematisch ist dabei, dass die Bezeichnungen der einzelnen Interviewformen in der Forschungswelt nicht einheitlich angewendet werden (Helfferich, 2011, S. 35 ff.). Um dennoch einen Überblick über die verschiedenen Interviewmethoden sowie deren unterschiedlichen Bezeichnungen zu erlangen, wurden die Ubersichtstabellen von Flick (2007, S. 270 ff.) und Helfferich (2011, S. 36 ff.) miteinander verglichen. Ziel des Vergleichs war es, die effektivste Interviewmethode zur Beantwortung der Forschungsfrage zu eruieren. Als Ergebnis stellte sich das problemzentrierte Interview nach Witzel als geeignete Methode heraus. Der Vorteil dieser Interviewform ist, dass zum einen die Befragten frei zu Wort kommen, das Interview aber dennoch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert bleibt. Und zum anderen, dass diese Interviewform im Bereich der leitfadengestützten Interviewformen verortet ist. Der Vorzug liegt darin, dass sichergestellt werden kann, dass wichtige Inhalte nicht verloren gehen. Der Leitfaden dient der interviewenden Person als Gedankenstütze. Gleichwohl ermöglicht er es den Interviewten, eigene Schwerpunkte zu setzten sowie diese zu ergänzen bzw. abzuwandeln.

Laut Helfferich (2011) ist die Qualität von Interviews und der daraus zu extrahierenden Daten abhängig von der Kommunikationssituation während der Durchführung der Interviews. Sie macht darauf aufmerksam, dass die Qualität der Daten von der Interaktion während des Interviews abhängig ist. Um eine möglichst hohe Qualität der Daten zu gewährleisten, sollten vier Grundprinzipen in der Kommunikationssituation beachtet werden (ebd., S. 24 ff.):

- "Prinzip der Kommunikation": Die interviewende Person sollte mit der zu interviewenden Person interagieren und kommunizieren (ebd., S. 79 f.).
- 2. "Prinzip der Offenheit": Die interviewende Person sollte der zu interviewenden Person die Möglichkeit der offenen Äußerung geben. Dies beinhaltet zum einen, dieser Zeit zum Äußern eigener Gedanken zu geben

und zum anderen, dass die Forschenden ihr eigenes Vorwissen kritisch reflektieren und kontrollieren. Es soll ihnen dadurch ermöglicht werden, Neues zu erfahren und nicht nur selektiv das wahrzunehmen, was ihnen bereits bekannt ist (ebd., S. 114 ff.).

- 3. "Prinzip Vertrautheit und Fremdheit": Vertrautheit bedeutet, dass die forschende Person bereits über ein gewisses Wissen zum Forschungsthema verfügt und ihr das Thema vertraut ist. Fremdheit bedeutet, dass auch die befragte Person ein Wissen über das Forschungsthema hat, dieses aber von dem der forschenden Person abweicht. Die forschende Person muss sich auf die Vorstellung ihres Gegenübers einlassen, ohne diese zu werten. Die Neutralität der eignen Meinung sollte unbedingt beachtet werden (ebd., S. 24; 119 ff.).
- 4. "Prinzip der Reflexivität": Die interviewende Person sollte während des Verstehensprozesses sowohl in der Interviewsituation als auch während des Prozesses selbst die Interpretation des Interviewtextes reflektieren. Mit der Reflexion soll erreicht werden, dass nicht das Wissen der forschenden Person im Vordergrund steht, sondern das der an der Forschung teilnehmenden Person (ebd., S. 24; 154 ff.).

Diese vier Prinzipien sollten vor, während und nach der Interviewsituation beachtet werden. Inwieweit die Beachtung umgesetzt werden konnte, wird in Kapitel 6.1.3 erörtert.

Das problemzentrierte Interview nach Witzel ist eine Relation eines narrativen Interviews und eines leitfadengestützten Interviews (Lamnek, 2010, S. 332 ff.). Die Befragung der Interviewten wird offen und halbstrukturiert gestaltet. Die Interviewten sollten nach Möglichkeit in erzählender Form frei zu Wort kommen, sich aber dennoch auf den von der interviewenden Person vorab definierten Problembereich beziehen. Bei dieser Art der Interviewführung ist eine Aufgabe des Interviewenden, die Interviewten bei Abschweifung vom Thema immer wieder auf dieses zurückzuführen (ebd., S. 333 ff.). Das Vorwissen der forschenden bzw. interviewführenden Person ist offenzulegen. Es kann zur Generierung der Fragen sowie zur Bildung des heuristischen Rahmens⁹

⁹ "Das theoretische Vorwissen der forschenden Person dient als heuristischer Rahmen für die Theoriebildung … Dieser begriffliche und theoretische Rahmen dient dem Forscher als Leitlinie für seine Such-und Prüfungsprozesse, …" (Hoidn, 2010, S. 58)

genutzt werden (Witzel, 2000, Kap. 2, Abs. 3). Ziel des problemzentrierten Interviews ist die Erfassung der individuellen Handlung sowie deren subjektive Wahrnehmung und Verarbeitungsweise im Rahmen der gesellschaftlichen Realität. Dies sollte möglichst ohne Vorurteile der forschenden Person erfolgen (ebd., Kap. 1, Abs. 1). Das Interview wird durch die Verwendung eines Interviewleitfadens halbstandardisiert. Diese Halbstandardisierung ermöglicht den Vergleich mehrerer Interviews miteinander (Bortz & Döring, 2006, S. 314).

Die Basis des problemzentrierten Interviews nach Witzel bilden drei zentrale Grundprinzipien dieser Interviewform:

Das erste Grundprinzip ist die Problemzentrierung. Die forschende Person orientiert sich an einer relevanten Problemstellung, welche bereits im Vorfeld von ihr bearbeitet wurde. Sie nutzt ihr Vorwissen über das Forschungsfeld sowie dessen Rahmenbedingungen, um die Antworten der an der Studie teilnehmenden Personen nachvollziehen zu können (Witzel, 2000, Kap. 2, Abs. 3 f.).

Das zweite Grundprinzip ist die Gegenstandsorientierung. Unter diesen Begriff wird die Flexibilität der Methode subsumiert. Dies bedeutet, dass sich das Verfahren in seiner Gestaltung immer an dem zu erforschenden Gegenstand orientieren muss. Die Orientierung darf jedoch nicht allein als Übernahme von fertigen Instrumenten verstanden werden. Vielmehr soll eine Methodenkombination angestrebt werden, welche das Ziel hat, den Forschungsgegenstand möglichst vollständig zu erfassen (Witzel, 2000, Kap. 2, Abs. 4).

Das dritte Grundprinzip ist die Prozessorientierung. Unter diesem Begriff fasst Witzel den gesamten Forschungsverlauf sowie die Vorabinterpretation zusammen. Nach Witzel ist es wichtig, dass die interviewte Person zum Interviewenden ein Vertrauensverhältnis aufbaut, um sich frei und offen äußern zu können. Im Gespräch können immer wieder neue Aspekte zum Thema sowie Korrekturen oder Widersprüchlichkeiten zum Gesagten auftreten. Diese können stets durch Reflexion des Interviewers aufgegriffen werden, um sie zu klären. Die so gewonnenen Erkenntnisse können Formulierungen enthalten, welche der forschenden Person die spätere Interpretation erleichtert (Witzel, 2000, Kap. 2, Abs. 3 ff.).

Der erste Abschnitt beschreibt die Einleitung des Interviews. In diesem Abschnitt ist es wichtig, dass die Zusicherung der Anonymität bzw. Pseudonymisierung gegeben wurde sowie das Interviewthema und die angestrebte Gesprächsform geklärt wird. Im Fall des problemzentrierten Interviews ist dies die Erzählform (Lamnek, 2010, S. 334; Witzel, 2000, Kap. 4, Abs. 10 ff.).

Der zweite Abschnitt dient der allgemeinen Sondierung. Während der allgemeinen Sondierung gibt der Interviewer der zu interviewenden Person Alltagsbeispiele, die sie zum Erzählen anregen sollen. Gleichzeitig wird dadurch angestrebt, die eventuell vorhandenen emotionalen Vorbehalte von Seiten des zu Interviewenden abzubauen (Lamnek, 2010, S. 334).

Im dritten Abschnitt wird eine spezifische Sondierung vorgenommen. Diese dient der interviewenden Person zur Optimierung ihres Erkenntnisgewinns durch genaueres Nachfragen. Dafür hat diese drei verschiedenen Möglichkeiten (Lamnek, 2010, S. 334; Witzel, 2000, Kap. 4, Abs.12 ff.):

- "Zurückspiegelung" → Die interviewende Person interpretiert die Aussagen der am Interview teilnehmenden Person, sodass diese die Möglichkeit hat, die Interpretation zu reflektieren und gegebenenfalls zu korrigieren.
- "Verständnisfragen" → Die interviewende Person hat die Möglichkeit, bei missverständlichen oder ausweichenden Aussagen bei der interviewten Person nachzufragen, um ein besseres Verständnis zu gewährleisten. Das Verständnis ist für eine präzise Interpretation Grundvoraussetzung.
- 3. "Konfrontation" → Die interviewende Person kann die interviewten Personen mit ihren Widersprüchen konfrontieren. Dies sollte mit größter Vorsicht erfolgen, da eine Konfrontation das Vertrauensverhältnis während des Interviews zerstören kann. Dies könnte dazu führen, dass die ganze Interviewsituation scheitert. Die interviewte Person kann sich unverstanden fühlen, da der Alltag voll von Widersprüchen ist und diese sich nicht gänzlich erklären lassen (Lamnek, 2010, S. 334; Witzel, 2000, Kapitel 4., Abs. 16).

In den drei zuvor beschriebenen Phasen verwendet die interviewende Person Erzählstimuli, damit die Interviewten möglichst in Erzählsequenzen antworten. In der vierten Phase ist es der interviewenden Person erlaubt, Ad-hoc-Fragen¹⁰ zu stellen, wenn von der interviewten Person Themen nicht angesprochen wurden, welche die inhaltliche Vergleichbarkeit garantieren (Lamnek, 2010, S. 334; Witzel, 2000, Kap. 4, Abs. 15).

Den vier beschriebenen Phasen kann eine Phase "Null" vorangehen. In dieser könnten die sozialen Daten zur Person abgefragt werden. Diese Phase kann aber auch am Ende eines Interviews stattfinden. Der Vorteil, eine Phase "Null" an den Anfang des Interviews zu stellen, besteht darin, dass das Abfragen der persönlichen Daten den Gesprächseinstieg erleichtern kann (Lamnek, 2010, S. 334 f.). Der Vorteil, diese an das Ende des Interviews zu stellen, liegt darin, dass die am Interview teilnehmende Person möglicherweise noch inhaltliche Ergänzungen macht, zu welchen sie sich während der Interviewsituation nicht getraut hat. Es kann aber auch sein, dass sie diese Phase dazu nutzt, persönliche Dinge über den Sachverhalt zu äußern. Es hängt von der jeweiligen Situation und der Erfahrung der interviewenden Person ab, ob und an welchem Zeitpunkt er die Phase "Null" durchführt.

Witzel beschreibt vier mögliche Instrumente, welche die Durchführung des Interviews ermöglichen und unterstützen können (Witzel, 2000, Kap. 3, Abs. 5). Das erste Instrument ist der Kurzfragebogen, in dem die sozialen Daten erfasst werden (ebd., 2000, Kap. 3, Abs. 6).

Das zweite Instrument ist der Leitfaden. Im Leitfaden werden durch Vorüberlegungen Fragen entwickelt, die für das Forschungsthema wichtig sind. Des Weiteren dient der Leitfaden zum einen als Gedächtnisstütze bzw. Orientierungsrahmen und zum anderen der Gewährleistung einer inhaltlichen Vergleichbarkeit der Interviews. Durch das Verwenden des Leitfadens werden in allen Einzelinterviews die gleichen Themeninhalte abgefragt. So werden diese vergleichbar (Lamnek, 2010, S. 335; Witzel, 2000, Kap. 3, Abs. 8).

¹⁰ Spontan formulierte Fragen, die nicht im Interviewleitfaden vermerkt sind, aber für die Themenstellung oder für den Verlauf des Gesprächs bedeutsam sind (Mayring, 2002, S. 70)

Das dritte Instrument ist die Tonbandaufnahme. Diese ermöglicht eine präzise Darstellung des Gesprächsverlaufs, indem das Gespräch transkribiert¹¹ wird (Witzel, 2000, Kap. 3, Abs. 7).

Das letzte mögliche Instrument ist das Anfertigen eines Postskripts, möglichst direkt im Anschluss an das geführte Interview. In diesem werden Gesprächsinhalte, Gesprächssituation, Gesprächsverlauf sowie nonverbale Kommunikation beschrieben. Dies kann später als Ergänzung zur Transkription und als Interpretationshilfe verwendet werden (Lamnek, 2010, S. 335; Witzel, 2000, Kap. 3, Abs. 9).

Diese Instrumente können bei der Durchführung von Interviews Anwendung finden, sie können aber auch durch andere Instrumente ersetzt oder ergänzt werden (Lamnek, 2010, S. 335).

¹¹ (lat.) transkribieren → "umschreiben, umsetzen; Transkription w. 1. schriftliche Fixierung von Sprache durch phonetische Zeichen, Lautschrift; …" (Textor, 2011, S. 454)

6. Darstellung des Forschungsprozesses

Im folgenden Kapitel wird die praktische Umsetzung der im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Theorie dargelegt. Zunächst wird die Auswahl der Stichprobe erklärt. Darauf folgt die Darstellung des Ablaufs der Interviews sowie die Reflexion des Wissens und der Emotionen der Interviewerin während der Interviews. Es folgt die Darlegung der Auswertung nach der Methode von Colaizzi. Den Abschluss bildet die kritische Reflexion des Wissens und der Emotionen der Forscherin während der Auswertung. Die Reflexionen dienen einem transparenten und nachvollziehbaren Forschungsprozess.

6.1 Generierung der Stichprobe

Die für die Interviews infrage kommenden Personen wurden von der Forscherin dieser Arbeit durch direkte Kontaktaufnahme gewonnen. Die Kontakte konnten zum einen aus der Personengruppe der mitstudierenden Person des absolvierten Studiums und zum anderen im Arbeits- und dem privaten Umfeld akquiriert werden. Die Stichprobe umfasst drei weibliche und zwei männliche Personen mit einer Berufserfahrung zwischen fünf und 20 Jahren. Zwei der angefragten Personen haben einen akademischen Abschluss und arbeiten als ANP (Advanced Nurse Practioner) im Setting einer ZNA. Alle angefragten Personen haben eine Zusatzausbildung für die Notaufnahme absolviert. Die infrage kommenden Personen wurden zunächst via E-Mail kontaktiert, um einen Telefontermin zu vereinbaren. Dieser Telefontermin diente der vorherigen Klärung, ob sie sich bereiterklären würden, an der Forschung in Form von persönlichen Interviews teilzunehmen sowie der Vereinbarung eines Interviewtermins. Alle fünf angeschriebenen Personen willigten sofort in die Durchführung eines Interviews ein. Im Anschluss an das Telefonat wurden das Informationsschreiben sowie die Einverständniserklärung via E-Mail an die entsprechenden Personen versendet, mit der Bitte, die Inhalte zur Kenntnis zu nehmen und sich bei Rückfragen bei der Forscherin zu dieser Arbeit zu melden. Von keinem der teilenehmenden Personen gab es hier im Vorfeld Rückfragen. Die Einschlusskriterien waren eine aktuelle Tätigkeit der zu interviewenden Person

in einer ZNA, Weiterbildung zum Fachpflegeperson Notfall sowie mindesten zwei Jahre Berufserfahrung im Setting einer ZNA.

6.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Entwicklung des Interviewleitfadens dient zwei Aspekten. Zum einen ermöglicht der Interviewleitfaden eine gewisse Strukturierung des Interviews. Zum anderen wird durch diesen unterstützt, dass Inhalte nicht verloren gehen. Der Aufbau wurde so gewählt, dass zunächst die sozialen Daten erhoben wurden, um eine Vertrauensbasis zu schaffen (Witzel, 2000, Kap. 3, Abs. 6).

Der Interviewleitfaden wurde anhand des Vorwissens der Verfasserin erstellt. Dieses resultiert aus der aktiven Arbeit in einer ZNA sowie im Bereich Pflegeentwicklung durch durchgeführte Projekte in einer ZNA.

Für die bereits beendeten Projekte wurden im Rahmen der Ausarbeitung auch Literaturrecherchen durchgeführt, sodass dadurch bereits ein theoretisches Wissen vorhanden war. Dieses theoretische Vorwissen bezog sich hauptsächlich auf die architektonische Gestaltung einer ZNA sowie den Personalschlüssel, um eine bessere pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz zu realisieren. Es wurden im Rahmen der Literaturrecherche auch Hinweise auf Auswirkungen interner Schulungen zum Thema Demenz auf das Personal einer ZNA gefunden. Der Inhalt dieser Fortbildungen wurde in der Literatur jedoch nicht beschrieben.

Des Weiteren wurde das bestehende Vorwissen durch das Review für diese Arbeit weiter vertieft. Hierbei zeigt sich eine Diskrepanz zu Husserls Forderung, dass keine vollumfängliche Literaturrecherche stattfinden sollte. Wird an dieser Stelle Heideggers Einwand, dass ohne eine gewisse Erfahrung keine oder nur eine schlechte Möglichkeit für das Spüren von Phänomenen ohne Vorwissen möglich sei, beachtet, so können diese zwei diametralen Ansichten verknüpft werden.

Das erworbene Vorwissen durch das Review sowie die Erfahrungen aus dem oben beschriebenen Projekt beeinflussten die Fragen im inhaltlichen Kontext sowie in der Frageformulierung. Die Frage nach der Identifizierung von

Menschen mit Demenz anhand eines Triagesystems wäre ohne praktisches Erfahrungswissen durch die Forscherin nicht so gestellt worden. Die Frage nach den Symptomen einer Demenz wurde durch den oben beschriebenen Diskurs zum Thema Demenz (Kapitel 2.1.) beeinflusst.

Das Review hatte Auswirkungen auf die Frage bezüglich der Angehörigen. Um nicht zu viel Einfluss durch die Theorie und das eigene Wissen auf den Leitfaden zu nehmen, wurde von der Forscherin versucht, jede Frage unter Ausklammerung des Vorwissens zu beurteilen. Sie versuchte, sich in die Perspektive der Befragten ohne forschungsrelevantes Wissen zu versetzten und die Fragen unter diesen Gegebenheiten zu beantworten.

Der Interviewleitfaden wurde in einer Peer-Review Gruppe¹² vorgestellt. Dies erfolgte aus zwei Gründen: Der erste Grund ist die Überprüfung der Fragen hinsichtlich ihres Inhaltes, um dadurch das Vorwissen erneut auszuklammern und zu überprüfen, ob die Fragen verständlich sind. Der zweite Grund der Überprüfung ist der Aufbau und Ablauf des Interviewleitfadens. Die Fragen wurden von der Gruppe als gut verständlich und präzise in Bezug auf die Forschungsfragen gewertet. Der Aufbau des Leitfadens wurde durch weitere Anregungen ergänzt. Die Anregungen beinhalteten unter anderem, sich nicht ausschließlich an den vorformulierten Fragen zu orientieren, sondern auch die Themenfelder mithilfe einer zuvor erstellten Mindmap (Abbildung 6, S. 107) zu überblicken und sich damit mehr auf den Interviewpartner einlassen zu können. Die Gruppe war sich einig, dass die Forscherin ihre Fragen ohnehin auswendig wisse. Den Leitfaden ergänzend wurde noch ein Kurzfragebogen erstellt, welcher den Kernfragen vorausging. Dieser hatte die persönlichen Daten der Teilnehmenden und ihre Berufserfahrung zum Inhalt. Die Überleitung vom Kurzfragebogen zu den Kernfragen des Interviews erfolgte fließend durch die Frage nach dem ersten Kontakt mit einem Menschen mit Demenz in einer

¹² Unter einer Peer-Review Gruppe wird die Überprüfung und Bewertung des Sachverhaltes durch Fachpersonen verstanden (Gutknecht-Gmeiner, 2008, S. 39). Die insgesamt sieben Fachpersonen setzten sich für diese Arbeit aus drei im pflegewissenschaftlichen und pädagogischen bzw. pflegepädagogischen Bereich tätigen Personen sowie einer Germanistin zusammen. Als weitere Fachpersonen wurden drei Pflegekräfte einer ZNA hinzugezogen. Das Alter der teilnehmenden Personen lag zwischen 26 und 45 Jahren. Drei Personen aus der Peer-Review Gruppe hatten Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpflegerin in einem Akutkrankenhaus in der ZNA.

ZNA. Den Abschluss des Leitfadens bildete die Verabschiedung. Die Fragen wurden offen formuliert. Dadurch, dass bei offenen Fragen vorab keine Antwortkategorien festgelegt werden, wird erreicht, dass die Interviewten freie Antworten geben können sowie ihre eigenen Schwerpunkte der jeweiligen Frage selbst bestimmten (Atteslander, 2010, S. 146 ff.).

Dem Interview konnten auch Fragen hinzugefügt werden, wenn sich dies aus der Gesprächssituation heraus ergab. Die Nachfragen dienten einem tieferen Verständnis des Gesagten bzw. neuen Erkenntnissen. Als methodologische Rechtfertigung zur Variierung der Fragen kann die Prozessorientierung des problemzentrierten Interviews nach Witzel angeführt werden (Witzel, 2000, Kap. 2, Abs. 4). Ein weiterer Rechtfertigungsgrund für die Auswahl dieser Interviewleitfadenvariation liegt im "Prinzip der Offenheit" begründet. Dies bedeutet, dass die Interviewerin aktiv zuhören konnte und das Interview, falls erforderlich, auf die jeweilige Situation angepasst wurde (Helfferich, 2011, S. 11 f; 17; 114 ff.). Die letzte Frage eines jeden Interviews war thematisch ohne Vorgabe, sodass die Möglichkeit bestand, ein noch nicht angesprochenes Thema zu wählen oder eigene Vorstellungen zu thematisieren. Insbesondere sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, Themen, welche den teilnehmenden Personen besonders wichtig waren und noch nicht erwähnte Punkte, zur Sprache zu bringen.

Für die teilnehmende Person nicht ersichtlich wurde der Abschluss des Leitfadens durch ein Postskriptum ergänzt. Ziel war es, weitere Informationen direkt nach dem Interview festhalten zu können. Die Informationen beinhalteten Zeit, Ort und Interviewdauer. Der Kurzfragebogen sowie das Postskriptum sind dem Anhangsverzeichnis vor jedem Interview angefügt. Sie wurden aufgrund der praktischen Verwendung in einem Dokument vereint. Dabei ging keine Information verloren. Der Interviewleitfaden, die Mindmap und das Postskriptum wurden in allen Interviews verwendet. Abweichungen vom Leitfaden gab es nur im Ablauf. Diese werden im nachfolgenden Punkt beschrieben.

Einsteigen mit Kurzfragebogen:

Wie heißen Sie? Wie alt sind Sie? Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege (in welchen Bereichen/Fachweiterbildung/Erfahrung in der ZNA sowie allgemein)?

Wann hatten Sie das erste Mal Kontakt mit einem Patienten/einer Patientin mit Demenz in der ZNA (Frage nach der Vorgeschichte, nach dem Ausgangspunkt des Wissens/Erfahrung)

Wie war das für Sie?

Postskript: Dokumentationsbogen Interview

Datum des Interviews:

Transkription

Ort des Interviews:

Dauer des Interviews: reines Interview Minuten, insgesamt Stunden , weilvor und Nachgespräch

Interviewerin: Frau Machaczek

Indikator für die zu interviewende Person: freiwillige Teilnahme

Geschlecht der zu interviewende Person:

Alter der zu interviewenden Person:

Beruflicher Werdegang der zu interviewenden Person:

Tätig im Beruf seit:

Berufsfeld: -

Besonderheiten des Interviewverlaufs:

Eigene Eindrücke zum Interview der interviewenden Person?

Abbildung 5: Handzettel und Postscriptum (Anhang D) (Eigene Darstellung)



Abbildung 6: Mind Map (Eigene Darstellung)

6.3 Umsetzung der Interviews

Die Interviews liefen bis auf die Fragenabfolge bzw. etwaige Ergänzungsfragen sowie der unterschiedlichen Örtlichkeiten vergleichbar ab.

Die Interviews fanden in einem ruhigen Raum in der jeweiligen Klinik statt, in denen die teilnehmenden Personen arbeiteten. Die Interviews fanden im Anschluss an bzw. während der Frühschicht statt. Der Zeitraum des Interviews wurde bei allen Teilnehmenden als Arbeitszeit gewährt, dies regelten die teilnehmenden Personen eigenständig. Die Forscherin war hier nicht involviert.

Die teilnehmende Person und die Forscherin trafen sich am Eingang der entsprechenden Klinik und suchten den für das Interview vorgesehenen Raum auf. Die Räumlichkeit wurde jeweils von der teilnehmenden Person organisiert. Zu Beginn eines jeden Interviews wurde die teilnehmende Person herzlich begrüßt und es wurde für die Bereitschaft der Teilnahme gedankt.

Zunächst wurde der informelle Teil erledigt. Dieser umfasst die Frage nach dem unterschriebenen Teilnahmeformular. Alle Teilnehmenden hatten dies dabei. Danach erfolgte der Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Interview und die Möglichkeit, das Interview jederzeit auch abbrechen zu können. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass auch noch nach Beendigung des Interviews die Daten jederzeit auf Wunsch vernichtet werden könnten. Bevor die Forscherin mit dem Interview selbst begann, wurde die jeweils teilnehmende Person gefragt, ob alles verstanden worden sei oder ob noch Fragen zu klären seien. Rückfragen kamen keine, daher ist davon auszugehen, dass alles verstanden wurde.

Zu Beginn eines jeden Interviews wurden zunächst die sozialen Daten erhoben. Dieser Einstieg half, die Interviewten zum Erzählen zu animieren. Im weiteren Verlauf wurde die erstellte Mindmap verwendet. Diese war für alle Interviews identisch.

Die Berücksichtigung der weiteren Fragen variierten zwischen den einzelnen Interviews. Wurden einzelne Fragen durch die Interviewten bereits in einem anderen Kontext beantwortet, so wurden entsprechende Themenfelder in der Mindmap ausgelassen. Beispielsweise wurde in einem der Interviews

selbstständig auf die Symptome eingegangen bzw. wurden diese genannt, sodass dieser Punkt auf der Mindmap übersprungen werden konnte.

Dem Interview konnten, wenn notwendig, auch Fragen hinzugefügt werden. Dies erfolgte bei drei Interviews, da es die Gesprächssituation zur Klärung eines Sachverhaltes erforderte. Die Nachfragen dienten einem tieferen Verständnis des Gesagten bzw. neuer Erkenntnisse.

Die Forscherin hörte während der gesamten Dauer der Interviews aktiv zu und signalisierte non verbal Verständnis, indem Sie eine offene Körperhaltung zeigt und das Gesagte an entsprechender Stelle mit dem Kopf nickend bestätigte.

Die Interviews wurden mit offenen Fragen ohne Vorgaben von Antwortmöglichkeiten geführt, wodurch die Teilnehmenden frei antworten konnten sowie ihre eigenen Schwerpunkte der jeweiligen Frage selbst bestimmten. Die Interviewdauer lag im Mittel bei 15 Minuten. Die Gründe bezüglich der Kürze der Interviews sind nicht bekannt. Eine mögliche Erklärung wäre aber, dass diese Interviews sehr fokussiert auf das Thema abliefen, da sie problemzentriert durchgeführt wurden. Es fanden kaum Abweichungen vom Thema statt.

Störungen durch äußere oder innere Einflüsse gab es keine. Es kam auch in keinem der Interviews zu emotionalen oder anderweitigen Belastungen. Der Redefluss war in allen Interviews flüssig und ohne große Pausen.

Die Interviews wurden im Zeitraum Oktober/November 2021 durchgeführt und wurden im Anschluss zeitnah transkribiert.

Die Interviews wurden mithilfe eines Tonbandgeräts aufgenommen und die Tonbänder im Anschluss an die Transkription der Interviews vernichtet.

6.4 Transkription der Interviews

Die Interviews wurden zeitnah transkribiert, dass bedeutet, spätestens sieben Tage nach der Durchführung des jeweiligen Interviews. Die Transkriptionen wurden von der Verfasserin dieser Arbeit selbst durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit wurde die literarische Umschrift verwendet, was bedeutet, dass die

Eigenheiten der Sprache lautmalerisch in die Transkription mit einbezogen wurden. Hiermit sollte sichergestellt werden, dass kein Inhalt durch Dialekt verloren geht (Reinders, 2012, S. 210 ff.) Die Transkriptionsregeln wurden in Anlehnung an Lamneks Transkriptionsregeln erstellt und werden, wie verlangt, offengelegt (Lamnek, 2010, S. 367 ff.).

Transkriptionsregeln

In der vorliegenden Arbeit verwendete Transkriptionsregeln

1	=	Interviewerin
IP	=	Interviewteilnehmer
A	=	Name von Orten
x	=	Name der Kliniken
	=	Name einer Person
Mm/Hmm/Hm	=	Bejahung
Äh/eh/e	=	Verzögerung
Okay	=	Zustimmung
(.)	=	Pause kleiner fünf Sekunden
()	=	Pause über fünf Sekunden
()	=	Pause über 10 Sekunden
0	=	Beide reden gleichzeitig
(?)	=	Wurde beim Transkribieren nicht verstanden
S	=	Seite
Z	=	Zeile

Tabelle 11: Transkriptionsregeln (Eigene Darstellung in Anlehnung an Lamnek)

Die Transkription erfolgte immer nach dem gleichen Schema. Zuerst wurde der Kurzfragebogen sowie das Postskriptum gelesen. Dies diente dazu, sich das Interview und dessen Ablauf ins Gedächtnis zu rufen. Danach wurde das

Tonband ein bis zweimal abgehört, ohne etwas zu schreiben. Es wurde sich nur auf die Sprache und nicht auf den Inhalt derselben konzentriert. Anschließend wurde das Tonband erneut Stück für Stück angehört und die Sprache wortwörtlich verschriftlicht. Hierbei wurde ca. alle fünf bis zehn Sekunden das Tonband mittels Stopptaste pausiert. Anschließend wurde wieder die Starttaste betätigt, um fortzufahren. Nach Beendigung der Verschriftlichung wurden der fertige Text zweimal mit dem Tonband verglichen und Abweichungen korrigiert. Anschließend wurde eine Pause eingelegt, je nach Intensität der vorangegangenen Arbeit und der vorherrschenden Uhrzeit von einer Dauer zwischen vier Stunden und über Nacht. Danach wurde das Tonband letztmalig abgespielt und mit dem Originaltext verglichen. Zuletzt folgte mittels Drückens der Resettaste die Löschung der Interviews. Somit ist ein Kriterium der Anonymität erfüllt worden.

6.5 Reflexion des Wissens vor und während der Interviews

Das Vorwissen der forschenden Person wurde im Rahmen der Berufserfahrung in der direkten Pflege im Bereich einer ZNA im Jahre 2013/14 sowie durch sporadische Projektarbeiten in den Jahren 2016; 2019/2020 im Rahmen der Arbeit im Bereich Pflegeentwicklung erworben. Für die Projektarbeiten wurden stets umfangreiche Literaturrecherchen betrieben. Inhalt der Projekte war nicht das konkrete Thema Wissen über Demenz, jedoch beschäftigten sich diese mit dem Umgang mit Menschen mit Demenz im Setting einer ZNA sowie mit Gewalt gegen Pflegepersonal und dessen Deeskalationsmöglichkeiten. Ein weiteres Projekt war nicht ausschließlich auf das Thema Demenz fokussiert, sondern auf Deeskalation von Gewalt unterschiedlichen Ursprungs im Krankenhaus. Es stellte sich jedoch im Zuge des Projekts heraus, dass von Menschen mit Demenz auch Gewalt ausgehen kann und dieser deeskalierend begegnet werden muss, anders als beispielsweise im Umgang mit alkoholisierten oder randalierenden Personen. Diese Projekte fanden im Rahmen der Berufstätigkeit der forschenden statt. Die inhaltlichen Aspekte sind insofern von Bedeutung, als dass sie das Vorwissen der Verfasserin dieser Arbeit beeinflussten. Dies hatte Auswirkungen auf die Erstellung der Interviewfragen dahingehend, dass tiefergehende Fragen gestellt werden konnten, wie z.B., inwiefern

Gewalt erlebt worden ist oder an welchem Punkt Gewalt aus persönlicher Sicht beginnt. Die Verfasserin dieser Arbeit konnte sich in die jeweilige Situation einfühlen sowie den teilnehmenden Personen gegenüber Verständnis aufbringen, was dazu führte, dass sich die Teilnehmenden deutlich mehr öffneten. Das Thema Gewalt bekam durch das theoretische Vorwissen ein Bias. Die Forscherin ging davon aus, dass Gewalt gegen Menschen mit Demenz nicht vorkommt bzw. vorkommen darf. Gleichwohl zeigte sich die Verfasserin bei den Interviews weiterhin empathisch und verbarg ihr Empfinden darüber, wenn die teilnehmenden Personen von ihren Gewalterlebnissen berichteten. Die Gefahr, dass die Forscherin von ihrem Vorwissen beeinflusst wird, wurde, durch das Führen eines Forschungstagbuchs, alleiniges Reflektieren und Reflektion in der Gruppe sowie Supervision bei einer professionellen Person, versucht zu minimieren.

6.6 Umsetzung der Auswertung nach Colaizzi

Die Methode von Colaizzi ist in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt. Die Auswertung wurde nach Vorgabe dieser Tabelle durchgeführt. Um keinen Bias aufgrund der Sprache zu verursachen, wurden die einzelnen Schritte nicht ins Deutsche übersetzt. Die Verfasserin dieser Arbeit beherrscht die englische Sprache auf dem internationalen B 2 Niveau.

Colaizzis method of data analysis consists of seven steps

- **1.** Read and reread all the participants' verbatim transcripts of the phenomena to acquire a feeling for them.
- **2.** Significant statements or phrases are extracted from participants' transcripts pertaining directly to the research phenomena.
- **3.** Formulated meanings are constructed from the significant statements.
- **4.** Formulated meanings are arranged into themes.
- **5.** Incorporation of the results into a rich and exhaustive description of the lived experience.
- **6.** Validation of the exhaustive description from the participants involved in the research.
- **7.** Incorporation of any new or pertinent data obtained from participants' validation, and adapted to attain congruence with the lived experience of the participants' studied.

Die Darstellung der Auswertung wird anhand des ersten Interviews beschrieben. Die Auswertung der anderen Interviews erfolgt auf die gleiche Weise.

In Anlehnung an Schritt eins der Methode von Colaizzi wurde das Transkript des Interviews zunächst mehrfach mit dem Ziel durchgelesen, ein Verständnis für das Erlebte der Interviewten zu entwickeln. Aufgrund des vorhandenen Vorwissens fiel es der Forscherin leichter, Verständnis aufzubringen. Einige Themen und Handlungen, die angesprochen wurden, waren ihr bereits bekannt. Beispielsweise die Auswirkungen eines Personalmangels oder das Wissen über Triagesysteme. Andere Themen, wie zum Beispiel Gewalt gegen Demenzkranke oder die fehlende Handlungskompetenz waren ihr jedoch neu. Das Transkript wurde dreimal vorab gelesen. Im Anschluss wurde dieses mit dem Ziel, signifikante Aussagen zu extrahieren, erneut mehrfach gesichtet. Signifikante Aussagen sind solche, die das zu erforschende Phänomen direkt beschreiben.

Nach jedem Durchgang wurden die relevanten Aussagen mit unterschiedlichen Farben markiert. Relevant war die Aussage dann, wenn sie entweder einen Teil der Forschungsfrage beantwortete oder mit dieser zumindest in einem inhaltsrelevanten Verhältnis stand. Die Aussagen, welche dasselbe Thema beschrieben, wurden auf einem separaten Blatt zusammengefasst.

Diese Aussagen wurden dann zu einer allgemeinen Aussage abstrahiert. Der Tenor einer signifikanten Aussage wurde im Anschluss aus Sicht der teilnehmenden Person formuliert und nicht ausschließlich anhand der Forschungsfrage.

Ziel war es, das Datenmaterial bzw. die allgemein formulierten Aussagen Themenclustern zuordnen zu können. Dies wird in Kapitel sieben dargestellt. Die Themencluster erhielten abstrahierte Begriffe. Zum Beispiel wurden Aussagen über den Mangel an Personal dem Personalmangel zugeordnet.

(...) das benötigt genügend Personal, um das durchzusetzen (Interview 1).

Aussagen über zu viele zu behandelnde Personen in den ZNAs wurden dem Begriff des Patientenaufkommens zugeordnet.

Wenn das Patientenaufkommen niedrig war, äh, konnte man auf die Bedürfnisse der Dementen eingehen. (Interview 1)

Beide Themencluster wurden unter dem Phänomen der Belastung subsumiert. Dies wurde so lange fortgeführt, bis alle markierten Aussagen zugeordnet werden konnten.

Ein weiteres Beispiel sind Aussagen über Angehörige, welche Menschen mit Demenz in einer ZNA begleiten.

(...) die Angehörigen haben wir sehr genutzt alles Ressourcen, die waren sehr wichtig für uns und beziehungsweise sind sie immer. die haben wir einfach gebraucht. (Interview 1)

Diese Aussage wurde unter dem Themencluster "Selbstkompetenz: Begleitung" subsumiert. Das Themencluster Selbstkompetenz wurde dem Phänomen der Handlungskompetenz zugeordnet.

So wurde mit allen relevanten Aussagen der Interviews verfahren. Die Benennung der Phänomene wurde im Zuge der Auswertung immer wieder dahingehend überprüft, ob die allgemeinen Formulierungen noch passend waren. War dies nicht der Fall, wurden diese angepasst, indem versucht wurde, eine präzisere, allgemeinere Formulierung für das jeweilige Phänomen zu treffen. Ein Beispiel hierfür ist das Phänomen der Handlungskompetenz. Dieses wurde zunächst als Fachwissen bezeichnet. Durch die Rückmeldung der teilnehmenden Personen sowie der Peer- Review Gruppe wurde es umbenannt in Handlungskompetenz.

Im Anschluss an die Auswertung wurde eine Überprüfung durchgeführt.

Zur Überprüfung, ob die Themencluster alle Themen widerspiegeln, wurden diese mit den Transkripten verglichen. Danach erfolgte die Überprüfung der Zuordnung aller Themencluster zu einem Phänomen.

Im Anschluss resultierte eine erschöpfende Beschreibung, in welcher die untersuchten Inhalte zusammengefügt wurden. Diese ist im Ergebnisteil der Arbeit nachzulesen.

Im Diskussionssteil der Arbeit werden die Unterschiede sowie die Zusammenhänge der Phänomene besprochen.

Beides wurde zunächst in einer bildlichen Übersicht festgehalten. Diese Übersicht soll veranschaulichen, wie die einzelnen Phänomene miteinander in

Verbindung stehen und wurde im Anschluss an die Bildung der Themencluster erstellt. Die Themencluster sind in diesem Bild an der Markierung durch einen Pfeil erkennbar. Die eingekreisten Themen stellen mit einem Wort den Inhalt der Forschungsfrage dar. Dies sollte der Forscherin helfen, besser zu erkennen, welches Phänomen zu welcher Forschungsfrage eine Verbindung hat und ob diese sich gegenseitig bedingen.

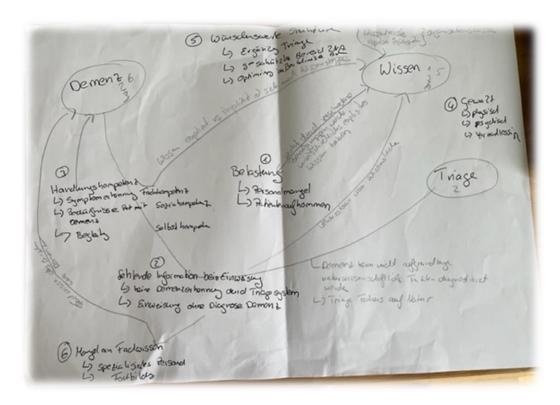


Abbildung 7: Zusammenhänger der Phänomene (Eigene Darstellung)

Die Forscherin hat alle Themenbereiche in die Auswertung mit einbezogen, auch wenn diese ggf. keinen direkten Themenbezug zur Forschungsfrage hatten, sondern Wünsche für die Zukunft beinhalteten. Hierdurch ist der Anspruch, das Phänomen als eine eindeutige Identifikationsaussage einer grundlegenden Struktur, durch das Phänomen selbst zu sehen, erfüllt. Die geforderte Validierung der Ergebnisse fand in Form einer Rückmeldung der Teilnehmenden statt. Diese erhielten den Ergebnis- und Diskussionsteil dieser Arbeit, mit der Bitte um Ansicht und Resonanz. Zusätzlich wurden der Ergebnissowie der Diskussionsteil an die Peer-Review Gruppe sowie an Pflegende aus verschiedenen ZNA-Settings, welche nicht Teilnehmende dieser Arbeit waren, ausgeteilt. Die Fragestellung war hier, ob sich die Personen in den

beschriebenen Phänomenen und Zusammenhängen wiedererkennen konnten und ob die Formulierung und Beschreibung der Phänomene ausreichend sei.

Die Rückmeldungen waren durchweg positiv und die Ergebnisse konnten durch die selbst gemachten Erfahrungen und das Erlebte bestätigt werden. Es wurden keine Ergänzungen oder Neuerungen beigetragen und die Validierung konnte somit als erfolgreich abgeschlossen angesehen werden. Dass keine Differenz festzustellen bzw. kein Nacharbeiten notwendig war, steht möglicherweise mit dem praktischen Vorwissen der forschenden Person in Zusammenhang. Die Begrifflichkeiten der einzelnen Phänomene sowie die Beschreibung konnten aufgrund des eigenen Erfahrungswissens der Verfasserin dieser Arbeit herausgearbeitet werden. Das Wissen um die nicht identischen aber sich ähnelnden Arbeitsabläufe ermöglichte eine Nachvollziehbarkeit des Gesagten. Diese Nachvollziehbarkeit wirkte sich auf die Beschreibung der Phänomene aus, da sie an Selbsterlebtes anknüpfte. Dies führte zu weniger bzw. keinen Rückfragen. Die Validierung über Fachpersonen vorzunehmen, welche die Interviewfragen nicht kennen, hat den Vorteil, dass diese keinem Druck ausgesetzt sind, Dinge richtig stellen zu müssen oder zu ergänzen. Eine derartige Validierung unterliegt somit keinem Rechtfertigungsdruck.

6.7 Reflexion des Wissens während der Auswertung

Wie bereits zuvor beschrieben, wurden die Transkripte der Interviews mehrfach gelesen. Im Zuge des ersten Lesedurchgangs (Empfindungen während der Interviews wurden im Kapitel 6.1.4 beschrieben) empfand die Verfasserin dieser Arbeit eine Art Erstaunen über die Beschreibung der Arbeitsbedingungen in den ZNAs. Nicht die geschilderten Erlebnisse der teilnehmenden Personen wurden als problematisch wahrgenommen, sondern vielmehr, dass sich die Arbeitsbedingungen wohl seit Jahren immer weiter verschlechtern, in der Öffentlichkeit darüber jedoch so wenig bekannt wird. Verwundert war die Forscherin auch darüber, dass zudem Gewalt gegen Menschen mit Demenz thematisiert wurde. Gleichwohl war es auch erleichternd, festzustellen, dass zu den Interviewten ein so großes Vertrauensverhältnis hergestellt werden konnte, sodass diese sich zu den Themen derart öffneten. Dies führt die

Interviewerin auf den Umstand zurück "eine von ihnen" zu sein. Ohne das vorhandene Vorwissen und das Bekenntnis im Vorgespräch wäre vermutlich in der kurzen Interviewzeit eine solche Offenheit nur schwer erreichbar gewesen.

Nach dem ersten Durchlesen thematisierte die Verfasserin die ersten Erkenntnisse mit einer Kollegin aus der Peer-Review Gruppe, um den daraus entstandenen Gefühlen einen angemessenen Rahmen zu geben. Ziel hierbei war es, durch das Bewusstwerden dieser Gefühle wieder zur Neutralität zu gelangen, was durch das Gespräch auch gelang.

Des Weiteren wurden im Forschungstagebuch die Gefühle vermerkt und versucht, neutrale Formulierung zu finden, um das Emotionale hierdurch herauszufiltern.

Im Zuge des zweiten und dritten Lesedurchgangs konnte der Fokus auf das Erkennen von Phänomenen gelegt werden. Es konnte eine professionelle Distanz zum Gelesenen aufgebaut werden, sodass die Struktur des Phänomens erkannt werden konnte. Es wurden auch die Beziehungen zwischen den Phänomenen sichtbar und im Tagebuch vermerkt.

7 Ergebnisdarstellung der Arbeit

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Arbeit dargestellt. Hierfür wurde, wie oben bereits beschrieben, jedes Phänomen extrahiert, einer allgemeinen Formulierung unterzogen und nach Themenclustern geordnet. Das Ziel dabei war es, die Ergebnisse erschöpfend zu beschreiben. Um ein besseres Verständnis zu gewährleisten, wurden exemplarische Interviewausschnitte integriert. Der Lesende soll die Phänomene auch begreifen können, ohne die kompletten Interviews zu kennen. Auf den ersten Blick weisen die Phänomene gewisse Ähnlichkeiten auf. Bei genauer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass sie sich in ihren diffizilen Strukturen unterscheiden. Diese Unterscheidung ist wichtig, um die einzelnen Zusammenhänge begreifen zu können und zu verstehen wie sich die Strukturen gegenseitig beeinflussen bzw. zusammenhängen Diese Begreifen bildet die Grundlage Möglichkeiten der Änderung zu schaffen. Die Interviews sind im Anhang G – K zu finden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegenden in der Praxis sowohl ein hohes explizites als auch implizites Wissen besitzen. Sie rufen dieses Wissen situationsbezogen ab. Die Phänomene machen deutlich, dass das Wissen nicht immer Einfluss auf die pflegerische Versorgung hat.

7.1 Phänomen Belastung

Das Phänomen der Belastung beschreibt den Druck, welchen in einer ZNA arbeitende Pflegende empfinden, wenn sie zu behandelnde Personen in Akutsituationen versorgen. Dabei werden diese zu versorgenden Menschen als Belastung wahrgenommen, wenn sie den schnellen und meist auf Effizienz geplanten klinischen Behandlungspfaden aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht folgen können. In diesem Fall handelt es sich um Menschen mit Demenz. Diese Patientengruppe wird meist aufgrund äußerer zeitlicher Umstände als Belastung empfunden. Das Phänomen der Belastung besteht aus diffizilen Strukturen, da mehrere Komponenten zu diesem Phänomen führen. Im Einzelnen sind dies der Personalmangel, Patientenaufkommen sowie die Fachkompetenz der Pflegenden. Um dieses Phänomen komplett zu

beschreiben sowie eine Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, werden die einzelnen dazugehörigen und aus den Interviews herausgearbeiteten Themencluster im Fortfolgenden beschrieben, welche dem Phänomen der Belastung zugeordnet werden können. Die einzelnen Themencluster können unterschiedlich gewichtet sein und werden nicht in jedem Setting gleich bewertet. Das bedeutet, dass z.B. ein Personalmangel je nach Person mehr oder weniger als Belastung empfunden wird. Dies zeigt zwar die unterschiedliche Gewichtung. Aber es herrscht Einigkeit darüber, dass dies grundsätzlich als Belastung wahrgenommen wird.

7.1.1 Themencluster "Personalmangel"

In den ZNAs herrscht häufig ein Mangel an pflegerischem Personal. Die Ursachen hierfür liegen in einem Fachkräftemangel sowie in einer erhöhten Fluktuation aufgrund der dort vorherrschenden Arbeitsbedingungen. Die hohe Fluktuation ist generell im Bereich der Pflegeberufe bekannt.

Der Mangel an Fachkräften liegt zum einen am Personalmangel im Pflegebereich im Allgemeinen und an fehlenden Möglichkeiten für Fachweiterbildungen für Pflegekräfte im Bereich der ZNA im Speziellen. Dies führt dazu, dass zur Betreuung von Menschen mit Demenz sowohl Personen als auch das fachliche Wissen der verbliebenen Personen über diese Patientengruppe fehlen.

Um dem Personalmangel zu begegnen, wird auch nicht pflegerisch ausgebildetes medizinisches Personal In ZNAs eingesetzt. Daraus resultiert, dass die verschiedenen Berufsgruppen über unterschiedliches Wissen zum Thema Menschen mit Demenz verfügen. Das Wissen erstreckt sich über das explizite Wissen zum Krankheitsbild bis hin zu impliziten pflegerischen Handlungen. Je nach Ausbildungsstand variiert zudem das Wissen um die speziellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz im Bereich der Pflege. Der Einsatz von mehr Personal führt somit nicht automatisch zu einer Entlastung des pflegerischen Personals, sondern bewirkt ggf. das Gegenteil. Durch das fehlende pflegerische Wissen und die fehlenden Fachkenntnisse wird das zusätzliche Personal häufig sogar eher als Belastung wahrgenommen.

Also ich habe die Erfahrung gemacht, dass es so vor zehn Jahren, wo wir noch etwas mehr Personal hatten, deutlich besser war auf solche aufwendigen Patienten einzugehen. Heutzutage arbeiten verschieden Berufsgruppen in der ZNA, damit meine ich zum Beispiel Rettungssanitäter, Rettungsassistent, Physian Assistent, Pflegehelfer und MTAs und die haben alle keine Ahnung oder nur ein bisschen, was Demenzpatienten sind und was die brauchen (Interview 3, Zeile 4-9).

Eine weitere Ursache des oben erwähnten Personalmangels liegt in der hohen Personalfluktuation, welche vorrangig aufgrund der Arbeitsbedingungen in ZNAs sowie in den Pflegeberufen im Allgemeinen besteht. Der Hauptgrund für die hohe Fluktuation in ZNAs liegt in den stetig steigenden Anforderungen an das dort arbeitende Personal. Durch dieses müssen immer mehr vorstellig werdende Personen in kürzerer Zeit versorgt und dabei zusätzlich auf etwaige Problematiken wie beispielsweise Kultur oder Sprache eingegangen werden. Zudem nimmt die verbale und nonverbale Aggressivität von zu behandelnden Personen stetig zu. Das Pflegepersonal in den ZNAs ist häufig Beleidigungen und Beschimpfungen ausgesetzt (Schuffenhauer & Güzel-Freudenstein, 2019). Dies kann auch durch den mittlerweile häufig notwendigen Einsatz eines Sicherheitsdienstes nicht gänzlich verhindert werden.

Die beschriebenen Arbeitsbedingungen sind für viele Pflegekräfte nicht tragbar, sodass diese den Arbeitsbereich häufig zeitnah wieder verlassen. Zudem kämpfen ZNAs, wie alle anderen Bereiche der Pflege auch, mit der allgemeinen Unattraktivität des Pflegeberufs (Hans Böckler Stiftung, 2022). Die Interviewten erleben dies als eine unbefriedigende Situation.

(...) wir haben keinen Mitarbeiter, der nur eine Minute Zeit für diese Patienten hat (Interview 5, Zeile 4-5.)

Der Beruf ist schlecht bezahlt und nicht attraktiv (Interview 5, Zeile 21).

Zusätzlich verstärkt wird der Personalmangel in ZNAs durch die geringe Höhe der finanziellen Bereichszulagen, welche im Vergleich zu den Zulagen für Personal auf Intensivstationen stark differiert.

7.1.2 Themencluster "Patientenaufkommen"

Das Phänomen des Patientenaufkommens wird häufig im Zusammenhang mit Personalmangel beschrieben. Aus Sicht der Interviewten ist eine Ursache des hohen Patientenaufkommens darauf zurückzuführen, dass außerhalb des Krankenhauses ein eklatanter Mangel an fachärztlichen Personen festzustellen ist. Die zu behandelnden Personen, welche einen Termin bei einer fachärztlich tätigen Person benötigen, bekommen diesen häufig erst nach Monaten. Diese Wartezeiten sind für viele Menschen nicht hinnehmbar oder aushaltbar, sodass diese als Alternative die nächstgelegene ZNA aufsuchen.

Die zu behandelnden Personen wissen, dass hier zwar mit langen Wartezeiten zu rechnen ist, sie aber zumindest noch am selben Tag behandelt werden und nicht erst in mehreren Wochen oder Monaten Hilfe bekommen. ZNAs sind gesetzlich verpflichtet, alle vorstellig werdenden Personen aufzunehmen und zu behandeln, unabhängig davon, ob es sich um einen Notfall handelt oder nicht.

Die Notaufnahme wird von so vielen Menschen mittlerweile aufgesucht, welche zu einem Facharzt wollen und der Termin erst in einem Jahr ist (Interview 2, Zeile 16-17).

Viele vorstellig werdende Personen sind dementsprechend keine echten Notfälle. Dennoch binden sie die Arbeitskapazitäten der Pflegenden, die die Personen triagieren müssen und zudem die aus der Behandlung folgende Dokumentation genauso durchzuführen haben, wie bei "echten" Notfällen.

Diese Zeit fehlt den Pflegekräften, um den wirklichen Notfällen sowie auch der zeitlich intensiven Betreuungen von Menschen mit Demenz gerecht zu werden.

7.2 Phänomen der fehlenden Information bei Einweisung

Die Einweisung in eine ZNA kann auf zwei Wegen erfolgen: Zum einen durch eine direkte Einlieferung der Menschen mit Demenz durch Angehörige oder Pflegende einer Langzeiteinrichtung. Zum anderen erfolgt dies auf Grundlage einer ausgestellten ärztlichen Einweisung. Zur Aufnahme in eine ZNA durchlaufen die zu behandelnden Personen ein Triagesystem (siehe Kapitel 2.2).

liegt diese Information jedoch nicht vor.

7

Dieses soll dabei helfen, die dringenden Notfälle von den weniger dringenden Notfällen zu unterscheiden. In allen in der Praxis zur Anwendung kommenden Triagesystemen fehlt jedoch jegliches Kriterium, um eine besondere Bedürftigkeit durch eine Demenzerkrankung zu erkennen. Die Kriterien dienen ausschließlich dazu, die Dringlichkeit einzuschätzen und abzuklären, ab wann eine fachärztlich tätige Person hinzuzuziehen ist. Die einzige Möglichkeit für Pflegende, im Rahmen der Triage von einer möglicherweise bestehenden De-

Um die Problematik umfassender zu beschreiben, werden nachfolgend die zwei Themencluster der Einweisung näher beschrieben.

menzerkrankung und somit einer massiv erhöhten Bedürftigkeit zu erfahren,

ist eine Befragung der Angehörigen/Begleitperson/des Rettungspersonals, so-

fern die Erkrankung nicht in der Einweisungsdiagnose vermerkt ist. Meistens

7.2.1 Themencluster "Keine Demenzerkennung durch die Triagesysteme"

Die Triagesysteme, welche die Interviewten in der Praxis nutzen, werden als "Manchester Triagesystem" und "ESI Triagesystem" bezeichnet. Beide Systeme beinhalten keinen Validierungspunkt für eine kognitive Einschränkung. Sie kategorisieren die zu behandelnde Person lediglich dahingehend, wie schnell diese behandelt werden und wie schnell eine fachärztlich tätige Person hierfür hinzugezogen werden muss.

Ich habe mit ESI 2 Jahre geschafft. Und bei diesem Triagesystem ist Demenz kein Kriterium. Und später bei meiner zweiten Stelle hat man mit der Manchester Triage geschafft, dort war Demenz ebenfalls kein Kriterium (Interview 1, Zeile 18-20).

Eine weitere Einschätzung beispielweise mithilfe des sogenannten Mini-Mental-Test findet nicht statt. Die Pflegenden wünschten sich ausnahmslos, ein zusätzliches Kriterium zur schnellstmöglichen Identifizierung von Menschen mit Demenz zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Zwei der Befragten erwähnten die Möglichkeit einer erweiterten Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte über Delegation, was jedoch die

zeitliche Problematik bezüglich der pflegerischen Ressourcenverteilung weiter verschärfen würde. Sie konstatierten aber auch, dass sich bei Übernahme ärztlicher Tätigkeiten wie dem Mini-Mental-Test durch die Pflegekräfte, die Wahrscheinlichkeit einer Durchführung erhöhe. Denn es besteht die Befürchtung, dass die Realisierung eines solchen Tests durch die im ärztlichen Kontext tätige Personen aufgrund des bestehenden Zeitdrucks in ZNAs als erstes weggelassen werden würde.

Am besten einen Test durch Pflege, dann weiß man, es ist gemacht (Interview 2, Zeile 30-31).

7.2.2 Themencluster "Einweisung ohne Diagnose Demenz"

Häufig werden zu behandelnde Personen aufgrund einer ärztlichen Einweisung in einer ZNA aufgenommen. Hierbei ist es nicht relevant, ob diese mit dem Rettungswagen oder einem privaten Fahrzeug gebracht werden. Die Problematik in Bezug auf das Thema Demenz liegt im Einweisungsschein. Dieser beinhaltet ein Feld, in welches die Diagnosen eingetragen werden können. Ausgefüllt wird dort jedoch zumeist nur die aktuelle einweisungsbegründende Diagnose. Ein Kästchen, in dem eine bestehende Demenz oder Verwirrtheit in irgendeiner Form angekreuzt bzw. angegeben werden kann, ist nicht auf dem Einweisungsschein vorhanden. Wird eine zu behandelnde Person in Begleitung von nicht bekannten oder verwandten Personen, welche befragt werden könnten, oder ganz ohne Begleitung vorstellig, so wird von einer Demenzerkrankung oftmals gar keine Kenntnis erlangt.

Außer naj manchmal hat man Glück und es steht entweder auf der Einweisung oder in irgendwelchen Unterlagen, die er sie mithat oder wir haben es in den alten Unterlagen und das hilft dann schon (Interview 4, Zeile 28-20).

Für Pflegende wäre ein Hinweis auf Demenz hilfreich und könnte Einfluss auf ihren Arbeitsablauf haben. Die Interviewten waren sich darüber einig, dass, je besser sie informiert werden, desto hilfreicher dies für die Planung der Behandlungsabläufe sowie die Möglichkeit der Schaffung von freien Ressourcen sei. Diese könnten dann beispielsweise für die Betreuung von Menschen mit Demenz genutzt werden.

7.3 Phänomen Handlungskompetenz

Der Begriff der Handlungskompetenz gliedert sich in drei Themencluster auf. Bei diesen handelt es sich um die Fachkompetenz, die Selbstkompetenz sowie die Sozialkompetenz. Im beruflichen Alltag sind die unterschiedlichen Kompetenzen nicht scharf voneinander abzugrenzen. Jede pflegerische Handlung umfasst alle drei Kompetenzen, da diese sich überschneiden bzw. ineinander übergehen. Der Unterschied liegt darin, dass bei jeder pflegerischen Handlung eine andere benötigte Kompetenz im Vordergrund stehen kann. Dies liegt an den äußeren Umständen, die eine pflegerische Handlung beeinflussen sowie am Zustand der zu behandelnden Person selbst.

In diesem Phänomen spiegelt sich die Fachkompetenz zum Thema Symptomerkennung wider. Die Sozialkompetenz stellt das Erkennen und Wahrnehmen der Bedürfnisse von zu behandelnden Personen, in diesem Fall von Personen mit Demenz dar. Werden zu behandelnde Personen mit Demenz in Begleitung ihrer Angehörigen in einer ZNA vorstellig, steht die Selbstkompetenz im Vordergrund. Diese beschreibt den toleranten Umgang mit den Begleitpersonen sowie die Fähigkeit, diese als pflegerische Ressource zu erkennen und mit einzubeziehen.

Die interviewten Personen beschrieben die Handlungskompetenzen in unterschiedlichen Gewichtungen und Zusammensetzungen. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsbedingungen sowohl personell als auch räumlich sowie in Bezug auf die Erfahrungszusammensetzung der Mitarbeitenden der jeweiligen ZNA nachvollziehbar. Die kontrastreichen Schilderungen ermöglichten einen umfassenden Einblick in die Themencluster und somit in dieses Phänomen.

7.3.1 Themencluster "Fachkompetenz": Symptomerkennung

Zum Thema der Symptomerkennung bei Menschen mit Demenz beschrieben die interviewten Personen ausnahmslos das Symptom der Verwirrtheit. Dies bezogen sie auf die Angaben zur Person selbst sowie die Örtlichkeit. Als häufigste Beschreibung wurde eine Situation dargestellt, in welcher die zu

behandelnde Person nicht mehr weiß, aus welchem Grund sie im Krankenhaus ist oder warum sie die Klingel betätigt hat.

Man merkt, dass die Patienten nicht gern bei uns sind und verwirrt, das heißt sie wissen oftmals nicht, weswegen sie hier sind (Interview 5, Zeile 31-34).

Die Interviewten ordneten auch das Symptom Inkontinenz der Demenzerkrankung zu. Sie beschrieben, dass sich diese Personen für Toilettengänge häufig nicht melden.

(...) dass sie inkontinent sind, sie sich nicht melden, wenn sie auf Toilette müssen sie gar nicht erst auf diese Idee kommen (Interview 1, Zeile 38-39).

Ein weiteres beschriebenes Symptom ist die Intoleranz von Menschen mit Demenz gegenüber nötigen Zu- bzw. Ableitungen. Hier wird beschrieben, dass die Menschen mit Demenz eine Venenverweilkanüle als Fremdkörper und sogar als tätlichen Angriff wahrnehmen und häufig versuchen, diesen selbstständig wieder zu entfernen. Dasselbe lässt sich bei Blasenkathetern beobachten. Da diese als störend empfunden werden, werden sie häufig durch die zu behandelnden Personen selbstständig entfernt. Die Pflegenden konstatierten, dass die Menschen mit Demenz die Wichtigkeit von Maßnahmen nicht begreifen können und dass aufgrund des Verlustes des Kurzzeitgedächtnisses auch wiederholte Aufklärung zu keiner größeren Toleranz gegenüber den Maßnahmen führt.

(...) dass sie an den Infusionen und Kathetern ziehen, einfach aufstehen, repetitive Fragen stellen, wie zum Beispiel was sie hier machen, was sie hier sollen, wo sie hier sind (Interview 1, Zeile 38-40).

Sie führten aus, dass Menschen mit Demenz häufig den Abläufen der Behandlung nicht mehr folgen können und dies unter Umständen zu einem herausfordernden Verhalten führen kann. Unter herausforderndem Verhalten wird die Gesamtheit der aktiven und passiven Verhaltensweisen eines Menschen mit Demenz verstanden, aus welchem Herausforderungen für die Betreuungsperson abgeleitet werden können. Häufig wird das herausfordernde Verhalten auf den Part der Aggression, welche von einem Menschen mit Demenz ausgehen kann, reduziert. Dies ist aber nur ein Teilaspekt.

Dass sie oft mit dem Handlungsablauf nicht klarkommen. Dass sie mit einfachen Anweisungen nicht klarkommen und dies zu Überforderung führt. Dass sie gereizt sind. Sie reagieren auf Lappalien sehr heftig, wenn man nur mal sagt, rutschen sie hierher und sie können es nicht umsetzen beziehungsweise sie nicht wissen, wie sie es machen sollen (Interview 1, Zeile 33-37).

Die Pflegenden berichteten, dass die Arbeitsabläufe in den ZNAs standardisiert sind. Dies erleichtert im Normalfall den Ablauf und gewährleistet eine effiziente Abarbeitung des Patientenaufkommens. Eine zu behandelnde Person mit Demenz kann aber häufig den Anweisungen aufgrund der kognitiven Einschränkungen nicht nachkommen, da diese neu, oft zu schnell und komplex für sie sind. Diese Gruppe der zu behandelnden Personen kann daher nicht standardisiert abgearbeitet werden. Kann jedoch die Standardisierung nicht eingehalten werden, sind weitere zeitliche und personelle Ressourcen nötigt, welche in der Realität jedoch nicht vorhanden sind.

Diese Patienten können nicht standardisiert in Clinical Pathways abgearbeitet werden und das benötigt eben Zeit und Personal, was wir leider beides nicht haben (Interview 3, Zeile 65-67).

Einige interviewte Personen erwähnen, dass eine Differenzialdiagnose zu anderen Bewusstseinsstörungen fehlt. So kann eine Demenz unerkannt bleiben oder verwechselt werden. Als häufigste Diagnosen, die mit einer Demenz vertauscht werden können, wurden das Delir, die Exsikkose sowie die Depression im Alter benannt. Eine schnelle Unterscheidung zwischen einem Delir und einer Demenz wird als besonders schwierig beschrieben.

Na hm verwirrt also ich mein wir sagen salopp wirr wie eine Schneegans. Aber das kann auch ein Mensch sein, der zu wenig getrunken hat. (Interview 2, Zeile 32-33)

Das können die Mitarbeiter eigentlich sehr schwer unterscheiden, weil sie diesen Unterschied zwischen Demenz und Delir ihnen einfach in der Situation nicht so präsent ist (Interview 5, Zeile 28-30).

Zwei der interviewten Personen wandten ein, dass es nicht nur ein prägnantes Symptom zum Erkennen einer Demenz gibt.

Daher vertraten sie die Auffassung, dass ein Schnelltest zur Überprüfung des Kurzzeitgedächtnisses zur Verfügung stehen müsste, um mögliche Hinweis auf eine Demenzerkrankung überprüfen zu können.

Also eine Demenz an nur einem Symptom festmachen geht nicht, aber ein guter Indikator wäre das Kurzzeitgedächtnis irgendwie zu prüfen (Interview 3, Zeile 47-49).

Es wurde auch das Symptom der motorischen Unruhe angesprochen. Unter diesem Begriff wird der ausgeprägte Bewegungsdrang eines Menschen mit Demenz verstanden. Die Ursachen des Bewegungsdranges sind sehr vielfältig. Diese zu behandelnden Personen werden als sehr mobil wahrgenommen. Stillsitzen oder -liegen ist dieser Personengruppe nicht möglich und sie sind ständig in Bewegung.

(...) läuft überall herum, Unruhe, ich glaub das ist alles (Interview 2, Zeile 34-35).

Die Fachkompetenz der interviewten Personen zeigte sich auch in dem Versuch, sich Informationen aktiv selbst zu beschaffen. Wenn sie den Verdacht hatten, dass eine zu behandelnde Person eine kognitive Einschränkung haben könnte, versuchten sie, diese Informationen aus mitgeführten Unterlagen oder dem Einweisungsschreiben zu erhalten und abzusichern. Zusätzlich wurde situationsabhängig probiert, mit Personen in Kontakt zu treten, welche Ihnen Auskunft über die jeweilige zu behandelnde Person geben könnten. Diese Vorgehensweise erfolgt unabhängig davon, ob die zu behandelnde Person mit oder ohne Begleitung in die ZNA kommt.

Äh oftmals nehmen wir dann nochmal Kontakt mit den Angehörigen auf und fragen, wie denn die Situation zu Hause ist oder im Pflegeheim (Interview 5, Zeile 30-31).

Die Pflegenden in einer ZNA beschreiben, dass sie die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz wahrnehmen und auch über ein theoretisches Wissen verfügen. Es besteht jedoch eine Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen und der möglichen Umsetzung einer entsprechenden Versorgung in der Praxis. Dessen sind sich die Pflegenden bewusst.

Ich glaube grundsätzlich wissen es alle Pflegenden im Grundsatz, nunmehr wird es im Notfall nicht in die Praxis umgesetzt. Ich würde fast sagen, man ignoriert es ein wenig. Man geht gern den Weg des geringsten Widerstandes, wenn man

sie behandelt wie alle anderen Patienten auch (Interview 1, Zeile 44-47).

7.3.2 Themencluster "Sozialkompetenz": Bedürfnis der Menschen mit Demenz

Die am Interview teilnehmenden Personen zeigten eine hohe Sozialkompetenz, indem Sie beschrieben, wie sie die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz wahrnehmen. Sie schilderten, welche Umstände sie daran hindern, den Bedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht zu werden. Hierbei wurde deutlich, dass eine hohe Bereitschaft zur Lösung von Problemen besteht. Diese Bereitschaft ist aber nicht immer im Sinne der Bedürfnisbefriedigung der zu behandelnden Personen.

Die Pflegenden schilderten, dass sie zu wenig Zeit haben, um sich auf die Bedürfnisse der zu behandelnden Personen einzulassen. Als ein wesentliches Bedürfnis beschreiben sie den Schutz vor Hektik. Die Menschen mit Demenz müssten aus ihrer Wahrnehmung heraus vor der Hektik in einer ZNA abgeschirmt werden. Doch die Hektik verursacht wiederum auch bei den Pflegenden die Problematik, nicht alle Bedürfnisse der zu behandelnden Personen richtig deuten zu können. Sie sind sich nicht immer sicher, ob diese Zuwendung benötigen oder etwa Hunger oder ein anderes Bedürfnis besteht.

sie mehr von unserer Hektik abgeschirmt werden müssen und dass es je nach Stadium schwierig ist, ihre richtigen Bedürfnisse wie WC oder Essen und Trinken richtig einschätzen und deuten zu können (Interview 4, Zeile 41-43).

Der Lösungsweg ist den Pflegenden bewusst. Sie schildern deutlich, dass sie Zeit und eine ruhige Umgebung sowie ein festes Behandlungsteam brauchen. Sie versuchen, mit dem Konflikt zwischen den Bedürfnissen der zu behandelnden Personen auf der einen Seite und den Gegebenheiten des Alltags, wie Mangel an Fachpersonal und dem hohen Patientenaufkommen, auf der anderen Seite zurechtzukommen.

Sie benötigen sehr viel Zeit und eine ruhige Umgebung, diese zu gestalten ist auf einer ZNA sehr schwierig, da wir zumeist ein hohes Patientenaufkommen

und je nach Arbeitsbelastung auch ein hohes Stresspotenzial haben (Interview 3, Zeile 54-57).

Manchmal ist die Lösung des Konfliktes aufgrund der geschilderten Gegebenheit zum Nachteil der zu behandelnden Person. Die Pflegekräfte sind sich dessen bewusst, sehen aber häufig keinen anderen Lösungsweg, als die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz hintenanzustellen. Sie haben damit zumindest das Gefühl, die weiteren Aufgaben ihres beruflichen Alltags erfolgreich bestreiten zu können.

Wie haben einen ständigen Personalmangel, wechselnde Ärzt und viel Menschen, die zu uns in die ZNA kommen, wo eigentlich einen Facharzt bräuchten aber der Termin soweit hin ist und dann kommen sie zu uns und dann fällt der Dement und seine Bedürfnisse nach hinten (Interview 2, Zeile 44-47).

7.3.3 Themencluster "Selbstkompetenz": Begleitung

Selbstkompetenz in Zusammenhang mit Begleitpersonen beschreibt die Fähigkeit der Pflegenden, diese als Ressource erkennen und nutzen zu können. Es zeigt die Fähigkeit des Einzelnen, sich mit den Veränderungsprozessen auseinanderzusetzen und hierbei berufliche Verantwortung zu übernehmen. Die Veränderungsprozesse werden zum einen unter dem Aspekt Corona und der damit einhergehenden Verantwortung, dennoch Begleitpersonen zuzulassen, beschrieben. Zum anderen formulieren sie den Zwiespalt, dass begleitende Angehörige dem Menschen mit Demenz guttun, für das Pflegepersonal aber eine zusätzliche Belastung darstellen können.

Menschen mit Demenz werden bei einer Vorstellung in einer ZNA häufig von einem Angehörigen begleitet. In Zeiten der Coronapandemie war dies plötzlich nicht mehr gestattet. Hier wurde den Pflegenden erstmals richtig bewusst, auf welch wichtige Ressource sie hier verzichten mussten.

Das war jetzt unter Corona sehr schwierig und nicht immer zum Vorteil des Patiente.n Unter der Pandemie hat man erstmal gemerkt, was für eine Ressource die Angehörigen sind. (Interview 1, Zeile 93-95)

Die interviewten Personen berichteten, dass sie aktiv versuchten, die Begleitungen trotz Coronapandemie mit in die ZNA einzulassen.

Unter Corona war das sehr schwierig, da sie meist nicht mit rein durften, aber wir haben dann mit unserem Chefarzt abgemacht, dass wenn die nicht geimpft sind, wir einen Test machen und sie dann doch mit rein durften (Interview 2, Zeile 105-107).

Diese Anstrengungen hatten zwei konkrete Gründe. Zum einen, dass die zu behandelnde Person mit Demenz durch die Begleitung von einem vertrauten Menschen ein Gefühl von Sicherheit erlangt. Der zweite Grund ist, dass das Pflegepersonal im Falle einer vorhandenen Begleitperson eine gewisse Entlastung verspürt, da sich die Begleitperson um die Bedürfnisse des zu behandelnden Menschen mit Demenz kümmern und zudem als Wissensressource genutzt werden kann.

Für den Patienten sind aber Angehörige immer positive, weil sie was Bekanntes, Vertrautes in einer ihnen unheimlichen Umgebung dabeihaben. Es gibt aber wie gesagt auch sehr nette Angehörige, die viel Verständnis für unsere Situation und unserer Arbeit haben und die sind acht super und da macht es auch wieder Spaß, mit denen zusammenzuarbeiten (Interview 2, Zeile 96-100).

Die an den Interviews teilnehmenden Personen konstatierten, dass auch Angehörige zeitweise als belastend wahrgenommen werden, vor allem dann, wenn diese mit einem fordernden und bestimmenden Verhalten auftreten. Es wurde jedoch von allen teilnehmenden Personen betont, dass solche Situationen nur Ausnahmen darstellen. Wie oben bereits dargestellt, wurden die Begleitungen zumeist als positiv wahrgenommen.

Es gibt auch Ausnahmen, denen alles nicht schnell genug geht und die dann meckern, aber das sind wirkliche Ausnahmen, die meisten haben Verständnis für uns und unsere Situation (Interview 2, Zeile 107-110).

7.4 Phänomen Gewalt

Unter dem Begriff der Gewalt werden verschiedene Themencluster subsumiert. Zum einen ist dies die physische (körperliche) Gewalt, welche sich allgemein beispielsweise durch Schläge oder Ohrfeigen ausdrückt. Des Weiteren wurde die psychische Gewalt genannt, welche sich durch Drohungen, Demütigungen oder das bewusste Einsetzen der Stimmlage sowie der Lautstärke

äußert. Als letztes Themencluster wurde von den teilnehmenden Personen am Interview auch die Vernachlässigung von Bedürfnissen als Gewalt eingeordnet. Diese Art der Gewalt ist häufig gegenüber Kindern und alten Menschen zu beobachten, welche ihre Bedürfnisse noch nicht oder nicht mehr selbst äußern oder wahrnehmen können.

Dieses Phänomen wird oft tabuisiert (Staudhammer, 2018, S. 3 ff.; 95 ff.). Kaum eine pflegende Person gibt zu, dass sie selbst oder direkte Mitarbeitende Gewalt anwenden. Bei den Interviews wurde mit diesem Tabu gebrochen. Es ist wichtig, dieses Phänomen ohne Emotionen aus der reinen Faktenbetrachtung heraus zu analysieren, um durch Erkenntnis zu präventiven Maßnahmen gelangen zu können. Die Pflegenden beschrieben die verschiedenen Möglichkeiten der erlebten Gewalt. Diese umfassten alle drei oben genannten Themencluster. Alle waren sich darin einig, dass Gewalt bereits mit der psychischen Gewalt in Form der Erhebung der Stimme beginnt.

7.4.1 Themencluster "Physische Gewalt"

Wie bereits oben erwähnt, waren sich die interviewten Personen darüber einig, dass physische Gewalt bereits mit der Veränderung der Stimme bzw. der Sprache beginnt. Sie haben dazu sowohl theoretisches als auch Erfahrungswissen. Dies wird dadurch ersichtlich, dass die Veränderung der Tonlage als physische Gewalt beurteilt wurde, das Gesagte aber zur psychischen Gewalt gezählt wurde. Das Bewusstsein für den Einsatz dieser Art von Gewalt geht im Alltag ab und an verloren. Die Gründe hierfür sind zum einen, dass nicht ständig über das eigene Verhalten reflektiert wird und zum anderen, dass die Zeit dazu fehlt, es sich bewusst zu machen und umsetzen zu können. Häufig fehlt aufgrund der Arbeitsbelastung und des gefühlten Zeitmangels die Möglichkeit zur Reflektion. Man möchte auch die Kollegschaft nicht maßregeln, da man weiß, welcher Arbeitsdruck auf diesen lastet.

Ich habe ja mal gelernt, dass physische Gewalt schon mit der Stimmlage anfängt und würde ich mich beurteilen, nutzt ich diese Art der Gewalt häufiger auch bei Dementen, weil man findet das in seinem Alltag nicht so schlimm und man denkt äh auch nicht ständig darüber nach (Interview 2, Zeile 90-93).

Aber wenn ich weiß, meine Kollegen draußen ersticken vor Arbeit, da merke ich wie ich, ja ich würde fast sagen zu verbaler Gewalt neige, indem ich lauter werde (Interview 3, Zeile 75-76).

Zur Rechtfertigung dieser Art von Gewalt findet das Argument der Gruppendynamik Anwendung. Keiner der interviewten Personen beschrieb, dass er diese Art der Gewalt allein anwendet. Diese Aussagen wurden stets im Zusammenhang mit der Entlastung mitarbeitender Personen getroffen. In diesem Sinn wurde das Phänomen in allen Interviews in Form unterschiedlicher Beschreibungen wiedergefunden.

Jetzt wo ich drüber nachdenke, ist es genau das, was uns passiert. Also ich meine nicht nur mir auch den anderen, man erhebt die Stimme, droht mit irgendwas und mir ist auch schon passiert, dass ich schreie, und damit bin ich keine Ausnahme (Interview 3, Zeile 76-79).

In zwei Interviews wurde beschrieben, dass Menschen mit Demenz Medikamente zur Beruhigung verabreicht wurden. Nicht, weil die Notwenigkeit dazu bestand, sondern als bewusster Akt, mit dem Ziel der medikamentösen Fixierung dieser Personen.

Und das Gesetz zur Fixation hat sich auch geändert, so dass manchmal nur Medikamente helfen (.), also äh ich meine zum Ruhigstellen, machen wir nicht immer, aber wenn nix geht, dann ist es halt so äh (Interview 3, Zeile 18-20).

aber Medikament zur Fixierung eingesetzt schon vor allem, seit man von Anfang an einen richterlichen Beschluss zum Fixieren braucht, nutzt man halt die Medikamente, das fällt eben nicht so auf und manchmal wird halt auch die falsche Dosis hingeschrieben und fertig (.) (Interview 4, Zeile 64-68).

Die zu behandelnden Personen sollen ruhiggestellt werden, damit der Arbeitsablauf in der ZNA erleichtert wird. Die medikamentöse Fixierung kann laut den Pflegenden schlecht bis gar nicht nachgewiesen werden. Dies läge im Umstand der falschen Dokumentation begründet, indem gar nicht dokumentiert wird oder falsche Mengenangaben dokumentiert werden. Zur Begründung wurde der enorme Arbeitsdruck angeführt, welcher auf den Pflegenden lastet.

In einem Interview wurde beschrieben, dass ein Kollege die zu behandelnde Person mit Demenz fest am Handgelenk anfasste und schlug. Der Akt der physischen Gewalt wird nicht näher beschrieben.

Einmal habe ich es erlebt, dass ein Patient grob angefasst wurde und geschlagen fest am Handgelenkt gepackt... (Interview 2, Zeile 73-73).

7.4.2 Themencluster "Psychische Gewalt"

Mit psychischer Gewalt umschrieben die interviewten Personen, was sie den Menschen mit Demenz gegenüber äußerten. Das Spektrum dieser Gewalt erstreckt sich über die Stimmlage bis hin zu direkten Beleidigungen der zu behandelnden Personen.

Äh verbal ist einfach der Zeitdruck, den wir haben äh, dass die Mitarbeiter da keine Geduld haben und den Mitarbeitern äh dem Patienten sagen, sie soll jetzt endlich mal still sein. Das kann auch mal schlimmer gesagt werden, wie Klappe jetzt (Interview 5, Zeile 50-52).

Die mutmaßliche Rechtfertigung zu dieser Handlung sehen die Beteiligten im Zeitmangel bzw. Zeitdruck sowie dem Mangel an Personal. Sie sind sich jedoch bewusst, dass das, was sie tun, nicht rechtens ist.

Einige Interviewte beschreiben, dass sie die zu behandelnden Personen mit Demenz als wehrlos wahrnehmen, vor allem, wenn keine Begleitung dabei ist. Sie sind dem System der ZNA ausgeliefert. Es wird ihnen nicht geglaubt, egal welche Beschwerden oder Bedürfnisse sie äußern.

Und der Nachteil dieser Patienten ist, dass ohne Angehörige sie dem System ausgeliefert sind und keiner ihnen glaubt, egal was sie erzählen. Sie haben keine Lobby trotzdem sie immer mehr werden (Interview 3, Zeile 67-69).

Gleichzeitig ist den Pflegenden sehr bewusst, dass sie dies nur tun, wenn ihnen keine Konsequenzen drohen. Dies ist häufig dann der Fall, wenn Menschen mit Demenz unbegleitet in einer ZNA vorstellig werden.

Oder äh ich manchmal grob werde in der Ansprache oder fester anpacke. Wenn der Angehörig dabei ist, passiert so was eher selten, weil man Angst vor den Konsequenzen hat und man ja einen Zeugen dann hat. Einem Dementen so, nimmt man halt an, glaubt keiner. Das ist ja wie mit kleinen Kindern (Interview 2, Zeile 76-80).

7.4.3 Themencluster "Gewalt durch Vernachlässigung"

Die Gewalt durch Vernachlässigung ist die Umkehrung der fachlichen Kompetenz der Wahrnehmung von pflegerischen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz. Damit ist gemeint, dass die Wahrnehmung der pflegerischen Bedürfnisse nicht ausreicht. Die Bedürfnisse müssen befriedigt werden, indem Toilettengänge, Nahrungsaufnahme sowie Zuwendung ermöglicht werden. Ist dies nicht der Fall, könnte der Tatbestand der Gewalt durch Vernachlässigung erfüllt sein. Dies wurde in keinem der Interviews explizit, jedoch implizit beschrieben.

Man muss immer auch abwägen, was man von den Aussagen dieser Patienten für ernst nehmen kann und welche eben nicht. Toilettengang ist halt immer schwierig, äh wenn doch schon einer mit einer Windel kommt und füttern ist dann auch das nächst Problem (...), denn ja länger die bei uns in der ZNA sind, desto länger sind die evtl. ohne Wasser und Essen, da es eigentlich heißt, bis ein Arzt kommt bleibt der Patient nüchtern und das verstehen die dann nicht. Man ist dann so in einem Zwiespalt (Interview 3, Zeile 59-65).

7.5 Phänomen wünschenswerter pflegerischer Strukturen

In diesem Phänomen wurden von den Interviewten Wünsche bzw. eigene Analysen bezüglich einer verbesserten Versorgungsstruktur von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme beschrieben. Die teilnehmenden Personen schilderten nicht nur die innerklinischen Verbesserungsmöglichkeiten, sie gingen auch auf die präklinische Versorgung ein. Die Versorgungsdefizite sahen sie als Gesamtheit an. Dies beginnt bereits bei der Entscheidung, eine zu behandelnde Person in eine ZNA einzuweisen. Sie vertreten die Auffassung, dass eine Behandlung von Erkrankungen vor Ort im häuslichen Umfeld häufig besser wäre als in einem Krankenhaus. Sollte die zu behandelnde Person aufgrund ihres allgemeinen Zustandes dennoch in eine ZNA kommen müssen, sollte diese architektonisch demenzsensibel sein. Dies bedeutet in erster Linie die Zurverfügungstellung eines hellen, freundlichen und von der zentralen hektischen Notaufnahme separierten Bereichs. Sie beschrieben die Defizite der Triage-Assessmentinstrumente, welche die Notfälle in bestimmte Kategorien

7

einordnen. Diese sind für Menschen mit Demenz aus Sicht der teilnehmenden Personen unzureichend. Es werden spezialisierte Assessmentinstrumente gewünscht, durch welche zum einen Menschen mit Demenz identifiziert und diese Patientengruppe zum anderen in der dazugehörigen Notfallgruppierung richtig kategorisiert werden kann.

7.5.1 Themencluster: "Ergänzung Triage"

Die interviewten Personen beschrieben zwei Triagesysteme. Zum einen arbeiteten sie mit dem Triage System ESI und zum anderen mit dem Manchester Triage System. Beide Systeme werden im deutschsprachigen Raum häufig eingesetzt, um Notfälle nach Dringlichkeit zu kategorisieren. Hierbei sind die Vitalzeichen sowie die Beschreibung von Schmerzen und weiterer Symptome von Bedeutung. Die Symptome einer Demenz werden nicht erhoben.

Die Überlegung, das Triagesystem um eine Frage nach Zeit/Person/Ort zu ergänzen, ist hier auch nicht hilfreich. Der Fokus dieser Frage liegt nicht spezifisch auf der Erkrankung einer Demenz. Vielmehr können diese Fragen auch von Personen, die aufgrund anderer Ursachen kognitiv eingeschränkt sind, nicht korrekt beantwortet werden.

Also bei uns wird nach Manschester Triage gemacht und mit Demenz kenn ich dar gar nix das das irgenwie Demenz oder so rausfiltern ne ... Außer den kurzen Test nach Ort, Zeit, Person, aber wenn jemand betrunken ist oder zu wenig getrunken hat klappt der auch nicht (Interview 4, Zeile 24-27).

Die interviewten Personen würden sich wünschen, dass Einweisungsformulare um den Punkt "kognitive Einschränkungen" ergänzt werden. Dieser Punkt sollte in Unterpunkte gegliedert werden, sodass die Möglichkeit besteht, die kognitive Einschränkung zu konkretisieren.

was mir helfen würde, wäre ein Hinweis bei der Einweisung, denn manchmal verständigt der Hausarzt die Rettung und der kennt ja seinen Patienten, also ich meine, wenn keine Angehörigen dabei sind und die Pflegeheime A kennen ihre Bewohner auch und könnten es irgendwie vermerken (Interview 2, Zeile 25-28).

7

trag leisten.

Eine weitere Möglichkeit aus Sicht der interviewten Personen wäre eine Ergänzung des Triagesystems oder eine zeitlich verfügbare Fachkraft, welche eine Demenz vor Ort diagnostizieren kann. Das Triagesystem sollte durch Zusatzfragen oder Werte zu Klärung einer kognitiven Einschränkung einen Bei-

Ich wäre für eine Ergänzung des Triagesystems. Oder für eine ausgebildete Fachkraft, egal ob Arzt oder Pflege für Demenz, die so etwas schnell vor Ort testen kann (Interview 2, Zeile 29-31).

7.5.2 Themencluster "Geschützter Bereich innerhalb der ZNA"

Die Pflegenden schilderten, dass sie sich einen geschützten Bereich und mehr Personal für die Betreuung von Menschen mit Demenz in einer ZNA wünschen.

ausreichendes Personal, damit man auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten (Interview 3, Zeile107-108).

Sie machten darauf aufmerksam, dass allein genügend Personal nicht ausreichend ist. Das Personal müsste spezialisierte Schulungen erhalten, welche den Schwerpunkt Betreuung von Menschen mit Demenz in einer ZNA inhaltlich thematisieren.

Dann genügend Personal, welches, wenn es richtig gut wär, auch ein spezielle Schulung für den Umgang mit solchen Patienten (Interview 4, Zeile 107-108).

Also als erstes würde ich mir genug Personal wünschen, um diese Patientengruppen anhand ihrer Bedürfnisse zu betreuen, und bedeutet aus meiner Meinung Zeit für den Patienten ohne Druck und Hektik, sie betreuen zu können (Interview 2, Zeile 118-120).

Des Weiteren schilderten die interviewten Personen, dass sie sich einen architektonisch getrennten Bereich für Menschen mit Demenz in ZNAs wünschen würden. Dieser könnte es Ihnen ermöglichen, die zu behandelnde Personengruppe vom hektischen Alltag einer ZNA abzuschirmen. Der Bereich sollte mit Fenstern für Tageslicht ausgestattet sein. Er sollte den Menschen mit Demenz zudem die Möglichkeit bieten, ihren Bewegungsdrang befriedigen zu können. Ebenfalls sollten Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden sein. Es

sollte ein Fernseher vorgehalten sowie andere Beschäftigungstechniken wie beispielsweise die Möglichkeit zu malen ermöglicht werden.

diese Patienten in einem separaten Bereich der Notaufnahme betreuen könnte. Dieser Bereich sollte ruhig sein und die Patienten sollten vom normal hektischen Alltag der ZNA nix mitkriegen. Es sollte Tageslicht geben und Beschäftigungsmöglichkeiten geben. Irgendwie einen Fernseher oder etwas zum Malen oder so (Interview 2, Zeile 123-126).

hätten und dann Tageslicht, Spielzeug Fernseher und irgendwie so viel Platz, dass wenn die einen äh Bewegungsdrang haben, sie das tun können (Interview 3, Zeile 108-111).

7.5.3 Themencluster "Optimierung der außerklinischen Behandlung"

Wie weiter oben bereits erwähnt, sagten einige interviewte Personen aus, dass Menschen mit Demenz bestenfalls zu Hause bzw. in ihrer gewohnten Umgebung behandelt werden sollten. Sie wiesen darauf hin, dass es wichtig sei, zu überprüfen, ob es für die zu behandelnde Person tatsächlich keine Möglichkeit gibt, zu Hause behandelt zu werden. Diese Überprüfung könnte für die zu behandelnde Person sowie für das Pflegepersonal in einer ZNA zu einer Stressreduktion führen. Die zu behandelnden Personen werden durch eine Einweisung in die ZNA häufig noch verwirrter, was dem Umstand der fremden Umgebung und den dort auf sie zukommenden unbekannten Personen geschuldet ist. Denn häufig kämen Menschen mit Demenz mit nicht notfallmäßig zu behandelnden Erkrankungen wie beispielweise einem Harnwegsinfekt oder einem Sturz ohne Folgeschäden in die ZNA. Solche Einweisungen schaden aus Sicht der Pflegenden der zu behandelnden Person mehr, als dass sie ihr nützen. Es wäre richtig und wichtig genau abzuwägen, ob den zu behandelnden Personen ein Ortswechsel und damit einhergehend die Aussetzung des Stresses in einer ZNA, in der aktuell vorliegenden Situation hilft und zuzumuten ist.

wir wundern uns manchmal auch, dass mar Patienten aus dem Pflegeheim mit ganz einfachen Sachen wie ein Harnwegsinfekt oder so hier in der Notaufnahme vorstellen oder mit Zustand nach Sturz wurden im Endeffekt rauskommt also da ist eigentlich so gut wie gar nichts passiert, man jede Ortsveränderung

7

bemerkt, man den Patienten total an sind, völlig hilflos und noch verwirrter. Also die Versorgung zu Hause vor Ort ist sicher das Optimale (Interview 5, Zeile 94-99).

7.6 Phänomen des Mangels an Fachwissen

Die Pflegenden beschrieben, dass im Bereich des speziellen Settings einer ZNA ein Mangel an Fachwissen zum Thema Menschen mit Demenz festzustellen ist. Als Fachwissen beschreiben sie unterschiedliche Themencluster wie das Wissen über Symptome, Diagnostik und pflegerische Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten dieser Patientengruppe. Um diesem Mangel an Fachwissen zu begegnen, könnten zwei Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Zum einen könnte, wie oben bereits erwähnt, eine spezialisierte Person eingesetzt werden, durch welche gewährleistet wird, dass die entsprechende zu behandelnde Personengruppe identifiziert und zielgerichtet betreut wird. Dabei wurde durch die interviewten Personen der Fokus auch auf die Ärzteschaft gerichtet. Diese sollten über pflegerisches Fachwissen zum Thema Demenz verfügen, damit eine schnelle und effiziente Behandlung bzw. zeitnahe Entlassung der Menschen mit Demenz gewährleistet werden kann. Sie könnten sich auch vorstellen, dass dafür der Einsatz eines Pflegeexperten hilfreich sein könnte. Auch der Einsatz von Alltagbetreuern, welche sich ausschließlich um die Betreuung von Menschen mit Demenz kümmern, könnte aus ihrer Sicht zur Steigerung des Fachwissens bezüglich der Betreuung von Menschen mit Demenz beitragen.

7.6.1 Themencluster "Spezialisiertes Personal"

Die Interviewten wünschen sich den Einsatz von spezialisiertem Personal in einer ZNA, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich.

Für den ärztlichen Bereich wünschten sich die interviewten Personen, dass diese sowohl in Hinblick auf die Fachlichkeit in den einzelnen Fachdisziplinen als auch auf das Wissen über das Krankheitsbild Demenz gut ausgebildet sein sollten. Denn je besser die ärztlichen Kollegen in einer ZNA ausgebildet sind, desto schneller können sie die Behandlung von zu behandelnden Personen

durchführen und abschließen. Dies hätte zur Folge, dass die Verweildauer eines zu behandelnden Menschen mit Demenz in der ZNA enorm verkürzt werden kann.

Dann brauchen wir noch genug fachliche Ärzte, die Fachwissen und Demenzwissen haben, die die schnell behandeln, damit sie möglichst kurz bei uns bleiben und am besten wieder in ihr gewohnt Umgebung entlassen (Interview 4, Zeile 111-114).

Im pflegerischen Bereich werden von den interviewten Personen zwei für den Einsatz gewünschte spezialisierte Berufsgruppen voneinander unterschieden. Zum einen wurde die Position von Alltagshelfern genannt, welche auf die Betreuung von Menschen mit Demenz spezialisiert sind. Zum anderen wird der Einsatz von Pflegeexperten zum Thema Demenz im Setting einer ZNA als vorteilhaft dargestellt.

Einem Alltageshelfer ordneten sie die komplette Betreuung eines Menschen mit Demenz zu. Seine Aufgaben sollten aus ihrer Sicht sein, die erkrankten Menschen mit Demenz zu Untersuchungen zu begleiten, bei Toilettengängen zu helfen sowie den Bewegungsdrang zu unterstützen und zu ermöglichen. Ein Alltaghelfer sollte sich somit mit der zu behandelnden Person mit Demenz und deren Bedürfnissen beschäftigen.

Alltagsbegleiter, der sich um die Patienten kümmert und vielleicht auch noch die Möglichkeit wo die mit den Patienten laufen gehen können. Das habe ich beobachtet, wo die Alltagsbegleiterin da war der ersten 14 Tage, die sie eben wirklich noch sehr engagiert war, dass das einfach mal mit den durch die ganze Klinik gegangen ist aufgrund der Corona Situation war das dann (Interview 5, Zeile 62-66).

Wir hatten mal einen Alltagsbetreuer auf der ZNA, der hat uns echt entlastete, war nur für den Dementen da (Interview 2, Zeile 53 54).

Die Pflegenden wünschen sich zudem die Implementierung eines Pflegeexperten, durch deren spezialisiertes Wissen Menschen mit Demenz frühzeitig erkannt werden könnten. Dies soll zu einer Triagierung in einen spezialisierten Bereich für diese zu behandelnde Personengruppe mit Demenz führen. Ob Fachkenntnisse in Form eines akademischen Abschlusses oder in Form von Fortbildungen vorhanden sein sollten, wurde nicht thematisiert.

Ich fänd sowieso gut, wenn diese spezielle Aufnahme oder Bereich von einem Pflegeexperten geleitet wird, am beste wäre in jeder ZNA so jemanden und dann die Leute in einen geschützten Bereich einteilen, das wäre das (Interview 4, Zeile 117-119).

7.6.2 Themencluster "Fortbildungen"

Die Pflegenden wünschten sich spezifische Fortbildungen zum Thema Menschen mit Demenz in einer ZNA. Diese Fortbildungen sollten regelmäßig angeboten werden. Um das Erlernte in der Praxis zu üben und anzuwenden, sollte zwischen den einzelnen Fortbildungstagen ein gewisser zeitlicher Abstand liegen. Des Weiteren wurde der Wunsch nach gemeinsamen Fortbildungen mit dem ärztlichen Personal formuliert, damit auch dieses für den Umgang und die aufwendigen pflegerischen Maßnahmen mit Dementen in einer ZNA sensibilisiert wird.

Es wäre zudem noch schöne, wenn wir spezifische Fortbildungen und zwar verpflichtetet für Ärzte und Pflege zum Thema bekommen würden, und zwar nicht alles an einem Tag, sondern so, dass wir etwas lernen, dann Praxis und dann nochmal nachfragen können, das fände ich echt nicht schlecht (Interview 2, Zeile 131 134).

Einige interviewte Personen vertraten die Auffassung, dass auch eine Fachweiterbildung zum Feld der Fortbildung zählt. Hierbei stellten die teilnehmenden Personen fest, dass das Thema Demenz auch in der Fachweiterbildung eine höhere Gewichtung erfahren müsste und nicht lediglich als Randthema im Rahmen des Themenbereichs Geriatrie behandelt werden sollte.

Leider es wird häufig der Fokus auf Geriatrie gelegt, aber das umschreibt nur einen Teil des Problems. Man verpasst eben sehr viel, wenn man geriatrische oder Demenz Patienten nicht rechtzeitig erkennt (..). Die ganze Diagnostik ist bei diesen Patienten eine völlig andere und auch anders zu bewerten als bei akuten jungen Notfällen (Interview 1, Zeile 135-139).

8 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und diskutiert. Im Anschluss erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen, welche im Kapitel 1.4. beschrieben wurden Hierbei werden diese bezüglich der Triagesysteme auf Grundlage des Theorieteils beantwortet. Die Forschungsfragen bezüglich des expliziten und impliziten Wissens sowie der pflegerischen Phänomene werden auf Grundlage der Ergebnisdiskussion beantwortet.

Darauf folgt die Darstellung der theoretischen qualitativen Gütekriterien. Deren Umsetzung für diese Arbeit wird im Anschluss an die Theorie beschrieben. Das Kapitel schließt mit der Vorstellung der Limitationen dieser Arbeit ab. Hierbei wird der Fokus auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse, die Auswahl der Stichproben sowie auf das Fachwissen der Verfasserin dieser Arbeit gelegt.

8.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Folgend werden die Ergebnisse sowie die Beziehungen der Phänomene untereinander diskutiert. Diese werden durch Abbildung 7 und Abbildung 8 verdeutlicht.

Das erste Phänomen der Belastung beschreibt, dass aus Sicht der interviewten Personen die Belastung auf zwei Ursachen beruht. Zum einen entsteht diese durch den vorherrschenden Personalmangel, welcher sich aus ihrer Sicht immer mehr verstärkt Auf der anderen Seite trägt das aufgrund des Fachärztemangels immer weiter steigende Patientenaufkommen in einer ZNA zur Erhöhung der Belastung der Mitarbeitenden bei. Dem pflegerischen Personalmangel wird teilweise entgegenwirkt, indem pflegefremde Berufsgruppen, wie Rettungssanitäter, Rettungsassistenten sowie Medizinisch-Technische-Assistenten in ZNAs angestellt werden. Dieser daraus resultierende Personalmix steht eng mit dem Phänomen des Mangels an Fachwissen in Zusammenhang. In diesem Phänomen beschreiben die interviewten Personen, dass sie sich spezialisiertes Personal für die Versorgung der

Menschen mit Demenz wünschen würden. Sie beschreiben, dass die nichtpflegerischen Berufsgruppen in einer ZNA zwar Fachwissen in Bezug auf das Symptommanagement mitbringen, dies aus ihrer Sicht jedoch nicht ausreicht, um Menschen mit Demenz bedürfnisorientiert und konsequent zu behandeln. Nicht beschrieben wird von ihnen, dass Menschen mit Demenz ihre Beschwerden in Bezug auf ihre Krankheit, wegen der sie eine ZNA aufsuchen, evtl. nicht adäquat zum Ausdruck bringen können. Auch, dass für die Erkennung der Beschwerden spezielle Kenntnisse erforderlich sind, wird von ihnen nicht erwähnt. Vordergründig wird das Fachwissen beschrieben, welches benötigt wird, um die Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz zu befriedigen. Diese Bedürfnisse umfassen laut den getätigten Aussagen die Nahrungsaufnahme, die Möglichkeit, einem möglicherweise bestehenden Bewegungsdrang nachzugeben, Toilettengänge zu ermöglichen und für ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu sorgen. Das letztgenannte soll entweder durch genügend Personal oder zumindest durch die Einrichtung eines geschützten Bereiches gewährleistet werden. Des Weiteren könnten pflegerische Fortbildungen zum Thema Demenz in einer ZNA dafür sorgen, dass das Phänomen des Mangels an Fachwissen und mit diesem das Phänomen der Belastung verbessert werden kann.

Die Belastung und der Mangel an Fachwissen könnten den Rückschluss zulassen, dass die Behebung eines Personalmangels durch medizinisches Fachpersonal, wie beispielsweise den Einsatz von Rettungssanitätern oder Medizinische Fachangestellte, möglicherweise nicht wirksam ist. Denn aus den Interviews wird ersichtlich, dass dem medizinischen Fachpersonal Symptomerkennung zugetraut wird. Symptommanagement hingegen wird dem medizinischen Fachpersonal weniger zugetraut. Es ist wichtig, genau hinzuschauen, ob die Aufstockung von nichtpflegerischem Personal wirklich hilfreich ist, oder ob es das Phänomen der Belastung sogar verstärkt. Die Interviewten beschreiben, dass sie sich spezialisiertes Fachpersonal wünschten. In diesem Punkt wurde nicht zwischen akademischem Personal wie Pflegeexperten und Alltagsbetreuern oder pflegerischen Hilfskräften unterschieden. Dies zeigt, dass sich das Pflegepersonal in einer ZNA mit ressourcenschonenden und ökonomischen Arbeitsweisen (unbewusst) befasst. Die Pflegenden haben erlebt oder könnten sich vorstellen, dass sie allein durch die

Sicherheit, dass sich jemand um die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz kümmert, bereits eine Entlastung erfahren. Es stünden dann freie Ressourcen zur Verfügung, um anderen Arbeiten nachzugehen. Sie wissen, dass sie umgehend informiert werden, wenn ein pflegerisches oder medizinisches Problem entsteht, welches Alltagshelfer nicht allein managen können.

Fortbildungen könnten fehlendes Fachwissen verbessern. Sie bringen aber keine Entlastung, wenn das Patientenaufkommen insgesamt nicht reguliert wird. Das Patientenaufkommen kann durch zwei Dinge beeinflusst werden, welche durch die Politik gesteuert werden müssten. Zum einen müssten mehr Haus- und Fachärzte eine Zulassung erhalten. Damit zu behandelnde Personen rechtzeitig bzw. zeitnah einen Termin zur Behandlung ihrer nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie beispielweise chronischen Rückenschmerzen oder grippalen Infekten, bekommen.

Zum anderen müssten Bundeslandgesetze, wie beispielsweise § 28 Abs.3 LKHG, abgeändert werden. Hier wird festgehalten, dass keine zu behandelnde Person, auch wenn sie kein Notfall ist, von einer ZNA ab- bzw. weiterverwiesen werden darf. Allein die zu behandelnde Person entscheidet, ob sie beispielweise ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine auf dem Gebiet der Medizin fachärztlich tätige Person aufsucht. Wenn die Möglichkeit, zu behandelnde Personen weiterzuleiten (bzw. im Vorfeld Maßnahmen ergriffen werden könnten), geschaffen werden würde, sänke das Patientenaufkommen in den ZNAs. In diesem Fall nämlich wäre die ZNA für die wirklichen Notfälle da. Dies könnte zu einer Entlastung des Personals führen. Die freiwerdenden Kapazitäten könnten beispielsweise für die pflegerische Betreuung von Menschen mit Demenz genutzt werden, so es sich denn bei ihnen dann um echte Notfälle handelt.

Das **Phänomen Mangel an Fachwissen** beschreibt den Wunsch nach mehr Wissen zum Thema Menschen mit Demenz in einer ZNA. Dies soll, wie oben bereits beschrieben, über spezialisiertes Pflegepersonal oder durch Fortbildungen erreicht werden. Der Mangel an Fachwissen steht in einer Beziehung zum **Phänomen der Handlungskompetenz**.

Im Bereich des **Phänomens der Handlungskompetenz** werden **drei Themencluster** beschrieben. Diese sind Fachkompetenz, Selbstkompetenz

sowie Sozialkompetenz. Im Bereich der **Fachkompetenz** benennen die interviewten Personen die Symptome einer Demenzerkrankung und weisen auf die Schwierigkeit der Differenzialdiagnostik in Bezug auf andere Erkrankungen wie beispielweise ein Delir oder eine Altersdepression hin. Dies steht dem möglichen Mangel an Fachwissen durch nicht pflegerisch geschultes Personal diametral gegenüber, da das spezialisierte Wissen benötigt wird, um zum einen Symptome benennen zu können. Zum anderen kann die Frage nach Differenzialdiagnostik ohne Fachwissen nicht gestellt werden. Ein weiterer Hinweis auf diesen Widerspruch ergibt sich dadurch, dass bei Verdacht auf eine kognitive Einschränkung alles versucht wird, um an weiteres Wissen diesbezüglich zu gelangen, damit der Verdacht auf Demenz abgesichert werden kann. Ein Verdacht kann aber nur dann entwickeln werden, wenn das Fachwissen vorhanden ist, welches eine Verdachtsdiagnose überhaupt erst ermöglicht. Es stellt sich demnach die Frage, ob das Fachwissen wirklich fehlt oder ob eine Erweiterung bzw. Vertiefung von Wissen bereits hilfreich wäre.

Möglicherweise ist der Mangel an Fachwissen auch unter dem Fokus des Aufgabenbereichs einer ZNA zu sehen. In einer ZNA besteht die Hauptaufgabe darin, Notfälle zu behandeln. Notfälle aus Sicht der Pflegenden in einer ZNA sind zu behandelnde Personen, welche sich in Lebensgefahr befinden oder aufgrund ihrer Erkrankung oder Verletzung in Lebensgefahr kommen könnten. Der weitere Fokus liegt hiernach auf zu behandelnden Personen, welche einen akuten Unfall hatten (Krey, 2019, S. 89 ff.). Erst danach werden andere zu behandelnde Personen priorisiert, die aus Sicht von Pflegenden einer ZNA von einem auf dem Gebiet der allgemein oder speziellen Medizin fachärztlich tätigen Person im normalen Praxisalltag behandelt werden könnten. Die spezielle Versorgung von Erkrankungen der Menschen mit Demenz sowie deren Bedürfnisse kommen in der Aufzählung der Notfallerkrankungen durch die Interviewten nicht vor. Dennoch zeigt sich im Alltag einer ZNA, dass diese zu behandelnde Personengruppe größer wird (Ärzteblatt, 2012).

Das **pflegerische explizite und implizite Wissen** für die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz ist in allen Interviews vorhanden. Die soziale Kompetenz, welche **das Erkennen von Bedürfnissen** beschreibt, gehört zum **Phänomen der Handlungskompetenz**. Hierbei beschreiben die interviewten

Personen, dass sie die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz, wie z.B. Hunger oder Ruhe, erkennen. Sie wissen sowohl in der Theorie als auch in der Praxis, wie sie diesen Bedürfnissen gerecht werden könnten. Allerdings verhindern die äußeren Umstände der interviewten Personen, wie zum Beispiel die architektonische Raumgestaltung oder die fehlende Erlaubnis einer fachärztlich tätigen Person, schon vor einer Untersuchung der zu behandelnden Person etwas zu essen und zu trinken anzubieten. Die empathische Grundhaltung, welche ermöglicht, dass sie die Bedürfnisse der zu behandelnden Personen erkennen, ist aber grundsätzlich vorhanden und zählt zu den Sozialkompetenzen.

Bei der Beschreibung der Handlungskompetenz im vorhergehenden Absatz handelt es sich um die Selbstkompetenz. Der erarbeitete Fokus in den Ergebnissen liegt hierbei darauf, ob die Begleitung eines Menschen mit Demenz als Ent- oder Belastung wahrgenommen wird. Als Vorteil benennen die teilnehmenden Personen, dass zum Beispiel eine vertraute Person Ruhe und Vertrauen für den zu behandelnden Menschen mit Demenz bringt und zeitgleich durch seine Anwesenheit dafür gesorgt wird, dass die Pflegenden ihrer Arbeit nachgehen können. Begleitpersonen werden auch als Informationsquelle für die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz genutzt. Dies führt zu einer Entlastung des Pflegepersonals. Wenn Angehörige aber im Gegenzug viele Informationen von den Mitarbeitenden der ZNAs erhalten möchten, z.B., wie die Weiterbehandlung abläuft, wie der zeitliche Rahmen der Untersuchungen sein wird oder wie lange der Aufenthalt dauert, werden diese, laut Aussage, als Belastung wahrgenommen. Es scheint ein schmaler Grat zu sein, ob begleitende Personen als Be- oder Entlastung wahrgenommen werden. Fest steht, dass in Coronazeiten, in denen es schwierig war, Begleitpersonen mit in ein Krankenhaus bringen zu dürfen, viel unternommen wurde, um diese doch mit in die ZNA zu nehmen Dies könnte ein Hinweis sein, dass bei diesem Aspekt der Begleitung eines Menschen mit Demenz in die ZNA die Entlastung für das pflegerische Personal überwiegt.

Das Zusammenwirken der beiden Phänomene Handlungskompetenz und mangelndes Fachwissen aus den Ergebnissen der Interviews zeigt, dass vertiefende und die Beteiligten entlastende Fortbildungen gut abgestimmt

werden sollten. Es ist sinnvoll, den Bedarf bzw. die Bedürfnisse zum genauen und weiterführenden Wissen zuvor abzuklären. Denn das herausgearbeitete Phänomen Handlungskompetenz offenbart, dass bereits umfangreiches Fachwissen vorhanden ist. Damit Fortbildungen zum Erfolg führen, empfiehlt es sich, zuvor eine Adressatenanalyse durchzuführen. Gegebenenfalls sollten auch mehrere Fortbildungen angeboten werden, wenn die Wissensschwerpunkte zu weit auseinander liegen.

Das Phänomen der fehlenden Information bei Einweisung beschreibt, dass die Symptome einer Demenz häufig nicht oder zumindest nicht sofort erkannt werden. Die fehlenden Erkennungsmöglichkeiten haben zwei Ursachen. Zum einen fehlt das Mittel einer Demenzerkennung im Rahmen der genutzten Triagesysteme. Zum anderen fehlt auf dem Ein- oder Überweisungsschein häufig ein diesbezüglicher Vermerk. Dieses Phänomen hat eine enge Bindung dem der wünschenswerten Strukturen. Hier beschreiben die Pflegenden, dass sie sich eine Ergänzung zu den jetzigen Triagesystemen erhoffen würden. Diese Ergänzung soll unterschiedliche Maßnahmen zur Erkennung von Menschen mit Demenz gewährleisten können:

Es könnte auf dem Einweisungsschein ein Kästchen hinzugefügt werden, in welchem die zuweisende auf dem Gebiet der allgemeinen Medizin fachärztlich tätige Person ein entsprechendes Häkchen für eine Demenzerkrankung setzten könnte. Die Ergänzung des Triagesystems könnte auch durch einen "Mini Mental State Test" erfolgen. Hierbei könnte ein erster Hinweis auf eine kognitive Einschränkung festgestellt werden. Durch diesen Test wird jedoch nicht angezeigt, um welche kognitive Einschränkung es sich möglicherweise handelt. Dennoch könnte das Ergebnis aus einem solchen Test helfen, eine erkrankte Person mit erhöhtem pflegerischem Bedarf zu erkennen. Hierbei ist nicht von Bedeutung, ob die entsprechende Person an einer Demenz oder einem Delir erkrankt ist. Es ist wichtig, den erhöhten pflegerischen Bedarf festzustellen, um in der Folge weitere Maßnahmen einleiten zu können, wie beispielweise Alltagsbetreuer zur Unterstützung hinzuzuziehen. Eine weitere Möglichkeit wäre es, dass das Projekt "elektronische Patientenakte" weiter vorangetrieben wird und ihren Weg auf die Krankenversicherungskarte findet.

Hier hätte das Pflegepersonal dann die Möglichkeit, die Diagnosen einfach digital aus der Karte auszulesen.

Phänomen der Wünschenswerten Strukturen hat eine Verbindung zum Phänomen der Handlungskompetenz sowie dem Phänomen der Belastung. Die Verbindung mit der Handlungskompetenz liegt darin, dass sich die interviewten Personen einen geschützten, am besten architektonisch getrennten Bereich in einer ZNA wünschen. Ihre Handlungskompetenz zeigt sich in der Beschreibung der Ausstattung dieses Bereichs, wo z.B. Tageslicht vorhanden ist oder Beschäftigungsmöglichkeiten, bis hin zum Vorhalten eines Fernsehers, bestehen. Der Bereich sollte auch Optionen für die Ausübung eines möglicherweise bestehenden Bewegungsdrangs der erkrankten Person bieten. Hier zeigt sich, dass die beiden Phänomene ineinander übergehen.

Der Zusammenhang zwischen den wünschenswerten Strukturen auf der einen Seite und der Belastung auf der anderen Seite liegt darin begründet, dass sich die Pflegenden eine Optimierung der außerklinischen Versorgung wünschen. Zeitgleich wird hiermit auch das Phänomen der Handlungskompetenz berührt, indem die Pflegenden die Bedürfnisse der zu behandelnden Personen mit einbeziehen. Die Verbesserung der außerklinischen Versorgung würde aus Sicht der Teilnehmenden dazu führen, dass Menschen mit Demenz so lange wie möglich adäquat in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden. Zeitgleich sehen die interviewten Personen hierdurch das Bedürfnis dieser Personen nach ihrer gewohnten Umgebung gewahrt. Durch die dadurch freiwerdenden Ressourcen in der ZNA wird der Mangel an Personal zwar nicht behoben. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass dies zu einer Entlastung des Personals führt, schon allein durch ein geringeres Aufkommen von betreuungsintensiven Personen.

Bei dem Verbesserungsvorschlag der außerklinischen Versorgung **überschneiden sich drei Phänomene**. Würde dieser Vorschlag umgesetzt werden, würde die **Handlungskompetenz** dahingehend bestärkt werden, dass es das größte Bedürfnis eines Menschen mit Demenz ist, seine gewohnte Umgebung nicht zu verlassen. Diese Meinung fand sich in allen Interviews. Zeitgleich würde aufgrund der Reduzierung der Anzahl von Menschen mit Demenz in einer ZNA eine Entlastung erfolgen.

Das Phänomen der Belastung kann mit dem Phänomen der Gewalt in Zusammenhang gebracht werden. Es wurden drei Formen der Gewalt beschrieben: psychische Gewalt, physische Gewalt sowie Gewalt durch Vernachlässigung. Die erhöhte Belastung des pflegerischen Personals einer ZNA kommt durch einen Personalmangel sowie hohes Aufkommen von zu behandelnden Personen zustande. Die Belastung lässt die Hemmschwelle zur Ausführung von Gewalt sinken. Dies führt zum hier nachgewiesenen und beschriebenen Einsatz von Gewalt in den beschriebenen Facetten.

Die psychische Gewalt ist unter anderem gekennzeichnet durch verbale Attacken gegen Menschen mit Demenz (Staudhammer, 2018, S. 95 ff.) Die physische Gewalt beginnt laut den interviewten Personen bereits mit einer Veränderung der Tonlage. Diese in Kombination mit psychischer Gewalt beschreiben die interviewten Personen als fast schon alltäglich vorkommend – besonders bei hohem Arbeitsaufkommen. Die Gewalt durch Vernachlässigung schildern die interviewten Personen ebenfalls als alltäglich, da zumeist keine zeitlichen Ressourcen bestehen, auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Person einzugehen. Diese Form der Gewalt beruht auf drei Ursachen: dem Mangel an Fachkräften, dem Wissensmangel der anderen Berufsgruppen, Bedürfnisse dieser Personengruppe zu erkennen, sowie dem fehlenden Einsatz von Demenzlotsen oder Alltagsbetreuern.

Menschen mit Demenz haben laut der Interviewten keine nennenswerte Lobby und werden daher häufig zu Opfern von Stressabbau des Pflegepersonals durch das Anbringen einer dieser Gewaltformen. Der einzig mögliche Schutz gegen derartige Angriffe ist, neben einer grundsätzlichen Strukturveränderung der Aufnahmekriterien in einer ZNA oder den bereits genannten Maßnahmen, die Begleitung durch eine vertraute Person.

Physische Gewalt wurde am häufigsten im Zusammenhang mit medikamentöser Sedierung beschrieben. Diese findet statt, wenn keine zeitlichen Ressourcen für die Behandlung oder Betreuung von Menschen mit Demenz vorhanden ist. Dass Menschen mit Demenz auch geschlagen werden, wurde in zwei Interviews thematisiert. Ihnen würde allein durch ihre Erkrankung kein Glauben geschenkt, wenn sie die Behauptung äußern, dass sie geschlagen oder beleidigt worden seien. Es wurde der Einwand angebracht, dass

gegenüber einer durch eine vertraute Person begleitete zu behandelnde Person keine Gewalt in irgendeiner Form ausgeübt wird, da in diesen Fällen ein glaubwürdiger Zeuge für derartige Aktionen vor Ort wäre.

Dies zeigt, dass die interviewten Personen diesbezüglich ein **explizites sowie implizites Wissen zum Thema Gewalt** haben. Das explizite Wissen manifestiert sich durch die Beschreibung der Relevanz von Zeugen. Das implizite Wissen zeigt sich, indem beschrieben wurde, dass ein derartiges Verhalten eigentlich nicht richtig ist und gleichwohl Verständnis dafür aufgebracht werden kann.

Dem Phänomen der Gewalt darf aus Sicht der Verfasserin nicht mit einer Wertung begegnet werden. Es ist wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, dass Gewalt gegen Menschen mit Demenz im Setting einer ZNA stattfindet. Um dem entgegenzuwirken, braucht es eine offene Fehlerkultur ohne Bewertung oder moralische Verurteilung. Es muss die Möglichkeit von Supervisionen oder einem anderen Gefäß geschaffen werden, damit sich pflegerische Personen äußern können ohne jegliche Verurteilung. Es muss eruiert werden, wie die Gewalt entsteht und wie sie sich verhindern ließe. Als Ergebnis der Arbeit lässt sich feststellen, dass analysiert werden muss, welche Gewalt konkret und in welcher Situation diese stattfindet. Nur durch eine solche Analyse lassen sich präventive Maßnahmen ableiten.

Die Zusammenhänge der einzelnen Phänomene wurden ausführlich in den vorherigen Ausführungen beschrieben. Nachfolgend erfolgt die Darstellung der Phänomene in Bezug auf die Theorie des Wissens (vgl. Kapitel 2.3).

Im ersten Phänomen Belastung beschreiben die interviewten Personen, welche Belastung sie bei der Arbeit in einer ZNA empfinden. Dieses Phänomen kann aufgrund der klaren Verbalisierung dem expliziten Wissen zugeordnet werden. Es zeigt sich, dass die interviewten Pflegekräfte für ihre Belastung auch einen Weg der Entlastungen nennen können, nämlich, das zu behandelnde Personenaufkommen durch optimierte außerklinische Triage zu beeinflussen. Dies zeigt das implizite Wissen darüber, dass es einem Menschen mit Demenz in der häuslichen bzw. gewohnten Umgebung am besten geht.

Im Phänomen der Belastung bzw. des Personalmangels beschreiben die Teilnehmenden, dass sich das Wissen der Mitarbeitenden in einer ZNA über notwendige pflegerische Handlungen an Menschen mit Demenz wandelt. Die Ursache läge in der Rekrutierung von nicht pflegerischem Personal, wie Retungsantitätern, Rettungsassistenten sowie MFAs als Maßnahme gegen den Pflegemangel. Dies führt aus ihrer Sicht zu einer Verschiebung des Fachwissens. Die genannten Berufsgruppen kennen zwar die Symptome und die Diagnostik der Demenz. Dennoch fehlt ihnen das explizite aber auch das implizite Wissen über die pflegerischen Bedürfnisse der betroffenen Menschen.

Wird dieser Mangel an Wissen auf die Organisationsebene abstrahiert, so ist festzustellen, dass der Mangel an Wissen nicht nur Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen mit Demenz in einer ZNA hat. Vielmehr könnte durch die Einführung eines organisatorischen Wissensmanagements die Arbeitsbedingungen und Versorgung von zu behandelnden Perssonen effektiv verbessert werden (Behringer et al., 2019, S. 331). Durch eine Wissenssteigerung bei den nichtpflegerischen Fachkräften könnte es zum einen zu einer Arbeitsentlastung der Pflegekräfte kommen. Zum anderen könnte durch die Wissenssteigerung eine verbesserte und effektivere Versorgung von Menschen mit Demenz erreicht werden. Diese effektivere Versorgung könnte sich durch verkürzte Wartezeit sowie einem höheren Entlassungsgrad in die gewohnte Umgebung messen lassen (Ehemann, 2010, S. 51). Das wiederum könnte zu einem Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Kliniken auf dem Markt führen. Der Wettbewerbsvorteil zeigt sich dann zum einen in der Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber, indem das pflegerische Personal einer geringeren Belastung ausgesetzt ist. Zum anderen sind durch eine effiziente Arbeitsweise und geringere Fluktuation monetäre Vorteile für die Klinik zu erwarten (Gronau, 2009, S. 4). Dies zeigt sich auch in der Betrachtung der Wissenstreppe nach North (North, 2010, S. 39; Abb. 3, S. 43). Die Wissenstreppe beschreibt in ihrem vierten Reifungsgrad, dass richtiges Handeln und Kompetenz zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit sowie der Einzigartigkeit führen.

Das **Phänomen der Belastung** weist einen **Bezug zum Thema Gewalt** auf. Gewalt in der Pflege ist kein unbekanntes Phänomen. In einer Umfrage aus dem Jahre 2017 gaben ein Drittel der befragten Pflegekräfte an, bereits Gewalt

erlebt zu haben (Weidner, Tucman & Jacobs, 2017, S. 8 ff). Wie oben bereits beschrieben, umfasst die in den Interviews beschriebene Gewalt die psychische und physische Gewalt sowie die Gewalt durch Vernachlässigung. Es zeigt sich, dass die am Interview teilnehmenden Personen ein explizites Verständnis von Gewalt in psychischer und physischer Form haben. Sie beschreiben, dass psychische Gewalt schon mit einer veränderten Tonlage beginnt. Gewalt im Sinne der Vernachlässigung, indem man die geäußerten Bedürfnisse der Menschen mit Demenz ignoriert, ist ihnen nicht bewusst. Zudem wird deutlich, dass beim Thema Gewalt gegen Menschen mit Demenz auch ein gewisser Machtanspruch im Hintergrund mitschwingt. Dieser zeigt sich durch das bestehende Bewusstsein, dass in der Folge von Gewaltausübung keine Konsequenzen zu befürchten sind. Die Begründung dieser Annahme wird in zwei Punkten im Interview deutlich. Die erste Annahme ist, dass Menschen mit Demenz keine Lobby haben und somit der pflegerischen Behandlung schutzlos ausgeliefert sind. Die zweite Annahme ist, dass Menschen mit Demenz, die kein Erinnerungsvermögen mehr haben, ohnehin nicht geglaubt wird. Diese beiden Annahmen werden zudem gestützt durch den Hinweis, dass Menschen mit Demenz in einer ZNA mit Begleitung besser vor Übergriffen geschützt sind. Zu verbalen oder handgreiflichen Attacken seitens der Pflegenden kommt es nur, wenn keine Zeugen anwesend sind und die Gewaltausübung nicht nachgewiesen werden kann. Dass Mitarbeitende ebenfalls als Zeugen fungieren könnten, wird in den Interviews nicht thematisiert.

Es ist ein schmaler Grat zwischen Wissen und Macht. Dass Fachwissen eine gewisse Macht verleiht, ist unbestritten. Dass Fachwissen aber auch zweckentfremdet eingesetzt werden kann, ist eine Gefahr, die beachtet werden sollte. Beispielsweise könnte aufgrund von Fachwissen körperliche Gewalt ausgeübt werden, ohne sichtbare Spuren zu hinterlassen. Im **Rahmen der Wissensorganisation** bzw. des Wissensmanagements in einer Organisation muss sich dieser Gefahr bewusst gemacht werden. Ein präventiver Ansatz hierbei liegt darin, dass innerhalb der Organisation verstanden wird, dass die Einführung eines Wissensmanagements nur ein erster Schritt in einem Projekt von vielen sein kann.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die pflegerischen Phänomene meistens sowohl eine Komponente expliziten Wissens als auch eine Komponente impliziten Wissens beinhalten. Dies muss in den Konzepten für Fortund Weiterbildungen sowie auch in Handlungskonzepten in der Zukunft berücksichtigt werden, damit das pflegerische Handeln durch die richtigen und relevanten Informationen auch nachhaltig beeinflusst werden kann.

Zum Zusammenhang der Phänomene in Bezug auf den Diskurs der Demenz kann gesagt werden, dass ein rein naturwissenschaftlicher Ansatz nicht funktioniert. Durch eine Blutentnahme oder ein CT/MRT kann keine eindeutige schnelle Diagnose einer Demenz in einer ZNA erfolgen. Im Gegensatz beispielsweise zu einem Herzinfarkt, welcher durch eine Blutentnahme und ein EKG nachgewiesen werden kann. Die Diagnostik einer Demenz kann aufgrund der fehlenden Datenlage nicht allein durch physikalische oder chemische Nachweise erbracht werden. Dies erschwert die einfache und schnelle Identifikation von Menschen mit Demenz.

8.2 Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel erfolgt eine prägnante Beantwortung der Forschungsfragen.

Welches Triagesystem für ZNAs berücksichtigt das Thema der Demenz?

Die Triagesysteme, welche im Kapitel 2 beschrieben wurden sowie deren Erörterung unter Punkt 2.2.4, bilden keine Symptome für Demenz ab. Keines der Triagesysteme ist auf die Erkennung von kognitiven Einschränkungen oder Demenz ausgerichtet. Hier liegt der Fokus einzig und allein auf der Priorisierung von kognitiv nicht eingeschränkten Personen.

Welches explizite und implizite Wissen haben die im direkten Personenkontakt arbeitenden examinierten Pflegenden in einer Notaufnahme über bzw. zum Thema Demenz?

Die Pflegenden verfügen über ein vielfältiges Wissen über Menschen mit Demenz in einer Notaufnahme. Das Wissen wurde in Kapitel 7 ausführlich dargestellt.

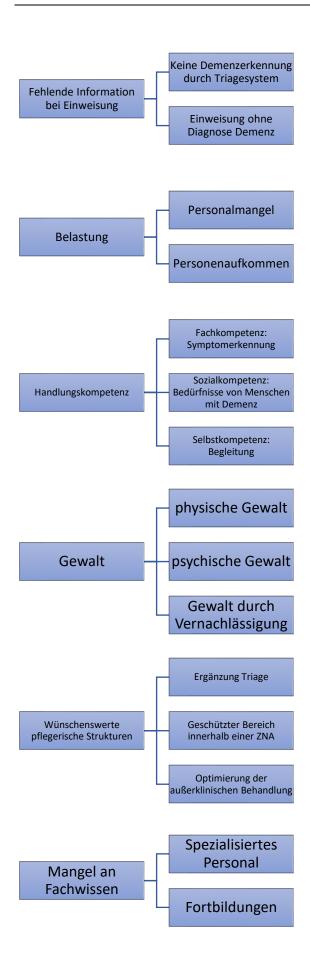


Abbildung 8: Themencluster

Das Wissen der interviewten Personen über die einzelnen Phänomene beinhaltet fast in jedem Fall einen Anteil an explizitem sowie implizitem Wissen. Das explizite Wissen kann auf Grundlage seiner guten Verbalisierbarkeit deutlich leichter überprüft sowie erfragt werden. Beim impliziten Wissen ist dies nicht möglich. Es zeigt sich aber, dass, wie beschrieben, implizites Wissen das explizite Wissen beeinflussen kann. Beide Wissensarten haben Einfluss auf pflegerische Handlungen.

pflegerischen Phänomene bei der Versorgung von Menschen mit Demenz lassen sich aus Sicht der Pflegenden in einer Notaufnahme beschreiben?

Jeder genannte oder beschriebene Themencluster wird zu einem Phänomen abstrahiert. Die Phänomene wurden in den Interviews dieser Arbeit facettenreich beschrieben, sodass jedes genannte Phänomen aus mehreren Themenclustern besteht.

Die Phänomene und ihre jeweiligen Themencluster werden unten anhand eines Schaubildes dargestellt. Dies dient der besseren Übersicht zu den benannten pflegerischen Phänomenen. Die ausführliche Beschreibung dieser findet sich im Ergebnisteil.

Die sich daraus ergebenden Phänomene zeigen bzw. beschreiben, dass bei im Setting einer ZNA Pflegenden bereits vielfältiges implizites sowie explizites Wissen zum Thema Menschen mit Demenz vorhanden ist. Durch dieses Wissen könnten Konzepte zum Umgang mit Menschen mit Demenz in einer ZNA erstellt werden. Es könnten auf den Bedarf des jeweiligen Settings einer ZNA abgestimmte Fortbildungen entwickelt werden. Die soll eine optimale pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz in einer ZNA fördern.

8.3 Theorie der qualitativen Gütekriterien

Die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung, Validität, Reliabilität und Objektivität, sind auf die qualitative Forschung nicht übertragbar (Mayring, 2002, S. 140 ff.). In der Literatur herrscht über die Gütekriterien in der qualitativen Forschung keine einheitliche Meinung (Steinke, 2015, S. 319).

Mayring (2002) erörtert in seinem Buch "Einführung in die Qualitative Sozialforschung" sechs mögliche Gütekriterien der qualitativen Forschung (S. 144 ff.):

- Verfahrensdokumentation: Dies bedeutet, dass die Anpassung der Methode auf den Gegenstand, den Forschungsprozess sowie die Auswertung der Ergebnisse detailliert dokumentiert werden müssen. Das Vorverständnis der Forschenden ist offenzulegen. Mit dieser detaillierten Verfahrensdokumentation soll erreicht werden, dass der Forschungsprozess für Außenstehende nachvollziehbar wird (Mayring, 2002, S. 144 f.).
- 2. Argumentative Interpretationsabsicherung: Die Interpretation der Forschungsergebnisse muss logisch begründbar sein. Das Vorverständnis der Forschenden über den Gegenstand ist dabei ein wichtiges Kriterium. Das Vorverständnis muss adäquat sein, damit eine sinnvolle theoriegeleitete Deutung der Interpretation möglich ist. Wichtig ist, dass auch die Möglichkeit einer Widerlegung der Interpretation in Betracht gezogen wird. Die Widerlegung kann ein wichtiges Argument der Geltung einer Interpretation darstellen (ebd., S. 145).
- 3. Regelgeleitetheit: Die Forschenden nehmen in der qualitativen Forschung eine offene Position gegenüber dem zu erforschenden Gegenstand ein. Das legitimiert sie jedoch nicht dazu, unsystematisch vorzugehen. Vielmehr werden die Analyseschritte festgelegt, das Material in Einheiten unterteilt und diese systematisch von Einheit zu Einheit bearbeitet (ebd., S. 145 f.).
- 4. Nähe zum Gegenstand: Die Forschenden sollen in die Alltagswelt des zu erforschenden Subjektes eintauchen. Die Gegenstandsangemessenheit damit ist die größtmögliche Nähe zum Gegenstand gemeint umfasst den gesamten Forschungsprozess. Der Forschungsprozess enthält die Fragestellung bis zur Auswertung der Ergebnisse. Am Ende des gesamten Forschungsprozesses muss überprüft werden, inwieweit die Nähe zum Gegenstand beibehalten wurde (ebd., S. 146).

5. Kommunikative Validierung: Die an der Forschung teilnehmenden Personen sollten sich in den Analyseergebnissen und Interpretationen wiedererkennen. Die Wiedererkennung ist ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse, jedoch nicht das einzige, da sonst die Analyse auf der subjektiven Bedeutung stagnieren würde (ebd., S. 146). Die Validierung der Ergebnisse kann alternativ ebenfalls innerhalb eines Forschungsteams stattfinden (Mayer, 2011, S. 115 f.).

6. Triangulation: Durch die Triangulation wird versucht, per Zusammenführung von unterschiedlichen Analysemöglichkeiten eine Verbesserung der Ergebnisqualität zu erreichen. Dadurch sollen unterschiedliche Lösungswege für die Beantwortung der Fragestellung eröffnet werden. Ziel ist es, einen Vergleich der Ergebnisse zu erreichen und mögliche Übereinstimmungen zu finden. Dadurch können Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege herausgearbeitet werden. Ziel soll es sein, ein umfassendes Bild vom Forschungsgegenstand zu erhalten (Mayring, 2002, S. 147 f.).

Weitere qualitative Gütekriterien wurden von Lincoln und Guba im angloamerikanischen Raum zwischen 1981 und 1985 entwickelt. Diese qualitativen Gütekriterien dienen zur Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von qualitativen Daten (Mayer, 2011, S. 113). Die vier Kriterien zur Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit sind Glaubwürdigkeit (credibility), Verlässlichkeit (dependability), Angemessenheit (confirmability) und Übertragbarkeit (transferability) (Mayer, 2011, S. 113; Seipel & Rieker, 2003, S. 129 ff.).

Die Glaubwürdigkeit kann erreicht werden, indem verschiedene Techniken der Forschung zum Einsatz kommen. Lincoln und Guba (1985) verstehen darunter Forschung über einen längeren Zeitraum, detaillierte Dokumentation über den gesamten Forschungsprozess und eine Triangulation der Methoden (S. 301 ff.). Der Austausch mit Mitarbeitenden bzw. Personen mit Expertise (member check) über Forschungsgegenstand, Methoden sowie Ergebnisse ist eine weitere Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit zu erhöhen. Zum member check gehört auch die Möglichkeit, den teilnehmenden Personen die Ergebnisse zukommen

zu lassen und zu evaluieren, ob diese ihre Aussagen in den Ergebnissen wiedererkennen (ebd., 314 ff.).

Die Verlässlichkeit besagt, ob die im Forschungsprozess getroffenen Entscheidungen, Methoden und die Dokumentation dem Gegenstand angemessen waren (Seipel & Rieker, 2003, S. 130).

Angemessenheit ist eine Dimension durch welche nachgewiesen werden kann, wie genau die Alltagswelt des zu erforschenden Subjekts dargelegt wird (Mayer, 2011, S. 113).

Durch die Übertragbarkeit zeigt sich, inwieweit sich die Ergebnisse auf andere Settings oder Gruppen übertragen lassen. Die Forschenden müssen dazu ihre gesamte Forschung so detailliert wie möglich beschreiben, damit die Konsumierenden die Anwendbarkeit der Daten auf einen anderen Kontext evaluieren können (Polit et al., 2004, S. 305 f.). Einen weiteren möglichen Beitrag zur Übertragbarkeit leisten prägnante Worte und wörtliche Zitate (thick description) der Forschungsteilnehmenden in der Darstellung der Forschungsergebnisse (Prakke & Wurster, 1999, S. 185).

Eine Standardisierbarkeit der qualitativen Forschung lässt sich kaum realisieren. Eine intersubjektive Überprüfbarkeit, wie sie in der quantitativen Forschung durchgeführt wird, ist nahezu unmöglich. Ein qualitatives Gütekriterium ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Steinke, 2015, S. 323 f.), welche durch drei Möglichkeiten überprüft und gesichert werden kann:

1. Dokumentation des Forschungsprozesses

Das Vorwissen der Forschenden, die Erhebungs- und Auswertungsmethode, der Erhebungskontext und die Transkriptionsregeln müssen dokumentiert werden. Des Weiteren sind getroffene Entscheidungen und gegebenenfalls aufgetretene Probleme darzulegen. Die Gütekriterien, an denen die Arbeit gemessen werden soll, sind ebenfalls zu dokumentieren (ebd., S. 324 f.). Damit soll externen Forschenden die Möglichkeit gegeben werden, den Forschungsverlauf Schritt für Schritt nachvollziehen zu können.

2. Interpretation in der Gruppe

Die Erörterung der Interpretation in der Gruppe stellt eine ausführliche und differenzierte Möglichkeit dar, zu überprüfen, ob die Interpretation den Gegenstand widerspiegelt (ebd., S. 326).

3. Anwendung kodifizierter Verfahren

Die qualitative Forschung lässt sich kaum standardisieren. Dennoch soll die Forschung systematisch erfolgen. Hier ist es unerlässlich, präzise Erklärungen und systematische Analysen über das Vorgehen zu verfassen, um dadurch die Wahl der verwendeten Methodik logisch zu rechtfertigen. Werden kodifizierte Verfahren¹³ verwendet, so können die Konsumierenden die Untersuchung gegebenenfalls einfacher nachvollziehen, da sie evtl. über Wissen zum verwendeten Verfahren verfügen. Wird kein kodifiziertes Verfahren verwendet, müssen die Forschenden die einzelnen Forschungsschritte explizieren und detailliert dokumentieren (ebd., 2015, S. 326).

8.3.1 Gütekriterien der vorliegenden Arbeit

Die oben aufgeführten qualitativen Gütekriterien wurden in dieser Arbeit wie folgt umgesetzt:

Die Verfahrensdokumentation nach Mayring wurde durch eine detaillierte Beschreibung des Vorhabens und der Umsetzung in den einzelnen Kapiteln offen dargelegt. Das Vorwissen der Verfasserin dieser Arbeit wurde an den Stellen dargelegt und beschrieben, an welchen dies von Bedeutung war. Durch die Offenlegung des Vorwissens sowie dessen Einfluss auf die Interpretation wurde das Kriterium der argumentativen Interpretationsabsicht erfüllt. Die Regelgeleitetheit wurde durch die Beschreibung der systematischen Analyseschritte der phänomenologischen Analyse nach Colaizzi beschrieben. Die Nähe zum Gegenstand ist gegeben, da die Verfasserin selbst Arbeitserfahrung aus dem Arbeitsalltag in einer ZNA mitbringt. Der Nachweis, dass die Nähe zum Forschungsgegenstand gelungen ist, ergibt sich aus dem Umstand,

¹³ Unter kodifizierten Verfahren versteht Steinke z.B. das narrative Interview, die Grounded Theory oder die objektive Hermeneutik (Steinke, 2015, S. 326).

dass Pflegende, die nicht Teil des Interviews waren, sich in den Phänomenen wiedererkennen bzw. diese in ihren ZNAs so vorfinden konnten. Die kommunikative Validierung erfolgte durch das Besprechen der Analyseergebnisse und die anschließende Überarbeitung derselben in der Peer-Review Gruppe. Eine Triangulation der Methode wurde nicht vorgenommen, da dies coronabedingt nicht möglich war. Dies lag an den Coronabestimmungen, welche Personen den Zugang zur ZNA untersagten. Hierdurch konnten keine Beobachtungen erfolgen.

Das Gütekriterium der Glaubwürdigkeit wurde durch den Austausch in der Peer-Review Gruppe über den gesamten Forschungsprozess sowie durch die Beurteilung der Ergebnisse durch fachverständige Personen, welche nicht Teil der Forschungsarbeit waren, erfüllt. Die Verlässlichkeit wurde durch die ausführliche Beschreibung jedes Forschungsabschnitts und der darin getroffenen Entscheidungen gewährleistet. Die Entscheidungen bezogen sich auf die Angemessenheit am Gegenstand. Die Angemessenheit konnte nur in Teilen erreicht werden, da nur der Kontext der Interviews detailliert dargestellt werden konnte, nicht aber die konkrete Alltagswelt, in welcher die Interviewten mit dem Thema konfrontiert wurden.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse konnte teilweise erfüllt werden. Jeder Abschnitt des Forschungsprozesses wurde detailliert beschrieben und die wortwörtlichen Zitate der Interviewten wurden zur Unterstützung des Ergebnisteils herangezogen. Dass die Interviewten alle aus unterschiedlichen Settings stammten sowie in unterschiedlichen Kliniken in Deutschland arbeiteten, wirkte sich auf die Übertragbarkeit negative aus, da die Settings der einzelnen ZNAs unterschiedlich waren, sowohl im Personalschlüssel, in der räumlichen Ausstattung sowie in der Anzahl an zu behandelnder Fälle.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit konnte durch die ausführliche Dokumentation sowie die Anwendung eines Forschungstagebuchs gewährleistet werden.

8.4 Limitationen der Arbeit

Für die vorliegende Dissertation wurden fünf problemzentrierte Interviews nach Witzel geführt. Eine Datensättigung auf Grundlage der Interviews wurde erreicht, wenn, wie in Bezug auf diese Arbeit davon ausgegangen wird, dass das implizite Wissen verbalisierbar ist. Möglicherweise könnten die Interviews jedoch zu einseitig geführt worden sein, was zum einen darin begründet liegen könnte, dass zwei Interviewte Personen der Verfasserin persönlich bekannt waren. Zum anderen könnten aufgrund des Vorwissens der Forscherin die Teilnehmenden sozial erwünscht geantwortet haben. Dies hätte durch Interviews, welche nicht von der Verfasserin selbst geführt worden wären, möglicherweise verhindert werden können. Ein weiterer Aspekt in Bezug auf die Einseitigkeit der Ergebnisse könnte der auf dem Pflegepersonal liegende Fokus sein. Um ein möglichst vollumfängliches Bild des impliziten bzw. expliziten Wissens zu erhalten, wäre es hilfreich gewesen, eine Auswahl aus allen im direkten Patientenkontakt arbeitenden Personengruppen zu interviewen.

Des Weiteren könnte die Forschung durch Beobachtung erweitert werden, hier könnten neue Erkenntnis im Bereich der Themencluster oder Phänomene in Form von implizitem Wissen identifiziert werden. In der Wissenstheorie besteht keine Einigkeit darüber, ob sich implizites Wissen verbalisieren lässt oder nicht. Für diese Arbeit wurde eine Verbalisierbarkeit zwar angenommen, dennoch könnte eine detaillierte Beschreibung gezielter Beobachtungen dies besser überprüfbar werden lassen.

Der Personalmix sowie der Personalschlüssel der einzelnen ZNAs wurde nicht erhoben. Eine solche Erhebung könnte einen Hinweis darauf geben, welches Phänomen unter welchen Bedingungen auftritt. Generell müssten die Auswirkungen des Personalmangels sowie des Personalmixes im Verhältnis zu den Phänomenen erforscht werden: Ob und wenn ja, wie sich dies auf die einzelnen Phänomene auswirkt oder ob neue Themencluster hinzukommen würden.

Es wurde jedoch nicht differenziert, ob es sich bei dem jeweiligen Arbeitsfeld um eine ZNA eines Maximalversorgers oder eines Allgemeinversorgers handelt. Dies könnte Auswirkungen auf die geschilderten Phänomene haben, da das zu behandelnde Personenaufkommen variiert.

Des Weiteren wurden keine Pflegenden mit wenig oder keiner Berufserfahrung oder Pflegende ohne Fachweiterbildung befragt. Dies könnte zu einer Verzerrung der geschilderten Phänomene in den Bereichen Triagessystem sowie dem Erkennen von Symptomen geführt haben. Denn je fundierter die Berufserfahrung ist, desto mehr Kontakt besteht mit diesen Phänomenen. Des Weiteren wäre zur Nachvollziehbarkeit, bzw.zur Aufwertung der inhaltlichen Güte, eine Einzelanalyse der Teilnehmer sinnvoll gewesen. Ziel wäre hier die Messung der generellen Zufriedenheit mit der Arbeit in einer ZNA respektive der Pflege. Durch das Fehlen dieser Analyse kann nicht ausgeschlossen werden, dass nur das Negative in den Interviews benannt wurde. Die Interviews könnten dazu verwendet worden sein, den Frust über die allgemeine Arbeitslage zu äußern, indem der Alltag als extrem schlecht und gewaltbereit beschrieben wurde. Eine solche Analyse fehlt leider in Gänze, was zu einer Limitation des Gesagten geführt haben könnte.

Für die Ausweitung des Forschungsfeldes wäre auch eine Befragung von Pflegenden, welche den Arbeitsbereich verlassen haben, von Interesse, da möglicherweise ein Zusammenhang zwischen dem Phänomen der Gewalt und der Belastung sowie der hohen Fluktuation bestehen könnte.

Eine weitere Limitation könnte das Vorwissen der Forscherin darstellen, da möglicherweise weitere Aspekte nicht benannt worden sind. Die interviewten Personen könnten davon ausgegangen sein, dass die Forscherin von diesen Aspekten bereits Kenntnis hat. Die interviewten Personen könnten sich vom möglicherweise bestehenden Vorwissen der Forscherin beeinflussen haben lassen, indem sie das Gefühl entwickelten, dass die Forscherin fachliche Kenntnisse besitzt und sie Main-Stream-gerecht antworten sollten. Das Vorwissen könnte ebenfalls Einfluss auf die Auswertung der Ergebnisse gehabt haben. Das Vorwissen sowie die Reflexionsschleifen wurden in der Arbeit beschrieben. Die möglichen Auswirkungen wurden jedoch nicht deutliche genug dargestellt was eine weitere Limitation der Arbeit darstellt. Sinnvoll wäre in diesem Kontext gewesen, auch Auszüge aus dem Forschungstagbuch darzustellen, um die Auswirkungen nachvollziehbar darstellen zu können.

Eine weitere Limitation könnte die fehlende Triangulation der Methoden darstellen. Die Methodentriangulation, welche in dieser Arbeit vorgenommen

wurde, also die deskriptive, respektive, interpretative Phänomenologie ist nicht vollumfänglich gelungen. Die Widersprüche bzw. die Ergänzungen der beiden Methoden sowie die Auswirkung dieser auf die Auswertung der Interviews, hätten deutlicher herausgearbeitet werden müssen. Dies ist in Teilen gelungen, jedoch nicht detailliert genug.

Eine weitere methodische Limitation stellt die Darstellung der kausalen Zusammenhänge dar. Diese kann durch die gewählte Methode nicht geleistet werden. Die Herausarbeitung der Zusammenhänge ist zu kausallastig, statt das der Ist-Zustand möglichst neutral beschrieben wurde,

Eine zusätzliche Durchführung von Beobachtungen hätte die Phänomene noch weiter schärfen und erweitern können.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass trotz der Limitationen nachgewiesen werden konnte, dass ein Bedarf an Forschung in diesem Bereich dringend indiziert ist.

9 Fazit und Ausblick 163

9 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend kann anhand der Ergebnisse dieser Forschungsarbeit gesagt werden, dass ein ausgeprägtes implizites und explizites Wissen bei den Pflegenden in einer ZNA über Menschen mit Demenz besteht. Die aktuell angewendeten internen Triagesysteme in den ZNAs helfen bei der Identifizierung dieser Personengruppe, mit dem Ziel einer entsprechenderen Versorgung, jedoch nicht. Die einzelnen Phänomene zeigen, dass in diesem Bereich noch viel Forschungsarbeit notwendig ist. Einzelne Verbesserungen, wie beispielsweise das Einführen der elektronischen Patientenakte, könnten den Pflegenden in einer ZNA bei der Erkennung von Menschen mit Demenz eine große Unterstützung bieten. Die herausgearbeiteten Phänomene zeigen deutlich, dass klassische Fortbildungen ohne eine Adressatenanalyse nicht sinnvoll und zielführend sind. Diese müssen auf die Umstände und das vorhandene Wissen abgestimmt sein. Es muss noch mehr Forschung im Bereich der pflegerischen Gewalt stattfinden, damit daraus präventive Schutzmaßnahmen sowohl für die zu behandelnden Personen als auch für die Pflegenden selbst abgeleitet werden können. Denn es ist davon auszugehen, dass sich kaum eine pflegerisch tätige Person mit dem Ausüben von Gewalt wohlfühlt. Es handelt sich dabei in aller Regel vielmehr um eine Verzweiflungstat, welche durch ein zu hohes Arbeitsaufkommen und -druck entsteht, wenn diesem nicht mehr aktiv entgegenwirkt werden kann. Es handelt sich sozusagen um ein Ventil, welches sich am schwächsten Glied der hierarchischen Behandlungskette einer ZNA und womöglich auch anderen Bereichen entlädt. Derartige Aktionen bzw. Verhaltensweisen müssen unter allen Umständen unterbunden werden, indem Alternativen für einen Stressabbau eingerichtet werden. Eine effektive und kurzfristige Möglichkeit hierfür wäre es beispielsweise, dass in ZNAs auch die Ablehnung von vorstellig werdenden Personen ermöglicht wird, wenn diese nicht als Notfälle gelten. Dies könnte zu einer Entspannung im Bereich des Patientenaufkommens führen und den entsprechenden Arbeitsbereich wieder attraktiver machen. Sinnvoller wäre allerdings die Einrichtung von präventiven Maßnahmen im Umgang mit den Versorgungsmöglichkeiten in ZNAs.

9 Fazit und Ausblick 164

ZNAs werden sich in Zukunft noch mehr auf Menschen mit Demenz sowie einen dadurch notwendig werdenden Personalmix sowie Personalmangel einstellen müssen. Daher ist es wichtig, weitere Forschung in diesem Bereich zu initiieren, um dieser schutzbedürftigen Personengruppe die bestmögliche Pflege zukommen lassen zu können und Schaden und Leid abzuwenden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben gezeigt, dass die in ZNAs beschäftigten Pflegenden bereits viel Wissen zum Forschungsthema mitbringen, aufgrund des herrschenden Arbeitsdrucks und des Personalmangels jedoch nur wenig Umsetzungsmöglichkeiten haben. Auf manche Punkte, wie beispielsweise die Einrichtung eines demenzsensiblen Bereichs oder die präklinische Versorgung, besteht zudem keine direkte Einflussmöglichkeit. Hier müssten Pflegepersonen unter anderem bereits bei der Planung von Neubauten intensiver mit einbezogen werden.

Zum Abschluss dieser Arbeit sei nochmals erwähnt, dass eine erste simple Möglichkeit der frühzeitigen und problemlosen Erkennung von Menschen mit Demenz, die lange überfällige Umsetzung bzw. Aktivierung der elektronischen Patientenakte wäre.

Es kann nicht deutlich genug gemacht werden, dass es noch wesentlich mehr pflegewissenschaftlicher Forschung im Bereich von ZNAs zur Versorgung von Menschen mit Demenz bedarf.

10 Literaturverzeichnis

Abels, H. (2007). Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- ÄrzteZeitung. (2013). Experten waren Demenz wird weltweit zur Epidemie. Online in: https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Demenz-wirdweltweit-zur-Epidemie-268879.html (letzter Zugriff: 23.12.2022).
- Ärzteblatt. (2012). Steigende Zahl von Demenzkranken stellt Kliniken vor Probleme. Online in: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51216 (letzter Zugriff: 07.01.2023).
- Arntz, H.R., Bossaert, L., Filippatos, G.S. (2010). European Resuscitation Council guidelines for resuscitation. Section 5. Initial management of acute coronary syndromes, Resuscitation 2010, 67 Suppl 1, 87-96.
- Aromataris, E., Riitano, D. (2014). Constructing a Search Strategy and Searching for Evidence. A guide to the literature search for a systematic review. American Journal of Nursing, 114 (5), 49-56.
- ASA Committee on Professional Ethics. (2008). Code of Ethics and Policies and Procedures. Washington: American Sociological Association
- Asplin, B.R., Magid, D.J., Rhodes, K.V., Solberg, L.I., Lurie, N., Camargo, C.A. Jr. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. Ann EmergMed2003Aug. 42(2): 173-80. Online in: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12883504/ (letzter Zugriff: 06.01.2023)Atteslander, P. (2010). Methoden der empirischen Sozialforschung, 13. Aufl.. Berlin: Erich Schmidt.
- Bartels, E.M. (2013). How to perform a systematic search. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 27 (2): 295-306.
- Becker, D. A. (2010). Sein in der Begegnung. Menschen mit Alzheimer-Demenz als Herausforderung theologischer Anthropologie und Ethik. Berlin: LIT.
- Behrens, J., Langer, G. (2016). Evidence-based Nursing and Caring. 4. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Behringer, W., Graeff, I., Dietz-Wittstock, M., Wrede, C.E., Pin, M., ... Dodt, C. (2019). Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren. Notfall Rettungsmed, 22: 330-333.

Benner, P. (1994). The role of articulation in understanding practice and experience as sources of knowledge in clinical nursing. In: Philosophy in an Age of Pluralism The Philosophy of Charles Taylor in Question, 9, 136 – 156. Cambridge University Press.

DOI: https://doi.org/10.1017/CBO9780511621970.011

- Bergmann, P., Bodrow, W. (2003). Wissensbewertung in Unternehmen: Bilanzieren von intellektuellem Kapital. Deutschland: Schmidt.
- Bernhard, M., Pietsch, C., Gries, A. (2009). Die interdisziplinäre Notfallaufnahme – Organisation, Struktur und Prozessoptimierung. AINS – Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie, 44(06). 454-459.
- Bertram K. (2013). Demenz & Alzheimer: Ursachen, Formen, Vorbeugung, Umgang, Therapien zur Verbesserung (Deutsch). Taschenbuch.
- Boltz, M., Parke, B., Shuluk, J., Capezuti, E., Galvin, J. (2013). Care of the Older Adult in the Emergency Department: Nurses Views of the Pressing Issues. The Gerontologist. 53. 10.1093/geront/gnt004.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit). (2011). Leuchtturmprojekt Demenz. Online in: https://de.scribd.com/document/138171608/Abschlussbericht-Leuchtturmprojekt-Demenz# (Letzter Zugriff: 22.12.2022)
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit). (2019). Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz (14. aktualisiert Auflage). Online in: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_Ratgeber_Demen z_Oktober_2019_barr.pdf (letzter Zugriff: 29.12.2022).
- Bortz, J., Döring, N. (2006). Qualitative Methoden. In: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M. (2013). Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Brähler, E., Strauß, B. (2012). Grundlagen der medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bürge, M., Bieri, G., Brühlmeier, M., Colombo, F., Demonet, J.-F., ... Savaskan, E. (2018). Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen. In: Praxis, Volume 107, Issue 8: 411-470

CERAD-Plus. (2005). Neuropsychologische Testbatterie. Online in: https://www.memoryclinic.ch/fileadmin/user_upload/Memory_Clinic/CERAD-Plus/CERAD-Plus_Testbatterie.pdf (Letzter Zugriff: 29.12.2022)

- Charlier, S. (2007). Soziale Gerontologie: Altenpflege professionell. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 228.
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser R., Platz, E. (2010). Triage in der Notaufnahme. Dtsch Arztebl Int 2010 (107: 892-898).
- Christen, M., Osman, C. & Baumann-Hölzle, R. (Hg.). (2010):
 Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der
 Betreuung demenzkranker Menschen, Bern: Lang.
- Clarke, J.R., Trooskin, S.Z., Doshi, P.J., Greenwald, L., Mode, C.J. (2002). Time to laparotomy for intraabdominal bleeding from trauma does affect survival for delays up to 90 minutes. J. Trauma; 52: 420-425.
- Clevenger, C.K., Chu, T.A., Yang, Z., Hepburn, K.W. (2012). Clinical Care of Persons with Dementia in the Emergency Department: A Review of the Literature and Agenda for Research. The American Geriatrics Society vol.20no.9: 1742-1748.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In: Valle, R. S. & King, M. (1978). Existential Phenomenological Alternatives for Psychology. Open University Press: New York.
- Considine, J., LeVasseur, S.A., Villanueva, E. (2004). The Australasian triage scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. Ann Emerg Med, 44: 516-523.
- Cooke, M.W., Jinks, S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill? J Accid Emerg Med, 16: 179-181.
- Dallaire, C., Poitras, J., Aubin, K., Lavoie, A., Moore, L. (2012). Emergency Department Triage: Do Experienced Nurses Agree on Triage Scores? J Emerg Med, 42: 736-740.
- Daniel, H.P., Hoitz, J. (2008). Kennzahlen in der Interdisziplinären Notaufnahme. Wehrmed Mschr, 52: 298-302.
- Davenport, T.H., Prusak, L. (1998). Working Knowledge: How Organizations Manage what They Know. Harvard: Harvard Business Press.

De Luca, G., van't Hof, A.W., de Boer, M.J., Ottervanger, J.P., Hoorntje, J.C., Gosselink, A.T., ... Suryapranata, H. (2004). Time-to-treatment significantly affects the extent of ST-segment resolution and myocardial blush in patients with acute myocardial infarction treated by primary angioplasty. Eur Heart J, 25: 1009-1013.

- De Palma, V. (2019). Deskription oder Konstruktion? Husserl und die Grenzen der Phänomenologie. Husserl Stud, 35: 185–202.
- Deutsch Lezak, M. (1995). Neuropsychological Assessment. USA: Oxford University Press.
- DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.). (2022). Was ist Geriatrie?. Online in: https://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html (letzter Zugriff: 15.01.2023).
- DGS. (2017). Online in: https://soziologie.de/dgs/ethik/ethik-kodex (Letzter Zugriff: 22.12.2022)
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
- DIMDI ICD-10-GM Version 2020. (2020). Online in: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/ (letzter Zugriff: 22.12.2022)
- Dong, S.L., Bullard, M.J., Meurer, D.P. (2007). Predictive validity of a computerized emergency triage tool. Acad Emerg Med, 14: 16-21.
- Dornheim, J., van Maanen, H., Meyer, J.A., Remmers, H., Schöninger, U., Schwerdt, R., Wittneben, K. (1999). Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft, 4. Jg., 4: 73-79.
- Duden. (2019). Deutsches Universalwörterbuch. 9. Auflage. Cornelsen Verlag.
- Edward, K.L. (2006). A Theoretical Discussion about the Clinical Value of Phenomenology for Nurses. In: Holistic Nursing Practice. 20(5). 235-238.
- Edward, K.L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P., Giandinoto, J.A. (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. In: Journal of clinical nursing, 25, H. 3-4: 289-299.
- Ehemann, J. (2010), Unternehmensinterner Wissenstransfer Eine besondere Herausforderung in Zeiten des demografischen Wandels. Saarbrücken: VDM Verlag Müller.

Elbe, M. (2022). Einleitung: Verstehen und das Interpretative Paradigma. In: Verstehen. Wiesbaden: Springer VS.

- Elshove-Bolk, J., Mencl, F., van Rijswijck, B.T., Simons, M.P., van Vugt, A.B. (2007). Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. Emerg Med J. Mar;24(3): 170-174.
- Evers, G.C.M. (1997). Theorien und Prinzipien der Pflegekunde (1. Auflage), Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Fernandes, C.M., Tanabe, P., Gilboy, N., Johnson, L.A., McNair, R.S., Rosenau, A.M., Sawchuk, P., Thompson, D.A., Travers, D.A., Bonalumi, N., Suter, R.E. (2005). Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. J Emerg Nurs; 31: 39-50.
- Fichtmüller, F., Walter, A. (2007). Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V&R unipress.
- Flick, U. (2007). Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung (Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2019), Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung. In: Bauer, N., Blasius, J. Methoden der empirischen Sozialforschung, Handbuch (2.Auflage): 473-478. Wiesbaden: Springer VS.
- Fillit, H.M., Doody, R.S., Binaso, K., Crooks, G.M., Ferris, S.H., Farlow, M.R., Leifer, B., Mills, C., Minkoff, N., Orland, B., Reichman, W.E., Salloway, S. (2006). Recommendations for best practices in the treatment of Alzheimer's disease in managed care. Am J Geriatr Pharmacother. . 4 Suppl A:S9-S24; quiz S. 25-S28.
- Förstl, H. (2011). Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res., Nov;12(3): 189-198.
- Franken, R., Gadatsch, A. (2013). Integriertes Knowledge Management. Wiesbaden: Springer Verlag VS.
- Friesacher, H. (2008). Theorie und Praxis pflegerischen Handelns.

 Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der

 Pflegewissenschaft. Osnabrück: V&R unipress, Universitätsverlag.

Gimmler, C., Somasundaram, R., Wölfl, C., Gries, A. (2008). Interdisziplinäre Notfallaufnahme - aktueller Stand und Ausblick. Notfallmedizin. Up2date, 3(2): 101-119.

- Goodacre, S.W., Gillett, M., Harris, R.D., Houlihan, K.P. (1999). Consistency of retrospective triage decisions as a standardised instrument for audits. J Accid Emerg Med, 16: 322-324.
- Gronau, N. (2009). Wissen prozessorientiert managen Methode und Werkzeuge für die Nutzung des Wettbewerbsfaktors Wissen in Unternehmen. München: Oldenbourg.
- Groß, D. (2014). 'Nürnberger Kodex'. In: Lenk, C., Duttge, G., Fangerau, H. (Hrsg.). Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen. Berlin/Heidelberg: Springer: 559–563.
- Grossmann, F.F., Delport, K., Keller, D.I. (2009): Emergency Severity Index Deutsche Übersetzung eines validen Triageinstruments. In: Notfall + Rettungsmedizin, Ausgabe 4/2009: 290 ff.
- Gurney, D. (2003). Comparing triage decisions for the same patients with a five-level and a three-level triage scale: A quick exercise for nurses orienting to triage. J Emerg Nurs, 29: 191-192.
- Gutknecht-Gmeiner, M. (2008). Externe Evaluierung Durch Peer Review:

 Qualitätssicherung und -entwicklung in der beruflichen Erstausbildung.

 Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hackermeier, M. (2008). Einfühlung und Leiblichkeit als Voraussetzung für intersubjektive Konstitution. Verlag Dr. Kovac.
- Hamann, P., Fenger, H. (2013). Allgemeinmedizin und Recht. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Hans Böckler Stiftung. (2022). Arbeitsbedingungen in der Pflege. Online in: https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm (letzter Zugriff: 14.01.2023).
- Hasler Romuis, U. (2013). Studienbuch Wissensmanagement Grundlagen der Wissensarbeit in Wirtschafts-, Non-Profit- und Public-Organisationen (3. überarbeitete Aufl.). Zürich: Orell Füssli.
- Hattiangadi, A. (2009). Some More Thoughts on Semantic Oughts: A Reply to Daniel Whiting, in: Analysis 69, pp. 54–63.
- Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Heller, A.R., Juncken, K. (2020). Primärversorgung in der Zentralen Notaufnahme. Anästh Intensivmed; 61:164–176.

- Herbst, D. (2000). Erfolgsfaktor Wissensmanagement. Berlin: Cornelsen.
- Hesser, A. (2020). Geriatrische Akutversorgung: In guten Händen kma Klinik Management aktuell, 25(07/08): 88-91.
- Hillmann, Karl-Heinz (1994). Wörterbuch der Soziologie (4. Auflage). Stuttgart: Körner.
- Holloway, I., Wheeler, S. (1998). Qualitative Pflegeforschung: Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Hopf, C. (2015). Forschungsethik und qualitative Forschung. In Flick, U., v. Kardorff, E., Steinke, I. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: (S. 589-600).
- Huang, Y., Happonen, K.E., Burrola, P.G., O'Connor, C., Hah, N., Huang, L., ... Lemke, G (2021). Microglia use TAM receptors to detect and engulf amyloid β plaques. Nat Immunol, 22: 586-594.
- Hunter, K.F., Parke, B., Babb, M., Forbes, D., Strain, L., (2017). Balancing safety and harm for older adults with dementia in rural emergency departments: healthcare professionals' perspectives, Rural an Remote Health: 1-13.
- Jimenez, J.G., Murray, M.J., Beveridge R. (2003). Implementation of the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) in the principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? CJEM 5: 315-322.
- Isaacs, B., Kennie, A.T. (1973), The Set test as an aid to the detection of dementia in old people. British Journal of Psychiatry, 123: 467-470.
- Isfort, M., (2007). Pflegekapazität und Patientensicherheit Konsequenzen internationaler Studien; Die Schwester Der Pfleger, 46, Jahrgang, 7 2007: 631-33.
- Isfort, M. (2007). Pflege-Thermometer Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonalssowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus . Online in: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007.pdf (letzter Zugriff: 22.12.2022)

Johansson, L., Guo, X., Hällström, T., Norton, M. C., Waern, M., Östling, S., Bengtsson, C., Skoog, I. (2013). Common psychosocial stressors in middle-aged women related to longstanding distress and increased risk of Alzheimer's disease: a 38-year longitudinal population study. BMJ Open. (letzter Zugriff: 21.08.2022)

- Kaduszkiewicz, H., Zimmermann, T., Beck-Bornholdt, H.P., van den Bussche H. (2005). Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. BMJ Aug 6; 331 (7512): 321-7.
- Käppeli, S. (1999), Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege? In: Pflege, 12. Jg., 3: 153-157.
- Käppeli, S., Musholt, M., Müller, W., Rettke, H. (2009), Dialogische Phänomenologie im Rahmen der Pflegewissenschaft. In: Pflege, 22(03): 0217-0228.
- Kanzler S., Daniel H.P. (2008). Klinische Ersteinschätzung unter dem Aspekt der Qualitätssicherung: Sicherstellung eines hohen Behandlungsstandards in der Notaufnahme auch bei zunehmender Patientenzahlen. Wehrmed Mschr, 52: 302-305.
- Kaplan, E.F., Goodglass, H., Weintraub, S. (1978). The Boston Naming Test. Boston, MA. Veterans Administration Medical Center.
- Kastner, U., Löbach, R. (2018). Handbuch Demenz. 4. Edition. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Keller, R. (2005a). Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Keller, R. (2005b). Wissenssoziologische Diskursanalyse als interpretative Analytik. In: Keller, R., Hirseland, A., Schneider, W., Viehöver, W. (Hrsg.). Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit. Zum Verhältnis von Wissenssoziologie und Diskursforschung. Konstanz: UVK.
- Klein, A. (2019). Wissenschaftliche Arbeiten schreiben: Praktischer Leitfaden mit über 100 Software-Tipps Band 2 von mitp Professional. MITP-Verlags GmbH & Co. KG.
- Knorr-Cetina, K.D. (1989). Spielarten des Konstruktivismus Einige Notizen und Anmerkungen Soziale Welt 40 H1/2 S. 86 ff.
- Krey, J. (2007). Triage durch Pflegekräfte in der ZNA. Notfall Rettungsmed., 10: 329-335.

Kuhlmey, A., Winter, M.H.-J., Maaz, A., Hofmann, W., Borchert, C. (2003).

Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des
Gesundheitswesens Ein Beitrag zur altersspezifischen
Versorgungsforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36: 233-240.

- Kuhlmey, A., Winter, M.H.-J., Maaz, A., Nordheim, J., Hofmann, W. (2006).
 Psychosoziale Versorgung älterer Menschen: Alte Frauen und Männer als Vielnutzer des medizinischen und pflegerischen
 Versorgungssystems. In: Pawils, S., Koch, U. (Hrsg.).
 PsychosozialeVersorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer: S. 291-300.
- Kuhlmey, A. (2008), Altern Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey, A., Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Das Krankenhaus. (2018). Mangel an Ärzten und Pflegekräften: BWKG und KVBW fordern Bund und Land dringend zum Handeln auf. Heft 04/2018: 342-345.
- Krey, J. (2007). Triage durch Pflegekräfte in der ZNA. Notfall Rettungsmed, 10: 329-335.
- Krey, J. in: Dubb, R., Kaltwasser, A., Pühringer, F.K., Schmid, A. (2019). Notfallversorgung und Pflege in der Notaufnahme Praxisbuch für multiprofessionelle Zusammenarbeit (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krug, H. (2014). Lebensqualität und Selbstbestimmung bei neurodegenerativen Erkrankungen. Diskussion anhand ausgewählter Krankheitsbilder. In: Coors, M., Kumlehn, M. (Hg.). Lebensqualität im Alter. Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz, Stuttgart: Kohlhammer: 115-126.
- Kulla, M., Baacke, M., Schöpke, T., Walcher, F., Ballaschk, A., ... Brammen,D. (2014). Kerndatensatz "Notaufnahme" der DIVI. NotfallRettungsmed 17: 671–681
- Kummle, B., Darnhofer, I. In: Dubb, R., Kaltwasser, A., Pühringer, F.K., Schmid, A. (2019). Notfallversorgung und Pflege in der Notaufnahme. Praxisbuch für multiprofessionelle Zusammenarbeit (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Kunz, R. (2010). Möglichkeiten, Nutzen und Grenzen medizinischer Behandlung bei Demenz. In: Christen, M., Osman, C., Baumann-Hölzle, R. (Hg.). Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern: Lang: 99-113.

- Läzer, K.L., Sonntag, M., Drazek, R., Jaeschke, R.I., Hogreve, C, (2010). Einführung in die systematische Literaturrecherche mit den Datenbanken "PsycINFO", "Pubmed" und "PEP Psychoanalytic Electronic Publishing" sowie in das Literaturverwaltungsprogramm "Citavi". https://kobra.bibliothek.unikassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2010081634029/3/TutorialSystematischeLiteraturrecherche.pdf (letzter Zugriff: 22.12.2022)
- Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Laxmisan, A., Hakimzada, F., Sayan, O.R., Green, R.A., Zhang, J., Patel, V.L. (2007). The multitasking clinician: decision making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care.

 International Journal of Medical Informatics, 76 (11 12): 801-811.
- Leitlinie S 3 "Demenzen" (Langversion-Januar 2016)
- Lessing, C., Lauterberg, J. (2011). Ist Risikomanagement in deutschen Kliniken ein Thema? Ergebnisse einer Befragung. Online in: http://www.ifpsbonn.de/publikationen-1/cl_11-05-03- dgch.pdf (letzter Zugriff: 25.05.2022)
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G. (1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park, London, New Dehli: Sage.
- Lynn, St.G.G., Kellermann, A.L. (1991). Critical Decision Making: Managing the Emergency Department in an Overcrowded Hospital. Annals of Emergency Medicine, 3: 287 ff.
- Markovchick, J. (2016). Emergency Medicine Secrets (6th Edition). Elservier.
- Martin, M., Champion, R., Kinsman, L., Masman, K. (2011). Mapping patient flow in a regional Australian emergency department: a model driven approacc. Int. Emerg. Nurs., 4 2011.
- Mayer, H. (2011). Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 5. Aufl. Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- McManus, D. (2012). Heidegger and the Measure of Truth. Oxford University Press.
- Merkens, H. (2015). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick,
 U., v. Kardorff, E., Steinke, I. Qualitative Forschung: Ein Handbuch.
 Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 286-299.Miller, S., Forrest, J. (2009).
 Translating Evidence-Based Decision Making into Practice: Appraising and Applying the Evidence. Journal of Evidence-based dental practice, vol. 9: 164-182.
- Mohr, H. (2013). Biologische Erkenntnis: Ihre Entstehung und Bedeutung. Berlin: Springer Verlag.
- Mohs, R.C., Kim, Y., Johns, C.A., Dunn, D.D., Davis, K.L. (1986). Assessing change in Alzheimer's disease: Memory and language tests. In: Poon, L.W. et al. (Hrsg.). Handbook for clinical memory assessment of older adults. American Psychological Association. Washington: 149-155.
- Monsch, A.U., Taylor, K.I., Bondi, M.W. (1998). Cross-cultural issues in the neuropsychological assessment of neurodegenerative disease. In: Tröster, A.I. (Ed.). Memory in neurodegenerative disease. Biological, cognitive, and clinical perspectives. Cambridge: Cambridge University Press: 255-261.
- Morris, J.C., Mohs, R.C., Rogers, H., Fillenbaum, G., Heyman, A. (1988). Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. In: Psychopharmacology bulletin, Jg. 24, H.4: 641-652.
- Morris, J.C., Heyman, A., Mohs, R.C., Hughes, J.P., van Belle, G., Fillenbaum, G., Mellits, E.D., Clark, C. (1989), The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part 1. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's Disease. Neurology, 39: 1159-1165.
- Morris, J.C., Edland, S., Clark, C., Galasko, D., Koss, E., Mohs, R., van Belle, G., Fillenbaum, G., Heyman, A. (1993). The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD), Part IV. Rates of cognitive change in the longitudinal assessment of probable Alzheimer's disease. Neurology, 43: 2457-2465.
- Morse, J.M., Field, P.A. (1998): Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Göttingen: Hogrefe.

Motel-Klingebiel, A., Klaus, D., Simonson, J. (2014). Befragungen von älteren und alten Menschen. In Baur, N., Blasius, J. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS: 781-786.

- Müller, W.E., Kuhlmey, A. (2008). Herausforderungen einer alternden Gesellschaft Was kann ihr die pharmazeutische Industrie geben?. Eine Bestandsaufnahme. Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA): Frankfurt a.M. Online in: https://www.vfa.de/download/alterndegesellschaft-praese-mueller.pdf (letzter Zugriff: 29.12.2022)
- Munn, Z., Stern, C., Aromataris, E., Lockwood, C., Jordan, Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. BMC medical research methodology, 18(1): 5.
- Neuweg, G.H. (1999): Erfahrungslernen in der LehrerInnenbildung. Potenziale und Grenzen im Lichte des Dreyfus-Modells. In: Erziehung und Unterricht 149, S. 363-372.
- Nolan, T.W. (2000). System changes to improve patient safety. BMJ 2000, 320: 771-773.
- Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995). The Knowledge-creating Company How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press.
- Nordhausen, T., Hirt, J. (2022). 10 Schritte zur systematischen Literaturrecherche. In: Nordhausen, T., Hirt, J. RefHunter. Systematische Literaturrecherche. Online in: https://refhunter.org/research_support/rechercheschritte/ (letzter Zugriff: 15.01.2023).
- North, K. (2010). Wissensorientierte Unternehmensführung. Wiesbaden: Gabler.
- North, K., Reinhardt, K. (2005). Kompetenzmanagement in der Praxis Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln. Wiesbaden: Gabler.
- Notz, K. (2019). In: Dubb, R., Kaltwasser, A., Pühringer, F.K., Schmid, A. (2019), Notfallversorgung und Pflege in der Notaufnahme Praxisbuch für multiprofessionelle Zusammenarbeit (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Olshaker, J.S., Rathlev, N.K. (2006). Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the Emergency Department. J. Emerg. Med., 4 2006.
- Oxford. (2006). Oxford English Dictionary. Oxford: Oxford University Press.

Pantel, J. (2017). Alzheimer-Demenz von Auguste Deter bis heute. Z Gerontol Geriat 50: 576-587. https://doi.org/10.1007/s00391-017-1307-2 abgerufen 18.03.2022

- Pei-Chao, L., Mei-Hui, H., Li-Chan, L., (2012), Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care (vol. 20, 3): 197-206.
- Pei-Chao, L., Mei-Hui, H., Meng-Chin, C., Yung-Mei, Y., Li-Chan, L., (2017), Knowledge gap regarding dementia care among nurses in Taiwanese acute care hospitals: A cross-sectional study. Taiwan: Geriatrics Gerontology vol.18: 276-285.
- Pflege & Gesellschaft. (2017). 22. Jg. 2017, H.4. Weinheim: Belz Juventa.
- Pines, J.M., Hilton, J.A., Weber, E.J., Alkemade, A.J., Al Shabanah, H., Anderson, P.D., ... Schull, M.J. (2011). International perspectives on emergency department crowding. Acad Emerg Med. 2011 Dec;18(12): 1358-1370.
- Plunkett P.K., Byrne D.G., Breslin T., Bennett K., Silke B. (2011). Increasing wait times predict increasing mortality for emergency medical admissions. Eur J Emerg Med 2011; 18:192-196.
- Polanyi, M. (1966). The tacit dimension, (Reprint 1966). Gloucester/Mass.: Peter Smith.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th Edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern: Hans Huber.
- Prakke, H., Spichinger, E. (2003). Interpretierende Phänomenologie: Eine qualitative Forschungsmethode für die Pflege. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 16(3): 128-134.
- Prakke, H., Wurster, J. (1999). Gütekriterien für Qualitative Forschung. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 12(99): 183-186.
- Prechtl, B., Burkard, F.-P. (Hrsg.). (2008). Metzler Lexikon Philosophie. Begriffe und Definitionen (3. Aufl.). Stuttgart: J.B. Metzler.
- Probst, G., Raub, S., Romhardt, K. (2012). Wissen managen Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen. Berlin: Springer.

Radmann, I. (2010). Demenz: Medizinische Fakten zu einem komplexen Problem. In: Christen M., Osman, C., Baumann-Hölzle, R. (Hg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Bern: Lang: 17-52.

- Radtke, R. (2022). Prognostizierte Entwicklung der Anzahl der Demenzkranken in Deutschland bis 2050. Online in: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/245519/umfrage/prognose -der-entwicklung-der-anzahl-der-demenzkranken-in-deutschland/ (letzter Zugriff: 02.01.2023)
- Radvanszky, A. (2010) Die Alzheimer-Demenz als soziologische Diagnose. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 46: 122-142.
- Rahman S., Howard, R. (2019). Demenz kompakt Kurzlehrbuch zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz. Horgrefe.
- Rawsona, H., Bennetta, P.N., Ockerbyc, Ch., Hutchinsona, A.M., Considinea, J. (2017). Emergency nurses knowledge and self-rated practice skills when caring for older patients in the Emergency Department, vol. 20: 174-180.
- Reinders, H. (2012). Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden (2. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Reinhold, G. (2000). Soziologie-Lexikon (4. Auflage). München/Wien: Oldenbourg.
- Reinicke, N. (2021). Pflegewissen Demenz (2. Auflage) München: Elsevier.
- Renzl, P.D.G. (2004). Zentrale aspekte des wissensbegriffs kemelemente der organisation von wissen. In: Wyssusek, B. (editor).
 Wissensmanagement komplex Perspektiven und soziale Praxis.
 Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co KG:27-42.
- Robertson-Steel, I. (2006). Evolution of triage systems. Emerg Med J 2006; 23: 154-155.
- Roeder, N., Hensen, P., Fiori, W., Bunzemeier, H., Loskamp, N. (2004).

 DRGs, Wettbewerb und Strategie. In: Das Krankenhaus 2004; 9: 703-711.
- Rosen, W.G., Mohs, R.C., Davis, K.L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 141: 1356-1364.
- Roy, L.-K. (2013). Demenz in Theologie und Seelsorge. Berlin: De Gruyter.

Rutschmann, O.T., Siber, R.S., Hugli, O.W. (2009). Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) zur Triage in Schweizer Notfallstationen. Schweiz Ärztezeitung 2009; 90: 1-2.

- Schaeffer, D. (1999), Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege, 12. Jg., 3: 141-152.
- Schellein, O., Ludwig-Pistor, F., Bremerich, D.H. (2009). Manchester Triage System. Prozessoptimierung in der interdisziplinären Notaufnahme. Anaesthesist 2009; 58: 163-170.
- Schlaback, P. (2018). Sitte, Ethik und Moral: eine Begründung. Hamburg: Tredition GmbH.
- Schmidt, L. (2000). Varianten des Konstruktivismus in der Soziologie sozialer Probleme Soziale Welt (51. Jahrg.). H. 2. Nomos Verlagsgesellschaft mbH: 153-171.
- Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open 2016,6: e013323.
- Schnell, M., Dunger, Ch. (2018): Forschungsethik, Hogrefe (Verlag).
- Schnell, M., Heinritz, Ch. (2006): Forschungsethik, Bern: Hans Huber Verlag.
- Schöpke, T., Plappert, T. (2011). Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. Notfall Rettungsmed 14: 371.
- Schoppmann S., Pohlmann, M. (2000). Erkenntnistheoretische Überlegungen zur phänomenologischen Pflegeforschung. Pflege. 013. 0361-0366. 10.1024/1012-5302.13.6.361. Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open 2016,6: e013323.
- Schreyögg, G., Geiger, D. (2005). Zur Konvertierbarkeit von Wissen: Wege und Irrwege im Wissensmanagement. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft (Volume 75): 433-454.
- Schuffenhauer, H., Güzel-Freudenstein, G. (2019). Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen. In: ASU Zeitschrift für medizinische Prävention, Ausgabe 06/2019. Online in: https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/gewalt-gegen-pflegendenotaufnahmen (letzter Zugriff: 13.01.2023).

Schuhmann, K. (2010). Selected papers on phenomenology. Netherlands: Springer.

- Schuhmann, K., Leijenhorst, C., Steenbakkers, P. (Hrsg.) (2003). Karl Schuhmann, Selected papers on phenomenology. Niederlande: Springer Verlag.
- Seipel, C., Rieker, P. (2003). Integrative Sozialforschung: Konzepte und Methoden der qualitativen undquantitativen empirischen Forschung. Weinheim: Juventa.
- Siafarikas, N.I., Preuss, U. (2014). Delir bei Demenz Fortschr Neurol Psychiatr, Auflage 82. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG: 492-501.
- Simon, M. (2015). Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Online in: https://www.verdi.de/++file++55e956fcbdf98d1a0200001d/download/S imon__2015__Unterbesetzung_und_Personalmehrbedarf_im_Pfleged ienst.pdf (letzter Zugriff: 08.01.2023).
- Snowdon, D. (2002). Aging with Grace waht the nun study teaches us about leading longer, healthier, and more meaningfil lives. New York: A Bantam Book.
- Somasundaram, R., Ale Abaei, A., Koch, M. (2009). Triage in zentralen Notaufnahmen Mode oder Notwendigkeit? Notfall Rettungsmed.; 12: 250-255.
- Soon, C.Y., Chan, W.X., Tan, H.C.. (2007). The impact of time-to-balloon on outcomes in patients undergoing modern primary angioplasty for acute myocardial infarction. Singapore medical journal 2007, 48: 131-136.
- Soscia, S.J., Kirby, J.E., Washicosky, K.J., Tucker, S.M., Ingelsson, M., Hyman, B., ... Moir, R.D. (2010). The Alzheimer's Disease-Associated Amyloid-β-Protein is an Antimicrobilal Peptide. PLOS ONE 5 (3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009505
- Spichiger, E., Prakke, H. (2003). Interpretierende Phänomenologie: eine qualitative Forschungsmethode für die Pflege. Pflege. 16. 0128-0134. 10.1024/1012-5302.16.3.128.
- Spiegel, A. (2008). Einführung eines Systems zur klinischn Ersteinschätzung in der zentralen Notaufnahme des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg: Wehrmed Mschr, 2008; 52: 306-308.

Spindler, G. (1982). Zum Himmelreich gelehrt: Friedrich Christoph Oetinger 1702-1782. Württembergischer Prälat, Theosoph und Naturforscher. Eine Ausstellung von Eberhard Gutekunstund Eberhard Zwink in der Württembergischen Landesbibliothek Stuttgart vom 30. Sept. bis 26. Nov. 1982. Ausstellungsband, Stuttgart: 1 ff.

- Stähelin, H.B., Monsch, A.U., Spiegel, R. (1997). Early diagnosis of dementia via a two-step screening and diagnostic procedure. International Psychogeriatrics, 1: 123-130.
- Staudhammer, M. (2018). Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege Heidelberg: Springer Link.
- Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., v. Kardorff, E., Steinke, I. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 319-331
- Sternheim, E., Thyssen, C., Lutz, P., Kins, S. (2017). Über das vergessen Lernen-Alzheimer Demenz im Biologie Unterricht. Berlin: Springer-Verlag: 23-30.
- Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. (2011). Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin: Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Online in: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/32148/ssoar-2011-sutterlin_et_al-Demenz-Report_wie_sich_die_Regionen.pdf?sequence=1&is Allowed=y&Inkname=ssoar-2011-sutterlin_et_al-Demenz-Report_wie_sich_die_Regionen.pdf (letzter Zugriff: 22.12.2022)
- Suter, J. (2016). Grafische Visualisierung bei der Stellenübergabe: Ein Werkzeug zur Ex-ternalisierung von implizitem Wissen. Wiesbaden: Springer.
- SVR Gesundheit (Hrsg.) (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden: Nomos.
- Tanabe, P., Gimbel, R., Yarnold, P.R., Kyriacou, D.N., Adams, J.G. (2004). Reliability and validity of scores on The emergency severity index version 3. Acad Emerg Med 2004; 11: 59-65.
- Tanabe, P., Gimbel, R., Yarnold, P.R., Adams, J.G. (2004). The emergency severity index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. J Emerg Nurs 2004; 30: 22-29.
- Tavares de Souza, M., Dias da Silva, M., de Carvalho, R., (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. Einstein 8:102-106.

ten Have, H. (2016), Vulnerability: Challenging Bioethics. London/New York: Routledge.

- Textor, A.M. (2011), Sag Es Auf Deutsch: Das Fremdwörterlexikon (2. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Thalmann, B., Spiegel, R., Stähelin, H.B., Brubacher, D., Ermini-Fünfschilling, D., Bläsi, S., Monsch, A.U. (2002), Dementia Screening in General Practice: Optimised Scoring for the Clock Drawing Test. Brain Aging Vol.2: 36-42
- Valle, R.S., King, M. (editors). (1978). Existential Phenomenological Alternatives for Psychology. New York: Oxford University Press: 48–71.
- Van Gerven, R., Delooz, H., Sermeus, W. (2001). Systematic triage in the emergency department using the Australian national triage scale: a pilot project. Eur J Emerg Med 2001; 8: 3-7
- Vetter, H. (2006). Philosophische Hermeneutik. Unterwegs zu Heidegger und Gadamer. Peter Lang Ltd. International Academic Publishers.
- Walter B, Fleischmann T. (2007). Interdisziplinäre Notaufnahme. Aufgaben, Struktur, Zukunft. Das Krankenhaus 2007; 7: 657-660
- Wattanawaitunechai, C., Peacock, S.J., Jitpratoom, P. (2005). Tsunami in Thailand--disaster management in a district hospital. N Engl J Med. 2005 Mar 10; 352(10): 962-964.
- Weidner, F., Tucman, D., Jacobs, P. (2017), Gewalt in der Pflege.
 Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und
 Schülern der Pflegeberufe. Herausgeber: Deutsches Institut für
 angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln. Online in:
 http://www.dip.de/materialien https://www.sr-deeskalation.ch/sites/
 default/files/2019-05/Studienbericht-DIP-B_Braun_GiPfinal2%20%28003%29.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2022
- Weinerman, E.R., Ratner, R.S., Robbins, A., Lavenhar, M.A. (1966). Yale Studies in Ambulatory Medical Care V. Determinants of Use of Hospital Emergency Services. Am J Public Health Nations Health 1966; 56: 1037-1056
- Welsh, K.A., Butters, N., Hughes, J.P., Mohs, R.C., Heyman, A. (1992),
 Detection and staging of dementia in Alzheimer's disease. Use of the
 neuropsychological measures developed for the Consortium to
 Establish a Registry for Alzheimer's Disease. Arch Neurol 49: 448452.

Welsh, K.A., Butters, N., Mohs, R.C., Beekly, D., Edland, S., Fillenbaum, G., Heyman, A. (1994), The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part V. A normative study of the neuropsychological battery. Neurology 44: 609-614.

- Welsh-Bohmer, K.A., Mohs, R.C. (1997). Neurology, Sep 1997, 49 (3 Suppl 3): 11-13.
- Welt. (2013).- Alzheimer entwickelt sich zur globalen "Epidemie". Online in: https://www.welt.de/gesundheit/article122568658/Alzheimer-entwickelt-sich-zur-globalen-Epidemie.html (letzter Zugriff: 23.12.2022).
- Weyerer, S., Bickel, H. (2007), Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In: TESCH-RÖMER, C. (ed.) Grundriss Gerontologie, Band 14, Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyrich, P., Christ, M., Celebi, N., Riessen, R. (2012). Triagesysteme in der Notaufnahme. Med KlinischIntensivmed Notfmed. 2012; 107: 67-79.
- Whittemore, R., Knafl, K., (2005). The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs (vol. 52): 546-553.
- Wildfang, J., Trost, S., Hampel, H.J. (2016), Demenz. In: Möller, H.J., Laux, G., Kapfhammer, H.P. (eds). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin/Heidelberg: Springer Reference Medizin.
- Wildfang, J., Trost, S., Hampel, H.J. (2017), Demenz in Psychatrie, Psychosomatik und Psychotherapie von Möller H.J., Laux, G., Kampfhammer, H.P. (5 Auflage). Springer.
- Willke, H. (2018), Einführung in das systemische Wissensmanagement (4. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.
- Wilson, T.P. (1970), Normative and Interpretive Paradigms in Sociology. In: Douglas, J.D. Understanding everyday life. Toward the reconstruction of sociological knowledge. Chicago: Aldine: 57–79.
- Wilson, T.P. (1981), Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.).

 Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit 1+2 (5. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Witzel, A. (2000), Das problemzentrierte Interview. Online in: https://www.researchgate.net/publication/228581012_Das_problemzentrierte_Interview (letzter Zugriff: 23.12.2022)

World Health Organisation. (2004). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Alphabetical index Band 3 von International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. World Health Organization. Nonserial Publication: 162 ff.

- Woynar, D.M., Swanson, K.M. (2017). Phenomenology: An Exploration.

 Journal of holistic nursing. Online in:

 https://www.researchgate.net/publication/6116718_Phenomenology_A
 n_Exploration (letzter Zugriff: 13.01.2023)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2017). ZQP-Bevölkerungsbefragung "Demenz".Online in: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_09_13_AnalyseDemenz_vf.pdf (letzter Zugriff 19.12.2022). Berlin: ZQP.

Versicherung selbstständiger Arbeit
Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfass und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die einge reichte schriftliche Fassung entspricht der auf dem elektronischen Speicher medium (CD-Rom).
Svana Machaczek, Bad Zwesten, Im Februar 2023.
Unterschrift

Einverständniserklärung
Ich bin damit einverstanden, dass meine Doktorarbeit in der Bibliothek der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar ausgestellt und damit der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht wird.
Svana Machaczek, Bad Zwesten, im Februar 2023.
Unterschrift