



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**„Kein bisschen Bauchgefühl
Der Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und
Rationierung von Pflegeleistungen“**

verfasst von / submitted by

Sarah Rowland, BScN

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Frau Prof. Dr. Inge Eberl

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit „Kein bisschen Bauchgefühl. Der Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten“ selbst verfasst, dazu keine anderen als die angegebenen Behelfe und Quellen verwendet und alle von anderen Autorinnen und Autoren wörtlich übernommenen Stellen wie auch die sich an die Gedankengänge anderer Autorinnen und Autoren anlehnenden Ausführungen meiner Arbeit besonders gekennzeichnet und die Quellen zitiert habe.

Wien, April 2018

Sarah Jasmin Rowland

Begutachterin: Prof. Dr. Inge Eberl

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Jegliche Verwertung dieses Druckwerkes bedarf – soweit das Urheberrecht nicht ausdrücklich Ausnahmen zulässt – der vorherigen Einwilligung der Verfasserin.

Zusammenfassung

Hintergrund: Pflegerische Entscheidungsfindung ist ein Prozess des Abwägens zwischen Möglichkeiten, um eine für passend empfundene Handlung zu setzen. Wenn die Arbeitslast sehr hoch ist, beginnen Pflegepersonen, ihre anstehenden Arbeiten zu priorisieren, um möglichst effizient zu sein. Das Problem der impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten wird durch die steigende Ressourcenknappheit stetig relevanter für die Pflegepraxis.

Ziel: Erkenntnisgewinn über den klinischen Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten

Methode: Um das Forschungsziel zu erreichen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz ausgewählt. Anhand von halbstrukturierten Einzelinterviews mit zehn arbeitstätigen Pflegepersonen und einer Datenanalyse nach der Grounded Theory wurden die Forschungsfragen beantwortet.

Ergebnisse: Die fachliche Intuition der jeweiligen Pflegepersonen ist das Zentrum des Entscheidungsfindungsprozesses bei der Priorisierung und impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten. Davon wird das Abwägen der Faktoren Einzigartigkeit, Delegation, Akuität, Rentabilität und Gesundheitsrisiko beeinflusst. Zusätzlich wird die fachliche Intuition selbst von Manipulatoren wie Regeltreue, dem Team als Ensemble und dem Pflegeverständnis beeinflusst.

Schlussfolgerung: Die Priorisierung von Pflegetätigkeiten ist ein Schritt im Pflegeprozess zwischen der Planung und Implementierung von Pflegehandlungen. Die implizite Rationierung von Pflegetätigkeiten ist die Konsequenz aus einem klinischen Entscheidungsfindungsprozess und somit ein Pflegeergebnis. Kompetenzhomogenität im Pflegeberuf ist möglicherweise ein mitspielender Faktor bei impliziten Rationierungen von Pflegetätigkeiten. Differenziertes Pflegepersonal und mehr Heterogenität in der Pflege würden das Spektrum an Problemlösungskompetenzen erweitern und so vielleicht auch den Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten beeinflussen.

Abstract

Background: To find the best suited care intervention, the process of nursing decision making requires the consideration of multiple possibilities. When the work load is high nurses start to prioritise their tasks to try and be most efficient. Due to resource shortages implicit rationing of nursing care and related consequences have become more relevant to the nursing practice.

Aim: To gain new findings about clinical decision making during the process of prioritising and implicit rationing of nursing care activities.

Method: To achieve the research goals a qualitative research approach was chosen. Ten semi structured individual interviews with working nurses and a data analyses using the Grounded Theory Method enabled the research questions to be answered.

Results: The specialist intuition of a nurse is the center of the decision making process for prioritising or implicitly rationing nursing tasks. This influences the weighing and consideration of the factors uniqueness, delegation, acuity, rentability and health risk. In addition, the specialist intuition itself is manipulated by compliance, team ensemble and understanding of nursing care.

Conclusion: Prioritising nursing tasks can be considered as a step in between the step planning and the step implementation in the nursing process cycle. Implicit rationing of nursing tasks is the consequence of a clinical decision making process and thus a nursing outcome. Competence homogeneity may play a role in the level of implicit rationing of nursing tasks. Differentiated nursing staff would widen the spectrum of problem solving competencies and may even influence the decision making process of prioritising and implicit rationing of nursing tasks.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Begrifflichkeiten	4
2.1 Pflegequalität.....	4
2.2 Pflegerelevante Tätigkeiten	5
2.3 Nursing Environment	6
3. Theoretischer Hintergrund	8
3.1 Klinische Entscheidungsfindung in der Pflege	8
3.2 Rationierung von Pflegetätigkeiten.....	10
3.3 Unerwünschte PatientInnenergebnisse	12
3.4 Problemstellung und Forschungslücke.....	16
3.4.1 Problemlage.....	17
3.4.2 Relevanz für die Praxis.....	17
3.4.3 Forschungsziel und Forschungsfragen.....	18
4. Methodisches Vorgehen.....	19
4.1 Setting.....	19
4.2 Datenerhebung.....	19
4.3 Datenanalyse	21
4.4 Gütekriterien	22
4.5 Ethische Anforderungen.....	24
5. Ergebnisdarstellung.....	26
5.1 Fachliche Intuition der Pflege.....	26
5.2 Pflegerische Überlegungen und Abwägungen.....	28
5.2.1 Einzigartigkeit.....	28
5.2.2 Delegation.....	30
5.2.3 Akuität	33
5.2.4 Rentabilität	34
5.2.5 Gesundheitsrisiko.....	36
5.3 Beeinflussende Merkmale des Entscheidungsfindungsprozesses	38
5.3.1 Regeltreue	38
5.3.2 Team als Ensemble.....	40
5.3.3 Pflegeverständnis.....	41
6. Diskussion.....	44
6.1 Neue Erkenntnisse	44

6.2 Bedeutung der neuen Erkenntnisse in Beziehung mit dem theoretischen Rahmen von Schubert et. al (2013).....	45
6.3 Bedeutung der neuen Erkenntnisse für die Unvermeidbarkeit der impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten	47
6.4 Bedeutung der neuen Erkenntnisse für die Pflege	49
7. Ausblick für die Pflegeforschung und Pflegepraxis.....	52
8. Schlusswort	54

1. Einleitung

Das Anforderungsprofil an eine Pflegeperson ist vielfältig und verlangt ein breites Spektrum an Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie zum Beispiel Flexibilität, Planen und Koordinieren von Maßnahmen, Verwaltung von Untersuchungen und Therapien, Beraten und Anleiten von PatientInnen oder Angehörigen, aber auch Freundlichkeit und Genauigkeit (AUBI-plus-GmbH, 2015). Die Fähigkeit, zu jeder Tageszeit fachliche Entscheidungen zu treffen, ist im Pflegeberufsalltag essenziell.

Eine Entscheidung zu treffen, mag auf Außenstehende sehr einfach wirken, doch hinter einer noch so einfachen Entscheidung steckt mehr, als auf den ersten Blick ersichtlich ist. Wenn nur eine Auswahlmöglichkeit vorhanden ist, gibt es auch kein Problem und folglich keinen Prozess des Beurteilens und Beschließens. Wenn mehrere Aufgaben, Möglichkeiten oder Alternativen bestehen, so wie es in der Pflegepraxis häufig vorkommt, entsteht ein Prozess des Abwägens (Lunney, 2007). Vorhandene Forschungspublikationen zeigen eine Reihe von Faktoren, wie zum Beispiel Zeitdruck, Budget, Personalressourcen, den gesundheitlichen Zustand der PatientInnen oder das Erfahrungswissen der Pflegeperson, die eine klinische Entscheidungsfindung beeinflussen (Schubert et al., 2008; Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2007; Thompson et al., 2008; Thompson & Dowding, 2002). Um die Tätigkeiten eines Pflegealltags zu bewältigen, beginnen Pflegepersonen, ihre Aufgaben zu priorisieren, und dabei entsteht eine informelle Tätigkeitshierarchie (Ausserhofer, Zander, Busse, 2014). Bekanntlich kommt es im Prozess der pflegerischen Entscheidungsfindung zum Teil vor, dass die Prioritäten der Organisation oder des Arbeitgebers häufig den Prioritäten der PatientInnen vorgezogen werden (Gurbutt, 2006). In diesem Fall wäre eine Unterlassung von Pflegetätigkeiten und Pflegenotwendigkeiten, um hierarchische Anforderungen zu erfüllen, eine mögliche Konsequenz aus einem klinischen Entscheidungsfindungsprozess.

Aus unterschiedlichen Gründen ist Zeitdruck ein ständiger Begleiter im pflegerischen Berufsalltag. Er kann eine Mischung aus verschiedenen Faktoren sein oder durch einzelne Faktoren entstehen, wie zum Beispiel Personalmangel, unbewältigte Aufgaben, Unerfahrenheit im Beruf, hohe Anforderungen der PatientInnen etc. (Thompson et al., 2008). Viel Stress und großer Zeitdruck am Arbeitsplatz können die Qualität der erbrachten Leistungen an PatientInnen beeinflussen (Teng, Hsiao, & Chou, 2010). Stress und Zeitdruck wirken sich auch auf personalbezogene Phänomene wie Burn-out und Berufsunzufriedenheit aus (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). Zeitdruck, so Schubert et al. (2007), ist gemeinsam mit organisatorischen, arbeitsphilosophischen, patientInnen- und pflegepersonalbezogenen Faktoren ein mitspielender Teil des Phänomens der impliziten Rationierung von pflegerrelevanten Tätigkeiten. Sei es personell, finanziell oder materiell, das Arbeiten am Krankenbett unter limitierten Ressourcengegebenheiten kommt im Pflegealltag immer häufiger vor. Die Thematisierung der impliziten und expliziten Rationierung von pflegerischen Aufgaben wird aus diesem Grund auch immer relevanter (Ford, 2012; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009)

Der Begriff „Rationierung“ wird im Zusammenhang mit gesundheitlichen Leistungen oft ungern gehört. In einem Artikel von Breyer (2012) werden die Termini „Rationierung“ und „Priorisierung“ zerlegt und im Kontext des Gesundheitssystems erklärt. Breyer (2012) bringt als Beispiel ein Zitat der deutschen Politikerin Ulla Schmidt aus dem Jahr 2005: *„Eines ist klar: Eine explizite Rationierung in dem Sinne, dass medizinisch notwendige und sinnvolle Leistungen vorenthalten werden, wird es mit mir nicht geben“* (in Breyer, 2012, S. 652). Er kritisiert dieses Zitat und erklärt, dass eine Rationierung im Gesundheitswesen so gut wie unumgänglich und nahezu immer das Endprodukt einer Arbeitspriorisierung sei. In diesem Zusammenhang klärt er auf, dass zwei Formen von Rationierung im Gesundheitswesen bekannt sind: die implizite und die explizite Rationierung. Kurz zusammengefasst, wird bei der impliziten Rationierung die Knappheit

induziert und die Verteilung einer Person¹ des Gesundheitsberufs überlassen, während bei der expliziten Rationierung die Knappheit mit der Verteilung simultan verläuft (Breyer, 2012). Die implizite Rationierung (auch Rationierung am Krankenbett) und deren Charakter erlaubt es, die Fiktion aufrechtzuerhalten, der Tod sei schicksalhaft und nicht das Ergebnis einer Rationierungsentscheidung oder früherer Entscheidungen, bestimmte Leistungen nicht auszuführen (Breyer, 2012). Die implizite Form von Rationierungen erleichtert die Entscheidung, Arbeitszuteilungen abhängig von einzelnen Bedarfsfällen so vorzunehmen, als würde es Rationierungsregeln geben (Breyer, 2012; Hunter, 1995; Mechanic, 1992). Die implizite Rationierung könnte auch als „verdeckte“ Rationierung und die explizite Rationierung als „offene“ Rationierung bezeichnet werden. So würde ein/e PatientIn bei einer impliziten Rationierung nicht (zumindest nicht sofort) erfahren, welche Leistungen ihm/ihr vorenthalten wurden (Breyer, Wütscher, Kliemt, & Thiele, 2013). Bei der expliziten Rationierung ist allen Beteiligten klar, welche Leistungen durchgeführt werden und welche nicht, weil das Thema oder eine Variation des Themas entweder rechtlich oder in einer anderen Form bereits öffentlich diskutiert wurde (Breyer et al., 2013). Breyer (2012) bringt das Beispiel der lebenserhaltenden Maßnahmen, um den Begriff zu erklären: Sollte ein/e sterbende/r PatientIn keine mechanische Reanimation mehr bekommen, ist das die Vorenthaltung einer Leistung, die aber gesetzlich geregelt und allen Beteiligten bewusst ist. Es ist die implizite Rationierung von Tätigkeiten in der Pflege, die als Gefährdung für PatientInnen betrachtet wird, da diese Form der Rationierung schleichend ist und nicht selten übersehen oder sogar überspielt wird.

Die berufsübergreifenden Aspekte des pflegerischen Tätigkeitsfelds machen den Priorisierungsprozess in der Pflege spannend. Wie eine Pflegeperson ihre Entscheidungen trifft, wirkt sich auf viele weitere Berufsebenen und letztlich auch auf die PatientInnen selbst aus.

¹ Breyer (2012) bezieht sich auf eine Definition aus Hall (1994), *The problems with rules-based rationing. J Med Philos 19:315-332*, die eher auf Ärzte und ärztliche Entscheidungen abgestimmt ist. Diese Forschungsarbeit konzentriert sich jedoch auf Pflegepersonen und deren Entscheidungsprozesse. Aus diesem Grund wird die Definition der Rationierungsformen aus Sicht der Pflege interpretiert und angewandt.

2. Begrifflichkeiten

Um ein besseres Verständnis für den theoretischen Hintergrund und auch die Fragestellungen dieser Forschungsarbeit zu bekommen, werden in diesem Kapitel Begrifflichkeiten im Sinne der Arbeit definiert.

2.1 Pflegequalität

Nachdem die pflegerische Entscheidung, eine Handlung oder keine Handlung zu setzen, getroffen ist, zeigen sich in weiterer Folge Konsequenzen dieser Entscheidung in der Praxis. Die Pflege, wie bei anderen Berufsgruppen auch, beschäftigt sich damit, „wie“ die Folgen ihrer Handlungen in der Praxis sind. Die Pflegequalität beschreibt den Erfolg von gesetzten pflegerelevanten Handlungen (Giebing & Zalpour, 1999).

Der Begriff Qualität stammt aus der industriellen Betriebslehre und beschreibt das betriebliche Geschehen: Hat der gewählte Input, gefolgt vom betrieblichen Prozess, den gewünschten Output? Dies umfasst jedoch nur eine quantitative Dimension von Qualität (Uhl, 2008). Nach einer weiteren Definition der DIN EN ISO 9000 ist Qualität der „*Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt*“ (Uhl, 2008). Dabei ist immer entscheidend, von wem die Anforderungen gestellt werden (Uhl, 2008). In Betrieben des Gesundheitswesens wird unter Pflegequalität der Grad der Übereinstimmung zwischen den festgelegten Zielen und deren Erfolgen in der Pflege verstanden (Giebing & Zalpour, 1999).

Die Pflegequalität ist etwas Messbares und es gibt zahlreiche Modelle, die sich mit dem Messen von Pflegequalität beschäftigen (Vitt, 2002). Bereits 1952 erschien von Reiter und Kakosh in den USA das *Stufenmodell zur Beurteilung von Pflegequalität*. Die *Qualitätsstufen zur Beurteilung der Pflegequalität und ihre Merkmale* von Sperl folgten 1994, das *Modell der Teilqualitäten* von Klie 1996 und *Qualitätsdimensionen nach Byel* 1997 (Vitt, 2002). daran ist erkennbar, dass sich die Pflege kontinuierlich seit vielen Jahren mit der professionellen Abbildung der Qualität ihrer Arbeit beschäftigt.

Um die Pflegequalität abzubilden, können pflegerische Ergebnisindikatoren herangezogen werden (AmericanNursesAssociation, 2015). So kann anhand der Prävalenz von bestimmten Indikatoren, wie zum Beispiel Dekubitus, Pneumonie, Wundinfektion oder Venenthrombose, die Qualität der pflegerischen Versorgung beurteilt werden. Indikatoren in gesundheitlichem Kontext sind jedoch komplex und es sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass manche Indikatoren möglicherweise auch durch das Handeln anderer Berufsgruppen oder durch PatientInnen selbst, beeinflusst werden können. In der Umgangssprache ist der Begriff „Qualität“ häufig emotional behaftet. Von PatientInnen oder Angehörigen wird die Qualität der Pflege oft mit ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit der Pflege während ihres stationären Aufenthalts gleichgesetzt. Die subjektive Qualitätsbeurteilung durch PatientInnen schweift sehr von der professionellen Definition von Pflegequalität ab. Bedauerlicherweise sind es gerade diese Eindrücke, die PatientInnen berichten und weitererzählen, wenn ihr stationärer Aufenthalt besprochen wird.

Bei der Beschreibung und Beurteilung von Pflegequalität ist es wichtig, festzustellen, welche Anforderungen von wem gestellt werden — von der Gesundheitspolitik, der Krankenhausführung, den Kunden oder vom Pflegepersonal selbst. Bei dieser Forschungsarbeit wird der Begriff „Pflegequalität“ nur im Sinne der Definition von Giebing und Zalpour (1999) benutzt.

2.2 Pflegerelevante Tätigkeiten

Bei der Abbildung der Pflegequalität einer Einrichtung oder Organisation werden Tätigkeiten herangezogen, die von Pflegepersonen durchgeführt werden und für die das Pflegepersonal Haftung in verschiedenen Verantwortungsgraden übernimmt.

Der Begriff „pflegerelevant“ schließt all jene Tätigkeiten mit ein, die von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt werden. Dies umfasst alle Tätigkeiten, die vom österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 13 im eigenverantwortlichen,

mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich vorgesehen werden (Rechstinformationssystem, 2015). Pflegerelevant sind auch solche Tätigkeiten, die die jeweilige Einrichtung als Pflegetätigkeit definiert, wie zum Beispiel die Anwendung spezieller Konzepte wie Aromatherapie, Angehörigenarbeit oder familienzentrierte Pflege. In manchen Stations- oder Krankenhauskulturen haben sich nicht-pflegerelevante Tätigkeiten über Jahre hinweg zu pflegerischen Tätigkeiten entwickelt. Falls das Krankenhaus es vorsieht, dass Pflegepersonen auch Büroarbeit übernehmen, wie zum Beispiel Formulare kopieren und Dokumente einordnen, oder Hilfstätigkeiten durchführen, wie das Nachfüllen von Material oder das Saubermachen von Betten, dann werden auch diese Tätigkeiten zusätzlich als pflegerelevant betrachtet. Welche Tätigkeiten vom Pflegepersonal übernommen werden, kann auch an die Ressourcen des Gesundheitssystems oder des Krankenhausträgers angepasst werden. So wird auch von Angel (2014) beschrieben, dass durch die Veränderung der Ausbildungsschwerpunkte der Ärztinnen und Ärzte einige bis dato ärztliche Tätigkeiten von Pflegepersonen übernommen werden. Im Rahmen des großen Wiener Projekts „Arbeitspaket 7“ führen seit 2008 Pflegepersonen solche Tätigkeiten aus, wie zum Beispiel Blutabnahme, Venflon setzen, Infusionen anhängen, Magensonden oder Harnkatheter legen, um Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung von diesen Tätigkeiten zu befreien (Angel, 2014).

Pflegerelevante Tätigkeit ist ein sich wandelnder Begriff, der nach Bedarf an die jeweilige Situation eines Krankenhauses oder einer Station angepasst werden kann. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit werden die allgemeinen bzw. die gesetzlichen Tätigkeitsbereiche herangezogen und, falls notwendig, spezielle Tätigkeiten, definiert durch die jeweilige Organisation bei der Datenerhebung, berücksichtigt.

2.3 Nursing Environment

„An environment“ ist der englische Begriff für das „Umfeld“. In der wörtlichen Übersetzung könnte es auch mit den Begriffen „Umgebung“ oder „Milieu“ gleichgesetzt werden (Chemnitz, 2015). Im Kontext von Arbeit und Beschäftigung wird der Begriff

„work environment“ oder „practice environment“ gerne verwendet, um den physischen Arbeitsplatz sowie die emotionale Lage des Arbeitsplatzes zu beschreiben.

Das pflegerische Arbeitsumfeld oder „nursing work environment“ ist das Umfeld, in dem Pflegepersonen ihre Tätigkeiten ausüben. Wie jedes Arbeitsumfeld wird auch dieses von unterschiedlichen Einflusskriterien geprägt. Faktoren wie „skill mix“, Erfahrung der ArbeitskollegInnen und adäquate Personalressourcen können zum Beispiel das Arbeitsumfeld beeinflussen (Lake, 2002). Mitspielende Faktoren können auch die Führungsqualität der Leitungspersonen oder das interdisziplinäre Zusammenarbeiten in einer Organisation sein. In 2002 hat Eileen Lake von der University of Pennsylvania eine Kombination aus den bereits bekannten Instrumenten „PES“ (Practice Environment Scale) und „NWI“ (Nursing Work Index) entwickelt: Die Skala „PES-NWI“ kann sowohl das Arbeitsumfeld als auch die Pflegetätigkeiten abbilden. In der Folge wurde sie mehrfach von verschiedensten Autoren angewandt, um das pflegerische Arbeitsumfeld abzubilden und damit mögliche Korrelationen mit weiteren Faktoren wie Mortalität, Infektionen, Zufriedenheit, Burn-out usw. zu berechnen. Einige Beispiele dieser Publikationen sind in Kapitel drei näher beschrieben.

„Practice environment“ ist ein genereller Begriff, der die allgemeine Lage eines Arbeitsumfelds beschreibt. Das „nursing environment“ oder auch das „Pflegeumfeld“ beschränkt sich auf spezifische Teile des gesamten Arbeitsumfelds, die unmittelbar das pflegerische Arbeiten beeinflussen (Lake, 2002). Mit der PES-NWI von Lake (2002) lässt sich das pflegerische Arbeitsumfeld abbilden, damit weitere Korrelationen oder Forschungsüberlegungen gemacht werden können.

3. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird der literarische Hintergrund des Themas vorgestellt, um ein besseres Verständnis für die Forschungsfrage und ihre Relevanz zu erreichen.

Pflegerische Entscheidungsfindung ist ein Prozess des Abwägens zwischen Möglichkeiten (Thompson & Dowding, 2002), um dann eine für passend empfundene Handlung zu setzen. Wenn die Arbeitslast sehr hoch ist, beginnen Pflegepersonen, ihre anstehenden Arbeiten zu priorisieren, um möglichst effizient zu sein (Ausserhofer, 2014).

In den folgenden Unterkapiteln wird der Prozess der pflegerischen Entscheidungsfindung beschrieben. Anschließend werden einige Publikationen angeführt, die zeigen, welche pflegerischen Arbeitsbedingungen mit Outcomes wie PatientInnenenergebnissen oder auf das Pflegepersonal bezogenen Ergebnissen korreliert haben.

3.1 Klinische Entscheidungsfindung in der Pflege

Eine klinische Entscheidung ist ein fortlaufender Prozess, der im Hintergrund jeder pflegerischen Handlung stattfindet. Obwohl eine Entscheidung sehr rasch zustande kommen kann, laufen sämtliche Prozesse im Hintergrund ab. Der Beschluss, eine Handlung zu setzen, ist eine Mischung aus Intuition und Analyse. Dahinter steckt immer eine kognitive Verhandlung zwischen gestellten Möglichkeiten (Thompson & Dowding, 2002).

Die Entscheidungsfindung ist ein kognitiver Prozess und nicht lediglich eine intuitive Entscheidung (Thompson & Dowding, 2002). Daher ist eine Entscheidungsfindung der Vorgang, zwischen verschiedenen Möglichkeiten eine zu wählen und entsprechend zu handeln (onpulson, 2015). Die Entscheidung, nicht zu handeln, ist ebenso das Ergebnis eines kognitiven Abwägungsprozesses. Eine klinische Entscheidungsfindung in der Pflegepraxis erfordert nicht nur die fachliche Expertise der Pflegeperson, sondern auch das Wissen, worauf eine bestimmte Entscheidung basiert, um gewählte Handlungen

begründen zu können. In der Pflege haben Entscheidungen unmittelbaren Einfluss auf andere Menschen und können möglicherweise auch gesundheitliche Konsequenzen mit sich ziehen. Im Gesundheitswesen, wo nicht nur der/die PatientIn, sondern auch häufig Angehörige involviert sind, können gewählte Handlungen einen Welleneffekt auf weitere Systeme oder Beziehungen haben. Entscheidungen und Handlungen in der Pflege müssen nicht nur vor Gericht, sondern auch für KollegInnen oder für weitere Außenstehende nachvollziehbar sein (Banning, 2007; Thompson & Dowding, 2002). Aus diesem Grund ist es wichtig, überlegen und begründen zu können, wie eine klinische Entscheidung zustande gekommen ist, um daraus eine bewusste Handlung zu setzen.

Der Begriff der klinischen Entscheidungsfindung wird in der englischen Literatur in zwei Begriffe unterteilt: *judgements* und *decisions*. Diese werden separat betrachtet. Ein „*judgement*“ (deutsch: die Beurteilung) ist das Assessment von Alternativen und eine „*decision*“ (deutsch: der Beschluss) ist das Wählen einer der Alternativen (Banning, 2007; Thompson & Dowding, 2002). Bei der fachlichen Beurteilung (*judgement*) ist zu überlegen, welche Alternativen zur Verfügung stehen, und beim Beschluss (*decision*) ist zu überlegen, welche der möglichen Alternativen für die Situation passend sind, um das Problem zu lösen. Obwohl diese Begriffe in der Literatur getrennt werden können, ist es bei der näheren Betrachtung der Entscheidungsfindung im Pflegekontext wichtig, zu erkennen, dass die Beurteilung und der Beschluss in der Realität der Pflegepraxis simultan geschehen und deshalb als Einheit diskutiert werden (Thompson & Dowding, 2002). Eine pflegerische Entscheidungsfindung besteht aus mehreren Bestandteilen, die bei jeder neuen Entscheidung anders gewichtet werden.

Ein wesentlicher Punkt bei der klinischen Entscheidungsfindung im gesundheitlichen Kontext und im Sinne dieser Forschungsarbeit ist, dass auch das Nicht-Handeln bzw. die Entscheidung, eine Tätigkeit zu unterlassen, ebenso als Handlung zu betrachten ist. Dem Unterlassen, Rationieren und Priorisieren von pflegerelevanten Tätigkeiten folgt genauso ein Prozess der Entscheidungsfindung wie der Beschluss, eine Handlung auszuführen (Banning, 2007; Thompson & Dowding, 2002). Die beabsichtigte wie auch die

unbeabsichtigte Rationierung von pflegerischen Tätigkeiten ist eine klinische Entscheidung und somit auch ein bedeutsames Pflegephänomen.

3.2 Rationierung von Pflegeleistungen

Aufgrund von Ressourceneinschränkungen bzw. -limitationen werden Angestellte im Gesundheitswesen, unter anderem auch Pflegepersonen im Akutspital, dazu gedrängt, mit weniger finanziellen, personellen oder materiellen Gegebenheiten dieselbe Leistung zu erbringen (Aiken et al., 2001). Im Kontext der Pflege und des pflegerischen Umfelds bedeutet dies eine Priorisierung und damit einhergehend auch eine implizite Rationierung von Pflegeleistungen, um weiterhin die „notwendigste“ Versorgung der PatientInnen zu gewährleisten (Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2009; Schubert et al., 2008; Zander, Dobler, Bäuml & Busse, 2014).

Die pflegerische Entscheidungsfindung (decision making und clinical judgement) steht im Zentrum des Pflegeprozesszirkels (Assessment, Planung, Implementierung, Evaluierung) (Schubert et al., 2013). Maria Schubert (Universität Basel) hat sich bereits intensiv mit dem Thema der impliziten Rationierung von Pflegeleistungen beschäftigt (Schubert, 2010; Schubert, Clarke, Aiken, de Geest, 2012; Schubert et al., 2009; Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2007) und dazu 2013 einen theoretischen Rahmen entwickelt und publiziert. Eine Abbildung dieses theoretischen Rahmens befindet sich im Anhang 1. Schubert et al. (2013) haben mit ihrem Rahmen dargestellt, wie verschiedene externe Faktoren zum Pflegeprozess in Beziehung stehen und wie sie Einfluss auf PatientInnen- und Pflegeergebnisse haben. Faktoren, die den klinischen Entscheidungsprozess der Pflege beeinflussen können, sind: *Pflegevariable* (Ausbildung, Skills, Erfahrung ...), *PatientInnenvariable* (Schweregrad der Erkrankung, Multimorbidität, Therapieplan ...), *Philosophie der Pflege* (Kultur, Pflegestandards, Prioritätssetzung ...), *Pflegeumfeld* (Ressourcen, Pflegemanagement, Interdisziplinarität...) und *organisatorische Variable* (Budget, Managementstruktur, Firmenpolitik ...). Im Rahmen des Pflegeprozesses befindet sich zwischen den Handlungsschritten „Planung“ und „Implementierung“ der

Schritt des bewussten Pflegefähigkeitsrationierung (Schubert et al., 2013). Unter Berücksichtigung der vielen genannten Variablen, der PatientInnenbedürfnisse, der Pflegeressourcen und zusätzlich der Variable Arbeitslast nutzten Pflegepersonen ihr klinisches Entscheidungsvermögen, um eine implizite Rationierung an Pflegefähigkeiten zu veranlassen. So haben viele Faktoren, die sehr unterschiedlichen Ursprungs sind, gleichermaßen „Einflusspotenzial“ auf den Pflegeprozess und das Ausmaß der Rationierung von Pflegefähigkeiten. Aufgezeichnet auf Papier, ist dieser theoretische Rahmen komplex, jedoch in der Praxis muss dieser Prozess häufig rasch abgewickelt werden, um den Versorgungsablauf der PatientInnen nicht zu unterbrechen.

Pflegepersonen beschreiben den Akt der „Rationierung“ nicht immer mit diesem Begriff. In sämtlichen Studien wird von „zu wenig Zeit“ oder „zu wenig Personal“ gesprochen, um die pflegerische Arbeit in der vorgesehenen Zeit fertigzustellen. Im Rahmen der RN4CAST haben Bruyneel, Van De Heede, Diya, Aiken und Sermeus (2009) das Instrument „IHOS“ (International Hospital Outcome Study) validiert, um Assoziationen zwischen dem Pflegeumfeld (nurse work environment) und den von der Pflege empfundenen Ergebnissen (nurse-percieved outcomes) zu untersuchen. An dieser Validierungsstudie nahmen 176 belgische Pflegepersonen teil. Deskriptive Ergebnisse zeigten, dass nur 41,6 % der Pflegepersonen angegeben haben, dass ausreichend Personal vorhanden sei, um die vorgesehene Arbeit zu erledigen (Bruyneel et al., 2009). Es gaben auch nur 36,1 % der befragten Pflegepersonen an, dass sie der Meinung sind, dass (zum Zeitpunkt der Erhebung) genügend Personal eingestellt war, um eine qualitative PatientInnenversorgung zu sichern (Bruyneel et al., 2009). Zusammenfassend vertreten einige der teilnehmenden Pflegepersonen die Sichtweise, dass zu wenig Personal vorhanden sei, um alle pflegerischen Arbeiten abzuwickeln, und dass die Pflegequalität bereits darunter leidet. Bei einer ähnlichen, auch im Rahmen der RN4CAST durchgeführten Untersuchung von Schubert et al. (2013) wurde die Rationierung von Pflegefähigkeiten im Kontext der PatientInnensicherheit begutachtet. An dieser Studie nahmen 1.633 Pflegepersonen aus deutschen, französischen und italienischen Akutkrankenhäusern teil. Von diesen berichteten 98 %, dass in den letzten sieben Tagen

zumindest eine der in der Befragung aufgelisteten Pflegetätigkeiten rationiert werden musste. Schubert et al. berichten, dass die am meisten rationierten Tätigkeiten „Fürsorgen und Unterstützung“ („caring and support“) und „Dokumentation“ („documentation“) waren (Schubert et. al 2013, S. 234).

Eine Rationierung von Pflegetätigkeiten kann unterschiedliche Gründe haben. So wie Schubert et al. (2007) berichten, können dabei die Variablen Zeit, Personal, Budget oder Pflegekultur mitspielen. Die aktuellen Publikationen stellen fest, dass eine Rationierung von Pflegetätigkeiten in verschiedenen Ausprägungen stattfindet. In Betrachtung des theoretischen Rahmens von Schubert et al. (2007) hat dies Einfluss auf PatientInnen, auf Pflegeergebnisse und in weiterer Folge auch auf die grundlegenden Variablen Zeit, Pflegekultur, Ressourcen usw. in Form eines Kreislaufs.

3.3 Unerwünschte PatientInnenergebnisse

Mortalitätsraten als gesundheitliches Phänomen werden gerne als Messindikator im Zusammenhang mit dem Phänomen der schlechten Personalbesetzung untersucht. Aiken et al. (2008) benutzten beispielsweise die PES (Practice Environment Scale von Lake, (2002)), um den Zusammenhang zwischen dem Pflegeumfeld und den PatientInnenergebnissen zu untersuchen. Die erste Hälfte der befragten Pflegepersonen wurde randomisiert, die zweite Hälfte waren Angestellte der Spitäler, in denen die Untersuchung 1999 stattfand. Die PatientInnen waren allgemein chirurgische, orthopädische oder vasculärbehandelte Personen. Nach der Auswertung erkannten Aiken et al. (2008), dass in Spitälern mit einem „besseren Pflegeumfeld“ (Umfeldeinstufung aus der PES) die 30-Tage-Mortalitätsraten um 14 % geringer waren als in Spitälern mit einem „mangelhaften Pflegeumfeld“. Die Chance, in einem Spital mit einem „mangelhaften Pflegeumfeld“ zu sterben, wo das Verhältnis PatientInnen zu Pflegerelation 8:1 war, war 1,26 Mal höher als in einem Spital mit einem „besseren Pflegeumfeld“, wo die Aufteilung 4:1 war (Aiken et al., 2008). Sehr ähnliche Ergebnisse konnten Friese, Lake, Aiken und Silber (2008) erzielen. Friese et al. (2008) haben ebenfalls die PES benutzt, um

Pflegepersonalzustände verschiedener Spitäler mit patient outcomes zu verbinden. Spitäler, die laut der PES „mangelhafte Pflegeumfelder“ waren, hatten deutlich höhere Fälle von 30-Tage-Mortalitätsraten, Komplikationen und erfolglosen Reanimationen. Spitäler, wo die Mean-Aufteilung PatientInnen zu Pflege ≤ 4 war, hatten nur 2,75 % 30-Tage-Mortalitätsraten, 33,53 % Komplikationen und 8,07 % erfolglose Reanimationen. Im Vergleich zu schlechter besetzten Spitälern mit ≥ 8 PatientInnen pro Pflegeperson waren die 30-Tage-Mortalitätsraten auf 5,07 %, die Komplikationen auf 40,29 % und die erfolglosen Reanimationen auf 12,26 % gestiegen (Frieze et al., 2008). Frieze et al. (2008) beschreiben einen eindeutigen linearen Trend zwischen dem Pflegeumfeld und den drei genannten PatientInnenergebnissen. Je schlechter das Pflegeumfeld, desto höher waren die Vorkommnisse von 30-Tage-Mortalität, Komplikationen und erfolglosen Reanimationen. Die Faktoren, die sich als signifikant bei den Vorkommnissen der drei genannten PatientInnenergebnisse zeigten, waren Pflegepersonalbesetzung (OR 1,60; $p < 0,01$), mangelhaftes Pflegeumfeld (OR 1,30; $p < 0,05$) und der Grad der Pflegeausbildung (OR von 0,39, $p = 0,02$). Besonders interessant war, dass die Größe der Spitäler keinerlei signifikante Zusammenhänge mit der 30-Tage-Mortalitätsrate, Komplikationen oder erfolgloser Reanimation zeigte. Jedoch zeigten die Faktoren „PES- Ergebnis“ und „Grad der pflegerischen Ausbildung“ sehr wohl signifikante Korrelationen. Schlechte PES-Ergebnisse (OR 1,40, $p < 0,05$) und der Ausbildungsgrad der Pflegepersonen (OR 0,35, $p = 0,01$) zeigten beide signifikante Zusammenhänge mit den aufgezählten PatientInnenergebnissen (Frieze et al., 2008). So interpretierten die AutorInnen, dass Spitäler mit einer unglücklichen Personalbesetzung und weniger gut ausgebildetem Pflegepersonal häufiger von Komplikationen, erfolglosen Reanimationen oder von höheren 30-Tage-Mortalitätsraten betroffen waren. Bei der Beurteilung der Studie von Frieze et al. (2008) war es leider nicht ersichtlich, welche Art oder welcher Schweregrad von Komplikationen bei der Untersuchung gemeint waren. Eine allgemein wesentliche Limitation von Arbeiten, welche die Mortalitätsrate als Indikator für PatientInnensicherheit heranziehen, ist, dass der Grund des Todes meist nicht berücksichtigt wird. Diya, Lesaffre, Van den Heede und Sermeus (2010) beschreiben diese Limitation in ihrer eigenen Arbeit über Pflegepersonalbesetzung und Todesfälle im

Spital. Die Mortalitätsrate eines Spitals inkludiert meist die „natürlichen“ und die „nicht natürlichen“ Todesfälle. Diya et al. (2010) argumentieren, dass es für die Praxis viel wichtiger wäre, die im Spital erworbenen Pneumonien oder Wundinfektionen und die daraus folgenden Mortalitätsraten zu analysieren. Leider ist diese Form der Datengewinnung sehr komplex, da zum Beispiel ein/e betroffene/r PatientIn nicht an einer Pneumonie verstirbt, sondern an einer Sepsis oder anderen fatalen Folgen der Pneumonie.

Eine weitere Herangehensweise, Spitalmortalitätsraten zu erklären, ohne sie direkt mit der Personalbesetzung zu korrelieren, ist, sie mit der Arbeitslast in Verbindung zu bringen. Der Beweggrund für die Studie von Tarnow-Mordie, Hau, Warden und Shearer (2000) war die Annahme, dass iatrogene Komplikationen, wie die menschliche Fehlerquote und das verzögerte Entwöhnen von der Beatmungsmaschine auf der Intensivstation, alle häufiger in Phasen vorkommen, in denen die Arbeitslast sehr hoch ist. Zur Zeit der Forschung von Tarnow-Mordie et al. (2000) gab es von der UK Intensive Care Society einen Vorschlag, wie viele Pflegepersonen pro IntensivpatientIn passend wären, unter der Berücksichtigung des pflegerischen Aufwands des einzelnen PatientInnentyps. In diesem Sinne haben Tarnow-Mordie et al. (2000) die Arbeitslast auf einer Intensivstation gemessen und mit den Mortalitätsraten in Verbindung gebracht. Die Arbeitslast wurde anhand der Betreuungsintensität pro aufgenommenen PatientInnen kategorisiert. Zum Beispiel wurde berücksichtigt, ob die PatientInnen spontanatmend oder künstlich beatmet, stabil oder instabil waren, ob viele Infusionen gleichzeitig gelaufen sind oder ob zusätzlich eine Dialyse oder Haemoperfusion zu betreuen war. Während der Datenaufnahme wurden 1.050 PatientInnen über eine Zeitspanne von vier Jahren in die Studie inkludiert. In dieser Zeit gab es 337 Todesfälle während des Spitalaufenthalts. Nach der Durchführung einer Regressionsanalyse erkannten Tarnow-Mordie et al. (2000) eine Interaktion zwischen Mortalität und dem intensiv pflegerischen Arbeitsaufwand. Die Mortalität war bei den PatientInnen höher, die einem höheren Intensiv-Arbeitsaufwand auf der gesamten Station ausgesetzt wurden (OR 4,0). Dies würde bedeuten, dass der hohe Arbeitsaufwand für IntensivpatientInnen vermutlich die Arbeitslast auf der gesamten Station beeinflusst und

so auch die Fehlerquote oder Komplikationen bei allen auf der Station liegenden PatientInnen.

So wie Mortalitätsraten kann auch die ungeplante Wiederaufnahme von PatientInnen von der Bettenstation auf die Intensivstation ein Phänomen und Indikator für eine schlechte Pflegepersonalbesetzung sein. Diya, Van den Heede, Sermeus und Lesaffre (2012) haben die Beziehung zwischen Pflegepersonalvariablen und der ungeplanten Wiederaufnahme auf einer Intensive Care Unit (ICU) oder in den Operationssaal (OP) untersucht. Die Wiederaufnahme auf der ICU könnte aus Gründen wie plötzlicher Pneumonie, Sepsis oder Schock erfolgen und wird deshalb von Diya et al. (2012) als breiter Qualitätsindikator herangezogen anstatt einzelner unerwünschter Vorkommnisse. Rekrutiert wurden insgesamt 9.054 kardiologisch chirurgische PatientInnen, und zwar ab dem Zeitpunkt, zu dem sie erstmalig auf einer postoperativen Intensivstation aufgenommen wurden. Diya et al. (2012) konnten bestätigen, dass ein Zusammenhang zwischen Pflegepersonalbesetzung auf postoperativen Bettenstationen und der Wiederaufnahme von PatientInnen mit einem geringen Schweregrad ihrer kardiologischen Erkrankung besteht. Allerdings wird dieser Zusammenhang als „moderat“ beschrieben und abhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Eine interessante Idee für zukünftige Forschung wäre, zu untersuchen, warum gerade dann eine Wiederaufnahme auf der Intensivstation geschieht, wenn die Personalbesetzung schlecht ist. Eine große Kritik an dieser Publikation ist jedoch, dass eine Odds Ratio oder weitere Zahlen nicht ersichtlich sind, die die Stärke des Zusammenhangs zwischen Pflegepersonalbesetzung und Wiederaufnahme auf der Intensivstation zeigen.

Weitere unerwünschte PatientInnenergebnisse, die weniger dramatisch erscheinen als „Mortalitätsrate“, jedoch fatale Folgen für PatientInnen haben können, sind Ereignisse wie Stürze, nosokomiale Infektionen oder Druckgeschwüre. Schubert et al. (2008) erwähnen in ihrer Arbeit, bei der Korrelationen zwischen Grad der Rationierung und PatientInnenoutcomes analysiert wurden, dass 30 % der Pflegepersonen angegeben haben, „regelmäßig“ Medikamentenfehler zu machen, 44 % haben angegeben, dass Stürze

„regelmäßig“ passieren, und 58 % haben angegeben, dass nosokomiale Infektionen „regelmäßig“ vorkommen. Das regelmäßige Vorkommen von Dekubiti wurde mit 24 % angegeben und das Vorkommen von kritischen Ereignissen mit 16 % (Schubert et al., 2008). Dies sind ziemlich hohe Prozentsätze für Geschehnisse, die möglicherweise vermieden werden könnten. Schubert et al. (2008) haben in ihrer weiteren Regressionsanalyse Folgendes erkannt: je häufiger die Rationierung von mehreren Tätigkeiten vorkam, desto wahrscheinlicher waren Ereignisse wie oben genannt. Zhu et al. (2012) kamen auf ähnliche Ergebnisse bei gleicher Fragestellung, ob Bemühungen, Pflegepersonalstand und PatientInnenergebnisse korrelieren. In dieser Studie haben Zhu et al. (2012) mehr als 7.000 Pflegepersonen in neun verschiedenen chinesischen Akutkrankenhäusern befragt.

Mortalitätsrate und Wiederaufnahme auf einer Intensivstation sind beides relativ unspezifische PatientInnenergebnisse. Dennoch bringen Forschungen aus verschiedenen Regionen und Publikationszeiten ähnliche Ergebnisse. Personalzustände und/oder Zustände der hohen Arbeitslast zeigen wiederholt Einfluss auf Mortalitätsraten, Wiederaufnahmen auf einer Intensivstation oder auf das Vorkommen anderer Komplikationen.

3.4 Problemstellung und Forschungslücke

Die zuvor angeführten Studien zeigen dasselbe Phänomen aus unterschiedlichen Blickwinkeln: Die Umstände bzw. das Umfeld, in dem Pflegepersonen arbeiten, können auf verschiedene Weise Einfluss auf PatientInnenergebnisse haben. Statistisch signifikante Ergebnisse können bestätigen, dass „schlechte“ Pflegeumfelder (unzureichendes Personal, unbefriedigendes Management, hohe Arbeitslast ...) unerwünschte PatientInnenergebnisse begünstigen, wie höhere Mortalitätsraten, Komplikationsraten und Wiederaufnahmen auf einer Intensivstation und das Vorkommen von Zwischenfällen wie Pneumonie, Sturz, Dekubitus oder nosokomiale Erkrankungen. Weitere Publikationen können belegen, dass „schlechte“ Pflegeumfelder auch das Rationierungsausmaß von pflegerischen Tätigkeiten beeinflussen können.

3.4.1 Problemlage

Die wissenschaftliche Forschungslücke sowie die Problemlage bestehen im *Prozess* der Rationierung von Tätigkeiten. Es ist bereits aus rezenten Forschungsarbeiten bekannt, dass schlechte Personalbesetzungen und Arbeitsbedingungen mit einer hohen Arbeitslast unerwünschte PatientInnenenergebnisse wie Mortalität, Infektion, verlängerten Aufenthalt, Stürze usw. begünstigen. Es ist auch bekannt, dass eine hohe Arbeitslast und unbefriedigende Personalbesetzungen mit der Rationierung von Pflege Tätigkeiten korrelieren. Die Frage, *wie* Pflegepersonen ihre Tätigkeiten priorisieren und rationieren, ist derzeit unbeantwortet. Welche Überlegungen und Beschlüsse den Entscheidungsprozess der Priorisierung von pflegerischen Tätigkeiten beeinflussen, ist bis dato weder dargestellt noch erforscht.

3.4.2 Relevanz für die Praxis

Die Füllung dieser Forschungslücke ist für die Pflegepraxis ein integraler Bestandteil, um die vorliegenden negativen Auswirkungen für PatientInnen vermeiden zu können. Die Forschungsergebnisse sollen zukünftige Situationen der Tätigkeitsrationierung unterstützen.

Wenn bekannt ist, wie Pflegepersonen ihre Tätigkeiten priorisieren und welche Überlegungen sie anstellen, wenn die Arbeitslast hoch ist, könnten präventiv Strategien entwickelt werden, um mit hoher Arbeitslast umgehen zu können. Auf diesem Weg könnten pflegerelevante Outcomes frühzeitig beeinflusst werden.

Die Schließung dieser Forschungslücke würde ein besseres Verständnis hervorbringen, wie Pflege Tätigkeiten priorisiert werden, und möglicherweise auch, weshalb Tätigkeiten in der Pflegepraxis rationiert werden müssen. Mit wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen wäre es möglich, dieser Problematik rechtzeitig entgegenzuwirken.

3.4.3 Forschungsziel und Forschungsfragen

Ausgehend von der oben beschriebenen Forschungslücke, hat sich diese Forschungsarbeit den Erkenntnisgewinn über den klinischen Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten zum Ziel gesetzt. Die Forschungsfragen, die diese Arbeit leiten, sind folgende: Welche Merkmale beeinflussen den Entscheidungsfindungsprozess der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten? Welche pflegerischen Überlegungen und Abwägungen gehören zu diesem Prozess?

4. Methodisches Vorgehen

Unter Berücksichtigung der Fragestellung und des Forschungsinteresses nach einem Prozess und dessen Gestaltung wurde ein qualitativer Forschungsansatz ausgewählt, um die Forschungsfragen zu beantworten. Anhand von halbstrukturierten Interviews und einer Datenanalyse nach der Grounded Theory wurden die Forschungsfragen beantwortet.

4.1 Setting

Das Datenmaterial lieferten freiwillige InterviewteilnehmerInnen, die durch private Kontakte in den Wiener Spitälern rekrutiert wurden. Die Voraussetzung für die Teilnahme war ein abgeschlossenes Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes § 41 (AUBI-plus-GmbH, 2015) und die derzeitige Arbeitsbeschäftigung auf einer Bettenstation in einem Wiener Gemeindespital. Exklusionskriterien für die Datenerhebung waren Spezialbereiche wie Ambulanz, Intensivstation, Operationssaal etc., da die organisatorischen Strukturgegebenheiten und Tagesabläufe für diese Forschungsarbeit zu unterschiedlich gewesen wären. InterviewteilnehmerInnen waren acht Frauen und zwei Männer, mit einer pflegerischen Berufserfahrung von drei bis zu zwanzig Jahren. Um ein breites Erlebnisspektrum zu erhalten, wurden nicht mehr als zwei Pflegepersonen von derselben Bettenstation interviewt. Die TeilnehmerInnen waren angestellte Pflegepersonen aus vier verschiedenen Wiener Gemeindespitälern. Alle waren vor der Befragung mindestens drei Jahre auf derselben Station tätig. Diese Tatsache war keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Forschungsarbeit, wurde aber in der Auswertung der Interviews als Detail angegeben.

4.2 Datenerhebung

Die geeignetste Erhebungsmethode für den Datengewinn in Anbracht des Forschungsziels waren problemzentrierte Interviews. Bei dieser von Andreas Witzel 1982 beschriebener Methode stehen die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen der TeilnehmerInnen

zu einem bestimmten Problem im Mittelpunkt. Durch diese Methode werden Interviews halbstandardisiert und durch einen Leitfaden gelenkt, wobei offene Fragen trotzdem gestellt werden dürfen (Wintzer, 2015). Nach Wintzer (2015) dient der Leitfaden als Impulsgeber, um die freie Erzählung der TeilnehmerInnen anzustoßen und auch den Interviewenden die Möglichkeit zu geben, das Interview immer zurück auf das Problem zu beziehen oder an die Erzählung des Befragten anzuknüpfen. Wer die Interviews dieser Arbeit gelenkt hat, ist im Anhang 2 zu sehen. Die Themen des Leitfadens basierten auf Forschungsergebnissen aus der Literaturrecherche, um das Interview auf die zu erforschende Problematik zu fokussieren. Die Erhebungsmethode des problemzentrierten Interviews lässt zusätzlich Spielraum für Nachfragen und Dialog während des Interviews zu, um die erwähnten Themen immer zurück auf die Forschungsfrage beziehen zu können (Wintzer, 2015).

Die Interviews für diese Forschungsarbeit fanden alle zwischen April und Juni 2016 in Wien statt. Der Leitfaden wurde herangezogen, um das Forschungsthema dem Interviewenden nahezubringen und auch während des Interviews das zentrale Thema wieder in Erinnerung zu rufen. Alle Interviews fanden in einem Büro statt, wo dafür gesorgt wurde, dass die Atmosphäre ruhig war und es zu keinen Unterbrechungen kommen würde. Es gab einen Tisch, an dem sich die Interviewerin und die Befragten auf Augenhöhe gegenüber saßen. Jedes Interview dauerte zwischen 45 und 90 Minuten und wurde aufgenommen. Das Tonband lief während des gesamten Interviews, zusätzlich wurden in dieser Zeit Memos und kurze Anmerkungen von der Interviewerin notiert, um Gedanken und weitere Fragen festzuhalten, ohne das Interview zu unterbrechen. Alle Gespräche wurden von der Interviewerin transkribiert, wobei allgemeine Transkriptionsregeln und Richtlinien zum Protokollieren eingehalten wurden (Hug & Poscheschnik, 2014). Bereits nach dem dritten Interview wurde mit der Datenanalyse begonnen. Danach verliefen die Datenanalyse und die Erhebung von neuen Daten durch weitere Interviews im gleichen zeitlichen Rahmen.

4.3 Datenanalyse

Um die erhobenen Daten zu analysieren, wurde die Grounded Theory Methode als passend identifiziert. Dabei handelt es sich um eine Analysemethode der ständigen Vergleiche, womit soziale Prozesse anhand zentraler Konzepte näher betrachtet werden können (Barney, Glaser, Strauss, 2010). Da es sich bei den Forschungsfragen um die Beleuchtung eines sozialen Prozesses handelt und nicht um ein einzelnes Phänomen, war diese Auswertungsmethode ideal. Die Grounded Theory bietet eine explorative Vorgehensweise, die eine induktive Kategorienbildung zulässt (Barney, Glaser, Strauss, 2010; Wintzer, 2015). Mit dieser Auswertungsmethode konnten vereinzelte Konzeptualisierungen aus den Interviews zusammengeführt werden, um einen Einblick auf den gesamten Prozess der Priorisierung und Rationierung im Pflegealltag zu gewinnen.

Laut der Auswertungsmethode Grounded Theory gibt es verschiedene Schritte, um von den Rohdaten zur Prozessdarstellung zu gelangen. Zuerst wird das Interview offen kodiert, wobei es um die Konzeptualisierung der Rohdaten geht. Dies bedeutet, Beobachtungen, Sätze, Ideen oder Abschnitte herauszugreifen und dafür einen Namen zu vergeben. Dieser Name soll ein Phänomen repräsentieren (Barney, Glaser, Strauss, 2010; Wintzer, 2015). Nachdem ein Interview offen kodiert wurde, wird axial kodiert, indem zu jedem Phänomen zwei Fragen gestellt werden: „Was ist das?“ und „Was repräsentiert das?“. Zu jedem Phänomen wird überlegt: Was ist der Kontext, die ursächliche Bedingung, die intervenierende Bedingung, die Handlung/Strategie zur Bewältigung und die resultierende Konsequenz. Auf diesem Wege werden sogenannte Ereignisse oder Vorfälle aus dem Interview miteinander verglichen, um ähnlichen Phänomenen ähnliche Namen zu geben. Das offene und axiale Kodieren ist der Analyseteil, der sich besonders auf das Benennen der Phänomene bezieht. Nach dem axialen Kodieren wird kategorisiert (Wintzer, 2015), wodurch ähnliche Phänomene gruppiert werden, um Konzepte zu bilden. Konzepte sind abstrakter als die Phänomene, die sie repräsentieren, und ihre Eigenschaften oder Charakteristika erinnern an die Kategorien, aus denen sie gebildet sind. Durch die Spezifikation von Konzepten und deren Beziehung zueinander wird ein

zentrales Thema gebildet, mit einem solchen Niveau an Abstraktheit, dass es für alle darunterliegenden Phänomene stehen kann (Wintzer, 2015). Die Beziehung zwischen Thema, Konzepten und Phänomenen kann als Pyramide dargestellt werden. Viele kleine Phänomene bilden die Basis, in der Mitte stehen vereinzelnde Konzepte als Körper und an der Spitze steht das große Thema als zentraler Repräsentant des ganzen Geschehens (Wintzer, 2015).

Anhand von zehn problemzentrierten Interviews wurde die Datensättigung angemessen erreicht. Durch die offene und axiale Kodierung und die anschließende Kategorisierung nach der Grounded Theory Methode konnten reichlich einzelne Phänomene herausgefiltert und Kategorien gebildet werden, um der Forschungsfrage nachzugehen.

4.4 Gütekriterien

Die Qualität der Literaturrecherche sowie die eigenen Forschungsergebnisse dieser Forschungsarbeit wurden unter Berücksichtigung der zentralen Gütekriterien der qualitativen Forschung beurteilt.

In der qualitativen Forschung sind Glaubwürdigkeit, Angemessenheit und Übertragbarkeit die zu berücksichtigenden Gütekriterien von Qualität (Al-Abtah, Ammann, Bensch, Dörr, & Elbert-Maschke, 2015). Die Glaubwürdigkeit beurteilt die Vertrauenswürdigkeit der ForscherInnen, ob sie ihre Datenerhebung und Analyse unvoreingenommen durchgeführt haben. Zu bedenken sind auch die interviewten Personen, wie sie ausgewählt und interviewt wurden. Die Angemessenheit gibt darüber Auskunft, wie genau die Wirklichkeit der Personen in der Studie wiedergegeben wird. Wichtig ist, dass die Ergebnisse so ausführlich beschrieben werden, dass sie für Pflegende nachvollziehbar und relevant für die Pflegepraxis sind. Die Übertragbarkeit beurteilt das Maß, in dem die Daten auf andere Bereiche oder Personengruppen übertragen werden können. Die Übertragbarkeit ist in der qualitativen Forschung besonders wesentlich, da sie als grundsätzliches Ziel aller qualitativen Forschungsergebnisse gesehen wird (Al-

Abtah et al., 2015). Diese Forschungsarbeit erfüllt diese Anforderungen, indem sie im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt wurde. Gelernte Methoden aus dem Pflegewissenschaftsstudium wurden zum besten Ermessen angewandt und der Prozess der Datenerhebung und Analyse transparent dargestellt. Um die Ergebnisse nachvollziehbar und verständlich zu machen, wurden ausführliche Zitatbeispiele aus original Interviewtranskripten eingesetzt. Die gewonnenen Daten und die Interpretation der Ergebnisse sind auf viele Bereiche der Pflege übertragbar und spiegeln Situationen aus unterschiedlichen Pflegesettings wider.

Um die Qualität von quantitativen Forschungen zu beurteilen, werden Objektivität, Reliabilität und Validität der Forschungsarbeit berücksichtigt (Al-Abtah et al., 2015). Die Objektivität einer Forschung sagt etwas über die Unabhängigkeit der forschenden Personen aus. Zu bedenken ist, ob die Erwartungen oder Wünsche der Forschenden hinsichtlich der Ergebnisse den Forschungsablauf beeinflusst haben könnten. Idealerweise wird eine standardisierte Erhebungs- und/oder Auswertungsmethode gewählt, um für Objektivität bei der Datenauswertung zu sorgen. Die Reliabilität bestimmt die Zuverlässigkeit eines Messinstruments. Ein reliables Messinstrument sollte bei mehrmaliger Messung zu nahezu identischen Daten führen. Unterscheiden sich die Ergebnisse hingegen stark, gilt das Messinstrument als nicht reliabel. Die Validität wird auch als Gültigkeit verstanden. Misst das Messinstrument auch tatsächlich die zu bestimmende Größe bzw. ist es dafür geeignet, das zu messen, was gemessen werden soll (Al-Abtah et al., 2015). Die quantitativen Gütekriterien wurden bei dieser Forschungsarbeit nur im Rahmen der Literaturrecherche berücksichtigt, indem andere wissenschaftliche Arbeiten von der Forscherin beurteilt wurden.

Mit einem Verständnis für die Gütekriterien der qualitativen und quantitativen Forschung wurde die gesamte Literatur während der Literaturrecherche beurteilt. Auch in Form einer Reflexion über den eigenen Forschungsprozess, die Ergebnisse und Limitationen wurden die Gütekriterien bei dieser Forschungsarbeit berücksichtigt.

4.5 Ethische Anforderungen

Da diese Forschungsarbeit Menschen und deren persönliche Erzählungen zum Fokus gemacht hat, mussten einige ethische Anforderungen zum Schutz der TeilnehmerInnen sowie der Autorin erfüllt werden. An dieser Stelle wird festgestellt, dass die befragten InterviewteilnehmerInnen keine vulnerable Personengruppe war.

Vor der Zustimmung an der Teilnahme dieser Forschungsarbeit, erhielten die potenziellen TeilnehmerInnen ausreichend Informationen zum Hintergrund, Zweck und Rahmen der Forschungsarbeit (Siehe Anhang 3 „Informationsblatt“). Somit konnten Unklarheiten vor der Teilnahme an der Forschungsarbeit besprochen werden. Die informierte Zustimmung zur Forschung bedeutete für diese Forschungsarbeit, dass potenzielle TeilnehmerInnen über den Zweck der Forschung aufgeklärt wurden und darüber, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und sie jederzeit und ohne Begründung die Möglichkeit hätten, ihre Teilnahme zurückzuziehen. Die Daten aus den Interviews wurden anonymisiert und nur zwecks der Auswertung nummeriert. Um die freiwillige Teilnahme und informierte Zustimmung nachvollziehen zu können, wurden die TeilnehmerInnen gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben (Siehe Anhang 4 „Einverständniserklärung“). Die anonyme Teilnahme bedeutete für diese Forschung, dass nur die Forscherin selbst wusste, wer die TeilnehmerInnen waren und wo sie arbeiteten. Die Daten behandelte die Forscherin als vertraulich im dem Sinne, dass sie die sensiblen Daten nicht an Dritte weitergegeben hat. Im Falle einer Publikation werden weder Namen von Institutionen noch Namen von Teilnehmenden erwähnt. Falls es für die Ergebnisse relevant war, wurden Stationen auf ihre administrativen Bezeichnungen reduziert, zum Beispiel Interne oder Chirurgie. Zusätzlich wurde die Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) über diese Forschungsarbeit informiert und die Zustimmung aus dem Vorstandsbereich Health Care Management eingeholt, da die Rekrutierung der ProbandInnen innerhalb des KAV stattgefunden hat.

Vor jedem Interview erhielt jeder/jede InterviewpartnerIn nochmals mündliche Informationen zum Forschungsinteresse, Interviewablauf, Rücktrittsrecht und Umgang

mit den gewonnenen Daten. Anschließend wurde das Einverständniserklärungsblatt von der Interviewerin und dem/r Interviewten unterschrieben. Auf diesem Wege wurden die ethischen Anforderungen von beiden Seiten der Forschungsteilnahme erfüllt.

5. Ergebnisdarstellung

Der Prozess der Entscheidungsfindung ist ein Phänomen, das in den Überlegungen der Pflegepersonen und auch im Hintergrund des Pflegealltags abgewickelt wird. Alle Abwägungen bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten gehen von der fachlichen Intuition der jeweiligen Pflegeperson aus und werden geprägt durch voraussetzende Merkmale, die einen gewissen Rahmen für die Entscheidungswahl setzen. Obwohl dieser Überlegungs- und Abwägungsprozess meist schnell abgewickelt wird, mangelt es dabei nicht an Individualität oder Rücksicht auf den Kontext.

5.1 Fachliche Intuition der Pflege

Jede klinische Entscheidung ist eine Mischung aus Intuition und Analyse. Eine pflegerische Entscheidung kann nie rein intuitiv oder rein analytische sein, sondern diese Eigenschaften stützen einander. Im Zentrum des Entscheidungsfindungsprozesses zur Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten steht eine intuitive Überlegung, gefolgt von einer Reihe an analytischen Abwägungen verschiedener Faktoren.

Die fachliche Intuition ist eine stetig wachsende, persönliche Eigenschaft einer Pflegeperson. Sie ermöglicht ihr, fachliche Details aus pflegerischer Sicht zu erkennen und in Relation zu anderen Details zu ordnen. Die alltäglichen Routinen und Erlebnisse auf einer Station oder in einem Fachgebiet der Pflege füttern die Intuition der Pflegepersonen mit Erfahrungen, die sie im Pflegealltag nutzen, um Entscheidungen zu treffen. Es ist den Pflegepersonen nicht immer bewusst, dass sie bei Problemstellungen ihre fachliche Intuition anwenden. Dies wird von Pflegepersonen umschrieben mit Begriffen wie Bauchgefühl, Erfahrung oder Routine.

„Ich glaube, es ist viel Bauchgefühl, und ich glaube auch, dass dieses Bauchgefühl mit der Erfahrung ein bisschen besser wird. Am Anfang tut man sich sicher ein bisschen schwerer bei uns, weil ich bin frisch diplomiert auf die Station gekommen ...“

-Interview Nr.7; Z.401-403

Dieses sogenannte Bauchgefühl ist jedoch nicht nur ein Gefühl. Es ist ein komplexer gedanklicher Vorgang, der durch berufliche und persönliche Erfahrungen geprägt wird. Anhand der fachlichen Intuition einer Pflegeperson wird der Kontext einer Situation herangezogen, um den Entscheidungsprozess in die Wege zu leiten. Der Kontext ist entscheidend dafür, ob eine Pflegesituation als besonders zu deuten ist oder nicht. Die fachliche Intuition lässt die Pflegeperson bestimmte Details aus dem Kontext kombinieren und so potenzielle Probleme daraus erkennen.

„Also wenn ein Patient, eine Aufnahme am Gang sitzt, dem es offensichtlich richtig schlecht geht, der leichenblass ist, der 99 % aus Erfahrung Ery's und Thombo's braucht, dann schaue ich, dass ich schnell eine Blutabnahme mache und wir schnell ein Zimmer frei bekommen ...“

-Interview Nr.7; Z.405-408

Dieselbe Situationsbeschreibung in einem anderen Fachgebiet, auf einer anderen Station, mit anderen Pflegepersonen würde bedeutend anders aufgefasst werden. Die Pflegeperson aus dem obigen Interviewausschnitt nutzt ihre vergangenen Erfahrungen. Probleme, mit denen sie bereits konfrontiert wurde, Erfolge und Misserfolge ihrer eigenen Einschätzungen oder auch Fehler, die sie bereits gemacht hat, werden herangezogen, um die bevorstehende Situation gedanklich einzuordnen. Die fachliche Intuition ist jedoch nicht nur die Erfahrung der Pflegeperson. Sie ist viel mehr als das. Sie ist eine Fähigkeit der Pflegeperson, ihre Erfahrungen kritisch zu betrachten und diese in Bezug zu anderen klinischen Entscheidungsfindungen zu sehen. Pflegepersonen werden im stationären Alltag häufig mit PatientInnen konfrontiert, die ihre Probleme nicht deutlich aussprechen. Die fachliche Intuition ermöglicht ein Feingefühl, um PatientInnen zu deuten und Probleme zu erkennen, die nur vage beschrieben oder erwähnt werden.

„Oder auch so, dass sie dir erzählt haben, mmmm, ich weiß nicht ... Schwester, heute ist es wieder schlechter mit der Luft, oder ich weiß nicht ... So Sachen halt, dass sie jetzt doch so ... Ich hab da so komische Schmerzen oder so ein komisches Stechen. Es gibt halt viele Leute, die sagen sehr lange nichts, ja. Die sagen erst was, wenn du bei ihnen bist. Und dann haben sie einen Infarkt oder eine Stent- Thrombose.“ -Interview Nr.1; Z. 636-641

Bei diesem Interviewausschnitt beschreibt die Pflegeperson, dass sie sich Zeit nimmt, um aktiv auf die PatientInnen zuzugehen, die den ganzen Tag noch nichts gebraucht haben. Auch bei diesem Beispiel ist zu erkennen, dass einerseits die fachliche Erfahrung der Pflegepersonen, andererseits auch ihre Eigeninitiative mitspielen bei der Entscheidung, doch noch einmal zum Patienten oder zur Patientin zu schauen. Ihre Erfahrung im Fach hat sie bereits gelehrt, dass PatientInnen oft ein Problem haben, es aber zu spät äußern. Symptome und Äußerungen wie „es ist wieder schlechter mit der Luft“, richtig zu deuten, wird durch ihr Feingefühl für das Fach ermöglicht.

Primär ermöglicht die fachliche Intuition einer Pflegeperson, Probleme oder potenziell problematische Situationen überhaupt als solche zu erkennen. Ohne viel zu überlegen, oder – wie es die Interviewten beschreiben – aus dem Bauch heraus werden Tätigkeiten nach Wichtigkeit eingestuft. Die fachliche Intuition ist das Zentrum der pflegerischen Entscheidungsfindung. Alle weiteren analytischen Faktorenabwägungen bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten gehen von der fachlichen Intuition der jeweiligen Pflegeperson aus.

5.2 Pflegerische Überlegungen und Abwägungen

Pflegepersonen sehen ihre Entscheidungsvorgänge selbst gerne als intuitive Entscheidungen. Jedoch ist keine Entscheidungsfindung rein intuitiv. Der Prozess der Entscheidungsfindung besteht immer auch aus einem analytischen Teil. Bevor eine pflegerische Tätigkeit priorisiert oder rationiert wird, werden einige Faktoren situationsspezifisch abgewogen. Fünf Faktoren werden im Prozess der Entscheidungsfindung bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten für sich allein und zueinander abgewogen.

5.2.1 Einzigartigkeit

Jede Situation und jeder/jede PatientIn ist einzigartig. Unzählig viele Faktoren fließen bei jeder Person einmalig zusammen. Grundsätzlich ist der individuelle Zustand von

PatientInnen entscheidend dafür, was gemacht wird und welche Reihenfolge dabei sinnvoll ist. Der Zustand gibt den Pflegepersonen Information darüber, wo sie ihre Mühe investieren sollen.

„Also das kann ja auch bedeuten, dass, ähm, eine (Pflege-)Person jetzt einmal eine Stunde am Gang spazieren geht mit dieser Person (PatientIn).“

-Interview Nr.7; Z.343-345

Im obigen Interviewausschnitt wird eine von Delir betroffene Person beschrieben, die während ihres stationären Aufenthalts eine starke Tendenz zum Weglaufen hatte. In dieser Situation war die Anwesenheit der Pflegeperson anderen Prioritäten vorzuziehen. Die Einzigartigkeit der Situation wird genutzt, um den Bedarf an notwendiger Unterstützung zu erkennen. Im beschriebenen Beispiel wäre die Ausprägung der Demenz und die Mobilität der/des Betroffenen von Bedeutung. Aus der Situation heraus erkennt die Pflegeperson den persönlichen Bedarf an Unterstützung. Die Ätiologie der Problematik und Ressourcen des Patienten oder der Patientin werden abgewogen, um gezielte und individuelle Maßnahmen zu überlegen. In der vorliegenden Situation war es die Entscheidung, gemeinsam mit der betroffenen Person am Gang spazieren zu gehen, um zum Beispiel dem Bewegungsdrang, der Angst oder der Desorientierung entgegenzuwirken. Im Zusammenhang mit Prioritätssetzung in der Pflege bedeutet Einzigartigkeit auch, zu wissen, dass das, was heute gut funktioniert, keine Garantie für morgen ist.

„Also die Prioritäten setzen auf so einer Station sind halt so ... zur Situation ganz einfach abhängig, die ich nie planen kann.“

-Interview Nr.4; Z. 524-526

So wie sich der Zustand von PatientInnen von Tag zu Tag verändert, verändern sich alle anderen mitspielenden Faktoren auch. Die Pflegeperson aus dem obigen Beispiel beschreibt, dass auf ihrer Station das Vorausplanen nahezu unmöglich bzw. nicht sinnvoll ist, weil die Prioritäten immer von der individuellen Situation abhängig sind. Einen allgemeingültigen Plan zu machen und den strikt vorzunehmen, ist kein realistisches Ziel, wenn es um die Betreuung sich wandelnder Lebewesen geht. So kann es in der Früh dem Patienten oder der Patientin schlecht gehen und die Pflegeperson muss einiges für ihn/sie

übernehmen, und am Nachmittag geht es ihm/ihr besser und die Abendpflegetätigkeiten können womöglich ohne pflegerische Unterstützung gemacht werden. Die Individualität der Situation ermöglicht der Pflegeperson, sie im Zusammenhang und im Vergleich mit anderen Situationen auf der Station zu sehen und einzureihen. So wird auch das individuelle Wohlbefinden von PatientInnen herangezogen, um Pflegetätigkeiten gedanklich abzuwägen und zu reihen.

„Das, denke ich mir, ist am wichtigsten, dass sich der Patient wohlfühlt. Dann kommen andere Therapeuten, Untersuchungen. Und ich denke mir, wenn ich in der Situation wäre, wäre mir auch wichtig ... Wenn ich jetzt nicht aufstehen kann, wohlgemerkt ... dass ich mir Gesicht, Zähneputzen, Rasieren, zumindest das, damit ich mich wohler fühle, bevor ich andere Sachen mache.“

-Interview Nr.4; Z.312-317

Die Pflegeperson aus dem obigen Interviewausschnitt beschreibt, dass das Wohlbefinden eines Patienten/einer Patientin entscheidend für weitere Vorhaben mit denjenigen sein kann. Das Mindeste wie zum Beispiel Gesichts- und Mundpflege wird vorgenommen, mit dem Hintergedanken, dass sein/ihr Wohlbefinden einen Einfluss auf die nächste anstehende Tätigkeit haben könnte. Zum Beispiel könnte die Bereitschaft, bei einer Physiotherapie mitzumachen, möglicherweise höher sein, wenn sich der/die PatientIn wohlfühlt. Es wird abgewogen, ob und inwiefern eine zeitliche Investition in das individuelle Wohlbefinden andere Pflegetätigkeiten erleichtern könnte.

Es besteht immer die Möglichkeit, dass sich die Prioritätssetzung verändert bzw. verändern muss, um die PatientInnenversorgung auf der Station weiterzuführen. Die individuellen Details einer Situation zu erkennen und sie entsprechend abzuwägen, ist eine Fähigkeit im Rahmen der fachlichen Intuition und somit eine Fähigkeit, die mit der Zeit wächst.

5.2.2 Delegation

Einige pflegerelevante Tätigkeiten müssen nicht zwingend von einer Pflegeperson oder von einer bestimmten Pflegeperson gemacht werden. Der Verantwortungsbereich der

Pflegepersonen ist vielfältig und häufig greift sie in andere Berufsgruppen über. So können Tätigkeiten an andere MitarbeiterInnen oder sogar an Angehörige delegiert werden.

„Also es sind schon Themen, über die man eigentlich schon sprechen sollte. und da ... Also entweder es fehlt die Zeit, diese Gespräche zu führen, oder wir schicken einfach mal die Psychologin dahin.“

-Interview Nr.6; Z.225-228

In diesem Interviewausschnitt erkennt die Pflegeperson das Gesprächsbedürfnis des Patienten/der Patientin, aber auch, dass sie selbst keine Kapazitäten hat, ihm/ihr das zu ermöglichen. Sie wägt ab, inwiefern es von Bedeutung ist, dass sie selbst dieses Gespräch führt, und ob es nicht jemand anderer eventuell besser machen würde. Natürlich könnte die Pflegeperson ein gutes Gespräch mit dem Patienten/der Patientin führen. Sie weiß aber, dass die zuständige Psychologin das auch, wenn nicht sogar besser könnte. Es ist eine Abwägung von zeitlichen Ressourcen. In manchen Fällen ist es für PatientInnen unwichtig, von wem etwas gemacht wird, sondern nur wichtig, dass es gemacht wird. Da Pfl egetätigkeiten von sehr einfach bis sehr komplex variieren können, nutzen Pflegepersonen sogar die Bereitschaft der Angehörigen, um einfache Tätigkeiten abzugeben. Im folgenden Interviewausschnitt beschreibt die Pflegeperson, wie sie eine einfache Aufgabe an Angehörige weitergegeben hat.

„Man versucht halt, ein bisschen mehr die Angehörigen einzubinden, ja? Dass ich zum Beispiel sag, bevor ich den Patienten einschmiere, wenn seine Frau gerade da ist, ja? Dann mach ich das so ein bisschen scherzhaft und sage, ähm, bei der Abendpflege, das macht heute Ihre Frau. Ich mach die Türe zu, dann haben sie ein bisschen Privatsphäre.“

-Interview Nr.1; Z.747-751

Insofern eine Tätigkeit nicht zwingend einem therapeutischen Zweck dient, könnte sie auch von einem Laien durchgeführt werden oder von PatientInnen selbst. Wenn es um die hilfreiche Übernahme von Pfl egetätigkeiten geht, sollten die Ressourcen der PatientInnen nicht unterschätzt werden. Auch an sie kann etwas delegiert werden. Die Delegierbarkeit einer pflegerelevanten Tätigkeit abzuwägen, ist eine Überlegung von Zeitinvestition und

der eigenen Kompetenzen. Im folgenden Interviewausschnitt beschreibt die interviewte Pflegeperson, dass sie bei der Blutabnahme noch nicht so routiniert ist. Sie erkennt die Grenzen ihrer eigenen Kompetenz und so auch, wann es notwendig ist, diese Aufgabe an jemand anderen weiterzugeben.

„Was mich persönlich sehr unter Druck setzt.. wenn ich die Blutabnahmen in der Früh nicht schaffe. Also ich bin beispielsweise nicht so routiniert, muss ich ehrlicherweise sagen, wie andere Kolleginnen, aber auch die setzt das auch manchmal unter Druck, wenn Patienten schlecht zu stechen sind ...“

-Interview Nr.8; Z.227-232

Obwohl eine Pflegeperson den ganzen Tag im Dienst ist, besteht für viele Pflegetätigkeiten ein zeitlicher Rahmen, in dem sie vollendet werden müssen. In diesem Fall müssen die Blutabnahmen rechtzeitig abgeschickt werden, weil die Zusammensetzung der Chemotherapie nur nach Blutbefund bestellt wird. Die Pflegeperson aus dem obigen Interviewausschnitt weiß, dass sie bei dieser bestimmten Pflegetätigkeit (noch) nicht so routiniert ist, und der zeitliche Faktor setzt sie unter Druck. Damit die Blutabnahmen rechtzeitig fertig werden, muss sie, wenn sie die Grenzen ihrer Fähigkeit erreicht, eben Unterstützung bei ihren KollegInnen suchen. Die Versorgung der PatientInnen auf der Station sollte fließend sein und damit das gelingt, wägen Pflegepersonen die Delegierbarkeit von anstehenden Tätigkeiten ab, um ihre eigenen Ressourcen gezielt einzusetzen.

Es gibt immer andere Personen auf der Station, die andere Fähigkeiten oder andere Ressourcen parat haben. Einige Tätigkeiten müssen nicht zwingend von einer Pflegeperson oder von einem selbst gemacht werden. Es ist nur wichtig, dass sie gemacht werden und die PatientInnenversorgung dabei nicht unterbrochen wird. Zu wissen, welche Tätigkeiten an wen delegiert werden können, ist eine Kompetenz im Rahmen der fachlichen Intuition der Pflegeperson.

5.2.3 Akuität

Bei der Priorisierung und Rationierung von Pflege Tätigkeiten ist die Überlegung unumgänglich, wie akut das Bevorstehende ist. Bei dieser Abwägung überlegt die Pflegeperson, wann der richtige Zeitpunkt für eine Pflege Tätigkeit ist und ob die Entscheidung unmittelbar Einfluss auf den Zustand der PatientInnen haben wird. In der Pflege gibt es Situationen, die sofort die Aufmerksamkeit der Pflegeperson benötigen, und Situationen, die dies eben nicht sofort benötigen. Im folgenden Interviewausschnitt wird eine Situation beschrieben, in der die Pflegeperson von zwei PatientInnen gebraucht wurde und sich für eine entscheiden musste.

„Und dann gibt's halt die, die das aufdreht, die dann merken, dass es (das Leben) schnell vorbei sein kann, und dann brauchen die alles und jetzt sofort. Also wir haben einmal eine Patientin gehabt, die wollte, während wir im Nebenzimmer reanimiert haben, unbedingt sofort duschen gehen. ... Wir haben ihr erklärt, dass das einfach nicht geht im Moment. Aber es war wirklich mühsam, ja.“

-Interview Nr. 1; Z.369-372, 376-377

Es ist die Aufgabe der Pflegeperson, die Akuität der bevorstehenden Tätigkeiten einzuschätzen. Auf einer Station kommt es häufig vor, dass viele PatientInnen zeitgleich etwas haben wollen, und die zuständigen Pflegepersonen müssen entscheiden, welche der vielen anstehenden Aufgaben im Moment am wichtigsten ist. In der oben beschriebenen Situation musste die Pflegeperson abwägen, wo sie am ehesten gebraucht wird und ob ihre Entscheidung gleich einen Einfluss auf den PatientInnenzustand haben würde. In dem Fall hat sie sich dafür entschieden, ihre Aufmerksamkeit der Reanimation zu widmen. Sie fand, dass die Reanimation eher den gesundheitlichen Zustand des/der Betroffenen beeinflussen wird als den gesundheitlichen Zustand derjenigen, die duschen gehen wollte. Ein/eine PatientIn hat keinen Überblick von der Station und sieht sich häufig selbst als Wichtigste/r im Moment. So wie die Pflegeperson von Interview Nr. 4 erwähnte, ist es bei der Priorisierung von Aufgaben essenziell, Bedürfnisse von Wünschen zu unterscheiden.

„Ist es für mich ausschlaggebend, was braucht er und was will er?“

-Interview Nr.4; Z.534

Pflegepersonen wägen die Akuität der Aufgaben auch so ab, indem sie überlegen, wie lange kann die bevorstehende Aufgabe hinausgezögert werden und was könnte die Folge daraus sein. Viele Aufgaben der Pflegepersonen sind nicht direkt an PatientInnen und haben nicht unmittelbar einen Einfluss auf deren Gesundheitszustand. Die Pflegepersonen im Interview Nr. 2 und im Interview Nr. 5 haben für sich selbst einige Aufgaben bereits überlegt, die sie in Vergleich zu anderen Pflege Tätigkeiten als weniger akut empfinden.

„Ähm ... es gibt ... es gibt genug Sachen, die man morgen machen kann. Das sind so Pflegeanamnesen, Wundverbände, wenn sie jetzt nicht extrem durchnässen, oder so, dann brauche ich das auch nicht gleich machen, nur weil heute der bestimmte Tag ist.“

-Interview Nr. 2; Z. 704-707

„Also da habe ich schon eine gewisse Vorstellung von Dingen, die ich ganz am Schluss mache, ähm ... Handzeichen, irgendwelche Abzeichnungen in der Kurve. Ja, ich kann auch während der Dienstübergabe so Handzeichengeschichten machen. Die wandern halt definitiv nach hinten.“

-Interview Nr. 5; 429-433

Alle Pflege Tätigkeiten sind für eine Pflegeperson wichtig, aber nicht alle sind akut. Um die PatientInnenversorgung auf der Station fließend abzuwickeln, wägen Pflegepersonen ab, welche Tätigkeiten Vorrang haben und welche nicht.

Es gibt nicht den absolut richtigen Zeitpunkt für eine Pflege Tätigkeit. Es gibt lediglich den richtigen Zeitpunkt in Relation zu allen anderen anstehenden Pflege Tätigkeiten. Die Akuität wird abgewogen und die fachliche Intuition der Pflegeperson ermöglicht ihr, den richtigen Zeitpunkt zu erkennen.

5.2.4 Rentabilität

Gedanklich wägen Pflegepersonen bei der Priorisierung von Pflege Tätigkeiten ab, inwiefern es sich lohnt, in eine bestimmte Tätigkeit zeitliche Ressourcen zu investieren. Diese Abwägung bezieht sich jedoch nur auf kurze Sicht, zum Beispiel auf die eigene Dienstschrift oder die darauffolgende Schicht.

„Also mir ist lieber, ich investiere fünf Minuten länger in ein Gespräch und ich weiß, beispielsweise der Patient hat den Ablauf einer Chemotherapie verstanden, und sie wissen, was in den nächsten vier Stunden auf sie zukommt, als sie läuten dann mehrfach während der Therapie und stellen Fragen, warum tropft das so langsam, warum tropft das so schnell, ist mit dem Zugang alles ok usw.“

-Interview Nr.8; Z.250-255

Im obigen Interviewausschnitt beschreibt die Pflegeperson, dass sie gerne in eine bestimmte Aufgabe, in dem Fall ein Gespräch, Zeit und Mühe investiert, um sich damit spätere Aufgaben zu ersparen. Bei der Rentabilität einer Pflegetätigkeit wird abgewogen, ob durch die jetzige Durchführung einer Aufgabe spätere Arbeitsschritte erleichtert werden oder nicht.

„Da ist eine ziemlich hohe Frequenz an Transfers (aus dem Bett) Ähm ja ... Nach ... Das Mittagessen kann sich hinauszögern je nachdem, wie viele Patienten halt Hilfe brauchen.“

-Interview Nr.2; Z.153-155

Beim obigen Interviewausschnitt beschreibt die Pflegeperson eine typische Situation um die Mittagszeit auf ihrer Station. Es werden alle, die dürfen, zum Mittagessen aus dem Bett mobilisiert. Die Überlegung zur Rentabilität in dieser Situation wäre, ob es sich lohnt, alle zum Essen zu mobilisieren. Gedanklich werden Möglichkeiten abgewogen, ob beispielsweise der Patient im Sitzen selbst essen kann, anstatt von einer Pflegeperson unterstützt werden zu müssen. Die Pflegeperson kann auf diesem Weg vorausarbeiten, indem sie in eine Tätigkeit investiert, die ihr später möglicherweise etwas ersparen wird. Es wird nicht nur abgewogen, was sich für die Pflegepersonen selbst lohnt, sondern auch, was sich eher für PatientInnen lohnt.

„Dann streiche ich die Visite, wenn es gar nicht anders geht ... Wenn der Pflegeaufwand sehr hoch ist oder wenn die Patienten zu Untersuchungen kommen und abgeholt werden und zurückkommen.“

-Interview Nr.6; Z.160-162

Die Pflegeperson aus diesem Interview wägt ab, wovon die PatientInnen auf ihrer Station eher profitieren. Sie überlegt, ob ihre Anwesenheit bei der Visite oder ihre Anwesenheit

bei den PatientInnen selbst sinnvoller ist. Welche der bevorstehenden Aufgaben eine Investition für später sein könnte, wird gedanklich verglichen.

Die Abwägungen zur Rentabilität einer Pfl egetätigkeit beziehen die interviewten Pflegepersonen zeitlich meist nur auf ihre eigene Dienstschi cht. Zu erkennen, welche Tätigkeit sich für einen selbst als Pflegeperson und für die PatientInnen eher lohnt, hängt mit der fachlichen Intuition der Pflegeperson zusammen.

5.2.5 Gesundheitsrisiko

Das potenzielle Gesundheitsrisiko einer pflegerischen Entscheidung ist ein wesentlicher Punkt bei der Priorisierung und Rationierung von Pfl egetätigkeiten. Pflegepersonen wägen ab, wie sehr die Gesundheit der PatientInnen durch ihre Prioritätsentscheidung gefährdet sein könnte.

„Ähm ... bei Patienten, die eine Schutzhose haben, die mal wechseln. Oder, ja, oder lagern dazwischen wieder. Das muss man eh mehrmals machen, aber bei der Fieberraunde auf jeden Fall auch.“

-Interview Nr.1; 141-143

Diese interviewte Pflegeperson erkennt zum Beispiel, dass die Schutzhosen regelmäßig gewechselt werden müssen, spätestens bei der Fieberraunde. Pflegepersonen wägen ab, wie sehr etwas hinausgeschoben werden kann, falls notwendig, bevor sie PatientInnen damit gefährden. Je nach Pfl egetätigkeit kann eine gewisse Zeit vergehen, bis sie auf jeden Fall erledigt werden muss, und diese Tatsache ist den interviewten Pflegepersonen bewusst. In vielen Fällen müssen die Pflegepersonen für die PatientInnen entscheiden, was in dem Moment wichtiger ist für ihre Gesundheit. Im folgenden Beispiel beschreibt die Pflegeperson, wie sie Tätigkeiten zeitlich verlagert, damit der/die PatientIn das bekommt, was in der Situation für den Krankenverlauf am sinnvollsten ist.

„Wo du weißt, es ist eh schon so schwer, einen Termin für diese und jene Untersuchung zu bekommen (...) Wenn es gar nicht geht, dann setze ich halt solche Prioritäten: Was ist wirklich wichtig (und) wo profitiert der Patient mit was, ja.

Und was ist ok, ja, fertig. (...) Sonst mache ich meine Verbände am Vormittag, aber wenn der so viele Termine hat, dann muss das halt am Nachmittag stattfinden.“

-Interview Nr. 4; Z. 325-331

Die Pflegeperson wägt ab, welche anstehende Tätigkeit wohl eher die Gesundheit ihres/ihrer Patienten/Patientin beeinflussen wird. In diesem Fall entschied sich die Pflegeperson dafür, die Untersuchungstermine einzuhalten, weil diese für den weiteren gesundheitlichen Verlauf für sinnvoller empfunden wurden. Das gesundheitliche Risiko von der Priorisierung der anstehenden Pflegetätigkeiten ist etwas, das im Voraus abgewogen werden muss. Im folgenden Interviewausschnitt beschreibt die Pflegeperson, dass sie aus Gründen der PatientInnensicherheit nochmals Zeit und Mühe in einen begleiteten Toilettengang investiert, anstatt die/den Sturzgefährdete/n alleine die Toilette aufsuchen zu lassen.

„Lieber zu ihnen schauen, ob sie Unterstützung beim Toilettengang brauchen, und nicht darauf ankommen lassen, dass sie irgendwo selbst hingehen und das Klo irgendwo suchen, zum Beispiel“

-Interview Nr.; Z. 378-380

Die Pflegeperson aus dem Interviewausschnitt wägt ab, ob sie das Begleiten auf die Toilette einer anderen Pflegetätigkeit vorziehen soll oder nicht. In diesem Fall empfand sie, dass das Risiko zu Stürzen von größerer Bedeutung war als die Zeitersparnis, die sie gehabt hätte, wäre der/die PatientIn alleine auf die Toilette gegangen.

Pflegepersonen wägen bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten ab, ob ein gesundheitliches Risiko besteht und inwiefern sie es eingehen können. Die zeitliche Grenze, wie lange, unter Berücksichtigung des Gesundheitsrisikos, etwas hinausgeschoben werden kann, ist eine Einschätzung, die in der fachlichen Intuition der jeweiligen Pflegeperson liegt.

5.3 Beeinflussende Merkmale des Entscheidungsfindungsprozesses

Zur Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen gehören drei prägende Merkmale, die den Pflegepersonen im Entscheidungsfindungsprozess beeinflussen. Sie können nicht so einfach dimensionalisiert werden wie die bereits beschriebenen Überlegungen und Abwägungen und werden deshalb als außenstehende Manipulatoren angesehen. Diese Merkmale haben starken Einfluss auf die priorisierende Pflegeperson und auf diesem Wege auch indirekten Einfluss auf den Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen.

5.3.1 Regeltreue

Viele pflegerelevante Tätigkeiten und Abläufe auf einer Station sind stets vorgegeben und ermöglichen wenig Platz für individuelle Anpassung. Wenn es vom Gesetzgeber, vom Dienstgeber oder von der Stationschwester zum Beispiel so verlangt wird, gelten in manchen Fällen gewisse Regeln und Traditionen, an denen sich die Pflegepersonen zu orientieren haben. Die Treue zu den Regeln kann einer Pflegeperson den Entscheidungsprozess erleichtern oder erschweren, indem die Regeln und Traditionen der Station befolgt oder hinterfragt werden. Im folgenden Interviewausschnitt beschreibt eine Pflegeperson, wie sie den PatientInnenalltag an einem vorgegebenen Therapieplan orientiert, weil es so verlangt wird.

„Dadurch, dass, ähm, dass es ein Therapiesetting ist bei uns auf der Station, haben wir auch Unterstützung von den Ergotherapeuten und von den Physiotherapeuten. Wir arbeiten halt zusammen. Das heißt, der Alltag der Patienten ist vorgegeben durch die Therapiepläne (der Ergo- und Physiotherapeuten). Eigentlich, also seit ich dort bin, wird das so gemacht. Und das wird halt auch von der Physiotherapie so verlangt, dass sie sozusagen für die Physiotherapie schon draußen sitzen (...)“
-Interview Nr.2; Z.76-79, 128-134

Damit die PatientInnenversorgung auf der Station nicht unterbrochen wird, hat die Pflegeperson aus dem obigen Interviewausschnitt gewisse Termine, die sie einhalten sollte. Es besteht eine Art Hierarchie bei bestimmten Tätigkeiten. Die Pflegeperson orientiert sich zum Beispiel daran, dass der/die PatientIn zum Physiotherapietermin

bereits mobilisiert sein sollte. Das bedeutet, dass alle Tätigkeiten, die die Pflegeperson vor einer Mobilisierung für notwendig hält, bis zu diesem Termin durchgeführt werden sollten. Dies ist eine Tradition der Station und daran hält sich die Pflegeperson aus dem obigen Interviewausschnitt. Parallel zu den selbst gesetzten Prioritäten der Pflegepersonen besteht immer eine Hierarchie von Stationsabläufen, auf die sie keinen Einfluss haben.

„Ja, Therapie, Untersuchungen, fixe Termine. (...) Das heißt, es bleibt dir eigentlich gar nichts über ... Das ist nicht die Entscheidung von dir selber, sondern das ist einfach so, ob du willst oder nicht, und du verlagerst das halt, ja.“

-Interview Nr.4; Z.325, 327-329

Die Regeltreue zeigt sich, indem sich Pflegepersonen an die Hierarchie von bestimmten Abläufen halten. Dadurch werden ihnen einige Entscheidungen abgenommen. Wie im obigen Beispiel gibt es in bestimmten Situationen keine Abwägung von Alternativen, sondern es gibt einen Plan oder sogar eine ärztliche Verordnung, die ohne Abweichung durchgeführt werden soll. Ob sich die Pflegeperson daran hält, oder nicht, liegt an ihrer Regeltreue als PflegemitarbeiterIn.

„Dadurch, dass wir den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich übernommen haben, starte ich nach der Übergabe damit, dass ich in die Zimmer gehe in meiner Gruppe (...) Und ich würde schon anfangen mit Blutabnahmen, Zugänge setzen, Infusionen anhängen und dergleichen.“

-Interview Nr.7; Z.66-68,70-71

Im obigen Interviewausschnitt beschreibt die Pflegeperson, mit welcher Tätigkeit sie in der Früh beginnt. Sie macht in ihrer Beschreibung klar, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht viel Platz für individuelle Gestaltung hat, weil zuerst einige „mitverantwortliche“ Aufgaben vollendet werden müssen. Die Treue zu den Regeln ist entscheidend dafür, ob die Pflegeperson Tätigkeiten einfach durchführt, wie sie von ihr verlangt werden, oder nicht. Die Abweichung vom Plan oder auch nur die Überlegung zur Abweichung startet eine mögliche Abwägung von Alternativen und somit einen eigenen Entscheidungsfindungsprozess.

Regeln und Traditionen und die Bereitschaft, sich als Pflegeperson daran zu halten, ist ein prägendes Merkmal beim Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und Rationierungen von Pflegeleistungen.

5.3.2 Team als Ensemble

Das Zusammenspiel von Personen im Dienst ist ein weiteres prägendes Merkmal bei einer Entscheidungsfindung. So wie bei einem Ensemble auf einer Bühne ist eine aufeinander abgestimmte Teamarbeit im Dienst ein entscheidender Faktor für die Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen. Mit dem Begriff Ensemble ist das interdisziplinäre Zusammenspiel sowie das Zusammenspiel auf einer persönlichen Ebene gemeint. Bei diesem Merkmal geht es darum, dass die Pflegepersonen ihre KollegInnen und deren Arbeitsweise gut genug kennen, um sie bei der Priorisierung ihrer eigenen Pflegeleistungen einfließen zu lassen.

„Also es kommt immer darauf an ... man merkt halt schon ... es kommt darauf an, mit welchen Leuten man im Dienst ist, ja. (...) Wir passen eh alle aufeinander auf, aber es gibt natürlich Leute, die selbstverständlich mehr mitdenken, und Leute, denen man's sagen muss.“

-Interview Nr.1; Z. 420-421, 425-427

So wie die Pflegeperson im obigen Interviewausschnitt beschreibt, sind einige Sachen selbstverständlich. Sie kennt ihre KollegInnen in der Regel so gut, dass sie weiß, was die anderen in bestimmten Situationen machen werden. So wie jeder Schauspieler oder Tänzer hat in diesem Fall jede Pflegeperson eine eigene Rolle, aber nur gemeinsam kann das Bühnenstück aufgeführt werden. Anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienstmannschaft zu vertrauen, dass sie ihre Aufgaben erfolgreich bewältigen, beeinflusst die Prioritätssetzung der eigenen Pflegeleistungen. Da die Pflegeperson davon ausgeht, dass bestimmte KollegInnen anstehende Aufgaben ohne Aufforderung machen werden, kann sie sich zum Beispiel in Ruhe auf eine Pflegeleistung konzentrieren. Anstatt den Begriff „Ensemble“ zu verwenden, beschreiben Pflegepersonen eine Dienstmannschaft, die sich untereinander gut kennt und vertraut, gerne mit dem Begriff „eingespielt“.

„Das heißt, der Hauptdienst geht natürlich dann auch raus, wenn er weiß, die anderen zwei tun, vor allem wenn ein Isolierzimmer ist, waschen. Also auf die Glocke oder so geht jeder von uns. Es (Haupt- und Beidienst) verschwimmt ein bisschen. Es hört sich auch teilweise sehr chaotisch an, aber es ist auch ein sehr eingespieltes Team, also das funktioniert.“

-Interview Nr.7; Z.76-80

Darauf zu vertrauen, dass andere Personen im Dienst sich um unvollendete Pflgetätigkeiten kümmern werden, macht das sogenannte Ensemble-Merkmal von Dienst zu Dienst variabel. Im Zusammenhang mit der Priorisierung und Rationierung von Pflgetätigkeiten bedeutet Ensemble den Verlass auf KollegInnen und zugleich das Selbst-verlässlich-Sein. Ein eingespieltes Team kennt sich nicht nur unter einander gut, sondern sie streben alle nach demselben Ziel.

„(...) zumindest die wichtigsten Sachen anfangen, EKG, Anamnese, Venflon setzen, Blutabnehmen, und da mal alles vorbereiten, damit der Turnusarzt dann machen kann. Zumindest die Blute wegschicken, damit wir die Befunde haben, wie ist das CRP, wie hoch ist das Hb, können wir operieren, ja oder nein.

-Interview Nr.6; Z.410-412

Die Pflegeperson benutzt im Interviewausschnitt das Wort „wir“. Es geht, zumindest in dieser Situationsbeschreibung, um ein gemeinsames Erkämpfen desselben Ziels. Um PatientInnen bestmöglich zu versorgen, arbeiten Pflegeperson und Turnusarzt zusammen. Die Pflegeperson bereitet vor, damit der Turnusarzt gleich anschließend mit seinen Tätigkeiten beginnen kann. Mit derselben Zielsetzung sieht die Pflegeperson ihre Vorbereitungen als selbstverständlich und der Turnusarzt vertraut in ihre Mitarbeit. Mit der Zusammensetzung und dem gegenseitigen Vertrauen der MitkollegInnen hat die Diensttruppe und deren Fähigkeit, als Ensemble aufzutreten, indirekten Einfluss darauf, wie Pflgetätigkeiten priorisiert und rationiert werden.

5.3.3 Pflegeverständnis

Das Merkmal Pflegeverständnis ist im Vergleich zu den anderen außenstehenden Manipulatoren viel persönlicher gesteuert. Es fließen gelernte Pflegeschwerpunkte mit

persönlicher Einstellung und Erfahrung zusammen, um ein Bild von „guter Pflege“ zu bilden. Dieses ideale Bild von Pflege prägt die persönlichen Schwerpunkte einer Pflegeperson bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen.

„Das, denke ich mir, ist am wichtigsten, dass sich der Patient wohlfühlt. Dann kommen andere Therapeuten, Untersuchungen. Und ich denke mir, wenn ich in der Situation wäre, wäre mir auch wichtig ... Wenn ich jetzt nicht aufstehen kann, wohlgemerkt... dass ich mir Gesicht, Zähneputzen, Rasieren, zumindest das, damit ich mich wohler fühle, bevor ich andere Sachen mache.“

-Interview Nr.4; Z.312-317

Um Prioritäten für PatientInnen zu setzen, nutzt die Pflegeperson aus dem obigen Interviewausschnitt ihre eigenen Einstellungen zu Wohlbefinden. Sie versetzt sich selbst in die Situation und überlegt, was ihr selbst wichtig wäre. Das Pflegeverständnis einer Pflegeperson beruht nicht nur auf Empathie. Sie wird auch von Stations Traditionen sowie Idealen geprägt, die Pflegepersonen im Stationsalltag beobachten.

„Naja ... also wie es ... wir sind eigentlich eine sehr disziplinierte Station, würde ich sagen. Es gibt einen ganz klaren Geist davon, wie wir Sachen haben wollen, und wir haben einen sehr hohen Anspruch an unsere Arbeit. Ich merke das schon immer wieder, wenn ich auf anderen Stationen aushelfen gehe, dass da nicht von alleine der Blutdruck nachkontrolliert wird oder nicht von alleine nachgefragt wird, ok, warum ... Und bei uns ist es halt schon so.“

-Interview Nr.1; Z.485-490

Das Pflegeverständnis der Pflegeperson aus dem obigen Interviewausschnitt wird durch Stationsnormen stark gelenkt. Diese Normen zeigen ihr, welche Tätigkeiten auf der Station wichtig sind. Wie in diesem Fall zum Beispiel das selbstständige Nachkontrollieren eines Blutdrucks. Das scheint eine selbstverständliche Pflegeleistung auf dieser Station zu sein. Welches Pflegeverständnis eine Pflegeperson prägt, prägt indirekt auch ihre Priorisierung von Pflegeleistungen.

Die drei außenstehenden Manipulatoren Regeltreue, Team als Ensemble und Pflegeverständnis sind Merkmale, die fortlaufend die fachliche Intuition einer Pflegeperson beeinflussen. Verändert sich eines dieser Merkmale, wird es durch die fachliche Intuition der Pflegeperson bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten berücksichtigt. Sie setzt dem Entscheidungsfindungsprozess einen Rahmen, indem eine Priorisierung stattfindet.

Alle der beschriebenen Überlegungen und Abwägungen sind als dimensionalisierbare Eigenschaften des Priorisierungsprozesses anzusehen. Die Rationierung einer Pflegetätigkeit ist an sich eine klinische Entscheidungsfindung, die demselben Priorisierungsprozess nachgeht wie andere mögliche Entscheidungsfindungen, wie zum Beispiel, eine Tätigkeit sofort durchführen, in einer Stunde durchführen, morgen durchführen, von anderen durchführen lassen usw. Im Zentrum des Entscheidungsfindungsprozesses steht eine intuitive Überlegung, gefolgt von einer Reihe analytischer Abwägungen der Faktoren Einzigartigkeit, Delegation, Akuität, Rentabilität und Gesundheitsrisiko. Die Merkmale Regeltreue, Team als Ensemble und Pflegeverständnis setzen dem Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten einen Rahmen, der den klinischen Entscheidungsfindungsprozess lenkt.

6. Diskussion

6.1 Neue Erkenntnisse

Der Beschluss, jegliche Handlung zu setzen, ist eine Mischung aus Intuition und Analyse (Thompson & Dowding, 2002). Die Daten aus dieser Forschungsarbeit können diese Erkenntnis bestätigen. Auch bei dem Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und Rationierung von Pflege Tätigkeiten sind Intuition und Analyse verflochten.

Diese Forschungsarbeit ist den Fragen nachgegangen, welche Merkmale den Entscheidungsfindungsprozess der Priorisierung und Rationierung von Pflege Tätigkeiten beeinflussen und welche Überlegungen und Abwägungen dabei wesentlich sind. Die qualitative Recherche auf diesem Gebiet konnte dazu beitragen, neue Erkenntnisse über den pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess zu gewinnen. Im Zentrum der pflegerischen Entscheidungsfindung bei der Priorisierung von Pflege Tätigkeiten steht immer die Intuition, genauer bezeichnet, die fachliche Intuition. Sie ermöglicht den Pflegepersonen, Probleme sowie Lösungsansätze als solche zu erkennen. Die fachliche Intuition einer Pflegeperson wird von den Merkmalen Regeltreue, Team als Ensemble und Pflegeverständnis beeinflusst. Diese Merkmale prägen und verändern die fachliche Intuition einer Pflegeperson fortlaufend und haben auf diesem Weg einen indirekten Einfluss auf den Entscheidungsfindungsprozess. Der Entscheidungsprozess bei der Priorisierung und Rationierung von Pflege Tätigkeiten selbst besteht aus der Abwägung der situationsspezifischen Faktoren Einzigartigkeit, Delegation, Akuität, Rentabilität und Gesundheitsrisiko. Diese werden von den Pflegepersonen einzeln und in Beziehung zueinander situationsspezifisch abgewogen, bevor eine Pflegehandlung gesetzt wird.

Diese neuen Erkenntnisse über den pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess sind eine Vertiefung eines kleinen, aber wesentlichen Teils des theoretischen Rahmens von Schubert et al. (2013) zu den Beziehungen zwischen ausgewählten Faktoren und zu impliziten Rationierung von Pflege Tätigkeiten. (Abbildung von Schubert et al. 2013 im Anhang 1)

6.2 Bedeutung der neuen Erkenntnisse in Beziehung mit dem theoretischen Rahmen von Schubert et. al (2013)

Schubert et al. (2013) haben anhand von neun selbst selektierten Rationierungsprädiktoren das Maß der impliziten Rationierung von Pflegeleistungen in einem Schweizer Spital untersucht und mit Hilfe eines selbst entworfenen theoretischen Rahmens die Beziehung der Prädiktoren zueinander interpretiert. Durch eine Regressionsanalyse sind Schubert et al. (2013) zu den Ergebnissen gekommen, dass die teilnehmenden Pflegepersonen die Faktoren „unit level staff resources“ (stationsbezogene Personalressourcen) und „hospital level safety climate“ (krankenhausbezogene Sicherheitsanforderung) am ehesten mit der Höhe der impliziten Rationierung verbinden. Mit gleicher Analysemethode wurde zwischen den Prädiktoren „nurse experience“ (Pflegeerfahrung) und „nurse education“ (Pflegeausbildung) keine Verbindung mit Rationierungen von Pflegeleistungen gefunden.

Ein Teil der Ergebnisse von Schubert et al. (2013) spiegeln sich in den Forschungsergebnissen dieser Arbeit wider. Auf dem Niveau des klinischen Entscheidungsfindungsprozesses sind die Faktoren „Team als Ensemble“ und „Regeltreue“ aus dieser Arbeit mit „stationsbezogenen Personalressourcen“ und „krankenhausbezogenen Sicherheitsanforderungen“ von Schubert et al. (2013) vergleichbar. Aus einer qualitativen Sichtweise und unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Arbeit ist jedoch nicht die Anzahl der Pflegepersonen im Dienst entscheidend für das Maß an impliziter Rationierung von Pflegeleistungen, sondern, wie sie zusammenarbeiten. Zum Beispiel, wie die Teamkultur und das interdisziplinäre Zusammenspiel auf einer Station sind. Wichtiger als die Besetzung der Stellen sind die Beziehungen zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und, ob sie zusammen auf dasselbe Ziel hinarbeiten. Ähnlich vergleichbar ist der Faktor „Regeltreue“ der Pflegepersonen aus dieser Arbeit mit dem Faktor „krankenhausbezogene Sicherheitsanforderung“ von Schubert et al. (2013). Unter Berücksichtigung der qualitativen Ergebnisse dieser Arbeit wird an dieser Stelle ebenso kritisiert, dass nicht nur die Anforderungen des Krankenhauses zur Sicherheit entscheidend sind, sondern auch, ob die Anforderungen vom Pflegepersonal gelebt werden. Wie sehr und unter welchen

Bedingungen die angestellten Pflegepersonen regeltreu bleiben, ist der alleinigen Anforderung dazu überlegen. So wie Schubert et al. (2013) angedeutet haben, benötigt eine Pflegeperson das entsprechende „Klima“, um regeltreu zu sein.

Interessant ist, dass die von Schubert et al. (2013) gewählten Prädiktoren „nurse experience“ (Pflegeerfahrung) und „nurse education“ (Pflegeausbildung) aus statistischer Sicht keinerlei Verbindung zur impliziten Rationierung von Pflegeleistungen aufweisen. Interessant ist es aus dem Grund, dass die Pflegeerfahrung und Pflegeausbildung wichtige mitspielende Teile der sogenannten fachlichen Intuition aus dieser Forschungsarbeit sind. Die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigte, dass die fachliche Intuition das Zentrum des klinischen Entscheidungsfindungsprozesses bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen ist. Möglicherweise liegt es daran, wie das Wort „Experience“ bzw. „Erfahrung“ von Schubert et al. (2013) definiert wurde. Im theoretischen Rahmen wird der Begriff als Arbeitsjahre in der Pflege definiert. In Bezug auf die fachliche Intuition einer Pflegeperson bedeutet der Begriff Erfahrung viel mehr als die Anzahl an Jahren, die eine Pflegeperson arbeitstätig ist. Möglicherweise liegt es auch daran, dass die teilnehmenden Pflegepersonen bei der Datenerhebung von Schubert et al. (2013) selbst ihre eigenen Erfahrungen nicht als mitspielende Faktoren bei der Rationierung von Pflegeleistungen ansehen. Etwas überspitzt gesehen, könnte es auch daran liegen, dass die teilnehmen Pflegepersonen die Schuld für die Rationierung von Pflegeleistungen woanders sehen wollen als beim Pflegepersonal selbst.

Der theoretische Rahmen von Schubert et al. (2013) zu den Beziehungen zwischen gewählten Faktoren und der impliziten Rationierung von Pflegeleistungen kann mit den neuen Erkenntnissen zu pflegerelevanten Abwägungen aus dieser Forschungsarbeit wachsen. Beim theoretischen Rahmen (Schubert et al., 2013) wird die Priorisierung bzw. der Abwägungsprozess vor einer Pflegehandlung nicht berücksichtigt. Im Anhang 1 ist der theoretische Rahmen abgebildet. Darin ist ersichtlich, dass die implizite Rationierung als Teil des Pflegeprozesses angesehen wird. Schubert et al. (2013) beziehen sich beim theoretischen Rahmen auf Information von Aiken et al. (2002) und Schubert et al. (2007)

und platzieren die implizite Rationierung als Schritt zwischen „Planung“ und „Implementierung“ im Pflegeprozesszirkel. Dem neuen Erkenntnisgewinn aus dieser Forschungsarbeit widerspricht die Interpretation von Schubert et al. (2013) zur Beziehung zwischen der impliziten Rationierung von Pflegeleistungen und dem pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess. Aus Sicht dieser Forschungsarbeit ist die implizite Rationierung von Pflegeleistungen ein *Ergebnis*. Es ist eines von vielen anderen möglichen Ergebnissen des pflegerischen Priorisierungsprozesses und nicht ein *Schritt*, so wie Assessment, Planung, Evaluation und Implementierung im Pflegeprozess, die erfüllt werden müssen. Mit dieser Erkenntnis müsste bei diesem theoretischen Rahmen anstelle der impliziten Rationierung die Priorisierung von Pflegeleistungen stehen. In Anbetracht der Ergebnisse aus dieser Forschungsarbeit würde die implizite Rationierung von Pflegeleistungen hinsichtlich des theoretischen Rahmens von Schubert et al. (2013) viel besser zu dem Teil „nursing outcomes“ passen.

Mit den neuen, qualitativen Erkenntnissen aus dieser Forschungsarbeit ist es möglich, die quantitativen Ergebnisse von Schubert et al. (2013) sowie ihren theoretischen Rahmen in einem neuen Licht zu sehen. Die qualitative Vorgehensweise dieser Forschungsarbeit ermöglichte eine neue Sichtweise und Vertiefung in das Themengebiet der impliziten Rationierung von Pflegeleistungen.

6.3 Bedeutung der neuen Erkenntnisse für die Unvermeidbarkeit der impliziten Rationierung von Pflegeleistungen

In fast allen für diese Arbeit recherchierten Publikationen zum Thema Rationierung von Leistungen in der Pflege wird von der Unvermeidbarkeit des Phänomens ausgegangen. Häufiger als nicht wird von unlimitierten Bedürfnissen und limitierten Ressourcen geschrieben. Pflegepersonen werden aufgrund der Umstände dazu gezwungen, ihre Leistungen zu rationieren (Breyer, 2012; Breyer et al. 2013), und dies hat Folgen für den gesundheitlichen Zustand ihrer PatientInnen (Ausserhofer et al., 2014; Rooddehghan, Yekta, & Nasrabadi, 2016; Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2013; Thompson et al.,

2008). Diese etwas verzerrte Sichtweise hat auch diese Forschungsarbeit zu Beginn geleitet. Jedoch hat die Datenerhebung und Auswertung es ermöglicht, diese Sichtweise kritisch zu betrachten.

Tatsächlich werden Pflegepersonen nicht zu einer impliziten Rationierung ihrer Tätigkeiten gedrängt. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit lassen erkennen, dass sie jedoch zu einer Priorisierung gedrängt werden. Die immer enger werdende Ressourcenlage, sei es personell, finanziell oder materiell, drängt die Pflegepersonen zu einer immer strengeren Priorisierung ihrer Tätigkeiten. Im Widerspruch zu einigen anderen Publikationen (Aiken et al., 2001; Rooddehghan, Yekta, & Nasrabadi, 2016; Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2013; Thompson et al., 2008) interpretiert diese Forschungsarbeit die implizite Rationierung als ein Pflegeergebnis und nicht als Teil des Pflegeprozesses oder aufgezwungenen Umstand. Wenn die implizite Rationierung von Pflegetätigkeiten als Pflegeergebnis betrachtet wird, dann ist es sehr wohl etwas Vermeidbares. Wenn die implizite Rationierung von Pflegetätigkeiten als Pflegeergebnis betrachtet wird, dann ändert es die gesamte Sichtweise vieler Pflegesituationen. Die implizite Rationierung ist das Ergebnis eines komplexen Entscheidungsfindungsprozesses und nicht ein Umstand, der unwillkürlich herbeigerufen wird. Umstände wie zum Beispiel schlechte Personalbesetzung oder viele pflegeaufwendige PatientInnen sind unwillkürliche Umstände, die betroffene Pflegepersonen annehmen müssen. Solche und ähnliche Situationen fordern eine strenge, gut überlegte Priorisierung von Pflegetätigkeiten, um negative Pflegeergebnisse wie zum Beispiel einen Sturz zu vermeiden und positive Pflegeergebnisse wie zum Beispiel die Heilung einer Wunde zu fördern. Ressourcenenge Situationen fordern eine fundierte und reife fachliche Intuition der Pflegepersonen, damit pflegespezifische Faktoren entsprechend abgewogen werden können.

So wie Stürze, nosokomiale Infektionen oder Druckgeschwüre als Pflegeergebnisse betrachtet werden, sollte auch die implizite Rationierung als Pflegeergebnis betrachtet werden. Unerwünschte Pflegeergebnisse jeglicher Art zu vermeiden, fordert eine

ausgereifte fachliche Intuition der Pflegepersonen sowie die Fähigkeit, mitspielende Faktoren abzuwägen, um Pflegeleistungen situationsspezifisch zu priorisieren. Die implizite Rationierung von Pflegeleistungen ist nicht etwas Unumgängliches, sondern ein mögliches Ergebnis oder Resultat des Entscheidungsfindungsprozesses bei der Priorisierung von Pflegeleistungen.

6.4 Bedeutung der neuen Erkenntnisse für die Pflege

Die neuen Erkenntnisse weisen darauf hin, dass pflegerisches Handeln mehr als Bauchgefühl ist. Ähnliche Ergebnisse fanden Benner und Tanner bereits in 1987. Sie berichten, dass Intuition eine große Rolle bei der klinischen Entscheidungsfindung der Pflege spielt. Obwohl einige interviewte Pflegepersonen ihre Entscheidungen als Entscheidungen aus dem Bauch heraus beschrieben, ist anhand der Forschungsergebnisse dieser Arbeit ebenso ersichtlich, dass dem nicht so ist.

Die fachliche Intuition einer Pflegeperson ist ein Ergebnis aus vielen Erfahrungen in der Pflege und vor allem auf ihrem Fachgebiet. Intuitives Abwägen ist etwas, was ExpertInnen von LaiInnen unterscheidet (Benner & Tanner, 1987). Die alleinige Abwägung der situationsspezifischen Faktoren (Einzigartigkeit, Delegation, Akuität, Rentabilität und Gesundheitsrisiko) hat keine sinnvolle Bedeutung für den Entscheidungsfindungsprozess ohne die fachliche Intuition der Pflegeperson. Die Komplexität des Entscheidungsfindungsprozesses ist den Pflegepersonen selbst nicht sehr bewusst und so haben sie den Eindruck, viele ihre pflegerischen Entscheidungen und Priorisierungen seien aus dem Bauch heraus, jedoch werden sie geprägt von den Faktoren Pflegeverständnis, Regeltreue und Team als Ensemble.

Statistisch gesehen, beeinflusst die Pflegepersonalsituation verschiedene PatientInnenergebnisse wie Mortalitätsraten, Wiederaufnahmen auf der Intensivstation, Stürze, Infektionen oder Druckgeschwüre (Diya et al., 2012 Friese et al., 2008; Schubert, 2008). Gereizte Stimmung im Team oder erhöhter Stress im Dienst durch eine ungünstige

Personalsituation ist etwas, was das Team als Ensemble beeinflussen kann (Herschbach, 1991; Farquharson et al., 2013). Das Zusammenspiel und die Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen kann durch bestimmte Stressoren gestört werden. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit, bedeutet eine Veränderung im Team als Ensemble eine Veränderung im Priorisierungsprozess der Pflegeperson. Auf diesem Weg könnte Stress im Team bedeuten, dass Tätigkeiten unterschiedlich priorisiert werden und Pflegeergebnisse wie oben benannt eine mögliche Folge sind. Die fachliche Intuition ermöglicht den Pflegepersonen, Veränderungen im Umfeld bei ihren Prioritätssetzungen zu berücksichtigen. Ist die Zusammenarbeit im Team nicht optimal, dann ergibt der Priorisierungsprozess andere Ergebnisse als sonst.

Zum Beispiel berichten Tarnow-Mordie et al. (2000), dass bei sehr hoher Arbeitslast PatientInnen einer Intensivstation länger benötigen, sich von der Beatmungsmaschine zu entwöhnen als sonst. Zugleich berichten Ausserhofer et al. (2014), dass Pflegepersonen ihre Arbeit zu priorisieren beginnen, wenn die Arbeitslast steigt. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit, priorisieren Pflegepersonen immer ihre Arbeit, nicht nur, wenn die Arbeitslast hoch ist. Dennoch zeigt das Beispiel der Studie von Tarnow-Mordie et al. (2000), dass die Priorisierung der Pflegetätigkeiten umso enger wird, je höher die Arbeitslast steigt. In dem Fall wurde beobachtet, dass die Entwöhnung von der Beatmungsmaschine länger gedauert hat bzw. von den zuständigen Pflegepersonen zurückgereiht wurde, um andere pflegerelevante Tätigkeiten vorzuziehen. Verschiedene Stressoren beeinflussen die Faktoren Pflegeverständnis, Regeltreue und das Team als Ensemble so, dass der Priorisierungsprozess andere Ergebnisse erzeugt als gewohnt. Bei einer sehr hohen Arbeitslast könnte das bedeuten, dass die Pflegepersonen nur das „Notwendigste“ bei PatientInnen durchführen (Breyer, 2012; Breyer et al., 2013). Der Begriff „notwendig“ ist im Gesundheitswesen etwas heikel und auch sehr situationsabhängig. Um auch unter ressourcenengen Bedingungen professionelle Pflege weiterführen zu können, wäre es gut, diese Begriffe zu definieren. So würden alle betroffenen Pflegepersonen auch wissen, was das Ziel ist, und könnten auch unter harten Bedingungen weiterhin als Ensemble im Dienst zusammenarbeiten.

Das Bauchgefühl der Pflegepersonen ist in Wahrheit das Resultat aus einem Zusammenspiel von einigen prägenden Faktoren. Situationspezifische Faktoren werden abgewogen, um Pflegetätigkeiten zu priorisieren. Durch eine hohe Arbeitslast, zum Beispiel, kann sich die Prioritätssetzung verändern und so zu unerwünschten PatientInnen- und Pflegeergebnissen führen. Durch eine Begriffsdefinition von „notwendigen“ Pflegetätigkeiten für die jeweilige Pflegesituation oder die PatientInnen könnte eine professionelle Pflege auch unter ressourcenengen Bedingungen auf demselben Niveau weitergeführt werden.

7. Ausblick für die Pflegeforschung und Pflegepraxis

Die Ergebnisse aus dieser Forschungsarbeit sind nur wahrhaftig wertvoll, wenn sie in einem Praxisbezug beleuchtet werden. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen aus verschiedenen Stationen und Fachrichtungen denselben Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und impliziten Rationierung ihrer Arbeit durchleben. Um die Pflegeforschung voranzutreiben sowie die Ergebnisse dieser Arbeit kritisch zu sehen, sollte an dieser Stelle hinterfragt werden, weshalb sie alle denselben Priorisierungsprozess durchgehen. Möglicherweise ist genau dies einer der Gründe für eine implizite Rationierung von Pflegetätigkeiten, weil nach der allgemeinen Pflegeausbildung sich das Pflegepersonal, das direkt mit PatientInnen arbeitet, nicht mehr weiter unterscheidet.

Im Jahr 2008 hat die International Council of Nurses das *ICN Nursing Care Continuum of Competencies* entwickelt (Petek et al., 2011). In Anlehnung an dieses Kontinuum hat der Landesverband Steiermark im Auftrag des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) das *Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich* entwickelt. Unter einigen Projektzielen waren „Steuerung des bedarfsorientierten Personaleinsatzes durch effiziente Zuweisung der Pflegepersonen“ und „der Ausbau des Pflegeangebotes, das sich an den Bedürfnissen der PatientInnen orientiert“ (Petek et al., 2011, S. 4) mit dabei. Der ÖGKV Steiermark thematisiert unter anderem die Problematik der Kompetenzhomogenität im Pflegeberuf und hofft, durch das Projekt mehr Heterogenität zu erreichen. Eine Differenzierung der Pflegekompetenzen durch Fortbildung zu bestimmten pflegerelevanten Problemen wie Demenz, Diabetes oder Medikamentenmanagement könnte zum Beispiel das Pflegeangebot einer Station erweitern und den Personaleinsatz verbessern.

Kompetenzhomogenität im Pflegeberuf ist möglicherweise ein mitspielender Faktor bei impliziten Rationierungen von Pflegetätigkeiten. Differenziertes Pflegepersonal und mehr Heterogenität in der Pflege würden das Spektrum an Problemlösungskompetenzen erweitern und so vielleicht auch den Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung

und impliziten Rationierung von Pflgetätigkeiten beeinflussen. Der Pflegewissenschaft wird die Frage gestellt, wie das vorhandene Pflegepersonal differenziert werden kann, um Heterogenität zu erreichen. Um dieser Frage nachzugehen, könnte das Projekt der ÖGKV Steiermark auch in Wien weitergeführt werden. Kombiniert mit den Erkenntnissen aus dieser Forschung, wäre es eine Möglichkeit, die Pflegepraxis auch in den Wiener Gemeindespitälern weiterzuentwickeln.

8. Schlusswort

Bei der Vorstellung, viele Aufgaben in begrenzter Zeit bewältigen zu müssen, ist eine gedankliche Priorisierung etwas Natürliches. Der Pflegeprozess an sich gibt der Pflege eine einfache Form von Priorisierung bereits vor. Alle professionellen Pflegeaktionen lehnen sich an die Schritte des Pflegeprozesszirkels. Im Alltag der Pflege wird jedoch nicht ein Pflegeprozesszirkel abgewickelt und dann ein neuer begonnen, sondern viele Aufgaben müssen zeitgleich erfüllt werden und sämtliche Prozesse laufen parallel. Um den Bedürfnissen aller PatientInnen nachzugehen, durchlaufen Pflegepersonen einen klinischen Entscheidungsfindungsprozess. Der Entscheidungsfindungsprozess zur Priorisierung und impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten besteht aus dem Abwägen von bestimmten, situationsspezifischen Faktoren und wird von der fachlichen Intuition der Pflegeperson geleitet.

Das Forschungsziel dieser Arbeit war es, mehr über das Priorisieren und Rationieren von Pflegetätigkeiten zu erfahren. Die Forschungsfragen nach den beeinflussenden Merkmalen des Entscheidungsfindungsprozesses bei der Priorisierung und impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten – und welche Überlegungen und Abwägungen zu diesem Prozess gehören – konnten beantwortet werden. Im Zentrum des Entscheidungsfindungsprozesses zur Priorisierung und impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten steht die fachliche Intuition der Pflegepersonen. Dies ist ein sehr wichtiger Aspekt für die klinische Entscheidungsfindung in der Pflege, da sie den Pflegepersonen ermöglicht, Risiken, Probleme und Ressourcen als solche wahrzunehmen. Die fachliche Intuition wird benötigt, um situationsspezifische Faktoren wie zum Beispiel die Einzigartigkeit, die Delegierbarkeit, die Akuität, die Rentabilität und das Gesundheitsrisiko einer Handlung oder Nicht-Handlung abzuwägen. Die fachliche Intuition einer Pflegeperson wird von den drei Merkmalen, Pflegeverständnis, Regeltreue und Team als Ensemble beeinflusst. Diese drei Merkmale sind indirekte Manipulatoren des klinischen Entscheidungsfindungsprozesses, da sie auf die fachliche Intuition der Pflegepersonen wirken und auf diesem Wege die Abwägung der situationsspezifischen Faktoren beeinflussen können.

Durch die Auswertung der Daten wurde ersichtlich, dass eine Rationierung von Pflegeleistungen nicht unumgänglich ist, wie viele Forschungen (Ausserhofer et al., 2014; Breyer, 2012; Rooddehghan, Yekta, & Nasrabadi, 2016; Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2013; Thompson et al., 2008) bis dato vorausgesetzt haben. Durch den qualitativen Zugang zur Thematik der Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen wurde es ermöglicht, die implizite Rationierung von Pflegeleistungen neu zu betrachten. Die implizite Rationierung von Pflegeleistungen ist nicht ein Teil des Pflegeprozesses, so wie es Schubert et al. (2013) in ihrem theoretischen Rahmen zu den Beziehungen zwischen den von ihnen gewählten Faktoren und dem Maß an impliziter Rationierung von Pflegeleistungen darstellen.

Nach der Interpretation der Daten betrachtet diese Forschungsarbeit das Phänomen der impliziten Rationierung von Pflegeleistungen als Ergebnis eines Priorisierungsprozesses. Es ist eines von vielen anderen möglichen Ergebnissen des klinischen Entscheidungsfindungsprozesses zur Priorisierung von Pflegeleistungen und nicht etwas Unvermeidbares. Die implizite Rationierung von Pflegeleistungen ist ein Pflegeergebnis und nicht ein Schritt im Pflegeprozesszyklus. Ressourcenenge Bedingungen in der Pflege zwingen die Pflegepersonen nicht zu einer impliziten Rationierung, sondern zu einer sehr strengen Priorisierung ihrer Tätigkeiten. Die Datenauswertung überzeugt, dass unter stressigen oder ressourcenengen Bedingungen Pflegepersonen ihre Tätigkeiten noch strenger abwägen als sonst und nicht unverzüglich eine implizite Rationierung in Betracht ziehen.

Die fachliche Intuition und alles, was sie beinhaltet, wird in den meisten der bisherigen Forschungen nicht berücksichtigt. Nach der Dateninterpretation geht diese Forschungsarbeit davon aus, dass die fachliche Intuition eine viel größere Rolle spielt bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen, als bisher angenommen. Die implizite Rationierung von Pflegeleistungen wird von viel mehr als Ressourcenknappheit beeinflusst. Vermutlich auch durch eine Kompetenzhomogenität in der Pflege. Als Ausblick für die Pflegepraxis schlägt diese Forschungsarbeit vor, die Pflegekompetenzen

auf Stationsebene zu fördern, indem problemspezifische Fortbildungen angeboten werden, um das Pflegeangebot zu erweitern. Dies ermöglicht ein breiteres Spektrum, um Probleme fachspezifisch und professionell zu lösen.

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53. doi:10.1377/hlthaff.20.3.43
- Al-Abtah, J., Ammann, A., Bensch, S., Dörr, B., & Elbert-Maschke, D. (2015). *I care Pflege*: Thieme.
- AmericanNursesAssociation. (2015). Nursing-Sensitive Indicators. Retrieved from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1
- Angel, B. (2014). Arbeitspaket 7 "Ein Schritt in die richtige Richtung!". *Zeitschrift der Sozialdemokratischen Ärztevereinigung*, 3.
- AUBI-plus-GmbH (Producer). (2015, 19.02.2015). Ausbildung: Gesundheits- und Krankenpflege [Berufsbeschreibung] Retrieved from <http://www.aubi-plus.at/berufe/gesundheits-und-krankenpfleger-schul-264/>
- Ausserhofer, D. (2014). [Die RN4CAST-studie - lessons (to be) learned]. *Pflege*, 27(3), 149-151. doi:10.1024/1012-5302/a000356
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*, 23(2), 126-135. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 187-195.
- Benner, P., Tanner, C. (1987). How expert nurses use intuition. *The American Journal of Nursing*. 87(1), 23-24.
- Breyer, F. (2012). Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2012, Vol.55(5), p.652, 652.
- Breyer, F., Wütscher, F., Kliemt, H., & Thiele, F. E. (2013). *Rationing in Medicine: Ethical, Legal and Practical Aspects*: Springer Berlin Heidelberg.
- Bruyneel, L., Van den Heede, K., Diya, L., Aiken, L., & Sermeus, W. (2009). Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study questionnaire: an RN4CAST pilot study. *J Nurs Scholarsh*, 41(2), 202-210. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01272.x

- Chemnitz, T. (2015). Englisch-German Dictionary. Retrieved from <http://www.dict.cc/?s=work+environment> on 25.03.2016
- Diya, L., Lesaffre, E., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Vleugels, A. (2010). Establishing the relationship between nurse staffing and hospital mortality using a clustered discrete-time logistic model. *Statistics in Medicine*, 29(7-8), 778-785. doi:10.1002/sim.3756
- Diya, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Lesaffre, E. (2012). The relationship between in-hospital mortality, readmission into the intensive care nursing unit and/or operating theatre and nurse staffing levels. *J Adv Nurs*, 68(5), 1073-1081. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05812.x
- Farquharson, Barbara, Bell, Cheryl, Johnston, Derek, Jones, Martyn, Schofield, Pat, Allan, Julia, Johnston, Marie. (2013). Nursing stress and patient care: Real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2327-2335.
- Ford, S. (2012). Care unfinished after most shifts. *Nursing Times*, 108(18-19), 2-3.
- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients. *Health services research*, 43(4), 1145-1163. doi:10.1111/J.1475-6773.2007.00825.x
- Giebing, H., & Zalpour, C. (1999). *Pflegerische Qualitätssicherung: Konzept, Methode, Praxis*: Huber.
- Gurbutt, R. (2006). *Nurses' Clinical Decision Making*: Radcliffe.
- Hall, M. A. (1994). The problems with rule-based rationing. *The Journal of medicine and philosophy*, August 1994, Vol.19(4), pp.315-32, 315.
- Herschbach, P. (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim [u.a.]: Ed. Medizin, VCH.
- Hug, T., Poscheschnik, G. (2014). *Empirisch Forschen* (2. Aufl.). München: UTB.
- Hunter, D. (1995). Rationing of health care: the policial perspective. *British Medical Bullitan*, 51(4), 876-884.
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*, 52(6), 1121-1137. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 65(7), 1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
- Lake, E. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res. Nurs. Health*, 176.
- Lunney, M. (2007). *Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Mechanic, D. (1992). Professional judgment and the rationing of medical care. *University of Pennsylvania Law Review*, 140, 1713-1754.
- onpulson. (2015). Wirtschaftslexikon: Entscheidungsfindung. Retrieved from <http://www.onpulson.de/lexikon/entscheidungsfindung/> on 24.03.2016

- Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, (2015).
- Petek; Rottenhofer; Rappold (2011) *Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich*. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft, Wien. ISBN 978-3-200-02355-
- Schubert, M. (2010). [Rationing of nursing care associations with patient safety and quality of hospital care]. *Pflege*, 23(1), 57-58. doi:10.1024/1012-5302/a000017
- Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Li, B., & De Geest, S. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—A cross sectional study. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 230-239. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016>
- Schubert, M., Clarke, P., Aiken, H., & de Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 230-238.
- Schubert, M., Clarke, P., Glass, R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *Int J Nurs Stud*, 46(7), 884-893. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227-237.
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res*, 56(6), 416-424. doi:10.1097/01.nnr.0000299853.52429.62
- Tarnow-Mordi, W. O., Hau, C., Warden, A., & Shearer, A. J. (2000). Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. *Lancet*, 356(9225), 185-189.
- Teng, C., Hsiao, F., & Chou, T. (2010). Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 275-284. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01073.x
- Thompson, C., Dagleish, L., Bucknall, T., Estabrooks, C., Hutchinson, A. M., Fraser, K., Saunders, J. (2008). The effects of time pressure and experience on nurses' risk assessment decisions: a signal detection analysis. *Nurs Res*, 57(5), 302-311. doi:10.1097/01.NNR.0000313504.37970.f9
- Thompson, C., & Dowding, D. (2002). *Clinical Decision Making and Judgement in Nursing*: Churchill Livingstone.
- Uhl, A. (2008). *Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf: Delphi-Konsensusprozess zur Entwicklung eines Qualitätsprofils der ambulanten pflegerischen Versorgung*: Lit.
- Vitt, G. (2002). *Pflegequalität ist messbar: Auswirkung des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege*. Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG.
- Wintzer, J. (2015). *Qualitative Methoden in der Sozialforschung: Forschungsbeispiele*

von *Studierenden für Studierende*: Springer Berlin Heidelberg.

- Zander, B., Dobler, L., Bäuml, M., & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen akutkrankenhäusern—Ergebnisse der internationalen Pflegestudie Rn4cast. *Das gesundheitswesen*, 76(11), 727-734.
- Zhu, X.-w., You, L.-m., Zheng, J., Liu, K., Fang, J.-b., Hou, S.-x., . . . Zhang, L.-f. (2012). Nurse Staffing Levels Make a Difference on Patient Outcomes: A Multisite Study in Chinese Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 266-273. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01454.x

Anhang 1: Theoretischer Rahmen von Schubert et al. (2013)

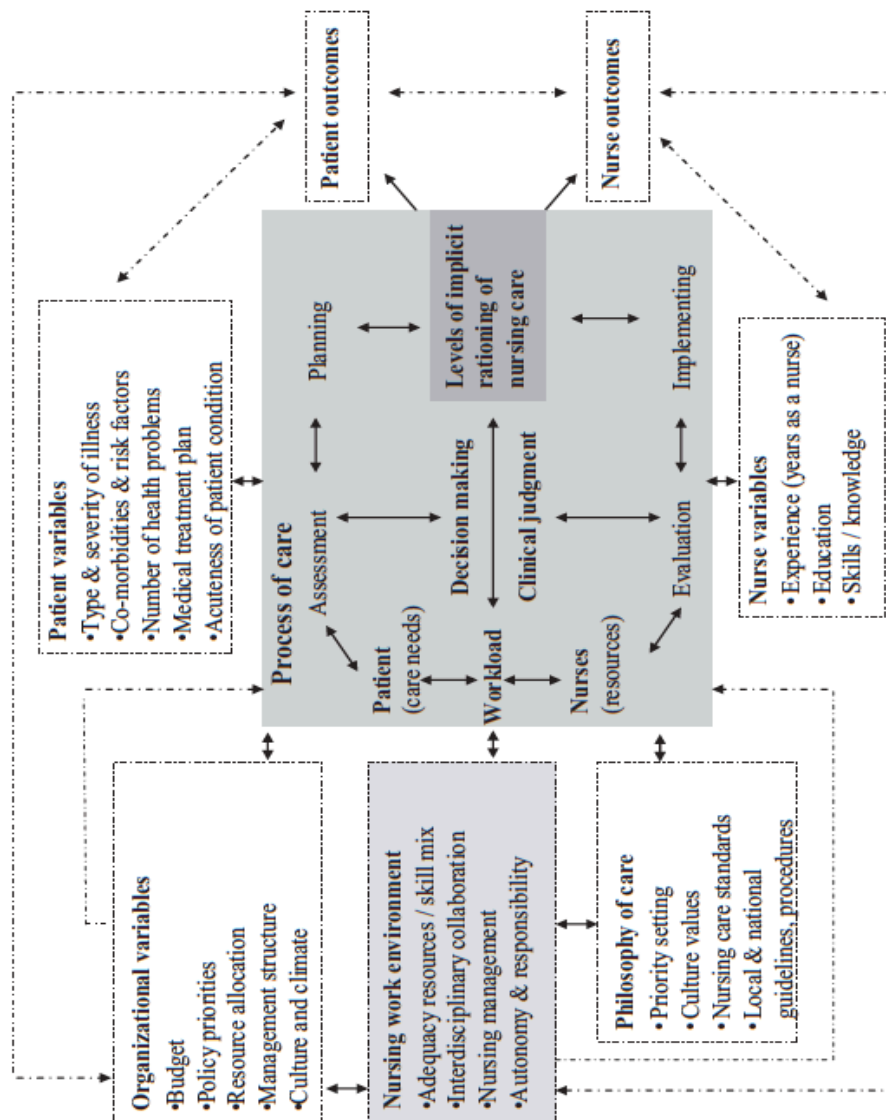


Fig. 1. Theoretical framework with suggested relationships between selected factors and implicit rationing of nursing care (Aiken et al., 2002a; Schubert et al., 2007).

Anhang 2: Interview Leitfaden

FORSCHUNGSFRAGE: *Wie gestaltet sich der Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegeleistungen? Welche pflegerische Überlegungen und Abwägungen gehören zum dem Prozess?*

Leitfrage/Zentrale Frage: Welche Überlegungen gehen in Ihnen vor, wenn Sie bemerken, Sie werden in Ihrer Schicht nicht alles schaffen was vorgesehen wäre?

Inhaltliche Aspekte	Große Themen	Aufrechterhaltungsfragen
Der stressige Dienst	Woran kennzeichnet sich ein stressiger Dienst?	• Warum kann ein Dienst stressig werden? • In wie fern breitet sich der Stress einer Situation auf den restlichen Dienst aus? • In wie weit hat Ihr (gestresstes) Verhalten auf Ihre Patienten Auswirkung?
Sorgfältigkeit bei der Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten	Was gehört zu der sorgfältigen Durchführung Ihrer Tätigkeiten?	• Wie gehen Sie damit um, wenn Tätigkeiten unvollendet bleiben? • Woran erkennen Sie, dass Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden sind?
Einstellung zu dem Thema Priorisierung von Pflegeleistungen	In wie fern ist Planung wichtig im Dienst? ○ Für Pflege ○ Für Patient	• Wie überlegen Sie welche Tätigkeiten wichtiger sind als andere? • In wie fern spielt die Arbeitslast eine Rolle bei der Planung Ihrer Tätigkeiten?
Einstellung zu dem Thema Rationierung von Pflegeleistungen	In wie fern hat die Möglichkeit Tätigkeiten zu rationieren einen Einfluss auf Ihre Planung im Dienst?	• Wie wissen Sie welche Tätigkeiten weggelassen werden können, und welche nicht? • Woran erkennen Sie, ob eine Tätigkeit hohe Priorität hat, oder nicht?

Anhang 3: Informationsblatt



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

INFORMATIONSBLETT

Forschungsprojekt: *Die Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten im Akutkrankenhaus*

DER HINTERGRUND

Internationale Studienergebnisse aus den letzten zehn Jahren zeigen, dass eine immer steigende Arbeitslast für Pflegepersonen die Häufigkeiten an implizite Rationierungen von Pflegetätigkeiten steigen lässt. Es ist auch bekannt, dass eine erhöhte Arbeitslast Wirkung auf Ergebnisse von PatientenInnen und Pflegepersonen hat. Wenig unerforscht bleibt bis dato der Entscheidungs- und Überlegungsprozess, der eine Pflegeperson durchgeht, wenn pflegerische Tätigkeiten priorisiert werden müssen.

DAS ZIEL

Erkenntnisgewinn über den klinischen Entscheidungsfindungsprozess bei der Priorisierung und Rationierung von Pflegetätigkeiten.

DER ZWECK

Dieses Forschungsprojekt erfolgt im Rahmen einer Masterarbeit zum Abschluss eines Studiums der Pflegewissenschaft.

DAS INTERVIEW

Um mehr über den noch unerforschten Bereich dieses Themengebiets zu erfahren, werden offene Interviews mit arbeitstätigen Pflegepersonen durchgeführt. Das Interview ist ein freiwilliges Vier-Augen-Gespräch und wird zwecks der Auswertung auf einem Tonband aufgenommen und anonymisiert. Anhand der Aussagen aller Interviewten, werden wiederkehrende und betonte Punkte interpretiert und in der Forschungsarbeit zusammengeführt.

Ich freue mich über Ihre Teilnahme an meinem Forschungsprojekt und somit auch über Ihre Unterstützung dabei, mir meine Masterarbeit zu ermöglichen!

Falls Sie für ein Interview bereit wären, melden Sie sich bitte per e-mail. Ich stelle mich auch gerne für weitere Fragen zu Verfügung! sarahjasmin.rowland@gmail.com

Vielen Dank!
Sarah J. Rowland

Anhang 4: Einverständniserklärung



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

UNIVERSITÄT WIEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen dieses Forschungsprojektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

Datum

Unterschrift der Untersucherin