

INTERVIEWSTUDIE ZU HERAUSFORDERUNGEN VON
PFLEGEKRÄFTEN IN KRANKENHÄUSERN DER REGION
KELHEIM UND REGENSBURG IM UMGANG MIT
ALZHEIMER-PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Veronika Anselmann, Regina H. Mulder, Anna Kleisli und Helena Sonntag

Anselmann, V., Mulder, R.H., Kleisli, A., & Sonntag, H. (2018). *Interviewstudie zu Herausforderungen von Pflegekräften in Krankenhäusern der Region Kelheim und Regensburg im Umgang mit Alzheimer-Patientinnen und Patienten*. (Forschungsbericht Nr. 7). Universität Regensburg, Lehrstuhl für Pädagogik II.

© Veronika Anselmann & Regina H. Mulder, 2018

Universität Regensburg

Institut für Pädagogik

Lehrstuhl Prof. Dr. Regina Mulder

93040 Regensburg

Tel: +49 941 943-3823

regina.mulder@ur.de

<https://www.uni-regensburg.de/psychologie-paedagogik-sport/paedagogik-2>

Vorwort

„Die Welt eines Demenz-Kranken passt nun überhaupt nicht zu der Welt Krankenhaus. Das ist eines unserer großen Probleme. (VP 4).“

Doch Alzheimer- und Demenzerkrankte stellen eine immer größer werdende Patientengruppe in der stationären Akutpflege dar. Auch die Alzheimer Gesellschaft für den Landkreis Kelheim e.V. wurde von unterschiedlichen Akteuren mit dieser Problemlage konfrontiert. Durch eine Kooperation des Lehrstuhls für Pädagogik II der Universität Regensburg und der Alzheimer Gesellschaft für den Landkreis Kelheim e.V. sollte dann der Frage nach den aktuellen Herausforderungen für Pflegekräfte in der Pflege und Versorgung von Demenz- und Alzheimererkrankten in Krankenhäusern nachgegangen werden. Die hier vorgestellte empirische Studie wurde im Rahmen des Projektseminars im Masterstudiengang Erziehungswissenschaft an der Universität Regensburg durchgeführt. Die Masterstudierenden Anna Kliesli und Helena Sonntag haben sich dabei über zwei Semester (Wintersemester 2016 / 2017 und Sommersemester 2017) mit der beschriebenen Thematik auseinandergesetzt und die hier vorgestellte Interviewstudie durchgeführt. Unser Dank geht aus an den Personen die an den Interviews teilgenommen haben. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegekräfte vor unterschiedlichen Herausforderungen, wie zum Beispiel dem Umgang mit PatientInnen mit Verhaltensveränderungen durch Krankheitssymptome oder organisationalen Vorgaben stehen. Lösungsmöglichkeiten können Kooperationen zwischen den Beteiligten genauso wie Weiterbildungen für Pflegekräfte zu Methoden im Umgang mit Alzheimerbetroffenen sein.

Regensburg, Juli 2018

Veronika Anselmann & Regina H. Mulder

Inhalt

Vorwort	i
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Rahmen.....	1
2.1 <i>Profession und Kompetenz</i>	1
2.2 <i>Herausforderungen im Umgang mit der Alzheimer-Erkrankung</i>	4
3. Empirische Studie.....	5
4. Ergebnisse	6
5. Diskussion	12
5.1 <i>Ergebnisse und Vergleich mit Literatur</i>	12
5.2 <i>Beantwortung der Forschungsfrage</i>	13
5.3 <i>Praktische Implikationen</i>	13
5.4 <i>Grenzen der Studie</i>	14
Literatur.....	15
Anhang	17

1. Einleitung

In der Bevölkerung wächst der Anteil älterer Menschen bereits seit Jahrzehnten kontinuierlich an. Gründe dafür sind sowohl die gesunkene Geburtenrate als auch eine höhere Lebenserwartung, die nicht zuletzt aus einer besseren medizinischen Versorgung resultiert (Lehrner, Bodner, Dal-Bianco & Schmidt, 2011). Im Jahr 2012 waren rund 1,2 Millionen Menschen über 65 Jahre von Demenz betroffen (Croisile, 2012). Demenz kann in primäre und sekundäre Formen unterteilt werden. Während die sekundäre Form in der Regel einer behandelbaren Grundstörung entspringt, fasst die primäre Form der Demenz die verschiedenen chronischen Formen zusammen. Die mit etwa 60% weitverbreitetste Form der Demenz ist die Alzheimer-Erkrankung. Sie fällt unter die primäre Form (DALzGBay, o.J.; Hirsch, 2008). Bei der degenerativen Krankheit des Gehirns leiden die PatientInnen unter einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome. Typisch sind Gedächtnisstörungen, Veränderung der Persönlichkeit, Defizite in der Kommunikation sowie eine Verschlechterung intellektueller Leistungen (Fischer-Terworth & Probst, 2012; DALzG, 2016). Schätzungen zufolge verdoppelt sich der Anteil der an Demenz erkrankten Menschen innerhalb der nächsten 50 Jahre (Lehrner et al., 2011). Der demografische Wandel zeigt sich auch in der Versorgung der Alzheimer-PatientInnen. Die höhere Nachfrage nach pflegerischen Leistungen aufgrund der alternden Gesellschaft und das sinkende Angebot an Nachwuchs in den Pflegeberufen zeigen: Der Druck auf die Gesundheitsbranche wächst. Einschätzungen nach wird sich in den nächsten Jahren der Fachkräftemangel verfestigen (Schockenhoff & Wetzstein, 2005; Simon, 2012; Hämel & Schaeffer, 2013).

Pflegekräfte spielen eine wichtige Rolle bei der Versorgung der Alzheimer-PatientInnen, da die Pflegebedürftigkeit bei fortschreitender Krankheit ansteigt (Schockenhoff & Wetzstein, 2005). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Pflegekräfte durch Alzheimer-Erkrankte und deren besondere Bedürfnisse und Anforderungen vor neue Herausforderungen gestellt werden. Aus diesem Grund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Frage: Welche Herausforderungen gibt es im Zusammenhang mit Pflegekräften in Krankenhäusern der Region Kelheim und Regensburg im Umgang mit Alzheimer- PatientInnen und wie können diese gelöst werden?

Anhand einer Literaturanalyse wurden unterschiedliche Herausforderungen im Zusammenhang mit Pflegekräften, die mit der Pflege von Alzheimer-Erkrankten im Krankenhaus betraut sind, festgestellt. Daraus abgeleitet wird in der vorliegenden Arbeit eine qualitative Interview-Studie durchgeführt. Ziel ist es sowohl Herausforderungen als auch Lösungsmöglichkeiten aus verschiedenen Perspektiven herauszufinden. Im Fokus stehen dabei Herausforderungen von Pflegekräften in der Akutversorgung in der Region Kelheim und Regensburg. Die Ergebnisse der Studie werden mit denen der Literaturanalyse verglichen, um eine Antwort auf die zugrundeliegende Frage zu geben. Zunächst wird der theoretische Rahmen beschrieben, indem relevante Begrifflichkeiten erläutert und der aktuelle Forschungsstand vorgestellt werden. Im nächsten Abschnitt erfolgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens. Anschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung tabellarisch dargestellt und zuletzt interpretiert und diskutiert.

2. Theoretischer Rahmen

2.1 Profession und Kompetenz

Laut Simon und Flaiz (2015) ist die Professionalisierung in der Pflege eine aktuelle und beständige Thematik in der Fachliteratur. Es ist als ein Prozess zu verstehen, der einen Beruf zu einer Profession macht (Roloff, 1992) und einer Gruppe gegenüber der Öffentlichkeit Bedeutung beimisst in Bezug auf soziale Anerkennung und Wertschätzung durch die Gesellschaft. Die drei Charakteristika nach Schaeffer (1994) sind zentralwertbezogene Leistungen, die sich am Handeln des Gemeinwohls orientieren und dazu verpflichten Gesundheit, Konsens und Moral aufrecht zu erhalten. Das spezialisierte Wissen, das auf die Lösung gesellschaftlicher Probleme angewandt wird, wie die Wissensbasis verankert in Wissenschaft und Alltag sowie die Autonomie der Kontrolle über die eigene Tätigkeit, welche von Klienten/Organisationen anerkannt wird (Schaeffer, 1994). Es geht um die Entwicklung, die das Personal in diesem Prozess durchläuft und die notwendige Kompetenz, die bereits vorhanden ist oder im Laufe der Zeit erlernt wird (Simon & Flaiz, 2015).

Problemlösestrategien sind eine der wichtigsten strategischen Prozesse in Unternehmen und Organisationen. In Bezug auf die wachsende Komplexität von Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen spielt die Kompetenzentwicklung und das selbstorganisierte Lernen eine große Bedeutung (Erpenbeck & Von Rosenstiel, 2007). Diese Lern- und Entwicklungsprozesse finden laut Erpenbeck und Von Rosenstiel (2007) zunehmend unter Frustration (d.h. sich widersprechenden Bedingungen) und Unsicherheit über die Zielfunktionen statt. Zhang, Luke, Arthur und Wong (2001) definieren die Kompetenzen der Pflegekräfte als ein „sets of knowledge, skills, traits, motives and attitudes that are required for effective performance in a wide range of nursing jobs and various clinical settings“ (S. 489). Allgemein lässt sich zudem sagen, dass der Begriff Kompetenz für größere Eigenständigkeit, Autonomie und Handlungsfähigkeit steht, zugleich aber auch mit der Steigerung von Produktivität und Leistungsbereitschaft verknüpft ist (Vonken, 2005). Erpenbeck und Von Rosenstiel (2007) definieren vier allgemeine Schlüsselkompetenzen:

1) Personale Kompetenzen

Die Personalen Kompetenzen sind die Disposition einer Person, reflexiv und selbstorganisiert zu handeln und sich dabei selbst einzuschätzen. Sowie das entwickeln produktiver Einstellungen, Werthaltungen, Entwicklung von Motiven und Selbstbildern, eigene Begabungen, Motivationen, Leistungsvorsätze, kreative Entwicklung und Lernen.

2) Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen

Diese Kompetenzen beinhalten aktives und im Gesamten selbstorganisiertes Handeln mit Blick auf (erfolgreiche) Umsetzung von Absichten, Vorhaben und Plänen, bezogen auf sich selbst, im Team, oder in der Organisation.

3) Fachlich-methodische Kompetenzen

Bei der Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen, zeigen fachlich-methodische kompetente Menschen geistig und physisch selbstorganisiert Handeln, fachliche und instrumentelle Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten kreativ Probleme lösen. Sie können Wissen sinnorientiert einordnen und bewerten; Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch selbstorganisiert gestalten und Methoden kreativ weiterentwickeln.

4) Sozial-kommunikative Kompetenzen

Sozial kommunikative Kompetenzen beinhalten kommunikatives und kooperatives selbstorganisiert handeln (kreativ auseinander- und zusammensetzen mit anderen, Verhalten gruppen- und beziehungsorientiert, Entwicklung neuer Aufgaben und Ziele).

Im Gegensatz zu Erpenbeck und Von Rosenstiel (2007) benennt Taylor (1995) vier Kernkompetenzen speziell von Pflegekräften.

1) Interpersonelle Kompetenz

Interpersonelle Kompetenzen ermöglichen es Pflegekräften fürsorgliche Beziehungen aufzubauen und zu pflegen. Sie können durch Interaktionen mit den PatientInnen deren Stärken herauszufinden und dadurch auf wertschätzende Weise die Gesundheitsziele besser erreichen. Ihnen gelingt außerdem ein auf Respekt basierendes, kollaboratives Arbeiten mit den KollegInnen.

2) Intellektuelle Kompetenz

Die Kompetenz über die Gegebenheit der Dinge ausgiebig zu argumentieren und erfassen, was notwendig ist um wichtige Ziele in Bezug auf die Pflege zu erreichen. Intellektuell kompetente Pflegekräfte sind dazu fähig, die wissenschaftlichen Grundlagen in dem Pflegeplan von PatientInnen zu erläutern und wissen die Wichtigkeit von geisteswissenschaftlichen Aspekten in Bezug auf die Pflege.

3) Technische Kompetenz

Die technische Kompetenz bezieht sich auf die Handhabung von technischen Geräten und deren gezielte Einsetzung, sowie Fehlerbehebung. Technisch kompetente Pflegekräfte sind in der Lage ausreichend Kompetenz bei der Handhabung der technischen Geräte in der Pflege zu zeigen.

4) Moralische Kompetenz

Moralische Kompetenz bedeutet, die persönlichen Moral- und Wertevorstellungen zu leben und zu vertreten und dies mit der Rolle (als Pflegekraft) verantwortungsvoll zu vereinbaren. Moralisch kompetenten Pflegekräften kann man vertrauen, dass sie im Interesse ihrer PatientInnen handeln, bei Konflikten im Pflege-Team vermitteln und die Pflege auf der Basis der Berufsethik praktizieren.

Parallelen zeigen sich bei den interpersonellen Kompetenzen von Taylor (1995) und den personalen sowie sozial-kommunikativen Kompetenzen von Erpenbeck und Von Rosenstiel (2007), lediglich der Bezug und Kontext bezüglich der Pflegekräfte ist bei Taylor (1995) stärker und detaillierter hervorgehoben. Interpersonelle Kompetenz beschreibt nach Taylor (1995) die Fähigkeit Beziehungen zu Kollegen, vor allem aber zu den PatientInnen und deren Angehörigen aufzubauen, um Informationen zu gewinnen und diese zu nutzen, um die Gesundheit des PatientInnen zu verbessern. Zu der intellektuellen Kompetenz zählen grundlegendes wissenschaftliches Wissen, das für die Behandlung der PatientInnen notwendig ist, z.B. Anatomie, medikamentöse Behandlung, Psychologie sowie Physiologie. Auch kritisches Denken ist ein Teil der intellektuellen Kompetenz und vergleichbar mit den fachlich-methodischen Kompetenzen von Erpenbeck und Von Rosenstiel (2007). Die technische Kompetenz beschreibt die Fähigkeit die

technischen Geräte, die im Krankenhaus eingesetzt werden, sowohl sinnvoll zu verwenden als auch geringfügige Fehler dieser Geräte beheben zu können. Die vierte Kompetenz ist die moralische Kompetenz, welche durch Vertrauenswürdigkeit und Verantwortungsbewusstsein gekennzeichnet ist und gleichgesetzt werden kann mit der personalen Kompetenz. Pflegekräfte sollten als Anwalt der PatientInnen fungieren und ethische Konflikte zwischen den Akteuren schlichten (Taylor, 1995). Zhang und Kollegen (2001) identifizierten in ihrer Untersuchung zehn Kompetenzen von Pflegekräften. Dazu zählen Mitgefühl, Überzeugungskraft und Selbstkontrolle in kritischen Situationen sowie die Fähigkeiten des Entgegenkommens, wobei die Pflegekräfte für den/die PatientIn bei Bedürfnissen und Problemen für ihn/sie da sein sollten. Die Autorinnen zählen zudem sowohl Gründlichkeit, Commitment und kritisches Denken auf als auch die Fähigkeit die Patientinnen zu beruhigen und so mentale Unterstützung zu bieten. Auch das Ansammeln von Informationen über die Krankheit und Hintergründe wird als relevante Kompetenz angesehen. Als wichtigste Kompetenz von Pflegekräften identifizieren die Autoren das interpersonelle Verständnis, da das Wissen um die Gedanken, Gefühle und Eigenschaften ihrer PatientInnen als besonders wichtig erachtet wird (Zhang et al., 2001).

2.2 Herausforderungen im Umgang mit der Alzheimer-Erkrankung

Die Literaturanalyse zeigt unterschiedliche Herausforderungen und Probleme, die im Umgang mit Alzheimer-erkrankten Menschen auftreten. Rüsing, Herder, Müller-Hergl und Riesner (2008) identifizierten diese Schwierigkeiten hinsichtlich zwei unterschiedlicher Perspektiven. Auf der einen Seite wird die problematische Situation der Mitarbeitenden aus der Gesundheitsdomäne geschildert und auf der anderen Seite wird die Situation für die Erkrankten aus Mitarbeitersicht aufgeführt. Die fünf häufigsten Herausforderungen für die Mitarbeitenden in unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen sind Orientierung, Aggressivität, Umhergehen, Abwehrverhalten, Medikamentengabe. Für die Erkrankten wiederum liegen aus Sicht der Pflegekräfte die meisten Probleme in der mangelnden zeitlichen Orientierung, der mangelnden Beschäftigung, in der Kommunikation und bei der Diagnostik bzw. Untersuchungen (Rüsing et al., 2008). Gerade in Allgemeinkrankenhäusern, in denen die PatientInnen eine durchschnittliche Liegezeit von drei bis vier Tagen haben, fehlen den Pflegekräften häufig das Interesse, die Initiative und die Auseinandersetzung mit dem Thema Versorgung von Demenzerkrankten weitestgehend.

Im Rahmen einer qualitativen Studie stellt Wingefeld (2007) Informationsdefizite von Pflegekräften als eine wesentliche Herausforderung fest, die im Krankenhaus im Zusammenhang mit demenzerkrankten PatientInnen auftreten. So werden die Informationen, dass der/die PatientIn an einer Demenzerkrankung leidet, bei der Einlieferung häufig gar nicht oder lediglich als Randnotiz gegeben. Die Angaben der Pflegeheime betreffend körperlicher Erkrankung, Therapie und Pflege seien zwar ausreichend, jedoch seien die Auskünfte über die Bedürfnisse und Gewohnheiten der PatientInnen sowie psychischer Problemlagen häufig nicht ausreichend vorhanden oder detailliert (Wingefeld, 2007). Rüsing und Kollegen (2008) stellen fest, dass die Pflegekräfte im Krankenhaus das Informationsgespräch als eine der größten Herausforderungen betrachten. Belastend empfinden sie des Weiteren unter anderem die Orientierungslosigkeit, Aggressivität sowie das Umherlaufen und Probleme bei der Ernährung und Medikamentengabe (Rüsing et al., 2008). Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Wingefeld (2007), welcher die Verhaltensauffälligkeiten der PatientInnen als weitere Herausforderung für Pflegekräfte im

Krankenhaus identifizierte. Vor allem werden hier kognitive Defizite genannt, durch welche ein höherer Betreuungsaufwand nötig sei. Des Weiteren werden die Verweigerung pflegerischer oder medizinischer Versorgung, Unruhe sowie aggressives oder sozial unangemessenes Verhalten als störend empfunden. Die genannten Faktoren sowie Personalmangel bewegen die Pflegekräfte teilweise dazu, freiheitsbegrenzende Maßnahmen einzuleiten (Wingenfeld, 2007). Aber auch für die Demenzerkrankten sei die Situation belastend. Aus Mitarbeitersicht werden vor allem sowohl die zeitliche Orientierung, die Beschäftigung und Kommunikation als auch die Untersuchungen bzw. die Diagnostik der Krankheit als problematisch angenommen (Rüsing et al., 2008).

Die herangezogene Literatur beschreibt Herausforderungen aus Sicht der Pflegekräfte, die vor allem für die Gruppe der Pflegekräfte problematische Situationen zur Folge hat. Diese bilden die Grundlage für die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit. Um jedoch einen breiteren Überblick über die Thematik zu schaffen, werden in der Interview-Studie neben den Pflegekräften auch Angehörige, Ärztinnen/Ärzte und Weiterbildner als Akteure befragt, um unterschiedliche Perspektiven einzubringen. Dabei wird neben den Herausforderungen auch nach Lösungsmöglichkeiten und persönlichen Erfahrungen gefragt. Es geht dabei um die Erfahrungen der Pflegekräfte im Umgang mit Alzheimer- PatientInnen im Krankenhaus und um die Erfahrungen der jeweils anderen genannten Fokus-Gruppen mit Pflegekräften.

3. Empirische Studie

Forschungsdesign. In der vorliegenden Studie wurde ein qualitatives Instrument gewählt. Die subjektiven Bewertungen der Forschungsfrage konnten nur durch einen verbalen Zugang zu den Versuchspersonen herausgefunden und erfasst werden. In der Untersuchung geht es nicht darum, möglichst repräsentative Daten zu sammeln, sondern anhand der verschiedenen Perspektiven und individueller Meinungen und Erfahrungen der Befragten sowohl die Herausforderungen im Umgang mit Alzheimer-Erkrankten im Krankenhaus als auch Ideen zur Lösung dieser Herausforderungen herauszufinden.

Stichprobe und Stichprobenauswahl. Aufgrund von Verfügbarkeit und Kontakten ergab sich eine Stichprobe aus neun Interviewpartnern, die größtenteils aus dem Bereich der Gesundheitsdomäne kommen und in einer Verbindung zur Alzheimer-Krankheit stehen. Die Versuchspersonen lassen sich in vier verschiedene Akteure unterteilen: Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, Weiterbildner und Angehörige. Ein weiteres Selektionskriterium war neben den unterschiedlichen Perspektiven auch die regionale Herkunft der Versuchspersonen, die aus dem Raum Kelheim / Regensburg stammen. Unterscheidungen gab es hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, des bereits durchlaufenen Bildungsweges und des aktuellen Berufes sowie der Institution in der die Versuchspersonen arbeiten. Die Weiterbildner stammen aus dem Bereich der Fort- und Weiterbildung und arbeiten in Selbsthilfeorganisationen, die Angebote, wie zum Beispiel Trainings im Bereich Demenz entwickeln und anbieten. Die Pflegekräfte und Ärztinnen/Ärzte kommen aus den Bereichen Allgemein-, Intensiv- sowie Geriatrie und Psychiatrie. Die Durchführung der Interviews erfolgte zwischen Januar und Juni 2017. Alle Versuchspersonen wurden vor Beginn der Interviews mündlich über die Ziele und Inhalte der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und den geschützten Umgang mit den Daten informiert.

Tabelle 1. *Übersicht der Stichprobe*

	Geschlecht	Fokusgruppe	Berufserfahrung*	Interviewlänge
Durchschnitt	Weiblich: 3 Männlich: 6	Angehörige: 2 Pflegekräfte: 3 Weiterbildner: 3 Ärztinnen/Ärzte 1	15,25 Jahre (SD = 10,49)	38:09 min (SD = 5,27)

* ohne Angehörige

Instrumente. Die Forschungsfrage wurde mit einer Kombination aus problemzentriertem und episodischem Interview überprüft.

Ein Interview-Leitfaden wurde mit den Forschungsthemen als Gedankenstütze und Orientierungsrahmen und zur Sicherung der Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews erstellt. Weiterhin beinhaltet er Fragen zur Einleitung einzelner Themenbereiche und eine vorformulierte Frage zu Beginn des Gesprächs. Der Interview-Leitfaden für die, im Rahmen dieser Studie, geführten Gespräche beinhaltet fünf Bereiche, die zur Erfassung subjektiver Erfahrungen und Beantwortung der Forschungsfrage dienen: (1) Allgemeine Angaben zur Person, (2) persönliche Erfahrungen, (3) Herausforderungen für Pflegekräfte, (4) Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen, (5) Professionalität/ Weiterbildung. Dieser wurde an die vier Akteure Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und Weiterbildner angepasst.

Das Interview entsprach weitgehend der Alltagskommunikation, um eine angenehme und offene Gesprächssituation zu schaffen (Lamnek, 2010). Wichtig war auch, die bisherigen Erfahrungen der Teilnehmer ins Gespräch zu integrieren, wobei die *Critical Incident Technique* nach Flanagan (1954) verwendet wurde. Hierbei handelt es sich um eine halbstrukturierte mündliche Befragungstechnik mit deren Hilfe relevante Ereignisse oder Situationen, die für einen Handelnden oder in Bezug auf ein spezifisches Thema relevant sind erfasst werden können. (Flanagan, 1954).

Datenanalyse. Die Auswertung des transkribierten Interviewmaterials erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) unter Verwendung der Software MAXQDA 12 zur Analyse qualitativer Daten. Vor der Auswertung der Interviews wurde mit Hilfe des Leitfadens, empirischer Studien und Theorien sowie eigener Überlegungen ein grobes Kategoriensystem über Themenbereiche, die im Wesentlichen von den Probanden angesprochen wurden erstellt. Dieser Kategorienkatalog wurde im Verlauf der Kodierung basierend auf den Antworten der Versuchspersonen präzisiert, ausgearbeitet und ergänzt (Mayring, 2010). Zur Orientierung und Zuordnung dienten die Definitionen jeder Kategorie im Kategorienkatalog (vgl. Anhang).

4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Interview-Studie tabellarisch dargestellt. Es wurden drei relevante Ebenen festgestellt, die als Ursache für die Herausforderungen im Umgang mit Alzheimer- PatientInnen im Krankenhaus angesehen werden. Diese Ebenen sind der/die PatientIn (Tabelle 2), der Umgang (Tabelle 3) und die Organisation (Tabelle 4).

Die Tabellen sind jeweils gegliedert in Herausforderungen und dazu passenden Lösungsvorschlägen, die thematisch den Oberbegriffen Behandlung, Kooperation und Ressourcen zugeordnet werden. Unter die Kategorie Behandlung fallen Lösungsmöglichkeiten, die Pflegekräfte und Ärztinnen/Ärzte beispielsweise durch die Verwendung bestimmter Methoden, Techniken oder Therapien durchführen können. Kooperation beschreibt die Option, sich mit anderen Institutionen wie zum Beispiel Pflegeeinrichtungen, in denen einem/r Alzheimer-PatientIn möglicherweise lebt, oder mit Angehörigen auszutauschen und zusammenzuarbeiten. Zu den Ressourcen zählen sowohl mentale Ressourcen der Pflegekräfte als auch materielle Güter und Hilfsmittel, die zur Bewältigung der Herausforderungen dienen und beitragen. Die Umsetzung dieser Lösungsmöglichkeiten ist jedoch in der Regel von der Organisation abhängig.

Tabelle 2 veranschaulicht die Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten auf Ebene des/der PatientIn. Eine/r der Befragten begründet, woher die Herausforderungen stammen: *„Die Welt eines Demenz-Kranken passt nun überhaupt nicht zu der Welt Krankenhaus. Das ist eines unserer großen Probleme. Das Tempo, Sprache, Rituale und all die Dinge, die schafft ein Demenz-Erkrankter nicht mehr.“* (VP 4)

Tabelle 3 thematisiert die Herausforderungen, die aus dem Umgang von Pflegekräften, Ärztinnen/Ärzte und Angehörigen mit den Alzheimer-Erkrankten resultieren, sowie mögliche Lösungen. Den Grund für die Art und Weise, wie Pflegekräfte mit Alzheimer-Erkrankten umgehen, führt eine befragte Person auf die Einstellungen ihrer/ seiner Kolleginnen und Kollegen zurück: *„Ich glaube auch die Einstellung. Auf jeden Fall, weil die meisten ihre Arbeit erledigen wollen und keine Zeit haben, um mit den Patienten zu reden. Da habe ich mich erst mit zwei Kolleginnen ganz lang unterhalten. [...] Die meisten [Pflegekräfte, Anm.] sagen sie haben keine Zeit und sind so festgefahren auf das, vor allem auch ältere Krankenschwestern, die haben das noch nie gemacht also warum sollten sie jetzt damit anfangen. Die Einstellung macht schon viel aus, weil wenn man will, dann schafft man es auch.“* (VP 5).

In *Tabelle 4* sind jene Herausforderungen dargestellt, die auf die Organisation zurückzuführen sind, sowie unterschiedliche Möglichkeiten, diese Herausforderungen durch Kooperation oder Nutzung verschiedener Ressourcen zu lösen.

Es wurden jedoch keine Lösungen festgestellt, die unter den Begriff Behandlung fallen. Eine Herausforderung ist beispielsweise die finanzielle Situation der Krankenhäuser und der damit einhergehende Personalmangel: *„Zu wenig Pflegekräfte. Zu wenig finanzierte Pflegekräfte um sich diesen Problemen anzunehmen.“* (VP 9).

Tabelle 2: Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten auf Ebene des/der PatientInnen

Lösungsvorschläge			
Herausforderungen	Behandlung	Kooperation	Ressourcen
- Veränderung des gesundheitlichen Zustands		- Informationsaustausch bei Einweisung zwischen den Institutionen untereinander und Angehörigen bzgl. Krankheitsbild → Informationen nutzen, um gesundheitlichen Zustand zu verbessern	
- Krankheitssymptome		- Informationsaustausch bei Einweisung zwischen den Institutionen untereinander und Angehörigen (bzgl. Biographie, Krankheitsbild, Vorlieben und Gewohnheiten sowie Tipps über den Umgang) → Informationen nutzen	
- Nahrungsaufnahme	- PatientIn bei Nahrungsaufnahme unterstützen (z.B. Essen klein schneiden und reichen)		- Zeit - Personal
- Schreien			
- Wahnvorstellungen und paranoide Züge			
- Aggressives Verhalten	- Kommunikation (ruhig, empathisch)		- Fort- und Weiterbildungen (z.B. Validation)
- Umhergehen	- Vorzugsbehandlungen - <i>Point of care</i> - Diagnostisch notwendige Untersuchungen staffeln - Individuelle Tricks (z.B. Becher auf Türklinke) - Kleidung des/der PatientIn kennzeichnen zwecks Zuordnung zu Station		- Schutzengelsystem - Verstecken der Türen
- Orientierung (räumlich und zeitlich)			- Schutzengelsystem
- Verweigerung der medizinisch notwendigen Versorgung			
- Andere PatientInnen	- Kommunikation		

Lösungsvorschläge

Herausforderungen	Behandlung	Kooperation	Ressourcen
- Kommunikationsebenen	<ul style="list-style-type: none">- Zuwendung für PatientInnen- Kommunikationstechniken- Gewünschtes Verhalten vormachen und PatientInnen zum Mitmachen animieren- Biografie des/der PatientIn für die Entwicklung eigener Behandlungsmethoden und deren Anpassung nutzen		- Zeit
- Unruhe	<ul style="list-style-type: none">- <i>Point of care</i>- Diagnostisch notwendige Untersuchungen staffeln- Lediglich die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen durchführen, um PatientInnen nicht zu überfordern. Wenn möglich Untersuchungen nicht unterbrechen- Beschäftigungsmöglichkeiten (z.B. Demenz-Wagen)	<ul style="list-style-type: none">- Kooperation der verschiedenen medizinischen Abteilungen untereinander	
- Verwirrung		<ul style="list-style-type: none">- Unterstützung durch Bezugspersonen	

Tabelle 3: Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten im Umgang

Lösungsvorschläge				
Ebene	Herausforderungen	Behandlung	Kooperation	Ressourcen
Umgang				
Pflegekraft	Fehlbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Individuell angepasste medikamentöse Behandlung (z.B. punktuelle Schmerzbehandlung) - Symptomatische Behandlungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsaustausch bei Einweisung zwischen den Institutionen untereinander und Angehörigen (bzgl. Biographie, Krankheitsbild, Vorlieben und Gewohnheiten sowie Tipps über den Umgang) - Primäre Pflege 	
	Wissen	<ul style="list-style-type: none"> - Herangehensweise an die Behandlung mit PatientInnen - Methoden der Positionierung 		<ul style="list-style-type: none"> - Spezielle Schulungen über die Alzheimer-Krankheit und den passenden Umgang mit betroffenen PatientInnen - Kommunikationsfortbildungen - Teambesprechungen
	Persönlichkeit			<ul style="list-style-type: none"> - Interesse für die Krankheit aufbringen - Empathie
	Fähigkeiten		<ul style="list-style-type: none"> - Wechsel der Pflegekräfte zwischen verschiedenen Stationen innerhalb des Krankenhauses 	<ul style="list-style-type: none"> - Geduld
	Einstellungen		<ul style="list-style-type: none"> - Wechsel der Pflegekräfte zwischen verschiedenen Stationen innerhalb des Krankenhauses 	<ul style="list-style-type: none"> - Sich trotz Stress Zeit für PatientInnen nehmen
Arzt/Ärztin	Fehlbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Individuell angepasste medikamentöse Behandlung - Symptomatische Behandlungen - Interdisziplinäre Therapie 		
	Fehldiagnose			<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Wissen über Krankheit und Diagnose
Angehörige	Fehlende Hilfsangebote in der Region			

Tabelle 4: Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten auf Ebene der Organisation

Herausforderungen	Lösungsvorschläge		Ressourcen
	Behandlung	Kooperation	
- Zeit			- Zeit - Personal
- Personalmangel und –Schlüssel		- Kooperation mit Altenpflegekräften	- Personal
- Fachkräftemangel		- Austausch von Azubis unter den verschiedenen Institutionen - Kooperation mit Altenpflegekräften - Wissensvermittlung in der Ausbildung	
- Druck und Arbeitsstress			- Supervision - Teamklima
- Budget und finanzielle Möglichkeiten		- Politische Thematik	
- Kultur der Krankenhäuser			- PatientInnen nicht an Krankenhaus-Struktur anpassen, sondern Struktur an PatientInnen-Bedürfnisse anpassen
- Festgesetzte starre Strukturen bzgl. der unterschiedlichen Abläufe			- PatientInnen nicht an Krankenhaus-Struktur anpassen, sondern Struktur an PatientInnen-Bedürfnisse anpassen
- Fehlendes Angebot an zusätzlicher Unterstützung für Pflegekräfte		- Rooming-In - Angehörige als Bezugspersonen	- Besuchsdienste
- Überforderung des Systems		- Unterstützung durch Ehrenamtliche und Angehörige (z.B. Besuchs- und Begleitdienste)	- Zeit - Personal
- Räumliche Gestaltung nicht ausreichend für die Bedürfnisse der Alzheimer-PatientInnen			- Spezielle Stationen, Therapieräume und ausgerichtete Zimmer für Alzheimer-PatientInnen - Vertraute Umgebung schaffen - Einrichtungsgegenstände - Aufenthaltsräume - Keine Sackgassen-Systeme - Sprechanlage - Kontraste schaffen - Bewegungsmelder - Einzelzimmer
- Dokumentationsaufwand			- Zeit
- Politische Vorgaben		- Mit dem Gesundheitswesen	

5. Diskussion

5.1 Ergebnisse und Vergleich mit Literatur

Anhand der Interviews aus verschiedenen Perspektiven von Angehörigen, Pflegekräften, Weiterbildende und einem/einer Arzt/Ärztin, die Erfahrungen in Krankenhäusern der Region Regensburg und Kelheim haben, ergeben sich eine Vielzahl an Informationen über die Herausforderungen und mögliche Lösungen im Krankenhaus im Zusammenhang mit Pflegekräften und Alzheimer-Patienten. Diese Herausforderungen können den verschiedenen Ebenen PatientIn, Umgang und Organisation zugeteilt werden.

Auf Ebene des/der PatientIn werden vor allem jene Herausforderungen genannt, die aus einer Alzheimer-Erkrankung bzw. dessen Symptome resultieren. So ist es möglich, dass sich der gesundheitliche Zustand des/der PatientIn verschlechtert und dies die Pflegekräfte vor Herausforderungen stellt, mit denen sie umzugehen wissen müssen. Als hilfreich dafür nannten die Befragten als Lösungsmöglichkeit die Kooperation mit Angehörigen, um Informationen zu erlangen und diese zu nutzen, um den Gesundheitszustand zu verbessern. Insgesamt wurden elf Symptome der Alzheimer-Krankheit genannt, die größtenteils denen von Rüsing und Kollegen (2008) entsprechen (Orientierungslosigkeit, Aggressivität, Umherlaufen, Probleme bei Ernährung, Medikamentengabe und Kommunikation). Weitere, spezifische von den Befragten genannte Krankheitssymptome, die problematische Situationen hervorrufen können sind Schreien sowie paranoide Züge bzw. Wahnvorstellungen. Außerdem wird genannt, dass sich andere PatientInnen durch das Verhalten der Alzheimer-Erkrankten gestört fühlen und dies zu Problemen führen kann. Für diese Krankheitssymptome wird ebenfalls die Kooperation als Lösung genannt, um mithilfe der Informationen über die Biografie, Vorlieben, Gewohnheiten des/der PatientIn Strategien für den Umgang zu entwickeln. Dies deckt sich mit den Angaben von Wingenfeld (2007), demzufolge der Informationsaustausch über den Krankheitsverlauf, Symptome und persönliche Informationen, wie Gewohnheiten und Biographie der Alzheimer-PatientInnen im Krankenhaus nicht ausreichend stattfindet und gefördert werden sollte. Die Befragten nennen für die einzelnen Krankheitssymptome eine Vielzahl unterschiedlicher Lösungen, die unter den Begriff Behandlung und somit in den Aufgabenbereich der Pflegekräfte fallen. Vereinzelt werden Lösungen vorgeschlagen, die den Ressourcen zugeordnet werden können. Die Umsetzung dieser Vorschläge obliegt der Organisation. Es handelt sich hierbei beispielsweise um das Angebot von Fort- und Weiterbildungen oder das zur Verfügung stellen von mehr Zeit und Personal.

Auf der Ebene Umgang mit dem/ der PatientIn sind drei Akteure beteiligt. Die Pflegekräfte, der/die Arzt/Ärztin sowie die Angehörigen. Letztere beklagten im Interview, keine passenden Hilfsangebote zum Zeitpunkt der Erkrankung ihres Angehörigen in der Region Kelheim / Regensburg gefunden zu haben. Ein Lösungsvorschlag hierfür wurde nicht genannt. Es liegt jedoch nahe, dass eine umfassendere Betreuung und Hilfestellung für die Angehörigen der Alzheimer-Erkrankung in Krankenhäusern angeboten werden sollte. Im Umgang der Pflegekräfte mit den Alzheimer-PatientInnen nannten die Befragten die Herausforderungen sowohl im fehlenden Wissen und den Fähigkeiten der Pflegekräfte über die Alzheimer-Krankheit und die besonderen Bedürfnisse der PatientInnen als auch in den falschen Einstellungen oder der Persönlichkeit selbst. Auch eine mögliche Fehlbehandlung der Alzheimer-PatientInnen wurde erwähnt, die beispielsweise aufgrund fehlender Informationen oder falsche Diagnose stattfinden

kann. Als Lösungen wurden beispielsweise verschiedene Schulungen genannt, in denen den Pflegekräften Wissen um den Umgang und Methoden vermittelt werden können. Die Herausforderungen der Ärztinnen/Ärzte liegen laut der Befragten hauptsächlich in fehlerhaften Behandlungen oder dem Stellen einer Fehldiagnose.

Es zeigt sich eine Vielzahl an Herausforderungen auf Krankenhausebene (Ebene Organisation), denen Angehörige und vor allem Pflegekräfte ausgesetzt sind und sich negativ auf die Alzheimer-Erkrankten und deren Behandlung auswirken können. Genannt werden aufgrund von Zeit und Ressourcen miteinander verknüpfte Problematiken, wie der belastende Arbeitsablauf, der Fachkräfte- bzw. Personalmangel, der Dokumentationsaufwand und das finanzielle Budget der Krankenhäuser. Des Weiteren wird beschrieben, dass eine Unterstützung der Angehörigen aber auch der Pflegekräfte – beides könne durch angemessene Kooperation miteinander verbessert werden – notwendig ist. Die Kultur und Struktur der Krankenhäuser sei insofern eine Herausforderung, als dass sich die Pflegekräfte nicht ausreichend individuell auf die Alzheimer-Erkrankten und ihre Bedürfnisse einstellen können. Schließlich ist die räumliche Gestaltung entsprechend der Anforderungen der Alzheimer-PatientInnen ein Problem, dem sich lediglich die Organisation selbst annehmen kann.

5.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Frage der vorliegenden Arbeit nach den Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten, die im Zusammenhang mit Pflegekräften im Umgang mit Alzheimer-PatientInnen in Krankenhäusern der Region Kelheim / Regensburg auftauchen, kann folgendermaßen beantwortet werden: Es gibt eine Vielzahl an Herausforderungen für die Pflegekräfte, welche meist aufgrund der Krankheitssymptome der PatientInnen, durch organisationale Vorgaben oder durch eigenes Verhalten entstehen. Ebenso gibt es für die Angehörigen Herausforderungen, welche sie teilweise durch die Pflegekräfte oder die Umstände ausgelöst sehen. Die Lösungsmöglichkeiten bewegen sich zusammengefasst in der Regel in Bereichen wie Kooperation zwischen den Beteiligten, notwendige und durch die Organisation bereitgestellte Ressourcen und Behandlungsmethoden

5.3 Praktische Implikationen

Die Ergebnisse zeigen, dass es viele Herausforderungen im Krankenhaus im Umgang mit Alzheimer-Erkrankten gibt, die in Zusammenhang mit Pflegekräften auftauchen. Diese Herausforderungen können in vielen Punkten durch aktives Handeln der Pflegekräfte durch beispielsweise Anwendung bestimmter Methoden und Strategien gelöst werden. Notwendig erscheinen hierfür spezielle Weiterbildungen, welche die Wissenslücken der Pflegekräfte schließen und das Interesse an der Krankheit wecken. Nicht immer ist bei Ankunft im Krankenhaus die Alzheimer-Krankheit des/der PatientIn bereits diagnostiziert. Die Pflegekräfte als Personen, die dem/der PatientIn nahe sind, sollten für die Krankheit sensibilisiert werden und gegebenenfalls weiterführende Diagnostik in die Wege leiten.

Als mögliche Weiterbildungen wurden von den Befragten Kommunikationsfortbildungen, Fort- und Weiterbildungen zum Themengebiet der Validation, zur Vermittlung von Wissen über die Alzheimer-Krankheit selbst und den entsprechenden Umgang mit betroffenen Patien-

tInnen sowie deren speziellen Krankheitssymptomen genannt. So kann eine Beschäftigungsmöglichkeit für die PatientInnen dabei helfen, ihre Unruhe und Weglauftendenz einzudämmen. Eine Kooperation im Sinne eines Informationsaustauschs mit Angehörigen bzw. der Einrichtung, in welcher der/die Alzheimer-PatientIn lebt, ist eine für verschiedene Herausforderungen genannte Lösung, die ebenfalls in einer Weiterbildung aufgegriffen werden sollte. Aufgrund der stressigen Arbeitsabläufe und der wenigen Zeit, die die Pflegekräfte im Arbeitsalltag zur Verfügung haben ist es ratsam, eine Weiterbildung im Rahmen eines E-Learningformats zu veranstalten. Es liegt jedoch an den Pflegekräften das Angebot zu nutzen. Die Teilnahme kann jedoch dadurch angeregt werden, dass keine Anwesenheitspflicht in solchen Weiterbildungen besteht.

Auf der anderen Seite steht das Krankenhaus, welche die Ressourcen bereitstellen muss, um den Herausforderungen in der eigenen Organisation entgegenzutreten zu können. Darunter fallen sowohl das Angebot für die Pflegekräfte zur Teilnahme an Weiterbildungen sowie das Arrangieren von Teamsitzungen, in denen die Pflegekräfte Zeit haben, sich über ihre Probleme auszutauschen, Rat einzuholen und sich so gegenseitig Unterstützung bieten können. Dies ist eine Möglichkeit, die Nachhaltigkeit von Weiterbildungen zu gewährleisten. Neben Projekten für die Pflegekräfte gibt es vor allem bauliche Maßnahmen, die den Aufenthalt eines/einer Alzheimer-PatientIn für ihn/sie selbst und für die Pflegekräfte erleichtern. Dazu zählen spezielle Stationen, die auf die besonderen Bedürfnisse der PatientInnen ausgerichtet sind. Beispielsweise durch die Gestaltung der Zimmer und der Einrichtung. So helfen größere Zimmer dabei, eine interdisziplinäre Behandlung durchzuführen. Ist eine spezielle auf Alzheimer- bzw. Demenzerkrankte PatientInnen ausgerichtete Station bereits vorhanden, kann ein zeitbegrenzter Arbeitsinsatz auf so einer Station den Pflegekräften helfen, Erfahrungen mit der Krankheit zu machen und für diese sensibilisiert zu werden.

5.4 Grenzen der Studie

In der vorliegenden Arbeit wird eine Thematik untersucht, bei der es sich um noch weniger erforschtes Feld handelt. Somit beziehen sich die Literaturanalyse und die Erstellung des Interview-Leitfadens auf wenige festgestellte Informationen über die Herausforderungen im Zusammenhang mit Pflegekräften im Krankenhaus im Umgang mit Alzheimer-PatientInnen. Für Lösungsmöglichkeiten konnten keine Informationen gefunden werden, sodass hier kein Vergleich mit anderen Literaturquellen stattfinden kann.

Für die künftige Forschung ist einerseits die vertiefte Befragung der einzelnen Akteure interessant, um die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu vertiefen und gegebenenfalls Lücken durch neue Erkenntnisse zu füllen. Andererseits kann ein Querschnitt mit Hilfe eines Fragebogens für die Organisation Krankenhaus sowie für die Pflegekräfte als solche die Ergebnisse überprüfen. Neben weiterer Forschung gibt es auch die Möglichkeit, konkrete Maßnahmen und Interventionen zu entwickeln oder bestehende Angebote zu evaluieren. In einer solchen Maßnahme könnten diagnostische Fähigkeiten, ein Bewusstsein für das Erkennen der Krankheit oder die richtigen Einstellungen, die Pflegekräfte zur Bewältigung der Probleme im Umgang mit Alzheimer-PatientInnen im Krankenhaus benötigen, übermittelt werden.

Literatur

- Croisile, B. (2012). *Alzheimer: Erkennen, Verstehen, Begleiten*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG). (2016). Alzheimer – Was ist das?. [WWW-Dokument, entnommen am 14.01.2017]. URL <https://www.deutsche-alzheimer.de/unserservice/archiv-alzheimer-info/alzheimer-was-ist-das.html>.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V. Selbsthilfe Demenz (DAIzGBay) (o.J.). Alzheimer / Demenz. Informationen über die Alzheimer Krankheit. [WWW-Dokument, entnommen am 08.09.2017]. URL http://www.alzheimer-bayern.de/hauptseiten/alzheimer_demenz.htm.
- Erpenbeck, J. & von Rosenstiel, L. (2007). *Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Fischer-Terworth, C. & Probst, P. (2012). Effekte einer psychologischen Gruppenintervention auf neuropsychiatrische Symptome und Kommunikation bei Alzheimer-Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(5), 392-399.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327–358.
- Hämel, K. & Schaeffer, D. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform*, 59(4), 413-432.
- Hirsch, R. D. (2008). Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(2), 106-116.
- Kellnhauser, E. (1994). *Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege – Ein Internationaler Vergleich mit Prüfung auf die Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland*. Melsungen: Bibliomed Verlagsgesellschaft.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (5., überarb. Aufl). Weinheim: Beltz.
- Lehrner, J., Bodner, T., Dal-Bianco, P. & Schmidt, R. (2011). Demenzsyndrome. In J. Lehrner, G. Pusswald, E. Fertl, W. Strubreither & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Klinische Neuropsychologie* (S. 375-394). Wien, New York: Springer.
- Lichtmann, M. (2013). *Qualitative research in education: A user's guide* (3rd ed.). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington D.C.: SAGE Publications
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601-613). München: Beltz.
- Roloff, C. (1992). Professionalisierung und erzeugte Fachdistanz. In A. Wetterer (Hrsg.), *Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen* (S. 133 – 143). Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag.
- Rüsing, D., Herder, K., Müller-Hergl, C. & Riesner, C. (2008). Der Umgang mit Menschen mit Demenz in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung. Problematische

- Situationen, Wissensbedarfe und Selbsteinschätzungen. Eine deskriptive Studie. *Pflege & Gesellschaft*, 13(4), 306-321.
- Schaeffer, D. (1994). Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hrsg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen* (S. 103 – 126). Berlin: Ed. Sigma.
- Schockenhoff, E. & Wetzstein, V. (2005). Relationale Anthropologie – Ethische Herausforderungen bei der Betreuung von dementen Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(4), 262-267.
- Simon, M. (2012). *Soziale Dienstleistungen und Fachkräftemangel: Das Beispiel der Pflege*. Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V., Loccum, 19.
- Simon, A. & Flaiz, B. (2015). Sichtweisen der Ärzteschaft zur Professionalisierung der Pflege. *Heilberufe Science*, 6(4), 86-93.
- Taylor, C. (1995). Rethinking nursing's basic competencies. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(4), 1-9.
- Vonken, M. (2005). *Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen und Berufspädagogik*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wingenfeld, K. (2007). Herausforderungen der Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus. In M. Schulz, C. Abderhalden, I. Needham, S. Schoppmann & H. Stefan (Hrsg.), *Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung* (S. 205-210). Unterostendorf: Ibicura.
- Zhang, Z. X., Luk, W., Arthur, D. & Wong, T. (2001). Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 467-474.

Anhang

Tabelle 5: *Allgemeine Angaben zur Person*

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Sub-kategorie	Beschreibung der Sub-kategorien	Beispiel	Interviewfragen
Allg. Angaben zur Person	VPs erzählen kurz zu ihrer Person, ihrer beruflichen Situation (Ausbildung, Position in Organisation, Art der Organisation, Vollzeit / Teilzeit) und der Institution	Biographie	Lebensgeschichte; die wichtigsten Stationen im Leben	„Ich war verheiratet, mein Mann ist inzwischen gestorben, der hatte Alzheimer. Ich habe drei Kinder. Mittlerweile lebe ich mit einem Sohn in dem Haus, die anderen zwei sind ausgezogen.“ (VP 1)	Stellen Sie sich uns bitte kurz vor.
		Beruf	Aktuell ausgeübte Tätigkeit	„Ich bin Gesundheits- und Krankenpfleger an der Universitätsklinik [Stadt anonymisiert], arbeite dort auf Station 93, einer konservative Intensivstation für Herz, Lunge und Nieren“ (VP 7)	Schildern Sie uns bitte Ihre berufliche Situation.
		Berufserfahrung in Jahren	Erfahrung im Bereich der Gesundheitsdomäne und Demenz	„Ich bin seit 4 Jahren hier in [Stadt anonymisiert] und bin mit dem Prof. [Name anonymisiert] gekommen, dem Chef der Allgemeinen Inneren Medizin und Geriatrie. [...] Und ich komme aus [Stadt anonymisiert] und war dort 8 Jahre lang bei [genanntem Prof., Anm.] immer in der Geriatrie. Also jetzt durchgehen 12 Jahre.“ (VP 8)	Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf?
		Vorkenntnisse	Weiterbildungen und Vorwissen über den Umgang mit Alzheimer-Erkrankten	„Ich hab einen Validations-Kurs belegt, dass ist ein Mittel was man bei Demenz-Erkrankten anwenden kann.“ (VP 5)	Welche Vorkenntnisse haben Sie im Umgang mit AE im KH? Haben Sie bereits Weiterbildungen zu dieser Thematik besucht?

Tabelle 6: Ursachen Pflegekraft

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel	Interviewfragen
Ursachen					Welche Probleme können durch das Verhalten von Pflegekräften im Umgang mit AE im KH entstehen? Mit welchen Problemen sehen Sie Pflegekräfte im Umgang mit AE im KH konfrontiert?
Ursachen Pflegekraft	Ursachen für das Verhalten der Pflegekraft				
		Persönlichkeit		„[...] man muss einfach sagen, dass Manche einfach niemals mit demenzerkrankten Menschen umgehen können. Er oder sie schafft es nicht in die Welt einzutauchen. [...] Auf Grund seiner Persönlichkeit.“ (VP 4)	
		Veränderung des gesundheitlichen Zustandes	Der Gesundheitszustand eines/einer Alzheimer-PatientIn kann sich im Verlauf ihrer / seiner Krankheit in unterschiedlichem Ausmaß verändern und einen Einfluss auf das Verhalten der Pflegekraft nehmen.	„Da waren häufiger Rückmeldungen in der Art ‚meine Mutter war jetzt ein paar Mal im Krankenhaus und seitdem ist sie in einem schlechteren Zustand.‘ Also die behandelbare Krankheit ist gut behandelt worden, aber die kognitiven Leistungen haben weiter abgenommen, bei manchen Menschen hat sich das wieder gebessert, aber bei Manchen ist auch ein verschlechterter Zustand“ (VP 2)	
		Fehlbehandlung	Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn eine medizinische Behandlung durch einen/eine Arzt/Ärztin oder einen Angehörigen von Heilberufen, nicht nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards erfolgt, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist (§ 280 I BGB, § 630a II BGB)	„Wird auch von den Fachgesellschaften nicht empfohlen ständig Medikamente einzusetzen im Hinblick auf die Behandlung von akuten Verwirrheitszuständen oder zur Prophylaxe von Stürzen. Wird aber häufig so gemacht. Wir vor allem im Nachdienst sehr häufig angewendet, weil sich die Pflegesituation dann deutlich aggregiert“ (VP 8)	

Tabelle 7: Ursachen Organisation

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel
Ursachen Organisation	Die Organisation, deren Vorgaben, Voraussetzungen und Anforderungen beeinflussen die Pflegekräfte in ihren Verhaltensweisen gegenüber den Alzheimer-PatientInnen.	Mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten	Fehlende Beschäftigungen für den/die PatientIn	„Mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten im Krankenhaus. Das taucht auch bei Demenz auf, dass die Menschen sich nicht mehr beschäftigen können.“ (VP 2)
		Fehlende Vermittlung von Wissen über die Alzheimer-Erkrankung in der Ausbildung	Unzureichende Vermittlung von Wissen, Kenntnissen und Vermögen in der Berufsausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger	[Interviewer] „Aber liegt das an der Ausbildung? Ist das überhaupt nicht in den momentanen Curricula vorhanden?“ [VP] „Zur Zeit überhaupt nicht. Es ist zum Teil überhaupt nicht vorhanden. Es ist sogar in den speziellen Ausbildungen, also für die Altenhilfe, auch nur ein relativ geringer Anteil. Wenn man überlegt das 80% der in Einrichtungen lebenden Menschen, also in Altenheim, an einer Demenz erkrankt sind. Das ist Wahnsinn, dass die Ausbildung die Pflegekräfte zum Teil überhaupt nicht genügend vorbereitet.“ (VP 4)
		Fehlende Hintergrunddaten über die Alzheimer-PatientInnen	Informationen über die Biographie, die Gewohnheiten und Vorlieben des AE helfen der Pflegekraft sich in verschiedenen Situationen den Bedürfnissen der AE entsprechend zu verhalten.	„Ja, die [Informationen, Anm.] muss er schon dabei haben ansonsten ist es wieder zu spät. Sonst verstehe ich manches schon wieder nicht. Allein dass manche PatientInnen auf die Anrede nicht mehr reagieren. Wenn es sich um eine Demenz-erkrankte Person handelt und die Demenz ist vorgeschritten und ich als Frau zum Beispiel den Namen meines Mannes angenommen habe, aber ich in meiner Erinnerung gar nicht mehr verheiratet bin, also auf welchen Namen soll ich bitte reagieren, also reagiere ich nicht. Und in dem Überleitungsbogen steht, die Dame bitte mit ihrem Mädchennamen oder Vorname ansprechen und dann habe ich schon eine Hilfe, weil ich Zugang zu dem Patienten finde. Habe ich das nicht, steh ich vor dem ersten Problem, der Patient reagiert nicht.“ (VP 4)

Fehlende Informationen	Die nicht vorhandene Information bei Einlieferung ins Krankenhaus darüber, dass der/die PatientIn an Demenz leidet.	„Häufig ist nicht bekannt, dass es nicht nur der Oberschenkelhalsbruch ist, der da kommt, sondern dass der Mensch noch ein zusätzliches Thema hat, nämlich eine solche Erkrankung [Demenz, Anm.]“ (VP 2)
Organisationale Voraussetzungen	Gestaltungen des Systems Krankenhaus (Strukturen, Abläufe, Regelungen, Systeme, Mechanismen). Eine Organisationsstruktur, die richtige Voraussetzungen und Arbeitsbedingungen schafft.	„Wissen Sie, im Krankenhaus hat man immer ein gewisses Schema. Das ist ja das schlimme, wenn man diesen – in Bayern gibt es den Ausdruck ‚Das haben wir immer schon so gemacht‘“ (VP 3) „Wir neigen immer dazu Altenpflegekräfte in die bestehenden Strukturen reindrücken zu wollen. Da heißt es eben, eine Fachkraft muss einen Bereich von X Patienten nehmen und die Altenpflegekraft muss sich dann in den medizinischen Bereich einarbeiten, damit sie das auch machen kann. Eigentlich könnte man die ganz anders nutzen von ihrem Wissen her.“ (VP 9)
Fehlende Ressourcen	Die nicht vorhandenen Ressourcen, die Pflegekräfte zur gewissenhaften Ausübung ihrer Arbeit benötigen, wie Zeit, finanzielle Mittel, Personal und weiteres.	„Ansonsten kann man sich denen irgendwie nur annehmen und wenn die laufen können, muss man mit ihnen [Alzheimer-Erkrankten, Anm.] laufen, da haben wir wieder die Zeit nicht dafür.“ (VP 9) „Fachkräftemangel, den wir tatsächlich in der Pflege jetzt haben. Immer weniger Personal für immer mehr Patienten.“ (VP 8)
Veränderung des gesundheitlichen Zustands	Der Gesundheitszustand eines/einer Alzheimer-PatientIn kann sich im Verlauf seiner Krankheit in unterschiedlichem Ausmaß verändern i.d.R. verschlechtert die Organisation diesen Zustand auf Grund fehlender Ressourcen, fremder Umgebung etc.	„Ich habe es erlebt. Bei uns auf Station Gott sei Dank seltener, aber wenn Patienten kommen, sind sie aus ihrem häuslichen, vertrauten Umfeld komplett herausgerissen. Oftmals führt das zu Verwirrung, Unsicherheit und es folgen teilweise auch Aggressionen der Patienten.“ (VP 7)
Arbeitsaufgabe	Problem liegt in der Arbeit selbst, nicht in den organisationalen Strukturen	„Dann bin ich sehr oft oben gewesen und hab ihr das Essen immer gegeben, aber das ist ja an sich nicht meine Aufgabe. Also das sind schon gravierende Mängel.“ (VP 3)

Tabelle 8: Ursachen Arzt/Ärztin

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel
Ursachen Arzt/Ärztin	Das Verhalten des/der Arztes/Ärztin und dessen Behandlung als Ursache für das Verhalten der PK, den Gesundheitszustand oder die Behandlung des/der PatientIn	Fehldiagnose	Eine Fehldiagnose ist eine durch einen/eine Arzt/Ärztin gestellte, falsche Diagnose bei abgeschlossenen, diagnostischen Entscheidungsprozessen. Die Symptome und Befunde werden der falschen Krankheit zugeordnet, wodurch es häufig zu einer unzureichenden, falschen oder sogar schädlichen Therapie führt (Kirch & Engwicht, 2005).	„Häufig tauchen Delirien auf und die Unterscheidung oder die Klärung was ist Delir, was ist Demenz erfolgt häufig nicht“ (VP 2) „Da ist schon wieder [die Frage, Anm.] wo fängt Demenz an und wo hört sie auf, welcher Patient soll jetzt dahin“ (VP 9)
		Fehlbehandlung	Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn eine medizinische Behandlung durch einen/eine Arzt/Ärztin oder einen Angehörigen von Heilberufen, nicht nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards erfolgt, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist (§ 280 I BGB, § 630a II BGB)	„wenn ein Mensch mit einer Demenz-Erkrankung schreit, dann wird ihm unterstellt, das sind herausfordernde Verhaltensweisen, der braucht Psychopharmaka. Es unterbleibt eine ausreichende oder fachgerechte Schmerzversorgung“ (VP 2) „Ich würde meine Frau nie mehr in so ein Krankenhaus lassen. Da wird sie nur ruhiggestellt.“ (VP 3)
		Veränderung des gesundheitlichen Zustandes	Das Verhalten und die Behandlung des/der Arztes/Ärztin können sich sowohl negativ als auch positiv auf den gesundheitlichen Zustand des/der Alzheimer-PatientIn auswirken.	„Da waren häufiger Rückmeldungen in der Art ‚meine Mutter war jetzt ein paar Mal im Krankenhaus und seitdem ist sie in einem schlechteren Zustand.‘ Also die behandelbare Krankheit ist gut behandelt worden, aber die kognitiven Leistungen haben weiter abgenommen, bei manchen Menschen hat sich das wieder gebessert, aber bei Manchen ist auch ein verschlechterter Zustand“ (VP 2)
		Überforderung		„Inzwischen merken alle, dass man andere Welten schaffen muss für die Menschen [mit Demenz, Anm.], sonst haben alle Beteiligten Schwierigkeiten. Die Ärzte sind davon auch betroffen, dass sind auch arme Tröpfe. Denen geht es natürlich auch so. Die haben es lediglich leichter, die sagen ‚Schwester, kümmerge dich‘ und gehen wieder. Die Ärzte verzweifeln jedoch bei Untersuchungen.“ (VP 4)

Tabelle 9: *Ursachen PatientIn/ Krankheitssymptome*

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel
Ursachen PatientIn/ Krankheits-symptome	Das Verhalten der PatientInnen und deren Krankheits-symptome als Belastungsfaktoren für die (1) Alzheimer-PatientInnen, (2) andere PatientInnen, (3) Pflegekräfte und (4) Organisation.	(1) Alzheimer-PatientInnen	Faktoren, die von außen auf den Alzheimer-Erkrankten zukommen, Auswirkungen haben und eine Belastung darstellen, ausgelöst durch die Krankheitssymptome oder das eigene Verhalten.	„Wir haben das große Problem, dass für die Demenz-Kranken oder die Alzheimer-Patienten es eine völlig neue Umgebung ist. Wir haben das Problem, die Bewohner fallen im Heim irgendwo hin, dann brechen die sich was, dann kommen ganz viele Leute, sacken die [Alzheimer-Erkrankten, Anm.] ein und bringen sie in die Klinik. Die wissen vorher schon nicht so richtig wo sie sind und dann in der Klinik gleich dreimal nicht. Alles ist neu, ganz viele Menschen, am besten noch in einem Mehrbettzimmer.“ (VP 9)
		(2) andere Personen	Folgen und Einflüsse des Verhaltens von AE oder deren Krankheitssymptome auf andere PatientInnen, die nicht an Alzheimer erkrankt sind (z.B. Schreien, Umhergehen, usw.)	„Es führt natürlich auch zur Mitbelastung von anderen Patienten, ist auch klar. Die sagen ‚Jetzt stopf der endlich das Maul, ich kann es nicht mehr hören, dass die die ganze Zeit schreit‘“ (VP 2) „Bei uns sind die meistens nicht auf den Zimmern. Meisten sind sie im Aufenthaltsraum oder so auf Station unterwegs, manchmal auch in anderen Zimmern. Das ist immer bisschen schwierig, teilweise wenn man andere Patienten hat, die nicht so Dement sind und sich darüber aufregen, aber man kann es ihnen erklären und dann passt das auch.“ (VP 5)

(3) Pflegekräfte	Die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken (Domnowski, 2010), ausgelöst durch den/die Alzheimer-PatientIn und seine/ihre Krankheits-symptome.	
Andere PatientInnen		„[...] den Druck von anderen Patienten spüren, die sagen ‚das geht doch nicht‘ oder ‚den hau ich! Da muss doch was gemacht werden‘“ (VP 2)
Verwirrtheit und Wahnvorstellung		„Sehr viele Menschen die eine Demenz haben und zu Hause einigermaßen zurechtkommen und durch den Umgebungswechsel hier eine akute Verwirrtheit entwickeln, sind hier ganz anders als zu Hause. Hoch unruhig, vielleicht auch paranoide Züge und das stellt alle vor eine große Herausforderung.“ (VP 8)
Verhalten und Krankheitssymptome der Alzheimer-Erkrankten	Verhalten sowie Krankheitssymptome der AE gegenüber der Pflegekraft oder als Belastung für die Pflegekraft, welches sich z.B. durch Aggressivität, Schreien, Umhergehen, (innere) Unruhe, Unsicherheit äußert.	„Also sie kommen speziell zu uns wenn sie zum Beispiel aggressiv geworden sind im Rahmen der Erkrankung oder im Verlauf, wenn es immer schlechter wird, wenn die Patienten immer mehr abbauen vom Gehirn her, werden sie aggressiv und verweigern die Medikamente, trinken zu wenig, essen zu wenig.“ (VP 5)
Verweigerung der medizinisch notwendigen Versorgung		„Wenig Personal in der Nacht da, viele Patienten und dann, wenn jemand ununterbrochen unruhig ist, das ist nicht gut.“ (VP 8) „Wenn es solche Sachen sind wie EPG oder Blutdruck, dann akzeptieren die Leute das noch eher. Wenn jedoch ein Sauerstoff-Klipp an Finger dazukommt, der wird die ganze Zeit runter gemacht, weil er sie stört zum Beispiel. Problematisch wird es dann auch bei so etwas wie Venenkathetern, zentralen Venenkathetern oder auch arteriellen Kathetern, die eventuell auch schmerzhaft sein können, wenn man die Hand bewegt oder einfach etwas stören und die Leute diese aktiv entfernen.“(VP 7)
Nahrungsaufnahme / Nahrungsverweigerung		„Oder wir Leute in der Arbeit, wir sehen das oft, denen wird das Essen hingestellt, dann wird es vielleicht noch geschnitten, weil man weiß, der kann es nicht schneiden und dann wird noch der Deckel runtergetan vom Essen [...]. Die sitzen dann dort und [die Pflegekräfte fragen, Anm.] ‚Warum isst du nichts?‘ – ‚Mhm‘. Das geht nicht. Also die schaffen das nicht, dass sie die Gabel nehmen und das zum Mund führen.“ (VP 1)
Orientierung		„Dann haben sie [somatische Krankenhäuser, Anm.] halt die große Problematik, dass die Patienten aus dem Zimmer gehen und erkunden die Gegend und kommen leider nicht mehr zurück oder in den seltensten Fällen. Die Orientierung ist nicht mehr da, die Patienten wissen nicht mehr wo sie sind. Damit hat das Pflegepersonal glaube ich ein ganz großes Problem [...]“ (VP 5)

Körper- wahrnehmung	„Ein anderes Problem kann z.B. sein, dass die Wahrnehmungsgrenzen, diese Körper-Wahrnehmungsgrenzen, verschwinden. Die kommen viele Patienten: Eine Anti-Dekubitus-Matratze, das sind Wechseldruck-Matratzen, die sich über Luftdruck immer wieder verschieden aufpumpen, an verschiedenen Stellen. Braucht man einfach, damit sie [die Patienten, Anm.] keine Druckgeschwüre bekommen. Gerade wenn wir bestimmte Medikamente geben, die die periphere Durchblutung vermindern, weil sie die Gefäße verengen, müssen die [Patienten, Anm.] auf solche Matratzen. Der Nachteil ist, man hat eine ganz schlechte Körperwahrnehmung. Man liegt in dem Bett und dann pumpt etwas auf, es pumpt dort auf und auch einfach auch die Körpergrenzen-Wahrnehmung ,Wo fängt mein Körper an, wo hört er auf?‘ ist für die [Patienten, Anm.] viel schwieriger.“ (VP 6)
Kommunikation	„[...] das nicht Befolgen von Aufforderungen, dass man sagt ,bitte trinken Sie nicht zu viel‘ oder man den Patienten erklärt, dass sie nicht so viel Trinken dürfen, weil das Herz nicht mit so viel Flüssigkeitszufuhr zurechtkommt und dann nach 5 Minuten, fragen die Patienten wieder ,ich hab Durst, ich möchte etwas trinken‘ und man [Pflegerkraft, Anm.] es immer und immer wieder erklären muss.“ (VP 7)
(4) Organisation	„Der steht auf und geht wandern, daraufhin muss er gesucht werden, eine Menge Personal wird benötigt, das ist Zeitverschwendung, um es mal so zu sagen.“ (VP 2)

Tabelle 10: *Ursachen Region*

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel
Ursache Region	Die Umgebung bzw. die Region als Ursache für die Probleme der Angehörigen und Alzheimer-Erkrankten	Mangel an Angeboten		„das war in der Zeit wo mein Mann krank war und bei uns hat es nichts gegeben. Bei uns gibt’s nichts. [Interviewer: „Also an Angeboten?“] Ja. Ich war da ganz verzweifelt und hätte immer was gesucht gehabt.“ (VP 1)

Tabelle 11: Lösungsvorschläge

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel	Interviewfragen
Lösungsvorschläge	Konkreter Vorschlag der Versuchspersonen zur Lösung eines zuvor genannten Problems	Diversität in Arbeitsbereichen	Pflegekräfte durchlaufen unterschiedliche Stationen und haben verschiedene Schwerpunkte	„Dass man auch immer wieder ein bisschen einen Wechsel hat in seinem Berufsbild. Dass man nicht einmal festgelegt ist für alle Zeiten, sondern dass man verschiedene Stationen durchläuft, um einfach auch die Denke [Denkart, Anm.] aufzusaugen.“ (VP 8)	Was glauben Sie, wie Pflegekräfte diese Probleme lösen könnten?
		Spezielle Angebote		„Sie bräuchten eine Grundeinweisung und Schulung ‚Was mache ich mit einem Alzheimer-Patienten? Wo muss ich besonders drauf achten? Dass der nicht mehr richtig reagiert, dass der nicht mehr richtig essen kann, dass ich dem auch eine besondere Zeit zukommen lassen muss‘. Ich glaube, dass da beides [Wissen und Einstellung, Anm.] fehlt.“ (VP 3)	
		Kooperation zwischen den Institutionen sowie den Angehörigen	Kooperation in Form von einer Zusammenarbeit des Krankenhauses mit Angehörigen und anderen Institutionen, wie Pflegeeinrichtungen, zum Zweck des Informationsaustauschs über die Alzheimer-PatientInnen. Sowie eine Kooperation in Form von einem Austausch der Auszubildenden, die in den verschiedenen Institutionen eingesetzt werden.	„Wir arbeiten auch ganz eng mit den Angehörigen zusammen.“ (VP 5) „Also bei der Demenz ist erst einmal einer der wichtigsten Menschen um die wir uns mit der gleichen Aufmerksamkeit kümmern müssen, die Familie, die Angehörigen, weil die sind gnadenlos überfordert. Da brechen Welten zusammen.“ (VP 4) „Ich denke, man muss mehr zusammenarbeiten. Auch mit dem Umfeld, mit den Pflegeheimen. Da muss ein viel besserer Kontakt her, dass man einfach schon ein bisschen informiert wird: ‚Hör mal zu, der hat eine Weglauftendenz. Wenn ihr drei Mal am Tag einfach eine größere Runde lauft, dann könnt ihr das ein bisschen eindämmen‘, sowas.“ (VP 9)	

patientenorientierte Räumlichkeiten	Stationen und Zimmer, die an Bedürfnisse des Alzheimer-Erkrankten angepasst werden und dem gesundheitlichen Zustand dienen	<p>„Auch sorgen wir natürlich dafür, dass die Patienten eine große Uhr im Zimmer haben, dass sie wissen, wie spät es ist.“ (VP 6)</p> <p>„Das ist ganz gut. Durch diese Lichthöfe [kleiner, nicht begehbare Hof, der draußen liegt, Tageslicht gibt und durch Verglasung von den Gängen aus betrachtet werden kann, Anm.] haben wir die Möglichkeit, dass die Patienten auch laufen können, so ‚8er‘ drehen können. Es ist nicht so, dass es ein Gang ist um am Schluss ist eine Wand, sondern man hat die Möglichkeit, sich zu bewegen.“ (VP 8)</p>
Patientenorientierte Pflege		<p>„Das mehrere diagnostisch notwendigen Dinge gleichzeitig gemacht werden und es nicht ständig eine Stückelung von irgendwelchen Terminen ist“ (VP 2)</p> <p>„Man müsste interdisziplinär belegen.“ (VP 9)</p>
Beschäftigungsmöglichkeiten		<p>„Seit zwei, drei Monaten haben wir extra einen Demenz-Wagen. Den Wagen hat eine Kollegin von mir entwickelt, sag ich jetzt mal, da sind ganz viele Sachen extra für Demenz-Patienten zum Fühlen, Bücher, CDs zum Hören, Spiele verschiedener Art, auch für Hausfrauen zum Beispiel oder für Sekretärinnen Büroklammern und lauter solche Sachen, die sie dann sortieren können. Memorys oder Lieder.“ (VP 5)</p>
Besuchs- und Begleitedienste	Ehrenamtliche MitarbeiterInnen, die die AE im Krankenhaus besuchen oder die PatientInnen zu Terminen begleiten und somit eine Entlastung für die Pflegekraft sind.	<p>„Heute gibt es Familien, wo die Kinder weit weg sind und dann brauche ich Ehrenamt oder Alltags-Begleiter oder wie auch immer man die nennen möchte. Man muss dann darauf hoffen, dass die beiden miteinander zurechtkommen.“ (VP 4)</p>
Ressourcen erhöhen	Den Pflegekräften mehr Zeit zur Verfügung stellen, mehr Personal einstellen, etc.	<p>„Mehr Zeit am Bett.“ (VP 8)</p> <p>„[...] mehr Pflegekräfte heißt, dass wir uns die Zeit anders aufteilen können und auch das wir mehr Zeit für Patienten haben. Wir würden es dann vielleicht auch schaffen, Patienten eins zu eins zu betreuen.“ (VP 7)</p>
Behandlungstechniken	Methoden für den Umgang mit Alzheimer-Erkrankten, wie z.B. Validation	<p>„Einfach viel intensive Betreuung, oft hingehen, oft wieder erklären, direkt ansprechen, ruhig kommunizieren.“ (VP 9)</p> <p>„Du musst dich auf die Dementen einstellen. Ich sag es mal so, wenn die spinnen, dann spinn ich mit und dann kommen wir super gut klar.“ (VP 1)</p>

Arbeitsstruktur	Teamarbeit, Supervisionen, etc.	<p>„Wir haben einen Sozialdiener auf Station mit dem wir im interdisziplinären Team besprechen, was passiert mit dem Patienten, was ist für den Patienten am wichtigsten und am besten und natürlich auch für die Angehörigen, was kann für die entlastend sein. Man überlegt wie es zuhause wieder funktioniert mit Hilfe von ambulanten Unterstützungen oder mit einer Pflegekraft oder muss die Person doch ins Altenheim.“ (VP 5)</p> <p>„Das ist eigentlich auch eine Wunschvorstellung, die ich mir auch bei uns oftmals wünsche, dass man sagt, man hat Supervisionen ‚Wie ging es dir mit dem Patienten?‘, ‚Was war belastend bei Ihnen?‘, aber das gibt es in der Klinik höchst selten. Ich glaube, die einzigen Angebote, die mir einfallen, sind wenn Patienten gewalttätig gegenüber Pflegekräften werden, dass diese auch verletzt werden. Dafür gibt es Supervisionen prinzipiell oder auch bei dem Tod eines Kollegen, aber ansonsten fallen mir jetzt nicht viele Sachen ein, wo fest vorge-schrieben Supervisionen gemacht werden, aber jetzt auch regelmäßig mal über irgendwas zu reden.“ (VP 7)</p>
Ausbildung	Lücken und Verbesserungsvorschläge bzgl. der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger/in	<p>„Im Nachgang würde ich jeder examinierten Pflegekraft vorschlagen ein Jahr im Pflegeheim zu arbeiten auf einer gerontopsychiatrischen Ebene. Warum? Ich komme nämlich gar nicht auf die Gedanken mit Fixierungen und Tabletten, weil es macht das Ganze nur noch schlimmer. Die Patienten werden noch unruhiger, die kriegen noch mehr Angst, es wird alles nur schlimmer, ich komme eigentlich viel besser zum Ziel, wenn ich die Patienten an die Hand nehme und eigentlich die fünf Minuten nutze, um deren Laufdrang runter zu bringen anstatt sie anzuschallen. Das würde ich so favorisieren, wenn ich einen Wunsch hätte.“ (VP 9)</p>
Primäre Pflege	Die PatientInnen bekommen eine Pflegekraft zugeteilt, die als Ansprechpartner fungiert und für deren Pflege und Abläufe während des gesamten Aufenthalts zuständig ist. Sie erhält alle notwendigen Informationen, um einen optimalen Behandlungsablauf sicherzustellen (Manthey, 2011)	<p>„Auch auf Normalstation haben die Patienten immer einen Ansprechpartner in der Pflege. Es ist nicht so, dass immer wieder jeden Tag jemand anderes kommt, sondern bei der Primären Pflege ist jeden Tag mein Ansprechpartner [da, Anm.]. Die kriegen also wirklich eine Visitenkarte, wo der Name draufsteht von der Primären Pflege als Ansprechpartner und die kümmert sich dann auch um alle Belange, so etwas wie: wie wird er entlassen? Wie geht’s weiter? Und so weiter und so fort. Die haben einen Ansprechpartner. Ich glaube auch gerade bei älteren Patienten ist es wichtig, auch für die Angehörigen ist es wichtig, dass sie einen [Betonung auf „einen“, Anm.] Ansprechpartner haben.“ (VP 6)</p>

Tabelle 12: *Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen*

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel	Interviewfragen
Wissen	Gesamtheit der Kenntnisse und Fakten, die eine Pflegekraft besitzt. Wissen kann individuell erworben und in Lernprozessen vermittelt und angeeignet werden (Dudenredaktin, o. J.)	Wissen über gesetzliche Regelungen		„Was viele Kliniken überhaupt nicht wussten, die gesetzlichen Bedingungen für Rooming-In. Es ist selbstverständlich, wenn der aufnehmende Krankenhaus-Arzt sagt, die Behandlung ist nur gesichert, wenn eine Bezugsperson dabei ist und da gibt es 45 € pro Tag für das Bett, was von einem Angehörigen belegt wird. Diese Gesetzesregelungen waren vielen Kliniken überhaupt nicht bekannt, obwohl es diese nicht erst seit gestern gibt.“ (VP 2)	Was denken Sie brauchen Pflegekräfte für einen professionellen Umgang mit AE im KH? (bezüglich Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen) Was fehlt den Pflegekräften für einen professionellen Umgang mit AE im KH? (bezüglich Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen)
		Wissen zu Methoden	Kenntnis der Pflegekraft über verschiedene Methoden, deren Anwendung zur Lösung von problematischen Situationen mit Alzheimer-Erkrankten beitragen.	„[Interviewer] Dann sagen Sie, dass den Pflegekräften Wissen fehlt, also eklatant? [VP] „Ja, absolut. Ich versuche es simpel. Ich versuche sonst immer den Demenz-Erkrankten in meine Welt zu holen und das funktioniert nicht. Ich muss in seine Welt und dabei gebe ich aber Sicherheit auf, da ich mich in eine vollkommen fremde Welt begeben. Wie will ich validieren, wenn ich immer denke, dass ich in meiner Welt bleiben muss. Das ist nicht zu vereinen.“ (VP 4)	

	Wissen über physiologische Abläufe	Kenntnis der Pflegekraft über die physiologischen Abläufe, die mit der Alzheimer-Erkrankung einhergehen	„wenn man dann fragt ‚Was ist Demenz? Was passiert da im Einzelnen?‘. [...] da kommt nix.“ (VP 2)
	Wissen über den Umgang mit AE	Kenntnis der Pflegekraft darüber, wie mit Alzheimer-Erkrankten in den unterschiedlichen Situationen umgegangen werden sollte	„Ich glaube, die sind halt mit den Dingen ganz, ganz wenig vertraut.“ (VP 3) „Weil die meisten, das sag ich, können mit dementen Leuten nicht umgehen.“ (VP 1)
	Wissen über die Alzheimer-Krankheit	Allgemeine Informationen über die Krankheit und den Verlauf, die benötigt werden, um herauszufinden, in welchem Zustand sich ein/e PatientIn befindet und wie der Umgang mit Alzheimer-Erkrankten gestaltet wird	„Erst einmal war das ganze Wissen, sag ich jetzt Mal, weder bei den Pflegekräften noch bei den Ärzten vorhanden. Das Wissen, was ist ein Delir, wie sieht das aus und was ist eine Demenz, war überhaupt nicht vorhanden.“ (VP 2) „Und das ist eigentlich das, womit ein Akutkrankenhaus wie wir, also nicht eine psychiatrische [unverständlich, 02:35] immer wieder Probleme hat, weil diese Patienten kommen und treffen auf Pflegekräfte, die vielleicht aus dem Bereich Unfallchirurgie kommen, die aus dem Bereich HNO kommen. Fachfremde Abteilungen, die nicht an geriatrische gewöhnt sind und dann häufig Schwierigkeiten haben, sich auf die Bedürfnisse einzustellen, die Demenz-Erkrankte haben und auch auf ihr Verhalten.“ (VP 8)
Fähigkeiten	Fähigkeiten, die den Pflegekräften sowohl ein sinnvolles Handeln in verschiedenen Situationen als auch ein selbstorganisiertes Handeln trotz Unsicherheit ermöglichen. (Erpenbeck & Von Rosenstiel, 2007)		„Man braucht die Empathie für die Bewohner oder Patienten“ (VP 9) „Da wäre es schon wichtig, dass man die Geduld für demente Leute hat. Also man brauch ganz viel Geduld, weil sie können es halt nicht mehr schneller.“ (VP 1)
Einstellungen	Eagly und Chaiken (1993) definieren Einstellungen als eine psychologische Tendenz, die dadurch zum Ausdruck gebracht wird,		„[...] wenn ich mich damit auseinandersetzen will, dann mache ich das, weil es mein Herzblut ist und wenn ich das nicht machen möchte, weil ich der Meinung bin, ich bin Krankenpfleger oder -pflegerin, dann mache ich das eben nicht.“ (VP 9)

dass ein bestimmtes Objekt mit einem bestimmten Ausmaß an Zustimmung oder Ablehnung bewertet wird. Durch Einstellungen werden wertende Urteile gegenüber einem Reiz zum Ausdruck gebracht.

„[Interviewer] Aber da habt ihr die zeitlichen Ressourcen?“ [VP] „Die nehmen wir uns dafür schon, weil es ist schon wichtig. Wir denken uns, wenn wir nicht wirklich validierend arbeiten würden, dann werden die Patienten auch unruhig und wir hätten noch mehr Arbeit, wie wenn wir jetzt uns mal zwei Minuten Zeit nehmen und die Validation anwenden und die Patienten damit auch ruhiger bekommen.“ (VP 5),„[...] wenn ich mich damit auseinandersetzen will, dann mache ich das, weil es mein Herzblut ist und wenn ich das nicht machen möchte, weil ich der Meinung bin, ich bin Krankenpfleger oder -pflegerin, dann mache ich das eben nicht.“ (VP 9)

„[Interviewer] Aber da habt ihr die zeitlichen Ressourcen?“ [VP] „Die nehmen wir uns dafür schon, weil es ist schon wichtig. Wir denken uns, wenn wir nicht wirklich validierend arbeiten würden, dann werden die Patienten auch unruhig und wir hätten noch mehr Arbeit, wie wenn wir jetzt uns mal zwei Minuten Zeit nehmen und die Validation anwenden und die Patienten damit auch ruhiger bekommen.“ (VP 5)

Tabelle 13: Professionalität/ Weiterbildung

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Subkategorien	Beispiel	Interviewfragen
Professionalität / Weiterbildung		Beschreibung der Institution		„Also geriatrische Tagesklinik oder besser noch akutgeriatrische Tagesklinien gibt es 5 in Bayern. Also schon relativ wenig. Das Konzept ist gar nicht mal so neu, das gibt es schon länger. Aber hier in [Stadt anonymisiert] gibt es das noch nicht so lang. Funktioniert so: Patienten sind zu Hause, selbstständig wohnend oder mit Unterstützung, können aber auch aus dem Heim kommen. Im Umkreis von 30km müssen sie wohnen hier um [Stadt anonymisiert] rum und werden dann morgens vom Fahrdienst abgeholt, hierher gebracht und dann von uns interdisziplinär behandelt. Also bekommt hier jeder einen individuellen Therapieplan, wo wir dann die Leiden behandeln. Z.B. Schmerzstellung oder Sturzabklärung oder Abklärung und Behandlung einer Depression oder einer Demenz. Aber das alles vor dem Hintergrund einer bestehenden Multimorbidität, also die Patienten haben nicht nur eine Demenz, die haben auch eine Diabetes, die nicht gut eingestellt ist, eine Hypertonie, dann sind sie in letzter Zeit öfters hingefallen und und und. Das ist so unser Ansatz.“ (VP 8)	
		Beschreibung des Weiterbildungsangebots	Konkrete Bestandteile bzw. Inhalte und thematische Zusammenstellung der WB	„[...] ‚Demenz - Wissen und Verstehen‘ genannt, also Background zur Demenz-Erkrankung, welche Veränderungsprozesse passieren da, welche unterschiedliche Erkrankungen gibt es, Symptome die auftauchen, wie reagieren Menschen in Belastungssituationen, auch das Eigenempfinden der Menschen, wie bekommt jemand eine solche Situation im Krankenhaus mit“ (VP2)	Was unterscheidet Ihr Angebot von anderen WB? Was kann an den bisherigen Angeboten noch verbessert werden? Wie sollte eine gute Weiterbildung gestaltet sein / wie sieht eine gute WB aus?
		Eigene Projekte/ Angebote	Angebote über WB, die die Institution oder die VP selbst anbieten	„Es gibt den Demenz-Beauftragten im Krankenhaus, wo man sagt ‚vielleicht bräuchte es mal ein oder zwei Spezialisten, die mit ihrem Wissen andere anführen‘.“ (VP 4)	Kurze Beschreibung unsererseits über das Weiterbildungs- Angebot der VP

Grundgedanke der WB	Die Idee, die als Fundament hinter dem Konzept aller WB steht	„Die müssen das selber mitmachen. Selber erfahren einfach wie unangenehm das sein kann, wenn man sich einfach auf den anderen verlassen muss, dass da wirklich jemand steht und da geht’s einen Meter runter links neben dir, direkt an der Bettkante.“ (VP 6)	Was zeichnet Ihr Angebot aus?
Ausgangspunkt	Auslöser für die Entwicklung einer Weiterbildung	„Da waren häufiger Rückmeldungen in der Art ‚meine Mutter war jetzt ein paar Mal im Krankenhaus und seitdem ist sie in einem schlechteren Zustand‘ Also die behandelbare Krankheit ist gut behandelt worden, aber die kognitiven Leistungen haben weiter abgenommen, bei manchen Menschen hat sich das wieder gebessert, aber bei Manchen ist auch ein verschlechterter Zustand. Also wenn man es so sagen will, im Grunde genommen hat ein Schub in der Demenz-Erkrankung stattgefunden. Das war im Grunde der Anlass für uns darüber nachzudenken bräuchte es nicht auch für Kliniken stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz“ (VP2)	Für welche Herausforderungen sollten WB entwickelt werden? Welche Probleme können durch die WB gelöst werden?
Weitere Angebote	Anderweitige Angebote; Fort- und Weiterbildungen an denen die VPs teilgenommen haben	„Also bei uns, wir haben das [Name der Abteilung anonymisiert, Anm.] ein Institut für Bildungs- und Personalentwicklung, dort werden uns [den Pflegekräften, Anm.] immer viele verschiedene Fortbildungen angeboten. Unter anderem auch Kommunikationsfortbildungen, wie man in Konfliktsituationen richtig reagiert, wie man die Validation vor allem auf Demenz-Erkrankte spezialisiert also lauter solche Sachen. Man kann sich dort anmelden, es ist natürlich auf freiwilliger Basis, aber das wird bei uns eigentlich immer relativ gut besucht, da wir eben auch so etwas in unserem Haus auch brauchen.“ (VP 5)	Kennen Sie noch andere Weiterbildungs-Angebote? Was braucht es noch an zusätzlichen Maßnahmen und Angeboten für Pflegekräfte, um einen professionellen Umgang mit AE im KH zu ermöglichen?
Kein Bedarf an Weiterbildungen	Die VPs äußerten keinen Bedarf an Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Demenz oder Alzheimer-Krankheit, da diese Thematik aus verschiedenen Gründen keine große Relevanz für sie darstellt.	„Bei uns auf Station wir dahingehend nichts angeboten, also bezogen auf Alzheimer und Demenz. Auf das Thema Delir natürlich schon, da das für uns viel präsenter ist, wobei ich auch nicht finde, dass wir deutlich mehr Fortbildungen zu Alzheimer oder Demenz bräuchten, weil wir damit selten zu tun haben und weil das bei uns auch nicht das primäre Problem der Patienten ist. Natürlich kann man sich auch privat Fortbildungsangebote einholen und auch da habe ich es bei Kollegen noch nicht erlebt, dass sie auf das Thema Alzheimer gekommen wären und auch ich persönlich würde nicht auf das Thema kommen, da wir einfach viele andere Sachen davor hätten, die für uns interessanter sind und bei uns auf Station ist diese Krankheitsbild eher beiläufig und Gott sei Dank auch nicht so häufig ist.“ (VP 7)	