



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

## „Plötzlich weg“

Die Bedeutung der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen  
Erkrankung im Kontext professionellen Handelns

verfasst von / submitted by

Christoph Bauer, BScN

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna, 2021

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

UA 066 330

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

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

## **Dankesworte**

Ein herzliches Dankeschön gilt meiner Betreuerin Fr. Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer. Sie hat durch ihre wissenschaftliche Kompetenz und ihre hilfreichen Anregungen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ein weiterer Dank geht auch an meine StudienkollegInnen, die mir während des Studiums immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind und in vielen Angelegenheiten weitergeholfen haben.

Besonderer Dank gilt Fr. Bianca Sünbold, Bsc meiner guten Freundin und Weggefährtin während des gesamten Masterstudiums.

Ein herzliches Dankeschön auch meinen InterviewteilnehmerInnen, die mit ihren Erlebnissen diese Arbeit erst ermöglichten.

Vor allem gilt meiner Familie ein besonderes Dankeschön, ohne die ich meinen Weg nie gehen hätte können.

# **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung und Problemdarstellung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund und Forschungsstand .....</b>	<b>4</b>
2.1	Der Begriff Abgängigkeit .....	4
2.2	Abgängigkeit im Kontext der Erkrankung Demenz .....	6
2.2.1	Demographische Aspekte der Demenz .....	6
2.2.2	Die Erkrankung Demenz.....	6
2.2.3	Abgängigkeitsrisiko aufgrund der Demenz.....	7
2.2.4	Erhöhtes Abgängigkeitsrisiko aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes .....	9
2.3	Auswirkungen einer Abgängigkeit .....	11
2.4	Prävention von Abgängigkeit.....	12
2.4.1	Allgemeine Maßnahmen bei Menschen mit einer Demenz im Krankenhaus ....	12
2.4.2	Konkrete Maßnahmen zur Vorbeugung einer Abgängigkeit .....	13
2.4.3	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Prävention einer Abgängigkeit.....	14
2.5	Auftrag und Verantwortung .....	16
2.5.1	Institutionelle Verantwortung .....	16
2.5.2	Professioneller pflegerischer Auftrag.....	17
2.6	Begründung des Forschungsinteresses.....	19
<b>3</b>	<b>Forschungsfrage und Ziel.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>Methodik .....</b>	<b>21</b>
4.1	Phänomenologie.....	21
4.1.1	Der Prozess nach Moustakas (1994) .....	22
4.1.2	Die Methodologie nach Moustakas (1994) .....	23
4.2	Gütekriterien in der naturalistischen Forschung .....	25
4.2.1	Glaubwürdigkeit (Credibility).....	25
4.2.2	Übertragbarkeit (Transferability) .....	27
4.2.3	Zuverlässigkeit (Dependability) .....	27
4.2.4	Nachvollziehbarkeit (Confirmability) .....	27
4.3	Datenerhebung .....	28
4.3.1	Methode der Datenerhebung .....	28
4.3.2	ForschungsteilnehmerInnen .....	28
4.3.3	Vorgehensweise bei der Datenerhebung .....	30
4.4	Datenanalyse .....	31

4.4.1	Datenaufbereitung .....	31
4.4.2	Methode der Datenanalyse .....	32
4.5	Ethische Aspekte.....	35
<b>5</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>37</b>
5.1	Individuelle Beschreibungen der InterviewteilnehmerInnen .....	37
5.1.1	Beschreibungen der Erfahrungen von IP1 .....	37
5.1.2	Beschreibungen der Erfahrung von IP2 .....	39
5.1.3	Beschreibungen der Erfahrung von IP3 .....	41
5.1.4	Beschreibungen der Erfahrung von IP4 .....	43
5.1.5	Beschreibungen der Erfahrung von IP5 .....	44
5.1.6	Beschreibungen der Erfahrung von IP6 .....	46
5.1.7	Beschreibungen der Erfahrung von IP7 .....	48
5.2	Darstellung der Kernthemen und Unterthemen .....	50
5.2.1	Bemerken, Suchen und die Zeit des Wartens.....	51
5.2.2	Der Abgängigkeit folgt die Veränderung.....	54
5.2.3	Die Erfahrung des Phänomens wird von vielen Faktoren beeinflusst .....	57
5.3	Zusammengeführte Beschreibung der Bedeutungen und Essenzen .....	62
<b>6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>64</b>
<b>7</b>	<b>Limitationen .....</b>	<b>69</b>
<b>8</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>70</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>71</b>
<b>10</b>	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>76</b>
<b>11</b>	<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>77</b>
<b>12</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>78</b>

# **1 Einleitung und Problemdarstellung**

Im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes kann es aus unterschiedlichen Gründen passieren, dass PatientInnen plötzlich nicht mehr da sind. Man spricht dann von einer Abgängigkeit und dies bedeutet, dass sich eine Person nicht am erwarteten Aufenthaltsort befindet und dieser dem betreuenden Personal auch nicht bekannt ist (Rowe, Houston, Molinari, Bulat, Bowen, Spring, Mutolo & McKenzie, 2015).

In der Studie von Khammarnia, Kassani, Amiresmaili, Sadeghi, Jaberí und Kavosi (2015) wurde die Abgängigkeitsrate in einem öffentlichen Krankenhaus im Zeitraum von 24 Monaten untersucht. Es stellte sich heraus, dass von 84.420 im Krankenhaus aufgenommenen PatientInnen, 413 PatientInnen abgängig wurden. Das entspricht einer Abgängigkeitsrate von 0,5%. Die AutorInnen beschreiben dies als eine niedrige Abgängigkeitsrate im Vergleich zu den Zahlen aus Studien psychiatrischer Abteilungen, die eine Abgängigkeitsrate von rund 14% aufweisen. Dies bestätigen Cheng, Chung, Leung und Lai (2002) die ebenso das Abgängigkeitsverhalten in einem öffentlichen Krankenhaus untersuchten. Innerhalb einer 20-monatigen Periode konnten sie 116 Abgängigkeitsfälle von 42.570 PatientInnenaufnahmen identifizieren, was einer Abgängigkeitsrate von 0,27% entspricht. Aus diesen 116 Fällen geht hervor, dass die häufigsten Diagnosen der abgängig gewordenen PatientInnen Drogenmissbrauch, Intoxikationen oder mentale Erkrankungen waren.

Für das Zustandekommen einer Abgängigkeit kann es unterschiedliche Ursachen geben. Aus der vorhandenen Literatur geht hervor, dass es besonders im Bereich der Psychiatrie häufiger zu diesem Phänomen kommt. PatientInnen werden in diesen Institutionen abgängig oder fliehen, weil sie beispielsweise gelangweilt sind, ihnen andere PatientInnen Angst machen, sie das Gefühl des Eingeschlossenseins entwickeln, Verantwortung gegenüber ihren Pflichten zu Hause verspüren oder sie sich abgeschieden von ihrer Familie und ihren Freunden fühlen (Brumbles & Meister, 2013).

Eine andere Form der Abgängigkeit existiert im Krankenhaus, wenn z.B. orientierte PatientInnen einfach gehen, ohne gesehen zu werden. Dies geschieht häufig in Notfallversorgungseinrichtungen wie beispielsweise den Ambulanzen in Krankenhäusern. PatientInnen geben als Gründe hierbei an, dass ihnen die Wartezeit zu lange war, sich das eigentliche Problem, weshalb sie gekommen waren, auflöste oder sie aufgrund von anderen wichtigeren Verpflichtungen einfach weg mussten. Auch die Unfreundlichkeit des Personals und die empfundene Ungerechtigkeit der durch die Triage entstandenen Wartezeiten wurden

als Gründe für das unbeobachtete Verlassen genannt (Johnson, Myers, Wineholt, Pollack & Kusmiesz, 2009).

Doch besonders im akutstationären Bereich sind es jene PatientInnen, die mit einer dementiellen Erkrankung aufgenommen werden und im Rahmen des Aufenthaltes ein erhöhtes Risiko der Abgängigkeit haben. Denn die Erkrankung an einer Demenz ist gekennzeichnet von verschiedenen Symptomen wie dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und der Desorientierung, Einschränkung der Merkfähigkeit, Störung der räumlichen Orientierung und Störung des Zeiterlebens (Alzheimer Austria, 2019). Zudem werden in einem Krankenhaus Menschen mit einer Demenz durch die unübersichtliche Umgebung, die hektische laute Atmosphäre, das Fehlen von Bezugspersonen sowie den unstrukturierten Tagesablauf an ihre Grenzen gebracht (Quack, 2015). All diese Faktoren und die Kombination von diesen, also die Erkrankung an einer Demenz und die stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus, können somit das Risiko der Abgängigkeit für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung erhöhen.

Daher ist die professionelle Pflege gefordert, geeignete Strategien und Maßnahmen zu setzen, um der Abgängigkeit einer Person vorzubeugen (Siegle, Schmidt, Riedel & Wolke, 2016). Generell bedürfen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung eines erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwandes, da oftmals mehrere körperliche und kognitive Defizite gleichzeitig bestehen. Die professionelle Pflege und Betreuung legt hierbei den Fokus auf die ganzheitliche Wahrnehmung der Person und setzt den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit sowie eine Verbesserung der Lebensqualität in den Mittelpunkt. Doch im Kontext eines Akutkrankenhauses sind Pflegende oftmals gefordert, ihr Handeln zweckrational und ökonomisch auszurichten und eine personenzentrierte Pflege und Betreuung wird gezwungenermaßen beiseitegesetzt. Es wird somit im Spannungsfeld der Autonomie und den Bedürfnissen der PatientInnen und den organisatorischen Erwartungen, Verpflichtungen und Rahmenbedingungen gehandelt, wobei jedoch eine förderliche und personenzentrierte Beziehungsarbeit der Pflegenden sich auf das Wohlbefinden, das Verhalten der Betroffenen sowie den Verlauf einer Demenzerkrankung positiven Einfluss haben kann (Quack, 2015).

Kommt es nun zu einer Abgängigkeit von PatientInnen mit dementieller Erkrankung, ist dieses Phänomen begleitet von unterschiedlichen Auswirkungen. Einerseits hat die Abgängigkeit Auswirkungen auf die abgängige Person selbst, wie beispielsweise Verletzungen, Verlust der Autonomie oder den Tod. Andererseits werden auch pflegende Angehörige vor Herausforderungen gestellt, wie beispielsweise einem erhöhten Gefühl der Sorge und einer Erhöhung des Stresslevels (Rowe et al., 2015).

Doch auch im Krankenhaus, besonders bei professionellen Pflegepersonen, kann im Rahmen ihrer Verantwortung gegenüber pflegebedürftigen Menschen das Phänomen der Abhängigkeit Auswirkungen haben. Am Beispiel einer psychiatrischen Abteilung gaben Pflegepersonen Gefühle der Sorge, Angst, Schuldigkeit, Enttäuschung und der Verantwortlichkeit an (Clarke, Kiyimba, Bowers, Jarrett & Mcfarlane, 1999).

Diese Verantwortung gegenüber pflegebedürftigen Menschen bedeutet, dass sich eine Pflegeperson bereit erklärt, jederzeit für ihr berufliches Handeln beziehungsweise Unterlassen, Rede und Antwort zu stehen, Rechenschaft abzulegen und die Konsequenzen zu tragen (Hiemetzberger, 2020). Somit hat diese berufliche Verantwortung, besonders bei dem Phänomen der Abhängigkeit von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, immer auch Auswirkungen auf die Pflegepersonen, da es zu einem Bruch innerhalb des Betreuungs- und Sicherheitsauftrages kommt.

Da der derzeitige Schwerpunkt der Forschung zum Phänomen der Abhängigkeit bei Menschen mit dementieller Erkrankung eher im Kontext der häuslichen Pflege und Langzeitpflege besteht, ist es nun Ziel dieser Arbeit, dieses Phänomen im Kontext des akutstationären Settings zu beleuchten. Zudem soll die Sicht von professionellen Pflegepersonen in dieser Arbeit ihren Fokus haben, da in der bisherigen Forschung hauptsächlich die Sichtweise von Menschen mit dementieller Erkrankung und deren pflegende Angehörige untersucht wurde.

## **2 Hintergrund und Forschungsstand**

Um einen Eindruck des aktuellen Forschungsstandes zu dem Thema der Abgängigkeit zu erhalten, wurde eine Literaturrecherche im April und Mai 2019 durchgeführt. Diese Recherche zeigte kaum Literatur zum Thema abgängige PatientInnen im akutstationären Setting. Vorrangig zeigte sich hierbei Literatur zum Phänomen der Abgängigkeit in psychiatrischen Abteilungen, Langzeitpflegeeinrichtungen sowie im häuslichen Setting. Zudem liegt der Schwerpunkt der vorhandenen Literatur im Bereich der pflegenden Angehörigen sowie den abgängigen Personen selbst.

### **2.1 Der Begriff Abgängigkeit**

Per Definition gilt in Österreich eine Person als abgängig, sobald sie dem gewohnten Umfeld fernbleibt und von Angehörigen oder Bekannten bei der örtlichen Polizeidienststelle als abgängig gemeldet wurde. Die Dauer der Abgängigkeit spielt dabei keine Rolle. Die Polizei leitet dann eine Fahndung ein, wenn befürchtet wird, dass bei der abgängigen Person Suizidgefahr besteht oder die Person Opfer eines Unfalles oder einer Gewalttat geworden sein könnte. Zudem wird eine Fahndung eingeleitet, wenn die Person aufgrund einer psychischen Behinderung hilflos ist oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet ist. Außerdem kommt es zu einer Personenfahndung, wenn es sich dabei um Minderjährige handelt und ein Ersuchen einer obsorgeberechtigten Person vorliegt (Bundeskriminalamt, 2019).

Generell wurden im Jahr 2015 in Österreich um die 800 Personen als abgängig gemeldet. 2016 wurde in Österreich nach insgesamt 321 dementen oder potenziell vulnerablen Personen gefahndet (Bundeskriminalamt, 2019). Diese Zahlen scheinen eher niedrig, doch ist dabei zu beachten, dass sie nur jene Vermisstenfälle aufzeigt, die bei der Polizei tatsächlich gemeldet wurden und eine Personenfahndung als Konsequenz der Abgängigkeit hatten.

In dieser Arbeit wird der Begriff Abgängigkeit aber bereits verwendet, sobald der Aufenthaltsort einer Person unbekannt ist und sich diese Person nicht am erwarteten Aufenthaltsort befindet (Rowe et al., 2015). Dies wird in der Literatur als sogenannter „Missing Incident“ bezeichnet und wird derzeit eher im Bereich des häuslichen Settings bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung verwendet.

Des Weiteren gibt es den Begriff „absconding“. Wörtlich übersetzt bedeutet dies „flüchtend“, kann aber auch für „verschwinden“ oder „heimlich entweichen“ stehen. In der Literatur wird dieser Begriff unterschiedlich definiert. Beispielsweise sind dies PatientInnen, die ohne Erlaubnis abwesend sind oder PatientInnen die als abgängig gelten, sobald sie das Krankenhausgelände bzw. bereits die Station verlassen haben und nicht wiederkehren (Muir-Cochrane & Mosel, 2008). Dieser Begriff ist eher im Bereich der psychiatrischen Abteilungen geläufig.

In Langzeitpflegeeinrichtungen wird auch von „unexplained absence“ gesprochen und ist in der Literatur beschrieben als Verhalten bei dem Personen Einrichtungen verlassen, ohne Pflegende darüber vorher informiert zu haben, mit der Konsequenz, dass der Aufenthaltsort dann unbekannt ist (Woolford, Weller & Ibrahim, 2017). Weitere in der Literatur verwendete Begriffe, im Zusammenhang mit dem Phänomen der Abgängigkeit sind: „elopement“ (das Weglaufen) und „getting lost“ (verloren gehen).

Zusammenfassend zeigt sich, dass vor allem im englischsprachigen Raum unterschiedliche Begriffe für das Phänomen der Abgängigkeit verwendet werden. Generell kann jedoch festgehalten werden, dass es keine allgemein gültige Definition für Abgängigkeit gibt. Trotzdem haben diese Begriffe aber die Gemeinsamkeit, dass eine Person nicht auffindbar ist und sich Personen, seien es Angehörige oder Pflegende, Gedanken über diese Abgängigkeit machen.

## **2.2 Abgängigkeit im Kontext der Erkrankung Demenz**

Schwerpunkt in dieser Arbeit ist das Phänomen der Abgängigkeit bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Daher soll diese Erkrankung nun näher beleuchtet und mögliche Risikofaktoren und Herausforderungen aufgezeigt werden.

### **2.2.1 Demographische Aspekte der Demenz**

Die demographische Entwicklung zeigt, dass es einen Trend zur weltweiten Steigerung der Zahl von Menschen mit einer Demenz gibt. Im Jahr 2015 gab es 46,8 Millionen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Bei einer prognostizierten Verdoppelung alle 20 Jahre wird es 2050 somit 131,5 Millionen Menschen mit einer Demenz geben (Prince, Wimo, Guerchet, Ali, Wu & Prina, 2015). Auch in Österreich wird sich die Zahl der Menschen mit einer Demenz bis 2050 fast verdreifachen (Höfler, Bengough, Winkler & Griebler, 2015). Mit der Zunahme dieser Population kann davon ausgegangen werden, dass auch die Zahl der Abgängigkeiten steigen wird, denn 6 von 10 Menschen mit einer Demenz werden im Verlauf ihrer Erkrankung mit dem Ereignis der Abgängigkeit konfrontiert sein (Alzheimer Association, 2008).

### **2.2.2 Die Erkrankung Demenz**

Laut Höfler et al. (2015) kommt es bei einer Demenz zur Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, der Auffassung, des Rechnens, der Lernfähigkeit, der Sprache und des Urteilvermögens aufgrund einer chronischen progredienten Erkrankung des Gehirns. Durch die verschiedenen Erkrankungen des Gehirns kommt es somit zu unterschiedlichen Demenzformen. Hierbei wird nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10/F0) unterschieden zwischen der Demenz bei Alzheimer'scher Erkrankung, der vaskulären Demenz, der Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (z.B. Parkinson-Demenz) und den nicht näher bezeichneten Demenzformen. Generell können drei Schweregrade einer Demenzerkrankung unterschieden und Symptome und der Verlauf der Erkrankung anhand dieser Schweregrade eingeteilt werden.

Die **leichte Demenz** reicht von der Vergesslichkeit über zeitliche und örtliche Orientierungsprobleme bis hin zu Problemen bei komplexen Aufgaben (wie Finanzen und Einkaufen). Menschen mit einer leichten Demenz verleugnen oft oder realisieren ihre Defizite nicht und reagieren oft mit depressiver Verstimmung und/oder paranoider Verarbeitung.

Die **mittelschwere Demenz** umfasst die Desorientierung zu Zeit und Ort, die Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses, beginnende selbstfürsorgerischer Defizite (wie Körperpflege, Kleiden) und vermehrte Störungen des Erlebens, Befindens und Verhaltens.

Bei einer **schweren Demenz** kommt es zu lückenhaften Erinnerungen an die eigene Vergangenheit, dem Verkennen von nahestehenden Personen, ausgeprägten Selbstfürsorgedefiziten sowie dem Verlust des Sprechvermögens und massiven Persönlichkeitsveränderungen.

Der Verlauf einer Demenzerkrankung ist meist überschneidend zu den Formen und lässt sich nicht immer klar einteilen in leicht, mittel und schwer. Außerdem ist dieser Verlauf abhängig von der Demenzform und äußeren Einflussfaktoren, wie beispielsweise körperlicher Erkrankung, Überforderung, Unterforderung, Depression, Einsamkeit, unerwartete Ereignisse, Stress oder das Verlassen gewohnter Umgebung mit gewohnten Abläufen. Zudem hat jeder Mensch mit einer Demenzerkrankung seine Lebensgeschichte, die wiederum die Symptomatik im Verlauf der Erkrankung prägt. Daher bedarf es einer demenzgerechten Betreuung und einer steten Anpassung der Betreuung eines Menschen mit einer Demenz sowie der Anpassung des Unterstützungsbedarfs der pflegenden Angehörigen (Höfler et al., 2015).

### **2.2.3 Abgängigkeitsrisiko aufgrund der Demenz**

Bei der Erkrankung an einer Demenz kann es zu einem spezifischen Symptom kommen, welches eng mit dem Phänomen der Abgängigkeit verbunden ist. Dieses Symptom nennt sich „**Wandering**“.

Algase, Moore, Vandewerd und Gavin-Dreschnack (2007) entwickelten in ihrer Arbeit ein Glossar von wanderingspezifischen Begriffen, welches das Ziel hatte, eine Definition für das Phänomen Wandering zu finden. Sie kamen zu dem Schluss, dass es sich bei Wandering um ein häufiges sich wiederholendes, zeitlich ungeordnetes und /oder räumlich desorientiertes demenzbezogenes Fortbewegungsmuster handelt, welches sich weiter kennzeichnet durch wahllose Auf- und Abgehensmuster, einer Weglauftendenz und dem Risiko des Verlorengehens. Diese Definition von Wandering inkludiert somit die Gefahr der Abgängigkeit.

Rowe, Vandeveer, Greenblum, List, Fernandez, Mixson und Ahn (2011) distanzierten sich jedoch von dieser Definition und untersuchten die Unterschiede zwischen dem Phänomen Wandering und dem Phänomen der Abgängigkeit von Menschen mit einer Demenz. Als ersten Unterschied zeigte diese Studie, dass Wandering ein sich wiederholendes Fortbewegungsmuster ist, Abgängigkeiten jedoch eher als Einzelfall betrachtet werden. Weiters ist erkennbar, dass bei Wandering die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung zu Fuß unterwegs sind. Wenn es zu einer Abgängigkeit kommt, können sie sowohl zu Fuß als auch mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs sein. Auch die Auf- und

Abgehensmuster der Wanderringsymptomatik spiegeln sich bei einer Abgängigkeit nicht wider. Ein weiterer Unterschied ist, dass eine Wanderringsymptomatik bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung meist in einem bestimmten Zeitrahmen vorkommt. Das Phänomen der Abgängigkeit ist zeitlich unabhängig und daher nicht vorhersehbar.

Rowe et al. (2015) entwickelten somit ein erstes Konzept und erarbeiteten die Definition zu dem Phänomen der Abgängigkeit bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, welches sie als „**Missing incidents**“ bezeichneten:

„A missing incident for a person with dementia (PWD) is defined as an instance in which the PWD's whereabouts are unknown to the caregiver and the individual is not in expected location“ (Rowe et al., 2015, S. 1122)

Die AutorInnen beschreiben in ihrem Konzept ein Zusammenspiel von drei vorausgehenden Faktoren, die zu einer Abgängigkeit führen.

Die **kontextuellen Faktoren** beziehen sich auf die Menschen mit einer Demenz und werden beschrieben als Unfähigkeit Instruktionen zu befolgen oder an einem Ort zu bleiben, wenn man allein gelassen wird, wie beispielsweise bei unbeobachteten Nachtaktivitäten oder bei routinemäßigen erlaubten unabhängigen Aktivitäten. Zudem kann es zu einer Abgängigkeit kommen, wenn der Mensch mit einer Demenz im agitierten Zustand zu Hause gelassen wird.

Als weiterer Einfluss gelten die **situationsbedingten Faktoren**, welche sich auf die Pflegenden und die Allgemeinheit beziehen. Diese sind gekennzeichnet dadurch, dass ein unerreichbares Ausmaß der Überwachung nötig ist und es eingeschränkte Optionen der Überwachung durch Andere, wie der Familie, Freunde oder Technologien gibt. Zudem kann es Schwierigkeiten beim Finden von Ressourcen oder ein Fehlen von möglichen Ressourcen geben. Hierbei wird beschrieben, dass es nur limitierte Auszeitprogramme für pflegende Angehörige gibt.

**Neurokognitive Faktoren** bilden den dritten Teil der vorausgehenden Einflüsse für das Entstehen einer Abgängigkeit und beziehen sich wiederum auf die Menschen mit einer Demenz. Hierbei werden Defizite bei der Orientierung und ein eingeschränktes deklaratives und episodisches Gedächtnis genannt. Des Weiteren kann es durch fehlende Einsicht oder durch eingeschränkte exekutive Funktionen – also der Anpassungsfunktionen an die Umwelt – zu einer Abgängigkeit kommen.

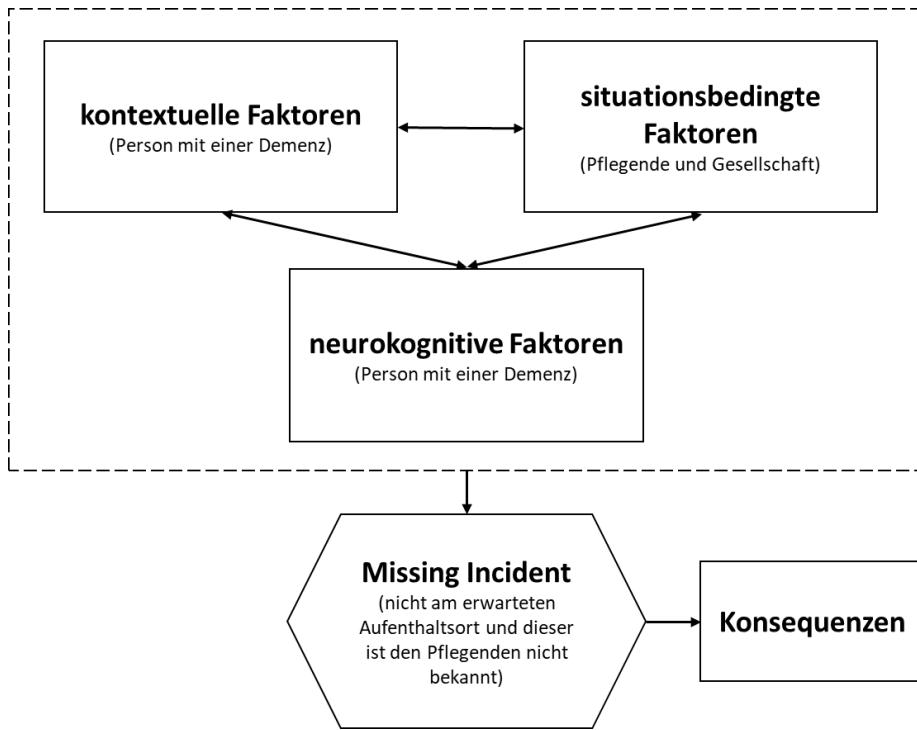


Abbildung 1: Konzept der Missing Incidents (Rowe et al., 2015)

Durch dieses Zusammenwirken von Kontextfaktoren, den situationsbedingten Faktoren und den neurokognitiven Faktoren wird das Risiko einer Abgängigkeit erhöht. Eine solche Abgängigkeit ist mit Konsequenzen für die Menschen mit einer Demenz selbst sowie deren pflegenden Angehörigen verbunden, welche ebenfalls in diesem Konzept beschrieben werden.

#### 2.2.4 Erhöhtes Abgängigkeitsrisiko aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes

In der Prävalenzstudie zu Demenz und kognitiver Beeinträchtigungen in Krankenhäusern von Bickel, Hendlmeier, Heßler, Junge, Leonhardt-Achilles, Weber und Schäufele (2018) geht hervor, dass 40% der älteren PatientInnen an kognitiven Störungen leiden (n=1469 Patienten aus 33 befragten Krankenhäusern). Diese kognitiven Beeinträchtigungen reichen von leichten Einschränkungen bis hin zu schweren Demenzformen. Schütz und Füsgen (2013) kommen zu dem Schluss, dass generell die Zahl kognitiv eingeschränkter PatientInnen steigen wird und dass beispielsweise das Verirren auf der Station oder im Krankenhaus eine hohe Bedeutung für diese Institutionen hat. Dies bestätigen Schaeffer und Wingenfeld (2008) und betonen, dass es Situationen gibt, die eine verstärkte Präsenz und eine Erhöhung der Kommunikationsmaßnahmen erfordern, wie beispielsweise beim Verlassen der Station bei ausgeprägter Desorientierung und Unruhe.

Somit bedarf es bei der Betreuung eines höheren Maßen an Zeit und personellen Ressourcen für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung, welche aber in Krankenhäusern immer weniger erfüllt werden kann.

In der Studie von Nolan (2007) meinen Pflegepersonen, dass allein schon die Krankenhausumgebung PatientInnen mit einer Demenz überstimulieren kann. Besonders Besuchszeiten oder die Visite, an denen sich viele unbekannte Menschen häufen, können z.B. Unruhe auslösen. Auch Siegle et al. (2016) bestätigen, dass diese PatientInnen mit einer unübersichtlichen Umgebung sowie ungewöhnlichen Abläufen konfrontiert sind. Zudem kann das Fehlen von Bezugspersonen und die oftmals fehlende Behandlungseinsicht zu Schwierigkeiten führen. Auch die Anpassungsfähigkeit an eine fremde Umgebung ist bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen geringer.

Menschen mit einer Demenz haben somit ein erhöhtes Risiko, besonders in einer fremden Umgebung, wie in einem Krankenhaus, „herausfordernde Verhaltensweisen“ zu zeigen, denn sie versuchen die Welt um sich herum zu verstehen und greifen dabei auf basale Verhaltensmuster zurück. Jene PatientInnen werden dann oft auch als unkooperativ, verletzend oder störend bezeichnet (Werner, 2016).

Herausforderndes Verhalten umfasst eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die störend oder belastend und somit situativ herausfordernd sind (Riedel & Linde, 2018) und entsteht vor allem durch das Verkennen von Situationen (Werner, 2016). Dazu zählen unter anderem Aggressionen, eine gesteigerte Mobilität, Unruhe, Verirren oder das Ablehnen von Nahrung. Herausfordernd bedeutet hierbei, dass das Verhalten der PatientInnen für Pflegende als herausfordernd empfunden wird. Dabei empfindet aber jede Pflegeperson das Verhalten als unterschiedlich stark herausfordernd. Diese Verhaltensweisen können bei Pflegpersonen Unsicherheit auslösen sowie zu Hilflosigkeit führen (Riedel & Linde, 2018).

Diese Unsicherheit hat ihre Wurzeln in der unterschiedlichen Art und Weise wie PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung agieren. Durch die Unsicherheit kommt es bei Pflegepersonen zu Gefühlen der Frustration und Angst aber auch zu einer Entfaltung der Kreativität denn jede Pflegepersonen nutzt unterschiedliche Strategien, um wieder Sicherheit zu erlangen. Einige Pflegepersonen können aus der Stabilität der täglichen Routine wieder zu Sicherheit und Kontrolle gelangen und andere verändern Routineabläufe, um so die Versorgung an die Bedürfnisse ihrer PatientInnen anzupassen (Pinkert, Faul, Sacher, Burgstaller, Kamleitner & Mayer, 2018).

## **2.3 Auswirkungen einer Abgängigkeit**

Wenn eine Person abgängig wird, hat dies unterschiedliche Auswirkungen. Die Abgängigkeit wirkt sich zum einen auf die Person selbst aus. Beispielsweise kann das Erlebnis der Abgängigkeit zum Verlust der Autonomie führen. Auch die frühere Einweisung in eine Pflegeeinrichtung kann die Folge daraus sein. Zudem kann die Abgängigkeit mit Verletzungen (z.B. Frakturen aufgrund von Stürzen) oder sogar mit dem Tod einhergehen (Rowe et al., 2015). In der Studie von Furumiya und Hashimoto (2015) geht aus untersuchten Autopsieberichten hervor, dass Ertrinken oder Unfälle zu den häufigsten Todesursachen von abgängigen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung gehören.

Zum anderen gibt es auch Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen. Hier wird beschrieben, dass es zu einer Zunahme des Gefühls der Sorge und einer Zunahme der allgemeinen Belastung kommt. Zudem kann eine Abgängigkeit bei pflegenden Angehörigen zu unzureichendem Schlaf oder zu Störungen bei Arbeitsverhältnissen oder anderen Aktivitäten kommen (Rowe et al., 2015).

Auch bei professionellen Pflegekräften wirkt sich die Abgängigkeit einer zu betreuenden Person aus. In der Literatur liegt jedoch der Schwerpunkt bei den Auswirkungen auf die Personen selbst die abgängig sind und deren Angehörige. Es werden kaum Auswirkungen auf professionelle Pflegekräfte beschrieben. Dennoch soll eine Studie aus dem psychiatrischen Bereich zeigen, mit welchen möglichen Auswirkungen professionelle Pflegekräfte zu tun haben. In der Studie von Clarke et al. (1999), wurden Pflegepersonen von psychiatrischen Stationen mit Hilfe von halbstrukturierten Interviews nach deren Gefühlen befragt, wenn PatientInnen abgängig werden. Am meisten genannt wurde von Pflegepersonen das Gefühl der Sorge und auch die Angst um die PatientInnen wurde thematisiert. Des Weiteren traten Gefühle der Schuldigkeit für die Abgängigkeit sowie die Verantwortung gegenüber ihren PatientInnen und die eigene Enttäuschung darüber auf. Die meisten Pflegepersonen meinten auch, dass ein Gefühl der Erleichterung entstand, wenn PatientInnen wieder sicher zur Station zurückkehrten. Zudem gaben die Pflegepersonen an, dass es bei einer Abgängigkeit von PatientInnen zu gegenseitigen Beschuldigungen innerhalb des Teams aber auch von Führungskräften kam.

## **2.4 Prävention von Abgängigkeit**

Die Pflege ist gefordert, besonders bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung Vorkehrungen zu treffen, um eine Abgängigkeit zu verhindern oder den Prozess des Wiederauffindens einer Person zu verbessern.

### **2.4.1 Allgemeine Maßnahmen bei Menschen mit einer Demenz im Krankenhaus**

Da die Einweisung in ein Krankenhaus bereits einen bedeutsamen Einschnitt in den Alltag von Menschen mit einer Demenz darstellt (Werner, 2016), bedarf es einer besonderen Herangehensweise, um diese PatientInnen bestmöglich zu betreuen.

In erster Linie gilt es kognitive Einschränkungen bei PatientInnen, die in einem Krankenhaus aufgenommen werden, zu erkennen. Oft wurden diese im häuslichen Umfeld noch nicht erkannt und erst durch den Ortswechsel treten sie in Erscheinung. Durch das Erkennen der kognitiven Leistungsdefizite können Pflegepersonen entsprechend agieren und herausforderndes Verhalten gegebenenfalls verhindern und das Wohlbefinden ihrer PatientInnen steigern. Kommt es nun doch zu herausforderndem Verhalten, ist es wichtig auf körperliche Bedürfnisse wie Hunger, Durst oder den Drang zur Toilette zu achten. Oft können sich Menschen mit einer Demenz bezüglich ihrer grundlegenden Bedürfnisse nicht mehr entsprechend ausdrücken und zeigen mit anderen Verhaltensweisen ihre Anliegen. Auch psychosoziale Bedürfnisse wie Sicherheit, Vertrautheit, Ruhe oder Privatsphäre können herausfordernde Verhaltensweisen auslösen (Siegle et al., 2016).

Es ist jedoch wichtig, bei Menschen mit einer bekannten demenziellen Erkrankung darauf zu achten, dass eine stationäre Krankenhausaufnahme nur bei einer klaren Indikation und so kurz wie möglich erfolgt und, wenn möglich, eine ambulante Betreuung vorzuziehen ist. Es braucht auch ein individuelles Abwägen von Indikationen, Nutzen und Risiko bei jeder diagnostischen und therapeutischen Handlung (Höfler et al., 2015).

Generell bedarf es in einem Krankenhaus mehr Wissen über Demenz und mehr Kompetenz beim Umgang von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Dieser Bedarf richtet sich an alle Berufsgruppen in einem Krankenhaus und kann mit Hilfe von Schulungsprogrammen, aktualisierten Arbeitsunterlagen sowie adaptierten Arbeitsabläufen erreicht werden. Zudem ist es sinnvoll, eine strukturierte Qualifizierung von PflegeexpertInnen für das Demenzmanagement zu etablieren, um MitarbeiterInnen wie Angehörige in allen Belangen unterstützen zu können. Auch eine Einführung spezieller Pflegevisiten und interdisziplinärer Fallbesprechungen können zu einer Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Demenz beitragen (Höfler et al., 2015).

Eine weitere präventive Maßnahme stellt der Einbezug der pflegenden Angehörigen dar. Diese dürfen in der individuellen Versorgung eines Menschen mit einer Demenz nicht als Störfaktor gesehen werden, sondern als Ressource in der Betreuung. Oftmals können herausfordernde Verhaltensweisen von Angehörigen erklärt werden und einen wichtigen Beitrag zum Verständnis für den Menschen mit einer Demenz liefern. Zudem können pflegende Angehörige Sicherheit vermitteln und sind wichtige entlastende BegleiterInnen bei Diagnostik, Therapie und generellen pflegerischen Handlungen (Bürger, 2015).

## **2.4.2 Konkrete Maßnahmen zur Vorbeugung einer Abgängigkeit**

Rowe, Greenblum und D'Aoust (2012) beschreiben in einem Artikel präventive Strategien zur Vorbeugung einer Abgängigkeit von Menschen mit einer Demenz. Der erste Punkt wird hierbei der Demenzschulung für Angehörige und Betroffene durch Pflegepersonen gewidmet. Diese Schulung sollte bei den ersten Anzeichen kognitiver Veränderungen erfolgen und muss die Differenzierung zwischen Wandering und dem Phänomen der Abgängigkeit, die Unvorhersagbarkeit einer Abgängigkeit sowie den Bedarf an routinemäßigen Assessments beinhalten. Diese Assessments sollen früh Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten aufzeigen und somit das Risiko der Abgängigkeit senken. Der zweite Punkt zur Prävention ist die Beobachtung selbst, dieser hat im besonderen Maße Einfluss auf das Entstehen einer Abgängigkeit. Gesundheitsorganisationen sollen pflegende Angehörige durch Tageszentren oder Auszeitprogramme, sowie bei der Suche von möglichen Ressourcen unterstützen. Der dritte Punkt ist die vorausschauende Planung. Hierbei ist gemeint, dass man sich für eine mögliche Abgängigkeit vorbereitet, indem man die Person mit ihren Kontaktdaten allzeit ausstattet, z.B. mit einem Identifikationsarmband. Zudem sollte es immer einen Zugang zu einem aktuellen Foto der Person geben. Des Weiteren wird beschrieben, wie man sich am besten verhält, wenn es zu einer Abgängigkeit gekommen ist.

Der nächste Punkt ist, dass zur Prävention verschiedene Technologien genutzt werden können. Allem voran sind hierbei assistive Sicherheitstechniken (GPS-Tracking, GEO Locating, etc.) oder der Einsatz von Sensoren zu nennen. Bei assistiven Sicherheitstechniken sollen Pflegepersonen und Angehörige bei der Betreuung von Pflegebedürftigen unterstützt werden. Speziell bei Wandering werden Access Control Systeme eingesetzt, um anzuzeigen, wenn ein Mensch mit einer Demenz einen definierten Bereich verlässt (Jänes, Hämäläinen, Hanski & Lanne, 2014).

Auch das Bundeskriminalamt Österreich (2019) stellt ein Formular und Informationen für pflegende Angehörige sowie für Pflege- und Betreuungspersonal zur Vorbereitung eines möglichen Vermisstenfalles von Menschen, die zu einer Abgängigkeit neigen, zur Verfügung.

### **2.4.3 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Prävention einer Abgängigkeit**

Besonders bei dem Phänomen der Abgängigkeit ist es notwendig, auch freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu thematisieren, da vor allem diese bei der Betreuung von Menschen mit einer Demenz im Akutkrankenhaus Anwendung finden. Die Behandlung und Versorgung von dieser PatientInnengruppe gilt als besonders schwierig und es kommt häufig zu Verhaltensauffälligkeiten, denn Menschen mit einer Demenz „stören“ das System und reagieren aufgrund der fremden Umgebung oftmals verwirrt, ängstlich und aggressiv. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind dann oft die Folge von strukturellen und personellen Defiziten (Bürger, 2015).

Grundsätzlich ist die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. Die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen sind zu diesem Zweck besonders zu unterstützen (§1, HeimAufG, Fassung vom 08.08.2020).

Wenn nun die Bewegungsfreiheit einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen eingeschränkt wird, spricht das Gesetz von einer Freiheitsbeschränkung. Bezuglich der Vorbeugung einer Abgängigkeit ist die dazugehörige freiheitsbeschränkende Maßnahme das Hindern am Verlassen eines Bereiches und beinhaltet beispielsweise Maßnahmen wie das Versperren von Zimmer-, Stations- oder Eingangstüren, komplizierte Türöffungsmechanismen, Türcodes, Alarm-/Überwachungssysteme und Personenortungssysteme, die eine Rückholung einer Person erleichtern oder das Verlassen eines Bereiches verhindern, labyrinthartige Gänge und Gärten sowie das Festhalten oder Entfernen von Gehhilfen. Freiheitsbeschränkungen dürfen nur vorgenommen werden, wenn PatientInnen psychisch erkrankt oder kognitiv beeinträchtigt sind und in diesem Zusammenhang ihr Leben und Ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährden. Doch bevor freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Anwendung kommen, muss immer geprüft werden, ob nicht doch noch andere Maßnahmen möglich sind. Diese Maßnahmen werden als gelindere Mittel bezeichnet und sind in Bezug auf das Phänomen der Abgängigkeit beispielsweise Türsensoren, Sensormatten, Sensorbalken (Vertretungsnetz, 2019).

Wenn es nun doch einen Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erfordert, kann dies trotzdem zu moralischen Konflikten oder zu einem moralischen Dilemma führen. Von einem moralischen Konflikt spricht man, wenn es bei einer Situation zur Unsicherheit kommt, bei der sich die Frage stellt, was das gute und moralische richtige Handeln ist. Bei einem moralischen Dilemma kommt es zu einer Handlungssituation in der einander mindestens zwei als richtig anerkannte Gebote (Normen, Prinzipien) widersprechen, sodass jede Entscheidung eines der Gebote verletzt (Hiemetzberger, 2020). Als Beispiel ist hierbei der Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge anzuführen, der vor allem beim Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen entsteht. Hier kann eine freiheitsbeschränkende Maßnahme der Sicherheit der zu betreuenden Person im Sinne des Fürsorgeprinzips dienen, doch gleichzeitig wird dadurch die Autonomie dieser Person eingeschränkt.

## **2.5 Auftrag und Verantwortung**

Entscheidend für eine professionelle Betreuung von Menschen mit einer Demenz ist der Aufbau und die Förderung einer demenzsensiblen Kultur in einem Krankenhaus. Damit wird zudem auch eine Sensibilisierung beim Phänomen der Abgängigkeit geschaffen und gleichzeitig eine Prävention dieser Problematik vorangetrieben.

### **2.5.1 Institutionelle Verantwortung**

Grundsätzlich ist die Institution verantwortlich für die personelle und strukturelle Qualität der Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Hierbei gilt es hervorzuheben, dass demenzsensible Strukturen und geriatrische Spezialisierungen in einem Krankenhaus kaum vorhanden sind und weiter ausgebaut werden müssten. Dieser Aufbau einer Demenzkompetenz soll auf drei Ebenen erfolgen. Erstens sollen alle MitarbeiterInnen eine entsprechende Kompetenz der Erkrankung erwerben und kommunikative Maßnahmen wie validierende Gesprächsführung etabliert werden. Hierbei spielt auch die Bereitstellung von ausreichend personaler Ressourcen eine entscheidende Rolle, um auf die Bedürfnisse und speziellen Herausforderungen von Menschen mit einer Demenz reagieren zu können. Zweitens müssen strukturelle Rahmenbedingungen in einem Krankenhaus geschaffen werden, um eine demenzgerechte Versorgung zu gewährleisten. Dies bedeutet, dass die Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse der PatientInnen angepasst werden. Als Beispiele sind hier spezialisierte geriatrische Abteilungen, Aufbau einer Delirprävention sowie eines allgemein gültigen Demenzkonzepts zu nennen. Die dritte Ebene des Aufbaus einer Demenzkompetenz stellt die Fähigkeit und Fertigkeit im Umgang mit Angehörigen dar (Bürger, 2015).

Anforderungen auf struktureller Ebene können jedoch die meisten Krankenhäuser nicht erfüllen, denn bei der Betreuung von Menschen mit einer Demenz ist generell ein hohes Maß an Flexibilität und Zeit gefordert. Zudem ist der Mangel an Zeit und personellen Ressourcen ein Auslöser für den Einsatz restriktiver Maßnahmen wie freiheitsbeschränkender Handlungen, z.B. sedierende Medikamente (Schaeffer & Wingenfeld, 2008).

Die Institution ist somit gefordert, generelle Rahmenbedingungen zu schaffen, in der eine personenzentrierte Pflege und Betreuung bei Menschen mit einer Demenz möglich wird. Dies bedeutet eine Bereitstellung ausreichender personeller Ressourcen sowie die Bearbeitung der strukturellen Qualitätsanforderungen. Zudem müssen bei der Versorgung dieser PatientInnengruppe Prozesse und Abläufe neu gedacht und entsprechend den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen angepasst werden.

## **2.5.2 Professioneller pflegerischer Auftrag**

Generell haben professionelle Pflegepersonen vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen und Leiden lindern (ICN, 2014). Dies soll mit dem Ziel erfolgen, dass die betreuten Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität erfahren (Spichinger, Kesselring, Spirig, De Geest & die Gruppe „Zukunft Medizin Schweiz“, 2006).

Rechtlich geregelt ist die Ausübung der professionellen Pflege im jeweiligen länderspezifischen Berufsgesetz. So wird in Österreich die professionelle Pflege im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) geregelt. Das Berufsbild des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wird in §12 beschrieben und dessen pflegerische Kernkompetenzen in §14. Auch das Berufsbild und die Tätigkeitsbereiche der Pflegeassistentzberufe sind im GuKG im §82, §83 und §83a geregelt (GuKG, Fassung vom 16.08.2019). Diese gesetzliche Regelung allein definiert bereits professionelle Pflege.

Aber nicht nur das Berufsgesetz regelt die professionelle Pflege und professionelles Handeln, vielmehr wird die Pflege und deren Aufgaben in verschiedenen normativen Pflegetheorien und Modellen beschrieben, die vorgeben was unter professioneller Pflege zu verstehen ist.

So beschreibt beispielsweise Martha Rogers in ihrem Werk „An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing“ die Pflege als Wissenschaft, als Kunst und als akademischen Beruf, welcher zum Ziel hat, die allgemeingültigen konzeptuellen Rahmenbedingungen für die Pflege zu schaffen sowie sinnvolle Pflege auf Basis des Verstehens der Lernprozesse umzusetzen. Auch Hildegard Peplau beschreibt in ihrer Theorie die Aufgaben der Pflege. So ist es die Aufgabe der Pflege verschiedene Rollen einzunehmen, um den Klienten kennenzulernen und zu unterstützen, dessen verborgene Fähigkeiten zu erkennen und im Sinne der Vorbeugung von Erkrankung zu nutzen (Neumann-Ponesch, 2017). Auch in Swansons Caring-Theorie wird beschrieben, wie pflegerisches Handeln sein könnte und sollte. Dieses wird dabei als Prozess gesehen, welchen Pflegepersonen und PatientInnen durchlaufen. Die einzelnen Schritte „knowing, being with, doing for, enabling and maintaining belief“ enthalten somit sowohl gedankliche, antizipatorische, als auch konkret handelnde Abschnitte. Insgesamt formulierte Swanson Pflege als die „Kunst, sich auf eine wertgeschätzte andere Person zu beziehen, für welche man Verantwortung empfindet“ (Andershed & Olsson, 2009).

Generell bildet die Verantwortung einen Teil des Kerns der gesetzlichen und theoretischen Rahmenbedingungen professioneller Pflege. Auch im Ethikkodex des International Council of Nursing (ICN, 2014) ist beschrieben, dass die professionelle Verantwortung dem pflegebedürftigen Menschen gilt sowie die Pflegeperson persönlich verantwortlich ist für die Ausübung der Pflege.

Umgelegt auf das Phänomen der Abhängigkeit bedeutet dies, dass Pflegepersonen die Verantwortung tragen, geeignete Maßnahmen zu setzen, um die Sicherheit ihrer PatientInnen zu gewährleisten. PatientInnensicherheit ist ein grundlegender Bestandteil der Pflege in jedem Setting (z.B. Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Langzeitpflege) und in jedem Bereich der Praxis (z.B. klinische Praxis, Ausbildung, Wissenschaft, Führungsaufgaben) (Canadian Nurses Association, 2004).

Besondere Aufmerksamkeit soll hierbei den Menschen mit einer dementiellen Erkrankung gewidmet werden, denn Pflegepersonen sind verantwortlich für die Entwicklung und Implementierung von Vorkehrungen, um die Sicherheit zu verbessern und einer Abhängigkeit vorzubeugen (Aud, 2004). In einer Studie von Nolan (2007) meinen Pflegepersonen, dass die Sicherheit von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung priorität gesehen wird. Ein erhöhtes Bewusstsein für die Gefahren der Umgebung ist bei der Pflege notwendig. Besonders bei Menschen mit Wanderingsymptomatik bedarf es einer erhöhten Aufmerksamkeit, um sicherzustellen, dass diese PatientInnen nicht die Station verlassen.

Auch ethische Überlegungen sind bei der Betreuung von Menschen mit einer Demenz notwendig, um geeignete Maßnahmen zur Prävention einer Abhängigkeit setzen zu können. Hierbei kommen die ethischen Grundprinzipien zur Anwendung. Die Achtung der Autonomie bedeutet, dass die Fähigkeit eines Menschen zu Selbstbestimmung respektiert wird. Das Prinzip des Nichtschadens meint, dass den PatientInnen kein Schaden zugefügt werden darf. Beim Prinzip der Fürsorge können handlungsleitende Grundsätze genannt werden: beschütze und verteidige die Rechte anderer, halte Schaden von anderen ab, beseitige Umstände die andere schädigen, hilf Personen mit einer Beeinträchtigung und rette Personen, die in Gefahr sind. Das Prinzip der Gerechtigkeit ist die faire Gestaltung der sozioökonomischen Faktoren in der Krankenversorgung. Diese vier Prinzipien sind grundsätzlich gleichrangig zu betrachten, doch kann es in vielen Fällen zu Spannungen zwischen zwei oder mehreren Prinzipien kommen, (Barmherzige Brüder Österreich, 2010) wie z. B. bei dem Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

## **2.6 Begründung des Forschungsinteresses**

Aus den vorangegangenen Kapiteln geht hervor, dass das Phänomen der Abhängigkeit im akutstationären Setting noch wenig Beachtung gefunden hat. Gleichzeitig ist erkennbar, dass die Versorgung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Denn durch die weltweite prognostizierte Zunahme der Menschen mit einer Demenz (Prince et al., 2015) kann davon ausgegangen werden, dass auch die Zahl der Abhängigkeiten steigen wird.

Generell sind es Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, die vor allem in einer fremden Umgebung wie in einem Krankhaus herausfordernde Verhaltensweisen zeigen und somit oft als „störende“ PatientInnen gelten (Werner, 2016). Ein Fall der Abhängigkeit ist dabei nicht ausgeschlossen und ist immer mit Konsequenzen für alle an der Betreuung teilhabenden Personen verbunden. Damit das Risiko der Abhängigkeit für Menschen mit einer Demenz reduziert wird, sind es vor allem professionelle Pflegepersonen die verantwortlich sind, geeignete Maßnahmen zu setzen.

Diese Sichtweise von professionellen Pflegepersonen hat in der bisherigen Forschung zum Phänomen der Abhängigkeit ebenfalls kaum Beachtung gefunden. Darum soll diese Arbeit ermöglichen, einen Einblick in die Erfahrungen von professionellen Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting zu erlangen.

### **3 Forschungsfrage und Ziel**

Die Forschungsfrage ergibt sich aus dem Interesse an einem speziellen Problem oder Thema. Die Begeisterung und die Neugierde des Forschers inspiriert dabei die Forschung und der persönliche Hintergrund bringt den Kern des Problems hervor (Moustakas, 1994). Daher soll die Motivation und der Hintergrund zur Entstehung der Forschungsfrage kurz erläutert werden, um das Interesse an dieser Thematik zu veranschaulichen.

Da es im beruflichen Kontext des Forschers dieser Arbeit bereits zu einer Erfahrung mit einem abgängigen Patienten mit einer dementiellen Erkrankung gekommen ist, und diese Erfahrung von Gefühlen der Unsicherheit, Angst und Sorge um den Patienten geprägt war, wurde das Interesse für das Phänomen der Abgängigkeit geweckt. Hierbei stellte sich die Frage, welche Erfahrungen KollegInnen mit abgängigen PatientInnen gemacht haben bzw. wie KollegInnen mit solchen Situationen umgegangen waren. Um dies in einem wissenschaftlichen Rahmen zu untersuchen, wurde folgende Forschungsfrage daraus abgeleitet:

**Welche Bedeutung hat die Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz im Kontext professionellen Handelns aus Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting?**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, das Phänomen der Abgängigkeit von PatientInnen im Kontext des akutstationären Settings näher zu beleuchten. Besonders die Perspektive der Pflegenden soll es hier ermöglichen, dieses Phänomen im Sinne des professionellen Handelns besser zu verstehen. Durch diese Arbeit soll zugleich ein generelles Bewusstsein für das Phänomen der Abgängigkeit geschaffen werden.

## **4 Methodik**

Für die Beantwortung der Forschungsfrage und zur Erreichung der Ziele wird der naturalistische (qualitative) Forschungsansatz angewendet. Der qualitative Ansatz soll hierbei helfen, die Wahrheit durch subjektive Erfahrungen herauszufinden, da jede/r Einzelne die Dinge auf einzigartige Weise wahrnimmt. Qualitative Forschung hat zum Ziel, Phänomene aus der Perspektive der Beteiligten ganzheitlich zu verstehen und Bedeutungen herauszufiltern, sowie ein wahrheitsgetreues Bild vom Forschungsgegenstand, dem Phänomen, zu erzeugen (Mayer, 2019).

### **4.1 Phänomenologie**

Es wird eine phänomenologische Perspektive herangezogen, um die Bedeutung der Abhängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung im Kontext professionellen Handelns aus der Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting zu verstehen. Phänomenologie allgemein bedeutet die Lehre von den konkreten Erscheinungen menschlichen Seins. Es soll durch die Perspektive einzelner Menschen, deren Intentionen und subjektiven Bedeutungen zu einem Phänomen das Wesen einer Sache erforscht werden. Die Phänomenologie hat zum Ziel, diese Erfahrungen von Menschen aus ihrem täglichen Leben zu verstehen und Bedeutungen einer Erfahrung zu beschreiben (Mayer, 2019). Der eigentliche Begründer Edmund Husserl sieht die Phänomenologie als eine philosophische Methode für die Grundlegung aller anderen Wissenschaften und kann daher zur Untersuchung alles Seienden herangezogen werden. Dies bedeutet, dass sich die Phänomenologie auf die Erfassung des Wesens einer Erscheinung konzentriert und nicht die Beobachtung von Vorgängen, wie z.B. in der Naturwissenschaft, von Interesse ist. Es ist somit die Aufgabe, die Phänomene so zu betrachten, wie sie sind, also Phänomene frei von Vorkenntnissen, Vorurteilen oder Theorien zu sehen. Dies geschieht durch die Methode der Reduktion, indem alle Elemente, die den Blick auf das Wesentliche versperren, beiseitegesetzt werden. Diese Reduktion erfolgt schrittweise und reicht von der vorläufigen Bereinigung des Vorfeldes bis zur Erlangung der transzendentalen Subjektivität. Durch dieses Vorgehen soll somit ein Gegenstand so objektiv wie möglich beschrieben werden können, also frei von subjektiven, theoretischen und traditionellen Elementen (Lamnek & Krell, 2016).

Für das geplante Forschungsvorhaben soll daher die Methode der transzendentalen Phänomenologie nach Moustakas (1994) angewendet werden, es orientiert sich somit an den Werken von Edmund Husserl. Außerdem modifizierte Moustakas (1994) die Datenanalysemethoden von Van Kaam und Stevick-Colaizzi-Keen. Die ForscherInnen, die den Zugang der transzendentalen Phänomenologie wählen, versuchen durch Disziplin und Systematik die Vorurteile gegenüber dem zu untersuchenden Phänomen abzulegen. Moustakas (1994) beschreibt diesen Weg der transzendentalen Phänomenologie als in die Methodologie eingebetteten Prozess – beide werden nachfolgend genauer erklärt.

#### **4.1.1 Der Prozess nach Moustakas (1994)**

Der Prozess ist nach Moustakas (1994) in mehrere Schritte geteilt: „die Epoche, die phänomenologischen Reduktion, die imaginativen Variation und die Synthese aus texturalen und strukturellen Beschreibungen“.

Der erste Schritt ist die sogenannte **Epoche** und dient der Vorbereitung zur Erlangung neuen Wissens. Ein Prozess bei dem Angewohnheiten, Vorurteile, Vorannahmen beiseitegesetzt werden, um es Dingen, Ereignissen und Menschen zu erlauben, erneut ins Bewusstsein einzutreten und es noch einmal wie beim ersten Mal betrachten zu können. Die Epoche dient als Möglichkeit für einen neuen Beginn, ohne Stimmen der Vergangenheit, die uns sagen wie Dinge sind, oder Stimmen der Gegenwart, die unser Denken leiten. Die Herausforderung besteht darin, transparent zu sich selbst zu bleiben, es zu erlauben sich dem Bewusstsein zu offenbaren, um es in einer naiven neuen offenen Weise betrachten zu können. Es wird aber nicht alles eliminiert, nicht die Realität von Allem geleugnet oder angezweifelt, sondern nur die natürliche Einstellung also die Vorurteile des Alltagswissens. Beim Praktizieren der Epoche sollen spezifische Situationen, Personen oder Themen an einem ruhigen Ort fokussiert werden, um derzeitige Gedanken und Gefühle zu prüfen. Anschließend werden Vorurteile beiseitegesetzt, um dann mit einer Bereitschaft diese Situationen, Personen oder Themen mit neuen empfänglichen Augen zu sehen. Des Weiteren sollen reflektierende Meditationen unterstützen, einen freien und empfänglichen Geist zu erlangen.

Im nächsten Schritt, in der **phänomenologischen Reduktion**, wird eine abgeleitete texturale Beschreibung der Meinungen und Essenzen des Phänomens erreicht. Die Aufgabe ist es generelle Eigenschaften zu beschreiben, ausgeklammert von Allem, was nicht sofort innerhalb unserer bewussten Erfahrung ist. Diese phänomenologische Reduktion gelingt in mehreren Schritten. Zuerst klammert das „Bracketing“ den Fokus der Forschung ein und setzt alles andere beiseite, sodass sich der gesamte Forschungsprozess an dem Thema und der Frage orientiert. Danach folgt der Schritt der Horizontalisierung. Hierbei werden alle Aussagen anfänglich

gleichwertig behandelt. Später werden für das Thema oder die Frage irrelevante Aussagen gestrichen. Auch sich wiederholende oder überlappende Aussagen werden gestrichen, sodass nur die Horizonte (die texturalen Meinungen und unveränderten Bestandteile des Phänomens) übrigbleiben. Anschließend werden die Horizonte in Themen gruppiert, um dann durch die Organisation der Horizonte und Themen eine stimmige texturale Beschreibung des Phänomens zu erhalten.

Der nächste Schritt ist die **imaginative Variation**. Hierbei besteht die Aufgabe darin, nach möglichen Meinungen durch die Verwendung der Imagination und Variation zu suchen, um sich dem Phänomen durch unterschiedliche Perspektiven, Rollen, Positionen und Funktionen anzunähern. Das Ziel ist es, eine Beschreibung der essenziellen Strukturen des Phänomens zu erreichen. Auch der Prozess der imaginativen Variation erfolgt in mehreren Schritten. Zuerst werden systematisch die möglichen Meinungen, die den texturalen Bedeutungen zugrunde liegen variiert. Dann wird versucht, die zugrundeliegenden Themen oder Kontexte, die das Zustandekommen des Phänomens ausmachen, zu erkennen. Danach werden universelle Strukturen, die Gefühle und Gedanken in Bezug zu dem Phänomen auslösen, berücksichtigt, wie z.B. die Struktur der Zeit, des Ortes, körperliche Anliegen, Materialität, Kausalität, Beziehung zum Selbst oder Beziehung zu Anderen. Die Suche nach Erläuterungen, welche die unterschiedlichen strukturellen Themen veranschaulichen und die Entwicklung einer strukturellen Beschreibung des Phänomens ermöglichen, stellen den letzten Schritt der imaginativen Variation dar.

Der phänomenologische Forschungsprozess nach Moustakas (1994) endet mit einer **Synthese der texturalen und strukturellen Beschreibungen**. Eine intuitive Verschmelzung der grundlegenden texturalen und strukturellen Beschreibungen zu einer vereinten Aussage der Essenzen der Erfahrungen des Phänomens in seiner Ganzheit.

#### 4.1.2 Die Methodologie nach Moustakas (1994)

Die Methodologie nach Moustakas (1994) teilt sich in vier Schritte auf und dient als Unterstützung für den geplanten Forschungsprozess. Der erste Schritt ist die **Vorbereitung zur Datensammlung**. In diesem Schritt wird ein Forschungsthema gewählt und Forschungsfragen entwickelt. Anhand einer Literaturrecherche soll herausgefunden werden, was zu dem Thema bekannt bzw. unbekannt ist.

Des Weiteren werden Kriterien und Ideen für die TeilnehmerInnenrekrutierung entwickelt (z.B.: Kontaktherstellung, Informed Consent, Gewährleistung der Vertraulichkeit, Zustimmung zu Ort und Zeit, Zustimmung zur Aufzeichnung).

Der nächste Schritt ist die **Datensammlung** selbst. Hierbei geht es darum, sich durch die Epoche vorzubereiten. Auch das „Bracketing“ soll hierbei Anwendung finden. Zur Datensammlung werden vorwiegend bei der phänomenologischen Forschung Interviews verwendet. Dieses Interview beginnt meist mit einem offenen Gespräch, um eine entspannte und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Ziel ist es, eine ausführliche Beschreibung der Erfahrung des Phänomens der TeilnehmerInnen zu gewinnen. Auch ein Interviewleitfaden kann zur Anwendung kommen, wenn die Geschichte der TeilnehmerInnen nicht die ausreichende und in die Tiefe gehende Meinung zu der Erfahrung des Phänomens erreicht. Breit gerichtete Fragen sollen dann helfen, um reiche inhaltliche Beschreibungen der Erfahrungen zu bekommen.

Der dritte Schritt ist die **Organisation, Analyse und Synthese der Daten**. Hierbei kommt der Prozess von Moustakas (1994) zur Anwendung. Durch die phänomenologische Reduktion und die imaginative Variation sollen texturale und strukturelle Beschreibungen synthetisiert werden.

Der letzte Teil in der Methodologie nach Moustakas (1994) ist der Schritt der **Zusammenfassung, Implikationen und Outcome**. Dies bedeutet, dass die gesamte Studie zusammengefasst und der vorhandenen Literatur gegenübergestellt wird. Zudem sollen mögliche zukünftige Forschungsoptionen aufgezeigt werden. Außerdem sollen persönliche sowie professionelle Ergebnisse und gesellschaftliche Meinungen sowie Relevanz mit der Studie in Beziehung gesetzt werden. Zum Schluss soll der Forscher einen abschließenden Kommentar zu persönlichen zukünftigen Zielen anbieten.

## 4.2 Gütekriterien in der naturalistischen Forschung

Es braucht generelle Kriterien, um die Qualität des Weges der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung feststellen zu können (Lamnek & Krell, 2016). Lincoln und Guba (1985) empfehlen hierbei die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit im naturalistischen Paradigma (Mayer, 2019). Diese Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness) wird anhand von vier Kriterien (Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit, Nachvollziehbarkeit) bestimmt, bei denen unterschiedliche Methoden dem naturalistischen Forscher zur Verfügung stehen. Nachfolgend soll nun einerseits aufgezeigt werden, welche Methoden Lincoln und Guba (1985) empfehlen und andererseits inwiefern diese Kriterien in dieser Arbeit Anwendung gefunden haben.

### 4.2.1 Glaubwürdigkeit (Credibility)

Es stehen mehrere Methoden für die Erhöhung und die Gewährleistung der Glaubwürdigkeit zur Verfügung.

1. Methoden, die die Möglichkeit erhöhen, dass glaubwürdige Ergebnisse zustande kommen
  - **Längereres Engagement:** ist die Investition von ausreichend Zeit, um sich zu orientieren, den Kontext des Phänomens zu verstehen und eventuelle Verzerrungen zu erkennen. Dies wird in dieser Arbeit damit gleichgesetzt, dass der Forscher der vorliegenden Arbeit aus demselben Kontext wie die InterviewteilnehmerInnen stammt und das Erlebnis einer abgängigen Person mit einer dementiellen Erkrankung bereits selbst erlebt hat.
  - **Nachhaltige Beobachtung:** dient dazu, um möglichst viele Aspekte des Phänomens zu verstehen und diese bis ins Detail beschreiben zu können. Durch eine intensive Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten kann man von einer nachhaltigen Beobachtung ausgehen.
  - **Triangulation:** ist die Verbindung von verschiedenen Quellen, Methoden, ForscherInnen und Theorien. In dieser Arbeit kam es im klassischen Sinn zu keiner Triangulation. Dennoch wurde durch die Auswahl der InterviewteilnehmerInnen versucht, ein breites Spektrum abzubilden (z.B. operativer und konservativer Bereich, unterschiedlich lange Berufserfahrung und unterschiedliche Positionen).
2. Methode, die eine externe Überprüfung des Forschungsprozesses erlaubt
  - **Peer debriefing** (gleichrangige Nachbesprechung): dieser Prozess unterstützt die ForscherInnen darin, authentisch zu bleiben und soll mögliche Fehlerquellen identifizieren und überprüfen.

Hierbei wurden KollegInnen des Forschers dieser Arbeit herangezogen, um einerseits Fragen innerhalb des Forschungsprozesses abzuklären und andererseits Interpretationen auf deren Verständlichkeit und Angemessenheit zu überprüfen.

3. Methode mit dem Ziel Annahmen zu verfeinern, wenn mehr und mehr Informationen verfügbar werden
  - **Negative Case Analyse:** ist ein Prozess der Überarbeitung zur Verfeinerung der Annahmen, bis alle bekannten Fälle ohne Ausnahmen dargestellt werden. Hierbei versuchen die ForscherInnen, sich widerlegende, vergangene und zukünftige Daten zu identifizieren und die Annahmen dahingehend zu verfeinern, dass der „negative Fall“ in der Annahme eingeschlossen wird.
4. Methode, um vorläufige Ergebnisse und Interpretationen mit den rohen Daten zu vergleichen
  - **Referentielle Angemessenheit:** ein Weg, um die Angemessenheit der Interpretationen zu testen, also eine Methode, die zu Evaluationszwecken verwendet wird. Hierbei werden „rohe Daten“ archiviert und später zur Testung von Interpretationen verwendet. Aufgrund der limitierten zeitlichen Ressourcen beim Erstellen dieser Arbeit wurde auf diese Methode in der vorliegenden Arbeit verzichtet.
5. Methode der direkten Testung der Ergebnisse und Interpretationen von und mit den TeilnehmerInnen
  - **Member Checking:** ist die wichtigste Technik, um die Glaubwürdigkeit der Forschung zu erhöhen. Hierbei werden die erhobenen Daten, Ergebnisse und Interpretationen durch die InterviewteilnehmerInnen selbst überprüft. Dies bietet die Möglichkeit, die Absicht für Handlungen der TeilnehmerInnen zu erheben, um sichere Informationen zu gewährleisten. Auch zur Fehlerüberprüfung und zur Gewinnung zusätzlicher Informationen wird das Member Checking genutzt. Es erlaubt den TeilnehmerInnen eine generelle Beurteilung der Angemessenheit vorzunehmen. Auch in dieser Arbeit wurden die transkribierten Interviews den einzelnen TeilnehmerInnen zur Überprüfung gegeben und erst mit deren Zustimmung bei der Datenanalyse herangezogen. Zudem wurden anschließend die Ergebnisse und Interpretationen den TeilnehmerInnen zur Begutachtung gegeben.

#### **4.2.2 Übertragbarkeit (Transferability)**

Die Übertragbarkeit können naturalistische ForscherInnen nur mit einer umfassenden Beschreibung erhöhen. Sie sind verantwortlich für die breitest mögliche Beschreibung der Informationen, um die Beurteilung der Übertragbarkeit für potenzielle AnwenderInnen zu ermöglichen.

#### **4.2.3 Zuverlässigkeit (Dependability)**

Dieses Kriterium ist eng mit dem nächsten der Nachvollziehbarkeit verbunden. Wie bei einer Steuerprüfung wird hier von einem/einer „PrüferIn“ der Prozess der Forschung, die Daten, Ergebnisse und Interpretationen sowie Empfehlungen geprüft. Durch eine einzige solche Prüfung kann die Zuverlässigkeit und die Nachvollziehbarkeit bestimmt werden.

#### **4.2.4 Nachvollziehbarkeit (Confirmability)**

Die Nachvollziehbarkeit kann durch drei Techniken gewährleistet werden: Triangulation, das Führen eines reflexiven Journals und, wie bereits erwähnt, dem Durchführen eines Prüfprozesses. Von einem förmlichen Prüfprozess wie ihn Lincoln und Guba (1985) beschrieben wurde aus limitierten zeitlichen Ressourcen abgesehen. Vielmehr kann aber die Betreuung dieser Arbeit als eine Art Prüfprozess gesehen werden. Durch und während der Betreuung kam es zum kontinuierlichen Austausch bzw. zur Einarbeitung von konstruktivem Feedback und gleichzeitig zur Supervision des gesamten Forschungsprozesses. Die Betreuerin selbst ist maßgeblich durch ihre wissenschaftliche Kompetenz und ihrer Unterstützung in jeglichen Belangen am Gelingen und der Richtigkeit dieser Arbeit beteiligt.

Des Weiteren kann auch das Hinzuziehen von Kommilitonen des Forschers dieser Arbeit, aus dem Masterstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien als eine Art Prüfprozess gesehen werden. Auch hier kam es zu einem kontinuierlichen Austausch und vielen Diskussionen verteilt über den gesamten Forschungsprozess.

## **4.3 Datenerhebung**

Neben der Methode der Datenerhebung werden in diesem Kapitel auch die Auswahl der ForschungsteilnehmerInnen und die konkrete Vorgehensweise bei der Datenerhebung beschrieben.

### **4.3.1 Methode der Datenerhebung**

Die klassische Methode der Datenerhebung in der phänomenologischen Forschung stellt das Interview dar. Phänomenologische Interviews beginnen meist mit einem kurzen Gespräch oder einer meditativen Übung, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Das Interview selbst ist ein interaktiver Prozess, geprägt von offenen Fragen, die vorab von den ForscherInnen vorbereitet werden (Moustakas, 1994). Auch in dieser Arbeit wurden Interviews für die Datenerhebung durchgeführt. Diese werden vor allem in der qualitativen Forschung verwendet, um Erfahrungen, Gefühle und Meinungen von UntersuchungsteilnehmerInnen zu erfahren (Mayer, 2019). Konkret ist die episodische Interviewform zur Anwendung gekommen. Bei dieser besteht die Möglichkeit, in einem Interview zwei Aspekte des persönlichen Wissens zu untersuchen. InterviewteilnehmerInnen können sowohl ihre Erfahrungen zu einer bestimmten Situation als auch verallgemeinernde Annahmen und Zusammenhänge zum Ausdruck bringen (Mayer, 2019). Es ist somit möglich, durch die Kombination von narrativen und leitfadengestützten Interviews, Abläufe und deren Kontexte sowie auch Routinisierungen des Alltages aufzunehmen. Laut Flick (1995) kombiniert diese Interviewform Erzählungen und Befragungen. Zudem kommt ein Leitfaden zum Einsatz, der alle relevanten Themenbereiche beinhaltet und dazu dient Erzählungen zu stimulieren sowie gegebenenfalls Nachfragen zu ermöglichen. Ein Vorteil von episodischen Interviews ist die Chance des Vergleiches von gruppenspezifischen Unterschieden in Bezug auf Erfahrungs- und Alltagswissen (Lamnek & Krell, 2016).

### **4.3.2 ForschungsteilnehmerInnen**

In der qualitativen Forschung geht es darum, dass die TeilnehmerInnen angemessen und nützlich für das geplanten Forschungsvorhaben sind. Dies bedeutet, dass die Auswahl der TeilnehmerInnen nicht dem Zufall überlassen wird. Es braucht also eine gezielte Auswahl von TeilnehmerInnen, die die gewünschten Ergebnisse hervorbringen könnten. Zudem sollen umfangreiche Informationen gesammelt werden können, um ein Phänomen detailliert zu beschreiben. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass die TeilnehmerInnen zweckgebunden gewählt werden. Das heißt, dass die TeilnehmerInnen anhand von vorbestimmten Kriterien, wie beispielsweise ein ähnlich erlebtes Ereignis oder der Abstammung aus demselben Umfeld,

gewählt werden (Mayer, 2019). Für diese Forschungsarbeit sind somit nur professionelle Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting mit der Erfahrung der Abgängigkeit eines Patienten/einer Patientin mit einer dementiellen Erkrankung befragt worden. Bei professionellen Pflegepersonen sind alle Pflegepersonen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachassistenten sowie Pflegeassistenten gemeint. Pflegepersonen aus anderen Bereichen wie dem Langzeitpflegebereich, der Hauskrankenpflege oder Spezialbereichen (Intensivstationen, OP, etc.) sowie nicht professionell Pflegende (pflegende Angehörige, Personenbetreuer) wurden nicht befragt.

Ein Leitprinzip bei der qualitativen Forschung in Bezug auf den Umfang der Stichprobe ist die Datensättigung, das bedeutet, es werden solange Datenerhebungen durchgeführt bis keine neuen Informationen mehr gewonnen werden können (Mayer, 2019). Da sich diese Forschungsarbeit im Rahmen der Masterarbeit befindet, wurde aus zeitlichen und ressourcenbezogenen Gründen von der Datensättigung abgesehen. Insgesamt wurden sieben professionelle Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting mit der Erfahrung der Abgängigkeit eines Patienten/einer Patientin mit einer Demenz befragt.

Die InterviewteilnehmerInnen wurden innerhalb des sozialen und beruflichen Kontextes des Forschers dieser Arbeit ausgewählt. Zudem konnte durch Personen, die bereits an einem Interview teilgenommen hatten, weitere potenzielle InterviewteilnehmerInnen ausfindig gemacht werden. Es handelte sich bei allen InterviewteilnehmerInnen um Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Es wurden drei Männer und vier Frauen mit einer Berufserfahrung von einem Jahr bis zu 14 Jahren befragt. Sechs der sieben InterviewteilnehmerInnen sind im konservativen Bereich eines Krankenhauses tätig und nur eine Interviewteilnehmerin im operativen Bereich. Zudem haben sechs InterviewteilnehmerInnen bereits Zusatzausbildungen und Spezialisierungen in ihrer beruflichen Laufbahn absolviert. In der nachfolgenden Tabelle soll ein Überblick über die InterviewpartnerInnen (IP) gegeben werden.

Tabelle 1: Darstellung der InterviewteilnehmerInnen

	Geschlecht	Beruf	Zusatzausbildung	Alter in Jahren	Berufserfahrung in Jahren	Arbeitsbereich
IP1	männlich	DGKP	ANP Demenz	35	12	Akutgeriatrie
IP2	weiblich	DGKP	BScN, Pädagogik	38	14	Interne/Onkologie
IP3	weiblich	DGKP		24	1	Onkologie
IP4	weiblich	DGKP	BScN	28	5	Interne
IP5	männlich	DGKP	BScN	26	3	Onkologie
IP6	männlich	DGKP	BScN	28	3	Interne
IP7	weiblich	DGKP	MSc, Leitungsposition	32	9	Chirurgie

#### 4.3.3 Vorgehensweise bei der Datenerhebung

Bei den Interviews wurde darauf geachtet, dass die InterviewteilnehmerInnen sich wohlfühlen und den Ort des Interviews selbst bestimmen konnten, da dies zu einer lockeren Gesprächsatmosphäre beiträgt. Es wurde jedoch auch darauf geachtet, dass der gewählte Ort einen störungsfreien Ablauf ermöglicht. Die Befragten erhielten zu Beginn eine Aufklärung über die Dauer des Interviews sowie dessen Rahmenbedingungen und dessen Sinn und Zweck. Auch die Freiwilligkeit und die Wahrung der Anonymität wurde vor dem unmittelbaren Beginn nochmals erklärt. Die InterviewteilnehmerInnen erhielten auch alle Informationen in schriftlicher Form, auch für Fragen zum Ablauf etc. wurde Raum gegeben. Um Missverständnisse und spätere Komplikationen zu vermeiden, mussten die InterviewteilnehmerInnen eine Einverständniserklärung unterzeichnen (Mayer, 2019). Zudem wurde vorab ein Gesprächsleitfaden entwickelt der dann als Gedächtnisstütze und Orientierung bei den Interviews verwendet wurde. Die Interviews wurden im November und Dezember 2019 durchgeführt.

## 4.4 Datenanalyse

In folgendem Kapitel werden die Datenaufbereitung und die Methode der Analyse der Daten beschrieben.

### 4.4.1 Datenaufbereitung

Alle Interviews wurden mit Einverständnis der InterviewteilnehmerInnen und mit Hilfe von zwei Aufzeichnungsgeräten aufgenommen. Anschließend wurden die Interviews in Word® 2010 unter der Verwendung von Windows Media Player® transkribiert. Durch die Transkription kommt es zu einer Reduktion von Informationen, um dieser Reduktion entgegenzuwirken wurden kommentierte Transkripte erstellt bei denen Auffälligkeiten der Sprache mit Sonderzeichen versehen wurden (Mayer, 2019). In der nachfolgenden Tabelle werden die vom Forscher der vorliegenden Arbeit verwendeten Sonderzeichen dargestellt.

Tabelle 2: Sonderzeichen der Transkription

Sonderzeichen innerhalb der Transkription	
I:	Interviewer
B:	Befragte/r
(.)	Pause, ca. 1 sek.
(..)	Pause, ca. 2 sek.
(...)	Pause, > 2 sek.
(unverst.)	unverständlich
mhm (bejahend)	
mhm (verneinend)	Verständigungssignal
hm (fragend)	
(lacht)	Charakterisierung von nicht sprachlichen Vorgängen
(lachend)	
unterstrichen	starke Betonung

Dadurch, dass es bei dieser Arbeit um inhaltliche Aspekte geht und weniger um sprachliche Aspekte, wurde die Transkription in Schriftdeutsch durchgeführt, um den in der Sprache vorkommenden Dialekt zu übertragen. Durch diese Übertragung ins Schriftdeutsche ist es somit einfacher, die Interviews zu lesen und zu bearbeiten (Mayer, 2019). Für die Einhaltung der geltenden Datenschutzgrundverordnung (§7 Datenschutzgesetz Österreich, 2020) wurden sämtliche im Interview genannten Namen von ÄrztInnen, Pflegepersonen, PatientInnen sowie Namen von Krankenhäusern anonymisiert, um jegliche Rückschlüsse ausschließen zu können.

#### 4.4.2 Methode der Datenanalyse

Für die Analyse der Daten aus den transkribierten Interviews modifizierte Moustakas (1994) die Methode der phänomenologischen Datenanalyse von Van Kaam (1959, 1966). Für diese phänomenologische Analyse der Daten wird die komplette Transkription von jedem der InterviewteilnehmerInnen genutzt und anhand mehrerer Schritte analysiert. Nachfolgend werden die einzelnen Schritte dieser Methode dargestellt.

#### 1. Auflistung und vorläufige Gruppierung

Horizontalisierung: alle Aussagen, die relevant zu dem Thema (der Fragestellung) sind, werden herausgeschrieben. Diese Aussagen bilden nun die Horizonte der Erfahrung.

#### 2. Reduktion und Elimination

Alle Horizonte werden auf zwei Bedingungen getestet, um die invarianten (unveränderlichen) Bestandteile zu bestimmen:

- Ist der Horizont ausreichend zur Verständnisgewinnung?
- Besteht die Möglichkeit der Abstraktion?

Aussagen, die diesen Bedingungen standhalten, bilden somit die invarianten Bestandteile der Erfahrung. Aussagen, die den Bedingungen nicht standhalten sowie überlappende, sich wiederholende und undeutliche Aussagen werden gestrichen oder in genaueren Begriffen dargestellt.

wie empathisch bin ich gegenüber meinem Patienten  
↳ Empathie bezüglich was das Handeln

wie gut kenne ich meine Patienten und ziehe deshalb Rückschlüsse wo die hingegangen sind  
Kenntnisse über den Patienten beeinflussen

dadurch wird auch Angst genommen und Unsicherheit  
Angst und Unsicherheit werden durch den persönlichen Wissensstand mit der physischen Beziehung minimiert  
also das sind für mich so die Hauptfaktoren die 2 die das beeinflussen.

noch persönliche Charaktereigenschaften auch hineingeben, bin ich jemand der sich generell der sich sehr schnell stressen lässt oder bin ich jemand der immer eher gelassen ist  
persönliche Charaktereigenschaften beeinflussen das Handeln

das sind einfach persönliche charakterliche Faktoren die aber sicher auch noch verstärkt oder geschwächt werden, je nach dem ich für einen Wissenstand ich hab oder wie gut ich in Beziehung treten kann, mit dem mir Schutzbefohlenen kognitiv eingeschränkten Patienten  
charakterliche Faktoren werden vom persönlichen Wissenstand beeinflusst

- das sind eigentlich viele Dinge von denen (.) von denen es abhängig ist wie Abhängigkeit - erlebt wird

Abbildung 2: Auszug aus der Datenanalyse Schritt 1 und 2

### 3. Gruppierung und Thematisierung der invarianten Bestandteile

Die invarianten Bestandteile der Erfahrung werden nun miteinander in Verbindung gebracht und zu Themen gruppiert. Daraus ergeben sich dann auch Kernthemen.

**Tabelle 3:Auszug aus der Gruppierung und Thematisierung**

Horizonte	invariante Bestandteile	invariante Bestandteile 2	Gruppierung und Thema	Kernthema
also einen Sicherheitsdienst und vom Spital und die machen sich dann auf die Suche nach dieser Person, also denen meldet man diese Abhängigkeit und die machen sich dann auf die Suche nach dieser Person, also man gibt wie sozusagen die Verantwortung ab, ja an diesen Sicherheitsservice	Verantwortung der Suche wird im Falle einer Abhängigkeit an Sicherheitsdienst übertragen	Verantwortungsübertragung	Verantwortlichkeit	Verantwortung
Für mich war es halt eben wegen diesem Erlebnis von diesem verstorbenen Patient da auf der Urologie halt sehr schlimm das jemand weg ist in meinem Dienst und ich sie nicht finden kann	aufgrund der Vorgeschichte wurde die Abhängigkeit als schlimm empfunden	prägende Vorgeschichte beeinflusste das Erleben der Abhängigkeit	prägende Vorgeschichte	Faktoren die auf den Umgang mit einer Abhängigkeit Einfluss haben
weil einfach diese Angst so mitgeschwungen hat, dass etwas Schlimmes hätte, also etwas Schlimmeres, was bedeutet für mich Tod oder Unfall oder auf der Straße zusammengefahren werden	Angst um den Patienten		Ängste	Gefühle die durch eine Abhängigkeit ausgelöst werden
weil dieses Krankenhaus liegt ja direkt außerhalb an einigen gut befahrenen Straßen,	Krankenhausumgebung	Krankenhausumgebung beeinflusst das Erleben	Einflussfaktor Krankenhausumgebung	Faktoren die auf den Umgang mit einer Abhängigkeit Einfluss
ich hatte einfach Angst, dass dieser Dame etwas zugestochen sein könnte	Angst um den Patienten		Ängste	Gefühle die durch eine Abhängigkeit ausgelöst werden

### 4. Endgültige Identifikation der invarianten Bestandteile und Themen durch Validation

Bei diesem Schritt findet eine „Rücküberprüfung“ statt, in welchem die invarianten Bestandteile, die Themen und Kernthemen mit den Transkripten abgeglichen werden.

- Sind sie klar formuliert?
- Passen sie zusammen, wenn sie nicht klar formuliert sind?

Wenn sie nicht klar formuliert oder kompatibel sind sollten sie entfernt werden.

## **5. Individuelle texturale Deskription der Erfahrung**

Die relevanten validierten invarianten Bestandteile, Themen und Kernthemen werden nun genutzt, um für jede/n InterviewteilnehmerIn eine individuelle texturale Deskription zu erstellen.

## **6. Individuelle strukturelle Deskription**

Basierend auf der individuellen texturalen Deskription und der imaginativen Variation wird für jede/n InterviewteilnehmerIn eine strukturelle Deskription der Bedeutungen und Essenzen der Erfahrung erstellt.

## **7. Texturale-strukturelle Deskription**

Für jede/n InterviewteilnehmerIn wird eine texturale-strukturelle Deskription konstruiert, also die invarianten Bestandteile und Themen werden in die Bedeutungen und Essenzen der Erfahrung eingearbeitet.

## **8. Zusammengeführte texturale-strukturelle Deskription**

Am Ende wird dann von den individuellen texturalen-strukturellen Deskriptionen eine zusammengesetzte Beschreibung der Bedeutungen und Essenzen der Erfahrung erstellt.

Die Schritte 5 bis 8 der von Moustakas (1994) modifizierten phänomenologischen Datenanalyse von Van Kaam (1959, 1966) werden im Kapitel der Ergebnisse dargestellt.

## **4.5 Ethische Aspekte**

Jegliche Forschung wirft auch ethische Fragen auf, die einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Daher wird diese Arbeit anhand der drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes diskutiert und geprüft (Mayer, 2019).

- umfassende Information und freiwillige Zustimmung**

Hierbei ist zu beachten, dass alle potenziellen TeilnehmerInnen einwilligungsfähig sind, die Einwilligung freiwillig geschieht und dies in einem Informed Consent festgehalten wird (Mayer, 2019). Da es sich bei allen TeilnehmerInnen um Erwachsene und zudem um nicht kognitiv beeinträchtigte Personen handelte, stellte sich die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit nicht. Dennoch bedarf es einer umfassenden Information für die TeilnehmerInnen, um deren Entscheidungsfähigkeit zu gewährleisten und die Tragweite einer solchen Forschung zu verstehen. Daher erhielten alle potenziellen TeilnehmerInnen vorab ein ausführliches Informationsschreiben und der Informed Consent wurde von jedem/r TeilnehmerIn vor dem Interview eingeholt. Das Exemplar des Informationsschreibens sowie des Informed Consent ist im Anhang dieser Arbeit ersichtlich.

- Datenschutz und Anonymität**

Alle TeilnehmerInnen haben das Recht auf den Schutz der eigenen Person und den sorgfältigen Umgang mit den erhobenen Daten (Mayer, 2019). Um die Anonymität der TeilnehmerInnen zu wahren, wurden in dieser Arbeit sämtliche personenbezogenen Daten pseudonymisiert, das heißt, dass alle Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen ersetzt wurden, um die Zuordnung zu einer Person auszuschließen oder zu erschweren. Des Weiteren hat nur der Forscher selbst Zugriff auf personenbezogene Daten und eine sichere Aufbewahrung aller digitalen Daten sowie der Daten in Papierform ist gewährleistet. Außerdem wurde bei den Interviews auf die notwendige Vertraulichkeit geachtet. Dies bedeutet, dass manche Äußerungen auf Wunsch der InterviewteilnehmerInnen vertraulich behandelt wurden und in die Transkription nicht mit einflossen.

- Schutz der/des Einzelnen vor eventuellen physischen und psychischen Schäden**

Dieser Schutz bedeutet generell, dass in erster Linie kein Schaden entstehen darf, sondern es vielmehr einen Nutzen für den/die Einzelnen oder für die Gesellschaft haben soll, um eine Forschung zu rechtfertigen (Mayer, 2019). Da es sich bei dieser Arbeit um keine Interventionsstudie handelt, wird von einem körperlichen Schaden bzw. einer körperlichen Belastung abgesehen.

Jedoch kann eine psychische Belastung für den/die InterviewteilnehmerIn während des Interviews nicht ganz ausgeschlossen werden, da es sich um ein möglicherweise emotional belastendes Thema handelt. Beispielsweise könnte es sein, dass ein/eine InterviewteilnehmerIn ein besonders herausforderndes Erlebnis der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz mit negativen Folgen oder Konsequenzen erfahren hat. Daher wurde bei den Interviews darauf geachtet, auf solche möglichen Situationen vorbereitet zu sein und entsprechend agieren zu können. Im Falle einer emotionalen Dekompensation kann der Forscher dieser Arbeit auf ein breites Spektrum entlastender Gesprächsführung und kommunikativer Fähigkeiten, aufgrund seiner eigenen beruflichen Erfahrungen zurückgreifen.

Ein weiterer Aspekt, der neben den Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes ebenso bedacht werden muss, ist das Prinzip der Wahrhaftigkeit. Dies bedeutet, dass während der gesamten Forschung, besonders in der Phase der Datenerhebung, Datenauswertung und Publikation keine Manipulation stattfinden darf. Für dieses Prinzip gibt es keine andere Kontrollinstanz als den Forscher selbst, daher ist die Wahrhaftigkeit und die akademische Integrität der ForscherInnen wichtig (Mayer, 2019). Dadurch, dass diese Arbeit von einer Person betreut wird, gibt es hier zumindest an gewissen Punkten der Forschung eine Art von Kontrolle.

## 5 Ergebnisse

In folgendem Kapitel werden nun die Ergebnisse und somit die Bedeutung der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz im Kontext professionellen Handelns aus Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting erläutert.

Die Darstellung der Ergebnisse richtet sich nach der Chronologie der von Moustakas (1994) modifizierten phänomenologischen Datenanalysemethode von Van Kaam (1959, 1966), daher werden am Beginn dieses Kapitels nun die individuellen texturalen, strukturellen und texturalen-strukturellen Beschreibungen von allen InterviewteilnehmerInnen aufgezeigt. Anschließend werden die aus allen Interviews zusammengeführten Kernthemen und Themen beschrieben. Diese Beschreibungen der Kernthemen und den dazugehörigen Unterthemen können zugleich als zusammengeführte texturale Beschreibung und eine zusammengeführte strukturelle Beschreibung betrachtet werden, um zum Abschluss die zusammengeführte texturale-strukturelle Beschreibung der Bedeutungen und Essenzen der Erfahrungen darzustellen.

### 5.1 Individuelle Beschreibungen der InterviewteilnehmerInnen

Im Folgenden werden alle texturalen, strukturellen und texturalen-strukturellen Beschreibungen der InterviewteilnehmerInnen aufgezeigt. Zudem werden Zitate aus den Interviews genutzt, um die Beschreibungen der Erfahrung besser zu veranschaulichen.

#### 5.1.1 Beschreibungen der Erfahrungen von IP1

##### Texturale Beschreibung

Das Phänomen der Abgängigkeit ist für IP1 durchaus keine Seltenheit und vor allem eine emotionale Auseinandersetzung mit einer besonderen Situation von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung die unterschiedliche Gefühle freisetzt. Am Beginn steht das Gefühl einer generellen Panik, das manchmal von einem Gefühl der Erleichterung durchbrochen werden kann, wenn man selbst nicht direkt betroffen ist „...grade als junger Diplomierter war das schon so, also auch wenn ich Anrufe gekriegt hab im Dienst von der anderen Station, hab ich mir immer gedacht na Gott sei Dank fehlt mir keiner, muss ich ehrlich zugeben“. Sollte man selbst von einer Abgängigkeit von PatientInnen betroffen sein, werden Gefühle der Sorge und zweierlei Ängste freigesetzt. Hierbei entsteht einerseits die Angst um die PatientInnen und andererseits die Angst um die Verantwortlichkeit „...weil das was da im Hintergrund schwebt, ist ja schon auch erstens die Angst das dem Schutzbefohlenen etwas passieren könnte und damit schwingt aber auch natürlich die Angst mit selber verantwortlich gemacht zu werden“.

Außerdem werden Unsicherheit und eine Art der Machtlosigkeit sowie Schuldgefühle von IP1 beschrieben. Bei IP1 kam es auch durch die Führungsperson zu einer Schuldzuweisung „*Unsere Stationsschwester in meiner früheren Arbeitsstelle, die war leider immer eher ein bisschen ein „Nerverl“, ein sehr sympathischer Mensch, aber wenn so was passiert ist, immer eher gleich Oh Gott jetzt brennt der Hut und so und warum schaut ihr denn nicht und so, also schon auch mit Schuldzuweisungen*“.

### **Strukturelle Beschreibung**

Die Erfahrung einer Abhängigkeit von PatientInnen mit dementieller Erkrankung wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst und rückt unter Umständen dieses Phänomen in ein anderes Licht. IP1 selbst beschreibt Faktoren, die den Umgang mit einer Abhängigkeit beeinflussen können. Wie eine Abhängigkeit von PatientInnen erlebt wird, hängt vor allem vom Erfahrungswissen der professionellen Pflegeperson ab „...*das sind halt ebenso Dinge, auf die kommt man mit mehr Berufserfahrung leichter drauf, schau ma vorher mal die leichten Lösungen an*“. Auch Faktoren, die das direkte Handeln beeinflussen, wie beispielsweise die Krankenhausumgebung oder die Reaktion von Angehörigen, sowie unterschiedliche Hilfestellungen während einer Abhängigkeit, wie Standards oder erfahrene KollegInnen, können das Erleben dieses Phänomens verändern.

Einen wichtigen Punkt stellt auch die Abwägung der Autonomie und der Fürsorge der PatientInnen dar „*Es ist prinzipiell so, dass bei der Patientenversorgung die Fürsorgepflicht hinter der Selbstbestimmung steht, also das weiß ich erst jetzt, das wissen glaub ich die wenigsten in unserem Berufsstand, dass das so ist*“. Als einen sehr einflussnehmenden Faktor beschreibt IP1 noch die Beziehungsgestaltung im Rahmen der professionellen Pflege „*Ich glaub, dass dieses Gefühl das man hat, als professionelle Pflegeperson, wenn jemand die Obhut verlässt der stationären Versorgung, dass das auch sehr davon abhängig ist, wie die Pflegebeziehung schon ist und ob man weiß was da im Hintergrund steht*“.

### **Texturale-strukturelle Beschreibung**

Das Phänomen der Abhängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung ist eine emotionale herausfordernde Situation, welche von mehreren Faktoren beeinflusst wird und dabei entstehende Gefühle gemildert aber auch verstärkt werden können. IP1 führt hierbei an, dass Schuldgefühle stärker oder geringer sein können je nachdem welche Tätigkeiten bei einem Fall der Abhängigkeit verrichtet wurden: „*Ich denk mir auch, dass Schuldgefühle im Zusammenhang mit Abhängigkeit immer dann größer sind, wenn du selber das Gefühl hast ich hätte es verhindern können, wenn du denkst OK ich war jetzt die ganze Zeit reanimieren und*

*hab eigentlich eine Blutung gestillt, na dann werden die Schuldgefühle geringer sein als wenn du eigentlich beim Stützpunkt gesessen bist und keine Ahnung, Däumchen gedreht hast oder dich mit den Kollegen unterhalten und dann fehlt aber der Patient“.* Auch Angst und Unsicherheit können beispielsweise von unterstützenden erfahrenen KollegInnen reduziert werden. Besonders hervorzuheben ist jedoch die professionelle Beziehungsgestaltung zu den PatientInnen und zu deren Angehörigen. Eine gute pflegerische Beziehung dient in erster Linie als wichtige Hilfestellung im Falle einer Abgängigkeit „...wie gut kenne ich meine Patienten und ziehe deshalb Rückschlüsse, wo die hingegangen sind“. Dies mildert wiederum Gefühle wie Unsicherheit, Stress und Angst und erleichtert wesentlich den Umgang mit dem Phänomen der Abgängigkeit „Je mehr ich, da ich in Beziehung getreten bin und das ganze Umfeld kenne, umso leichter ist es dann auch damit umzugehen“. Die Verwendung von Standards kann Sicherheit geben und das Gefühl der Panik aufgrund von Orientierungslosigkeit reduzieren. Auch das Wissen über rechtliche Belange beispielsweise die Frage nach der Autonomie und der Fürsorge kann eine Entspannung im Umgang mit dem Phänomen herbeiführen.

### **5.1.2 Beschreibungen der Erfahrung von IP2**

#### **Texturale Beschreibung**

Das Phänomen einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung wird von IP2 mit unterschiedlichen Gefühlen erlebt. Einerseits entstehen Ängste und Sorgen um abgängige PatientInnen an sich, welche von einer Ungewissheit über den Ausgang der Abgängigkeit begleitet werden. Andererseits entstehen aber auch positive Gefühle wie Erleichterung und eine innere Ruhe, wenn die abgängige Person unbeschadet zurückkehrt „...und dann natürlich als die Dame wieder da war, war ich wie gesagt schon sehr beruhigt und erleichtert“. IP2 erzählt auch von einer Art Machtlosigkeit. Hierbei wird besonders die Zeit des Wartens auf die Rückkehr der abgängigen Person eine Herausforderung. In dieser Wartezeit entstehen auch viele Gedanken und Auslegungen zur Rechtfertigung gegenüber sich selbst, den Vorgesetzten aber auch den Angehörigen des/der abgängigen Patienten/in. „...das spult ja alles innerlich ab, genau diese ganzen Dinge von, Gott ich hätte besser aufpassen sollen, wo bin ich gewesen, was habe ich gemacht, kann ich das alles genau belegen was ich gerade zu diesem Zeitpunkt in diesem Zeitfenster gemacht habe, wann habe ich angerufen, dass ich alles dokumentiert genau habe, dass diese ganzen Gedanken, Gedanken, Gedanken, was sage ich den Angehörigen, was sage ich meinen Vorgesetzten...“ Es kommt auch zur Selbstreflexion und zu Selbstvorwürfen, obwohl es durch andere zu keinen Schuldzuweisungen oder Vorwürfen gekommen ist. Ein bedeutendes Thema verbunden mit dem Phänomen der Abgängigkeit ist die Verantwortung an sich. Diese führt zu einem Dilemma, da die

Verantwortung gegenüber der abgängigen Person und deren Wiederauffinden besteht, diese aber nicht ausreichend wahrgenommen werden kann, weil auch die Verantwortung gegenüber allen anderen PatientInnen aufrecht bleibt. „...die Station ist voll belegt und ich kann nicht einfach weggehen und nach dieser Person suchen, weil ich ja die Verantwortung habe für die restlichen internistischen Patienten, aber auch für die restlichen onkologischen Patienten mit ihren Chemotherapien, ich kann keine Assistenz alleine lassen mit diesen Patienten, das war so diese Zwickmühle in die ich hineingekommen bin“. Daher wurden gezwungenermaßen die Aufgabe und die Verantwortung des Wiederauffindens der abgängigen Person an nicht geschultes Personal weitergegeben.

### **Strukturelle Beschreibung**

Besonderen Einfluss auf das Phänomen bei IP2 hatte das Erlebnis einer Abgängigkeit eines Patienten mit tödlichem Ausgang. Diese Geschichte prägte für IP2 den gesamten Umgang mit dem Phänomen der Abgängigkeit „Also das war für mich einfach ein sehr prägenden Erlebnis als Auszubildende, das hat sich irgendwie so auch in meine Geschichte, muss ich sagen halt hineingebrannt, warum ich vielleicht mit dem Thema dann auch anders umgehe dann, wenn so etwas mal passiert ist, dass das mit dem Tod eines Menschen mal geendet hat...“. Ein wichtiger Punkt ist auch der Umgang innerhalb eines Teams mit dem Phänomen. IP2 beschreibt, dass KollegInnen die Abgängigkeit herunterspielten und die Situation nicht ernst genug nahmen, „...also man hat das versucht einfach herunterzuspielen, also wie fast ein bisschen das es einem halt nichts wert ist oder nicht berührt, dass diese Person weg ist, also mich hat das damals sehr, auch schockiert“. Als weitere Einflussfaktoren zählen die Krankenhausumgebung, die Wetterlage und das Wissen über die PatientInnen. Auch persönliche Faktoren wie Erfahrungswissen, Ausbildung und das eigene Pflegeverständnis nehmen Einfluss auf den Umgang mit einer Abgängigkeit „Man sieht daran einfach wie sehr sich Pflegeverständnis von einer zur anderen Pflegekraft unterscheidet, also wie, was habe ich persönlich für ein Pflegeverständnis, was verstehe ich persönlich davon, wenn jemand abgängig ist mit einer kognitiven Einschränkung, man sieht einfach wie unterschiedlich das ist“.

### **Texturale-strukturelle Beschreibung**

Vor allem die prägende Vorgeschichte kann bei IP2 als Verstärker der Angst und der Sorgen gesehen werden. Dadurch wurde auch die Zeit des Wartens auf die Rückkehr des abgängigen Patienten beeinflusst, sie löste eine Gedankenwelle der Reflexion zur Rechtfertigung und Selbstvorwürfe aus „...all diese Gedanken gehen einem dann natürlich durch den Kopf, in der Zeit wo die Patientin weg war, also wie erkläre ich es meinen Vorgesetzten z.B., wie erkläre

*ich am aller ehesten den Angehörigen“.* Das Gefühl der Machtlosigkeit kommt hauptsächlich durch das entstandene Dilemma in Bezug auf die Verantwortung und die gezwungene Abgabe der eigentlichen Suche nach dem/der abgängigen PatientIn „...man hat dann auch das Gefühl es sind einem die Hände auch gebunden, weil das Natürliche ist ja, dass wenn man jemanden sucht, dass man losgeht und ihn sucht oder, wenn man jemanden nicht mehr findet, das ist ja ein natürlicher Drang, dass wenn ich merke ich hab etwas verloren, dass ich gleich loslaufen will und schauen will, wo ist das was ich verloren habe und wo ist dieser Mensch den ich verloren habe“.

Aber auch der fehlende respektvolle Umgang der KollegInnen mit dem Phänomen der Abgängigkeit kann zu einer Verstärkung der empfundenen Machtlosigkeit führen „...und mir hätte es einfach mehr geholfen wenn jemand, wenn ich auch aus dem Team irgendwie diesen Rückhalt gehabt hätte, dass man gesagt hätte man nimmt diese Situation auch ernst und tut das nicht so ab“.

### **5.1.3 Beschreibungen der Erfahrung von IP3**

#### **Texturale Beschreibung**

Das Abgängigkeitserlebnis eines Patienten mit einer dementiellen Erkrankung hat für IP3 mit einem Gefühl der Unbehaglichkeit begonnen als IP3 bemerkte, dass ihr Patient in der näheren Umgebung nicht auffindbar war „...dann hab ich mir schon gedacht Oh Oh, dann ist er weiter weg“. Gleichzeitig stiegen die Nervosität und erste Ängste um den Patienten sowie eine innere Unruhe kamen auf. IP3 spricht auch von einem Gefühl der Machtlosigkeit und Hilflosigkeit während der Abgängigkeit ihres Patienten „...da fühlt man sich schon irgendwie machtlos“. Positive Gefühle setzten ein, als KollegInnen bei der Suche des abgängigen Patienten unterstützten. Auch die positive Nachricht des unbeschadeten Wiederauffindens löste das Gefühl der Erleichterung aus „Ja ich war dann wirklich erleichtert, dass ihm nichts passiert ist und die Situation weiß ich noch ganz genau wie ich vom letzten Patientenzimmer zurückgekommen bin, zurück zum Stützpunkt, und da sitzt schon der Oberarzt und dann sage ich gerade, ich rufe nochmal den Security an ob schon etwas rausgekommen ist, und der Oberarzt sagt nein, nein es passt schon ich habe ihn. Also da ist mir alles abgefallen“. Da der Patient zu Hause aufgefunden wurde und nicht mehr auf die Station zurückkehrte, blieb dennoch die Hoffnung und Erwartung, den Patienten während des Dienstes nochmals zu sehen, um sich selbst von den positiven Ausgang überzeugen zu können „Und ich habe dann eigentlich die ganze Nacht noch ein bisschen die Hoffnung gehabt, dass er vielleicht wieder zurückkommt, also irgendwie, dass er vielleicht doch, also da hab ich irgendwie gedacht, dass er vielleicht nochmal kommt und hab eigentlich die ganze Zeit auf ihn gewartet und ab und zu in sein Zimmer geschaut ob er vielleicht schon da ist“. Als Konsequenz blieb die Reflexion der

Situation der Abgängigkeit und des eigenen Verhaltens sowie die Frage, ob die Abgängigkeit verhindert werden können „*Ich habe dann schon darüber nachgedacht, hätte ich vielleicht meinen Wagen nachher herrichten sollen, hätte ich vielleicht sofort zu ihm hineingehen sollen, oder während der Dienstübergabe, weiß ich nicht*“.

### **Strukturelle Beschreibung**

Das Erlebnis der Abgängigkeit von IP3 war vor allem durch eine geringe Berufserfahrung von nur einem halben Jahr geprägt „*Ja ich arbeite halt erst seit einem halben Jahr da und es gibt noch viele Sachen, die ich noch nicht weiß oder so*“. Als weiterer Einflussfaktor kann auch die begrenzte Möglichkeit der Beobachtung durch die Verrichtung anderer Tätigkeiten auf der Station gesehen werden „*...da bist halt gerade beschäftigt und du bekommst halt nicht alles mit*“. Einfluss auf das Erleben der Abgängigkeit hatten auch die Hilfestellungen durch den Securitydienst und den diensthabenden zuständigen Oberarzt „*...aber der Oberarzt hat mir auch sehr gut geholfen, er hat voll sicher gewirkt*“. Auch das Wissen über den Patienten hatte einen ausschlaggebenden Einfluss auf den Umgang mit einer Abgängigkeit „*Und irgendwie war ich froh, dass der Patient so gut zu beschreiben war, dass er so ein markantes Aussehen gehabt hat, so richtig groß, extrem groß und auffällig schlank, dass ich ihn gut beschreiben hab können, und wenn ihn wer gesehen hätte, das wäre wirklich aufgefallen, und auch, dass er sein Privatgewand angehabt hat, man hat ihn einfach gut beschrieben können er wäre aufgefallen, wenn man ihn gesehen hätte*“.

### **Texturale-strukturelle Beschreibung**

Die geringe Berufserfahrung von IP3 kann als Verstärker für die Gefühle von Machtlosigkeit und Hilflosigkeit sowie der Überforderung und Nervosität gesehen werden „*drum war ich ziemlich nervös und auch überfordert mit der Situation, weil das habe ich noch nie gehabt, auch nicht im Praktikum, generell noch nicht*“. Auch die geringe personelle Besetzung – im Fall von IP3 bedeutet dies – allein im Nachtdienst zu sein, trägt zu einer Verstärkung dieser Gefühle bei. Durch die Unterstützung des Sicherheitsdienstes bei der Suche des Patienten wurden aber Gefühle der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit wieder geschwächt und ein Gefühl der Erleichterung erzielt „*Ja ich war dann voll erleichtert, dass mir der Security geholfen hat, dass ich Hilfe bekommen habe*“. Auch die Unterstützung durch den Oberarzt hat in der herausfordernden Situation Sicherheit und Stabilität gegeben.

## **5.1.4 Beschreibungen der Erfahrung von IP4**

### **Texturale Beschreibung**

Bevor es zu einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung kommt, ist dies für IP4 meist eine herausfordernde Situation, die mit dem Gefühl der Machtlosigkeit, Frustration und Hilfslosigkeit verbunden ist, welche auch zu einer Art Verzweiflung führen kann. Diese herausfordernde Situation entsteht dadurch, dass nicht immer alle PatientInnen mit geeigneten Maßnahmen am Verlassen der Station oder des Krankenhauses gehindert werden können „...da hat man sich irgendwie hilflos gefühlt, weil ich hab nicht gewusst wie überrede ich ihn jetzt oder kannst du ihn um den Finger wickeln, dass du jetzt da ihn wieder zurückbringst“. Wenn es dann zu einer Abgängigkeit kommt, führt dies zu einer Belastung und Überforderung. Eine Abgängigkeit von PatientInnen wird von IP4 auch als Versagen oder eigener Fehler als zuständige Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson empfunden „Auf der einen Seite kannst du halt nichts machen, aber auf der anderen Seite hast du das Gefühl du hast jetzt versagt als Diplomierte wenn er jetzt weg ist“. Bei unbeschadeter Rückkehr von abgängigen PatientInnen stellt sich dann ein Gefühl der Erleichterung ein. Eine humorvolle Reaktion hatte IP4 mit ihrer Kollegin bei einer „fälschlichen Abgängigkeit“, bei der die abgängige Patientin nur im falschen Bett gelegen ist „...also die ist dann einfach nach 2 Stunden verschwinden dann wieder aufgetaucht und ist einfach im falschen Bett gelegen und hat geschlafen, also das war einfach recht lustig“. Bei einer Abgängigkeit kommt es auch zu einem Konflikt innerhalb des Verantwortungsbereiches, da die Verantwortung für alle PatientInnen besteht und die Zeit für eine bedürfnisgerechte Betreuung oftmals fehlt „...aber du hast halt dann noch 20 andere Patienten auch wo dir da halt nicht so die Zeit nehmen kannst und nicht jedes Mal schauen kannst ob sie jetzt noch da ist oder nicht“. Trotz der erlebten Abgängigkeiten ist es nie zu negativen Konsequenzen wie Vorwürfe von Seiten der KollegInnen, Vorgesetzten oder Angehörigen gekommen.

### **Strukturelle Beschreibung**

IP4 beschreibt als beeinflussenden Faktor besonders die unterschiedlichen Hilfestellungen, die auf der einen Seite mehr und auf der anderen Seite weniger Unterstützung im Falle der Abgängigkeit boten. IP4 erzählt vor allem von der erlebten geringen Unterstützung durch die Ärzteschaft „...die Ärzte haben natürlich nicht wirklich mitgeholfen, die haben wir informiert, da ist aber keiner gekommen damals“ und meint, dass eine Abgängigkeit eine Angelegenheit der Berufsgruppe der Pflege darstellt „...also ich finde da ist die Pflege schon auf sich alleine gestellt“. Ein weiterer Punkt im Falle einer Abgängigkeit ist die Frage nach der Autonomie und

Fürsorge. Hierbei kommt es zu einem Konflikt, weil einerseits der Autonomie der PatientInnen Beachtung geschenkt werden muss und andererseits auch die Verantwortung der Fürsorge getragen werden muss „*Ja ist schwer manchmal, weil du kannst jetzt nicht dastehen und sagen sie dürfen nicht gehen, das geht nicht, sie müssen jetzt dableiben, aber auf der anderen Seite weißt du, wenn der da jetzt rausgeht liegt der da in der Kälte*“.

### **Texturale-strukturelle Beschreibung**

Bei IP4 ist es vor allem der Konflikt von Autonomie und Fürsorge, der das Gefühl der Machtlosigkeit und Hilflosigkeit verstärkt „*Das war für mich irgendwie so weil du weißt der braucht Hilfe, aber du kannst ihn nicht helfen, festhalten kannst du ihn halt auch nicht, weil du kannst ihn ja nicht mit Gewalt oder die Tür zusperren, oder halt eben was machen*“. Auch der Verantwortungskonflikt kann als Verstärker von negativen Gefühlen gesehen werden. Besonders entsteht hierbei das Gefühl des Versagens und der Gedanke an eigene Fehler „*...und nur dann auf der anderen Seite auch wie vorhin das Versagen, dass du dann irgendwie deinen Job nicht richtig gemacht hast, weil sie jetzt weg ist*“. Im Falle von IP4 entsteht auch eine Art von Frustration, wenn keine Maßnahmen PatientInnen daran hindern, die Station oder das Krankenhaus zu verlassen „*Teilweise frustriert es einfach, wenn du halt nichts schaffst, jetzt bin ich schon so lang da, aber manche zu denen hast du einfach keinen Draht und dann kommt der nächste und mit dem geht der dann mit*“. Ein weiterer beeinflussender Faktor ist die mangelnde Unterstützung von Seiten der Ärzte, die zu einer erhöhten Belastung und zu einer Überforderung im Umgang mit einer Abhängigkeit führen können. Auch durch das fehlende Interesse von Seiten der Polizei fühlt man sich in dieser Verantwortung alleine gelassen „*...und die Polizei interessiert das auch wenig, ja wenn du anrufst und sagst der ist abhängig, ja und was soll ich jetzt machen, also die, wenn du da einen ganz, einen bösen also einen unguten erwischt der geht dich dann gleich an*“.

### **5.1.5 Beschreibungen der Erfahrung von IP5**

#### **Texturale Beschreibung**

IP5 beschreibt das Phänomen der Abhängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung aus zwei Perspektiven. Die erste Perspektive ist jene als zuständige verantwortliche Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson im Nachtdienst als ein Patient abhängig wurde. Diese Abhängigkeit war begleitet von Gefühlen der Unbehaglichkeit, der Überforderung sowie von Stress und Belastung. Besonders der Beginn des Abhängigkeitserlebnisses war für IP5 ein Schock „*Also das war schon einmal ein Schock, wenn du es so richtig realisierst, OK er ist nicht auf der Toilette, er ist nicht im Badezimmer, er ist*

*nicht im Hof unten rauchen, da war das wirklich einmal so ein Schock“.* Außerdem löste diese Abgängigkeit auch ein Gefühl der Verwunderung aus. Es stellte sich nämlich die Frage, wie dies überhaupt passieren konnte „...vor allem es war in der Nacht der Pflegeaufwand war mittel, also es war jetzt nicht so, dass ich gesagt hätte ich wär nur in den Zimmern gewesen und ich hab das nicht mitbekommen weil der draußen halt vor dem Stützpunkt halt irgendwo nach draußen geht, und das hat mich schon sehr verwundert“.

Während der Abgängigkeit des Patienten kamen viele Gedanken auf, vor allem entstanden hierbei Zweifel an der eigenen Arbeit und Selbstvorwürfe „...man zweifelt dann schon kurz an sich selbst ob man nicht gut genug aufgepasst hat, wo man selber war, oder ob es vielleicht doch einen Hinweis gegeben hätte, dass er wo man jetzt sagen würde Ok ja, dann ist er vielleicht da gerade raus gegangen“.

Auch die Frage nach den möglichen Konsequenzen, nach dem Ausgang der Abgängigkeit, kam auf. Als der abgängige Patient unbeschadet gefunden wurde, entstand das Gefühl der Erleichterung.

Die zweite Perspektive die IP5 beschreibt ist jene als Unterstützer einer Kollegin der Nachbarstation im Rahmen eines Falles der Abgängigkeit. Hierbei gibt IP5 an, die Abgängigkeit entspannt erlebt zu haben, es war also weniger belastend und auch Schuldgefühle oder Selbstzweifel hielten sich in Grenzen „Ja viel besser, bei weitem nicht diese Schuldgefühle oder Selbstzweifel oder so gehabt“.

### **Strukturelle Beschreibung**

IP5 meint, dass vor allem die Situation allein im Nachtdienst auf der Station den Umgang mit dem Phänomen der Abgängigkeit wesentlich beeinflussen kann. Der Einsatz von einer zweiten zusätzlichen Pflegeperson hätte hierbei geholfen, einen Verantwortungskonflikt entgegenzuwirken. Das bedeutet, dass die Verantwortung besser geteilt hätte werden können und eine Pflegeperson das Wiederauffinden der abgängigen Person übernimmt, während die zweite Pflegeperson die Verantwortung für alle anderen PatientInnen trägt „Ich hätte selbst suchen gehen können bzw. wenn es eine Pflegeassistentin gewesen wäre, hätte sie während dessen andere Sachen machen können oder sie wäre suchen gegangen, ich wäre auf der Station gewesen, hätte ich mich um meine Patienten weiter kümmern können, weil in diesem Moment kümmert oder habe ich mich dann natürlich nur um diesen abgängigen Patienten gekümmert“.

Doch konnte durch die Hilfestellung von Ärztin und Pflegeassistentin der Nachbarstation der Verantwortungskonflikt etwas abgeschwächt werden „...für mich hat das irgendwie so geholfen, dass es jetzt nicht mehr alleine meine Verantwortung ist, sondern das letztendlich auch die Oberärztin dabei ist, davon Bescheid weiß und man jetzt eigentlich wirklich Maßnahmen einleiten kann im Sinne von man sucht den Patienten, also das war schon

*unterstützend*“. Ein bedeutender beeinflussender Faktor im Falle der Abgängigkeit von IP5 ist sicher auch das geringe Wissen über den Patienten an sich, da dieser am selben Tag erst stationär aufgenommen worden war.

### **Texturale-strukturelle Beschreibung**

Die Tatsache der geringen Besetzung hat einen wesentlichen Anteil auf das Erlebnis einer Abgängigkeit. Hierbei könnte eine zweite zuständige Pflegeperson auf der Station dazu beitragen, das Gefühl der Belastung und Überforderung zu reduzieren „...also da hätte mir wer Zweiter wirklich geholfen, einfach der halt wirklich auch fix auf der Station mit dir Nachdienst macht“. Dennoch konnten aber auch die Hilfestellungen als Unterstützung wirken und so die herausfordernde Situation mildern „Was mir dann wirklich geholfen hat, ist eben, dass ich die Oberärztin mal informieren konnte, dass die dann dabei war, dass die mitgesucht hat und dass eben die Pflegeassistentin von einer anderen Station dann auch mitgesucht hat“. Auch das Wissen über eine vorhandene Richtlinie zum Vorgehen bei einer Abgängigkeit von PatientInnen konnte in der Situation für Sicherheit und Stabilität sorgen „...aber es war schon einmal fein, dass man das verschriftlicht hat und gewusst hat Ok, das sind dann mal die nächsten Schritte, nämlich dann auch wirklich bis, was mach ich dann, wenn ich den Patienten wirklich gar nicht finde“.

### **5.1.6 Beschreibungen der Erfahrung von IP6**

#### **Texturale Beschreibung**

Das Erlebnis der Abgängigkeit hat für IP6 damit begonnen, dass der Patient zwar nicht anwesend war, dies aber noch nicht als Abgängigkeit definiert wurde und somit auch das Gefühl der Nervosität oder Stress gering blieb. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es durchaus üblich ist, dass PatientInnen im Krankenhaus allein unterwegs sein dürfen. Auch bei diesem Patienten war bekannt, dass er gerne spazieren ging und bisher auch immer wiederkehrte. Da der Patient dann aber nach einiger Zeit nicht zurück auf die Station kam, stieg die Nervosität und erste Zweifel machten sich bemerkbar „..., ja und beim Abendessen war er dann immer noch nicht da, kurze Zeit später und ja, dann sind uns schon die ersten Zweifel gekommen ob der Patient eben noch auf der Station ist“. Dies war der eigentliche Beginn der Abgängigkeit und hatte die Aufnahme der Suche des Patienten zur Folge. Im Rahmen des erlebten Phänomens kam es zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Unbehaglichkeit aufgrund des Verantwortungsgefühls für den Patienten, besonders in der Zeit des Wartens „...ja selber geht es einem halt auch nicht so gut dabei, weil wenn ein Patient quasi abgängig ist wo du die Verantwortung hast, ist das halt auch nicht immer, nicht so ein gutes Gefühl“. Diese Zeit ist aber auch stets mit Hoffnung verbunden,

dass dem Patienten im Falle seiner Abgängigkeit kein Schaden widerfährt. Als der Patient wohlbehalten bei seinen Angehörigen zu Hause auftauchte, löste dies Erleichterung bei allen Beteiligten aus „*Naja es ist schon eine gewisse Erleichterung, dass man einmal hört Ok der Patient ist wohlbehalten zu Hause angekommen oder bei den Angehörigen, das ist dann schon eine Erleichterung*“. IP6 berichtete auch über Konsequenzen einer Abgängigkeit. Hierbei sind es vor allem die Schaffung des Bewusstseins, der Gewinn an Erfahrungswissen und die damit verbundene Anpassung der eigenen Strategien für zukünftige Abgängigkeiten sowie die Etablierung von geeigneten Maßnahmen, die helfen, Abgängigkeiten vorzubeugen „*Also es schärft so ein bisschen denn Sinn dafür, und es macht bewusster ja*“.

### **Strukturelle Beschreibung**

Der Umgang mit dem Fall der Abgängigkeit wurde beeinflusst durch einen geringen Pflegeaufwand „*Der Stand vom Patientenaufwand her war eigentlich OK an dem Tag also es war nicht unheimlich stressig, sondern es war gut machbar*“ und durch die ausreichende Besetzung. So konnte beispielsweise durch genügend Zeitressourcen der abgängige Patient im Krankenhaus auch selbst gesucht werden, während sich KollegInnen um die anderen PatientInnen kümmern konnten „*Ja es war Gott sei Dank ein recht ruhiger Tag, trotz alle dem, und es ist halt immer ein Diplomierter auf der Station geblieben, aber ich war dann, zuerst hab ich selbst gesucht, also da hatte ich schon Zeit selber zu suchen*“. Auch die ausreichende Hilfestellung von Ärzten und Polizei hatte einen positiven Einfluss auf das Phänomen der Abgängigkeit.

### **Texturale-strukturelle Beschreibung**

Das Phänomen der Abgängigkeit von IP6 wurde vor allem durch die Teamarbeit „*Das Team das war super, Ja, wir haben uns auch gegenseitig besprochen, also mit der zweiten Diplomierten, wie das Vorgehen ist, was wir machen, wann wir den Oberarzt informieren, wann wir die Polizei anrufen sollten*“ und der ausreichenden Personalressourcen und Hilfestellungen beeinflusst. Dies konnte somit dazu beitragen, dass Gefühle der Unbehaglichkeit und der Vernachlässigung gegenüber der Betreuung anderer PatientInnen verringert wurden „*... es war ein relativ ruhiger Tag wo die anderen Patienten zum Großteil selbstständig waren und der Pflegeaufwand relativ gering war, Gott sei Dank, weil wenn es stressig ist, schaut das nochmal ganz anders aus, also wenn man dann noch 100 andere Sachen zu erledigen hat, aber in dem Fall ging es eigentlich, also ich hatte nicht das Gefühl, dass ich jetzt andere Patienten vernachlässige, weil ich mich auf diese, auf den abgängigen Patienten fokussiere*“. Trotzdem blieben stets Gedanken über offene unerledigte Tätigkeiten während der

gesamten Zeit der Abgängigkeit. Besonders hervorzuheben ist der Einsatz der hauseigenen Richtlinie bezüglich des Vorgehens bei einer Abgängigkeit von PatientInnen. Dieser sorgte in dieser herausfordernden Situation für Sicherheit und milderte das Gefühl der Hilflosigkeit „*Also geholfen hat mir prinzipiell schon, dass es eine Richtlinie gibt, einen Plan, einen Ablauf den man durchgehen kann, der einem Anhaltspunkte gibt was man eben zu tun hat und welche Reihenfolge man einhalten muss und ab wann man eben wen informieren muss und das ist eigentlich ganz gut und wir haben beim Stützpunkt eine Mappe wo drinnen steht was zu tun ist falls man das nicht weiß, mit den einzelnen Punkten zuerst mal, schauen ob seine Sachen da sind, Mitpatienten befragen, Nachbarstation befragen, Portier oder ja, Cafeteria, Kapelle schauen, Angehörige bzw. Patienten anrufen, Polizei informieren, ja das ist halt so eine Richtlinie die es bei uns halt gibt die aber ganz praktisch ist, gerade in Situationen wo man dann nicht so einen freien Kopf hat und an alles denken kann, ist eine Checkliste die man abarbeiten kann eigentlich ganz hilfreich*“.

### 5.1.7 Beschreibungen der Erfahrung von IP7

#### Texturale Beschreibung

Das Erlebnis des Phänomens einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung wurde von IP7 nicht in vollem Umfang erlebt. Dies bedeutet, dass die Abgängigkeit des Patienten gleichzeitig bemerkt wurde aber auch geendet hat. IP7 hat von der nahegelegenen Polizeistation den Anruf erhalten, dass der Patient auf der Straße aufgelesen wurde und er sich nun auf ihrer Wache befände „*...es war so, dass am Nachmittag wir gerade am Durchgehen waren und als dann ein Anruf von der Polizei eingetroffen ist, das der besagte Patient eben bei ihnen auf der Wache sitzt*“. Dieser Anruf löste im ersten Moment Unbehaglichkeit aus „*Ja das war ein ungutes Gefühl die Polizei plötzlich am Telefon zu haben, also das war ganz schiarch*“. Dennoch konnte ein humorvoller Umgang innerhalb des Teams mit der Situation schnell gefunden werden „*Wir haben es mit Humor genommen*“. Als Konsequenz ist hier vor allem die Reaktion der Angehörigen des Patienten zu nennen. Diese reagierten mit Unverständnis und fragten, wie es überhaupt möglich sei, dass es zu der Abgängigkeit gekommen war. Zudem erhoben sie Schuldzuweisungen und gaben an, dass die Pflegepersonen ihrer Betreuungspflicht nicht ordentlich nachgekommen waren „*...und da waren halt die Angehörigen sehr aufgebracht darüber wie uns das passieren konnte, ja (...) weil sie dann gemeint haben wir sollen ihn quasi einsperren und er war ja eh in Stützpunktnähe und wie das passieren konnte*“.

## **Strukturelle Beschreibung**

Als Einflussfaktor auf das Phänomen der Abgängigkeit kann sicherlich das Bemerken der Abgängigkeit gesehen werden. Dadurch, dass die Abgängigkeit mit der Nachricht, dass es dem Patienten gut gehe und er sich in Sicherheit befindet, endete, konnten viele Aspekte nicht erlebt werden. Hervorzuheben ist hier jedoch der Umgang mit den Angehörigen, der zumindest nach der Abgängigkeit die gesamte Erfahrung des Phänomens beeinflusste.

## **Texturale-strukturelle Beschreibung**

In erster Linie war es die entspannte Reaktion der Polizeimitarbeiter, die Gefühle der Sorgen oder Unbehaglichkeit milderten und einen schnellen Übergang zu einer humorvollen Betrachtungsweise ermöglichten „*vor allem die haben es relativ lustig gefunden und ich halt nur so OK was soll ich jetzt tun, bringt ihr ihn wieder, muss ich ihn holen, wie läuft das jetzt ab und mit dem, mit denen ihren Humor ist es dann eh gegangen*“.  
Die Reaktion der Angehörigen jedoch diente eher zu einer Verstärkung des Gefühls der Unbehaglichkeit und schürte möglicherweise Gedanken zu der Frage nach der Schuld.

## 5.2 Darstellung der Kernthemen und Unterthemen

Anhand der invarianten Bestandteile wurden zuerst Themen gebildet, die anschließend zu Kernthemen zusammengeführt werden konnten und somit die Bedeutung des Phänomens der Abhängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung im Kontext professionellen Handelns aus Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting widerspiegeln sollen. Die nachfolgende Abbildung soll vorerst einen Überblick über die gebildeten Kernthemen mit den dazugehörigen Unterthemen geben.

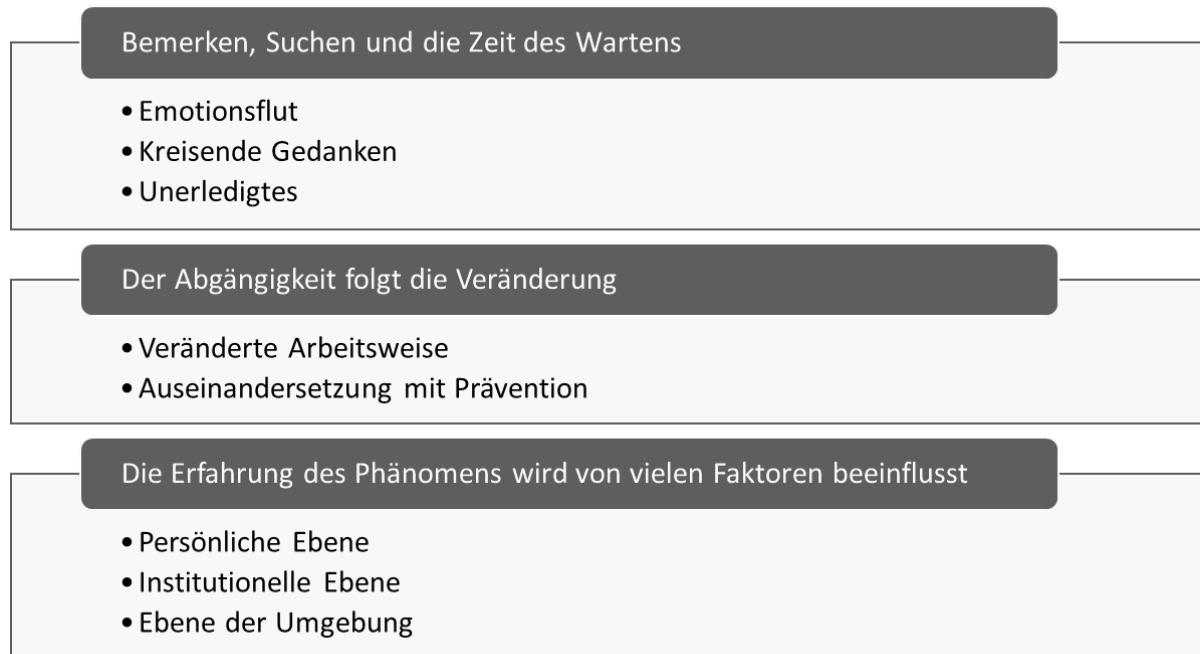


Abbildung 3: Darstellung der Kernthemen und Unterthemen

Die Beschreibung der Kernthemen und den dazugehörigen Unterthemen kann auch als zusammengeführte texturale Beschreibung gesehen werden bzw. als zusammengeführte strukturelle Beschreibung. Hierbei sind es die ersten beiden Themen „Bemerken, Suchen und die Zeit des Wartens“ sowie „Der Abhängigkeit folgt die Veränderung“, welche eine zusammengeführte texturale Beschreibung darstellen. Das Kernthema „Die Erfahrung des Phänomens wird von vielen Faktoren beeinflusst“ stellt eine zusammengeführte strukturelle Beschreibung dar.

Im Folgenden werden die die Beschreibungen der Kernthemen mit den dazugehörigen Unterthemen dargestellt.

### **5.2.1 Bemerken, Suchen und die Zeit des Wartens**

Dieses Kernthema beschreibt vor allem das akute Geschehen der Abgängigkeit und impliziert das Bemerken der Abgängigkeit des/der PatientIn, die Suche nach der abgängigen Person und die herausfordernde Zeit des Wartens auf die Auflösung, also dem Ende der Abgängigkeit. Es zeigt sich, dass das Phänomen der Abgängigkeit einer Chronologie folgt, wobei diese Schritte unterschiedlich erfahren werden können. Dennoch sind es viele Gemeinsamkeiten, die aus den Interviews hervorgegangen sind und in drei Unterthemen eingeteilt werden konnten. Es zeigt sich, dass während einer Abgängigkeit eines/r PatientIn mit einer dementiellen Erkrankung, Pflegepersonen mit vielen Emotionen konfrontiert werden. Außerdem gibt es bestimmte Gedankengänge, die bei einer Pflegeperson während der Zeit des Wartens entstehen. Nicht außer Acht zu lassen sind arbeitsrelevante Aspekte, die bei diesem Phänomen hinzukommen und die es während des akuten Geschehens zu bedenken gibt.

#### **Emotionsflut**

Wie der Name dieses Themas bereits andeuten lässt, bedeutet das Phänomen der Abgängigkeit für Pflegepersonen, dass sie sich mit einer Reihe an Emotionen auseinandersetzen müssen. Am Beginn der Abgängigkeit, also dem Bemerken, dass ein/e PatientIn fehlt, steht vor allem der Schock. Dieses Gefühl verändert sich jedoch im Laufe der Suche nach der abgängigen Person und andere Emotionen machen sich bemerkbar. Die InterviewteilnehmerInnen geben hierbei Nervosität, Unruhe, Unbehaglichkeit, Stress, Überforderung, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Machtlosigkeit, Frustration oder Peinlichkeit an.

*„Auf der einen Seite bist du manchmal schon verzweifelt, weil du nicht weißt was du machen sollst.“ (IP4)*

*„... die Situation habe ich schon als stressvoll erlebt.“ (IP5)*

*„Ja war eine schwierige Situation, überfordert hätte ich auch gesagt, dass ich überfordert war, neue Arbeit, neue Stelle, neue Situation.“ (IP3)*

Dieser Emotionsflut folgt oftmals eine gefühlte lange Zeit des Wartens auf die unbeschadete Rückkehr des/der PatientIn, welche mit Sorgen, Ängsten und Gefühlen der Unsicherheit, Ungewissheit und der Schuld begleitet ist.

*„..., weil man weiß nie in welche Richtung sich jemand bewegt hat und ob man da gerade gestolpert ist und so, gefallen ist im Dunkeln und im Nassen und im Kalten, dass es einem was tut, und man einfach nicht mehr so wieder zurückkommt.“ (IP2)*

*„Es macht was mit einem diese Abgängigkeit, das ist kein angenehmes Gefühl, es macht einem Angst.“ (IP2)*

Doch auch positive Gefühle treten im Rahmen einer Abgängigkeit auf. Besonders eine ausreichende Hilfestellung bei der Bewältigung des Phänomens führt zu einer inneren Ruhe und gibt Sicherheit und Stabilität. Von allen InterviewteilnehmerInnen hervorgehoben wird aber das Gefühl der Erleichterung zu dem Zeitpunkt, in welchem die Abgängigkeit sich auflöste und sich herausstellte, dass der/die verlorengegangene PatientIn wohllauf war.

*„Erleichterung, also wirklich Erleichterung und froh, dass er wieder da war, dass ich zumindest weiß, dass er A im Haus ist, B lebt und C unverletzt ist.“ (IP5)*

### **Kreisende Gedanken**

Neben der emotionalen Herausforderung für Pflegepersonen bei einer Abgängigkeit kommt es auch zu verschiedenen Gedankengängen, welche besonders in der Zeit des Wartens durchaus einen belastenden Faktor darstellen. Hierbei sind es beispielsweise Gedanken an Konsequenzen für den/die abgängige PatientIn, welche vor allem mit dem Gefühl der Sorge gekoppelt sind.

*„... und man macht sich halt Gedanken und Sorgen ob es dem Patienten gut geht.“ (IP6)*

Des Weiteren sind es auch Gedanken an rechtliche Konsequenzen, die in dieser Zeit in einer Pflegeperson hochkommen können.

*„Diese Angst ist immer noch persönlich mit dem Faktor gekoppelt, dass man mich ja dafür belangen könnte, obwohl ich nichts gemacht hab, außer halt jetzt grade nicht den Überblick gehabt, dass ich nicht immer die Tür im Auge gehabt hab.“ (IP1)*

Auch Reflexionsgedanken entstehen bei den Pflegepersonen, bei denen Faktoren, die das Zustandekommen der Abgängigkeit sowie die gesetzten Handlungen bei der Suche, analysiert werden. Dabei werden auch Gedanken zur Rechtfertigung im Falle einer Anschuldigung bemerkbar und zurechtgelegt.

*„... dann versucht man zu reflektieren wann bin ich wo gewesen und wie habe ich das nicht sehen können, dass diese Person gerade dann aus dem Zimmer raus ist, wo bin ich da gerade gewesen oder was habe ich gemacht, also man versucht dann die Gedanken zurecht zu legen, dass man sich auch irgendwie ja*

*rechtfertigen möchte, also was hat man alles gemacht damit es zu dem gekommen ist, dass man es übersehen hat.“ (IP2)*

Es sind aber auch Selbstzweifel und Selbstvorwürfe, die Pflegepersonen zusätzlich in der Zeit des Wartens belasten und dadurch Schuldgefühle schüren.

*„...man hat ja doch eine Aufsichtspflicht und dann ist dann noch sehr schnell einmal der Vorwurf gekommen oder der Selbstvorwurf an mich selbst, warum ist mir der, warum ist er abgängig geworden, hab ich nicht genug aufgepasst.“ (IP5)*

### **Unerledigtes**

Bei diesem Thema werden arbeitsspezifische Aspekte von den InterviewteilnehmerInnen zum Ausdruck gebracht. Dies bedeutet, dass das Phänomen der Abgängigkeit vor allem während der Suche nach der abgängigen Person einen meist hohen Zeit- und Arbeitsaufwand mit sich bringt.

*„Es ist halt auch ein ziemlicher Aufwand, der da betrieben wird, mit Oberarzt, Angehörigen, Polizei, wenn die Suche quasi erfolgreich beendet ist, ist das schon angenehm, dass man dann wieder zur normalen Routine übergehen kann.“ (IP3)*

Zudem bleiben auch Aufgaben und verschiedene andere Tätigkeiten offen, die es während oder nach der Abgängigkeit zu erledigen gibt oder die an den nächsten Dienst weitergegeben werden müssen.

*„Es ist halt ja, ich hab halt immer so eine Liste die ich zu erledigen habe während meines Dienstes und, dass das dann halt immer so im Hinterkopf gewesen, dass das halt noch offen ist, dass der Patient noch fehlt, dass das halt noch offen ist, und sich um das noch kümmern muss, oder auch ungut wenn man dann quasi zur Übergabe geht wenn der Nachdienst schon kommt und man geht dann nach Hause und weiß ja, da ist noch was offen.“ (IP3)*

Dieses Thema schließt aber auch noch die Verpflichtung gegenüber allen anderen PatientInnen mit ein. Dies bedeutet wiederrum, dass trotz der Abgängigkeit die Versorgung aller anderen PatientInnen aufrecht bleibt und eine volle Konzentration auf das Geschehen in den meisten Fällen gar nicht möglich ist.

*„Am liebsten wär ich selber losgegangen und hätte nach der Dame gesucht, aber wusste halt ganz genau, dass mir halt aufgrund von meiner Verantwortung, die ich für den Rest von den Patienten habe, mir die Hände gebunden sind, dass ich nicht einfach selbstständig auf den Weg gehen kann.“ (IP2)*

## **5.2.2 Der Abgängigkeit folgt die Veränderung**

Dieses Kernthema beschreibt in erster Linie die Folgen einer Abgängigkeit und die damit einhergehenden Veränderungen, Überlegungen und künftigen Anpassungen. Hierbei konnten aus den Interviews zwei Unterthemen gebildet werden. Im ersten Thema geht es um die veränderte zukünftige Arbeitsweise, die bei einer Pflegeperson durch die Erfahrung einer Abgängigkeit entsteht. Das zweite Thema besteht durchaus bereits vor dem Phänomen einer Abgängigkeit und spielt spätestens aber nach der Erfahrung dieses Phänomens eine umso wichtigere Rolle im Rahmen der professionellen Pflege, da es um die Auseinandersetzung mit präventiven Maßnahmen geht und gleichzeitig eine Art Veränderung mit sich zieht.

### **Veränderte Arbeitsweise**

Die Erfahrung einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung hinterlässt Spuren bei Pflegepersonen. Einige InterviewteilnehmerInnen geben an, dass sich beispielsweise das Bewusstsein für dieses Phänomen schärfe oder überhaupt geschaffen wurde.

*„Ja man ist halt vielleicht ein bisschen vorsichtiger, wie eingangs schon erwähnt, wenn ein Patient mit demenzieller Erkrankung spazieren geht, dass ich vielleicht öfter nachfrage, ob alles OK ist, ob er vielleicht, was er vor hat oder so, mal schauen wo er hingeht, so ein bisschen im Auge behalten.“ (IP6)*

Außerdem ist es doch selbstverständlich, dass sich durch eine neue durchlebte Erfahrung das generelle Erfahrungswissen erhöht und somit auf eine zukünftige Abgängigkeit vorbereitet.

*„... vielleicht ist man schon ein bisschen geschultert, was zum Beispiel die Checkliste und Richtlinie angeht was man da zu beachten hat, also ich bräuchte jetzt nicht mehr so nachschauen, nicht mehr so eine Hilfe wie beim ersten Mal.“ (IP6)*

Eine Interviewteilnehmerin beschreibt es weniger konkret und meint, dass die Erfahrung einer Abgängigkeit ein „stiller Begleiter“ im täglichen Tun bleibt.

*„Wenn man das einmal erlebt hat, und ich bin mir sicher, das hat fast jeder erlebt egal auf welche Art und Weise, es ist immer ein, während ich warte, danach Gott sei Dank gefunden worden und davor das Warten auf das, dass es wieder passiert, es lässt einem irgendwo im Pflegealltag nicht los.“ (IP2)*

## **Auseinandersetzung mit Prävention**

Das Phänomen der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung geht Hand in Hand mit der Vermeidung dieses Phänomens. Bereits vor einer Erfahrung existieren hilfreiche und sinnvolle Maßnahmen, um eine Abgängigkeit zu verhindern. Doch werden präventive Maßnahmen erst nach einer Erfahrung wesentlich bewusster und erhalten dadurch eine neue wichtige Rolle in der Betreuung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Ein zweiter Aspekt der präventiven Maßnahmen neben der Verhinderung einer Abgängigkeit ist jener, dass sich durch diese Maßnahmen eine Abgängigkeit auch meist besser auflösen lässt und während des Geschehens eine hilfreiche Rolle spielt. Eine der wichtigsten präventiven Maßnahmen hierbei ist die Beziehungsgestaltung zwischen den PatientInnen und den Pflegepersonen.

*„Je besser ich die Pflegebeziehung gestalte und je persönlicher und individueller die ist, umso mehr werde ich sofort den Schluss ziehen, wo diese Person hin ist.“ (IP1)*

Neben der pflegerischen Beziehung zu den PatientInnen ist auch eine gute Beziehung zu deren Angehörigen als präventive Maßnahme zu nennen.

*„... wieder mitten in der Beziehungsarbeit, die ja auch zwischen Angehörigen und Pflegepersonen stattfindet, das ja auch eine Mensch zu Mensch Beziehung ist, und je besser ich da drin bin, umso besser kann ich eben Dinge die wirklich zu Stress führen und zu Ängsten führen, wenn mir ein Patient abgängig wird, abfangen.“ (IP1)*

Auch die Biographiearbeit sowie eine entsprechende Beschäftigung im Tagesablauf können einen wesentlichen Beitrag zur Prävention leisten.

*„Wir probieren dann halt immer, dass wir sie beschäftigen oder fragen was für einen Beruf sie gehabt haben, dass wir in eine Richtung schauen, dass man ihnen irgendetwas gibt zu tun, Bandagen aufrollen oder je nach dem die halt gemacht haben, das hilft manchmal recht gut, oder den Angehörigen sagen sie sollen irgendetwas mitnehmen was sie gerne gemacht haben, wenn sie gerne gestrickt haben oder so,...“ (IP4)*

Die Schaffung von geeigneten Strukturen in einem Krankenhaus, wie z.B. der Einsatz eines Demenzbeauftragten oder die Anforderung einer ethischen Beratung zur Abklärung von Fragen zu dem Thema Autonomie und Fürsorge, können unter anderem hilfreich sein.

*„Ja den Demenzbeauftragten hat es da ja auch noch nicht gegeben, das finde ich jetzt gut, dass wir den haben, weil der kümmert sich auch teilweise um die Patienten und macht mit denen am Vormittag was.“ (IP4)*

*„Auch im Fall einer Abgängigkeit, sicher im privaten Krankenhaus eine Ressource, wäre jederzeit ein anforderbares Ethikkonsil, wo man dann diese Einzelheiten klären könnte, auch die rechtlichen, sowohl rechtliche als auch persönliche, und das ist halt etwas was ziemlich gut ist, also gerade wenn es um kognitive eingeschränkte Menschen geht ist das eine großartige Hilfestellung.“ (IP1)*

Zudem braucht es die Schaffung einer Krankenhauskultur im Umgang mit Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Dies schließt beispielsweise einen regelmäßigen Austausch im interdisziplinären Team sowie die gegenseitige Unterstützung mit ein.

*„... und ich denke da muss man irgendwie in den Institutionen schon, in den Strukturen schon Dinge verändern, um gegen dieses Phänomen der Abgängigkeit auch anzukommen damit das nicht so häufig passiert oder man nicht damit so konfrontiert wird.“ (IP2)*

*„Ich denke wirklich, dass demenzfreundliche Spitäler oder halt, es müssen einfach Strukturen geschaffen werden, die einem auch dieses Gefühl der Sicherheit geben.“ (IP2)*

*„Das Team war da, das war ganz gut, dass eben eine erfahrene Kollegin da war die das schon öfter erlebt hat.“ (IP6)*

### **5.2.3 Die Erfahrung des Phänomens wird von vielen Faktoren beeinflusst**

Bei diesem Kernthema werden unterschiedliche Faktoren aufgezeigt, welche die Erfahrung einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung beeinflussen und sich auch unterschiedlich auf das Geschehen und auf die Folgen einer Abgängigkeit auswirken. Diese beeinflussenden Faktoren können wiederrum in drei Unterthemen eingeteilt werden. Diese drei Unterthemen bilden jeweils eine Ebene, welche die Vielfältigkeit der Einflussfaktoren widerspiegeln sollen.

#### **Persönliche Ebene**

In dieser Ebene geht es um die Pflegepersonen selbst. Das bedeutet, dass beispielsweise der persönliche Charakter auf die Erfahrung der Abgängigkeit einwirkt.

*„... noch persönliche Charaktereigenschaften auch hineingeben, bin ich jemand der sich generell, der sich sehr schnell stressen lässt oder bin ich jemand der immer eher gelassen ist.“ (IP1)*

Zu den persönlichen Eigenschaften zählen aber auch das eigene Pflegeverständnis und der Wissensstand der einzelnen Pflegeperson. Es ist hier besonders das Erfahrungswissen gemeint, welches sich auf die Erfahrung des Phänomens auswirkt.

*„Also diese Säule Erfahrungswissen, wenn man jetzt mit Patricia Benner das aufschlüsseln will, ist etwas was einem wahrscheinlich umgekehrt proportional einen Vorteil verschafft im persönlichen Umgang mit Abgängigkeit von Menschen mit Demenz oder mit kognitiv eingeschränkten Patienten.“ (IP1)*

Besonderen Einfluss auf dieses Phänomen haben negative Erlebnisse. Eine Interviewteilnehmerin berichtet über eine prägende Geschichte, die sie bei ihrer Erfahrung der Abgängigkeit ständig begleitete.

*„... ja und wie gesagt, das hat mich einfach nie, dieses eine Erlebnis das begleitet einem halt ein Leben lang, mit dem Tod von jemanden und man merkt einfach, dass man dadurch viel strenger und viel, ja viel strenger auf eine Situation draufblickt und das einfach nicht locker nehmen kann, also man kann so eine Abgängigkeit nicht mehr einfach nur so locker nehmen.“ (IP2)*

Zudem wird aber hier auch die generelle oder spezialisierte Ausbildung von den InterviewteilnehmerInnen genannt.

*„Ich denke mir, wenn man eine Ausbildung hat, eine besondere für demenzielle Erkrankungen oder immer mit diesen Patientengut arbeitet, dass man sicher einen anderen Zugang dazu hat.“ (IP2)*

Ein weiterer Aspekt der persönlichen Ebene ist die Beziehungsgestaltung zu den PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung. Wie bereits bei den präventiven Maßnahmen erwähnt, dient die Beziehungsgestaltung nicht nur zur Vermeidung einer Abgängigkeit, sondern hat auch einen wesentlichen Einfluss auf die Erfahrung des Phänomens.

*„Da diese Beziehungsarbeit im Vorhinein schon vielfach geleistet war, ist sie mit mir auch wieder mit zurückgegangen, das Problem war gelöst, ich war da auch wirklich derjenige der die Abgängigkeit eigentlich gelöst hat, wie ich mit der Patientin wieder da war.“ (IP1)*

Des Weiteren spielt hierbei auch die Ausprägung des Verantwortungsgefühls eine große Rolle. InterviewteilnehmerInnen beschreiben, dass es im Rahmen ihrer professionellen Verantwortung auch zu einem Konflikt kommen kann, da auf der einen Seite die Verantwortung gegenüber der abgängigen Person besteht und auf der anderen Seite aber auch die Verantwortung für alle anderen PatientInnen aufrecht bleibt.

*„Für 24 Patienten voll verantwortlich zu sein, auch wenn, also vor allem wenn manche schwer krank sind oder sterbend krank sind und auf der anderen Seite für jeden gleichzeitig so da zu sein und auf jeden gleichzeitig zu schauen zu können, dass einem alles auffällt, das ist schon, also ich empfinde das schon als Belastung.“ (IP5)*

Letztendlich ist es auch die persönliche Abwägung von Autonomie und Fürsorge der Pflegeperson, die sich auf die Erfahrung des Phänomens der Abgängigkeit auswirkt. Dabei ist gemeint, dass Pflegepersonen im persönlichen Ermessen und innerhalb des rechtlichen Rahmens für PatientInnen entscheiden müssen, inwiefern sich diese frei bewegen dürfen. Auch hier besteht ein Konfliktpotential.

*„... und ich erlebe das schon als Dilemma, immer als eine Art Grenzwanderung, wo kann ich mehr, also welches von den beiden Aspekten ist mir jetzt wichtiger bzw. weniger wichtig und wo kann ich ein Stück darauf verzichten oder muss ich ein Stück darauf verzichten, dass ich den anderen Aspekt dafür wahren kann, und das heißt, gebe ich dem Patienten vielleicht beide Bettseitenteile, damit er sich eben nicht verletzt, damit er nicht stürzt, damit er übermorgen nach Hause gehen kann in sein gewohntes Umfeld oder lasse ich ihm die Autonomie und ihm*

*die Möglichkeit aufzustehen und nehme halt den Sturz dafür in Kauf mit allen Folgen die daraus kommen können und so ähnlich geht's mir auch da bei den beiden Fällen, wobei er beim ersten Fall, weil ich da ja unmittelbar verantwortlich war, ich wüsste jetzt auch nicht inwiefern ich anders reagiert hätte, ob ich engmaschiger ins Zimmer gegangen wäre, hätte ich ihm sicher seine Autonomie und ein Stück weit wahrscheinlich auch von seiner Würde, ist jetzt hoch gegriffen, aber er wäre sich ein Stück weit kontrolliert vorgekommen, bzw. hätte er ein bisschen wahrscheinlich mehr gespürt, dass ich ihm nicht ganz vertrau, was sich wiederum negativ auf die Pflegebeziehung zu ihm auswirkt.“ (IP5)*

### **Institutionelle Ebene**

Diese Ebene beinhaltet strukturelle einfließende Faktoren, die die Erfahrung einer Abhängigkeit in ein anderes Licht rücken können. Bei dieser Ebene sind es Faktoren innerhalb einer Organisation, die eine Abhängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung beeinflussen können. Eine Interviewteilnehmerin gibt hierbei beispielsweise die strukturellen Gegebenheiten einer Station an, die Einfluss auf die Beobachtungsmöglichkeiten haben.

*„... dann bei so einer großen Station und diese langen Gänge und eben diese zwei Teilgebiete, um die man sich kümmern musste, ist es natürlich nicht so leicht alle im Auge zu behalten, das ist nicht leicht.“ (IP2)*

Des Weiteren ist es die Kultur im Umgang mit PatientInnen mit einer Demenz innerhalb des Krankenhauses, die sich auswirkt.

*„... was gibt es im Krankenhaus für eine Kultur mit diesem Thema umzugehen, wie sind die Zuständigkeitsbereiche, was gibt es für eine gemeinsame Kultur mit Abhängigkeit von Patienten umzugehen.“ (IP1)*

Eng in Verbindung und womöglich der sich am stärksten auswirkende Aspekt auf der institutionellen Ebene ist der Umgang mit einer Abhängigkeit innerhalb des Teams. KollegInnen nehmen oft eine entscheidende Unterstützungsrolle ein bzw. kann auch das Gegenteil der Fall sein, wenn die gewünschte Unterstützung von Seiten der KollegInnen nur unzureichend gegeben wird.

*„Also ich glaube schon, dass je nach dem wo man arbeitet oder in was für einem Team man arbeitet, Teams auch unterschiedlich mit sowas umgehen.“ (IP2)*

*„Ich glaub einfach in dieser Zusammenarbeit hat man sich da gegenseitig psychisch unterstützt, eben weil man nicht allein dafür verantwortlich war oder mit der Situation nicht allein gelassen wurde“ (IP5)*

*„Da hast du wieder die Leute die schon an einem anderen Erfahrungsstatus einfach, die in einem anderen Erfahrungsstatus sind und die einfach davon profitieren und das im Idealfall auch weitergeben.“ (IP1)*

*„... aber mehr könnte von den Ärzten her, dass wer halt nicht so schlecht glaub ich, du hast halt das Gefühl, das interessiert ihn jetzt halt gar nicht ob er jetzt da ist oder nicht, auch nicht so die Sorgen machen wie wir jetzt.“ (IP4)*

*„ja der Oberarzt war netterweise auch dabei, der hat auch ein bisschen Ausschau gehalten nach dem Patienten, da hat die Zusammenarbeit eigentlich ganz gut funktioniert.“ (IP6)*

Auch die personelle Besetzung, der gegenwärtige Pflegeaufwand und die damit verbundenen Zeitressourcen sind Faktoren, die die Erfahrung mit einer Abgängigkeit beeinflussen.

*„Es war ein Wochenende, wo die Besetzung generell halt weniger ist als unter der Woche.“ (IP6)*

*„Das blöde war halt, dass ich allein auf der Station war. (IP5)*

*„Es sind laufend halt die Operationen zurückgekommen, dann warst du halt beschäftigt und hast das halt wirklich nicht mitbekommen, dass er halt weg war, also er war eine Stunde, ja, nur er war halt mobil selbstständig und wollt halt nach Hause gehen.“ (IP7)*

Zudem sind es noch hausweite geltende Richtlinien, die als Hilfestellung während einer Abgängigkeit dienen und somit einen Einfluss nehmen.

*„Das war ganz klar strukturiert, das hilft natürlich eine Panik abzufangen, wir haben einen Standard dafür, und das hilft natürlich schon“ (IP1)*

## **Ebene der Umgebung**

Damit sind Faktoren gemeint, die von außen auf das Phänomen einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung einwirken. „von außen“ ist einerseits wortwörtlich zu nehmen und bedeutet in diesem Fall die gegenwärtige Wetterlage oder die Krankenhausumgebung.

*„..., weil dieses Krankenhaus liegt ja direkt außerhalb an einigen gut befahrenen Straßen.“ (IP2)*

*„Es hat geregnet es war kalt, was das Ganze für mich einfach auch noch verschlimmert hat dann.“ (IP2)*

*„Es war Gott sei Dank Sommer, also es war nicht so, dass wir uns Sorgen machten, dass er irgendwie barfuß unterwegs ist.“ (IP6)*

Andererseits sind es aber auch Faktoren, die weder auf persönlicher Ebene noch auf institutioneller Ebene auf die Erfahrung einer Abgängigkeit Einfluss nehmen. InterviewteilnehmerInnen nennen hier die Angehörigen der PatientInnen und – wenn das Hinzuziehen notwendig wurde – auch die Reaktionen der PolizistInnen.

*„Wenn die Angehörigen da sehr heikel reagieren oder selbst auch sehr im Stress sind, sehr in Sorge sind und wenn das Angehörige sind die das, die als Copingstrategie für diese Ängste Aggression benutzen in dem sie die Pflegepersonen beschuldigen ihr habt nicht aufgepasst und das kann ja so nicht sein und ich werde mich beschweren, das ist natürlich auch wieder was, das dich mit der Abgängigkeit anders umgehen lässt als Pflegeperson.“ (IP1)*

*„Also manche Polizisten sind da auch sehr (.) abweisend. (..) Du hast halt das Gefühl, wie wenn sie keine Lust drauf hätten zu dem nach Hause zu fahren und zu schauen wo der ist oder was der macht.“ (IP4)*

### **5.3 Zusammengeführte Beschreibung der Bedeutungen und Essenzen**

In folgendem Kapitel erfolgt nun die zusammengeführte textural-strukturelle Beschreibung der Bedeutungen und Essenzen des Phänomens der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung im Kontext professionellen Handelns aus Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting.

#### **Plötzlich weg...**

Das Phänomen der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz ist für Pflegepersonen eine multidimensionale Erfahrung innerhalb ihrer beruflichen Aufgabe. Das Phänomen ist geprägt von Komplexität und kann eine dynamische, sich auch spontan verändernde Herausforderung und oftmals neue Situation in der professionellen Versorgung von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung für professionell Pflegende darstellen.

Es beginnt mit dem Bemerken der Abgängigkeit, wodurch man vorerst in einem schockähnlichen Zustand versetzt wird, welcher mit Nervosität und ersten Ängsten begleitet wird. Wenn dieser Zustand der ersten Panik abflacht, werden Gedanken und Gefühle neu sortiert und Pflegepersonen gehen über zur Suche nach der abgängigen Person.

Es werden erste Handlungen gesetzt, Unterstützung angefordert und Aufgaben übertragen, um den/die verlorengegangene/n PatientIn schnellstmöglich wiederzufinden. Bei der Suche werden unterschiedliche Hilfestellungen herangezogen, von KollegInnen bis hin zu festgeschriebenen Vorgehensmaßnahmen in Form einer hausinternen Richtlinie. Je nachdem kann die Unterstützung mehr, aber auch weniger ausfallen und somit Empfindungen von Pflegepersonen während des akuten Geschehens mildern oder verstärken.

Mit der Suche geht eine meist zermürbende Zeit des Wartens auf die Rückkehr der abgängigen Person einher. Diese Zeit ist geprägt von einer Ungewissheit über den Ausgang und kreisenden Gedanken über mögliche Konsequenzen für alle an der Abgängigkeit beteiligten Personen. Dabei werden unterschiedliche Emotionen freigesetzt, die wiederrum mehr oder weniger stark, aufgrund vieler Faktoren, die auf das Phänomen Einfluss nehmen können, ausfallen können.

Neben dem Phänomen der Abgängigkeit bleiben aber auch sämtliche Pflichten und Aufgaben der Versorgung aller PatientInnen aufrecht. Hier tritt oftmals ein Konflikt in Erscheinung, welcher die zuständigen Pflegepersonen daran hindert, sich vollkommen auf die Suche nach der abgängigen Person zu konzentrieren.

Dadurch bleibt auch Unerledigtes zurück, um das sich Pflegepersonen neben dem Phänomen kümmern müssen.

Am Ende einer Abgängigkeit steht die Gewissheit, sei es ein positiver Ausgang, bei welchem alle beteiligten Personen diese Erfahrung unbeschadet überstanden haben oder aber ein negativer Ausgang, bei welchem der/die abgängige PatientIn Schaden davongetragen oder gar den Tod gefunden hat.

Der Ausgang bestimmt somit die Gefühle und Gedanken, die nach dem Ende dieses Phänomens zurückbleiben und in das Erfahrungswissen der einzelnen Pflegeperson übergehen. Es ist zudem damit zu rechnen, dass die Erfahrung einer Abgängigkeit ein stiller Begleiter in der Versorgung von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung bleibt und an Pflegepersonen nicht spurlos vorübergeht.

Veränderungen bei sich selbst oder aber auch innerhalb einer Organisation können die Folge dieses Phänomens sein. Nach der Erfahrung der Abgängigkeit gibt es noch immer eine bestimmte Ungewissheit darüber, wann dieses Phänomen das nächste Mal in Erscheinung treten wird. Daher sind es präventive Maßnahmen, die im Rahmen der Versorgung und Betreuung von Menschen mit einer Demenz eingesetzt werden, um dem Phänomen der Abgängigkeit keine Chance zu geben.

Das Bewusstsein über das Phänomen stellt hierbei vermutlich die beste Maßnahme zur Vermeidung einer Abgängigkeit dar.

*„Ich bin mir sicher, dass wenn man bereits in der Ausbildung Bewusstsein für bestimmte Phänomene schafft, das dann auch in der Praxis anders damit umgegangen wird und die Abgängigkeit ist etwas das so an sich nicht diesen Stellenwert bekommt, den es eigentlich haben sollte, und ich denke mir sicher, in der Ausbildung, wenn ich dem einen Namen gebe, dass es dann auch schon in einem anderen Bewusstsein in die Praxis wandert und in den beruflichen Alltag, da könnte man sicher noch etwas machen.“ (IP2)*

## 6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Bedeutung einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer demenziellen Erkrankung im Kontext professionellen Handelns aus Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting zu beschreiben. Es zeigte sich vor allem ein komplexes Bild des Phänomens der Abgängigkeit, welches im Rahmen der professionellen Pflege einen beachtlichen Einfluss auf deren Aufgaben und Verantwortung hat. Die Perspektive der professionellen Pflege erlaubt nun einen tieferen Einblick in das Phänomen der Abgängigkeit und ermöglicht somit ein erweitertes Verständnis dieser Erfahrung.

Bringt man nun die Ergebnisse mit dem Konzept der „Missing Incidents“ von Rowe et al. (2015) in Verbindung, zeigt sich hier ein ergänzendes Bild. Dieses Konzept beschreibt generell Faktoren, welche das Zustandekommen einer Abgängigkeit bedingen und konzentriert sich dabei sehr stark auf die Perspektive der Person mit einer Demenz und die der pflegenden Angehörigen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit erlauben jedoch einen differenzierteren Blick auf dieses Konzept und können die Perspektive der professionellen Pflege hinzufügen. Dies bedeutet, dass auch die professionelle Pflege in die situationsbedingten Faktoren eingebettet ist. Beispielsweise können Möglichkeiten zur Beobachtung oder die Krankenhauskultur gegenüber Menschen mit einer Demenz als solche Faktoren gesehen werden.

Eine Differenzierung kann auch bei den Konsequenzen vorgenommen werden. Wenn professionelle Pflege in der Betreuung und Versorgung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung eingebunden ist, wirkt sich das Phänomen auch auf diese aus.

Eine weitere Überlegung wäre, das Konzept so zu erweitern, dass es sowohl fördernde als auch hindernde Faktoren, die das Zustandekommen einer Abgängigkeit bedingen, einander gegenüberstehen. Hierbei sind vor allem präventive Maßnahmen gemeint, die im gegenwärtigen Konzept noch wenig Beachtung erhalten, die aber in den vorliegenden Ergebnissen dieser Arbeit von professionellen Pflegepersonen eine nicht zu geringschätzende Bedeutung erfahren.

Nachfolgend soll eine Darstellung dieser Überlegungen zur Anpassung des Konzeptes der „Missing Incidents“ zu einem besseren Verständnis dienen.

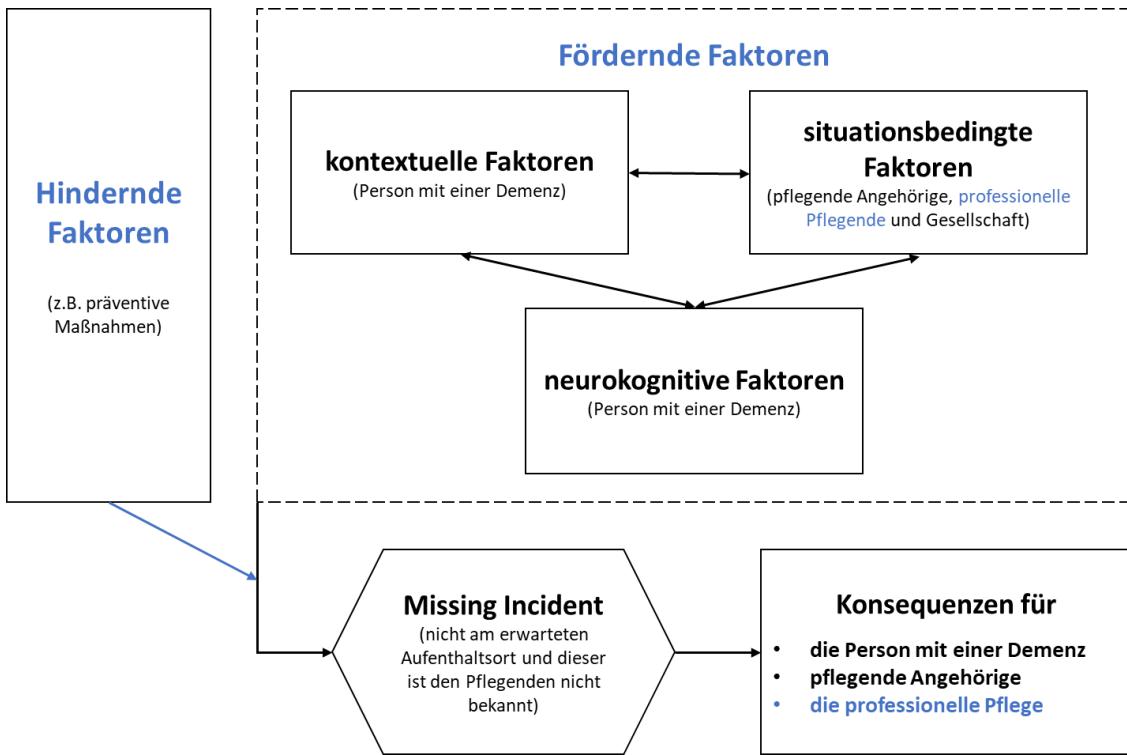


Abbildung 4: Um die Perspektive der professionellen Pflege erweitertes Konzept der „Missing Incidens“

Des Weiteren zeigte sich, dass die Erfahrung einer Abhängigkeit von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird und dies auch Konsequenzen für die professionelle Pflege bedeutet. In erster Linie sind es Emotionen und Gedanken, die bei diesem Phänomen auftreten und je nach Situation mehr oder weniger belasten können. Es zeigen sich beispielsweise Gefühle wie Unsicherheit, Verzweiflung aber auch Erleichterung. Oftmals sind es auch Sorgen, die die Pflegepersonen während diesem Phänomen begleiten. Auch in der Studie von Clarke et al. (1999) berichten Pflegepersonen aus psychiatrischen Abteilungen im Rahmen einer Abhängigkeit ihrer PatientInnen über Gefühle der Sorge und Schuldigkeit aber auch der Erleichterung bei einer unbeschadeten Rückkehr. In der Studie von Yous, Ploeg, Kassalainen und Schindel Martin (2019) zu Erfahrungen von Pflegepersonen in der die Betreuung von älteren Menschen mit Reaktionsverhalten bei Demenz (z.B. Wandern) im Krankenhaus zeigt, dass generell die Pflege dieser PatientInnengruppe als herausfordernd gesehen wird. Pflegepersonen berichten auch über eine emotionale Reise, bei der eine Emotion nach der anderen auftritt und diese auch simultan erlebt werden. Die häufigsten genannten Emotionen von Pflegepersonen bei Reaktionsverhalten von Menschen mit einer Demenz sind Frustration, Ärger, Angst und Traurigkeit. Ähnlich emotional herausfordernd für professionelle Pflegende ist es auch laut Rowe et al. (2015) bei pflegenden Angehörigen.

Ein weiterer Punkt, welcher aus den Ergebnissen hervorgeht, ist das Thema des Unerledigten. Pflegepersonen berichten über einen hohen Zeit- und Arbeitsaufwand im Rahmen einer Abhängigkeit sowie eine Anhäufung unerledigter Tätigkeiten. Auch in dem Review von Muir-Cochrane und Mosel (2008) geht aus drei Studien die Bedeutung von Abhängigkeit für professionelle Pflegepersonen aus dem psychiatrischen Bereich hervor. Hierbei wird einerseits der verbundene Zeitaufwand, andererseits auch die entstandenen Störungen innerhalb der Station thematisiert.

Ebenso bei Muir-Chorane und Mosel (2008), wird die Beeinträchtigung bei anderen Tätigkeiten, wie beispielsweise der direkten Pflege von anderen PatientInnen auf der Station, durch das Phänomen der Abhängigkeit, angeführt. Diese Beeinträchtigung der direkten Pflege anderer PatientInnen äußert sich in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit als Verantwortungskonflikt professioneller Pflegender. Dies bedeutet, dass einerseits die Verantwortung gegenüber der abhängigen Person besteht und andererseits auch die Verantwortung für die Aufgaben der Pflege von allen anderen PatientInnen der Station getragen werden muss. Denn die Verantwortung gilt allen pflegebedürftigen Menschen und Pflegepersonen sind persönlich verantwortlich für die Ausübung der Pflege (ICN, 2014). Dieses Verantwortungsgefühl wird besonders bei der Betreuung von PatientInnen mit einer Demenz stärker. Bei Pinkert et al. (2018) geben Pflegepersonen beispielsweise an, dass sie, wenn sie Gefühle von Angst oder des Verlorengehens aufgrund der verwirrenden Umgebung eines Krankenhauses bei PatientInnen wahrnehmen, sich auch primär dafür verantwortlich fühlen, diese PatientInnen vor dem Verlorengehen oder Verletzungen zu schützen.

Eine Abhängigkeit inkludiert im Rahmen der professionellen Pflege auch die Auseinandersetzung mit präventiven Maßnahmen. Dieses Thema erhält auch in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit eine besondere Bedeutung. Hierbei ist es beispielsweise die pflegerische Beziehungsgestaltung, die einen wesentlichen Beitrag zur Vorbeugung einer Abhängigkeit leisten kann. Bei Clarke et al. (1999) wird beispielsweise eine Verbesserung der Kommunikation mit PatientInnen als präventive Maßnahme angegeben. Generell ist eine gute Beziehung zu PatientInnen vor allem zu jenen mit einer dementiellen Erkrankung ein essenzieller Schlüssel in der Versorgung dieser PatientInnengruppe. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) veröffentlichte dazu im Jahr 2019 den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Ziel dieses Expertenstandards ist es, generell die Beziehungsgestaltung und -förderung im Umgang mit Menschen mit einer Demenz zu verbessern, indem die Beziehungsgestaltung und eine personenzentrierte Pflege in den Mittelpunkt gerückt werden. Dadurch besteht die Möglichkeit,

positive Auswirkungen wie die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz zu schaffen. Auch bei Yous et al. (2019) geben Pflegepersonen an, dass eine personenzentrierte Herangehensweise zur Verbesserung der Betreuung von PatientInnen mit Reaktionsverhalten bei einer Demenz dient und eine individualisierte Pflege wichtig ist. Ein personenzentrierter Ansatz hilft hierbei, PatientInnen mit einer Demenz deren Realität und Vorlieben zu verstehen.

Zu den präventiven Maßnahmen werden auch strukturelle Veränderungen genannt. Es sind Maßnahmen wie beispielsweise der Einsatz von ExpertInnen oder die Verbesserung und Schaffung einer entsprechenden Krankenhauskultur. Einen Einfluss haben auch strukturelle Gegebenheiten auf das Phänomen der Abgängigkeit. Clarke et al. (1999) bestätigen, dass Verbesserungen des Stationsdesigns, um die Beobachtung der PatientInnen zu verbessern, eine Möglichkeit zur Prävention darstellt. Auch bei George, Long und Vincent (2013) können Veränderungen der Faktoren der Arbeitsumgebung die Versorgung von PatientInnen mit einer Demenz verbessern und somit geriatrische Syndrome wie beispielsweise Stürze reduzieren. Zu diesen geriatrischen Syndromen können auch Abgängigkeiten gezählt werden, denn so wie der Sturz hat auch die Abgängigkeit unerwünschte Konsequenzen.

Im Allgemeinen können diese präventiven Maßnahmen eine Ebene höher eingebettet werden. Damit ist gemeint, dass generelle Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von PatientInnen mit einer Demenz im Akutkrankenhaus gleichermaßen der Prävention des Phänomens der Abgängigkeit dienen. Es zeigen sich beispielsweise Ähnlichkeiten bei den vorliegenden Ergebnissen und den Rahmenbedingungen in Krankenhäusern zur Versorgung von PatientInnen mit einer Demenz von Angerhausen (2008). Schulungsprogramme für Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen sollen zur Erhöhung des Wissens über Menschen mit einer Demenz und zur Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen dienen. Des Weiteren wird hier auch der Einsatz von ExpertInnen genannt sowie die Durchführung entsprechender Pflegevisiten. Ebenso genannt werden die Umsetzung räumlicher Anpassungen vorzunehmen und der Einsatz von Bezugspflegesystemen. Hervorgehoben wird zudem, dass es eine kontinuierliche und nachhaltige Herangehensweise geben muss, um die Versorgung der PatientInnen mit einer Demenz dauerhaft zu verbessern. Auch in der Studie von Yous et al. (2019) empfehlen Pflegepersonen eine Stärkung der Schulungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Pflege und Betreuung von PatientInnen mit einer Demenz. Hierbei wird auch die Gewährleistung von ausreichendem und qualifizierten Personal genannt sowie die Gestaltung sicherer Bereiche, um PatientInnen mit einer Demenz zu unterstützen.

Ein weiteres Thema, welches noch hervorgehoben werden muss, ist der mögliche Konfliktbereich in der ethischen Abwägung von Autonomie und Fürsorge, die von professionellen Pflegepersonen im Rahmen des Phänomens der Abhängigkeit genannt wird. Dies bedeutet, dass professionelle Pflegepersonen in ihrem Ermessen und innerhalb des gesetzlichen Rahmens entscheiden müssen, inwieweit PatientInnen in ihrer Autonomie zugunsten der Fürsorge und des Erhaltes der Sicherheit eingeschränkt werden müssen. Dadurch kommt es oft zum Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Bei Gunawardena und Smithard (2019) wird beispielsweise die Prävention von „Wandering“ als einer der häufigsten Gründe für den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen genannt. Auch hier wird beschrieben, dass Pflegepersonen oft mit negativen Gefühlen zu tun haben, wenn es zum Einsatz von diesen Maßnahmen kommt. Dieser Konflikt von Fürsorgepflicht und PatientInnenautonomie kann bei Pflegepersonen Gefühle der Schuldigkeit fördern.

Letztendlich kann gesagt werden, dass das Phänomen der Abhängigkeit für professionelle Pflegepersonen aus dem akutstationären Bereich eine große Rolle spielen kann. Diese Erfahrung, wenn PatientInnen mit einer Demenz plötzlich weg sind, kann eine ungeahnte Herausforderung für alle Beteiligten darstellen. Doch ist das Erleben noch von vielen Faktoren beeinflusst, die sich auf das akute Geschehen sowie auf die Folgen der Abhängigkeit auswirken und möglicherweise die gefühlte Unüberwindbarkeit der Herausforderung zu einer bewältigbaren Aufgabe im Rahmen der Pflege und Betreuung von PatientInnen mit einer Demenz werden lassen.

## **7 Limitationen**

Die vorliegende Arbeit weist auch Limitationen auf. Zu Beginn ist anzumerken, dass es sich bei den InterviewteilnehmerInnen um eine homogene Gruppe handelt, die alle das Phänomen der Abhängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz letztendlich mit einem positiven Ausgang erlebt haben. Aufgrund zeitlicher Ressourcen im Rahmen dieser Masterarbeit wurde jedoch kein breiteres Spektrum an Erfahrungen von professionellen Pflegepersonen mehr angestrebt, die beispielsweise das Phänomen mit negativen Ausgang erlebt hatten. Dennoch konnte durch die Durchführung von sieben Interviews ein guter Einblick in die Komplexität des Phänomens der Abhängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz aus Sicht professioneller Pflege des akutstationären Bereiches gegeben werden.

Ein weiterer Punkt ist, dass aufgrund mangelnder Literatur zu dem Thema Abhängigkeit von PatientInnen aus dem akutstationären Bereich, ein breiteres Spektrum an Literatur zur Bearbeitung herangezogen wurde. Dies hinterlässt die Konsequenz einer möglichen Verzerrung, denn eine Abhängigkeit von PatientInnen aus dem psychiatrischen Bereich stellt sich womöglich anders dar als die Abhängigkeit in einem Akutkrankenhaus von PatientInnen mit einer Demenz. Dennoch kann die Zusammenführung unterschiedlicher Perspektiven auch einen Mehrwert bringen.

Weniger eine Limitation als vielmehr eine methodologische Diskussion in dieser Arbeit ist der Aspekt der Erreichbarkeit eines offenen Geistes im Sinne der Epoche, losgelöst von allen Vorannahmen und Vorurteilen. Es stellt sich die Frage, inwieweit dies möglich ist. Im konkreten Fall ist damit gemeint, dass der Autor dieser Arbeit bereits selbst das Phänomen der Abhängigkeit im Setting Krankenhaus erlebt hat. Es ist daher nicht auszuschließen, dass dieses Erlebnis die vorliegende Arbeit auch beeinflusste. Moustakas (1994) meint hierbei, dass das Prinzip der Epoche vor allem dazu inspirieren soll, Verzerrungen zu prüfen und die Offenheit des Anwenders zu verbessern, auch wenn ein perfekter und unverfälschter Zustand nicht erreicht wird.

## **8 Schlussfolgerungen**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Phänomen der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz im Kontext professionellen Handelns von Pflegepersonen aus dem akutstationärem Setting eine durchaus hohe Bedeutung zugeordnet wird, da dieses Phänomen ein Wechselbad der Gefühle auslösen kann und unterschiedliche Herausforderungen im Rahmen der Verantwortung und Aufgaben entstehen.

Abgängigkeit von PatientInnen wird durch die steigenden Zahlen der Menschen mit einer Demenz zunehmend ein Begleiter in allen Bereichen des Gesundheitswesens werden. Dadurch ist es von großer Wichtigkeit, Bewusstsein für dieses Phänomen zu schaffen, denn ein schnelles und überlegtes Handeln erhöht die Chance einer unbeschadeten Rückkehr abhängiger PatientInnen.

Professionelle Pflegende müssen auf dieses Phänomen vorbereitet werden, um so den Umgang damit zu verbessern. Aber auch die Prävention einer Abgängigkeit gelingt erst, wenn dieses Phänomen ins Bewusstsein professioneller Pflegepersonen rückt. Daher ist zu empfehlen, Abgängigkeit von Menschen mit einer Demenz bereits in der Ausbildung zu integrieren sowie in fortlaufenden Schulungen zu thematisieren.

Durch die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Themas ergeben sich auch Empfehlungen für die weitere Forschung zu diesem Phänomen. Eine erneute Exploration mit mehr InterviewteilnehmerInnen mit Erfahrungen unterschiedlichen Ausgangs des Phänomens der Abgängigkeit und Pflegepersonen unterschiedlicher Ausbildungsebenen könnten weitere Facetten aufdecken. Zudem wäre es von großem Interesse, dieses Phänomen mit dem quantitativen Ansatz zu beleuchten. Hierbei könnte beispielsweise ein deskriptives Design zusätzliche Informationen über die Art und Häufigkeit des Phänomens der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz im Kontext professioneller Pflege aus dem akutstationärem Setting bringen.

Das Phänomen der Abgängigkeit verharrt oft lange Zeit in Stille, doch wenn es passiert,  
schlägt es meist hohe Wellen.

## 9 Literaturverzeichnis

**Algase, D. L., Moore, D. H., Vandeweerd, C., & Gavin-Dreschnack, D. J. (2007).** Mapping the maze of terms and definitions in dementia-related wandering. *Aging & Mental Health*, 11(6), 686-698. doi: 10.1080/13607860701366434

**Alzheimer Austria (2019).** Symptome der Alzheimer Krankheit. Zugriff am 29. April 2019 unter <http://www.alzheimer-selbsthilfe.at/was-ist-demenz/symptome-der-alzheimer-krankheit/>

**Alzheimer Association (2008).** Alzheimer's Association Statement on Silver Alert. The Alzheimer's Association MedicAlert® + Alzheimer's Association Safe Return® Program. Zugriff am 29. April 2019 unter <https://www.alz.org/news/2008/alzheimers-association-statement-on-silver-alert>

**Andershed, B., & Olsson, K. (2009).** Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 598 – 610. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00647.x

**Angerhausen, S. (2008).** Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (43), 460-466. doi:10.1007/s00391-008-0018-0

**Aud, M. A. (2004).** Dangerous wandering: Elopements of older with dementia from long-term care facilities. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 19(6), 361-368. doi: 10.1177/153331750401900602

**Barmherzige Brüder Österreich (Hrsg.). (2010).** Ethik-Codex. Orientierung an Hospitalität und Professionalität. Österreich: Facultas

**Bickel, H., Hendlmeier, I., Heßler, J. B., Junge, M. N., Leonhardt-Achilles, S., Weber, J., & Schäufele, M. (2018).** The prevalence of dementia and cognitive impairment in hospitals. Results from the General Hospital Study (GHoSt). *Deutsches Ärzteblatt International*, 115, 733-740. doi: 10.3238/ärztebl.2018.0733

**Bundeskriminalamt (2019).** Fahndung und Internationales. Zugriff am 29. April. 2019 unter <https://bundeskriminalamt.at/404/>

**Brumbles, D. & Meister, A. (2013).** Psychiatric elopement: using evidence to examine causative factors and preventive measures. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(1), 3-9. doi:10.1016/j.apnu.2012.07.002

**Bürger, C. (2015).** So viel Freiheit wie möglich. Freiheitsbeschränkungen bei dementiell erkrankten Menschen. *Procare*, 20, 38-41

**Canadian Nurses Association (2004).** Nurses and patient safety. A discussion paper. Zugriff am 27.08.2019 unter [https://www.cna-aiic.ca-/media/cna/files/en/patient\\_safety\\_discussion\\_paper\\_e.pdf?la=en&hash=F9339516418B6A5265105FEDD51DA117FF2934EB](https://www.cna-aiic.ca-/media/cna/files/en/patient_safety_discussion_paper_e.pdf?la=en&hash=F9339516418B6A5265105FEDD51DA117FF2934EB)

**Cheng, S., Chung, C., Leung, Y., & Lai, K. (2002).** Patient absconding behavior in a public general hospital: retrospective study. *Hong Kong Med J*, 8 (2), 87-91

**Clarke, N., Kiyimba, F., Bowers, L., Jarrett, M., & Mcfarlane, L. (1999).** 4. Absconding: Nurses views and reactions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 219-224. doi: 10.1046/j.1365-2850.1999.630219.x

**Datenschutzgesetz Österreich. (2020).** Zugriff am 14.02.2020 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&Gesetzesnummer=10001597>

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019).** Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Osnabrück

**Furumiya, J. & Hashimoto, Y. (2015).** A descriptive Study of elderly patients with dementia who died wandering outdoors in Kochi Prefecture, Japan. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 307-312. doi: 10.1177/1533317514545826

**George, J., Long, S., & Vincent, C. (2013).** How we keep patients with dementia safe in our acute hospitals? A review of challenges and solutions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106 (9), 355-361. doi:10.1177/0141076813476497

**Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). (2019).** Zugriff am 16.08.2019 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

**Gunawardena R., Smithard, D. G. (2019).** The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention amongst healthcare staff on acute medical and frailty wards - A brief literature review. *Geriatrics*, 4, 50. doi: 10.3390/geriatrics4030050

**Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) (2020).** Zugriff am 08.08.2020 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231>

**Hiemetzberger, M. (2020).** Ethik in der Pflege. Österreich: Facultas

**Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., & Gribler, R., (Hrsg.). (2015).** Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Wien

**International Council of Nurses (2014):** ICN-Ethikkodex für Pflegende. Zugriff am 27.08.2019 unter [https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex\\_fuer\\_Pflegende-print-final2014\\_2\\_.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014_2_.pdf)

**Jännes, J., Hämäläinen, P., Hanski, J. & Lanne, M. (2014).** Homelike living for elderly people. *Home Health Care Management & Practice*, 27(2), 64–72. doi: 10.1177/1084822314543798

**Johnson, M., Myers, S., Wineholt, J., Pollack, M., & Kusmiesz A. L. (2009).** Patients who leave the emergency department without being seen. *Journal of emergency nursing*, 35(2), 105-108. doi: 10.1371/journal.pone.0208914

**Khammarnia, M., Kassani, A., Amiresmaili, M., Sadeghi, A., Jaber, Z. K., & Kavosi, Z. (2015).** Study of patients absconding behavior in a general hospital at southern region of Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(3), 137-141. doi: 10.15171/IJHPM.2014.110

**Lamnek, S., & Krell, C. (2016).** Qualitative Sozialforschung. Schweiz: Beltz Verlag

**Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985).** Naturalistic Inquiry. United States of America: Sage Publications, Inc.

**Mayer, H. (Hrsg.). (2019).** Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. Österreich: Facultas

**Moustakas, C. E. (1994).** Phenomenological Research Methods. United States of America: Sage Publications, Inc.

**Muir-Cochrane, E., & Mosel, K. A. (2008).** Absconding: A review of the literature 1996-2008. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 370-378. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00562.x

**Neumann-Ponesch, S. (2017).** Modelle und Theorien in der Pflege. Österreich: Facultas

**Nolan, L. (2007).** Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 16 (7). doi: 10.12968/bjon.2007.16.7.23245

**Pinkert, C., Faul, E., Sacher, S., Burgstaller, M., Kamleitner, D., & Mayer, H. (2018).** Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 162-172. doi: 10.1111/jocn.13864

**Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G., Wu, Y., & Prina, M. (2015):** World Alzheimer Report. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer Disease International.

**Quack, E. (2015).** Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Im Spannungsfeld zwischen Systemlogik und Lebenswelt. *Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik*, E-Journal, 2, 1-12

**Riedel, A., & Linde, A. (Hrsg.). (2018).** Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene. Deutschland: Springer-Verlag

**Rowe, M. A., Houston, A., Molinari, V., Bulat, T., Bowen, M. E., Spring, H., Mutolo, S., & McKenzie, B. (2015).** The Concept of Missing Incidents in Persons with Dementia. *Healthcare*. 3, 1121-1132. doi: 10.3390/healthcare3041121

**Rowe, M. A., Greenblum, C. A., & D'Aoust, R. F. (2012).** Missing Incidents in Community-Dwelling People with Dementia. *American Journal of Nursing*, 112(12), 30-35. doi: 10.1097/01.NAJ.0000423503.53640.32

**Rowe, R. A., Vandever S. S., Greenblum, C. A., List, C. N., Fernandez, R. M., Mixson, N. E., & Ahn, H. C. (2011).** Persons with dementia missing in the community: Is it wandering or something unique?. *BMC Geriatrics*, 11:28. doi: 10.1186/1471-2318-11-28

**Schaeffer, D., & Wingenfeld, K. (2008).** Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. *Pflege&Gesellschaft*, 13(H4), 293-305

**Schütz, D., & Füsgen, I. (2013).** Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 3, 203-207. doi: 10.1007/s00391-013-0482-z

**Siegle, A., Schmidt, K., Riedel, A., & Wolke, R. (2016).** Herausforderungen für das Personal. Kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. *Pflegezeitschrift*, 69(3), 148-152

**Spichinger, E., Kesselring, A., Spirig, R., De Geest, S., & die Gruppe „Zukunft Medizin Schweiz“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2006).** Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*, 19, 45-51. doi: 10.1024/1012-5302.19.1.45

**Vertretungsnetz (2019).** Heimaufenthaltsgesetz. Information über das Recht auf Bewegungsfreiheit in Alten- und Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger und Krankenanstalten. Zugriff am 08.08.2020 unter [https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user\\_upload/6\\_Bewohnervertretung/2019\\_Broschu\\_re\\_HeimaufG.pdf](https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/6_Bewohnervertretung/2019_Broschu_re_HeimaufG.pdf)

**Werner, S. (2016).** Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Pflegezeitschrift*, 69(3), 154-158

**Woolford, M. H., Weller, C., & Ibrahim, J. E. (2017).** Unexplained absences and risk of death and injury among nursing home residents: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*, 1.e1-1.e15. doi: 10.1016/j.jamda.2017.01.007

**You, M., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Schindel Martin, L. (2019).** Nurses' experiences in caring for older adults with responsive behaviors of dementia in acute care. *SAGE Open Nursing*, 5, 1-15. doi: 10.1177/2377960819834127

## **10 Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1: Darstellung der InterviewteilnehmerInnen .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabelle 2: Sonderzeichen der Transkription .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabelle 3:Auszug aus der Gruppierung und Thematisierung .....</b>	<b>33</b>

## **11 Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1: Konzept der Missing Incidents (Rowe et al., 2015).....</b>	<b>9</b>
<b>Abbildung 2: Auszug aus der Datenanalyse Schritt 1 und 2.....</b>	<b>32</b>
<b>Abbildung 3: Darstellung der Kernthemen und Unterthemen.....</b>	<b>50</b>
<b>Abbildung 4: Um die Perspektive der professionellen Pflege erweitertes Konzept der „Missing Incidens“ .....</b>	<b>65</b>

## **12 Anhang**

<b>Anhang 1: Abstract (deutsch) .....</b>	79
<b>Anhang 2: Abstract (englisch).....</b>	80
<b>Anhang 3: Informationsschreiben .....</b>	81
<b>Anhang 4: Einverständniserklärung .....</b>	83
<b>Anhang 5: Interviewleitfaden.....</b>	84
<b>Anhang 6: Interviewprotokoll.....</b>	85

## **Anhang 1: Abstract (deutsch)**

**Hintergrund:** Im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes kann es bei PatientInnen mit einer Demenz zum Phänomen der Abgängigkeit kommen. Dieses Phänomen ist verbunden mit unterschiedlichen Auswirkungen für die PatientInnen selbst, deren Angehörigen aber in einem Krankenhaus, vor allem auch für professionelle Pflegepersonen.

**Ziel:** Es soll daher die Bedeutung der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz im Kontext professionellen Handelns aus Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting aufgezeigt werden.

**Methode:** Um dieses Forschungsziel zu erreichen, wurde die phänomenologischen Methode und der Prozess von Moustakas (1994) gewählt, um Intentionen und Bedeutungen von professionellen Pflegenden zu diesem Phänomen zu erforschen.

**Ergebnisse:** Das Phänomen der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer Demenz zeigte sich im Kontext professioneller Pflege als eine oftmals komplexe Herausforderung, welche von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird und das Erleben dieses Phänomens verschieden gestaltet. Es kann eine Welle an Emotionen auslösen, kreisende Gedanken verursachen und unerledigte Aufgaben zurücklassen. Nach dem Erlebnis der Abgängigkeit folgt auch die Veränderung. Hierbei ist es die Auseinandersetzung mit der Prävention dieses Phänomens, die eine besondere Bedeutung innerhalb der Aufgaben der professionellen Pflege erhält.

**Schlussfolgerung:** Das Phänomen der Abgängigkeit kann eine hohe Bedeutung im Kontext professioneller Pflege erfahren, da es unterschiedliche Auswirkungen auf deren Aufgaben und Verantwortung haben kann. Daher ist es von essenzieller Bedeutung, Bewusstsein für dieses Phänomen zu schaffen.

**Schlüsselwörter:** Abgängigkeit, Demenz, professionelle Pflege, akutstationäres Setting

## Anhang 2: Abstract (englisch)

**Background:** During a hospital stay, patients with dementia are at risk of getting lost. This phenomenon is called a missing incident and causes with consequences for the patients themselves, their relatives and especially, in a hospital setting, for professional carers.

**Purpose:** The purpose of this study was to explore the meaning of this phenomenon for professional carers in an acute care setting.

**Method:** To describe the intentions and meanings of professional carers in relation to missing incidents of patients with dementia, the phenomenological method and process by Moustakas (1994) was carried out.

**Results:** For professional carers, a missing incident often presents a complex challenge. The experience itself is influenced by different factors and can cause a surge of emotions, circulating thoughts and unfinished work assignments. A missing incident is also followed by change. Especially the prevention of this phenomenon becomes a necessary part within the professional care after experiencing such a situation.

**Conclusion:** The phenomenon of missing incidents of patients with dementia may play an important role in an acute care setting, mainly because of the different consequences for the nurses' responsibilities and their professional assignments. Hence, creating awareness for this phenomenon is essential.

**Keywords:** missing incidents, dementia, professional care, acute care

## Anhang 3: Informationsschreiben



### INFORMATIONSSCHREIBEN

#### ABGÄNGIG IM KRANKENHAUS

Die Bedeutung der Abgängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung im Kontext professionellen Handelns

Sehr geehrte InteressentInnen!

Im Rahmen des Studienganges Pflegewissenschaft an der Universität Wien führe ich für meine Masterarbeit Interviews zu dem Thema Abgängigkeit im Krankenhaus durch. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Gruppe der PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung.

Ziel ist es herauszufinden, welche Bedeutung die Abgängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung im Kontext professionellen Handelns aus Sicht von Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting hat.

Von Interesse ist dabei weiters, wie Pflegepersonen eine solche Abgängigkeit erleben und welche Strategien beim Wiederauffinden der abgängigen PatientInnen angewendet werden. Für das Erreichen dieser Ziele sollen Pflegepersonen aus dem akutstationären Setting mit der Erfahrung einer Abgängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung befragt werden.

#### Was bedeutet die Teilnahme an dem Forschungsprojekt?

Aufgrund dieser durchlebten Erfahrung können Sie uns einen Einblick in diese Situation geben und somit dazu beitragen dieses Phänomen der Abgängigkeit besser zu verstehen und die Bedürfnisse in einer solchen Situation besser wahrzunehmen.

Sollten Sie sich dazu entscheiden an dem Projekt teilzunehmen, wird ein Interview mit Ihnen an einem für Sie angenehmen Ort stattfinden. Im Zuge des Interviews haben Sie dann die Möglichkeit Ihre Situation zu schildern und Ihre Erfahrungen mit dem Phänomen der Abgängigkeit zu beschreiben. Außerdem werden Ihnen einige Fragen gestellt, welche Sie im Laufe des Gespräches beantworten können.

Ein direkter Nutzen für Sie ist nicht zu erwarten, dennoch trägt ihre geschilderte Situation und Erfahrung dazu bei, ein besseres Verständnis zu erlangen und um künftig mögliche Hilfestellungen entwickeln zu können.

Die Teilnahme an dem Interview ist grundsätzlich mit keinen Risiken verbunden.

**Welche Rechte haben Sie?**

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Sie haben das Recht jederzeit auch nach dem Beginn des Gespräches, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung an mich die Teilnahme abzubrechen und müssen auch dafür keine Gründe nennen.

Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach dem Interview haben Sie noch so lange das Recht ihre erhobenen Daten zurückzuziehen, bis Ihre Daten ausgewertet wurden. In diesem Fall werden alle Aufzeichnungen (auf Tonträger und schriftliche) gelöscht.

**Was geschieht mit den gesammelten Informationen und Daten?**

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und pseudonymisiert werden und keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können. Ihr Name wird an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen. Dies gilt auch für etwaige Veröffentlichungen der Forschungsergebnisse. Auf Wunsch werden auch Sie gerne nach Ende der Studie über die Ergebnisse der Untersuchung informiert.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung. Am Ende des Informationsschreibens finden Sie meine Kontaktadresse. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, Sie als TeilnehmerIn in dem Projekt aufnehmen zu dürfen und würde mich über eine Unterstützung Ihrerseits sehr freuen.

Freundliche Grüße

Christoph Bauer

E-Mail: chbauer1@gmx.at

## Anhang 4: Einverständniserklärung



### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME

#### ABGÄNGIG IM KRANKENHAUS

Die Bedeutung der Abhängigkeit von PatientInnen mit einer dementiellen Erkrankung im Kontext professionellen Handelns

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

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird. Mir ist bekannt, dass meine Daten (Name, Alter, Geschlecht, berufliche Expertise) anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und der Einverständniserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

---

Ort und Datum

---

---

Unterschrift (InterviewteilnehmerIn)

---

## Anhang 5: Interviewleitfaden

### Leitfaden

Abgängig im Krankenhaus

### Fokus Phänomen!

Leitfrage (Erlebnis/Situation)	Aufrechterhaltung
Erzähle mir von deinem Erlebnis als dir ein/e PatientIn abgängig wurde?	
Was ist damals passiert?	Was geht dir noch dabei durch den Kopf?
<b>Wiederauffinden</b>	
Wie wurde vorgegangen bei der Suche nach der vermissten Person?	Was bringst du mit dem Thema noch in Verbindung?
Welche Hilfestellungen gab es?	
<b>Darüber Hinaus</b>	
Was passierte dann?	Kannst du mir noch etwas darüber erzählen?
Welche Konsequenzen hatte die Abgängigkeit deines/r PatientIn	
<b>Wie ist es dir als Pflegeperson dabei ergangen?</b>	Fällt dir noch etwas dazu ein?
Welche institutionellen Konsequenzen ergaben sich aus der Abgängigkeit?	
Was hat sich danach verändert?	Gibt es etwas das du mir noch dazu erzählen möchtest?
Welche Reaktionen gab es? (z.B. von Seiten deines Teams)	
<b>Gedanken und Emotionen</b>	
Welche Gedanken gingen dir während der Abgängigkeit deines/r PatientIn durch den Kopf?	Und weiter? Und sonst?
Welche Gefühle zeigten sich während der Abgängigkeit?	
Welche Gefühle zeigten sich nach dem der/die PatientIn gefunden wurde?	
Kannst du deine Gefühle näher beschreiben?	Kannst du mir das genauer beschreiben?
<b>Sicherheit und Verantwortung</b>	
Wie verantwortlich hast du dich für die Abgängigkeit deines/r PatientIn gefühlt?	
Wie denkst du über das Thema Sicherheit?	
<b>Abschluss</b>	
Gibt es noch etwas das du mir erzählen möchtest?	

Notizen:

## **Anhang 6: Interviewprotokoll**

### **Interviewprotokoll**

Interviewnr.:

Datum:

Dauer:

Ort:

Teilnehmer/In, Angabe zur Person, Beruf:

Situation und Atmosphäre des Interviews:

Besonderheiten während des Interviews, nonverbale Aspekte etc.:

Reflexion des Interviews, Schwerpunkte der Themen, neue Themen: