

Akzeptierte Manuskriptfassung (nach peer review)  
des folgenden Artikels:

Huber, E., Kleinknecht-Dolf, M., Kugler, C., Spirig, R. „Man muss stets aufmerksam sein“ Kategorisierung patientenbezogener Komplexität der Pflege im Akutspital. *Pflege*, 33, 143–152.

<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000738>

© 2020 Hogrefe

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift *Pflege* veröffentlichten Artikel. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden. Bitte verbreiten oder zitieren Sie diesen Artikel nicht ohne Zustimmung des Autors.

Die akzeptierte Manuskriptfassung unterliegt der Creative Commons License CC-BY-NC.

---



Originalarbeit

## „Man muss stets aufmerksam sein“

Kategorisierung patientenbezogener Komplexität der Pflege im Akutspital

Evelyn Huber<sup>1,2</sup>, Michael Kleinknecht-Dolf<sup>3</sup>, Christiane Kugler<sup>4</sup>, Rebecca Spririg<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

<sup>2</sup> Departement Public Health, Pflegewissenschaft, Universität Basel, Basel Schweiz

<sup>3</sup> Direktion Pflege und MTTB, Universitätsspital Zürich, Zürich, Schweiz

<sup>4</sup> Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland

E. Huber et al.: Kategorien von Komplexität der Pflege

**Zusammenfassung:** *Hintergrund:* Die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität sowie anspruchsvollere Behandlungsmethoden führten in Akutspitalern zu erhöhter Akuität und Komplexität von Pflegesituationen. *Ziel:* Diese Untersuchung verfolgte das Ziel, Kategorien unterschiedlich ausgeprägter, patientenbezogener Komplexität der Pflege zu explorieren und zu beschreiben. Damit soll das Verständnis der Anforderungen an die Pflege aufgrund von Patientensituationen erweitert werden. *Methode:* Mit einem kollektiven Case Study Design ließen wir diplomierte Pflegefachpersonen und Pflegeexpertinnen die Komplexität von zwölf Pflegesituationen mit einem Fragebogen einschätzen und interviewten sie zu ihren Überlegungen dazu. In dieser Substudie führten wir eine qualitative Sekundäranalyse dieser Daten durch und suchten nach Kategorien vergleichbarer Komplexitätsausprägung. *Ergebnisse:* Wir fanden fünf Komplexitätskategorien zwischen „wenig komplex“ und „höchst komplex“. Wenig komplexe Situationen benötigten die Aufmerksamkeit der Pflegefachperson auf Routineinterventionen, während höchst komplexe Situationen ihre dauernde Aufmerksamkeit auf schlecht einschätzbare und kontrollierbare Zustände mit offenem Ausgang erforderten. *Schlussfolgerungen:* Die fünf Komplexitätskategorien können Hinweise auf unterschiedlich ausgeprägte Komplexität von Pflegesituationen geben. Sie können Führungspersonen bei der bedarfsgerechten Zuteilung von

Pflegefachpersonen zu Patientinnen und Patienten unterstützen und einen Rahmen für Reflexionen bei komplexen Pflegesituationen in der Aus- und Weiterbildung bilden.

**Schlüsselwörter:** Patientenbezogene Komplexität der Pflege, Komplexitätskategorien, kollektive Case Studies, qualitative Sekundäranalyse, Akutspital

### **„One always has to be watchful“: Categorisation of patient-related complexity of nursing care in acute care hospitals**

**Abstract:** *Background:* The increase of chronic illnesses and multimorbidity as well as more challenging treatment methods have caused higher acuity and complexity of nursing care situations. *Aim:* The aim of this study was to explore and establish categories which describe different levels of patient-related complexity of nursing care in order to broaden the understanding of demands on nursing care due to patient situations. *Methods:* Using a collective case study design, we asked registered nurses and clinical nurse specialists to assess the complexity of twelve nursing care situations through a questionnaire before interviewing them about their deliberations on how they rated the situation. In this sub-study, we performed a qualitative secondary analysis of these data and looked for categories of comparable degrees of complexity. *Results:* We found five categories of complexity, ranging from “slightly complex” to “highly complex”. “Slightly complex” situations demanded a nurse’s attention on routine interventions, while “highly complex” situations demanded their constant attention on poorly assessable and poorly controllable conditions with uncertain outcomes. *Conclusions:* The five categories of complexity describe characteristics of the different levels of complexity in nursing care situations. They can support nursing managers with allocating nursing staff to patients according to their needs and provide a framework for discussing complex nursing care situations in basic and continuing education.

**Keywords:** Patient-related complexity of nursing care, categories of complexity, collective case studies, qualitative secondary analysis, acute care hospitals

#### **Was ist zu dieser Thematik schon bekannt?**

Die Komplexität der Pflege von Patientinnen und Patienten nimmt aufgrund zunehmender Chronizität und Multimorbidität und anspruchsvolleren Therapien ständig zu.

## **Was ist neu?**

Wir konnten fünf Kategorien patientenbezogener Komplexität der Pflege inhaltlich beschreiben.

## **Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?**

Diese geben Hinweise auf unterschiedlich ausgeprägte Komplexität und damit auf Anforderungen an die Pflege seitens der Patientinnen und Patienten.

## **Einleitung**

In Akutspitälern haben Pflegefachpersonen aufgrund der Verkürzung der Aufenthaltsdauer sowie einer Zunahme von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität, aber auch durch medizinische Fortschritte und neue Technologien zunehmend komplexere Pflegesituationen zu meistern (Aiken et al., 2017). Diese gehen oft mit hoher Pflegeabhängigkeit, Belastungen und Risiken durch Krankheiten und Behandlungen, anspruchsvollen Entscheidungsfindungsprozessen, der Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachpersonen, einer trotz Instabilität frühzeitigen Entlassungsplanung sowie erhöhtem Mortalitätsrisiko einher (Bandini et al., 2018; Conca et al., 2018; Moffat & Mercer, 2015). Unter Pflegefachpersonen werden in dieser Arbeit diplomierte Pflegefachpersonen HF (Höhere Fachausbildung) oder FH (Fachhochschule) verstanden.

Komplexität kann definiert werden durch einzigartige, dynamische Wechselbeziehungen zwischen Komponenten eines Systems, was zu Unvorhersehbarkeit und Unsicherheit führt (Lindberg & Lindberg, 2008). Patientenbezogene Komplexität der Pflege wird gemäß dem theoretischen Rahmen des Soziologen Charles Perrow (1967) als relationales Konstrukt zwischen Patientensituation und Anforderungen an die Pflege verstanden. Sie hängt vom Ausmaß der Dimensionen Instabilität, Variabilität und Unsicherheit ab. Diese Dimensionen zeigen sich bei Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen, beispielsweise durch die Anzahl von Gesundheitsproblemen und daraus resultierenden Risiken aufgrund der Erkrankungen und Therapien, aber auch bei der Durchführung eines wirksamen Pflegeprozesses wie der Entscheidungsfindung bei multiplen Patientenproblemen (Kleinknecht-Dolf, Grand et al., 2015; Perrow, 1967).

Im Idealfall sind die Anforderungen an die Pflege aufgrund der Ausprägung der Komplexität einer Pflegesituation und das benötigte Pflegefachpersonal aufeinander abgestimmt (Pitkäaho, Partanen, Miettinen & Vehvilainen-Julkunen, 2015). In unseren Fokusgruppeninterviews mit

erfahrenen Pflegefachpersonen wurden komplexe Pflegesituationen jedoch je nach personen- und umgebungsbezogenen Faktoren als bereichernde Herausforderung oder als belastende Überforderung erlebt (Kentischer, Kleinknecht-Dolf, Spirig, Frei & Huber, 2018). Ein Anstieg der Komplexität der Pflege kann bei ungenügendem Personalschlüssel und ungenügendem Anteil an diplomiertem Pflegefachpersonal zum Weglassen notwendiger Pflegeinterventionen und zu erhöhter Mortalität führen, weil Probleme nicht rechtzeitig erkannt und angegangen werden (Aiken et al., 2017; Ball et al., 2018) oder weil Pflegefachpersonen gleichzeitig für mehrere Patientinnen und Patienten in komplexen Situationen verantwortlich sind (Kramer et al., 2013). Ebenso besteht das Risiko von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen (Kleinknecht-Dolf, Haubner, Wild & Spirig, 2015).

Während es gemäß eines aktuellen Literaturreviews Studien dazu gibt, wie der Einbezug spezialisierter Pflegefachpersonen oder das Verhältnis der Anzahl Pflegefachpersonen zur Anzahl Patientinnen und Patienten zur Patientensicherheit in Akutspitälern beitragen, wurden Anforderungen an die Pflege aufgrund der Situation der Patientinnen und Patienten bisher in der Forschung vernachlässigt (Leary & Punshon, 2019). Deshalb war es das Ziel der vorliegenden Studie, Kategorien unterschiedlich ausgeprägter, patientenbezogener Komplexität der Pflege zu explorieren und inhaltlich zu beschreiben.

### **Vorangegangene Arbeiten**

Dies ist eine Substudie des multizentrischen Forschungsprogramms „Monitoring von Pflegekontextfaktoren in Schweizer Akutspitälern“, in dem wir unter anderem patientenbezogene Komplexität der Pflege vertieft untersuchten (Spirig et al., 2014). Auf dem Verständnis von Perrow (1967) basierend erarbeiteten wir zunächst folgende Arbeitsdefinition: „Komplexität der Pflege beschreibt die Anforderungen an die professionelle Pflege im Akutspital. Das Ausmaß der Komplexität wird bestimmt durch den Grad an Instabilität, Unsicherheit und Variabilität. Dabei sind einerseits Auswirkungen von Krankheiten und Therapien auf den Patienten und seine Lebenssituation prägend und andererseits pflegerische Entscheidungen und Maßnahmen, die erforderlich sind, um bestmögliche Ergebnisse zu erreichen“ (Kleinknecht-Dolf et al., 2015; S. 592–593).

Darauf aufbauend entwickelten wir in zwei aufeinander folgenden Mixed-Methods-Studien das Instrument „Komplexität der Pflege“, das aus sieben Items besteht: (1) klinische Zeichen und Symptome; (2) Risiken; (3) psychosozial belastende Bedingungen; (4) Fähigkeit, für sich selber zu sorgen; (5) Entscheidungsfindung; (6) Anpassung der Pflege; (7) Abschätzbarkeit der Wirkung von Pflegemaßnahmen. Diese Items werden von der tagesverantwortlichen

Pflegeschicht für eine spezifische Pflegesituation über den Zeitraum der aktuellen Frühschicht auf einer Fünf-Punkte-Skala mit individueller Beschreibung jedes Messpunktes eingeschätzt (Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler, Müller & Spirig, 2020; Kleinknecht-Dolf, Grand, et al., 2015). Die Evaluation mit Strukturgleichungsmodellierung nach dem Partial Least Square-Ansatz unterstützte die angemessenen psychometrischen Eigenschaften dieses Instruments und brachte eine Formel hervor für die Berechnung eines kontinuierlichen Komplexitätsscores zwischen 1,0 für tiefste Komplexität und 5,0 für höchste Komplexität (Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler, Müller, et al., 2020). Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler, Müller et al. (2020) verwiesen in ihrer Querschnittsstudie, in der bis zu fünf Einschätzungen bei 10.892 Patientinnen und Patienten (32.610 Einschätzungen) in fünf Schweizer Akutspitälern erhoben wurden, auf eine linkssteile Verteilung der Komplexitätseinschätzungen (Mittelwert (Standardabweichung) für den ersten Hospitalisationstag: 2.118 (0.814)). Eingebettet in diese Querschnittsstudie untersuchten wir, wie sich die patientenbezogene Komplexität in konkreten Pflegesituationen zeigte. Dazu führten wir kollektive Case Studies durch.

Ein Methodenprotokoll sowie verschiedene Ergebnisse publizierten wir bereits (Gurtner, Spirig, Staudacher & Huber, 2018; Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler, Müller, et al., 2020; Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler & Spirig, 2020; Huber, Kleinknecht-Dolf, Müller, Kugler & Spirig, 2017).

## **Methode**

### **Design**

Die Daten dieser Substudie wurden im Rahmen der oben erwähnten kollektiven Case Studies erhoben. Dieses Design eignet sich, um einzelne Fälle durch den Einbezug verschiedener Datenquellen vielschichtig zu untersuchen und untereinander zu vergleichen (Creswell & Poth, 2018; Yin, 2014). Aufgrund unseres relationalen Verständnisses von Komplexität der Pflege verstanden wir als Fall eine einzelne Pflegesituation, die sowohl die Patientensituation wie auch entsprechende Anforderungen an die Pflege einschloss. Für diese Substudie führten wir eine qualitative Sekundäranalyse der für die Case Studies erhobenen Daten durch. Damit vertieften wir das Verständnis der Daten auf der Ebene der einzelnen Datenquellen.

### **Untersuchungsgruppe**

Der Zugang zur Untersuchungsgruppe folgte einem zielgerichteten Vorgehen (purposeful sampling). Wir wählten an einem Schweizer Universitätsspital drei Departemente, von denen

wir möglichst vielfältige Facetten patientenbezogener Komplexität der Pflege erwarteten: (a) Innere Medizin, (b) Kardiologie, Angiologie und Pneumatologie und (c) Gynäkologie. In jedem dieser Departemente suchten wir vier Pflegesituationen: (1) eine Situation mit hoher Komplexität, (2) eine mit geringer Komplexität, (3) eine mit kurzer Aufenthaltsdauer von ein bis drei Tagen, und (4) eine mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens sieben Tagen. Innerhalb der Departemente fragten wir Abteilungsleitungen und die für diese Abteilung zuständigen Pflegeexpertinnen und -experten an, ob sie bereit waren, mit ihrer Abteilung an der Studie mitzuwirken.

Pro Pflegesituation schlossen wir die am Tag der Datensammlung verantwortliche diplomierte Pflegefachperson und die für die Abteilung zuständige Pflegeexpertin oder den -experten in die Studie ein (siehe Tab. 1). Pflegefachpersonen mit weniger als drei Monaten Berufserfahrung auf dieser Abteilung schlossen wir aus dieser Studie aus.

Am Vortag der Datensammlung bestimmte die Abteilungsleitung, die für die Abteilung zuständige Pflegeexpertin oder der -experte eine gemäß ihrer subjektiven Einschätzung zu unseren Kriterien passende Pflegesituation. Diese Person fragte die zuständige Pflegefachperson zu ihrer Bereitschaft für die Studienteilnahme an. Die Pflegeexpertin oder der -experte und die Pflegefachperson erhielten die Studieninformationen. Diese beinhaltete auch den von uns entwickelten Fragebogen „Komplexität der Pflege“. Die für die Abteilungen, die an der Studie mitwirkten, zuständigen Pflegeexpertinnen oder -experten waren auf den entsprechenden Abteilungen sowohl in die Auswahl der Pflegesituation wie auch in die Datensammlung involviert.

Die zuständige Interviewerin vereinbarte mit den Interviewteilnehmenden den Zeitpunkt und Ort für die Interviews (ein Büro auf der Abteilung der Interviewten oder einen Sitzungsraum im Untersuchungsspital).

## **Datensammlung**

Die Datensammlung führten wir zwischen August und November 2015 durch. Pro Fall erhoben wir gegen Ende der Frühschicht des Untersuchungstags folgende Daten:

### **1. Dokumentenanalyse**

Eine Interviewerin analysierte die elektronische Pflegedokumentation der Patientin oder des Patienten. Dazu nutzte sie einen auf unserem Verständnis von Komplexität der Pflege basierten Raster. Sie erhob demografische Informationen, medizinische und pflegerische Diagnosen und

suchte nach Hinweisen zu den Dimensionen Instabilität, Unsicherheit und Variabilität in Pflegeberichten, Berichten anderer Berufsgruppen und Assessments.

## **2. Einzelinterviews**

Die gleiche Forscherin führte mit den Interviewteilnehmenden je ein fokussiertes, leitfadengestütztes Einzelinterview (Flick, 2017) durch. Als Vorbereitung auf das Interview schätzten die Interviewteilnehmenden die Pflegesituation für die aktuelle Frühschicht mit dem Fragebogen „Komplexität der Pflege“ ein.

Im Interview wurden sie nach ihren Überlegungen zu ihrer Bewertung der sieben Items und zu den Anforderungen dieser Situation an die Pflege befragt. Sie wurden gebeten zu erzählen, aufgrund welcher Gedanken sie zu ihrer Einschätzung der einzelnen Items gekommen waren, und welche Herausforderungen diese Situation an sie stellte. Die Interviews wurden auf Tonträger aufgenommen und wörtlich transkribiert. Sie dauerten zwischen 26 und 72 Minuten (Durchschnitt: 49 Minuten). Zusätzlich füllten die Teilnehmenden einen Fragebogen mit demografischen Fragen aus.

Die beiden an der Datensammlung beteiligten Interviewerinnen entschieden sich gemeinsam nach den ersten zwei Interviews über notwendige kleinere Anpassungen des Rasters für die Dokumentenanalyse und des Interviewleitfadens.

## **Datenanalyse**

Jedes Interview und die Angaben aus der Dokumentation analysierten wir induktiv mit zusammenfassender und explizierender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015). Dabei kategorisierten wir die Daten, um ein vertieftes Verständnis davon zu erhalten, wie sich die Komplexität in dieser spezifischen Pflegesituation aus Sicht der jeweiligen Interviewteilnehmenden und der Dokumentation am Untersuchungstag gezeigt hatte (siehe Tab. 2). Danach ordneten wir die induktiv gewonnenen Erkenntnisse Interview für Interview nach der strukturierenden Inhaltsanalyse den deduktiven Dimensionen „Instabilität“, „Unsicherheit“ und „Variabilität“ zu (Mayring, 2015).

Wir berechneten für jedes Interview den Komplexitätsscore aus der Einschätzung mit dem Instrument und ordneten die Interviews nach aufsteigendem Komplexitätsscore in einer Tabelle an. Zu jedem Interview haben wir die abstrahierten Aussagen zu den Dimensionen „Instabilität“, „Unsicherheit“ und „Variabilität“ übertragen. Wir untersuchten pro Interview Merkmale in den drei Dimensionen hinsichtlich geringer, mittlerer oder hoher Ausprägung und explorierten, wie sich diese Merkmalsausprägungen gegenseitig beeinflussten, bevor wir die



Interviews hinsichtlich dieser Merkmalsausprägungen und deren Kombinationen miteinander verglichen. So verdichteten sich die Merkmale vergleichbarer Ausprägung zu Kategorien mit vergleichbarer Komplexitätsausprägung. Diese Kategorien beschrieben wir narrativ und suchten im Forschungsteam nach einer passenden Bezeichnung für jede Kategorie (siehe Tab. 3).

Die Datenanalyse führten wir mit MAXQDA (Version 18), Excel und IBM SPSS Statistics 23 durch.

### **Ethische Überlegungen**

Die zuständige Ethikkommission beurteilte die Studie, die nicht unter das Schweizerische Humanforschungsgesetz fiel, als ethisch unproblematisch (Waiver Nr. 82/14 vom 5.12.2014). Wir orientierten uns an „good clinical practice guidelines“ und den gesetzlichen Bestimmungen. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Alle Interviewteilnehmenden wurden schriftlich und mündlich über die Studie und ihre Rechte informiert und unterzeichneten eine schriftliche Einwilligungserklärung. In allen Dokumenten verwendeten wir Codes statt Namen. Elektronische Studienunterlagen speicherten wir in passwortgeschützten Computern, Ausdrücke in einem abschließbaren Schrank.

### **Qualitätssicherung**

Die Forschenden waren als Pflegefachpersonen und Pflegewissenschaftler/-innen ausgebildet und verfügten über Erfahrung in unterschiedlichen klinischen Feldern. Eine Interviewerin (EH) untersuchte das Forschungsthema als Doktorandin und klinische Pflegewissenschaftlerin des Untersuchungsspitals. Eine zweite Interviewerin führte einen Teil der Interviews und Analysen als Masterarbeit durch.

Zur Qualitätssicherung reflektierten die Interviewerinnen die einzelnen Schritte regelmäßig in der Forschungsgruppe sowie in Fachgruppen für qualitative Pflegeforschung (Rettke, Pretto, Spichiger, Frei & Spirig, 2018). Die Ergebnisse dieser Sekundäranalyse unterbreiteten wir den Interviewteilnehmenden nicht zur Validierung, jedoch die im Rahmen des Case Study Designs entwickelten Ergebnisse.

## **Ergebnisse**

### **Angaben zu den Interviewpartnerinnen**

Wir führten 24 Interviews mit 12 Pflegefachfrauen und 9 Pflegeexpertinnen (siehe Tab. 4). Drei Pflegeexpertinnen interviewten wir zu jeweils zwei Pflegesituationen.

## **Fünf Komplexitätskategorien**

Aus den Interviews kristallisierten sich fünf Komplexitätskategorien heraus (siehe Tabelle 5). Der Kategorie „wenig komplex“ ordneten wir zwei Interviews zur gleichen Pflegesituation zu. Diese stabile Situation erforderte die Aufmerksamkeit der Pflegefachperson auf Routinepflegemaßnahmen und die Überwachung möglicher, wenn auch unwahrscheinlicher Risiken.

Unter die Kategorie „moderat komplex“ fielen vier Interviews zu drei unterschiedlichen Pflegesituationen, die trotz Mehrfacherkrankungen der Patientinnen und Patienten kontrolliert und stabil waren. Allfällige instabile Zeichen und Symptome wurden als gut kontrollierbar wahrgenommen.

Unter die Kategorie „komplex“ verorteten wir neun Interviews zu sechs Pflegesituationen, die teilweise kontrollierbar waren oder sich in stabilisierender Richtung bewegten, aber noch nicht ausreichend stabilisiert waren. Hier stand die gleichzeitige Aufmerksamkeit auf verschiedene krankheitsbedingte und/oder psychosoziale Problemstellungen, die untereinander interagierten, im Vordergrund.

Drei Interviews zu drei Pflegesituationen fielen in die Kategorie „sehr komplex“. Dabei ging es um schwerwiegende, schlecht einschätzbare, krankheitsbedingte und psychosoziale Problemstellungen bei Patientinnen und Patienten in ungenügend kontrollierten, instabilen Zuständen. Sie ließen sich trotz häufigem Neuausrichten von Maßnahmen nicht stabilisieren, wodurch ein Risiko für bleibende Schädigungen bestand.

Die letzten sechs Interviews zu vier Pflegesituationen erwiesen sich als „höchst komplex“. Diese Situationen erforderten dauernde Aufmerksamkeit auf außerordentlich ausgeprägte, sehr schlecht einschätzbare krankheitsbedingte und psychosoziale Problemstellungen mit ungewissem Ausgang bei Patientinnen und Patienten in nicht kontrollierten, instabilen Zuständen. Es ging um den Kampf ums Überleben, bleibende Schädigungen oder ethische Konflikte ohne absehbare Lösung. Diese Situationen mussten ständig evaluiert und die Interventionen angepasst werden.

In „wenig komplexen“, „moderat komplexen“ oder „komplexen“ Situationen nannten die Interviewteilnehmerinnen Ressourcen bei Patientinnen, Patienten und/oder ihren Angehörigen, die die Anforderungen an die Pflegefachpersonen milderten. Patientinnen und Patienten, deren Situation den Kategorien „sehr komplex“ und „höchst komplex“ zugeordnet wurde, hatten aktuell kaum Ressourcen, die die Pflegefachpersonen in der Pflege berücksichtigen konnten.

## **Aufmerksamkeit auf Problemstellungen und Ressourcen**

Bei der Abgrenzung der Komplexitätskategorien erwies sich der Grad an benötigter Aufmerksamkeit der Pflegefachperson als leitendes Unterscheidungsmerkmal. Eng damit verbunden waren für die Pflegesituation erforderliches Fachwissen, Erfahrung und Caringfähigkeiten. Der Grad an benötigter Aufmerksamkeit zeigte sich darin, was die Pflegefachperson gleichzeitig im Auge zu behalten und zu beurteilen hatte. Dies war abhängig von der Anzahl, Ausprägung und Kontrollierbarkeit der Problemstellungen. Die Interviewpartnerinnen sprachen davon, dass sie die verschiedenen Auswirkungen von Krankheit und Therapie im Auge behalten mussten, beispielsweise in dieser Situation eines Patienten mit multiplen, lebensbedrohlichen Zeichen, Symptomen und Risiken, die es neben seinen Ängsten und Fragen zu überblicken gab:

„Die verschiedenen Baustellen im Auge zu behalten und halt auch schauen, welche beeinflusst die andere wieder, das breite Denken bei ihm, die ganze Situation, das globale Bild“ (I: C3P, 21-22, 713-716).

Je mehr krankheitsbedingte und/oder psychosoziale Problemstellungen und Interaktionen zwischen den Problemstellungen zu beachten waren, desto höher war der Bedarf an Aufmerksamkeit der Pflegefachperson. Dies schloss therapiebedingte und ethische Probleme oder herausfordernde Zusammenarbeit mit Familienmitgliedern aufgrund der Ernsthaftigkeit der Situation oder anderen Gründen mit ein. Bewusste Aufmerksamkeit wurde auch in Situationen beschrieben, in denen der weitere Verlauf der Pflegesituation unklar war:

„Ich sehe sie [die Situation] in der mittleren Herausforderung, eine geringe Herausforderung ist es definitiv nicht, weil man trotzdem stets aufmerksam sein muss, was sie [die Patientin] tut. Gibt es noch irgendwie etwas Verstecktes, was sein könnte? So lange sollte man auf jeden Fall aufmerksam bleiben (...), einfach, dass man trotzdem wach ist“ (I: C7P, 17, 541-552).

Instabile Situationen, denen die Pflegefachpersonen die benötigte Aufmerksamkeit widmen konnten und die im Rahmen des professionellen Fachwissens, entsprechender Erfahrung mit vergleichbaren Situationen und sorgender Zuwendung als kontrollierbar wahrgenommen wurden, wurden als handhabbarer eingeschätzt als solche, die als nicht kontrollierbar beschrieben wurden oder bei denen die benötigte Aufmerksamkeit nicht ausreichend aufgebracht werden konnte, um eine nicht kontrollierte Situation bestmöglich kontrollieren zu können:

„Dadurch, dass ich mich auf ihn konzentrieren konnte und mir klar war, was bei dem Krankheitsbild alles passieren kann, mir klar ist, welche Wege das Ganze nehmen kann

- ich meine, die Komplexität nimmt dadurch nicht ab, (...) aber ich habe es besser unter Kontrolle, den ganzen Krankheitsverlauf, (...) weil ich die ganze Zeit da bin, die ganze Zeit die Parameter sehe und das abschätzen kann, in welche Richtung das Ganze geht“ (I: C12P, 11-12, 361-370).

„Es ist eine Herausforderung, mit der Situation als Ganzes umzugehen. Dass man einerseits viel machen muss (...). Aber auch, den Umgang mit dem Patienten zu finden. (...) Er leidet im Stillen, so kommt es mir vor (...). Man hat gar nicht gewusst, wie man dem begegnen sollte“ (I: C3E, 12, 379-392).

Umgekehrt empfanden die Interviewteilnehmerinnen Ressourcen der Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen als entlastend. Dazu gehörten etwa Fähigkeiten, mit Krankheiten und Symptomen umzugehen, eine gute Konstitution, Fähigkeiten in der Selbstpflege, Ernährung und Mobilität, sich auf deutsch verständigen zu können, oder Fähigkeiten, Zusammenhänge zu verstehen, Neues zu lernen und Entscheidungen zu treffen:

„Sie ist konstruktiv. Sie lässt sich beraten und hat dann klar ihre Meinung, sie kann ihre Meinung dazu bilden“ (I: C7E, 15-16, 495-497).

Bei sozialen Ressourcen stand ein soziales Netz zur Verfügung, zum Beispiel für Übersetzungen bei Fremdsprachigkeit:

„Es war schön, dass ich die Ressource erkannt habe, dass ihre Mutter da ist, dass sie eine Unterstützung ist, eine sehr wertvolle Ressource. Sonst hat mich das sehr betroffen gemacht“ (I: C8E, 2, 46-51).

### **Relationale, dynamische Komplexität**

Die Wahrnehmung der Komplexität durch die Pflegefachfrauen und Pflegeexpertinnen, die sich auf die gleiche Pflegesituation bezogen, fiel nicht immer in die gleiche Komplexitätskategorie. So fielen die Erzählungen der Pflegefachfrauen in drei Pflegesituationen in eine tiefere Kategorie als diejenigen der Pflegeexpertinnen. Einmal war es umgekehrt. Dies war ein Hinweis darauf, dass die Komplexität der Pflege nicht nur von der Situation der Patientinnen und Patienten abhing, sondern auch davon, aus welcher Perspektive sie betrachtet wurde:

„Das sind ja Risiken, die für ihn sehr bedrohlich sein könnten, wenn er kardial massiv vorbelastet ist, und darum fand ich, dass das mittelschwer ist“ (I: C9P, 2, 53-54).

„Er hat die typischen Risikofaktoren für diese Diagnose und von daher passt er in das Schema rein. Man kann das irgendwie abschätzen“ (I: C9E: 89-91).

Dazu kam, dass die Pflegesituationen dynamisch waren und sich jederzeit ändern konnten:

„Die Therapien, die er benötigt, das Krankheitsbild (...), das kann einfach umschlagen“  
(I: C12P, 20, 637-649).

Entsprechend beurteilten die Interviewteilnehmenden die Komplexität der Pflegesituation in Relation zum bisher erlebten und mutmaßlich weiteren Verlauf oder zu anderen vergleichbaren Pflegesituationen:

„Im Vergleich mit anderen Patienten (...) würde ich sie eher im unteren Rang einschätzen. Es ist definitiv viel Luft nach oben“ (I: C7P, 21, 669-676).

## **Diskussion**

Studien zu Anforderungen an die Komplexität der Pflege aufgrund der Situation der Patientinnen und Patienten wurden in der Forschung bisher vernachlässigt (Leary & Punshon, 2019). Mit dieser Substudie können wir in diesem Bereich einen Beitrag leisten, indem wir Anforderungen an die Pflege in fünf Komplexitätskategorien inhaltlich beschreiben.

Das relationale Verständnis von Komplexität der Pflege, das unserer Studie zugrunde lag, zeigte sich auch in diesen Daten. Die Erzählungen und Einschätzungen der gleichen Pflegesituation durch die beiden Interviewpartnerinnen mit unterschiedlichen professionellen Rollen, Ausbildungsniveaus und Anzahl Berufsjahren ließen sich nicht in jedem Fall der gleichen Komplexitätskategorie zuordnen. Jedoch war die Anzahl der Interviews zu gering, um daraus schließen zu können, wie sich der berufliche Hintergrund von Pflegefachfrauen und Pflegeexpertinnen auf die Wahrnehmung der Komplexität einer Pflegesituation auswirkte.

Gemäß unserer aktuellen Konzeptentwicklung, in der wir zwei systematisch durchgeführte Literaturreviews beschreiben, findet man in der Literatur verschiedene quantitative Ansätze, um die Komplexität der Pflege zu messen und zu kategorisieren. Allerdings unterscheiden sich nicht nur die Messarten, sondern auch die dahinterliegenden Verständnisse von Komplexität der Pflege (Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler & Spirig, 2020). In einer qualitativen Studie äußerten Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen, Patientinnen und Patienten, dass eine solche Kategorisierung ein gemeinsames Verständnis und eine individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnittene Zuteilung von personellen Ressourcen fördern könnte.

In der erwähnten qualitativen Studie erschien die Kategorisierung der Komplexität in Hinblick auf die Zuteilung der Patientinnen und Patienten zu genereller oder spezialisierter Palliative-Care-Versorgung zentral (Pask et al., 2018). In unserer Studie kristallisierte sich ein Unterschied bezüglich der Anforderungen an Pflegefachpersonen zwischen den Komplexitätskategorien „nicht komplex“, „moderat komplex“ und „komplex“ einerseits und

den Kategorien „sehr komplex“ und „höchst komplex“ andererseits heraus. Während bei den ersten drei Kategorien die Situationen als handhabbar und kontrollierbar wahrgenommen wurden, auch wenn multiple, interagierende Problemstellungen gleichzeitig zu beachten waren, zeichneten sich die Kategorien „sehr komplex“ und „höchst komplex“ durch instabile, nicht kontrollierte, schwierig einschätzbare Situationen aus, zum Beispiel aufgrund ethischer Dilemmata. Diese Kategorisierung kann demnach Anhaltspunkte bieten in Bezug darauf, wo ein Bedarf nach zusätzlicher spezialisierter Unterstützung beispielsweise durch eine Pflegeexpertin oder -experten und intensivere intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit vorhanden ist, um die Situationen bestmöglich meistern zu können.

In einer anderen qualitativen Studie äußerten Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen und -experten den Wunsch, ihre Kenntnisse in ethischer Entscheidungsfindung und Kommunikation für schwierige Entscheidungen bei Patientinnen und Patienten in komplexen Situationen zu verbessern (Jurchak et al., 2017). In solchen Situationen wird empfohlen, Muster, Interaktionen und Kontrollparameter zu explorieren, um an kritischen Punkten eine Veränderung der Situation hervorbringen zu können (Engebretson & Hickey, 2018). Bezüglich dem Erleben von komplexen Pflegesituationen konnten wir mit früher durchgeführten Fokusgruppeninterviews personen- und umgebungsbezogenen Kontrollparameter identifizieren, die erklärten, wann Pflegefachpersonen komplexe Pflegesituationen als bereichernd oder als belastend erlebten (Kentischer et al., 2018). Die in dieser Substudie dargestellten Komplexitätskategorien beschreiben zusätzlich patientenbezogene Anforderungen, die darauf hinweisen, wann sich Pflegesituationen in eine komplexere oder weniger komplexe Richtung bewegen.

Insbesondere für die pflegerische Grundausbildung und die Weiterentwicklung der Kompetenzen von Berufsanfängerinnen und -anfängern wird vorgeschlagen, anhand von Fallgeschichten die Fähigkeiten in klinischer Entscheidungsfindung bei komplexen Pflegesituationen zu üben. Damit soll das Bewusstsein für die gesamte Situation und die darin enthaltenen Prozesse geschärft werden (Kramer et al., 2013; Smith, 2011). Dieser Ansatz half Berufsanfängerinnen und -anfängern in der Pflege, neue Problemlösungsansätze zu erkennen (Kramer et al., 2013). Im Rahmen unserer Studie publizierten wir bereits einige aus den Case Studies entwickelte Fallgeschichten (Gurtner et al., 2018; Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler & Spirig, 2020). Die Beschreibung der fünf Komplexitätskategorien kann einen Rahmen bilden, um solche Fallgeschichten einzuordnen und, wie in der Literatur angeregt, Lösungsansätze durchzudenken, wie sich Pflegeinterventionen auf die erwünschte Verringerung der Ausprägung der Komplexität auswirken könnten (Kramer et al., 2013; Smith, 2011).

Als Limitation dieser Studie ist zu erwähnen, dass nur eine begrenzte Anzahl von Patientensituationen aus drei ausgewählten Departementen eines Untersuchungsspitals untersucht werden konnte. Zudem sind nicht in jede Komplexitätskategorie gleich viele Interviews und Pflegesituationen gefallen. Insbesondere die Komplexitätskategorien „nicht komplex“ und „sehr komplex“ konnten ungenügend exploriert werden. Außerdem wurde das Studiendesign für andere Fragestellungen unseres Forschungsprogramms ausgewählt. Weiter weisen die leitenden quantitativen Ergebnisse dieses Forschungsprojekts keine Gruppierungen von Mustern auf. Das heißt, wir können die hier beschriebenen narrativen Komplexitätskategorien nicht quantitativ voneinander abgrenzbaren Bereichen der Komplexitätsscores zuordnen. Insofern sind diese Resultate als ein erster Versuch zu sehen, Komplexitätskategorien inhaltlich voneinander abzugrenzen und zu beschreiben. Deren Anwendbarkeit sollte in neuen Forschungsarbeiten weiter untersucht werden, bevor sie in anderen Settings genutzt werden. Schließlich fokussierten wir uns in dieser Studie auf die Komplexität von Pflegesituationen im Wissen darum, dass die Komplexität der Pflege von weiteren Aspekten wie Umgebungsfaktoren abhängt.

### **Schlussfolgerungen**

Mit dieser Studie werden Hinweise auf unterschiedliche Ausprägungen von Komplexität der Pflege im Akutspital gegeben, die Führungspersonen im Hinblick auf eine angemessene Zuteilung von Pflegefachpersonen an individuelle Anforderungen einer Pflegesituation unterstützen können. Insbesondere das Erkennen von sehr und höchst komplexen Situationen scheint zentral, da die Instabilität, Variabilität und Unsicherheit solcher Situationen hohe oder gar dauernde Aufmerksamkeit einer Pflegefachperson erfordern. Um konkrete Berechnungen für Personalschlüssel oder Skill-Grade-Mix unter Einbezug der patientenbezogenen Komplexität der Pflege vorzunehmen, bedarf es jedoch weiterer Forschung. Weiter können die fünf Komplexitätskategorien einen hilfreichen Rahmen für Fallbesprechungen bilden, um für Pflegesituationen unterschiedlicher Komplexität angemessene Lösungsansätze zu entwickeln und so die Kompetenzen im Umgang mit komplexen Pflegesituationen zu stärken.

### **Literatur**

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M. et al. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568.

- Ball, J.E., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Sermeus, W., Sloane, D.M., Rafferty, A.M. et al. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10–15.
- Bandini, F., Guidi, S., Blaszczyk, S., Fumarulo, A., Pierini, M., Pratesi, P. et al. (2018). Complexity in internal medicine wards: A novel screening method and implications for management. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*, 24, 285–292.
- Conca, A., Gabele, A., Reutlinger, B., Schuetz, P., Kutz, A., Haubitz, S. et al. (2018). Prediction of post-acute care demand in medical and neurological inpatients: diagnostic assessment of the post-acute discharge score - a prospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 111.
- Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry Research Design. Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Engebretson, J.C. & Hickey, J.V. (2018). Complexity science and complex adaptive systems. In J.B. Butts & K.L. Rich (Eds.), *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice* (3rd ed., pp. 115–141). Burlington, MA: Jones & Barlett Learning.
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung* (8th ed.). Reinbeck bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Gurtner, C., Spirig, R., Staudacher, D. & Huber, E. (2018). Patientenbezogene Komplexität in der Pflege - kollektive Case Studies im Akutspital. *Pflege*, 31(5), 237–244.
- Huber, E., Kleinknecht-Dolf, M., Kugler, C., Müller, M. & Spirig, R. (2020). Validation of the instrument „Complexity of Nursing Care“ - a mixed-methods study. *Nursing Open*, 7, 212–224.
- Huber, E., Kleinknecht-Dolf, M., Kugler, C. & Spirig, R. (2020). Patient-related complexity of nursing care in acute care hospitals - an updated concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1–18.
- Huber, E., Kleinknecht-Dolf, M., Müller, M., Kugler, C. & Spirig, R. (2017). Mixed-method Research Protocol: Defining and Operationalizing Patient-related Complexity of Nursing Care in Acute Care Hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), 1491–1501.
- Jurchak, M., Grace, P.J., Lee, S.M., Willis, D.G., Zollfrank, A.A. & Robinson, E.M. (2017). Developing abilities to navigate through the grey zones in complex environments: Nurses' reasons for applying to a clinical ethics residency for nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(4), 445–455.



- Kentischer, F., Kleinknecht-Dolf, M., Spirig, R., Frei, I.A. & Huber, E. (2018). Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 204–212.
- Kleinknecht-Dolf, M., Grand, F., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J.S. & Spirig, R. (2015). Complexity of nursing care in acute care hospital patients: Results of a pilot study with a newly developed questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 591–602.
- Kleinknecht-Dolf, M., Haubner, S., Wild, V. & Spirig, R. (2015). Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital. *Pflege & Gesellschaft*, 20(2), 115–133.
- Kramer, M., Brewer, B.B., Halfer, D., Maguire, P., Beausoleil, S., Claman, K. et al. (2013). Changing our lens: seeing the chaos of professional practice as complexity. *Journal of Nursing Management*, 21(4), 690–704.
- Leary, A. & Punshon, G. (2019). Determining acute nurse staffing: a hermeneutic review of an evolving science. *BMJ Open*, 9(3), e025654.
- Lindberg, C. & Lindberg, C. (2008). Nurses take note: A primer on complexity science. In C. Lindberg, S. Nash & C. Lindberg (Eds.), *On the edge: Nursing in the age of complexity* (pp. 23–47). Bordentown, New Jersey: PlexusPress.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12th ed.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Moffat, K. & Mercer, S.W. (2015). Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems. *BMC Family Practice*, 16, 129.
- Pask, S., Pinto, C., Bristowe, K., van Vliet, L., Nicholson, C., Evans, C. J. et al. (2018). A framework for complexity in palliative care: A qualitative study with patients, family carers and professionals. *Palliative Medicine*, 32(6), 1078–1090.
- Perrow, C. (1967). A framework for the comparative analysis of organizations. *American Sociological Review*, 32(2), 194–208.
- Pitkäaho, T., Partanen, P., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). Non-linear relationships between nurse staffing and patients' length of stay in acute care units: Bayesian dependence modelling. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 458–473.
- Rettke, H., Pretto, M., Spichiger, E., Frei, I.A. & Spirig, R. (2018). Using reflexive thinking to establish rigour in qualitative research. *Nursing Research*, 67(6), 490–497.

- Smith, M. (2011). Philosophical and Theoretical Perspectives Related to Complexity Science in Nursing. In A. Ware Davidson, M.A. Ray & M.C. Turkel (Eds.), *Nursing, Caring, and Complexity Science* (pp. 1–29). New York: Springer Publishing Company.
- Spirig, R., Spichiger, E., Martin, J.S., Frei, I.A., Müller, M. & Kleinknecht, M. (2014). Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol. *German Medical Science*, 12, Doc07.
- Yin, R.K. (2014). *Case study research: design and methods* (5th ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.

## **Historie**

Manuskripteingang: 18.11.2019

Manuskript angenommen: 01.04.2020

## **Danksagung**

Wir danken allen Interviewteilnehmerinnen und weiteren involvierten Pflegepersonen der Stationen, für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit in dieser Studie. Weiter danken wir Caroline Gurtner für ihre Mitarbeit bei der Datensammlung und -analyse sowie den Kolleginnen und Kollegen der Fachgruppen für ihr Mitdenken.

## **Autorenhinweis**

Diese Studie war Teil der Studie „Monitoring des Einflusses der fallkostenbasierten Finanzierung auf Pflegekontextfaktoren in Schweizer Akutspitälern“ (kurz: DRG Begleitforschung Pflege). Die Gesamtstudie erhielt finanzielle Unterstützung der Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz, dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK sowie einer Stiftung, die anonym bleiben will. Diese Studie entstand im Rahmen des PhD-Studiums der Erstautorin (EH) an der Universität Witten/Herdecke, Deutschland. RS und CK sind ihre Betreuerinnen. RS ist die Studienverantwortliche und MKD der Projektleiter der Gesamtstudie.

## **Autorenschaft**

Substantieller Beitrag zur Konzeption oder zum Design der Arbeit: EH, MKD, CK, RS

Substantieller Beitrag zur Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten: EH, MKD, RS

Manuskripterstellung: EH, RS

Einschlägige kritische Überarbeitung des Manuskripts: EH, MKD, CK, RS

Übernahme der Verantwortung für das gesamte Manuskript: EH, MKD, CK, RS

**ORCID**

Evelyn Huber

<https://orcid.org/0000-0002-1572-551X>

**Evelyn Huber, RN, MSN**

In der Weid 9

8902 Urdorf

Schweiz

[ehuber@dq-solutions.ch](mailto:ehuber@dq-solutions.ch)

[michael.kleinknecht@usz.ch](mailto:michael.kleinknecht@usz.ch)

**Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?**

Das Beschreiben und Transparent-Machen der schrittweise durchgeführten Datenanalyse.

**Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?**

Dass die anspruchsvolle Arbeit von Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen und -experten insbesondere in komplexen Pflegesituationen Anerkennung im Spitalmanagement, in der Politik und Gesellschaft findet.

**Was empfehlen Sie zum Weiterlesen/Vertiefen?**

Ware Davidson, Ray & Turkel (2011). *Nursing, Caring, and Complexity Science*. New York: Springer Publishing Company.

**Tabelle 1.** Zugang zur Untersuchungsgruppe

1. Schritt: Departemente	Innere Medizin
	Kardiologie, Angiologie, Pneumatologie
	Gynäkologie
2. Schritt: Pflegesituationen pro Departement	Situation mit hoher Komplexität
	Situation mit geringer Komplexität
	Situation mit kurzer Aufenthaltsdauer
	Situation mit langer Aufenthaltsdauer
3. Schritt: Interviewteilnehmende pro Pflegesituation	Tagesverantwortliche diplomierte Pflegefachperson HF/FH
	Für Abteilung zuständige/-r Pflegeexpertin/-e

*Anmerkungen.* HF = Höhere Fachausbildung, FH = Fachhochschule.

**Tabelle 2.** Auszug aus dem Codebaum des Interviews I: C3P (Interview Case 3 Pflegefachperson)

Kategorie / Hauptthema:	Mit dem Patienten zusammen Ringen um Linderung der ausgeprägten Symptome und Reduktion der gefährlichen Risiken
Reduktion Paraphrasen	Viele höchst ausgeprägte Symptome und potenziell letale Risiken Symptome sind überhaupt nicht kontrolliert und nicht stabil Verschlechterung von Symptomen trotz Maßnahmen zusätzliche Infekte müssen verhindert werden Potenziell letale Reaktion auf Therapie Patient wegen multipler Symptome sehr eingeschränkt
Reduktion Paraphrasen	Leidenden Patienten als Mensch wahrnehmen und ihm Sicherheit vermitteln kleine Erfolge im Kampf um Symptomlinderung sehen und dem Patienten aufzeigen Kurzfristig gesehen ist die Situation teilweise stabil Sachlich aufzeigen, warum Symptome sind, wie sie sind Wichtig, dass sich der Patient als Mensch wahrgenommen fühlt
Reduktion Paraphrasen	Mit dem Patienten zusammen Pflege planen und Prioritäten setzen Patient durchgeleitet und Symptome abgefragt und gefragt, wie er möchte, dass es wird Mit dem Patienten herausfinden, was er als tolerierbar empfindet, und sich dann irgendwo in der Mitte finden Symptome möglichst so kontrollieren können, dass es für Patient akzeptabel ist
Reduktion Paraphrasen	Ständig ausprobieren und evaluieren, um bestmögliche Lösung für den Patienten zu finden Immer situativ entscheiden Pfleßmaßnahmen ständig gegeneinander abwägen Bogen spannen zwischen medizinisch Sinnvollem und von Patienten Gewünschtem Immer evaluieren und ausprobieren, herausfinden, was hilft
Reduktion Paraphrasen	Selber und mit dem Patienten zusammen Situation aushalten müssen Kritische Situation, die an Patienten erinnert, der verstorben ist Berührt davon sein, Patient so abhängig und körperlich und emotional an Grenze zu sehen Loslösen können und lernen, nicht von mir auszugehen Nicht Angst davor haben, Sachen mit dem Patienten anzusprechen Aushalten können und mit Patienten aushalten müssen, dass im Moment nichts getan werden kann Die Spannung tolerieren können

**Tabelle 3.** Auszug aus deduktiver Analysetabelle

Interview	I: C8P	I: C6P und I: C6E*	I: C11E	I: C5E
Instabilität	Instabile Situation einer Patientin mit zwei schweren Akuterkrankungen mit multiplen Zeichen, Symptomen und Risiken. Gewisse Stabilisierung im Vergleich zu Vortagen.	Sich stabilisierende Situation eines Patienten mit multiplen, abnehmenden Zeichen und Symptomen und multiplen Risiken ohne neue Komplikationen.	Instabile Situation eines Patienten aufgrund eines instabilen lebenswichtigen Organs mit Tendenz zur Stabilisierung.	Teilweise instabile Situation einer Patientin mit multiplen, von PFP handhabbaren Zeichen, Symptomen und Risiken.
Unsicherheit	Für Patientin äußerst belastende und beängstigende Situation, zusätzliche Belastung durch hospitalisiertes Kind. Wissen für auf Abteilung bekannte Diagnose bei erfahrenen PFP vorhanden. Wissen für weitere Erkrankung und entsprechende Pflegemaßnahmen auf Abteilung nicht bekannt.	Für Abteilung untypische Hauptdiagnose, daher fehlendes Wissen bei PFP. Unsicherheit der PFP wegen Fremdsprachigkeit des Patienten. Verlauf bisher erfreulich, Prozedere in Richtung Austritt jedoch unklar. Unsicherheit bei PFP wie Patient psychisch auf neue bleibende körperliche Veränderung reagiert.	Angehörige sehr verängstigt und verunsichert. PFP müssen Situation über längere Zeit mit Angehöriger zusammen aushalten. Pflege nach Arbeitsanweisungen. Pflegesituation für eingearbeitete PFP handhabbar. Risiko für bleibende Schäden beim Patienten vorhanden.	Unsicherheit bei PFP aufgrund von Multimorbidität und damit einhergehender fehlender Vorhersehbarkeit des Verlaufs.
Variabilität	Fachfremde Leitlinien müssen eingeholt werden. Selbständige und entscheidungsfähige Patientin.	Bisher geduldiger, zufriedener Patient mit guter Unterstützung durch Angehörige. Hohe Abhängigkeit des Patienten in Selbstpflege und Entscheidungsfindung.	Vollständig abhängiger Patient. Angehörige kommt oft zu Besuch, übernimmt Körperpflege unter Anleitung der PFP, Angehörige kann sagen, wo sie Unterstützung der PFP braucht.	Positiv eingestellte Patientin mit hohem Unterstützungsbedarf, die Dinge nimmt, wie sie kommen.
Zusammenfassung	Pflegesituationen, die von diplomierter Pflegefachperson erhöhte Aufmerksamkeit erfordern auf verschiedene, gleichzeitig zu beachtende, krankheitsbedingte und/oder psychosoziale Problemstellungen bei Patientinnen und Patienten mit Ressourcen in teilweise kontrollierbaren sich stabilisierenden, stabilisierten oder teilweise instabilen Zuständen			

*Anmerkungen.* I: C8P = Interview Case 8 Pflegefachperson, I: C6E = Interview Case 6 Pflegeexpertin, PFP = diplomierte Pflegefachperson(en) Höhere Fachausbildung (HF)/Fachhochschule (FH). \*Nahezu identische Einschätzung der beiden Interviewten.

**Tabelle 4.** Demografische Angaben zu den Interviewteilnehmerinnen

	Pflegefachperson	Pflegeexpertin
Alter (Median, Range)	32 (24–49)	39 (29–51)
Professionelle Erfahrung in der Pflege		
> 10 Jahre	5	5
6–10 Jahre	4	4
1–5 Jahre	3	0
Erfahrung im aktuellen Fachgebiet		
> 10 Jahre	4	3
6–10 Jahre	0	3
1–5 Jahre	8	3
Höchster Bildungsabschluss in Pflege		
Pflegefachperson HF	8	0
Pflegefachperson FH, Bachelor in Pflegewissenschaft oder Höhere Fachausbildung in Pflege Stufe II	4	4
Master in Pflegewissenschaft	0	5

*Anmerkungen.* HF = Höhere Fachausbildung, FH = Fachhochschule.

**Tabelle 5.** Beschreibung der Komplexitätskategorien

Komplexitätsgrad	Beschreibung der Anforderungen an diplomierte Pflegefachpersonen HF/FH (dipl. PFP)	Zitate
wenig komplex	Pflegesituationen, die von dipl. PFP Aufmerksamkeit erfordern auf Routinepflegemaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit hohen Ressourcen in kontrollierbaren, stabilen Zuständen	„Hier werden wirklich Routinemaßnahmen getroffen“, I: C4E, 6, 197-198. „Dass sie so mobil war und so gar keine Unterstützung brauchte, dass man sie gar nicht groß aufklären musste zum Beispiel in Schmerzberatung, was man ihr anbieten kann, oder zur Unterstützung, dass es ihr gut geht (...), sie hat das so selbstverständlich für sich entschieden, dass es jetzt gut ist (...) und sie sich so sehr wohl fühlt“, I: C4P, 5, 133-140.
moderat komplex	Pflegesituationen, die von dipl. PFP erhöhte Aufmerksamkeit erfordern auf krankheitsbedingte und/oder psychosoziale Problemstellungen bei Patientinnen und Patienten mit Ressourcen in stabilen oder kontrollierbaren instabilen Zuständen	„Er hat die typischen Risikofaktoren für diese Diagnose und von daher passt er ins Schema. Man kann das irgendwie abschätzen (...). Und der Rest, das läuft mit, Diabetes, Adipositas, das ist nichts Außergewöhnliches“, I: C9E, 2, 89-93. „Bei ihm ist es mehr die fachliche Herausforderung, (...) das zeitgerechte Wahrnehmen, ob alles im grünen Bereich ist“, I: C9P, 7, 8, 337-341. „Ich finde, sie ist ein leichter Fall im Vergleich zu anderen Patienten. (...) Sie ist noch sehr jung und wird sich sicher schnell erholen“, I: C1P, 10, 477-486.
komplex	Pflegesituationen, die von dipl. PFP erhöhte Aufmerksamkeit erfordern auf verschiedene, gleichzeitig zu beachtende, krankheitsbedingte und/oder psychosoziale Problemstellungen bei Patientinnen und Patienten mit Ressourcen in teilweise kontrollierbaren sich stabilisierenden, stabilisierten oder teilweise instabilen Zuständen	„Die Symptome komplex erkennen und einordnen (...) und die psychische Thematik, die aufkommen wird, dass man die Patientin auffängt, bevor sie dekompensiert“, I: C7E, 25, 820-831. „Sie hat verschiedene Themen, die aktuell sind, Schmerzen, Mobilität, Übelkeit, Ernährung, Blutzuckerentgleisungen, (...) aber mit Maßnahmen sind sie handhabbar“, I: C5P, 1, 31-35. „Sie [die Angehörige] geht mit Angst raus und kommt am Morgen wieder rein und denkt: was erwartet mich da? Also, ich denke, dass es schlimmere Situationen gibt, aber sie [die Angehörige] hat es geäußert und es ist in der Dokumentation drin (...), es ist sogar aufgeschrieben gewesen“, I: C11E, 21, 677-683.
sehr komplex	Pflegesituationen, die von dipl. PFP hohe Aufmerksamkeit erfordern auf verschiedene, schwerwiegende, schlecht einschätzbare, krankheitsbedingte und psychosoziale Problemstellungen bei Patientinnen und Patienten mit stark eingeschränkten Ressourcen in ungenügend kontrollierten, instabilen Zuständen	„Wir haben bei ihm sehr viele Sachen neu ausprobieren müssen, die wir noch gar nie so gemacht haben, und evaluieren (...) und engmaschig betreuen über die ganzen drei Schichten“, I: C11P, 9, 293-297. „Man muss immer überprüfen, was jetzt im Vordergrund steht und wie sich die Situation täglich verändert. Heute waren die Nierenwerte nicht gut (...), die Diurese muss man immer in Auge behalten, das Delir muss man immer im Hintergrund behalten, ob es sich verstärkt oder stabil bleibt (...), es ist schwer zu sagen, wie es sich entwickelt“, I: C2P, 6, 278-284. „Er hat doch schwere Zeichen und Symptome in seiner Somnolenz und wir wissen nicht, auch wenn wir klinisch erfassen, ob wir sein Leid wirklich erfassen oder nicht“, I: C10P, 8-9, 263-266.
höchst komplex	Pflegesituationen, die von dipl. PFP dauernde Aufmerksamkeit erfordern auf verschiedene, außerordentlich ausgeprägte, sehr schlecht einschätzbare, krankheitsbedingte und psychosoziale Problemstellungen mit ungewissem Ausgang bei Patientinnen und Patienten mit sehr stark eingeschränkten oder fehlenden Ressourcen in nicht kontrollierten, instabilen Zuständen	„Eine eins-zu-eins Betreuung machen und dem Patienten wirklich die Aufmerksamkeit geben, die er braucht. Meine Kollegin ist heute voll ausgelastet gewesen (...) und sie hat ihn nicht übermäßig „verhätschelt“, sondern einfach mal gemacht, was zu machen gewesen ist“, I: C3E, 29, 941-950. „und das aushalten können und mit dem Patienten zusammen aushalten müssen, dass man jetzt im Moment einfach nichts machen kann, dass in zwei Stunden wieder alles gut ist. Die Spannung tolerieren können (...) kommt es gut oder kommt es eben doch nicht gut“, I: C3P, 22, 725-739. „Es ist immer die Frage, ob eine Familie mehr stützt oder mehr Last ist. In diesem Fall vom ganzen System her weiß ich nicht, für wen man was genau macht (...). Man hat das Gefühl, man kann es



		<p>machen, wie man will, es ist falsch, es ist diese Dilemmasituation und der moralische Stress, wo die Leute [das Pflegeteam] häufig in dieser Spannung drinstehen“, I: C10E 12-14, 391-431.</p> <p>„Er ist ein sehr kranker Patient und die ganze Zeit noch in der Einstellungsphase gewesen. Das heißt, wir wissen gar nicht, was passiert, wenn wir Anpassungen machen, in welche Richtung sich das Ganze bewegt“, I: C12P, 2, 60-64.</p>
--	--	---

*Anmerkungen.* HF = Höhere Fachausbildung, FH = Fachhochschule, PFP = diplomierte Pflegefachperson(en) Höhere Fachausbildung (HF)/Fachhochschule (FH).