

Anke Menzel-Begemann, Britta Klünder, Doris Schaeffer

## **Edukative Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst-)Versorgung während der stationären Rehabilitation – Herausforderungen und Erfordernisse**

Educational support of people in need of care and their relatives to prepare for home-(self)care during inpatient rehabilitation – challenges and requirements

The taking-over and organization of care for people in need of care causes great challenges for patients and their families. Due to the change of the health care settings the transition from an inpatient stay into life at home is particularly associated with risks and uncertainties, which often arise due to lack of knowledge, risk practical skills and risk behaviour. It is therefore necessary to procure educational support which prepares patients and their relatives for home-(self)care and the associated physical and psychological demands and which also takes into account their daily routine and domestic environment. In the combination of nursing as the profession that manages and conducts these activities with rehabilitation as the institution that aims participation and self-determination great potential for locating viable models for the transition from the inpatient to the domestic supply is seen.

### **Keywords**

need of care, education, selfmanagement support, empowerment, nursing, rehabilitation

Die Übernahme und Organisation von Versorgungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit stellt Betroffene und ihre Angehörigen vor große Herausforderungen. Insbesondere der Übergang von einem stationären Aufenthalt in die Häuslichkeit ist aufgrund des Wechsels des Versorgungssettings mit Gefahren und Unsicherheiten verbunden, die sich häufig aufgrund von Wissensdefiziten, risikoreichen Verhaltensweisen und fehlenden (pflege)praktischen Kompetenzen ergeben. Es bedarf daher Maßnahmen, die mit einer am Alltag und der Lebenswelt der Betroffenen und ihrer Angehörigen ansetzenden edukativen Unterstützung auf die Aufgaben und physischen wie psychischen Herausforderungen bei der häuslichen (Selbst-)Versorgung vorbereiten. In der Kombination von Pflege als diese Maßnahmen leitende Profession mit der Rehabilitation als der auf Teilhabe

und Selbstbestimmung zielenden Institution wird großes Potenzial zur Verortung tragfähiger Modelle zum Übergang von der stationären in die häusliche Versorgung gesehen.

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, Edukation, Selbstmanagementförderung, Empowerment, Pflege, Rehabilitation

## 1. Einleitung

Die Rückkehr in die häusliche (Selbst-)Versorgung nach einem stationären Aufenthalt ist für chronisch Kranke und ihre Angehörigen ein bedeutsamer Schritt, der mit vielen Hoffnungen, aber auch Unsicherheiten und Risiken verbunden ist (Schaeffer 2004, Wingenfeld 2010): Nicht nur steigen die Anforderungen an die Autonomie der Betroffenen, auch ihre Versorgungssituation verändert sich grundlegend und ist – weil beim Übergang von der stationären in die häusliche Versorgung sektorale Grenzen überschritten und Versorgungsart, -dienste und -akteure gewechselt werden müssen – der Gefahr von Diskontinuitäten und Brüchen ausgesetzt.

Den pflegenden Angehörigen kommt bei diesem Übergang eine wichtige Rolle zu, denn oft „sind ... [sic hierbei] diejenige[n], die das Versorgungsgeschehen steuern“ (Schaeffer et al. 2008: 366) und denen ein zentraler Part bei der Betreuung und Versorgung nach der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zufällt (Büscher/Schnepf 2011, Büscher 2008, Klemperer 2005/2011, Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2012).

Diese Rolle dürfte ihnen auch künftig zukommen, denn die Zahl Pflegebedürftiger wird in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen (SVR 2009, destatis 2014). Damit einhergehend wird auch der Bedarf an Unterstützung und Pflege zunehmen. Er wird nicht allein durch die professionelle Versorgung aufzufangen sein; vielmehr wird den Angehörigen auch künftig ein wichtiger Part zukommen, sei es als Betreuungs- oder aber als Steuerungsinstanz. Auch bei der Sicherung der häuslichen Versorgung nach einem stationären Aufenthalt fällt ihnen eine wichtige Rolle zu. Denn bei der Rückkehr in die häusliche Versorgung ist zu beachten, dass die Erkrankten bzw. Pflegebedürftigen eine der brisanten Schnittstellen im hiesigen Gesundheitswesen passieren müssen und „eine Phase folgenreicher Veränderungen im gewohnten Lebenszusammenhang [durchlaufen] ..., für die ein hohes gesundheitliches und soziales Risikopotenzial charakteristisch ist“ (Wingenfeld 2005: 137, DRV Bund 2007/2009, SVR 2012). Werden Patient/inn/en und Angehörige nicht ausreichend auf diese Phase resp. die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit vorbereitet und werden bei der Entlassung bzw. dem Übergang aus der stationären Versorgung ihre Lebenssituation und das häusliche Umfeld nicht hinreichend beachtet, ruft dies in der Folge Probleme wie kostenintensive Wiedereinweisungen, aber auch Verzögerungen bei der Krankheitsbewältigung oder der (Wieder-)Erlangung alltagspraktischer Kompetenz hervor (ex. Wingenfeld 2005/2009, Rothgang et al. 2012).

Der Verbesserung des Übergangs von der stationären in die ambulante bzw. häusliche Versorgung kommt daher hohe Bedeutung zu. Zwar bildet die Sicherstellung einer

nahtlosen Weiterversorgung – sowohl im Krankenhaus- als auch Rehabilitationssektor – schon seit vielen Jahren ein wichtiges Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion (SVR 2003/2012/2014), doch fehlt es noch immer an tragfähigen Modellen und Konzepten (SVR 2012/2014), so dass an dieser Stelle großer Entwicklungsbedarf gegeben ist.

Im nachfolgenden Beitrag werden Elemente und Aspekte, die bei der Konzeptionierung, Implementation und regelhaften Durchführung tragfähiger Ansätze zu beachten sind, diskutiert und damit eine Grundlage für die Modell- und Konzeptentwicklung geschaffen. Dabei wird eine Schnittstelle bzw. ein Übergang in den Mittelpunkt gestellt, der bislang relativ wenig Beachtung in der Diskussion findet, aber zunehmend an Bedeutung gewinnt: der Übergang von der stationären Rehabilitation in die häusliche Umgebung.

## 2. Ausgangslage

### 2.1 Demographischer und epidemiologischer Wandel

In den vergangenen Jahrzehnten ist der Anteil älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich gestiegen (Statistisches Bundesamt 2010, Berlin Institut 2013). Überdurchschnittlich stark wuchs und wächst dabei der Anteil der über 80-Jährigen (statista 2014). Die Verschiebung der Altersstruktur ist gepaart mit einer – ausgelöst durch den epidemiologischen Wandel – Zunahme von chronischen Erkrankungen, die eine spezielle Verlaufsdynamik aufweisen, indem sie durch ein kontinuierliches oder periodisches Auftreten von Krankheitssymptomen gekennzeichnet sind und somit wechselhaft verlaufen. Zudem leidet häufig ein großer Anteil älterer und alter Menschen unter Multimorbidität, einer Vielzahl gleichzeitig auftretender chronischer Erkrankungen (Kuhlmey/Blüher 2011, Burger 2013), die besonders in den Spätphasen oftmals in Pflegebedürftigkeit münden (Schaeffer/Moers 2011, Wingenfeld 2009). Vorausberechnungen zeigen, dass die Anzahl von deutschlandweit 2,5 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2012 auf etwa 3,36 Mio. im Jahr 2030 bzw. etwa 4,6 Mio. im Jahr 2050 steigen wird.

### 2.2 Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

(Multiple) chronische Erkrankungen wie auch Pflegebedürftigkeit im Alter ziehen in der Regel grundlegende Veränderungen im Leben der Betroffenen nach sich. Sie begleiten die Menschen nicht nur kontinuierlich im weiteren Lebensverlauf, sondern führen auch zu immer stärker werdenden Beeinträchtigung des Alltags und der Selbstversorgung (Schaeffer/Moers 2009, Richter-Kuhlmann 2014). Die mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen bieten sowohl für die Pflegebedürftigen selbst als auch ihre Angehörigen ungewohnte und komplexe Anpassungs- und Bewältigungs-herausforderungen. Häufig müssen soziale Rollen aufgegeben, Halt gebende Lebensgewohnheiten verändert und persönliche Bedürfnisse zurückgestellt werden. Der ge-

samte Alltag muss den Erfordernissen der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit angepasst werden, eine Reihe neuer und ungewohnter Aufgaben muss meist zusätzlich zum normalen Alltag bewältigt werden und krankheitsbedingte Defizite sowie versorgungsbezogene Aktivitäten beanspruchen zunehmend Zeit und Raum, so dass sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Angehörigen oftmals nicht länger im gewohnten Maße am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können (Büscher/Schnepf 2011). Die vielfältigen und ungewohnten Versorgungsaufgaben, die (zu) häufig ohne professionelle Hilfe bewältigt werden (müssen), münden nicht selten in Überforderung Pflegebedürftiger und Angehöriger, die eine der Ursachen für Komplikationen in der Versorgung darstellt. Die Gefahr der Überforderung besteht insbesondere, wenn Pflegebedürftige nach einem stationären Aufenthalt in die Häuslichkeit zurückkehren und die eigentliche Bewältigungsarbeit gemeinsam mit dem Angehörigen unter Alltagsbedingungen beginnt.

### **2.3 Komplikationen beim Übergang in die häusliche Versorgung**

Gelingt es nicht, den Übergang in die häusliche Versorgung naht- und bruchlos zu gestalten, entstehen oftmals vermeidbare gesundheitliche Krisen, kommt es zu Friktionen der Versorgungsverläufe und in deren Folge nicht selten zu kurzfristigen, ungeplanten Rehospitalisierungen. Sie stellen eine der offensichtlichsten und am häufigsten diskutierten Konsequenzen dar (Jencks et al. 2009, DVSG 2013) und gelten weltweit als noch immer nicht ausreichend behobenes Qualitätsproblem der gesundheitlichen Versorgung. Daneben gibt es eine große Zahl krisenhafter Übergänge, die nicht in einen erneuten stationären Aufenthalt münden, aber dennoch schwerwiegende Konsequenzen haben können und auch unter Kostengesichtspunkten nicht zu unterschätzen sind (SVR 2012). Dazu gehören u. a. Versorgungsdiskontinuitäten, Fehlversorgungsercheinungen oder ein Misslingen der Bewältigungsaufgaben, die zu physischen und psychischen Belastungen von Erkrankten und Angehörigen, Rückschlägen oder Verzögerungen der Rekonvaleszenz und Wiedergewinnung alltagspraktischer Kompetenz führen können. Daneben können sie Chronifizierungen gesundheitlicher Problemlagen mit erhöhter Abhängigkeit von ambulanten Leistungen, krisenhafte Entwicklungen familiärer Beziehungen und Übersiedlungen in ein Pflegeheim nach sich ziehen (Wingenfeld et al. 2007) oder auch ein (gering) erhöhtes Mortalitätsrisiko mit sich bringen (van Walraven/Bell 2002, Aiken et al. 2014).

### **2.4 Ursachen von Versorgungskomplikationen**

#### **2.4.1 Schnittstellenprobleme**

Das deutsche Gesundheitswesen ist in besonderem Maße durch institutionelle und leistungsrechtliche Ausdifferenzierungen und durch Fragmentierung von Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeiten gekennzeichnet (Porther/Guth 2012, Gerlinger/Burkhardt 2012). Sie bringen zahlreiche Herausforderungen mit sich, wenn es darum geht, Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung si-

cherzustellen und Desintegrations- und Diskontinuitätserscheinungen bei der Versorgung zu vermeiden oder entgegenzuwirken. Diese Herausforderungen und die damit für die Betroffenen verbundenen Risiken und Irritationen werden vor allem an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und insbesondere bei älteren chronisch Erkrankten – aufgrund des beschriebenen Wechsels von Versorgungsart und -bereich, deren strukturelle, institutionelle und personelle Bedingungen sich stark unterscheiden – spürbar (SVR 2012, Deimel/Müller 2012). Bislang werden sie vor allem bei der Entlassung aus dem Krankenhaus diskutiert und anzugehen versucht. Dagegen ist der Übergang von der stationären Rehabilitation, der ebenfalls mit Risiken eingeht, vergleichsweise wenig in den Blick genommen worden.

#### 2.4.2 Mangelndes Selbstmanagement

Komplikationen nach der Rückkehr in die häusliche Versorgung können auch aufgrund eines inadäquaten Umgangs mit der Erkrankung, beispielsweise auf ein misslungenes Schmerzmanagement, auf Überforderungen mit der Arzneimitteltherapie (Haslbeck 2010) oder aber auf eine unzureichende Vorbereitung von Patient/inn/en und vor allem ihren Angehörigen auf die mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Anforderungen und Aufgaben sowie die Veränderung des Alltagslebens, die Pflegebedürftigkeit für beide Seiten mit sich bringt, entstehen. Ungeeignete räumliche Rahmenbedingungen, risikoreiche Verhaltensweisen infolge von Unkenntnis, fehlenden praktischen Kompetenzen und Fertigkeiten sind weitere Faktoren, die bei Komplikationen nach der Rückkehr in die häusliche Versorgung bedeutsam sind.

Das gilt besonders, wenn Pflegebedürftigkeit unerwartet auf die Beteiligten zukommt – z. B. infolge eines plötzlichen Krankheitsereignisses wie einem Unfall, einem Herz- oder Hirninfarkt. Dann sind Betroffene und Angehörige hohen Gefahren ausgesetzt, denn in diesem Fall stellt sich Pflegebedürftigkeit häufig im Rahmen eines i. d. R. nur wenige Wochen umfassenden Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung wie einem Akut-Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung ein und wird oft zu einem für die Alltagsbewältigung stressreichen und strapazierenden Ereignis. Denn *„in der Regel findet keine Schulung bzw. Vorbereitung vor Übernahme der Pflegetätigkeit statt, wenn Pflege aufgrund einer akuten Krise plötzlich notwendig wird“* (Backes et al. 2008: 141, Deimel et al. 2012). Die sich aufgrund des Alltags- und Teilhabebezuges bietenden Möglichkeiten der Rehabilitation sind hier noch nicht ausgeschöpft.

### 3. Interventionsbezogene Erfordernisse

Inspiziert durch internationale Erfahrungen sind gerade in der Pflege in den vergangenen Jahren etliche neue Konzepte eines stärker von der Pflege getragenen Entlassungsmanagements entstanden (Liedtke/Wanjura 1990, Joosten 1997, Böhm 1992, Sommerfeldt et al. 1992, Schaeffer/Moers 1993, Höhmann 2004). Besonderer Stellenwert kommt in diesem Zusammenhang dem 2002 erarbeiteten und 2009 aktualisierten Na-

tionalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004/2009) zu. Mit ihm stand erstmals in Deutschland ein evidenzbasiertes, professionelles Rahmenkonzept und ein konkretes Anforderungsprofil zur Ausgestaltung eines multiprofessionellen, interdisziplinären Entlassungsmanagements zur Verfügung, das alle Handlungsbereiche, die zur Unterstützung von Patient/inn/en beim Übergang in eine andere Versorgungsart und zur Sicherstellung von Versorgungskontinuität in den Blick genommen werden müssen, umfasst (zu den Kernelementen siehe DNQP 2009). Wiewohl bereits konsentiert ist er jedoch noch längst nicht flächendeckend eingeführt. Zudem existieren bei den sich engagierenden Einrichtungen nach wie vor sehr unterschiedliche Modelle nebeneinander, deren Vor- und Nachteile nur geschätzt werden können, weil systematische vergleichend angelegte Evaluationen, die auch die unterschiedlichen Settings beachten, fehlen (SVR 2012, Garms-Homolová/Schaeffer 2012).

Zudem zeichnen sich die meisten Bemühungen bislang durch pragmatische Vereinigungen aus, indem sie u. a. die Besonderheiten älterer chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger noch zu wenig im Blick haben. Die derzeit erprobten und diskutierten Modelle zur Schnittstellengestaltung greifen folglich gerade bei dieser Klientel und generell bei Patient/inn/en mit komplexem Unterstützungs- und Versorgungsbedarf meist zu kurz. Die Betroffenen benötigen vielfach eine Übergangsversorgung (transitional care) mit stark edukativen Elementen, durch die sie auf die mit der Entlassung in die häusliche Umgebung verbundenen Anforderungen und Aufgaben vorbereitet werden. Die (Weiter-)Entwicklung solcher Modelle, die international schon seit längerem diskutiert und realisiert wird (Naylor 2000), wurde jüngst auch vom SVR gefordert (SVR 2012, Deimel et al. 2012).

Gefordert sind Modelle, die ältere Pflegebedürftige mit komplexem Versorgungsbedarf darin unterstützen, ihren Lebensalltag so lange wie möglich selbständig bewältigen zu können. Bei der Gestaltung neuer Konzepte sollte – wie im Folgenden weiter ausgeführt wird – berücksichtigt werden,

- den Belangen der Betroffenen größeren Raum zu schenken (Stärkung der Nutzerorientierung),
- nicht nur Angehörige konstitutiv einzubinden (Einbezug bestehender Unterstützungspotenziale), sondern
- die Pflege-Dyade zu fokussieren (gemeinsame Vorbereitung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen),
- dabei stark auf eine lebensweltorientierte edukative Vorbereitung zu setzen, bei der die häusliche Pflegesituation im geschützten Rahmen erprobt werden und dabei auf fachliche Anleitung sowohl bei körperorientierten Pflegehandlungen als auch der psychischen Betreuung und Krankheitsbewältigung sowie bei der Anpassung der Alltagsgestaltung zurückgegriffen werden kann (Fokussierung auf Empowerment),
- hierbei auf die Profession und Qualifikation der Pflege zu setzen (Stärkung der Rolle der Pflege)
- sowie die Rehabilitation als Setting stärker in den Blick zu nehmen (Stärkung der Rolle der Rehabilitation).

### 3.1 Stärkung der Nutzerorientierung

Bisher stehen beim Übergang vom stationären Sektor in die häusliche (Selbst-)Versorgung die institutionellen Interessen im Vordergrund und nicht die mit der chronischen Erkrankung und Pflegebedürftigkeit verbundenen Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen. Gerade sie aber müssen den Ausgangspunkt konzeptioneller Entwicklungsbemühungen darstellen und – beispielsweise über eine im Vorfeld durchgeführte Befragung, qualitative Interviews oder die Einbindung Betroffener in das Entwickler-team – Eingang in die Konzeptualisierung finden. Des Weiteren sollten die Bedürfnisse der Betroffenen während der Intervention im Mittelpunkt stehen und ein problemlösungsorientierter Zugriff gewählt werden. Denn es geht darum, Patient/inn/en und Angehörige zu befähigen, Lösungen für die sich ihnen stellenden bzw. antizipierten Probleme zu finden. Dabei ist von besonderer Bedeutung, Unsicherheiten und Ängste in Bezug auf die neue Versorgungssituation sowie die Leistbarkeit der häuslichen Pflege zu reduzieren oder gar zu beseitigen – z. B. dadurch, dass die häusliche Versorgungssituation im Schonraum simuliert und der Umgang mit den dort anfallenden Aufgaben antizipierend ‚geübt‘ wird.

### 3.2 Einbeziehung bestehender Unterstützungspotenziale

Zukünftige Übergangsmodelle und -konzepte sollten das bestehende Unterstützungspotenzial im sozialen und familiären Umfeld konstruktiv einbeziehen, um eine selbstständige Lebensführung trotz Pflegebedürftigkeit zu fördern, die Autonomie des „Versorgungshaushaltes“ zu stärken und professionelle Versorgungsleistungen so lange wie möglich entbehrlich zu machen.

Zwar hat die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes zu einer Professionalisierungswelle geführt, jedoch geht das Gesetz weiterhin von der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Partner aus<sup>1</sup>.

Allerdings kann – wie Untersuchungen auch zeigen (Schaeffer 2009, GKV 2011) – nicht einfach auf die Ressource Angehörige gesetzt werden. Vielmehr bedürfen auch pflegende Angehörige der ‚Pflege‘, richtiger der flankierenden Unterstützung und vor allem der systematischen Vorbereitung auf die mit der Betreuung und Pflege auf sie zukommenden Aufgaben, weil sich sonst rasch Überforderungs- und Überlastungsercheinungen einstellen, die längerfristig nicht selten in Gesundheitsgefährdungen münden (Rensch 2012, Bestmann et al. 2014). Mit einer zielgerichteten, nutzer- und alltagsorientierten Vorbereitung pflegender Angehöriger kann erreicht werden, dass *„das häusliche Versorgungsarrangement ... über einen langen Zeitraum aufrecht erhalten*

1 Wie Untersuchungen immer wieder neu belegen, entspricht eine häusliche Versorgung und die Betreuung durch Angehörige, ggf. gepaart mit professionellen Diensten, dem Wunsch des größten Teils der Bevölkerung und insbesondere der bereits Pflegebedürftigen (Kuhlmey et al. 2010, Kuhlmey 2011, Continentale KV 2014). In Deutschland wird die Versorgung von Pflegebedürftigen zu etwa zwei Dritteln im häuslichen Setting und größtenteils ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfe von Angehörigen geleistet (Blinkert/ Klie 2008, destatis 2013). Nur 580.000 der 1,76 Millionen zuhause versorgten Pflegebedürftigen werden entweder in Zusammenarbeit mit oder vollständig durch einen ambulanten Pflegedienst und entsprechend 1,18 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich durch Angehörige versorgt (Rothgang et al. 2012).

*werden und eine Überweisung in die [kostenintensivere] stationäre Versorgung vermieden werden“ kann (Schaeffer et al. 2008: 361).*

### **3.3 Gemeinsame Vorbereitung Pflegebedürftiger und Ihrer Angehörigen**

In zukünftigen Übergangsmodellen und -konzepten sollte eine gemeinsame Vorbereitung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen Berücksichtigung finden, da die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen oftmals eine Dyade bilden (Sander 2014), auf deren Grundlage sie die häusliche Versorgung leisten müssen.

Die meisten bisherigen Konzepte und Angebote richten sich jedoch meist allein an die Angehörigen und vielfach stoßen sie deshalb auf Akzeptanzprobleme (Dräger et al. 2012). Damit werden die Möglichkeiten zur Vorbereitung auf die später gemeinsam zu bewältigende Versorgung nicht ausgeschöpft. Denn im Rahmen einer gemeinsamen Vorbereitung kann z. B. ermöglicht werden, pflegerische Fertigkeiten im Miteinander zu erlernen, den Einsatz von Hilfsmitteln durch gegenseitige Hilfestellung zu optimieren und Lösungen für die Gestaltung des Alltags aufzuzeigen, die die Bedürfnisse beider Seiten berücksichtigen und ohne dass es beiderseits zur Überforderung kommt. Auch weil Pflegebedürftigkeit bzw. die häusliche Versorgungssituation zu Krisen in der Familie führen kann, ist es von Bedeutung, gemeinsam auf die Herausforderung vorzubereiten und Konfliktpotenziale von beiden Seiten betrachten zu lassen, um eventuellen Krisen vorzubeugen (ebd.).

### **3.4 Fokussierung auf Empowerment**

Tragfähige Konzepte müssen edukative Maßnahmen zur Wissensvermittlung und supportive Interventionen zur Befähigung im Umgang mit den physischen und emotionalen Anforderungen der Pflegebedürftigkeit integrieren und hierbei der Befähigung (Empowerment) und Kompetenzförderung stärker Beachtung schenken.

Eine Vielzahl an Maßnahmen zur Angehörigenedukation leidet daran, dass sie statt auf Empowerment und (Selbstmanagement-)Unterstützung ausschließlich auf Schulung und Wissensvermittlung setzt. Ziel muss jedoch sein, Betroffene und ihre Angehörigen bereits während des stationären Aufenthalts durch Selbstmanagementförderung und Empowerment zu befähigen, Verantwortung für ihre Erkrankung und die Bewältigungsherausforderungen zu übernehmen und Kompetenzen zu entwickeln, die eine konstruktive und Eigeninitiative fördernde Umgangsweise mit der Situation ermöglichen (Müller-Mundt 2011, Haslbeck/Schaeffer 2007). Zugleich sollten die Betroffenen und ihre Angehörigen befähigt werden, die sich ihnen stellenden Probleme selbstständig zu lösen und eigenständig (Pflege-)Handlungen zu planen, umzusetzen und zu überprüfen (Haslbeck 2010/2011). Auch sollten die Beteiligten darin unterstützt werden, individuelle Ressourcen wahrzunehmen und zur Problemlösung zu nutzen. Eine besondere Herausforderung ist die Minimierung bzw. Überwindung



der Unsicherheiten innerhalb der neuen Versorgungssituation, die aus den Überlegungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen rühren, ob die häusliche Unterstützung geleistet werden kann und ob sie kompatibel mit dem Familien- und Berufsleben der jeweiligen Personen ist.

### 3.5 Stärkung der Rolle der Pflege

Zukünftige Übergangsmodelle, die auf Selbstmanagementförderung und Empowerment der Beteiligten zielen, sollten der Pflege eine wichtigere Rolle einräumen und darauf zielen, zur Erweiterung und Innovation des in Deutschland seit langem als verengt kritisierten Pflegehandelns beizutragen, das weitgehend auf ‚hands-on-nursing‘, also körperorientierte Pflegeaufgaben konzentriert ist (Schaeffer/Wingenfeld 2011, Bettig et al. 2014). Denn die Pflege ist gerade in der stationären rehabilitativen Versorgung die Profession, die viel und engen Kontakt zu den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hat. Zudem kann sie den Pflegeaufwand adäquat einschätzen und die damit verbundenen körperlichen und auch emotionalen Herausforderungen den Betroffenen und Angehörigen gut vermitteln.

Im Mittelpunkt pflegerischer Tätigkeiten müssen daher bei der Vorbereitung auf die häusliche Versorgung weniger herkömmliche klinische und rehabilitative, sondern edukative Pflegeaufgaben stehen: so etwa die Vermittlung von Gesundheits- und Pflegewissen sowie von praktischem Knowhow an sowohl Patient/inn/en als auch vor allem an pflegende Angehörige, ebenso Kompetenzförderung, Training und Selbstmanagementunterstützung.

### 3.6 Stärkung der Rolle der Rehabilitation<sup>2</sup>

Neue Konzepte des Übergangs sollten schließlich die besonderen Möglichkeiten der Rehabilitation in Betracht ziehen. Diese ergeben sich zum einen daraus, dass die Betroffenen hier in einer Phase behandelt werden, die nach der unmittelbaren Akut-Phase stattfindet, aber vor der realen Selbstversorgung und damit vor dem Zurechtkommen im ungeschützten Rahmen. Zu diesem Zeitpunkt haben Patient/inn/en wie Angehörige aufgrund des – wenn auch noch kurzen – zeitlichen Abstands zur Diagnose in der Akutversorgung den „ersten Schreck“ überwunden und i. d. R. bereits damit be-

2 Die Rolle der Rehabilitation ist durch die Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003, das einen weitgreifenden Strukturwandel im stationären Sektor ausgelöst hat, umso mehr zu unterstreichen (von Eiff/Schüring 2011, von Eiff et al. 2011). Das äußert sich über einen beachtlichen Abbau von (Betten-)Kapazitäten sowie einer deutlichen Reduktion der Verweildauer im Krankenhaussektor in einer Verlagerung der Patientenströme von der akutstationären Versorgung hin zur stationären Rehabilitation, die immer früher und ‚krankler‘ und damit in schwierigeren Gesundheitszuständen die Rehabilitation erreichen (von Eiff et al. 2011, Groenewold 2012).

Mit dem Anstieg des Anteils älterer und hochaltriger Menschen an der Bevölkerung ist zudem der Anteil der höheren Altersgruppen im Krankenhaus sowie in der stationären Rehabilitation gewachsen (Deck et al. 2009, Schliehe 2009, Krüger-Wauschkuhn et al. 2011). Somit sind alte und hochaltrige Menschen – und damit auch die für diese Bevölkerungsgruppe charakteristischen Erkrankungen und Bedarfslagen – zunehmend in den Vordergrund des Versorgungsalltags getreten (SVR 2012). Diese Entwicklung dürfte sich künftig weiter fortsetzen und zur Folge haben, dass der ‚alte Patient‘ der ‚Regelpatient‘ im stationären Sektor wird, was sich wiederum nicht nur auf die Anforderungen an die Behandlung und Therapie selbst auswirkt, sondern auch zu Veränderungen und neuen Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und beim Übergang in die häusliche Versorgung führt.

gonnen, Veränderungen wahrzunehmen und zu realisieren. Diese Selbstwahrnehmung ist wesentlich für die Herausbildung eines persönlichen Handlungsbedarfs und damit der Motivation, sich der neuen Situation zu stellen. Diese Bereitschaft wiederum ist für eine erfolgreiche und nachhaltige, teilhabeförderliche Behandlung notwendig.

Zum anderen ergeben sich die besonderen Möglichkeiten der Rehabilitation aus der Lebensweltorientierung des Behandlungssettings. So steht im Fokus der rehabilitativen Behandlung die Bewältigung des Alltags (SGB IX, Garms-Homolová/Theiss 2009) und damit die zentrale Aufgabe, derer sich Pflegebedürftige und Angehörige gegenübersehen. Hierfür gilt es nicht nur, Hilfsmittel auszuprobieren, sich pflegerische Fertigkeiten anzueignen und über zentrale Versorgungswege und Anlaufstellen zu informieren. Insbesondere für die psychische Bewältigung, die mit der Krankheitsverarbeitung und den anstehenden neuen Rollen- und Aufgabenverteilungen gefordert ist, brauchen die Betroffenen wie ihre Angehörigen eine gezielte und nachhaltige Grundlage. Hierzu bietet die Rehabilitation den nötigen zeitlichen und strukturellen Raum, während eines mehrwöchigen Aufenthaltes und in einem geschützten und begleiteten Rahmen die Auseinandersetzung mit der neuen Situation und die Bewältigung der Krankheits- bzw. Pflegesituation anzubahnen: Sie bietet aufgrund der personell, räumlich und zeitlich gut organisierbaren Kombination aus Alltagssimulation, Einzel- und Gruppen-Eduktion und Rundum-Versorgung die Grundlage für die erforderliche mentale und praktische Vorbereitung. Zugleich eröffnet die Rehabilitation aufgrund der multiprofessionellen und infrastrukturellen Ausstattung, die sowohl bei Pflegebedürftigkeit hinderliche und oftmals in der Häuslichkeit anzutreffende als auch barrierefreie und hilfsmittelgestützte Lebensweltelemente bereithält, die Möglichkeit, den Umgang mit alltäglichen Herausforderungen und Assistenzen zu erproben, dabei Probleme zu antizipieren, Ängste und Befürchtungen offen zu äußern und gleichzeitig mit einem interdisziplinär arbeitenden Behandlersteam nach konstruktiven Lösungen zu suchen. Die Förderung der Alltagsbewältigung erfolgt somit innerhalb eines aktivierenden und die Ressourcenorientierung fokussierenden pflegerischen resp. therapeutischen Handelns (DEGEMED 2008).

#### 4. Schlussbetrachtung

Ziel der Ausführungen war es, zu verdeutlichen, dass es beim Übergang von der (Rehabilitations-)Klinik ins häusliche Umfeld nicht allein um die Gewährleistung von Versorgungskontinuität gehen darf. Die individuelle Vorbereitung von Patient/inn/en und Angehörigen auf die Rückkehr ins häusliche Umfeld und damit die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten muss Bestandteil des Behandlungsprozesses werden. Hierfür bietet sich die Rehabilitation – mit einer Versorgung, die möglichst spät nach einem Krankheitsereignis aber vor der Rückkehr in das private Umfeld und damit im geschützten Rahmen erfolgt – als ein erfolgversprechendes Setting an. Entsprechend sollten die Rehabilitationskliniken für ältere und alte chronisch erkrankte und pflegebedürftige Menschen den Übergang vom stationären Sektor in das häusliche Umfeld bedürfnisorientiert ausbauen und gestalten. In der Kombination aus der Pflege als die-

se Maßnahmen vorrangig leitende Profession mit der Rehabilitation als der auf Teilhabe und Selbstbestimmung zielenden Institution wird großes Potenzial zur Verortung tragfähiger Modelle zum Übergang von der stationären in die häusliche Versorgung gesehen. Denn durch die Erweiterung der Aufgaben der professionellen Pflege auf Kompetenzförderung, Selbstmanagementunterstützung, Training und Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit im Rahmen alltagsbezogener Behandlungselemente können Pflegebedürftige und Angehörige auf die häusliche Versorgung vorbereitet werden und sie können die nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben und den Behandlungsprozess aktiv mitgestalten, um die damit verbundenen Aufgaben zu bewältigen.

Auf aktive Mitwirkung und Partizipation setzende Modelle, die personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren einschließen, berücksichtigen die gesetzlich verankerte, an Bedeutung gewinnende Selbstständigkeit und -bestimmtheit von Patient/inn/en wie Angehörigen (§ 1 SGB V; § 1 SGB IX; § 2 SGB XI; § 6 SGB XI) und dienen der Sicherung einer auf Erhalt der Autonomie und Teilhabe zielenden, stabilen und nachhaltigen häuslichen Versorgung. Durch die Übertragung des in der stationären Einrichtung Gelernten in den häuslichen Alltag kann der Unterstützungsbedarf durch professionelle Gesundheitsdienstleister reduziert, die Zusammenarbeit mit Pflegediensten effektiviert und die Häufigkeit der Wiedereinweisungen gesenkt werden. Nicht zuletzt werden die Belastungen für die pflegenden Angehörigen reduziert, was wiederum den Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Angehörigen positiv beeinflusst und nicht unwesentliche, unwirtschaftliche Ausfallzeiten senkt.

Man darf gespannt sein, welche Entwicklungsbemühungen auf dem Gebiet der edukativen Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst-)Versorgung (nicht nur) während der stationären Rehabilitation künftig erkennbar und in die Regelversorgung überführt werden.

## Literatur

- Aiken, L.H./Sloane, D.M./Bruyneel, L./Van den Heede, K./Griffiths, P./Busse, R./Diomidous, M./Kinnunen, J./Kózka, M./Lesaffre, E./McHugh, M.D./Moreno-Casbas, M.T./Rafferty, A.M./Schwendimann, R./Scott, P.A./Tishelman, C./van Achterberg, T./Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383, 1824-1830
- Backes, G.M./Wolfinger, M./Amrhein, L. (2008): Geschlechterungleichheiten in der Pflege. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege – Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Forschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 132-153
- Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2013): *Anleitung zum Wenigersein. Vorschlag für eine Demografiestrategie*. Discussion Paper 12. Berlin
- Bestmann, B./Wüstholtz, E./Verheyen, F. (2014): *Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt – Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen WINEG (Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, Hrsg.)* Hamburg.
- Bettig, U./Frommelt, M./Roes, M./Schmidt, R./Thiele, G. (2014): *Empowerment in der Pflege*. Jahrbuch Pflegemanagement. Heidelberg: medhochzwei Verlag

- Blinkert, B./Klie, T. (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen, in: Bauer, U.; Büscher, A. (Hrsg.) Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., 238-258
- Böhm, E. (1992): Ist heute Montag oder Dezember? Erfahrungen mit der Übergangspflege. Überarb. Neuausgabe. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Büscher, A. (2008): „Die Kraft und die Last des Tragens“. Pflegende Angehörige und Demenz. In: pflegen: Demenz, 9, 4. Quartal 2008, 7-11
- Büscher, A./Schnepf, W. (2011): Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, W. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 469-490
- Burger, Stephan (2013): Alter und Multimorbidität – Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt. Heidelberg: medhochzwei Verlag
- Continentale KV (2014): Continentale Studie 2014 – Risiko Pflegebedürftigkeit – Unwissenheit verhindert Vorsorge. Continentale Krankenversicherung a.G.. Dortmund
- Deck, R./Richter, S./Hüppe, A. (2009): Der ältere Patient in der Rehabilitation – Probleme und Bedürfnisse: Bestandsaufnahme in der orthopädischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48 (6), 326-334
- DEGEMED (2008): Positionspapier „Pflege in der Rehabilitation“. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (Hrsg.): Berlin
- Deimel, D./Müller, M.L. (2012) (Hrsg.): Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patienten-koordination. Stuttgart: Thieme
- Deimel, D./Kuß, A./Ossege, M. (2012): Positionspapier Entlassmanagement im Krankenhaus. Bundesverband Managed Care e.V. (Hrsg.) Berlin
- Destatis (2013): 70 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Presse-mitteilungen/2013/01/PD13\\_024\\_224.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Presse-mitteilungen/2013/01/PD13_024_224.html); letzter Abruf: 24.02.2015
- Destatis (2014): Pflege. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>; letzter Abruf: 26.01.2015
- DNQP (2004): Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, Hrsg.) Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück
- DNQP (2009): Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege: 1. Aktualisierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, Hrsg.) Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück
- Dräger, D./Budnick, A./Kummer, K./Seither, C./Blüher, S. (2012): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Public Health Forum, 20 (1), 31.e1-31.e3
- DRV Bund (2007): Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation – Aufgaben, Erwartungen, Empfehlungen. Deutsche Rentenversicherung Bund – Bereich Sozialmedizin im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften. Online verfügbar unter: [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/36696/publicationFile/2268/download\\_angehoerige\\_reha.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/36696/publicationFile/2268/download_angehoerige_reha.pdf); letzter Abruf: 13.07.2012
- DRV Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin
- DVSG (2013): DVSG Positionspapier: Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (2012): Ältere und Alte. In: Schwartz, F.W./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Dierks, M.L./Busse, R./Schneider, N. (Hrsg.) Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer, 703-714
- Garms-Homolová, V./Theiss, K. (2009): Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf – Theoretische Konzepte und Voraussetzungen der Realisierung. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 105-107

- Gerlinger, T./Burkhardt, W. (2012): Das Gesundheitswesen in Deutschland – ein Überblick. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72547/gesundheitswesen-im-ueberblick?p=0>; letzter Abruf: 24.02.2015
- GKV (2011): Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten – Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Band 7) GKV Spitzenverband (Hrsg.): Berlin
- Groenewold, U. (2012): Trend bestätigt: Kürzer im Krankenhaus - kränker zur Reha. Schleswig Holsteinisches Ärzteblatt; 65 (4), 40-41
- Haslbeck, J. (2010): Medikamente und chronische Krankheit. Selbstmanagementanforderungen im Krankheitsverlauf aus Sicht der Erkrankten. Bern: Verlag Hans Huber.
- Haslbeck, J. (2011): Selbstmanagementförderung. Empowerment zu gesundheitsbewusstem Leben mit chronischer Krankheit. In: Bildung – Pro Alter. November/Dezember 2011, 44-48
- Haslbeck, J./Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. In: Pflege – die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 20(2), 82-92
- Höhmann, U. (2004): Entlassungsmanagement. Beitrag im Huber Pflegekalender 2005. Bern: Huber, 190-192
- Jencks, S.F./Williams, M.V./Coleman, E.A. (2009): Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *New England Journal of Medicine*, 360, 1418-1428
- Joosten, M. (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. Bremen: Altera
- Klemperer, D. (2005): Der Patient als Mitgestalter der gesundheitlichen Versorgung. In: Badura, B./Iseringhausen, O. (Hrsg.) Wege aus der Krise der Versorgungssituation – Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, 202-214
- Klemperer, D. (2011): Lohnt sich die partizipative Entscheidungsfindung? *Public Health Forum* 19 (70), 28.e1-28.e3
- Krüger-Wauschkuhn, T./Pohontsch, N./Deck, R. (2011): Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus) Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Reha-Klinikern. *Die Rehabilitation*; 50 (6), 390-396
- Kuhlmei, A. (2011): „Guter Versorgungsmix wird entscheidend sein“. Angehörige: Ressource Familie durch verbesserte Rahmenbedingungen erhalten. *Häusliche Pflege*; 20(6), 18-19
- Kuhlmei, A./Blüher, S. (2011): Demografische Entwicklung in Deutschland – Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2011) *Handbuch Pflegegewissenschaft*. Weinheim/München: Juventa Verlag, 185-198
- Kuhlmei, A./Dräger, D./Winter, M./Beikirch, E. (2010): COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *DZA Informationsdienst Altersfragen* 37, 4, 4-11
- Liedtke, D./Wanjura, M. (1990): Projekt: Beratungspfleger. Diskussionsbeitrag zur Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*; 43(8), 566-574
- Müller-Mundt, G. (2011): Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegegewissenschaft*. Weinheim/München: Juventa Verlag, 705-726
- Naylor, M.D. (2000): A decade of transitional care research with hospitalized elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 1-14
- Porter, M.E./Guth, C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin, Heidelberg: Springer
- Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J. (2012): Freiwilligenarbeit in der Pflege. Pflegearrangement als zukünftige Versorgungsform. Kohlhammer
- Rensch, K. (2012): Herausforderung oder Überforderung?: Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen durch Angehörige. Marburg: Tectum
- Richter-Kuhlmann, E. (2014): Pflegenden Angehörige: Den Fokus verschieben. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (31-32), A-1352 / B-1166 / C-1110

- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport Pflege 2030. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Themenreport Pflege 2030. Gütersloh
- Sander, B. (2014): Pflegende Angehörige stärken. Beratung, Bildung und Anleitung durch PflegetraineeInnen. Bildung – Pro Alter. Mai/Juni 2014, 50-53
- Schaeffer, D. (2004): Gesundheitspolitische Relevanz des Entlassungsmanagements. In: DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, 11-26
- Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. Pflege & Gesellschaft 14, Nr. 4, 306-324
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.) Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 352-369
- Schaeffer, D./Moers, M. (1993): Professionell gebahnte Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten. Ergebnisse einer struktur-analytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung. In: Lange, C. (Hrsg.) Aids – eine Forschungsbilanz. Berlin: edition sigma, 59-74
- Schaeffer, D./Moers, M. (2009): Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Schaeffer, D. (Hrsg.) Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 111-131
- Schaeffer, D./Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa Verlag, 329-364
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuauflage. Weinheim: Juventa
- Schliehe, F. (2009): Der ältere Patient in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48 (6), 325
- Sommerfeldt, S./Gerstner, M./Metzmacher, K./Roos, K./Schwarz, R. (1992): Betreuung schwerkranker Tumorkranken im „Verzahnungsbereich“ von stationärer und ambulanter Versorgung. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 45 (10), 699-704
- STATISTA (2014): Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung 2009 und 2030. Online verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/204738/umfrage/prognose-zum-bevoelkerungsanteil-ueber-80-jahre-in-deutschland/>; letzter Abruf: 26.10.2014
- SVR (2003): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität / Bd. 1 & 2. Finanzierung und Nutzerorientierung. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1. Aufl.. Baden-Baden: Nomos
- SVR (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bonn
- SVR (2012): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn
- SVR (2014): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsge-rechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin
- van Walraven, C./Bell, C.M. (2002): Risk of 30-day death or readmission after discharge from hospital varies with day of discharge. 166, Canadian Medical Association Journal, 1672-1673
- von Eiff, W./Schüring, S. (2011): Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha. Deutsches Ärzteblatt; 108 (21), A-1164 / B-965 / C-965
- von Eiff, W./Schüring, S./Greitemann, B./Karoff, M. (2011): REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. Die Rehabilitation, 50 (4), 214-221
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber

- Wingefeld, K. (2009): Transitionen im Krankheitsverlauf. In: Schaeffer, D. (Hrsg.) Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 91-110
- Wingefeld, K. (2010): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer
- Wingefeld, K./Joosten, M./Müller, C./Ollendiek, I. (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

*Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann*

Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege & Gesundheit, Lehr- und Forschungsgebiet Rehabilitationswissenschaften, Leonardo-Campus 8, 48149 Münster  
menzel-begemann@fh-muenster.de (Erstautorin / Korrespondenzadresse)

*Britta Klünder, Dipl.-Pflegepäd., MA Gesundheitsmanagement*

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung & Pflegewissenschaft, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld  
britta.kluender@uni-bielefeld.de

*Prof. Dr. Doris Schaeffer*

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung & Pflegewissenschaft, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld,  
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de  
(Co-Autorinnen)

Michael Kleinknecht-Dolf

## Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital?

How do nurses experience moral distress at an acute care university hospital in Switzerland?

Moral distress can occur when nurses, due to limitations or restrictions, find themselves constrained from maintaining their professional ethical principles and thus feel that their moral integrity is threatened. Due to the potentially grave impact on quality of care and patients, it is important to also examine this phenomenon in Swiss nursing. However studies are lacking within the German-speaking context. The aim of this study was to investigate moral distress as experienced in a Swiss acute care hospital. Using a qualitative approach, data were collected in focus group interviews with registered nurses at a university hospital. Content analyses were performed to analyze the data. Participants described the importance of professional ethical principles for their daily prac-

rice. They highlighted various situations in which they had been unable to work according to these principles. They had experienced moral distress as a result, which in turn had had an impact on their interactions with patients. As a consequence, moral distress can lead to an emotional burden also for Swiss nurses, possibly with ramifications on their work. It is necessary to continue the research in this area as well as to incorporate this topic into nursing education and practice.

### Keywords

moral distress, Switzerland, experience, nurses, acute care hospital, qualitative study

Moralischer Stress kann entstehen, wenn sich Pflegefachpersonen aufgrund von Restriktionen darin gehindert sehen, ihren berufsethischen Werten entsprechend zu pflegen und sich dadurch in ihrer moralischen Integrität bedroht fühlen. Aufgrund von möglicherweise gravierenden Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und die Patienten scheint es wichtig, dieses Phänomen auch im schweizerischen Pflegekontext zu untersuchen. Ziel der vorliegenden Studie war die erstmalige Exploration des Erlebens von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen in einem Schweizer Akutspital. Einem qualitativen Forschungsansatz folgend, wurden mittels Fokusgruppeninterviews mit Pflegefachpersonen eines Universitätsspitals Daten erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Befragten berichteten von der hohen Bedeutung, die das Berufsethos für sie hat und von unterschiedlichen Situationen, in denen sie nicht gemäß diesem arbeiten konnten und dadurch moralischen Stress erlebten. Die damit einhergehenden belastenden Gefühle wirkten sich auch auf den Umgang mit Patienten aus. Folglich kann moralischer Stress auch bei Schweizer Pflegefachpersonen zur emotionalen Belastung mit Auswirkungen auf ihre Arbeit führen. Es ist deshalb angebracht, diesen weiter zu untersuchen und in der Pflegeausbildung sowie in der Pflegepraxis zu thematisieren.

### Schlüsselwörter

Moralischer Stress, Schweiz, Erleben, Pflegefachpersonen, Akutspital, qualitative Studie

## 1. Einleitung

Internationale Studien haben aufgezeigt, dass die Einführung eines prospektiven Finanzierungssystem, wie es zum Beispiel das Fallpauschalen- respektive Diagnosis Related Groups (DRG)-basierte System ist, für die davon betroffenen Spitäler zu Situationen führen kann, die von erhöhtem wirtschaftlichem Druck geprägt sind (Busse/Schwartz 1997; Kramer/Schmalenberg 1987; Sochalski et al. 1997). Studien haben zudem ergeben, dass dieser verringerte finanzielle Spielraum neben anderen Ursachen vermehrt zu Situationen führen kann, in denen Pflegefachpersonen<sup>1</sup> in unterschiedlichen Funktionen moralischen Stress erleben (Bentzen et al. 2013; Rice et al. 2008; Zuzelo 2007).

---

1 Im vorliegenden Artikel wird der Begriff „Pflegefachperson“ als Sammelbegriff für diplomierte Pflegende sowie für Pflegeexperten und für Abteilungsleitende (diplomierte Pflegende in entsprechender Funktion und mit dazu notwendigem Weiterbildungsabschluss) verwendet.



Moralischer Stress kann bei Pflegefachpersonen belastende emotionale und physische Reaktionen auslösen, aufgrund derer sie sich von den Patienten<sup>2</sup> zunehmend physisch und emotional distanzieren (Gutierrez 2005; Hamric et al. 2006). Diese Entwicklung kann einerseits die Qualität der Pflege beeinträchtigen (Fenton 1988), andererseits kann sie dazu führen, dass die Betroffenen ihre Arbeitsstelle kündigen oder den Beruf ganz verlassen (Corley et al. 2001; Ulrich et al. 2007; Wilkinson 1987/88).

In der Schweiz wurde vorbereitend zur Einführung der SwissDRG das vom Schweizerischen Nationalfond unterstützte Sinergia Projekt „Impact of Diagnosis Related Groups on Patient Care and Professional Practice“ initiiert (R1, für die Peer Reviews verblindet). Eine der fünf damit verbundenen Substudien ist die DRG Begleitforschung Pflege „Monitoring the impact of the DRG-payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals“. Das Ziel dieser als Mixed Methods Research angelegten DRG Begleitforschung Pflege ist es, ein Monitoringmodell mitsamt den dazu gehörenden Instrumenten zu entwickeln. Aufgrund der beschriebenen potentiell negativen Auswirkungen auf Pflegequalität und Pflegefachpersonen ist moralischer Stress dabei Gegenstand der Forschung (R2, für die Peer Reviews verblindet). Obwohl das Phänomen moralischer Stress international seit mehreren Jahren mit qualitativen und quantitativen Studien untersucht wird (Hamric 2012), lagen zum Zeitpunkt der Planung der DRG Begleitforschung Pflege keine Angaben zum Erleben von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen in Akutspitalern in der Schweiz vor. Vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen war es daher wichtig, dieses Phänomen mit einer Teilstudie auch im Umfeld der schweizerischen Pflege zu untersuchen.

Im vorliegenden Artikel beschreiben wir das Vorgehen und ausgewählte Ergebnis dieser qualitativen Teilstudie. Die damit erworbenen Erkenntnisse sind unter anderem hilfreich, die im Rahmen der DRG Begleitforschung Pflege ebenfalls generierten quantitativen Resultate in vertiefter Weise zu verstehen und zu analysieren.

## 2. Hintergrund

Moralischer Stress beschreibt die belastende emotionale Erfahrung einer Pflegefachperson, die in einer persönlichen moralischen Konfliktsituation entsteht, in der sie zu wissen glaubt, was das professionell-ethisch angemessene Verhalten ist, sich aufgrund von Hindernissen aber daran gehindert fühlt, entsprechend zu handeln (Lützn/Ewalds-Kvist 2012). Im Vergleich zu einem moralischen Dilemma ist dabei entscheidend, dass Pflegefachpersonen in diesen Situationen ihre eigenen professionell-ethischen Werte im Konflikt mit den Werten anderer Personen oder mit den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten stehen sehen. Dabei fühlen sie sich aufgrund von wahrgenommenen, ihre Handlungsfreiheit einschränkenden Restriktionen oder Behinderungen zu einem nicht mit ihren moralischen Werten kongruenten

---

<sup>2</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

Verhalten gedrängt und damit in ihrer moralischen Integrität bedroht (Hardingham 2004). Moralische Integrität in beruflicher Hinsicht bedeutet dabei aus unserer Sicht, als professionelle Person in der Gesamtheit von Überzeugungen, Werten und Handlungen eine in sich konsistente Einheit zu bilden. Um diese Integrität aufrechterhalten zu können, sind drei Voraussetzungen notwendig: kritisches Denken, Konsistenz der Wertorientierung sowie die Einstellung, entsprechend prinzipientreu handeln zu wollen (Hardingham 2004).

Mehrere personenbezogene konstituierende Merkmale spielen eine Rolle, ob eine Pflegefachperson moralischen Stress erlebt und ob sie diesen gegebenenfalls effizient bewältigen kann (Wilkinson 1987/88). Zu diesen gehören beispielsweise neben den professionellen auch die persönlichen Wertvorstellungen, das Rollenverständnis einer Pflegefachperson und ihr Selbstbewusstsein sowie ihre ethische Sensibilität und Kompetenz, ethische Entscheidungen treffen zu können (Burston/Tuckett 2013).

Als Auslöser für moralischen Stress werden in der Literatur interne und externe Faktoren sowie klinische Situationen beschrieben (Burston/Tuckett 2013; Hamric 2012). Interne Faktoren umfassen personenbezogene Eigenschaften wie zum Beispiel eine erhöhte moralische Sensitivität, Selbstzweifel oder Gefühle von Machtlosigkeit, die bewirken können, dass die betreffenden Pflegefachpersonen das Gefühl haben, sie könnten in herausfordernden Patientensituation nicht im Sinne der professionellen Werte handeln und diese auch vertreten (Hamric et al. 2012). Externe Faktoren beziehen sich vor allem auf die strukturelle pflegerische Arbeitsumgebung, in welcher sich Pflegefachpersonen aufgrund von institutionellen, finanziellen oder unterschiedlichen inter- und intraprofessionellen Ansichten daran gehindert fühlen, in Übereinstimmung mit ihren berufsethischen Werten zu arbeiten (Hamric et al. 2012). Zu den klinischen Situationen werden situativ im Alltag auftretende Pflegesituationen gezählt. Diese betreffen häufig die interprofessionelle Zusammenarbeit, bei der Pflegefachpersonen zum Beispiel das Gefühl haben, dass sie aus ihrer Sicht an nicht im Interesse der Patienten stehenden Behandlungen beteiligt sind, oder wenn sie Hilflosigkeit verspüren, wenn sie zum Beispiel nichts gegen ein aus ihrer Sicht unzureichendes Schmerzmanagement unternehmen können (Hamric et al. 2012). Moralischer Stress kann bei den Betroffenen zu emotionalen und psychosomatischen Belastungssymptomen führen wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Wut, Traurigkeit, Frustration, Angst und Schuldgefühlen (Elpern et al. 2005; Gutierrez 2005; Wilkinson 1989). Emotionale Erschöpfung, sinkende Arbeitszufriedenheit und ein früher Berufsausstieg können die Folgen einer anhaltenden moralischen Stressbelastung sein (Corley et al. 2001; Epstein/Hamric 2009). Aufgrund des erfahrenen moralischen Stresses kann es sein, dass sich Pflegefachpersonen innerlich zunehmend aus der Pflege zurückziehen und damit auch gegenüber Patienten und deren Familien distanzierter und mit entsprechend weniger Empathie auftreten. Diese abnehmende zwischenmenschliche Interaktion kann die pflegerische Betreuung und damit auch die Pflegequalität negativ beeinflussen (Epstein/Hamric 2009; Gutierrez 2005). Wie alle Wertesysteme sind auch die professionell ethischen Werte kultur- und umgebungsabhängig (Clarke 1997; Horton et al. 2007). In verschiedenen internationalen Studien hat sich denn auch gezeigt, dass der

kulturelle Kontext Einfluss auf das Auftreten und Erleben von moralischem Stress hat (Harrowing/Mill 2010; Mashiach Eizenberg et al. 2009; Ohnishi et al. 2010).

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel dieser Studie, mit einer ersten explorativen Untersuchung a) die Bedeutung der berufsethischen Werte im Alltag, b) die Auslöser von moralischem Stress und c) dessen Auswirkungen bei Pflegefachpersonen in einem Schweizer Akutspital zu erforschen.

### 3. Methode

Design und Methode: Für die vorliegende, 2012 durchgeführte Querschnittsstudie wählten wir einen qualitativen Forschungsansatz mit vier Fokusgruppeninterviews. Wir beabsichtigten damit, ein möglichst breites und umfassendes Bild zu den einzelnen im Zusammenhang mit moralischem Stress interessierenden Aspekten zu erhalten (McLafferty 2004; Morgan 1996).

Untersuchungsort und Rekrutierung der Studienteilnehmenden: Um innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit und Kapazitäten zu einem Ergebnis zu kommen, wurde die Studie nur an einem Deutschschweizer Universitätsspital durchgeführt. Die InteressentInnen meldeten sich freiwillig auf eine entsprechende interne Ausschreibung hin, mit der im betreffenden Spital Pflegefachpersonen aus den Funktionsgruppen der diplomierte Pflegenden, Pflegeexperten und Abteilungsleitenden gesucht wurden. Einschlusskriterien waren eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und eine mindestens einjährige Anstellungsdauer. Die Teilnehmenden wurden aus den Interessenten so ausgewählt, dass in jeder der Fokusgruppen Pflegefachpersonen aus möglichst allen Medizinbereichen vertreten waren. Auf diese Weise wurden zwei Fokusgruppen mit sechs respektive acht diplomierten Pflegenden, eine Fokusgruppe mit sechs Pflegeexperten und eine mit sechs Abteilungsleitenden gebildet. In Tabelle 1 sind die Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden dargestellt.

|                 |                   | Diplomierte Pflegenden<br>(n = 14) | Pflegeexperten<br>(n = 6) | Abteilungsleitende<br>(n = 6) |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Alter           | 25.0 – 39.9 Jahre | 5                                  | 1                         | 1                             |
|                 | 40.0 – 49.9 Jahre | 7                                  | 3                         | 4                             |
|                 | 50.0 – 65.0 Jahre | 2                                  | 2                         | 1                             |
| Geschlecht      | weiblich          | 14                                 | 5                         | 4                             |
|                 | männlich          | 0                                  | 1                         | 2                             |
| Arbeitspensum   | 60.0 – 79.9%      | 3                                  | 1                         | 0                             |
|                 | 80.0 – 100.0%     | 11                                 | 5                         | 6                             |
| Berufserfahrung | 2.0 – 9.9 Jahre   | 4                                  | 0                         | 1                             |
|                 | 10.0 – 19.9 Jahre | 3                                  | 3                         | 1                             |
|                 | 20.0 – 29.9 Jahre | 6                                  | 2                         | 4                             |
|                 | 30.0 – 40.0 Jahre | 1                                  | 1                         | 0                             |

Tabelle 1: Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden

*Datensammlung:* Die Fokusgruppeninterviews wurden jeweils von einer Moderatorin und einem Co-Moderator geführt und dauerten zwischen 110 und 130 Minuten. Zunächst wurde den Teilnehmenden der Ablauf des Fokusgruppeninterviews beschrieben. Daraufhin erklärten wir anhand der Literatur und mit einem Fallbeispiel, was wir unter berufsethischen Grundsätzen und unter dem Phänomen „Moralischer Stress“ verstehen. Anschließend stellten wir den Teilnehmenden Fragen zur Pflege nach berufsethischen Werten sowie den Auslösern und Auswirkungen von moralischem Stress wie etwa: „Inwieweit beeinflussen die berufsethischen Grundsätze Sie bei Ihrer täglichen Arbeit?“ oder „In welchen Situationen erleben Sie moralischen Stress besonders häufig?“ Die Fragen für die Fokusgruppeninterviews orientierten sich an einem von uns zuvor verfassten Leitfaden. Die Fokusgruppenteilnehmenden wurden im weiteren Diskussionsverlauf auch danach befragt, welche professionell-ethischen Grundsätze für sie in den erlebten Situationen von moralischem Stress verletzt wurden und wie sich ihr Erleben veränderte, wenn sie eine bestimmte moralischen Stress auslösende Situation mehrmals erlebten. Die Fokusgruppeninterviews wurden auf zwei Tonträger aufgenommen und anschließend Wort für Wort transkribiert.

*Datenanalyse:* Zur Datenanalyse wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet (Mayring 2008). Dementsprechend wurde das Transkript paraphrasiert, generalisiert, reduziert und analysiert. Durch Strukturierung der gebildeten Haupt- und Unterkategorien wurde eine inhaltliche Gliederung aufgebaut und Zusammenhänge konnten erkannt werden. Die Daten wurden mit Hilfe des Software Atlas.ti 7.0 analysiert und strukturiert (Scientific Software Development GmbH 2012).

*Qualitätssicherung:* Zur Qualitätssicherung waren die vier Kriterien Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Verlässlichkeit und Bestätigbarkeit von Lincoln und Guba (1985) leitend, die unter dem Überbegriff Vertrauenswürdigkeit als Goldstandard für den Gütenachweis von qualitativen Daten beschrieben werden (Lincoln/Guba 1985; Shenton 2004).

- Glaubwürdigkeit: Der gesamte Forschungsprozess und die einzelnen Erhebungs- und Analyseschritte wurden dokumentiert und fortlaufend überprüft. Dabei waren Experten für qualitative Forschung unmittelbar mitbeteiligt. Die Zitate dokumentieren die empirische Verankerung.
- Übertragbarkeit: Informationen zum Kontext und den Teilnehmenden ermöglichen Lesenden einen Rückschluss auf die Situation und zeigen unsere Perspektive der Interpretation. Diese wurde durch den Vergleich unserer Resultate mit der internationalen Literatur unterstützt.
- Verlässlichkeit: Die inhaltlichen und methodischen Entscheidungen wurden mit Kommilitoninnen sowie mit Experten kritisch diskutiert. Nach Abschluss der Datenanalyse wurde das Ergebnis anhand des Ausgangsmaterials auf seine Vollständigkeit, Korrektheit und Angemessenheit hin überprüft.
- Bestätigbarkeit: Alle 26 Interviewteilnehmenden wurden zur inhaltlichen Validierung der Forschungsergebnisse eingeladen, um deren Authentizität und Aussagekraft zu prüfen. Elf Teilnehmende erklärten sich bereit, zu den ihnen zuvor schrift-

lich zugestellten Ergebnissen telefonisch Stellung zu nehmen. Die zentrale Frage dabei war, ob die dargelegten Ergebnisse die beim Fokusgruppeninterview von der betreffenden Person beschriebenen Erlebnisse wiedergaben. Die elf Befragten erkannten in den Ergebnissen ihre Aussagen wieder und bestätigten diese. Es waren keine Anpassungen notwendig.

*Ethik:* Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission genehmigt. Alle Teilnehmenden beteiligten sich freiwillig an der Studie und unterzeichneten eine informierte Einwilligungserklärung, in der ihnen die anonymisierte Verwendung ihrer Angaben zugesichert wurde. Ihnen wurde dargelegt, dass sie Antworten verweigern und das Interview jederzeit beenden können.

## 4. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse lassen sich entsprechend der Struktur des Interviewleitfadens in drei Hauptkategorien ordnen: 1) Man möchte eine sichere Pflege anbieten: Arbeiten nach berufsethischen Werten, 2) An Grenzen stoßen: Auslöser von moralischem Stress und 3) Es ist so unbefriedigend: Auswirkungen von moralischem Stress.

### 4.1 Man möchte eine sichere Pflege anbieten: Arbeiten nach berufsethischen Werten

In allen Fokusgruppen schilderten die Teilnehmenden die Bedeutung der professionell-ethischen Werte und Prinzipien für sie im beruflichen Alltag. Eine diplomierte Pflegende äusserte: *„Man möchte, dass der Patient nicht zu Schaden kommt und man eine sichere Pflege gewährleisten kann“*. Ergänzend dazu betonten einzelne Pflegeexperten, wie wichtig es ihnen ist, eine den ethischen und betrieblichen Anforderungen gerecht werdende hohe Pflegequalität anzubieten: *„Für mich ist es wichtig, dass trotz Abstrichen in der Pflege, die ausgeführten Tätigkeiten in einer hohen Pflegequalität durchgeführt werden.“* Die Achtung der Patientenautonomie wurde von den diplomierten Pflegenden, den Pflegeexperten und auch Abteilungsleitenden als zentral beschrieben. Eine Pflegende formulierte dies so: *„Für mich ist die Patientenautonomie sehr wichtig, denn oft verlieren die Menschen diese, wenn sie ins Spital kommen.“* Andere diplomierte Pflegenden erklärten, dass sie es als ihre moralische Aufgabe sehen, den Patienten und Angehörigen gegenüber Empathie zu zeigen und dass sie für sie da sein möchten, wozu sie aber auch die notwendige Zeit benötigen. Weitere Pflegenden ergänzten, dass sich für sie die berufsethischen Werte nicht von ihrer persönlichen, menschlichen Grundhaltung unterscheiden und sie sich ihres Erachtens nicht auseinander halten lassen.

In der Fokusgruppe mit den Abteilungsleitenden wurde zudem die Gleichbehandlung aller Patienten als weiterer wichtiger berufsethischer Grundsatz hervorgehoben. Zudem wurden von den Leitenden auch spezifische, mit ihrer Führungsfunktion zusammenhängende berufsethische Werte erwähnt. Im Einzelnen wurde dabei die für ihr Verständnis bestehende moralische Verpflichtung erwähnt, für die ihnen unterstellten Pflegenden bestmögliche Rahmenbedingungen zur Erbringung der notwendigen Pflege zu schaffen. Ein Abteilungsleiter stellte fest: *„[...] [Mir sind], neben der Patientenver-*

sorgung, auch die Mitarbeiter wichtig, so dass sie [...] Rahmenbedingungen vorfinden, in denen sie ihre Pflege nach der Definition umsetzen können.“<sup>3</sup> Unter den Abteilungsleitenden bestand zudem Einigkeit, dass sie sich moralisch auch dafür verantwortlich sehen, die ihnen unterstellten Mitarbeitenden an der aktuellen Arbeitsstelle und im Beruf zu halten. Dazu gehörte unter anderem, darauf zu achten, dass die diplomierten Pflegenden die ihnen zustehenden Ruhepausen einhalten oder auch auf deren Wünsche bezüglich ihrer persönlichen Zeitgestaltung einzugehen.

#### 4.2 An Grenzen stoßen: Auslöser von moralischem Stress

In allen Fokusgruppen berichteten die Befragten von Situationen, in denen sie aus ihrer Sicht nicht gemäß berufsethischer Werte arbeiten konnten und sich dadurch moralisch gestresst fühlten. Bei der Analyse der Daten zeigte sich, dass sich die von den Teilnehmenden genannten Ursachen analog der eingangs beschriebenen Literatur in die Unterkategorien „externe Faktoren“, „klinische Situationen“ und „interne Faktoren“ ordnen lassen (Hamric et al. 2006).

*Externe Faktoren:* In den Fokusgruppen mit diplomierten Pflegenden und Pflegeexperten bezeichneten die Teilnehmenden den aufgrund eines hohen Arbeitsanfalls oder knapper personeller Ressourcen erfahrenen Zeitmangel als häufige Ursache für moralischen Stress. Auch die Abteilungsleitenden erzählten davon, dass sie bei den ihnen unterstellten diplomierten Pflegenden Zeitmangel als auslösenden Faktor für moralischen Stress wahrnehmen. In diesem Zusammenhang wurde der hohe Administrations- und Dokumentationsaufwand erwähnt, der die Möglichkeit für den direkten Kontakt mit den Patienten aus Zeitgründen zusätzlich reduziert. Die diplomierten Pflegenden beschrieben, dass sie in solchen Situationen nicht mehr allen Patienten gleichermaßen Pflege auf dem erwünschten Qualitätsniveau anbieten können. Die zeitliche Verknappung verschärfte sich zusätzlich, wenn auch noch Patientensituationen auftreten, die unmittelbar dringliches Handeln erfordern. Sie sahen sich dann gezwungen, forciert Prioritäten zu setzen und machten dabei am ehesten Abstriche bei den regulären direkten Patientenkontakten, indem sie Gespräche mit Patienten oder Pflegemaßnahmen zur Prävention und Aktivierung von Patienten, aber auch bei der Körper- oder Mundpflege und der Mobilisation machen. Eine Pflegende beschrieb dazu: *„Schlussendlich werden Abstriche in der Grundpflege gemacht, weil das am meisten Zeit braucht. Und so Sprüche haben wir auch schon gehört: Dann mobilisiert ihr nur einmal statt zweimal oder gar nicht mehr.“*

Die Abteilungsleitenden erwähnten auch den in den vergangenen Jahren deutlich spürbar zunehmenden Kostendruck, aufgrund dessen sie sich gezwungen sehen, die

3 Im betreffenden Spital stützt sich die Definition professioneller Pflege auf Spichiger et al ab. Diese lautet: Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen (Spichiger, E./Kesselring, A./Spirig, R./De Geest, S. (2006): Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege 19, (Nr. 1), 45-51).

angebotene Pflege auf ihre Kosteneffizienz hin zu hinterfragen. Als für sie spürbare Folgen der Verknappung der finanziellen Ressourcen und erhöhten Forderungen nach finanzieller Effizienz nannten sie Personalknappheit, finanzielle Vorgaben oder die Gewährleistung einer bestimmten Bettenbelegung. Dadurch wiederum fühlten sie sich daran gehindert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die für die Erbringung einer den Anforderungen genügenden Pflege notwendigen sind. Eine Abteilungsleitende formulierte: *„Was für mich moralischer Stress ist, wenn ich Krankheitsfälle habe und ich nicht die Bettenkapazität zur Verfügung stellen kann, die eine angemessene Pflege sicher stellt oder eine sichere Pflege gewährleistet. Das wird aber von der Klinik ignoriert. Aber den Patienten, die wir nicht operieren können, sind wir auch verpflichtet. Und wenn wir das Bett nicht zur Verfügung stellen können, bin ich schuldig, dass der Patient nicht operiert werden kann. Ich frage mich, wem bin ich denn verpflichtet? Dem Patienten, der schon bei mir ist, oder der erst kommen soll?“*

Die diplomierten Pflegenden berichteten auch von moralischem Stress, der für sie im Zusammenhang mit den organisatorischen Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit entstand. Vor allem bei der Zusammenarbeit mit Ärzten nannten sie dazu als eine Ursache die hierarchische Organisationsstruktur, in der sie hinsichtlich bestimmter pflegerischer Tätigkeiten an eine entsprechende ärztliche Verordnung gebunden sind. Ergänzend dazu erwähnten diplomierte Pflegenden und Abteilungsleitende auch die aus ihrer Sicht unzureichende Einarbeitung von neuen und unerfahrenen Ärzten. Dadurch sehen sie eine sichere medizinische Patientenversorgung gefährdet oder werden Patienten ihres Erachtens mit unnötigen Untersuchungen belastet. In diesem Zusammenhang berichtete eine Abteilungsleiterin von ihrer Beobachtung, dass sich diplomierte Pflegenden in solchen Situationen auch dazu gedrängt fühlten, für ihres Erachtens unzureichend qualifizierte Ärzten kompensatorisch fachliche Verantwortung zu übernehmen. Diese organisationsbedingte, informelle Verantwortungsübergabe kann für die betroffenen diplomierten Pflegenden eine Ursache von moralischem Stress sein, indem sie damit den impliziten Anspruch verbunden sehen, Fehler bei der medizinischen Diagnostik und Therapie zu verhindern. Eine Pflegenden beschrieb in diesem Zusammenhang: *„Was für mich noch mit hinein spielt, ist, dass man ärztliche Verantwortung übernehmen oder mangelndes ärztliches Wissen als Pflegenden kompensieren muss. Das wird erwartet. Junge unerfahrene Assistenten kommen ohne ausreichende oder ganz ohne Einarbeitung auf die Schicht. Man geht davon aus, dass wir erfahren sind und das kompensieren können.“*

*Klinische Situationen:* In allen Fokusgruppen wurde deutlich, dass sich moralischer Stress im klinischen Alltag vor allem im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit zeigte. In den Fokusgruppen mit diplomierten Pflegenden und Pflegeexperten erzählten die Teilnehmenden vom empfundenen moralischen Stress in Situationen des Schmerzmanagements oder der palliativen Versorgung. Bisweilen führten unterschiedliche professionelle Einschätzungen dazu, dass Patienten ihres Erachtens vermeidbaren Schmerz erleiden oder der Sterbeprozess unnötig verlängert wird und sie als Pflegefachpersonen das von ihnen wahrgenommene zusätzliche Leiden der Patienten nicht verhindern können. Eine Pflegeexpertin einer Intensivpflegeabteilung beschrieb

dazu: „Wenn man einen Patienten eigentlich schon als terminal betrachtet und von ärztlicher Seite her, da gibt es eben dieses Hierarchiegefälle, noch volles Programm gefahren werden muss. Wo man dann am Bett steht und denkt: Um Gottes willen! Was mache ich hier eigentlich? Ich würde jetzt eigentlich lieber „tender loving care“ machen und assistiere bei der Einlage von einer Thoraxdrainage.“ Aus Sicht einzelner diplomierter Pfleger und Pflegeexperten führt der medizinische und technische Fortschritt neben allen Vorteilen auch zu Situationen, in denen auch bei hochbetagten Patienten mit infausten Diagnosen noch alle verfügbaren hochmodernen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden. Sie erklärten, dass auch solche Situationen bei ihnen moralischen Stress auslösen können. Eine Pflegerin äusserte sich dazu folgendermaßen: „Die Chirurgen haben immer den Eindruck, es ist alles super. Das erzählen sie jedem Angehörigen und immer wieder muss ich feststellen, also mit Realität hat das nichts mehr zu tun. Auch wenn er aus dem Grab operiert. Dann machen [sie] trotzdem noch weiter bis zum bitteren Ende.“ Ergänzend dazu schilderten weitere diplomierte Pflegerinnen und Abteilungsleitende die Machtlosigkeit als Ursache für moralischen Stress, die sie empfanden, wenn sie für ihr Empfinden ungenügend in Therapieentscheidungen einbezogen oder zu Therapiezielen nicht ausreichend informiert werden.

*Interne Faktoren:* Teilnehmende der Fokusgruppen aus diplomierten Pflegerinnen und Pflegeexperten berichteten, dass sie moralischen Stress empfinden, wenn sie Patienten in Situationen betreuen und pflegen müssen, für die sie sich selbst als unzureichend fachkompetent einschätzen aufgrund von mangelnder Fertigkeiten, fehlender Erfahrung oder ungenügendem Fachwissen. Eine diplomierte Pflegerin gab zu bedenken: „In der Angehörigenbetreuung müssen wir ein Maß an psychologischer Begleitung liefern, für das wir nicht ausgebildet sind. Da gerate ich immer wieder an meine Grenzen.“

In allen vier Fokusgruppen erwähnten die Teilnehmenden, dass ihre Widerstandsfähigkeit und Toleranz bezüglich dem Erleben von moralischem Stress auch von ihrer aktuellen Befindlichkeit, von der Intensität ihrer generellen persönlichen Belastung und auch vom Ausmaß des bisher von ihnen erlebten moralischen Stresses beeinflusst sind. Verschiedene diplomierte Pflegerinnen berichteten davon, dass sie weniger resilient gegen moralischen Stress sind, wenn sie sich unwohl oder unter Arbeitsdruck fühlen. Eine Pflegerin erzählte: „[Bei mir] persönlich hat es noch viel damit zu tun, wie lange ich schon gearbeitet habe. Ich bin vielleicht eher empfänglich für moralischen Stress, wenn ich 6 [Tage] geschafft habe, einen Tag frei habe, dann nochmals 4-5 [Tage] arbeite. Dann bin ich schon langsam am Limit und am Ende. Dann bin ich sicher viel empfänglicher.“ Die Teilnehmenden in allen vier Fokusgruppeninterviews beschrieben, dass die Intensität, mit der sie sich moralisch gestresst fühlen, auch vom Ausmass des von ihnen vermuteten Leidens der Patienten abhängt, dem gegenüber sich die betreffenden Pflegefachpersonen ohnmächtig empfinden. In allen Gruppen erklärten die Informanten, wie für sie die Intensität des erlebten moralischen Stresses auch von der Dauer oder Häufigkeit einer stressauslösenden Situation abhängt. Einzelne Teilnehmende beschrieben, dass sie sich bei vermehrtem Auftreten von bestimmten Situationen innerlich von diesen distanzieren oder durch Anerkennung einer vermeintlichen diesbezüglichen Machtlosigkeit eine gewisse stressreduzierende Abgrenzung erreichen. Bei anderen Teilnehmenden



den verstärkt sich jedoch das Erleben von moralischem Stress bei wiederholtem Auftreten bestimmter belastender Situationen.

### 4.3 Es ist so unbefriedigend: Auswirkungen von moralischem Stress

Die Befragten der Fokusgruppen mit diplomierten Pflegenden und Abteilungsleitenden erlebten unterschiedliche psychische und körperliche Symptome im Zusammenhang mit moralischem Stress. Hinsichtlich psychischer Symptome berichteten sie von intensiven und belastenden Gefühlen wie Unzufriedenheit, Wut und Frustration, aber auch von Leere und Ohnmachtsgefühlen. Die diplomierten Pflegenden berichteten über ihre Sorge, dass sie bei zu häufigem oder intensivem Erleben von moralischem Stress Patienten gegenüber gleichgültig werden oder abstumpfen könnten. Eine Pflegende äußerte in diesem Zusammenhang auch Selbstkritik, die sie in Situationen moralischen Stress erlebte: *„Ich musste der blinden Patientin sagen, dass ich im Moment absolut keine Zeit für sie habe. Da habe ich mir gedacht, was bin ich für eine Person, dass ich jetzt eine hilfsbedürftige Patientin einfach sitzen lassen muss.“* Eine weitere diplomierte Pflegende erzählte von Vertrauensverlust und Wut gegenüber der Institution, die sie in moralischen Stress auslösenden Situationen empfindet, weil sie sich von dieser alleine gelassen fühlte. Eine Pflegeexpertin beschrieb, wie sie bei diplomierten Pflegenden als Reaktion auf moralischen Stress auch eine emotionale Distanzierung beim Aufbau einer pflegerischen Beziehung mit den Patienten und Vermeidungstendenzen in Bezug auf die Ausführung bestimmter notwendiger pflegerischer Tätigkeiten beobachtete: *„In den Teams kann es dann zu Vermeidungstendenzen kommen. Dann will niemand mehr zu dem Patienten gehen und die [...] [Pflegerinnen] müssen fast dazu gezwungen werden Bezugspflege zu übernehmen. [...] Dort distanziert man sich dann emotional.“*

Einzelne Teilnehmende der Pflegeexperten-Fokusgruppe berichteten demgegenüber von einem Gefühl der Trauer, das sie bei moralischem Stress empfinden, und davon, dass sie Angst erleben würden, sich in diesen Situationen falsch zu verhalten und dadurch den in die Situation involvierten Patienten noch mehr Schaden zuzufügen.

Die diplomierten Pflegenden und Abteilungsleitenden beschrieben körperliche Symptome, die bei moralischem Stress auftraten. Sie erwähnten dabei Kopfschmerzen, Migräne, Schlaflosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden oder eine starke innerer Unruhe. Eine Pflegende konstatierte: *„Es ist eine sehr unbefriedigende Situation, wenn ein Patient leidet und man kann ihm einfach nicht helfen. [...] Das kann bis zu Schlaflosigkeit führen oder Magen-Darm-Beschwerden.“* Einige diplomierte Pflegende erzählten davon, dass diese Symptome auch ihr Privatleben beeinträchtigen, indem sie erschöpfter und mit einem schlechten Gefühl nach Hause gehen, dadurch schlechter schlafen und teilweise eine längere Erholungszeit nötig haben. Eine Pflegende beschrieb auch Gedankenkreisen und Selbstzweifel, die sie im Zusammenhang mit moralischen Stress auslösenden Situationen erlebt. Gemäß ihren Worten sucht sie dann nach möglichen Fehlern, die sie gemacht haben könnte und damit bestimmte Situationen nicht verhindert hat, oder sie macht sich Vorwürfe und hat ein schlechtes Gewissen den Patienten

gegenüber: *„Ich fühle mich total unzufrieden. Ich denke, vielleicht schaffe ich nicht schnell genug. Ich suche den Fehler dann bei mir.“*

Für einige Abteilungsleitende und diplomierte Pflegende war eine frühere Verletzung ihrer moralischen Integrität so belastend, dass sie aufgrund des erfahrenen moralischen Stresses auch schon ihre Stelle gewechselt hatten. Andere erwähnten in diesem Zusammenhang ihre Unzufriedenheit mit der aktuellen Arbeitsplatzsituation.

## 5. Diskussion

Mit dieser Studie wurde ein erster Schritt zur Erforschung des Erlebens von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen in einem schweizerischen Akutspital getan. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass es den an den Fokusgruppeninterviews beteiligten Pflegefachpersonen aus den Funktionsgruppen der diplomierten Pflegenden, der Pflegeexperten und den Abteilungsleitenden wichtig ist, ihre Arbeit berufsethischen Werten und Prinzipien entsprechend zu gestalten. Es steht in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur, dass sich die Fokusgruppenteilnehmenden auf Basis ihrer professionell-ethischen Werthaltung für die Achtung der Patientenautonomie und für eine qualitativ hochstehende Pflege einsetzen wollen (Rassin 2008; Sabatino et al. 2014). Manche diplomierte Pflegende beschrieben ausdrücklich, dass die berufsethischen Grundsätze mit ihren persönlichen Werten übereinstimmen. Diese Deckungsgleichheit persönlicher und professioneller Werte hat sich auch schon in anderen Untersuchungen mit diplomierten Pflegenden gezeigt (Hartrick Doane 2002; McGarry et al. 2009). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass junge Menschen den Pflegeberuf gerade wegen dieser Affinität gewählt haben (Johnson et al. 2012; Tennant 1999; Wilkes et al. 2014). Vor diesem Hintergrund erscheint es auch plausibel, dass bestimmte ethisch sensible Situationen im Pflegealltag von Pflegefachpersonen nicht nur als moralische Fragestellung oder moralisches Dilemma erlebt werden, sondern sie sich dabei auch immer wieder in ihrer moralischen Integrität bedroht oder verletzt fühlen und dementsprechend moralischen Stress erleben (Hardingham 2004; Kelly 1998; Zuzelo 2007). Die Aussagen der Abteilungsleitenden sind konsistent mit den Ergebnissen aus ähnlichen Untersuchungen in anderen Ländern. In diesen hat sich auch gezeigt, dass sich Abteilungsleitende einer dualen professionell-ethischen Herausforderung gegenüber gestellt sehen, indem sie sich einerseits den Patienten und andererseits auch den ihnen unterstellten Mitarbeitenden moralisch verantwortlich fühlen (Bondas 2009; Vaismoradi et al. 2014).

Den Teilnehmenden unserer Fokusgruppen wurde die in der Literatur vorgenommene Kategorisierung in externe, situative und interne potentiell moralischen Stress auslösenden Faktoren nicht vorgestellt (Hamric et al. 2006). Dennoch nannten sie spontan Situationen mit moralischen Stress auslösenden Faktoren, die sich diesen drei Kategorien zuordnen lassen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass diese in der Literatur beschriebene Kategorisierung auch für die Schweizer Verhältnisse zutreffend ist, auch wenn die Teilnehmenden unserer Fokusgruppeninterviews nicht sämtliche dazu

in der Literatur beschriebenen potentiell moralischen Stress auslösenden Faktoren erwähnten, wie zum Beispiel einer Patientin nicht die Wahrheit sagen zu können oder einem Patienten für eine informierte Entscheidungsfindung notwendige Informationen vorzuenthalten (Corley et al. 2001; Hamric et al. 2012; Houston et al. 2013). Eine mögliche Erklärung für solche Nuancierungen ist, dass das professionell-ethische Wertesystem ein kultur- und kontextabhängiges Phänomen ist und dadurch auch das professionelle Rollenverständnis prägt (Hamric 2012). Dementsprechend unterscheiden sich möglicherweise auch die Art und das Auftreten der Situationen, in denen sich Pflegefachpersonen in ihre moralischen Integrität bedroht oder verletzt fühlen (Clarke 1997; Horton et al. 2007). Es mutet in Anbetracht der von den Teilnehmenden erwähnten Dynamik der umgebungsbezogenen Faktoren und der von ihnen angesprochenen medizinischen Entwicklung als unrealistisch an, eine abschließende Liste moralischen Stress auslösender Situationen und Faktoren erstellen zu können.

Dennoch scheint es, dass wir im Rahmen unserer Fokusgruppeninterviews einen unseres Wissens in der Literatur bisher nicht beschriebenen moralischen Stress auslösenden Faktor explorieren konnten. Dabei handelt es sich um die im Zusammenhang mit unzureichend in den Spitalbetrieb eingeführten oder noch sehr unerfahrenen Ärzten von diplomierten Pflegenden und Abteilungsleitenden beschriebene informelle fachliche Verantwortungsübernahme für medizinische Entscheidungen. Dieser die Zusammenarbeit mit den Ärzten betreffende Faktor ist möglicherweise von großer Bedeutung, weil die interprofessionelle Zusammenarbeit gemäß der Aussagen unserer Fokusgruppenteilnehmenden und der Literatur eine der häufigsten und wichtigsten Ursache für moralischen Stress ist (Huffman/Rittenmeyer 2012). In der Fokusgruppe mit den Pflegeexperten wurde ähnlich wie bei den diplomierten Pflegenden über potentiell moralischen Stress auslösenden Faktoren in der direkten Patientenpflege berichtet. Ihrer fachlich-unterstützenden Funktion entsprechend berichteten sie aber auch von ihren Beobachtungen, die sie im Zusammenhang mit moralischem Stress bei diplomierten Pflegenden machten. Ihre Aussagen sind konsistent mit denen von den Pflegenden selbst. Dies stärkt die Evidenz dieser Information.

Übereinstimmend mit den Erkenntnissen US-amerikanischer Studien mit Führungspersonen in der Pflege zeigen unsere Daten, dass auch Abteilungsleitende moralischen Stress erleben können (Gaudine/Beaton 2002; Porter 2010). Es ist nachvollziehbar, dass die Abteilungsleitenden wegen ihrer übergeordneten Führungsfunktion bei in der direkten Pflege auftretenden moralischen Stress auslösenden Faktoren vor allem von Beobachtungen bei den ihnen unterstellten diplomierten Pflegenden berichteten. Bei den sie persönlich betreffenden Stressauslösern standen vielmehr Faktoren im Vordergrund, die mit den strukturellen Rahmenbedingungen und der interprofessionellen Zusammenarbeit in Verbindung stehen. Diese für Abteilungsleitende zusätzlich bestehenden moralischen Stress auslösenden Situationen werden auch in der Literatur beschrieben. Dabei wird auch auf die speziell für die Abteilungsleitenden geltende „Sandwichstellung“ hingewiesen, durch die sie auch immer wieder im Konflikt zwischen klinischen und betrieblichen Interessen stehen (Edmonson 2010).

In allen Fokusgruppen wurden im Zusammenhang mit dem Erleben von moralischem Stress Symptome erwähnt, wie sie auch in der Literatur angeführt werden (AACN 2006; Corley 2002). Bemerkenswert ist, dass die Pflegeexperten von psychischen und emotionalen Belastungen sprachen, aber keine körperlichen Zeichen erwähnten. Es ist denkbar, dass die Pflegeexperten aufgrund ihrer jahrzehntelangen Erfahrung befähigt sind, mit Pflegesituationen umzugehen, in denen ihre professionell-ethischen Werte mit denjenigen anderer in Konflikt stehen und sie deshalb möglicherweise moralischen Stress weniger intensiv erleben. Theoretisch lässt sich diese Annahme mit dem Umstand stützen, dass gemäß Hardingham an der Aufrechterhaltung der moralischen Integrität auch ein erlernbarer Entscheidungsfindungsprozess beteiligt ist, der den Umgang mit potentiell moralischen Stress auslösenden Situationen unterstützt (Hardingham 2004). Empirische Hinweise dazu gibt es aus einer US-amerikanischen Studie mit Pflegefachpersonen, bei der sich gezeigt hat, dass Erfahrung negativ korreliert ist mit der Intensität des Erlebens von moralischem Stress (Corley et al. 2005). Eine weitere US-amerikanische Untersuchung hat ergeben, dass Advanced Practice Nurses ein stark ausgeprägtes Selbstvertrauen dafür haben, mit moralisch herausfordernden Situationen umgehen zu können (Laabs 2012). Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass Pflegeexperten aufgrund ihrer Kompetenz und Erfahrung, sowie auch aufgrund des mit ihrer Funktion verbundenen Auftrags eher in der Lage sind, ethisch sensible Situationen im Praxisalltag auch interprofessionell zur Sprache zu bringen und eine den verschiedenen moralischen Werten und Perspektiven gerecht werdende Lösung zu finden (Beavis 2013; Ulrich/Hamric 2008).

Bei unserer Befragung wurde festgestellt, dass durch moralischen Stress belastete diplomierte Pflegende auch mit emotionalen Rückzugstendenzen reagieren können. Dieses Vermeidungsverhalten in der professionellen Beziehung gegenüber Patienten wurde auch schon in einer US-amerikanischen Querschnittsuntersuchung mit Pflegefachpersonen als Folge von moralischem Stress festgestellt (De Villers/DeVon 2013). Einzelne Pflegefachpersonen haben berichtet, dass sie wegen moralischem Stress auch schon daran gedacht haben, die Arbeitsstelle zu wechseln, oder dies bereits einmal getan haben. Dieser Umstand weist in Übereinstimmung mit der Literatur darauf hin, dass moralischer Stress nicht nur Auswirkungen auf die davon betroffene Person selbst und die Qualität der Patientenbeziehung hat, sondern auch auf das Halten der betroffenen Pflegefachpersonen am Arbeitsplatz (Corley et al. 2001; Gutierrez 2005). Vor diesem Hintergrund ist es von großer Bedeutung, dass Verantwortliche im Pflegefach, in Pflegeausbildung und Pflegemanagement moralischen Stress als wichtigen Faktor für die Pflege als Dienstleistung, für die Patienten und für die Pflegefachpersonen selbst erkennen und mit entsprechenden Maßnahmen versuchen, diesem vorzubeugen oder seine Auswirkungen abzuschwächen und aufzufangen (Bell/Breslin 2008; Hamric 2000; Robichaux/Parsons 2009; Rushton et al. 2013). Zur Stärkung der moralischen Resilienz von Pflegefachpersonen bestehen dazu international auch schon etablierte und erfolgreich durchgeführte Schulungsprogramme (Robinson et al. 2014).

## 6. Limitationen

Es ist eine Einschränkung unserer Studie, dass sich die Rekrutierung der Teilnehmenden aus Ressourcengründen auf ein Spital beschränkte und die Anzahl der Teilnehmenden und Fokusgruppen vergleichsweise gering war. Die Fokusgruppen wurden mittels eines literaturgestützten Leitfadens durchgeführt und waren deshalb möglicherweise limitierend. Die während der Fokusgruppen zu einzelnen Punkten aufkommenden Diskussionen mussten zudem aufgrund des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens leider auch immer wieder vorzeitig beendet werden, so dass die Interviewzeit wahrscheinlich zu kurz war, damit die Teilnehmenden sich zu allen Fragen abschließend äußern konnten. Weiter ist es denkbar, dass sich die Teilnehmenden im Rahmen einer Fokusgruppe hinsichtlich des Äußerns bestimmter Situationen und der Beschreibung des damit verbundenen Erlebens gehemmt fühlten, um die ganze Facette von Ursachen und Auswirkungen von moralischem Stress explizit zu machen. Eine zusätzliche Limitation war allenfalls die Vorgehensweise bei der Datenanalyse. Obwohl wir induktiv vorgehen, haben uns die vorher für den Interviewleitfaden festgelegten Fragen möglicherweise in unserer Offenheit beeinflusst.

## 7. Schlussfolgerung

Da die Teilnehmenden moralischen Stress erleben und dieser eine emotionale Belastung darstellt, gilt es künftig gezielte Maßnahmen zum Umgang mit dem Phänomen einzuleiten. Dabei spielen die berufliche Aus- und Weiterbildung im schweizerischen pflegerischen Arbeitsumfeld eine zentrale Rolle. Denn mit edukativen Maßnahmen können die Entwicklung einer moralischen Resilienz und ein kompetenter Umgang mit moralischen Stress auslösenden Situationen unterstützt werden. International bereits bestehende Schulungsprogramme können adaptiert und kulturell angepasst werden.

In Anbetracht der von den Teilnehmenden erwähnten Stressauslösern scheint es zudem angemessen, mit strukturellen, organisatorischen und kulturellen Maßnahmen und vor allem auch solchen, die die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen, innerhalb des Spitals die potentiell moralischen Stress auslösenden Situationen möglichst zu reduzieren. Insbesondere wichtig ist es, solche Maßnahmen entlang des Patientenprozesses einzurichten. Wenn es gelingt, Patienten ins Zentrum zu stellen und organisatorische Abläufe auf sie auszurichten, können Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen gezielt einsetzen und damit von den genannten Stressauslösern entlastet werden.

Begleitend dazu könnte es bezüglich der Vermeidung von und dem Umgang mit moralischem Stress hilfreich und unterstützend sein, eine innerbetriebliche Arbeitsumgebung zu schaffen, in der die Voraussetzungen zur kritischen Reflexion unterschiedlicher professioneller ethischer Werte und der Diskussion gemeinsamer ethischer Entscheidungsfindungen gegeben sind. Es wurde darauf hingewiesen, dass sich moralischer Stress nicht nur auf die Pflegefachpersonen selbst, sondern möglicherweise

auch auf ihr Verhalten gegenüber den Patienten sowie ihrem Verbleib am Arbeitsplatz auswirkt. In Anbetracht dessen können unsere Ergebnisse als Hinweis darauf verstanden werden, dass es heute schon berechtigt ist, das Phänomen moralischer Stress in Fachführung und Pflegemanagement vermehrt zu thematisieren, auch wenn das Phänomen moralischer Stress noch vertiefter im Umfeld der schweizerischen Pflegepraxis untersucht werden muss.

## Literatur

- AACN (2006): 4 A's to rise above moral distress. [http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/4As\\_to\\_Rise\\_Above\\_Moral\\_Distress.pdf](http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf). (2. September 2014)
- Beavis, N. (2013): Moral distress and Advanced Practice Nursing: the need for morally habitable work environments. *Journal of Bioethical Inquiry* 10, (Nr. 3), 425-426
- Bell, J./Breslin, J.M. (2008): (Oct-Dec): Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JO-NAS Healthc Law Ethics Regul* 10, (Nr. 4), 94-97; quiz 98-99. PubMed PMID: 19060648
- Bentzen, G./Harsvik, A./Brinchmann, B.S. (2013): "Values that vanish into thin air": Nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research and Practice* 2013, (8 p.), <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/939153/>. (29. August 2014).
- Bondas, T. (2009): Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing* 14, (Nr. 4), 351-362
- Burston, A.S./Tuckett, A.G. (2013): Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics* 20, (Nr. 3), 312-324
- Busse, R./Schwartz, F.W. (1997): Financing reforms in the German hospital sector: from full cost cover principle to prospective case fees. *Medical Care* 35, (Nr. 10, Supplementum), OS40-OS49
- Clarke, P.G. (1997): Values in health care professional socialization: implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *The Gerontologist* 37, (Nr. 4), 441-451
- Corley, M.C. (2002): Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 9, (Nr. 6), 636-650
- Corley, M.C./Elswick, R.K./Gorman, M./Clor, T. (2001) (Jan): Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* 33, (Nr. 2), 250-256. PubMed PMID: 11168709
- Corley, M.C./Minick, P./Elswick, R.K./Jacobs, M. (2005): Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* 12, (Nr. 4), 381-390
- De Villers, M.J./DeVon, H.A. (2013): Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics* 20, (Nr. 5), 589-603
- Edmonson, C. (2010): Moral courage and the nurse leader. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [Internet]. 15(3):[Manuscript 5 p.]. <http://gm6.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No3-Sept-2010/Moral-Courage-for-Nurse-Leaders.aspx>. (29. August 2014)
- Elpern, E.H./Covert, B./Kleinpell, R. (2005): Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 14, (Nr. 6), 523-530
- Epstein, E.G./Hamric, A.B. (2009): Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics* 20, (Nr. 4), 330-342
- Fenton, M. (1988): Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1, (Nr. 3), 8-11
- Gaudine, A.P./Beaton, M.R. (2002): Employed to go against one's values: nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Canadian Journal of Nursing Research* 34, (Nr. 2), 17-34
- Gutierrez, K.M. (2005): Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing* 24, (Nr. 5), 229-241
- Hamric, A.B. (2000) (Sep-Oct): Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook* 48, (Nr. 5), 199-201. PubMed PMID: 11044292
- Hamric, A.B. (2012): Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum* 24, (Nr. 1), 39-49

- Hamric, A.B./Borchers, C.T./Epstein, E.G. (2012): Development and testing of an instrument to measure moral distress in health care professionals. *AJOB Primary Research* 3, (Nr. 2), 1-9
- Hamric, A.B./Davis, W.S./Childress, M.D. (2006): Moral distress in health care professionals. *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society* 69, (Nr. 1), 16-23
- Hardingham, L.B. (2004): Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy* 5, (Nr. 2), 127-134
- Harrowing, J.N./Mill, J. (2010): Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies* 47, (Nr. 6), 723-731
- Hartrick Doane, G.A. (2002): Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity. *Nursing Ethics* 9, (Nr. 6), 623-635
- Horton, K./Tschudin, V./Forget, A. (2007): The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics* 14, (Nr. 6), 716-740
- Houston, S./Casanova, M.A./Leveille, M./Schmidt, K.L./Barnes, S.A./Trungale, K.R./Fine, R.L. (2013): The intensity and frequency of moral distress among different healthcare disciplines. *The Journal of Clinical Ethics* 24, (Nr. 2), 98-112
- Huffman, D., M./Rittenmeyer, L. (2012): How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 24, (Nr., 91-100
- Johnson, M./Cowin, L.S./Wilson, I./Young, H. (2012): Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review* 59, (Nr. 4), 562-569
- Kelly, B. (1998): Preserving moral integrity: a follow up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing* 28, (Nr. 5), 1134-1145
- Kramer, M./Schmalenberg, C. (1987): Magnet hospitals talk about the impact of DRGs on nursing care - part II. *Nursing Management* 18, (Nr. 10), 33-40
- Laabs, C.A. (2012): Confidence and knowledge regarding ethics among advanced practice nurses. *Nursing Education Perspectives* 33, (Nr. 1), 10-14
- Lincoln, Y.S./Guba, E.G. (1985): *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Lützén, K./Ewalds-Kvist, B. (2012): Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum* 24, (Nr. 1), 13-25
- Mashiach Eizenberg, M./Desivilya, H.S./Hirschfeld, M.J. (2009): Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *Journal of Advanced Nursing* 65, (Nr. 4), 885-892
- Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Technik*. 10., neu ausgestattete Auflage ed. Weinheim, Basel: Beltz
- McGarry, J./Aubeeluck, A./Simpson, C./Williams, G. (2009): Nursing students' experience of care. *Nursing Older People* 21, (Nr. 7), 16-22
- McLafferty, I. (2004): Focus group interviews as a data collection strategy. *Journal of Advanced Nursing* 48, (Nr. 2), 187-194
- Morgan, D.L. (1996): Focus groups. *Annual Review of Sociology* 22, (Nr. 1), 129-152
- Ohnishi, K./Ohgushi, Y./Nakano, M./Fujii, M./Tanaka, H./Kitaoka, K./Nakahara, J./Narita, Y. (2010): Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics* 17, (Nr. 6), 726-740
- Porter, R.B. (2010): Nurse managers' moral distress in the context of the hospital ethical climate. *University of Iowa*
- Rassin, M. (2008): Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics* 15, (Nr. 5), 614-630
- Rice, E.M./Rady, M.Y./Hamric, A./Verheijde, J.L./Pendegast, D.K. (2008) (Apr): Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management* 16, (Nr. 3), 360-373. PubMed PMID: 18324996
- Robichaux, C./Parsons, M.L. (2009): An ethical framework for developing and sustaining a healthy workplace. *Critical Care Nursing Quarterly* 32, (Nr. 3), 199-207
- Robinson, E.M./Lee, S.M./Zollfrank, A./Jurchak, M./Frost, D./Grace, P. (2014): Enhancing Moral Agency: Clinical Ethics Residency for Nurses. *Hastings Center Report* 44, (Nr. 5), 12-20

- Rushton, C.H./Kaszniak, A.W./Halifax, J.S. (2013): Addressing moral distress: application of a framework to palliative care practice. *Journal of Palliative Medicine* 16, (Nr. 9), 1080-1088
- Sabatino, L./Stievano, A./Rocco, G./Kallio, H./Pietila, A.-M./Kangasniemi, M.K. (2014): The dignity of the nursing profession: A meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics* 21, (Nr. 6), 659-672
- Scientific Software Development GmbH. Atlas.ti 7.0, Berlin 2012
- Shenton, A.K. (2004): Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22, (Nr. 2), 63-75
- Sochalski, J./Aiken, L.H./Fagin, C.M. (1997): Hospital restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: an outcomes research agenda. *Medical Care* 35, (Nr. 10 Supplementum), OS13-OS25
- Spichiger, E./Kesselring, A./Spirig, R./De Geest, S. (2006): Professionelle Pflege-Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege* 19, (Nr. 1), 45-51
- Tennant, S.M. (1999): Nursing to care or caring to nurse: a qualitative investigation of perceptions of new recruits. *Nurse Education Today* 19, (Nr. 3), 239-245
- Ulrich, C./O'Donnell, P./Taylor, C./Farrar, A./Danis, M./Grady, C. (2007): Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science and Medicine* 65, (Nr. 8), 1708-1719
- Ulrich, C.M./Hamric, A.B. (2008): What is so distressing about moral distress in advanced nursing practice. *Clinical Scholars Review* 1, (Nr. 1), 5-6
- Vaismoradi, M./Bondas, T./Salsali, M./Jasper, M./Turunen, H. (2014): Facilitating safe care: a qualitative study of Iranian nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 22, (Nr. 1), 106-116
- Wilkes, L./Cowin, L./Johnson, M. (2014): The reasons students choose to undertake a nursing degree. *Collegian*, [7 p.]. (<http://ac.els-cdn.com/S1322769614000043/dx.doi.org/10.1016/j.collegn.2014.01.003>). (29. August 2014)
- Wilkinson, J.M. (1987/88): Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum* 23, (Nr. 1), 16-29
- Wilkinson, J.M. (1989): Moral distress: a labor and delivery nurse's experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 18, (Nr. 6), 513-519
- Zuzelo, P.R. (2007) (May): Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics* 14, (Nr. 3), 344-359. PubMed PMID: 17459818

*Michael Kleinknecht-Dolf*

Klinischer Pflegewissenschaftler, Projektleiter DRG Begleitforschung Pflege, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, UniversitätsSpital Zürich  
Rämistrasse 100 (MOU 2), 8091 Zürich, Switzerland, michael.kleinknecht@usz.ch



Manuela Lautenschläger, Anna Lena Knörr, Ulrike Höhmann,  
Michael Schilder

## Die Auswirkungen musikalischer Interventionen auf Menschen mit Demenz in niedrigschwelligen Betreuungsgruppen:

Eine qualitative Studie über das Erleben pflegender Angehöriger

Effects of musical interventions on people with dementia in low-threshold care-groups: A qualitative study on the experiences of family members providing care

Especially over the last decade, resource-promoting dementia research has increasingly focused on the use of the medium of music. Numerous empirical studies have shown that music has a positive effect on dementia sufferers. However, more intensive integration in everyday life is seen as the key to ensuring that the effects of music can really be optimally utilised as a resource in this context. The long-term goal is that through the transfer of this resource we can take some of the pressure off the dependent care system, thereby preserve it for as long as possible, and in this way counter the care-related demographic trends of our healthcare system to some extent.

In a qualitative study first the family members providing care were asked about their experience on the perceived effects evoked by music. On the basis of this experience the second step was the discussion about the potential advantage a continuous use of music could provide to their daily nursing routine.

### Keywords

Resource-promoting dementia research, qualitative study, positive effects evoked by music, experience of family members providing care

Im Zuge der ressourcenfördernden Demenzforschung ist gerade im letzten Jahrzehnt der Fokus vermehrt auf den Einsatz des Mediums Musik gerichtet worden. Zahlreichen empirischen Studien lässt sich entnehmen, dass Musik einen positiven Einfluss auf demenziell erkrankte Menschen hat. Damit die Auswirkungen der Musik vor diesem Hintergrund jedoch wirklich optimal als Ressource genutzt werden können, wird eine intensivere Integration in den Alltag als wichtig angesehen. Das langfristige Ziel besteht dabei darin, durch den Transfer dieser Ressource in den Pflegealltag, Angehörige zu entlasten. Hiermit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, häusliche Pflege länger aufrechterhalten zu können und auf diese Weise den pflegerelevanten demographischen Entwicklungen unserer Gesundheitsversorgung zu begegnen.

Mittels einer qualitativen Studie wurde zunächst das subjektive Erleben der pflegenden Angehörigen hinsichtlich der wahrgenommenen musikindizierten Effekte erfasst, sowie

in einem zweiten Schritt erörtert, welchen potentiellen Nutzen die pflegenden Angehörigen auf der Basis ihrer gewonnenen Erfahrungen durch einen kontinuierlichen Musikeinsatz ggf. für ihren Pflegealltag gewinnen können.<sup>1</sup>

### Schlüsselwörter

Ressourcenfördernde Demenzforschung, qualitative Studie, positive musikindizierte Effekte, Erleben pflegender Angehöriger

## 1. Musik als mögliche Ressource zur Begegnung der aus dem Anstieg der Prävalenzrate dementieller Erkrankungen resultierenden Herausforderungen

Ausgehend von krankheitsbezogenen Aspekten lässt sich die besondere Relevanz der Thematik sowie die Entwicklung der Forschungsfragen darlegen: Demenz stellt eine der häufigsten und folgenreichsten neurologischen Erkrankungen im Alter dar. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Prävalenzrate dementieller Erkrankungen in den kommenden Jahren noch deutlich ansteigen und sich nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Alzheimer's Disease International (ADI) weltweit bis 2050 voraussichtlich sogar verdreifachen (vgl. ADI/WHO 2010: 12).

Hierin besteht eine Herausforderung für Politik, Gesellschaft und das Gesundheitssystem (vgl. Eggen et al. 2006): Um eine kostenintensive stationäre Versorgung so lange wie möglich zu vermeiden, müssen bezahlbare und effektive Alternativen, vor allem im Bereich der ambulanten und niedrigschwelligen Betreuung, bereitgestellt werden (vgl. Freiling 2011; Frevel 2004; Kerschbaumer/Schroeder 2005). Demnach geht diese Public Health relevante Entwicklung mit einer sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung einher, welche den Ausgangspunkt der Fragestellungen bildet.

Neben den daraus resultierenden gesamtgesellschaftlichen Anforderungen ergibt sich aus dieser Prävalenz zugleich eine enorme professionsspezifische Herausforderung für den Fachbereich der Pflegewissenschaft (vgl. Freiling 2011: 9ff.). Als Berufsfeld, das in besonderem Maße mit den Auswirkungen des demographischen Wandels konfrontiert ist, sollte für den Bereich der Pflege die Entwicklung zukunftsorientierter Lösungsmöglichkeiten von besonderem Interesse sein. Gerade auch um die zunehmende Professionalisierung der Pflege zu unterstreichen, ist es als Aufgabe der Pflege- und Gesundheitswissenschaften zu sehen, durch eine aktive Mitarbeit die eigene berufsspezifische Perspektive in die Optimierung und Ausgestaltung der vorhandenen Ressourcen und Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz einfließen zu lassen.

Im Rahmen einer, in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewinnenden, ressourcenfördernden Demenzforschung ist es äußerst relevant und sinnvoll, in diesem

---

1 Es handelt sich um die Zusammenfassung unserer Bachelorarbeit im Studiengang „Pflege und Gesundheitsförderung“ an der Evangelischen Hochschule Darmstadt. Diese wurde von Herrn Prof. Dr. Schilder und Frau Prof. Dr. Höhmann betreut und 2012 mit dem ersten Platz des BKK Innovationspreis Gesundheit ausgezeichnet.

Kontext auch verstärkt die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige in den Fokus zu rücken (vgl. Isfort / Weidner / Laag 2011).

Da ein Großteil der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld bzw. in niedrigschwelligen Sektor stattfindet (vgl. Dietl et al. 2010: 99; Schneekloth 2006: 405f.), hat der Bereich der Angehörigenpflege in besonderem Maße die Folgen der demographischen Entwicklungen zu tragen (vgl. Freiling 2011: 10). Diese Tatsache wird noch dadurch intensiviert, dass unsere Gesellschaft gerade im Hinblick auf die aus der Bevölkerungsentwicklung resultierenden ökonomische Probleme, die sich insbesondere in Kapazitäts- und Kostenfaktoren äußern werden (vgl. Weber 2010: 85), zunehmend auf ein funktionierendes und möglichst stabiles System der informellen Pflege angewiesen sein wird.

Dieser Aspekt sowie die enormen internen und externen Anforderungen, die der Verlauf dementieller Erkrankungen nicht nur an den Betroffenen<sup>2</sup> selbst, sondern auch an dessen pflegende Angehörige stellt, weisen auf den besonderen Bedarf hin, in diesem Bereich vorhandene Ressourcen zu stärken und auszubauen, sowie Innovationsprozesse anzuregen. Hierbei soll der Fokus auf einer möglichst passgenauen und effektiven inhaltlichen Ausrichtung der Betreuung, insbesondere im Bereich der Angehörigenpflege und der niedrigschwelligen Angebote liegen mit der Intention, nachhaltige positive Wirkungen auf den Alltag der Betroffenen, sowie deren – in gewisser Hinsicht mit betroffenen – Angehörigen zu erzielen (vgl. Isfort/Weidner/Laag 2011: 133ff.).

Aus der Vielzahl möglicher Ansatzpunkte soll hier der Einsatz musikalischer Elemente herausgegriffen werden, insbesondere um der aufstrebenden Bedeutung dieser Interventionsform in den verschiedenen Disziplinen der Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen. Ein weiteres und in diesem Zusammenhang das ausschlaggebende Argument stellt die signifikante Wirkung dar, die dem Medium Musik in Bezug auf Menschen mit Demenz zugeschrieben werden kann. Vorwiegend im letzten Jahrzehnt konnten durch diverse internationale Untersuchungen in diesem Bereich aussagekräftige Erkenntnisse hinsichtlich der positiven musikindizierten Auswirkungen erzielt werden (vgl. Aldrige 2000; Hartogh 2008; Loske 2000; Muthesius et al. 2010; Svansdottir/Snaedal 2006).<sup>3</sup>

Diese positiven Effekte sind nicht nur in der Theorie aufgezeigt worden, sondern finden zunehmend Anklang in den diversen Settings der Gesundheitsversorgung, jedoch bisher meist nur in einzelnen fragmentierten Einheiten, wie beispielsweise einmal wöchentlich stattfindenden Singstunden in stationären Einrichtungen. Damit die Auswirkungen der Musik vor diesem Hintergrund jedoch wirklich optimal als Ressource genutzt werden können, wird eine intensivere Integration in den Alltag als wichtig angesehen. Aufgrund der besonderen Relevanz pflegender Angehöriger im Kontext einer dementiellen Erkrankung im häuslichen Umfeld soll hierbei das Forschungsfeld um die Perspektive dieser Personengruppe erweitert werden, indem deren

2 Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur besseren Lesbarkeit wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

3 Zur detaillierteren Ausführung der positiven Auswirkungen von Musik siehe Punkt 2.2.

subjektives Erleben beim Einsatz musikalischer Elemente in der Betreuung von Menschen mit Demenz Berücksichtigung findet.

Auf Basis dieser geschilderten Ausweitung des Themengebietes lautet die erste Forschungsfrage: *Wie erleben pflegende Angehörige ihr zu versorgendes Familienmitglied mit Demenz beim Einsatz von Musik?*

Nach diesem ersten Schritt der Exploration des subjektiven Erlebens der pflegenden Angehörigen, soll in einem zweiten Schritt darauf aufbauend untersucht werden, inwieweit sich neben den positiven Effekten, welche sich primär auf den Menschen mit Demenz auswirken, eventuell auch positive Sekundärwirkungen für den Pflegealltag der Angehörigen ableiten lassen. Dieser Untersuchungsgegenstand wird durch die zweite Forschungsfrage abgebildet: *Welchen persönlichen Nutzen können pflegende Angehörige durch den Einsatz von Musik gegebenenfalls für ihren Pflegealltag gewinnen?*

Das Setting der Durchführung spiegelt die Intention der empirischen Studie in besonderem Maße wider: wird das Potential niedrigschwelliger Betreuungsangebote als Brücke zwischen häuslicher Versorgung und formeller Tagespflege durch eine effektive Ausgestaltung optimal genutzt (vgl. Sauer 2007: 15ff.), so lässt sich dadurch zwar langfristig gesehen eine kostenintensive vollstationäre Betreuung nicht gänzlich vermeiden, es besteht allerdings die Chance, deren Eintritt auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben und damit in der Summe gesehen gesellschaftliche Ressourcen einzusparen.

Des Weiteren können erzielte Erfolge, beispielsweise im Hinblick auf die Stimmungslage der Betroffenen, durch die hohe Alltagsnähe niedrigschwelliger Betreuungsgruppen (vgl. ebd.) von den pflegenden Angehörigen direkt im gemeinsamen Alltag nutzbar gemacht werden.

## 2. Interdisziplinäre Schnittstellen hinsichtlich des Wirkungspotentials von Musik auf Basis vorhandener empirischer Befunde

Aufgrund der Bedeutung der Musik als zentraler Komponente der Studie sollen in diesem Kapitel zunächst die Grundverständnisse der in diesem Zusammenhang tangierten Disziplinen dargelegt werden, um darauf aufbauend empirische Befunde zu den Wirkungsbereichen des Einsatzes musikalischer Elemente im Umgang mit Menschen mit Demenz anzuführen.

Vor dem Hintergrund dieses Bezugsrahmens ist abschließend die professionsspezifische Verbindung zu pflegerlevanten Konzepten herzustellen.

### 2.1 Rolle der Musiktherapie/-geragogik in der Gesundheitsversorgung

Die im Gesamtzusammenhang der Untersuchung relevanten Fachrichtungen, welche sich insbesondere durch den gezielten Einsatz von Musik in der Gesundheitsversorgung auszeichnen, sind zum einen die Musiktherapie und zum anderen die Musikgeragogik.

Musiktherapie stellt eine noch vergleichsweise junge Disziplin des Gesundheitswesens dar, deren Charakteristika in erster Linie aus dem Bereich der Psychotherapie stammen (vgl. Decker-Voigt et al. 2008; Dehm-Gauwerky 2009: 13; Smeijsters 2009: 268). Nach Summers definiert sich Musiktherapie wie folgt: „*Unter Musiktherapie versteht man den gezielten Einsatz von Musik, um körperliche, geistige und psychische Gesundheit wiederzuerlangen, zu erhalten oder zu verbessern.*“ (Summers 1993: 4).

Insbesondere in der Arbeit mit älteren Menschen gewinnt der Einsatz musikbezogener Elemente zunehmend an Bedeutung (vgl. Blanckenburg 2008; Dreischulte/Harms 2007). In Abgrenzung zur Musiktherapie im klassischen Sinne hat sich im Verlauf des vergangenen Jahrzehntes in diesem Bereich ein neues Aufgabenfeld gebildet – die Musikgeragogik. Wie aus der Semantik des Begriffes hervorgeht, stellt Musikgeragogik eine Disziplin dar, die sich mit der musikalischen Bildung im Alter befasst. Ziel hierbei ist es, die Aneignung und Anwendung musikalischer Kompetenzen im Alter zu fördern und zunehmend in die verschiedenen Lebensbereiche zu implementieren (vgl. Hartogh 2008: 22).

## **2.2 Empirischer Erkenntnisstand zum Themenbereich Musik und Demenz und dessen Übertragung auf pflegerelevante Konzepte**

Insbesondere aufgrund der Prävalenz dementieller Erkrankungen stellt sich in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung die Frage, welche Therapiemöglichkeiten gewählt werden sollen bzw. können, um Menschen mit Demenz auch im fortgeschrittenen Krankheitsstadium zu erreichen.

Bei der Auseinandersetzung mit dieser Problematik gewinnt die Wirkung von Musik auf Menschen mit Demenz immer mehr an Bedeutung (vgl. Baird/Samson 2009; Gotell et al. 2003; Hartogh 2008; Holmes et al. 2006; Van de Winckel et al. 2004). Dies ist insbesondere auf den biomedizinischen Befund zurückzuführen, dass die für das Hören verantwortlichen Hirnbereiche von den neuronalen Veränderungen weitaus weniger betroffen sind als z. B. das Sprach- und Sehzentrum (vgl. Söthe 2008: 221).

Auf Basis empirischer Befunde lassen sich einige Parameter aufstellen, anhand derer die Wirkungskreise der Musik abbildbar sind. So ist dem Einsatz von Musik beispielsweise sowohl eine entspannende und beruhigende Wirkung (vgl. Hartogh 2008: 33), als auch das Potential zu emotionaler und körperlicher Aktivierung (vgl. Holmes et al. 2006: 623ff.) zuzuschreiben. Des Weiteren kann Musik als Schlüssel zu Erinnerungen fungieren (vgl. Baird/Samson 2009: 85 ff.), womit zu einem Erhalt der Identität beigetragen wird (Hartogh 2008: 33). Neben den bisher genannten Aspekten schafft Musik oftmals auch einen Anreiz zu nonverbaler und verbaler Kommunikation (vgl. Gotell et al. 2003: 411ff.)

Diese musikindizierten Effekte finden bis dato zwar meist im musiktherapeutischen/-geragogischen Kontext Anwendung, lassen sich jedoch auch in den Bezugsrahmen pflegerelevanter Konzepte transferieren.

Zum einen ist den positiven Wirkungsaspekten der Musik eine zentrale Bedeutung für den Bereich der Biografie- und Identitätsarbeit zuzuschreiben, der für die Gewährleistung professioneller Pflege dementiell erkrankter Menschen einen hohen Stellenwert hat (vgl. Remmers 2006; Schilder 2007; Schneberger et al. 2010; Trilling et al. 2001). Da Musik einen starken positiven Einfluss auf die Erinnerungsfähigkeit nehmen kann, was in ihren gedächtnisunabhängigen syntaktischen Eigenschaften begründet liegt (vgl. Muthesius 2010: 34), leistet sie einen bedeutsamen Beitrag zur Identitätswahrung.

Neben dieser ressourcenfördernden Biografie- und Identitätsarbeit erfolgt die hier dokumentierte Studie unter Berücksichtigung eines weiteren pflegepraktisch bedeutsamen konzeptionellen Hintergrundes: der Basalen Stimulation. Leitgedanke dieses Konzeptes ist es, über basale, bereits pränatal entwickelte Wahrnehmungsbereiche des menschlichen Körpers eine grundlegende Stimulation anzuregen mit dem zentralen Ziel, auf diese Weise eine gesundheitsfördernde Begegnungsform zu erlangen (vgl. Bienstein/Fröhlich 2010: 41). Erkenntnissen dieses Konzeptes zufolge regen gegenwärtige audiorhythmische Eindrücke das auditive Gedächtnis an und können zu einer Rekonstruktion biografischer Zusammenhänge mit Bekanntem verhelfen (vgl. Bienstein/Fröhlich 2010: 66).

Im Folgenden sollen nun Erkenntnisse zur besonderen Belastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz sowie mögliche Entlastungsstrategien Berücksichtigung finden.

### **3. Anforderungen an das häusliche System der Angehörigenpflege und dessen Entlastungsmöglichkeiten**

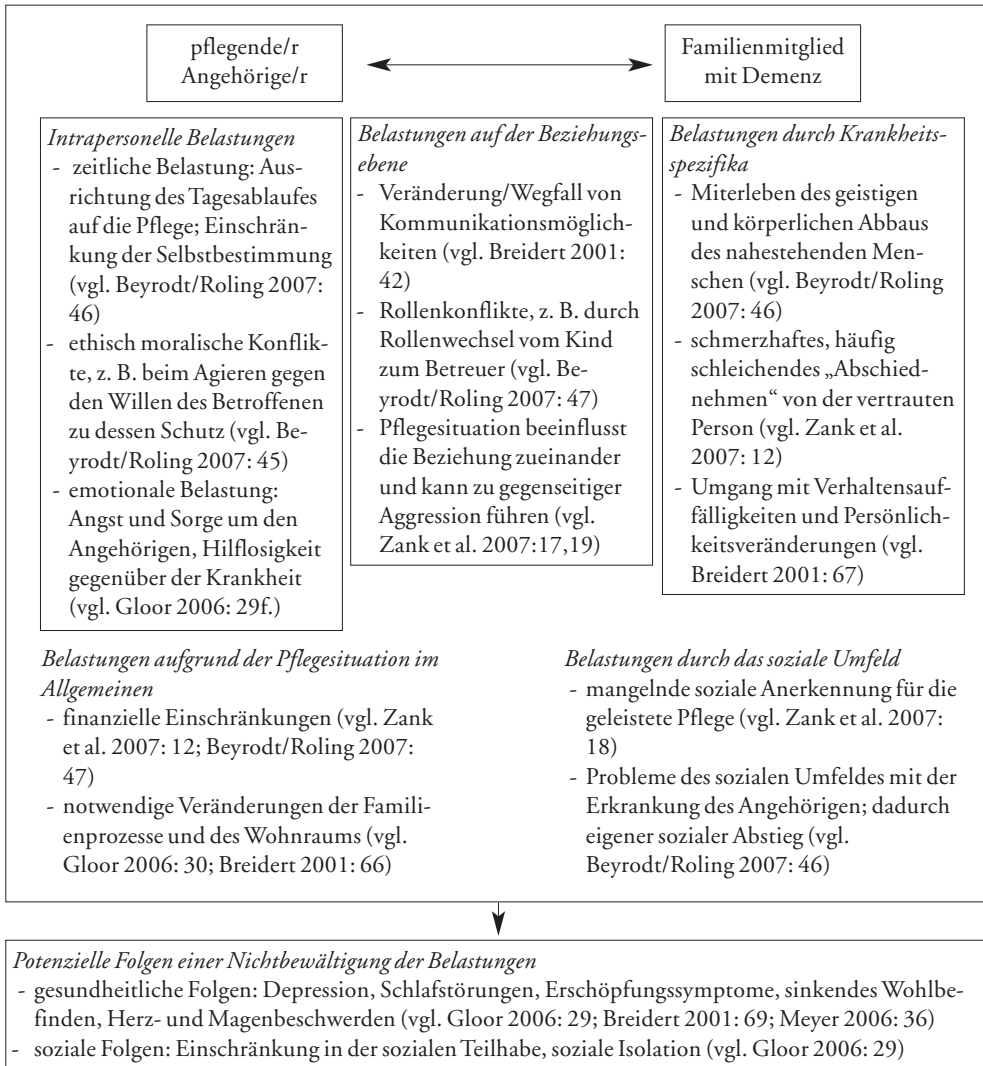
Die Angehörigenpflege erfüllt in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz eine elementare Funktion: Von den derzeit ca. 1,3 Millionen (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011: 41) in Deutschland lebenden Betroffenen werden knapp zwei Drittel in ihrer häuslichen Umgebung versorgt (vgl. Dietl et al. 2010: 99), davon 80% von ihren Angehörigen (vgl. Schneekloth 2006: 406).

Nachstehend sollen die besonderen krankheitsspezifischen Belastungen, die mit der Pflege eines Menschen mit Demenz einhergehen, dargestellt werden, um darauf aufbauend die Funktion niedrigschwelliger Angebote zur Entlastung dieser Personengruppe zu beleuchten.

#### **3.1 Belastungen pflegender Angehöriger durch die krankheitsbedingten Anforderungen**

Unter Berücksichtigung empirischer Erkenntnisse der LEANDER-Studie, einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von dementiell erkrankten

Menschen der Universität Siegen (vgl. Zank et al. 2007) und einer in Halle durchgeführten Erhebung von Beyrodt und Roling zum gleichen Themenschwerpunkt (vgl. Beyrodt/Roling 2007) soll die nachstehende graphische Darstellung Einblick in mögliche Ursachen für das Belastungserleben pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz gewähren.



**Belastungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz**

**3.2 Entlastungsmöglichkeiten durch niedrigschwellige Betreuungsangebote**

Seit der Reform der Pflegeversicherung im Juli 2008 steht Menschen mit Demenz aufgrund der (anhand festgelegter Kriterien einzuschätzender) eingeschränkten Alltagskompetenz nach Beantragung der Pflegestufe 0 ein Betreuungsgeld von bis zu 200 € zu, mit dem die Ausgaben für sogenannte niedrigschwellige Betreuungsangebote gedeckt werden können.

Dieser Angebotstypus, der zwischen professioneller und familiärer Pflege einzuordnen ist (vgl. Sauer 2007: 18), verfolgt die Grundintention einer leichten Erreichbarkeit und Verfügbarkeit für die Unterstützungssuchenden (vgl. Stoppe/Stiens 2009: 5) und umfasst im Sinne des Gesetzes *„Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen, sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen“* (Stoppe/Stiens 2009: 5).

Hinsichtlich der Zielsetzung und des Nutzens niedrigschwelliger Angebote lässt sich feststellen, dass von deren Inanspruchnahme dementiell erkrankte Menschen sowie deren Angehörigen gleichermaßen profitieren können: Während die pflegenden Angehörigen ein Stück persönlichen Freiraum zurückgewinnen (vgl. Wißmann 2007: 54), sowie Kontakt zu anderen Betroffenen knüpfen können (vgl. Kern 2007: 14), erhöht die Teilnahme an einer Betreuungsgruppe die soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz und trägt zu einer Förderung vorhandener Ressourcen bei (vgl. Stoppe/Stiens 2009: 59).

Zur Optimierung der Effektivität stundenweiser Betreuung könnte auch der verstärkte Einsatz musikalischer Elemente beitragen und das in zweierlei Hinsicht: Zum einen könnten auf diese Weise die positiven Auswirkungen von Musik auf Menschen mit Demenz gezielt im Gruppenprozess und im anschließenden Tagesverlauf nutzbar gemacht werden und zum anderen würde sich die Möglichkeit bieten, pflegende Angehörige in diesem Rahmen auf die Vorteile der eigenständigen Nutzung dieser wertvollen Ressource aufmerksam zu machen.

Daraus leitet sich die Hauptintention des Forschungsvorhabens ab, mithilfe der Betrachtung der subjektiven Erlebnisse pflegender Angehöriger bezüglich der in Punkt 2.2 aufgestellten Parameter, genauer zu untersuchen, inwieweit die empirisch nachgewiesenen positiven Effekte von Musik auf dementiell erkrankte Menschen praktische Relevanz im Rahmen der Angehörigenpflege, aber auch hinsichtlich der Gestaltung niedrigschwelliger Betreuungsangebot haben und den Kontaktaufbau zu Demenzpatienten sowie die Anknüpfung an deren Vergangenheit verbessern können.

#### 4. Methodik des Forschungsvorgehens

Die in Punkt 2 aufgezeigten bereits zur Thematik vorliegenden empirischen Befunde bilden die Grundlage bzw. den Hauptanknüpfungspunkt für die hier dokumentierte qualitative Studie, deren zentraler Gegenstand anhand der folgenden Forschungsfragen verdeutlicht werden kann:

- Wie erleben pflegende Angehörige ihr zu versorgendes Familienmitglied mit Demenz beim Einsatz von Musik?
- Welchen persönlichen Nutzen können pflegende Angehörige durch den Einsatz von Musik gegebenenfalls für ihren Pflegealltag gewinnen?



Die Zielsetzung der Studie liegt darin, das Forschungsfeld explorativ auszuweiten (vgl. Diekmann 2001: 444f.) und durch die Fokussierung des subjektiven Erlebens (vgl. Mayring 2002: 20) der pflegenden Angehörigen zu untersuchen, inwieweit sich die primären Auswirkungen des Mediums Musik auf Menschen mit Demenz wiederum auswirken, also die sekundären Wirkungen auf den konkreten Alltag der häuslichen Angehörigenpflege zu erfassen.

#### 4.1 Projektplanung und -durchführung

Als Kern der Projektdurchführung ist eine fünfwöchige Interventionsphase des „Gemeinsamen Singens“ in einer bestehenden, regelmäßig stattfindenden niedrigschwelligen Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz des Diakonischen Werkes Odenwald (DWO) zu sehen. Im Rahmen dessen wurden einmal wöchentlich in der letzten halben Stunde der Betreuungszeit im Beisein der jeweiligen pflegenden Angehörigen verstärkt musikalische Elemente eingesetzt – vorwiegend in Form von gemeinsamen Liedersingens.

Aus den sechs bestehenden wohnortnahen Betreuungsgruppen des aufgeführten freien Wohlfahrtsverbandes galt es zunächst im Sinne eines a priori durchzuführenden selektiven Samplings (vgl. Kelle/Kluge 2010: 50) die geeignete Gruppe für die Durchführung des Projektes auszuwählen und somit die Stichprobe für die nachfolgende Erhebung zu definieren.

Als Kriterien für die Auswahl der geeigneten Betreuungsgruppe lassen sich hierbei folgende Aspekte anführen:

- Die Gruppe umfasst nicht weniger als fünf Teilnehmer und ist weitestgehend stabil. Damit soll gewährleistet werden, dass auch im Krankheitsfall etc. ein Gruppengefüge erhalten bleibt bzw. ausreichend Probanden zur Verfügung stehen.
- Die an der Gruppenbetreuung teilnehmenden Menschen mit Demenz werden außerhalb der Betreuungszeit von ihren Angehörigen versorgt. Diese Gegebenheit ermöglicht in der Auswertungsphase des Projekts die Übertragbarkeit möglicher erzielter positiver Effekte und deren potentiellen entlastenden Wirkungen auf das Dependenzpflegesystem.
- Die pflegenden Angehörigen stehen in regelmäßigem Kontakt zur Gruppenleitung und zeigen Interesse und Engagement hinsichtlich des Betreuungsangebotes und dessen Optimierung; die Wahrscheinlichkeit für die Bereitschaft zur Teilnahme an der geplanten Studie ist folglich relativ hoch.

An dieser Stelle soll zudem noch auf die, mit der Studie verbundene, ethische Problematik hingewiesen werden: Die Frage nach der Vertretbarkeit der Forschung an bzw. mit dementiell erkrankten Menschen lässt sich im Allgemeinen nicht einfach mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Vielmehr sollte eine „Risiko-/Nutzen-Abwägung“ hinsichtlich der Folgen einer forschungsgeleiteten Handlung im Vordergrund stehen, welche im Rahmen eines Forschungsvorgehens häufig den wesentlichen Entscheidungspfad darstellt (vgl. LoBiondo-Wood / Haber 2005: 446; Polit et al. 2004: 98ff.). Vor

dem Hintergrund einer solchen Abwägung sind klare Unterscheidungen vorzunehmen zwischen experimenteller Behandlungsforschung, die beispielsweise durch invasive medizinische Maßnahmen unter Umständen negative physiologische Langzeitauswirkungen erzeugen kann und therapeutischen Interventionen, wie das gemeinsame Singen, welche in der Regel ohne gefährliche Folgen bleiben, und bei denen somit der vermutete Nutzen den Risiken überwiegt.

Auf Grundlage des ethischen Selbstverständnisses der Projektleiterinnen war es jedoch von zentraler Bedeutung, besonders im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung, die dementiell erkrankten Menschen während der Interventionen aufmerksam wahrzunehmen, niemals eine Interaktion zu erzwingen und insbesondere beim Auftreten starker negativer Emotionen den Prozess zu unterbrechen bzw. komplett abbrechen.

#### 4.2 Datenerhebungsmethoden

Zur schlüssigen Beantwortung der Fragestellungen der Studie werden vier verschiedene, sich ergänzende Datenerhebungsinstrumente herangezogen.

Die beiden zentralen und zugleich die qualitative Ausrichtung dieser Studie repräsentierenden Datenerhebungsmethoden sind zum einen leitfadengestützte Interviews zur Abbildung des subjektiven Erlebens der pflegenden Angehörigen (n=6) (vgl. Lamnek 2010: 312) sowie in Ergänzung auch der beiden kontinuierlich am Projekt beteiligten Expertinnen (n=2). Hierbei soll zunächst das subjektive Erleben des jeweiligen pflegenden Angehörigen während der musikalischen Intervention erfasst werden, um darauf aufbauend die Einschätzung des potentiellen Alltagsnutzens des Mediums Musik für die Angehörigenpflege zu erfragen.

Als zweite qualitative Erhebungsmethode ist die kontinuierlich während der musikalischen Interaktion stattfindende teilnehmende Beobachtung durch die beiden Projektleiterinnen anhand eines partiell strukturierten Beobachtungsschemas zu nennen. Ein methodisch kontrolliertes Fremdverstehen repräsentiert hierbei die zentrale Zielsetzung der teilnehmenden Beobachtung (vgl. Lamnek 2010: 498); im Zuge der vorliegenden Studie wird sie als Ergänzungskomponente hinsichtlich des subjektiven Erlebens der pflegenden Angehörigen angewandt und dient dazu, diesen zentralen Untersuchungsgegenstand möglichst umfassend empirisch zu beleuchten.

Zur weiteren Ergänzung dieser beiden Haupterhebungsinstrumente wird zu Projektbeginn ein Assessmentbogen verwendet; dem konzeptuellen Grundgedanken eines solchen Erhebungsinstrumentes entsprechend, dient dieser Assessmentbogen einer ersten Einschätzung (vgl. Reuschenbach 2011: 27). Ziel hierbei ist es demnach, durch die Erfassung einiger grundlegender Bedingungsfaktoren einen ersten präinterventionellen Einblick in die Sichtweise und das Erleben der pflegenden Angehörigen zu erlangen, indem zum Beispiel das Wahrnehmen verschiedener Stimmungslagen ihres zu versorgenden Familienmitgliedes im alltäglichen Leben abgebildet wird.

Außerdem finden im Projektverlauf Reflexionsbögen zur wöchentlichen Dokumentation der Wahrnehmungen der pflegenden Angehörigen während des „Gemeinsamen Singens“ Anwendung. Die Grundintention dieses Reflexionsbogens besteht darin, mittels regelmäßiger, parainterventioneller Einschätzungen letztendlich intrapersonelle, sich über den Zeitraum der gesamten musikalischen Intervention erstreckende Verläufe abbilden zu können.

### 4.3 Datenauswertung

Die inhaltliche Auswertung des Datenmaterials der leitfadengestützten Interviews findet im Wesentlichen mittels qualitativer Inhaltsanalyse statt (vgl. Kelle/Kluge 2010; Mayring 2010). Hierbei wird eine sinnvolle, aber nicht zu starre Kategorisierung der Daten als Zielsetzung gesehen (vgl. Mayring 2010: 49).

- Da der teilnehmenden Beobachtung methodisch ein partiell strukturiertes Beobachtungsschema zugrunde liegt, findet dieses auch zur Strukturierung der Auswertung Anwendung: Die Daten aus den Beobachtungsprotokollen werden durch Zuordnung zu den thematischen Sinneinheiten des Schemas kategorisiert.
- Die gewonnenen Daten aus den Assessment- und Reflexionsbögen werden mithilfe von Excel erfasst und anschließend die relevanten Besonderheiten hervorgehoben, sowie intrapersonelle Verläufe graphisch abgebildet.

## 5. Subjektives Erleben der Auswirkungen musikalischer Interventionen auf Menschen mit Demenz und Einschätzung der Transfermöglichkeiten in den Pflegealltag

Da eine auf Vollständigkeit beruhende Ergebnisdokumentation zu allen der vier eingesetzten Datenerhebungsmethoden im Rahmen dieser Ausarbeitung zu umfänglich wäre, soll unter diesem Punkt der Fokus auf besonders markanten Angaben bzw. Feststellungen liegen.

Hierzu erfolgt zunächst eine Gegenüberstellung ausgewählter Daten aus dem vor Projektbeginn eingesetzten Assessmentbogen und den im Projektverlauf wöchentlich ausgehändigten Reflexionsbögen.

Anschließend werden Auszüge aus den Ergebnissen der Teilnehmenden Beobachtung aufgeführt, wobei die Perspektive insbesondere auf die prozessgeleitete Interaktion zwischen den pflegenden Angehörigen und dem jeweiligen zu betreuenden Familienmitglied mit Demenz während der musikalischen Intervention gerichtet wird.

In einem dritten Bereich werden schließlich Auszüge aus dem mithilfe der leitfadengestützten Interviews gewonnenen Datenmaterial dargestellt, welche das Kernelement der qualitativen Studie bilden.

### **5.1 Einschätzungen der pflegenden Angehörigen anhand des Assessmentbogens und der Reflexionsbögen**

Mittels des präinterventionell an die pflegenden Angehörigen verteilten Assessmentbogens wurden diese u. a. gebeten, die zentralen Ausprägungsbereiche der dementiellen Erkrankung ihres zu versorgenden Familienmitgliedes einzuschätzen. Hierbei ist auffällig, dass neben den – der Hauptcharakteristik dementieller Erkrankungen entsprechenden – Einschränkungen im Bereich der Gedächtnisleistung am häufigsten Veränderungen der Stimmungslage bemerkt wurden.

Eine siebenstufig-ordinalskalierte Likert-Skala bot den Angehörigen im Assessmentbogen die Möglichkeit, diese Stimmungslagen bzw. die Tendenz ihres Auftretens genauer einzuordnen. In diesem Rahmen wurden beispielsweise fünf der sechs Gruppenteilnehmer von ihren Angehörigen als nur selten fröhlich eingestuft. Drei Teilnehmer wurden außerdem als teilnahmslos beschrieben, während vier relativ häufig depressive Verstimmungen aufweisen.

Bei einer Gegenüberstellung mit der Datenauswertung der parainterventionell wöchentlich eingesetzten Reflexionsbögen lässt sich feststellen, dass die pflegenden Angehörigen bei den jeweiligen zu betreuenden Menschen mit Demenz während des „Gemeinsamen Singens“ hinsichtlich der Stimmungslage positive Veränderungen bemerken. So erscheinen vier der bei der Ersteinschätzung als wenig oder kaum fröhlich beschriebenen Teilnehmern ihren Bezugspersonen fröhlich oder zumindest eher fröhlich.

Ähnliches trifft auf die Zufriedenheit zu, hier geht bei drei Teilnehmern aus dem Vergleich der Angaben in Assessment- und Reflexionsbogen hervor, dass sie von ihren Angehörigen im Alltag deutlich weniger zufrieden wahrgenommen werden, als sie während des „Gemeinsamen Singens“ erschienen.

### **5.2 Perspektive der Projektleiterinnen**

Das partiell strukturierte Schema, welches der teilnehmenden Beobachtung zugrunde liegt, lässt sich in drei Beobachtungsperspektiven untergliedern, wobei die Menschen mit Demenz, die pflegenden Angehörigen und die prozessgeleitete Interaktion zwischen den jeweils durch Familien- bzw. Betreuungsverhältnisse zusammengehörigen Paarungen jeweils separat fokussiert werden.

Bezüglich der hier herauszugreifenden dritten Perspektive der prozessgeleiteten Interaktion ist auffällig, dass zu Beginn der Intervention eine gewisse Asymmetrie der Begegnung zwischen den pflegenden Angehörigen und ihrem Familienmitglied wahrzunehmen war. Dies zeigte sich darin, dass die pflegenden Angehörigen oftmals dazu tendierten, die zu betreuende Person zurechtzuweisen oder ihr etwas vorzuschreiben.

Das Bemerkenswerte hierbei ist, dass diese Differenzen im Verlauf nachließen und die zu Beginn asymmetrisch wirkenden Begegnungen zwischen den pflegenden Angehörigen und ihrem Familienmitglied mit Demenz sich immer mehr zu symmetrischen

Begegnungen auf Augenhöhe wandelten. Im Zuge der teilnehmenden Beobachtung war hierbei zunehmend ein „Miteinander“ festzustellen, welches vor allem durch eine intensive Kontaktaufnahme beiderseits beobachtet werden konnte.

### 5.3 Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews

Wie bereits unter Punkt 4.3 angeführt, wurde das Datenmaterial aus den leitfadengestützten Interviews auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und die Hauptphänomene der Befragung in einem Kategoriensystem abgebildet.

Aus den fünf gebildeten Kategorien sollen im Folgenden zentrale Angaben aus den Bereichen ‚Einschätzung der „Auswirkung Musik auf Demenz“ im Gruppenprozess‘ und ‚Musik als Unterstützung im Alltag‘ herausgegriffen werden.

Die erstgenannte Kategorie fasst dabei Angaben zusammen, welche über die Wahrnehmung des zu versorgenden Angehörigen hinausgehen und Eindrücke zu anderen Teilnehmern bzw. zum Gruppengeschehen betreffen. In diesem Rahmen wurden häufig allgemein positive Einschätzungen zur Intervention des „Gemeinsamen Singens“ genannt: *„Es hat denen allen schon Spaß gemacht, das hab ich schon gemerkt.“* (A 13: 4:18min)

Wobei teilweise jedoch auch erkannt wurde, dass sich das Verhalten des eigenen Angehörigen von dem der Gesamtgruppe unterscheidet, also individuell verschiedene Wirkungen beobachtbar sind: *„Aber was ich festgestellt hab, dass der Herr G., der hat feste mitgesungen(...), da hab ich gedacht, der war vielleicht auch ein Sänger, aber mein Mann hat ja noch nie.“* (A 15: 17:13minff.)

Des Weiteren geht aus den Angaben hervor, dass Spaßerleben und fröhliche Stimmung von zentraler Bedeutung sind und dass das gefühlte „Miteinander“ bzw. der Gruppenprozess an sich einen äußerst gewinnbringenden Aspekt des gemeinsamen Singens darstellte und erlebte positive Veränderungen und Effekte unter anderem damit in Korrelation stehen: *„(...) und sie werden dadurch dann gemeinsam ruhiger (...) wenn sie zusammen singen können.“* (A 11: 38:22minff.)

Auch die befragten Expertinnen schätzten das gemeinsame Singen als eine Möglichkeit zur Veränderung der gegenseitigen Wahrnehmung bzw. als eine gewinnbringende gemeinsame Aktivität ein: *„(...) ein Lernprozess, auch mit dem Angehörigen etwas zusammen zu machen, was ohne Bewertung bleiben kann und was auch Freude hervorrufen kann und vielleicht irgendwann erkannt wird, das ist ja eine Fähigkeit, das können wir noch gemeinsam machen.“* (E 11: 14:35min)

Die Kategorie ‚Musik als Unterstützung im Alltag‘ beinhaltet alle Angaben der pflegenden Angehörigen zur Einschätzung des potentiellen Nutzens musikalischer Elemente in ihrem konkreten häuslichen Pflegesetting und leistet somit einen zentralen Beitrag zur Untersuchung des möglichen Sekundärwirkungspotentials des Musikeinsatzes. Bei der Analyse dieses Bereiches wird deutlich, dass Musik in rezeptiver Form zwar durchaus eine Bedeutung im Alltag zukommt – *„Bei uns dudelt den ganzen Tag das*

*Radio. (...) Das hilft schon ein bisschen. (...) Schon bevor er ins Bad geht, da ist erst das Radio an*“(A I5: 16:32minff.) –, aber für eine Fortführung des generell als positiv bewerteten aktiven gemeinsamen Singens bestimmte Rahmenbedingungen oder Unterstützungsleistungen notwendig wären, um bestehende Hürden, wie z. B. Abwehrhaltungen des Menschen mit Demenz oder familiäre, interpersonelle Konflikte zu überwinden.

In diesem Zusammenhang wird z. B. der Wunsch nach Regelmäßigkeit in Form eines gemeinschaftlichen, fortlaufenden Angebotes deutlich: *„(...) wenn man das irgendwie kriegen könnte, dass man vielleicht die ganze Musik so... ach, wie soll ich sagen... wie ein Chor! Dass man halt einfach mit diesen Leuten einfach halt sagt, wir sind jetzt ein Gesangverein.“* (A I2: 32:23min) Außerdem wird der Bedarf nach einer externen Person zur Implementierung und konkreten Umsetzung aufgezeigt: *„Und da brächt man halt auch jemanden, der das so rüberbringen kann, das muss einem auch gegeben sein.“* (A I1: 27:06min)

Von Seiten der befragten Expertinnen wird in Bezug auf die Alltagsnutzung ange-regt, Musik in Form eines Rituals zu implementieren, womit, auch durch die Anbin-dung an Kindheitserinnerung, eine verbesserte Tagesstruktur ermöglicht werden könnte: *„Das ist auf jeden Fall eine gute Unterstützung, wenn man zum Beispiel auch Ri-tuale einführen würde.(...). Knüpft dann auch wieder an die Vergangenheit an, an die Kinderzeit, an ein Abendgebet oder an ein Tischgebet (...).“* (E I2: 13:05min)

## 6. Interpretation und Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Im Rahmen dieses Punktes sollen die wesentlichen Untersuchungsergebnisse inhaltlich interpretiert und diskutiert und in diesem Rahmen auf ihren Beitrag zur Beant-wortung der Forschungsfragen hin analysiert werden.

Da das langfristige Ziel und die Grundintention dieser Untersuchung darin besteht, durch eine zunehmende Integration musikalischer Elemente in den Alltag der Angehö-rigenpflege, diese ein Stück weit zu entlasten und somit möglichst lange aufrechtzuerhalten, soll darauf aufbauend ein Exkurs über nachhaltige Transfermöglichkeiten vor-genommen werden.

### 6.1 Deutungen der Ergebnisse im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfragen

#### Subjektives Erleben der musikalischen Intervention

Bei der Analyse des Datenmaterials lässt sich in der Gesamtheit ein mehrheitlich posi-tives Erleben des Projektes bzw. insbesondere der musikalischen Interventionseinheiten herausarbeiten.

Für die pflegenden Angehörigen sind positive Effekte vorwiegend in Bezug auf Ge-müts- und Stimmungslagen der zu betreuenden Personen sowie in Form einer Gedächt-

nisaktivierung konkret wahrnehmbar. Diese Empfindungen decken sich weitestgehend mit den in Unterkapitel 2.2 aufgestellten Parametern musikindizierter Wirkungen (vgl. Baird / Samson 2009: 85ff.; Hartogh 2008: 33; Holmes et al. 2006: 623ff.).

Darüber hinausgehend wird eine deutliche Verbesserung der Sprachfähigkeit bei Personen mit vaskulär bedingten Demenzformen v. a. beim aktiven Singen wahrgenommen, sowie eine durch die Kombination von Musik mit Bewegungselementen herbeigeführte Erleichterung von Bewegungsabläufen, welche als im Alltag eingeschränkt beschrieben wurden.

Es lässt sich allerdings feststellen, dass die Rolle der Musik in der Biografie einen zentralen Prädiktor im Zusammenhang mit möglichen Effekten und deren Wirkungstendenz darstellt (vgl. Muthesius 1995; Kiewitt 2005; Loske 2000).

Auffallend ist weiterhin, dass von nahezu allen Befragten das Element „Spaß“ im Zusammenhang mit der musikalischen Intervention genannt wurde. Während dieses Ergebnis zunächst als trivial und zu wenig differenziert erscheint, stellt sich bei der genaueren Analyse der Gesamtsituation der jeweiligen Angehörigenpflegesysteme heraus, dass „Spaß“ eine essentielle Komponente darstellt und demnach letztlich sogar den zentralen Bereich des Erkenntnisgewinns im Hinblick auf die Beantwortung der ersten Forschungsfrage bildet. Denn wie bereits in Kapitel 3 aufgezeigt, ist der Alltag von pflegenden Angehörigen eines Menschen mit Demenz von zahlreichen Belastungen geprägt (vgl. Punkt 3.1, Abb. 1.). Das individuelle Erleben der befragten Angehörigen spiegelt diese in der Literatur aufgeführten Anforderungen (vgl. Beyrodt / Roling 2007; Breidert 2001; Zank et al. 2007) deutlich wider.

Trotz dieser Belastungssituation gemeinsam etwas Schönes oder Erfreuliches zu erleben, ist für die pflegenden Personen sehr schwer, aber dennoch überaus wichtig. Dieser Aspekt stellt demzufolge neben den finanziellen, zeitlichen und beratenden Angeboten (vgl. Sauer et. al. 2007; Wißmann 2007) eine besonders wichtige Entlastungsmöglichkeit dar, welche es zu fokussieren und auszubauen gilt.

### Einschätzung des potentiellen Nutzens der Sekundärwirkungen auf den Pflegealltag

Die Ergebnisanalyse macht deutlich, dass die befragten pflegenden Angehörigen Musik grundsätzlich als ein alltagsrelevantes Medium ansehen, welchem ihrer Meinung nach in jedem Fall eine Wirkung bzw. prinzipiell nutzbare positive Effekte zuzuschreiben sind.

Oftmals bildet Musik zumindest in rezeptiver Form bereits einen zentralen Bestandteil des Alltags, welcher zum einen mit diversen positiven Ausdrücken und Empfindungen in Verbindung gebracht wird und zum anderen strukturgebende Funktion bzgl. des zirkadianen Rhythmus des Menschen mit Demenz innehat.

Im Vergleich zum rezeptiven Musikeinsatz findet aktives Musizieren bisher offenbar wenig Anklang im Pflegealltag und auch die konkrete Frage, ob dies aufgrund der über-

wiegend positiven Erfahrungen während der musikalischen Intervention zukünftig vorstellbar wäre, wird in der Regel nicht eindeutig bejaht. Oftmals ist von Seiten der pflegenden Angehörigen diesbezüglich zwar eine grundlegende Bereitschaft, sowie die Überzeugung, dies könne sich auf den Pflegealltag positiv auswirken, vorhanden, jedoch kommen in diesem Zusammenhang auch immer diverse Hürden zur Sprache.

Aufgrund dessen sollen im Folgenden denkbare Lösungswege erörtert werden, die trotz dieser Hürden und Konflikte eine nachhaltige Integration der als positiv wahrgenommenen Effekte des Musikeinsatzes in den Pflegealltag ermöglichen.

## **6.2 Einschätzung der Gesamtergebnisse vor dem Hintergrund nachhaltiger Transfermöglichkeiten in das häusliche System der Angehörigenpflege**

Um musikalische Elemente in der häuslichen Angehörigenpflege nutzbar machen zu können, bedarf es nach Einschätzung der Autorinnen zunächst diverser externer Hilfen.

Im Sinne einer stufenweisen Annäherung an die in unserer Gesellschaft eher fremd gewordene Form des gemeinsamen Singens und Musizierens im Alltag (vgl. Muthesius 1995: 589f.) könnte zunächst z. B. durch Involvieren eines ambulanten Pflegedienstes, ein Assessment Anwendung finden, um den individuellen musikbiografischen Hintergrund zu erfassen. Darauf aufbauend wäre zum einen zu erörtern, ob und in welcher Form der Einsatz von Musik für den dementiell erkrankten Menschen geeignet ist und an welche Erfahrungen und Vorlieben man anknüpfen könnte, oder aber zum anderen frühzeitig festzustellen, dass Musik als Medium eher ungeeignet ist, da es mit negativen Erlebnissen in Verbindung steht (vgl. Reuschenbach 2011: 81ff.). In einem zweiten Schritt könnten im Zuge dieses Assessments schwierige Pflegesituationen erfasst werden, in denen Musik ggf. als Unterstützungsform nutzbar wäre.

Da die Datenanalyse zeigt, dass neben den bei Einzelpersonen individuell wahrnehmbaren positiven Effekten auch das Gemeinschaftserleben in der Gruppe als äußerst positiv beschrieben wird und einen nicht unwesentlichen Nutzen für die Beziehungen des Systems der Angehörigenpflege aufweist, eignet sich auch eine projektartige musikalische Intervention als Einstieg, um pflegenden Angehörigen die positiven Auswirkungen von Musik auf Menschen mit Demenz näherzubringen. Hierbei ist es als zentrales Ziel zu sehen, dass sich Musik in der Pflegebeziehung ritualisiert und schrittweise auch musikalische Elemente ins Alltagsgeschehen übertragen werden.

Für die Integration musikalischer Elemente in den Alltag der Angehörigen ist des Weiteren eine interdisziplinäre Kooperation von zentraler Bedeutung (vgl. Buchen/Maier 2008). In einem Projekt von D. Muthesius, in dessen Rahmen die Effektivität und Umsetzbarkeit von musiktherapeutischen Interventionen im häuslichen Umfeld untersucht wurde, zeigte sich, dass durch Musiktherapie zwar positive Effekte erzielt werden können, welche die Pflegesituation verbessern, aber dies u. a. schon aus ökonomischen Gründen aktuell nicht alleine mit den Kapazitäten dieser Profession umsetzbar ist (vgl. Muthesius 2005).



Aufgrund dessen wäre es zielweisend, an dieser Stelle den interdisziplinären Austausch auszuweiten und Konzepte zu entwickeln, mittels welcher die unterschiedlichen fachlichen Ressourcen und Potentiale optimal und niedrigschwellig ausgenutzt sowie nachhaltig ergänzend eingesetzt werden können (vgl. Buchen/Maier 2008).

### 6.3 Methodische Reflexion des Forschungsprozesses

Im Zuge der methodischen Reflexion des Vorgehens soll hier ein kritischer Gesichtspunkt diskutiert werden: Bei der Auswertung der Untersuchungsergebnisse zeigte sich, dass der eingesetzte Reflexionsbogen, welcher den pflegenden Angehörigen nach jedem „Gemeinsamen Singen“ ausgehändigt wurde, während des Interventionsverlaufes nicht die erwarteten Ergebnisse lieferte, da die darin aufgeführten Fragen häufig nur unvollständig beantwortet wurden.

Hierfür lassen sich unterschiedliche Begründungen vermuten: Zum einen ist es denkbar, dass die Konstruktion der Fragen bzw. der Antwortalternativen für die pflegenden Angehörigen unverständlich waren und nicht deutlich wurde, dass zur korrekten Beantwortung eine der Alternativen auszuwählen ist und nicht etwa das Nicht-Ankreuzen mit einem ‚nein‘ gleichbedeutend ist.

Diesbezüglich wäre es von Seiten der Projektleiterinnen notwendig gewesen, die Handhabung des Bogens noch expliziter als geschehen zu erklären bzw. regelmäßiger nach eventuellen beim Ausfüllen auftretenden Problemen zu fragen, insbesondere in Konsequenz auf den Rückerhalt der ersten unvollständig ausgefüllten Dokumente.

Möglich ist weiterhin, dass die Probanden trotz anfänglicher Erläuterung teilweise nicht nachvollziehen konnten, weshalb fünfmal hintereinander der gleiche Bogen auszufüllen ist, zumal sich eventuell aus ihrer Sicht keine Veränderungen beim jeweiligen Angehörigen feststellen ließen. Hierbei ist anzunehmen, dass den pflegenden Angehörigen womöglich nicht klar war, dass es ebenfalls in hohem Maße dem Erkenntnisgewinn beiträgt, wenn alle fünf Bögen identisch ausgefüllt sind.

Auf die Intention, mithilfe des Reflexionsbogens intrapersonelle Verläufe herstellen zu können, hätte ebenfalls im Projektverlauf häufiger bzw. deutlicher hingewiesen werden müssen. Auch die Durchführung eines Pretests hätte zu besseren Ergebnissen führen können, da das Instrumentarium noch hätte modifiziert werden können.

Nichtsdestotrotz lässt sich festhalten, dass die aus diesem Erhebungsinstrument gewonnenen Daten dennoch einen Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung leisten, wenn auch nicht in der während der methodischen Planung erhofften Gestalt.

## 7. Zusammenfassung und Empfehlungen

Um der anspruchsvollen krankheitsbedingten Herausforderung der Betreuung von demenziell erkrankten Menschen im häuslichen Setting zu begegnen, ist es von zentraler

Bedeutung, verstärkt die Möglichkeiten zur Förderung noch vorhandener Ressourcen in den Blick zu nehmen und auszubauen.

Hierbei liegt das langfristige Ziel darin, diese Möglichkeiten nicht nur fragmentiert v. a. im stationären Kontext auszuschöpfen, sondern zunehmend in den alltäglichen Tagesablauf im häuslichen Umfeld zu integrieren. Damit kann langfristig das häusliche Pflegesystem gestärkt und stabilisiert werden, womit letztlich einer der wesentlichen Herausforderungen des demografischen Wandels Rechnung getragen würde.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird es von den Autorinnen als wichtig erachtet, zur konkreten Implementierung und Umsetzung externe Hilfen zu involvieren, welche zum einen Informationen über mögliche Ansatzpunkte zur Ressourcenförderung, wie z. B. den hier fokussierten Einsatz von Musik bei Menschen mit Demenz liefern und zum anderen Unterstützung bei einer schrittweisen Integration in den Alltag leisten.

Um dies zu erlangen, ist sowohl eine interdisziplinäre Kooperation zur Vernetzung der vorhandenen fachspezifischen Ressourcen als auch eine gezielte Nutzung bestehender Schnittstellen von zentraler Bedeutung. Dabei ist zunächst ein „Umdenken“ wichtig, denn während die interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Bereich im Sinne multimodaler Behandlungskonzepte bereits ansatzweise etabliert ist (vgl. Kaba-Schönstein/Kälble 2003: 45ff.), besteht in dieser Hinsicht im ambulanten und niedrigschwelligen Sektor sowie im Hinblick auf eine zukünftig immer notwendigere Kooperation mit den Systemen der Angehörigenpflege noch Entwicklungsbedarf.

Dies stellt eine Herausforderung für die Fachrichtung der Pflegewissenschaft dar, da es hierfür nutzbare Modelle zu entwickeln und die eigene professionsspezifische Rolle im Rahmen derer zu reflektieren gilt.

Die empirischen Befunde bzgl. des Wirkungspotentials musikalischer Elemente sowie auch die aus der hier dokumentierten Studie hervorgegangenen Erkenntnisse sprechen in diesem Zusammenhang eindeutig dafür, das Medium Musik weiterhin als einen gewinnbringenden Ansatzpunkt zu fokussieren und in das Bezugssystem pflegender Angehöriger und deren Familienmitglieder mit Demenz zu integrieren.

Im Zusammenhang der Ressourcenförderung bei Menschen mit Demenz ist, nach Einschätzung der Projektleiterinnen, der Einsatz musikalischer Elemente bildhaft gesprochen als ein wesentliches „Puzzlestück“ in einer Palette verschiedener Möglichkeiten zu sehen.

Dem Medium Musik kommt vor dem Hintergrund dieser zusammenfassenden Ausführungen eine tragende Rolle zu, die weit über die eines Kulturguts mit primärer Unterhaltungsfunktion hinausgeht. Musik kommt eine basale Rolle zu, da sie Menschen bereits pränatal in besonderer Weise anspricht (vgl. Bienstein/Fröhlich 2010: 41) und auch dann, wenn die geistigen Fähigkeiten und die Alltagskompetenz nachlassen, sowie Beziehungsfähigkeiten schwinden, weiterhin eine Brücke darstellen kann: eine Brücke zu verloren geglaubten Fähigkeiten, eine Brücke zu Erinnerungen und zur eigenen Identität und nicht zuletzt eine Brücke zur zwischenmenschlichen Begegnung

und zum gemeinsamen Empfinden von Freude und Spaß. Dies alles sind Aspekte, die im familiären Zusammenleben keine Luxusgüter sind, sondern elementare Komponenten, von denen eine zwischenmenschliche Beziehung lebt.

## Literatur

- Aldridge, D. (2000): Music therapy in dementia care. London: Jessica Kingsley Publisher
- Alzheimer's Disease International / World Health Organization (2010): Dementia a Public Health priority. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- Baird, A./Samson, S. (2009): Memory for Music in Alzheimer's Disease: unforgettable? . In: *Neuropsychology Review*, 19 (1), S. 85 – 101
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011): Demenzkranke in Deutschland. In: *Wirtschaftswoche* 45 (4), S.41
- Beyrodt, M./Röling, G. (2007): Belastungen und Bedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. In: Sauer, P./Wißmann, P. (Hrsg.), *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz: Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 41-52
- Bienstein, C./Fröhlich, A. (2010): *Basale Stimulation in der Pflege – Die Grundlagen*. Bern: Huber, (6., überarbeitete Auflage)
- Blanckenburg, von A. (2008): *Musiktherapie mit Senioren*. Idstein: Schulz – Kirchner, (8., überarbeitete Auflage)
- Breidert, U. (2001): *Demenz, Pflege, Familie: Hilfen zur Bewältigung emotionaler Belastung in der ambulanten Pflege*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer
- Buchen, S. Maier, M. (2008): *Älterwerden neu denken: Interdisziplinäre Perspektive auf den demografischen Wandel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): *Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz*. Stand:Kabinettsbeschluss, März 2012. Niestetal: Silber Druck
- Decker-Voigt, H./Oberegelsbacher, D./Timmermann, T. (2008): *Lehrbuch Musiktherapie*. Stuttgart: UTB
- Decker-Voigt, H./Weymann, E. (Hrsg.) (2009), *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe, (2., überarbeitete und erweiterte Auflage)
- Dehm-Gauwerky, B. (2009): Altersdemenz und Musiktherapie. In: Decker – Voigt, H/Weymann, E. (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe (S. 11 – 18) (2., überarbeitete und erweiterte Auflage)
- Diekmann, A. (2001): *Empirische Sozialforschungen: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag (7. Auflage)
- Dietl, M./Kornhuber, J./Schöffski, O./Gräßel, E. (2010): Kosteneffektivitätsmodell eines ambulanten Hilfeangebotes für pflegende Angehörige von Demenzkranken. In: *Das Gesundheitswesen*, 72 (2), S. 99-105
- Dreischulte, G./Harms, H. (2007): *Musik erleben und gestalten mit alten Menschen*. München: Elsevier, (3. Auflage)
- Eggen, B./Lipinski H./Walla W. (2006): *Der demographische Wandel: Herausforderung für Politik und Wirtschaft*. Stuttgart: Kohlhammer
- Flick, U. (2008): *Triangulation: Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (2., aktualisierte Auflage)
- Freiling, T. (Hrsg.) (2011): *Zukunftsfähig im demografischen Wandel: Herausforderung für die Pflegewirtschaft*. Bielefeld: W. Bertelsmann
- Frevel, B. (Hrsg.) (2004): *Herausforderung demografischer Wandel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Gotell, E./Brown, S./Ekman, S. L. (2003): Influence of caregiver singing and background music on posture movement, and sensory awareness in dementia care. In: *International Psychogeriatrics*, 15 (4), S. 411-430

- Großklaus-Seidel, M. / Arndt, M. / Kersting, K. / Meyer, H. (2002): Zur Begutachtung der ethischen Dimension von Pflegeforschung. Eine Problemanzeige. In: *Pflegezeitschrift*, 7 (3), S. 80-85
- Hartogh, T. (2005): Musikgeragogik – ein bildungstheoretischer Entwurf: Musikalische Altenbildung im Schnittfeld von Musikpädagogik und Geragogik. Augsburg: Wißner – Verlag
- Hartogh, T. (2008): *Musizieren im Alter: Arbeitsfelder und Methoden*. Mainz: Schott
- Holmes, C. / Knights, A. / Dean, C. / Hodkinson, S. / Hopkins, V. (2006): Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. In: *International psychogeriatrics / IPA*, 18 (4), S. 623 – 630
- Isfort, M. / Weidner, F./ Laag, U. (2008): Unterschiedlichkeit braucht Vielfältigkeit. Unterstützung für Familien mit Demenz. In: *Die Schwester Der Pfleger* 47 (9), S.816-819
- Isfort, M./Weidner, F./Laag, U. (2011): Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe. In: *Pflegewissenschaft* 13 (3), S. 133-138
- Kaba-Schönstein, L./Kälble, K. (2003): *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Kelle, U./Kluge, S. (2010): *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (2., überarbeitete Auflage)
- Kern, S. (2007): Bestehendes verbessern. Neues entwickeln - Beratungs- und Vermittlungsagentur Baden-Württemberg. In: Sauer, P., Wißmann, P. (Hrsg.): *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz: Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven*. Frankfurt am Main: Mabuse - Verlag, S. 141-150
- Kerschbaumer, J./Schroeder, W. (Hrsg.) (2005): *Sozialstaat und demographischer Wandel: Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kiewitt, K. (2005): *Musikbiografie und Alzheimer – Demenz – Zur Wirkung der Rezeption biografisch relevanter Musik auf das emotionale Erleben von Alzheimer – Betroffenen*. Frankfurt: Verlag Dr. Kovac
- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. Basel / Weinheim: Beltz (5. Auflage)
- LoBiondo-Wood, G. / Haber, J. (2005): *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Elsevier (2. Auflage)
- Loske, A. (2000): *Förderung von sozialen Kompetenzen durch Musikpraxis bei alten Menschen*. Göttingen: Cuvillier
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim / Basel: Beltz (5. Auflage)
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim / Basel: Beltz (11. aktualisierte und überarbeitete Auflage)
- Muthesius, D. (1995): *Verraute Melodien hört man am liebsten: Anmerkungen zum Musikunterricht in der Altenpflegeausbildung*. In: *Altenpflege*, 20 (9), S. 589 – 592
- Muthesius, D. (2005): *Balsam für die Seele: Hausmusik – Abschlussbericht des Modellprojektes: Verbesserung der häuslichen Pflegesituation gerontopsychiatrischer Patienten unter Einsatz von Musiktherapie*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Muthesius, D. / Sonntag, J. / Warme, B. / Falk, M. (2010): *Musik Demenz Begegnung: Musiktherapie für Menschen mit Demenz*. Frankfurt / M. : Mabuse – Verlag
- Polit, D.F. / Beck, C.T. / Hungler, B.P. / Bartholomeyczik, S. (Hrsg.) (2004): *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Huber
- Remmers, H. (2006): Zur Bedeutung biographischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, S. 183 – 191
- Reuschenbach, B. (2011): *Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments*. In: Reuschenbach, B. / Mahler, C. (Hrsg.), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente – Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis*. Bern: Huber
- Sauer, P. (2007): *Niedrigschwellige Angebote – eine Einführung in das Thema*. In: Sauer, P. / Wißmann, P. (Hrsg.), *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz: Erfahrungen Beispiele Perspektiven*. Frankfurt / M. : Mabuse – Verlag
- Schneberger, M. / Jahn, S. / Marion, E. (2010): *„Mutti lässt grüßen...“: Biografiearbeit und Schlüsselwörter in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, (2., aktualisierte Auflage)

- Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege: Zentrale Ergebnisse der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III)“. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (6), S. 405-412
- Schilder, M. (2007): Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege. Eine qualitative Untersuchung pflegerischer Interaktion und ihre Wahrnehmung durch pflegebedürftige Personen und Pflegenden. Bern: Huber
- Smeijsters, H. (2009): Methoden der psychotherapeutischen Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H. / Weymann, E. (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe (S. 267-274), (2., überarbeitete und erweiterte Auflage)
- Söthe, A. (2008): Musikalische (Lern-)Fähigkeiten im Alter unter besonderer Berücksichtigung der Alzheimerdemenz. In: Gembis, H. (Hrsg.), Musik im Alter. Soziokulturelle Rahmenbedingungen und individuell Möglichkeiten. Frankfurt/ M.: Lang-Verlag, (S.215-252)
- Stoppe, G./ Stiens, G. (2009): Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken: Grundlagen und Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Summers, S. (1993): Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie. In: Pflegen ambulant 4 (1993) 3, S.28-29.
- Svansdottir, H. B. / Snaedal, J. (2006): Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case – control study. In: International psychogeriatrics / PA, 18 (4), S. 613 – 621
- Trilling, A. / Bruce, E. / Hodgson, S. / Schweitzer, P. (2001): Erinnerungen pflegen. Unterstützung und Entlastung für Pflegenden und Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz
- Van de Winckel, A. / Feys, H. / De Weerd, W. / Dom, R. (2004): Cognitive and behavioral effects of music – based exercises in patients with dementia. In: Clinical rehabilitation, 18 (3), S. 253 – 260
- Weber, E. (2010): Demographic Change and Economic Growth: Simulations on Growth Models. Heidelberg: Physica-Verlag
- Wißmann, P. (2007): Hilfe professionell managen. Die Alzheimer Angehörigen-Initiative Berlin e.V., In: Sauer, P., Wißmann, P. (Hrsg.), Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz: Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S.53-62
- Zank, S./ Schacke, C. (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Online unter URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/forschungsbericht-leander2,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf> [Abruf:30.04.2012]

*Manuela Lautenschläger<sup>1</sup>*

M.A. Pflegewissenschaft (EH Darmstadt);

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Universität Witten/Herdecke, Stockumer Straße 12  
58453 Witten, manuela.lautenschlaeger@gmail.com

*Anna Lena Knörr<sup>1</sup>*

M.A. Pflegewissenschaft (EH Darmstadt)

Alte Eppelheimer Straße 7, 69115 Heidelberg, annalenaknoerr@gmail.com

*Prof. Dr. Ulrike Höhmann<sup>2</sup>*

Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen;

Universität Witten/Herdecke, Stockumer Straße 12, 58453 Witten

ulrike.hoehmann@uni-wh.de

*Prof. Dr. Michael Schilder<sup>2</sup>*

Dekan FB Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Evangelische Hochschule Darmstadt  
Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt, schilder@eh-darmstadt.de

1 Lautenschläger/Knörr: Literaturanalyse, Durchführung der Studie, Auswertung, Verfassen des Textes

2 Höhmann/Schilder: Planung der Studie, Methodische Beratung, Unterstützung beim Verfassen des Textes

Anke Simon, Bettina Flaiz

## Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung

The need for highly qualified nurses from a practice point of view – Results of an expert survey

The qualification of nurses in higher education programs is considered as an approach to meet the known challenges in the health care sector. First graduates of the bachelor nursing program have been starting their working careers in Germany recently. However, the current state of research shows a lack of meaningful study results about the demand and the requirements of employers' side as well as an unclear picture to the required skills that should be taught from the perspective of practice in a study program. In the present pilot study, the need for highly qualified academically nurses is examined from the perspective out of the employers' and decision makers' perspective out of the practice. An exploratory research approach was used and semi-structured interviews conducted using a structured guide. The data analysis is based on the content analysis after Mayring. The results show a generally high demand for academically trained nurses from the practice perspective. Reasons and tasks as well as barriers for the academically trained nurses can be identified. The results demonstrate clearly that there is a high demand for academically trained nurses qualified to work in direct patient care. What is also remarkable is the expert estimate of the rate of academically trained nurses, which is significantly higher than the recent recommendation of the German Science Council (Wissenschaftsrat). Nevertheless, it is obvious that nowadays academic trained nurses are still facing a significant deficit in the distribution of tasks and competence description.

### Keywords

nursing academization, competencies, nursing degree program, qualitative research, Profession

Die grundständige Qualifikation von Pflegekräften an Hochschulen gilt als Ansatz, um den bekannten Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung zu begegnen. In jüngster Zeit starten die ersten Absolventen grundständiger Pflegestudiengänge in die Berufstätigkeit. Der derzeitige Forschungsstand zeigt jedoch sowohl ein Defizit an aussagekräftigen Studienergebnissen zur Nachfrage und den Bedarfen von Arbeitgeberseite als auch ein unklares Bild zu geforderten Kompetenzen, die aus Sicht der Praxis im Studium integriert sein sollen. Im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie werden der Bedarf und die Anforderungen an hochschulisch qualifizierten Pflegekräften aus der Perspektive des Arbeitgebers bzw. Entscheidungsträgern der Praxis untersucht. Ein exploratorischer Forschungsansatz wurde verwendet und halb-strukturierte Interviews, mithilfe eines Leitfadens durchgeführt. Die Datenauswertung orientiert sich an der zusammenfassenden

---

eingereicht 03.07.2014  
akzeptiert 22.12.2014

den Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Ergebnisse verdeutlichen einen generell hohen Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegekräften aus Sicht der Befragten. Neben den Beweggründen und Aufgaben konnten weitere aussagekräftige Ergebnisse bezüglich Akademisierungsquote und Kompetenzen, aber auch Hürden für die hochschulische Qualifikation von Pflegekräften identifiziert werden. Deutlich wird in den Ergebnissen die Forderung nach Abschlüssen, die hochschulisches Niveau und die Qualifikation für die Patientenversorgung miteinander verbinden. Beachtlich ist ebenso die Experteneinschätzung bezüglich der Quote an hochschulisch Qualifizierten, die deutlich höher ausfällt als die Empfehlung des Wissenschaftsrates (2012). Allerdings ist ebenso unverkennbar, dass weiterhin erhebliche Defizite bei der Aufgabenbeschreibung und Kompetenzzuordnung insbesondere für hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte bestehen.

### Schlüsselwörter

Pflegeakademisierung, Kompetenzen, Studium, qualitative Forschung, Profession

## Hintergrund

Obwohl in Deutschland die Einführung von primärqualifizierenden, grundständigen Pflegestudiengängen noch relativ jung ist, haben eine ganze Reihe von Hochschulen entsprechende Angebote geschaffen. Nach einer Synopse von Stöcker und Reinhart (2012) wurden in Deutschland 2012 bereits 37 grundständige Studiengänge ausgewiesen. Da jedoch derzeit noch wenige Absolventen in der Praxis tätig sind und auch die Modernisierung des Berufsrechtes noch auf sich warten lässt, liegen bisher wenig Erfahrungsberichte und wissenschaftliche Studien zum konkreten Bedarf, den potentiellen Aufgabenfeldern und entsprechend abgeleiteten Kompetenzziele eines Studiums für Deutschland vor. Insbesondere bei der Beachtung pflegedidaktischer Debatten wird deutlich, dass in Deutschland bislang wenig Einigkeit besteht, welche Kompetenzen durch ein Studium anzueignen sind (Darmann-Fink 2012: 228-229; IOM 2010; CIHC 2010: 6-12). Die strukturierte Literaturrecherche<sup>1</sup> zur Auslotung des Forschungsstandes führte zu einer beinahe unüberschaubaren Anzahl an Publikationen zu Akademisierung und Professionalisierung der Pflege sowie anverwandten Themen. Jedoch beleuchten nur wenige Arbeiten die konkreten Anforderungen von Seiten der Arbeitgeber und Entscheidungsträger, wie zum Beispiel Bildungsanbietern oder dem Berufsverband (Bartels et al. 2012: 548- 558; Moers et al. 2012: 232-248). Eine Analyse der relevanten Publikationen hinsichtlich übergeordneter, häufig thematisierter Aspekte, ergab die in Tabelle 1 dargestellte Systematik.

Die zukünftige Entwicklung hochschulisch qualifizierter Pflege zu gestalten ist nach dem derzeitigen Erkenntnisstand der Literatur eine Herausforderung. Die Empfehlung des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012 fordert einen Anteil an hochschulisch Qualifizierten von zehn bis zwanzig Prozent eines jeden Ausbildungsjahrgangs

<sup>1</sup> Die Literaturanalyse erfolgte in den Datenbanken Pubmed, Psycindex, CINAHL sowie deutsche Pflegefachzeitschriften (inkl. Handsuche). Verwendete Suchwörter: Professionalisierung, Akademisierung, Profession Pflege, Pflege, Studium, Entwicklung der Pflege. Die Suche erfolgte für den Zeitraum 2003 bis 2012 (Suchwörter einzeln und in Kombination (AND, OR), Deutsch und Englisch). Gezielt wurden Beiträge mit Fokus auf die Situation in Deutschland recherchiert, die damit der Fundierung der Ausgangslage der Forschung dienen.

| Übergeordnete Kategorie                             | Zugeordnete Themenbereiche   | Exemplarische Beiträge   |
|---|--|--|
| Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und die Folgen | Statistische Hochrechnungen / Prognosen zum Bedarf an Fachkräften / Auswirkung auf die Patientensicherheit / Bezug zur Leistungsverdichtung und Zunahme an Komplexität von Pflegesituationen   | Pflegethermometer, RN4CAST, Nurse staffing and patient safety (Isfort et al. 2011: 5-19; Rogalski et al. 2012:12-13; Needleman, Buerhaus 2003)   |
| Politische Entscheidungen                           | Insbesondere Gesetze und Gesetzentwürfe sowie Modellprojekte   | Heilkunde im Modellvorhaben (§63 Abs. 3c SGB V), Entwicklungen im Sozialgesetzbuch insbesondere SGB V, SGB XI, Bologna Prozess und Anrechnung von beruflicher bzw. außerhochschulisch erworbenen Kompetenzen (vgl. G-BA 2011: 1; Minks et al. 2010, III; CIHC 2010: 6 ff.) |
| Theoretische / konzeptionelle Auseinandersetzung    | Begriffsbestimmung und Definition Pflege / Auseinandersetzung im Rahmen diverser Professions-theorien / historische Betrachtung der Entwicklung der Pflege/ Geschlechterrollen und ihre Auswirkung auf die Pflege / Bildung von beruflicher Identität, Beruf und/oder Berufung | Weiblich oder Kompetent (Piechotta 2000: 27-57), Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung (Weidner 1994: 11-16), Pflege im historischen Vergleich ( Bischoff-Wanner 2000: 17-33) Reflective Practitioner (Johns 2009)  |

Tab. 1: Aus der Literaturrecherche abgeleitete Systematik

(WR 2012: 8). Unter Berücksichtigung der derzeitigen Entwicklung von Studienangeboten wird ein Anteil von zehn Prozent, nach aktuellen Prognosen erst in vierzig Jahren erreicht sein (Abt-Zegelin 2012: 1252). Trotz des nahezu unisono geäußerten großen Bedarfs an höher qualifizierten Pflegekräften sind viele Einrichtungen auf die Hochschulabsolventen noch nicht eingestellt (Bartels et al. 2012: 548- 558; Simon et al. 2013: 26-27; Simon et al. 2014: 286-289). „[Die] Furcht vor einer vermeintlichen zu starken ‚Verwissenschaftlichung‘ der Pflege (‚wer macht denn dann die Arbeit?‘), ist schwer zu verstehen“ (Lemke 2012: 56), führt aber nicht selten zu Unsicherheiten in Bezug auf mögliche Einsatzfelder in der Praxis und den damit zusammenhängenden Organisationsentwicklungsmaßnahmen. Die hier dargestellte Studie soll einen Beitrag dazu leisten und folgende Forschungsfrage beantworten:

Welcher Bedarf und welche Anforderungen an hochschulisch ausgebildeten Pflegekräften bestehen aus Sicht von Entscheidungsträgern in der Praxis?

Die Untersuchung ist Teil des vom BMBF und der EU geförderten Forschungsprojekts OPEN – Open Education in Nursing – in dessen Rahmen ein dualer, berufs begleitender Pflegestudiengang an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) in Stuttgart entwickelt wird. Die Evaluationsforschung umfasst ein umfangreiches Forschungsdesign und inkludiert verschiedene Erhebungszeitpunkte sowie Perspektiven (Praxis, Pflegewissenschaft, Studierende). Die dargestellten Erhebungsergebnisse der Studie adressieren den Sondierungsbedarf, der in der Praxis einherge-



hend mit der Akademisierung und insbesondere bedingt durch die ersten Absolventen grundständiger Pflegestudiengängen in jüngerer Zeit besteht.

## Untersuchungsdesign

Das leitende Erkenntnisinteresse dieser Studie begründet ein exploratorisches, erkenntnisgewinnendes Forschungsdesign. Um möglichst viele Facetten des neuen Forschungsfeldes zu erheben, wird ein qualitativer Untersuchungsansatz gewählt, welcher ein interpretatives Paradigma beinhaltet und somit eine Sichtweise, die auf dem Erleben des Individuums basiert (Häder 2010:69).

## Datenerhebung

Da die Ermittlung des Bedarfs an akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften aus der Praxisperspektive in Deutschland nahezu exploratorisches Neuland darstellt, wird hier die mündliche Befragung in Form von halb-strukturierten Interviews als qualitativer Forschungsansatz gewählt. Diese Methode eignet sich vor allem, wenn zur Beantwortung einer Forschungsfrage aktuelles Wissen oder erfahrungsgestützte Einschätzung benötigt werden, die sich nicht aus der Literatur erschließen lassen (Mieg, Näf 2006). Insbesondere bei der Untersuchung von Professionalisierungsprozessen sind Interviews als klassisches Erhebungsinstrument zu bezeichnen (Mayer 2011: 190-191; Flick 2006: 218-220). Dabei wird die Gesprächssituation durch einen thematischen Leitfaden strukturiert, Reihenfolge und Gestaltung der Fragen bleiben dennoch flexibel und die Antwortmöglichkeiten der Gesprächspartner sind unbeschränkt (ebd. sowie Kep- per 1993). Auf Basis der Literaturanalyse wurden für den Interviewleitfaden sieben Fragen abgeleitet:

1. Was denken Sie über die Entwicklung bezüglich grundständiger Pflegestudiengänge in Deutschland?
2. In wie weit halten Sie die Einführung von grundständigen Studiengängen für notwendig?  
Mögliches Antwortspektrum: überhaupt nicht – teils/teils – absolut notwendig
3. Welche Gründe für die Akademisierung sind aus Ihrer Sicht ausschlaggebend?
  - 3.1 Ranking: höhere Anforderungen im Beruf / Fachkräftemangel / Gleichziehen mit dem Ausland / Aufwertung des Berufsstandes
  - 3.2 Fallen Ihnen noch andere Beweggründe ein?
4. Welche Aufgaben / Berufsfelder sollen akademische Pflegekräfte abdecken?
  - 4.1 heute
  - 4.2 zukünftig
5. Studium
  - 5.1 Welche Kompetenzen sollen im Studium vermittelt werden? (Stichworte: Sachkompetenz / Selbstkompetenz / sozial-ethische Kompetenz / übergreifende Handlungskompetenz)
  - 5.2 Was wäre wichtig für Sie bei den generellen Rahmenbedingungen des Studiums?
6. Wenn Sie sich die Situation auf Station in 20 Jahren vorstellen. Welche Prognose würden Sie hinsichtlich des prozentualen Anteils an akademischen Pflegekräften abgeben?
7. Welche größte Hürden sehen Sie bei den derzeitigen Akademisierungsbestrebungen?  
Sonstiges?

Dankeschön für Ihren Fachbeitrag! Anke Simon

sozio-demographische Variable: Alter/Geschlecht/Berufserfahrung in Jahren

### Zugang zum Feld

Die Akademisierungsbestrebungen der Pflege in Deutschland wurden zunächst stark aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege vorangetrieben und Absolventen hatten vorerst eine selbstverständliche Nähe zum Krankenhaus (Winter 2005). An der DHBW besteht mit einem bereits etablierten Studiengang, welcher Studium und Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege miteinander verzahnt, ein Zugang zu Entscheidungsträgern in Kliniken. Darüber hinaus erfolgt im Projekt OPEN bei der Entwicklung des neuen berufsbegleitenden Studiengangs ebenso die Zusammenarbeit mit den Dualen Partnern (Krankenhäuser). Deshalb wird bei der Stichprobe der klinische Bereich stärker einbezogen. Das Auswahlverfahren orientiert sich im Wesentlichen an der Methode des theoretical sampling (Glaser, Strauss 1967), dessen Qualitätskriterium in einem möglichst breiten Spektrum an potentiellen Fallvarianten und nicht in der Fallzahl liegt (Schlittenhelm 2009). An die in Frage kommenden Interviewpartner wurden folgende Einschlusskriterien angelegt:

- Hoher Bezug zur Fragestellung der Untersuchung (Bedarf / Anforderungen an hochschulisch ausgebildeten Pflegepersonal) bzw. aktive Mitarbeit auf dem Gebiet der Entwicklung des Pflegeberufes
- Maßgeblich an der Entwicklung bzw. Einstellung von Pflegepersonal beteiligt
- Bekleidung einer höheren Leitungsposition mit entsprechender Führungsverantwortung

Zur hinreichenden Abdeckung der potentiellen Fallvarianten, die unterschiedliche Blickwinkel auf die Weiterentwicklung der Pflege einbringen, ließen sich vier Expertengruppen definieren (siehe Tabelle 2). Da in qualitativen Untersuchungen, wie bereits erwähnt, die Stichprobe relativ klein bemessen ist, wurden je Gruppe zwei bis fünf Interviews in möglichst unterschiedlichen Einrichtungen / Organisationen festgelegt.

|   | Expertengruppe<br>(Anzahl Interviews)                 | Kurzbeschreibung   |
|---|---|--|
| 1 | Leitung von Bildungszentren / Pflegefachschulen (3)   | Bildungszentren mit Aus- und Weiterbildungsangeboten unterschiedlicher Größenordnung (720 Aus- und Weiterbildungsplätze / 180 Ausbildungsplätze / 135 Ausbildungsplätze)   |
| 2 | Pflegedirektion / oberes Pflegemanagement (5)         | Klinikum der Grund- und Regelversorgung an zwei Standorten mit 2.500 Beschäftigten und 680 Betten,<br>Klinikum der Grund- und Regelversorgung akademisches Lehrkrankenhaus mit ca. 2.240 Beschäftigten und 974 Betten<br>Universitätsklinik mit ca. 6.000 Beschäftigten und 1.150 Betten |
| 3 | Entscheidungsträger von Fachverbänden der Pflege (3)  | DPR, DBfK, Verband der Lehrenden in den Gesundheits- und Sozialberufen   |
| 4 | Geschäftsführung Klinik / Krankenhausgesellschaft (2) | Krankenhausverbund der Maximalversorgung mit ca. 2.800 Beschäftigten, 800 Betten<br>Vertretung von 422 Krankenhäuser und Einrichtungen mit insgesamt mehr als 107.709 Betten   |

Tab. 2: Auswahl der Experten

Nach einem erfolgreichen Pretest des Interviewleitfadens diente ein erster Telefonkontakt der Vorbereitung, in dem das Interview angekündigt und das Forschungsvorhaben und die Erhebungsregeln kurz erläutert sowie ein konkreter Termin vereinbart wurden (dabei wurde streng darauf geachtet, mögliche Beeinflussungen im Vorfeld zu vermeiden). Die Mehrzahl der Interviews wurde am Dienstort der Experten im Zeitraum Januar bis Februar 2012 als persönliches Gespräch durchgeführt. Zwei Interviews erfolgten über das Telefon. Eine Einverständniserklärung, welche ebenfalls Informationen über den Verwendungszweck enthält, wurde von allen Experten vorab unterzeichnet.

## Datenauswertung

Die Interviews wurden bis auf eine Ausnahme mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Für die Datenauswertung wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in Form der Zusammenfassung angewendet (Mayring 1996: 94-98). Der Vorteil ist dabei die Konzentration auf zentrale Aspekte im Datenmaterial zu legen, ohne wesentliche Inhalte zu verlieren (Ramsenhauer 2013: 33-36). Darüber hinaus ermöglicht die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring die Möglichkeit neben der Gewinnung von qualitativen Ergebnisse bzw. Aussagen, ebenso „quantitative“ Auswertungen zu erhalten. Häufigkeiten können veranschaulicht werden ohne den repräsentativen Anspruch wie in der quantitativen Forschung erfüllen zu müssen (Schmidt 1997: 561-563). Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden zunächst, ausgehend von der Forschungsfrage und den Ergebnissen der systematischen Literaturanalyse sowie dem Interviewleitfaden, Selektionskriterien bestimmt. So wurden beispielsweise alle Aussagen zu „Kompetenz“ im Material identifiziert und der vorab festgelegten Kategoriendimension zugeordnet (Mayring 1996: 92-94).

## Ethische Aspekte

Die Prinzipien der Forschungsethik wurden jederzeit beachtet (Bortz, Döring 2006: 41-46). Neben dem exploratorischen Erkenntnisinteresse dieser Studie flossen wesentliche Ergebnisse in die Konzeption des im Rahmen des BMBF-Forschungsprojekts OPEN geförderten Studiengangs ein. Eine Abhängigkeit bzw. Voreingenommenheit besteht weder gegenüber der DHBW noch von Seiten der Experten. Die Beachtung der Gütekriterien für qualitative Forschung wurden gewahrt (Lamnek 2005: 146-147).

## Ergebnisse

### Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 13 Experten interviewt, davon fünf Männer und acht Frauen. Im Durchschnitt beträgt das Alter 49,4 Jahre, die Berufserfahrung umspannt elf bis vierzig

Jahre und liegt im Mittel bei 26 Jahren. Zwölf Interviewpartner verfügen über eine dreijährige pflegerische Ausbildung, ein Interviewpartner ist Mediziner. Die Interviews hatten eine Dauer von 22 bis 55 Minuten. Ein großer Teil der geführten Gespräche wies eine Länge von annähernd einer Stunde auf. Die folgende Ergebnisdarstellung ist entsprechend der Reihenfolge der Interviewthemenblöcke strukturiert. Die verwendete Bezeichnung „hochschulisch qualifizierte“ bzw. „akademisierte“ Pflege umfasst alle grundständigen bzw. primärqualifizierenden Pflegestudienformen (Modellstudiengänge, duale bzw. mit der Ausbildung verzahnte/integrierte Studienformen sowie nachträglicher Titelerwerb). Insofern eine Unterscheidung der Studienformen notwendig ist, wird darauf hingewiesen.

### **Entwicklung grundständiger Pflegestudiengänge**

Die beiden ersten Fragen adressieren eine generelle Einstellung bzw. Einschätzung der Experten hinsichtlich der Entwicklung von grundständigen Pflegestudiengängen in Deutschland. Überwiegend sehen die Experten hier einen ausgeprägten Nachholbedarf verbunden mit der Forderung, dass die Zahl der hochschulisch qualifizierten Pflegenden schneller ansteigen sollte:

*„Ich denke, dass das längst überfällig ist. Deutschland ist in der Beziehung mit Sicherheit (aus meiner Sicht) ein Entwicklungsland. Wir können im europäischen Ausland nicht bestehen, weltweit überhaupt nicht. Ich persönlich behaupte, dass es in der Pflege auch ein Wissensdefizit gibt, also wir brauchen, denke ich, ganz viele Entwicklungen hin zu Wissen.“* (Interview 2, 1-4)

Kritisiert sowie für die hochschulische Qualifikation als hinderlich bewertet wird die mangelnde Vergleichbarkeit. Obwohl die Identifizierung der curricularen Inhalte als schwierig beschrieben wird, bewerten die Experten mehrheitlich die Hochschulqualifikation als gut. Positiv sehen sie die Vielfalt der Abschlüsse, jedoch als Kehrseite die Gefahr einer unkoordinierten Produktion von Abschlüssen. Des Weiteren sieht die Mehrzahl eine Notwendigkeit der Identifikation von Profilen, Kompetenzen und Aufgaben für die Entfaltung des Potentials der hochschulisch qualifizierten Pflege. Die Aussagen zur hochschulischen Entwicklung sind insgesamt von einer realistischen Zuversicht durchzogen:

*„Langfristig und zukünftig betrachtet, glaube ich, dass wir dazu kommen müssten, dass der überwiegende Teil der Pflegekräfte akademisch qualifiziert wird und zwar auch im Interesse einer vernünftigen Versorgung der Patienten. Die Anforderungen, die an die Pflege gestellt werden in Bezug auf den Patienten und auch von den Patienten und von denen, die gepflegt werden – diese Anforderungen nehmen, das können wir feststellen, ständig zu.“* (Interview 1, 27-31).

Eine generelle Qualifizierung ausschließlich auf Hochschulebene unter Abschaffung der Berufsausbildung wird als falsch angesehen. Die Mehrheit erachtet den Erhalt von Diversität als essentiell.

„Wenn so eine Diskussion entstehen würde, nämlich was brauchen wir im Pflegebereich überhaupt. Wir brauchen Vielfalt.“ (Interview 3, 19-20)

Insgesamt halten 61,5 Prozent (entspricht einer Zahl von acht Experten) die Einführung grundständiger Pflegestudiengänge für „absolut notwendig“. Keiner der Befragten schätzt die Einführung als unnötig ein.

### Gründe für die hochschulische Qualifikation

Zur tiefergehenden Auslotung möglicher Beweggründe für die Pflegeakademisierung wurden den Experten initial vier häufig in der Literatur benannte Motive vorgegeben, verbunden mit der Bitte, diese in einem Ranking entsprechend ihrer Relevanz anzuordnen. Die Auswertungen zeigen ein klares Bild (siehe Tabelle 3). Die höheren Anforderungen im Beruf haben die höchste Bedeutung aus Expertensicht, gefolgt von der Anschlussfähigkeit zum Ausland und der Aufwertung des Pflegeberufs. Der Fachkräftemangel rangiert dagegen auf dem letzten Rang und wird daher als Motivation für die Einführung grundständiger Studienmöglichkeiten als weniger relevant angesehen.

|                               | Rang |
|-------------------------------|------|
| Höhere Anforderungen im Beruf | 1    |
| Gleichziehen mit dem Ausland  | 2    |
| Aufwertung des Berufsstandes  | 3    |
| Fachkräftemangel              | 4    |

Tab. 3: Ranking der Gründe für die Pflegeakademisierung

Im Interviewverlauf benannten die Experten weiterführende Gründe bzw. Motive, die ihrer Einschätzung nach für die hochschulische Qualifikation ausschlaggebend sind (siehe Tabelle 4).

### Aufgaben bzw. Berufsfelder der hochschulisch qualifizierten Pflege (aktuell und zukünftig)

Bei den Aufgaben und Berufsfeldern bezogen sich die Experten zunächst auf aktuelle Aufgaben und bewerten diese weiterführend hinsichtlich der zukünftigen Relevanz. Obwohl die befragten Experten künftig keine absolut neuartigen Aufgaben sehen, wurde eine große Bandbreite von Sichtweisen und eine Vielzahl von Nennungen aufgezeigt (siehe Tabelle 5). Die Mehrheit der Experten geht von einer weiteren Differenzierung der Aufgaben aus, bedingt durch einen höheren Anteil an Hilfskräften und wirtschaftlichem Druck, beispielsweise durch die Diagnosis Related Groups (DRGs) sowie einer möglichen Zunahme an höheren Qualifikationen durch Absolventen eines Master-Studiums und Doktoranden.

Bei den Aufgaben wird vor allem das Thema Prozesssteuerung mit vielschichtigen Facetten von den Befragten als wichtig identifiziert. Mehrheitlich wird die Steuerung von Prozessen in Bezug auf die Patienten beschrieben. Ebenfalls wird die Prozesssteuerung hinsichtlich des Settings Angehöriger und Familienmitglieder gesehen, die vor allem übergeordnet in der Koordination und Begleitung zu interpretieren ist. Die Aufgaben Prozesssteuerung und Koordinationsfunktionen liegen in der Beschreibung der

|   | Häufigkeit |
|---|------------|
| Veränderte Anforderungen im Gesundheitswesen (steigende Komplexität und Anforderungen der Versorgung, veränderte Rahmenbedingungen, Anspruch an evidenzbasiertes und effizientes Handeln, ganzheitliche Prozessgestaltung, Flexibilität der Einsatzmöglichkeiten ist gefordert) | 18         |
| Aufwertung des Berufsstandes, „Standing“ und Fachlichkeit der Pflege verbessern   | 6          |
| Anschluss an das internationale Niveau (Attraktivität auch für ausländische Kräfte, Mithalten im internationalen Vergleich, Mobilität für Pflegekräfte verbessern)  | 6          |
| Wissenschaftliche Fundierung des Berufsfeldes (Bezugswissenschaften und arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse in die Pflege integrieren können)   | 6          |
| Grundlegender Qualifizierungsbedarf der Pflege (Wissensdefizite in der Pflege, Qualität und Quantität der Pflege zu verbessern)   | 5          |
| Trennung zwischen Wissenschaft und Praxis (Differenzierung zwischen hochschulischen/praxisorientierten Einrichtungen, welche Felder welches Bildungsangebot benötigen)  | 5          |
| Karriereplanung (Karrierperspektiven führen zur Reduktion der Fluktuation, erhöhen Zufriedenheit im Beruf)  | 4          |
| Generelle Anforderung an lebenslanges Lernen  | 2          |
| Bildung der Pflegenden verändern durch hochschulische Qualifikation   | 2          |
| Umsetzung des interprofessionellen Arbeitens (Interprofessionalität)  | 2          |
| Entlastung der Ärzte  | 1          |
| Mobilität und Freizügigkeit der beruflichen Ausübung, dafür ist eine hochschulische Qualifikation nötig   | 1          |

Tab. 4: Weitere Gründe für die Pflegeakademisierung

| Aufgaben bzw. Berufsfelder  | Häufigkeiten |
|---|--------------|
| Prozesssteuerung (Prozesse steuern, Patienten in verschiedenen Settings, Case- und Care Management)   | 17           |
| Selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten der Pflege in patientennaher Versorgung (Übernahme ausgewählter heilkundlichen Tätigkeiten, Pflegediagnostik, Verordnungsfähigkeit, klinische Entscheidungen im pflegerischen Bereich) | 13           |
| Organisation, Führung des Kollegiums (Delegation, fachliche Führung und Anleitung auf Station, für „schwierige Fälle“ Hilfestellung/Übernahme anbieten)   | 11           |
| Koordination (Schnittstellen, Verbindung von stationär und ambulant, frühzeitige Koordination)  | 9            |
| Wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einbringen (Generierung von Wissen, Auswertung der Evidenz, Forschungsprojekte)  | 9            |
| Patientenberatung, Anleitung, Schulung und Coaching   | 9            |
| Qualitätsmanagement (praxisnahes Qualitätsmanagement, das auf Station angesiedelt ist /Fokus Qualität bei der Patientenversorgung / Pflegequalität)   | 5            |
| Gesundheitsprävention, Förderung und Erhaltung  | 5            |

Anmerkung: Die Nennung in absteigender Reihenfolge entsprechend der Häufigkeit beinhaltet keinen Zusammenhang zur Relevanz oder Präferenz der jeweiligen Aufgabe.

Tab. 5: Aufgaben bzw. Berufsfelder hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte

Befragten häufig nahe beieinander. Zentral ist dabei, dass die hochschulisch qualifizierte Pflege: „die Fäden da in der Hand hält“ (Interview 6, 41-41). Darüber hinaus ist Case- und Care Management der Prozesssteuerung zugeordnet. Ein Aspekt, der von vier Experten explizit hervorgehoben wird. Eine Expertin vertritt jedoch auch die Ansicht, dass für die Steuerung von Prozessen nicht unbedingt ein Studium zwingend vorauszusetzen ist. Die Aufgaben, welche zukünftig selbständig und eigenverantwortlich durch hochschulisch qualifizierte Pflegende ausgeführt werden, sind nach Ansicht der Mehrheit der Experten in der unmittelbaren Versorgung der Patienten verortet. Genannt wurden Bedarfserhebung, Pflegediagnostik, Verordnungsfähigkeit und die Übernahme von Heilkunde:

*„Ich gehe stark in den Bereich Heilkunde, wie es bei den akademischen Ausbildungen wie Südeuropa, Großbritannien und ich sage, ich gebe mehr Dinge wie Eigenverantwortung der Pflege. Das ist für mich ein schlüssiges Modell. Um eigenverantwortlich als letzte Instanz bestimmte Dinge zu entscheiden, wo dann kein Arzt geholt werden muss.“* (Interview 7, 124-128).

Vier Experten nennen die Entlastung der Medizin als eine Art Nebeneffekt, der sich durch die neue Aufgabenverteilung ergeben kann.

*„[...]dass sie [die akademisch Qualifizierten] Ärzte entlasten werden, dass da auch Einsparungen sind.“* (Interview7, 120-120)

Insgesamt wird eine eigenverantwortliche und selbständige Pflege in 13 Aussagen der Experten ersichtlich, wie beispielsweise in den Beschreibungen der hochschulisch qualifizierten Pflege in der Patientenversorgung ohne exklusive Stellung für Spezialaufgaben:

*„Ich würde natürlich sagen, dass die pflegen. Ich [...] möchte nicht, dass die nur für bestimmte Aufgaben studieren. Die sollen studieren, dass sie pflegen können und pflegen auf ganz anderer Ebene“* (Interview 8, 132-135).

*„[...] die akademische Pflegekraft kann auch am Bett stehen und pflegen. Wie jede andere Pflegekraft auch. Sie hat einen entscheidenden Vorteil. Sie hat ein wesentlich größeres Wissensspektrum, sie hat eine wesentlich höhere Kompetenz.“* (Interview 1, 70-73)

In dem Zusammenhang problematisieren die befragten Experten auch Defizite, die der eigenverantwortlichen und selbständigen Pflege gegenüberstehen. Dazu zählen Unklarheiten bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Unsicherheiten der Finanzierung von erbrachten Leistungen durch hochschulisch Qualifizierte.

Ähnlich bedeutsam wie die direkte Patientenversorgung sehen die Interviewteilnehmer den Bereich Organisation und Führung (elf Aussagen der Experten). Insbesondere unter Berücksichtigung des Einflusses der DRGs und dem Bewusstsein für die ökonomischen Zwänge nehmen diese Managementaufgaben eine bedeutsame Rolle ein. Neben der Führungsaufgabe im Kollegium sollen hochschulisch Qualifizierte auch die Betreuung von „schwierigen Fällen“ (Patienten) übernehmen. Offensichtlich wird die aus Sicht der Experten bestehende hohe Anforderung an hochschulisch quali-

fizierte Pflege deutlich. Um dieser Aufgabe zu entsprechen, wird eine enge Verknüpfung von Managementaufgaben und die ausdrücklich hohe pflegfachliche Kompetenz von den Interviewten, benannt.

Außerdem finden sich in neun Expertisen Hinweise zur Implementierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis:

*„[...] Auswerten der Evidenzen. Neue Erkenntnisse reinzubringen. An der Generierung neuer Erkenntnisse auch mitzuwirken oder an Forschung und Projekten teilzuhaben.“* (Interview 10, 25-25)

Die Patientenberatung, -steuerung und -anleitung stellt sich ebenso aus Sicht von neun Experten als Aufgabe für die hochschulisch qualifizierte Pflege dar. Ein Experte betont, dass Betreuung in das Aufgabenprofil der hochschulisch qualifizierten Pflege zu integrieren ist, anstelle der Herausbildung separater Aufgaben. In drei Interviewausagen wird explizit die Anleitung von Patienten hervorgehoben, die eine Transferleistung von evidenzbasiertem und aktuellem Wissen in die Praxis herstellen soll. Ähnliche Tendenzen bezüglich der Ausrichtung gibt es in weiteren fünf Expertisen, die gleichzeitig eng mit dem Qualitätsmanagement verbunden wurden. Die Experten favorisieren hier insbesondere ein praxisnahes Qualitätsmanagement, welches nicht ausschließlich in Form einer Stabstelle beim Management, sondern direkt auf Station angesiedelt ist und die Pflegequalität adressiert:

*„Also auch intern, die interne Qualitätskontrolle. Ich meine, wir haben ja momentan in der Pflege wenig bis gar keine Strukturen, um Pflegequalität tatsächlich zu evaluieren.“* (Interview 3, 104-106)

Als weiteres Aufgabenfeld für akademisch ausgebildete Pflegekräfte benannten die Befragten die Gesundheitsprävention und Fürsorge. Ein Gebiet, das nach Einschätzung der Experten weit über den traditionell klinischen Sektor hinausgeht und in Zukunft mehr Gewicht haben wird:

*„Sind die Felder Beratung, Prävention, Gesundheitsförderung spielen da auch eine große Rolle. Der Fokus weg von der Krankheit in Richtung Gesundheitserhaltung.“* (Interview 5, 95-98)

### **Studium – Kompetenzen**

Der fünfte Fragenkomplex bezieht sich auf die Kompetenzen sowie die Rahmenbedingungen eines Studiums. Zur Anregung und Unterlegung der Fragestellung wurden den Experten exemplarisch typische Kompetenzbereiche als Stichworte genannt. (Typisch sind dabei Kompetenzen wie zum Beispiel Sachkompetenz, Selbstkompetenz, sozial-ethische Kompetenz und übergreifende Handlungskompetenz). Bedingt durch den Bologna-Prozess hat die Orientierung an Kompetenzen und deren Beschreibung in Form von Kompetenzziele nochmals an Bedeutung gewonnen. Dennoch wurde in den Interviews kein Kompetenzrahmen oder Raster vorgelegt, sondern die Offenheit und Einschätzung der Experten fokussiert. Mit mehr als Achtzig genannten Aspekten



äußerten die befragten Experten eine fast unüberschaubare Vielzahl an Kompetenzen, die ein grundständiges Pflegestudium beinhalten sollte. Ebenso vielfältig und differenziert fielen die Sichtweisen zu den für ein erfolgreiches Studium relevanten Rahmenbedingungen aus (auf eine Detaildarstellung wird an dieser Stelle mit Verweis auf die Autoren verzichtet).

Damit nicht ausschließlich ein Eindruck über die Vielzahl der genannten Kompetenzen entsteht, sondern eine systematische Ordnung gewahrt wird, erfolgt die Zuordnung zu Kompetenzbereichen. Dabei spiegelt sich in den Expertenaussagen die fachliche Kompetenz insbesondere durch wissenschaftlich reflektiertes Handeln wider. So wird beispielsweise von hochschulisch Qualifizierten erwartet, dass es ihnen aufgrund ihrer Fachlichkeit gelingt, Zusammenhänge herzustellen, zu analysieren sowie eigenes abweichendes Verhalten begründen zu können.

*„[...] dass die [hochschulisch Qualifizieren] wissen, dass sie auf dem neuesten Stand pflegen. Das ihnen bewusst ist, was sie machen, dass sie nicht nur Abläufe wiederholen, sondern sie hinterfragen.“* (Interview 2, 100-103)

Weiterhin wurde konzeptionelles Denken bzw. konzeptionelles Arbeiten als bedeutsamer Aspekt im Rahmen der Fachkompetenz genannt. Ebenso besteht die Erwartung, dass sich Pflegefachlichkeit durch Fachwissen, beispielsweise in der Pathophysiologie oder Krankheitslehre, auszeichnen sollte. Darüber hinaus wird generell das Lesen und Anwenden von Fachwissen betont und dabei nicht ausschließlich auf pflegefachliches Wissen bezogen, sondern schließt ebenso den Management- und Bildungsbereich mit ein.

Ein zentraler Kernpunkt innerhalb der Selbstkompetenz nimmt das „Standing“ bzw. selbstbewusste und selbstsichere Auftreten ein, was häufig von den Experten in Verbindung mit anderen Kompetenzbereichen thematisiert wurde. Dazu zählt beispielsweise die Kommunikationskompetenz, die nach Ansicht der Experten für eine kultursensible Gesprächsführung sowie in Verhandlungen benötigt wird. Des Weiteren wurde Kommunikation bei der sozial-ethischen Kompetenz benannt, wengleich der Aspekt Wertschätzung und berufsethische Aspekte stärker hervortreten. Bei der sozial-ethischen Kompetenz wurde mehrfach respektvolle Kommunikation und eine ausgeprägten Fähigkeit zur Empathie beschrieben.

Des Weiteren wurden übergreifende Handlungskompetenzen aus Expertensicht besonders in Form von Führungskompetenz, dem wirtschaftlichen Umgang mit Ressourcen und Methodenkompetenz unterstrichen. Darüber hinaus lassen sich weitere Nennungen wie Beratung, Konfliktfähigkeit und didaktische Fähigkeiten sowie Reflexionskompetenz ebenso den übergreifenden Handlungskompetenzen zuordnen.

Die folgende Aneinanderreihung der genannten Kompetenzen in Form von Stichworten verdeutlicht einerseits die enorme Vielfalt, Breite und Tiefe der Kompetenzen, welche die Experten von hochschulisch Qualifizierten erwarten. Jedoch wird ebenso deutlich, dass die Befragten zwischen Aufgabenfeldern und Kompetenzen in ihren Aussagen nicht immer trennscharf sind. Andererseits spiegelt sich darin hinsichtlich

der Aneignung von Kompetenzen eine sehr differenzierte Erwartungshaltung (siehe Tabelle 6).

|   |
|---|
| Kompetenzen   |
| Fachkompetenz   |
| Beziehungsmanagement, Pflegefachlichkeit, professionelles Selbstverständnis, Professionalität, solide fachliche Kompetenz: Pflegefächer (Krankheit, Pathophysiologie, etc.), kultursensibel Pflegen, Pflegen können (handwerkliche Kompetenz), zielgerichtetes Pflegen, Effizienz im Handeln und patientenorientiert, fachliche Profession und Akzeptanz, klinische Entscheidungen in der Pflege, systematische theorie-basierte Pflegediagnostik, Entscheidungen im pflegerischen Bereich  |
| Selbstkompetenz   |
| Kritisches Vorgehen, neues Wissen aneignen, Strukturierung, analytische Planung (hohe analytische Fähigkeiten), Systematik, Durchsetzungsvermögen, Selbstbewusstsein, Standing, Verhandlungsgeschick, Abstraktionsvermögen, Selbstsicherheit, interne Attribute negativer Ereignisse ablegen  |
| Sozial-ethische Kompetenz   |
| Sozial- und berufsethische Kompetenzen (z. B. bei Therapieabbruch, kultursensibel reagieren), ethische Fragen identifizieren und weiteren Prozess initiieren z. B. Ethikkommission, Empathie, Sensibilität, argumentative Kommunikation, Diskussionsfähigkeit, Übersetzungsfunktion als Vermittlerstelle Arzt/Patient   |
| Übergreifende Handlungskompetenz  |
| Situationsadäquates Handeln, Begründungszusammenhänge (Handlungsoptionen), Managerkompetenzen, Unternehmensführung, delegieren können (Aufgabenverteilung), Methodenkompetenz, präsentieren können, Prozess- und Fallentscheidungen treffen können, Verantwortung für den Gesamtprozess und Fallverantwortung, Projektarbeit, betriebswirtschaftliches Know-how, Volkswirtschaft, Unternehmensführung, ökonomisch differenzieren, verschiedene Perspektiven aufzeigen, Kompetenz für Bezugswissenschaften, Wissenstransfer von neueren Erkenntnissen aus dem Fach, die Begleitung von Forschung und die Fähigkeit Forschungsprojekte zu begleiten |

Tab. 6: Kompetenzbeschreibungen der Experten

**Prognose des Anteils hochschulisch Qualifizierter**

Die hypothetische Einschätzung der Situation auf den Stationen in den Krankenhäusern in 20 Jahren, im Hinblick auf den Anteil hochschulisch Qualifizierter, ergab eine überraschende Prognose. Wie sich zeigt prognostizieren vier Experten (30,7 Prozent) einen Anteil von mehr als zwanzig Prozent. Weitere vier Experten sehen den Anteil an hochschulisch Qualifizierten zwischen 31 und 50 Prozent. Drei Interviewte konnten keine Einschätzung abgeben, s. Abbildung 1.

**Hürden der derzeitigen Akademisierungsbestrebungen**

Die letzte Frage im Interviewleitfaden thematisierte potentielle Hürden bei den derzeitigen Akademisierungsbestrebungen. Die befragten Experten sind sich der potentiellen Hürden durchaus bewusst, wie aus der Diversität und Anzahl der genannten Hürden hervorgeht (siehe Tabelle 7). Aspekte sind dabei beispielsweise ein fehlendes Selbstverständnis der Profession Pflege:

*„Ich glaube es ist eine Hürde, dass der Pflege das Bewusstsein fehlt, was sie eigentlich ist“ (Interview 9, 245-246)*

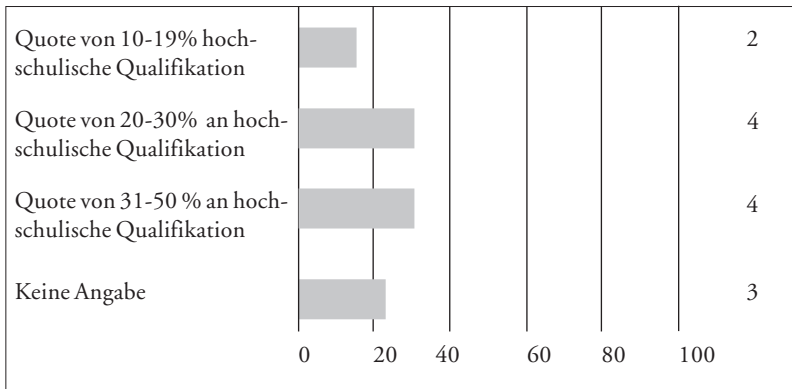


Abb. 1: Prognose zum Anteil hochschulisch qualifizierter Pfleger, n=13

Ebenso wird die Ärzteschaft als Barriere benannt: „[...] dass ich denke, dass Ärzte Angst haben, dass Pfleger ihnen Konkurrenz machen beispielsweise bei der Verordnung oder Therapievorschreibung.“ (Interview 2, 306-307)

Für die Mehrzahl der Experten stellt die unklare Verdienstmöglichkeit eine Hürde dar:

„Wir haben das Problem der Bezahlbarkeit und Finanzierbarkeit von Leistungen. Das ist ein Punkt, was eine Tendenz schafft gegen eine Akademisierung.“ (Interview 6, 307-308)

| Hürden   | Häufigkeiten |
|--|--------------|
| Eigene Berufsgruppe (keine Lobby, mangelndes Selbstverständnis der Pflege)   | 7            |
| Finanzierung (Höhere Verdienstmöglichkeiten gestalten sich schwierig)  | 6            |
| Ärzteschaft (Die Angst vor Konkurrenz wird bei den Ärzten befürchtet)  | 6            |
| Bisheriges Bildungsangebot<br>- Hochschulen mit unterschiedlicher Ausrichtung, keine Vergleichbarkeit<br>- Universitäten blockieren die Implementierung von Studiengängen<br>- Keine Vereinbarkeit von Privatem und Studium<br>- Anhebung der Zugangsvoraussetzung bei der Pflegeausbildung würde Nachwuchsprobleme verschärfen (Schulbildung 12 Jahren) | 5            |
| Gesellschaftliche Sichtweise „Pflege ist nett“   | 5            |
| Politische Sichtweise „Pflege kann jeder“  | 3            |
| Unklarheit über Aufgabenbereiche der akademisierten Pflege   | 3            |
| Knappe zeitliche Ressourcen (Fehlende zeitliche Ressourcen für akademisierte Pflege, um das Wissen in der Praxis umzusetzen)   | 1            |
| Keine Hürde vorhanden  | 1            |

Tab. 7: Hürden derzeitiger Akademisierungsbestrebungen

## Diskussion

Im Mittelpunkt der hier dargestellten Studie stehen der Bedarf und die Anforderungen an hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte aus Sicht von Entscheidungsträgern aus der Praxis. Alle 13 strukturierten Interviews konnten in einer offenen, angenehmen und ausgesprochen angeregten Atmosphäre durchgeführt werden. Die erhobenen Ergebnisse sind vielfältig und geben Raum für weiterführende Interpretationen.

Wenig überraschend war die große Zustimmung zu den derzeitigen Akademisierungsbestrebungen beziehungsweise der Einführung grundständiger Studiengänge, die nahezu unisono geäußert wurde. Die von den Befragten genannten Beweggründe und Motive für die hochschulische Qualifizierung von Pflegekräften in Deutschland weisen eine hohe Übereinstimmung mit einschlägigen Veröffentlichungen auf. So spricht sich wiederholt der Sachverständigenrat (SVR) aufgrund der zunehmenden Komplexität der Versorgung für eine Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen, verbunden mit einer höheren Qualifizierung der nicht-ärztlichen Berufe, aus (SVR 2007, 2009, 2012). Ebenso können der Lancet Report und die Empfehlung des Wissenschaftsrates angeführt werden, die ähnliche Argumentationslinien enthalten (Frenk et al. 2010: 5-7; WR 2012). Abweichend zu dem in Veröffentlichungen vielfach problematisierten Fachkräftemangel als Triebfeder für die Akademisierungsbestrebungen, weisen die Experten dieser Studie dem Fachkräftemangel als Beweggrund keine besonders herausragende Bedeutung zu.

Darüber hinaus zeigt sich ebenso, dass ausgehend von den vielfältigen Aufgaben, die von den Experten benannt wurden, von einem hohen Bedarf an hochschulisch Qualifizierten auszugehen ist. Im Weiteren signalisiert die Einschätzung der Befragten, dass eine weitere Ausweitung der Aufgaben aufgrund der zunehmenden Komplexität und Leistungsverdichtung im Gesundheitswesen anzunehmen ist. Somit besteht Übereinstimmung mit aktuellen Initiativen, wie beispielsweise dem Berufsverband (DBfK) und dessen Forderung, eine erweiterte Pflegepraxis nach anglo-amerikanischem Vorbild einzuführen (ANP, Advanced Nurse Practice) (DBfK 2011).

Der Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit ersten Ergebnissen von Absolventenstudien primärqualifizierender Studiengänge eröffnet dagegen teils widersprüchliche Erkenntnisse. In der Studie von Güse äußern die Interviewpartner Zweifel hinsichtlich eines Mehrwerts durch die hochschulische Qualifikation und benennen kaum explizite Aufgaben für akademisierte Pflegekräfte (Güse 2013: 394-396). Lüftl & Kerres bestätigen hingegen eine ähnliche Vielfalt an Aufgaben für die akademisierte Pflege (Lüftl & Kerres 2012). Die alleinige Vielzahl genannter Aufgaben für die akademisierte Pflege sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es eine Taxonomie der Aufgaben, wie es im internationalen Bereich üblich ist, in Deutschland bislang nicht gibt. Dieses Defizit kristallisiert sich in jüngster Zeit zunehmend heraus. Das Institut für Arbeit und Technik problematisiert ein fehlendes Aufgabenprofil, insbesondere für die neueren grundständigen Pflegestudiengänge. Darüber hinaus wird die mangelnde Rücksichtnahme hinsichtlich des Bedarfs der Praxis als „heiteres Berufebasteln“ kritisiert (Bräutigam, Evans 2013: 12). Die Untersuchung von Dietze bestätigt eine ungenügende Orientierung bezüglich der Nachfrage von Seiten der Arbeitgeber. Ferner verdeutlicht ihre Untersuchung, dass die befragten Pflegepädagogen als Vertreter von Bildungseinrichtungen gegenüber der Praxisperspektive befragter Pflegekräfte unterschiedliche Vorstellungen zum Bedarf an Schlüsselkompetenzen, die in der Ausbildung zu vermitteln sind, haben (Dietze 2011: 134-140). In den Ergebnissen der vorliegenden Studie erwarten die Interviewpartner umfassende Kompetenzen, die im Studium anzueignen sind. Ähnlich ist die erwähnte Studie von Lüftl & Kerres zu

interpretieren und legt nahe, dass die Praxis eine differenzierte und sehr umfassende Einschätzung des Kompetenzbedarfs durchaus vornehmen kann. Deutlich wird jedoch ein seither in Deutschland fehlender einheitlich anerkannter Qualifikationsrahmen, der Kompetenzen von Pflegenden mit unterschiedlichen Werdegängen und Abschlüssen in Bezug auf die Übernahme von Aufgaben definiert. Erste Ansätze bietet der jüngst veröffentlichte „Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung“ (Hülsken-Giesler, Korporal 2013). Darüber hinaus liefern die in dieser Studie identifizierten Barrieren wichtige Erklärungsmomente in der Diskussion der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege. Insbesondere die teils selbstkritische Betrachtung der eigenen Berufsgruppe als Hürde für die hochschulische Qualifikation wird selten explizit benannt. In aktuellen Diskussionen bezüglich der Professionalisierung der Pflege tritt der Aspekt seither eher rudimentär auf. Eine weitere Hürde bildet die Medizin und deren Sorge vor (pflegerischer) Konkurrenz und Machtverlust. Dabei ist die Akzeptanzproblematik kein Novum. Die Beziehung zwischen Pflege und Medizin wurde bereits 1960 in der empirischen Arbeit von Stein (1967) als „Doctor-Nurse-Game“ untersucht. Obwohl damals der Geschlechteraspekt dominierte, verweisen neuere Studien weiterhin auf das Konfliktpotential in der Zusammenarbeit beider Berufsgruppen (Sweet & Norman 1995:165-170). Damit bestätigen die hier identifizierten Hürden im Wesentlichen die bisherige Studienlage. Zugleich eröffnet die Bandbreite der umfassenden Expertenaussagen dieser Erhebung insgesamt wertvolle Einblicke in die Anforderungen aus Praxissicht und setzt ebenso neue Impulse in der Diskussion.

## Kritik und Limitation der Untersuchung

Die Stichprobe mit 13 Teilnehmern gilt im Bereich der qualitativen Forschung als suffizient. Dennoch sind die Ergebnisse in ihrer Aussagekraft und Übertragbarkeit limitiert, da sie keinen repräsentativen Charakter aufweisen. Zudem kann die gezielte Auswahl der Experten entsprechend der definierten Einschlusskriterien sowie die Fokussierung auf den klinischen Bereich eine Verzerrung der Ergebnisse mit sich bringen. Insbesondere kann nicht ausgeschlossen werden, dass die natürliche Nähe zum Erhebungsthema von Seiten der befragten Experten, die im Gesundheitswesen als Führungsverantwortliche oder im Bereich der Berufspolitik tätig sind, zu einer überdurchschnittlich positiven Sichtweise führen.

## Schlussfolgerung

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen einen großen Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Entscheidungsträger der Praxis und verdeutlichen gleichzeitig, welche Aufgaben Pflegenden mit einer hochschulischen Qualifikation übernehmen sollen beziehungsweise über welche Kompetenzen sie verfügen sollten. Bei aller Vielfalt und Tiefe der gewonnenen Erkenntnisse bleiben jedoch konkrete

Handlungsfelder und Kompetenzprofile, welche das Qualifikationsniveau akademisch ausgebildeter Pfleger deutlich kennzeichnen, weitgehend offen. Hier besteht weiterhin ein erheblicher Forschungsbedarf. Insbesondere für die curriculare Arbeit, die „Employability“ der akademischen Abschlüsse sowie die zukünftige Gestaltung des von der WHO für moderne Gesundheitssysteme geforderten Skill Mix (Buchan, Dal Poz 2002: 575) ist eine bessere empirische Fundierung notwendig.

Die Ergebnisse der Studie sind in das vom BMBF geförderte Forschungsprojekt eingeflossen, das sich mit der Entwicklung des dualen, berufsbegleitenden Studiengangs Angewandte Pflegewissenschaften an der DHBW beschäftigt. Der Studiengang, der sich an beruflich qualifizierte Pfleger richtet, berücksichtigte bereits bei der Konzeption die Anforderungen der kooperierenden Praxiseinrichtungen.

## Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2012): Aus der Praxis in die Uni und wieder zurück. In: Die Schwester der Pfleger. H. 51, Jg. 12. Melsungen: Bibliomed Verlag: 1252-1254
- Bartels, Y.; Simon, A.; Plohmann, D. (2012): Pflegeakademisierung in Deutschland – Bedarf und Angebot. In: Pflegewissenschaft, H. 10, Hpsmedia: 548-558
- Bräutigam, C.; Evans, M. (2013): Neue Arbeitsteilung und Qualifikation in der Gesundheitsarbeit. In: Forschung Aktuell 06/2013, Institut für Arbeit und Technik
- Buchan, J.; Dal Poz, R.M. (2002): Skill Mix in the health care workforce: reviewing the evidence. In: Bulletin of the World Health Organization (WHO), Jg. 80, H. 7: 575-580
- Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer
- Bischoff-Wanner, C (2000): Pflege im historischen Vergleich. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa: 17-35
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010): A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative, College of Health Disciplines University of British Columbia Canada. [www.cihc.ca](http://www.cihc.ca), aufgerufen am 09.10.2014
- Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) (2011): „Advanced Nursing Practice Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung“. 2. Vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: Bundesverband DBfK
- Dietze, K. (2011): Schlüsselkompetenzen in der beruflichen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege – Eine empirische Analyse. In: Bonse-Rohmann, M.; Burchert, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Berichte zur beruflichen Bildung. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bielefeld: Bertelsmann: 133-149
- Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart (DHBW) (2013): Studiengang Angewandte Pflegewissenschaften. In: [www.dhbw-stuttgart.de/pflegewissenschaften](http://www.dhbw-stuttgart.de/pflegewissenschaften), aufgerufen am 30.06.2014
- Flick, U. (2006): Interviews in der qualitativen Evaluationsforschung. In: Flick U. (2006) (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte Methoden Umsetzungen: 214-233
- Flick, U. (1995). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt
- Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, A. Z.; Cohen, J.; Crisp, J.; Evans, T.; Fineberg, H.; Garcia, P.; Ke, Y.; Kelley, P.; Kistnasamy, B.; Meleis, A.; Naylor, D.; Pablos-Mendez, A.; Reddy; Scrimshaw; Sepulveda, J.; Serwadda, D.; Zurayk, H. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to

## Danksagung

Bedanken möchten wir uns bei den Experten, welche durch die Bereitstellung ihrer zeitlichen Ressourcen und ihrer professionellen Einschätzung einen ganz wesentlichen Beitrag für diese Erkenntnisse geleistet haben. Darüber hinaus möchten wir uns bei den Begutachtern (Review) für ihre wertvollen Anmerkungen bedanken.

- strengthen health systems in an interdependent world. <http://www.mededconference.ca/assets/file/LancetCommissionReport.pdf>, aufgerufen am 22.07.2013
- Gemeinscher Bundesausschuss (G-BA) (2012): Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V Stand: 20. Oktober 2011 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1 128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1 228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012. [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20\\_RL-63Abs3c.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf), aufgerufen am 06.04.2014
- Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago
- Güse, C. (2013): *Wohin mit den „Studierten“? in: Die Schwester Der Pfleger*. H. 4, Jg. 52. Melsungen: Bibliomed Verlag: 394-396
- Hülken-Giesler, M.; Korporeal, J. (Hrsg.) (2013): *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung (FQR Pflege 6-8)*. Berlin: Porschke+Hensel
- IOM (2010): *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-future-of-nursing-leading-change-advancing-health.aspx>, aufgerufen am 01.11.2013
- Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): *Arbeitsverdichtung zeigt gefährliche Folgen*. In: *PflegenIntensiv 3/2012*. [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Isfort\\_Pflegethermometer\\_2012\\_pflegenintensiv.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Isfort_Pflegethermometer_2012_pflegenintensiv.pdf), aufgerufen am 06.01.2014: 1-8
- John, C. (2009): *Becoming a Reflective Practitioner*. 3. Auflage. Wiley-Blackwell
- Kepper, G. (1993). *Qualitative Marktforschung: Methoden, Einsatzmöglichkeiten und Beurteilungskriterien*. Wiesbaden: DUV
- Lamnek, S.: (2005): *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag
- Lemke, A. (2013): *DPR beauftragt Thesenpapier: Wie viel „Bachelor“ benötigt das Krankenbett?* In: *Heilberufe/ Das Pflegemagazin*, 65 (6), Springer Verlag. S. 56-57
- Lüftl, K.; Kerres, A. (2012): „Ich denk mal, dass andere Bereiche [...] die mit Handkuss aufnehmen“. In: *Pflegewissenschaft*. H. 1, Jg. 14. (1) Hpsmedia: 39-50
- Mayer, H. (2011): *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: facultas
- Mayring P. (1996): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 3., überarbeitete Auflage Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Mendel, S.; Feuchtinger, J. (2009): *Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice*. In: *Pflege*. Vol. 22, Nr. 3. Bern: Hans Huber Verlag: S. 208-216
- Mieg, H.; Näf, M. (2006): *Experteninterviews in den Umwelt- und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung*. Lengerich 2006, 1
- Minks, K.; Netz, N.; Völk, D. (2011): *Berufsbegleitende und duale Studienangebote in Deutschland: Status quo und Perspektiven*. HIS: Forum Hochschule. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Moers, M.; Schöniger, U.; Böggemann, M. (2012): *Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft*. In: *Pflege und Gesellschaft*, 17. Jg., H. 3: 232-248
- Needleman, J.; Buerhaus, P. (2003): *Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for actions*. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/4/275.long>, aufgerufen am 02.11.2014
- Piechotta, G. (2000): *Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung*. 1. Aufl.. Bern: Hans Huber Verlag
- Ramsenthaler, C. (2013): *Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“* In: Schulz, C.; M Kolbe, H.; Dungers, C.: *Der Patient am Lebensende. Eine Qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer VS: 23-42

- Rogalski, H.; Dreier, A.; Hoffmann, W. (2012): Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. In: *Pflege*. 25 (1), Bern: Hans Huber Verlag: 11-21
- Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“ - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft*. 12 (2): 101-116
- Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>, aufgerufen am 10.12.2013
- Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Sondergutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf), aufgerufen am 02.03.2014
- Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Bonn
- Schittenhelm, K. (2009): Qualitatives Sampling. Strategien und Kriterien der Fallauswahl. In: Maschke, S.; Stecher (Hrsg.): *EEO. Erziehungswissenschaftliche Enzyklopädie Online*. Fachgebiet: Methoden der empirischen erziehungswissenschaftlichen Forschung. Weinheim München: Juventa, S. 1-28
- Schmidt, C. (1997): „Am Material“: Auswertungstechniken für Leitfadenterviews. In: Friedbertshäuser, B.; Prengel, A. (1997): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Studienausgabe. Weinheim und München: Juventa: 544-569
- Simon, A.; Eisenschink, A.; Elze, M.; Flaiz, B. (2013): Studiengang Angewandte Pflegewissenschaften: Alltagstauglich und patientennah. In: *kma pflege*, 12 Jg.: 26-27
- Simon, A.; Flaiz, B.; Elze, M. (2014): Das Studienzentrum für Gesundheitswissenschaften & Management an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg. Von der Theorie zur Praxis. *Pflegezeitschrift* 2014, Jg. 67, Heft 5: 286-289
- Sweet, J.; Norman, I.J. (1995): The nurse-doctor relationship: a selective literature review. In: *Journal of Advanced Nursing* (22); Blackwell Science, p. 165-170
- Stemmer, R.; Böhme, H. (2008): Schwerpunkt: Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder der Pflege: Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. In: *Pflege & Gesellschaft*. 13 (3): 197-215
- Stöcker, G.; Reinhart, M. (2012): Grundständige pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de) (05.05.2014)
- Stöver, M. (2010): Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Düsseldorf: Jacobs Verlag
- Winter, M. (2005): Die ersten Pflegeakademiker in Deutschland. Arbeitsmarktperspektiven und Berufsverbleib in der Altenpflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>, aufgerufen am 04.06.2014
- Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung*. Frankfurt a. M.: Mabuse

*Prof. Dr. rer. pol. Anke Simon*

Studiendekanin, Studiengangsleiterin BWL-Gesundheitsmanagement und Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege und Geburtshilfe, Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Tübinger Straße 33, 70178 Stuttgart, [simon@dhw-stuttgart.de](mailto:simon@dhw-stuttgart.de)

*Bettina Flaiz*

M.A. Pflegewissenschaft, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Angewandte Pflegewissenschaften-Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Tübinger Straße 33, 70178 Stuttgart, [Flaiz@dhw-stuttgart.de](mailto:Flaiz@dhw-stuttgart.de)