

Martina Hasseler

Anforderungen und Herausforderungen an gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Requirements and challenges in health and nursing care for people with disabilities in institutions for integration assistance

In recent years, questions of health and nursing care for people with disabilities get increasingly into the focus of health sciences, medical and nursing sciences. The increase in life expectancy of people with disabilities is one reason for the growing attention this topic. Another reason is that the average life expectancy of people with disabilities increasingly equalizes to the life expectancy of the general population. However, it is to be observed that in contrast to the total population that the age structure of the population group people with disabilities is much more differentiated due to a higher degree of genetic-organological causes, the nature of the disability and the development and retention of competencies and inspiring environments. The findings in international literature suggest that people with disabilities experiences many barriers in health and nursing care. On the basis of the research design "Grounded Theory" the question is investigated what kind of experiences staff in institutions for integration assistance gather in health and nursing care. The results of the semi-structured Is show very differentiated results. Overall, they indicate requirements and challenges in institutions of integration assistances. The question remains how to adequately assess health and nursing care and to maintain autonomy and self-determination of the people concerned.

Keywords

People with disabilities, institutions of integration assistance, health care nursing care

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen wird seit einigen Jahren in Gesundheits-, Pflegewissenschaft und Medizin kritisch reflektiert. Ein Grund für die zunehmende Beachtung ist, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten von Menschen mit Behinderungen der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung angleicht. Allerdings ist im Unterschied zur Gesamtbevölkerung zu beachten, dass sich die Altersstruktur bei Menschen mit Behinderungen differenzierter entwickelt, da sie in einem höheren Maße von genetisch-organologischen Ursachen, von der Art der Behinderung sowie der Entwicklung anregender Umwelten und vom Kompetenzerwerb und -erhalt behinderter Menschen abhängig ist. Die internationale Literaturlage lässt erkennen, dass Menschen mit Behinderungen zahlreiche Barrieren in gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung erfahren. Auf der Grundlage des Forschungsdesigns „Grounded Theory“ wird in diesem Projekt die Frage untersucht, welche Erfahrungen Mitarbeiter von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen machen. Die Resultate der leitfadengestützten Interviews zeigen sehr differenzierte Ergebnisse. Inse-

samt weisen sie auf Anforderungen und Herausforderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe hin. Es stellt sich die Frage, wie trotz Pflegebedürftigkeit Autonomie und Selbstbestimmung erhalten bleiben oder gesundheitliche und pflegerische Bedarfe angemessen eingeschätzt werden können.

Schlüsselwörter

Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, gesundheitliche Versorgung, pflegerische Versorgung

1. Einleitung

In den letzten Jahren geraten Fragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen zunehmend in das Blickfeld gesundheitswissenschaftlicher, medizinischer sowie pflegewissenschaftlicher Diskussionen. Diese Entwicklung ist u. a. auf die Erhöhung der Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen zurückzuführen (Schulz-Nieswandt 2005). Diese wird auch mit der Schließung der sogenannten der „Generationenlücke“ begründet, die sich aufgrund der Ermordung geistig behinderter Menschen in der Diktatur des Nationalsozialismus entwickelt hatte (Dieckmann et al. 2010).

Des Weiteren ist die Zahl schwerbehinderter Menschen in den letzten Jahren in Deutschland gestiegen. Von 1997 bis 2007 ist ein Anstieg von 4,5% zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2009). Weltweit wird die Prävalenzrate von Menschen, die mit Behinderungen leben, von der WHO (2011) auf etwa 15,6% bis 19,4% der Menschen über 15 Jahre kalkuliert. Von diesen erfahren etwa 2,2% bis 3,8% signifikante Probleme im Funktionsstatus bzw. sind als schwerbehindert einzustufen. Insgesamt sind ältere Menschen in der Gruppe der Menschen mit Behinderungen überproportional vertreten (WHO 2011). Die Autoren des WHO-Disability Report (2011) führen diese Entwicklung u. a. darauf zurück, dass das hohe Alter erhöhte Risiken für akute und chronische Krankheiten und Verletzungen sowie eine längere Lebenserwartung widerspiegeln.

Allerdings ist im Unterschied zur Gesamtbevölkerung zu beachten, dass sich die Altersstruktur bei Menschen mit Behinderungen differenzierter entwickelt, da sie in einem höheren Maße von genetisch-organologischen Ursachen, von der Art der Behinderung sowie der Entwicklung anregender Umwelten und vom Kompetenzerwerb und -erhalt behinderter Menschen abhängig ist (Schulz-Nieswandt 2005). So gibt die Datenlage Hinweise darauf, dass die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung umso geringer ist, je schwerer die Behinderungen ausgeprägt sind. Menschen mit einem Down-Syndrom haben demgemäß eine kürzere Lebenserwartung als Menschen mit anderen geistigen Behinderungen. Darüber hinaus treten demenzielle Erkrankungen bei Menschen mit einem Down-Syndrom zu einem früheren Zeitpunkt im Vergleich zur Gesamtbevölkerung auf und können sich bereits in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen zeigen (Ding-Greiner et al. 2010).

Die internationale Literaturlage lässt erkennen, dass Menschen mit Behinderungen zahlreiche Barrieren in gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung erfahren. Sie er-

halten weniger häufig und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wie Brustkrebscreeninguntersuchungen, regelmäßige Gesundheits-Check-ups und Gesundheitsversorgung durch Allgemeinmediziner. Des Weiteren werden als Hindernisse unflexible Terminvergaben, Transportprobleme, mangelnde Unterstützung während der Untersuchungen, physische Barrieren (nicht angemessen ausgestattete Untersuchungsräume, Treppen, Eingänge, Zugang zu persönlichen Assistenten u. w. m.) beschrieben (Hasseler 2014; Drum 2009; Marks et al. 2003; Tuffrey-Wijne et al. 2006). Untersuchungen zur Folge haben Gesundheitsprofessionen ein geringes Wissen über Behinderungen und zeigen eingeschränkte kommunikative Fähigkeiten gegenüber Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen und offenbaren ein eher unsicheres Verhalten und unsichere Einstellung gegenüber der Zielgruppe (Drum 2009). Diese Problematik drückt sich u. a. darin aus, dass in Krankenhäusern eine wenig individuenorientierte Versorgung angeboten wird und Menschen mit Behinderungen in ihren Fähigkeiten sowie ihren Kompetenzen nicht unterstützt und vielfach in eine von Gesundheitsprofessionen abhängige Position gedrängt werden (Budroni 2006; Smelter et al. 2012; Webber et al. 2010).

Zusammenfassend ergibt sich aus der nationalen und internationalen Literaturlage das Bild einer problematischen und defizitären gesundheitlichen Versorgung von geistig und körperlich behinderten Menschen. Es entsteht der Eindruck, dass substantielle Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit geistigen Behinderungen nicht erfüllt werden (Gaskell & Nightingale 2010). Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung erhalten oftmals keine bedarfsgerechte präventive, kurative und rehabilitative Versorgung (Brühl 2009). Die Datenlage weist daraufhin, dass insbesondere in Deutschland nur wenig systematisches Wissen über die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen vorliegt. Vor diesem Hintergrund wird eine qualitative explorative Untersuchung durchgeführt, die zunächst die Erfahrungen und das Erleben von Angehörigen der Zielgruppe und/oder Mitarbeitern in den jeweiligen Einrichtungen, in denen Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen leben, zum Inhalt haben. Sie wird geleitet von folgender Fragestellung:

- Welche Erfahrungen machen Mitarbeiter von stationären und ambulanten Wohneinrichtungen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen und Angehörige von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung?

In diesem Artikel wird nur ein Teil der sehr differenzierten Ergebnisse der Gesamtstudie dargestellt. Der Fokus liegt auf die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung bezüglich ihrer Erfahrungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Zielgruppe, die sie in ihrer Funktion in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erleben. Relevante theoretische Grundlagen wie Beschreibung der Zielgruppe, Heterogenität der Zielgruppe, Relevanz der Gesamtfragestellung für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen auf Grundlage des aktuellen Forschungsstandes werden in der Gesamtstudie ausführlich beschrieben.

	Anzahl	Alter der Befragten
Einrichtungsträger	2 konfessionell getragene Einrichtungsträger 3 gemeinnützige Gesellschaften	
Arten der Einrichtungen	3 Wohneinrichtungen 2 ambulante Betreuungseinrichtungen	
Mitarbeiter	15 Mitarbeiter (11 weiblich, 4 männlich)	31-63 Jahren
Eltern	6 Eltern Davon: 3 Elternpaare	68- 74 Jahre

Tab. 1: Soziodemografische Daten Teilnehmer (Quelle: eigene Darstellung)

Berufe	Anzahl
Diplom-Pädagoge/Diplom-Sozialpädagoge	5 Interviewte
Gesundheits- und Krankenpflege Altenpflege	5 Interviewte Davon 1 Befragte Doppelqualifikation als Gesundheits- und Krankenpflegerin u. Heilerziehungspflegerin
Heilerziehungspflege/Heilpädagogik	2 Interviewte
Betreuungskraft Assistentin	2 Interviewte

Tab. 2: Berufe der befragten Mitarbeiter (Quelle: eigene Darstellung)

2. Material und Methoden

Die Untersuchung stützt sich auf „Grounded Theory“ (Glaser & Strauss 2010) als Forschungsdesign. Mit dieser Studie ist intendiert, Erkenntnisse über Erfahrungen der Betreuer/Mitarbeiter/Angehörigen als „Stellvertreter“ bzw. Advokaten der Zielgruppe systematisch zu eruieren, um auf diesem Wege die gesundheitliche und pflegerische Versorgung aus der Perspektive der Betroffenen zu verstehen und neue Erkenntnisse zu gewinnen sowie empirisch gesättigte Konzepte aus dem Datenmaterial zu generieren (Glaser & Strauss 2010; Corbin 2002). Glaser & Strauss (2010) folgend gehören die Vorhersage und Erklärung von Verhalten zu den Kernanforderungen von Theorien in der Soziologie, um für die Praxis brauchbar zu sein. Die theoretischen Erkenntnisse sollen dazu beitragen „den Praktiker Situationen verstehen und in Ansätzen kontrollieren zu lassen“ (Glaser & Strauss 2010:21). Das Verhalten soll begreifbar gemacht und in Beschreibungen und Erklärungen konzeptualisiert sein. Dieses Anliegen liegt dem Projekt zugrunde, da bislang wenige systematische Erkenntnisse zu der Fragestellung im deutschsprachigen Raum vorliegen.

Als Datenerhebungsmethode werden Experteninterviews in Form von Leitfadenterviews angewendet (Bogner & Menz 2009). Experten werden als „Kristallisationspunkte“ von Insiderwissen betrachtet und werden stellvertretend für weitere Akteure in dem interessierenden Forschungsfeld befragt (Bogner & Menz 2009). Mit Hilfe der Methode Experteninterviews sollen das Spezialwissen und die Handlungsrouniten systematisch erschlossen werden (Gläser & Laudel 2010). Des Weiteren ist diese Methode besonders geeignet, wenn der Zugang zum Feld schwierig, tabuisiert oder ethisch diffizil ist (Bogner & Menz 2009; Müller-Mundt 2002). Für diese Untersuchung werden

Angehörige und/oder Mitarbeiter von Einrichtungen, in denen Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen leben, als Experten („Stellvertreter/Advokaten“) interviewt. Bislang liegen noch wenige systematische Erfahrungen in der Befragung der Zielgruppe zu so einem diffizilen Thema vor. Der bisherige Diskussionsstand lässt die Erkenntnis zu, dass die Befragung der Zielgruppe selbst, d. h. die Befragung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen, aus forschungsmethodischer und ethischer Sicht diffizil ist. In der Literatur werden Beobachtungen diskutiert, dass Menschen mit geistigen Behinderungen in Befragungen zu „Ja-Antworten“ sowie sozial erwünschten Antworten neigen. Bei „entweder-oder-Fragen“ ist eine Tendenz zu erkennen, dass die letztgenannte Möglichkeit genannt wird (Hagen 2002; Schäfers 2009; Mayrhofer & Schachner 2001). Des Weiteren werden nicht konsistente Antworten berichtet, die damit zusammenhängen können, dass die Zielgruppe es nicht gewöhnt ist, befragt zu werden (Hagen 2002; Schäfers 2009). Bis jetzt ist noch kein Befragungsinstrument entwickelt worden, das zuverlässig, zielgruppenorientiert und ethisch angemessen die Befragung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ermöglicht. Mit dieser Studie ist beabsichtigt, sich in einem ersten Schritt dieser Thematik zu nähern. „Stellvertreter“ wie Angehörige der Zielgruppe und Mitarbeiter von Wohneinrichtungen, die die Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in gesundheitlicher Versorgung begleiten bzw. für eine angemessene Gesundheitsversorgung verantwortlich sind, haben das Potenzial, relevante Erfahrungen zu formulieren.

Der Interviewleitfaden ist offen gestaltet. Die Themengebiete orientieren sich an Ergebnissen der Analyse des Forschungsstandes und den daraus entwickelten Themenbereichen. Die Fragen sind vor allem erzählgenerierend angelegt (Gläser & Laudel 2010). Unter dem Punkt „Allgemeine Einstiegsfragen“ findet sich eine Frage *„Welche Erfahrungen haben Sie in der gesundheitlichen/pflegerischen Versorgung ihres Angehörigen/Bewohners/Klienten gemacht?“* Diese sehr offene Frage soll als Einstieg zum Nachdenken und Erzählen der Erfahrungen animieren. Unter dem Themenbereich „Berufsgruppen/Settings in gesundheitlicher Versorgung“ werden die Fragen spezifischer. So lautet eine Frage *„Wie haben Sie die gesundheitliche Versorgung im Krankenhaus oder mit Ärzten erfahren?“* Zur Erhebung von soziodemografischen Daten wird ein geschlossener Fragebogen eingesetzt (Witzel 1982), in dem Alter, Bildungsstand und weitere Daten erfragt werden. Dieser wird gegen Ende des Interviews eingesetzt. Alle Interviews werden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und transkribiert. Da die Inhalte und Themen für die Auswertung und Analyse relevant sind, werden die Interviews in ein normales Schriftdeutsch übertragen (Hugl 1995).

Die Samplebildung erfolgt nach dem Prinzip des „theoretischen Samplings“ (Cutcliffe 2000; Glaser & Strauss 2010; Truschkat et al. 2011). Für die Findung von signifikanten Individuen bzw. Experten werden im Vorfeld Einschlusskriterien formuliert, um Personen zu befragen, die zur interessierenden Forschungsfrage Antworten geben können und in diesem Sinne signifikant für das Projekt sind (Cutcliffe 2000): Beherrschung der deutschen Sprache fließend und im Verständnis, Mitarbeiter ambulanten oder stationären Einrichtungen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinde-

rungen und Zuständigkeit für die gesundheitliche Versorgung oder Angehöriger mit entsprechender Verantwortlichkeit für die Zielgruppe. Wie nachfolgende Tabelle zeigt, wird eine maximale Variation im Sample erreicht, da unterschiedliche Einrichtungsträger, Arten der Einrichtungen sowie Mitarbeiter mit unterschiedlichen Qualifikationen und Funktionen sowie Eltern befragt werden, s. Tabelle 1 und 2.

Die Interviews werden in einem Zeitraum von 3 Monaten in einer Region in Norddeutschland in und um eine Universitätsstadt durchgeführt. Insgesamt finden 21 Interviews statt. Sie dauern zwischen 30 und 75 Minuten.

Die Datenauswertung wird mit MAXQDA 11 durchgeführt und orientiert sich an dem Verfahren der Grounded Theory (Böhm 2004). Die Transskripte werden offen kodiert. Das heißt, sie werden Zeile für Zeile gelesen, Phänomene im Material werden benannt und Konzepte entwickelt (Böhm 2004; Glaser & Strauss 2010). Die von Böhm (2004) vorgeschlagenen theoriegenerierenden Fragen werden u. a. angelegt. Das Kategorienschema werden durch in-vivo-codes, d. h. aus dem Datenmaterial und aus abstrakten theoretischen Konzepten (aus der Literaturlage), gebildet (Böhm 2004). Exemplarisch verdeutlicht, zeigt sich dieser Prozess wie folgt: zunächst werden Codes entwickelt, die sich aus dem Textmaterial ergeben. Aus dem ersten und zweiten Interview entwickelt sich zunächst eine Kategorie „Medizinische Organisation“. Aus der Codierung weiterer Interviews entfaltet sich dann die Kategorie „Management und Organisation der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung“. Dazu werden dann folgend aus der Codierung der Interviews sukzessive Unterkategorien gebildet. Diese haben sich teilweise vor dem Hintergrund der theoretischen Lage des Themas entwickelt. Eine Unterkategorie heißt „Organisation der Vorsorgeuntersuchungen“. Das Thema Vorsorgeuntersuchungen ist der Literaturlage folgend für Menschen mit Behinderungen unterrepräsentiert. Vielfach erhält die Zielgruppe diese nicht in der gewünschten und erforderlichen Regelmäßigkeit. Die einzelnen Textpassagen oder Aussagen werden gelegentlich auch mehreren Codes bzw. Kategorien zugeordnet, abhängig davon, wie viele Themen in diesen angesprochen werden (Meuser & Nagel 2009).

Danach erfolgt das „axiale Codieren“, d. h. aus dem Datenmaterial werden zunehmend Kategorien entwickelt und Beziehungen unter- und zwischeneinander hergestellt (Glaser & Strauss 2010). Dafür wird zunächst ein thematischer Vergleich (Meuser & Nagel 2009) durchgeführt. Thematisch vergleichbare Codes und Textpassagen werden gebündelt und zusammengeführt. Dabei wird immer noch dem Ideal einer textnahen Kategorienbildung entsprochen (Meuser & Nagel 2009). Strauss & Corbin (2010: 78) beschreiben dieses Verfahren als das Verknüpfen von Subkategorien mit Kategorien, „*die aufursächliche Bedingungen, Phänomen, Kontext, intervenierende Bedingungen, Handlungs- und interaktionale Strategien und Konsequenzen verweisen*“. Nachfolgend wird kurz dieser Prozess an einem Beispiel der axialen Codierung aus der Gesamtstudie dargestellt. Zunächst wird nach der vollständigen Codierung aller Interviews das analysierte Material in Tabellenform gelesen. Es werden z. B. folgende Codes und Textpassagen in der Kategorie „Erfahrungen im niedergelassenen Bereich“ zusammengeführt: „Zeitmangel“, „Ärzte verordnen Leistungen nicht“ und „medizinische

sche, diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorenthalten“. Diese werden in eine Unterkategorie „Mangel an...“ zusammengefasst. Der „Zeitmangel“ bleibt als eigenständige Subkategorie bestehen, jedoch werden „Ärzte verordnen Leistungen nicht“ und „medizinische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorenthalten“ zu „Mangel an verordneten Leistungen“ eingruppiert. Es wird im Prozess darauf geachtet, dass diese Zuordnung auf Triftigkeit, Angemessenheit in Bezug auf Inhalt und Kontext der gemachten Interviewaussagen sowie Vollständigkeit und Validität erfolgt (Meuser & Nagel 2009). Danach wird der Schritt der Konzeptionalisierung durchgeführt (Meuser & Nagel 2009).

Das abschließende Ergebnis der Analyse zeigt sich wie folgt:

Die *„Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen – Erfahrungen aus der Perspektive von Mitarbeitern und Angehörigen mit ...“* steht im Mittelpunkt der Auswertung und Analyse. Darum herum sind folgende Kernkategorien gruppiert:

- *„...dem niedergelassenen Bereich“*,
- *„...dem Setting Krankenhaus“*,
- *„...den Herausforderungen in den Wohnstätten/einrichtungen/gruppen“*,
- *„...den Strategien zur Optimierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung“*,
- *„...der Rolle und Funktion der Mitarbeiter/Betreuungsperson“*,
- *„...den Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Pflegesystems“*

Zu diesen Kernkategorien finden sich Unterkategorien wie z. B. *„Mangel an...“* im niedergelassenen Bereich oder im Setting Krankenhaus. Zu diesen Unterkategorien sind die Textaussagen zugeordnet worden. Das Textmaterial verdichtet sich auf diese Weise zunehmend zu Kern- und Unterkategorien.

3. Ergebnisse

Ein Teil der sehr differenzierten und vielfältigen Ergebnisse dieser Studie bezieht sich auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe und die Situation der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und die pädagogischen Mitarbeiter. Aus diesen werden die Resultate zu den Kategorien *„Herausforderungen in den Wohnstätten/einrichtungen/gruppen“* und *„Rolle und Funktion der Mitarbeiter/Betreuungsperson“* nachfolgend komprimiert dargestellt und diskutiert.

3.1 Kategorie: Herausforderungen in den Wohnstätten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Die befragten Mitarbeiter legen an mehreren Stellen dar, dass die Einrichtungen diverse Herausforderungen zu bewältigen haben.

3.1.1 Demografischer Wandel in den Einrichtungen

Da ist zum einen der Punkt *„Demografischer Wandel“*, der für die Einrichtungen mehr Menschen mit *„demenziellen Erkrankungen“* (I 5, I 6, I 7, I 14, I 16, I 18, I 19) und

mehr „Pflegebedürftigkeit“ (I 6, I 8, I 18) zur Folge hat. Die Anzahl an älteren Menschen mit geistiger Behinderung, die zu versorgen sind, steigt erheblich an, was eine neue Erfahrung für die Mitarbeiter der Einrichtungen bedeutet (I 1, I 6, I 7, I 8). In Interview 6 kommt zum Ausdruck, dass die Ziele der Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit den Zielen der pflegerischen Versorgung älterer Menschen kollidieren bzw. noch kein einheitliches Verständnis vorliegt: *„Wir haben auch eine Hilfeplanung; hier heißt es ja Hilfeplanung und in der Altenpflege heißt es Pflegeplanung. Wir müssen hier eine ganz andere... da heißt es immer Förderung. Und man kann einen 75-Jährigen nicht mehr fördern und man kann auch einen 55-Jährigen eigentlich nicht mehr fördern. Da kann man höchstens erhalten.“* (I 6, Zeile 12-15, S. 4)

Diese Problematik lässt sich auch aus dem Interview 14 ableiten, in dem beschrieben wird, dass die Grenzen zwischen Eingliederungshilfe und pflegerischer Versorgung verschwimmen. Die dort tätigen pädagogisch qualifizierten Mitarbeiter sind auf die neue Klientel pflegebedürftiger Menschen nicht vorbereitet, da sie nicht über eine gesundheitliche oder pflegerische Ausbildung verfügen. Aus der Perspektive dieser interviewten Person werde den Bewohnern im Falle von Krankheit und Pflege keine angemessene gesundheitliche oder pflegerische Versorgung zuteil. In einer Einrichtung musste eine Bewohnerin in ein Pflegeheim umziehen, da diese wegen ihrer demenziellen Erkrankung nicht mehr angemessen betreut werden konnte (I 8). Die interviewte Person 18 wurde in der Einrichtung, in der er zurzeit arbeitet, eingestellt, da er als Krankenpfleger das pflegerische Wissen mitbringt und einbringen soll.

Die Erhöhung des Anteils älterer Menschen, die in den Einrichtungen leben, führt zur Problematik, wo die Menschen im Falle pflegerischer Bedarfe zukünftig wohnen, da die Wohnstätten Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind, deren Ziel und Aufgabe hauptsächlich darin besteht, berufliche Arbeit zu ermöglichen. Als problematisch stellt sich nach Aussagen von Interview 14 die Frage der Finanzierung dar, da die Kostenträger für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht das Wohnen im Alter zahlten und für die Kommunen ein Altenheim gegebenenfalls günstiger sei. Auf die Einrichtungen kommt nach Aussage von Interview 8 die Herausforderung zu, dass unterschiedliche Formen der Behinderungen wie auch Altersgruppen zu versorgen sind.

3.1.2 Pflegerische und gesundheitliche Bedarfe erkennen

Die Veränderung der Klientel in den Wohneinrichtungen hat zur Folge, dass die Mitarbeiter zunehmend Schwierigkeiten haben, die pflegerischen und gesundheitlichen Bedarfe zu erkennen (I 1, I 3, I 8, I 15, I 16, I 17, I 18, I 19) und den Ärzten gegenüber adäquat zu kommunizieren (I 1).

Diese Anforderung kommt in Interview 1 deutlich zum Ausdruck. Die interviewte Person beschreibt ein Beispiel einer Hautveränderung am Fuß eines Bewohners. Vom Arzt wurde diese Hautläsion zunächst mit einer Kortisonsalbe behandelt, da eine Neurodermitis diagnostiziert wurde. Erst später hatte ein Kollege der Einrichtung realisiert, dass sich der Bewohner diese Füße aufkratzte und die Läsionen darauf zurückzuführen waren. Sowohl der behandelnde Arzt wie auch die Mitarbeiter der Einrichtung

hatten dies nicht erkannt, so dass fälschlicherweise eine Neurodermitis diagnostiziert wurde, die nicht vorlag.

Desgleichen stellt Interviewte 15 dar, dass es nicht immer einfach ist, die Bedarfe zu erkennen, um zu angemessenen Maßnahmen und Interventionen zu kommen, da die Bewohner sich nicht immer adäquat ausdrücken, um die Symptome wahrnehmen zu können. Es benötige viel Feingefühl, Kraft und Zeit, die Bedarfe angemessen zu erkennen. Auch im Interview 16 wird erkennbar, dass die angemessene Interpretation von Veränderungen im Verhalten der Menschen mit Behinderungen nicht einfach ist. In diesem Beispiel hörte die betroffene Person immer schlechter und es wurde eine Schwerhörigkeit vermutet. Aber ein wesentlicher Grund für die Schwerhörigkeit war offensichtlich Cerumen im Ohr.

In Interview 17 konnten die Bauchschmerzen nicht richtig gedeutet werden, aufgrund welcher der Bewohner ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Es fiel nicht auf, dass der Betroffene die Blasenentleerung über mehrere Tage nicht vorgenommen hatte. Die interviewte Person 18 schildert, dass sie das Bedürfnis einer Bewohnerin einmal nicht richtig beurteilen konnte, da das Fachwissen fehlte: *„Das ich, äh, bei einer älteren Dame mit Herzinsuffizienz ... Die wollte unbedingt sehr aufrecht im Sitzen schlafen und ich habe mich immer ... Eigentlich fand ich das unmöglich und habe immer ... Warum will sie das? Und dann habe ich ihr gesagt, schlafen sie doch mal flach, alle schlafen doch flach und ähm, ich habe nicht gewusst, dass sie durch diese Herzinsuffizienz ... Ich habe ... Es wurde gesagt, ja, die hat eine Herzinsuffizienz, aber da kann man ja nichts mit anfangen und dann habe ich das Bett flachgestellt und eine Stunde später klingelte sie und es war fast Alarm, weil die kaum noch Luft kriegte und ähm, ja“* (I 18)

Diese Person fordert aus diesem Grund, dass in jeder Wohneinrichtung auch pflegerisch qualifiziertes Personal vorhanden sein sollte.

Bei Interview 3 wurde bei einer Bewohnerin ein Herzinfarkt vom Arzt nicht rechtzeitig diagnostiziert. Sie berichtet sehr eingängig, wie die Symptome wie Kaltschweißigkeit, Blässe u. w. m. verliefen, aber weder vom Personal in der Einrichtungen noch vom behandelnden Arzt angemessen gedeutet wurden.

In Interview 19 wird dargestellt, dass die Mitarbeiter in den Wohnstätten bezüglich des Krankheitsbildes Demenz und der Demenzsymptomatik an ihre Grenzen kommen. Es fehle bei Menschen mit Down-Syndrom die Gewissheit einschätzen zu können, ob eine Demenz vorliege oder nicht.

3.1.3 Pflegerische Herausforderungen

Unter diese Kategorie werden „Prophylaktische Maßnahmen durchführen“ und „Tagstrukturierung“ subsumiert.

Prophylaktische Maßnahmen durchführen: Die Mitarbeiter in den Einrichtungen haben den Aussagen zur Folge die Verantwortung für die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen (I 7). Dazu zählt die Mundhygiene, Hautpflege oder auch die Dekubitusprophylaxe.

Tagestrukturierung: Zwei Interviewte erkennen ein Problem darin, dass die Bewohner, die zunehmend in den Ruhestand treten, angemessen beschäftigt werden müssen: *„Da wohnen können und die werden tagsüber auch betreut und da wird auch strukturell was angeboten. Und äh, eine Tagesstruktur haben wir ja auch noch hier außen gelagert von der Werkstatt und ähm, die Plätze sind aber voll und wir sehen den Bedarf kommen.“* (I 14, Zeile 19-21, S. 14)

Zudem sind in der Regel wenig Möglichkeiten des Rückzugs vorhanden, wie interviewte Person 6 darstellt. Die Bewohner seien bei Eintritt der Rente oftmals 24 Stunden in einer Gruppe von 10-12 Personen zusammen und dies sei für alle anstrengend.

3.1.4 Perspektiven unterschiedlicher Berufsgruppen

In zwei Interviews wird deutlich, dass die Perspektiven der Berufsgruppen unterschiedlich sind. Die Pflegekräfte scheinen eine andere einzunehmen als die pädagogisch qualifizierten Mitarbeiter der Einrichtung. Der interviewte 6 bezweifelt, dass auch im Alter noch der Aspekt der Förderung angemessen ist: *„Und die wollen immer noch fördern, weil denen das so in Fleisch und Blut übergegangen ist. Die müssen selbstständig gehen oder ... äh ... wo ... also ich komme aus der Altenpflege, wo man denn sagt“ halt stopp Freunde“. Ich kann einen 75-Jährigen nicht mehr auffordern den Flur einmal rauf und runter zu gehen. Sondern dem steht auch zu einfach zu sitzen und gar nichts zu machen.“* (I 6, Zeile 27-31, S. 4)

In Interview 18 werden die pflegerisch-fachlichen Kompetenzen der Kollegen angezweifelt. Diese Person beschreibt die Blasenkatheterpflege, die aus seiner Perspektive nicht fachlich angemessen durchgeführt wurde. Gelegentlich hat diese befragte Person das Gefühl, dass die Bewohner in der Einrichtung bei gesundheitlichen Problemen nicht ernst genommen werden.

3.1.5 Arbeitszeiten in den Einrichtungen

Vor allem der Interviewte 15 identifiziert Probleme in der Organisation der Arbeitszeiten der Mitarbeiter, die es kaum möglich machen, gesundheitliche und pflegerische Bedarfe zu erkennen und gegebenenfalls zu decken, da die Bewohner häufig tagsüber in den Werkstätten sind und arbeiten. Arztbesuche oder weitere gesundheitliche Maßnahmen fielen dann häufig nach Dienstschluss an. Die Mitarbeiter der Einrichtungen müssten sehr flexibel sein.

3.1.6 Angemessen qualifiziertes Personal und ausreichend Zeit

Einige interviewte Personen stellen die Qualifikation des Personals für zukünftige Herausforderungen in Frage (I 12): *„Ich mache mit denen hier in den Wohnheimen regelmäßige Gespräche, um zu sehen, was wir noch voran bringen können. Oder wenn außergewöhnliche Sachen sind, werde ich auch herangezogen. Pflegeeinstufungen beispielsweise oder auch bei anderen akuten Situationen ... Die Wohneinrichtung hat nur Personal für die Wohneinrichtung und das ist dann vom System her so vorgesehen, dass dann die kranken Menschen an der Krankenhausporte abgegeben werden und dann ist das Krankenhaus zuständig.“* (I 12)

Zudem sind sie der Meinung, dass das Personal nicht in ausreichender Zahl vorhanden ist, um die differenzierten Bedarfe zu erfüllen (I 5, I 8, I 15). Die Interviewte 14 äu-

ßert, dass sie sich als Pädagogin in manchen Situationen überfordert fühle, sobald pflegerische Bedarfe anstehen. Sie habe Probleme, die Grenzen zur pflegerischen Versorgung zu erkennen, da sie Pädagogin und keine Pflegefachkraft sei. Daraus resultiert die Frage einiger Interviewten, ob der Personalschlüssel und die Zeit, die pro Bewohner zur Verfügung steht, angemessen sind (I 15, I 18), da die Mitarbeiter in den Einrichtungen in bestimmten Zeiten alleine in einem Wohnbereich seien. Dann sei es schwierig, sich um die pflegerischen Bedarfe von Bewohnern zu kümmern.

3.1.7 Selbstbestimmung und Autonomie wahren

In einigen Interviews wird deutlich, dass die Mitarbeiter wandern zwischen den Anforderungen, auf der einen Seite die gesundheitlichen Bedarfe zu erkennen und dementsprechend zu handeln, und auf der einen Seite, Selbstbestimmung und Autonomie der Bewohner zu wahren.

Die in Interview 1 befragte Person macht dieses Dilemma an einem Beispiel fest, bei dem ein Bewohner an einer Bindehautentzündung erkrankt war: *„Ich hatte z. B. jetzt einen Bewohner, der hatte knallrote Augen und das war schon ziemlich klar, dass das wohl ne Bindehautentzündung ist, aber wenn man ihn dann fragte „juckt das denn auch“ ..(ahmt den Bewohner und seine verneinende Geste nach) ... dann kann´ s aber ne Stunde später sein, dass er sagt „au, das juckt ja so doll.“ (I 1)*

Es sei nach Aussagen von Interview 1 ein Balanceakt zu entscheiden, ob der Bewohner aus Angst vor Krankenhausaufenthalten nicht ins Krankenhaus wolle oder ob er sich des Risikos tatsächlich bewusst sei. Die Person in Interview 19 sagt dazu, dass es akzeptiert werde, wenn ein Bewohner „nee“ sagt. Sie besprechen vorher mit den Bewohnern, welche Themen bei den Ärzten angesprochen werden sollen. Die Mitarbeiter der Einrichtungen sind bestrebt, die freie Arztwahl einzuhalten und die Bewohner entscheiden zu lassen (I 1, I 5, I 19). Interview 13 zweifelt, ob die Bewohner teilweise entmündigt werden, da einfach Entscheidungen seitens der Einrichtungen getroffen werden.

3.2 Kategorie: Erfahrungen mit der Rolle und der Funktion der Mitarbeiter In den Einrichtungen und der Betreuer

Die befragten Mitarbeiter erfahren ihre Rollen und Funktionen in der Betreuung der Menschen mit Behinderungen auf unterschiedlichen Ebenen.

3.2.1 Rolle, Funktion und Verantwortlichkeit – Fürsprecher sowie Stellvertreter

Betreuer wie Mitarbeiter ordnen ihre Aufgabe, Rolle, Funktion und Verantwortlichkeit als Fürsprecher für die jeweils Anvertrauten ein (I 1, I 3, I 4, I 10, I 11, I 14, I 15, I 13, I 19). In Interview 14 kommt diese Einordnung in der folgenden Aussage zum Tragen: *„Unser Bewohner wird nicht sagen, mir geht es so schlecht, ich muss ins Krankenhaus, irgendwas stimmt nicht. Die würden das nicht sagen. Also da sind wir wirklich stellvertretend dafür da.“ (I 14, Zeile 5-7, S. 13)*

In Interview 1 wird diese Aussage konkretisiert, wie die Mitarbeiter für die Bewohner gegenüber den Ärzten Maßnahmen und Therapien einfordern bzw. Symptome darstellen. Es wird deutlich, dass die Mitarbeiter Signale und Symptome der Bewohner lesen und interpretieren (I 3). Der Interviewte 15 bezeichnet diese Verantwortlichkeit als Dolmetscherfunktion. In Interview 4 und Interview 1 wird diese Aufgabe ähnlich bezeichnet. Diese Fürsprecherfunktion beinhaltet auch, für die Verordnung von Maßnahmen zu sorgen. Die Befragte 15 führt weiter aus, dass sie Ärzte darauf ansprechen, Verordnungen für neue Rollstühle, orthopädische Schuhe o. ä. auszustellen. Um bestimmte Maßnahmen zu erhalten, gehen die Betreuer den Schilderungen von Interviewte 15 zur Folge auch den Weg über den gesetzlichen Betreuer, die Eltern etc. Die Fürsprecherfunktion umfasst auch, Finanzierungsquellen für Maßnahmen und Interventionen zu finden.

3.2.2 Rolle, Funktion und Verantwortlichkeit – Vermittler und Begleitperson

Weitere Aussagen deuten darauf hin, dass die Mitarbeiter der Einrichtungen und die Betreuer in der gesundheitlichen Versorgung auch als Vermittler sowie Begleitpersonen agieren. Diese Aufgaben umfassen die Begleitung oder das Mitfahren, wenn Termine bei Ärzten anstehen (I 5, I 14, I 10, I 3, I 8, I 7, I 11, I 13): *„Ja, und oft ist es so, dass wir zielgerichtet zu einer Arztpraxis gehen, weil eben die Krankheit oder die Infektion oder etwas Besonderes aufgetreten ist. Da müssen wir einfach Vermittler spielen. Oder sind die Vermittler.“* (I 5).

Diese Aufgabe und Funktion führt dazu, dass die Mitarbeiter in der Regel bei Untersuchungen zugegen sind und die Bewohner auch für Therapien begleiten (I 5, I 14). Diese Begleitung erfolgt u. a. deswegen, um dafür zu sorgen, dass die verordneten und diagnostischen Maßnahmen geführt werden können (I 7)

Die Vermittlerposition umfasst ebenso, „Krisengespräche“ mit den behandelnden Ärzten zu führen (I 13). Die Aufgabe der Vermittler und Begleitperson kann auch darin liegen, den Prozess der Therapie sowie Heilung bei den Betroffenen zu unterstützen, ggf. durch Förderung der Einsichten in die erforderlichen Therapien (I 6). In einem Fall organisiert die Interviewte 13 sogenannte Vernetzungsgespräche mit Ärzten und Therapeuten, um eine angemessene individuelle Versorgung zu erreichen (I 13).

3.2.3 Rolle, Funktion und Verantwortlichkeit – Bezugsperson

Eine weitere Rolle und Funktion der Mitarbeiter von entsprechenden Einrichtungen kann unter der Begrifflichkeit „Bezugsperson“ eingeordnet werden (I 14, I 15, I 3, I 7, I 10). Diese Funktion scheint bei Arztbesuchen für die Bewohner von großer Bedeutung zu sein: *„Ja mit den Bewohnern zum Arzt. Viele brauchen oder eigentlich durchgehend alle, würde ich sagen, eine eins zu eins Betreuung. Selbst der fitteste geht nur zum Arzt, wenn er weiß, er braucht nur ein Rezept bestellen, ne? Und kriegt dann dieses Rezept und kann wieder gehen. Sonst nicht. Nicht mal beim Check geht er alleine zum Arzt.“* (I 15, Zeile 28-32, S.6). Die Mitarbeiter übernehmen auch die Funktion der Erklärer, um erforderliche ärztliche Maßnahmen für die Bewohner verständlich zu erläutern oder die Kommunikation mit dem Arzt zu gewährleisten (I 19).

3.2.4 Rolle, Aufgabe und Verantwortlichkeit – Mitarbeiter im Balanceakt

Die Mitarbeiter der Einrichtungen, die u. a. die Funktion und Aufgabe als Betreuungsperson und Vermittler ausfüllen, erleben auch einen Balanceakt (I 1, I 2, I 3, I 6, I 13, I 14, I 15, I 8, I 5). Sie sind in der Regel nicht die gesetzlichen Betreuer und müssen den Aussagen zur Folge in entsprechenden Situationen der Gesundheitsversorgung zunächst die gesetzlichen Betreuer informieren und warten, bis diese die entsprechenden Genehmigungen liefern bzw. müssen auch abschätzen, wie die Selbstbestimmung der zu Betreuenden erhalten werden kann: *„Also das geht immer nur wieder über Gespräche. Dass wir immer gucken, wie weit können wir etwa ... wie sagt man ... wie weit können wir etwas auch noch hinnehmen und wann müssen wir auch konkret einschreiten und sagen „so, jetzt müssen wir aber mal das Gespräch mit dem Arzt suchen: Weil wir sind ja keine gesetzlichen Betreuer. Gegebenenfalls müssen wir dann auch, auch den Weg über den gesetzlichen Betreuer gehen. Dass wir sagen „Mensch hier läuft was schief“. Wir informieren sie darüber, gegebenenfalls müssen dann auch Angehörige, die dann eben auch Funktion der gesetzlichen Betreuung haben. Im Bereich der Gesundheitsfürsorge müssen die dann eben mit dazukommen. Weil es ist ja immer son Balanceakt in wie weit dürfen wir auch einfach über die Bewohner reden, wenn sie nicht dabei sind. Es ist immer wieder ein Balanceakt“* (I 1, S. 7, Zeile 18-26).

Interviewte 3 lässt eine ähnliche Problematik zwischen den Verantwortlichkeiten erkennen, da die Mitarbeiter in aller Regel mit den Ärzten kommunizieren und sie die Bewohner begleiten, aber nur in einem engen Rahmen verantwortlich agieren können. Diese nicht vorhandene Funktion als gesetzlicher Betreuer bedeutet für die Mitarbeiter, Ressourcen einzubringen, um die Genehmigungen oder ähnliches einzuholen (I 15, I 8).

In Interview 8 wird zudem die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und gesetzlichen Betreuern betont, da diese bei operativen Eingriffen die Zustimmungen geben müssen. Eine gute Zusammenarbeit mit dem rechtlichen Betreuer sei sehr wichtig.

In Absprache übernimmt eine Einrichtung die Aufgabe der gesetzlichen Betreuung, in diesem Fall von Eltern, die wegen des Alters nicht mehr dazu umfassend in der Lage sind (I 19).

Die Akzeptanz behandelnder Ärzte scheint ob dieser Aufgabenteilung zwischen Mitarbeitern der Einrichtungen und gesetzlichen Betreuern nicht immer gegeben zu sein, wie Interviewte 13 ausführt. Die pädagogischen Mitarbeiter müssten immer wieder erklären, dass sie primär für die Wohnbetreuung zuständig seien und es einen rechtlichen Betreuer gebe, der die anderen Bereiche abdecke.

Gelegentlich erleben die Mitarbeiter, dass sie sich vor Eltern und/oder Betreuern für bestimmte Maßnahmen rechtfertigen müssen (I 13).

4. Diskussion

Der demografische Wandel in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen wird auch in anderen Studien berichtet (Bigby et al. 2008, Buys et al. 2008, Ding-Greiner et al. 2010, Fesko et al. 2012, Bishop et al. 2013). Demnach ist das Altern von Menschen mit geistigen und/oder Mehrfachbehinderungen ein relativ neues Phänomen (Buys et al. 2008). Gleichwohl sind Konzepte wie . das „Aktive Altern“ der WHO noch nicht auf diese Bevölkerungsgruppe übertragen (Buys et al. 2008, Fesko et al. 2012, Heller & Sorensen 2013). Auch sind Altersbilder und Altersvorstellungen von Menschen mit geistigen Behinderungen noch nicht differenziert untersucht (Schäper et al. 2010).

Für Menschen mit geistiger Behinderung werden im Alterungsprozess verminderte intellektuelle und emotionale Bewältigungsmöglichkeiten konstatiert (Seidel 2008). Die Resultate der Interviews lassen erkennen, dass die Mitarbeiter diese Anforderungen und Herausforderungen wahrnehmen.

In den Interviews wird auch deutlich, dass die sozialrechtliche Zuständigkeit in der Finanzierung von Dienstleistungen von Bedeutung ist, da die Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht auf die höheren Pflegebedarfe eingestellt sind. Entsprechende Leistungen fallen dann in die Zuständigkeit des SGB XI. In solchen Fällen neigen Kostenträger der Eingliederungshilfe dazu, Kostenzusagen zu verweigern (Schäper et al. 2010), so dass Menschen mit Behinderungen und höheren Pflegebedarfen ab einem bestimmten Pflegegrad in Einrichtungen der Langzeitpflege umziehen müssen. Es wird in Frage gestellt, ob Altenheime für Menschen mit Behinderungen eine angemessene Wohnform darstellen (Buys et al. 2008, Schäper et al. 2010). Es ist erkennbar, dass im Alter aufgrund der altersassoziierten Veränderungen die Grenzen zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen nach SGB XI verschwimmen. Diese Abgrenzung stellt die Mitarbeiter der Wohneinrichtungen vor große Herausforderungen. Daraus folgt die Frage, welche Konzepte geeignet sind, um die Alterungsprozesse zu begleiten, aber auch, wie lange Menschen mit Behinderungen und entsprechenden pflegerischen Bedarfen in den Wohneinrichtungen wohnen bleiben können.

Die Beispiele aus den vorliegenden Interviews zeigen ein Problem in der Wahrnehmung und Einordnung von Symptomen und gesundheitlichen Einschränkungen und diese von der vorhandenen Behinderung abzugrenzen. Die weiteren Beispiele aus den vorliegenden Interviews offenbaren ein ähnliches Phänomen. Vermehrte Cerumenbildung im Ohr wurde zunächst als Schwerhörigkeit eingestuft mit der Konsequenz, dass ein Hörgerät beschafft wurde, oder Schmerzen bzw. ein Herzinfarkt konnten nicht eingeschätzt werden. Für die Betroffenen kann diese Problematik in lebensbedrohende Konsequenzen münden. Es fehlen angemessene und zielgruppengerechte Einschätzungsinstrumente und/oder Screening- und Vorsorgeuntersuchungen, die die Erkennung gesundheitlicher Bedarfe unterstützen können. (Schäper et al. 2010).

Die Zunahme von demenziellen Erkrankungen bei Menschen mit Behinderungen, die in entsprechenden Wohneinrichtungen leben, wird in mehreren Veröffentlichungen bestätigt (Gusset-Bährer 2013, Krinsky-Mc Hale & Silverman 2013). In den Inter-

views werden eine nicht differenzierte und adäquate Diagnostik sowie fehlende angemessene betreuende und pflegerische Konzepte beklagt. Die Forschungslage bestätigt das Problem einer nicht zielgruppengerechten Differentialdiagnostik für Menschen mit geistigen Behinderungen (Eiben 2013, Eiben & Hasseler 2014, Schäper et al. 2010; Gusset-Bährer 2013, Krinsky-Mc Hale & Silverman 2013) sowie einer angemessenen medikamentösen sowie nicht-medikamentösen Therapie (Schäper et al. 2010, Eiben & Hasseler 2014, Eiben 2013). Das Problem des „diagnostic overshadowing“ trifft auch die Demenzdiagnostik von Menschen mit geistigen Behinderungen zu, weil „demenzielle Erkrankungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht als solche erkannt“ werden, „da die Symptomatik dem Alter oder der geistigen Behinderung zugeschrieben wird.“ (Ding-Greiner et al. 2010:27).

In einigen Interviews wird von der Problematik berichtet, dass das Verhalten von demenzerkrankten Bewohnern auf nicht-demenzerkrankte Bewohner störend wirkt, da diese . nun plötzlich nachts die Zimmer betreten. Gusset-Bährer (2013:86) führt aus, dass noch wenig darüber bekannt ist, „*wie Menschen mit geistiger Behinderung eine Demenzerkrankung bei Mitbewohnern wahrnehmen*“. Dessen ungeachtet gibt es Hinweise darauf, dass Mitbewohner die Symptome und Änderungen sehr wohl als komplexes Phänomen wahrnehmen und ganz unterschiedlich reagieren. Die Palette reicht „von sich sorgen“ über „emotionale Zuwendung“ bis hin zu „Verwirrtheit und Aggression“ (Gusset-Bährer 2013). In den Interviews bei den Mitarbeitern wurde erwähnt, dass sich dadurch der Zeitaufwand für die Betreuung der Bewohner erhöht, der in der Folge nicht mehr für die anderen verwendet werden kann. Ganz offensichtlich wird dieser höhere Zeitaufwand bei den Mitarbeitern negativ bewertet, weil bei ihnen der Eindruck entsteht, dass sie andere Bewohner vernachlässigen oder die Mitbewohner entsprechendes äußern (ebd.). Ein ggf. erforderliches Wechseln eines Bewohners mit Demenz von einer Wohneinrichtung in eine Pflegeeinrichtung, kann bei den Mitarbeitern zu einem Gefühl des Versagens und zu hohen emotionalen Belastungen führen.

Der demografische Wandel erhöht auch die pflegerischen Bedarfe. Dazu zählen . pflegerische Maßnahmen wie Prophylaxen durchführen, für die nicht alle in der Eingliederungshilfe angestellten Berufsgruppen qualifiziert sind, oder auch altersangemessene Angebote für Tagesstrukturierungen. Insbesondere pädagogische Berufe oder Heilerziehungspfleger sind nur wenig auf Alterungsprozesse und Alterskrankheiten vorbereitet, so dass Unsicherheiten in Bezug auf bestimmte pflegerische Maßnahmen wie Versorgung von Wunden, Durchführung von Prophylaxen o. ä. bestehen (Ding-Greiner et al. 2010).

Organisatorische und personelle Probleme erhöhen die Schwierigkeit, die gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe erkennen zu können. Ein Grund für diese schwierige Situation könnte in der Refinanzierung pflegerischer Leistungen liegen, die für Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, gemäß 43 a SGB XI über eine Pauschalleistung in Höhe von 256 EUR refinanziert werden. Diese Summe wird in aller Regel als unzureichend betrachtet, um die höheren Bedarfe für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in personeller und fachlicher Hinsicht zu decken (Sandforth & Hasseler 2014).

Für die Erfüllung der gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe ist nach Erfahrung der Befragten mehr Personal erforderlich, da die Wohneinrichtungen primär andere Aufgaben zu erfüllen haben. In aller Regel verbringen die Bewohner der Einrichtungen tagsüber die Zeit in den Werkstätten an ihren Arbeitsplätzen. Während dieser Zeit ist nur wenig oder gar kein Personal in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe erforderlich. In den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe werden die Wohngruppen als das Zuhause verstanden und das Leben wird so normal und individuell wie möglich gestaltet. Im Vordergrund stehen die Förderung und Unterstützung der Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Ressourcen und Fähigkeiten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Ding-Greiner et al. 2010). Plötzlich eintretende gesundheitliche Veränderungen und Bedarfe machen die Anwesenheit von Personal erforderlich, die nicht eingeplant war. Der organisatorische Aufwand wird für die Einrichtungen größer, da ein zeitlicher und personeller Mehrbedarf entsteht, um die zu Betreuenden zu Arztbesuchen zu begleiten oder während Krankheitsphasen in der Einrichtung eine Anwesenheit zu gewährleisten.

Ebenso neu ist die Erfahrung, dass ältere Menschen mit Behinderungen tagsüber in den Einrichtungen verbleiben, da sie bereits die Arbeitstätigkeit aufgegeben und ggf. gesundheitliche und pflegerische Bedarfe haben. Auf diese Klientel sind Einrichtungen der Eingliederungshilfe noch nicht umfassend, weder konzeptionell noch personell oder finanziell, eingerichtet. In unterschiedlichen Veröffentlichungen wird dafür plädiert, Altenpflegerische und pädagogische wie heilerziehungspflegerische Berufe in den Einrichtungen zu beschäftigen, da sie ihre unterschiedlichen Expertisen zusammenbringen können (Skriba 2006, Ding-Greiner et al. 2010, Aschoff 2010). Damit könnte möglicherweise eine Lösung für das in den Interviews geschilderte Problem gefunden werden, angemessen qualifiziertes Personal in den Wohneinrichtungen zu beschäftigen. Zum einen muss bedacht werden, dass derzeit weder die heilpädagogischen und heilerzieherischen Berufe wie auch die der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege ausreichend für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen qualifiziert sind (Skiba 2006, Ding-Greiner et al. 2010). Zum anderen gilt zu beachten, dass bei Beschäftigung von unterschiedlichen Berufsgruppen, die jeweiligen professionellen Perspektiven und Schwerpunktsetzungen der beruflichen Tätigkeit die Zusammenarbeit oder gemeinsame Zielsetzung erschweren können. Es ist erkennbar, dass eine berufsgruppenübergreifende Konzeption von Relevanz ist, um eine optimale und gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Im Zusammenhang mit den gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen wird die Wahrung von Selbstbestimmung und Autonomie als schwierig empfunden, vor allem dann, wenn die Mitarbeiter die Notwendigkeit einer Behandlung für eine Erkrankung sehen, der Bewohner diese aber nicht möchte oder andere Ärzte als die bereits behandelnden Ärzte gewünscht werden. Es ist ein wesentliches Ziel entsprechender Wohneinrichtungen und -konzepte, dass Menschen mit Behinderungen so „selbstbestimmt, so normal wie möglich und integriert“ leben können (Raichle 2010). Den Mitarbeitern von Wohneinrichtungen kommt die Aufgabe zu, Alternativen, Ideen oder Impulse als Angebote einzubringen, die mit den Bewohnern verhandelt werden (Raichle

2010). Gleichwohl wird in der Literatur diskutiert, dass Selbstbestimmung auch die Fähigkeit beinhaltet, die Tragweite für Entscheidungen überblicken und die Verantwortung übernehmen zu können, da Selbstbestimmung sich auf den freien Willen bezieht und ein vernünftiges und rational handelndes Individuum voraussetzt (von Kardorff & Meschnig 2009), so dass diesem Prinzip auch Risiken inhärent sind. Insbesondere in der pflegerischen Versorgung kann ein Spannungsverhältnis dann entstehen, wenn der Pflegebedürftige kein Interesse an der Förderung seiner Selbständigkeit hat, aber aus fachlicher Sicht eine Maßnahme erforderlich erscheint. Den Betreuern von Einrichtungen kommt demgemäß die Aufgabe zu, auf der einen Seite behindernde Rahmenbedingungen zu minimieren, Entwicklungspotenziale und Entfaltungsspielräume zu erkennen und zu eröffnen und auf der anderen Seite mögliche Risiken sowie Gestaltungsspielräume für Selbstbestimmung abzuwägen und Überforderung in der Selbstbestimmung zu erkennen (Raichle 2010). Raichle (2010:235) betrachtet diesen Prozess *„des Abwägens als eine ständige Herausforderung im professionellen Selbstverständnis im heilpädagogischen Alltagshandeln“*. Aus den Interviewaussagen kann der Eindruck gewonnen werden, dass die Mitarbeiter der Wohneinrichtungen sich gerade in Fragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in diesem Abwägungsprozess befinden und die Grenze zwischen Selbstbestimmung, Risiken erkennen sowie Verantwortung übernehmen, befinden.

Angemessene Wohnformen im Alter und bei höherem pflegerischen Versorgungsstatus zu finden, ist eine Herausforderung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen. Die Ängste der Betreuer beziehen sich diesbezüglich auf auch Fragen der Finanzierung des Wohnens. Träger von entsprechenden Wohnformen reagieren häufig erst mit der Entwicklung von Konzepten, wenn die gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe akut werden. Sie sind in aller Regel nicht gut auf die Bedarfe vorbereitet. Der Zielgruppe selbst werden häufig nur wenige Wahlmöglichkeiten gegeben, wo sie auch im Alter oder bei Erhöhung von pflegerischen und gesundheitlichen Bedarfen leben können. Gusset-Bährer (2013) betont, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe verdeutlichen sollten, dass aus heilpädagogischer Sicht auch im Alter oder bei Demenzerkrankungen und geistiger Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe notwendig sind. Der Verbleib im Wohnort ist für diese Personengruppe auch im Alter oder bei Demenz von großer Bedeutung, da gewohnte Umgebungen die Selbständigkeit und den Verbleib von Ressourcen und Fähigkeiten unterstützen (ebd.). Der Umzug in Einrichtungen der Langzeitpflege ist u. a. problematisch (Innes et al. 2012), da die Mitarbeiter oftmals über wenig Wissen und Erfahrungen über und mit Menschen mit geistiger Behinderung verfügen. Es bestehen Hinweise darauf, dass Fachkräfte in Einrichtungen der Langzeitpflege annehmen, dass Alterungsprozesse ein Teil von geistiger Behinderung darstellen und die Personen mit geistigen Behinderungen in diesen Einrichtungen nicht die angemessene Förderung und Unterstützung erhalten (ebd.). Des Weiteren können Leistungen der Eingliederungshilfe dort nicht erhalten werden. Darüber hinaus sind die personellen und lebensweltlichen Rahmenbedingungen anders im Vergleich zu Wohnformen der Eingliederungshilfe.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse der Gesamtstudie sind sehr differenziert und offenbaren weitere Forschungsdesiderate. Es wird erkennbar, dass die Herausforderungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, heterogen sind.

Die Mitarbeiter in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen sich vielfältigen Herausforderungen stellen, um den zukünftigen Anforderungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen gerecht zu werden. Dazu gehören die Zunahme demenzieller Erkrankungen oder pflegerischer Bedarfe, für die weder diagnostische Methoden noch medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen ausreichen. Die Mitarbeiter von Einrichtungen der Eingliederungshilfe agieren als Fürsprecher, Dolmetscher und Begleiter für die zu Betreuenden in der gesundheitlichen Versorgung. Sie erleben schwierige Situationen, für die sie sich nicht immer ausreichend qualifiziert fühlen oder von behandelnden Ärzten nicht ernst genommen werden, da sie nicht die Funktion der gesetzlichen Betreuer haben und sie häufig als Zwischenglied zwischen den zu Betreuenden, behandelnden Ärzten und gesetzlichen Betreuern fungieren müssen. In diesem Kontext das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie der Personengruppe Menschen mit Behinderungen zu wahren, stellt für Mitarbeiter eine große Herausforderung dar. Es stellt sich für die Mitarbeiter die Frage, welche Grenzen bezüglich der Selbstbestimmung und Autonomie in Fragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu ziehen sind.

Der demografische Wandel in der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen stellt Einrichtungen und Mitarbeiter der Einrichtungen vor Herausforderungen. Es fehlen Konzepte, Maßnahmen und geeignete Qualifikationen, um auf diese angemessen eingehen zu können. Es wird ein weiteres Forschungsthema sein, sich diesen Bedarfen zu widmen und geeignete sowie effektive Interventionen und Programme zu entwickeln.

Literatur

- Aschoff, R. (2010): Die Pflege geistig behinderter Menschen im Alter. In: Ding-Greiner, C./Kruse, A. (Hrsg.): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch kranker Menschen im Alter*. Beiträge aus der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 99-106
- Belot, M. (2011): Der Ausdruck des Schmerzes bei Menschen mit Mehrfachbehinderung. In: Fröhlich, A./Heinen, N./Klaufß, T./Lamers, W. (Hrsg.): *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung*, Band 1., Oberhausen: Athena, 241-253
- Bigby, C./Webber, R./Bowers, B./McKenzie-Green, B. (2008): A survey of people with intellectual disabilities living in residential aged care facilities in Victoria. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 52:5, 404-414
- Bishop, K.M./Robinson, L.M./VanLare, S. (2013): Healthy Ageing for Older Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. In: *Journal of Psychosocial Nursing* 51:1, 15-18
- Bogner, A./Menz, W. (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): *Experteninterviews*

- interviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 7-31
- Böhm, A. (2004): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U./ von Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. : Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie, 475-485
- Booth, J./Hillier, V.F./Waters, K.R./Davidson, I. (2005): Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses. In: *Journal of Advanced*
- Brühl, P. (2009): Gesundheitsversorgung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Patienten-Beschwerde- und Beratungsstelle des UKB, Bonn-Venusberg
- Budroni, H. (2006): Pflegeerfahrungen körperbehinderter Patienten im Krankenhaus. In: *Die Schwester/Der Pfleger* 6, 458-462
- Buys, L./Boulton-Lewis, G./Tedman-Jones, J./Edwards, H./Knox, M./Bigby, C. (2008): Issues of active ageing: Perceptions of older people with lifelong intellectual disability. In: *Australasian Journal on Ageing* 27:2, 67-71
- Buzio, A./Morgan, J./Blount, D. (2002): The Experiences Of Adults With Cerebral Palsy During Periods Of Hospitalisation. In: *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Foundation* 19:4, 8-14
- Corbin, J. (2002): Die Methode der Grounded Theory im Überblick. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*, 1. Auflage. Bern: Huber, 59-70
- Cutcliffe, J.R. (2000): Methodological issues in grounded theory. In: *Journal of Advanced Nursing* 31:6, 1476-1484
- Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung. Eine Stellungnahme. Berlin
- Dieckmann, F./Giovis, C./Schäper, S./Schüller, S./Greving, H. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Katholische Hochschule NRW, Abteilung Münster in Kooperation mit der LWL-Behindertenhilfe Westfalen gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Ding-Greiner, C./Kruse, A. (2010) (Hrsg.): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis*, 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Drum, C.E. (2009): Guidelines and Criteria for the Implementation of Community-Based Health Promotion Programs for Individuals with Disabilities. In: *Am J Health Promotion* 24:2, 93-101
- Eiben, A. (2013): Konzepte für Menschen mit Trisomie 21 und einer diagnostizierten Demenz – eine qualitative Studie zur Exploration zu Demenzkonzepten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. In: BKK Landesverband Hessen (Hrsg.): *Zukunft der Pflege. Prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2012*. Mabuse, 71-131
- Eiben, A., Hasseler, M. (2014): Konzepte für Menschen mit Trisomie 21 und einer diagnostizierten Demenz -eine qualitative Studie zur Exploration zu Demenzkonzeptionen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. In: *Pflegewissenschaft* 16:2, 106-124
- Gaskell, S./Nightingale, S. (2010): Supporting people with learning disabilities in acute care. In: *Nursing Standard* 24:18, 42-48
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. 3. Aufl. Verlag Hans Huber: Bern
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*, 4. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Gusset-Bährer, S. (2013): *Demenz bei geistiger Behinderung*. 2. Aktualisierte Auflage. München: Reinhardt
- Hagen, J. (2002): Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. In: *Geistige Behinderung* 41:4:293-306
- Hasseler, M. (2014): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. Review Artikel. In: *Dtsch Med Wochenschr* 139:2030
- Heller, T./Sorensen, A. (2013): Promoting Healthy Aging in Adults with Developmental Disabilities. In: *Developmental Disabilities* 18, 22-30

- Hugl, U. (1995): Qualitative Inhaltsanalyse und Mind-Mapping. Ein neuer Ansatz für Datenauswertung und Organisationsdiagnose. Wiesbaden: Gabler
- Innes, A./McCabe, L./Watchman, K. (2012): Caring for older people with an intellectual disability: A systematic review. In: *Maturitas* 72, 286-295
- Krinsky-McHale, S.J./Silverman, W. (2013): Dementia and Mild Cognitive Impairments in Adults with intellectual disabilities: issues of diagnosis. In: *Developmental Disabilities* 18, 31-32
- Kruse, A./Ding-Greiner, C. (2003): Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Z Gerontol Geriat* 36, 463-474
- Kulig, W./Theunissen, G. (2006): Selbstbestimmung und Empowerment. In: Wüllenweber, E.,/Theunissen, G./Mühl, H. (Hrsg.): *Pädagogik bei geistigen Behinderungen: Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, 237-250
- Marks, B.A./Heller, H. (2003): Bridging the equity gap: health promotion for adults with intellectual and developmental disabilities. In: *Nurs Clin n Am* 38, 205-228
- Marsden, D.S. (2001): Disabled people in hospital: evaluation the CNS role. In: *nursing standard* 15:21, 33-37
- Marshall, D./McConkey, R./Moore, G. (2003): Obesity in people with intellectual disabilities: the impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. In: *Journal of Advanced Nursing* 41:2, 147-153
- Mayer, H.O. (2009): *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung*. München: Oldenbourg
- Mayring, P. (1990): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. München
- Mayrhofer, H., Schachner, A. (2013): Partizipative Fotobefragung in der Evaluationspraxis: Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitens mit anspruchsvollen qualitativen Verfahren am Beispiel einer Projekt-evaluierung im Behindertenbereich. In: *Forum Qualitative Forschung. Social Research* 14:2:Art. 9
- Meuser, M., Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdt. Verlag, 441-471
- Meuser, M./Nagel, U. (2009): Experteninterviews und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 35-60
- Müller-Mundt, G. (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Huber, 269-283
- Raichle, U. (2010): Pädagogisch – andragogisches Handeln zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. In: Ding-Greiner, C./Kruse, A. (Hrsg.): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, 232-239
- Sandfort, E., Hasseler, M. (2014a): Gesundheitsförderung in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Mehrfachbehinderung. In: *Pflege & Gesellschaft* 19:2:167-186
- Schäfers, M. (2009): Methodenforschung zur Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Heilpädagogische Forschung Band XXX4:4:213-227*
- Schäper, S./Dieckmann, F./Giovis, C./Schüller, S./Greving, H. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen - Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung. Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusive(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Katholische Hochschule NRW, Abteilung Münster in Kooperation mit der LWL-Behindertenhilfe Westfalen gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Schulz-Niewandt, F. (2005): Alter(n) und Behinderung – Lebenserwartung und Altersstruktur behinderter Menschen. In: *Kuratorium Dt. Altershilfe (Hrsg.): Die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf ältere Menschen mit Behinderung. Fachtagung Behinderung und Alter*, 42-53

- Seidel, M. (2008): Aspekte des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Klauß, T. (Hrsg.): *Älterwerden und seelische Gesundheit – Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung*. Dokumentation der Arbeitstagung der DGGSB am 7.3.2008 in Kassel. Materialien der DGGSB. Band 18. Berlin
- Skiba, A. (2006): *Geistige Behinderung und Alter*. Books on Demand GmbH, Norderstedt
- Smeltzer, S./Suzanne, C./Avery, C./Haynor, P. (2012): Interactions of People with Disabilities and Nursing Staff During Hospitalization. In: *Continuing Education* 112:4, 30-37
- Statistisches Bundesamt (2009): *Statistik der schwerbehinderten Menschen, Qualitätsbericht*. Wiesbaden
- Truschkat, I./Kaiser-Belz, M./Volkman, V. (2011): Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten. Die Grounded Theory Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis. In: Mey, G./Mruck, K. (Hrsg.): *Grounded Theory Reader*. 2. Auflage. Köln: Verlag für Sozialwissenschaften, 353-380
- Tuffrey-Wijne, I./ (2006): People with intellectual disabilities and their need for cancer information. In: *European Journal of Oncology Nursing* 10, 106-110
- Von Kardorff, E./Meschnig, A. (2009): Selbstbestimmung, Teilhabe und selbständige Lebensführung: konzeptionelle Überlegungen. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): *Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 61-91
- Webber, R./Bowers, B./Bigby, C. (2010): Hospital experiences of older people with intellectual disability: Responses of group home staff and family members. In: *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 35:3, 155-164
- WHO (2011): *World Report on Disability*. WHO Genf
- Witzel, A. (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt am Main: Campus

Prof. Dr. rer. medic. habil. Martina Hasseler

Ostfalia – Hochschule für angewandte Wissenschaften

Rothfelder Str. 10, 38440 Wolfsburg, m.hasseler@ostfalia.de

Lisa Rust, Renate Klaaßen-Mielke, Christiane Kugler

Einfluss von Wundexperten auf Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting

Impact of wound care nurses in home care settings on self-management, pain, and quality-of-life in patients with chronic wounds

Wound care nurses are increasingly responsible for patients with chronic wounds within home care service settings and can influence patients' self-management, pain, and quality of life in wound care. To characterize the influence of wound care nurses on patient-reported outcomes in terms of self-management, pain, and quality of life, a cross-sectional study with 143 patients with chronic wounds in home care setting was performed. Data collection was performed in 60 home care services in Germany based on standardized questionnaires. Overall, 43.4% patients received regular support by a wound care nurse. Mean age of the sub-sample with involvement of a wound care nurse (69 ± 14) was significantly lower compared to those without wound care nurse support (74 ± 12 ; $p=0.02$). Those patients with wound care nurse support reported on significantly better self-management ($p=0.03$) in comparison to their counterparts. No significant association was identified for wound care nurses' and patients' ratings on their pain intensity ($p=0.30$), and physical ($p=0.10$), and psychosocial ($p=0.85$) quality of life. Self-management, quality of life, and pain are relevant concepts to consider for patients with chronic wounds in home care settings. Additional support provided by wound care nurses holds potential to increase quality of care within this population.

Keywords

wound care nurse, skin ulcer, self-management, pain, quality- of life

Wundexperten werden zunehmend in die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting involviert und können die Phänomene Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität beeinflussen. Fragestellung der Studie war es, den Einfluss von Wundexperten auf diese patientenrelevanten Ergebnisse (PRO) zu ermitteln. Mittels Querschnittsdesign wurden 143 Menschen mit chronischen Wunden, die im häuslichen Setting von 60 ambulanten Pflegediensten versorgt wurden, anhand standardisierter Fragebögen untersucht. Bei 43,4% der Betroffenen waren Wundexperten in die Versorgung involviert. Das mittlere Alter der Betroffenen (69 ± 14), die durch einen Wundexperten versorgt wurden, war signifikant geringer als derer ohne Wundexperten (74 ± 12 ; $p=0,02$). Bei Involvierung von Wundexperten beschrieben die Betroffenen ihr Selbstmanagement als besser im Vergleich zu denjenigen ohne Wundexperten ($p=0,03$). Auf Schmerzen ($p=0,30$), sowie auf die körperliche ($p=0,10$) und psychische ($p=0,85$) Lebensqualität nahmen Wundexperten keinen signifikanten Einfluss. Die Invol-

eingereicht 18.07.2015

akzeptiert 16.12.2015

vierung von Wundexperten hat Potenzial, Selbstmanagement von Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting zu unterstützen.

Schlüsselwörter

Wundexperte, Chronische Wunden, Selbstmanagement, Schmerzen, Lebensqualität

1. Hintergrund

Angaben des Statistischen Bundesamtes (2011) zufolge leben in der Bundesrepublik Deutschland zirka vier Millionen Menschen mit einer chronischen Wunde. Derzeit existiert kein Konsens über eine einheitliche Definition des Begriffs chronische Wunde (Schröder 2009). Der Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden definiert eine Wunde als chronisch, wenn sich innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Entstehung, trotz fachgerechter Therapie keine Heilungstendenz zeigt (DNQP 2009). Die am häufigsten auftretenden Formen chronischer Wunden sind Ulcus cruris, Diabetisches Fußsyndrom und Dekubitus (DNQP 2009; Kirketerp-Møller et al. 2011; Schümmelfeder et al. 2009). Chronische Wunden gehen mit physischen und psychischen Einschränkungen einher und beeinträchtigen Alltag und Lebensqualität der Betroffenen (Herber et al. 2007; Perini et al. 2006; Persoon et al. 2004).

Da chronische Erkrankungen häufig eine Versorgung über einen langen Zeitraum benötigen, erfolgt die aktuelle Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in häuslichen Settings zunehmend durch ambulante Pflegedienste und/oder Wundexperten (DNQP 2009).

Die Prävalenz chronischer Wunden bei Menschen, welche eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst erfahren, beträgt 7,2% (MDS 2012). Insbesondere ältere Menschen (≥ 65 Jahre) haben ein erhöhtes Risiko, an einer chronischen Wunde zu erkranken (Hopkins et al. 2006; Rabe et al. 2003). Prognosen des Statistischen Bundesamtes (2009) gehen davon aus, dass bedingt durch den demografischen Wandel, die Anzahl der über 65 Jährigen im Jahr 2060 zirka ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland ausmachen wird. Damit ist das Risiko assoziiert, dass die Anzahl älterer Menschen, welche an einer chronischen Wunde leiden, steigen wird. Damit einhergehend wird auch ein Anstieg des Bedarfs an ausgebildeten Wundexperten erwartet (DNQP 2009).

Die Sichtweise der Betroffenen im Sinne von ‚Patient- Reported Outcomes‘ (PRO) zur Entwicklung neuer sowie Überprüfung bestehender Versorgungskonzepte gewinnt zunehmend an Bedeutung (Marquis et al. 2006; Rothman et al. 2007). PROs basieren

- Das vorliegende Projekt erhielt eine Teilförderung durch die Dr. Ausbüttel & Co. GmbH. Dieses Manuskript wurde im Rahmen einer Prävalenzerhebung zu Auswirkungen von chronischen Wunden auf die Lebensqualität und das Selbstmanagement von Menschen in der häuslichen Umgebung angefertigt.
- Deklaration: Diese Studie wurde nicht durch die Interessen Dritter beeinflusst. Es entstanden keine Interessenkonflikte.
- Danksagung: Wir möchten uns recht herzlich bei allen ambulanten Pflegediensten bedanken, die uns bei der Durchführung der Studie unterstützt haben. Ohne das Engagement der Mitarbeitenden dieser Einrichtungen wäre die Umsetzung dieser Studie nicht möglich gewesen. Großer Dank gilt ebenso den beteiligten Betroffenen, die uns ihr Vertrauen für diese Untersuchung geschenkt haben.

auf der Selbsteinschätzung der Betroffenen und nutzen standardisierte Erhebungsinstrumente und -verfahren (Brettschneider et al. 2011). Menschen mit chronischen Wunden berichten über eine Beeinträchtigung des Selbstmanagements (Gorecki et al. 2011; Herber et al. 2007; Hopkins et al. 2006; Persoon et al. 2004) und der Lebensqualität (Brocatti 2008; Gorecki et al. 2009; Herber et al. 2007; Persoon et al. 2004; Spech 2003) als bedeutsame PROs. Selbstmanagement wird definiert als aktive Einbeziehung der Betroffenen in das Management ihrer chronischen Erkrankung (Battersby et al. 2003). Wundschmerzen, als ein weiteres PRO-relevantes Konzept, werden von Menschen mit chronischen Wunden als Hauptproblem beschrieben (Briggs/ Flemming 2007) und können die Lebensqualität (Briggs/ Torra i Bou 2002), das Selbstmanagement (Holman/ Lorig 2004; Petkov et al. 2010; WUWHS 2004) und die Wundheilung (Moffatt et al. 2008) beeinträchtigen. Lebensqualität wird als abstraktes, multidimensionales Konstrukt entlang der körperlichen und psychischen Dimension betrachtet (Morfeld et al. 2011).

Diese komplexen Probleme von Menschen mit chronischen Wunden bilden einen Schwerpunkt der Arbeit von Wundexperten. Die Anzahl professioneller Wundexperten in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden nimmt stetig zu, jedoch finden sich bislang kaum Studien, welche Patienten-bezogene Outcomes unter Berücksichtigung von Wundexperten thematisieren. Bundesweit wurden bisher mehr als 27.000 Angehörige von Gesundheitsberufen durch die Weiterbildung der ‚Initiative Chronische Wunden‘ (ICW) zu Wundexperten ausgebildet. Im Kontext des deutschen Gesundheitssystems gehören die Durchführung der verordneten Wundtherapie sowie Beratung und Unterstützung des Selbstmanagements der Betroffenen (DNQP 2009; ICW 2014 & 2014a) zu den Aufgaben von Wundexperten. Der Einsatz von Wundexperten zielt darauf ab, Leiden zu lindern, Ressourcen zu identifizieren, eine adäquate Schmerztherapie zu gewährleisten und Komplikationen frühzeitig zu erkennen (Schröder 2009). Dabei sind aktuelle Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung zu beachten, welche durch knappe zeitliche Ressourcen und systembezogene Hindernisse gekennzeichnet sind und sich auch auf die Arbeit der Wundexperten auswirken (BGW 2006; Bury et al. 2006; Büssing et al. 2005).

2. Ziel und Fragestellung

Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität stellen alltagsrelevante PROs von Menschen mit chronischen Wunden dar. Ein Vergleich verschiedener PROs von Menschen mit chronischen Wunden, welcher die Versorgung durch Wundexperten im ambulanten Setting berücksichtigt, fand bislang nicht statt. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Situation im deutschen Gesundheitssystem wurden folgende Forschungsfragen bearbeitet:

1. Welchen Einfluss nehmen Wundexperten auf die Phänomene Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting?

2. Welchen Einfluss nehmen Wundexperten auf die ‚Information über die Wunde‘ und den ‚Einbezug in die Wundversorgung‘ bei Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting?

3. Methode und Material

3.1 Design und Setting

Anhand eines Querschnittsdesigns wurde die Situation von Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting in Bezug auf die Phänomene Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität untersucht. Die Betrachtung der Phänomene erfolgte in Abhängigkeit dessen, ob Wundexperten in die Versorgung der chronischen Wunde involviert waren. Diese beruht ausschließlich auf dem Selbstreport der Betroffenen. Auf der Basis einer Gelegenheitsstichprobe wurden im Zeitraum Juni 2013 bis Januar 2014 Menschen mit chronischen Wunden im Bundesland Nordrhein-Westfalen anhand standardisierter, teils wundspezifischer Fragebögen befragt. Der Zugang zum Setting erfolgte telefonisch. Insgesamt wurden 280 ambulante Pflegedienste in NRW kontaktiert. Davon betreuten 157 Einrichtungen keine potenziellen Teilnehmer mit chronischen Wunden oder stimmten einer Teilnahme nicht zu. Für die Datenerhebung fungierten 123 Pflegedienste als Gatekeeper und kontaktierten potentielle Teilnehmer mit chronischen Wunden aus der jeweiligen Einrichtung. Aus 60 dieser 123 ambulanten Pflegedienste wurden insgesamt 146 Fragebögen von Menschen mit chronischen Wunden zurückgesendet. Die Beteiligungsquote der ambulanten Pflegedienste lag somit bei 48,8%. Von den 146 zurückgesendeten Fragebögen konnten 143 Datensätze in die Datenanalyse bezüglich der Variable Wundexperte (ja/nein) einbezogen werden. Alle folgenden Angaben beziehen sich auf 143 Betroffene, die Angaben dazu machten, ob ein Wundexperte (ja/nein) in ihre Wundversorgung einbezogen war, oder nicht.

Die 123 teilnehmenden ambulanten Pflegedienste erhielten Studiensets zur Weitergabe an Menschen mit chronischen Wunden, bestehend aus Fragebögen, einem ausführlichen Informationsschreiben, einer Einverständniserklärung und einem frankierten, adressierten Rückumschlag. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte in der Häuslichkeit der Betroffenen. Die kooperierenden Einrichtungen und die Betroffenen wurden schriftlich darüber informiert, dass die Fragebögen selbstständig, und ohne Unterstützung durch Dritte, von den Betroffenen ausgefüllt werden sollen. Die Studienunterlagen wurden anonymisiert an das Studienzentrum zurückgesandt. Das Studienprotokoll wurde durch die zuständige Ethikkommission des Studienzentrums genehmigt. Die Darstellung der Forschungsergebnisse erfolgt in Anlehnung an die Leitlinien für das Berichten von Beobachtungsstudien (STROBE- Statement, von Elm et al. 2008).

3.2 Stichprobe

Durch die ambulanten Pflegedienste wurden 521 potenzielle Teilnehmer(innen) mit chronischen Wunden gemäß der Definition des Expertenstandards zur Pflege von

Menschen mit chronischen Wunden des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2009) identifiziert. Eingeschlossen wurden Personen mit chronischen Wunden, wenn der Entstehungszeitpunkt der Wunde mindestens vier Wochen zurücklag und sie in der Lage waren, die Fragebögen selbstständig und ohne Unterstützung durch Dritte auszufüllen. Ausgeschlossen wurden Betroffene mit sprachlichen oder kognitiven Einschränkungen sowie Menschen in stationären Einrichtungen oder Pflegeheimen. Die Aushändigung der Studiensets erfolgte durch Mitarbeitende der ambulanten Pflegedienste. 146 Menschen mit chronischen Wunden nahmen an der Befragung teil, dies entspricht einer Rücklaufquote von 28%.

3.3 Messinstrumente

Die Messung von PROs erfolgte Leitlinien-konform anhand standardisierter, psychometrisch getesteter Instrumente (FDA 2009). Die Auswahl der Studieninstrumente erfolgte nach ausführlicher Prüfung der Eignung des jeweiligen Assessments für die angestrebte Studienpopulation. Wundspezifische Instrumente mussten für alle Wundarten Gültigkeit ausweisen. Folgende Instrumente wurden für diese Studie eingesetzt:

3.3.1 Partners in Health (PIH) Skala

Die Ausprägung des krankheitsbezogenen Selbstmanagements wurde mit der modifizierten Version der 11-Item Partners in Health (PIH) Skala gemessen (Battersby et al. 2003). Die Bewertung des Selbstmanagements hinsichtlich des Umgangs mit der chronischen Wunde erfolgt auf einer Likert-Skala von sehr gut (0) bis sehr schlecht (8) für den Gesamtwert sowie die vier Subskalen Wissen, Bewältigung, Umgang und Adhärenz bezüglich der Therapie. Psychometrische Untersuchungen ergaben für die Skala eine hohe interne Konsistenz, Interrater-Reliabilität und Konstruktvalidität der PIH (Petkov et al. 2010). Niedrigere Werte weisen auf ein zufriedenstellendes Selbstmanagement hin. Zur Interpretation der Werte geben die Entwickler folgende Einteilung vor: sehr gut (0-2), zufriedenstellend (3-5), sehr schlecht (6-8). Die PIH Skala wurde, gemäß des PRO Standards zur Übersetzung von Messinstrumenten, von zwei unabhängigen Übersetzern vor- und rückwärts übersetzt sowie die Rückübersetzung mit dem Original, welches in englischer Sprache vorliegt, abgeglichen (Wild et al. 2005). Der Begriff «mein Befinden» wurde im Abgleich mit den Entwicklern durch «meine chronische Wunde» ersetzt. Ein Pilottest mit 21 Probanden(innen) fokussierte sprachliche Eindeutigkeit, Plausibilität und Akzeptanz und resultierte in marginalen Anpassungen der Formulierungen der Items. Die interne Konsistenz der deutschen Übersetzung der PIH für den Gesamtwert mittels Cronbach's alpha war mit 0,932 sehr zufriedenstellend.

3.3.2 Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

Zur Erfassung wundbezogener Schmerzen wurde die deutsche Kurzversion des McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) (Melzack 1975) verwendet. Dieses Instrument ist eines der am häufigsten eingesetzten Instrumente zur Schmerzerfassung bei Menschen mit chronischen Wunden (DNQP 2009). Der Vorteil dieses Instrumentes liegt darin, dass

eine quantitative und eine qualitative Schmerzbeschreibung erfolgen (Roth et al. 2004). Die deutsche Version basiert auf der aus dem Englischen übersetzten validierten Form des MPQ (Radvila et al. 1987) und auf der nicht validierten Übersetzung des SF-MPQ (Tal 2008; Tal-Akabi/ Oesch 2007). Der SF-MPQ besteht aus drei Teilen: eine Liste von Adjektiven erfasst die sensorischen (11 Items) und affektiven (4 Items) Komponenten des Schmerzes bezüglich seiner Intensität, die von 0 (keine) bis 3 (stark) reicht (Melzack 1987). Zusätzlich enthält der SF-MPQ eine visuelle Analogskala (VAS) zur Beurteilung der momentanen Schmerzintensität mit Werten von 0 (schmerzfrei) bis 100 (denkbar schlimmster Schmerz), sowie eine Skala für die Gesamtbeurteilung der Schmerzintensität, welche anhand einer Likert-Skala von 0 bis 5: schmerzfrei (0), gering/leicht (1), unangenehm (2), belastend (3), fürchterlich (4), qualvoll (5) beurteilt wird. Niedrigere Mittelwerte weisen auf geringere Schmerzen hin. Die Gesamtauswertung erfolgt durch Berechnung eines Summenscores, der Werte zwischen 0 und 150 erreichen kann. Diese setzen sich wie folgt zusammen: Intensität der Schmerztypen 0 bis 45 Punkte, VAS 0 bis 100 Punkte und Intensität der gesamten Schmerzerfahrung 0 bis 5 Punkte.

3.3.3 Short Form Gesundheitsfragebogen (SF-12)

Die Erhebung der subjektiven Lebensqualität erfolgte anhand der deutschen Version des Short-Form 12 (SF-12) Gesundheitsfragebogens, einer ökonomischen Kurzversion des SF-36. Der SF-12 besteht aus 12 Items, welche die körperliche und psychische Lebensqualität im Zeitfenster der letzten Woche erfassen. Der SF-12 weist eine hohe Validität und gute Akzeptanz bei Patienten aus (Morfeld et al. 2011). Die Auswertung erfolgt durch die Bildung von Gesamtwerten für die körperliche (KSK) und die psychische Summenskala (PSK). Die ermittelten Skalenwerte können Werte zwischen 0 und 100 Punkten erreichen, wobei niedrige Werte eine schlechtere und höhere Werte eine bessere Lebensqualität widerspiegeln.

Für die Erfassung des wundbezogenen Wissens ‚Information über die Wunde‘ und ‚Einbezug in die Wundversorgung‘ wurden zusätzlich Likert-skalierte, geschlossene Fragen mit den Antwortoptionen immer (1) bis nie (4) aufgenommen. Relevante soziodemographische, klinische sowie versorgungsrelevante Faktoren wurden aus der Literatur identifiziert und zusätzlich zur Beschreibung der Stichprobe mittels standardisierter Fragen erfasst (vgl. Tabelle 1).

3.4 Datenanalyse

Die statistische Analyse der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Version 22.0). In Abhängigkeit vom Datenniveau der Variablen wurde die Datenauswertung mit Hilfe der beschreibenden und schließenden Statistik durchgeführt. Mittels deskriptiver Maßzahlen wurden die Gesamtstichprobe sowie die Gruppen, die sich aus der Involvierung eines Wundexperten (ja/nein) ergaben, beschrieben. Der Einfluss des Zusammenhangs von Wundexperten auf die unterschiedlichen Phänomene wurde unter Einbeziehung von potentiellen

Variable*	Stichprobe Gesamt (n=143)	Wundexperte		Gruppen- vergleich# (p-Wert)
		Ja (n=62)	Nein (n=81)	
<i>Soziodemografische Variablen</i>				
Alter (Jahre) (MW±SD)	71,7±13,2	68,7±14,0	74,1±12,1	0,017
Geschlecht Weiblich (%/ Anzahl)	46,9 (67)	41,9 (26)	50,6 (41)	0,303
Familienstatus (%/ Anzahl)				
Ledig	9,8 (14)	14,5 (9)	6,2 (5)	0,352
Verheiratet	51,7 (74)	48,4 (30)	54,3 (44)	
Verwitwet	28,7 (41)	25,8 (16)	30,9 (25)	
Geschieden	8,4 (12)	9,7 (6)	7,4 (6)	
Alleinlebend (%/ Anzahl)	33,6 (48)	33,9 (21)	33,3 (27)	0,816
<i>Klinische Variablen</i>				
Wundart (%/ Anzahl)				
Ulcus cruris	55,9 (80)	62,9 (39)	50,6 (41)	0,438
Dekubitus	16,1 (23)	14,5 (9)	17,3 (14)	
Diabetisches Fußsyndrom	16,1 (23)	11,3 (7)	19,8 (16)	
Andere/ Weiß nicht	11,9 (17)	11,3 (7)	12,3 (10)	
Anzahl der Wunden (%/ Anzahl)				
Eine	42,7 (61)	40,3 (25)	44,4 (36)	0,788
Zwei	32,9 (47)	33,9 (21)	32,1 (26)	
Mehr als Zwei	21,7 (31)	24,2 (15)	19,8 (16)	
Maximale Bestehens-Dauer der Wunde (Monate) (MW±SD)				
Wunde 1	50,6±123,2	51,0±115,7	50,3±129,7	0,329
Wunde 2	54,0±122,4	64,6±136,0	42,9±107,9	0,191
<i>Versorgungsrelevante Variablen</i>				
Beurteilung der Schmerzintensität gesamt nach SF-MPQ (MW±SD)	2,3±1,2	2,5±1,2	2,2±1,2	0,118
Zusätzliche Erkrankung, die Schmerzen hervorruft besteht (%/ Anzahl)	69,9 (100)	64,5 (40)	74,1 (60)	0,229
Wundinfektion Ja (%/ Anzahl)	26,6 (38)	32,3 (20)	22,2 (18)	0,193

* verweist auf fehlende Werte;

MW±SD= Mittelwert, Standardabweichung

Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney-U-Test und Chi-Quadrat-Test

Tab. 1: Soziodemografische, klinische und versorgungsrelevante Charakteristika der teilnehmenden Menschen mit chronischen Wunden nach Wundexperte (ja/ nein) (n=143)

Störvariablen (p-Wert im Test auf Unterschiede zwischen den Gruppen Wundexperte [ja/ nein] < 0,3) mittels multipler linearer Regressionsmethoden untersucht. Für die induktive Auswertung wurden nur vollständige Datensätze hinsichtlich der jeweiligen Zielgröße und der Kovariaten verwendet und die Fallzahlen je nach Zielgröße ausgewiesen. Das Signifikanzniveau im 2-seitigen Test wurde auf $p < 0,05$ festgesetzt. Der

Umgang mit fehlenden Werten folgte den Empfehlungen der Entwickler, entsprechend der Auswertungsanleitungen (Melzack 1987; Morfeld et al. 2011; Petkov et al. 2010).

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 1 stellt Charakteristika der 143 befragten Menschen mit chronischen Wunden dar. Bei 43,4% der Betroffenen ($n=62$) wurde im Fragebogen angegeben, dass Wundexperten in die Wundversorgung involviert waren, bei 55,5% ($n=81$) standen keine Wundexperten zur Verfügung. Der Altersdurchschnitt derjenigen, die durch Wundexperten versorgt wurden (69 ± 14 Jahre) war signifikant jünger im Vergleich zu denjenigen ohne Involvierung von Wundexperten (74 ± 12 Jahre; $p=0,02$). Andere soziodemografische Variablen sowie klinische und versorgungsrelevante Charakteristika zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Involvierung von Wundexperten (ja/nein).

4.2 Einfluss von Wundexperten auf Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität

In Tabelle 2 wird die Einschätzung der Stichprobe sowie der Zusammenhang von Wundexperten (ja/nein) in Bezug auf die häusliche Versorgung der Menschen mit chronischen Wunden bezüglich der Phänomene Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität dargestellt. Signifikante Gruppenunterschiede wurden für den PIH Gesamtwert ($p=0,03$) sowie die PIH Subskala ‚Umgang‘ ($p=0,03$) hinsichtlich des Selbstmanagements ermittelt. Für den SF-MPQ, welcher Schmerzen erfasste, sowie für das Phänomen Lebensqualität zeigte diese Stichprobe keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Involvierung von Wundexperten (ja/ nein) in die häusliche Versorgung.

Mittels multipler logistischer Regression wurde untersucht, ob die Nicht-Involvierung von Wundexperten mit einem verminderten oder erhöhten Risiko für die untersuchten Phänomene einhergeht. Die berichteten Ergebnisse wurden jeweils adjustiert für die Kovariaten Alter, Vorhandensein einer zusätzlichen Erkrankung, die Schmerzen hervorruft und dem Vorliegen einer Wundinfektion. Für die Phänomene Selbstmanagement und Lebensqualität wurde zusätzlich die Kovariate Schmerzintensität gesamt berücksichtigt.

Für das Phänomen Selbstmanagement wurde die Zielgröße dichotomisiert (Ereignis ist die Einschätzung „nicht mindestens zufriedenstellend“). Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zeigten, dass das Risiko für ein als schlechter empfundenes Selbstmanagement ($OR=2.62$, 95% CI 0.81-8.47; $p=0,11$) der Betroffenen tendenziell erhöht war, wenn keine Wundexperten in die Versorgung involviert waren. Eine Wundinfektion ($OR=2.55$, 95% CI 0,80-8,17; $p=0,12$) beziehungsweise eine Be-

Variable*	Stichprobe (n=143)	Wundexperte Ja (n=62)	Wundexperte Nein (n=81)	Gruppen- vergleich# (p-Wert)
<i>PIH Selbstmanagement</i>				
Gesamtwert	2,7±1,5	2,3±1,2	3,0±1,7	0,031
Subskala Wissen	2,9±1,7	2,6±1,4	3,1±1,8	0,125
Subskala Bewältigung	2,8±2,0	2,5±1,7	3,0±2,2	0,165
Subskala Umgang	2,8±1,8	2,4±1,7	3,1±1,9	0,032
Subskala Adhärenz	2,3±1,6	1,9±1,3	2,6±1,8	0,069
<i>SF-MPQ Schmerzen</i>				
Gesamtwert Schmerzintensität aktuell	54,7±32,8	57,7±33,6	52,2±32,0	0,207
Schmerzintensität gesamt	40,2±25,1	41,5±26,8	39,0±23,7	0,508
	2,3±1,2	2,5±1,2	2,2±1,2	0,118
<i>SF-12 Lebensqualität</i>				
Körperliche Summenskala	30,7±9,8	29,3±9,5	31,9±10,0	0,098
Psychische Summenskala	44,5±12,0	44,6±11,6	44,4±12,4	0,851

* verweist auf fehlende Werte;

Werte ausgewiesen als Mittelwert ± Standardabweichung;

Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney-U-Test;

PIH= Partners in Health Skala: Werte für Gesamtwert und Subskalen variieren zwischen 0-8; höhere Werte verweisen auf ein schlechteres Selbstmanagement;

SF-MPQ= Short Form McGill Pain Questionnaire: Werte für Gesamtscore variieren zwischen 0-150; höhere Werte verweisen auf stärkere Schmerzen; Schmerzintensität aktuell= „momentane Schmerzerfahrung“; Schmerzintensität gesamt= „Beurteilung der Intensität der gesamten Schmerzerfahrung“ (Tal et al., 2008);

SF-12= Short Form Gesundheitsfragebogen: Werte variieren zwischen 0-100; höhere Werte verweisen auf eine bessere Lebensqualität

Tab. 2: Einfluss von Wundexperten (ja/ nein) auf Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden

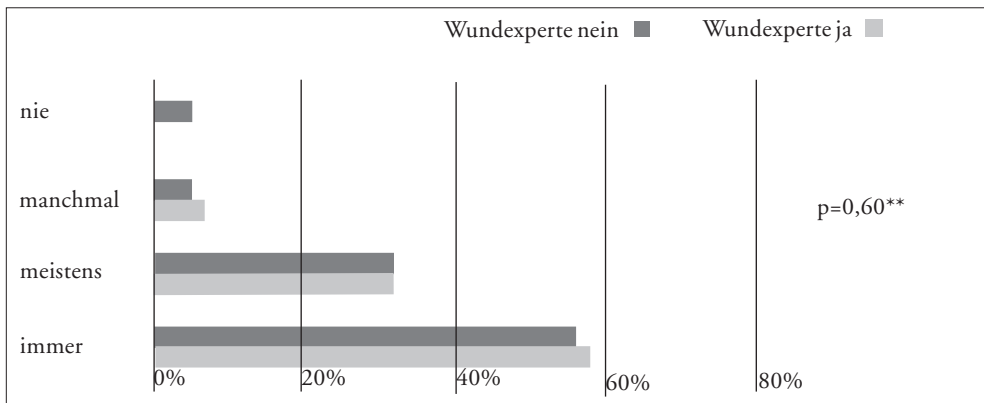
wertung der Schmerzintensität als „mindestens unangenehm“ (OR=2.21, 95% CI 0,54-8,97; p=0,27) führte zu einer ähnlichen Risikoerhöhung für ein als schlechter empfundenen Selbstmanagement, wenn keine Wundexperten in die Versorgung involviert waren.

Für die Zielgröße Schmerzintensität wurde ebenfalls eine Dichotomisierung vorgenommen (Einschätzung als „unangenehm, belastend, fürchterlich, qualvoll“). Für Betroffene, welche nicht durch Wundexperten versorgt wurden, war eine Risikoerhöhung für eine höher empfundene Schmerzintensität (OR= 0.76, 95% CI 0,34-1,73; p=0,52) nicht nachweisbar. Es zeigte sich jedoch eine Tendenz zu weniger Schmerzen bei der Gruppe ohne Versorgung durch Wundexperten. Die nicht durch Wundexperten Versorgten, zeigten ein geringeres Risiko für Schmerz, als die durch Wundexperten Versorgten. Von den Kovariaten ist das „Vorhandensein einer zusätzlichen Erkrankung, die Schmerzen hervorruft“ der tendenziell stärkste Einflussfaktor für die Intensität der Schmerzen (OR=1,82, 95% CI 0,78-4.27; p=0,17).

Mittels linearer Regression konnte der Einfluss der Involvierung von Wundexperten (ja/nein) und der Lebensqualität untersucht werden: für die körperliche Summenskala (-3,50; $p=0,04$) im SF-12 konnte eine signifikante Differenz nach Adjustierung identifiziert werden, für die psychische Summenskala (0,06; $p=0,98$) nicht. Für die körperliche Summenskala hatte das Vorhandensein einer zusätzlichen Erkrankung, die Schmerzen hervorruft, einen signifikanten Effekt (-6,65; $p<0,01$). Der Einfluss der Faktoren Wundinfektion und Schmerzintensität auf die körperliche Summenskala war vergleichbar zu dem des Wundexperten (-3,74; $p=0,05$ bzw. -3,29; $p=0,10$). Für den Wert der psychischen Summenskala zeigte die Wundinfektion einen signifikanten Effekt (-5,23; $p=0,04$).

4.3 Einfluss von Wundexperten auf die ‚Information über die Wunde‘ und den ‚Einbezug in die Wundversorgung‘

Abbildungen 1a und 1b stellen die Verteilung der Selbsteinschätzung dar, wie sich die Betroffenen in Abhängigkeit von der Involvierung eines Wundexperten (ja/nein) über die ‚Wunde informiert‘ und in die ‚Wundversorgung einbezogen‘ fühlten. Im Gruppenvergleich konnten für die Selbsteinschätzung der Variablen ‚über die Wunde informiert‘ ($p=0,60$) und ‚in die Wundversorgung einbezogen‘ ($p=0,49$) zu sein, keine signifikanten Unterschiede identifiziert werden.



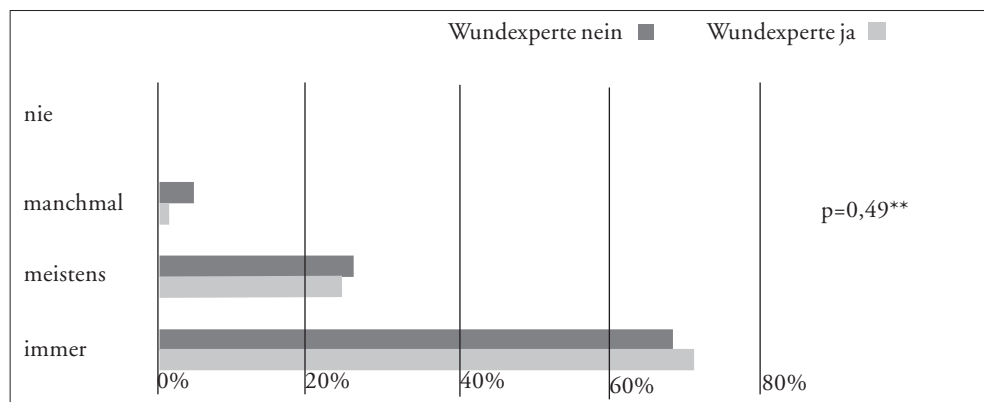
*drei Teilnehmer(innen) haben die Frage zur Information über die Wunde nicht beantwortet

**Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Abb. 1a: Einfluss von Wundexperten (ja/ nein) auf die ‚Information über die Wunde‘ bei Menschen mit chronischen Wunden (n=140)*

5. Diskussion

Anhand eines Querschnittsdesigns wurde die Situation von Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting in Bezug auf die Phänomene Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität unter Berücksichtigung der Versorgung durch Wundexperten untersucht. Erstmals wurde für Deutschland der Einfluss von Wundexperten auf verschiedene Patienten-relevante Ergebnisse (PROs) im häuslichen Setting untersucht. Wundexperten waren in 42,5% der Stichprobe in die Wundversorgung in-



*zwei Teilnehmer(innen) haben die Frage zum Einbezug in die Wundversorgung nicht beantwortet

**Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Abb. 1b: Einfluss von Wundexperten (ja/ nein) auf den ‚Einbezug in die Wundversorgung‘ bei Menschen mit chronischen Wunden (n=141)*

volviert und konnten das Selbstmanagement von Menschen mit chronischen Wunden in der häuslichen Versorgung positiv beeinflussen.

Die Menschen mit chronischen Wunden in dieser Stichprobe berichteten über wundbezogene Schmerzen. Diejenigen mit Versorgung durch Wundexperten berichteten über stärkere Schmerzen im Vergleich zu denjenigen ohne Wundexperten. Für das Phänomen Lebensqualität konnten keine signifikanten Zusammenhänge beobachtet werden. Wundexperten hatten in dieser Stichprobe keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Betroffenen hinsichtlich der ‚Information über die Wunde‘ und dem ‚Einbezug in die Wundversorgung‘.

Der gewählte Ansatz sollte die Sichtweise der Betroffenen durch Erhebung Patienten-relevanter Ergebnisse (PRO) in den Mittelpunkt dieser Untersuchung rücken. Diese Perspektive wird zunehmend in der Ausbildung von Wundexperten berücksichtigt (ICW 2014 & 2014a). Die Fokussierung von PROs kann einen wertvollen Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten, und die Identifikation pflege-relevanter, nicht-offensichtlicher Problembereiche aus Betroffenensicht bestärken (Brettschneider et al. 2011). Eine Versorgung durch Wundexperten kann eine frühzeitige Diagnosestellung, die Einleitung notwendiger Therapien und die Vermeidung von Komplikationen unterstützen (Wounds International 2012).

Derzeit gibt es keine Studien, welche das Selbstmanagement von Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Setting thematisieren. In dieser Stichprobe schätzten die Betroffenen ihr Selbstmanagement subjektiv als ‚sehr gut‘ bis ‚zufriedenstellend‘ ein. Waren Wundexperten in die Wundversorgung involviert, schätzten die Betroffenen ihr Selbstmanagement im Gesamtscore, sowie der Subskala ‚Umgang‘ mit der Wunde signifikant besser ein im Vergleich zu denjenigen ohne Wundexperten. Harvey et al. (2008) zeigten, dass Pflegende das Selbstmanagement der Betroffenen häufig schlechter einschätzen als die Betroffenen selbst. Entsprechend stellt die indivi-

duelle Unterstützung des Selbstmanagements einen weiteren Schwerpunkt in verschiedenen wundbezogenen Weiterbildungen dar (ICW 2014a). Dies könnte sich in der untersuchten Stichprobe widerspiegeln, jedoch ist weitere Forschung notwendig, um den Einfluss von Wundexperten auf das Selbstmanagement von Menschen mit chronischen Wunden belegen zu können.

In der vorliegenden Studie berichteten Probanden mit chronischen Wunden, die durch Wundexperten versorgt wurden, von tendenziell stärkeren Schmerzen im Vergleich zu denjenigen ohne Wundexperten. In der Literatur wird das Phänomen Schmerzen aus Sicht von Menschen mit chronischen Wunden als hoch relevant dargestellt (Vanscheidt/ Moffatt 2002), welches die Bereiche Selbstmanagement (Holman/Lorig 2004; Petkov et al. 2010) und Lebensqualität (Briggs/Torra i Bou 2002) beeinflusst. Dem wird auch in der Formulierung aktueller Leitlinien Rechnung getragen (WUWHS 2004; EWMA 2008). Vorliegende Studien diskutieren unterschiedliche Präferenzen zwischen Wundexperten und den Betroffenen dergestalt, dass für Wundexperten der Heilungsprozess der Wunde höchste Priorität einnimmt, während für Betroffene Schmerzen das Kernthema darstellen (Vanscheidt/ Moffatt 2002). Die vorliegenden Daten könnten einen Hinweis darauf geben, dass das Phänomen Schmerzen in der klinischen Praxis noch keine ausreichende Berücksichtigung in der Wundversorgung durch Wundexperten findet. Künftige Forschung sollte auch den Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Wundexperten und deren Einfluss auf das Auftreten von sowie den Umgang mit Schmerzen untersuchen.

In dieser Stichprobe wiesen Betroffene, bei denen Wundexperten in die Versorgung involviert waren, eine höhere Schmerzintensität auf im Vergleich zu denjenigen ohne Wundexperten. Dieses Phänomen könnte dadurch begründet sein, dass in der Praxis Wundexperten zunehmend einbezogen werden, wenn Komplikationen in der Wundversorgung auftreten. Ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Wundinfektionen und verstärkten Schmerzen konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden (Cutting et al. 2013; Reddy et al. 2012). Dieser Zusammenhang impliziert wichtige Ansatzpunkte für die Praxis im Umgang mit dieser Population.

Die Lebensqualität wurde in der vorliegenden Stichprobe nicht durch die Involvierung von Wundexperten in die Wundversorgung im häuslichen Setting beeinflusst. Betroffene mit Schmerzen wiesen in dieser Stichprobe eine schlechtere körperliche Lebensqualität auf. Zwei aktuelle Studien zeigen, dass sich Schmerzen bei Menschen mit chronischen Wunden negativ auf die Lebensqualität auswirken (Green et al. 2014; Renner et al. 2014) und bestätigen die Ergebnisse dieser Stichprobe. Schmerzen können zu sozialem Rückzug der Betroffenen führen und die psychische Lebensqualität beeinträchtigen (Bistreanu/Teodorescu 2009; Ribu/Wahl 2004). Dieser Befund konnte durch die vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

Betroffene zeigten bezüglich der Selbsteinschätzung über die ‚Information über die Wunde‘ und den ‚Einbezug in die Wundversorgung‘ in dieser Stichprobe keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Mitbetreuung durch Wundexperten. Der Expertenstandard (DNQP 2009) bemängelt, dass Menschen mit chronischen Wunden häu-

fig nicht ausreichend in die Wundversorgung einbezogen werden. Dies kann durch die vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Herber et al. (2007) und Panfil et al. (2002) berichten, dass Betroffene zunehmend wundspezifisches Wissen von den Experten einfordern, dies könnte eine Erklärung für das vorliegende Phänomen darstellen.

6. Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist verschiedene Limitationen auf: (1) Die Stichprobe stellt eine Gelegenheitsstichprobe mit einer Stichprobengröße dar, welche Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit auf andere Settings nur eingeschränkt zulässt. (2) Die Teilnehmerrekrutierung konnte unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte nur über solche Gatekeeper ambulanter Pflegedienste in einem Bundesland erfolgen, welche sich zur Unterstützung der Datenerhebung in dieser Studie bereit erklärten. Einem Selektionsbias sollte proaktiv durch umfassende mündliche und schriftliche Schulung der Gatekeeper und Definition der Ein- und Ausschlusskriterien begegnet werden. Trotz dieser Maßnahmen kann das Risiko eines Selektionsbias durch die rekrutierenden Gatekeeper nicht komplett ausgeschlossen werden. Möglicherweise stimmten vorwiegend Betroffene mit besserem Allgemeinzustand der Teilnahme zu. (3) Die Fragebögen wurden durch ausführliches schriftliches Informationsmaterial ergänzt. Zusätzlich wurde den Betroffenen angeboten, bei Rückfragen, etwa zum Ausfüllen oder Verständnis der Fragebögen telefonisch ein Mitglied des Studienteams zu kontaktieren. Dieses Angebot wurde von einer Studienteilnehmerin wahrgenommen. Da die Fragebögen im häuslichen Setting der Betroffenen ausgefüllt wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Betroffene beim Ausfüllen der Fragebögen durch Dritte unterstützt wurden. Die Erfassung der ‚Information über die Wunde‘ und des ‚Einbezugs in die Wundversorgung‘ erfolgten über zwei geschlossene Fragen. Für eine ausführliche Erfassung der gesamten Konstrukte hätte ein Interview oder ein validiertes Instrument genutzt werden müssen, was im Rahmen dieser Beobachtungsstudie nicht möglich war. (4) Die Kalkulation der Rücklaufquote kann ebenfalls durch den Zugangsweg über die Gatekeeper beeinflusst worden sein, da diese aus der Information der Gatekeeper über potentiell den Einschlusskriterien entsprechende Betroffene kalkuliert werden musste. Konkrete Gründe, welche zur Nicht-Teilnahme führten, konnten nicht dokumentiert werden. (5) Datenschutzrechtliche Aspekte ließen keinen direkten Kontakt für Rückfragen bei den Betroffenen zu, sodass unvollständig ausgefüllte Fragebögen die Aussagefähigkeit der Ergebnisse beeinflusst haben können. Die PIH-Skala zur Beschreibung des Selbstmanagements wurde durch Imputation entsprechend der Empfehlungen der Entwickler (Battersby et al. 2003) ersetzt und kann die Aussagekraft der Ergebnisse beeinträchtigt haben. (6) Im Gruppenvergleich (Wundexperte ja nein) zeigte sich, dass die Betroffenen, die von einem Wundexperten betreut wurden, signifikant jünger waren. Die Literatur liefert dazu keine Erklärungen. Möglicherweise ist dies auf die Art der Rekrutierung dieser Stichprobe zurückzuführen: Teilnehmer(innen) mussten kognitiv in der Lage sein, den Fragebogen selbstständig auszufüllen. Dadurch kann potentiell davon ausgegangen werden, dass Menschen im hohen Lebensalter, einhergehend mit kognitiven Einschränkungen nicht den Teil-

nahmekriterien für diese Studie entsprachen. Die Qualifikation und Anzahl der Wundexperten der teilnehmenden Einrichtungen konnte nicht verifiziert werden.

7. Schlussfolgerungen

Selbstmanagement, Schmerzen und Lebensqualität stellen relevante Konzepte für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im ambulanten Setting dar. Die Betreuung von Menschen mit chronischen Wunden durch Wundexperten hat Potential, Ressourcen der Betroffenen zu stärken, Defizite innerhalb dieser Konzepte zu identifizieren und diesen aktiv entgegenzuwirken. Die Frage nach dem Einfluss von Wundexperten auf die untersuchten Phänomene konnte nicht vollständig beantwortet werden. Es zeigte sich, dass Wundexperten das Selbstmanagement der Betroffenen positiv beeinflussen können, für die Phänomene Schmerzen und Lebensqualität konnte dies jedoch nicht nachgewiesen werden. Für die Pflegepraxis können die vorliegenden Daten nicht sicher abbilden, ob der Einsatz von Wundexperten eine Qualitätsverbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe bieten kann. Um die Forschungsfragen vollständig zu beantworten, ist hier aus gesellschaftlicher Perspektive weitere Forschung angezeigt. Hinweise dieser Daten zufolge zählen dazu eine genaue Beschreibung des Einsatzes von Wundexperten oder die Beschreibung von Indikationen zur Einbeziehung der Experten.

Literatur

- Battersby, M. W./Ask, A./Reece, M./Markwick, M./Collins, J. (2003): The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. In: *Australian Journal of Primary Health* 9 (3), 41–52
- Bistreanu, R./Teodorescu, M. (2009): Venous leg ulcer-patient compliance to treatment and impact on quality of life. In: *Journal of Experimental Medical & Surgical Research* 15 (2), 97-102
- Brettschneider, C./Lühmann, D./Raspe, H. (2011): Der Stellenwert von Patient-Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 109. 1. Auflage. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.)
- Briggs, M./Torra i Bou, J. E. (2003): Understanding the origin of wound pain during dressing change. In: *Ostomy Wound Management* 49 (2), 10-12
- Briggs, M./Flemming, K. (2007): Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. In: *Journal of Advanced Nursing* 59 (4), 319-328
- Brocatti, L. K. (2008): Versorgungsqualität bei chronischen Wunden: Gesundheitsökonomische Bewertung der Behandlung des Ulcus cruris in Hamburg- Dissertation. http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/3967/pdf/Dissertation_Leyla_Brocatti.pdf [Stand 2015-01-13]
- Bury, C./Lademann, J./Reuhl, B. (2006): Die Situation der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten im Land Bremen. Arbeitnehmerkammer Bremen
- Büssing, A./Glaser, J./Höge, T. (2005): Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden
- Cutting, K. F./White, R. J./Mahoney, P. (2013): Wound infection, dressings and pain, is there a relationship in the chronic wound? In: *International Wound Journal* 10 (1), 79-86

- DAK, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 „Ambulante Pflege“. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten, Hamburg
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung- Konsentierung- Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück
- European Wound Management Association (EWMA) (Hrsg.) (2008): Positionsdokument: Schwer heilende Wunden: ein ganzheitlicher Ansatz. London: MEP Ltd.
- Gorecki, C./Brown, J. M./Nelson E. A./Briggs, M./Schoonhoven, L./Dealey, C./Defloor, T./Nixon, J. (2009): Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (7), 1175-1183
- Gorecki, C./Closs, S. J./Nixon, J./Briggs, M. (2011): Patient-reported pressure ulcer pain: a mixed-methods systematic review. In: *Journal of Pain and Symptom Management* 42 (3), 443-459.
- Green, J./Jester, R./McKinley, R./Pooler, A. (2014): The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. In: *Journal of Wound Care* 23(12):601-612
- Harvey, P. W./Petkov, J. N./Misan, G./Fuller, J./Battersby, M. W./Cayetano, T. N./Warren, K./Holmes, P. (2008): Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes. In: *Australian Health Review* 32 (2), 330-338
- Herber, O. R./Schnepf, W./Rieger, M. A. (2007): A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. In: *Health and Quality of Life Outcomes*. doi: 10.1186/1477-7525-5-44.
- Holman, H./Lorig, K. (2004): Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. In: *Public Health Reports* 119 (3), 239-243
- Hopkins, A./Dealey, C./Bale, S./Defloor, T./Worboys, F. (2006): Patient stories of living with a pressure ulcer. In: *Journal of Advanced Nursing* 56 (4), 345-353
- Initiative Chronische Wunden (ICW) (Hrsg.) (2014): Curriculum Basisseminar „Wundexperte ICW®“. http://www.icwunden.de/fileadmin/user_upload/PDF/Anerkennung/Info_Material/Curriculum_Wundexperte.pdf [2015-01-13]
- Initiative Chronische Wunden (ICW) (Hrsg.) (2014a): Curriculum Aufbau-seminar „Pflegetherapeut Wunde ICW®“. http://www.icwunden.de/fileadmin/user_upload/PDF/Anerkennung/Info_Material/Curriculum_Pflegetherapeut.pdf [2015-01-13]
- Kirketerp-Møller, K./Zulkowski, K./James, G. (2011): Chronic Wound Colonization, Infection, and Biofilms. In: Bjarnsholt, T./Jensen, P. Ø./Moser, C./Høiby, N. (Hrsg.): *Biofilm Infections*. New York: Springer, 11-24
- Marquis, P./Arnould, B./Acquadro, C./Roberts, W. M. (2006): Patient-reported outcomes and health-related quality of life in effectiveness studies: pros and cons. In: *Drug Development Research* 67 (3), 193-201
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen
- Melzack, R. (1975): The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. In: *Pain* 1 (3), 277-299
- Melzack, R. (1987): The short-form McGill Pain Questionnaire. In: *Pain* 30 (2), 191-197
- Moffatt, C./Vowden, K./Price, P./Vowden, P. (2008): Psychosoziale Faktoren und verzögerte Wundheilung. In: *European Wound Management Association (EWMA) (Hrsg.). Positionsdokument: Schwer heilende Wunden: ein ganzheitlicher Ansatz*. Medical Education Partnership. London: MEP Ltd., 10-14
- Morfeld, M./Kirchberger, I./Bullinger, M. (2011): SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand. In: Morfeld, M./Kirchberger, I./Bullinger, M. (Hrsg.): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey, 2. ergänzte und überarbeitete Version. Göttingen: Hogrefe, 1-221
- Panfil, E.-M./Mayer, H./Junge, W./Laible, J./Lindenberg, E./Trümner, A./Wordel, A./Evers, G. C. M. (2002): Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege – Pilotstudie. In: *Pflege* 15 (4), 169-176

- Perini, C./Stauffer, Y./Grunder, M./Gandon, M./Dätwyler, B./Hantikainen, V. (2006): Die Bedeutung von Caring aus der Sicht von Patienten mit chronischen Wunden bei Peripher Arteriellen Verschlusskrankheiten. In: *Pflege* 19 (6), 345-355
- Persoon, A./Heinen, M. M./Van der Vleuten, C. J./De Rooi, M. J./Van de Kerkhof, P. C./Van Achterberg, T. (2004): Leg ulcers: a review of their impact on daily life. In: *Journal of Clinical Nursing* 13 (3), 341-354
- Petkov, J./Harvey, P./Battersby, M. (2010): The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chronic condition self-management measure. In: *Quality of Life Research* 19 (7), 1079-1085
- Rabe, E./Pannier-Fischer, F./Bromen, K./Schuldt, K./Stang, A./Poncar, Ch./Wittenhorst, M./Bock, E./Weber, S./Jöckel, K.-H. (2003): Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. In: *Phlebologie* 32 (1), 1-14
- Radvila, A./Adler, R. H./Galeazzi, R. L./Vorkauf, H. (1987): The development of a German language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing acute pain. In: *Pain* 28 (2), 185-195
- Reddy, M./Gill, S. S./Wu, W./Kalkar, S. R./Rochon, P. A. (2012): Does this patient have an infection of a chronic wound? In: *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 307 (6), 605-611.
- Renner, R./Seikowski, K./Simon, J. C. (2014): Association of pain level, health and wound status in patients with chronic leg ulcers. In: *Acta Dermato-Venereologica* 94 (1), 50-53
- Ribu, L./Wahl, A. (2004): Living with diabetic foot ulcers: a life of fear, restrictions, and pain. In: *Ostomy Wound Management* 50 (2), 57-67
- Roth, R. S./Lowery, J. C./Hamill, J. B. (2004): Assessing persistent pain and its relation to affective distress, depressive symptoms, and pain catastrophizing in patients with chronic wounds: a pilot study. In: *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 83(11), 827-834
- Rothman, M. L./Beltran, P./Cappelleri, J. C./Lipscomb, J./Teschendorf, B. (2007): Patient-reported outcomes: Conceptual issues. In: *Value in Health* 10 (2), 66-75
- Schröder, G. (2009): Besonderheiten chronischer Wunden. In: Panfil, E. M./Schröder, G. (Hrsg.): *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten*. Bern: Hans Huber, 143-148
- Schümmelfeder, F./Panfil, E.-M./Großmann, K./Neubert, T. R./Osterbrink, B./von Siebenthal, D./Uschok, A. (2009): Literaturstudie. In: *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Osnabrück, 57-148
- Spech, E. (2003): *Lebensqualität bei Patienten mit chronisch venösen und arteriellen Ulcera cruris*. Dissertation. <http://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/frontdoor/index/index/docId/604> [2015-01-13]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich- ambulante Pflegedienste*. Wiesbaden
- Tal, A. (2008): Schmerzen evaluieren. Assessment: Short-Form McGill Pain Questionnaire. In: *Physio-praxis* 6, 38-39
- Tal-Akabi, A./Oesch, P. (2007): Schmerzbeschreibung: Short-Form-McGill-Pain-Questionnaire (SF-MPQ). In: Oesch, P./Hilfiker, R./Keller, S./Kool, J./Schädler, S./Tal-Akabi, A./Verra, M./Widmer Leu, C. (Hrsg.): *Assessments in der muskuloskelettalen Rehabilitation*. Bern: Hans Huber, 84-88
- Vanscheidt, W./Moffatt C. J. (2002): Schmerzen beim Wundverbandwechsel. In: *European Wound Management Association (EWMA) (Hrsg.): Schmerzen beim Wundverbandwechsel. EWMA Positionsdokument*. London: MEP Ltd., 1
- von Elm, E./Altman, D. G./Egger, M./Pocock, S. J./Gøtzsche, P. C./Vandenbroucke, J. P. (2008): The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. In: *Journal of Clinical Epidemiology* 61 (4), 344-349

- Wild, D./Grove, A./Martin, M./Eremenco, S./McElroy, S./Verjee Lorenz, A./Erikson, P. (2005): Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcome measures: report of the ISPOR task force for the translation and cultural adaptation. In: Value in Health 8 (2), 94-104
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) (Hrsg.) (2004): Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP, Ltd.
- Wounds International (Hrsg.) (2012): Internationaler Konsens. Optimierung des Wohlbefindens von Wundpatienten: Bericht einer Expertengruppe. London

Lisa Rust (M.Sc.)

Private Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, lisa.rust@alumni.uni-wh.de

Renate Klaassen-Mielke (Dipl.-Stat.)

Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Springorumallee 5, 44780 Bochum, renete.klaassen-mielke@rub.de

Prof. Dr. Christiane Kugler

Private Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, christiane.kugler@uni-wh.de (korrespondierende Autorin)

Julia Lademann, Änne-Dörte Latteck, Matthias Mertin, Klaus Müller, Christa Müller-Fröhlich, Rüdiger Ostermann, Ulrike Thielhorn, Petra Weber

Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte

German study programs in nursing – an overview of organization, goals and contents

Over the past 15 years many nursing programs have been established within the universities in Germany. They offer a bachelor's degree and a professional license. Until now there is rather no data available to compare these programs. Therefore an online-survey was conducted to show up similarities and differences. Findings show that within a broad variety of programs a high consensus on the learning outcomes exists while the structural features differ considerably. To realize a systematic quality management in higher nursing education structure and content of the study programs should be comparable to some degree. To this end, nationwide legal frameworks seem to be necessary, which take the taxonomy of university education into account.

eingereicht 15.08.2015
akzeptiert 15.01.2016

Keywords

nursing education, nursing profession, academic nursing programs

Hintergrund: Seit etwa 15 Jahren werden in Deutschland neben Pflegemanagement- und Pflegepädagogikstudiengängen auch Bachelorprogramme angeboten, welche eine pflegerische Primärqualifizierung zum Ziel haben. Da bislang kaum vergleichende Daten dieser Studiengänge vorliegen, hat eine Arbeitsgruppe der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft eine Befragung durchgeführt. Fragestellung: Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich Aufbau, Zielen und Inhalten bestehen in den verschiedenen Studienprogrammen in Deutschland? Ziel: Eine vergleichende Darstellung der Studiengänge zu ermöglichen und dies als Grundlage für die Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung zu nutzen. Methode: Erhebung von Daten der Strukturen, Ziele und Inhalte der Studienprogramme mittels teilstandardisierter Online-Befragung von Studiengangsleitungen primärqualifizierender Studiengänge in Deutschland. Ergebnisse: Zwischen den vorhandenen Studiengängen besteht eine hohe Übereinstimmung bezüglich der Qualifikationsziele, hinsichtlich der strukturellen Merkmale unterscheiden sie sich jedoch erheblich. Schlussfolgerung: Vor dem Hintergrund der staatlichen Berufszulassung erscheint eine strukturelle und inhaltliche Vergleichbarkeit der Pflegestudiengänge erstrebenswert. Bundesweite gesetzliche Rahmenvorgaben, welche die Systematik eines Hochschulstudiums berücksichtigen, sind hierfür notwendig.

Schlüsselwörter

Pflegestudium, hochschulische Pflegeausbildung, Akademisierung

1. Einleitung und Ziel

In den vergangenen 15 Jahren sind in Deutschland zahlreiche Pflegestudiengänge eingerichtet worden, die neben dem Bachelorgrad auch in einer staatlichen Berufszulassung münden. Diese Entwicklung war nicht Folge einer bundesweiten politischen Entscheidung, Pflegeausbildung zu akademisieren, sondern das Ergebnis regionaler Bestrebungen, ein zusätzliches, höheres Qualifikationsniveau in der Pflege einzuführen. Bislang liegen nur wenige Veröffentlichungen zur Sammlung bzw. Systematisierung bestehender Studienangebote vor. Diese beschäftigen sich u. a. mit der regionalen Verteilung (Stöcker/Reinhart 2012) bzw. einer Typisierung der Studiengänge (Moers et al. 2012) oder der Analyse ausbildungsintegrierender Studiengänge (Balzer et al. 2015).

Ausgehend vom Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfes eines neuen Pflegeberufgesetzes (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012) bildete sich im Jahr 2012 eine Arbeitsgruppe der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft (Repräsentanten/-innen von Pflegestudiengängen in Deutschland). Sie verfolgte das Ziel, eine vergleichende Übersicht bestehender Strukturen und eine aussagekräftige Datenbasis für die weitere Diskussion sowie die Positionierung der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft bzgl. hochschulischer Erstausbildung in der Pflege zu gewinnen. Dazu wurde eine Erhebung der Strukturdaten existierender Studiengänge in Deutschland durchgeführt. Die Datensammlung soll das notwendige Material liefern, um in weiteren Studien (inklusive der

Neuentwicklung von Befragungsinstrumenten) gezielt weitergehende Fragestellungen hinsichtlich dieser Pflegestudiengänge zu bearbeiten.

2. Methode

Die Arbeitsgruppe entwickelte für eine Online-Befragung ein teilstandardisiertes Befragungsinstrument mit 53 Fragen. Basierend auf den Erfahrungen der Beteiligten aus stattgefundenen Pflegestudiengangsentwicklungen wurden folgende Themen als befragungsrelevant erarbeitet:

- Strukturelle Merkmale, z. B. Zielgruppen für das Studium, Studiendauer, Kooperationspartner, Organisation der beruflichen Ausbildung
- Inhaltliche Merkmale, z. B. Qualifikationsziele, Kompetenzerwerb, Wissenschaftsfundierung sowie besondere Kennzeichen der Studiengänge

Da bereits im Abstimmungsprozess über diese Themen deutlich wurde, dass ein breites Antwortspektrum zu erwarten ist, mussten viele Fragen offen angelegt werden. Die Befragung richtete sich an Studiengangleitungen von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen, die mehrheitlich einen Bachelorabschluss und eine Berufsankennung in einem Pflegeberuf ermöglichen. Es konnten 33 Standorte in der Bundesrepublik Deutschland eingeschlossen werden, ausgeschlossen wurden Studiengänge, die ausschließlich für pädagogische Aufgaben und Managementbereiche qualifizieren. Aufgrund des geringen Umfangs der Grundgesamtheit wurde auf einen Pre-Test verzichtet. Die Beteiligung an der Online-Befragung erfolgte freiwillig, die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse in anonymisierter Form.

Es haben sich 30 der 33 Hochschulstandorte an der Befragung beteiligt. Die Auswertung der Befragung erfolgte deskriptiv. Die offenen Fragen wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2000) ausgewertet. Die folgende Darstellung der Ergebnisse der Befragung ist in einem ersten Schritt auf überwiegend strukturelle und später auf inhaltliche Merkmale der Studiengangskonzeptionen fokussiert.

3. Ergebnisse

3.1 Strukturelle Merkmale

3.1.1 Studiengangangebote, Zuständigkeiten, Zielgruppen und Studiendauer

Die ersten Angebote grundständiger Pflegestudiengänge, die (auch) zur Berufszulassung in der Pflege führen, existieren seit 2004. In den folgenden Jahren wurden diese Angebote ständig erweitert, ein starker Anstieg ist in den Jahren 2010 und 2011 zu verzeichnen; im Jahr 2012 ist der Zuwachs deutlich geringer (vgl. Abbildung 1). Ob schon eine Sättigung eingetreten ist, müsste in einer Folgestudie eruiert werden, in der u. a. die Empfehlungen des Wissenschaftsrates, 10%-20% der derzeitigen Ausbildungsplätze in Studienplätze umzuwandeln (Deutscher Wissenschaftsrat 2012: 85), mit der derzeitigen Anzahl an Studienplätzen abgeglichen werden könnte.

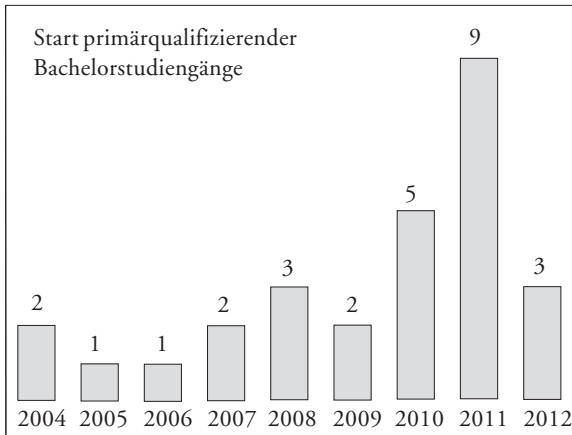


Abb. 1: Anzahl gestarteter primärqualifizierender Pflegestudiengänge (Bachelor) in Deutschland zwischen 2004 und 2012 (Hochschulstandorte N=30, davon keine Angaben N=2)

Es ist für den Bereich der hochschulisch berufsqualifizierenden Pflegebildung auffällig, dass für die Zuständigkeit derartiger Studienangebote neben dem Wissenschaftsministerium des jeweiligen Bundeslandes in unterschiedlichen Kombinationen auch Gesundheits-, Sozial oder Kultusministerien eine Rolle spielen. Gegenüber anderen Bachelorstudiengängen sehen sich die Verantwortlichen in den Studiengängen mit verschiedenen Ansprechpartnern mit zum Teil unterschiedlichen Vorgaben und Prioritäten konfrontiert, um konzeptionelle,

curriculare und prüfungsrechtliche Fragen zu klären. Die Zielgruppe der Studiengänge ist heterogen. Die meisten Studierenden haben die Möglichkeit des Erwerbs eines pflegerischen Berufsabschlusses, es handelt sich dabei überwiegend um die Gesundheits- und Krankenpflege. Darüber hinaus können an vielen Standorten verschiedene Berufsabschlüsse (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Hebammenkunde und andere) erworben werden (vergl. Tabelle 1), allerdings müssen sich die Studierenden in der überwiegenden Anzahl der Studiengänge für jeweils einen entscheiden (N=19).

Berufsabschlüsse	Anzahl Standorte
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Altenpflege, Hebammenkunde, Physio-, Ergotherapie, Logopädie u. a.	2
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Altenpflege, Heilerziehungspflege	1
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Hebammenkunde	1
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Altenpflege	13
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	4
Gesundheits- und Krankenpflege	5
kein Berufsabschluss	2
keine Angaben	2

Tab. 1: Erwerb möglicher Berufsabschlüsse im Rahmen eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs in Deutschland (Hochschulstandorte N=30).

Eine weitere Fragestellung beinhaltete den Zeitpunkt des Beginns der Hochschulausbildung in Bezug auf die Berufsausbildung. Hierbei ist von besonderem Interesse, wie lange das Studium dauert und ab welchem Zeitpunkt der Ausbildung das Studium beginnt. Auch hier findet sich eine Vielfalt unterschiedlicher Studiengangskonstrukte,

die von einer Studiendauer von 6 bis 11 Semestern reichen. Die meisten Studiengänge haben eine Länge von 8 bis 9 Semestern (N=23) und das Studium startet ab dem ersten (N=17) oder zweiten (N=7) Ausbildungsjahr.

3.1.2 Institutionalisierte Kooperations- und Abstimmungsprozesse

Die Mehrheit der Hochschulen kooperiert im Rahmen des angebotenen Studienganges mit schulischen Ausbildungseinrichtungen. Die Anzahl der Kooperationspartner/-innen divergiert zwischen keinem und mehr als zehn Partnern/-innen (vgl. Abbildung 2). Die Angaben zum zeitlichen Ausmaß der notwendigen Abstimmungsprozesse zwischen Vertretern/-innen der Hochschule, kooperierenden Fachschulen und den Praxispartnern/-innen fallen sehr heterogen aus – es werden Zeitkontingente zwischen 5 bis zu 100 Stunden pro Semester angegeben. Fünf der befragten Hochschulen schätzen den Zeitaufwand auf mindestens 40 Stunden ein. Neben den Abstimmungsprozessen innerhalb der Hochschulen selbst und mit den zuständigen Behörden/Ministerien ist der hohe Koordinationsaufwand mit den Berufsfachschulen kennzeichnend für Bildungsformate mit unterschiedlichen Lernorten, da sie einen hohen Bedarf an Kommunikation, Austausch und Abstimmung implizieren. Institutionalisierte Abstimmungsprozesse finden in den befragten Studiengängen in unterschiedlichen Organisationsformen statt, die von Gremien und Konferenzen über Arbeitsbündnisse und Praxisbesuche bis hin zu einem eigenen Praxisreferat reichen.

Die Arbeit in übergeordneten, vorwiegend auf die Struktur der Studiengänge ausgerichteten, Gremien kann sich dabei einerseits auf Aspekte einer Projektleitung beziehen wie beispielsweise in einem Koordinierungsausschuss, einem Beirat oder einem Kooperationsrat. Andererseits kann die Gremienarbeit stärker inhaltliche Aspekte betonen, wie etwa in einer Studiengangskommission oder einer Prüfungskommission. Hier findet dann die konkrete Ausgestaltung des Studiums statt. In einigen Hochschulen haben die Praxispartner Mitwirkungsrechte in allen Gremien.

Eher auf der operativen, organisierenden Ebene sind Konferenzen anzusiedeln. Hier findet die Abstimmung der Lernortvertreter/-innen in Studiengangskonferenzen, Modulbesprechungen, allgemeinen Treffen, einem runden Tisch oder in Arbeitsgruppen statt. Auch in Qualitätszirkeln oder Koordinationszirkeln wird zusammengearbeitet. Die Abstimmung mit dem Lernort Praxis kann auch in gesonderten Praxisanleiter/-innentreffen stattfinden, in denen vergangene Praxisphasen reflektiert und bevorstehende vorbereitet werden.

Eine weitere Zusammenarbeit drückt sich in Arbeitsbündnissen wie den sogenannten Prüfungsstandems aus, bei denen Vertreter/-innen verschiedener Lernorte gemeinsam eine Prüfung abnehmen. Auch durch eine lernortübergreifende Teilnahme an Veranstaltungen des jeweils anderen Lernortes werden Zusammenarbeit und Abstimmung erreicht.

Im Bereich der praktischen Ausbildung werden Abstimmungsprozesse durch Praxisbesuche unterstützt, bei denen die Studierenden in ihrem Praxiseinsatz durch Mitarbeitende der Hochschule begleitet werden. Diese Form der Betreuung findet in be-

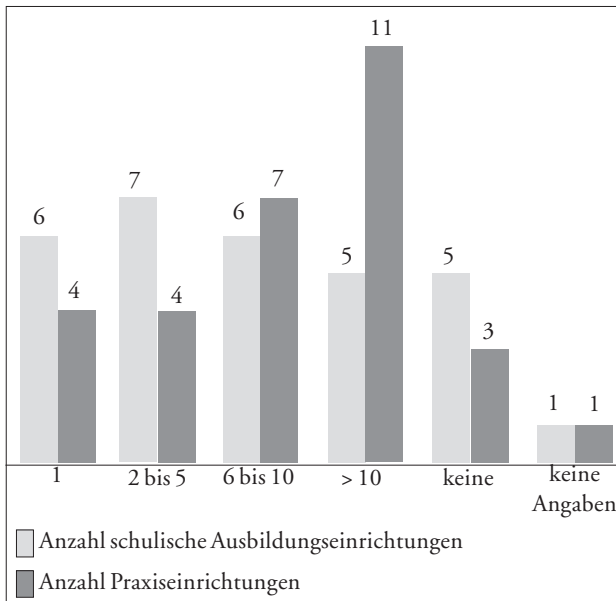


Abb. 2: Anzahl der Hochschulstandorte primärqualifizierender Pflegestudiengänge in Deutschland, die mit keiner bzw. einer, zwei bis fünf, sechs bis zehn und bis zu mehr als zehn schulischen Ausbildungseinrichtungen bzw. Praxiseinrichtungen kooperieren (Hochschulstandorte N=30)

sonderem Maße dann statt, wenn die Zusammenarbeit mit dem Lernort Praxis strukturell verankert und durch Stellen verantwortlich ausgestaltet ist, z. B. in Form eines/r Koordinators/-in oder eines/r Praxisreferenten/-in.

3.1.3 Verantwortung für die berufliche Ausbildung und Auswahl der Studierenden

Zurzeit liegt die Gesamtverantwortung für die berufliche Ausbildung beim überwiegenden Anteil der Studiengänge bei den kooperierenden Berufsfachschulen (N=18), einige Hochschulen (N=8) haben diese Verantwortung allein und in zwei Studiengängen tragen Berufsfachschulen und Hochschulen die Gesamtverantwortung gemeinsam (keine Angaben bei zwei Hochschulen).

Die meisten Hochschulen (N=21) sind an der beruflichen Abschlussprüfung nicht beteiligt.

In den meisten Fällen besitzen die Studierenden einen Doppelstatus als „Schüler/-in und Student/-in“. Die befragten Hochschulen sind an der Auswahl ihrer Studierenden direkt oder indirekt beteiligt. Die Auswahl erfolgt entweder ausschließlich durch die Hochschule im Rahmen eines normalen Zulassungsverfahrens, bei dem unter Umständen bestimmte Kontingente für einzelne Kooperationspartner bestehen, oder in gemeinsamen bzw. abgestimmten Verfahren. An der gemeinsamen Auswahl sind neben der Hochschule dann auch die Praxispartner und die Berufsfachschule beteiligt. Als eine Möglichkeit der gemeinsamen Auswahl werden gemeinsame Bewerbungsgespräche genannt. Als Vorgehensweise der indirekten Beteiligung wird die Auswahl der Studierenden durch die Berufsfachschule nach Vorgaben bzw. Kriterien der Hochschule beschrieben.

3.1.4 Einbindung der Hochschule in die klinische/praktische Ausbildung

Im Online-Fragebogen wurde auch die Anzahl der Stunden der klinisch/praktischen Ausbildung erhoben, die im Modulhandbuch dokumentiert und damit ausgewiesener Teil des Pflegestudiums sind. Bei den Antworten liegt eine große Spanne vor. Danach haben nur wenige Standorte (N=6) den in der EU-Norm vorgesehenen Anteil an Praxisstunden in ihre Studiengänge integriert (Europäisches Parlament und Rat der EU 2005: Art. 31 Abs. 3). Je nach Organisationsform des Studiums und damit der Art und

dem Ausmaß der strukturell angelegten Lernortkooperation ist die Hochschule von sehr stark bis gar nicht in die klinische/praktische Ausbildung eingebunden. Im Falle einer Beteiligung der Hochschule an der praktischen/klinischen Ausbildung reicht diese von der Organisation und Begleitung der klinischen Ausbildungsphasen und der Beteiligung an Prüfungen über die Vorbereitung praktischen Handelns und die didaktische Gestaltung des Lernens in der Praxis bis hin zur Unterstützung der Praxisanleitenden.

Neben der konkreten Planung von Praxiseinsätzen übernehmen die Hochschulen auch Teile einer Praxisbegleitung vor Ort. Im Rahmen von Praxisbesuchen wird die praktische/klinische Ausbildung reflektiert. Darüber hinaus finden auch konkrete Anleitungen durch Mitarbeitende der Hochschulen in der unmittelbaren Pflege statt. Auch sind Hochschulen an der Durchführung und der Abnahme von praktischen Prüfungen im Rahmen der Abschlussprüfungen der Berufsausbildung beteiligt. Die Reflexion der praktischen Ausbildungserfahrungen erfolgt im Rahmen von praxisbegleitenden Studientagen und Reflexionsgesprächen bei eigens dafür durchgeführten Reflexionsveranstaltungen. Die Anbahnung praktischer Handlungsfähigkeit wird seitens der Hochschulen durch didaktische Instrumente wie Projektaufgaben, Praxisaufgaben oder Praxisprojekte ebenso gefördert, wie durch das Einüben von Fertigkeiten und die Förderung des Kompetenzerwerbs durch das Lernen in simulierten Umgebungen wie z. B. Simulationslaboren oder Skillslabs in den Hochschulen. Schließlich unterstützen die Hochschulen die klinische/praktische Ausbildung durch die Aus- bzw. Fortbildung von Praxisanleitenden und die enge Zusammenarbeit mit diesen z. B. auch im Rahmen von Studiengangkonferenzen.

3.1.5 Anerkennung von Leistungen

Bis auf wenige Ausnahmen ist bei den Hochschulen ein Kreditpunkt (CP) nach dem ECTS mit einem Workload von 30 Stunden hinterlegt. Fast die Hälfte aller Studiengänge erkennen Inhalte aus der Berufsausbildung für das Studium an. Dies geschieht in unterschiedlicher Art und Weise und reicht von der Anerkennung einzelner Module bis zur Anerkennung gesamter Semester. Aus der Berufsausbildung werden in einzelnen Studiengängen bis zu 83 CP für das Hochschulstudium anerkannt, während bis 3.300 Stunden (ca. 110 CP) aus der Hochschulausbildung in die berufliche Ausbildung einfließen können.

3.1.6 Evaluation

Fast alle Hochschulen evaluieren ihre Studiengänge. Neben einer rein internen Evaluation (N=28) geben 7 Hochschulen an, auch externe Evaluationen durchführen zu lassen. Dabei existiert kein einheitliches Bild darüber, welche Institutionen (Hochschule, Fachschule, Praxiseinrichtungen etc.) in die Evaluation einbezogen werden. Neben Evaluationen im laufenden Studienbetrieb geben Absolventen/-innenbefragungen und Verbleibstudien Aufschluss darüber, wie erfolgreich die hier betrachteten Studiengänge sind. Aufgrund der geringen Anzahl an Studiengängen, die bereits Absolventen/-innen hervorgebracht haben, führt zum Zeitpunkt der Befragung nur ein geringer Anteil an Hochschulen derartige Evaluationen durch.

3.1.6 Für die klinische Pflege qualifizierende Studienangebote für Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung

Als Studienangebote für Pflegende mit bereits vorhandenem Berufsabschluss bieten die Hochschulen Bachelor-Studiengänge mit unterschiedlichen Schwerpunkten an: Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Gesundheitswissenschaft. Dabei besteht an 11 Standorten die Möglichkeit der pauschalen oder individuellen Anerkennung von in der Berufsausbildung erworbenen Kompetenzen bzw. absolvierten Modulen, die in Äquivalenz- oder Einstufungsprüfungen nachgewiesen werden müssen bzw. deren Anerkennung durch strukturierte Einzelfallprüfung (z. B. APEL-Verfahren) erfolgt. Auch besteht an einigen Hochschulen die Möglichkeit des Quereinstiegs in einen berufsqualifizierenden Studiengang oder der Teilnahme an einem zertifizierten modularen Weiterbildungsstudiengang. Darüber hinaus können Pflegende mit vorhandenem Berufsabschluss auch an Vertiefungsveranstaltungen wie Pain Nurse, Case Management oder Pflegeforschung teilnehmen. Auch Master-Studiengänge wie Advanced Practice Nursing oder Klinische Pflege werden als Angebote für Interessierte mit bereits abgeschlossener Berufsausbildung benannt. Nicht alle der befragten Hochschulen bieten Studiengänge für Personen mit bereits abgeschlossener Ausbildung in einem Pflegeberuf an.

3.2 Inhaltliche Merkmale – Qualifikationsziele in den befragten Studiengängen, die über die berufsfachschulische Ausbildung hinausreichen

Mit der Schaffung von Pflegestudiengängen ist die Zielsetzung verbunden, ein neues Kompetenzprofil zu schaffen, mit dem die Absolventen/-innen in der Lage sind, die immer komplexeren Anforderungen, mit denen berufliche Pflege konfrontiert ist, zu bewältigen. In den erhobenen Qualifikationszielen wird dieser Anspruch von beinahe allen befragten Hochschulen vertreten. Als allgemeine Zielgröße wird dabei von einigen Hochschulen das Kompetenzniveau 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens benannt. Mit ihren Studieninhalten zielen die befragten Hochschulen darauf ab, Pflegefachpersonen auszubilden, die über eine ausgeprägte Reflexivität, eine erweiterte Fachkompetenz sowie die Fähigkeit, wissenschaftlich und ethisch fundiert zu handeln, verfügen. Die studierten Pflegefachpersonen sollen bereit und in der Lage sein, in besonderem Maß Verantwortung zu übernehmen. Sie sollen über sehr gute interaktive und kommunikative Kompetenzen verfügen. In ihrer Arbeit sollen sie sich ändernde strukturelle Rahmenbedingungen berücksichtigen. Weiterhin soll das Studium dazu befähigen, die Professionsentwicklung aktiv und engagiert voranzutreiben.

Eine ausgeprägte Reflexivität soll die Absolventen/-innen dazu befähigen, Situationen und Zusammenhänge tiefergehend analysieren zu können. Eine dadurch in besonderem Maß reflektierte Praxis zeichnet sich durch ein differenziertes Fall- und Situationsverstehen der studierten Pflegefachpersonen aus. Durch eine hohe Reflexivität soll darüber hinaus die Fähigkeit der Studierenden gestärkt werden, ihre eigene wissenschaftsgeleitete Weiterentwicklung im Sinne eines lebensbegleitenden Lernens aktiv zu betreiben und zu gestalten (siehe dazu auch Schaper et al. 2012: 22ff.).

3.2.1 Fachkompetenz

In einem Pflegestudium soll eine erweiterte Fachkompetenz erworben werden, die auch für die Übernahme neuer Aufgaben qualifiziert. Die erhöhte fachliche Expertise studierter Pflegefachpersonen soll diese dazu befähigen, eine altersgruppenübergreifende, patientenzentrierte Versorgung auch für Menschen mit besonderen Pflegebedarfen zu realisieren. Hierzu erwerben die Studierenden Kompetenzen zur selbstständigen Diagnostik und zum Clinical Reasoning. Nach Abschluss des Studiums sollen die Pflegefachpersonen Aufgaben in der Qualitätsentwicklung übernehmen können und auch handlungsfähig im Bereich von Informations- und Kommunikationstechnologien sein (siehe dazu auch Kälble 2006: 217). Mit der erweiterten Fachlichkeit werden auch neue Aufgaben oder Arbeitsschwerpunkte im Status einer/s Pflegeexpertin/en verbunden. Hierzu zählen die Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation ebenso wie die gerontopsychiatrische Pflege, das Case Management, die Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben oder die Pflegebegutachtung. Auch für Leitungs- und Führungsaufgaben sollen einige Bachelorstudiengänge durch die Möglichkeit von Studienschwerpunkten im Bereich Management oder Pädagogik qualifizieren.

3.2.2 Wissenschaftsfundierung

Mit einem Pflegestudium ist laut Befragung der Anspruch der Wissenschaftsfundierung verknüpft. Absolventen/-innen der Studiengänge sollen entsprechend über wissenschaftliche Kompetenzen einerseits im Sinne der Fähigkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten, andererseits in Form von Forschungskompetenz verfügen. Weitergehende Kenntnisse der Pflegewissenschaft und deren Bezugsdisziplinen soll die studierten Pflegefachpersonen zu einer theoriegeleiteten Handlungskompetenz und zur evidenzbasierten Pflege(Praxis) befähigen. Durch die Wissenschaftsfundierung des Pflegestudiums sollen die Absolventen/-innen darüber hinaus in die Lage versetzt werden, die Transformation (pflege)wissenschaftlicher Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis aktiv voranzutreiben und zu tragen (siehe dazu auch Bögemann-Großheim 2004: 102; Imhof et al. 2010: 24; Ewers et al. 2012: 39).

3.2.3 Ethische Kompetenz

Das differenzierte Anforderungsprofil an die berufliche Pflege erfordert eine hohe ethische Fundierung pflegerischer Arbeit. Hier soll das Studium eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Menschenbild und der Berufsethik herbeiführen. Studierte Pflegefachpersonen sollen in besonderem Maß in der Lage sein, mit Widersprüchen umzugehen und herausfordernde Situationen konstruktiv zu bewältigen.

Neben Wissenschaftsfundierung und hoher ethischer Kompetenz streben die Studiengänge auch die ausgeprägte Bereitschaft ihrer Absolventen/-innen zur Verantwortungsübernahme an.

3.2.4 Verantwortungsübernahme

Die verstärkte Übernahme von Verantwortung zeigt sich einerseits im Bereich der personenbezogenen Pflege im Konzept des Primary Nursing, andererseits soll sie aber auch

Aspekte der Prozesssteuerung, des Prozessmanagements und der Prozessberatung umfassen. Der Gedanke einer weiterreichenden Übernahme von Verantwortung kommt auch zum Ausdruck, wenn studierte Pflegefachpersonen Delegationskompetenz und die Fähigkeit zur Steuerung des Qualifikationsmix in einem Arbeitsbereich zugeschrieben werden (siehe dazu auch Robert Bosch Stiftung 2013: 293, 404).

3.2.5 Kommunikation/Interaktion

Ein übergeordnetes Qualifikationsziel der Pflege-Studiengänge liegt im Bereich Kommunikation/Interaktion. Hier sollen die Absolventen/-innen über besondere Fähigkeiten in Bezug auf eine professionelle Beziehungsgestaltung sowie bei der Beratung, Anleitung und Schulung von Patienten, deren Zugehörigen und anderen Nutzern der Gesundheitsversorgung verfügen. Bezogen auf die Berufsangehörigen sollen die Studierenden zusätzliche Kompetenzen in den Bereichen Personalentwicklung und Praxisanleitung sowie zur Evaluation von Arbeitsqualität erwerben.

3.2.6 Kooperation und Berufsentwicklung

In ihren Qualifikationszielen bringen die Studiengänge zum Ausdruck, dass Pflege eine Dienstleistung ist, die im Kanon mit anderen Berufsgruppen erbracht wird und in einem komplexen, sich verändernden Gesamtgefüge stattfindet. Folglich streben die Hochschulen an, dass studierte Pflegefachpersonen in der Lage sind, strukturelle Rahmenbedingungen in ihrer Arbeit zu berücksichtigen und auf deren Wandel flexibel zu reagieren. Dazu gehört die Fähigkeit zur interprofessionellen Kooperation ebenso wie das Verständnis einer sektorenübergreifenden Versorgung auch aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Studienabsolventen/-innen sollen Innovationsprozesse initiieren und im Sinne eines Projektmanagements begleiten können. Sie sollen die Interessen und Bedarfe der zu pflegenden Menschen und deren Zugehörigen sektorenübergreifend vertreten und realisieren können (siehe dazu auch SVR 2007: 20f.; SVR 2012: 44).

Schließlich streben die Studiengänge an, dass sich Studierende und Absolventen/-innen besonders für die Professionsentwicklung engagieren, indem sie Pflege als eine moderne Gesundheitsdisziplin nach außen vertreten und auf politische Prozesse in Bezug auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung und die Pflegeberufe aktiv Einfluss nehmen. Darüber hinaus sollen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Lage sein, die eigenen beruflichen Handlungsfelder weiterzuentwickeln.

3.3 Besondere Kennzeichen der Studiengänge

Als profilkbildende Merkmale werden von den befragten Studiengangsleitungen sowohl strukturelle als auch inhaltliche Aspekte angegeben. So sehen einige Studiengänge ihre Besonderheit in der Verbindung der Lernorte, der Studiengangskonzeption oder in der bildungs- bzw. berufspolitischen Dimension. Andere Hochschulen benennen inhaltliche Schwerpunkte als besondere Merkmale ihres Studienangebotes.

In Bezug auf die Lernorte wird sowohl die Kombination von nur zwei Lernorten (Hochschule und Praxis) als auch die Kooperation von drei Lernorten (Hochschule,

Berufsfachschule und Praxis) als jeweilige Besonderheit benannt. Auch der hohe Anteil hochschulischer Lehre und eine frühe Hochschulsozialisation werden herausgestellt. Des Weiteren werden eine gemeinsame Curriculumentwicklung von Hochschule und Berufsfachschule, Transferaufgaben und integrierte Prüfungen ebenso als profilierend bewertet wie ein duales Studium an sich.

Als Besonderheiten in der Studiengangskonzeption werden sowohl strukturelle Merkmale als auch pädagogisch-didaktische Aspekte dargestellt. So werden beispielsweise die Unabhängigkeit von der beruflichen Ausbildung, das Vorhandensein vieler Kooperationspartner oder die Ansiedlung an einer medizinischen Fakultät ebenso hervorgehoben wie die Interdisziplinarität und die Internationalität. Als pädagogisch-didaktische Aspekte werden das spiralförmige Curriculum, die Integration von Weiterbildungen, das Angebot von Supervision und die Unterstützung durch Lerncoaches als Besonderheit benannt.

Allein die Tatsache, einen Studiengang für Pflege entwickelt und implementiert zu haben wird aus bildungs- und berufspolitischer Sicht als herausragendes Merkmal dargestellt.

Auch inhaltliche Schwerpunkte kennzeichnen das Besondere der Studiengänge. So wird beispielsweise die sozialwissenschaftliche Ausrichtung ebenso hervorgehoben wie die Möglichkeit zur Schwerpunktsetzung (klinische Expertise, Pädagogik, Management, evidenzbasierte Praxis, Assessment, Intervention, Case/Care Management, Gerontologie/Geriatrie). Auch der Erwerb von Forschungskompetenzen, das interdisziplinäre Handeln oder die zugrunde gelegte Generalistik können das Charakteristische eines Studienganges ausmachen.

3.3.1 Weitere zertifizierte Qualifikationen, welche die Studierenden erwerben können

In den Studiengängen sind teilweise gängige Fort- und Weiterbildungsinhalte integriert, die mit einem Zusatzzertifikat abgeschlossen werden können. Auch wird angegeben, dass Inhalte des Studiums in entsprechenden Weiterbildungen zur Anrechnung gebracht werden können. Folgende Weiterbildungsinhalte werden benannt: Praxisanleitung, Schmerzmanagement, Wundmanagement, Gerontopsychiatrie, Leitung einer Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen sowie Psychiatrische Pflege (angestrebt). Darüber hinaus können die Gebärdensprache erlernt und ein Europazertifikat erworben werden.

3.3.2 Qualifikationen für Aufgaben nach §63 Abs. 3c SGB V und darüber hinausgehende Qualifikationen

Einige der Befragten geben an, bezüglich des § 63 Abs. 3c SGB V (Ausübung von Heilkunde) an konkreten Qualifikationsprofilen zu arbeiten bzw. bereits im Rahmen eines Projektes zu entwickeln. Dabei werden einerseits allgemeine Themen wie die Übertragung von Heilkunde, das Gesundheitssystem, die Betreuung chronisch Kranker oder die erweiterte Assessment- und Behandlungskompetenz angegeben. Andererseits werden in der Befragung auch konkrete Inhalte benannt wie etwa Wundmanagement,

Therapieregime bei Typ II Diabetes, Demenz, Schlaganfall, parenterale Ernährung oder, darüber hinausgehend, die körperliche Basisuntersuchung (G-BA 2011 §§ 3, 5, 6 Teil B).

Als darüberhinausgehende Qualifikationen werden die Bereiche Pflegewissenschaft und Forschung sowie die klinische Expertise für Menschen mit langandauerndem Versorgungsbedarf in der Psychiatrie angegeben.

4. Diskussion

Die durchgeführte Befragung zeigt als zentrales Ergebnis die ausgeprägte Heterogenität und Vielfalt der Studiengänge und die Divergenz der Studiengangsstrukturen auf. Ebenso zeigen die Ergebnisse, dass im Sinne dualer Studiengänge der Theorie-Praxis-Transfer umfangreich in der hochschulischen Pflegebildung ausgestaltet wird. Die Ergebnisse der Befragung bilden ab, dass die Studiengänge standortbezogen entwickelt worden sind und damit regionale politische Bedingungen ebenso aufgreifen bzw. berücksichtigen mussten, wie die Besonderheiten einzelner Kooperationspartner, die am Studienbetrieb beteiligt sind. Die entstandene Heterogenität der Studiengänge macht einen konkreten Vergleich der Studienangebote nahezu unmöglich. Letztlich werden damit auch die Mobilität der Studierenden sowie die Vergleichbarkeit der Studienabschlüsse erschwert (Moers et al. 2012; DGP & DPR 2014: 1f.). Deshalb erscheint es dringend erforderlich, dass die hochschulische Pflegeausbildung, ebenso wie die berufsfachschulische (Krankenpflegegesetz, Altenpflegegesetz) bundeseinheitlich geregelt wird. Sinnvoll erscheint dabei die Schaffung einer eigenen Prüfungsordnung, welche die – über die berufsfachliche Ausbildung hinausgehenden – Spezifitäten der hochschulischen Bildung berücksichtigt. Die dabei zugrunde gelegten Qualifikationsziele und Standards sollten von der Berufsgruppe selbst festgelegt werden. Die Modellklausel für Pflegestudiengänge im Pflegeberufsgesetz sollte mit der anstehenden Novellierung unbedingt auslaufen, um eine Zunahme der Unübersichtlichkeit der hochschulischen Pflegebildungsangebote zu verhindern. Mit der Schaffung eines bundeseinheitlichen Regelwerkes für das Pflegestudium könnte eine Formulierung von selbstständigen und eigenverantwortlichen Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Heilkundeausübung durch hochschulische ausgebildete Pflegefachpersonen verbunden werden (Robert Bosch Stiftung 2013: 348f.).

Die angestrebten Kompetenzprofile sowie die Qualifikationsziele spiegeln sowohl eine große Vielfalt, als auch große inhaltliche Überschneidungsmengen wider. Die von den befragten Hochschulen genannten Qualifikationsziele befinden sich in hoher Übereinstimmung mit dem fachwissenschaftlichen Diskurs über zukünftig notwendige Berufsprofile (siehe hierzu auch: Schaper et al. 2012: 22f., 29, Kälble 2006: 217, Bögemann-Großheim 2004: 102; Imhof et al. 2010: 24; Ewers et al. 2012: 39, Robert Bosch Stiftung 2013: 293, 404, SVR 2007: 20f.; SVR 2012: 44). Ein mögliches Rahmencurriculum für die hochschulische Pflegeausbildung sollte den Fachqualifikationsrahmen Pflege (Hülken-Giesler/Korporal 2013) zur Grundlage haben. Die Bemühungen um

eine gute Verknüpfung der Lernorte Hochschule und Praxis müssen zukünftig auch in den Hochschulstrukturen abbildbar sein, damit sie nicht ausschließlich auf dem hohen Engagement der Beteiligten in diesen Studiengängen basieren. Damit Lehre in und mit der Praxis stattfinden kann, bedarf es der diesen Anforderungen entsprechenden Ressourcen. Darüber hinaus stellen die bereits geleisteten Innovationen der Theorie-Praxis-Verknüpfung in den Studiengängen ein gutes Fundament dar, um auch hochschuldidaktische Konzepte (weiter) zu entwickeln.

Damit die Entwicklung der hochschulischen Pflegebildung dargestellt und gesteuert werden kann, sollte eine indikatorengestützte Bildungsberichterstattung für den Bereich Pflege etabliert werden (Slotala/Ewers 2012).

Bei der Schaffung von Regelungen zur hochschulischen Ausbildung gilt es einerseits, die Richtlinien der EU einzuhalten, andererseits die Autonomie der Hochschulen zu gewährleisten (Europäisches Parlament und Rat der EU 2005: Art. 31 Abs. 3; Grundgesetz, Art. 5 Abs. 3). Die Pflegeberufe gehören zu den Heilberufen, die in Deutschland bundeseinheitlich geregelt sind. Analog zu anderen bundeseinheitlich geregelten Studienangeboten wie z. B. Medizin sollten staatliche Rahmenregelungen geschaffen werden, die einheitliche Qualifikationsziele und -standards vorgeben und den Hochschulen Gestaltungsfreiräume bei den thematischen Schwerpunkten und der Ausgestaltung des Studiums einräumen.

Durch die Schaffung eigener, von den Ordnungen für die berufsfachschulische Ausbildung abweichenden Regelungen für die hochschulische Pflegebildung wäre es möglich, eine Unabhängigkeit von Praxiseinrichtungen zu erreichen. So wäre anzustreben, dass akademische Pflegebildung ohne einen zwingenden Ausbildungsvertrag mit einer Pflegeeinrichtung stattfinden kann. Gleichwohl ist der praktische Anteil des Studiums sicherzustellen. Dazu bedarf es verlässlicher und geregelter Einwirkungsrechte der Hochschulen innerhalb der praktischen Studienphasen, welche die Studierenden absolvieren. Günstig wäre hier, den Hochschulen den Betrieb eigener Praxisbereiche wie z. B. einer Hochschulambulanz zu ermöglichen. Auch die Anrechnung der Ausbildung in simulierenden Lernumgebungen wie Skills Labs auf die zu absolvierenden praktischen Studienphasen ist anzustreben.

Die bei der Befragung deutlich gewordene überwiegende Verortung der Berufszulassung bei den Berufsfachschulen muss kritisch diskutiert werden. Wenn beruflich erstqualifizierende Pflegestudiengänge angestrebt werden, sollte die Verantwortung für die Prüfung auch ausschließlich bei der Hochschule liegen. Die staatliche Berufszulassungsprüfung im Rahmen eines Pflegestudiums sollte sich an bereits bestehenden Regelungen für Hochschulen orientieren. So sollten alle Prüfungsbestandteile, die für die Berufszulassung verpflichtend festgelegt werden, Modulprüfungen sein. Doppelprüfungen wie sie z. Zt. durch die parallelen Strukturen von Pflegebildungsrecht und Hochschulrecht entstanden sind, sind wegen der damit verbundenen hohen Arbeitsbelastung für die Studierenden (und Lehrenden) zu vermeiden. Es sollte geprüft werden, inwieweit die Bestellung von Prüfungskommissionen und die Durchführung der Prüfungen an die Hochschulen übertragen werden können.

5. Ausblick

Die in einem sich ausdifferenzierenden Gesundheitssystem immer komplexer werden und neu hinzu kommenden Aufgaben, die beruflich Pflegende bewältigen müssen, machen Pflegefachpersonen mit einem höheren Qualifikationsniveau erforderlich (Ewers et al. 2012: 38; WR 2012: 78). Entsprechend wichtig erscheint es, zeitnah ein eigenständiges Regelwerk für eine hochschulische Pflegebildung zu schaffen, welches ein Pflegestudium ermöglicht, das den EU-Richtlinien genügt. Die anstehende Novellierung des Pflegeberufgesetzes würde hierzu eine geeignete Möglichkeit darstellen. Anzustreben sind dabei Pflegestudiengänge, die in ihren Grundstrukturen und Qualifikationszielen vergleichbar sind. In den Bundesländern müssen daher durch vergleichbare Strukturbedingungen die Möglichkeiten zur bundesweiten Vergleichbarkeit von Bachelorstudiengängen der Pflege geschaffen werden.

Der inzwischen vorliegende Abschlussbericht der Evaluation der Modellstudiengänge NRW (Darmann-Finck et al. 2015) sowie die damit in Verbindung stehende Veröffentlichung zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe der Hochschule für Gesundheit in Bochum (Präsidentin der Hochschule für Gesundheit 2015) könnten für die erforderlichen Entwicklungsschritte richtungsweisend sein. Auch lässt der vorläufige Arbeitsentwurf für ein Pflegeberufgesetz des BMFSFJ/BMG (2015) erste Schritte einer Überführung der hochschulischen Pflegeausbildung in den Regelbetrieb erkennen.

Literatur

- Balzer, K./Horner, K./Köpke, S. (2015): Aus der Vielfalt lernen. Duale Bachelorstudiengänge in der Pflege. *Pflegezeitschrift* 68, 5, 277-280
- BMFSFJ/BMG (2015): Vorläufiger Arbeitsentwurf für ein Pflegeberufgesetz (PflBG): Unveröffentlicht
- Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: *Pflege und Gesellschaft* 9 (3), 100-107
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012): Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf [Stand 2015-06-12]
- Darmann-Finck, I./Muths, S./Görres, S./Adrian, C./Bomball, J./Reuschenbach, B. (2015): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA): Düsseldorf, MGEPA
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) und der Deutsche Pflegerat (DPR): (2014): Zentrale konzeptionelle Eckpunkte für eine breit aufgestellte hochschulische Pflegebildung. Verfügbar unter: http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/03/140319_dpr-dgp_stena_hochschulische_qualifikation.out_.pdf
- Deutscher Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin
- Europäisches Parlament und Rat der EU. (2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 7. September 2005 zur Anerkennung von Berufsqualifikationen. In: *Amtsblatt der Europäischen Union*, 2005, S. 22-142

- Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./Voigt-Radloff, S./Walkenhorst, U. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen Potenziale für eine bedarfsge- rechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137, 37-40
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): (2011): Richtlinie 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 vom 20.11.2011. Verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1401/2011-10-20_RL_%C2%A7-63_Abs-3c_Erstfassung_BAnz.pdf
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23. Mai 1949. In: Bundesgesetzblatt I, 1949, o. S., zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014. In: Bundesgesetzblatt I, 2014, S. 2438
- Hülsken-Giesler, M./Korporal, J. (Hrsg.) (2013): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. Berlin: Porschke + Hensel
- Imhof, L./Rüesch, P./Schaffert, R./Mahrer-Imhof, R./Fringer, A./Kerker-Specker, C. (2010): Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020. Ein Grundlagenbericht. Winterthur: ZHAW
- Kälble, K. (2006): Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck - Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: J. Pundt (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen - Potenziale – Perspektiven (S. 213-233): Bern: Hans Huber Verlag
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 7. Aufl., Weinheim: Deutscher Studienverlag
- Moers, M./Schöniger, U./Bögemann, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft, 17 (3), 232-248
- Präsidentin der Hochschule für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Bericht zu den Ergebnissen und Konsequenzen der Evaluation? der Modellstudiengänge an der Hochschule für Gesundheit Bochum. Bochum, Hochschule für Gesundheit
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven - Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.): (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.): (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf
- Schaper, N./Reis, O./Wildt, J./Horvath, E./Bender, E. (2012): Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre. Hochschulrektorenkonferenz Projekt nexus - Konzepte und gute Praxis für Studium und Lehre. Verfügbar unter: http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten_kompetenzorientierung.pdf
- Slotala, L./Ewers, M. (2012): Bildungsberichterstattung in der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 17, 1, 63-78
- Stöcker G./Reinhart M. (2012): Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland, Die Schwester/Der Pfleger, 51, 11, S. 1112
- Wissenschaftsrat (WR) (Hrsg.): (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin

Prof. Dr. Julia Lademann

Leitung Studiengang B.Sc. Pflege, Lehrbereich Pflegewissenschaft & Gesundheitswissenschaften, Frankfurt University of Applied Sciences, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit – Health and Social Work, Nibelungenplatz 1, D - 60318 Frankfurt am Main
lademann.julia@fb4.fra-uas.de

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck

Professorin für Pflegewissenschaft, Studiengangsleiterin B.Sc. Gesundheits- und Krankenpflege, Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Am Stadtholz 24
D - 33609 Bielefeld, aenne-doerte.latteck@fh-bielefeld.de

Prof. Dr. rer. medic. Matthias Mertin

Pflegewissenschaft mit dem Anwendungsschwerpunkt Beratung, Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Lehrinheit Pflege und Gesundheit, Campus Minden, Artilleriestr. 9a, D - 32427 Minden, matthias.mertin@fh-bielefeld.de

Prof. Dr. Klaus Müller

Lehrbereich Pädagogische Aufgaben in der Pflege, Frankfurt University of Applied Sciences
Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit – Health and Social Work, Nibelungenplatz 1
D - 60318 Frankfurt am Main, mueller.klaus@fb4.fra-uas.de

Christa Müller-Fröhlich M.Sc., PhD Cand. Nursing

Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft, Studiendekanat Medizinische Fakultät
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Fehrenbachallee 8, D - 79106 Freiburg
christa.mueller-froehlich@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. Rüdiger Ostermann

Dekan, FB Pflege und Gesundheit, FH Münster, Leonardo Campus 8, D - 48149 Münster
dekan.fb12@fh-muenster.de

Prof. Dr. Ulrike Thielhorn

Studiengangsleitung BA Management im Gesundheitswesen, Katholische Hochschule Freiburg, Catholic University of Applied Sciences, Staatlich anerkannte Hochschule
Karlstraße 63, D - 79104 Freiburg, ulrike.thielhorn@kh-freiburg.de
(Korrespondenzadresse)

Prof. Petra Weber

Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Prodekanin, Professorin für Pflegewissenschaft, Alexanderstraße 1, D - 20099 Hamburg
petra.weber(@)haw-hamburg.de

Julian Hirt, Maximilian Münch, Stephanie Sticht, Uli Fischer,
Ralf Strobl, Bernd Reuschenbach

Politische Partizipation von Pflegefachkräften (PolPaP) – Ergebnisse einer Online-Erhebung

Political Participation of nurses – Results of an Online Survey

Political participation is essential for the assertion of its own and professional goals. The degree of organisations of nurses as well as the willingness to participate politically, is described in the literature as low. However, there is a lack of data on the political participation of nurses in Germany. This survey was conducted by the following research questions: How do nurses rate their own political participation? What are predictors of the self-reported political participation? Between November 2013 and March 2014 data from a total of 559 nurses were collected in an online survey. To identify predictors of political participation, the data were analyzed in four logistic regression models. Predictors of political participation are political interest and age. Other significant predictors are gender, educational achievements, leadership position and political knowledge. The interpretation of the data should take into account the selective sampling. The sample characteristics differs from the population characteristics according to gender, age and educational achievements

Keywords

Nursing, Nursing Board, Participation, Policies

Politische Partizipation ist wesentlich für die Geltendmachung eigener und professionsbezogener Ziele. Der Organisationsgrad der Pflegefachkräfte wird in der Literatur als gering beschrieben, ebenso die Bereitschaft, sich politisch zu beteiligen. Daten zur politischen Partizipation von Pflegefachkräften in Deutschland liegen jedoch nicht vor. Mittels Online-Erhebung wurden Daten zum Grad der politischen Partizipation und deren Einflussfaktoren erhoben. Folgende Forschungsfragen waren bei der Erhebung leitend: Wie schätzen sich Pflegefachkräfte hinsichtlich ihrer politischen Partizipation ein? Was sind Prädiktoren für die selbsteingeschätzte politische Partizipation? Zwischen November 2013 und März 2014 konnten Daten von insgesamt 559 Pflegefachkräften erhoben werden. Um Prädiktoren für die politische Partizipation zu identifizieren, wurden die Daten in vier logistischen Regressionsmodellen analysiert. Prädiktiv für die politische Partizipation sind das politische Interesse und das Alter. Weitere signifikante Prädiktoren sind Geschlecht, Bildungsabschluss, Leitungsposition und politische Informiertheit. Bei der Interpretation der Daten sind die besonderen Stichprobenmerkmale zu beachten. Die Merkmale der Stichprobe unterscheiden sich von jenen in der Grundgesamtheit hinsichtlich Geschlecht, Alter und höchstem berufsbildendem Abschluss.

Schlüsselwörter

Pflege, Pflegekammer, Partizipation, Politik

eingereicht 10.10.2015

akzeptiert 08.04.2016

1. Einleitung und Hintergrund¹

Politische Partizipation gilt als Grundvoraussetzung für das Gelingen eines demokratischen Staatswesens (Steinbrecher 2009: 15; Fuchs 2006: 235). Im Folgenden werden unter dem Begriff politische Partizipation jene Handlungen verstanden, die Bürger freiwillig und mit dem Ziel vornehmen, politische Entscheidungen auf verschiedenen Ebenen zu beeinflussen (Kaase 1993: 429). Politische Partizipation ist wesentlich für die Geltendmachung eigener und professionsbezogener Ziele und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Arbeitsbedingungen sind in einer Demokratie stets durch einen Aushandlungsprozess zwischen den Akteuren zu gestalten, der ohne den Willen zur politischen Partizipation nicht gelingen kann. Gerade in Zeiten einer Rationierung von Ressourcen kommt der Einbringung eigener Interessen und Zielsetzungen in den politischen Diskurs eine entscheidende Rolle zu. Im Hinblick auf die Situation im Gesundheitswesen wird dabei immer wieder die unzureichende Beteiligung von Pflegenden beklagt, was zu Ausgrenzungen in der Diskussion über die Verteilung von limitierten Gütern führt (Hofmann 2012).

Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte ist mit aktuell circa 1,2 Mio. Beschäftigten (Statistisches Bundesamt 2013: 12) die größte Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen (Hofmann 2012: 1161). Aufgrund des demographisch bedingten, hohen Bedarfs an pflegerischer Versorgung kommt dieser Berufsgruppe eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zu (ebd.). Damit ist nur schwer in Einklang zu bringen, dass die Pflege in der Gesundheitspolitik „keine Stimme [hat]“ (Heyelmann 2012: 404), auf dem politischen Parkett „faktisch irrelevant“ (Hofmann 2012: 1164) ist und „insgesamt [...] nur wenig Einflussnahme durch Pflegenden zu verzeichnen [ist]“ (Tomic/Wiesner 2013: 56). Politische Maßnahmen haben direkte oder indirekte Auswirkungen auf pflegerisches Handeln und die pflegerische Berufsausübung. Vor 15 Jahren machte Hilde Steppe (2000: 89) deutlich, welcher substantielle Gedanke durch politische Partizipation verfolgt wird: „Politik ist bekanntlich ein Prozess, in dem Entscheidungen aufgrund von demokratisch legitimierten Mehrheiten fallen, es liegt also an [den Pflegenden], diese Mehrheiten zu verändern, wenn die Entscheidungen nicht unsere Zustimmung finden.“ Hieraus kann auch heute noch abgeleitet werden, dass sich die in der Pflege tätigen Personen organisieren müssen, um im „ökonomischen Verteilungskampferworbene Standards erhalten und ausbauen zu können“ (Hofmann 2012: 1166). Trotz dieser Bedeutung ist das Ausmaß und die Intensität der politischen Partizipation von Pflegefachkräften bisher nicht systematisch erforscht worden. Ausprägungen, Bedingungen und Wirkungen zu erschließen, ist Aufgabe der Partizipationsforschung. Partizipationsforschung mit alleinigem, elektivem Fokus wird in politikwissenschaftlichen Arbeiten seit den 1940er Jahren betrieben (Hoecker 2006: 15). Zu einer ausdifferenzier-

Danksagung/Acknowledgement

Für ihre wertvollen Hinweise im Rahmen der Datenaufbereitung und initialen Auswertung möchten wir uns bei Dr. Inge Eberl und Elisabeth Linseisen bedanken. Dank gilt auch Sonja Olwitz für die Zusammenarbeit zu Beginn des Forschungsvorhabens und den drei anonymen Gutachterinnen und Gutachtern, die uns wichtige Hinweise zur Gestaltung des Beitrags gegeben haben.

1 Es liegt kein Interessenskonflikt vor. Das Forschungsprojekt wurde nicht finanziert.

ten Auseinandersetzung mit politischer Partizipation kam es ab den 1970er Jahren unter anderem durch drei Bedingungen: (a) Verbesserte Erhebungsmöglichkeiten in der Umfrageforschung (Gabriel/Völkl 2008: 272), (b) die wachsende theoretische Auseinandersetzung mit politischer Partizipation (Steinbrecher 2009: 28, 38; Hoecker 2006: 11) und (c) die zum damaligen Zeitpunkt einsetzende Diversität der politischen Partizipationsformen (van Deth 2009: 141). Während für einige berufliche Bereiche entsprechende Erkenntnisse vorliegen (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2015), fehlt es an Primärdaten aus dem Bereich der professionellen Pflege.

Die einleitende Definition nach Max Kaase liegt vielen Partizipationsstudien zugrunde, da sie den Bezug zu bereits bestehenden, englischsprachigen Definitionen herstellt (Steinbrecher 2009: 28). Merkmale politischer Partizipation sind demnach: Freiwilligkeit; keine berufliche Ausübung; Ziel der Einflussnahme auf politische Entscheidungen oder Selbstinitiierung der politischen Entscheidung (Gabriel/Völkl 2008: 270; Steinbrecher 2009: 28). Nach Kaase sind u. a. folgende Aspekte nicht definierend für die politische Partizipation: Politisches Interesse, berufsmäßige Beteiligung, unfreiwillige Handlungen sowie soziales Engagement (van Deth 2009: 143; Steinbrecher 2009: 28 f.; Gabriel/Völkl 2008: 270 f.).

Die Erkenntnis, dass nicht alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen politisch partizipieren, war Anlass der Partizipationsforschung, „*Ursachen für Beteiligungsunterschiede zwischen Individuen oder gesellschaftlichen Gruppen zu identifizieren*“ (Steinbrecher/Schoen 2012: 59). In den letzten Jahrzehnten konnte diese Forschungsrichtung wichtige Prädiktoren für politische Partizipation identifizieren und Erklärungsansätze entwickeln. Zur theoretischen Fundierung kann das Civic Voluntarism Model nach Verba, Schlozman und Brady (1995: 269 f.) herangezogen werden, eine Weiterentwicklung des 1972 von Sidney Verba und Norman Nie entwickelten sozioökonomischen Standardmodells (Kaase 1993: 431). Das Modell liefert drei Bedingungsfaktoren der politischen Partizipation. Dazu gehören Ressourcen (u. a. Bildung, Einkommen, Berufsprestige, Geschlecht, Alter), Motive (u. a. politisches Interesse, Wichtigkeit von Politik, Wichtigkeit politischer Aktivität) und Netzwerke (u. a. Familie und berufliche Integration, Aktivitätsgrad in Organisationen) (Gabriel/Völkl 2008: 290; Cramer 2002: 100). Für die Pflege in den USA konnte dieses Modell im Rahmen einer Online-Erhebung mit 468 Teilnehmenden bestätigt werden (Vandenhouten et al. 2011: 159, 162 ff.).

Ergebnisse aus der allgemeinen Partizipationsforschung zeigen einen Anstieg der politischen Partizipation mit dem Alter (Statistisches Bundesamt 2014: 290). Zudem gibt es Hinweise, dass das (männliche) Geschlecht Einfluss auf politische Aktivität in Gewerkschaften und Parteien hat (Steinbrecher 2009: 209). Auch die politische Informiertheit wird als bedeutender Prädiktor für politische Partizipation diskutiert (van Deth 2000: 117).

Das Civic Voluntarism Model sowie die erwähnten Forschungsergebnisse der berufsspezifischen wie allgemeinen Partizipationsstudien sind für die methodische Herangehensweise in dieser Erhebung leitend.

2. Forschungsziel, Forschungsfragen

Ziel der Befragung war es, erstmalig Daten zum Ausmaß der politischen Partizipation von Pflegefachkräften in Deutschland zu erheben. Die Untersuchung erlaubt Aussagen zur selbsteingeschätzten politischen Partizipation der befragten Pflegefachkräfte und möglichen Prädiktoren. Leitend waren folgende Fragen: Wie ausgeprägt ist die politische Partizipation von Pflegefachkräften? Was sind Prädiktoren für die selbsteingeschätzte politische Partizipation der befragten Pflegefachkräfte?

3. Methode

3.1 Forschungsdesign

Der Erhebung liegt ein querschnittliches, deskriptives Forschungsdesign zugrunde. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer Online-Befragung um mit geringem Ressourcenaufwand möglichst regional gestreute Daten zu erhalten.

3.2 Erhebungsinstrument

In mehreren Überarbeitungsschritten wurde ein standardisierter Online-Fragebogen erstellt. Als Grundlage dienten Items aus der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ ALLBUS (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2015) und aus einem Fragebogen der Bertelsmann Stiftung, der im Rahmen einer repräsentativen Umfrage zur politischen Partizipation in Deutschland entwickelt wurde (Kornelius/Roth 2004: 135 ff.). Die Erstellung des Fragebogens bzw. die Formulierung und Anpassung der Items erfolgte im Diskurs zwischen den Autoren unter Hinzuziehung des definitorischen und theoretischen Rahmens des Forschungsprojekts. So wurden bspw. Fragen zur Erfassung möglicher Einflussfaktoren anhand des Civic Voluntarism Models generiert. Anschließend wurde ein anonymisierter Standard-Pretest (Technische Universität Dresden o. J.; Prüfer/Rexroth 2000) mit insgesamt 15 Testpersonen durchgeführt. Alle Testpersonen haben der Zielgruppe entsprechend eine mindestens dreijährige, pflegerische Ausbildung absolviert. Eine Person hat zudem einen Bachelorabschluss (Pflegemanagement), eine Person ist promoviert (Pflegerwissenschaft). Die Testpersonen wurden gebeten, den Online-Fragebogen hinsichtlich seiner technischen Funktionsfähigkeit und seiner Verständlichkeit zu überprüfen. Die Rückmeldungen wurden in einer finalen Fassung des Fragebogens berücksichtigt.

Der finale Fragebogen gliederte sich in vier Teile:

- Politische Selbsteinschätzung (politisches Interesse, politische Informiertheit, u. a.) (9 Items)
- Allgemeine politische Beteiligung (Kontaktaufnahme zu Politikerinnen/Politiker, Wahlgang, diverse politische Aktivitäten, politische Beteiligung, u. a.) (11 Items)
- Berufspolitische Beteiligung (berufspolitische Mitgliedschaften, berufspolitische Beteiligung, u. a.) (10 Items)

- Angaben zum Beruf und zur Person (Geschlecht, Alter, Berufsabschluss, höchster berufsbildender Abschluss, Leitungsposition, u. a.) (7 Items)

Folgende Fragetypen waren Bestandteil des Fragebogens: Likert-Skala, Einfach- und Mehrfachauswahl, freie Eingaben.

Der Fragebogen wurde für die Befragung auf der Plattform SosciSurvey.de als Online-Format umgesetzt. Es wurde ein Internetlink zur Befragung generiert, der zur Rekrutierung der Teilnehmenden verbreitet wurde.

Die Online-Erhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von 20 Wochen zwischen November 2013 und März 2014. Das mehrfache Ausfüllen des Fragebogens mit gleicher IP-Adresse wurde ermöglicht, da in Pflegeeinrichtungen mehrheitlich gemeinschaftlich genutzte Computer vorzufinden sind.

3.3 Abhängige Variablen

Die vier abhängigen Variablen wurden aus den nachfolgend beschriebenen Items gebildet. Die Variable „Wahlgang“ ergibt sich aus den Fragen zur Stimmabgabe bei der letzten Wahl auf den Ebenen Bund, Land und/oder Kommune. Bei Vorliegen wenigstens einer Zustimmung (Einfachauswahl: ja/nein) wurde dies als „Wahlgang = Ja“ bewertet.

In die Variable „Politische Aktivität“ (Mehrfachauswahl: ja/nein) fließen folgende Items ein:

- Schreiben eines Leserbriefs/E-Mail zu politischen Belangen,
- Tragen eines Abzeichens einer politischen Kampagne,
- Anbringen eines Aufklebers einer politischen Kampagne an einer öffentlichen Stelle,
- Teilnahme an einer politischen Unterschriftensammlung,
- Unterschreiben eines Bürgerbegehrens oder eines Volksentscheids,
- Unterstützen einer politischen Petition,
- Teilnahme an einer politischen Demonstration.

Wenn Teilnehmende in wenigstens einem dieser sieben Bereiche aktiv waren, so wurde diese mit politisch aktiv bewertet.

Die Variable „Politische Beteiligung“ berücksichtigt die Beteiligung (Einfachauswahl: ja/nein) in mindestens einer der Organisationen wie Partei, Gewerkschaft und/oder Berufsverband.

Die Variable „Kontaktaufnahme Politiker/in“ ergibt sich aufgrund der Antwort auf die Frage „Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Kontakt zu einem Politiker/einer Politikerin aufgenommen?“ (Einfachauswahl: ja/nein). Bei allen vier abhängigen Variablen handelt es sich um nominale Daten.

3.4 Unabhängige Variablen

Bei den unabhängigen Variablen handelt es sich zum einen um soziodemographische Eigenschaften wie Geschlecht (weiblich/männlich), Alter ($\leq 29/30-39/40-49/\geq 50$ Jahre) und höchster berufsbildender Abschluss (Berufsausbildung/Fachweiterbildung/Studienabschluss). Zum anderen wurde neben der Leitungsposition (ja/nein) die Zustimmung zur Aussage „Ich bin politisch interessiert“ und „Ich bin politisch informiert“ mittels einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst. Die Ergebnisse der Likert-Skala (stimme voll zu/stimme eher zu/unentschieden/ stimme eher nicht zu/stimme gar nicht zu) wurden für die Darstellung der Analysen auf drei Stufen (Zustimmung/Unentschieden/Ablehnung) zusammengefasst. Die unabhängigen Variablen liegen im nominalen und ordinalen Datenniveau vor.

3.5 Ethische Aspekte

Die Anonymität der Befragung wurde durch die Ausgestaltung der Online-Erhebung gewährleistet, sodass keine Daten erhoben wurden, die Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmenden zulassen. Der Anbieter der Online-Plattform verpflichtet sich zur Umsetzung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Die Befragung ist SSL-verschlüsselt und die Server-Umgebung entspricht gängigen Standards der Datensicherung.

3.6 Stichprobe und Rekrutierung der Pflegefachkräfte

In die Untersuchung eingeschlossen wurden Pflegefachkräfte aus Deutschland². Die Befragten wurden durch ein passives Sampling und die Methode des Schneeballverfahrens erreicht. Die Pflegefachkräfte wurden über soziale Medien, persönliche Kontakte, E-Mail-Verteiler, Internetseiten und Aushänge rekrutiert. Die Ausschreibung fand primär über Internetmedien und -kanäle statt. Des Weiteren wurden sechs DIN A4 Plakate mit dem Titel des Projekts sowie einem QR-Code zur Verlinkung des Fragebogens in pflegebezogenen Einrichtungen in München ausgehängt. Diese Dokumente wurden auch den E-Mails angehängt, mit denen Kontakte aus persönlichen Mail-Listen angeschrieben wurden. Kontaktierte Personen wurden über die Teilnahme an der Studie hinaus gebeten, den Internetlink des Fragebogens weiter zu verbreiten.

3.7 Datenauswertung

Der Datensatz wurde mit deskriptiven und inferenzstatistischen Methoden, computergestützt ausgewertet und analysiert (SPSS Version 22). Die nominalen bzw. ordinalen, unabhängigen und abhängigen Variablen werden mit den Angaben zu absoluter

2 Personen, die nach §1 Absatz 1 Krankenpflegegesetz (idF v. 06.12.2011) und §1 Absatz 1 Altenpflegegesetz (idF v. 13.03.2013) die Erlaubnis zum Tragen der entsprechenden Berufsbezeichnung besitzen und in Deutschland beruflich tätig und nicht-tätig sind: Altenpflegerin; Altenpfleger; Gesundheits- und Krankenpflegerin; Gesundheits- und Krankenpfleger; Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin; Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger; ältere, äquivalente Berufsbezeichnungen aus dem Inland; anerkannte, äquivalente Berufsbezeichnungen aus dem Ausland.

und relativer Häufigkeit dargestellt. Zur Analyse möglicher Prädiktoren (unabhängige Variablen) auf die vier Formen der politischen Partizipation (abhängige Variablen) wurden vier multiple logistische Regressionsmodelle durchgeführt. Bei multiplen Regressionsmodellen werden die einzelnen Effekte für den Einfluss der anderen Variable kontrolliert, d. h. die Effektschätzer sind vom Einfluss der anderen Variablen bereinigt. Der Einfluss der anderen Variablen wird also herausgerechnet. Das oben genannte Civic Voluntarism Model war dabei für die Aufnahme relevanter Prädiktoren in das Regressionsmodell leitend. Daraus ergaben sich folgende Variablen als potentielle Prädiktoren: Geschlecht, Alter, Leitungsposition, Bildungsabschluss, politisches Interesse, politische Informiertheit. Im Vorfeld der Regressionsanalyse wurden unter den Variablen Ähnlichkeitsmaße bestimmt, um bestimmte Voraussetzungen für die Regressionsanalyse zu prüfen. Hierbei ist zu beachten, dass die unabhängigen Variablen untereinander nicht korrelieren bzw. Multikollinearität auszuschließen ist (Bühl 2014: 432 ff.).

Dargestellt werden der Regressionskoeffizient, der Standardfehler, der p-Wert, das Quotenverhältnis (Odds-Ratio) sowie das entsprechende 95%-Konfidenzintervall (Field/Miles/Field 2009: 294). Es wird ein Signifikanzniveau von 5% zugrunde gelegt. Das Quotenverhältnis (OR) ist ein Maß zur Beschreibung der Stärke des Zusammenhangs zwischen einem dichotomen Einflussfaktor (unabhängige Variable) und einem dichotomen (ja/nein) Outcome (abhängige Variable). Werte über eins bedeuten eine erhöhte Chance, Werte unter eins eine verringerte Chance für das Auftreten des Outcomes. Bei einer logistischen Regression ergibt sich das OR aus dem Exponens des Koeffizienten und wird in Relation zur entsprechenden Referenzkategorie interpretiert. Die Referenzkategorien entlang aller vier Regressionsmodelle sind jeweils Frauen (bei Geschlecht), Personen bis 29 (bei Alter), Berufsausbildung (bei höchster berufsbildender Abschluss), Personen ohne Leitungsposition (bei Leitungsposition) sowie Ablehnung der Aussage „Ich bin politisch interessiert“ und „Ich bin politisch informiert“ (bei politisches Interesse und Informiertheit).

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurde der Online-Fragebogen 1796-mal aufgerufen und 665-mal begonnen. 585 abgeschlossene Datensätze lagen nach Abschluss der Datenerhebung vor. 26 Personen haben keine pflegerische Ausbildung absolviert und wurden daher von der Datenanalyse ausgeschlossen. Somit wurden die Angaben von 559 Befragten ausgewertet (Abbildung 1).

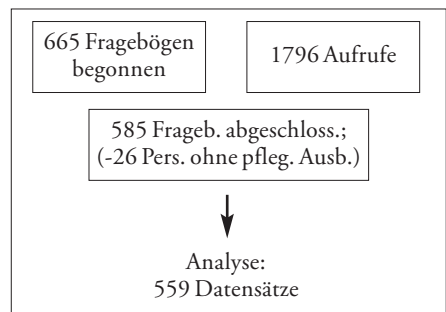


Abb. 1: Darstellung der in die Analyse eingeschlossenen Datensätze

		Anzahl (n=559)	n (%)
Geschlecht	Weiblich	374	70,0
	Männlich	160	30,0
Alter	≤ 29	241	45,1
	30-39	134	25,0
	40-49	107	20,0
	≥ 50	53	9,9
Berufsabschluss ¹	GKP	428	80,1
	GKKP	45	8,4
	AP	69	12,9
Höchster Bildungsabschluss	Berufsausbildung	257	48,0
	Fachweiterbildung	144	26,9
	Studienabschluss	134	25,0
Leitungsposition	Ja	99	18,6
	Nein	433	81,4
„Ich bin politisch interessiert“	Zustimmung	430	79,8
	Unentschieden	60	11,1
	Ablehnung	49	9,1
„Ich bin politisch informiert“	Zustimmung	376	71,3
	Unentschieden	85	16,1
	Ablehnung	66	12,5

¹ Mehrfachantwort: GKP: Gesundheits- und Krankenpflege; GKKP: Gesundheits- und Kinderkrankenpflege; AP: Altenpflege.

Tab. 1: Darstellung der Stichprobe bzw. Häufigkeitsverteilungen der unabhängigen Variablen und Berufsabschlüsse der Teilnehmenden (n und gültige Angaben in %).

		Anzahl (n=559)	n (%)
Wahlgang	Bundesebene	490	91,4
	Landesebene	476	88,3
	Kommunalebene	441	82,6
Politische Aktivität	Leserbrief/E-Mail	108	19,3
	Abzeichen	83	14,8
	Aufkleber	90	16,1
	politische Unterschriftensammlung	294	52,6
	Bürgerbegehren/Volksentscheid	376	67,3
	politische Petition	263	47,0
	politische Demonstration	243	43,5
Kontaktaufnahme Politiker/in	Ja	170	31,5
	Nein	370	68,5
Politische Beteiligung	Partei	72	13,7
	Gewerkschaft	119	22,4
	Berufsverband	115	21,9

Tab. 2: Darstellung der Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Items der abhängigen Variablen (n und gültige Angaben in %).

Die Beschreibung der Stichprobe bzw. die Häufigkeitsverteilung der unabhängigen Variablen sowie zusätzlich die Berufsabschlüsse der Teilnehmenden ist Tabelle 1 zu entnehmen.

4.2 Ausmaß und Einflussfaktoren der politischen Partizipation der befragten Pflegefachkräfte

Die Tabellen 2 und 3 geben Aufschluss über die selbsteingeschätzte, politische Partizipation der teilnehmenden Pflegefachkräfte. Die vier abhängigen Variablen (Wahlgang, politische Aktivität, Kontaktaufnahme Politiker/in, politische Beteiligung) ergeben sich durch zusammengefasste Items, deren Bestandteile sowie Häufigkeitsverteilungen Tabelle 2 zu entnehmen sind.

Der Einfluss der unabhängigen Variablen (Geschlecht, Bildungsabschluss, Alter, Leitungsposition, politisches Interesse und politische Informiertheit) auf die abhängigen Variablen (Wahlgang, politische Aktivität, Kontaktaufnahme Politiker/in, politische Beteiligung) zeigt sich deskriptiv in der Anzahl und Prozentzahl der jeweiligen Kategorien (Tabelle 3). Die Angaben beziehen sich dabei auf die Kategorien der unabhängigen Variablen. Bspw. haben von allen teilnehmenden Pflegefachkräften 93,4% ihre Stimme bei einer der letzten Wahlen auf den Ebenen Bund, Land und/oder Kommune abgegeben. Von den teilnehmenden, weiblichen Pflegefachkräften haben 92,1% ihre Stimme bei einer Wahl abgegeben. Hingegen taten dies 96,2% der Männer.

		Wahlgang		Politische Aktivität		Kontaktaufnahme Politiker/in		Politische Beteiligung	
		Anzahl (n=559)	n (%)	Anzahl (n=559)	n (%)	Anzahl (n=559)	n (%)	Anzahl (n=559)	n (%)
Alle Teilnehmenden der Stichprobe		493	93,4	497	88,9	170	31,5	215	41,4
Geschlecht	Weiblich	337	92,1	319	85,3	108	29,0	122	34,2
	Männlich	150	96,2	153	95,6	61	38,1	91	57,6
Alter	≤29	213	91,0	206	85,5	47	19,6	66	28,1
	30-39	123	95,3	123	91,8	45	33,6	60	46,9
	40-49	101	94,4	95	88,8	50	46,7	55	52,9
	≥50	51	98,1	50	94,3	26	49,1	34	69,4
Höchster berufsbildender Abschluss	Berufsausbildung	229	92,3	221	86,0	61	23,8	77	30,9
	Fachweiterbildung	132	93,0	129	89,6	60	41,7	66	49,3
	Studienabschluss	127	95,5	124	92,5	48	35,8	71	53,8
Leitungsposition	Nein	388	92,4	376	86,8	118	27,3	154	36,8
	Ja	96	97,0	95	96,0	49	49,5	58	61,7
Politisches Interesse	Ablehnung	37	78,7	32	65,3	5	10,2	10	20,8
	Unentschieden	49	83,1	46	76,7	8	13,6	14	24,6
	Zustimmung	406	96,4	399	92,8	157	36,5	190	46,0
Politische Informiertheit	Ablehnung	54	83,1	48	72,7	5	7,6	11	17,2
	Unentschieden	73	89,0	66	77,6	16	19,0	20	24,7
	Zustimmung	355	96,5	354	94,1	148	39,4	180	49,9

Tab. 3: Bejahung zu Formen der politischen Partizipation und Antwortverhalten in Teilgruppen der Teilnehmenden (n und gültige Angaben in %).

Der Wahlgang (93,4%) sowie politische Aktivität (88,9%) sind unter den Pflegefachkräften dieser Stichprobe die am häufigsten genutzten Formen politischer Partizipation.

Aus den deskriptiv dargestellten Häufigkeitsanalysen (Tabelle 3) geht hervor, dass Alter, Geschlecht, höchster berufsbildender Abschluss, Leitungsposition sowie politisches Interesse und Informiertheit mit dem Grad der Partizipation zusammenhängen. Mit wenigen Ausnahmen ist die politische Partizipation demnach ausgeprägter bei Männern, bei Älteren, bei Studienabsolventinnen und -absolventen, bei Personen in Leitungspositionen sowie bei Personen, die sich als politisch interessiert und informiert einschätzen. Diese Aussagen können jedoch nur zwischen den Kategorien der je-

weiligen Variablen getroffen werden (bspw. Männer im Gegensatz zu Frauen entlang der Variable Geschlecht). Zur genauen Analyse der bedingenden Faktoren für politische Partizipation wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt.

Die Ergebnisse der multiplen logistischen Regressionsanalyse für jede der vier abhängigen Variablen sind in Tabelle 4 dargestellt.

Wahlgang: Als signifikant wird das Item politisches Interesse ausgewiesen. Als Prädiktor für die Stimmenabgabe bei mindestens einer der letzten Wahlen auf den Ebenen

Abhängige Variable	Unabhängige Variable (UV)	Kategorie der UV	Koeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds Ratio	95% CI	
Wahlgang	Konstante		+1,196	0,455	0,009	3,307		
	Geschlecht (Männlich)		+0,314	0,533	0,556	1,368	0,481-3,891	
	Alter	≤ 29 (Ref.)						
		≥ 50		+0,88	1,100	0,420	2,426	0,281-20,959
		40-49		+0,269	0,608	0,659	1,308	0,397-4,309
		30-39		+0,442	0,547	0,420	1,555	0,532-4,546
	Bildungsabschluss	Berufsausbildung (Ref.)						
		Studienabschluss		+0,360	0,610	0,555	1,434	0,434-4,738
		Fachweiterbildung		-0,636	0,495	0,199	0,530	0,201-1,397
	Leitungsposition (Ja)		+1,071	0,819	0,191	2,919	0,586-14,528	
	„Ich bin politisch interessiert“	Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+1,686	0,661	0,011	5,400	1,478-19,730
		Unentschieden		+0,279	0,600	0,641	1,322	0,408-4,283
	„Ich bin politisch informiert“	Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+0,165	0,656	0,801	1,180	0,326-4,263
		Unentschieden		-0,216	0,581	0,710	0,806	0,258-2,515
	Politische Aktivität	Konstante		+0,463	0,382	0,225	1,590	
Geschlecht (Männlich)			+0,915	0,467	0,050	2,496	0,998-6,238	
Alter		≤ 29 (Ref.)						
		≥ 50		-0,048	0,691	0,945	0,953	0,246-3,694
		40-49		-0,443	0,452	0,327	0,642	0,265-1,557
		30-39		+0,272	0,436	0,533	1,312	0,558-3,083
Bildungsabschluss		Berufsausbildung (Ref.)						
		Studienabschluss		+0,442	0,456	0,333	1,556	0,636-3,804
		Fachweiterbildung		-0,217	0,403	0,590	0,805	0,366-1,772
Leitungsposition (Ja)			+1,420	0,671	0,034	4,136	1,109-15,423	
„Ich bin politisch interessiert“		Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+1,516	0,511	0,003	4,553	1,673-12,387
		Unentschieden		+0,733	0,518	0,157	2,082	0,755-5,740
„Ich bin informiert“		Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+0,460	0,525	0,381	1,584	0,566-4,436
		Unentschieden		-0,567	0,475	0,233	0,567	0,224-1,440

Abhängige Variable	Unabhängige Variable (UV)	Kategorie der UV	Koeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds Ratio	95% CI	
Kontaktaufnahme	Konstante		-2,937	0,573	0,000	0,053		
	Geschlecht (Männlich)		-0,080	0,221	0,718	1,083	0,703-1,669	
	Alter	≤ 29 (Ref.)						
		≥ 50		+0,806	0,374	0,031	2,240	1,077-4,660
		40-49		+0,970	0,299	0,001	2,637	1,468-4,736
		30-39		+0,601	0,277	0,030	1,824	1,059-3,140
	Bildungsabschluss	Studienabschluss		+0,055	0,269	0,839	1,056	0,624-1,789
		Fachweiterbildung		+0,101	0,276	0,715	1,106	0,644-1,901
	Leitungsposition (Ja)		+0,360	0,272	0,185	1,434	0,842-2,441	
	„Ich bin politisch interessiert“	Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+0,383	0,612	0,532	1,467	0,442-4,868
		Unentschieden		-0,300	0,692	0,664	0,740	0,191-2,874
	„Ich bin politisch informiert“	Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+1,470	0,599	0,014	4,349	1,343-14,081
		Unentschieden		+0,874	0,614	0,155	2,396	0,719-7,986
Politische Beteiligung	Konstante		-2,218	0,452	0,000	0,109		
	Geschlecht (Männlich)		+0,793	0,219	0,000	2,211	1,439-3,397	
	Alter	≤ 29 (Ref.)						
		≥ 50		+1,075	0,393	0,006	2,931	1,356-6,336
		40-49		+0,612	0,296	0,039	1,844	1,032-3,295
		30-39		+0,581	0,266	0,029	1,788	1,062-3,009
	Bildungsabschluss	Berufsausbildung (Ref.)						
		Studienabschluss		+0,659	0,261	0,011	1,934	1,160-3,223
		Fachweiterbildung		+0,223	0,274	0,416	1,250	0,730-2,139
	Leitungsposition (Ja)		+0,390	0,281	0,165	1,478	0,851-2,564	
	„Ich bin politisch interessiert“	Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+0,336	0,525	0,522	1,400	0,500-3,916
		Unentschieden		+0,127	0,560	0,821	1,135	0,378-3,404
	„Ich bin politisch informiert“	Ablehnung (Ref.)						
		Zustimmung		+0,817	0,484	0,091	2,264	0,878-5,843
Unentschieden			+0,195	0,495	0,694	1,215	0,461-3,202	

Tab. 4: Ergebnisse der multiplen logistischen Regressionsanalyse

Bund, Land und Kommune konnte somit das politische Interesse identifiziert werden. Demnach weisen Pflegefachkräfte, welche der Aussage „Ich bin politisch interessiert“ zustimmten, eine statistisch signifikant höhere Chance auf, ihre Stimme bei einer Wahl abgegeben zu haben als Pflegefachkräfte, welche diese Aussage ablehnten (OR 5,400).

Politische Aktivität: Für die Teilnahme an den beschriebenen, politischen Aktivitäten konnten die Leitungsposition und das politische Interesse als signifikante Prädiktoren

identifiziert werden. Pflegefachkräfte in Leitungspositionen (OR 4,136) hatten eine erhöhte Chance, sich politisch zu betätigen. Ebenso weisen Pflegefachkräfte, die der Aussage „Ich bin politisch interessiert“ zustimmten, eine höhere Chance auf, sich zu beteiligen als Pflegefachkräfte, die diese Aussage ablehnen (OR 4,553).

Kontaktaufnahme: Für die Kontaktaufnahme zu einer Politikerin/einem Politiker in den letzten zwölf Monaten konnten zwei erklärende Variablen identifiziert werden: das Alter sowie die Zustimmung zur Aussage „Ich bin politisch informiert“. Im Vergleich zu den jüngsten Pflegefachkräften (≤ 29 Jahre) hatten Teilnehmende ab 40 Jahren eine höhere Chance, Kontakt aufgenommen zu haben. Verglichen mit Pflegefachkräften, die die Aussage „Ich bin politisch informiert“ ablehnten, hatten jene, die dieser Aussage zustimmten, eine erhöhte Chance, Kontakt zu einer Politikerin oder einem Politiker aufgenommen zu haben (OR 4,349).

Politische Beteiligung: Unabhängige Einflussfaktoren für die politische Beteiligung der teilnehmenden Pflegefachkräfte sind das Geschlecht, das Alter und der höchste berufsbildende Abschluss. Männer hatten im Vergleich zu Frauen eine höhere Chance, sich im Kontext von Parteien, Gewerkschaften, und/oder Berufsverbänden beteiligt zu haben (OR 2,211). Im Vergleich zu Pflegefachkräften bis einschließlich 29 Jahre weisen ältere Teilnehmende generell eine höhere Chance auf, sich beteiligt zu haben. Bei den über 50-Jährigen wird die beinahe dreifache Chance hierfür ausgewiesen (OR 2,931). Eine ebenfalls erhöhte Chance für die Beteiligung in Netzwerken haben Pflegefachkräfte mit einem Studienabschluss im Vergleich zu jenen mit ausschließlicher Berufsausbildung (OR 1,934).

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Methoden und Limitationen

Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der besonderen Stichprobenspezifika zu deuten: Der Anteil männlicher Pflegefachkräfte (hier: 30,0%) liegt auffallend über dem Anteil in der Grundgesamtheit, der in der aktuellen Literatur mit 19% angegeben wird (Schmidt/Schneekloth 2013: 44). Ebenso ist die Anzahl der Pflegefachkräfte mit einem Studienabschluss in dieser Erhebung mit 25,0% höher als der in der Literatur beschriebene Anteil (4%, ebd.: 47). Der Anteil der Pflegefachkräfte im Alter bis 39 Jahre liegt in der Stichprobe mit 70,1% über dem Anteil von 35% der Gesamtstichprobe (ebd.: 44). Eine Erklärung für die Abweichungen ist in der Online-Erhebung zu sehen: Männer und jüngere Personen werden eher durch eine Online-Erhebung angesprochen. Durch die Ansprache aus der Hochschule heraus wurden vermutlich auch vermehrt Personen mit höherem berufsbildendem Abschluss erreicht. Es ist darüber hinaus zu vermuten, dass der Online-Fragebogen Pflegefachkräfte angesprochen hat, die der Thematik gegenüber aufgeschlossen sind. Die Ergebnisse überschätzen daher tendenziell den Grad der politischen Partizipation und verzerren möglicherweise auch das Gefüge von Prädiktoren und Variablen der Partizipation. Es handelt sich bei der Erhebung um eine Selbsteinschätzung, die mit typischen Verzerrungen einhergehen kann.

Die Instruktion legt nahe, dass hier politische Partizipation als bedeutsam angesehen wird. Es ist nicht auszuschließen, dass auch durch den Einfluss der sozialen Erwünschtheit die Partizipation überschätzt wird.

Da es sich um eine retrospektive Einschätzung der Partizipation handelt, kann methodenbedingt ein Recall Bias nicht ausgeschlossen werden.

Aufgrund des Selektionsbias liefern die Ergebnisse lediglich Hinweise für eine bestimmte Personengruppe unter den Pflegefachkräften und können daher nicht auf die gesamte Berufsgruppe übertragen werden. Für zukünftige Untersuchungen ist angeraten, von einem passiven Sampling im Rahmen einer Online-Erhebung abzusehen und stattdessen ein gezieltes Erhebungsverfahren anzustreben (Mayer 2011: 300f.).

Die abhängige Variable „Politische Aktivität“ wurde aus sieben Fragen zur politischen Aktivitäten gebildet. Da die Bewertung der einzelnen Aktivitäten sehr subjektiv ist und sich aufgrund dessen keine Hierarchisierung ableiten lässt, wurde jede Aktivität gleichwertig behandelt. Dadurch kann nicht zwischen verschiedenen Graden der politischen Aktivität unterschieden werden. Der Fokus liegt auf politischen Aktivitäten im Allgemeinen. Inhaltlich lässt sich die Dichotomisierung der abhängigen Variable im Sinne einer Zusammengehörigkeit der Items zu Formen der unkonventionellen Partizipation begründen (Hoecker 2006: 11). Methodisch war es aufgrund dessen möglich, eine dichotome, abhängige Variable zu bilden und die Anzahl der Regressionsmodelle überschaubar zu halten. Es wurde zwischen den Forschenden diskutiert, politische Aktivität ab einer höheren Anzahl der zugestimmten Items zu „werten“, jedoch fanden sich hierzu keine entsprechenden Hinweise in der Literatur, um dies inhaltlich zu begründen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Aus den deskriptiv dargestellten Häufigkeitsanalysen (Tabelle 3) geht hervor, dass Alter, Geschlecht, höchster berufsbildender Abschluss, Leitungsposition sowie das politische Interesse und die politische Informiertheit mit dem Grad der Partizipation zusammenhängen. Die Ergebnisse bestätigen damit den Einfluss wichtiger Prädiktorenklassen im Sinne des Civic Voluntarism Modells.

Im Regressionsmodell stellen sich die soziodemographischen Variablen wie Geschlecht und Alter als nicht signifikante Prädiktoren der Wahlbeteiligung dar. Dieser Befund ist mit gesamtgesellschaftlichen Erhebungen identisch, auch dort zeigen sich niedrige Unterschiede in der Wahlbeteiligung zwischen Frauen und Männern (Statistisches Bundesamt 2014: 290). Bzgl. des Einflusses des Alters auf die Wahlbeteiligung ist festzuhalten, dass diese bis ins 70. Lebensjahr steigt (ebd.). Die deskriptive Auswertung unserer Erhebung ergab ebenso, dass mit zunehmendem Alter die Wahlbeteiligung steigt (Tabelle 3).

Bei politischen Aktivitäten der Teilnehmenden wurde das politische Interesse als erklärende Variable identifiziert. Die Beteiligung durch unkonventionelle Formen wie

das Schreiben eines Leserbriefs, die Teilnahme an einer Unterschriftenaktion oder das Tragen eines Emblems haben in den letzten Jahren zugenommen. Während vor Jahren hier noch deutliche Unterschiede in Bezug auf das Alter zu verzeichnen waren, sind diese heute nivelliert (ebd.: 364), wie auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen.

Der Einfluss politischer Informiertheit auf die Kontaktaufnahme zu Politikerinnen und Politikern bestätigt die Einschätzung von van Deth (2000: 117), demnach ist politische Informiertheit notwendig, um politisch zu partizipieren. Wenn politische Informiertheit die politische Partizipation bestimmt, dann sind berufsspezifische Informationskampagnen essentiell, um die berufspolitische Partizipation von Pflegefachkräften auszuweiten bzw. zu fördern. Die politische Beteiligung in Netzwerken, also in Parteien, Gewerkschaften oder Berufsverbänden, kann hingegen durch ein zunehmendes Alter, das Geschlecht (hier: männlich) sowie einen höheren beruflichen Bildungsabschluss (hier: Studium) erklärt werden. Multivariate Regressionsanalysen zur Aufklärung des politischen Verhaltens im westdeutschen Raum ergaben in ähnlicher Weise, dass das männliche Geschlecht einen Einfluss auf die politische Beteiligung in Form von Kontakt- und Parteiaktivitäten hat (Steinbrecher 2009: 201).

Die bedeutsame Rolle des beruflichen Bildungsabschlusses (hier: Studium) auf die politische Beteiligung bestätigt frühere Befunde von Vandenhouten et al. (2011: 159). Für Deutschland zeigt die Evaluation der Pflege- und Therapiestudiengänge in Nordrhein-Westfalen (Reuschenbach 2014) einen deutlichen Einfluss des Qualifikationsniveaus. In der Selbsteinschätzung schätzen sich 55,5% der 221 befragten Studierenden als berufspolitisch aktiv ein, während es bei den 228 befragten Auszubildenden nur 3,8% sind. Auch die hier analysierten Daten belegen einen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und politischer Partizipation. Kausale Rückschlüsse, dass pflegerische Studiengänge verantwortlich für ein größeres Ausmaß (berufs-)politischer Partizipation sind, können jedoch nicht zwingend gezogen werden. Zunächst ist zu klären, ob Studieninteressierte bzw. Studierende nicht per se eine erhöhte (Bereitschaft zur) Partizipation aufweisen als ihre nicht-studierenden Kolleginnen und Kollegen.

Ungeklärt dieser Frage ist letztlich davon auszugehen, dass sich mit der Anzahl hochschulisch ausgebildeter Pflegefachkräfte das Ausmaß der politischen Partizipation bzw. die Bereitschaft dazu durch Pflegefachkräfte vergrößern wird.

Die hier präsentierten Ergebnisse zum Ausmaß und den Prädiktoren der politischen Partizipation der Teilnehmenden sind trotz der genannten Limitationen bzw. gerade auch deshalb eine wichtige empirische und methodische Grundlage für die weitere Forschung zur politischen Partizipation in der Pflege, deren Einflussfaktoren, Motive und Auswirkungen.

Das Ausmaß der politischen Partizipation von Pflegefachkräften zukünftig in den Blick zu nehmen scheint notwendig, weil politische bzw. berufspolitische Partizipation zentrale Bestandteile der Demokratie bzw. von demokratischen Prozessen im Rahmen der Gestaltung beruflicher Rahmenbedingungen und der eingangs erwähnten Verteilungsfragen sind.

Literatur

- Bühl, A. (2014): SPSS 22. Einführung in die modernen Datenanalyse. 14., aktualisierte Auflage. Hallbergmoos: Pearson
- Cramer, M. E. (2002): Factors Influencing Organized Political Participation in Nursing. In: Policy, Politics, & Nursing Practice 3, H. 2, S. 97–107
- Field, A./Miles, J./Field, Z. (2009): Discovering Statistics Using R. 3. Auflage. London: Sage Publications
- Fuchs, G. (2006): Politische Partizipation von Frauen in Deutschland. In: Hoecker, B. (Hrsg.) (2006): Politische Partizipation zwischen Konvention und Protest. Eine studienorientierte Einführung. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 235–260
- Gabriel, O. W./Völkl, K. (2008): Politische und soziale Partizipation. In: Gabriel, O. W./Völkl, K. (Hrsg.) (2008): Die EU-Staaten im Vergleich. Strukturen, Prozesse, Politikinhalt. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 268–298
- GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften. (<http://www.gesis.org/allbus> [Stand 2015-07-24])
- Heyelmann, L. (2012): Die Partizipationsmöglichkeiten der Pflegenden steigern. Warum wir eine Pflegekammer brauchen. In: Pflegezeitschrift 65, H. 7, S. 404–407
- Hoecker, B. (2006): Politische Partizipation: systematische Einführung. In: Hoecker, B. (Hrsg.) (2006): Politische Partizipation zwischen Konvention und Protest. Eine studienorientierte Einführung. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 3–20
- Hofmann, I. (2012): Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55, H. 9, S. 1161–1167
- Kaase, M. (1993): Politische Beteiligung/Politische Partizipation. In: Andersen, U./Woyke, W. (Hrsg.) (1993): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 429–433
- Kornelius, B./Roth, D. (2004): Politische Partizipation in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Mayer, H. (2011): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Prüfer, P./Rexroth, M. (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. Mannheim. ZUMA (Hrsg.) (http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf [Stand 25-07-24])
- Reuschenbach, B. (2014): Kompetenzanalyse. In: Universität Bremen/Katholische Stiftungsfachhochschule München (Hrsg.) (2014): „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Abschlussbericht. Dezember 2014. Bremen, München, S. 30–59
- Schmidt, S./Schneekloth, U. (2013): Bayerische Pflegekräftebefragung. Abschlussbericht. November 2013. München. TNS Infratest (Hrsg.) (http://www.bapp.info/texte/Bericht-TNS_PK-Bay.pdf [Stand 2015-07-24])
- Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit. Personal. 2000 bis 2011, H. 7.3.2. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalLange_ReihePDF_2120732.pdf?__blob=publicationFile [Stand 2015-07-24])
- Statistisches Bundesamt (2014): Statistisches Jahrbuch 2014. Deutschland und Internationales. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2014.pdf?__blob=publicationFile [Stand 2015-07-24])
- Steinbrecher, M. (2009): Politische Partizipation in Deutschland. Baden-Baden: Nomos
- Steinbrecher, M./Schoen, H. (2012): Persönlichkeit und politische Partizipation im Umfeld der Bundestagswahl 2009. In: Politische Psychologie 2, H. 1, S. 58–74 (https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_lehrstuehle/politikwissenschaften_2/MANUSKRIPTE_FEB/Steinbre

cher_Schoen_2012_Persoenlichkeit_und_politische_Partizipation_im_Umfeld_der_Bundestagswahl_2009.pdf [Stand 2015-07-24])

- Steppe, H. (2000): Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag. In: Pflege 13, H. 2, S. 85–90
Technische Universität Dresden (o. J.): Voruntersuchungen - Pretests. Dresden (http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/philosophische_fakultaet/is/methoden/prof/lehre/Pretest.pdf) [Stand 2014-07-25])
- Tomic, P./Wiesner, C. (2013): Politik in der Pflege. Das Erleben politischer Einflussnahme von beruflich Pflegenden. In: Dr. med. Mabuse 38, H. 205, S. 56–58
- van Deth, J. W. (2000): Das Leben, nicht die Politik ist wichtig. In: Niedermayer, O./Westle, B. (Hrsg.) (2000): Demokratie und Partizipation. Festschrift für Max Kaase. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 115–135
- van Deth, J. W. (2009): Politische Partizipation. In: Kaina, V./Roemmele, A. (Hrsg.) (2009): Politische Soziologie. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 141–161
- Vandenhouten, C./Gallagher-Lepak, S./Block, D./Kubsch, M./Malakar, C. (2011): Political Participation of Registered Nurses. In: Policy, Politics, & Nursing Practice 12, H. 3, S. 159–167
- Verba, S./Schlozman, K. L./Brady, H. E. (1995): Voice and Equality. Civic Voluntarism in American Politics. Cambridge: Harvard University Press

Julian Hirt

B.A. Pflegepädagogik, Absolvent: Katholische Stiftungsfachhochschule München, Fachbereich Pflege, Preysingstraße 83, D-81667 München, (stud.) M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaften, polpap@gmx.de (Korrespondenzadresse)

Maximilian Münch

B.A. Pflegemanagement, (stud.) M.Sc. Pflegewissenschaft – Innovative Versorgungskonzepte, Katholische Stiftungsfachhochschule München, Fachbereich Pflege Preysingstraße 83, D-81667 München, polpap@gmx.de

Stephanie Sticht

B.A. Pflegemanagement, Absolventin: Katholische Stiftungsfachhochschule München, Fachbereich Pflege Preysingstraße 83, D-81667 München, polpap@gmx.de

Dr. Uli Fischer

Klinikum der Universität München – LMU, Marchioninistraße 15, D-81377 München, uli.fischer@med.uni-muenchen.de

Dr. Ralf Strobl

Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Marchioninistraße 17, D-81377 München, ralf.strobl@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. phil. Bernd Reuschenbach

Katholische Stiftungsfachhochschule München, Fachbereich Pflege, Preysingstraße 83, D-81667 München, bernd.reuschenbach@ksfh.de

Carmen Karde, Rebecca Spirig, Dominique Bettex

45 plus? „Wir sind doch die Zukunft!“

Erleben des Arbeitsalltags von Pflegenden auf der Intensivstation: eine qualitative Studie

45 plus – „However, we are the future!“ Nurses' experiences of everyday work in the ICU: a qualitative study

ICU nurses over the age of 45 are an important resource for the future of healthcare services. This qualitative study investigated how ICU nurses experience daily nursing practice at the University Hospital Zurich and identified possible support. Interviews with twelve ICU nurses were interpreted using qualitative content analysis. The results revealed a fundamental tension between nurses' personal expectations and the demands from their work environment. Nurses perceived aging as a natural part of life but were fearful about the reduction of their physical endurance and uncertain about future job security. They wished to see their employers to address the topic of aging. The study showed that nurses increasingly expect support from their employers in order to meet the workload requirements in intensive care inspite of increasing age.

Keywords

ICU nurses over 45 years of age, Intensive Care Unit (ICU), work environment, qualitative research

Intensivpflegende im Alter ab 45 Jahren stellen eine wichtige Ressource der zukünftigen Gesundheitsversorgung dar. Diese qualitative Studie untersuchte das Erleben des Arbeitsalltags von Pflegenden ab 45 Jahren auf den Intensivstationen des Universitätsspitals Zürich und explorierte Unterstützungsmöglichkeiten. Inhaltsanalytisch ausgewertete Einzelinterviews mit zwölf Intensivpflegenden zeigten ein Spannungsfeld zwischen dem eigenen Anspruch der Pflegenden und den Anforderungen ihrer Arbeitsumgebung. Das Älterwerden beschrieben die Befragten als zum Lebenszyklus gehörig. Jedoch bestanden Ängste hinsichtlich der geringeren körperlichen Belastbarkeit und der Arbeitszufkunft. Der Wunsch nach Thematisierung des Altersaspektes durch den Arbeitgeber war groß. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Pflegende vermehrt Unterstützung durch ihren Arbeitgeber erwarten, um auch zukünftig professionell pflegen zu können und den Arbeitsbedingungen mit zunehmendem Alter weiterhin gewachsen zu sein.

Schlüsselwörter

Intensivpflegende ab 45, Intensivstation, Arbeitsumgebung, qualitative Forschung

eingereicht 09.01.2016
akzeptiert 24.02.2016

1. Hintergrund

Der Anteil der 44- bis 59-jährigen Pflegenden in den Spitälern der Schweiz beträgt heute etwa 30% (BFS 2000). Gemäß WHO stellen Personen ab 45 Jahren «aging workers» dar (WHO 1993). Ab diesem Alter weisen präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit, zur Förderung der Arbeitsbeziehung zwischen jüngeren und älteren Arbeitnehmern sowie ergonomische Unterstützung, Teilzeitarbeitsangebote und flexiblere Arbeitszeiten einen hohen Nutzen auf (Ilmarinen 1995). Die maximale Belastungsfähigkeit und Beweglichkeit geht aus physiologischen Gründen zurück (Ilmarinen 2001). Jedoch zeigten Jans und Graf (2002), dass höhere Sozialkompetenz, breitere Lebenserfahrung und ein besseres Urteilsvermögen zu den besonderen Stärken der älteren Arbeitnehmenden zählen. Sie haben ein höheres Qualitäts-, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein sowie breiteres Expertenwissen. Auch schätzen sie ihre Fähigkeiten und Grenzen besser ein (Clemens 2001). Ein höherer Grad an Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber und größere Vertrautheit mit Betriebsstrukturen bzw. -abläufen sind ebenfalls kennzeichnend für ältere Mitarbeitende (Lehr/Kruse 2006; Schemme 2005; Gravalas 1999). Laut Höpflinger (2005) leisten ältere Arbeitnehmende durch ihre unterschiedlichen Lebensperspektiven und Lebenserfahrungen einen wertvollen Beitrag zum Arbeitsalltag. Ein signifikanter Unterschied zwischen älteren und jüngeren Mitarbeitenden bezüglich des Arbeitsergebnisses ließ sich jedoch nicht nachweisen (Tietz 2006). Allerdings weisen Mitarbeitende über 45 Jahren eine geringere Motivation sowie eine höhere Disposition für gesundheitliche Beeinträchtigungen und das Risiko einer sinkenden Arbeitsproduktivität auf. Es ist belastend für sie, wenn sie längere Zeit anstrengende Tätigkeiten wie Heben und Tragen ausführen müssen und dabei Lärm, Zeitdruck, Stress und Konzentrationsleistung ausgesetzt sind (Morschhäuser 1999; Kistler et al. 2006; Kuhn 2007). Die Literatur zeigt, dass Pflegendе sich generell zunehmend Gedanken über die Erhaltung ihrer Arbeitskraft machen und sich fragen, wie lange sie ihren Beruf noch ausüben könnten. Ältere Pflegendе erleben Anforderungen vermehrt als stressauslösend. Sie haben jedoch eine gelassenerе Einstellung gegenüber dem Pflegeberuf (Buchan 1999). Die vielen Neuerungen und die Schnelllebigkeit im Beruf werten ältere Pflegendе als negativ. Sie befürchten, aufgrund von Zeitmangel durch zunehmende organisatorische Aufgaben die Qualität ihrer Pflege nicht mehr gewährleisten zu können (Spiva et al. 2011). Häufig sind ältere Pflegendе mit chronischer Müdigkeit und den Herausforderungen körperlicher bzw. kognitiver Veränderungen im Alter konfrontiert (Stichler 2013). Ein gut organisiertes Umfeld mit angepassten Arbeitsbedingungen, spezifischen Führungsqualitäten und guter Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gelten diesbezüglich als hilfreich (Spiva et al. 2011). Ein flexibleres Arbeitszeitangebot existiert jedoch kaum (Andrews 2005).

Lebensbedrohliche Situationen und „High Tech“-Medizin prägen das Bild einer Intensivstation (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. 2011). Intensivpflegendе nehmen die Komplexität, den Umgang mit Leiden, eine erhöhte Arbeitsbelastung sowie einen hohen Verantwortungsgrad als Stressoren wahr (Shorter/Stayt 2010; Piquette et al. 2009). Als Folgen der Schichtarbeit nennen sie Schlafstörungen (Spelten et al. 1995), verminderte Leistungsfähigkeit (Totterdell et al.

1995; Knauth 2000), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Harrington 2001) und gastrointestinale Beschwerden (Nicholson/Auria 1999). Eine verringerte Merkfähigkeit und Reaktionsbereitschaft fällt ihnen ebenfalls auf (Spelten et al. 1995; Harrington 2001). Intensivpflegende bewerten die Qualität der Führung und die Förderung durch den Arbeitgeber als zentral für ihre Arbeitszufriedenheit (Stone et al. 2006). Wie Studien belegen, wirkt sich die Arbeitsunzufriedenheit der Intensivpflegenden auf den Grad der Patientenzufriedenheit aus und führt gehäuft zu Fehlern (McHugh et al. 2011). Im Gegensatz dazu wirken sich Teamarbeit und das Gefühl, Gutes zu tun, positiv auf das Arbeitsklima aus.

Älteren Pflegenden ist es besonders wichtig, Anerkennung für ihre Leistungen zu erhalten und ihren Wert für den Arbeitgeber bestätigt zu bekommen (Mullarkey et al. 2011; Wahlin et al. 2010).

Aufgrund eines zukünftigen Mangels an Intensivpflegenden wird es in den kommenden Jahren wichtig sein, ältere Pflegende zu unterstützen (Jeffers et al. 2008) und ihren Verbleib im Beruf sicherzustellen.

Bezüglich der Forschungsliteratur lässt sich zusammenfassend sagen, dass einige Studien auf die Situation älterer Pflegenden hinweisen. Andererseits ist aus der Literatur wenig zur Erfahrung Intensivpflegender ab 45 Jahren zu erfahren. Auch ihre Bedürfnisse hinsichtlich der Gestaltung einer gesunden Arbeitsumgebung waren bisher kaum ein Thema in der Forschung. Es bestehen keine Hinweise auf Maßnahmen zum Erhalt ihrer Arbeitskraft.

Im Universitätsspital Zürich (USZ) ist es aufgrund fehlender Intensivpflegender schwierig, Pflegestellen auf den Intensivstationen zu besetzen. So war es 2012 lediglich möglich, 59 von 65 zur Verfügung stehenden Intensivbetten zu betreiben (USZ 2012). Der Anteil der 49- bis 65-Jährigen an der Gesamtzahl der Pflegenden auf Intensivstationen liegt bei 32% (USZ 2013). Somit sollte es im Interesse des Spitals sein, die Bedürfnisse der älteren Pflegenden zu kennen und ihnen Rechnung zu tragen, um ihre Arbeitskraft bis zur Pensionierung zu erhalten. Die Herausforderung einer altersgerechten Personalpolitik wird darin bestehen, das Potential dieser Altersgruppe für den Intensivpflegebereich zu nutzen und gleichzeitig die Zusammenarbeit zwischen allen Altersgruppen zu fördern. Arbeitgeber sollten dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit und Motivation der älteren Mitarbeitenden zu erhalten (Höpflinger 2005). Hierfür gilt es, Rahmenbedingungen zu gestalten. Somit ist es wichtig, die Bedürfnisse dieser Pflegenden zu erfassen sowie ihr Erleben des Arbeitsalltags zu hinterfragen. Nur so lassen sich Maßnahmen zum Erhalt ihres Potentials generieren. Aus der vorhandenen Literatur geht lediglich hervor, dass ältere Pflegende zunehmend Mühe im Arbeitsalltag haben besonders bezüglich physischer Anforderungen. Was sie jedoch bezüglich ihrer Zukunft denken, wie ihr Erleben der Arbeit sie beeinflusst und wie sie ihre Zukunft gestaltet sehen möchten, bleibt offen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich die beiden Forschungsfragen, denen die vorliegende Studie nachgeht: Wie erleben Intensivpflegende über 45 Jahre ihren Arbeits-

alltag auf der Intensivstation mit zunehmendem Alter? Welche Unterstützungsmöglichkeiten wünschen sie sich zukünftig im Hinblick auf ihre Arbeitsumgebung auf der Intensivstation?

2. Methode

2.1 Design

Um die Erfahrungen von IPS-Pflegenden zu ermitteln und bisher wenig bekannte Aspekte zu entdecken, eignete sich der qualitative Ansatz.

Nach Flick, von Kardorff und Steinke (2009) berücksichtigt ein qualitatives Design die Sichtweisen aller Beteiligten und ermöglicht dem Forschenden einen Einblick in die Welt des anderen. Qualitative Forschung möchte aus den Erfahrungen von Menschen lernen, besonders wenn es um das Erkunden noch wenig bekannter Aspekte geht (Lo Biondo-Wood/Haber 2009).

2.2 Untersuchungsgruppe

Eine Anfrage zur Teilnahme an dieser Studie richtete sich an Pflegende der betreffenden Altersgruppe in sechs USZ-Intensivstationen mit insgesamt 375 Vollzeitstellen. Zwölf Pflegende aus vier Intensivstationen nahmen teil. Einschlusskriterium war ein Mindestarbeitspensum von 80% in der direkten Pflege. Es gab keine spezifischen Ausschlusskriterien.

2.3 Rekrutierung der Teilnehmenden

Die Rekrutierung erfolgte 2012 durch die Abteilungsleitungen der Intensivstationen. Sie händigten den in Frage kommenden Pflegefachpersonen ein Formular mit studienrelevanten Informationen aus. Die Kontaktdaten der potentiellen Teilnehmenden leiteten sie an die Erstautorin weiter. Alle erhielten danach eine schriftliche Anfrage zur Teilnahme. Bei Interesse meldeten sie sich bei der Erstautorin. Diese informierte sie umfassend über die Studie und vereinbarte mit ihnen Gesprächstermine an einem Ort ihrer Wahl. Alle Teilnehmenden unterzeichneten eine schriftliche Einverständniserklärung.

2.4 Datensammlung

Die Datensammlung erfolgte durch narrative Einzelinterviews anhand eines Leitfadens mit offenen Fragen. Die Autorin entwickelte den Leitfaden auf der Basis der Literatur und ihrer Erfahrungen. Nach einem Probeinterview erfolgte eine Anpassung. Anhand konkreter Beispiele ließen sich die Teilnehmenden dazu motivieren, von ihren Erfahrungen zu berichten. Die Fragen bezogen sich auf das Erleben des Berufsalltags

mit zunehmendem Alter, auf die Bedeutung des Älterwerdens, Belastungsfaktoren, den Umgang mit Stresssituationen, Schichtdienst, Veränderungen im Arbeitsalltag im Vergleich zu früher und Zukunftsgedanken. Die Interviews dauerten zwischen 50 und 60 Minuten, die Transkription erfolgte anonymisiert. Mit Hilfe eines Fragebogens wurden demographische Daten der Interviewteilnehmenden erhoben.

2.5 Datenanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) diente dazu, das Datenmaterial streng regelgeleitet und systematisch zu bearbeiten und latente Sinngehalte zu erfassen (Flick et al. 2009). Die fortlaufende Anpassung und Ergänzung der Interviewfragen ermöglichte, neue Themen, die sich aus der vorläufigen Analyse ergaben, weiter zu explorieren. Die Analyse der ersten sechs Interviews erfolgte Satz für Satz. Die Paraphrasierung inhaltstragender Textteile geschah möglichst nahe am Originaltext, um die Sprache der Teilnehmenden beizubehalten. Dabei wurden inhaltstragende Interviewteile kürzer wiedergegeben und anschließend auf einer gemeinsamen sprachlichen Ebene generalisiert und abstrahiert. Bei der ersten Reduktion erfolgte eine prägnante Zusammenfassung dieser Texteinheiten, ergänzt durch eine bereits themengeleitete Kategorienbildung. Die Auswertung der weiteren sechs Interviews erfolgte im Hinblick auf die erste Reduktion mit denselben Schritten. In der zweiten Reduktion ließen sich die Kategorien weiter bündeln und strukturieren. Anschließend prüfte die Erstautorin anhand des Originaltextes nochmals, ob die Kategorien die Aussagen repräsentieren. Aussagekräftige Interviewzitate illustrieren als Ankerbeispiele die einzelnen Kategorien.

2.6 Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung fanden regelmäßige Reflexionsrunden mit der Dozentin und der Seminargruppe des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel statt. Es erfolgte eine kritische Reflexion der einzelnen Analyseschritte und der Ergebnissynthese mit der Begleitperson des Instituts für Pflegewissenschaft. Die Interviewteilnehmenden erhielten die Ergebnisse der Analyse in schriftlicher Form zum Member Check. Vier Befragte gaben Rückmeldung zu den Ergebnissen. Sie teilten die Ergebniseinschätzung.

2.7 Ethik

Die kantonale Ethikkommission Zürich erteilte eine Studienfreigabe. Die Leitlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMV (2009) bezüglich der Forschung mit Menschen sind berücksichtigt.

3. Resultate

3.1 Demografische Daten

Die sechs Teilnehmerinnen und sechs Teilnehmer waren zwischen 45 und 57 Jahre alt (Mittelwert = 50 Jahre). Sechs Pflegende waren über 50 Jahre. Alle hatten die Fachweiterbildung in Intensivpflege absolviert. Sie arbeiteten zwischen 12 und 32 Jahren in ihrem Beruf und waren in der direkten Pflege im Drei-Schicht-System tätig. Das Arbeitspensum betrug für zwei Pflegende 80%, für je fünf Pflegende 90% sowie 100%.

3.2 Ergebniskategorien im Überblick

Die Pflegenden berichteten, dass sich durch das Älterwerden ein Spannungsfeld für sie ergibt. Einerseits erleben sie privat und im Beruf Einschränkungen, die sich aus dem Älterwerden ergeben. Andererseits finden in ihrer Arbeitswelt viele Neuerungen statt. Sie empfinden zunehmend Leistungsdruck sowie Angst vor der Zukunft. Trotzdem haben sie den Anspruch, nach wie vor professionell zu pflegen. Ihre Erfahrungen lassen sich in folgenden Kategorien beschreiben: „Professionell pflegen wollen – auch in einem veränderten Umfeld“, „Intensivpflege noch immer interessant finden – trotz Zukunftssorgen und Ängsten“, „Das Älterwerden spüren und akzeptieren müssen – als Ältere wahrgenommen werden“ und „Einen wertvollen Beitrag leisten – Bedürfnisse äußern dürfen“.

3.2.1 „Professionell pflegen wollen – auch in einem veränderten Umfeld“

Nach wie vor eine professionelle Pflege ausführen zu können, war den befragten Pflegenden sehr wichtig, da es ihnen Selbstbestätigung ermöglicht. Sie erlebten ihren Beitrag zum Wohlbefinden der Patient(inn)en und Angehörigen als befriedigend. Pflege bedeutete für sie, Bedürfnisse der Patient(inn)en zu erkennen, aufzunehmen und zu versuchen, ihnen gerecht zu werden. Allen war es wichtig, Patient(inn)en zu motivieren und gemeinsam mit ihnen Ziele erreichen zu können: *„Wie gestalte ich das so, dass ich den Patienten motivieren kann und dass er entdeckt, wie viele Ressourcen er noch hat? Das ist mein Anspruch“*.

Die Befragten nahmen es als sehr bereichernd wahr, Verantwortung für das eigene Handeln zu tragen und zu sehen, dass Patient(inn)en Fortschritte machen. Professionelle Pflege erlebten sie als einen Prozess des gegenseitigen Gebens und Nehmens von Pflegenden und Patient(inn)en. Als Hindernis und Belastung empfanden sie jedoch zunehmende Störfaktoren in der Arbeitsumgebung: *„Ich habe einen sehr hohen Anspruch an meine professionelle Arbeit und hoffe, dass ich das nicht verliere. Denn ich sehe da schwarz. Heutzutage ist unsere Arbeitswelt schwieriger.“* Knapper werdende Personalressourcen und die damit verbundene höhere Arbeitsbelastung erschwerten es den Befragten, ihrem Anspruch an eine menschliche Pflege nachzukommen. Sie hatten das Gefühl, nur noch funktionieren zu müssen, damit die Patient(inn)en versorgt sind. Auf diese Weise war es ihnen jedoch nicht mehr möglich, eine qualitativ hochstehende und sichere Pflege zu gewährleisten. Aufgrund ihres Berufsverständnisses bereitete ihnen

dies große Mühe: „Wenn ich an den Unterschied zwischen heute und früher denke ... Was mache ich hier zum Teil? Zack, durchschleusen? Das Nötigste ist getan. Es bleibt keine Zeit mehr für den Patienten als Mensch. Was kann alles passieren? Das darf es nicht sein!“

Kosteneinsparungen speziell in der Pflege und das Elitedenken in der Medizin erschwerten den Befragten zunehmend, professionell zu pflegen. Aus ihrer Sicht steht die Patientin bzw. der Patient nicht mehr im Mittelpunkt: „Dieser ewige Spardruck und dieses ständige Prozessoptimieren. Ständig muss man von allen hören, dass die Pflege am meisten Geld kostet! Dabei ist das ja eigentlich mal so eine Sozialgeschichte gewesen.“

Pflegende bedauerten, dass sie durch die zunehmenden administrativen Aufgaben wie Organisation, Disposition und Dokumentationen weniger Zeit für Patient(inn)en haben: „Immer mehr so Sachen, für die ich mir Zeit aus den Rippen schneiden muss. In der Zeit, die man dafür aufwendet, ist man weg vom Patienten. Ist das jetzt unser Anspruch?“

Aus Sicht der Befragten hat sich auch die Teamzusammenarbeit verändert. Ein funktionierendes interprofessionelles Team mit einem gemeinsamen Ziel und wechselseitiger Unterstützung waren für sie bedeutsam. Humor im Team schätzten sie sehr, ebenso die Möglichkeit, Frustration zu kommunizieren: „Das ist mir sehr wichtig geworden. Wo du auch mal den Frust ablassen kannst oder irgendwie auch mal lachen kannst. Der Tag steht und fällt mit dem Team.“ Die Pflegenden erlebten im Vergleich zu früher eine weniger ausgeprägte Teamarbeit. Sie berichteten, dass es vermehrt Einzelgänger im Team gibt und weniger Gemeinschaft: „Du merkst, wenn die Individualisten da sind. Dann sitzen sie vor dem PC, hinter dem Vorhang – Autistenverhalten. Rundherum kann laufen, was will.“

Viele Befragte bedauerten, dass eine gute Sozialkompetenz auf allen Ebenen seltener geworden sei. Dies erschwert die Arbeit zusätzlich: „Manchmal bin ich ein bisschen genervt, wenn gewisse Leute ihre Sozialkompetenzen nicht so ausleben. Da wird nur auf sich geschaut. Einander helfen oder ein gutes Wort – das ist selten geworden.“ Auch die Zusammenarbeit mit Ärzt(inn)en beschrieben alle Befragten als zunehmend diffiziler. Sie erwähnten die hohe Fluktuation in der Ärzteschaft und das damit verlorengegangene Fachwissen. Auch auf die Unsicherheit wenig erfahrener Ärztinnen und Ärzte sowie auf wenig kompensierte Führungswechsel wiesen sie hin. Die Pflegenden erlebten einen Mangel an Sicherheit und Entscheidungsfähigkeit: „Wenn ich das Gefühl habe, der Arzt weiß nicht, was er macht, lässt sich aber auch nicht helfen? Ja, dann wird alles etwas schwierig. Das stresst mich oft.“

3.2.2 „Intensivpflege noch immer interessant finden – trotz Zukunftssorgen und Ängsten“

Alle Pflegenden erlebten den Mix aus direktem Patientenkontakt, umfassender und ganzheitlicher Pflege, anspruchsvoller Medizintechnik und intellektuellem Anspruch als herausfordernd und interessant. Das hat sich auch mit zunehmendem Alter nicht verändert. Herausfordernde, ständig wechselnde Situationen, breite Kompetenzbereiche und das selbständige Handeln schilderten alle Teilnehmenden als attraktiv: „Es besteht eine gewisse Autonomie und Verantwortung. Ich kann meine Arbeit so ausführen, wie

ich das möchte. Das ist wichtig für mich.“ Intensivpflege bedeutete für alle einerseits Engagement und hohen Einsatz, andererseits auch Empathiefähigkeit und Ausdruck von Feingefühl. Dies sind die Grundpfeiler ihres Pflegeverständnisses. Sorgen empfanden die Befragten bezüglich ihrer Berufszukunft. Sie stellten sich die Frage, wie lange sie die Arbeit auf der Intensivstation noch ausführen können und möchten: *„Es stellt sich die Frage: Wie lang kann man es noch machen? Kann man mich dann irgendwo zwischenplatzieren?“* Die Teilnehmenden merkten, dass sie Mühe hatten mit Neuerungen und der Schnelllebigkeit in der Medizin Schritt zu halten. Die meisten Pflegenden schätzten ihre Einstellung gegenüber Neuerungen zwar als offen ein, doch ihr Interesse an Innovationen verringerte sich mit zunehmendem Alter. Zugleich empfanden sie die körperliche Arbeit als anstrengender und bemerkten zunehmend, dass ihre physische Leistungsfähigkeit an Grenzen stößt. Sie schilderten ihre Angst, irgendwann erkennen zu müssen, dass sie den Erwartungen von außen nicht mehr gerecht werden können – und zugleich ihren eigenen Ansprüchen nicht mehr genügen können: *„Da sehe ich momentan bei mir etwas Dunkleres am Ende des Tunnels. Ich weiß noch nicht, wie lange Intensivmedizin für mich körperlich und psychisch machbar ist.“* Alle befragten Pflegenden befürchteten, ihre intrinsische Motivation zu verlieren: *„Ich hoffe, dass ich meine Motivation nicht verliere – davor habe ich etwas Angst im Alter.“*

3.2.3 „Das Älterwerden spüren und akzeptieren müssen – als Ältere wahrgenommen werde“

Alle Befragten spürten die Grenzen ihrer Belastbarkeit – physisch und psychisch. Rückenschmerzen, zunehmende Müdigkeit und Gelenkschmerzen traten vermehrt auf. Das Lagern und Mobilisieren der Patient(inn)en sowie die Transporte fielen den Pflegenden schwerer: *„Man muss viel heben, drehen, neun Stunden auf den Beinen stehen und laufen. Von der Physis her wird man zunehmend ausgelaugter.“* Weniger leistungsfähig fühlten sich die Pflegenden auch durch einen veränderten Schlafrhythmus. Die Schichtarbeit, speziell der Nachtdienst und die Umstellung auf den Tagdienst, erlebten sie als belastender. Einige bemerkten auch eine stärkere psychische Beanspruchung: *„Es ist vom ersten Moment an auf der Station eine hohe psychische Belastung – und zwar durchgehend. Und das wird auch nicht besser.“* Die eigene Stresstoleranz schätzten zwar alle nach wie vor als sehr hoch ein, doch bestimmte Belastungssituationen wie Probleme mit Kolleg(inn)en oder Ärzt(inn)en empfanden sie zunehmend als schwieriger. Einige bemerkten eine verlangsamte Aufnahmefähigkeit, die mit dem beschleunigten Tempo im Arbeitsumfeld nicht mehr Schritt hielt. Zunehmend komplexere Krankheitsbilder und eine subjektiv wahrgenommene Therapieausreizung bis zum Äußersten erlebten sie als anstrengend: *„Früher wurden Therapien sinnvoll geführt. Heute therapiert man bis zum ‘Geht nicht mehr’. Die Grenzen haben sich mittlerweile stark erweitert. Das ist furchtbar unmenschlich.“*

Die Befragten wiesen darauf hin, dass sie das Älterwerden auf sich zukommen lassen und versuchen, sich fit zu halten. Sie gaben an, den Alltag privat ruhiger und möglichst stressfrei zu gestalten, damit sie im Beruf leistungsfähig blieben: *„Da habe ich jetzt bewusst ein anderes Verhalten. Ich mache das eher langsamer. Da ist Ruhe eingekehrt.“*

Im Berufsalltag vertrauen die Befragten auf ihre Erfahrung: *„Situationen, die ich früher zwar gemeistert habe, aber froh war, wenn sie vorbei waren – da gehe ich heute rein und weiß, ich komme wieder raus.“* Auf der einen Seite berichteten die Pflegenden, dass sie eine gewissen Ruhe, Entspannung und Gelassenheit erreicht haben. Sie können vorausschauender arbeiten und behalten den Überblick. Fehler akzeptieren zu können, erlebten sie als eine Stärke des Alters: *„Auch Fehler stecke ich anders weg. Die passieren nun mal. Das wird dann schon.“* Doch die Auseinandersetzung mit der abnehmender Leistungsfähigkeit und den Abschied von der Jugend empfanden alle als mühsam: *„Nicht mehr so jung zu sein – das macht mich jetzt nicht glücklich.“* Ein Pflegender betonte, dass sich das Älterwerden für ihn nicht schönreden lässt. Die meisten Befragten erwähnten auch, dass es für sie wichtig sei, sich auch während des Älterwerdens weiterzuentwickeln. Auch gab ein Pflegender zu bedenken, dass jeder selbst dafür verantwortlich ist, wie er das Alter gestaltet.

Altersstereotype nahmen die Befragten unterschiedlich wahr. Einige hatten den Eindruck, dass jüngere Kolleg(inn)en und ihre Abteilungsleitungen sie als weniger leistungsfähig, langsamer, vergesslicher bewerteten: *„Man merkt, dass es sich Vorgesetzte und jüngere Kollegen mit uns Älteren sehr einfach machen – im Sinne von: ‚Du bist schnell überfordert‘.“*

Die meisten Befragten erlebten eine gewisse Stigmatisierung, waren sich jedoch ihres Wertes für junge Kolleg(inn)en in der täglichen Praxis bewusst: *„Ich habe einen Riesen-Erfahrungsrucksack, einen richtigen Wissensschatz und merke auch, dass meine jüngeren Kollegen davon profitieren.“*

Allen Pflegenden war gemeinsam, dass sie als „Ältere“ wahrgenommen werden wollten. Sie wünschten sich, dass ihre Abteilungsleitungen ihre Bedürfnisse erkennen und auf sie eingehen. Eine besondere Wertschätzung – nicht nur in Form materieller Leistungen – war allen Befragten wichtig. Sie erzählten, dass sie in Entscheidungs- und Änderungsprozesse miteinbezogen werden möchten und rechtzeitig Informationen über Neuerungen erhalten wollen. Sie äußerten den Wunsch, im Rahmen altersspezifischer Fortbildungen gefördert zu werden – auch außerhalb des USZ. Das erlebten sie bedauerlicherweise nicht.

Ihre Arbeitsleistung durch die Abteilungsleitung bestätigt zu bekommen, war allen besonders wichtig. Denn dadurch würde ihr Status als ältere Mitarbeitende, die etwas erreicht haben, gewürdigt: *„Ich bin eine, die Bestätigung haben muss von der Vorgesetzten? gerade, wenn ich älter werde. Mache ich es noch gut? Wertschätzung – das ist der Grund, das Fundament.“* Nicht alle Pflegenden waren diesbezüglich zufrieden. Einige hatten das Gefühl, dass ihr Potential als Ältere nicht erkannt wird. Bezüglich Fort- und Weiterbildungen sowie Förderung fühlten sie sich wenig unterstützt. Viele erlebten eine große Diskrepanz im Hinblick auf jüngere Pflegende, die ihres Erachtens weitaus mehr Unterstützung erhalten.

3.2.4 „Einen wertvollen Beitrag leisten – Bedürfnisse äußern dürfen“

Der eigene Wert war den befragten Pflegenden bewusst: *„Ich weiß, was ich kann. Ich ha-*

be so viel Erfahrung. Das ist wertvoll – für Patienten, für meinen Arbeitgeber und auch für junge Kollegen.“ Die Befragten erlebten ihre jüngeren Kolleg(inn)en als wissbegierig und wollten sie unterstützen, da sie über enormes Wissen und reiche Erfahrung verfügen. Sie denken, dass sich jüngere Mitarbeitende mit innovativem Wissen und ältere Pflegende mit ihrem Erfahrungsschatz ergänzen. Beide können voneinander profitieren: *„Die jungen Wilden bringen frisches Wissen ein. Das ist gut. Auf der anderen Seite leben sie von unserer Erfahrung.“* Die Befragten schätzten ihre Konstanz in der Arbeit, ihre Gelassenheit und Ruhe in hektischen Situationen als sehr wichtig ein: *„Natürlich gibt es immer wieder welche, die hyperventilieren – gerade, wenn es hektisch wird. Dann sind alle froh, wenn wir Älteren das Heft in die Hand nehmen.“* Alle Befragten erzählten, es sei ihnen bewusst, wie wichtig ihre Arbeitskraft auf der Intensivstation ist. Sie sehen den Nachwuchsmangel und beobachten, wie viele Kolleg(inn)en der Pflege den Rücken kehren. Zugleich wissen sie, dass ein großer Teil der zukünftigen Herausforderungen in der Pflege auf ihren Schultern lastet.

Die Befragten erwarteten von ihrem Arbeitgeber, dass er sich für ihre Altersgruppe interessiert und ihre Leistungen erkennt: *„Dass man sich dafür einfach mal interessiert: Was machen die Alten eigentlich auf der Intensivstation?“* Angepasste Arbeitszeitmodelle und Schichtarbeitsbedingungen, ein erweitertes Ferienangebot und weniger Nachtdienstarbeit waren erwünscht, ebenso präventive Maßnahmen wie verbesserte Lichtbedingungen, ergonomische Arbeitsmöglichkeiten und mehr Sitzmöglichkeiten. Eine Pflegende sagte hierzu: *„Das System müsste sich mit der Salutogenese auseinandersetzen.“*

Das Altern erlebten alle Befragten als Tabuthema: *„Keiner spricht darüber, es wird auch nicht publik. Man schleust [die Älteren] zwar durch, aber wie es ihnen geht – das fragt keiner.“* Ein Pflegender erwähnte, dass er das Dienstaltesgeschenk als einzige Wertschätzung empfand. Dennoch gaben alle Befragten an, dass das USZ für sie ein guter Arbeitgeber ist, besonders im Hinblick auf Verdienstmöglichkeiten und Sozialleistungen: *„Das USZ ist mir gegenüber immer ein guter Arbeitgeber gewesen – und ich hoffe, dass es so weitergeht.“* Ältere Mitarbeitende in ihrem Beruf zu halten, war für alle befragten Pflegenden eine wichtige Aufgabe des Arbeitgebers. Sie erhofften sich Konzepte, die das Ziel haben, das Wissen und die Erfahrung älterer Mitarbeitender zu erhalten und wertzuschätzen – einerseits, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten, andererseits, um den Wissenstransfer zu jüngeren und unerfahrenen Kollegen sicherzustellen.

4. Diskussion

Nach bestem Wissen der Autorinnen untersucht diese qualitative Studie erstmals im deutschsprachigen Raum, wie Intensivpflegende ab 45 Jahren ihren Arbeitsalltag erleben. In den Interviews brachten die befragten Pflegenden deutlich ihren Anspruch an sich selbst zum Ausdruck, eine professionelle, qualitativ hochstehende und ganzheitliche Pflege durchzuführen. Ihre intrinsische Motivation für die Intensivpflege war weiterhin sehr hoch. Die Resultate dieser Studie verdeutlichen, wie wichtig für die Befragten eine unterstützende Arbeitsumgebung ist. Wertschätzende und befähigende

Führung, adäquate Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen könnten ein harmonisches Umfeld erzeugen. Dieser Aspekt deckt sich mit den Ergebnissen von Spiva et al. (2011). Die Autor(inn)en zeigten, dass die Organisation der Arbeitsumgebung, entspannte Teamkultur und gegenseitige Unterstützung sich positiv auf die Zufriedenheit von Pflegenden auswirken. Auch die Güte der Pflegequalität profitiert laut Stone et al. (2006) von einem unterstützenden Umfeld und einer guten Teamkultur. In der vorliegenden Studie äußerten die Befragten jedoch, dass vor allem der Zeitmangel die Pflegequalität beeinflusst. Dies entspricht der Untersuchung von Spiva et al. (2011). Auch hier löste der Faktor Zeitmangel die Sorge um eine gute Pflegequalität aus.

Das Älterwerden sahen alle Befragten als unausweichlichen Prozess an. Für viele war er verbunden mit mehr Gelassenheit, innerer Ruhe, einem besseren Überblick, verschärftem Urteilsvermögen und mehr Erfahrungswissen. Diese Aspekte haben auch Jans und Graf (2002) beschrieben. Das Erleben der Befragten deckt sich ebenfalls mit den Studienergebnissen von Clemens (2001). Er arbeitete heraus, dass ältere Mitarbeitende ihre eigenen Fähigkeiten und Grenzen besser einschätzen können. Andererseits macht es ihnen Mühe, sich mit altersbedingten Einschränkungen auseinanderzusetzen. Unterschiede bezüglich der Arbeitsweise und -einstellung jüngerer Mitarbeitender berichteten alle Befragten. Jans und Graf (2002) machten ebenfalls aufmerksam auf Differenzen zwischen älteren und jüngeren Arbeitnehmenden bezüglich Qualitäts-, Verantwortungs-, und Pflichtbewusstsein. Die in der Literatur beschriebenen altersbedingten Belastungen decken sich mit den Erfahrungen der Befragten. Alle erlebten vermehrt Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen und erhöhte Müdigkeit. Auch Morschhäuser (1999) und Kistler et al (2006) beschrieben zunehmende Probleme bei anstrengender körperlicher Arbeit. Isfort et al. (2009), Spelten et al. (1995) und Harrington (2001) zeigten ebenfalls, dass die Auswirkungen des Schichtdienstes mit zunehmendem Alter fühlbarer werden und die Aufnahme- bzw. Merkfähigkeit nachlässt. Dies steht im Einklang mit dem Erleben der Befragten. Die meisten arbeiteten nach wie vor gerne im Schichtdienst, hielten ihn jedoch für belastender als früher. Nachlassende Reaktionsbereitschaft interpretierten die Pflegenden als Auswirkung von Stress auf der Intensivstation. Jans und Graf (2002) beschrieben eine geringere Aufgeschlossenheit gegenüber Neuerungen und eine sinkende Motivation bezüglich Weiterbildungen. Im Gegensatz dazu wollten die Befragten in der vorliegenden Studie selbst entscheiden, welche Neuerungen sie unterstützen und welche Fortbildungen sie besuchen möchten.

Für alle befragten Pflegenden war es besonders wichtig, als Ältere wahrgenommen und aufgrund ihrer Qualitäten wertgeschätzt zu werden sowie Förderung zu erleben. Hierbei war allen eine unterstützende Führung wichtig. Eine Leitungspersönlichkeit sollte offen sein für ihre Anliegen, sich motivierend und anerkennend verhalten. Auch Mullarkey et al. (2011) und Wahlin et al. (2010) betonten, wie wichtig älteren Pflegenden die Anerkennung ihrer Leistung und ihres Wertes durch den Arbeitgeber ist. Das stimmt überein mit den Aussagen der befragten Pflegenden in der vorliegenden Studie. Sie erachteten es als wichtig, ältere Mitarbeitende im Beruf zu halten. Denn sie empfanden ihren reichen Erfahrungsschatz und ihr breites Wissen als Ressource, die er-

kannt und wertgeschätzt werden sollte. Auch das Interesse an der geleisteten Arbeit und am Arbeitsergebnis war ihnen wichtig. Von Seiten des Arbeitgebers hielten sie es für erforderlich, Anstrengungen zu unternehmen, um die veränderte Bedürfnislage Älterer zu erforschen und entsprechend zu handeln

Die Pflegenden sahen sich jedoch auch selbst in die Pflicht genommen. Es war ihnen bewusst, wie wichtig es ist, sich selbst aktiv um den Erhalt der Arbeitskraft zu bemühen, unter anderem mit Hilfe von Kompensationsmechanismen zum Stressabbau und zur Gesunderhaltung im privaten Bereich. Dies stimmt überein mit der Umfrage von Prager und Schleiter (2006) zum Älterwerden und Aktivbleiben. Darin zeigte sich die hohe Selbstverantwortung der älteren Pflegenden. Sie fühlten sich selbst dazu verpflichtet, ihre Beschäftigungsfähigkeit zu sichern. Auch waren sie daran interessiert, an Fortbildungen teilzunehmen sowie in die eigene geistige und körperliche Fitness zu investieren.

Im Folgenden sind verschiedene innovative Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt, die in bisherigen Publikationen nicht beschrieben sind.

Sich auch mit zunehmendem Alter noch weiterentwickeln zu können, war in unserer Studie allen Befragten wichtig. Das Thema Altersstereotypen haben mehrere Befragte angesprochen. Sie hielten diese Stereotypen für stigmatisierend, da sie ihnen unterstellten, schnell überfordert und weniger belastbar zu sein. Obwohl die befragten Pflegenden zum Teil nachlassende Belastbarkeit und häufigeres Überfordertsein erlebten, fanden sie es abwertend, wenn andere Personen dies behaupteten. Die psychologische Forschung weist darauf hin, dass es sich bei Stereotypen um eine Übergeneralisierung handelt. So ist der Zustand „alt“ mit bestimmten stereotypisierenden Eigenschaften wie „vergesslich“ oder „langsam“ verbunden (Filipp et al. 1999). Dass dies jedoch nicht zwingend der Realität entspricht, deckt sich mit dem Erleben der Pflegenden in der vorliegenden Studie. Die Teilnehmenden schätzten flexiblere Arbeitszeitmodelle, um stressfreier arbeiten zu können. Ebenso werteten sie persönliche Beratung und Unterstützung durch die Vorgesetzten bezüglich der Arbeitsgestaltung als positiv. Die befragten Pflegenden wünschten sich, in Zusammenarbeit mit ihren Vorgesetzten flexiblere Arbeitszeitmodelle verwirklichen zu können. Deutlich zeigte sich in den Interviews die Sorge der Pflegenden bezüglich ihrer Arbeitszukunft in einem beschleunigten spitzenmedizinischen Umfeld. Sie fragten sich, ob sie auf Dauer mithalten könnten und wussten nicht, ob sie Unterstützung durch den Arbeitgeber erfahren werden. Was wäre, wenn sie ihren Beruf nicht mehr ausüben könnten? Diese Frage bewegte alle Pflegenden weitaus mehr als die Sorge um die hinreichende Qualität ihrer Pflege, wie Spiva et al. (2011) beschrieben. Angebote, die es erleichtern, bis zum Rentenalter weiterhin am Arbeitsplatz bleiben zu können, hielten die Befragten für wichtig. Sie äußerten den Wunsch, das Älterwerden im Beruf rechtzeitig zu thematisieren. Anerkennung und Wertschätzung ihrer Leistung bedeuteten den Pflegenden viel. Doch auch eine ergonomischere Arbeitsplatzgestaltung, flexiblere Dienstzeiten und Arbeitszeitmodelle sowie weniger Nachtdienste hielten sie für wichtig. Alternative Angebote für einen Arbeitsplatz in einem anderen Bereich sind aus Sicht der Befragten ebenfalls sinnvoll.

5. Limitationen

Die Untersuchungsgruppe der vorliegenden Studie war eher klein und nicht alle Intensivstationen des USZ konnten erfasst werden. Pflegende der Intensivstation für Neurochirurgie und der Intensivstation für Brandverletzte sowie Pflegende ab dem Alter von 60 Jahren waren nicht rekrutierbar. Sie hätten womöglich noch von anderen Erfahrungen aus ihrem Bereich erzählen und eine zusätzliche Perspektive aufzeigen können.

6. Implikationen für Forschung und Praxis

Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass es sicher wichtig ist, Möglichkeiten für ein altersgerechtes Arbeitsangebot auf breiter Ebene gemeinsam mit Pflegenden und dem Human Resources Management zu diskutieren, um konkrete Maßnahmen zu generieren. Auf diese Weise lässt sich altersgerechtes Arbeiten auf der Intensivstation ermöglichen und das Potential der älteren Mitarbeiter bleibt erhalten.

Für die Praxis ist es empfehlenswert, Arbeitsbedingungen altersgerecht zu gestalten und die Leistungen älterer Pflegender wertzuschätzen. Der Ausbau präventiver Maßnahmen, ein veränderter Schichtablauf und eine altersgerechte Nachtdienstorganisation stellen in dieser Hinsicht wichtige Optionen dar. Altersthemengerechte Fortbildungen können dazu beitragen, die Motivation älterer Pflegender weiterhin zu erhalten. Der Arbeitgeber sollte sich mit der Frage auseinandersetzen, für welche weiteren Aufgaben die Pflegenden einsetzbar sind, falls eine Tätigkeit in der direkten Pflege nicht mehr möglich sein sollte. Persönliche Gespräche seitens der Abteilungs- und Personalleitungen mit Pflegenden ab 45 Jahren zu führen, ist sicher ein wichtiges Signal – einerseits um Interesse an ihren Anliegen zu zeigen, andererseits um sich der Altersthematik vertieft und konkret zu widmen. Dies bestätigt auch die Studie von Wieck et al. (2010). Die Autor(inn)en zeigten auf, dass ältere Pflegende Offenheit, Akzeptanz und Respekt erwarten. Pflegemanagerinnen und -manager können erfolgreicher führen, wenn sie sich dem Team verbunden zeigen und weniger als Führungsperson auftreten.

Alle Interviewteilnehmenden gaben zu bedenken, dass sie gerne in der Intensivpflege arbeiten, sich jedoch Sorgen machen, wie lange sie es noch können. Es ist wichtig, auf ältere Pflegende zuzugehen und das Thema aufzugreifen, um Sorgen und Ängste zu mindern oder gar auszuschließen.

„*Wir sind doch die Zukunft!*“ – diese Aussage weist darauf hin, dass sich alle Teilnehmenden auch zukünftig in der Pflege sehen möchten. Zugleich fordern sie aber auch Unterstützung durch den Arbeitgeber. Jedoch sind sie sich bewusst, dass sie auch für sich selbst verantwortlich sind.

Literatur

- BKK (2004): Gesundheitsreport 2004. Gesundheit und sozialer Wandel. Essen: BKK Bundesverband
- Brush, B./Sochalski, J./Berger, A. (2004): Imported care: Recruiting foreign nurses to American health care institutions. *Health Affairs* 23 (3), 78-87
- Bundesamt für Statistik (2000): Eidgenössische Volkszählung [Stand 2013-05-20]
- Bundesamt für Statistik (2008): Demografische Alterung und soziale Sicherheit [Stand 2013-06-09]
- Clemens, W. (2001): Ältere Arbeitnehmer im sozialen Wandel. Von der verschmähten zur gefragten Humanressource? Reihe Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 3. Opladen: Leske Budrich
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (2011) [Stand 2013-06-09]
- Filipp, S.-H./Mayer, A.-K. (1999): Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Stuttgart: Kohlhammer
- Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (2009). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (7. Aufl.). Hamburg: Rowohlt
- Gravalas, B. (1999): Ältere Arbeitnehmer ? eine Dokumentation. Bielefeld: Bertelsmann
- Harrington, J. (2001): Health effects of shift work and extended hours of work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2, 68-72
- Höpflinger, F. (2005): Arbeit in der zweiten Lebenshälfte hin zu einer neuen Arbeitskultur. Vortragsreihe „Kultur des Alterns“. Universität Zürich
- Höpflinger, F./Clemens, W. (2005): Zum Generationenmix in einer demographisch alternden Arbeitswelt. In: Clemens, W./Höpflinger, F./Winkler, R. (Hrsg.): Arbeit in späteren Lebensphasen. Sackgasen, Perspektiven, Visionen. Bern: Haupt, 215-237
- Ilmarinen, J. (1995): Arbeitsfähigkeit und Alter. 10 Jahre Längsschnittstudie in verschiedenen Berufsgruppen. In: Karazman, R./Geißler, H./Kloimüller, I./Winker, N.: Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 15-33
- Ilmarinen, J. (2001): Ageing workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 58, 546-552
- Isfort, M./Weidner, F./Kraus, S./Neuhaus, A./Köster, V.-H./Gehlen, D. (2009): Intensivpflege unter Druck. In: *Pflege-Thermometer 2009*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln <http://www.dip.de> [Stand 2013-06-09]
- Jans, A./Graf, S. (2002): Betriebliche Alterspolitik, Praxis in den Neunzigerjahren und Perspektiven. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 4/03, Bern
- Jeffers, L./Moseley, A./Paterson, J. (2008): The retention of the older nursing workforce: A literature review exploring factors that influence the retention and turnover of older nurses. *Contemporary Nurse* 30, 46-56
- Kistler, E./Ebert, A./Guggemos, P./Lehner, M./Buck, H./Schletz, A. (2006): Altersgerechte Arbeitsbedingungen. Machbarkeitsstudie. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Knauth, P. (2000): Innovative Arbeitszeitgestaltung: Wirtschaftlichkeit und Humanität? *Zeitschrift Arbeitswissenschaften*, 5, 292-299
- Kuhn, K. (2007): Arbeitsbedingte Einflüsse bei der Entstehung chronischer Krankheiten. In: Badura, B./Schellenschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2000. Berlin, Heidelberg: Springer
- Lehr, U./Kruse A. (2006): Verlängerung der Lebensarbeitszeit ? eine realistische Perspektive? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 50 (4), 240-247
- LoBiondo-Wood, G./Haber, J. (2009): *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. (2. Auflage). München: Elsevier Urban & Fischer
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Auflage). Weinheim: Beltz
- McHugh, M./Kutney-Lee, A./Cimiotti, J./Sloane, D./Aiken, L. (2011): Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health. *Health Affairs* 30 (2), 202-210
- Morschhäuser, M. (1999): Altersgerechte Arbeit: Gestaltungsaufgabe für die Zukunft oder Kampf gegen Windmühlen? In: Behrens, J./Morschhäuser, M./Viebrock, H./Zimmermann, E. (1999). Länger erwerbstätig ? aber wie? Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Mullarkey, M./Duffy, A./Timmins, F. (2011). Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review. *Nursing in Critical Care* 16 (2), 85-91

- Nicholson, P./Auria, D. (1999): Shift work, health, the working time regulations, and health assessments. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49 (3), 127-137
- Norman, L./Donelan, K./Buerhaus, P./Willis, G./Williams, M./Ulrich, B./Dittus, R. (2005): The older nurse in the workplace: does age matter? *Nursing Economic\$* 23 (6), 282-9
- OECD (2008): The looming crisis in the health workforce. OECD Health Policy Studies OECD (2011): OECD Berichte über Gesundheitssysteme ? Schweiz
- Piquette, D./Reeves, S./LeBlanc, V. (2009): Stressful intensive care unit medical crises: How individual responses impact on team performance. *Critical Care Medicine* 37 (4), 1251-1255
- Prager, J./Schleiter, A. (2006): Älter werden – aktiv bleiben?! Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwerbstätigen in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Schemme, D. (2005): Betriebliche Handlungsansätze in BIBB-Modellversuchen für eine altersübergreifende Arbeits- und Personalpolitik. In: Loebe, H./Eckart, S.: Wettbewerbsfähig mit älteren Arbeitnehmern. Bielefelder Verlag, 165-170
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2009): Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Basel: SAMW
- Shorter, M./Stayt, L. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 66 (1), 159-167
- Spelten, E./Totterdell, P./Barton, J. (1995). Effects of age and domestic commitment on the sleep and alertness of female shiftworkers. *Work and Stress* 9 (2/3), 165-175
- Spitalverband H+ (2009): Personalmangel ? ein mehrheitlicher Problemdruck verlangt nach Lösung. Bern: Forschung für Politik, Kommunikation und Gesellschaft
- Spiva, L./Hart, P./McVay, F. (2011). Discovering ways that influence the older nurse to continue bedside practice. *Nursing Research and Practice*, Volume 2011, Article ID 840120, 1-8
- Stone, P./Mooney-Kane, C./Larson, E./Pastor, D./Zwanziger, J./Dick, A.: (2006). Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: An instrumental variable approach. *Health Services Research* 42 (3), 1085–1104
- Tietz, J. (2006): Unternehmen Jugendwahn. In: Jung im Kopf. Der Spiegel Special 8, 84-89
- Totterdell, P./Spelten, E./Barton, J. (1995). On-shift and daily variations in self-report and performance measures in rotating-shift and permanent night nurses. *Work and Stress* 9 (2/3), 187-197
- UniversitätsSpital Zürich (2012). Geschäftsbericht http://www.usz.ch/ueber-uns/Documents/geschaeftsbericht_2012.pdf
- UniversitätsSpital Zürich/Human Resources Management (2013): Altersverteilung des Personals auf den Intensivstationen. Internes Dokument
- Wahlin, I./Ek A.-C./Idvall, E. (2010): Staff empowerment in intensive care: Nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive and Critical Care Nursing* 26, 262-269
- Wieck, K./Dols, J./Landrum, P. (2010): Retention priorities for the intergenerational nurse workforce. *Nursing Forum* 45, 7–17
- World Health Organization WHO (1993): Aging and working capacity. Report of a WHO Study Group 835. Geneva: WHO
- World Health Organisation WHO (2011): Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO

Carmen Karde (Pflegefachfrau IP HF, RN, MSN)^{1,2}

Rebecca Spirig (RN, PhD)^{1,2}

Dominique Bettex (PD Dr., Leitende Ärztin, Institut für Anästhesie)¹

1 Universitätsspital Zürich

2 Institut für Pflegewissenschaft Basel

Korrespondenzadresse:

Carmen Karde, UniversitätsSpital Zürich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich