

Astrid Romeike

## Reaktivierung von Traumata aus dem Zweiten Weltkrieg – Erscheinungsformen und Umgang mit der Thematik in der stationären Altenhilfe

Reactivation of traumas from the Second World War – manifestations and dealing with the topic in the stationary geriatric care

Due to the age structure of the residents in residential nursing homes, the issue of traumas caused by the Second World War is still relevant for their long-term care. In daily nursing routine, however, there is often a lack of reflective handling of behavior patterns that can possibly be traced back to reactivated traumas from the Second World War. The aim of the study was to gain insight into the different manifestations of reactivated traumas and the dealing of nurses and caregivers with the topic. For this purpose, 96 employees of residential nursing homes were interviewed in a quantitative overview study. Based on the results, interventions can be planned to adequately accompany affected nursing home residents. The survey shows that the manifestations of reactivated war traumas are very different. They mainly concern the areas of personal care, nutrition and sleep behaviour. The triggers for trauma reactivations are very individual. The study participants attach great importance to the topic, but would like more training in dealing with affected residents. For an adequate care of war traumatized, a greater awareness of the nurses seems appropriate as well as an intensification of professional and further training.

### Keywords

trauma reactivation, Second World War, trauma caused by war, trigger, behavioural problems

Das Thema Kriegstraumata aus dem Zweiten Weltkrieg ist aufgrund der Altersstruktur der Bewohner in stationären Altenpflege-Einrichtungen noch relevant für deren pflegerische Versorgung. Im Pflegealltag fehlt jedoch vielfach ein reflektierter Umgang mit Verhaltensweisen, die sich möglicherweise auf reaktivierte Traumata aus dem Zweiten Weltkrieg zurückführen lassen. Ziel der Untersuchung war es, Erkenntnisse über unterschiedliche Erscheinungsformen reaktiver Traumata und den Umgang der Pflege- und Betreuungskräfte mit der Thematik zu gewinnen. Dazu wurden in einer quantitativen Übersichtsstudie 96 Mitarbeiter der stationären Altenpflege befragt. Anhand der Ergebnisse können Interventionen zur adäquaten Begleitung von betroffenen Pflegeheimbewohnern geplant werden. Die Erhebung zeigt, dass die Erscheinungsformen reaktiver Kriegstraumata sehr unterschiedlich sind. Sie betreffen hauptsächlich die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Schlafverhalten. Die Auslösereize für Trauma-Reaktivierungen sind sehr individuell. Die Untersuchungsteilnehmer messen dem Thema eine hohe Bedeutung bei, wünschen sich allerdings mehr Fortbildungen zum Umgang mit betroffenen

eingereicht 19.01.2017  
akzeptiert 20.04.2017

Bewohnern. Für eine adäquate Pflege Kriegstraumatisierter scheint eine stärkere Sensibilisierung der Pflegekräfte ebenso angezeigt wie eine Intensivierung der Aus- und Fortbildung.

### Schlüsselwörter

Trauma-Reaktivierung, Zweiter Weltkrieg, Kriegstrauma, Auslösereiz, Verhaltensauffälligkeiten

## 1. Hintergrund und Forschungsstand

Im täglichen Aufeinandertreffen von Pflegenden und Pflegebedürftigen sehen sich Altenpfleger immer wieder mit der Abwehr von Pflegehandlungen oder mit Verhalten, das inadäquat zum situativen Kontext ist, konfrontiert. Die Hintergründe dieses Verhaltens sind oftmals nicht bekannt und nur schwer nachzuvollziehen.

Bestimmte Verhaltensweisen und Reaktionen auf pflegerische Interventionen könnten ihre Ursache in Kriegserlebnissen haben. Es ist für Pflegende nicht einfach, Zusammenhänge zu erkennen, wenn die Betroffenen nichts von ihren Erlebnissen erzählen können oder wollen. Bei ihnen ist der Blick auf die Lebensgeschichte von besonderer Bedeutung. Welche Auswirkungen hat das, was den Menschen im Zweiten Weltkrieg widerfahren ist, auf ihr Leben im Alter und das Erleben der Pflegesituation? Wie gehen Pflegekräfte am besten mit Situationen um, in denen Traumata wieder aufbrechen und sich Menschen plötzlich in Kriegszeiten zurückversetzt fühlen?

Radebold bemängelt, dass bislang zu wenige Forschungsarbeiten zu den Folgen des Zweiten Weltkrieges vorliegen, zieht allerdings aus den bisherigen Untersuchungen bereits eine Schlussfolgerung: Das Leid aus Krieg und Nachkriegszeit hat in höherem Umfang als bisher angenommen zu langanhaltenden psychischen und psychosozialen Folgen für den Einzelnen und für Familien geführt (Radebold 2005: 18). Betroffen von direkter Traumatisierung durch den Zweiten Weltkrieg können alle bis 1945 Geborenen sein. Diese Menschen sind heute 72 Jahre alt und älter. Im Dezember 2013 waren in Deutschland 2,63 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). 82,8% davon waren 65 Jahre und älter, 36,5% waren 85 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2015: 9). Zetl bezieht sich auf die Generation der zwischen 1920 und 1945 Geborenen. In dieser Gruppe gelten seiner Aussage nach 30% als traumatisiert durch Kriegserlebnisse (Zetl 2011: 16).

Diese Zahlen belegen, wie aktuell und relevant das Thema Kriegstraumata aus dem Zweiten Weltkrieg immer noch ist. Auch wenn die Anzahl der noch lebenden Betroffenen sinkt, steigen dennoch die Anforderungen an das Pflegepersonal, denn mit fortschreitendem Alter verstärken sich die Schwierigkeiten der Kriegstraumatisierten (Leonhard 2005: 13). Speziell für die jüdische Altenpflege in Deutschland bleibt das Thema Kriegserinnerungen aus dem Zweiten Weltkrieg weiterhin relevant, da in den letzten Jahren vermehrt Menschen jüdischen Glaubens aus der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland emigriert sind (Weitzel-Polzer 2002: 190). Pflegeeinrichtungen stehen in der Verantwortung sicherzustellen, dass die Betroffenen in ihrer letzten

Lebensphase adäquat betreut werden und Pflegekräfte im Umgang mit Kriegstraumata geschult sind. Um diese Aufgabe anzugehen, muss zunächst erhoben werden, wie verbreitet die Thematik im Pflegealltag der jeweiligen Einrichtung ist und wie die Pflegekräfte bisher damit umgehen. Basierend auf diesen Daten können dann Interventionen für die Einrichtung geplant werden.<sup>1</sup>

## 1.1 Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung

Die American Psychiatric Association definiert im DSM-5 ein psychisches Trauma als „*Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt*“ (Falkai et al. 2015: 382). Die Symptome umfassen Dissoziation, das ständige Wiedererleben der traumatischen Situation, negative Stimmung, erhöhtes Erregungspotenzial und die Vermeidung von erinnernden Reizen. Als Beispiele werden u. a. kriegsrische Auseinandersetzungen als Soldat oder Zivilist und Folterung angeführt (ebd.: 382ff). Eine ‚Posttraumatische Belastungsstörung‘, kurz PTBS, liegt dann vor, wenn die genannte Symptomatik länger als vier Wochen andauert und das Leben der Betroffenen nachhaltig beeinträchtigt. Die Hauptsymptome einer PTBS sind das Wiedererleben der traumatischen Situation durch erinnernde Reize, das Vermeiden dieser Reize durch Rückzug, negative Veränderung von Kognition und Stimmung und erhöhte körperliche Erregung (ebd.: 369ff). Die Symptome zeigen sich meist in den ersten drei Monaten nach der Traumatisierung, sie können jedoch auch erst Jahre später zum ersten Mal auftreten. Heuft (1999) hält eine Zeitspanne von 30 oder mehr Jahren bis zu ersten Symptomen für möglich, die er als ‚Trauma-Reaktivierung‘ definiert (ebd.: 227).

Direkt nach dem Krieg gab es drei vorherrschende Strategien zum Umgang mit traumatischen Erlebnissen: Verdrängung, Bagatellisierung und Verleugnung. Neben Alkoholmissbrauch, der vorwiegend bei Kriegsveteranen beobachtet wird (Nicholson 2004: 18), nennt Weitzel-Polzer (2002) bei Holocaust-Überlebenden den Medikamentenmissbrauch als Verdrängungsstrategie (ebd.: 193). Ablenkung durch Arbeit diente ebenfalls der Verdrängung, der Wiederaufbau zerstörter Städte und die Sicherung des Überlebens standen im Vordergrund. Durch die Betonung der abenteuerlichen Seiten des Krieges, z. B. das Spielen in Ruinen, wurden die Traumatisierungen bagatellisiert (Radebold 2005: 43). In der damaligen Gesellschaft herrschte die Auffassung, dass alle Ähnliches erlebt hatten und somit die Erlebnisse des Einzelnen nichts Ungewöhnliches waren. Viele Eltern gingen davon aus, dass die Kinder die Kriegsgeschehnisse schnell wieder vergessen würden und deshalb eine Aufarbeitung nicht nötig sei (Radebold 2007: 127). Die Strategie der Verleugnung zeigte sich vor allem bei Frauen, die Opfer sexueller Übergriffe wurden (Sembritzky 2010: 815).

Der entscheidende Faktor für die Reaktivierung unverarbeiteter Traumata im Alter ist ein ‚Verlust‘ auf mehreren Ebenen. Soziale Verluste führen zu Rollenveränderungen,

---

<sup>1</sup> Es besteht kein möglicher Interessenkonflikt der Autorin.

die kompensiert werden müssen. Mit dem Ende des Erwerbslebens entfällt die Ablenkung durch Arbeit. Veränderungen in der Familienstruktur sind verbunden mit neuem zeitlichem Freiraum. Mehr freie Zeit im Tagesablauf lässt mehr Raum für Grübeln und Erinnerungen. Viele Betroffene werden in dieser veränderten Lebenslage von Erinnerungen eingeholt (Leonhard 2005: 180). Der Alterungsprozess mit körperlichem und geistigem Abbau führt zu Autonomieverlust. Die Betroffenen sind zunehmend in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt und müssen vermehrt Hilfe in Anspruch nehmen. Dies kann zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins führen, das dem elementaren Erleben während einer früheren traumatisierenden Situation ähnelt und deshalb an das Trauma erinnert (Heuft 1999: 228).

## 1.2 Auslösereize

Traumata können auf sehr unterschiedliche Weise wieder reaktiviert werden. Die Literatur nennt verschiedene Auslösereize, die zu Problemen und Verhaltensweisen führen, welche die Pflege der Betroffenen beeinflussen können. Durch diese Reize werden die Betroffenen schlagartig in die Situation zurückversetzt, die sie damals als bedrohlich empfunden haben, sie erleben einen sog. ‚Flashback‘. Auslöser können z. B. Kriegsfilme im Fernsehen, Sirenen oder ein Feuerwerk sein (Helck 2013: 17). Diese Reize sind für Außenstehende oft nicht im Voraus erkennbar. Nachfolgend werden die häufigsten Auslösereize aufgeführt und näher erläutert.

### Körperpflege

Besonders bei Frauen, die im Krieg sexuellen Übergriffen ausgesetzt waren, kann die Körperpflege zu einer Trauma-Reaktivierung führen. Die Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung kann an die traumatisierende Situation erinnern, der sie hilflos ausgeliefert waren. Die betroffenen Frauen empfinden einen Kontrollverlust und Ohnmachtsgefühle. Heftige aktive körperliche oder verbale Abwehrreaktionen oder passives Erstarren sind die Folge. Besonders das Waschen des Genitalbereiches, die Mundpflege und behandlungspflegerische Maßnahmen, z. B. das Legen eines transurethralen Katheters, sind mit dem Risiko einer Trauma-Reaktivierung behaftet (Sembritzky 2010: 816). Vor allem Überlebende von Konzentrationslagern können auf Duschbecken mit Abwehr reagieren, da die Vorgänge in Duschräumen der KZs eine Todesbedrohung darstellten.

### Geräusche und Gerüche

Geräusche wie Sirenen oder Feuerwerkskörper können an Bombenalarm oder Gefechtsfeuer erinnern, stereotypes Rufen anderer Bewohner als Zeichen von Bedrohung gedeutet werden (Carlson et al. 2008: 62). Der Geruch von Ausscheidungen, Blut und stark riechende Reinigungsmittel können besonders bei KZ-Überlebenden als Trigger wirken (Leonhard 2005: 40).

## Medizinische Maßnahmen

Diese Kategorie von Auslösereizen betrifft vor allem Betroffene, welche während des Zweiten Weltkrieges Opfer von medizinischen Versuchen wurden. Das Anlegen eines Identifikationsbandes am Handgelenk erinnert an eintätowierte Nummern von KZ-Häftlingen. Injektionen oder Medikamentengabe gegen den Willen der Patienten lösen Misstrauen und Ablehnung aus (Liebermann 2006: 130).

## Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen stellen für jeden Menschen einen massiven Eingriff in Selbstbestimmtheit und Bewegungsfreiheit dar. Steht das erlittene Trauma in Zusammenhang mit einer Fesselung oder Fixierung, wird eine freiheitsentziehende Maßnahme im Alter noch gewaltvoller erlebt (Leonhard 2005: 174 ff).

## Sprache

Der fremde Klang und die harte Aussprache von Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, kann traumatisierende Situationen mit ausländischen Soldaten ins Gedächtnis rufen. Laute, an Befehle erinnernde Sätze wie „Machen sie mal die Beine breit“ bei der Intimpflege können als Trigger wirken (Böhmer 2000: 123).

### 1.3 Verhaltensauffälligkeiten

Als häufigste Verhaltensauffälligkeiten, deren Ursache in reaktivierten Kriegstraumata liegen kann, nennt die Literatur die Kategorien Schlaf, Aggression und das Sammeln von Nahrungsmitteln.

#### Schlaf

Laut Carlson et al. (2008) treten Albträume und ruheloser Schlaf bei 28% der unter einer PTBS leidenden Kriegsveteranen auf (ebd.: 65). In der Studie von Leonhard nennen die Pflegekräfte Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Albträume und nächtliche Angstzustände als die bedeutendste Problematik bei Holocaust-Überlebenden (Leonhard 2005: 135).

#### Aggression

In der Studie von Carlson et al. (2008), in welcher der Zusammenhang zwischen PTBS und Aggression unter Kriegsveteranen untersucht wird, stellen die Pflegekräfte bei 28% der Bewohner aggressives Verhalten fest (ebd.: 66). Diese Aggressivität äußert sich in physischen Attacken gegenüber anderen Bewohnern, selbstverletzendem Verhalten oder durch die Zerstörung von Gegenständen, aber auch in verbalen Attacken (ebd.: 64).

#### Sammeln von Nahrungsmitteln

Das Sammeln von Nahrungsmitteln stellt eine große Problematik im Pflegealltag dar. Dieses Phänomen beruht auf Hunger-Erfahrungen während des Krieges. Das Entfer-

nen von möglicherweise bereits verdorbenen Nahrungsmitteln ist ein Eingriff in die Autonomie der Betroffenen.

## 2. Methodisches Vorgehen

Eine erste systematische Literaturrecherche erfolgte im Rahmen einer Bachelor-Thesis zwischen Januar und April 2013 in den Datenbanken Carelit, Cinahl, Medpilot und GeroLit. Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

1. Warum können Traumata, die Menschen im Zweiten Weltkrieg erlitten haben, im Alter wieder aufbrechen?
2. Welche Probleme und Verhaltensweisen, die die Pflege Betroffener beeinflussen können, resultieren aus Trauma-Reaktivierungen?
3. Wie können Pflegende damit umgehen, welche Strategien können sie entwickeln?

Zehn Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und vier Studien wurden in die Auswertung eingeschlossen.

Im Rahmen einer Master-Thesis wurden zur Vorbereitung einer quantitativen Erhebung von Januar bis März 2015 neuere Veröffentlichungen zur Thematik recherchiert und ausgewertet. Die Suche erfolgte in den gleichen Datenbanken, zusätzlich in GESIS Sowiport. Es wurden zehn Studien und vier Grundlagenartikel eingeschlossen.

Für beide Recherchen wurden folgende Suchbegriffe verwendet:

Altenpflege, Biografiearbeit, Erinnerung, Krieg, Kriegserinnerung, Kriegserlebnis, Kriegstrauma, Reaktivierung, Re-Traumatisierung, seelisch, Trauma, Traumareaktivierung, traumatisch, Weltkrieg

englisch: care, elder, geriatric care, gerontologic care, geriatric nursing, nurse, nursery, life history review, old age nursing, old people's home, older people, psychologic, reactivation, re-experience, reliving, retraumatization, second world war, trauma caused by war, traumatic, war, world war II

Ausschlussgründe waren bei beiden Recherchen der Fokus auf Traumata bezogen auf bestimmte Erkrankungen, der Schwerpunkt transgenerationale Weitergabe von Traumata und der Fokus auf unterschiedlichen Methoden der Trauma-Therapie.

Die Ergebnisse beider Literaturstudien wurden zur Erstellung eines Fragebogens genutzt, mit dem, ebenfalls in der Master-Thesis, folgende Forschungsfragen untersucht wurden:

1. In welchen Erscheinungsformen zeigen sich Reaktivierungen von Kriegstraumata einschließlich ihrer Folgen im pflegerischen Alltag stationärer Einrichtungen und welche sind die häufigsten?
2. Wie gehen Pflegekräfte in stationären Einrichtungen mit der Reaktivierung von Kriegstraumata um und woher beziehen sie die Grundlagen für ihr Handeln?

Ziel der Erhebung war eine Datensammlung, aus der Rückschlüsse auf die Relevanz der Thematik in den beteiligten Pflegeeinrichtungen möglich sind. Zudem können die Ergebnisse als Basis für die Planung von Interventionen in den untersuchten Einrichtungen herangezogen werden. Dazu wurde eine quantitative deskriptive Übersichtsstudie gewählt. Mittels eines standardisierten Fragebogens wurden Mitarbeiter aus der stationären Altenhilfe zur Thematik befragt. Es wurden sieben Themenblöcke entwickelt: Fragen zu Pflegesituationen, zu möglichen Auslösereizen, zu Pflegekonzepten, zu Informationsquellen, zum Wissen über die Thematik, nach Angeboten und statistische Angaben. Der vollständige Fragebogen kann bei der Autorin angefordert werden.

Um den Effekt zu vermeiden, dass Befragte aus Unsicherheit die ‚goldene Mitte‘ wählen, wurden für die Erfragung von Einstellungen oder Einschätzungen Viererskalen gewählt (Burzan 2005: 104f). Die Frage, wie gut sich die Teilnehmer durch ihre Ausbildung auf die Thematik vorbereitet fühlen, sollte mit Schulnoten bewertet werden. Im Pretest wurde überprüft, ob die Fragen einfach formuliert, die Antwortmöglichkeiten unmissverständlich und Fachbegriffe ausreichend erläutert waren (ebd.: 103). Bei der Frage nach Maßnahmen, die nach einer akuten Trauma-Reaktivierung ergriffen wurden, vermissten die Befragten des Pretests die Kategorie ‚keine Maßnahmen‘. Bei der Frage nach möglichen Auslösereizen vermissten alle Probanden ‚Freiheitsentziehende Maßnahmen‘ als Antwortkategorie. Die Frage „Wo gibt es Ihrer Meinung nach in der Gestaltung Ihrer Einrichtung mögliche ‚Auslösereize‘?“ fragte nach einer Meinung. Es wurde angemerkt, dass die Frage besser auf ‚Erfahrung‘ abzielen sollte, um so ausschließlich Aussagen zu tatsächlich Erlebtem zu erhalten. Die Fragen wurden entsprechend verändert.

Die Erhebung wurde vom 16. März bis 13. April 2015 durchgeführt<sup>2</sup>. Eingeschlossen waren alle in Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter von sieben stationären Altenpflege-Einrichtungen in Deutschland. Die Stichprobe bestand aus n=366 Teilnehmern. Die Befragung wurde vorab durch Aushänge in den Einrichtungen vorgestellt, die ausgefüllten Fragebögen konnten in eine geschlossene Rückgabebox eingeworfen werden. Die Rücklaufquote der Erhebung betrug 26,2%.

### 3. Ergebnisse

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem EDV-Programm Excel 2010. Zunächst wurden die Fragen bzw. die daraus abgeleiteten Variablen einzeln ausgewertet. Für jede Variable wurde das arithmetische Mittel errechnet. Alle Mittelwertberechnungen basieren auf n=96. In die univariate Auswertung wurden auch die nicht auswertbaren Antworten eingeschlossen. In der bivariaten Auswertung wurden einzelne Variablen miteinander in Beziehung gesetzt. Hier wurden nicht auswertbare Antworten ausge-

<sup>2</sup> Die Befragung wurde vorab durch die Mitarbeitervertretungen der Einrichtungen genehmigt und anonymisiert durchgeführt. Den Teilnehmern wurde schriftlich zugesichert, dass die Teilnahme freiwillig ist und die Einrichtungsleitungen keinen Zugriff auf die erhobenen Daten haben würden.

geschlossen, um die Verteilung der gültigen Prozente darzustellen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Themenblöcke, in die der Fragebogen unterteilt ist, zusammengefasst.

### 3.1 Fragen zu Pflegesituationen

Fast 70% der Teilnehmer geben an, dass der Aspekt der Körperpflege derjenige ist, in dem die kriegstraumatisierten Bewohner am häufigsten Verhaltensauffälligkeiten zeigen, hier in Form von Abwehrreaktionen. Auffälligkeiten in den Bereichen ‚Essen/Trinken‘, ‚Schlaf‘ und ‚andere Auffälligkeiten‘ werden mit 11-17% in etwa gleich häufig genannt. Bei der genaueren Abfrage möglicher Auffälligkeiten in den einzelnen Bereichen gibt es kein einziges Antwortitem, welches nicht gewählt wurde. Zur Auswahl standen

- für den Bereich Körperpflege: Abwehr bei der Intimpflege, Abwehr bei der Mundpflege, Abwehr beim Duschen
- für den Bereich Essen/Trinken: Ablehnung von Essen/Trinken, übermäßiges Essen/Trinken, Sammeln von Lebensmitteln
- für den Bereich Schlaf: Einschlafprobleme, Durchschlafprobleme, Alpträume, nicht zu Bett gehen wollen
- andere Auffälligkeiten, die aus Sicht der Befragten auf ein Trauma zurückzuführen sind: Aggression, Angst vor Dunkelheit, Verlustängste, unklare körperliche Schmerzen, Angstzustände, Abwehr bei medizinischen Maßnahmen

Für alle Bereiche konnten unter ‚sonstiges‘ eigene Angaben ergänzt werden. Dieses Ergebnis belegt die vermutete Varianz der Auffälligkeiten.

Die am häufigsten beobachtete einzelne Auffälligkeit findet sich im Bereich ‚Essen/Trinken‘: Das ‚Sammeln von Nahrungsmitteln‘. 89,6% der Befragten geben an, das Phänomen bereits in Verbindung mit einem vermuteten oder bekannten Kriegstrauma erfahren zu haben. Beim Thema ‚Schlaf‘ ist die Nennung der einzelnen Auffälligkeiten breiter gefächert als in den anderen Bereichen. 63,5% der Befragten haben bereits ‚Einschlafprobleme‘ auf ein Kriegstrauma zurückgeführt, 61,5% ‚Durchschlafprobleme‘ und 47,9% ‚Alpträume‘. Das Phänomen, dass Pflegebedürftige ‚nicht zu Bett gehen wollen‘, nennen 44,8%. In einer näheren Betrachtung des Bereiches ‚Körperpflege‘ wird deutlich, dass besonders das Duschen und die Intimpflege hohes Potenzial für eine Trauma-Reaktivierung haben.

64,5% der Befragten schätzen die Bedeutung der Thematik als ‚hoch‘ ein, 17,7% als ‚sehr hoch‘. Bei der Frage, ob sie bereits einen Bewohner gepflegt oder betreut haben, von dem sie annahmen oder wussten, dass er ein Kriegstrauma erlitten hat, geben 59,3% der Teilnehmer ‚oft‘ an, 34,4% antworten mit ‚selten‘. Nur 2,1% haben noch ‚nie‘ einen Bewohner gepflegt, bei dem sie ein Trauma vermuteten oder von einer Traumatisierung wussten, 4,2% entscheiden sich für ‚weiß nicht‘ (Abbildung 1). Die Verteilung zwischen ‚nie‘ und ‚weiß nicht‘ zeigt die Problematik der Fragestellung: Es ist schwieriger, mit einem eindeutigen ‚nie‘ zu antworten. Die Erscheinungsformen einer



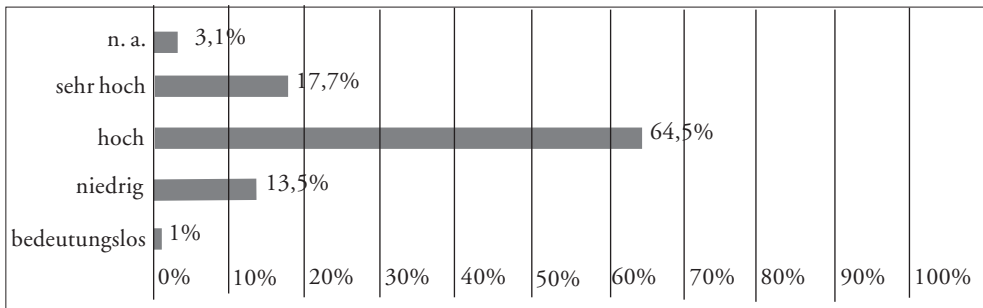


Abb. 1: Bedeutung der Thematik (n = 96)

Trauma-Reaktivierung und deren Folgen sind derart individuell (Leonhard 2005: 288), dass 4,2% der Teilnehmer durch ‚weiß nicht‘ ausdrücken, dass sie nicht konkret ausschließen können, jemals einen traumatisierten Menschen gepflegt zu haben. In der bivariaten Auswertung zeigt sich, dass die Bedeutung der Thematik umso höher eingeschätzt wird, je öfter die Teilnehmer einen traumatisierten Bewohner gepflegt haben. Wer im Pflegealltag verschiedene Situationen erlebt hat, in denen ein Kriegstrauma wieder aufbricht, erkennt die Belastung der Betroffenen und die Notwendigkeit, adäquat zu reagieren. Im Umkehrschluss bedeutet dies: Fehlt Pflege- und Betreuungskräften die Erfahrung mit traumatisierten Bewohnern, so hat das Thema für sie eine geringere Bedeutung. 64,6% der Teilnehmer geben an, eher bei Frauen als bei Männern traumabedingte Auffälligkeiten festzustellen.

Um die zweite Teilfrage zu beantworten, wurden Reaktionen IN und NACH Situationen erfragt, in denen die Teilnehmer eine akute Trauma-Reaktivierung vermuteten. Die häufigsten Reaktionen IN einer solchen akuten Situation sind ‚Validation oder Beruhigen des Bewohners‘ (85,4%) und ‚Abbruch der Handlung oder Verlassen der Situation‘ (63,5%). Als häufigste Maßnahmen NACH einer akuten Trauma-Reaktivierung werden Gespräche mit Kollegen, mit Angehörigen und im Team genannt. Hierbei ist auffällig, dass Gespräche mit dem Bewohner weniger oft genannt werden, diese Maßnahme steht mit 36,5% der Antworten an vorletzter Stelle der Nennungen. Nur das ‚Hinzuziehen eines Arztes oder Psychologen‘ wird mit 29,1% noch seltener genannt. Es wird also mehr ÜBER die Reaktion des Bewohners gesprochen als MIT ihm. Die bivariate Auswertung der ‚Häufigkeit der Pflege/Betreuung Kriegstraumatisierter‘ und ‚Maßnahmen nach akuter Trauma-Reaktivierung‘ führt zu dem Ergebnis, dass die Häufigkeit der Gespräche mit dem Bewohner sinkt, je mehr Erfahrung die Befragten mit traumatisierten Pflegebedürftigen haben. Hierfür gibt es zwei mögliche Erklärungen: Wer ‚oft‘ einen Betroffenen gepflegt hat, wird – vorausgesetzt, er bezieht sich bei der Beantwortung der Frage auf eine weitgehend gleichbleibende Gruppe von Bewohnern – bereits entsprechende Gespräche mit den Bewohnern und Angehörigen geführt haben. Er kennt dadurch womöglich einen Großteil der biografischen Hintergründe und zu vermeidenden Auslöser. Derartige Gespräche sind daher nicht mehr die erste Wahl bei den Maßnahmen, stattdessen werden vermehrt die Interventionen durchgeführt, die sich aus den Gesprächen ergeben. Eine andere Erklärungsmöglichkeit könn-

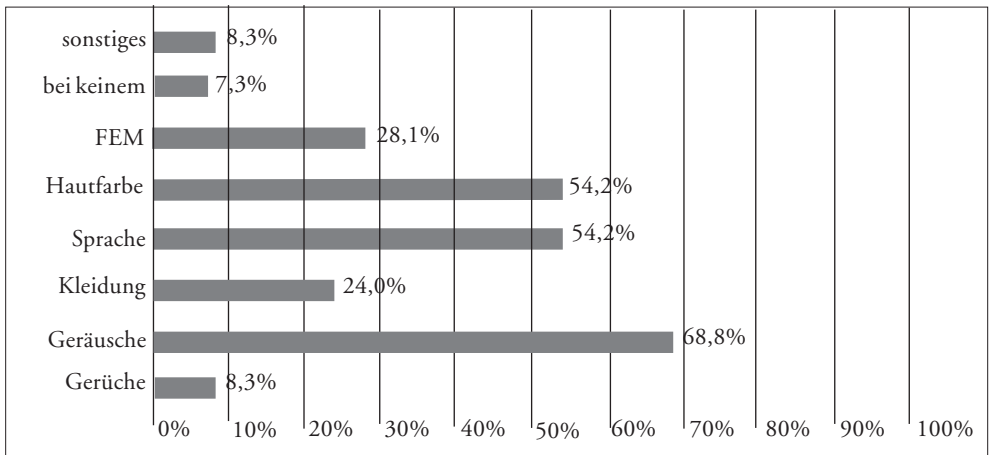


Abb. 2: Mögliche Auslösereize (n = 96)

te sein, dass diese Mitarbeiter die Erfahrung gemacht haben, dass Gespräche mit den Betroffenen schwierig, wenig ergiebig und zeitintensiv sind.

### 3.2 Fragen zu möglichen Auslösereizen

Bei der Frage nach möglichen Auslösereizen (Auswahl an möglichen Antwortmöglichkeiten s. Abbildung 2) werden von 68,8% der Befragten ‚Geräusche‘ genannt, am zweithäufigsten mit jeweils 54,2% ‚fremde Sprache‘ und ‚fremde Hautfarbe‘. Der Auslösereiz ‚Geräusche‘ ist von einer hohen Individualität geprägt, die kaum vorhersehbar ist. ‚Freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. Bettgitter‘ werden von 28,1% der Befragten angegeben. Bei diesem Item steht der Autonomieverlust der Betroffenen im Vordergrund. In der Gestaltung ihrer Einrichtung sehen mehr als die Hälfte der Befragten (52,1%) keine möglichen Auslösereize, ebenso wenig in den Betreuungsangeboten (83,3%).

### 3.3 Fragen zu Pflegekonzepten

55,2% der Befragten bejahen die Frage, ob das Thema Krieg/Kriegstraumata im Pflegekonzept ihrer Einrichtung erwähnt wird. 12,5% geben ‚nein‘ als Antwort. 19,8% geben an, es nicht zu wissen. Dass fast ein Fünftel der Teilnehmer ‚weiß nicht‘ ankreuzt, zeigt eine Unsicherheit im Umgang mit den Konzepten. Es bedarf einer Analyse der einzelnen Pflegekonzepte, um Folgendes herauszufinden: Ist die Thematik in den Konzepten erwähnt und wenn ja, wie ausführlich und umfangreich werden die Konzepte in den Einrichtungen umgesetzt.

### 3.4 Fragen zu Informationsquellen

Die Frage, ob Angehörige von traumatischen Kriegserlebnissen der Bewohner wissen, haben 75% der Teilnehmer eindeutig mit ‚ja‘ (44,8%) oder ‚nein‘ (30,2%) beantwortet.

tet, 24,0% geben ‚weiß nicht‘ an. Drei Viertel der Teilnehmer scheinen sich also konkret mit dieser Frage befasst zu haben, sonst könnten sie nicht eindeutig antworten. Die Thematik ‚Kriegstrauma‘ ist demnach Bestandteil von Gesprächen mit den Angehörigen. Von den Befragten, die mit ‚ja‘ geantwortet haben, geben 33,4% an, dass die Angehörigen ‚überwiegend erst auf Nachfrage‘ diese Angaben machen. Nur 8,3% haben die Erfahrung gemacht, dass die Angehörigen ‚überwiegend von sich aus‘ berichten. Fast 90% der Teilnehmer geben an, dass das Thema im Pflegealltag von den Bewohnern angesprochen wird, 45,8% der Befragten äußert jedoch, die Bewohner sprächen ‚eher in einer Situation ohne erkennbaren Bezug zum erlebten Trauma‘ über ihre Erlebnisse (Abbildung 3).

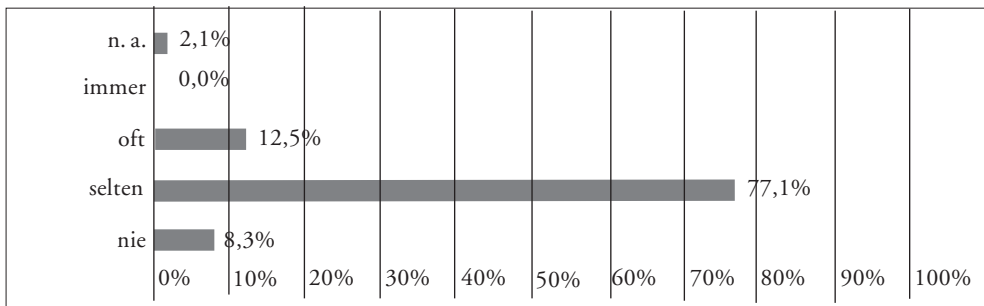


Abb.3: Sprechen der Bewohner über Kriegstraumata (n = 96)

### 3.5 Fragen zum Wissen über die Thematik

Die Grundlage für ihr Handeln beziehen 77,1% der Befragten aus der pflegerischen Ausbildung bzw. Ausbildung zum Betreuungs-Assistenten. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Zeit des Zweiten Weltkrieges mit ihren sozialen und psychischen Folgen in der Pflegeausbildung thematisiert wird. Das positive Ergebnis wird durch eine überwiegend mittelmäßige Bewertung der Qualität in der Wissensvermittlung wieder relativiert: 34,4% der Befragten halten sich durch ihre pflegerische Ausbildung für ‚befriedigend‘ vorbereitet auf den Umgang mit Kriegstraumata, 22,9% für ‚gut‘. Es folgen ‚ausreichend‘ mit 13,6% und ‚mangelhaft‘ mit 8,3% (Abbildung 4). Mehr als die Hälfte der Befragten gibt auch ‚privater oder familiärer Bezug‘ als Wissensquelle an. ‚Fortbildungen‘ ist mit 35,5% die am wenigsten genannte Grundlage für Handeln. Gleichzeitig sind ‚Fortbildungen‘ mit 71,9% das am häufigsten gewünschte Angebot, um mit der Thematik Kriegstraumata im Berufsalltag gut umgehen zu können.

### 3.6 Fragen nach Angeboten

Das mit 43,8% am weitesten verbreitete Angebot zum besseren Umgang mit Kriegstraumata sind Teamgespräche. Gewünscht wird dieses Angebot jedoch lediglich von 31,3%. Gründe hierfür könnten in Ablauf und/oder Effizienz dieser Gespräche liegen. Bei den vorhandenen Angeboten liegen die Fortbildungen und seelsorgerischen Angebote mit jeweils 29,2% an zweiter Stelle. Der Aspekt der möglichen psychischen Belastung der Mitarbeiter ist somit im Fokus der Verantwortlichen. Bei den Wünschen der

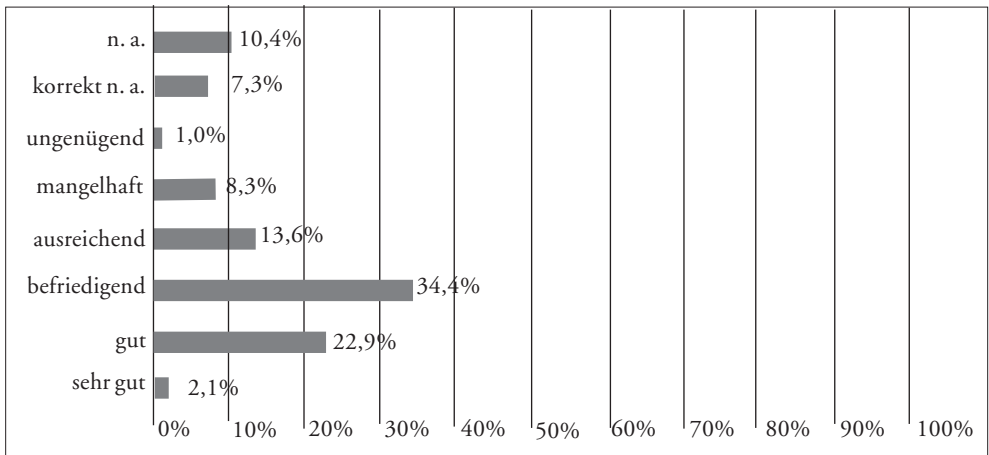


Abb. 4: Bewertung der Ausbildung zur Theamtik (n = 96)

Mitarbeiter bezüglich dieser zwei Angebote ist allerdings eine Diskrepanz feststellbar: 71,9% wünschen sich Fortbildungen, seelsorgerische Angebote lediglich 18,8%. 15,6% der Befragten geben an, dass schriftliche Informationen in den Einrichtungen vorgehalten werden, gewünscht wird diese Unterstützung von 37,5%.

### 3.7 Statistische Angaben

Die Gruppe der examinierten Altenpfleger beteiligte sich mit 50,0% mit dem höchsten Prozentsatz an der Befragung. Mitarbeiter mit dieser Qualifikation stellen auch in der Gesamtstichprobe mit 38,5% die am stärksten vertretene Mitarbeitergruppe in den Einrichtungen dar. Die zweitgrößte Mitarbeitergruppe sind Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung, ihr Anteil beläuft sich in allen Einrichtungen zusammen auf 34,4%. Die Beteiligung an der Erhebung liegt in dieser Gruppe jedoch nur bei 9,4%. Von den Befragten haben 42,7% ihren Berufsabschluss in den Jahren 2005 bis 2015 erlangt, 18,8% in der Zeitspanne zwischen 1995 und 2004. In den Jahren 1985 bis 1994 beendeten 15,6% der Befragten ihre Ausbildung in Pflege oder Betreuung. Die Mehrzahl der Teilnehmer ist im Alter von 41 bis 50 Jahren.

### 3.8 Ergebnisse bezogen auf die Forschungsfragen

Die erste Forschungsfrage lässt sich für die beteiligten Einrichtungen zusammenfassend folgendermaßen beantworten: Reaktivierungen von Kriegstraumata und deren Folgen zeigen sich im pflegerischen Alltag der untersuchten Einrichtungen in einer großen Bandbreite in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens. Am häufigsten kommen sie aus Sicht der Pflegenden in Form von Abwehrreaktionen im Bereich der Körperpflege vor. Hierbei sind weibliche Kriegstraumatisierte öfters betroffen als männliche. Die am häufigsten genannte einzelne Auffälligkeit ist das Sammeln von Lebensmitteln. Geräusche werden am häufigsten als Auslösereiz angegeben.

Zusammenfassend lässt sich die zweite Forschungsfrage für die beteiligten Einrichtungen folgendermaßen beantworten: Die Pflegekräfte reagieren bei akuten Trauma-Reaktivierungen überwiegend mit Validation und Abbruch der Handlung. Nach Trauma-Reaktivierungen überwiegen Gespräche, jedoch nicht Gespräche mit den Bewohnern. Angehörige berichten meistens erst auf Nachfrage von Kriegserlebnissen der Bewohner. Die Bewohner äußern sich zwar zu Kriegserlebnissen, allerdings meist ohne erkennbaren Bezug zur Situation. Die Grundlage ihres Handelns beziehen die Teilnehmer größtenteils aus ihrer Ausbildung und privaten/familiären Quellen, am wenigsten aus Fortbildungen. Diese werden von der Mehrheit der Befragten als Angebot gewünscht.

#### 4. Mögliche Interventionen

Nach der schriftlichen Befragung liegt nun eine Datensammlung vor, die Anhaltspunkte für die Interventionsplanung in den beteiligten Häusern geben kann. Interventionen können sich sowohl auf organisatorische und konzeptionelle Veränderungen als auch auf Angebote für die Mitarbeiter beziehen.

##### Organisation und Konzeption

Ein Fokus auf organisatorische Veränderungen scheint aufgrund der Befragungsergebnisse nicht erforderlich. Lediglich 3,1% der Teilnehmer wünschen sich derartige Veränderungen in ihrer Einrichtung. Die Frage nach Auslösereizen durch die Gestaltung der Einrichtung verneinen 52,1% der Befragten. Wünsche nach konzeptionellen Veränderungen wurden im Fragebogen nicht erhoben. Die Ergebnisse implizieren jedoch eine Vertiefung in der Schulung der genutzten Pflegekonzepte bzw. zugrundeliegenden Pflegemodelle: 19,8% der Teilnehmer wissen nicht, ob die Themen Krieg und Kriegstraumata in dem Konzept, nach dem sie arbeiten, erwähnt werden.

##### Fortbildungen und Literatur

Die Auswertung der Fragen zeigt, dass die Bedeutung der Thematik umso höher eingeschätzt wird, je öfter die Teilnehmer einen Traumatisierten gepflegt haben. Fortbildungen sollten deshalb derart praxisnah konzipiert sein, dass sie die Belastungen Betroffener möglichst nachvollziehbar machen. In Fortbildungen kann dieses ‚Mit-Erleben‘ durch Erlebnisberichte von traumatisierten Pflegebedürftigen erreicht werden. Eine Voraussetzung, um sich in die Erlebniswelt der Bewohner hineinzusetzen, die den Zweiten Weltkrieg erlebt haben, bilden geschichtliche Kenntnisse. Neben Schulungen zur deutschen Geschichte in der Zeit des Nationalsozialismus ist auch der regionale Bezug zu beachten: Der Besuch eines Museums oder Führungen mit Fokus auf den Kriegsgeschehnissen in der Region vermitteln zeitgeschichtliches Hintergrundwissen. Aufgrund der Befragungsergebnisse empfiehlt sich das Thema Körperpflege als inhaltlicher Schwerpunkt von Fortbildungsangeboten. Mögliche Hintergründe für Auffälligkeiten bei diesen Pflegehandlungen und Strategien zur Reaktion darauf sollten vermittelt werden. Die Interaktivität wird gesteigert, wenn in den Fortbildungen real er-

lebte Fallbeispiele von Bewohnern besprochen werden. Um den Austausch unter Kollegen zu fördern, ist weiterhin zu überlegen, Fortbildungen einrichtungsübergreifend, z. B. innerhalb einer GmbH, zu planen. Auf diesem Weg wird es möglich, Probleme im Umgang mit reaktivierten Kriegstraumata bei Bewohnern mit Kollegen aus anderen Häusern der GmbH zu diskutieren. Ein objektiver Blick auf die Situation und ein Erfahrungsaustausch reduzieren die Gefahr des ‚blinden Flecks‘ in der Versorgung Betroffener. Diese Gespräche während der Fortbildungen ähneln Fallgesprächen, welche von den Befragten häufig als Angebotswunsch genannt werden. Getrennte Schulungen für die einzelnen Qualifikationen scheinen nicht angebracht, da dadurch weniger kollegialer Austausch stattfinden könnte. Dem Wunsch nach mehr schriftlichen Informationen zur Thematik kann durch die Anschaffung entsprechender Fachliteratur nachgekommen werden. Je nach Relevanz der Thematik in der Einrichtung kann eine Arbeitsgruppe etabliert werden, deren Mitglieder als Multiplikatoren auf den Wohnbereichen eingesetzt werden.

### Gesprächsführung

Gespräche nach dem Aufbrechen eines Traumas sind für die Betroffenen und womöglich ebenso für die Pflegekräfte emotional belastend. Der Umgang mit Angehörigen, die gebeten werden, ihr Wissen über Kriegserfahrungen der Pflegebedürftigen weiterzugeben, kann ebenfalls schwierig sein. Die Pflegekräfte können vor einem Gespräch meist nicht einschätzen, welche Reaktionen sie durch ihre Frage hervorrufen. In Schulungen zur Gesprächsführung sollte deshalb der Fokus auf emotional schwierigen Situationen liegen.

### Pflegeplanung

42,7% der Befragten geben an, nach einer akuten Situation, in der sie eine Trauma-Reaktivierung vermuteten, die Pflegeplanung geändert zu haben. Dadurch stellen diese Mitarbeiter sicher, dass Informationen über belastende Pflegehandlungen und zugrundeliegende Auslöserreize allen Kollegen zugänglich gemacht werden. Mehr als die Hälfte der Befragten, die akute Traumareaktivierungen bei Bewohnern erlebt haben, haben diese nicht in die Pflegeplanung aufgenommen. Angesichts der Bedeutung, welche die Informationsweitergabe für die Betroffenen hat, sollten die Einrichtungen eine noch häufigere Durchführung dieser Maßnahme fördern. Fortbildungen zur Thematik sollten daher immer auch den Aspekt der fachgerechten Dokumentation beinhalten.

### Theoretische Ausbildung

Die Empfehlung einer praxisnahen und ‚berührenden‘ Vermittlung des Themas Kriegstraumata gilt nicht nur für Fortbildungen, sondern auch für den theoretischen Teil der Ausbildung zur Pflege- oder Betreuungskraft. Voraussetzung für eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik in der Ausbildung ist sicherlich das persönliche Interesse der Lehrenden. Auch in ihnen muss zunächst das Bewusstsein für die Bedeutung der Thematik geweckt werden. Daher sollte Wissen zur deutschen Zeitgeschichte in der Ausbildung der Lehrkräfte vermittelt werden.

## 5. Limitationen

Die durchgeführte Untersuchung kann aus verschiedenen Gründen keinen Anspruch auf hohe Repräsentativität erheben. Die Rücklaufquote von 26,2 % ist zu gering, um Rückschlüsse auf die Relevanz der Thematik in der stationären Altenpflege ziehen zu können. Das Ergebnis lässt lediglich Aussagen für die beteiligten Einrichtungen zu und kann nicht verallgemeinert werden. Soziodemografische Daten der Bewohner wurden nicht erfasst. Es erfolgte auch keine Unterscheidung nach Wohnbereichs- bzw. Wohngruppengröße. Die Untersuchung lässt keine Beschreibung der Beziehung unter den Geschlechtern zu. Zwar geben 64,6% der Teilnehmer an, eher bei Frauen als bei Männern traumabedingte Auffälligkeiten festzustellen, es gibt jedoch keine Daten zum Geschlecht der Pflege- und Betreuungskräfte. Die Mitarbeitervertretungen der Einrichtungen lehnten die Erfassung dieses Merkmales ab, da die Befürchtung bestand, einzelne Mitarbeiter könnten durch die Kombination von Qualifikation, Alter und Geschlecht erkannt werden. Das Alter der Teilnehmer wurde deshalb nicht mit dem Geburtsjahr, sondern in Altersspannen abgefragt. Gleiches trifft auf die Ausbildung in den unterschiedlichen Qualifikationsstufen der Gesundheits- und Krankenpflege zu: Der Anteil der Mitarbeiter mit dieser Qualifikation ist in den beteiligten Einrichtungen gering, so dass bei einer genauen Abfrage von Berufsbezeichnungen außerhalb der Altenpflege Bedenken hätten entstehen können, dass die Anonymität nicht gewahrt werden könnte. Zudem ist die vorliegende Studie auf die stationäre Altenhilfe beschränkt. Die Ergebnisse lassen sich aufgrund von unterschiedlichen pflegerischen Voraussetzungen nicht auf die ambulante Altenhilfe übertragen. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, um dortige besondere Gegebenheiten wie z. B. die Rolle der Angehörigen einzubeziehen

## 6. Ausblick

Die gesellschaftliche Diskussion der Thematik ‚Kriegstraumata aus dem Zweiten Weltkrieg‘ ist und war in Deutschland mit unterschiedlichen Schwierigkeiten behaftet. In der Vergangenheit wurden die Erlebnisse der Kriegsgeneration tabuisiert. Eine Auseinandersetzung mit Kriegsfolgen in der Nation, von welcher der Zweite Weltkrieg ausging, wurde als unangemessen angesehen. Laut Glaesmer (2014) scheint es erst seit einigen Jahren möglich, *„sich unter Anerkennung der Unvergleichlichkeit des Holocausts den Folgen für andere Gruppen von Traumatisierten zu widmen, ohne in den Verdacht der Bagatellisierung des Holocausts zu geraten“* (ebd.: 194). In den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg gab es kaum Studien über die psychischen Symptome von Deutschen, die durch Kriegserfahrungen traumatisiert wurden (Radebold 2007: 127). Für die Gesellschaft standen der Wiederaufbau des Landes und die Gestaltung der Zukunft im Vordergrund, weniger der Blick in die Vergangenheit. In einigen der untersuchten Studien wird die Aussage getroffen, dass die psychosozialen Folgen des Zweiten Weltkrieges erst in den letzten Jahren in den wissenschaftlichen Fokus rücken (Quindeau et al. 2012: 87; Glaesmer 2014: 194). Guski-Leinwand (2013) merkt an, dass Studien zur

transgenerationalen Weitergabe von Kriegstraumata erst seit den 1970er Jahren publiziert werden (ebd.: 36).

Die in der Erhebung untersuchten Phänomene beziehen sich auf die Geschehnisse des Zweiten Weltkrieges. Durch die in der Untersuchung festgestellte hohe Varianz an Auffälligkeiten und Auslösereizen konnte verdeutlicht werden, wie wichtig es ist, Pflege- und Betreuungskräfte zu einem adäquaten Umgang mit Betroffenen zu befähigen. Die genannten Folgen von Krieg und Vertreibung betreffen jedoch alle Menschen, die Opfer von Kriegen und bewaffneten Konflikten sind. Ende 2015 waren weltweit 65,3 Mio. Menschen auf der Flucht vor Krieg, Verfolgung, Gewalt oder Menschenrechtsverletzungen (UNHCR2016: 2). 2015 suchten 316.100 Flüchtlinge in Deutschland Asyl (ebd.: 14). Die Betroffenen müssen psychologisch begleitet werden, und der Teil, der in Deutschland eine neue Heimat findet, wird im Alter möglicherweise zu Klientel der Altenhilfe. Die Auseinandersetzung mit den Folgen von Krieg und Vertreibung muss deshalb weiterhin Bestandteil der pflegerischen Ausbildung sein. Die Erkenntnisse aus Studien zu psychosozialen Folgen des Zweiten Weltkrieges können dafür als Grundlage dienen, auch wenn die Traumata der Menschen, die aktuell Opfer von Krieg und Vertreibung sind, vor einem anderen politischen und geschichtlichen Hintergrund entstehen. Jeder Betroffene benötigt eine fachlich fundierte und adäquate Versorgung, die sich an seiner individuellen Lebensgeschichte orientiert.

## Literatur

- Böhmer, M. (2000): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen: Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Frankfurt am Main: Mabuse
- Burzan, N. (2005): Quantitative Methoden der Kulturwissenschaften. Konstanz: UVK
- Carlson, E. B./Lauderdale, S./Hawkins, J./Sheikh, J. I. (2008): Posttraumatic Stress and Aggression Among Veterans in Long-term Care. In: *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 21 (1), 61-71
- Falkai, P./Wittchen, H.-U. (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5. Göttingen: Hogrefe
- Glaesmer, H. (2014): Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47 (3), 194-201
- Guski-Leinwand, S. (2013): Die NS-Terrorherrschaft und ihre Folgen für die Gegenwart: Die Herausforderungen der „Zweiten Generation“ im Kontext der Gesundheitsberufe und Pflege. In: *Geschichte der Pflege* 2 (1), 36-44
- Helck, S. (2013): „Sie sind 1935 geboren. Sicherlich hat Ihr Jahrgang viel erlebt...“ Interview mit Prof. Dr. Radebold. In: *ProAlter* 45 (5), 15-25
- Heuft, G. (1999): Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32 (4), 225-230
- Leonhard, B. (2005): Die Pflege von Holocaust-Überlebenden im Alter: Die Erfahrungen israelischer Pfleger in der Betreuung von Opfern der Shoah. Frankfurt am Main: Mabuse
- Liebermann, P. (2006): Alter und Trauma - zur besonderen Situation der NS-Verfolgten. In: Heldt, T./Kettner, B./Rebentisch, J./Schlegel, S./Sonntag, B. (Hrsg.): *Kein Ort der Zuflucht für hilfsbedürftige alte NS-Verfolgte? Durch NS-Verfolgung traumatisierte Menschen in der Altenhilfe und Altenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse, 126-134
- Nicholson, M. (2004): Caring for war veterans - victims or heroes? In: *Kai Tiaki: Nursing New Zealand* 10 (4), 18-20



- Quindeau, I./Einert, K./Teuber, N. (2012): Kindheiten im Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg: Das Zusammenwirken von NS-Erziehung und Bombenangriffen. In: BIOS 25 (1), 87-117
- Radebold, H. (2005): Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit: Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Radebold, H. (2007): Kindheiten im Zweiten Weltkrieg und ihre Folgen für die Gesundheit im Alter. In: Teising, M. (Hrsg.): Alt und psychisch krank. Diagnostik Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer, 126-132
- Semritzky, R. (2010): Wenn das Trauma wieder aufbricht. In: Die Schwester Der Pfleger 49 (8), 814-817
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Pflegestatistik 2013. Verfügbar unter: <<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html>> [Stand 2017-01-06]
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) (Hrsg.) (2016): Global Trends. Forced Displacement in 2015. World at War. Verfügbar unter: <<http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html>> [Stand 2017-01-06]
- Weitzel-Polzer, E. (2002): Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege - Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35 (3), 190-198
- Zettl, S. (2011): Wunden der Seele. In: pflegen: palliativ 3 (12), 16-19

*Astrid Romeike*

B.Sc. Pflegewissenschaft, M.A. Pflegemanagement  
Alkuinstr. 49, 52070 Aachen, wittken@t-online.de

Jacqueline Rixe, Christiane Luderer

## Das Trauma aus zweiter Hand: Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden

Second-hand trauma: Secondary traumatizations among psychiatric nurses

Secondary traumatizations which are accompanied by trauma-associated symptoms are caused by primary traumatized persons' descriptions of traumatic events. A prevalence study which was undertaken within the context of a master thesis at the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg (MLU) was conducted in order to examine this phenomenon in psychiatric nurses. Utilizing a validated questionnaire (FST®, Daniels 2006), which retrospectively enquired the occurrence of symptoms related to the entire occupation, 21,3% of the total sample ( $n = 1284$ ) were classified as secondary traumatized; 7,8% showed severe symptoms. 5,5% (of  $n = 955$ ) had been suffering from symptoms for more than 6 months. Symptoms were reported in all psychiatric settings. Despite diverse me-

eingereicht 20.02.2017  
akzeptiert 24.04.2017

thodical limitations the results underline the relevance of secondary traumatization as occupational burden in psychiatric nursing. Not solely in psychiatric nursing it should be given more attention to this phenomenon as traumatized patients are not exclusively treated in psychiatric, but also in somatic contexts. This could not only be beneficial for staff, but also for patients.

### Keywords

Secondary traumatization, psychiatric nursing, health promotion, prevalence study

Bei sekundären Traumatisierungen handelt es sich um eine durch Schilderungen hervorgerufene Übertragung traumaassoziierter Symptome von primär traumatisierten Menschen auf andere Personen. Anhand einer Prävalenzstudie, die im Rahmen einer Masterarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) durchgeführt wurde, wurde dieses Phänomen bei psychiatrisch Pflegenden untersucht. Mittels eines validierten Fragebogens (FST©, Daniels 2006), der retrospektiv das Auftreten von Symptomen bezogen auf die gesamte Berufstätigkeit überprüfte, wurden 21,3% der Gesamtstichprobe ( $n = 1284$ ) als sekundärtraumatisiert klassifiziert; 7,8% verfügten über eine schwere Symptomatik. Bei 5,5% (von  $n = 955$ ) hielten die Reaktionen länger als sechs Monate an. Symptome wurden in allen psychiatrischen Settings berichtet. Die Ergebnisse der Studie zeigen trotz diverser methodischer Limitationen, dass es sich bei der sekundären Traumatisierung um eine relevante berufsbedingte Belastung in der psychiatrischen Pflege handelt. Da traumatisierte Menschen nicht nur in psychiatrischen, sondern auch somatischen Kontexten behandelt werden, ist dem Phänomen nicht nur in der psychiatrischen Pflege Aufmerksamkeit zu schenken. Dies würde nicht nur den Pflegenden, sondern auch den Patienten zugutekommen.

### Schlüsselwörter

Sekundäre Traumatisierung, Psychiatrische Pflege, Gesundheitsförderung, Prävalenzstudie

## 1. Hintergrund<sup>1</sup>

Mit den Worten „There is a cost to caring“ (Figley 1995: 1) beschrieb C.R. Figley 1995 als einer der ersten Autoren eine Auswirkung, die bei professionell Helfenden mit dem Hören von belastenden Geschichten einhergehen kann: die sekundäre Traumatisierung (ST). Bei dieser handelt es sich um eine Übertragung von trauma-assoziierten Symptomen, deren Erforschung sich aufgrund der Geschichte der Psychotraumatologie erst in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts etabliert hat (Lemke 2010: 28).

### Begriffe und Definition

In der Literatur werden für die Beschreibung des Phänomens mehr als 20 unterschiedliche Begriffe verwendet, die von Lemke (2010) aufgeführt und erläutert sind. Lemke unterteilt die vorhandenen Begriffe in Kernbegriffe (Secondary traumatic stress disorder

1 Von Seiten der Autorinnen liegen keine Interessenskonflikte vor.

der, Compassion Fatigue bzw. Mitgeföhlerschöpfung, stellvertretende Traumatisierung, Burnout und Gegenübertragung) und Randbegriffe (z. B. Psycheache, Contact Victimization, PTSD Transmission, Empathic Traumatization, Crossover, Déformation Professionnelle), die er aufgrund der „Begriffs-Inflation“ (Lemke 2010: 36) wiederum in vier Begriffsgruppen strukturiert. Alle Begriffe stehen im Zusammenhang mit der sekundären Traumatisierung, weisen aber im Detail auch Unterschiede untereinander auf.

Neben der Begriffsvielfalt existieren auch verschiedene Definitionen und Risikogruppen. So kann eine ST nicht nur im professionellen Zusammenhang entstehen, sondern auch im nicht-professionellen z. B. familiären Kontext. Andreatta et al. (2010) und Sendera et al. (2013) führen Ersthelfende wie Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst als Risikogruppe einer ST auf. An anderer Stelle werden die trauma-assoziierten Symptome der Ersthelfenden jedoch eindeutig einer primären Traumatisierung bzw. einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zugeschrieben, der ein eigenes zufälliges Trauma kürzerer Dauer (akzidentelles Typ-I-Trauma, z. B. schwere Verkehrsunfälle, kurzzeitige Naturkatastrophen) zugrunde liegt (z. B. Daniels 2008).

Um – ausgehend von der Vielfalt der Definitionen der ST – im Projekt eine einheitliche Perspektive einzunehmen, wurde für die hier beschriebene Studie auf die Definition von Daniels zurückgegriffen, die mehrere Forschungsarbeiten zu dem Thema publiziert hat. Sie definiert die ST als „*Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas, sowie mit (zumeist größerer) zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht*“ (Daniels 2006: 2). Dementsprechend handelt es sich bei der projektbezogenen Arbeitsdefinition um eine Traumatisierung von Pflegenden, die durch Schilderungen traumatischer Erlebnisse von Patienten/-innen gegenüber dem Pflegepersonal erfolgt.

Diese Art der Traumatisierung ist jedoch nicht ausschließlich im psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Kontext zu verorten, da bei 50-100% der Patient/-innen mit PTBS komorbide Störungen vorliegen, die z. B. auch Somatisierungsstörungen und Herz-Kreislaufkrankungen umfassen (Maercker 2013: 30). Darüber hinaus wird ein auffallender Zusammenhang zwischen chronischer PTBS und körperlichen Krankheiten sowie einer ausgeprägten Nutzung medizinischer Einrichtungen beschrieben (Maercker 2013: 31). Überdies können schwere somatische Erkrankungen, wie beispielsweise Krebs oder medizinische Eingriffe, von den Betroffenen als traumatisierend erlebt werden und zu einer PTBS-Symptomatik führen (Köllner 2013: 441ff.). Demzufolge kann das Gesundheitspersonal in verschiedenen klinischen und ambulanten Fachbereichen mit traumatischen Erlebnissen von Patienten/-innen konfrontiert werden.

### **Symptome und Auswirkungen**

Basierend auf neuropsychologischen Prozessen wird Daniel (2007) zufolge eine ST durch die Übernahme traumaassoziiierter Symptome von primär traumatisierten Men-

schen verursacht (Daniels 2007). Sie äußert sich durch akute und längerfristige Anzeichen, die den Symptomen von primär traumatisierten Menschen (z. B. im Rahmen einer PTBS) ähneln. Neben den Hauptsymptomen Vermeidung, Intrusionen (Wiederhallerinnerungen) und Hyperarousal (Übererregung) können Symptome wie depressive Verarbeitung und eine beeinträchtigte Balance zwischen Arbeit und Erholung auftreten (Daniels 2008). Ebenso sind Angst und ein pseudopsychotisches Bedrohungserleben beobachtbar, das sich trotz des vorhandenen Realitätsbezugs in gesteigertem Sicherheitsverhalten ausdrückt. Auch Substanzmissbrauch wird als Symptom beschrieben und als Copingstrategie zur Regulierung der Hyperarousalsymptomatik erklärt (Daniels 2008).

Eine ST kann sich über die akuten Symptome hinaus längerfristig auf die Gefühlswelt und das Verhalten auswirken (Andreatta et al. 2010: 49ff.). Dementsprechend zeigt sich laut Andreatta et al. auf der körperlichen Ebene vor allem eine typische Stresssymptomatik (z. B. Erschöpfung, Müdigkeit, innere Unruhe), auf der sozialen Ebene vor allem Misstrauen und Rückzug. Auf der emotionalen Ebene zeichnet sich eine ST längerfristig durch Leere, verstärkte Scham- und Schuldgefühle, Wut, Gefühlsschwankungen und/oder (diffuse) Angst aus (Andreatta et al. 2010: 56). Auch im beruflichen Kontext können Rückzugstendenzen auftreten, die sich dahingehend äußern, dass der Kontakt zu traumatisierten Patienten/-innen und das Sprechen über traumatische Inhalte vermieden werden (Deighton et al. 2007).

Eine ST kann im Sinne eines Posttraumatic Growth (PTG), eines posttraumatischen Wachstums, aber auch mit positiven Folgen einhergehen (Andreatta et al. 2010: 57, Arnold et al. 2005). Tedeschi et al. (1995), die sich in den Anfängen der Traumaforschung mit PTG von primär traumatisierten Menschen auseinandergesetzt haben, beschreiben bei erfolgreichem Coping einen Zuwachs von (Lebens-) Weisheit und eine Steigerung von Lebensqualität.

### **Kuration, Prävention und Gesundheitsförderung**

In der Fachliteratur wird u. a. durch Daniels (2007) und Geller et al. (2004) klar formuliert, dass Helfer/-innen mit ST-Symptomatik Hilfe benötigen. Vor allem für die ST-Prävention und Resilienzförderung existieren im englischsprachigen Raum spezifische Konzepte (z. B. Berceci et al. 2006, Geller et al. 2004), die über allgemeine Empfehlungen hinausgehen.

Einen Fokus auf Pflegende richten Gates et al. (2008). Sie betonen, dass kurative und präventive Interventionen immer an der Pflegeperson als Individuum (Verhaltensprävention) und an der Organisation (Verhältnisprävention) ansetzen sollten. Sie verdeutlichen die Notwendigkeit von Informationen über die Existenz, Symptome und Risikofaktoren von ST, um als Grundlage der Prävention ein Bewusstsein für ST zu schaffen.

Laut Gates et al. (2008) kann im Rahmen von gezielter Prävention und Gesundheitsförderung einerseits die Gefahr bestehen, dass Pflegende davon ausgehen, auf-

grund ihrer Professionalität gegen ST immun zu sein, und andererseits, dass sie durch bereits bestehende Symptome vermeidend oder emotional taub auf das Thema reagieren. Hensel et al. (2015) vermuten unabhängig von Berufsgruppen, dass es schwer sein könnte, die Personen zu identifizieren, die das höchste Risiko für die Entwicklung einer ST haben, weil das Sprechen über persönliche Details Vertraulichkeit und einen gesicherten Arbeitsplatz voraussetzt.

### **Aktueller Forschungsstand**

Obleich sekundäre Traumatisierungen bereits seit Jahrzehnten bei unterschiedlichen Berufsgruppen (z. B. Psychotherapeuten/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Seelsorger/-innen, Dolmetscher/-innen, Journalisten/-innen) als Risiko thematisiert und wissenschaftlich erforscht werden (z. B. Daniels 2008, Roberts et al. 2003, Engstrom et al. 2010, McMahon 2001), wird das Phänomen in der (psychiatrischen) Pflege wenig diskutiert. Dies zeigt sich sowohl im praktischen Kontext als auch im Zusammenhang mit Forschungsaktivitäten im deutsch- und englischsprachigen Raum.

Zur Vorbereitung des Projektes erfolgte aufbauend auf einem systematischen Review von Beck (2011), das die Studienlage hinsichtlich sekundärer Traumatisierungen in der Pflege untersuchte und keine Studie mit dem Fokus auf psychiatrisch Pflegende im englischsprachigen Raum ausfindig machte, eine systematische Literaturrecherche. Diese wurde unter Verwendung der teilweise trunkierten Schlagwörter „secondary traumati\*“ AND „psychiatric nurs\*“ AND „prevalence“ in den Datenbanken PsycInfo, CINAHL und PubMed für den Zeitraum durchgeführt, der nicht von Beck (2011) berücksichtigt wurde (2011 bis 2016).

Die Recherche führte zu einer Studie von Mangoulia et al. (2015), die das Phänomen unter psychiatrisch Pflegenden in Griechenland untersuchte. In dieser deskriptiven Studie wurden bei 174 psychiatrisch Pflegenden neben demografischen Daten und arbeitsbezogenen Charakteristika anhand des ProQOL R-IV (Stamm, 2005) die Prävalenz von Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction und Burnout erhoben. Im Ergebnis wiesen 44,8% der Befragten hohe und 43,7% mittlere Werte hinsichtlich Compassion Fatigue auf. Darüber hinaus zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Compassion Fatigue und Burnout. Neben der methodischen Kritik lassen sich die Ergebnisse von Mangoulia et al. (2015) aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen (z. B. Qualifikationen, Aufgabenprofil, Organisationskultur) ausschließlich unter großen Vorbehalten auf die psychiatrische Pflege in Deutschland übertragen.

Im deutschsprachigen Raum lieferte eine standardisierte Online-Befragung, in der das ST-assoziierte Symptomausmaß retrospektiv erhoben wurde, bereits 2010 erste Ergebnisse zur ST-Prävalenz unter psychiatrisch Pflegenden (Daniels 2010). Die Stichprobe der Studie umfasste insgesamt 189 Personen z. B. aus der Sozialarbeit, der Ergotherapie und der psychiatrischen Pflege und wies im Mittel einen Summenwert auf, der mit  $M = 61,32$  mehr als 3 Punkte unterhalb des Schwellenwertes für eine ST lag. 39,5% der Stichprobe ( $n = 185$ ) wurden als sekundärtraumatisiert klassifiziert, wobei von die-

sen ca. zwei Drittel eine moderate und ca. ein Drittel eine schwere Symptombelastung aufwiesen. Diese multiprofessionell angelegte Online-Erhebung zeigte erstmals, dass im interprofessionellen Team unter psychiatrisch Pflegenden und anderen Berufsgruppen eine ähnlich hohe ST-Prävalenz wie bei Psychotherapeuten/-innen vorliegt (Daniels 2010). Ausgehend von diesen Studien, die sich einerseits auf das interprofessionelle Team beziehen und andererseits einige methodischer Limitationen vorweisen, scheint es umso bedeutsamer, die Pflege als die größte Berufsgruppe in der Psychiatrie hinsichtlich der Prävalenz der ST monoprofessionell zu erfassen.

Laut Daniels (2010) erwies sich die dissoziative Verarbeitung als ein hochsignifikanter Prädiktor für die berichtete Belastung. Hensel et al. (2015) führen in einer Meta-Analyse die eigene Vortraumatisierung und drei Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Caseload stehen („caseload ratio“, „caseload volume“ und „caseload frequency“, Hensel et al. 2015: 86), als Einflussgrößen auf. Die soziale Unterstützung und die Unterstützung am Arbeitsplatz wurden demgegenüber als Schutzfaktoren für die Entstehung einer ST nachgewiesen.

Auch diese Ergebnisse lassen sich aufgrund der Besonderheiten der Stichprobe und der breit gefächerten Fachgebiete nicht gänzlich auf Pflegende übertragen. Folglich bestand für psychiatrisch Pflegenden in Deutschland sowohl in Bezug auf die Prävalenz als auch in Bezug auf die Risikofaktoren weiterer Forschungsbedarf.

### **Wissenschaftliche Zielsetzung**

Da die Implementierung von ST-spezifischer Prävention und Gesundheitsförderung einen Nachweis der Relevanz voraussetzt, erwies es sich folglich als indiziert, das Belastungserleben und die Prävalenz bzw. die Symptombelastung bei psychiatrisch Pflegenden zu erheben. Somit wurde mit der Studie das primäre Ziel verfolgt, die Periodenprävalenz von ST bei psychiatrisch Pflegenden, bezogen auf deren Berufstätigkeit, zu erfassen. Die sekundäre Zielsetzung bestand in der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Symptombelastung und settingbezogenen Spezifika, um bisherige Forschungsergebnisse in Bezug auf Risikofaktoren zu ergänzen. Dementsprechend lagen der Studie drei Forschungsfragen zugrunde:

- Wie viele psychiatrisch Pflegenden haben sich im Laufe ihrer Berufstätigkeit durch das Hören von Geschichten/Berichten bereits belastet gefühlt?
- Wie viele psychiatrisch Pflegenden weisen im Laufe ihrer Berufstätigkeit eine sekundäre Traumatisierung auf?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen dem psychiatrischen Setting und der ST-Prävalenz bzw. dem ST-assoziierten Symptomausmaß psychiatrisch Pflegender?

## 2. Methodisches Vorgehen

### Design

Abgeleitet von der Hauptforschungsfrage zur Prävalenz von ST bei psychiatrisch Pflegenden bot sich das Forschungsdesign einer Querschnittsstudie an. Im Fokus dieser stand eine Belastungssituation, die anhand eines Screening-Instruments ermittelt wurde. Da hierbei eine zurückliegende Zeitspanne erfragt wurde, entspricht dies der Erfassung der retrospektiven Periodenprävalenz (Wittchen et al. 2011: 80). Die Daten wurden durch eine schriftliche standardisierte Befragung gewonnen.

### Stichprobe und Feldzugang

Die angezielte Stichprobe bestand aus psychiatrisch Pflegenden, die seit mindestens einem Vierteljahr in der psychiatrischen Pflege in Deutschland arbeiten (Einschlusskriterium). Der Kontakt zu psychisch traumatisierten Menschen und gute deutsche Sprachkenntnisse wurden vorausgesetzt. Das psychiatrische Setting wurde für den Feldzugang genutzt und zwei Strategien der Rekrutierung angewendet:

*Online-Befragung:* es erfolgte ein Aufruf zur Teilnahme über die Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP-Newsletter), über eine elektronische Adressdatenbank, für die bundesweit Multiplikatoren/-innen (Pflegedienstleitungen, Professuren etc.) recherchiert wurden, sowie über ein soziales Netzwerk (Facebook). Der Aufruf beinhaltete ein standardisiertes Anschreiben mit Informationsmaterial und die Zugangsdaten für die Online-Befragung.

*Paper-Pencil-Variante:* nach Zustimmung der zuständigen Personalräte bzw. Mitarbeitervertretungen wurden drei Kliniken in Nordrhein-Westfalen, je eine Klinik in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz sowie ein ambulanter psychiatrischer Pflegedienst in Baden-Württemberg und eine nordrhein-westfälische Fachhochschule mit Studierenden, die in der psychiatrischen Pflege tätig sind, einbezogen. Die Kontaktaufnahme in den Kliniken erfolgte über die Pflegeleitungen. Die Pflegenden erhielten jeweils ein Fragebogenpaket (Fragebogen, Informationsmaterial, Rücksendeumschlag) und eine Information zu den aufgestellten gesicherten Sammelboxen für die Antwortkuverts.

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte im Rahmen einer Gelegenheitsstichprobe, was durch den nicht-probabilistischen Charakter zu einer geringen Repräsentativität der gewonnenen Daten führt (Döring et al. 2016: 307). Um dem entgegenzuwirken, wurde die Rekrutierung über die o. g. verschiedenen Feldzugänge vorgenommen, eine freiwillige und anonyme Teilnahme gewährleistet und eine Stichprobenkalkulation anhand der angenommenen Gesamtpopulation psychiatrisch Pflegender in Deutschland (Rixe 2016) durchgeführt, die nach der Formel von Berekhoven et al. (zitiert in Mayer 2013: 66) einen Rücklauf von  $n \geq 400$  ausgefüllten Fragebögen empfahl.

## Datenerhebung

Der standardisierte Fragebogen zur Erhebung der Daten bestand aus drei Teilen. Den Kernteil bildete das derzeit im deutschen Sprachraum gut validierte und frei zugängliche Instrument von Daniels (2006) zur Messung sekundärer Traumatisierungen. Der Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung© (FST©) wurde auf Grundlage von Ergebnissen einer qualitativen Studie nach der Methode der Grounded Theorie von Daniels (2006: 33ff.) entwickelt, deren Kategorien in ein standardisiertes Instrument überführt wurden. In einer ersten Evaluation wurde der FST mit guten Gütekriterien belegt (Daniels 2006: 150ff.) und in Folgeuntersuchungen als reliables und valides Instrument mit exzellenter interner Konsistenz ( $\alpha = .94$ ) evaluiert (Weitkamp et al. 2014). Andere Instrumente, die bei Bride et al. (2007) ausführlich dargestellt werden und zur Erhebung sekundärer Traumatisierungen herangezogen werden könnten (SSTS (Bride et al. 2004), ProQOL (Stamm 2005), CFST (Figley 1995), etc.), wurden u. a. aufgrund nicht vorhandener oder fragwürdiger Übersetzungen ins Deutsche ausgeschlossen.

Der FST nach Daniels (2006) besteht aus 31 Items in fünfstufiger Ratingskala zur Überprüfung der aktuellen Belastung durch eine ST. In fünf Subskalen werden das Intertrusionserleben, das Vermeidungsverhalten, die Hyperarousalsymptomatik, das parapsychotische Bedrohungsgefühl und komorbide Symptome einer PTBS erfragt. Das Antwortformat richtet sich nach Auftretenshäufigkeiten (von nie = 1 bis sehr oft = 5) und wird als Punktwert in einen Summenscore überführt, der mit aufsteigenden Werten Aufschluss über den Schweregrad einer ST gibt (bis 64 Punkte = nicht sekundärtraumatisiert; 65 – 82 Punkte = moderat sekundärtraumatisiert, über 83 Punkte = schwer sekundärtraumatisiert). Es können Summenwerte von minimal 31 bis maximal 155 Punkten erreicht werden.

Je nach Ausrichtung der Instruktion zum Einstieg in den Fragebogen ermöglicht der FST sowohl eine Erhebung der Punktprävalenz als auch der Periodenprävalenz. Zur Erfassung der auf die Berufstätigkeit bezogenen Periodenprävalenz wurde entsprechend die Lifetime-Version eingesetzt, in der retrospektiv die Symptome für die Woche mit der höchsten Belastung in einer vorgegebenen Zeitspanne (hier: die gesamte Berufstätigkeit) eingeschätzt wird. Die Nutzung des Instrumentes erfolgte in Absprache mit der Fragebogenentwicklerin, an die sich die Teilnehmer/-innen der Studie, wie im Informationsmaterial empfohlen, über ihre Homepage ([www.sekundaertraumatisierung.de](http://www.sekundaertraumatisierung.de)) bei Bedarf wenden konnten.

Der FST wurde eingerahmt von einem einführenden standardisierten Fragebogenteil mit sieben soziodemographischen Fragen und einem abschließenden Fragebogenteil mit zwölf standardisierten Fragen zum psychiatrischen Setting bzw. zur Arbeitsplatzsituation. Einige dieser Fragen verfügten über eine offene Antwortkategorie „sonstiges“, um freie, im Vorfeld nicht abschätzbare Antworten zu ermöglichen. In der Überleitung des ersten Fragebogenteils zum FST wurde die Filterfrage formuliert: „Haben Sie sich schon einmal durch das Hören von Geschichten belastet gefühlt?“, bei deren Verneinung ein Ausfüllen des FST nicht nötig war. Eine offene Frage am Ende



der Befragung ermöglichte es den Teilnehmer/-innen, eigene Gedanken und Hinweise zu formulieren.

Da der Fragebogen sensible Fragen enthält (z. B. „Ich habe häufiger als sonst an meine eigene traumatische Geschichte gedacht oder davon geträumt“; „Ich habe an Suizid gedacht“) und das Ausfüllen des Fragebogens eine Auseinandersetzung mit ggf. belastenden Erinnerungen verursacht, wurde vor der Datenerhebung das Votum einer Ethikkommission eingeholt. Neben dem eingesetzten Erhebungsinstrument begutachtete die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der MLU die methodische Planung sowie die Informationsmaterialien und befürwortete diese Studie mit Votum vom 12. April 2016.

Die Datenerhebung in beiden Rekrutierungsverfahren erstreckte sich über den Zeitraum vom Mai bis August 2016, wobei eine Beantwortung der Fragen innerhalb von 14 Tagen gewünscht wurde.

### **Datenanalyse**

In Vorbereitung der Analyse der Daten wurden alle schriftlich und online erhobenen Daten mithilfe der Statistiksoftware SPSS zusammengefügt. Es wurde eine Syntax programmiert, um das Datenmanagement bei Erweiterung des Datensatzes und ein Splitten der Datensätze zu erleichtern sowie die Mehrfachantworten-Sets entsprechend zu codieren.

Die Auswertung und Beantwortung der Fragestellungen erfolgte durch deskriptive Analysen. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge anhand von Kreuztabellen ermittelt. Da es sich um eine deskriptive Studie handelt, die nicht das Ziel der Hypothesenüberprüfung verfolgt, wurde auf Signifikanztests verzichtet. Die Ausprägung einer ST wurde nach den Vorgaben des Screening-Instruments ausgewertet. Alle Fälle, die die Filterfrage mit „nein“ beantwortet haben, wurden automatisch als nicht traumatisiert eingruppiert. Neben der Analyse der vorhandenen Daten wurde auch eine Non-Responder-Analyse durchgeführt, in der stichprobenartig Gründe erfragt wurden, warum sich psychiatrisch Pflegende gegen eine Teilnahme entschieden hatten.

## **3. Ergebnisse**

Die Daten aus beiden Befragungsvarianten wurden zusammengeführt und bereinigt. Entfernt wurden Fragebögen, die nicht die Einschlusskriterien erfüllten und Fragebögen, in denen mehr als 10% der Items nicht beantwortet wurden. Das vollständige Ausfüllen des integrierten FSTs wurde für die Auswertung des Summenscores vorausgesetzt.

Nach der Selektion gingen insgesamt 1284 Datensätze in die Auswertung ein (s. Abbildung 1).

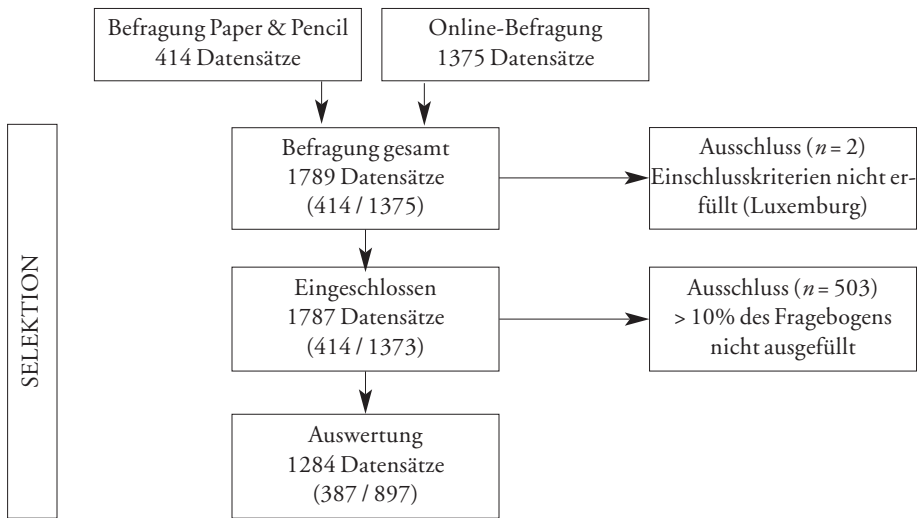


Abb. 1: Fluss-Diagramm der zusammengeführten Stichprobe für die Auswertung

## Die Stichprobe

Die Gesamtstichprobe ( $n = 1284$ ) setzte sich zu 30,1% aus der Erhebung per Paper-Pencil-Verfahren und zu 69,9% aus der Online-Erhebung zusammen. Sie bestand zu 61,2% aus weiblichen und zu 38,8% aus männlichen Personen.

Die Stichproben beider Befragungsvarianten wiesen hinsichtlich soziodemographischer Angaben deutliche Ähnlichkeiten auf. Mit 45,3% (von  $n = 1275$ ) war der größte Anteil der Gesamtstichprobe verheiratet, mit 80,8% stationär tätig (von  $n = 1281$ ) und befand sich mit 77,6% (von  $n = 1279$ ) zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Aus-, Fort- und Weiterbildung bzw. Studium. Mit 934 Personen verfügten 86,7% (von  $n = 1077$ ) der Stichprobe über eine (Gesundheits- und) Krankenpflegeausbildung. 468 gaben eine psychiatrische oder andere Fachausbildung an und 140 ein Studium im Gesundheits- und Pflegebereich. Lediglich bei der Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen gab es abweichende Modalwerte bei den unterschiedlichen Befragungsvarianten: so bestand der größte Anteil der teilnehmenden Personen, die Angaben zum Alter machten ( $n = 1279$ ), bei der Paper-Pencil-Variante mit 18,2% (von  $n = 384$ ) aus Pflegenden zwischen 26 und 30 Jahren, bei der Online-Befragung mit 19,9% (von  $n = 895$ ) aus Pflegenden zwischen 51 und 55 Jahren. Die Gruppe der Pflegenden  $\geq 61$  Jahre war in beiden Befragungsvarianten am wenigsten vertreten.

Gemessen an der Population der psychiatrischen Pflegenden in Deutschland ( $N = 47095$ , Rixe 2016), lässt sich feststellen, dass mit 1276 Fragebögen, die Angaben zum Bundesland enthielten und in die Datenauswertung eingingen, 2,7% aller psychiatrisch Pflegenden in Deutschland an der Studie beteiligt waren. Sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch in Rheinland-Pfalz lag die Teilnahmequote mit je 5,1% anteilig sehr hoch, in Brandenburg und dem Saarland hingegen mit weniger als 1% Beteiligung vergleichsweise niedrig.

Im Rahmen der Non-Responder-Analyse wurden von nicht-teilnehmenden Pflegekräften u. a. mangelndes Interesse am Thema, fehlende Zeitressourcen und personalpolitische Gründe angeführt. Ein Pflegedirektor einer Klinik formulierte z. B., dass sich prinzipiell gegen eine Beteiligung an externen Studien ausgesprochen wurde.

### Subjektives Belastungserleben

74,6% der gesamten Stichprobe ( $n = 1284$ ) haben sich bereits mindestens einmal durch das Hören von Geschichten belastet gefühlt. Von denjenigen, die sich bereits einmal belastet gefühlt und die Frage nach dem Geschlecht beantwortet haben, waren mit 65,5% (von  $n = 1210$ ) fast zwei Drittel dieser Subgruppe weiblich.

Mit 82,4% (von  $n = 188$ ) gab die Alterskategorie der 46 bis 50-Jährigen am häufigsten ein subjektives Belastungserleben durch das Hören von Geschichten an, bei der jüngsten Alterskategorie betraf dies lediglich 61,8% (von  $n = 89$ ) und bei der ältesten 65,8% (von  $n = 38$ ). Mit 86,0% (von  $n = 57$ ) lag der größte Anteil der bereits erlebten Belastung durch das Hören von Geschichten bei den Pflegenden, die angaben, teilstationär zu arbeiten. Von den stationär arbeitenden Pflegekräften gaben 73,0% (von  $n = 1035$ ) ein Belastungserleben durch Hören von Schilderungen traumatischer Erfahrungen an.

### Sekundäre Traumatisierungen

Eine ST ließ sich bei 21,3% der Stichprobe ( $n = 1284$ ) klassifizieren (s. Abbildung 2). Von den sekundärtraumatisierten Personen verfügten rückblickend mit 36,5% (von  $n = 274$ ) mehr als ein Drittel über eine schwere Symptombelastung. Mit 78,7% (von  $n = 1248$ ) wies der größte Anteil der Stichprobe keine ST im Laufe der Berufstätigkeit auf. Diese Gruppe setzte sich aus Fällen zusammen, die ein Belastungserleben bei der Filterfrage verneinten (25,4%), und Fällen, die retrospektiv eine Symptombelastung unter dem Cut-Off-Wert von 65 angaben (53,3%).

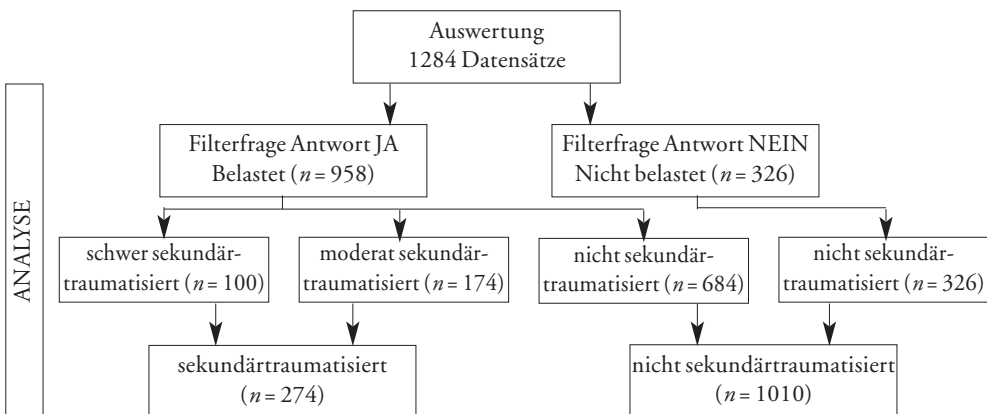


Abb. 2: ST-Prävalenz (absolute Häufigkeiten)

Wie Tabelle 1 zeigt wies der FST-Summenscore in der Stichprobe mit einer Spannweite von  $R = 102$  zwischen  $x_{\min} = 32$  und  $x_{\max} = 134$  ein arithmetisches Mittel von  $M = 57,4$  und eine Standardabweichung von  $SD = 17,94$  auf. Der Median unterteilte die Summenscores bei  $Md = 54$  in zwei Hälften, der Quartilabstand betrug  $Q_A = 23$ .

Mittelwert	57,40	
Standardfehler des Mittelwertes	,58	
Median	54,00	
Modus	41,00	
Standardabweichung	17,94	
Spannweite	102,00	
Minimum	32,00	
Maximum	134,00	
Perzentile	25	43,00
	50	54,00
	75	66,00

Bei 52,4% der Personen, die die Filterfrage mit „ja“ beantworteten und anschließend den FST ausfüllten ( $n = 955$ ), hielten die ST-assoziierten Symptome bis zu vier Wochen an. 11,8% berichteten eine Symptombdauer zwischen vier und zwölf Wochen, 3,7% eine Symptombdauer zwischen drei und sechs Monaten. Bei 5,5% hielten die Symptome länger als sechs Monate an und deuten auf eine Chronifizierung hin.

Tab. 1: Lokalisations- und Dispersionsparameter des FST-Summenscores

### Sekundäre Traumatisierungen in den Settings der psychiatrischen Pflege

In allen Settings (z. B. ambulant / teilstationär / stationär, Kinder- und Jugendpsychiatrie / Erwachsenenpsychiatrie / Gerontopsychiatrie / Forensik) war das berichtete Ausmaß der Symptombelastung so hoch, dass sekundäre Traumatisierungen zu klassifizieren waren. Das Phänomen ST zeigte sich somit in allen Settings, in denen psychiatrisch Pflegenden tätig sind.

Der Anteil von sekundärtraumatisierten Personen war u. a. mit 33,3% bei den Pflegekräften, die eine Belastungsphase im teilstationären Berufsfeld beschrieben ( $n = 36$ ), und mit 33,7% bei den Pflegekräften mit einem Belastungserleben im forensischen Arbeitsbereich ( $n = 92$ ) am höchsten. Den größten Anteil von schwer sekundärtraumatisierten Personen wies mit 16,7% wiederum die Subgruppe der teilstationär arbeitenden Pflegekräfte ( $n = 36$ ) auf. Auch das arithmetische Mittel des Summenscores lag bei diesen Pflegekräften mit  $M = 59,44$  ( $SD = 19,29$ ) mehr als 2 Punkte über dem des Gesamt-Summenscores ( $M = 57,4$ ).

## 4. Ergebnisdiskussion

Die wissenschaftlichen Fragestellungen konnten anhand der Studie beantwortet werden. Bei der Ergebnisinterpretation müssen jedoch diverse Limitationen berücksichtigt werden, die mit dem Studiendesign, der Stichprobenart und den Erhebungsverfahren einhergehen. So liefern die erhobenen Daten zwar Hinweise zu potenziellen Assoziationen, lassen aber keine Rückschlüsse auf zeitliche oder kausale Zusammenhänge

zu (Behrens et al. 2010: 196). Die wirtschaftliche und leichte Handhabbarkeit der gewählten Form der Datenerhebung und -analyse ist hingegen als Vorteil zu betrachten, der die Chance bietet, effektiv und schnell Zusammenhänge zwischen Merkmalen zu untersuchen (Polit et al. 2012: 191).

Trotz der Stichprobengröße muss die Repräsentativität der Stichprobe aufgrund der Art der Gewinnung von Teilnehmenden und der Art der Befragung kritisch betrachtet werden. Durch die passive Rekrutierung für die Online-Befragung ist von einer Selbstselektion der Stichprobe auszugehen, durch die die Repräsentation der Gesamtpopulation nicht einzuschätzen ist (vgl. Döring et al. 2016: 415). Um dieser Selbstselektion entgegenzuwirken und die Stichprobenqualität zu verbessern, wurde durch die Kombination von unterschiedlichen Befragungsvarianten und von aktiver und passiver Rekrutierung ein Mixed-Mode-Design eingesetzt, das den Vorteil bietet, die Nachteile der Befragungsarten zu kompensieren (Jacob et al. 2013: 118). Neben der Befragungsart wirkt sich auch die Art der Stichprobe auf die Repräsentativität aus (Döring et al. 2016: 631). Da es sich um eine non-probabilistische Gelegenheitsstichprobe handelt, ist mit Verzerrungen im Vergleich zur Gesamtpopulation zu rechnen (ebd.). Somit sind Parameterschätzungen mittels inferenzstatistischer Verfahren trotz des Stichprobenumfangs nur eingeschränkt aussagekräftig. Folglich wurden die Datensätze deskriptiv ausgewertet und auf statistische Tests verzichtet.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass die analysierten Daten aufgrund der Datenselektion ausschließlich aus Fällen bestehen, die mindestens 90% des Fragebogens ausgefüllt hatten. Dieses Ausschlussverfahren kann eine Verzerrung der Ergebnisse und entsprechend eine Unter- oder Überschätzung der ST-Prävalenz in der Stichprobe bewirkt haben. Gleiches gilt in Bezug auf den Ausschluss unvollständig ausgefüllter FSTs. Da imputations- oder modellbasierte Verfahren als Strategien zur Berechnung fehlender Werte jedoch ausschließlich eine Schätzung fehlender Werte liefern, wurde darauf verzichtet. Nicht auszuschließen sind weitere Aspekte eines Selektions-Bias. So wurden vermutlich nur Personen erreicht, die noch immer im psychiatrischen Kontext arbeiten. Davon ausgehend, dass sehr stark belastete Pflegekräfte eventuell die psychiatrische Pflege verlassen, könnte dies zur Folge haben, dass die ST-Prävalenz unterschätzt wird. Ebenso ist nicht auszuschließen, dass durch den Einsatz einer Filterfrage die Ergebnisse verzerrt sind und Personen z. B. aufgrund von wirkungsvollen Verdrängungsmechanismen frühzeitig aus der Befragung ausgestiegen sind. Darüber hinaus ist von Retrospektionseffekten (Recall-Bias) auszugehen, da die Belastungsphase rückwirkend erfragt wurde. Der Recall-Bias wird jedoch dadurch abgeschwächt, dass ausschließlich bei 29,0% der Stichprobe ( $n = 858$ ) die Belastungsphase länger als 5 Jahre zurücklag, bei 38,4% (von  $n = 858$ ) sogar weniger als 1 Jahr.

Nahezu zwei Drittel der gesamten Stichprobe haben sich bereits durch das Hören von Schilderungen traumatischer Erlebnisse der Patienten/-innen belastet gefühlt. Auffällige Unterschiede hinsichtlich des subjektiven Belastungserlebens zeigten sich u.a. in Bezug auf die Alterskategorien. So wurde von der jüngsten und der ältesten Al-

terskategorie auffällig häufig angegeben, sich noch nicht belastet gefühlt zu haben. In Bezug auf die jüngste Kategorie erscheint dies nachvollziehbar, weil davon auszugehen ist, dass diese aufgrund der Kürze der bisherigen Berufstätigkeit seltener Situationen ausgesetzt waren, in denen sie mit Traumamaterial konfrontiert waren. Für die älteste Kategorie können nur Vermutungen angestellt werden, die einerseits auf die Bereitschaft von Menschen im höheren Erwachsenenalter, die bereits Symptome einer ST zeigen, zur Teilnahme an derartigen Befragungen abzielen. Andererseits kann gemutmaßt werden, dass die Personen mit höherer Symptombelastung bereits vor Erreichung dieses Alters einen anderen Wirkungskreis gewählt haben und somit ein *Healthy-Worker-Effect* verursacht wurde. Dieser wird seit Jahrzehnten vor allem bei epidemiologischen Studien diskutiert (z. B. Arrhigi et al. 1994, Picciotto et al. 2015) und geht mit einer Selektions-Verzerrung einher. Anzumerken ist, dass beide Kategorien in der Gesamtstichprobe durch weniger als 100 Personen repräsentiert wurden. Aufgrund der vergleichsweise geringen Substichproben in diesen Altersgruppen sind hier weitere Untersuchungen abzuwarten.

Mit 21,3% wiesen – trotz der häufig angegebenen Belastung durch das Hören von entsprechenden Patientenerfahrungen – weniger als ein Viertel aller psychiatrisch Pflegenden, die sich an der Studie beteiligt haben, im Laufe ihres Berufslebens eine ST auf. Von diesen verfügten mit 63,5% knapp zwei Drittel über ein Symptomausmaß, durch das sie als moderat sekundärtraumatisiert zu klassifizieren waren. Mit 36,5% erreichte über ein Drittel der sekundärtraumatisierten Personen Summenwerte über 83 und verfügte somit im Laufe der Berufstätigkeit bereits mindestens einmal über eine schwere Symptomatik. Dies bedeutet, dass sich zwar sehr viele Personen schon einmal durch die Schilderungen traumatischer Erlebnisse belastet gefühlt haben, dass aber nur jede fünfte psychiatrische Pflegekraft Summenwerte erreicht, durch die eine ST zu klassifizieren ist. Dennoch zeigt dieses Ergebnis, dass sich Pflegenden unabhängig vom Vorliegen einer ST durch Schilderungen traumatischer Inhalte so häufig belastet fühlen, dass unterstützende Strategien zur Entlastung als ST-Prävention in Erwägung gezogen werden sollten. Darüber hinaus belegen die Ergebnisse, dass auch psychiatrisch Pflegenden eine Risikogruppe für die Entwicklung einer ST darstellen und dass es sich in der psychiatrischen Pflege um eine relevante arbeitsbedingte Belastung handelt.

Mit einem ST-Anteil von 21,3% der Stichprobe unterscheidet sich das Ergebnis deutlich von den bisher vorliegenden Prävalenzraten von psychiatrisch Pflegenden (39,5%), die mithilfe des FSTs durch Daniels (2010) erfasst wurden. Die stark differierenden Ergebnisse lassen sich sowohl an den Häufigkeitsverteilungen als auch anhand eines Vergleichs der Mittelwerte beobachten. So liegt der Mittelwert des Summenscores dieser Studie mit  $M = 57,4$  ( $SD = 17,94$ ) mit knapp 4 Punkten deutlich unter dem von Daniels errechneten Mittelwert ( $M = 61,32$ ,  $SD = 18,86$ ). Parallelen bestehen jedoch hinsichtlich der Symptomschwere: So teilt sich in beiden Studien die Gruppe der Sekundärtraumatisierten in etwa zwei Drittel moderat sekundärtraumatisierter und ein Drittel schwer sekundärtraumatisierter Personen. Bei dem Vergleich der Ergebnisse ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass Daniels (2010) Stichprobe ( $n = 189$ ) berufsübergreifend angelegt war. Ihre Erhebung erfolgte ausschließlich online und beinhaltete

te keine Filterfrage. Folglich ist ein (Selbst-)Selektions-Bias nicht auszuschließen. Dementsprechend ist auch bei Daniels Stichprobe unklar, ob sie die Gesamtpopulation der psychiatrisch Pflegenden repräsentiert.

Darüber hinaus kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die Ergebnisse dieser Studie, die tatsächliche ST-Prävalenz von psychiatrisch Pflegenden unterschätzt wird. So stellt die Vermeidung traumaassoziierter Reize eines der Hauptsymptome einer ST dar. Somit kann sowohl eine Nicht-Teilnahme an der Studie als auch das Verneinen bzw. Bagatellisieren von Belastung auf diesen Symptomkomplex zurückgeführt werden, da der Fragebogen mit einer Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten einhergeht. Diese Begründung lässt sich mit den von Gates et al. (2008) formulierten Vermutungen untermauern, dass sekundärtraumatisierte Pflegekräfte aufgrund bereits bestehender ST-Symptome vermeidend oder emotional taub auf das Thema ST reagieren. Bei einer Übertragung dieser Vermutung auf diese Studie kann davon ausgegangen werden, dass die Studienergebnisse die tatsächliche ST-Prävalenz unterschätzen. Da durch die Rekrutierungsstrategien ausschließlich Berufstätige angeschrieben wurden, kann eine Unterschätzung ebenfalls durch einen Healthy-Worker-Effekt verursacht worden sein, da besonders ST-belastete Personen ggf. das Berufsfeld verlassen haben. Die Teilnahme ausschließlich arbeitsfähiger, gesunder oder zumindest weniger belasteter Personen kann dementsprechend eine Selektions-Verzerrung und eine Unterschätzung der ST-Prävalenz bewirkt haben.

Hinsichtlich des psychiatrischen Settings sind u. a. die Häufigkeitsverteilungen im teilstationären Berufsfeld auffällig. Diese Subgruppe ist in der Stichprobe jedoch in so geringem Umfang vertreten, dass weiterführende Analysen und Interpretationen der Ergebnisse nicht sinnvoll erscheinen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die ST-Prävalenzraten psychiatrisch Pflegenden in unterschiedlichen Settings zwar leicht unterscheiden, dass aus der Studie jedoch kein psychiatrisches Setting hervorgeht, das frei von ST-assoziierter Symptombelastung ist. Da traumatisierte Patienten nicht nur in psychiatrischen Settings behandelt werden, kann das Thema auch in der Somatik und in weiteren gesundheitsbezogenen Betreuungs- und Behandlungsbereichen von Relevanz sein.

## 5. Fazit und Ausblick

Den vorhandenen Studienergebnissen entsprechend handelt es sich bei einer ST um eine relevante und ernstzunehmende gesundheitliche Beeinträchtigung, die laut dieser Untersuchung mit über einem Fünftel sekundärtraumatisierter Personen einen nicht kleinen Teil der Pflegenden belastet und mit einem Chronifizierungsrisiko einhergeht. Durch den Zusammenhang dieses Belastungserlebens mit der psychischen und physischen Gesundheit ist nicht nur die Lebensqualität der Pflegenden und ihre Leistungsfähigkeit gefährdet, sondern auch in weiten Teilen die Beziehungsarbeit zu Patienten/-innen. Folglich sollte dem Thema mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und mehr Aufklärung erfolgen. Eine systemische Sensibilisierung hinsichtlich ST kann dabei

helfen, (potenzielle) Belastungsmomente frühzeitig zu identifizieren und entsprechende Strategien zur Prävention zu etablieren.

Für den kollegialen Austausch und das gegenseitige Verständnis der Kollegen/-innen untereinander sind Maßnahmen wie Supervision und Intervision (z. B. das Clinical Risk Management Team (CRMT) nach Geller et al. 2004) in Erwägung zu ziehen. Dies könnte sich auch hinsichtlich des subjektiven Belastungserlebens als hilfreiche Strategie erweisen. Für die Prävention und Gesundheitsförderung liefert die Studie konkrete Ansatzpunkte, die zur Vermittlung gezielter Copingstrategien herangezogen werden können und im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen in der (psychiatrischen) Pflege aufgegriffen werden sollten. Durch die Gesunderhaltung der professionell Helfenden kann auch die Versorgungsqualität der Patienten/-innen optimiert werden. Da neben potenziellen Ausfallzeiten aufgrund der Symptombelastung eine Vermeidung des Kontakts zu traumatisierten Patienten/-innen und Rückzugstendenzen von psychiatrisch Pflegenden erfolgen können, kann durch eine gezielte Unterstützung der Betroffenen ebenfalls eine positive Beziehungsgestaltung ermöglicht werden.

Bei zukünftigen Untersuchungen ist besonders von Interesse, wie es dem größeren Teil der in der Psychiatrie arbeitenden Pflegekräften gelingt, mit den häufig gehörten belastenden Erlebnissen so umzugehen, dass die eigene psychische Gesundheit erhalten bleibt. Diese Copingstrategien könnten z. B. im Rahmen von Resilienztrainings aufgegriffen werden. Wird dem Thema auch zukünftig keine Beachtung geschenkt, kann dies in Anbetracht der Prognose der zu versorgenden Patientengruppen im klinischen Kontext dazu führen, dass die Zahl der ST ansteigt. Dies wäre ein Preis, den es zu zahlen gilt, wenn Pflegendе oder andere Risikogruppen bei der empathischen Begleitung von Menschen, die viel Vertrauen und Sicherheit benötigen, nicht ausreichend unterstützt werden.

Aufgrund der aktuellen politischen Situation und dem antizipierten Versorgungsbedarf, der hinsichtlich traumatisierter Flüchtlinge entsteht, ist davon auszugehen, dass das Thema nicht nur für psychiatrisch Pflegendе, andere Berufsgruppen im Gesundheits- oder Sozialwesen oder Dolmetscher/-innen, sondern auch gesamtgesellschaftlich und gesundheitspolitisch an Bedeutung gewinnt.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd Ed.). Arlington: American Psychiatric Association
- Andreatta, P./Unterluggauer, K. (2010). Das Phänomen der sekundären Traumatisierung. In: Wagner, R. (Hrsg.): *Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen*. Bonn: bub, 47-60
- Arrighi, H.M. & Hertz-Picciotto, I (1994). The evolving concept of the healthy worker survivor effect. In: *Epidemiology* 5(2), 189-196.
- Arnold, D./Calhoun, L.G./Tedeschi, R./Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. In: *Journal of Humanistic Psychology* 45(2), 239-263
- Beck, C.T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. In: *Archives of Psychiatric Nursing* 25(1), 1-10



- Behrens, J./Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber
- Berceli, D./Napoli, M. (2006). A Proposal for a Mindfulness-Based Trauma Prevention for Social Work Professionals. In: *Complementary Social Practice Review* 11(3), 153-165
- Bride, B.E./Radey, M./Figley, C.R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. In: *Clinical Social Work Journal* 35, 155-163
- Bride, B.E./Robinson, M.R./Yegidis, B./Figley, C.R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice* 14, 27-35
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung- kritische Prüfung eines Konstruktes*. Universität Bielefeld: Dissertation
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In: *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin (ZPPM)* 5(3), Themenschwerpunkt Sekundäre Traumatisierung, 49-61
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung; Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Psychotherapeuten. In: *Psychotherapeut* 53(2), 100-107
- Daniels, J. (2010). Sekundäre Traumatisierung von Pflegerinnen und Pflegern. In: *Psych. Pflege Heute* 16(04), 202-205
- Deighton, R.M./Gurris, N./Traue, H. (2007). Factors effecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist s attitude to working with trauma relevant? In: *Journal of Traumatic Stress* 20(1), 63-75
- Döring, N./Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer
- Engstrom, D.W./Roth, T./Hollis, J. (2010). The Use of Interpreters by Torture Treatment Providers. In: *Journal of Ethic & Cultural Diversity in Social Work* 19(1), 54-76
- Figley, C.R. (1995) (Hrsg.): *Compassion fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized*. New York: Brunner-Routledge
- Freyberger, H.J. (2016). Komplexe Traumatisierungen. In: *Psychotherapeut* 61(3), 181-182
- Gates, D.M./Gillespie, G.L. (2008). Secondary Traumatic Stress in Nurses Who Care for Traumatized Women. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37(2), 243-249
- Geller, J.A./Madsen, L.H./Ohrenstein, L. (2004). Secondary Trauma: A Team Approach. In: *Clinical Social Work Journal* 32(4), 415-430
- Hensel, J.M./Ruiz, C./Finney, C./Dewa, C.S. (2015). Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. In: *Journal of Traumatic Stress* 28(2), 83-91
- Jacob, R./Heinz, A./Décioux, J.P. (2013.). *Umfrage: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung* (3. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Jurisch, F./Kolassa, I.-T./Elbert, T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 38(4), 250-261
- Köllner, V. (2013). Kapitel 23: Posttraumatische Belastungsstörung bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In: Maercker, A. (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 441-453
- Lemke, J. (2010). *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung* (3. Aufl.). Kröning: Asanger Verlag GmbH
- Maercker, A. (2013). Kapitel 2: Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker, A. (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 13-33
- Mangoulia, P./Koukia, E./Alevizopoulos, G./Fildissis, G./Katostaras, T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. In: *Archives of Psychiatric Nursing* 29(5), 333-338
- Mayer, H.O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. Aufl.) München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- McMahon, C. (2001). Covering disaster: a pilot study into secondary trauma for print media journalists reporting on disaster. In: *Australian Journal of Emergency Management* 16(2), 52-56

- Picciotto, S. & Hertz-Picciotto, I. (2015). Commentary: Healthy Worker Survivor Bias: A Still-Evolving Concept. In: *Epidemiology* 26(2), 213-215
- Polit, D.F./Beck, C.T./Hungler, B.P. (2012). *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung* (2. Nachdruck). Bern: Verlag Hans Huber
- Rixe, J. (2016). *Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden in Deutschland: Ergebnisse einer deskriptiven Studie*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Unveröffentlichte Masterarbeit
- Roberts, S.B./Flannelly, K.J./Weaver, A.J./Figley, C.R. (2003). Compassion Fatigue Among Chaplains, Clergy, and Other Respondents After September 11th. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 191(11), 756-758
- Saakvitne, K.W. (1995). Therapists' responses to dissociative clients: Countertransference and vicarious traumatization. In: Cohen, L.M./Berzoff, J.N./Elin, M.R. (Hrsg.): *Dissociative Identity Disorder: Theoretical Treatment Controversies*. Northvale: Jason Aronson, 467-492
- Seidler, G.H. (2013). Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. In: Maercker, A. (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 3-12
- Sendera, A./Sendera, M. (2013). *Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln - Methoden, Strategien und Skills*. Wien: Springer
- Stamm, B.H. (2005). *The ProQOL Manual. The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Lutherville MD: Sidran Press
- Tedeschi, R.G./Calhoun, L.G. (1995). *Trauma & Transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*. London, New Delhi: SAGE
- Weitkamp, K., Daniels, J.K. & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 21875. Zugriff am 25.02.2016 unter: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v5.21875>
- Wittchen, H.-U./Jacobi, F. (2011). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In: H.-U. Wittchen/Hoyer, J. (Hrsg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin u.a.: Springer, 57-90

*Jacqueline Rixe (M.Sc.)*

Psychiatrische Forschungsabteilung im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld und Fachhochschule der Diakonie, Studiengang Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit  
Remterweg 69-71, 33617 Bielefeld, [Jacqueline.Rixe@evkb.de](mailto:Jacqueline.Rixe@evkb.de) (Korrespondenzadresse)

*Dr. Christiane Luderer*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
[Christiane.Luderer@medizin.uni-halle.de](mailto:Christiane.Luderer@medizin.uni-halle.de)

## Beiträge

Christine Dunger, Martin W. Schnell, Claudia Bausewein

### Die Methode der Beobachtungen als forschungsethische Herausforderung –

Rekrutierung und Zugang am Beispiel einer Studie zu Einflussfaktoren auf die pflegerische Entscheidungsfindung<sup>1</sup>

Participant observation as challenge in research ethics – recruitment and access using the example of a study addressing factors influencing nurses' decision making

Empirical studies investigating daily care in clinical settings need to accept arising challenges concerning research ethics and privacy protection, as well as practical questions related to a successful field access. Exemplifying these challenges, the process of recruitment and the field access are described from a study investigating factors influencing professional nurses' decision making. Special attention is paid to participant observations as data collection method. Participant observation does require a substantial effort in planning and organisation, but also needs considerations on how to get informed consent of participants and the institutional management, as well as consent of persons not directly participating in the study. The description also considers general challenges in recruitment and field access and ends in recommendations for researchers to organise this process.

#### Keywords

participant observation, field access, recruitment, decision making, nursing, hospital as institution

Forschungsethische und -praktische Herausforderungen stellen sich in jeder empirischen Untersuchung des pflegerischen Klinikalltags. Hinzu kommen praktische Fragen des gelingenden Feldzugangs, die auch ethisch relevant sein können. Diese Herausforderungen werden anhand einer Studie zu Einflussfaktoren auf pflegerische Entscheidungsfindung beschrieben, die Teilnehmenden Beobachtungen (TB) als Datenerhebungsmethode nutzt. Diese bedürfen eines erheblichen Aufwandes in der Planung und

---

1 Ein Interessenskonflikt besteht nicht. Die Studie wurde als Promotionsstudie durchgeführt und weder finanziell gefördert, noch anderweitig unterstützt oder in Auftrag gegeben. Ein ethisches Clearing wurde von der Ethikkommission der Universität Witten/ Herdecke erteilt.

Organisation des Zugangs, wie auch der Einwilligung einzelner Teilnehmerinnen<sup>2</sup> und der Institutionen, sowie der Bereitschaft nicht-teilnehmender Personen, eine Wissenschaftlerin in ihrem Alltag zu akzeptieren. Die Darstellung berücksichtigt ebenfalls allgemeine Herausforderungen in der Rekrutierungs- und Zugangsphase und mündet in Empfehlungen für Wissenschaftlerinnen zur Gestaltung des Zugangsprozesses.

### Schlüsselwörter

Teilnehmende Beobachtung, Zugang, Rekrutierung, Entscheidungsfindung, Pflege, Institution Krankenhaus

## 1. Hintergrund

Neben den methodischen Aspekten, die in der Planung einer Studie berücksichtigt werden, stellen sich datenschutzrechtliche und forschungsethische Fragen zum Schutz der Teilnehmerinnen (Unger 2014). Diese können je nach Design und Untersuchungsgruppe verschieden sein und sind Teil forschungsethischer Begutachtungen. Nach einer solchen formalen, papierbasierten Prüfung der Studie, erweist sich im Forschungsprozess, beginnend mit dem Feldzugang, wie die forschungsethisch und methodisch relevanten Aspekte in der jeweiligen Studie und im untersuchten Setting praktisch umgesetzt werden. Unger verweist darauf, dass forschungsethische Fragen „*immanenter Bestandteil der empirischen Forschungspraxis*“ (Unger 2014:16.) sind und daher aus ihrem bisherigen „*Schattendasein*“ (Unger 2014:17) herausgeholt werden müssen. Beispielhaft werden im Folgenden Beobachtungen und speziell teilnehmende Beobachtungen (TB) als Datenerhebungsmethode (vgl. u.a. Lüders 2000; Lamnek 1995; Diekmann 2004) fokussiert, die in vielen Settings eine besondere Herausforderung darstellen (Kawulich 2005; Unger 2014; Atteslander 1995). Zudem stellen sie als „*prozesshaft-aktiver Vorgang*“ (Atteslander 1995:86) besondere Anforderung an die Wissenschaftlerin.

Ziel dieses Artikels sind die Reflexion und systematische Aufarbeitung der Herausforderungen von Beobachtungen mit Fokus auf eine gelingende Feld- und Gegenstandserschließung. Das geschieht anhand einer Studie zur pflegerischen Entscheidungsfindungen (EF) in verschiedenen institutionellen Settings. Der Artikel unterscheidet zudem zwischen dem grundsätzlichen Feldzugang als gelingende Rekrutierung und dem Zugang zum für die Fragestellung relevanten Alltagshandeln der Teilnehmerinnen. Die Betrachtung setzt damit nach der forschungsethischen Begutachtung durch eine Kommission an und thematisiert ganz im Sinne aktueller Diskussionen in der sozialwissenschaftlichen Forschung ethische Aspekte der Forschungspraxis. Im Fokus stehen nicht Probleme der Begutachtung, sondern Herausforderungen, die sich im Feld ergeben und zuvor nicht antizipiert werden konnten. Der Blick wird dabei zunächst auf den Feldzugang und danach auf den Aufbau der Beziehung zwischen Wissenschaftlerin und Teilnehmerinnen, Interessenkonflikte und instituts-

2 Im vorliegenden Text wird vornehmlich die weibliche Form genutzt, es sei denn es sind konkrete männliche Personen gemeint. Mit Wissenschaftlerin und/oder Patientin/Pflegende sind somit jeweils auch Männer eingeschlossen.

interne, nicht formelle Organisationsformen (vgl. Höhmann 2010 und „Unterleben einer Institution“ nach Goffman 1973), die für einen gelingenden Zugang relevant erscheinen, gerichtet.

### 1.1 Beobachtungen als Datenerhebungsmethode

Wissenschaftliche Beobachtungen unterscheiden sich von Alltagsbeobachtungen durch ihre Systematik und Reflexion. Jeweilige Gütekriterien sind von der gewählten Herangehensweise abhängig, d. h. davon, ob ein qualitatives oder quantitatives Design gewählt wurde. Damit unterscheidet sich auch der Umgang mit möglichen Wahrnehmungsverzerrungen, Objektivität und der Gegenstandorientierung. Allgemein richten sich Klassifikationen von Beobachtungen zudem nach den Kriterien Strukturiertheit, Offenheit und Teilnahme. Während quantitative Beobachtungen strukturiert sind und auch technische Messinstrumente nutzen, benutzen qualitative Beobachtungen zwar durchaus Leitfäden, aber keine stark strukturierenden Schemata. In beiden Fällen können Beobachtungen verdeckt, d. h. ohne das Wissen der Beobachteten, oder offen gestaltet werden. Auch eine fehlende, passive oder aktive Teilnahme am Geschehen ist in beiden Fällen möglich. Methodik und Herausforderungen sind in der Literatur ausführlich beschrieben (vgl. u. a. Atteslander 1995; Flick 1999; Diekmann 2004; Lamnek 1995). Der folgende Abschnitt geht daher lediglich auf Besonderheiten ein, die in der forschungsethischen Betrachtung relevant sind. Diese können, so Atteslander, die Forschungspraxis, -zwecke und mögliche Konsequenzen betreffen (Atteslander 1995:127). Abbildung 1 greift die Herangehensweisen und Klassifikationen auf und bezieht sie auf forschungsethisch relevante Fragen.

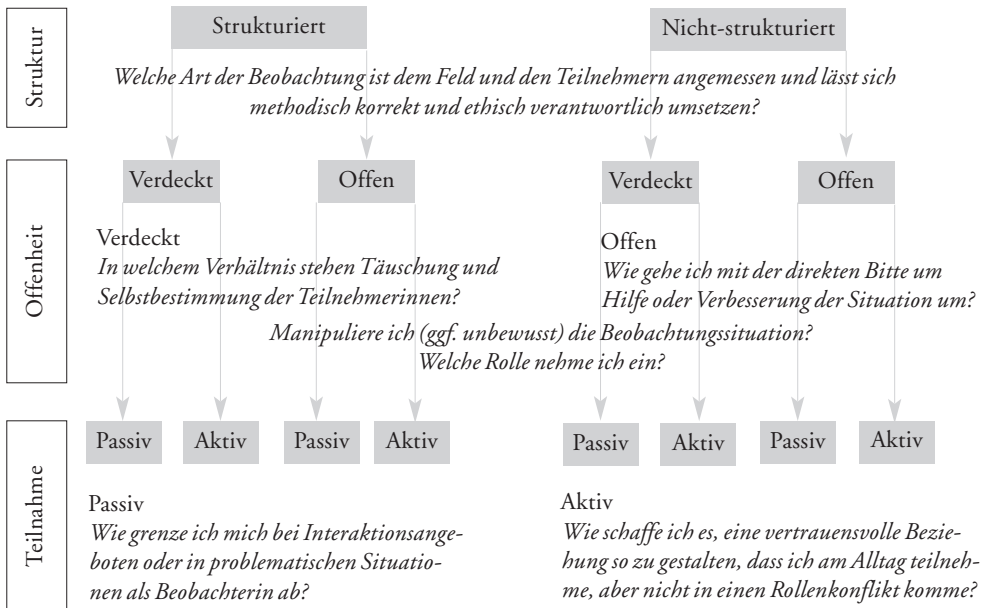


Abb. 1: Forschungsethisch relevante Fragen bei verschiedenen Beobachtungen

Für qualitativ, nicht strukturierte und offene TB, wie sie in der zugrundeliegenden Studie durchgeführt wurden, bedeutet dies, dass Anwendungskriterien besonders auch im Hinblick auf die Interaktion im Feld und die Gegenstandsorientierung berücksichtigt werden müssen. (Selbst-)Reflexion der beobachtenden Wissenschaftlerin, die eigene Rollenbestimmung und die Beziehungsgestaltung mit den Teilnehmerinnen sind somit methodisch und forschungsethisch relevant. Die beobachtende Wissenschaftlerin ist zunächst in zwei sich ausschließende Rollen: die der Beobachterin und die der Teilnehmerin. Diese besondere methodische Herausforderung (vgl. Schnell et al. 2014) hat auch Konsequenzen für den Zugang und die notwendige Reflexion des angemessenen Verhaltens. Gemeinsame Annahmen von Phasenmodellen zu TB (Flick 1999; Lüders 2000; Kawulich 2005) sind:

- Die Rolle der Studienteilnehmerinnen ist keine untergeordnete, sondern eine partnerschaftliche. Oftmals werden sie als in dem Untersuchungsfeld heimisch und Lehrerin oder ältere Partnerin beschrieben, die die Wissenschaftlerinnen in das Feld, seine Traditionen und Eigenarten einführen.
- Der Beziehungsaufbau ist ein zentraler Aspekt der TB. Beziehungen und Vertrauen werden als entscheidende Möglichkeit des Zugangs zu relevanten Informationen betrachtet.
- Der Prozess der TB gliedert sich schließlich in mehrere Phasen. Diese reichen von einem ersten Zugang, mit dem man allgemeine Informationen zum Feld erlangt, bis hin zu besonderen Beobachtungen, die eine Fokussierung auf bestimmte Aspekte der Fragestellung ermöglichen. Einige Autoren weisen darauf hin, dass auch die Ablösung aus dem Feld, d. h. ein geordnetes Verabschieden und bewusstes Verändern der aufgebauten Beziehungen, zum Prozess gehört (vgl. Flick 1999; Kawulich 2005).

Ein viel diskutierter Punkt im Rahmen aller Beobachtungen ist das für das jeweilige Feld angemessene Verhalten der Wissenschaftlerin oder Beobachterin. Allgemein sollte sie sich in Kleidung und Sprache anpassen sowie nicht verurteilen. Bei entstehenden Interaktionen ist empfohlen, offen zu sein, zuzuhören und zugewandt zu sein.

Bei nicht-teilnehmenden und stark standardisierten Beobachtungen stellen sich viele der forschungsethisch relevanten Fragen nicht und bestimmte Verhaltensweisen sind methodisch grundsätzlich ausgeschlossen. So kann die oft vorgenommene Trennung der Rollen von Beobachterin und Forscherin eine Entlastung darstellen. Jedoch ist auch hier eine Reflexion der Beobachterin wichtig und entstehende Rollenkonflikte können sich ggf. verstärken, wenn methodisch bedingt keine adäquate Reaktion möglich ist.

Durch die aktive Rolle der Teilnehmerinnen, die ständigen Rollenwechsel der Wissenschaftlerin und die entstehende, im Idealfall vertrauensvolle Beziehung zwischen ihnen, ist die Methode der TB in der Betrachtung forschungsethischer Aspekte in der Forschungspraxis besonders interessant. Die Wissenschaftlerin ist kontinuierlich gefordert, den Schutz potentiell vulnerabler Teilnehmerinnen, wie auch die Abwägung von Schaden und Nutzen in ihre Reflexion einzubeziehen (Schnell et al. 2006). Mögli-

che Themen sind die Abschätzung der aktuellen Vulnerabilität der Teilnehmerinnen (ethische Prognose), ein angemessenes Verhalten und mögliche entlastende Maßnahmen (ethische Prävention). Als besonders sensible Zeitspanne innerhalb der Studie kann die Rekrutierungs- und Feldzugangsphase gesehen werden, d. h. die Zeit, in der die Beziehung zwischen Teilnehmerinnen und Wissenschaftlerin noch nicht etabliert ist. Ihr wird oft zu wenig Rechnung getragen (Lamnek 1995; Unger 2014), so dass für den Bereich der Gesundheitsforschung kaum Publikationen zur Reflexion des Zugangs und der besonderen Herausforderungen für TB vorliegen.

Die Frage, die sich in der Planung und Durchführung stellt, ist: Wie kann ein gelingender Zugang zum Feld im Rahmen einer Studie mit teilnehmenden Beobachtungen im klinischen Setting gestaltet werden? Um das Vorgehen und den Prozess zu beschreiben und zugänglich zu machen, wurde eine systematische Analyse der Feldaufzeichnungen der Wissenschaftlerin gewählt, die sich an der in der Studie angewendeten Grounded Theory orientiert (Strübing 2010; Breuer 2010).

## 2. Studie zu Einflussfaktoren auf die Entscheidung professionell Pflegender

Die EF Pflegender im eigenen Verantwortungsbereich, d. h. bei der Wahl pflegerischer Maßnahmen, ist wenig untersucht. Ein Review, der sich mit der ethischen Argumentation und dem ethischen Verhalten Pflegender beschäftigt (Goethals et al. 2010), führt zwar zahlreiche Faktoren auf (wie z. B. institutioneller Rahmen, Beziehung zur Patientin und den Angehörigen, persönliche Einstellung oder ärztliche Dominanz), die Pflegende in ihrer klinisch-ethischen EF beeinflussen. Er greift jedoch auf internationale Literatur zurück, die stark variierende Aufgabenzuschnitte von Pflegenden mit unterschiedlichen Entscheidungssituationen beschreibt. Diese können auch sehr nah an medizinischen Therapieentscheidungen liegen. Ein solcher Aufgabenzuschnitt ist in Deutschland nicht gegeben.

Die EF von Pflegenden in einem genuin pflegerischen Entscheidungsspielraum und ihre Einflussfaktoren zu beschreiben sowie miteinander in Verbindung zu setzen, unterscheidet sich auch von Studien, die die Rolle Pflegender als Vermittler, Übersetzer und Fürsprecher der Patientinnen oder Angehörigen im Kontext von Behandlungsentscheidungen untersuchen (vgl. hierzu Mcmillen 2008; Zomorodi et al. 2010). Bisher gibt es dazu nur wenige Studien (Hagbaghery 2004; Dunger 2012).

Diese Promotionsstudie untersucht mittels einer Reflexiven Grounded Theory (RGT) (Breuer 2010) unter Verwendung TB und problemzentrierten Experteninterviews (Witzel 2000) Einflussfaktoren auf die Entscheidung professionell Pflegender zum Einsatz pflegerischer Maßnahmen bei schwerer Atemnot bei Patientinnen mit fortgeschrittenen Erkrankungen. Sie fokussiert auf ein klinisch relevantes Symptom, in dem professionell Pflegende eigenverantwortlich Maßnahmen einsetzen können und diese verantworten. Atemnot stellt sich als komplexes Symptom dar, dessen Ursachen vielfältig sind, das Erleben der Betroffenen individuell und der entstehende Lei-

densdruck hoch ist. Untergeordnetes Ziel der Studie ist daher auch die pflegerischen Maßnahmen bei Atemnot und ihre Anwendung in der Praxis aufzuzeigen. Fokussiert wird der pflegerische Alltag auf Krankenhausstationen sowie Hospizen in Deutschland. Damit ist einerseits ein klarer rechtlicher Rahmen gegeben. Andererseits werden auch das Setting und die zu untersuchende Population eingegrenzt.

Im Rahmen der vorgestellten Studie wird eine reflexive Grounded Theory durchgeführt, d. h. dass die Forschungsmethode der Grounded Theory um eine ethnographische Perspektive ergänzt wird (Breuer 2010). Diese soll eigene und beobachtete Haltungen und Vorannahmen der Reflexion öffnen und wird mittels zweier unterschiedlicher Erhebungsmethoden angestrebt. Einerseits sollen die professionell Pflegenden in ihrer Lebenswelt und bei ihren Interaktionen beobachtet werden. Das bedeutet, dass die Forscherin in das jeweilige Setting eintaucht und vor Ort, möglichst in die Prozesse integriert, die TB anstellt. Um bereits durch die Pflegenden reflektierte Zusammenhänge einzubeziehen, werden andererseits problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) durchgeführt. Diese unterscheiden sich von den unmittelbaren Nachfragen der Forscherin während einer Beobachtung, da sie zeitlich von der Situation entkoppelt sind. Damit ermöglichen sie die Reflexion und Selbstauskunft der Teilnehmer einzubeziehen und sich entwickelnde Konzepte zu hinterfragen. Folgend werden Planung und tatsächlicher Verlauf gegenübergestellt.

## 2.1 Planung der Rekrutierung und des Zugangs

Die Rekrutierungsstrategie sah vor, dass für ein initiales Sampling drei Einrichtungen aus verschiedenen Settings kontaktiert werden sollten (je eine Normalstation, eine Palliativstation und ein Hospiz). Unter Beachtung der rechtlichen Grundlagen und Vorgabe der Ethikkommission waren die Einwilligungen der Einrichtungsleitung, dem Betriebsrat (oder der Mitarbeiterinnenvertretung), dem jeweiligen Stationsteam, wie auch der teilnehmenden Pflegenden einzuholen, bevor die Datenerhebung beginnen konnte. Die Einwilligung teilnehmender Patientinnen konnte mündlich erfolgen. Bei Nutzung personenbezogener Daten war auch hier eine schriftliche Einwilligung erforderlich. Zu berücksichtigen ist, dass einerseits die teilnehmenden Pflegenden davor geschützt werden, dass sie für andere, insbesondere die Einrichtungsleitung, identifizierbar sind. Die teilnehmenden Patientinnen sind zudem durch ihre Atemnot in besonderer Weise als vulnerabel einzuschätzen. Ihre Interessen müssen im Rahmen der Datenerhebung in besonderer Weise geschützt werden (Schnell et al. 2006).

Zur Rekrutierung, d. h. dem Zugang zur Einrichtung, sollten die Pflegedienstleitungen oder Stabstellen Pflegeentwicklung angeschrieben werden, um den Kontakt zur Einrichtung herzustellen. Durch den Erstkontakt über die Pflege sollte vermieden werden, dass der Eindruck entsteht, die Krankenhausleitung wolle die Arbeit auf der Station kontrollieren lassen. Weiterhin war geplant, die Teams persönlich zu besuchen, um das Projekt vorzustellen und über den direkten Kontakt mögliche Ängste und Vorurteile zu nehmen. Falls nötig wurden auch mehrere Termine und persönliche Gespräche mit den anderen relevanten Akteuren der Einrichtung eingeplant. Die Informa-



tionsschreiben für die Einrichtungsleitung, die Pflegenden und die Patientinnen, wie auch eine einseitige Übersicht über die Studie wurden im Vorfeld elektronisch übermittelt und ausgedruckt zu den Terminen mitgebracht.

Um einen guten Zugang zu den Pflegenden und ihrem Alltag zu erreichen, wurde, wie beschrieben, möglichst früh der persönliche Kontakt gesucht. Der berufliche Hintergrund der Wissenschaftlerin als Gesundheits- und Krankenpflegerin und ihre Rolle als eine Art Hospitantin konnten so kommuniziert werden. Auch die Ziele der Studie wurden nochmals verdeutlicht: nicht mögliches Fehlverhalten oder unbefriedigende Pflegesituationen stehen im Fokus, sondern eine möglichst gute (und dichte) Beschreibung des pflegerischen Alltags und der Einflussfaktoren auf pflegerische Entscheidungsfindung.

Zusätzlich sollten die ersten zwei bis drei TB immer an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden und ermöglichen, viele Mitarbeiterinnen kennenzulernen. Alle TB wurden so geplant, dass die Wissenschaftlerin den gesamten Dienst auf der Station war, also mit den Pflegenden kam und ging. Fokussierte TB sollten flexibel ermöglicht werden, d. h. immer dann stattfinden, wenn Patientinnen mit schwerer Atemnot auf der Station versorgt wurden. Die Pflegenden konnten die Wissenschaftlerin jederzeit anrufen, um ihr Bescheid zu geben, dass das der Fall ist. Die Wissenschaftlerin sollte dann zunächst ein Gespräch mit den Patientinnen führen, um sich vorzustellen und diese aufzuklären, bevor die TB stattfand.

## 2.2 Verlauf der Rekrutierung der Einrichtungen

Der Initialkontakt zu den Einrichtungen verlief über E-Mail oder die direkte Ansprache bekannter Gatekeeperinnen, d. h. Kontaktpersonen innerhalb der Einrichtungen. Dabei gelang der Aufbau eines stabilen Kontaktes zu insgesamt elf von 17 Einrichtungen. Die anderen sechs Einrichtungen konnten, auch nach mehrmaligem Anschreiben durch die Wissenschaftlerin, nicht erreicht werden. Die telefonische Kontaktaufnahme war dabei ebenfalls nicht erfolgreich. Sieben von den elf Einrichtungen, zu denen Kontakt bestand, sagten aus verschiedensten Gründen eine Teilnahme ab oder verschoben sie zunächst auf unbestimmte Zeit und sagten dann ab, s. Tabelle 1.

Aufgrund der Vorgabe der Ethikkommission, bei TB immer auch die Einwilligung der Einrichtungsleitung einzuholen, konnten nicht nur die einzelnen Stationen und Pflegedienstleitungen angeschrieben werden. In der Regel wurde jedoch die Kontaktaufnahme über die Pflegedienstleistung oder das pflegerische Qualitätsmanagement der Einrichtung angebahnt. Seltener gab es eine Stabstelle Pflegewissenschaft, die den gesamten Kontakt als Verantwortliche gestalten konnte. Insbesondere in den Hospizen wurde die Einrichtungsleitung sofort zusammen mit der pflegerischen Leitung angeschrieben.

Die gezielte Ansprache von persönlich bekannten Personen als Gatekeeperinnen wird in der Literatur gerade beim Zugang zu öffentlichen Institutionen empfohlen und war vorteilhaft. Solche „informelle Kontakte“ (Lamnek 1995:290) garantieren jedoch

		Zusage	Absage	Keine Reaktion	Alle Einrichtungen (n= 17)
Region	Kleinstadt	-	1	-	1
	Mittelstadt	1	1		2
	Großstadt	7	4	3	14
Träger	Kirchlich	4	4	2	10
	Öffentlich	2	1	-	3
	Gemeinnützig	1	-	1	2
	Privat	-	1	1	2
Versorgungsstufe	Regel	2	3	-	5
	Maximal	2	3	-	5
	Andere (v.a. Hospiz)	2	2	3	7
Bettenanzahl	<15 (Hospize)	2	2	3	7
	bis 400	1	3	-	4
	bis 800	2	1	-	3
	über 800	-	3	-	3
Art der Station/ Fachabteilung*	Pneumologisch	2	2	-	4
	Palliativ	2	3	-	5
	Allg. Internistisch	1	3		4
	Kardiologisch	1	1	-	2

\* in einigen Einrichtungen wurden mehrere Stationen angesprochen, daher stimmt die Anzahl der Stationen nicht mit der Anzahl der Einrichtungen überein.

Tab. 1: Übersicht der kontaktierten Einrichtungen

nicht das Gelingen des Feldzuganges, da neben ihrer formalen Rolle vor allem ihre Anerkennung innerhalb der Einrichtung bedeutsam scheint. So wurde bspw. in einer Einrichtung die externe Anfrage der Wissenschaftlerin an den ärztlichen Direktor einer Klinik zur Prüfung der Studienbeschreibung schneller beantwortet, als die Anfragen der Kontaktperson aus der Pflegedienstleitung (Forschungsbeauftragte).

Die weiteren Einflüsse auf die Rekrutierung sind vor allem solche, die durch die Wissenschaftlerin nicht zu beeinflussen sind. Dabei können auch unerwartete Begründungen für Absagen auftreten. So erläuterte die Leitung einer Einrichtung in einem Telefonat, dass sie die Studie sehr interessant fände und die Pflegenden auch Interesse an einer Teilnahme hätten. Grundsätzlich würden die Patientinnen/Gäste jedoch nicht in Studien einbezogen, um sie nicht der Belastung auszusetzen. Hier zeigt sich eine Haltung, die ähnlich wie grundsätzliche Zweifel an der Notwendigkeit von Pflegeforschung eine Durchführung entsprechender Studien unmöglich macht.

Wie wichtig eine persönliche Vorstellung und Erläuterung des Projektes ist, zeigte sich bei den ersten Kontakten zu den Teams der Einrichtungen. Nur wenige Pflegenden lasen die schriftliche Aufklärung tatsächlich im Vorfeld. Im Verlauf wurde daher dazu übergegangen, die Informationen auszugeben und dann nicht nur im Team mündlich

zu wiederholen, sondern sie immer zu wiederholen, bevor eine Teilnehmerin ihre Einwilligung gab.

Wie in jeder Studie, die sukzessive Einrichtungen und Teilnehmer rekrutiert, zeigten sich zudem eine hohe Komplexität und besondere organisatorische Anforderungen. Insbesondere eine gute Dokumentation des Kontaktes zu den verschiedenen Einrichtungen war hier hilfreich. Sie ermöglichte die Orientierung zu behalten und zügig sowie flexibel zu kommunizieren. Die folgenden beispielhaften Einflüsse auf die Rekrutierung verdeutlichen das.

### Organisation von Terminen

In verschiedenen Einrichtungen wurde die Vorstellung der Studie bewusst mittags zur Übergabe oder kurz danach geplant. Der Vorteil ist, dass zu diesem Zeitpunkt des Tages die meisten Pflegenden anwesend sind und somit erreicht werden können. Der Nachteil ist, dass die Pflegenden aus dem Frühdienst erschöpft sind und nach Hause möchten und dass der Spätdienst mit seinen Aufgaben der Patientinnenversorgung nicht warten kann. Termine auf der Station scheinen dabei jedoch unproblematischer, als Termine bei der Pflegedienstleitung oder außerhalb der Station. So kam in einem Haus zu der geplanten Vorstellung keine der eingeladenen Pflegenden, bzw. eine Pflegende, die etwas verspätet kam, war eigentlich viel zu erschöpft, um noch etwas aufzunehmen.

Auch Art und Richtung der internen Kommunikation haben Auswirkungen auf die Rekrutierung. So kam es vor, dass zur ersten Vorstellung des Projektes auf einer Station lediglich mit der Stationsleitung und der stellvertretenden Stationsleitung, nicht aber mit dem Team, gesprochen wurde. Auf einer anderen Station wusste scheinbar keiner außer der Leitung von dem Vorstellungstermin. Dort wurden dann jedoch alle anwesenden Pflegenden einbezogen. Andererseits gab es Stationen, die den Besuch vorher ankündigten, Informationsmaterial ausgaben und die Wissenschaftlerin durch eine Gatekeeperin begleitet wurde.

Innerhalb der Einrichtungen wurde auch sehr unterschiedlich damit umgegangen, dass mehrere Akteure ihre Einwilligung geben mussten. In einer Einrichtung war es grundsätzlich schwer, den Kontakt aufzubauen und zu halten, da viele Verzögerungen eintraten (Termine verschieben etc.). Der Weg ging über die Klinikleitung, die (Chef-)Ärzte und die Stationsleitungen hin zu den Pflegenden. Nicht nur die Terminverschiebungen, sondern Überbelastung führte jedoch zu Verzögerungen. So war bei dem ersten angesetzten Treffen mit den Stationsleitungen nur eine der vier eingeladenen Stationsleitungen anwesend. Schließlich wechselten sowohl der Pflegedirektor, als auch der ärztliche Direktor in der Phase des fortgeschrittenen Kontaktaufbaus. Grund waren Uneinigkeiten zur Weiterentwicklung des Standortes, die vermutlich auch mit einer Kürzung des Personals einhergehen sollte. Der erneute Kontakt zur neuen Pflegedienstleitung verlief problemlos. Zuletzt, gut neun Monate nach dem ersten Kontakt, wurde dann der Betriebsrat einbezogen. Dieser verweigerte schließlich seine Zustimmung, um die Mitarbeiterinnen vor einer Mehrbelastung zu schützen.

In einer anderen Einrichtung lag die Einwilligung der Einrichtungsleitung sehr schnell vor. Im Kontakt zu den Pflegenden wurde dann aber deutlich, dass diese keinesfalls an einer Teilnahme interessiert waren. Die recht neue Station mit ihrem frisch zusammgelegten Team war noch in der „Findungsphase“ und viele der Pflegenden zu unsicher. Bereits in der Vorstellung der Studie auf der Station kamen Fragen auf, die sich vor allem darauf bezogen, was die Wissenschaftlerin ggf. beobachten könnte, obwohl sie es besser nicht sehen sollte.

### Rolle von Gatekeeperinnen und Mitarbeiterinnenvertretung

Der Kontakt zu den Gatekeeperinnen, die immer wieder die richtigen Personen ansprechen und den Kontakt herstellen, ist zentral. Sie sind in der Position Entscheidungen zu beschleunigen oder aber bei Fragen zu vermitteln. Gleichzeitig ist zu beachten, dass auch die Position und Rolle dieser Mitarbeiterin in der Institution wichtig ist. So wurde bspw. in einer Klinik die externe Anfrage der Wissenschaftlerin an den ärztlichen Direktor einer Klinik schneller beantwortet, als die Anfragen der Kontaktperson aus der Pflegedienstleitung (Forschungsbeauftragte).

Ebenso relevant ist die Verbindlichkeit der Gatekeeperinnen, wie auch anderer wichtiger Interessenvertreter. Eine starke Personalfuktuation sowohl auf Stationsebene, als auch in den Führungs- und Leitungspositionen kann dabei hinderlich sein. Einerseits müssen bereits getroffene Absprachen wiederholt werden, andererseits müssen Informationen nachgereicht werden. Zudem ist es natürlich möglich, dass die jeweilige Nachfolgerin das Projekt nicht unterstützt.

Noch problematischer, da endgültig, ist der vollständige Wegfall einer Station. In einer Einrichtung wurde eine Station umgebaut, damit eine andere Fachabteilung dort einziehen konnte. Das bis dahin dort arbeitende Team in der Einrichtung wurde auf verschiedenen Stationen verteilt. Eine weitere Datenerhebung war somit nicht mehr möglich.

Die im forschungsethisch-datenschutzrechtlichen Kontext wichtige Mitarbeiterinnenvertretung, bzw. der Betriebsrat, muss über die Durchführung der Studie, in der die Mitarbeiterinnen im Fokus stehen, informiert werden und ihre Zustimmung geben. In den meisten kleineren Einrichtungen verlief dieser Schritt relativ problemlos. Es gab eine meist direkte Kommunikation zwischen der Mitarbeiterinnenvertretung und der Pflegedienstleitung, bzw. den entsprechenden Gatekeeperinnen oder der Geschäftsführung. In den größeren Einrichtungen war dieser Schritt langwieriger und problematischer. Das mag auch daran liegen, dass in größeren Häusern mehr Anliegen bearbeitet werden und gerade diese direkte Kommunikation nicht so möglich ist.

### Hierarchien und Konflikte

Viele Aspekte, die die Strukturen der Einrichtung beschreiben, lassen ebenfalls auf die Machtverhältnisse innerhalb der Einrichtung schließen. Auch hier sind unterschiedliche Ebenen zu betrachten.

Auf der Ebene der Einrichtungsleitung ist das Beispiel zu nennen, in dem nach einer Fusion Stationen umgestaltet und Mitarbeiterinnen im Haus versetzt wurden. Im Rahmen der Fusion zeigte der Konzern, welches Bild er von Versorgung hat und welche Position die Mitarbeiterinnen/Pflegenden haben. Das wurde bereits beim ersten Kontakt durch die Pflegenden formuliert. Dabei wurde auch deutlich, dass die Bereitschaft der Pflegenden zur Teilnahme an der Studie, mit dem Erleben von Veränderungen zusammenhängt. Werden diese als bedrohlich und überfordernd erlebt, ist eine Teilnahme für sie nicht vorstellbar. Eine eher wütende und wehrhafte Reaktion führt jedoch dazu, dass die Studie als Möglichkeit gesehen wird darzustellen, wie die Arbeits- und Versorgungsbedingungen sind. Eine weitere Möglichkeit zum Umgang mit einer solchen Belastung bietet das Haus, in dem sich der Betriebsrat schützend vor die Mitarbeiterinnen stellt (u. a. mit der Konsequenz, dass keine Beobachtungen erlaubt werden), obwohl die Pflegenden selbst der Teilnahme zugestimmt hatten. Hier zeigt sich eine eher wehrhafte Reaktion, die jedoch innerhalb der Einrichtung nicht wahrgenommen oder gutgeheißen wird. Inwiefern andere machtpolitische Aspekte innerhalb der Organisation dieses Schutzverhalten beeinflusst haben, konnte nicht ausreichend nachgehalten werden.

Bei den Besuchen zur Vorstellung erhielt die Wissenschaftlerin somit auch immer Informationen zu der Station oder dem Pflorgeteam, die relevant sind, um die Situation einzuschätzen. Diese Informationen betreffen aktuelle Geschehnisse und deren Bedeutung für einzelne Personen oder das gesamte Team. Sie spiegeln aber auch die momentane Situation des Teams mit bestehenden Problemen und Herausforderungen.

Eine Einrichtung wirkt relativ offen und unproblematisch. Die Wissenschaftlerin lernt jedoch nie die Stationsleitung kennen, sondern nur ihre Stellvertreterin, die sehr engagiert ist. Nach der Vorstellung des Projektes meint die stellvertretende Leitung zudem, dass es dem Team guttäte, wenn es mal mehr zu inhaltlichen Themen käme. Offenbar gibt es einige Spannungen auf der Station, was sich im weiteren Verlauf bestätigen sollte.

### **2.3 Verlauf des Zugangs zum Feld**

Das gegenseitige Kennenlernen mit dem Pflorgeteam ist einerseits mit den Gesprächssituationen zur Vorstellung der Studie verbunden. Aber auch das Kontakthalten nach den ersten Beobachtungen d. h. im Verlauf der Studie ist relevant. Eine besondere Herausforderung in dem gegebenen Beispiel stellte die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Zugangsverläufe in verschiedenen Einrichtungen dar. Hinzu kam, dass im Rahmen eines theoretischen Sampling auch zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt der Studie neue Rekrutierungs- und Zugangsprozesse in Gang gesetzt werden mussten. Auch die Phasen in denen wegen der Datenerhebung in anderen Einrichtungen oder der Auswertung der bereits erhobenen Daten vor dem erneuten Feldeintritt kein Kontakt bestand, sind zu berücksichtigen.

Auch wenn vor Ort immer wieder ein guter und offener Kontakt zustande kam, tauchten immer wieder Situationen auf, in denen klar wurde, dass die Wissenschaftlerin für die Pflegenden nur dann wichtig und präsent war, wenn sie auch anwesend war. Diese Beispiele zeigen, dass der Zugang im Sinne der Anwesenheit im Feld noch nicht bedeutet, dass der Zugang im Sinne der Teilhabe an relevanten Alltagshandlungen oder sogar eines „heimisch Werdens“ im Feld gewährleistet ist. Vor allem in besonders stressigen Situationen, in denen die Pflegenden sehr konzentriert und in die Arbeit vertieft waren, konnte beobachtet werden, dass die Pflegenden die Wissenschaftlerin nach einer längeren Beobachtungspause nicht erkannten oder nicht zuordnen konnten. So kam es auf einer Station dazu, dass eine Pflegende bspw. die Wissenschaftlerin (in Alltagskleidung) für die Angehörige eines verstorbenen Patienten hielt. Die Antwort, nicht wegen des Vaters dort zu sein, führte zu einer kurzen Irritation, die aber in dem Augenblick aufgelöst wurde, als ergänzend hinzugefügt wurde, welchen Grund der Besuch hatte.

Wie wichtig dieser Zugang jedoch ist, zeigt sich in einer anderen Einrichtung, in der die Pflegenden zunächst skeptisch und unsicher waren. Viele wollten den Patientinnen keine Beobachtungen zumuten. Mit zunehmendem Kontakt fanden sich jedoch mehrere Pflegende, die bereit waren teilzunehmen.

Ein anhaltend guter Kontakt ist wichtig für die Erschließung des Feldes. Ohne eine Basis, auf der Beziehungen entwickelt und Vertrauen geschaffen werden können, ist der Zugang gleichzeitig nicht möglich bzw. erfolgreich. Dafür bedarf es auf Seiten der Teilnehmerinnen nicht zuletzt der Offenheit und Ressourcen, sich überhaupt mit einer Teilnahme zu beschäftigen.

Der Plan, fokussierte TB je nach Anwesenheit entsprechender Patientinnen mit schwerer Atemnot flexibel durchzuführen, war im Wesentlichen nicht umzusetzen. Einerseits wurden viel weniger Patientinnen mit schwerer Atemnot behandelt als gedacht. Andererseits waren die Pflegenden zu beschäftigt, um daran zu denken, die Wissenschaftlerin zu kontaktieren. In den meisten Fällen wurde erst nach einer gezielten Anfrage von atemnotigen Patientinnen berichtet. Es kam auch dazu, dass die Patientinnen sich akut verschlechterten oder bei der TB kaum noch Beschwerden hatten. Auch dieser Einflussfaktor im Rahmen des Feldzugangs kann durch die Wissenschaftlerin nicht beeinflusst werden.

### 3. Diskussion

Die Gegenüberstellung von Planung der Rekrutierung sowie des Zugangs und deren tatsächlichem Verlauf zeigen, dass wesentliche Aspekte im Voraus berücksichtigt werden können (bspw. Informationssammlung über die Einrichtung, ethische Prognose und daran anschließende Prävention). Andere Aspekte werden jedoch nur im konkreten Handeln der Forscherin im Feld offensichtlich. Ein gelingender Zugang zum Feld im Rahmen einer Studie mit TB ist daher vor allem im flexiblen Umgang mit der auf-

wendigen Kommunikation, den teilweise komplexen Strukturen der Einrichtungen und den unerwarteten, bzw. nicht beeinflussbaren Situationen zu sehen.

Das vorgestellte Beispiel zeigt, wie aufwendig es ist mehrere Einrichtungen für die Teilnahme an einer Studie zu gewinnen. In jeder Einrichtung muss die Rekrutierung inklusive der Ansprache aller relevanten Stellen in der Einrichtung durchlaufen werden. Dabei ist nicht davon auszugehen, dass der Prozess immer ähnlich verläuft. Das beschreibt Kawulich auch für die Durchführung ethnographischer Studien mittels TB außerhalb des Gesundheitswesens (Kawulich 2005). Die Herausforderungen bei der Rekrutierung können aber auch für nicht-teilnehmende und quantitativ ausgerichtete Beobachtungen und womöglich auch andere Studiendesigns angenommen werden. Viele verschiedene Interessen treffen dabei aufeinander. Sie sollten beachtet werden – sowohl im Rahmen der forschungsethischen und rechtlichen Grundsätze als auch zur Erreichung eines gelungenen Zugangs.

Mit Blick auf die Umsetzung TB als Datenerhebungsmethode ergibt sich eine gewisse Abhängigkeit der Wissenschaftlerin von den potentiell teilnehmenden Einrichtungen und den Teilnehmerinnen. Ein zu forderndes, verurteilendes oder gar herablassendes Auftreten der Forscherin kann von potentiellen Teilnehmerinnen so wahrgenommen werden, dass die anzubahnende Beziehung schwer bis gar nicht mehr gelingt. Hier wird bedeutsam, dass der Zugang zur Einrichtung nicht automatisch mit einem Zugang zum Pflgeteam einhergeht. Der Zugang als Resultat der erfolgreichen Rekrutierung ist nur der Anfang eines Prozesses, wie er in der Literatur beschrieben wird (vgl. Flick 1999; Kawulich 2005; Attestlander 1995). Der Feldzugang ist von vielen Voraussetzungen, gut oder schlecht gestalteten Kontaktsituationen, aber auch von durch die Wissenschaftlerin unbeeinflussbaren Möglichkeiten/Aspekten der jeweiligen Einrichtung abhängig. Aktuelle Veränderungsprozesse haben hierbei eine große Bedeutung. Sie benötigen einerseits die volle Aufmerksamkeit der Einrichtung und führen andererseits zu großer Unsicherheit und Mehrbelastung des Personals.

In allen Betrachtungen zur Gestaltung des gelingenden Zugangs spielt somit das Balancieren der aufeinandertreffenden Interessen eine zentrale Rolle. Das bedeutet, dass die Wissenschaftlerin ein Gleichgewicht zwischen den Interessen der Institutionen, Teilnehmerinnen und ihren eigenen finden muss. Strategien hierfür sind sowohl beharrlich den Kontakt zu halten (und damit das eigene Interesse zu vertreten), als auch die eigenen Interessen zurückzustellen und geduldig auf die Strukturen und internen Prozesse der Einrichtungen einzugehen. Auch die Unterstützung der Einrichtung oder Gatekeeperinnen in manchen für sie ungewohnten Prozessschritten scheint vonnöten. Attestlander (1995) spricht vom notwendigen Einfühlungsvermögen, Flexibilität, Empathie und gelegentlich auch Mut der Forscherin im Feldzugang. Er betont auch ihre Verantwortung innerhalb der Beziehungsgestaltung und aufgrund ungleich verteilter Ressourcen. Diekmann beschreibt zudem, dass das Annehmen einer Rolle erst den Zugang erlaubt (Diekmann 2004: 469). Das gilt sowohl für den Zugang zu den Einrichtungen als auch für die Etablierung einer stabilen Beziehung zu den Teilnehmern in TB.

Eine besondere Bedeutung für den beschriebenen klinischen Kontext scheint die Stellung der Pflege und (qualitativer) pflegewissenschaftlicher Forschung im Versorgungsalltag zu haben. Auch wenn heute vielerorts die Notwendigkeit von Pflegeforschung und die Kompetenzen von Pflegewissenschaftlerinnen anerkannt sind, fehlen in vielen Kliniken Strukturen und Regelungen, die klare Verantwortlichkeiten schaffen, um mit Studienanfragen umzugehen. Relevant scheint dabei auch, dass qualitative Forschung und insbesondere TB im eher medizinisch, quantitativ forschend geprägten Klinikkontext unbekanntere Methoden sind, die innerhalb der Einrichtung zunächst eingeordnet werden müssen. Gerade in den ersten Gesprächen über die Studie wurde immer wieder erwähnt, dass sie im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen (Fragebogenerhebungen oder Interviews) als sehr aufwendig empfunden wurde und zunächst nicht klar war, warum der direkte Patientinnenkontakt miterlebt werden sollte. Nach den ersten Beobachtungen und dabei stattfindenden Gesprächen wandelte sich diese Wahrnehmung.

Zudem stehen viele Pflegende Pflegeforschung noch immer kritisch gegenüber. Diese Einstellung hat vor allem mit Zweck und Konsequenzen der Forschung zu tun. So haben sie Angst, es könnten Fehler oder Schwächen identifiziert und an die Leitung weitergegeben werden. Weniger zeigt sich eine generelle Kritik daran, dass Pflegeforschung den Versorgungsalltag komplexer werden lässt, anstatt vereinfachende Lösungsansätze zu geben (Reuschenbach et al. 2005).

In den beschriebenen Zugängen finden sich außerdem Hinweise auf die Auswirkungen der verschiedenen Organisationsformen der Einrichtungen auf den Rekrutierungsprozess. Krankenhäuser als komplexe Versorgungsanstalten im stationären Bereich unterliegen wesentlich häufiger den eigenen strukturellen Zwängen, die durch externe politisch-ökonomische Prozesse (bspw. Einführung des DRG-Abrechnungssystems, Investitionsvolumen), aber auch interne Wechselwirkungen geprägt werden (Kooperation, Hierarchien, Umgang mit extern angestoßenen Veränderungen usw.) (Braun 2009). Diese haben einen Einfluss auf Entscheidungsprozesse, die vor allem für den ärztlichen Bereich bereits beschrieben sind (vgl. Vogd 2004). Die Organisation Krankenaus stellt sich somit – nicht nur in dem beschriebenen Zugang – komplex und durch institutionelle Eigenschaften/Bedingungen geprägt dar.

Auch der Einbezug besonders vulnerabler Menschen (hier Patientinnen mit schwerer Atemnot aufgrund einer fortgeschrittenen chronischen Erkrankung oder am Lebensende) stellt eine Herausforderung dar, die jedoch nicht nur im Kontext von Beobachtungen relevant ist. Immer wieder taucht die Frage auf, ob Forschung in diesem Bereich Patientinnen oder Gäste einbeziehen sollte. Der Schutz insbesondere sterbender Menschen scheint dabei höher bewertet zu werden, als deren Möglichkeit und Recht ihre Selbstbestimmung auszuleben. Diese Haltung kann aus Zweifeln an den Fähigkeiten der Wissenschaftlerin und der Umsetzung des ongoing consent heraus entstehen. Ein anderer Grund ist jedoch immer wieder falsch verstandene Fürsorge. Falsch verstanden ist sie, da die individuelle Selbstbestimmung, rechtlich und ethisch argumentiert, immer einer allgemeinen Fürsorge vorzuziehen ist (Schnell et al. 2006). Zudem



zeigen Studien, dass auch sterbende Menschen sich selbst wahrgenommen fühlen möchten und nicht nur nehmen, sondern auch anderen etwas mitgeben möchten. Einige begrüßen somit ausdrücklich die Teilnahme an Studien (Schnell et al. 2013).

#### 4. Fazit und Empfehlungen

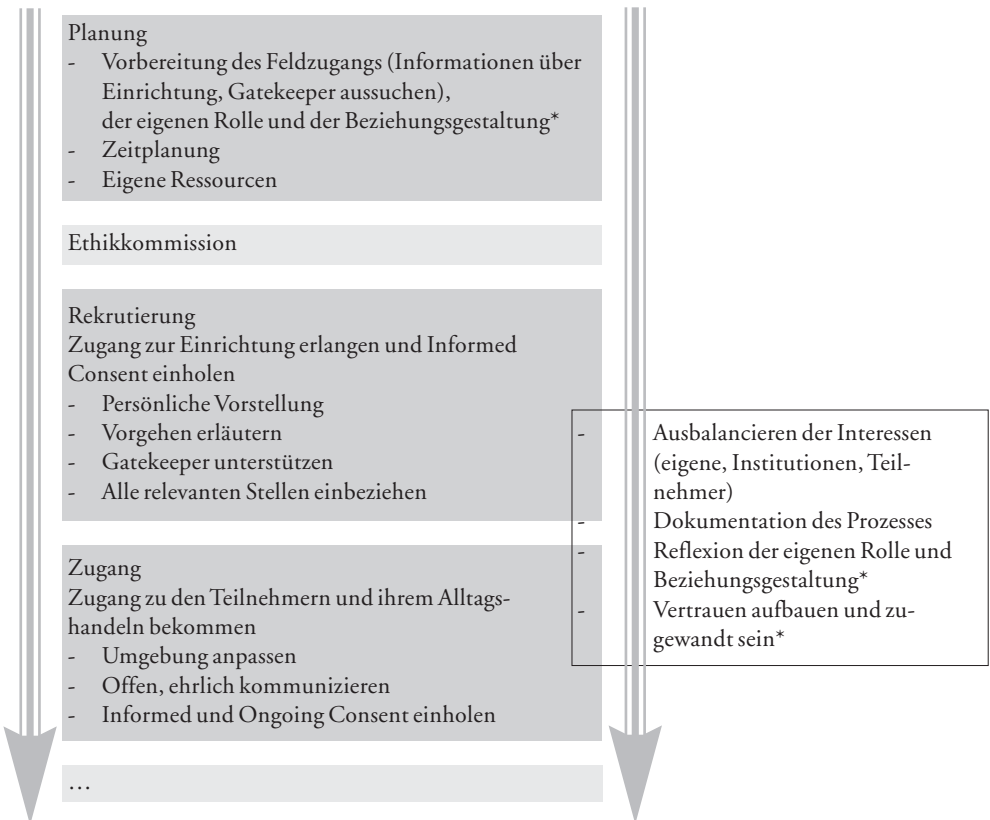
Der dargestellte Rekrutierungs- und Zugangsprozess zeigt, wie unterschiedlich die Reaktion der Einrichtungen und eingebundenen Personen, wie auch die Einflüsse sein können. Der Ressourceneinsatz der Wissenschaftlerin kann dabei sehr verschieden sein und sollte sich an den sich jeweils stellenden Herausforderungen orientieren. Auch Ethikkodizes und ethische Begutachtung geben hier „keine Patentlösung“ (Unger 2014:7), die immer gleich anzuwenden ist. Eigene Ressourcen sind oft begrenzt und im Sinne einer Forschungsökonomie einzusetzen. Andererseits scheint aufgrund vieler Herausforderungen im Feld die verantwortungsvolle Umsetzung forschungsethischer Ansprüche besonders relevant zu thematisieren (Unger 2014). Die folgenden Empfehlungen setzen daher vor Beginn einer Studie in der Planungsphase an und beziehen das Aufrechterhalten des Kontaktes nach erfolgreicher Rekrutierung mit ein.

- Bereits in der Planung des Zuganges sind die forschungsethischen sowie datenschutzrechtlichen Grundlagen der geplanten Studie zu reflektieren und zu überlegen, welche Bedeutung sie für die Rekrutierung und den Zugang zum Feld haben. Der Kontext der Einrichtungen sollte recherchiert und ggf. in Vorgesprächen erfragt werden (Lamnek 1995), um Gründe für eine Absage im Vorfeld zu identifizieren und die Gatekeeperinnen gezielt auszuwählen. Dabei helfen bspw. veröffentlichte Strukturdaten und Nachrichten über Veränderungsprozesse. Ebenfalls sinnvoll erscheint festzulegen, welche Möglichkeiten und Grenzen die eigenen Ressourcen setzen. Unverzichtbar ist es, mehr Zeit für diese Studienphase einzuplanen, als man zunächst denkt. Ein zu kurzes Zeitfenster kann durchaus zum Problem für die gesamte Datenerhebungsphase werden.
- Während der Rekrutierung ist die Dokumentation des Prozesses wichtig. Sie ermöglicht nicht nur das Anknüpfen an bereits durchgeführte Schritte, sondern erleichtert auch die Reflexion der eigenen Rolle und des eigenen Verhaltens.
- Eher pragmatische Empfehlungen beziehen sich auf relevante Strategien, um einen gelingenden Zugang zu erhalten. Eine persönliche Vorstellung der eigenen Person und der Studie im Team schein unverzichtbar. Sie fördert das Verständnis der Studie und baut Ängste ab. Weiterhin ist zu beachten, dass es im Verlauf ggf. notwendig sein kann, die Einrichtung oder Gatekeeperinnen zu unterstützen, um Prozesse innerhalb der Einrichtung anzustoßen und voran zu bringen. Es empfiehlt sich ebenfalls möglichst früh alle relevanten Stellen einzubeziehen. Insbesondere die Mitarbeiterinnenvertreterinnen und Betriebsrätinnen müssen die Möglichkeit haben, im Interesse der Mitarbeiterinnen das Vorhaben zu prüfen. In der Kontaktaufnahme zu diesen Gremien hilft die zuvor geklärte grundsätzliche Bereitschaft der Pflegenden, an der Studie teilzunehmen. Je nach Hierarchie und Aufgabenverteilung der Einrichtung, ist die verantwortli-

che Stelle aus der Einrichtungsleitung zu bestimmen. In großen Kliniken können sowohl die Pflegedienstleitung als Teil der Geschäftsführung, als auch die medizinische Geschäftsführung Ansprechpartnerinnen sein. Auch eine Zustimmung der leitenden Ärztinnen ist erwünscht oder in manchen Einrichtungen ausreichend.

- Nach der gelungenen Rekrutierung, ist das Gewinnen des eigentlichen Zugangs noch nicht abgeschlossen. Aus forschungsethischer und rechtlicher Sicht ist zu gewährleisten, dass alle potentiell Beteiligten über die Durchführung der Studie informiert sind und dass, neben der schriftlichen informierten Zustimmung, auch die kontinuierliche Zustimmung (ongoing consent) eingehalten wird.
- Um in einer qualitativen TB den Kontakt zu den Teilnehmerinnen, zu halten und zu intensivieren, muss weiterhin auf Ängste eingegangen werden. Auch die Offenheit und Ehrlichkeit im Kontakt sind relevant. Sie schließen ein, die eigenen Vorstellungen zurückzustellen und konkrete Verhaltensweisen im Alltag nicht zu verurteilen. Notwendige Informationen müssen immer wieder gegeben und die eigene Rolle wie das Verhalten der Wissenschaftlerin müssen kontinuierlich reflektiert werden.

FORSCHUNGSPROZESS



\* besonders bei TB zu berücksichtigen

Abb. 2: Empfehlungen zur Gestaltung des Zugangs bei Studien mit (teilnehmenden) Beobachtungen

## Literatur

- Atteslander, P. (1995): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: de Gruyter. Beer, B. (Hrsg.) (2008): Methoden ethnologischer Feldforschung. Berlin: Dietrich Reimer Verlag
- Braun, B. (2009): Krankenhaus unter DRG-Bedingungen: Zwischen Ökonomisierung, Unwirtschaftlichkeit, Veränderungsresistenz und Desorganisation. In: Böckmann, R. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. Wiesbaden: VS Verlag, 117-139
- Breuer, F. (2010): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS-Verlag
- Carnevale, F. A./Macdonald, M.E./Bluebond-Langner, M./McKeever, P. (2008): Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. In: Journal of Child Health Care, 12(1), 18-32
- Diekmann, A. (2004): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Dunger, C./Schnell M. W. (2012): Pflegerische Entscheidung am Lebensende. Professionell Pflegende zum Einsatz komplementärpflegerischer Maßnahmen bei Patienten mit Atemnot. In: Pflegezeitschrift, 65(3), 170-175
- Flick, U. (1999): Beobachtungsverfahren. In: Flick, U (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 153-166
- Goethals, S./Gastmans, C./de Casterle, B. D. (2010) : Nurses' ethical reasoning and behavior: a literature review. In: International Journal of Nursing Studies, 47(5), 635.650
- Goffman, E. (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Hagbager, M.A./Salsali, M./Ahmadi, F. (2004): The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. In: BMC Nursing, 3(1), 2
- Höhm, U./Schilder, M./Metzenrath, A./Roloff, M. (2010): Problemlösung oder Problemverschiebung? Nichtintendierte Effekte eines Gesundheitsförderungsprojektes für Pflegende in der Klinik. Ergebnisausschnitte einer Evaluation. In: Pflege&Gesellschaft 15. Jg., 108-124
- Kawulich, B.B. (2005): Participant Observation as a Data Collection Method. In: Forum: Qualitative Sozialforschung 6(2), 43
- Lüders, C. (2000): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 384-401
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2 - Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz. Kapitel 6: Die teilnehmende Beobachtung, 239-317
- Mauss, M. (2013): Handbuch der Ethnographie. München: Wilhelm Fink Verlag
- McMillen, R. E. (2008): End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. In: Intensive and Critical Care Nursing, 24(4), 251-259
- Reuschenbach, B./Lau, D. (2005): Pflegeforschung in der Pflegeausbildung. Ein Erfahrungsbericht und Anregungen zur Umsetzung. In: PrinterNet, 7(2), 76-85
- Schnell, M. W./Heinritz, C. (2006): Forschungsethik - Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Hans Huber Verlag
- Schnell, M. W./Schulz, C./Kolbe, H./Dunger, C. (2013): Der Patient am Lebensende - Eine Qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS-Verlag
- Schnell, M. W./Schneider, W./Kolbe, H. (2014): Sterbewelten – Ethnographie. Wiesbaden: VS-Verlag
- Strübing, J. (2004): Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

## Danksagung

Der Dank der Autor/-innen gilt den teilnehmenden Einrichtungen für die Offenheit und Bereitschaft, einen Einblick in den Stationsalltag zu gewähren, den Gatekeeperinnen und den Gesprächspartnerinnen der nicht-teilnehmenden Einrichtungen, die die Auseinandersetzung mit dem Rekrutierungsprozess erst ermöglicht haben.

- Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und Rahmungsprozessen. Berlin: VWF
- Witzel, A. (2000): The Problem-centered Interview. In: Forum: Qualitative Social Research, 1(1), 22
- Zomorodi, M./ Lynn, M. R. (2010): Instrument development measuring critical care nurses' attitudes and behaviors with end-of-life care. In: Nursing Research, 59(4), 234-240

*Christine Dunger, Pflegewissenschaftlerin Ph.D., MSc, BScN*

Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik, Universität Witten/ Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten, christine.dunger@uni-wh.de  
(Korrespondenzautorin)

*Prof. Dr. Martin W. Schnell*

Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik, Universität Witten/ Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten, schnell@uni-wh.de

*Prof. Dr. Claudia Bausewein*

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München  
Marchioninstr. 15, 81377 München, Claudia.Bausewein@med.uni-muenchen.de

Stefanie Seeling, Britta Blotenberg

## Möglichkeiten und Grenzen der Mensch- Technik-Interaktion

Neue zentrale Erkenntnisse zur Techniknutzung und -affinität  
älterer Menschen im ländlichen Raum

Possibilities and limits of the interaction between humans and technology:  
New key insights into the use of technology by older people in rural areas and  
their affinity to it

In the preparatory stage of an application for a project the needs of citizens over 50 years of age in the German County of Bentheim and their affinity to technology were recorded. The aim of this sample survey was to record the wishes and needs these people like to see fulfilled in order to still let them want to live in the County of Bentheim when they grow older. Their desire expressed predominantly was to live in their own homes as long as possible. The existing supply of assistance and aid has notably not yet become a focal point for these people, who themselves might be needy in the future. They see technology indeed as a means of facilitating everyday life and thus make use of it in order to keep

---

eingereicht 02.08.2016

akzeptiert 27.04.2017

their present or to reach a higher standard of life. Furthermore, there is an affinity to technology with a focus on information procurement and easier communication. Among other areas, the respondents showed a special need for information on care dependency, mobile health care, operating areas of academically trained nurses and alleviation of everyday life through technology. This paper describes the results of the representative survey as well as innovative supply and care approaches which are being tested in the project „Village Community 2.0“ with the intention to allow older people to stay in their home environments longer.

### Keywords

Demographic change, elderly, rural areas, questionnaire, needs, Health Services research

In Vorbereitung eines Projektantrags wurden die Bedürfnisse und die Technikaffinität der Einwohner über 50 Jahre im Landkreis Graftschaft Bentheim erfasst. Das Ziel dieser stichprobenartig durchgeführten Befragung war es, die Wünsche und Bedürfnisse zu erheben, deren Erfüllung es den Einwohnern des Landkreises ermöglicht in der Region auch im „Alter“ zu leben. Als wichtigstes Ergebnis zeigte sich der Wunsch der Befragten so lange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen bleiben zu können. Auffällig ist, dass sich Hilfsangebote in der Regel noch nicht im Blick der zukünftig hilfebedürftigen Menschen befinden. Dabei wird die Techniknutzung durchaus als Erleichterung im Alltag gesehen und dient dazu, den gewohnten Lebensstandard beizubehalten oder einen höheren zu erreichen. Des Weiteren besteht eine technische Affinität mit dem Fokus der Informationsbeschaffung und erleichterten Kommunikation. Besonders besteht ein Informationsbedarf der Befragten zur Pflegebedürftigkeit, zur mobilen Gesundheitsversorgung, zum Aufgabenfeld akademisierter Pflegefachkräfte und zur Alltagserleichterung durch Technik. Der vorliegende Artikel beschreibt die Ergebnisse dieser repräsentativen Befragung sowie die innovativen Versorgungsansätze, die in dem Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ erprobt werden und zum Verbleib Älterer im häuslichen Umfeld beitragen sollen.

### Schlüsselwörter

Demografischer Wandel, ältere Menschen, ländlicher Raum, Befragung, Bedürfnisse, Versorgungsforschung

## 1. Hintergrund

In Vorbereitung des Projektantrags für die BMBF-Fördermaßnahme im Rahmen des Demografiewettbewerbs „Innovationen für Kommunen und Regionen im demografischen Wandel“ (InnovaKomm) wurden die Bedürfnisse und die Technikaffinität der Menschen über 50 Jahre im Landkreis Graftschaft Bentheim erfasst. Die Befragung führte die Studiengangsbeauftragte des Bachelorstudiengangs Pflege dual Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, mit dem Gesundheitsregion EUREGIO e.V. und dem Landkreis Graftschaft Bentheim durch. Im Jahr 2014/2015 wurde dementsprechend die im Folgenden beschriebene 50+ Befragung durchgeführt. Deren Ergebnisse dienen als Datenbasis für die jeweiligen Teilprojekte, u. a. die Rollende Praxis, Mobilität und Digitalisierte Pflege, des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

geförderten Projektes „Dorfgemeinschaft 2.0“ (Förderkennzeichen: 16SV7453). Hauptziel dieses Projektes ist die Sicherung eines für die Modellregion prägenden Lebensgefühls in einer generationsübergreifenden Dorfgemeinschaft. Hierbei stehen die spezifischen Bedürfnisse und Ansprüche älterer Menschen (50+), pflegebedürftiger Menschen und Menschen mit kognitiven und physischen Behinderungen sowie deren (pflegenden) Familienangehörige im Fokus. Das Projektkonsortium strebt an, dass Menschen mit und ohne Behinderung durch Mensch-Technik-Interaktion generationsübergreifend zusammenarbeiten, voneinander lernen, sich gegenseitig helfen und teilen (Umsetzung von Inklusion und Sharing Economy). Zudem soll die digitale Kluft (digital divide) verschiedener Bevölkerungsgruppen der ländlich geprägten Modellregion im Zugang zu und der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien überwunden wird. Im Vordergrund der Umsetzung steht daher die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines integrierten Versorgungskonzepts mit unterstützenden, aktivierenden, befähigenden, individualisierten hybriden Produkten durch vernetzte Informations- und Kommunikationsinfrastrukturen. Eine nachhaltige Gebäudenutzung schafft zudem „Leuchttürme“ an verschiedenen Standorten der ländlichen Region und sichert somit den gewohnten direkten interaktiven Kontakt der Bürgerinnen und Bürger in Verbindung mit einer pflegerisch-medizinisch-therapeutischen Versorgungsstruktur. Die Entwicklung eines umfassenden Versorgungsmodells (Beteiligung, Technik, Pflege, Medizin, Therapieberufe, Ehrenamt etc.), unterstützt durch eine akademisch qualifizierte Pflegefachkraft, garantiert eine fallorientierte, individuelle Versorgung der Bürgerinnen und Bürger und wird durch ein technikunterstütztes Edukationsangebot komplettiert.

Zur Veranschaulichung des Zusammenspiels der einzelnen Teilprojekte von „Dorfgemeinschaft 2.0“ soll das folgende fiktive Fallbeispiel dienen, welches einen Teil der geplanten Umsetzung sowie die Einbindung der Praxispartner veranschaulicht:

*Die 83-jährige Seniorin Emma Meyer aus Neuenhaus lebt seit ihr Mann vor drei Jahren verstorben ist alleine in ihrem Einfamilienhaus aus den 70ern. Sie leidet unter einer beginnenden Demenz, einem insulinpflichtigen Diabetes Mellitus und einer koronaren Herzerkrankung. Bei ihrem Hausarzt hat sie sich ins Disease Management Programm eingeschrieben. Sie ist durch ihre Erkrankungen motorisch eingeschränkt, sodass sie nicht mehr in der Lage ist Strecken von über einem Kilometer zurückzulegen oder an Gegenstände, welche über 1,50 m hoch gelagert sind, zu gelangen. Seit 1,5 Jahren wird sie täglich von einem ambulanten Pflegedienst aufgesucht und hat den Pflegegrad 2. Frau Meyer möchte weiterhin in ihrem Haus wohnen bleiben und ihren Alltag weitestgehend selbstständig bestreiten. In der Vergangenheit hat dies bereits zu Problemen geführt. Einmal hat sie sich einen Hocker geholt, um eingeweckte Pflaumen aus einem Regal zu holen und ist dabei gestürzt. Nachdem sie nach einer Stunde ihr Bewusstsein wieder erlangte, konnte sie keine Hilfe rufen, da ihr schnurgebundenes Telefon nicht erreichbar war. Zum Glück kam nach vier Stunden ein Nachbar vorbei, der Frau Meyer auf dem Boden liegen sah und einen Arzt verständigte. Nachdem die Haustür aufgestemmt wurde, konnte dieser Frau Meyer versorgen.*

*Damit dies in Zukunft nicht noch einmal passiert, hat sie zusammen mit ihrem Sohn, der in Düsseldorf wohnt, verschiedene Szenarien durchgespielt. Sie haben entschieden, dass sie an dem Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ teilnehmen wird. Gemeinsam haben sie die Koordinationsstelle des Projektes aufgesucht und sich dort beraten lassen. Es wurden verschiedene Optionen aufgezeigt und besprochen, auch die Ethik-Beratung wurde einbezogen. Insbesondere der Aspekt der Technik und der Umgang mit den gewonnenen Daten wurden erklärt, um Ängsten und Hemmungen entgegenzuwirken. Zwei Wochen später wurde ihr Haus mit moderner AAL (Ambient Assisted Living)-Technologie ausgestattet und Frau Meyer erhielt ein Notruf-Armband. Zudem wurde ihr ein Tablet bereitgestellt, welches sowohl über große Symbole als auch alternativ über die Stimme gesteuert werden kann. Des Weiteren wurden mit Hilfe der Koordinierungsstelle eine Betreuungsleistung aufgrund der Demenz sowie ein Rollator, als Hilfsmittel um die Mobilität zu erhalten, beantragt. Auch ein Kontakt zu den Landfrauen wurde hergestellt, sodass Frau Meyer über deren Angebote informiert ist und diese bei Bedarf in Anspruch nehmen kann. Nach kurzer Eingewöhnungszeit hat sich Emma Meyers Alltag wie folgt verändert:*

*Frau Meyer wird über den Virtuellen Dorfmarktplatz erinnert, einen Kontrolltermin bei ihrem Hausarzt im Rahmen des Disease Management Programms zu vereinbaren und hat die Information erhalten, dass die Rollende Praxis am Mittwoch für zwei Stunden im Satellitenstützpunkt in Neuenhaus vor Ort ist. Sie bucht mit einem Klick einen Termin und wird gefragt, ob sie für die An- und Abreise einen Dienst buchen möchte. Sie wählt ja und erhält die Option entweder ein Taxi zu buchen, den Bürgerbus mit festen Haltepunkten zu nutzen oder mit ihrem Nachbarn, der ebenfalls zum Stützpunkt fährt und noch 2 Plätze frei hat, zu fahren. Sie entscheidet sich für den Nachbarn. Der Nachbar fährt das Nachbarschafts-E-Mobil, an dessen Finanzierung sich Frau Meyer beteiligt hat. Nachmittags fällt ihr auf, dass sie noch Wasser und Gemüse benötigt. Mit ihrem Tablet hätte sie die Möglichkeit, dies online zu bestellen. Da sie aber die Bedienung noch nicht gänzlich verinnerlicht hat, ruft sie in der „Dorfgemeinschaftszentrum“ genannten Leitzentrale an und bestellt telefonisch. Die Mitarbeiterin gibt Frau Meyers Wünsche in das System ein und fragt, ob die Produkte geliefert werden sollen. Frau Meyer weist daraufhin, dass sie am Mittwoch im Satellitenstützpunkt Neuenhaus ist, um selbstgemachte Marmelade, ihr Beitrag an der Genossenschaft, für den Dorfladen zu bringen, und die Bestellung dann direkt mitnehmen kann.*

*Am Mittwoch im Satellitenstützpunkt wird die elektronische Gesundheitskarte von Frau Meyer im Büro eingesehen, anschließend wird sie durch eine akademisch qualifizierte Pflegefachkraft, welche als Case-Manager/-in fungiert, in der Rollenden Praxis untersucht. Diese wiederum baut über Telemedizin eine Verbindung zu dem betreuenden Hausarzt auf. Frau Meyers Armband wird nun ausgewertet. Aufgrund ihrer Zustimmung sind die Daten bereits über die zentrale Datenspeicherung und in der interdisziplinären elektronischen Fallakte eingespeist worden. Ebenso sind die Ergebnisse aus der Pflegediagnostik vom letzten präventiven Hausbesuch hinterlegt. Glücklicherweise ist alles in Ordnung. Frau Meyer geht in den Dorfladen, der ebenfalls im Satellitenstützpunkt angesiedelt ist und holt ihre Bestellung ab. Sie gesellt sich zu ihrem Nachbarn, der im Satellitenstützpunkt zu Mittag isst und verbringt so noch zwei Stunden im Zentrum. Anschließend fahren sie nach Hause, wo ihr Nachbar noch mit dem Tragen der Kisten behilflich ist.*

*Am nächsten Morgen steht Frau Meyer pünktlich um 6 Uhr auf. Nachdem ihre Schlafmatte 10 Minuten keine Aktivität mehr festgestellt hat, öffnen die Fenster um das Zimmer zu lüften und in der Küche wird die Heizung aktiviert. Nachdem Frau Meyer aus dem Bad kommt, geht sie in das Schlafzimmer und sagt „Befehl Fenster zu“, woraufhin sich die Fenster wieder schließen. Anschließend geht sie in die Küche, welche bereits angenehm warm ist und kocht sich einen Kaffee. Schließlich möchte sie die Bettwäsche wechseln. Sie nimmt ihren Hocker und möchte Bettwäsche aus dem Schrank holen, als sie erneut stürzt. Ihr Armband hat den Sturz mittels eines Sensors registriert. Nachdem 30 Sekunden lang keine weitere Reaktion festgestellt wurde, geht in der Leitzentrale des Virtuellen Dorfmarktplatzes am Makro-Stützpunkt ein Alarm los. Gemäß Vereinbarung ruft die Koordinierungsstelle bei Frau Meyer Zuhause an, es geht allerdings niemand ran. Als zweite Eskalationsstufe wird der Sohn mobil angerufen, der auf Dienstreise in München ist. Dieser kann mit seinem Tablet, Smartphone und PC über eine in der Wohnung installierte Kamera einsehen, ob hier etwas passiert ist (das Krankenhaus dürfte dies nur in der dritten Eskalationsstufe, wenn keines der Kinder erreicht wurde). Er sieht, dass seine Mutter regungslos auf dem Boden liegt und gibt der Koordinierungsstelle Bescheid. Per Knopfdruck auf seinem Tablet/Smartphone/PC alarmiert er zeitgleich den Notarzt. Als dieser bei Frau Meyer ankommt und klingelt, kann wiederum der Sohn über sein Tablet sehen, wer dort an der Tür ist und diese aus der Ferne per KeyMatic öffnen. Der Notarzt kann so zu Frau Meyer gelangen und sie versorgen. Auch in diesem Fall ist der Sturz nochmals ohne Folgeschäden ausgegangen, der Notarzt war allerdings 3,5 Stunden früher bei ihr als beim ersten Sturz.*

Dieses Szenario zeigt einen Auszug an Möglichkeiten der Mensch-Technik-Interaktion, wie sowohl die alltägliche Versorgung, die Gemeinschaft als auch die Sicherheit in der Modellregion durch das Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ gestärkt wird. Die IT-Infrastruktur zur aggregierten Analyse und Auswertung als auch der Virtuelle Dorfmarktplatz sowie SmartHome/AAL-Technologien und die skizzierten organisatorischen Konzepte sind Artefakte die im Projekt partizipativ (weiter-)entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Dabei kann auf umfangreiche Vorarbeiten der Verbundprojektspartner sowie assoziierten Partner zurückgegriffen werden.

Die durchgeführte 50+ Befragung ist des Weiteren eingebettet in die Forderung des Sachverständigenrates nach einer zielorientierten Gesundheitsversorgung mit Kooperation und Verantwortung aller Akteure, die aus Patientenperspektive modellhaft zu erproben ist (SVR 2009). Dabei sollten regional differenzierte und auch generationspezifische Konzepte vor dem Hintergrund internationaler Modelle, z. B. Family Health Care Model, präventive Hausbesuche (DIP 2008), langfristig im ländlichen Raum greifen (WHO 2000). Im Blick stehen dabei langfristige populationsbezogene Versorgungsziele, die eine spezifische Ausgestaltung in strukturschwachen, ländlichen Regionen erfordern. Hier sind stationäre und ambulante Leistungsanbieter gefordert, sich zu vernetzen und sich als umfassende Versorgungseinheiten anzubieten, damit die Bevölkerung eine an ihren tatsächlichen Bedürfnissen orientierte Versorgung erfahren kann (SVR 2009). An diese Zielsetzungen knüpft „Dorfgemeinschaft 2.0“ an.



## Der Landkreis Grafschaft Bentheim

Der Landkreis Grafschaft Bentheim liegt im Westen von Niedersachsen und ist eine Flächengemeinde mit dörflicher Struktur. Der Landkreis grenzt direkt an die deutsch-niederländischen Grenze, die Niedergrafschaft ragt großenteils in das Nachbarland hinein. Im Norden und Osten grenzt der Landkreis Grafschaft Bentheim an den niedersächsischen Landkreis Emsland und die Obergrafschaft im Süden an Nordrhein-Westfalen (Landkreis Grafschaft Bentheim 2015). Mit 134.175 Einwohnern und einer Fläche von 980,86 Quadratkilometer gehört der Landkreis zu den vergleichsweise dünn besiedelten Regionen in Deutschland (Stand: 09/2013).

Der demografische Wandel steht in der Grafschaft Bentheim noch am Anfang seiner Entwicklung. Die Alterung der Bevölkerung wird als erste Auswirkung des demografischen Wandels schon früher zu spüren sein. Die Prognose des Landesamts für Statistik Niedersachsen (LSKN) aus dem Jahre 2013 (ausgewertet und visualisiert im Rahmen einer Studie des Niedersächsischen Instituts für Wirtschaftsforschung e. V., NIW) prognostiziert eine leichte Abnahme der Bevölkerung im Landkreis Grafschaft Bentheim bis 2030, und zwar im Umfang von ca. 2 bis 4%. Der demografische Wandel wird in der Grafschaft Bentheim durch die starke Stellung der Familie in der Bevölkerung abgemildert, da zum Beispiel die Gründung einer Familie in der Region traditionell einen hohen Stellenwert genießt. Die Geburtenrate ist seit vielen Jahren nicht so gering wie in anderen Regionen Deutschlands, vor allem im Vergleich zu den Ballungsräumen (12% mehr Geburten pro Frau im Vergleich zum Bundesdurchschnitt). Daher ist der Anteil der jungen Menschen unter 18 Jahren in der Grafschaft Bentheim höher als der niedersächsische Durchschnitt. Dieser liegt bei 19,5%, während er in der Grafschaft Bentheim bei 22,6% liegt. Insbesondere die Gruppe der unter 15-Jährigen ist stark vertreten. Es gibt in der Grafschaft Bentheim mehr Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren als ältere Menschen über 65 Jahre, womit der Landkreis eine Sonderstellung in Niedersachsen einnimmt. Das stetig steigende Durchschnittsalter ist ein weiterer Indikator für den Fortschritt des demographischen Wandels. Die Bevölkerung des Landkreises Grafschaft Bentheim ist hier vergleichsweise jung: Im Jahr 2012 betrug das Durchschnittsalter 42,3 Jahre. Damit verfügt der Landkreis über die viertjüngste Bevölkerung in der Region Weser-Ems. Darüber hinaus profitiert die Grafschaft Bentheim von einer im Vergleich hohen Zuwanderungsrate, welche diejenige vieler anderer deutscher Regionen übersteigt und ebenfalls zum Bevölkerungswachstum beiträgt. Diese positiven Rahmenbedingungen führen dazu, dass die Auswirkungen des demografischen Wandels die Grafschaft Bentheim erst mit einer Verzögerung von ca. 15 Jahren erreichen werden. Die andere Folge des demografischen Wandels jedoch, die Alterung der Gesellschaft, wird auch in der Grafschaft Bentheim in den nächsten Jahren zu spüren sein. Besonders der Anteil der über 80-Jährigen wird zunehmen, während der Anteil der unter 18-Jährigen abnehmen wird. Im Jahr 2030 wird sich die Erhöhung des Durchschnittsalters der Bevölkerung schon recht stark bemerkbar machen: Zu dieser Zeit werden ca. 50% der Grafschafter älter als 45 Jahre sein. In Zahlen ausgedrückt stellen sich die zu erwartenden Veränderungen wie folgt dar (Oncken 2013):

<i>Demografische Kennzahlen</i>	<i>Landkreis Grafschaft Bentheim</i>
Geburtenrate im Bundesvergleich (2008)	12% mehr Geburten pro Frau
Durchschnittsalter 2008	41 Jahre
Durchschnittsalter 2030	47 Jahre
Anteil unter 18-Jährige 2008	20%
Anteil unter 18-Jährige 2030	16%
Anteil über 80-Jährige 2008	4,7%
Anteil über 80-Jährige 2030	7,3%
Absolute Zahl der Grafschafter Bevölkerung in der Altersklasse ab 65 Jahren in 2013	34,89%
Prognostizierte Grafschafter Bevölkerung in der Altersgruppe ab 65 Jahren im Jahr 2030	73,89% (Zuwachs um 39%)

Tab. 1: Altersverteilung im Jahr 2008 im Vergleich zu 2030 (Oncken 2013)

Bestätigt wird dieser Befund durch eine Studie des Niedersächsischen Instituts für Wirtschaftsforschung e.V. aus dem Jahr 2013, die auf Prognosedaten des Landesamtes für Statistik Niedersachsen basiert. Das Niedersächsische Institut für Wirtschaftsforschung e.V. diagnostiziert für die Grafschaft Bentheim zukünftig einen besonderen Handlungsbedarf im Bereich der Versorgung der älteren und hochbetagten Menschen (Landkreis Emsland 2008).

Diese Erkenntnis deckt sich mit der aktuell fortgeschriebenen Pflegeplanung im Landkreis Grafschaft Bentheim 2013/2014. Zum Stichtag 01.09.2013 stehen auf Kreisebene 1.324 vollstationäre Pflegeplätze

zur Verfügung. Auf das Stadtgebiet Nordhorn entfallen ca. 45% = 602 Pflegeplätze. Im Laufe von ca. 14 Jahren hat sich damit die Anzahl der vollstationären Pflegeplätze im Kreisgebiet von 825 um 499 Plätze (= ca. 60%) auf 1.324 Plätze erhöht. Im Pflegebereich des Landes Niedersachsen wird ein Altersdurchschnitt in der Langzeitpflege von mehr als 80 Jahren angenommen. Das Durchschnittsalter in den Pflegeeinrichtungen des Kreisgebietes übersteigt das 80. Lebensjahr (Landkreis Grafschaft Bentheim 2013). 10% (232 Pflegeplätze) von den im Emsland zur Verfügung stehenden 2.323 stationären Pflegeplätzen waren im Februar 2014 nicht belegt (Landkreis Emsland 2014).

## 2. Methodik

Am 01.11.2014 hatten nach den Einwohnerdaten des Landkreises Grafschaft Bentheim 56.422 Bürgerinnen und Bürger ihren Wohnsitz in dem Landkreis gemeldet. Aus diesen wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe von 10.000 Einwohnern gezogen, die älter als 50 Jahre waren.

### Fragestellung

Die zentrale Fragestellung lautete: Welche Wünsche und Bedürfnisse haben die Grafschafter Bürgerinnen und Bürger, um in der Region auch im „Alter“ leben zu können?

Im weiteren Detail ging es um die IST-Erfassung von Einstellungen und Haltungen zu Freizeitaktivitäten, Mobilität und Ehrenamt. Die IST-Analyse zur Wohnsituation und Nahversorgung in der Region konnte als Unterfrage in den Blick genommen werden. Ebenfalls wurde die Einstellung zur Technik und Techniknutzung erfragt.

## Fragebogen

Der Fragebogen wurde auf Grundlage des Fragebogens der 50+ Befragung im Emsland und der Empfehlungen des Sachverständigenrats 2009 entwickelt. Im Themenkomplex „Technik“ flossen Fragen aus dem TA-EG Fragebogen von Karrer et al. (2009) mit ein. Dem Fragebogen war ein Anschreiben des Landrates der Grafschaft Bentheim beigefügt, ein Informationsschreiben in dem über Hintergrund und Ziele der Befragung informiert wurde sowie auch Hilfestellungen zum Ausfüllen des Fragebogens dokumentiert waren.

Der Fragebogen war in folgende acht Themenkomplexe untergliedert: 1. Soziodemographische Daten, 2. Wohnen/Haushalt, 3. Wohnumfeld/Nahversorgung, 4. Produkte/Dienstleistungen zur Lebensqualität im Alter, 5. Aktivitäten/Freizeit/Mobilität, 6. Zukunft/Ehrenamt, 7. Einkommen und 8. Technikaffinität/Techniknutzung. Die Fragen verteilten sich auf sieben Seiten und 31 Fragenkomplexe. Primär waren die Fragen geschlossen, zudem wurden gezielt Likert-Skalen (Bartholomeyczik et al. 2008) verwendet. Freitextfelder waren nahezu bei jeder Frage vorhanden, um keine Antwortmöglichkeit auszuschließen. Der Fragebogen wurde so konzipiert, dass die Antworten maschinell per Scanner erfasst und in eine SPSS Datei übertragen werden konnten. Lediglich die Freitextangaben mussten bei Unlesbarkeit für den Scanner händisch nachgetragen werden.

## Datenerhebung

Die Fragebögen wurden Anfang Dezember 2014 mit einem Anschreiben des Landrates durch die Samtgemeinde Grafschaft Bentheim an die zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürger per Post versandt. Die Briefe umfassten zudem einen beiliegenden portofreien Rückumschlag für die kostenlose Rücksendung an den Landkreis Grafschaft Bentheim. Die Bevölkerung wurde zu Beginn durch Mitteilungen in der lokalen Presse zur Teilnahme aufgerufen. Ein Erinnerungsschreiben wurde im Zeitraum von 14 Tagen nach Versand des Fragebogens verschickt. Mit einer Verlängerung der Rücksendefrist wurde am 06.01.2015 die Befragung geschlossen. Im Vorfeld der Befragung wurde kein Ethikvotum eingeholt, da die Anonymität der Befragten sichergestellt war und weiterhin ist, da keine personenbezogenen Daten erfasst wurden und der Versand der Fragebögen durch die Samtgemeinde Grafschaft Bad Bentheim und nicht durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hochschule Osnabrück erfolgte. Die Fragebögen wurden durch die Befragten an den Landkreis Grafschaft Bentheim zurückgesandt und erst dann an die Hochschule zur Auswertung überstellt. Eine Zustimmung zur Befragung und Freiwilligkeit wurde durch Rückversand des Fragebogens an den Landkreis Grafschaft Bentheim vorausgesetzt.

## Datenauswertung

Die Auswertung erfolgte mit einer Software der Firma Blubbsoft, Version 5.1.0, und der statistischen Auswertungssoftware SPSS, Version 23. Als Analyseverfahren wurden primär deskriptive Verfahren in Form von Kreuztabellen, der Berechnung des Median sowie der Häufigkeitsverteilung verwendet und in Ansätzen auch schließende Verfah-

ren in Form von Verallgemeinerungen (Bortz et al. 2006). Die deskriptive Statistik dient dazu, anhand dieser verschiedenen Kennzahlen sowie anhand von Grafiken, die erfassten Daten zunächst informativ darzustellen. Im Zuge der schließenden Statistik wird durch Schätzungen und Tests versucht, die erhobenen Daten auf die gesamte Population zu verallgemeinern (Müller 2011).

### 3. Ergebnisse

Es wurden 4.350 Fragebögen zurückgesandt, welches einer Rücklaufquote von rund 44% entspricht. Von diesen waren 4.101 Fragebögen korrekt ausgefüllt und konnten ausgewertet werden. Von dieser Grundgesamtheit der Stichprobe kann teilweise aufgrund von fehlenden Antworten die Angabe der Grundgesamtheit (n) je Frage abweichen.

#### Stichprobe

Es nahmen Bürgerinnen und Bürger unterschiedlicher Altersgruppen teil, von denen der überwiegende Anteil 75 Jahre oder älter war. 2,1% gaben hierzu keine Antwort. 48,1% der Befragten waren männlich, 51,9% waren weiblich und 4,6% machten keine Angabe. Die Befragten, die in der Stadt leben, sind vorwiegend 75 Jahre und älter, dagegen sind die Befragten in den Samtgemeinden zwischen 50 – 59 Jahre alt. Fast die Hälfte der Befragten befand sich bereits im Ruhestand bzw. in Pension (48,3%), 36,2% waren erwerbstätig, 7,9% waren Hausfrau/-mann, 1,6% befand sich bereits im Vorruhestand, 1% in Altersteilzeit, 2,9% waren zum Beispiel berufsunfähig oder arbeitssuchend und 2,1% machten hierzu keine Angabe.

Hinsichtlich des Einkommens bilden die befragten Personen mit einem Haushaltseinkommen von 1.501 € bis 2.000 € die größte Gruppe. Diese Einkommensklasse bildet auch die mediane Klasse im Ergebnis der Befragung. 4,4% gaben ihr Einkommen unter 500€ an, 16,8% zwischen 501 - 1.000€, 11,8% zwischen 2.001 - 2.500€, 11,1% zwischen 2.501 - 3.000€ und 14,4% der Befragten gaben an, dass ihr Einkommen über 3.000€ liegt. Keine Angaben tätigten 14,7%.

#### Wohnen/Haushalt

Es gaben 24,4% der Befragten an aus einem anderen Land, einer anderen Stadt oder einem anderen Landkreis zugezogen zu sein. 68,1% gaben an, nicht zugezogen zu sein, und 7,4% der Teilnehmer machten zu dieser Frage keine Angaben. Gründe des Zuzugs (Mehrfachantworten waren möglich) waren am häufigsten familiär (42,4%), den Arbeitsplatz betreffend (28,9%), Haus/Wohnung war günstig (23%), der Wunsch im Alter dort gerne zu leben (16,5%), häufige zuvor dort getätigte Urlaube (3,8%), am seltensten die gute soziale Infrastruktur, z. B. Pflegeangebote (3,3%) und 16,2% gaben Sonstiges an.

Die Nachbarschaft wurde dementsprechend von den Meisten (77,7%) als gut bezeichnet. Auch die Zufriedenheit mit der Nahversorgung bejahten 73,7% der Befragten. 12,5% gaben jedoch an, dass sich die Situation in letzter Zeit verschlechtert habe,

fast ebenso viele, nämlich 12,1%, gaben an, sie habe sich verbessert. Dienstleistungsangebote wie Post, Bank, Apotheke etc. (66,8%), die Einkaufsmöglichkeiten (64,1%), Sicherheit (57,6%), das Vereinsleben (52,6%), die zentrale Lage (47,6%) und die Verkehrsanbindung (45,4%) und Freizeitangebote (41,1%) wurden ebenfalls als gut bezeichnet. Die Verkehrsanbindung wurde mit 17,8% jedoch im Vergleich zu den anderen Möglichkeiten ebenfalls am häufigsten als schlecht beurteilt.

Zu den meisten Einrichtungen der Nahversorgung wird überwiegend der eigene PKW bzw. das Moped benutzt. Im Folgenden wird diese Nutzung mit der des Fahrrads verglichen: 62% fahren mit dem PKW/Moped im Verhältnis zu 25% mit dem Fahrrad zum Einkaufsladen, 61,5% zu 23,6% zum Arzt, 51,6% zu 32,4% zur Post, 50,2% zu 29,5% zu Einrichtungen der Gemeinde, 49,4% zu 33% zur Bank, 49,3% zu 30% zur Apotheke, 44,4% zu 25,7% zum Friedhof, 39,1% zu 20,5% zur Kirche/zum Pfarrzentrum, 35,4% zu 5,2% zum Senioren- und Pflegestützpunkt Nordhorn, 27,6% zu 27,5% zum nächsten Verein und 8,7% zu 12,9% zur nächsten Bushaltestelle. Bus und Bahn werden zur Erreichung dieser Einrichtungen von den Befragten insgesamt sehr selten, mit Anteilen von fast durchweg weniger als 1 Prozent, benutzt. Fußläufig scheinen für die Befragten sehr wenige der Einrichtungen der Nahversorgung erreichbar zu sein. 46,5% der Befragten gaben an, dass sie zu Fuß die nächste Bushaltestelle erreichen und 18,5% die Kirche/das Pfarrzentrum. Die Weiteren Antworten betrug weniger als 12%. Die Anteile der Befragten, die keine Angaben gemacht haben, sind bei den Fragen zu den Fortbewegungsmitteln zum Senioren- und Pflegestützpunkt Nordhorn (53,1%), zum nächsten Verein (33,9%), zur nächsten Bushaltestelle (31,3%), zur Kirche bzw. zum Pfarrzentrum (21,4%), zum Friedhof (17,7%) und zu Einrichtungen der Gemeinde (10,3%) verhältnismäßig hoch.

Der Großteil der Befragten (77,2%) wohnte in einem Haus, welches ihr Eigentum darstellt. 9,2% der Befragten wohnten in einer Wohnung zur Miete, 6,4% in einer Eigentumswohnung und 5,5% in einem Haus zur Miete. Lediglich 1,7% machten hierzu keine Angaben. Zudem lebten über die Hälfte der Befragten (60,2%) als Paar zusammen und lediglich 14,7% alleine. Weitere Wohnverhältnisse stellten sich als Paar mit Kind(ern) (17,5%), mit anderen Personen wie mit Freunden, Geschwistern, den (Schwieger-)Eltern etc. (6,9%), alleinerziehend mit Kind(ern) (1,5%) oder in einer Wohnanlage mit Senioren (1,4%) dar. Auf die Frage, ob sie eine seniorengerechte Wohnung bewohnen, gaben 44,6% der Befragten keine Rückmeldung. 41,5% gaben an, dass sie seniorengerecht sei, da die Wohnräume ebenerdig sind, 7,1% bejahten die Frage, da es keine Barrieren gibt und 6,8% bestätigen die Aussage, dass das Badezimmer altersgerecht ist. Der überwiegende Anteil (73,1%) der Befragten planten keinen seniorengerechten Umbau, lediglich 7,9% planten diesen. Keine Angabe machten 19%.

Insgesamt zeigt der überwiegende Anteil (61,3%) der Befragten keine Bereitschaft umzuziehen, da in allem die Vorteile überwiegen und sie dort wohnen bleiben wollen wo sie zurzeit leben. Allerdings haben auch 14,1% geantwortet, dass sie umziehen würden, wenn die Wohnung nicht mehr passt oder bei 9,7%, wenn keine Zeit und Lust mehr zur Haus- und Gartenarbeit bestünde. Lediglich 1,7% würden umziehen, wenn

sie in den Ruhestand gehen würden und 1,3%, wenn die Kinder aus dem Haus sind. Aus sonstigen Gründen gaben 5% der Befragten an. Die Teilnehmer wurden zudem gefragt, wohin sie bei einem möglichen Umzug ziehen würden. Dazu machten 35,2% keine Angabe. 28,1% gaben an eher in die Stadt ziehen zu wollen. 26,8% würden es vorziehen eher aufs Land/in einen kleinen Ort zu ziehen. 9,8% gaben an, sonstige Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. Somit lässt sich bei den Befragten keine besondere Präferenz von Stadt- oder Landleben feststellen. Falls ein Umzug auf Grund von eigenen Einschränkungen anstehen sollte, würde ein Großteil (38,2%) in eine Seniorenanlage (betreutes Wohnen) ziehen. In eine Hausgemeinschaft mit Bewohner jeden Alters würden 15%, 18% ausschließlich mit Älteren, 16,4% in ein Seniorenzentrum (Pflegeheim) und 12,8% zu den Kindern oder jüngeren Verwandten ziehen. Viele der Befragten (43,2%) erhielten bereits unentgeltliche Unterstützung von Angehörigen, 38,1% von niemandem, Einige von Nachbarn, Bekannten oder Freunden (17%) und lediglich 1,1% von Ehrenamtlichen. Diese Unterstützung betraf zu 22,5% den Haushalt/Garten, zu 15,7% den Einkauf sowie zu 15,8% Fahrten und 6% die Pflege.

### **Zukunft und Ehrenamt**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung sind nach ihren eigenen Angaben am häufigsten in Vereinen (21,8%) und in kirchlichen Zusammenhängen (15,5%) ehrenamtlich engagiert. Auch hinsichtlich der Absicht, sich ehrenamtlich zu engagieren, finden diese kirchliche Aktivitäten (7,0%) und Tätigkeiten in den Vereinen (10,0%) den meisten Zuspruch unter den Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements. Des Weiteren sehen 4% der Befragten die Möglichkeit des Engagements in einem Sozialverband, 3,5% in einer Selbsthilfegruppe, 6,8% in einer Freizeitgruppe, 2,1% in der Politik und 5,8% gaben Sonstiges an.

### **Produkte und Dienstleistungen**

Alltägliche, herkömmliche Alltagserleichterungen wie bedienungsfreundliche Haushaltsgeräte (24,8%), größere Schrift bei Fahrplänen (23,0%), seniorengerechte Zugänge (18,6%) und öffentliche behindertengerechte Toiletten (17,0%) scheinen etwas häufiger Zustimmung zu finden, als neuartige Produkte wie Social Media (6,4%) und Videotelefonie (7,4%). Der Sinn von bestimmten Beratungsleistungen wie Medienschulung, Patienten- und Angehörigenschulung (7,3%), Wohnumfeldberatung (2,1%) scheint sich den Befragten noch nicht ganz zu erschließen. Das Potenzial von Konzepten wie der generationenübergreifende Nachbarschaftshilfe (15,2%) und altersgerechten Assistenzsysteme (15,2%) für die persönliche Lebenssituation scheint aber schon erkannt zu werden.

Die Antworten zur derzeitigen und der geplanten Nutzung von Dienstleistungen weichen stark voneinander ab. Zum Zeitpunkt der Befragung nahmen beispielsweise 4,8% der Befragten Hausbesuche von Ärzten in Anspruch. Der Großteil (58%) kann sich jedoch vorstellen im fortgeschrittenen Alter diese Leistung zu nutzen. Dies ist ebenfalls beim Apotheken-Lieferdienst der Fall. Ihn nutzten bisher 12,8%, allerdings knapp die Hälfte der Befragten (50,6%) beabsichtigt dessen Nutzung bei zunehmender Einschränkung der Mobilität. Pflegeangebote nehmen zurzeit 4,1% der Befragten

in Anspruch, allerdings ziehen 44,8% in Betracht, im höheren Alter auf Pflegeangebote angewiesen zu sein und diese zu nutzen. Ebenso groß ist der Unterschied bei allen weiteren abgefragten Dienstleistungen wie Haus- und Gartendienste (7,3% zu 39,3%), Mahlzeitenlieferdienste wie Essen auf Rädern (2,5% zu 41,4%), Bäckerwagen (2,4% zu 23%) und Einkaufsservice (1,3% zu 25,9%).

Die geplante Nutzung von Dienstleistungen ist vor allem interessant, wenn es darum geht, zu Hause wohnen bleiben zu können. Die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten (68%) sowie den Zukauf von Dienstleistungen (66,3%) wie Essen auf Rädern, Haushaltshilfen etc. würden dann fast zwei Drittel der Befragten in Anspruch nehmen. Insgesamt würden, um zu Hause wohnen bleiben zu können, 51% der Befragten Angehörige und 25,4% Freunde oder Nachbarn um Hilfe bitten. Mehrgenerationenhäuser würden 15,7% nutzen und eine Tagespflege oder Kurzzeitpflege würden 49,8% in Anspruch nehmen.

Die Rollende Praxis soll als eine aufsuchende, telemedizinisch unterstützte Gesundheitsfürsorge in der Dorfgemeinschaft 2.0 etabliert werden, die zu einer Entlastung der Hausärzte, Krankenhausärzte, Pflegeeinrichtungen und Angehörigen in der Region beiträgt und nachhaltig finanzierbar ist. Ziel der Rollenden Praxis, oder auch Mobile Gesundheitsversorgung genannt, ist es, Patienten ein länger selbstbestimmtes Leben in der Dorfgemeinschaft zu ermöglichen. Bezüglich dieser Thematik gaben 43,4% der Befragten an, dass sie sich vorstellen könnten, Dienstleistungen von Berufsgruppen des Gesundheitswesens vor Ort durch eine Rollende Praxis in Anspruch zu nehmen. 36% gaben an, dass sie diese vielleicht in Anspruch nehmen würden und lediglich 14,4% der Befragten verneinten es. Dies entspricht in etwa den Angaben sich vorstellen zu können, mit einem Gesundheitsproblem direkt an eine Pflegefachkraft mit Hochschulabschluss zu wenden und von dieser medizinisch-pflegerisch versorgt zu werden (Abbildung 1). Diese Aussage bejahen 33% der Befragten und für 37,6% käme diese Möglichkeit vielleicht in Betracht. Im Rahmen des Projektes „Dorfgemeinschaft 2.0“ könnte die Versorgung eines Gesundheitsproblems durch eine Pflegefachkraft mit Hochschulabschluss im Rahmen der Präventiven Hausbesuche oder einer Nurse-led-Clinic erfolgen. Somit würde die präventive Ausrichtung von Pflege gestärkt und Pflegebedürftigkeit als Kostenfaktor im Gesundheitswesen reduziert werden. Des Weiteren dienen Präventive Hausbesuche der Sturzprävention der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, wirken somit dem Einzug in ein Alten- und Pflegeheim entgegen und begünstigen wiederum so lange wie möglich im Zuhause wohnen zu bleiben.

### **Einstellung zur Technik/Techniknutzung**

Aussagen über genau beschriebene, für die Teilnehmer überprüfbare praktische Nutzen von elektronischen Geräten, z.B. „Elektronische Geräte helfen an Informationen zu gelangen“ (53,5%), „Ich kenne die meisten Funktionen der elektronischen Geräte, die ich besitze“ (46,6%) sowie „Elektronische Geräte erleichtern mir den Alltag“ (43,1%), finden überwiegend ihre Zustimmung, während sehr allgemeine, spekulative Aussagen, z.B. elektronische Geräte machen krank (48%) überwiegend abgelehnt werden. Zunächst ist zu erkennen, dass Aussagen, welche eine negative Auswirkung von



Abb. 1: Versorgung durch eine akademische Pflegefachkraft

Technik zum Ausdruck bringen, z.B. „Elektronische Geräte führen zu geistiger Verarmung“ (42,2% zu 6,8%), „Elektronische Geräte machen vieles umständlicher“ (45,1% zu 6,0%), häufig Ablehnung und selten Zustimmung bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern finden. Aber auch die Aussagen, die eine sehr positive, enthusiastische Haltung zu elektronischen Geräten und zur Technik allgemein kennzeichnen, z. B. „Ich bin begeistert, wenn ein neues elektronisches Gerät auf den Markt kommt“ (43,5% zu 6,9%), finden ein hohes Maß an Ablehnung und wenig Zustimmung bei den Befragten.

Ein differenziertes Verhältnis äußern die meisten Befragten zu den Aussagen „Ich kenne mich im Bereich elektronischer Geräte aus“ (49,8%), „Elektronische Geräte machen unabhängig“ (47,9%) und „Es fällt mir leicht

die Bedienung eines elektronischen Geräts zu lernen“ (47,6%), „Elektronische Geräte erhöhen die Sicherheit“ (44,6%), „Ich liebe es, neue elektronische Geräte zu besitzen“ (41,6%), „Elektronische Geräte ermöglichen einen hohen Lebensstandard“ (41,2%), „Elektronische Geräte verursachen Stress“ (44,1%), „Es macht mir Spaß ein elektronisches Gerät auszuprobieren“ (33,5%), „Elektronische Geräte verringern den persönlichen Kontakt zwischen den Menschen“ (30,4%).

Über einen Internetanschluss verfügten 69% der Befragten, lediglich 24,6% verfügten über keinen und 6,4% machten keine Angabe. Über das Internet tätigten 44,3% der Befragten ihre Einkäufe wie der Kauf von Kleidung, Schuhen, Accessoires (26,4%) oder auch Medien, z.B. Bücher, Filme und Musik (24,3%). Der prioritäre Anreiz der Nutzung technischer Geräte ist für die Befragten allerdings auf dem Laufenden zu bleiben (60,2%) und ein weiterer eine erleichterte Kommunikation mit anderen Menschen (46,4%) führen zu können.

Geräte mit großer Verbreitung sind nach Einteilung der Antworten: Computer mit Internetzugang (58,0%), Navigationsgerät (55,8%), W-LAN (48,0%), Handy ohne Internetzugang (40,1%), Handy mit Internetzugang (39,1%) und Fernseher mit Internetzugang (37,2%). Geräte mit geringer Verbreitung sind, gemessen an der Häufigkeit der Nennung: Sensormatte (0,1%), Reinigungsroboter (1,4%), Rasenmäroboter (1,5%), Computer ohne Internetzugang (1,9%), Hausnotrufsystem (3,0%), Spielekonsole (5,2%), Web-Cam (10,1%) und Sonstiges (3,1%). Von technischen Anwendungen werden am häufigsten Suchmaschinen (51,9%), E-Mail-Dienste (45,0%) und Textnachrichten (40,4%) benutzt. Am seltensten werden Online-Communities (1,8%) und Internetblogs (0,9%) und Sonstiges (2,6%) von den Befragten in Anspruch genommen.



#### 4. Diskussion der Ergebnisse

Rund ein Fünftel der Befragten waren 75 Jahre alt und älter (21,7%) und fast die Hälfte unter 65 Jahren (49,4%), welches bei der Auswertung der Ergebnisse zu beachten ist. Diese Angaben implizieren, dass die getätigten Antworten bezogen auf die Fragen rund um Hilfe- und Pflegebedarf gegebenenfalls hypothetische Überlegungen sein können.

Die Grafschafter sind hauptsächlich aus familiären Gründen in die Grafschaft gezogen, gefolgt von beruflichen Gründen, was sich auch mit den Ergebnissen der Generali Altersstudie 2013 des Generali Zukunftsfonds (2012: 185) deckt.

Die Menschen aus der Stadt Nordhorn zeigen eine höhere Bereitschaft umzuziehen, was daran liegen könnte, dass sie vergleichsweise häufiger in Wohnungen leben und so eine höhere Flexibilität zur Veränderung des Lebensumfelds aufweisen. Die Bereitschaft im Eigenheim zu bleiben dominiert und die Generali Altersstudie (Generali Zukunftsfonds: 309) zeigt als denkbare Optionen auf: wenn die Menschen alleine leben erfolgt die Versorgung durch einen Pflegedienst zu fast 70%, gefolgt von dem Leben in einem Seniorenheim mit eigener Wohnung zu 42%. 26% der Menschen haben allerdings den Wunsch bei Kindern und Enkeln zu leben.

Ein Grund für die hohen Anteile Unentschiedener hinsichtlich der alternativen Wohnformen im Rahmen der 50+ Befragung könnte sein, dass fast ein Drittel der Befragten noch im Berufsleben steht und sich bisher noch nicht intensiv mit den einzelnen Möglichkeiten der Versorgung bei Pflege- und Hilfsbedürftigkeit befasst hat. Dabei kann gewiss auch hinsichtlich der einzelnen Alternativen von unterschiedlichen Graden der Informiertheit ausgegangen werden. So wird z.B. eine größere Anzahl der Befragten eher über die Möglichkeiten der ambulanten Pflege, des Essens auf Rädern, der Kurzzeit- und Tagespflege, Seniorenwohnanlagen und Seniorenzentren informiert sein, als über Mehrgenerationenhäuser und Haus- oder Wohngemeinschaften.

Der Besitz und die Pflege des Eigentums dominieren den Lebensalltag in dem Landkreis und stehen einer Pflegebedürftigkeit so lange vor, bis die fokussierte Außendarstellung in Form der Bewirtschaftung des Gartens nicht mehr möglich ist. Die Bürgerinnen und Bürger der Grafschaft wünschen sich zu etwa 43% unentgeltliche Unterstützungsleistungen von Angehörigen und zu 38% von niemanden. Dies deckt sich ebenfalls mit den Optionen von Pflegebedürftigkeit und den Ergebnissen der Generali Altersstudie (Generali Zukunftsfonds 2012: 299). Hier besteht die Präferenz vom Partner versorgt zu werden und nur zu 26% vom Pflegedienst. Die Wahrscheinlichkeit von einem Pflegedienst versorgt zu werden, sehen aber dann doch fast 60% der Befragten als gegeben an. Somit sind unentgeltliche Hilfen gewünscht, aber aktuell nicht als wahrscheinlich angesehen und deshalb durch Projekte in Netzwerken und dem gelebten Miteinander zu realisieren. Auch wird durch die Ergebnisse sichtbar, dass ein ehrenamtliches Engagement einen individuellen Zugang erfordert und einer zeitlichen Definition bedarf. Die Größenordnung der prozentualen Anteile der Personen, die sich in Zukunft ehrenamtlich engagieren wollen, lässt zunächst nicht auf besonders große Erweiterungspotenziale der ehrenamtlichen Arbeit schließen. Die höheren Häu-

figkeitsanteile bei der Möglichkeit des Engagements in einem Sozialverband, in einer Selbsthilfegruppe oder in einer Freizeitgruppe weisen allerdings darauf hin, dass möglicherweise in der Altersgruppe der über 50-Jährigen im Landkreis Inhalte und Formen des ehrenamtlichen Engagements gesucht werden, die sich von den herkömmlichen Bereichen wie Verein und Kirche unterscheiden. Die Menschen in der Grafschaft bringen sich gerne bis zur Rente im Ehrenamt ein, z. B. im Verein, aber möchten im Anschluss zunächst eine Pause davon. Dies zeigen auch die Daten der Generali Altersstudie (ebenda: 355), aber auch, dass die Bürgerinnen und Bürger sich nach ca. 2 Jahren dann doch mit einem Stundenanteil von im Durchschnitt 4,2 Stunden/Woche wieder einbringen möchten. Die größte Herausforderung ist diesen Zeitpunkt durch Netzwerke zu erfahren und konstruktiv zu nutzen.

Im Landkreis Grafschaft Bentheim liegen die Wegezeiten zum Supermarkt, zur Apotheke und zum Arzt unter 15 Minuten, wobei sich das auf Zeiten für die PKW-Nutzung genauso wie auch auf die Verwendung des Fahrrades bezieht. Allerdings liegen die Arztwegezeiten in der Grafschaft auch für knappe 30% der Befragten bei bis zu 30 Minuten. Der Trend geht primär mit den Ergebnissen zur Erreichbarkeit der Infrastruktur der Generali Altersstudie (Generali Zukunftsfonds 2012: 116) konform. Dieser zeigt aber auch einen deutlichen regionalen Bezug zur Nutzung der Verkehrsmittel und auch, dass Hilfsangebote noch nicht im Blick der zukünftig hilfebedürftigen Menschen sind, aber entscheidend für ein Leben mit gewohnter Lebensqualität im Eigenheim sind. Dass sich etwas ändern muss, ist den Bürgern und Bürgerinnen des Landkreis Grafschaft Bentheim bereits bewusst, da sie die Nutzung von Dienstleistungen zukünftig verändern wollen. Zudem sind zu fast 60% Hausbesuche von Ärzten gewünscht, vielleicht auch anderen Berufsgruppen, was sich die Befragten so noch nicht vorstellen konnten. Gefolgt von 48% der Apothekenlieferdienstleistungen und dann der aufsuchenden Pflegeangebote. Somit wird deutlich, dass den Bürgerinnen und Bürgern die Defizite des Alters bekannt sind, sie sich aber noch nicht im Gesunden damit beschäftigen möchten, sondern erst wenn ein Defizit sichtbar bzw. spürbar geworden ist. Gerade diese Herausforderung stellt die regionale Struktur vor neue Anforderungen und wird sie dazu bewegen exemplarische Projekte auf den Weg zu bringen (Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ im Fazit und Ausblick).

Interessant ist, dass eine seniorengerechte Wohnung auf ebenerdig reduziert wird, oder erst mal keine Angaben gemacht werden. Hier zeigt sich eine geringe Auseinandersetzung mit dem Thema Alter und auch Unwissenheit zu seniorengerechten Wohnformen, was in der Folge eine Aufklärungsarbeit erfordert. Die Generali Altersstudie (ebenda: 307) benennt als Maßnahmen zur Gestaltung der altersgerechten Wohnform vorrangig ein barrierefreies Badezimmer, gefolgt von der Vermeidung von Treppen und schließlich der Installation eines Hausnotrufs. Dieser ist bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der 50+ Befragung vorhanden, jedoch nur mit einem Anteil von 3,0%. Unter 25% der Befragten nutzen die Unterstützung durch Technik zur Sicherung von Haus und Wohnung oder der Erfassung von Vitalzeichen. Auch der in Deutschland weit verbreitete Hausnotrufdienst zählt zu den Sicherheitssystemen. In der Studie der Aproxima Gesellschaft (2010) zum Hausnotrufdienst stellte sich heraus,

dass sich durch den Einsatz des Hausnotrufdienstes der Übergang von der häuslichen Pflege in ein Pflegeheim um durchschnittlich 16 Monate verzögern lässt. Weitere Berechnungen ergaben, dass über 500 Mio. Euro gespart werden könnten, wenn 10% aller Personen mit Pflegebedürftigkeit einen Hausnotruf nutzen würden und die Einweisung in die stationäre Altenpflege um 6 Monate hinausgeschoben werden könnte. Dies würde auch dem anfänglich genannten Wunsch der Menschen entsprechen, möglichst lange selbstständig in der eigenen Wohnung zu leben. Die Studie ergab aber zudem, dass nur 40% aller Menschen über 50 wissen, welchen Service der Hausnotruf bietet und nur 400.000 Menschen diesen nutzen. Die aufgezählten Gründe für die Nichtnutzung sind vielfältig und reichen von einem Informationsdefizit, Sparsamkeit bis hin zur Stigmatisierung der Hilfebedürftigkeit im Alter (Aproxima Gesellschaft 2010). Anhand der Ergebnisse dieser Studie wird deutlich, dass technische Lösungen und Innovationen besonders die Nutzerakzeptanz und -anforderungen miteinbeziehen müssen (Gaden 2011: 20).

Des Weiteren können pflegende Angehörige entlastet werden, indem der ältere und vielleicht pflegebedürftige Mensch zum Beispiel durch technische Systeme überwacht wird. Diese Systeme in der häuslichen Pflege können zudem dafür sorgen, dass Pflegebedürftige, Angehörige, Pflegenden und Ärzte miteinander kommunizieren können und immer über den aktuellen Stand informiert sind (Becks et al. 2010: 8).

Die Generali Altersstudie (Generali Zukunftsfonds 2012: 296) zeigt, dass bei 55% beim Gedanken pflegebedürftig zu sein Angst ausgelöst wird. Hier ist Präventionsarbeit zu leisten und in regionalen Netzwerken zu denken. Laut Remmers und Nagel (2013) können beispielsweise AAL-Technologien Senioren mit unterschiedlichem Hilfebedarf eine Unterstützung im alltäglichen Leben sein. Ziel ist es, ihnen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen, sodass ein Einzug in ein Pflegeheim vermieden oder hinausgezögert werden kann. Auch können so Abhängigkeiten von anderen Menschen abgebaut werden. Ebenfalls können pflegende Angehörige sowie ambulante Pflegedienste durch den Einsatz von Technik entlastet werden und das Gefühl von Sicherheit vermitteln. Natürlich stehen dem Nutzen dieser AAL-Technologien immer auch ethische Konfliktpunkte gegenüber. Durch den Einsatz bestimmter Assistenzsysteme kann es zu einer massiven Einschränkung der Privatsphäre der Senioren kommen. Neben dem ethischen Konflikt führt dies zudem zu einer geringen Akzeptanz des Assistenzsystems bei Senioren. Laut Remmers und Nagel (2013) ist die Diskussion des Datenschutzes bei der Anwendung von AAL-Technologien unerlässlich. Auch sollte das Selbstbestimmungsrecht der Senioren in Bezug auf den möglichen Einsatz technischer Assistenzsysteme oberste Priorität haben. Der Vorteil für den Menschen in seiner häuslichen Umgebung sollte im Fokus stehen und nicht die Entlastung ambulanter Pflegedienste und pflegender Angehörige. Beispielsweise hatte die Studie des Bundesministeriums für Gesundheit (2013) zum Ziel Assistenzsysteme zu identifizieren und zu benennen, welche die Situation der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen verbessern. Letztlich konnten sechs Systeme identifiziert werden, deren Einsatz in der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen als sinnvoll erachtet wurde:

Toilette mit Intimpflege, intelligenter Fußboden (Sensormatte), elektronische Medikamentenbox, automatische Herdabschaltung, mobile Aufstehhilfe und die Quartiersvernetzung. Des Weiteren sollte dadurch die stationäre Unterbringung dieser Menschen möglichst lange hinausgezögert oder bestenfalls vermieden und eine zeitliche sowie psychische Entlastung der pflegenden Angehörigen geschaffen wie auch professionell Pflegende zeitlich und körperlich entlastet werden. Ziel jeder Versorgung von Pflegebedürftigen ist es, die Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten und somit ein hohes Maß an Lebensqualität vorweisen zu können. Durch die in der Studie des BMBF getesteten und ausgewählten AAL-Technologien soll dies erreicht werden, so dass auch ein potentieller Pflegeheimzugang vermieden oder hinausgezögert werden kann. Durch die Vermeidung von Stürzen und weiteren Folgekomplikationen sowie Hinauszögerung eines Pflegeheimzuges können enorme Ausgaben der Kranken- und Pflegeversicherung eingespart werden. Auch dies sind wichtige Aspekte für das Vorgehen innerhalb des Projektes „Dorfgemeinschaft 2.0“.

Doch inwiefern dürfen technische Produkte verwendet werden, um Menschen das Leben in der Häuslichkeit zu ermöglichen und was bestimmt den Grad der Akzeptanz? Laut Herzog und Schildhauer (2009: 92) müssen Aktionen eines Benutzers über ein Medium in eine für das technische Gerät verständliche Form gebracht werden, um eine Mensch-Technik-Interaktion zu ermöglichen. Bei Computern in eine digitale für den Computer verständliche Form.

Bei der Zielgruppe der älteren Menschen treten jedoch häufig Probleme in der Mensch-Technik-Interaktion auf, die eine effektive und zufriedenstellende Benutzung der Technologie verhindern. Oft liegt das Problem darin, dass die spezifischen Anforderungen und Bedürfnisse der älteren Menschen mit der Anwendung von Standardtechnologien nicht genügend berücksichtigt werden und damit nicht gelingen (Mertens et al. 2012: 152). Ein weiteres Problem ist, dass zwischen Technologien wie die Waschmaschine oder der Fernseher, die in den Alltag integriert wurden, und moderner Technik, worunter vor allen Dingen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) verstanden werden, unterschieden wird. Bei Letzteren ist die Integration nicht oder nur unzureichend erfolgt (Pelizäus-Hoffmeister 2013). Eine Untersuchung des Fraunhofer Institutes ergab zudem, dass viele ältere Menschen ihre eigenen gesundheitlichen Risiken nicht oder nur schlecht einschätzen können oder verdrängen und deswegen die AAL Technik für sich eher ablehnen (Gross 2010: 44).

Bisher werden Dienstleistungsportale in der betreffenden Altersklasse als Nutzer und Anbieter jedoch noch verhältnismäßig selten genutzt. Erneut kommt bei dieser Erhebung zum Ausdruck, dass die Befragten den persönlichen Nutzen von neuen technischen Produkten überwiegend in der Information und Kommunikation sehen und weniger im Zusammenhang mit alltagserleichternden Dienstleistungen. Dass technische Geräte bei den Befragten über 50jährigen im Landkreis Graftschaft Bentheim vergleichsweise weit verbreitet sind, lässt sich dahingehend deuten, dass hinsichtlich des Besitzes dieser Geräte die Entwicklung in der Gesamtgesellschaft auch in dieser Personengruppe ankommt. Die verhältnismäßig geringe Verbreitung von Spielekonsole und

Web-Cam lässt sich sicherlich als altersspezifisches Phänomen erklären. Die Nutzung beider Arten der Geräte ist in der Altersgruppe der Befragten vorstellbar, aber das Bedürfnis diese Geräte zu besitzen und zu nutzen ist offensichtlich nicht stark ausgeprägt. Der geringe Anteil von Personen, die einen Computer ohne Internetzugang besitzt, zeigt, dass offensichtlich die Bereitschaft, sich einen Computer anzuschaffen, fast immer mit der Bereitschaft verbunden ist, sich einen Internetzugang zuzulegen.

Um die Einstellung älterer Menschen zur Technik zu erforschen, untersuchten Mertens et al. (2012) in welcher Weise die Einstellung älterer Menschen gegenüber Technik von der persönlichen Lebenssituation beeinflusst wird. Die Studie zeigte, dass Männer unabhängig vom Alter der Technik gegenüber weniger kritisch eingestellt sind. Bei der Bedienung von technischen Geräten sehen sich die Frauen gleichberechtigt, während Männer sich die höheren Fertigkeiten zuschreiben (ebenda: 157f). Allerdings wird vermutet, dass der Umgang mit Technik geschlechtsspezifisch differiert und Frauen Probleme mit der Technik eher beschreiben als Männer das tun (Pelizäus-Hoffmeister 2013: 161). Es zeigte sich jedoch auch, dass Personen, die über eine größere Erfahrung im Umgang mit Computern verfügen, häufiger hinsichtlich des Komforts, der Wirksamkeit und des Nutzens der Technik zustimmten (Mertens et al. 2012: 158).

Möglicherweise wird das Interesse am Computer erst durch das Interesse an einem Internetanschluss geweckt. Diese Annahme lässt sich durch die vorliegenden Daten jedoch nicht überprüfen. Dass Hausnotruf und Sensor-Matte bei den Befragten in so geringem Maße benutzt werden lässt sich wahrscheinlich darauf zurückführen, dass diese Geräte im Gegensatz zu den anderen aufgeführten technischen Geräten nur im Zusammenhang mit einem bestimmten Maß an persönlichem Hilfs- oder Pflegebedarf von Nutzen sind. Dieser Bedarf besteht bei den Befragten größtenteils unter anderem aufgrund der Altersstruktur noch nicht.

In diesem Zusammenhang wird die Annahme diskutiert, ob auch Bildung einen Einfluss auf die Akzeptanz und technische Kompetenz hat. Personen, die bildungsfern sind oder auch im Beruf keine Erfahrungen mit technischen Neuheiten sammeln konnten, sehen darin viele Ungewissheiten wie den Nutzen oder potenzielle Gefahren. Für diese Menschen sind jene technische Geräte nicht anschlussfähig an Abläufe des Alltags und werden damit auch nicht genutzt (Pelizäus-Hoffmeister 2013: 162).

Die Herausforderung liegt neben der unterschiedlichen Geographie des Landkreises Grafschaft Bentheim sehr deutlich in der Individualität der Bürgerinnen und Bürger bezüglich ihrer persönlichen Wünsche, wie auch einem nachbarschaftlich konformen Verhalten, das von der Gemeinschaft festgelegt wird. Betrachtet man die Theorie des Alterns von Baltes, in der schwindende Fähigkeiten durch Selektion, Optimierung und Kompensation ausgeglichen werden, so kann die Technik ein Hilfsmittel in dieser Richtung sein (Remmers 2011: 179). Werden die technischen Geräte optimal an die Nutzer angepasst, zum Beispiel durch ein geeignetes Gerätedesign und wird der Nutzer entsprechend geschult, kann die Mensch-Technik-Interaktion optimal funktionieren. Sind die Anforderungen der Technik an die Kompetenz des Menschen angepasst, wird die Akzeptanz der Technik steigen.

Die Offenheit gegenüber neuen Berufsgruppe wie der akademisierten Pflegefachkraft (Bachelor of Science Pflege dual, [https://www.hs-osnabrueck.de/Pflege\\_dual](https://www.hs-osnabrueck.de/Pflege_dual)) sind zu spüren, wie auch die Bereitschaft sich auf neue technikunterstützte Versorgungsmethoden einzulassen bzw. sie zu erproben. Wie auch die Ergebnisse von Giesel et al. (2013) zeigen, sind bedingt durch den Hausärztemangel auf dem Land die Wege oft weit und somit Arztpraxen, Apotheken und Weiteres zu Fuß im fortgeschrittenen Alter nur schwer zu erreichen. Dies kann dazu führen, dass Gesundheitsleistungen nicht mehr in Anspruch genommen werden können und es somit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommt, was zu höheren Ausgaben führt. Präventive Maßnahmen durch innovative Versorgungsformen, wie sie im Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ angedacht sind, sollten demnach die höchste Priorität erhalten.

## 5. Fazit und Ausblick

Durch die steigende Lebenserwartung und damit des gestiegenen Anteils älterer Menschen in der Gesellschaft, steigt auch die Anzahl derer, die auf Unterstützung und Hilfe angewiesen sind (RKI 2009). Es werden immer mehr ältere Menschen nicht mehr auf die Unterstützung von nahen Angehörigen zurückgreifen können, da sich die Familien- und Lebensstrukturen verändert haben (Bundesministerium des Innern 2011: 162). Die Ergebnisse der 50+ Befragung zeigen, dass die Herausforderungen durch den demographischen Wandel in der ländlich geprägten Modellregion in Niedersachsen insbesondere in einer defizitären, nicht den Bedarfen der älteren Bürgerinnen und Bürger (Altersgruppe 50+) entsprechenden medizinischen und sozialen Versorgungsinfrastruktur, großen Entfernungen zu Dienstleistern sowie erheblichen Unterschieden im Zugang zu und der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen liegen.

Unentgeltliche personelle Hilfen zielen primär auf den Haushalt und Garten. Von den Befragten wird erwünscht, dass diese von Angehörigen ausgeführt werden. Da diese Hilfen jedoch in der Ambivalenz zur Selbständigkeit stehen und somit eine Abhängigkeit von anderen offenbaren, werden sie eher abgelehnt. Innerhalb der Grafschaft besteht auch eine Differenz ob die Menschen in einer Stadt oder in einer Samtgemeinde leben. Die Menschen in der Stadt Nordhorn oder Bentheim leben überwiegend in einer Wohnung und in den Samtgemeinden dominiert das Eigenheim. Das Wohnen im Eigenheim hat eine hohe Priorität für die Befragten, die in der Grafschaft Bentheim leben. Die Bereitschaft zum Umzug ist bei knapp zwei Drittel der Bürgerinnen und Bürger (61,3%) nicht vorhanden. Ein primärer Umzugsgrund ist den Garten nicht mehr bewirtschaften zu können.

Zudem zeigt die Befragung, dass seniorengerechtes Wohnen zumeist auf Ebenerdigkeit reduziert und nicht mit der tatsächlichen Wohnform reflektiert wird. Anscheinend besteht hier zudem ein Wissensdefizit zwischen der Wissenschaft und der eigenen Lebenswelt der Befragten des Landkreises Grafschaft Bentheim. Die Definition von Ebenerdigkeit „barrierefreies Wohnen“ wurde ausschließlich auf ein barrierefreies Ba-

dezimmer reduziert und nicht die gesamte Wohnsituation betrachtet. Dieses Defizit muss ausgebessert werden um Mobilität, auch im Sinne von geistiger Mobilität, zu erhalten.

Im Blick auf die Technik zeigt sich bei den Bürgerinnen und Bürgern der Grafschaft, dass sie sich von bedienungsfreundlichen Geräten eine Erleichterung versprechen, neben größerer Schrift bei den Fahrplänen des öffentlichen Nahverkehrs und der Handwerksleistung. Somit sollten Angebote zur Techniknutzung konzipiert werden, um zu hören, was als bedienungsfreundlich gesehen wird und wo Technik zur Unterstützung der Alltagskompetenz angenommen werden kann. Wobei die Menschen aus der Stadt sich deutlich mehr Erleichterung durch technische Geräte versprechen als die Bürgerinnen und Bürger in den Samtgemeinden. Primär werden elektrische Geräte benutzt, um sich Informationen zu beschaffen und dazu wird der PC verwendet. Die Techniknutzung der PCs dominiert mit Suchmaschinen, auch werden gerne Mails oder Textnachrichten geschrieben. Somit ist der Hauptanreiz für den Besitz von technischen Geräten die Nachrichtenbeschaffung regional oder auch bundesweit, gefolgt von der Kommunikation mit anderen Menschen und dann erst die Zeitersparnis. Die Grafschafter Bürgerinnen und Bürger haben eine sehr pragmatische Haltung zur Techniknutzung, denn nur wenn sie darin einen Vorteil für sich sehen, sind sie bereit, diese Angebote in ihren Lebensalltag zu integrieren bzw. auch die anfallenden Kosten dafür zu tragen. Weiter ist es wichtig die Angst vor Technik zu reduzieren (Lilgenau 2014), z. B. durch einfache Bedienbarkeit, nutzerfreundliche Anpassung an die spezielle Dorfgemeinschaft im Landkreis Grafschaft Bentheim wie auch die Bedienerfreundlichkeit genau in den Blick zu nehmen.

Es besteht eine technische Affinität, allerdings mit dem Fokus der Informationsbeschaffung und erleichterten Kommunikation. Zudem besteht ein Informationsbedarf zur Pflegebedürftigkeit, Rollenden Praxis, Aufgabenfelder akademisierter Pflegefachkräfte, Alltagserleichterung durch Technik etc. Die Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Grafschaft Bentheim haben primär einen pragmatischen Zugang zur Nutzung von elektronischen Geräten. Die Möglichkeiten technischer Hilfen und Assistenzsysteme in den Bereichen Wohnen, Mobilität, Versorgung, Pflege und Gesundheit sowie gesellschaftliche Teilhabe sind weitestgehend unbekannt. Zudem wollen die Befragten ihren Alltag selbstständig und selbstbestimmt in ihrem familiären, häuslichen Umfeld bestreiten. Sie nutzen das Internet mehr für Einkäufe und für das Internetbanking, in der Stadt werden die Nahversorger zufriedenstellend erreicht. Die Internetpräferenz zeigt sich in der Dominanz der Nutzung des PCs mit Internetverbindung, wobei die Bürgerinnen und Bürger der Samtgemeinden vermehrt ein Handy ohne Internet haben und die Menschen in den Städten doch eher ein Smartphone. Die Internettelefonie wird von Menschen in der Stadt mehr genutzt und die Menschen in den Samtgemeinden besitzen mehr ein Hausnotrufsystem. Die Techniknutzung wird als Erleichterung im Alltag gesehen und dient der Informationsbeschaffung bzw. auch den gewohnten Lebensstandard beizubehalten oder einen höheren zu erreichen. Insgesamt wird deutlich, dass den Befragten die Defizite des Alters bekannt sind, sie sich aber noch nicht im gesunden damit beschäftigen möchten, sondern erst wenn ein Defizit sichtbar ist.

Diese Ergebnisse, im Besonderen der Wunsch nach dem Verbleib in der Häuslichkeit, die Negierung von Pflegebedürftigkeit, Offenheit gegenüber der Inanspruchnahme von akademisierten Pflegefachkräften und die Bereitschaft zur Nutzung von Bildungs- und Wissensangeboten, werden, wie bereits im Hintergrund beschrieben, gezielt für das Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ genutzt. Innerhalb dieses Projekts ist ein in der Disziplinen übergreifenden Verbundforschung erfahrenes Konsortium mit über 40 assoziierten Partnern aus der kommunalen Selbstverwaltung, Wirtschaft, Wissenschaft und Bürgerschaft der Region, vier interdisziplinär aufgestellten Forschungsgruppen (Pflegewaterwissenschaft, Logistikmanagement, Unternehmensrechnung und Wirtschaftsinformatik), elf Konsortialpartnern sowie dem Verein Gesundheitsregion EUREGIO e.V. mit aktuell 113 Mitgliedern mit Visionen und Innovationen in 16 Branchen des Gesundheitswesens beteiligt. Die Leitung dieses Praxisforschungsprojektes obliegt dem Gesundheitsregion EUREGIO e.V., die wissenschaftliche Begleitung der Hochschule Osnabrück am Standort Lingen und der Universität Osnabrück. Des Weiteren gibt es sechs Praxispartner: die EUREGIO-KLINIK Grafschaft Bentheim Holding GmbH, ENO telecom GmbH, I.T. Out GmbH, Bentheimer Eisenbahn AG, Lebenshilfe Nordhorn gGmbH, optadata.com GmbH. Die Laufzeit beträgt fünf Jahre bis Oktober 2020.

Mit Hilfe dieses Projekts wollen die Grafschaft Bentheim und das südliche Emsland den demografischen Wandel unter Einbindung einer Rollenden Praxis, e-Mobilität, Smart-Home-Technologie, eine altersgerechte Mensch-Technik-Interaktion sowie die Implementierung einer Leitzentrale und mehrerer kommunaler Satellitenstützpunkte meistern. Diese Konzepte sollen den Ergebnissen der Umfrage entsprechend dazu beitragen, dass die älteren Gemeindemitglieder möglichst lange unabhängig in ihrem gewohnten Umfeld leben können. Hierfür werden langfristige Versorgungsziele im Rahmen des Projektes für die folgenden vier Lebensräume formuliert: Gesundheit & Pflege, Mobilität, Versorgung und Wohnen. Der Mensch steht in diesem Projekt klar im Mittelpunkt, die Technik wird als Hilfsmittel verstanden.

Ein Teilprojekt ist die „Digitalisierte Pflege“, welches neben anderen 8 Teilprojekten ein Teil des Gesamten darstellt (Abbildung 2).

In dem Teilprojekt „Digitalisierten Pflege“ werden unter anderen folgende Fragestellungen verfolgt: 1. Welche Parameter sind erforderlich einen Verbleib in der Häuslichkeit bzw. Prävention von Pflegebedürftigkeit zu erzielen? 2. Welche digitalen Technologien können eingesetzt werden, um die Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe der Menschen im ländlichen Raum bedarfsgerecht zu verbessern?

Der Fokus der im Rahmen des Projektes durchgeführten Bedarfsanalysen stützt sich auf wissenschaftlich durchgeführte Experteninterviews sowie Experten- und Bürgerforen. Innerhalb der Foren werden die betroffenen Zielgruppen wie zum Beispiel der Landfrauen oder auch Seniorenbeiräte in einem Workshop zu ihren Erfahrungen und Bedarfen befragt und die Ergebnisse systematisch analysiert und reflektiert. Diese Bedarfsanalysen werden durch gezielte Literaturrecherchen ergänzt. Dementsprechend



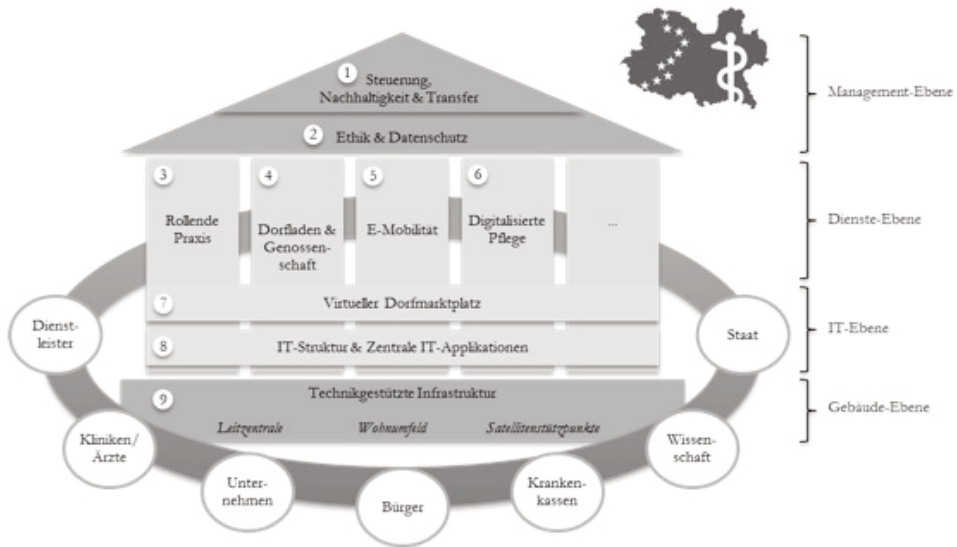


Abb. 2: Struktur des Projektes „Dorfcommunity 2.0“

werden Konzepte zu den Themenbereichen präventiver Gesundheitsangebote, Bildungsangebote und möglichem Einsatz von Technologien ausgearbeitet.

Ein Projektziel ist es, ein Geschäftsmodell für die verschiedenen Berufsgruppen der Pflege, mit einem Fokus auf die akademisierte Pflegefachkraft, zu entwickeln. Als innovatives Versorgungskonzept sollen Präventive Hausbesuche im Norden des Landkreises Grafschaft Bentheim pilotiert werden. Die vorausgegangene Pflegeanamnese soll in einer digitalen Form in der „Dorfcommunity 2.0“ nutzbar gemacht werden, um eine ausbaufähige Basis für Prävention von Pflegebedürftigkeit zu positionieren. Ebenso ist die Verbesserung der Akzeptanz neuer Technologien durch das Aufzeigen von Vorteilen wie die Nutzung dieser bei präventiven Hausbesuchen zur Erfassung notwendiger Daten von Relevanz. Dies kann gegebenenfalls auch durch die digitalisierte Version eines Überleitungsbogens zwischen Klinik und Haupteinweiser bestehen. Hier sollen ebenfalls pflegerelevante technische Entwicklungen auf Nutzen und Handhabbarkeit erprobt werden, um beispielsweise eine schnellere und unkompliziertere Entlassung aus dem Krankenhaus oder eben eine bessere sowie vereinfachte Kommunikation innerhalb von einrichtungsübergreifenden Schnittstellen zu gewährleisten. Zudem soll ein Konzept der Patientenakademie für die Grafschaft entwickelt werden, die im Fokus den TechniksUPPORT in Edukationsprogrammen integriert, in Face-to-Face wie auch in möglichen medialen Angeboten.

Die Konzepte für die Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Grafschaft Bentheim münden in der altersgerechten Mensch-Technik-Interaktion in eine Dorfcommunity App. Hier vernetzen die Leistungserbringer ihre Angebote untereinander. Das Mitglied der Dorfcommunity kann durch diese App für seine Problembereiche verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten zur Gestaltung des häuslichen Alltags abrufen. Somit werden kommunale Satellitenstützpunkte in der Region bedarfsgerecht bedient,

um sich als Modellregionen zu zeigen. Des Weiteren sollen sie im Sinne der Nachhaltigkeit als Vorbilder für andere Regionen dienen, die ebenfalls dem demografischen Wandel entgegenwirken wollen.

## Literatur

- Aproxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH (2010): Wirkungs- und Potenzialanalyse zum Hausnotruf in Deutschland: „Länger zu Hause leben ...“. Weimar: aproxima GmbH
- Bartholomeyczik, S./Linhart, M./Mayer, H./Mayer, H. (2008): Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. München: Elsevier
- Becks, T./Eberhardt, B./Heusinger, S./Pongratz, S./Stein, J. (2010): VDE - Positionspapier Intelligente Heimvernetzung. Komfort – Sicherheit – Energieeffizienz – Selbstbestimmung. Frankfurt/ Main: Verband der Elektronik
- Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH
- Bundesministerium des Innern (2011): Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Gaden, U. (2011): Neue Technologien in Assistenz und Pflege – Erfahrungen aus Schottland, den Niederlanden und den USA. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit (3), 18–28
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt: Fischer Verlag
- Giesel, F./Köhler, K./Nowossadeck, E. (2013): Alt und immobil auf dem Land? Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. In: Bundesgesundheitsblatt 2013 (56), S. 1418-1424
- Gross, H. (2010): „Ambient assisted living“: Seniorengerechte Technik erspart die Heimeinweisung. Deutsche medizinische Wochenschrift, 135 (49), 44
- Herzog, O.; Schildhauer, T. (Ed.) (2009): Intelligente Objekte: Technische Gestaltung - Wirtschaftliche Verwertung - Gesellschaftliche Wirkung. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Karrer, K./Glaser, C./Clemens, C./Bruder, C. (2009): Technikaffinität erfassen – der Fragebogen TA-EG. In: Lichtenstein, A./Stöbel, C./Clemens, C. (Hrsg.): Der Mensch im Mittelpunkt technischer Systeme. Düsseldorf: VDI Verlag, 196-201
- Landkreis Emsland (2008): Gestaltung der Lebensqualität im Alter im Landkreis Emsland – Befragung der 50plus-Generation im Landkreis Emsland. Wichtigste Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Hamburg: CONVENT Planung und Beratung GmbH
- Landkreis Emsland (2014): Umfrage des Landkreises Emsland in den Pflegeheimen aus Februar 2014. Online verfügbar unter: [https://www.emsland.de/aktuell/pressemitteilungen/ueber\\_230\\_stationaere\\_pflegeplaetze\\_nicht\\_belegt.html](https://www.emsland.de/aktuell/pressemitteilungen/ueber_230_stationaere_pflegeplaetze_nicht_belegt.html) (Stand 2016-07-28)
- Landkreis Grafschaft Bentheim (2013): Fortschreibung der Pflegeplanung (Pflegebericht nach §3 NPflegeG) im Landkreis Grafschaft Bentheim. Nordhorn: Landkreis Grafschaft Bentheim. Online verfügbar unter: <http://ratsinfo.grafschaft-bentheim.de/bi/getfile.asp?id=53562&type=do&> (Stand 2016-07-28)
- Landkreis Grafschaft Bentheim, Der Landrat (Hrsg.) (2015): Zahlen Daten Fakten 2015/ 2016. Bad Bentheim: A. Hellendoorn KG

---

Der Fragebogen der 50+ Befragung kann bei den Autorinnen angefordert werden. Weitere Informationen zu dem Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ finden Sie unter: <https://www.hs-osnabrueck.de/dorf2>. Die Autoren dieses Artikels nehmen Anregungen gerne entgegen.

Für die Autorinnen bestand und besteht kein Interessenskonflikt bzgl. der Befragung.

- Lilgenau, A. (2014): Der technisierte Lebensraum älterer Menschen: Perspektiven zum technikgestützten Leben am Beispiel des Forschungsprojektes „Ambient Assisted Shared Living for the Elderly“ (AMASL). Wien: Dissertation
- Mertens, A./Jochems, N./Mayer, M./Schlick, C.M. (2012): Ergonomische Analyse und Gestaltung der Mensch-Rechner-Interaktion für die Benutzung telemedizinischer Dienstleistungen. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 66 (2), 150–168
- Müller, M. (2011): Statistik für die Pflege. Handbuch für Pflegeforschung und -wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber
- Oncken, B. (2013): Der demografische Wandel im Landkreis Grafschaft Bentheim. Online verfügbar unter: [http://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1\\_1377684963/Anlage\\_11\\_Demografischer\\_Wandel\\_in\\_der\\_Grafschaft\\_Bentheim.pdf](http://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1_1377684963/Anlage_11_Demografischer_Wandel_in_der_Grafschaft_Bentheim.pdf) (Stand 2016-07-28)
- Pelizäus-Hoffmeister, H. (2013): Zur Bedeutung von Technik im Alltag Älterer: Theorie und Empirie aus soziologischer Perspektive. Alter(n) und Gesellschaft, 24. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften
- Remmers, H. (Ed.) (2011): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog: Eine Forschungsbilanz. Göttingen: V&R unipress GmbH
- Remmers, H./Nagel, S.K. (2013): Ethical conflicts regarding technical assistance systems for the elderly. Proceedings of the BRAID-Conference, Bridging Research in Ageing and ICT Development. Heidelberg: Springer Verlag
- RKI, Robert Koch-Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Gesundheits-berichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Kooperation und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Kurzfassung. Berlin
- WHO (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. Kopenhagen: Eigenverlag

*Prof in Dr. Stefanie Seeling*

Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Fakultät Management, Kultur und Technik, Institut für Duale Studiengänge, Kaiserstraße 10 c, 49809 Lingen, s.seeling@hs-osnabrueck.de (Korrespondenzadresse)

*Britta Blotenberg, M.Sc. Pflegewissenschaft (gleichberechtigte Koautorin)*

Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke

Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Fakultät Management, Kultur und Technik, Institut für Duale Studiengänge, Kaiserstraße 10 c, 49809 Lingen, b.blotenberg@hs-osnabrueck.de